

Modul Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Gizi Buruk

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan Modul Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Gizi Buruk.

Arah kebijakan RPJMN tahun 2020 – 2024 menetapkan target sasaran strategis penurunan stunting dari 30,8% menjadi 14% dan wasting dari 10,2% menjadi 7% pada tahun 2024. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan Balita menyatakan setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, termasuk pelayanan dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Sejak tahun 2003 *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa MTBS merupakan pendekatan terbaik dalam menurunkan angka kematian balita. Hal ini didukung dengan hasil analisis data riset fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2011 dan SDKI 2012 membuktikan adanya korelasi negatif antara persentase Puskesmas melaksanakan MTBS dengan kematian neonatus, bayi dan balita. Dimana semakin besar persentase Puskesmas melaksanakan MTBS, semakin rendah angka kematian neonatus, bayi dan balita.

Anak dengan gizi kurang (*wasting*) dan gizi buruk (*severe wasting*) berkontribusi terhadap kejadian stunting, selain itu gizi buruk juga meningkatkan angka kesakitan dan kematian. Oleh karena itu, perlu dilakukan penanganan secara cepat dan tepat untuk mencegah kematian dan komplikasi lebih lanjut serta memperbaiki tumbuh kembang anak di masa mendatang.

Dalam upaya penanggulangan gizi buruk dan tatalaksana balita sakit, Direktorat Gizi dan KIA mengintegrasikan tatalaksana balita sakit dengan penanganan masalah gizi secara komprehensif, mengingat pelayanannya dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang sama dan sasaran balita yang sama. Untuk mendukung hal tersebut maka diperlukan peningkatan kapasitas bagi tim tenaga kesehatan pelayanan kesehatan anak di Puskesmas dan disusun modul pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Gizi Buruk dengan mengacu kurikulum yang telah disahkan dalam Sistem Akreditasi Pelatihan (SIKPEL).

Akhir kata, kami sampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Modul Pelatihan ini. Semoga modul yang telah disusun ini dapat mendukung terselenggaranya pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Gizi Buruk yang terstandar untuk menghasilkan tenaga kesehatan yang kompeten.

Jakarta, Oktober 2022
Plt. Direktur Gizi dan KIA,

dr. Ni Made Diah Permata Laksmi D, MKM

KONTRIBUTOR

Pengarah:

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat
Direktur Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak

Tim Penyusun:

- Deviana, SKM, MKM (BBPK Jakarta)
- dr. Ade Dejani (PDUI)
- dr. Richard (IDI)
- dr. Endang Trimulyantini (PDUI)
- dr. Debora, Sp.A (IDAI)
- dr. Moretta Damayanti, Sp.A(K), M.Kes (IDAI)
- Endang Budiwiarti, SKM, MPH, RD (PERSAGI)
- dr. Julia (UNICEF)
- dr. Nida Rohmawati, MPH (Dit Gizi dan KIA)
- dr. Rivani Noor, MKM (Dit Gizi dan KIA)
- dr. Widyawati (Dit Gizi dan KIA)
- dr. Ario Baskoro, MSc (Dit Gizi dan KIA)
- Eko Prihastono, SKM, MKM (Dit Gizi dan KIA)
- Dewi Astuti, S,Gz, MKM (Dit Gizi dan KIA)
- Dyah Sari Utami, SKM (Dit Gizi dan KIA)
- Tiara Karmila Mahardikni, S.Tr.Gz (Dit Gizi dan KIA)
- Maya Raiyan, M.Psi (Dit Gizi dan KIA)

Editor:

Rivani Noor, Nida Rohmawati

Layout :

Jhpiego Indonesia

Diterbitkan oleh:

Kementerian Kesehatan RI. Cetakan I, Oktober 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
KONTRIBUTOR	ii
MATA PELATIHAN DASAR 1	
KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN DAN GIZI BALITA DALAM RANGKA PENINGKATAN	
KELANGSUNGAN HIDUP BALITA	1
A. TENTANG MODUL INI	1
B. KEGIATAN BELAJAR	3
Materi Pokok 1: DASAR HUKUM KESEHATAN ANAK.....	3
Materi Pokok 2: KONDISI STATUS GIZI BURUK, ANGKA KEMATIAN BAYI DAN BALITA.....	5
Materi Pokok 3: PENYEBAB GIZI BURUK, KEMATIAN BAYI DAN BALITA.....	6
Materi Pokok 4: DAMPAK GIZI BURUK	8
Materi Pokok 5: PERAN MTBS DAN TATA LAKSANA GIZI BURUK DALAM MENURUNKAN	
GIZI BURUK, ANGKA KEMATIAN BAYI DAN BALITA.....	9
Materi Pokok 6: STRATEGI, STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP), ALUR MTBS DAN	
TATA LAKSANA GIZI BURUK PADA BALITA.....	11
Materi Pokok 7: PELAKSANAAN KEGIATAN TERINTEGRASI MTBS DAN TATA LAKSANA GIZI	
BURUK PADA BALITA.....	12
C. DAFTAR PUSTAKA	14
MATA PELATIHAN DASAR 2	
PELAYANAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT DAN GIZI BURUK.....	18
A. TENTANG MODUL INI	18
B. KEGIATAN BELAJAR	19
Materi Pokok 1: KONSEP DASAR INTEGRASI MTBS DAN GIZI BURUK.....	19
Materi Pokok 2: UPAYA PENCEGAHAN GIZI BURUK PADA BALITA	25
C. DAFTAR PUSTAKA	47
MATA PELATIHAN INTI 1	
TATA LAKSANA UMUM GIZI BURUK	50
A. TENTANG MODUL INI	50
B. KEGIATAN BELAJAR	50
Materi Pokok 1: ALUR TATA LAKSANA GIZI BURUK.....	50
Materi Pokok 2 : 4 FASE DAN 10 LANGKAH TATA LAKSANA GIZI BURUK PADA BALITA.....	59
C. PENUGASAN.....	72
D. TEST FORMATIF	75
E. KUNCI JAWABAN	76
F. DAFTAR PUSTAKA	76
MATA PELATIHAN INTI 2	
TATA LAKSANA BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN - 5 TAHUN	79
A. TENTANG MODUL INI	79
B. KEGIATAN BELAJAR	80
Materi Pokok 1: PENILAIAN DAN KLASIFIKASI BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN -	
5 TAHUN	80
Materi Pokok 2: TINDAKAN ATAU PENGOBATAN BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN -	
5 TAHUN	104
Materi Pokok 3: PELAYANAN TINDAK LANJUT BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN -	
5 TAHUN	117
C. PENUGASAN.....	121
D. TES FORMATIF	140
E. KUNCI JAWABAN	140

F. DAFTAR PUSTAKA	141
MATA PELATIHAN INTI 3	
TATALAKSANA BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN	142
A. TENTANG MODUL INI	142
B. KEGIATAN BELAJAR	143
Materi Pokok 1: PENILAIAN DAN KLASIFIKASI BAYI MUDA UMUR < 2 BULAN	143
Materi Pokok 2: TINDAKAN ATAU PENGOBATAN BAYI MUDA UMUR < 2 BULAN	153
Materi Pokok 3: PELAYANAN TINDAK LANJUT PADA BAYI MUDA UMUR < 2 BULAN.....	160
C. PENUGASAN.....	162
D. TES FORMATIF	171
E. KUNCI JAWABAN	171
F. DAFTAR PUSTAKA	172
MATA PELATIHAN INTI 4	
PENCATATAN PELAPORAN, SUPERVISI FASILITATIF DAN MONITORING EVALUASI	
MTBS DAN GIZI BURUK	173
A. TENTANG MODUL INI	173
B. KEGIATAN BELAJAR	174
Materi Pokok 1: PENCATATAN PELAPORAN MTBS DAN GIZI BURUK.....	174
Materi Pokok 2: SUPERVISI FASILITATIF DAN MONITORING EVALUASI MTBS DAN	
GIZI BURUK.....	179
C. PENUGASAN.....	183
D. TES FORMATIF	184
E. KUNCI JAWABAN	184
F. DAFTAR PUSTAKA	185
MATA PELATIHAN INTI 5	
KALAKARYA MTBS DAN GIZI BURUK	186
A. TENTANG MODUL INI.....	186
B. KEGIATAN BELAJAR.....	187
Materi Pokok 1 : KONSEP KALAKARYA MTBS DAN GIZI BURUK.....	187
Materi Pokok 2: TEKNIK PENDAMPINGAN KALAKARYA MTBS DAN GIZI BURUK.....	190
C. PENUGASAN.....	199
D. TES FORMATIF	201
E. KUNCI JAWABAN	202
F. DAFTAR PUSTAKA	202

MATA PELATIHAN DASAR 1

KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN DAN GIZI BALITA DALAM RANGKA PENINGKATAN KELANGSUNGAN HIDUP BALITA

MATA PELATIHAN DASAR 1

KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN DAN GIZI BALITA DALAM RANGKA PENINGKATAN KELANGSUNGAN HIDUP BALITA

A. TENTANG MODUL INI

DESKRIPSI SINGKAT

Berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, Angka Kematian Bayi 24/1000KH, jauh dari target 16/1000 KH di tahun 2024. Sedangkan hasil Survei Status Gizi Indonesia tahun 2021, prevalensi balita wasting sebesar 7,1 %, dengan target RPJMN menurunkan menjadi 7% pada tahun 2024. Angka kematian balita yang masih tinggi 70% diantaranya disebabkan oleh pneumonia, diare, malaria, campak dan malnutrisi. Lebih dari 75% ibu membawa anaknya ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar dengan salah satu kondisi di atas dan sering ditemukan overlapping gejala sehingga diagnosis tunggal tidak tepat.

Hasil monitoring dan evaluasi tahun 2020 diketahui bahwa standar pelayanan bayi dan balita sakit di Puskesmas melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dilaksanakan dengan tingkat kepatuhan yang rendah, yaitu 54,6%. Hampir seluruh Puskesmas telah menjalankan MTBS (93,8%) , namun belum seluruh balita terlayani dengan tata laksana MTBS (40,6%). Pelayanan kesehatan bagi balita ditujukan bagi penanganan secara cepat dan tepat untuk mencegah kematian dan komplikasi lebih lanjut serta memperbaiki tumbuh kembang anak di masa mendatang.

Dalam rangka menurunkan angka kematian bayi dan angka kematian balita perlu dilaksanakan upaya dalam menangani permasalahan dan penyakit yang terjadi pada balita. Untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada balita maka Kementerian Kesehatan telah menyusun strategi yang menitikberatkan pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan balita di lapangan. Manajemen Terpadu Balita Sakit adalah suatu pendekatan pelayanan balita yang terintegrasi atau terpadu di unit rawat jalan fasilitas pelayanan kesehatan dasar, seperti Puskesmas, Pustu, Polindes atau Poskesdes.

Untuk dapat memberikan tatalaksana balita sakit secara komprehensif sesuai pedoman tersebut, diperlukan peningkatan kapasitas bagi fasilitator dan tenaga kesehatan pelayanan kesehatan anak sebagai tim layanan kesehatan anak di Puskesmas agar sesuai standar. Mengingat pelayanan balita sakit dan gizi buruk dilaksanakan oleh tenaga Kesehatan yang sama dan dengan sasaran balita yang sama maka kedua pelatihan akan lebih komprehensif, efektif dan efisien bila diintegrasikan.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Hasil Belajar
Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu memahami kebijakan pelayanan kesehatan dan gizi balita dalam rangka peningkatan kelangsungan hidup balita
2. Indikator Hasil Belajar
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:
 - a. Menjelaskan dasar hukum kesehatan anak
 - b. Menjelaskan kondisi status gizi buruk, angka kematian bayi dan balita
 - c. Menjelaskan penyebab gizi buruk, kematian bayi dan balita
 - d. Menjelaskan dampak gizi buruk
 - e. Menjelaskan peran MTBS dan tata laksana gizi buruk dalam menurunkan gizi buruk, angka kematian bayi dan balita
 - f. Menjelaskan strategi, standar operasional prosedur (SOP), alur MTBS dan tatalaksana gizi buruk pada balita
 - g. Menjelaskan pelaksanaan kegiatan terintegrasi MTBS dan tata laksana gizi buruk pada balita

MATERI POKOK

Materi pokok pada mata pelatihan ini meliputi:

1. Dasar hukum kesehatan anak
2. Kondisi status gizi buruk, angka kematian bayi dan balita
3. Penyebab gizi buruk, kematian bayi dan balita
4. Dampak gizi buruk
5. Peran MTBS dan Tata Laksana Gizi Buruk dalam menurunkan gizi buruk, angka kematian bayi dan balita
6. Strategi, Standar Operasional Prosedur (SOP), Alur MTBS dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita
7. Pelaksanaan kegiatan terintegrasi MTBS dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita

B. KEGIATAN BELAJAR

Materi Pokok 1: DASAR HUKUM KESEHATAN ANAK

PENDAHULUAN

Telah disusun berbagai kebijakan untuk mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan dan gizi pada balita yang terstandar. Dasar-dasar hukum tentang kebijakan kesehatan dan gizi tersebut beberapa diantaranya dituangkan dalam petunjuk teknis pelaksanaan agar dapat implementatif di lapangan.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:
Menjelaskan dasar hukum kesehatan anak

SUB MATERI POKOK: -

URAIAN MATERI POKOK

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

Manajemen Terpadu Balita Sakit termasuk pelayanan standar yang masuk dalam Permenkes no. 25 tahun 2014 dan masuk dalam Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota. Dengan demikian setiap balita sakit dan bayi muda mendapatkan pelayanan sesuai standar MTBS. Dengan menerapkan MTBS diharapkan terjadi peningkatan penemuan kasus, semakin banyak balita yang dapat dicegah dari kematian, terjadi penurunan morbiditas serta intervensi yang dipilih sesuai dengan fokus permasalahan.

Selain itu, bentuk komitmen pemerintah dalam penanggulangan gizi buruk pada balita dan tindaklanjutnya melalui berbagai upaya yaitu upaya penyuluhan gizi, peningkatan cakupan penimbangan balita, pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan bagi balita dengan gizi kurang, peningkatan kapasitas petugas dalam tata laksana balita gizi buruk, pembentukan *Therapeutic Feeding Centre* (TFC) dan *Community Feeding Centre* (CFC) sebagai pusat-pusat pemulihan gizi di fasilitas kesehatan. Perbaikan kualitas pelayanan dan peningkatan kerja sama lintas sektor/ program, serta keterlibatan masyarakat diperlukan untuk menanggulangi masalah kekurangan gizi pada balita.

Kebijakan Pelayanan Kesehatan dan Gizi pada Balita didasarkan kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam periode lima tahunan pemerintahan. Dasar-

dasar hukum tentang pelayanan kesehatan balita, termasuk Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Tata Laksana Gizi Buruk meliputi:

- 1) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025.
- 2) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan
- 3) Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang- Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
- 4) PP No 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal
- 5) PP No 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI eksklusif
- 6) Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.
- 7) Perpres No 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting
- 8) Perpres No 18 Tahun 2019 tentang RPJMN 2020-2024
- 9) Permenkes No 39 Tahun 2013 tentang Susu Formula Bayi dan Produk Bayi lainnya
- 10) Permenkes No 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak
- 11) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- 12) Permenkes No 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang
- 13) Permenkes No 66 Tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak
- 14) Permenkes No 88 Tahun 2014 tentang Standar Tablet Tambah Darah bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil
- 15) Permenkes No 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A bagi Bayi, Anak Balita dan Ibu Nifas
- 16) Permenkes No 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi
- 17) Permenkes No 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
- 18) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan Masalah Gizi Bagi Anak Akibat Penyakit
- 19) Permenkes No 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas
- 20) Permenkes No 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak
- 21) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.
- 22) Permenkes No. 21 tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi serta Pelayanan Kesehatan Seksual.
- 23) Kepmenkes No 284/MENKES/SK/III/2004 284/2004 tentang Buku KIA
- 24) Kepmenkes No HK.01.07/MENKES/1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
- 25) Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 19 Tahun 2017 tentang Penggunaan Dana Desa
- 26) Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2018 tentang Lembaga Kemasyarakatan Desa dan Lembaga Adat Desa
- 27) Peraturan Kepala BPOM Nomor 1 Tahun 2018 tentang Pengawasan Pangan untuk Keperluan Gizi Khusus sebagaimana diubah dengan Peraturan Badan POM Nomor 24 tahun 2019 dan Peraturan Badan POM Nomor 24 tahun 2020

Materi Pokok 2: KONDISI STATUS GIZI BURUK, ANGKA KEMATIAN BAYI DAN BALITA

PENDAHULUAN

Angka Kematian Balita juga diukur dalam sasaran pembangunan kesehatan dan salah satu indikator RPJMN dimana pada tahun 2024 ditargetkan turun menjadi 16/1000 KH. Angka Kematian Bayi tahun 2021 sebanyak 25.037 bayi. Penyebab terbanyaknya adalah BBLR, asfiksia, penyebab lain-lain dan kelainan kongenital.

Berbagai upaya telah dilaksanakan untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita yaitu antara lain pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Penanganan anak balita gizi kurang dan gizi buruk. Namun demikian, pelayanan kesehatan dan gizi tersebut belum optimal dilaksanakan.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:

Menjelaskan kondisi status gizi buruk, angka kematian bayi dan balita

SUB MATERI POKOK: -

URAIAN MATERI POKOK

Hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa angka kematian balita di Indonesia masih cukup tinggi bila dibandingkan negara-negara di Asia Tenggara, yaitu sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup. Menurut data Sample Registration System (SRS) tahun 2014 penyebab utama kematian anak balita adalah diare (17%) dan pneumonia (13%). Sedangkan penyebab utama kematian bayi adalah asfiksia (18%), disusul dengan penyakit pneumonia (8%). Kematian pada balita banyak terjadi pada periode 1 bulan, 2 bulan dan 3 bulan, sementara stunting banyak terjadi pada usia 6 – 11 bulan dan meningkat hampir dua kali pada masa transisi 12 – 23 bulan.

Jumlah sasaran bayi dan balita kita saat ini berturut-turut sekitar 4,4 juta dan balita 21,8 juta. Faktor-faktor risiko yang dialami balita antara lain lahir sudah dalam kondisi prematur, berat lahir rendah, anemia, serta permasalahan terkait pemberian makan [ada bayi dan anak, misalnya rendahnya ASI eksklusif dan konsumsi makanan belum beragam. Kondisi ini akan mengakibatkan kesakitan dan masalah pertumbuhan pada balita.

Masalah kesakitan dan pertumbuhan serta perkembangan balita perlu menjadi perhatian, sebagaimana RPJMN telah menargetkan penurunan Angka Kematian Balita menjadi 16/1000 KH, prevalensi balita stunting menjadi 14% dan prevalensi balita wasting 7% pada tahun 2024. Namun saat ini Angka Kematian Bayi 24/1000KH, prevalensi stunting pada balita 24,4% dan wasting 7,1% (SSGI 2021). Berdasarkan capaian Standar Pelayanan Minimal tahun 2021, balita mendapatkan layanan kesehatan sesuai standar baru mencapai 55%. Berdasarkan laporan rutin (Komdat Kesmas), belum semua kab/kota melaksanakan pelayanan kesehatan balita secara optimal, yaitu baru 88 % puskesmas yang melaksanakan pendekatan MTBS. Untuk itu diperlukan upaya penguatan untuk mencegah morbiditas dan mortalitas pada balita.

Materi Pokok 3: PENYEBAB GIZI BURUK, KEMATIAN BAYI DAN BALITA

PENDAHULUAN

Penurunan gizi buruk sebagai salah satu program prioritas nasional karena memiliki dampak serius terhadap kejadian kesakitan dan kematian pada balita. Gizi buruk disebabkan oleh multifaktor, tidak hanya masalah kesehatan tetapi juga masalah sosial, ekonomi, budaya, pola asuh, pendidikan, dan lingkungan. Oleh karena itu, upaya penanganan gizi buruk dilakukan dengan melibatkan lintas program dan sektor terkait. Dalam upaya pencegahan terjadinya gizi buruk pada balita, dilakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita secara rutin di masyarakat, sebagai salah satu upaya dalam pelayanan kesehatan pada balita yang terdapat dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM). Apabila saat dilakukan pemantauan pertumbuhan ditemukan adanya indikasi gagal tumbuh, maka balita harus segera di rujuk ke pelayanan kesehatan untuk dilakukan konfirmasi status gizi dan intervensi lebih lanjut.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:

Menjelaskan penyebab gizi buruk, kematian bayi dan balita

SUB MATERI POKOK: -

URAIAN MATERI POKOK

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. 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:

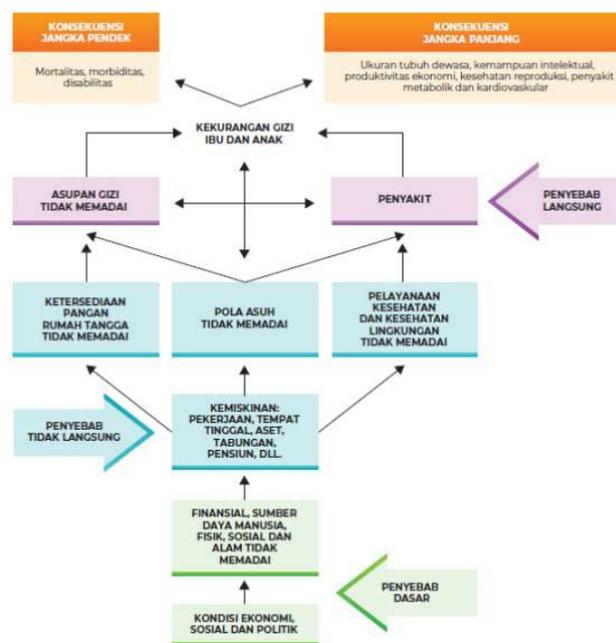
- 1) Balita gizi kurang adalah balita dengan indeks BB/PB atau BB/TB di antara -3 SD sampai kurang dari -2 SD, atau dengan pengukuran LiLA berada di antara 11,5 cm sampai kurang dari 12,5 cm (Usia 6-59 bulan).
- 2) Balita gizi buruk adalah balita dengan indeks BB/PB (atau BB/TB) kurang dari -3 SD atau dengan pengukuran LiLA < 11,5 cm (usia 6 - 59 bulan) atau edema bilateral yang bersifat pitting (tidak kembali setelah ditekan).

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

Sedangkan penyebab kematian bayi adalah kelainan perinatal 54,9%, kelainan kongenital 13,6%, meningitis, penyakit saluran cerna, sepsis 10,10% dan pneumonia 8,8% (SRS, 2018).

Hal ini dapat disebabkan berbagai kondisi, mulai dari kondisi kesehatan ibu dan penyulit saat hamil, hingga kondisi gizi dan kesehatan setelah bayi lahir. Keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas menjadi salah satu faktor risiko penting terjadinya morbiditas pada balita. Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan balita yaitu:

- Banyak ibu/keluarga yang belum memiliki sarana dan pengetahuan cukup dalam pemanfaatan digital informasi dan modifikasi layanan kesehatan saat ini, khususnya di masa pandemi COVID-19.
- Pelayanan kesehatan balita, seperti penyelenggaraan kelas ibu balita, pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) banyak terganggu dikarenakan overload beban petugas kesehatan di masa pandemi COVID-19 serta belum terintegrasinya implementasi pelayanan kesehatan
- Masih terbatasnya puskesmas yang melaksanakan inovasi dalam peningkatan pelayanan kesehatan balita dan anak prasekolah
- Pemanfaatan buku KIA sebagai sarana edukasi orang tua belum memadai.
- Standar pelayanan bayi sakit di Puskesmas yaitu manajemen terpadu balita sakit (MTBS) dilaksanakan dengan tingkat kepatuhan yang rendah 54,6%.
- Kapasitas layanan rujukan tumbuh kembang belum memadai
- Pelayanan intensif bagi anak di Rumah Sakit belum memadai



Gambar 1. Kerangka hubungan antara faktor penyebab kekurangan gizi pada ibu dan anak berdasarkan modifikasi kerangka penyebab masalah gizi Unicef 1990

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

Materi Pokok 4: DAMPAK GIZI BURUK

PENDAHULUAN

Dampak kekurangan gizi pada balita tidak hanya dialami oleh balita itu sendiri, namun berdampak terhadap keluarga, masyarakat hingga negara.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

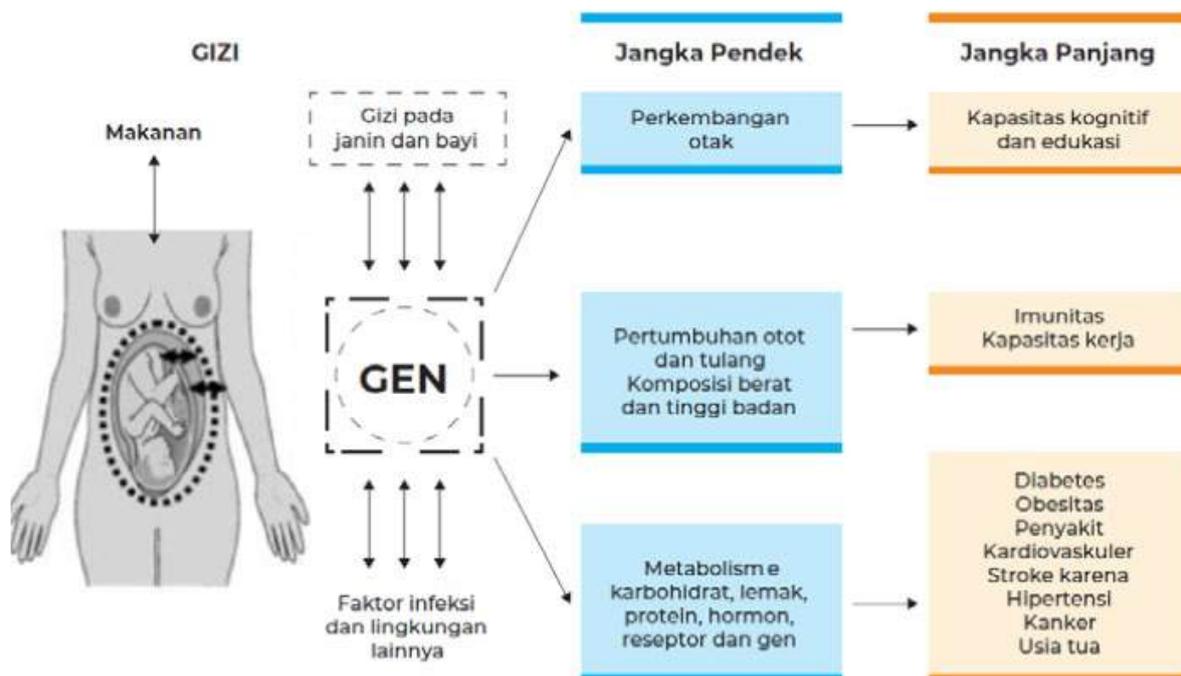
Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:
Menjelaskan tentang dampak gizi buruk

SUB MATERI POKOK: -

URAIAN MATERI POKOK

Dampak kekurangan gizi pada balita sebagai berikut:

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



Gambar 2. Gambaran tentang Interaksi gizi pada janin/bayi

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

Lebih lanjut, Gambar 2 memberikan gambaran tentang interaksi gizi pada janin/ bayi (dipengaruhi oleh status gizi ibu), faktor infeksi dan faktor lingkungan lainnya, serta faktor genetik. Dampaknya adalah:

- Gangguan perkembangan otak yang berakibat gangguan kapasitas kognitif dan edukasi pada jangka panjang;
- Gangguan pertumbuhan otot dan tulang, serta komposisi berat dan tinggi badan yang berakibat gangguan imunitas dan kapasitas kerja pada jangka panjang.
- Gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, protein, hormon, reseptor dan gen yang berakibat gangguan penyakit tidak menular dan kardiovaskular pada jangka panjang.

Materi Pokok 5: PERAN MTBS DAN TATA LAKSANA GIZI BURUK DALAM MENURUNKAN GIZI BURUK, ANGKA KEMATIAN BAYI DAN BALITA

PENDAHULUAN

Penyebab kematian pada bayi dan anak sebagian besar dapat dicegah, yaitu 96,8% pada bayi dan 76,4% pada anak. Angka kematian balita yang masih tinggi 70% diantaranya disebabkan oleh pneumonia, diare, malaria, campak dan malnutrisi. Lebih dari 75% ibu membawa anaknya ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar dengan salah satu kondisi di atas dan sering ditemukan overlapping gejala sehingga diagnosis tunggal tidak tepat.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:

Menjelaskan tentang peran MTBS dan tata laksana gizi buruk dalam menurunkan gizi buruk, angka kematian bayi dan balita.

SUB MATERI POKOK: -

URAIAN MATERI POKOK

Metode MTBS telah dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1997 melalui kerjasama antara Kementerian Kesehatan RI, WHO, Unicef dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). MTBS bukan merupakan program kesehatan, tetapi suatu standar pelayanan dan tata laksana dalam menangani balita sakit yang datang ke pelayanan kesehatan tingkat dasar (Puskesmas). Penerapan MTBS meliputi tiga komponen utama, yaitu peningkatan keterampilan petugas kesehatan, peningkatan dukungansistem kesehatan, serta peningkatan praktik keluarga dan masyarakat dalam perawatan balita sakit di rumah. Pelayanan balita sakit dengan pendekatan MTBS dinilai *cost effective* dan dapat memberikan kontribusi sangat besar untuk menurunkan angka kematian neonatus, bayi dan anak balita bila dilaksanakan secara benar dan luas. Dengan demikian tenaga kesehatan yang memiliki kewenangan melayani balita sakit harus kompeten melakukan MTBS dengan benar sesuai standar serta menerapkan pendekatan MTBS secara luas terhadap seluruh balita sakit dan bayi muda yang datang ke puskesmas.

MTBS bertujuan untuk mengurangi kematian, kesakitan dan kecacatan pada balita. Pendekatan terpadu ini dilaksanakan untuk meningkatkan sistem pelayanan kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu serta pengasuh anak dalam perawatan

anak termasuk pencarian pertolongan kesehatan, serta meningkatkan kemampuan maupun keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani balita sakit.

Sasaran langsung MTBS adalah balita umur 2 bulan sampai 5 tahun yang sakit, serta bayi umur kurang dari 2 bulan (bayi muda) yang sakit maupun sehat. Pada modul pelatihan MTBS dan Gizi Buruk, modul pelatihan MTBS sebelumnya diperkaya dengan muatan gizi mengingat kasus gizi buruk masih banyak ditemui di masyarakat, namun jumlah kasus yang dilaporkan dan yang mendapat perawatan masih rendah.

Tingkat kematian dan kesakitan anak dengan gizi buruk lebih tinggi dibanding anak dengan gizi baik. Untuk itu, dalam upaya penanggulangan gizi buruk, Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan UNICEF telah menyusun Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Balita Gizi Buruk pada Balita yang mengintegrasikan pelayanan rawat inap dan rawat jalan serta pemberdayaan masyarakat (2019). Upaya *Integrated Management of Acute Malnutrition* (IMAM) atau Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi (PGBT) telah dianjurkan oleh WHO, UNICEF, WFP dan UNSSCN sejak lama. Upaya ini menekankan pentingnya peran serta aktif keluarga/ masyarakat dan lintas sektor terkait dalam penanggulangan gizi buruk pada balita. Upaya ini telah dilaksanakan paling sedikit di 70 negara, antara lain Timor-Leste, Kamboja, Korea Utara dan Vietnam. Selanjutnya pada tahun 2020 dan 2021, sebagai upaya penanganan balita sakit Kementerian Kesehatan juga telah melakukan revisi pada pedoman dan buku bagan MTBS.

Beberapa faktor yang menyebabkan rendahnya balita sakit dan gizi buruk yang mendapat tata laksana yang sesuai antara lain karena: 1) terbatasnya akses layanan kesehatan; 2) belum banyak fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan balita sakit secara integratif sehingga kasus gizi buruk tidak terdeteksi; 3) ketidakmampuan pemberi layanan dalam tata laksana sesuai standar; 4) pelaporan yang tidak lengkap; 5) rendahnya kesadaran keluarga untuk membawa balita sakit dan gizi buruk ke tempat pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, perlu dilakukan penanganan secara cepat dan tepat untuk mencegah kematian dan komplikasi lebih lanjut serta memperbaiki tumbuh kembang anak di masa mendatang.

Petugas kesehatan yang ada di Puskesmas berperan dalam penerapan MTBS sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Dalam penerapan MTBS, perlu diperhatikan secara cepat semua gejala anak sakit, sehingga segera dapat ditentukan apakah anak dalam keadaan sakit berat dan perlu segera dirujuk. Jika penyakitnya tidak parah, tenaga kesehatan bisa memberi pengobatan yang sesuai, disamping cara konseling bagi ibu atau pengasuh anak. Untuk dapat memberikan tatalaksana balita sakit secara komprehensif sesuai standar, diperlukan peningkatan kapasitas bagi fasilitator dan tenaga kesehatan pelayanan kesehatan anak (dokter, bidan/perawat dan ahli gizi) sebagai tim layanan kesehatan anak di Puskesmas.

Materi Pokok 6: STRATEGI, STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP), ALUR MTBS DAN TATA LAKSANA GIZI BURUK PADA BALITA

PENDAHULUAN

Dalam rangka menanggulangi permasalahan gizi buruk, Kementerian Kesehatan telah menyusun strategi, Standar Operasional Prosedur (SOP) dan alur bagi pelayanan MTBS dan gizi buruk untuk dapat diimplementasikan, dengan tetap memperhatikan sumber daya dan kondisi wilayah masing-masing.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:

Menjelaskan tentang Strategi, Standar Operasional Prosedur (Sop), Alur MTBS dan Tata Laksana Gizi Buruk Pada Balita

SUB MATERI POKOK: -

URAIAN MATERI POKOK

Untuk mengatasi permasalahan balita sakit dan gizi buruk pada balita maka ditempuh strategi operasional sebagai berikut :

- 1) Pemberdayaan keluarga dan masyarakat termasuk pelibatan lintas sektor dan dunia usaha. Pemberdayaan diarahkan untuk meningkatkan kemampuan keluarga agar berperilaku hidup sehat dan sadar gizi serta mampu memanfaatkan sumber daya keluarga untuk meningkatkan status kesehatan dan gizi keluarga
- 2) Meningkatkan kualitas dan cakupan deteksi dini masalah kesehatan dan gizi di tingkat masyarakat dengan melibatkan semua komponen masyarakat sebagai upaya pencegahan kesakitan dan gizi buruk pada balita. Kegiatan utama Posyandu berupa pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita merupakan salah satu upaya masyarakat dalam mendeteksi terjadinya hambatan pertumbuhan dan perkembangan pada balita. Dengan memantau berat badan, tinggi badan, LiLA dan perkembangan semua anak secara rutin di Posyandu maka akan diketahui anak yang mengalami hambatan pertumbuhan dan perkembangan. Bila ditemukan tanda-tanda balita sakit dan hambatan pertumbuhan, LiLA <11,5 cm (balita 6 – 59 bulan), BB/PB atau BB/TB <-3 atau edema bilateral maka anak tersebut harus dirujuk ke Puskesmas atau ke tempat pelayanan kesehatan lainnya. Bila ditemukan bayi di bawah 6 bulan mengalami kesulitan menyusui atau terlalu lemah maka bayi tersebut harus dirujuk ke rumah sakit.
- 3) Meningkatkan kualitas dan akses pelayanan kesehatan dan gizi dalam Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan tersebut, diperlukan peningkatan fasyankes yang kompeten, diantaranya melalui peningkatan kompetensi dengan melakukan pelatihan yang terakreditasi. MTBS dan Pencegahan dan Tata laksana Gizi Buruk dijadikan bagian dari kurikulum *preservice* training di akademi kesehatan (poltekkes), fakultas kedokteran dan pendidikan spesialis yang terkait.
- 4) Penguatan sistem kewaspadaan dini melalui surveilans kesehatan dan gizi.
- 5) Meningkatkan kerjasama dengan lintas program, lintas sektor, mitra pembangunan dan masyarakat (Penanggulangan penyakit menular, misalnya diare, ISPA, Malaria, TBC, HIV dan organisasi profesi seperti IDAI, PDGMI/ PDGKI, PERSAGI/ASDI, dll).

- 6) Meningkatkan dukungan dan peran serta Pemerintah Daerah dalam upaya pencegahan dan penanggulangan gizi buruk pada balita terutama dalam hal dukungan kebijakan dan pembiayaan.

Dalam tata laksana balita sakit dengan pendekatan MTBS, dilaksanakan penilaian dan klasifikasi, disertai tindakan/pengobatan yang sesuai mengacu pada Buku Bagan MTBS (2021). Selain pengobatan terhadap penyakit yang menjadi penyebab utama kematian bayi dan balita, perlu ditata laksana juga masalah gizi yang dapat berpengaruh buruk pada kesehatan dan memperberat penyakit balita. Telah disusun 5 (lima) contoh SPO Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita, yaitu:

- i. SPO Deteksi Dini dan Rujukan Balita Gizi Buruk atau yang Berisiko Gizi Buruk;
- ii. SPO Penetapan dan Klasifikasi Balita Gizi Buruk di Fasilitas Pelayanan Kesehatan,
- iii. SPO Tata Laksana Balita Gizi Buruk pada Balita usia 6-59 bulan di Layanan Rawat Jalan;
- iv. SPO Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita Gizi Buruk di Layanan Rawat Inap; dan
- v. SPO 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.

Selanjutnya contoh SPO Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk ini dapat digunakan sebagai acuan bagi Puskesmas dalam menyusun SPO yang disesuaikan dengan kondisi masing-masing Puskesmas.

Materi Pokok 7: PELAKSANAAN KEGIATAN TERINTEGRASI MTBS DAN TATA LAKSANA GIZI BURUK PADA BALITA

PENDAHULUAN

Kegiatan MTBS dan Gizi Buruk secara terintegrasi, dimana permasalahan balita sakit, termasuk Gizi Buruk dan permasalahan kekurangan gizi akan dideteksi melalui pendekatan MTBS dan ditatalaksana sesuai standar.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:

Menjelaskan tentang pelaksanaan kegiatan terintegrasi MTBS dan tata laksana gizi buruk pada balita

SUB MATERI POKOK: -

URAIAN MATERI POKOK

Dalam pelaksanaan kegiatan terintegrasi MTBS dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita, balita yang datang ke Puskesmas (baik datang sendiri maupun rujukan dari tingkat masyarakat seperti Posyandu, PAUD, BKB) maka akan dilakukan pelayanan kesehatan melalui pendekatan MTBS oleh bidan/perawat dan jika ditemukan klasifikasi merah perlu dirujuk ke dokter. Selanjutnya akan dilakukan tindakan/pengobatan sesuai kasus yang ditemui baik pada usia kurang dari 2 bulan ataupun balita usia 2 bulan- 5 tahun.

Penatalaksanaan balita sakit dan bayi muda tidak terlepas dari penggunaan Buku Bagan MTBS dan Formulir Pencatatan, baik untuk Balita Sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun maupun untuk Bayi Muda umur kurang dari 2 bulan. Buku bagan merupakan panduan dan

harus digunakan ketika melayani balita sakit maupun bayi muda sakit dan sehat di puskesmas. Jika ditemukan permasalahan gizi, maka balita perlu mendapat perawatan secara medik dan dietetik, yang dilakukan bersamaan secara teratur oleh tim terintegrasi MTBS dan gizi buruk.

Dalam penanganan masalah gizi, peran dari tim terintegrasi MTBS dan gizi buruk antara lain:

1) Dokter

1. Melakukan konfirmasi pelayanan kesehatan atas rujukan dengan algoritma MTBS
2. Anamnesis, pemeriksaan fisik (diagnosis berdasarkan klinis, antropometri dan laboratorium).
3. Menentukan tindakan dan perawatan.
4. Menentukan terapi obat dan terapi diit.
5. Memberikan konseling penyakit.
6. Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap perkembangan medis dan status gizi pasien.
7. Bertanggung jawab pada penderita secara keseluruhan.
8. Melakukan supervisi pelaksanaan MTBS dan Gibur

2) Perawat/ Bidan

- a) Melakukan pelayanan kesehatan dengan menggunakan algoritma MTBS
- b) Melakukan tindakan dan perawatan (infus, NGT) atas instruksi dokter
- c) Membantu distribusi makanan
- d) Membantu pemantauan dan evaluasi pemberian makan kepada penderita
- e) Bertanggung jawab pada asuhan keperawatan penderita

3) Nutrisionis/ Dietisien

- a) Berkolaborasi dalam pelayanan kesehatan menggunakan algoritme MTBS termasuk:
 - Melakukan pengkajian gizi
 - Membuat diagnosis gizi
 - Membuat intervensi gizi, contohnya membuat formula WHO dan menyusun menu makanan serta memberikan edukasi dan konseling gizi
- b) Memantau dan mengevaluasi intervensi yang diberikan termasuk pemberian makan kepada pasien
- c) Bertanggung jawab pada asuhan gizi pasien

4) Tenaga Farmasi

- a) Menyediakan obat-obatan dalam tindakan/pengobatan MTBS dan cairan parenteral
- b) Memberikan obat dan cairan parenteral berdasarkan resep dokter.
- c) Menyediakan cairan Resomal (oralit dan mineral mix).
- d) Mengawasi interaksi obat dan makanan.
- e) Membantu memantau dan evaluasi pemberian obat kepada pasien

Pemeriksaan penunjang (laboratorium patologi klinik, radiologi, dll) dilakukan atas indikasi.

Pelayanan dengan pendekatan MTBS perlu dicatat dalam Formulir Pencatatan yang harus diisi lengkap sesuai ketentuan. Hasil pencatatan dan pelaporan, akan dilaksanakan supervisi serta monitoring dan evaluasi untuk mengetahui permasalahan yang dihadapi

dalam pelaksanaan pelayanan MTBS serta merencanakan tindak lanjut untuk mengatasinya.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari mata pelatihan dasar tentang Kebijakan Pelayanan Kesehatan Dan Gizi Balita dalam Rangka Peningkatan Kelangsungan Hidup Balita, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Masalah kesakitan dan pertumbuhan serta perkembangan balita perlu menjadi perhatian, sebagaimana RPJMN telah menargetkan penurunan Angka Kematian Balita menjadi 16/1000 KH, prevalensi balita stunting menjadi 14% dan prevalensi balita wasting 7% pada tahun 2024.
- ❖ MTBS bertujuan untuk mengurangi kematian, kesakitan dan kecacatan pada balita. Modul pelatihan MTBS-Gizi Buruk adalah modul MTBS yang diperkaya dengan muatan gizi mengingat kasus gizi buruk masih banyak ditemui di masyarakat, yang dapat berkontribusi pada angka kematian balita.
- ❖ Strategi dalam mengatasi permasalahan balita sakit dan gizi buruk, melalui pemberdayaan masyarakat, untuk meningkatkan kualitas dan cakupan deteksi dini masalah kesehatan dan gizi, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan pelayanan anak dan tim asuhan gizi, penguatan surveilans kesehatan dan gizi, koordinasi lintas program dan lintas sektor serta meningkatkan dukungan dan peran serta Pemerintah Daerah.

C. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit, Kemenkes. 2022.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Kemenkes. 2020.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita, Kemenkes. 2020.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Buku saku Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk di Layanan Rawat Jalan. Kemenkes. 2020.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan tatalaksana gizi buruk pada balita. Kemenkes. 2019.

-o0o-

MATA PELATIHAN DASAR 2

PELAYANAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT DAN GIZI BURUK

MATA PELATIHAN DASAR 2 PELAYANAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT DAN GIZI BURUK

A. TENTANG MODUL INI

DESKRIPSI SINGKAT

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) telah dinilai *cost effective* dan dapat memberikan kontribusi yang sangat besar untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita jika dilaksanakan secara **luas** dan **benar**. Selain memberi pengobatan, MTBS memberi kesempatan dan menekankan intervensi pencegahan seperti imunisasi dan perbaikan gizi pada bayi dan anak, termasuk pemberian ASI yang merupakan salah satu upaya untuk mencegah terjadinya gizi buruk pada bayi.

Gizi buruk dapat meningkatkan risiko kesakitan dan kematian pada anak, itu sebabnya gizi buruk memerlukan tatalaksana khusus dalam perawatan dan pengobatannya.

Modul ini disusun agar peserta pelatihan (dokter, perawat, bidan, nutrisisionis/dietisien) memahami konsep dasar integrasi MTBS dan pengelolaan gizi buruk serta pencegahan terjadinya balita gizi buruk pada bayi dan balita.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu memahami pelayanan manajemen terpadu balita sakit dan gizi buruk.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:

- a. Menjelaskan konsep dasar integrasi MTBS dan gizi buruk.
- b. Menjelaskan upaya pencegahan gizi buruk pada balita.

MATERI POKOK

Materi pokok pada mata pelatihan ini meliputi:

1. Konsep Dasar Integrasi MTBS dan Gizi Buruk.
2. Upaya Pencegahan Gizi Buruk pada bayi dan balita.

B. KEGIATAN BELAJAR

Materi Pokok 1: KONSEP DASAR INTEGRASI MTBS DAN GIZI BURUK

PENDAHULUAN

Salah satu indikator penting yang menggambarkan derajat kesehatan masyarakat adalah kematian balita. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan angka kematian balita di Indonesia masih cukup tinggi dibandingkan negara-negara lain di Asia Tenggara. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 kematian terbanyak pada balita disebabkan karena Diare, Pneumonia, Demam Berdarah Dengue (DBD), Campak, dan Malaria. Penelitian *Sample Registration System* (SRS) 2014 menyatakan bahwa penyebab utama kematian balita adalah diare (17%) dan pneumonia (13%), sedangkan penyebab utama kematian bayi adalah asfiksia (18%) dan pneumonia (8%). Hal yang perlu diperhatikan adalah 52,5% kematian balita akibat penyakit-penyakit tersebut berkaitan dengan kurang gizi (WHO, 2020).

Global Nutrition Report, 2020 menyatakan bahwa beban kasus gizi kurang akut (*wasting*) mencapai 45,4 juta anak balita pada tahun 2017 (6,8%). Berdasarkan data Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021, proporsi *wasting* mengalami penurunan menjadi 7,1%. Namun demikian, masih ditemukan gizi buruk (*severe wasting*) dengan proporsi sebesar 3,5%. (Riskesdas, 2018)

Sejak tahun 2003 *World Health Organization* (WHO) sudah menyatakan bahwa MTBS merupakan pendekatan terbaik dalam menurunkan angka kematian balita. Hal ini terbukti dari penurunan kematian yang sangat bermakna di negara-negara yang menerapkan MTBS. Data riset fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2011 dan SDKI 2012 juga membuktikan adanya korelasi negatif antara persentase puskesmas melaksanakan MTBS dengan kematian neonatus, bayi dan balita. Semakin besar persentase puskesmas melaksanakan MTBS, semakin rendah angka kematian neonatus, bayi dan balita.

Dengan memperhatikan hal-hal tersebut di atas, "Integrasi MTBS dan Gizi Buruk" sangat tepat karena masalah gizi berkaitan erat dengan penyakit-penyakit yang menjadi penyebab utama kematian bayi dan balita. Tatalaksana gizi buruk maupun permasalahan gizi lainnya yang terintegrasi ke dalam pelayanan MTBS akan mempermudah tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan dan pengobatan. Apalagi didukung oleh Buku Bagan MTBS 2022 yang telah mencantumkan tata laksana gizi buruk didalamnya.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu menjelaskan konsep dasar Integrasi MTBS dan Gizi buruk.

SUB MATERI POKOK

Sub materi pokok yang akan dibahas adalah:

1. Pengertian
2. Tujuan
3. Sasaran dan pelaksana
4. Strategi
5. Manfaat dan keuntungan
6. Alat bantu utama pelayanan

URAIAN SUB MATERI POKOK

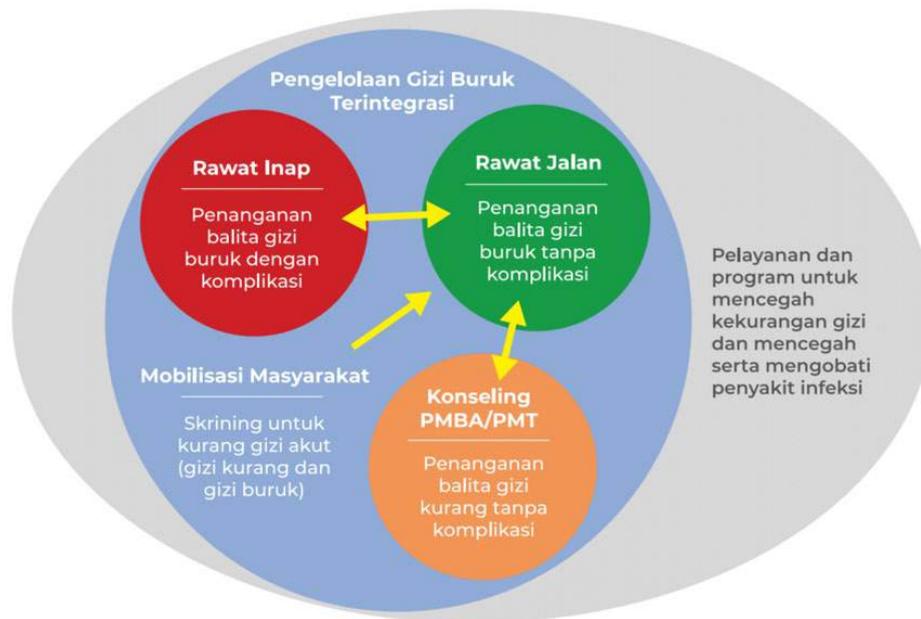
1. Pengertian Integrasi MTBS dan Gizi buruk

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) bukan program vertikal, namun merupakan suatu pendekatan keterpaduan pelayanan balita di tingkat pelayanan kesehatan dasar yang meliputi pelayanan preventif, promotif dan kuratif. Dalam tata laksana balita sakit dengan pendekatan MTBS, empat keluhan utama yang merupakan pintu masuk penyebab kematian balita (batuk dan/atau sukar bernapas, diare, demam dan masalah telinga) wajib ditanyakan kepada semua balita sakit sebagai upaya deteksi dini sehingga tindakan pengobatannya tidak terlambat. Selain pengobatan terhadap penyakit yang menjadi penyebab utama kematian bayi dan balita, perlu ditata laksana juga masalah gizi yang dapat berpengaruh buruk pada kesehatan dan memperberat penyakit balita. Oleh karena itu, dalam pendekatan MTBS ini seluruh bayi dan balita harus dinilai status gizinya. Jika ditemukan balita gizi buruk, diberikan tindakan sesuai tata laksana gizi buruk. Tindakan konseling dan edukasi tentang pemberian makan pada bayi dan balita, cara menyusui bayi dengan benar, cara meningkatkan produksi ASI, juga cara pemerahan dan menyimpan ASI, merupakan upaya memelihara dan/atau meningkatkan status gizi yang harus dilakukan oleh petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan MTBS.

Seperti yang telah diuraikan pada bagian pendahuluan, gizi buruk masih menjadi masalah kesehatan anak di Indonesia. Program pengelolaan gizi buruk terintegrasi (PGBT) telah diupayakan melalui empat komponen, yaitu:

1. Menggerakkan peran serta masyarakat. Masyarakat didukung agar berperan aktif dalam upaya pencegahan, penanganan, pemantauan dan rehabilitasi kasus gizi kurang dan buruk, diawali dengan meningkatkan pengetahuan tokoh masyarakat, kader dan keluarga, terkait:
 - Masalah gizi dan dampaknya bagi bayi dan balita;
 - Peran dalam deteksi dini masalah gizi pada bayi dan balita melalui penapisan dan pendampingan proses penanganan kasus sampai pulih;
 - Memanfaatkan layanan gizi yang tersedia;

- Mendampingi bayi dan balita pada fase rehabilitasi agar kejadian gizi kurang/ buruk tidak terulang.
2. Layanan rawat jalan bayi dan balita (6-59 bulan) dengan gizi buruk tanpa komplikasi dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), yang memiliki tenaga kesehatan yang mampu memberikan layanan gizi buruk dan memiliki perlengkapan yang diperlukan. Layanan rawat jalan dilakukan seminggu sekali untuk:
- Pemantauan peningkatan berat badan. Jika pasien mendapat nutrisi 200 kkal/kgBB/hari maka diharapkan akan terjadi kenaikan berat badan minimal 5 g/kgBB/hari;
 - Pemeriksaan kesehatan dan pemberian terapi;
 - Pemberian terapi gizi yaitu F100 dan RUTF;
 - Pemberian informasi/konseling tentang pemberian makan pada bayi dan balita harus memperhatikan kesesuaian dengan umur, ketrampilan makan, stimulasi tumbuh kembang, pola hidup bersih dan sehat, pemanfaatan air bersih dan jamban keluarga serta pencegahan penyakit;
 - Pemberian pelayanan imunisasi, obat cacing dan vitamin A.
3. Layanan rawat inap untuk bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan gizi buruk (dengan/tanpa komplikasi), dan balita di atas 6 bulan dengan berat badan < 4 kg. Bayi dan balita berusia 6-59 bulan dengan komplikasi dapat dirawat di Puskesmas Rawat Inap selain di Rumah Sakit.
4. Layanan balita gizi kurang. Bayi dan balita diberi makanan tambahan pemulihan (PMT) melalui Puskesmas. Ibu/pengasuh menerima:
- Konseling tentang pemberian makan pada bayi dan balita berdasarkan umur;
 - Pelayanan kesehatan bayi dan balita, termasuk imunisasi dasar lengkap;
 - Pemberian vitamin A dan obat cacing;
 - Edukasi tentang higiene dan sanitasi; termasuk pemanfaatan air bersih dan jamban keluarga;
 - Pemantauan pertumbuhan secara rutin dan stimulasi perkembangan/ SDIDTK.



Gambar 1. Program pengelolaan gizi buruk terintegrasi (PGBT) tidak berdiri sendiri, namun menjadi bagian terpadu dalam pelayanan untuk mencegah kekurangan gizi dan mengobati penyakit infeksi.

Pada umumnya, seorang petugas kesehatan mengikuti beberapa pelatihan yang diselenggarakan oleh instansi vertikal secara terpisah menurut jenis penyakit. Hal ini seringkali menyulitkan petugas mempraktekkan pelatihan-pelatihan tersebut ketika menjumpai seorang anak memiliki gejala-gejala yang tumpang tindih/*overlapping*. Sehingga, paket pelatihan MTBS dan Gizi Buruk dengan keterpaduan pedoman klinis akan memudahkan penanganan balita sakit, termasuk balita gizi buruk, yang pada umumnya memiliki lebih dari satu gejala.

Dengan demikian, pengelolaan gizi buruk yang diintegrasikan dalam tata laksana bayi dan balita sakit dengan pendekatan MTBM dan MTBS akan lebih memudahkan petugas kesehatan memberikan pelayanan sesuai standar dan pengobatan rasional, yang pada akhirnya akan berdampak pada penghematan biaya. Hal ini terbukti dari laporan Bank Dunia yang menyatakan bahwa MTBS termasuk dalam 10 besar intervensi yang *cost-effective*, baik di negara dengan penghasilan rendah maupun menengah, termasuk di Indonesia.

2. Tujuan

Integrasi MTBS dan Gizi buruk bertujuan untuk:

- a) Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang terkait dengan penyebab utama penyakit pada bayi dan balita, melalui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di unit rawat jalan fasilitas kesehatan dasar.
- b) Memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan kesehatan balita.
- c) Perbaiki tata laksana kasus pada balita sakit (kuratif) dengan aspek gizi, imunisasi dan konseling (promotif dan preventif).

- d) Menangani secara fokus penyakit anak yang merupakan penyebab utama kematian dan kesakitan balita.

3. Sasaran dan Pelaksana

Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Gizi Buruk ditujukan bagi anak di bawah 5 tahun yang dikelompokkan ke dalam 2 golongan umur, yaitu

- a) Umur 2 bulan sampai 5 tahun, yang sakit (disebut balita sakit)
- b) Umur kurang dari 2 bulan, yang sakit dan sehat (disebut bayi muda)

Khusus untuk gizi buruk, tatalaksananya dibedakan untuk 3 kelompok umur, yaitu:

- a) Umur 6 bulan sampai 5 tahun
- b) Umur > 6 bulan dengan berat badan < 4 kg
- c) Umur < 6 bulan

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI No 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak dinyatakan bahwa MTBS dilaksanakan oleh Perawat dan Bidan terlatih di bawah supervisi Dokter yang telah diberikan pelatihan. Nutrisionis atau Dietisien memiliki keterampilan khusus dalam hal mengatasi permasalahan gizi. Dengan demikian pelayanan MTBS dan Gizi Buruk dilakukan oleh TIM yang terdiri dari Dokter, Perawat, Bidan dan Nutrisionis atau Dietisien yang sudah mengikuti Pelatihan MTBS dan Gizi Buruk. Untuk pelaksanaan di lapangan, dilakukan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan masing-masing.

4. Strategi

Integrasi MTBS dan Gizi Buruk merupakan strategi kunci untuk meningkatkan kesehatan balita. Penanganan terhadap balita sakit dilakukan secara terpadu, bukan hanya penatalaksanaan kasus penyakitnya saja, namun status gizi, imunisasi, serta upaya pencegahan berbagai penyakit dan promosi tumbuh kembang merupakan bagian yang tidak terpisahkan.

Lima strategi dalam integrasi MTBS dan Gizi Buruk adalah:

- a) Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus, agar dapat memberikan perawatan medis dan gizi yang tepat.
- b) Meningkatkan akses dan cakupan maksimum untuk layanan bayi dan balita gizi buruk, dengan mendekatkan layanan MTBS dan gizi buruk ke masyarakat seperti memperbanyak titik layanan MTBS dan gizi buruk, seperti di Puskesmas, Pustu dan Polindes sehingga mengurangi biaya dan waktu yang diperlukan.
- c) Meningkatkan penemuan kasus secara dini diantaranya melalui keterlibatan aktif masyarakat untuk penemuan dini dan rujukan kasus, serta tata laksana yang tepat.
- d) Memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan pola pencarian pertolongan.
- e) Perawatan sampai balita sembuh.

5. Manfaat dan Keuntungan

Integrasi MTBS dan Gizi Buruk bermanfaat bagi program terkait, dalam hal:

- a) Keterpaduan tata laksana kasus (untuk program Gizi buruk, ISPA dan Diare)
- b) Mengurangi *missed opportunities* (untuk program Imunisasi)
- c) Memperbaiki penanganan malaria pada balita (untuk program Malaria)
- d) Memberi konseling pemberian makan dan ASI (untuk program Gizi)
- e) Pedoman tatalaksana pengobatan yang baku (untuk program Pengobatan)
- f) Meningkatkan penemuan kasus secara dini dan mencari pertolongan kesehatan secara tepat (untuk program Promosi Kesehatan/promkes)

Penerapan Integrasi MTBS dan Gizi Buruk yang sesuai standar dapat memberikan beberapa keuntungan, antara lain:

- a) Menghemat biaya
- b) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
- c) Rasionalisasi penggunaan obat
- d) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu/keluarga dalam perawatan di rumah.
- e) Mengoptimalkan pendayagunaan tenaga kesehatan
- f) Meningkatkan penemuan dan rujukan kasus tepat waktu
- g) Memperbaiki perencanaan dan manajemen kesehatan

6. Alat Bantu Utama Pelayanan

Penatalaksanaan kasus dengan pendekatan MTBS disajikan dalam satu buku, yaitu Buku Bagan MTBS yang didalamnya terdapat bagan tatalaksana kasus, pedoman untuk melakukan tindakan/pengobatan, konseling dan pelayanan tindak lanjut. Ketika memberikan pelayanan terhadap balita sakit, termasuk didalamnya yang bermasalah gizi, petugas kesehatan harus menggunakan Buku Bagan MTBS ini.

Pelayanan terhadap balita sakit dicatat dalam formulir pencatatan. Terdapat 2 jenis formulir pencatatan yaitu formulir pencatatan balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun, dan formulir pencatatan bayi muda umur kurang dari 2 bulan. Formulir pencatatan ini merupakan alat bantu yang sangat penting untuk mencatat kondisi anak serta hasil pemeriksaan dan tindakan atau pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan, sehingga terselenggara pelayanan kesehatan yang berkesinambungan.

Materi Pokok 2: UPAYA PENCEGAHAN GIZI BURUK PADA BALITA

PENDAHULUAN

Upaya pencegahan dilakukan agar tidak terjadi perlambatan pertumbuhan dan masalah gizi pada bayi dan balita. Balita kurang gizi akan mudah menjadi sakit, balita sakit dapat menjadi gizi kurang dan bahkan bisa menjadi gizi buruk. Upaya-upaya pencegahan gizi kurang dan gizi buruk pada bayi dan balita dilakukan mulai dari persiapan kesehatan remaja, wanita usia subur, ibu hamil; peningkatan kesehatan, status gizi dan tumbuh kembang balita; penapisan massal untuk menemukan perlambatan pertumbuhan dan perkembangan pada balita di tingkat masyarakat serta perhatian khusus diberikan kepada bayi dan balita dengan faktor risiko mengalami kekurangan gizi. Di samping itu juga diperlukan dukungan program dan lintas sektor terkait. Materi ini menjelaskan upaya yang dilakukan dalam mencegah terjadinya gizi buruk pada Balita.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu menjelaskan upaya pencegahan gizi buruk pada bayi dan balita.

SUB MATERI POKOK

Sub materi pokok yang akan dibahas adalah:

1. Prinsip Pencegahan
2. Pencegahan gizi buruk pada bayi < 6 bulan
3. Pencegahan gizi buruk pada balita 6-59 bulan
4. Pemantauan pertumbuhan balita
5. Tindak lanjut balita berisiko gizi buruk

URAIAN SUB MATERI POKOK

1. Prinsip Pencegahan

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

- a) Penyiapan kesehatan dan status gizi ibu hamil dilakukan sejak masa remaja dan selanjutnya saat usia subur. Remaja putri dan wanita usia subur (WUS) merupakan sasaran 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang sangat penting untuk mencegah terjadinya masalah gizi.

Penyiapan kesehatan dan status gizi pada remaja dan WUS dilakukan dengan penerapan pola hidup sehat dan konsumsi gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mencegah terjadinya Kekurangan Energi Kronis (KEK), konsumsi tablet tambah darah (TTD) untuk mencegah anemia, konseling pranikah, pencegahan pernikahan dini dan kehamilan pada remaja, serta peningkatan kepesertaan Keluarga Berencana (KB). Higiene dan sanitasi personal serta lingkungan juga sangat penting untuk mencegah

penyakit infeksi dan/ atau penyakit kronis. Upaya lain yang dilakukan yaitu pencegahan kehamilan remaja yang meningkatkan risiko kematian dan kesakitan ibu, risiko bayi lahir prematur, berat badan lahir rendah, kelainan bawaan dan/atau gangguan perkembangan.

Seringkali sebelum hamil, remaja mengalami kekurangan gizi atau tidak memiliki cukup cadangan zat gizi dalam tubuh karena pola makan yang kurang baik atau asupan yang tidak adekuat disebabkan oleh kurangnya akses makanan. Oleh karena itu, bila remaja tersebut hamil maka risiko kesakitan dan kematian akan semakin tinggi baik bagi ibu maupun janinnya.

- b) Upaya peningkatan kesehatan dan status gizi ibu hamil dilakukan dengan pelayanan *antenatal care* (ANC) terpadu sesuai standar, penerapan pola hidup sehat dan gizi seimbang termasuk konseling tentang pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil, higiene dan sanitasi perumahan dan lingkungan, serta tidak merokok/tidak terpapar asap rokok.
- c) Peningkatan status gizi dan kesehatan, tumbuh kembang serta kelangsungan hidup anak melalui strategi pemberian makan bayi dan anak yang dilakukan dengan praktik "Standar Emas Makanan Bayi dan Anak", pemantauan tumbuh kembang dan pola asuh yang tepat.

Segera setelah lahir, bayi diberi kesempatan melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) yaitu proses menyusui dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dan ibunya yang berlangsung minimal satu jam. Beberapa manfaat IMD antara lain ibu dapat menghangatkan bayi selama proses menyusui sehingga akan menurunkan kematian bayi karena hipotermia. Selain itu, IMD dapat memberikan perlindungan alamiah bagi bayi karena bayi lebih cepat mendapat kolostrum yang penting untuk kelangsungan hidupnya.

Setelah itu dilanjutkan dengan pemberian ASI Eksklusif sampai 6 bulan yaitu pemberian ASI saja tanpa makanan atau minuman lain kecuali vitamin, mineral atau obat-obatan dalam bentuk sirup. Air susu ibu merupakan sumber zat gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang sesuai kebutuhan pertumbuhan bayi dan mengandung zat kekebalan yang dapat melindungi bayi terhadap diare atau infeksi lainnya. Bayi hendaknya disusui secara teratur sesuai tanda lapar dan kenyang bayi, disusui selama 15-20 menit tiap payudara, atau hingga ibu merasa payudaranya telah kosong.

Ketika anak berusia 6 bulan, ASI saja tidak lagi mencukupi untuk memenuhi kebutuhan gizi sehingga anak harus diberi makanan pendamping ASI (MPASI). Pemberian MPASI di bawah usia 6 bulan harus berdasarkan rekomendasi dokter dan sesuai indikasi medis. Makanan pendamping ASI (MPASI) dibuat dari bahan makanan lokal yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral dalam jumlah yang sesuai dengan mempertimbangkan frekuensi, konsistensi, tekstur dan variasi makanan (mengacu pada

Pedoman Pemberian Makan Bayi dan Anak). Pemberian ASI dilanjutkan sampai usia 2 tahun atau lebih. Setelah 2 tahun apabila pertumbuhan anak baik dengan pemberian makanan yang adekuat dan seimbang sesuai usia, ASI dapat tetap dilanjutkan.

Selain dengan strategi pemberian makan bayi dan anak, salah satu intervensi gizi spesifik dalam rangka percepatan perbaikan gizi masyarakat yang diprioritaskan pada 1000 HPK adalah pemantauan pertumbuhan dan perkembangan sebagai upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak. Oleh karena itu, bayi dan balita harus dipantau pertumbuhan dan perkembangannya secara rutin, serta diberikan pola asuh yang tepat. Pemantauan perkembangan bayi dan balita usia 0 - 24 bulan dilakukan setiap 3 bulan sekali, sedangkan balita usia 24 - 59 bulan dilakukan setiap 6 bulan sekali (mengacu pada Buku KIA dan/atau Pedoman Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK). Balita juga harus mendapatkan stimulasi perkembangan dan imunisasi lengkap sesuai dengan usianya (seperti yang tercantum dalam buku KIA).

- d) Penapisan massal untuk menemukan perlambatan pertumbuhan dan perkembangan pada bayi dan balita di tingkat masyarakat dilakukan secara berkala melalui bulan penimbangan dengan target cakupan penapisan 100%.

Pada bulan penimbangan dilakukan pemantauan pertumbuhan yaitu berat badan menurut umur (BB/U), panjang badan atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U), dan Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) serta lingkaran kepala menurut umur (LK/U) yang di-*plotting* pada grafik pertumbuhan dalam Buku KIA dan lingkaran lengan atas menurut umur (LiLA/U) 6 - 59 bulan yang dicatat ke dalam Buku KIA. Bila ditemukan adanya masalah pertumbuhan misalnya kenaikan BB tidak memadai maka bayi dan balita perlu dirujuk ke tenaga Kesehatan di FKTP. Selain penapisan massal pada bulan penimbangan, digerakkan penapisan aktif yang melibatkan kader, keluarga dan anggota masyarakat lain yang terlatih, untuk penemuan dan rujukan kasus dini pada setiap kesempatan.

- e) Perhatian khusus diberikan kepada bayi dan balita dengan faktor-faktor risiko akan mengalami kekurangan gizi, antara lain:
- 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.
 - Balita yang berasal dari keluarga dengan status sosioekonomi kurang.
 - Balita berkebutuhan khusus (fisik, mental, emosi dan sosial).
 - 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/pengasuh diberi konseling tentang praktik pemberian makan pada bayi dan balita, pelayanan lain serta tindak lanjut sedini mungkin untuk mengatasi masalah yang ditemukan.

f) Dukungan program terkait

Dukungan program terkait diperlukan dalam upaya pemenuhan total cakupan pelayanan, 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. Fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) primer dan rujukan berperan penting dalam tata laksana balita sakit sesuai standar.

g) Dukungan lintas sektor

Dukungan lintas sektor diperlukan dalam pemenuhan kebutuhan air bersih dan/atau pengadaan jamban keluarga, serta lingkungan sehat dalam upaya pencegahan penyakit infeksi berulang yang dapat mengakibatkan gizi buruk pada balita. Demikian pula dalam pengaturan makanan/selingan yang sehat untuk anak.

h) Perhatian khusus diberikan kepada baduta yang rentan mengalami gizi buruk.

2. Pencegahan gizi buruk pada bayi < 6 bulan

Proses terjadinya gizi buruk pada bayi di bawah usia 6 bulan dapat dialami sejak dalam kandungan. Pencegahan gizi buruk pada kelompok ini dimulai dengan sejak kehamilan karena terkait dengan status kesehatan dan kondisi ibu sebelum/ selama kehamilan dan pada masa menyusui serta faktor lainnya.

Pencegahan jangka pendek adalah dengan melakukan IMD dan memberikan ASI eksklusif serta pemantuan pertumbuhan dan perkembangan sejak awal kehidupan, pemeriksaan neonatal esensial menggunakan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) pada bayi muda 0 - 2 bulan dan pemeriksaan balita sakit menggunakan formulir Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Apabila ditemukan gangguan pertumbuhan dan atau perkembangan, penyakit/ kelainan bawaan, maka bayi perlu segera dirujuk untuk mendapatkan pelayanan yang adekuat dan tepat waktu.

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

a) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi berat lahir rendah yaitu berat badan lahir < 2500 gram. Hal ini terjadi akibat kekurangan gizi sejak di dalam kandungan. Faktor penyebab pada umumnya adalah masalah kurang gizi pada ibu, misalnya Kurang Energi Kronis (KEK) dan/atau anemia pada masa kehamilan atau bahkan pada masa sebelum hamil atau ada kelainan pada plasenta atau penyakit pada ibu.

Bayi berat lahir rendah dibedakan menjadi:

- Sesuai dengan masa kehamilan (SMK)

- Kecil untuk masa kehamilan (KMK)
- Besar untuk masa kehamilan (BMK)

Tidak semua bayi berat lahir rendah adalah prematur, begitu pun sebaliknya. Bayi KMK yang lahir cukup bulan biasanya organ - organ tubuhnya telah matang dan dapat berfungsi normal.

b) Bayi lahir sebelum waktunya (*preterm*/prematuur)

Bayi prematur yaitu bayi yang lahir sebelum usia kehamilan 37 minggu. Pada bayi tersebut fungsi organ tubuhnya belum sempurna, sehingga berisiko mengalami gangguan pernafasan dan hipotermi.

Faktor penyebab kelahiran prematur umumnya terkait dengan status kesehatan ibu, misalnya ibu menderita penyakit infeksi atau penyakit kronis, mengalami komplikasi kehamilan, ibu merokok/ terpapar asap rokok, ibu dengan beban kerja terlalu berat atau mengalami stres.

c) Penyakit dan kelainan bawaan

Penyakit dan kelainan bawaan pada bayi dapat disebabkan oleh infeksi intra uterin dan gangguan pembentukan organ selama kehamilan seperti penyakit jantung bawaan, bibir sumbing, sumbing langit, *neural tube defect* (penutupan tabung syaraf yang tidak sempurna), kelainan saluran pencernaan atau kelainan sistem organ lainnya yang dapat mengganggu fungsi saluran cerna atau organ lainnya.

d) Pola asuh yang tidak menunjang proses tumbuh kembang bayi dan gangguan kesehatan ibu setelah melahirkan yaitu antara lain manajemen laktasi yang tidak benar, ibu mengalami masalah psikologis, pemberian susu formula yang tidak benar.

Upaya pencegahan gizi buruk pada bayi usia < 6 bulan adalah dengan mencegah timbulnya faktor-faktor tersebut yang dilakukan melalui upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak dalam paket pelayanan Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) yang bertujuan mengawal status gizi ibu dan janin/bayi/ anak agar tetap sehat sejak dalam kandungan (270 hari) sampai dengan usia 2 tahun (730 hari). Upaya tersebut diawali dengan peningkatan status kesehatan dan gizi remaja dengan pemberian tablet tambah darah (TTD) pada remaja putri, konseling pranikah, pencegahan pernikahan dini dan kehamilan pada remaja. Pada Wanita Usia Subur (WUS) dilakukan upaya peningkatan keikutsertaan Keluarga Berencana (KB).

Pada ibu hamil dilakukan ANC terpadu sesuai standar, termasuk mengatasi penyakit kronis pada ibu, pemberian makanan tambahan pada ibu hamil KEK, pemberian buku KIA, edukasi tentang IMD dan promosi ASI Eksklusif, pelayanan persalinan dan nifas.

Pada bayi/ anak dilakukan pelayanan neonatal sesuai dengan standar dan mengatasi penyulit maupun komplikasi, upaya penanggulangan kelainan bawaan, pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang anak, pelayanan imunisasi dasar, pelayanan kesehatan bayi

sesuai dengan standar melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) bagi bayi kurang dari 2 bulan dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) bagi bayi 2 bulan sampai dengan 59 bulan.

3. Pencegahan gizi buruk pada balita 6-59 bulan

Berbeda dengan kekurangan gizi pada bayi 0 - 6 bulan yang dipengaruhi oleh status gizi dan kesehatan ibu sebelum dan selama kehamilan, kekurangan gizi pada balita 6 - 59 bulan lebih banyak dipengaruhi oleh faktor luar, antara lain: asupan makanan, kekebalan tubuh terhadap infeksi, ketersediaan jamban keluarga dan air bersih serta kondisi lingkungan.

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

a) Pemberian Makanan Bayi dan Anak sesuai Rekomendasi

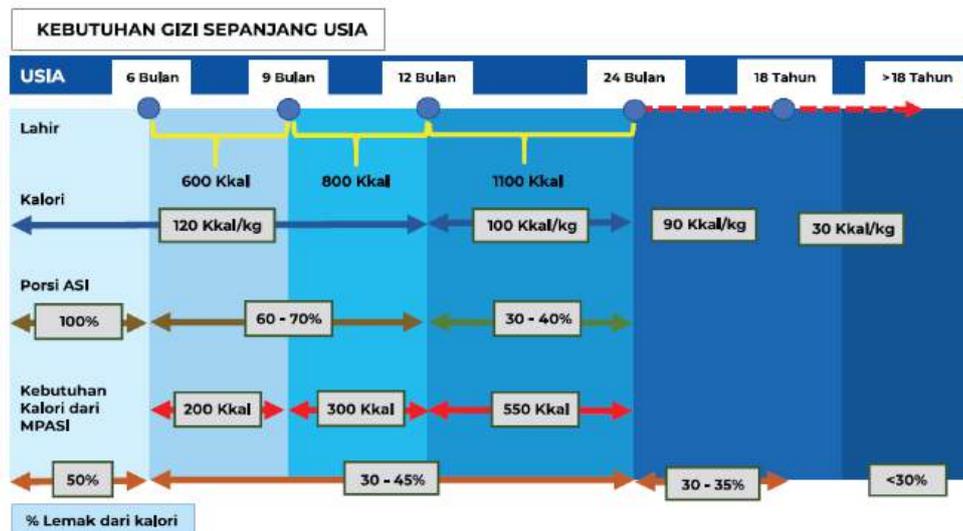
Setelah bayi berusia 6 bulan, ASI masih diberikan dan dilanjutkan sampai dengan usia 2 tahun atau lebih. Hal tersebut dikarenakan sampai dengan 1 tahun, ASI menyumbang 1/3 kebutuhan energi anak. Sedangkan pada usia 6 - 8 bulan masih menyumbang 2/3 dan usia 9 - 11 bulan masih menyumbang 1/2 kebutuhan energi serta memberikan perlindungan terhadap berbagai macam penyakit.

Makanan Pendamping ASI (MPASI) adalah makanan dan cairan yang diberikan untuk menutup kesenjangan kebutuhan energi dan zat gizi yang terus meningkat seiring dengan pertambahan usia dan tidak dapat hanya dipenuhi dengan ASI saja.

Kapasitas lambung balita usia 6 - 23 bulan masih kecil yaitu 25 - 30 ml/kg (Bergman, 2013) sehingga belum dapat menampung makanan dalam jumlah besar sesuai kebutuhan kalornya. Untuk itu MPASI yang diberikan harus berupa makanan padat gizi yang tinggi kalori, tinggi protein dengan volume yang tidak terlalu besar. Minyak/lemak merupakan sumber energi yang efisien yang dapat memberi tambahan energi bagi MPASI tanpa memperbesar jumlah/volume makanan. Berbagai jenis minyak/lemak antara lain, minyak kelapa, minyak wijen, margarin, mentega, dan santan. Proporsi lemak yang dianjurkan agar MPASI menjadi makanan padat gizi adalah sebesar 30 - 45% dari total kebutuhan energi per hari.

Berikut ini kebutuhan kalori pada balita 6 - 59 bulan:

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



Gambar 2. Komposisi kebutuhan nutrisi anak sejak lahir hingga 18 tahun

b) Pencegahan Penyakit Infeksi

Upaya pencegahan penyakit infeksi baik menular dan tidak menular dilakukan dengan pemberian imunisasi dasar yang lengkap, menyediakan jamban keluarga, sumber air bersih serta menjaga kondisi lingkungan dari polusi termasuk polusi industri, asap kendaraan bermotor dan asap rokok

Hal yang perlu dilakukan untuk mencegah kekurangan gizi pada balita 6 - 59 bulan antara lain:

- Pembinaan secara aktif keluarga dan masyarakat melalui edukasi tentang pola asuh yang benar pada anak. Misalnya penerapan pola makan sesuai dengan umur, pola hidup bersih dan sehat, menerapkan higiene dan sanitasi yang baik, memantau tumbuh kembang anak di posyandu dan pos penimbangan lainnya seperti Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Bina Keluarga Balita (BKB) dan di fasyankes, dengan membawa Buku KIA yang juga dapat digunakan sebagai media informasi untuk keluarga/masyarakat.
- Pemanfaatan pelayanan kesehatan. Misalnya imunisasi dasar lengkap, pemberian vitamin A dan obat cacing, tata laksana balita sakit di tingkat pelayanan dasar dan fasyankes rujukan sesuai standar, serta SDIDTK.
- Penapisan kekurangan gizi pada balita oleh kader/masyarakat melalui penimbangan rutin di posyandu dan pengukuran LiLA untuk menemukan balita dengan perlambatan pertumbuhan, gizi kurang atau gizi buruk sedini mungkin. Kasus yang ditemukan selanjutnya dirujuk ke tenaga Kesehatan di FKTP.
- Pemantapan peran lintas sektor dalam memberikan dukungan untuk mencegah kekurangan gizi pada balita, misalnya aparat desa bekerja sama dengan Dinas Peternakan, Perikanan dan Pertanian untuk mewujudkan ketahanan pangan. Masyarakat dibina untuk memelihara ternak/sumber protein lainnya dan menanam

sayuran/ buah-buahan untuk meningkatkan ketersediaan kebutuhan pangan di tingkat rumah tangga.

4. Pemantauan pertumbuhan balita

Prinsip pencegahan gizi buruk adalah menemukan kasus yang berisiko mengalami gizi buruk. Untuk itu perlu dilakukan penemuan balita dengan perlambatan pertumbuhan sedini mungkin di Posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan primer. Dengan pendekatan ini, maka balita akan terdeteksi lebih awal bahkan sebelum balita mengalami gizi kurang. Deteksi dini adanya gangguan pertumbuhan dapat dicegah terjadinya gizi kurang dan selanjutnya mencegah terjadinya gizi buruk. Penapisan massal dengan pemantauan pertumbuhan perlu lebih digalakkan lagi di masyarakat sehingga upaya penemuan kasus balita kekurangan gizi dapat lebih awal dan dapat segera dirujuk ke tenaga kesehatan untuk mendapat penanganan lebih lanjut, sebelum gizi kurang / buruk terjadi.

a) Pengertian pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dari waktu ke waktu, yang disebabkan oleh bertambahnya jumlah sel dalam satu organ dan bertambah besarnya suatu organ. Hal ini ditandai dengan bertambahnya berat badan, panjang/ tinggi badan dan lingkar kepala.

Pertumbuhan berbeda dengan perkembangan. Jika pada pertumbuhan terjadi pembesaran dan penambahan jumlah sel, maka pada perkembangan terjadi perubahan fungsi menjadi lebih sempurna. Bertambahnya fungsi tubuh (psikomotor, mental dan sosial) ditandai dengan peningkatan ketrampilan motorik kasar dan halus, berfungsinya pendengaran, penglihatan, kemampuan berbicara, dan kecerdasan kognitif maupun emosional. Perkembangan dipengaruhi oleh pertumbuhan, sehingga anak yang mengalami gangguan pertumbuhan dapat mengalami gangguan perkembangan.

b) Penyebab perlambatan pertumbuhan (*Growth Faltering*)

Dua tahun pertama kehidupan adalah periode kritis bagi anak. Masa ini merupakan kesempatan emas dalam memenuhi maupun memperbaiki asupan nutrisi anak agar tercapai tumbuh kembang yang optimal serta mencegah terjadi masalah kesehatan di kemudian hari.

Penyebab utama perlambatan pertumbuhan dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu asupan makanan yang kurang (kuantitas dan kualitas), adanya penyakit infeksi (akut/kronis) seperti infeksi saluran pernafasan, diare, malaria, campak, TB, HIV/ AIDS dan kelainan/ cacat bawaan (hidrosefalus, bibir sumbing, cerebral palsy dan kelainan jantung bawaan) yang memengaruhi kemampuan makan.

Anak yang mendapat asupan nutrisi lebih rendah dari kebutuhan normal akan mengalami penurunan daya tahan tubuh sehingga mudah terserang penyakit infeksi. Sebaliknya, infeksi akan menyebabkan penurunan nafsu makan dan gangguan penyerapan yang mengakibatkan asupan gizi menjadi berkurang. Padahal, dalam kondisi infeksi terjadi peningkatan kebutuhan dan metabolisme tubuh sehingga diperlukan

jumlah kalori dan zat gizi yang lebih tinggi. Akibatnya akan terjadi ketidakseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi yang akan mengakibatkan anak mengalami gangguan pertumbuhan. Bila bayi dan balita teridentifikasi mengalami perlambatan pertumbuhan maka perlu cari penyebabnya dan dilakukan tata laksana yang sesuai.

Tabel 1. Faktor risiko terjadinya perlambatan pertumbuhan

Anak	Ibu
<ul style="list-style-type: none"> • Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) • Kesulitan dalam proses menyusui • Menderita sakit infeksi, baik akut atau kronis • Kelainan kongenital. • Terlambat memperkenalkan makanan padat • Pemberian makan menurut umur yang tidak adekuat (kuantitas dan kualitas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu dengan gangguan kesehatan, termasuk kesehatan mental, yang dapat mempengaruhi pola asuh anak • Ibu remaja • Ibu yang terpapar asap rokok saat hamil (perokok aktif atau pasif) • Ibu pekerja
<ul style="list-style-type: none"> • Faktor ekonomi • Akses ke fasilitas kesehatan yang sulit • Kesehatan lingkungan dan praktek kebersihan diri yang tidak optimal. 	

c) Pemantauan pertumbuhan dan penentuan status gizi dengan indeks antropometri (tabel 2). Indeks antropometri yang digunakan untuk penentuan status gizi dan pemantauan pertumbuhan pada bayi dan balita, adalah:

- Berat Badan menurut Panjang atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)
- Panjang atau Tinggi Badan menurut umur (PB/U atau TB/U)
- Lingkar Lengan Atas (LiLA) (6 – 59 bulan)
- Berat Badan menurut umur (BB/U)
- Lingkar Kepala menurut umur

Untuk penentuan status gizi berdasarkan antropometri yang tepat membutuhkan alat pengukuran dan cara pengukuran yang tepat sesuai standar. Alat antropometri yang dibutuhkan adalah alat timbang berat badan, alat ukur panjang atau tinggi badan dan alat ukur lingkar lengan atas khusus untuk balita (berwarna hijau, kuning dan merah).

Hal-hal yang penting untuk diperhatikan:

- Semua alat harus diperiksa dan dikalibrasi secara berkala.
- Alat timbang berat badan:
 - Untuk bayi, gunakan timbangan bayi dengan ketepatan 10 gram.
 - Umumnya alat timbang bayi mampu menimbang hingga 10 kg, namun ada beberapa alat timbang bayi yang mampu menimbang hingga berat 20 kg.
 - Untuk balita, gunakan timbangan dengan ketepatan 100 gram.
- Alat ukur panjang atau tinggi badan dengan ketepatan 0,1 cm.
- Pita ukur lingkar lengan atas balita dengan ketepatan 0,1 cm.
- Untuk cara pengukuran, pastikan:

- Selalu mengikuti protokol pengukuran.
- Berikan petunjuk kepada ibu/ pengasuh dan/ atau balita yang akan diukur/ditimbang dengan jelas dan ramah.
- Untuk keamanan, pastikan pemeriksa tidak memegang pensil atau pena saat memegang atau memeriksa balita, kecuali untuk memberi tanda pada lengan saat pengukuran LiLA.
- Periksa balita satu per satu.
- Catat hasil pemeriksaan dengan hati-hati. Pastikan penulisan angka yang jelas.

Untuk menentukan status gizi maka diperlukan informasi berikut:

- Umur
- Jenis kelamin
- Berat badan
- Panjang atau tinggi badan
- Lingkar lengan atas (balita usia 6 – 59 bulan)

1) Cara Menghitung Umur

Umur anak perlu diketahui secara pasti. Ada beberapa cara untuk menentukan umur anak, antara lain dengan menghitung selisih antara tanggal lahir dan tanggal kunjungan.

Jika ibu tidak tahu pasti kapan anak dilahirkan, perkirakan umur anak dengan menghubungkan terhadap peristiwa penting (bulan puasa, lebaran, natal atau hari kemerdekaan), dapat juga menggunakan kalender lokal.

Umur anak dihitung berdasarkan bulan penuh artinya umur dianggap 1 bulan apabila telah genap 30 hari.

Contoh:

- umur 25 hari = 0 bulan
- umur 5 bulan 14 hari = 5 bulan
- umur 5 bulan 29 hari = 5 bulan

Langkah-langkah penghitungan umur anak:

- Tentukan tanggal lahir anak, dalam format tanggal, bulan, tahun misalnya 5 April 2006, ditulis 05-04-2006.
- Tulis tanggal kunjungan, misalnya 19 September 2008, ditulis 19-09-2008.
- Hitung umur anak dengan mengurangi tanggal kunjungan dengan tanggal lahir, misalnya:

Tanggal kunjungan	:	19	09	2008
Tanggal lahir	:	05	04	2006 -
		14	05	2

= 2 tahun 5 bulan 14 hari

Jadi umur anak dibulatkan menjadi 24 bulan + 5 bulan = 29 bulan. Sisa hari tidak diperhitungkan.

Contoh lain :

Tanggal kunjungan : 05 04 2008

Tanggal lahir : 19 09 2007 -

Untuk menghindarkan hasil pengurangan minus, lakukan sbb::

Tanggal kunjungan :	05	04	2008
	(05+30)	(04-1)+12	(2008-1)
	35	15	2007
Tanggal lahir	19	09	2007 -
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	16	06	0

= 6 bulan 16 hari

Umur anak dibulatkan menjadi 6 bulan. Sisa hari tidak diperhitungkan

2) Cara Menimbang Berat Badan Balita

Untuk menimbang balita, gunakan timbangan yang kuat dan tahan lama:

- Untuk bayi, gunakan timbangan bayi dengan **ketepatan 10 gram**. Umumnya alat timbang bayi mampu menimbang hingga 10 kg, namun ada beberapa alat timbang bayi yang mampu menimbang hingga berat 20 kg.
- Untuk balita, gunakan timbangan dengan **ketepatan 100 gram**.

Alat untuk menimbang berat badan anak di posyandu adalah dacin. Bila tersedia, dapat digunakan timbangan digital (elektronik) atau *tared scale (uniscale)*. Bila tidak ada, dapat menggunakan timbangan bayi (baby scale) atau *beam balance*.

Timbangan kamar mandi dan timbangan gantung yang menggunakan pegas tidak direkomendasikan karena hasilnya kurang akurat. Namun, bila diposyandu hanya tersedia dacin gantung, maka untuk proses pemantauan pertumbuhan bulanan dapat menggunakan dacin gantung dan proses konfirmasi kasus balita kurang gizi akut dan/atau dengan hambatan pertumbuhan yang dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan alat timbang yang direkomendasi.

Pada saat penimbangan berat badan, balita menggunakan pakaian seminimal mungkin. Jelaskan kepada orang tua/pengasuh bahwa hal ini perlu dilakukan untuk mendapatkan hasil penimbangan yang akurat. Penggunaan popok basah, atau sepatu dan jeans, dapat menambah berat lebih dari 0,5 kg. Bayi harus ditimbang tanpa pakaian. Jika terlalu dingin untuk menanggalkan pakaian, atau anak menolak untuk ditanggalkan pakaiannya, perlu diberi catatan bahwa anak ditimbang menggunakan pakaian. Hindari anak menjadi takut/jengkel.

3) Cara Mengukur Panjang Badan/Tinggi Badan

Mengukur panjang atau tinggi anak tergantung dari umur dan kemampuan anak untuk berdiri. Mengukur panjang dilakukan dengan cara anak telentang. Sedangkan mengukur tinggi anak berdiri tegak.

- Anak berumur kurang dari 2 tahun, pengukuran dilakukan dengan telentang

- Anak berusia 2 tahun atau lebih dan anak sudah mampu berdiri, pengukuran dilakukan dengan berdiri tegak.

Catatan:

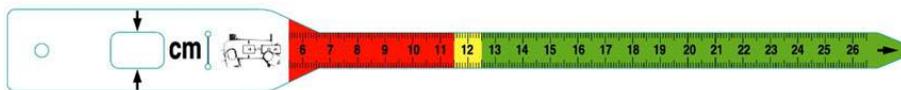
- Jika seorang anak berumur kurang dari 2 tahun diukur tingginya (berdiri) maka ditambahkan 0,7 cm untuk mengkonversi menjadi panjang badan
- Jika seorang anak berumur 2 tahun atau lebih dan diukur panjangnya (telentang) maka dikurangi 0,7 cm untuk mengkonversi menjadi tinggi badan.

Umur	Pengukuran Panjang/tinggi badan	Hasil Pengukuran
< 2 tahun	Berbaring	Panjang = Hasil pengukuran
	Berdiri	Panjang = Hasil pengukuran + 0,7 cm
≥ 2 tahun	Berdiri	Tinggi = Hasil pengukuran
	Berbaring	Tinggi = Hasil pengukuran - 0,7 cm

Peralatan yang diperlukan untuk mengukur panjang badan adalah papan ukur panjang badan (infantometer/stadiometer) dengan kriteria kuat/tahan lama, presisi sampai 0,1 cm, sudah dikalibrasi dan memiliki Standar Nasional Indonesia (SNI).

4) Cara Mengukur Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran LiLA dilakukan pada balita umur 6–59 bulan. Alat pengukur yang digunakan adalah pita LiLA balita sesuai dengan Gambar 1.1.



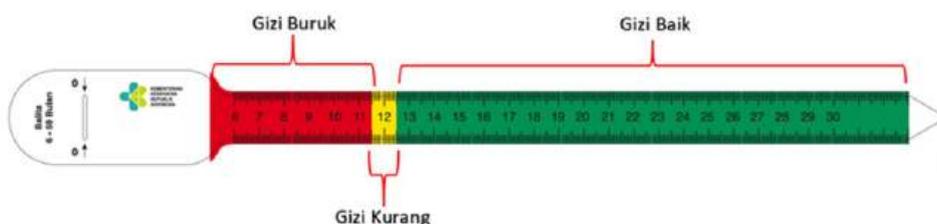
Gambar 1.1. Pita Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Sebelum pengukuran, pastikan pita LiLA tidak sobek, lusuh, lembab atau angka tidak terbaca/ kabur.

Hindari penggunaan alat pengukur LiLA yang tidak standar, seperti pita pengukur badan/baju.

Lingkar lengan atas (LiLA) merupakan pengukuran sederhana yang dapat membantu menentukan status gizi secara massal, tetapi tidak dapat digunakan dalam pemantauan pertumbuhan.

Interpretasi hasil pengukuran LiLA dapat dilihat pada Tabel 2.1.



5) Cara Pengukuran Lingkar Kepala

Pengukuran lingkar kepala dilakukan untuk mengetahui lingkaran kepala anak dalam batas normal atau di luar batas normal. Jadwal pengukuran disesuaikan dengan umur anak. Umur 0 - 11 bulan, pengukuran dilakukan setiap tiga bulan. Pada anak yang lebih besar, umur 12 – 72 bulan, pengukuran dilakukan setiap enam bulan. Pengukuran dan penilaian lingkar kepala anak dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.

Cara mengukur lingkaran kepala (gambar 3):

- Pita pengukur lingkar kepala dilingkarkan pada kepala anak melewati dahi, bagian atas alis mata, di atas kedua telinga dan bagian belakang kepala yang menonjol. Pita ditarik agak kencang.
- Baca hasil pada pertemuan dengan angka.
- Tanyakan tanggal lahir bayi/anak, hitung umur bayi/anak.
- Hasil pengukuran dicatat pada grafik lingkaran kepala menurut umur dan jenis kelamin anak (gambar 4 dan 5).
- Buat garis yang menghubungkan antara ukuran yang lalu dengan ukuran sekarang.



Gambar 3. Pengukuran Lingkar Kepala Anak Perempuan

Tabel 2. Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks Antropometri	Kategori	Nilai
BB/PB atau BB/TB	Gizi Buruk	Z-Score < -3 SD
	Gizi Kurang	Z-Score -3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi Baik	Z-Score -2 SD sampai dengan +1 SD
	Berisiko Gizi Lebih	Z-Score >+1 SD sampai dengan +2 SD
	Gizi Lebih (overweight)	Z-Score >+2 SD sampai dengan +3 SD
	Gemuk (Obese)	Z-Score >+3 SD
PB/U atau TB/U	Sangat Pendek	Z-Score < -3 SD
	Pendek	Z-Score -3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	Z-Score -2 SD sampai dengan +3 SD
	Tinggi	Z-Score > +3 SD
LiLA	Gizi Buruk	<11,5 cm
	Gizi Kurang	11,5 – 12,4 cm
	Gizi Baik	≥12,5 cm
Lingkar Kepala	Sangat kecil	Z-Score <-3 SD
	Kecil	Z-Score -3 SD sampai dengan <-2 SD
	Normal	Z-Score ≥-2 SD sampai dengan ≤+2 SD
	Sangat besar	Z-Score >+2 SD
BB/U	Berat Badan Sangat Kurang	Z-Score <-3 SD
	Berat Badan Kurang	Z-Score -3 SD sampai dengan < -2 SD
	Berat Badan Normal	Z-Score -2 SD sampai dengan +1 SD
	Risiko Berat Badan Lebih	Z-Score > +1 SD

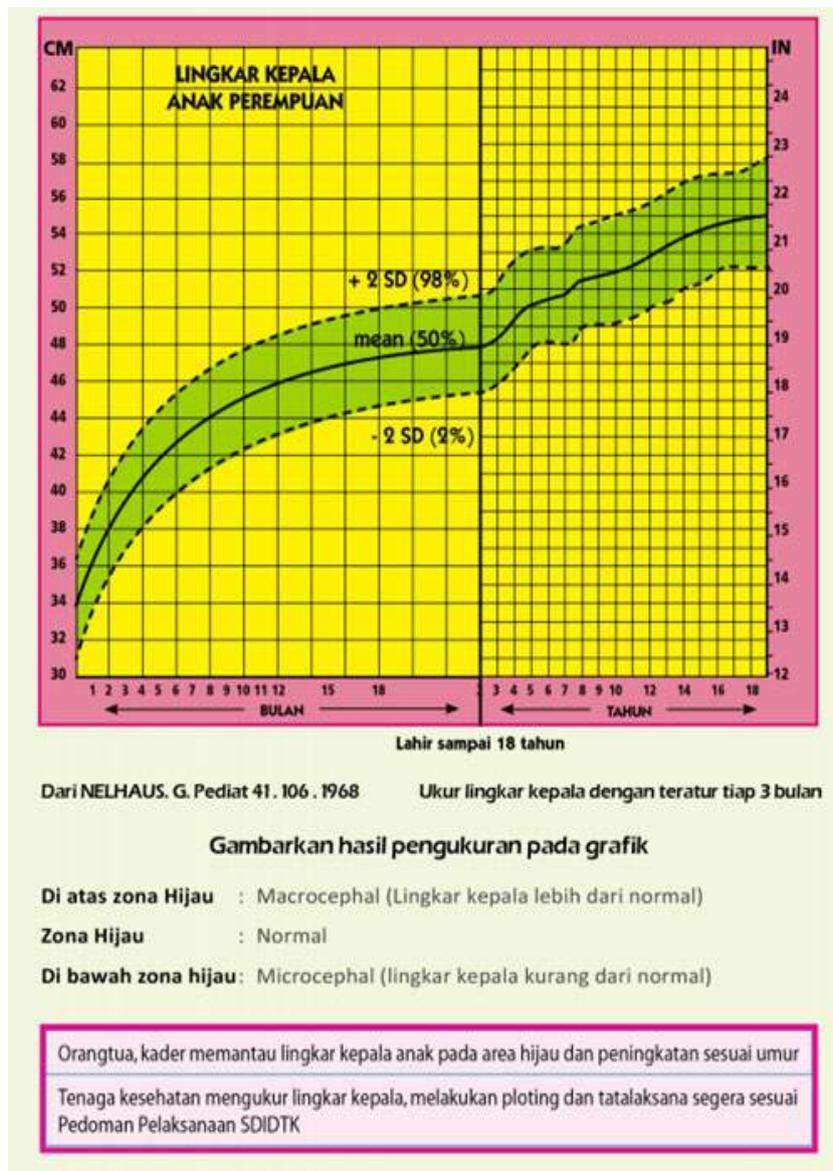
(Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020)

d) Pemantauan pertumbuhan balita dengan menggunakan kartu menuju sehat (KMS) pada Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

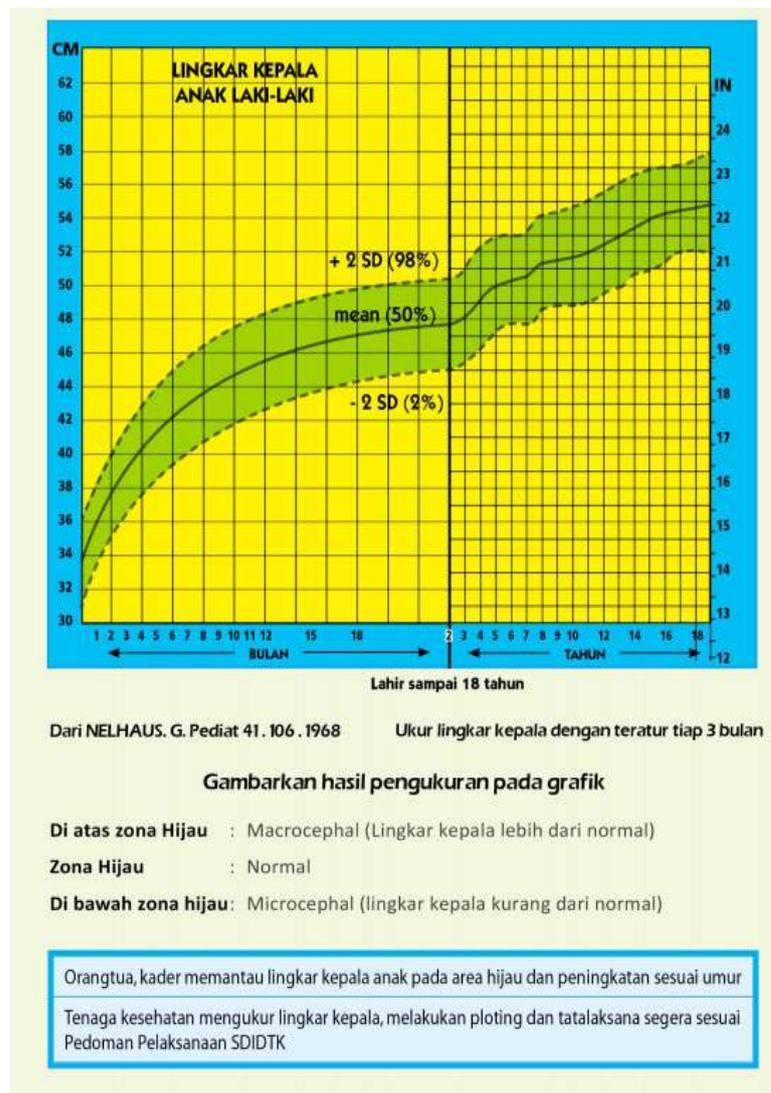
Indikator pemantauan pertumbuhan bayi dan balita yang digunakan pada KMS di Buku KIA adalah:

- Berat Badan menurut umur (BB/U)
- Panjang atau Tinggi Badan menurut umur (PB/U atau TB/U)
- Lingkar kepala menurut umur

- Berat Badan menurut Panjang atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB)



Gambar 4. Grafik Lingkaran Kepala Anak Perempuan



Gambar 5. Grafik Lingkaran Kepala Anak Laki-Laki

Interpretasi:

- 1) Jika ukuran lingkaran kepala anak berada di dalam "jalur hijau" maka lingkaran kepala anak normal.
- 2) Bila ukuran lingkaran kepala anak berada di luar "jalur hijau" maka lingkaran kepala anak tidak normal.
- 3) Lingkaran kepala anak tidak normal ada 2 (dua), yaitu makrosefal bila berada di atas "jalur hijau" dan mikrosefal bila berada di bawah "jalur hijau". Bila ditemukan makrosefal maupun mikrosefal segera dirujuk ke rumah sakit.

Semua balita harus dipantau berat badan, tinggi badan dan lingkaran kepala secara rutin agar arah pertumbuhan balita dapat dipantau dan dapat dilakukan tindak lanjut yang tepat, termasuk tepat waktu, bila ditemukan tanda-tanda perlambatan pertumbuhan (*growth faltering*). Bila salah satu dari indikator pertumbuhan tersebut teridentifikasi mengalami perlambatan pertumbuhan, misal berat badan, maka perlambatan pertumbuhan mungkin telah terjadi untuk indikator lainnya, yaitu tinggi badan dan lingkaran kepala.

Balita yang tumbuh secara normal akan mengikuti jalur pertumbuhannya, yang umumnya berada antara garis standar deviasi +1 dan -2. Saat menilai grafik pertumbuhan, perhatikan kondisi-kondisi di bawah ini yang mengindikasikan adanya risiko atau telah terjadi perlambatan pertumbuhan, yaitu:

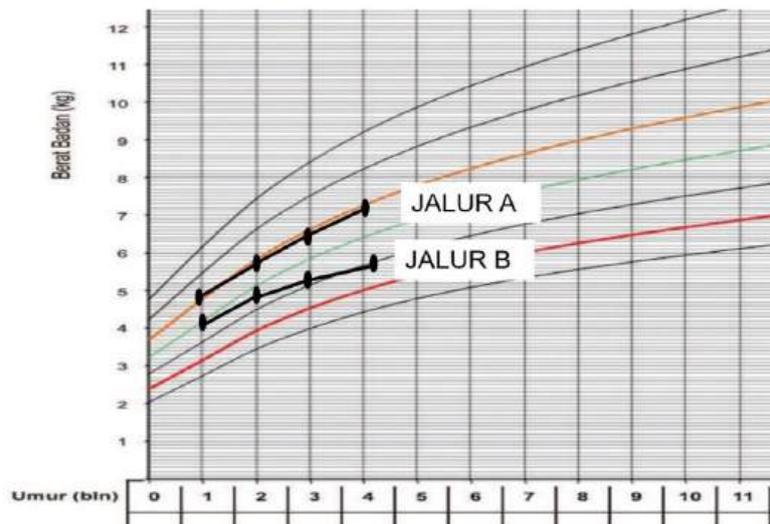
- Garis pertumbuhan balita keluar atau menyimpang dari jalurnya.
- Garis pertumbuhan turun atau naik tajam.
- Garis pertumbuhan mendatar, misalnya tidak terjadi kenaikan berat atau panjang/tinggi badan.

Pada saat menemukan balita dengan salah satu kondisi di atas maka perlu dilakukan penilaian masalah dengan melihat kapan mulai terjadi perubahan dan arah garis pertumbuhan. Contoh, seorang balita mengalami penurunan berat badan saat sakit, sebelum sakit dan saat pemantauan pertumbuhan berikutnya terdapat kenaikan berat badan yang cepat. Keadaan ini bisa jadi baik dan mengindikasikan adanya proses tumbuh kejar (*catch-up growth*).

Contoh lainnya, jika saat pemantauan pertumbuhan balita gemuk ditemukan berat badan tidak naik atau sedikit menurun dan garis pertumbuhan mengarah pada garis median, maka ini mengindikasikan perlambatan pertumbuhan (*catch-down*) yang diharapkan. **Sangat penting untuk melihat situasi balita secara keseluruhan pada saat menginterpretasi arah pertumbuhan di grafik pertumbuhan.**

Garis pertumbuhan balita yang keluar atau menyimpang dari jalurnya

Garis pertumbuhan balita yang keluar atau menyimpang dari jalur mengindikasikan adanya risiko perlambatan pertumbuhan. Pada umumnya, garis pertumbuhan balita yang normal akan berada antara +1 dan -2 SD. Garis pemantauan pertumbuhan seorang balita diharapkan berada tidak jauh dari jalur SD yang sama sejak dari awal. Bila arah jalur pertumbuhan mendekati garis median, bisa jadi perubahan ini baik. Jika menjauhi garis median, maka kemungkinan besar mengindikasikan adanya masalah pertumbuhan atau risiko terjadi perlambatan pertumbuhan (gambar 6).

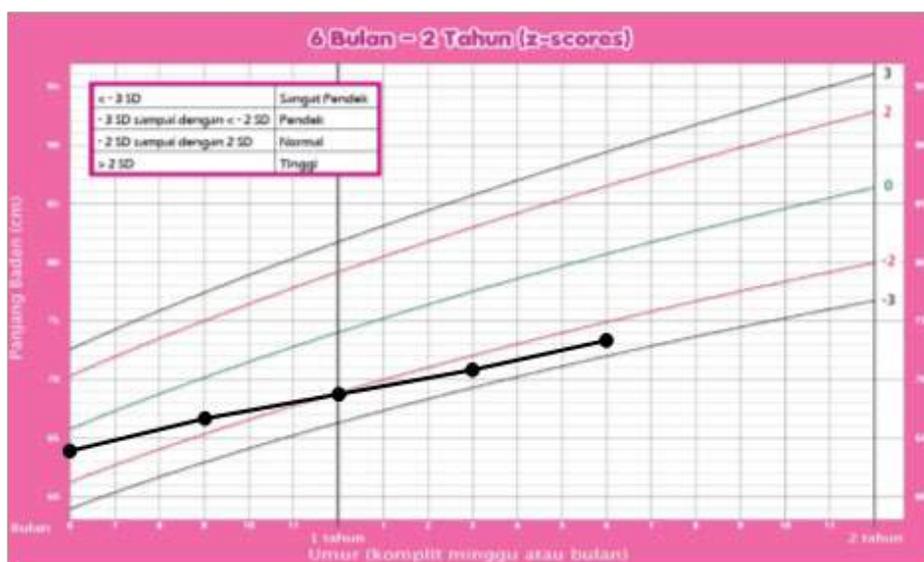


Gambar 6. Grafik pertumbuhan berat badan anak laki-laki menurut umur (0-24 bulan)

Gambar diatas menunjukkan dua jalur pertumbuhan dengan kondisi yang berbeda. Jalur A menunjukkan arah pertumbuhan balita yang cenderung berada pada jalur +1 SD dan tidak menunjukkan adanya risiko perlambatan pertumbuhan. Sedangkan jalur B, arah pertumbuhan balita menyimpang dari jalur pertumbuhan yang diharapkan. Walaupun garis pertumbuhan masih median dan -1 SD, namun jalur pertumbuhan balita ini mengarah ke SD dibawahnya. Sehingga dapat disimpulkan berdasarkan arah pertumbuhannya, maka balita ini mengalami perlambatan pertumbuhan.

Identifikasi risiko harus memperhatikan kapan perubahan jalur pertumbuhan terjadi dan riwayat kesehatan balita, karena akan mempengaruhi kemungkinan tata laksana yang harus segera dilakukan.

Grafik Panjang Badan Menurut Umur (PB/U)



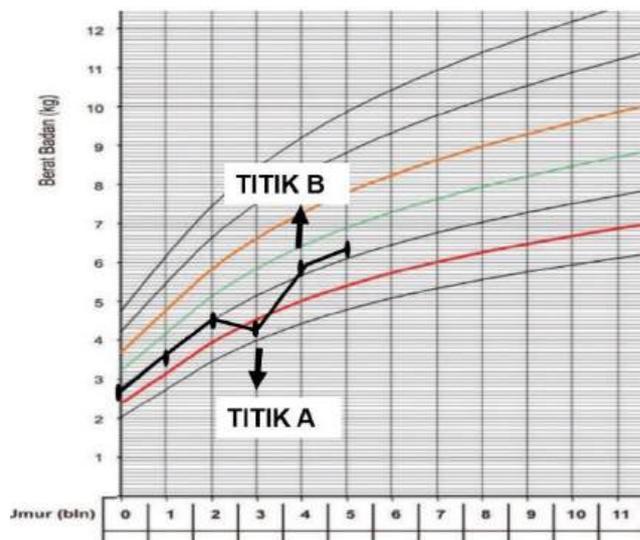
Gambar 7. Garis pertumbuhan panjang badan menurut umur (PB/U) yang menyimpang/keluar dari jalur pertumbuhan dan memotong standar deviasi dibawahnya

Garis pertumbuhan turun atau naik tajam

Kenaikan atau penurunan yang tajam dari jalur pertumbuhan balita perlu mendapat perhatian. Jika balita baru sembuh dari sakit atau menderita kekurangan gizi, maka pada saat terapi gizi diharapkan terjadi tumbuh kejar (catch-up growth) yang terlihat dengan kenaikan tajam berat badan balita. Namun, bila bukan karena tumbuh kejar, maka tidak diharapkan adanya kenaikan berat badan yang tajam. Bila hal ini terjadi maka kemungkinan terjadi perubahan pola pemberian makan yang akan meningkatkan risiko balita gemuk.

Pada balita dengan kenaikan berat badan yang tajam, perlu dilihat juga tinggi badannya, dan jika hanya terjadi kenaikan berat badan tanpa disertai kenaikan tinggi badan, maka ini menjadi masalah pertumbuhan. Jika balita mengalami kenaikan berat dan tinggi badan secara proporsional, ini mungkin karena proses tumbuh kejar dari kondisi kurang gizi sebelumnya. Pada situasi ini, arah pertumbuhan pada grafik berat badan menurut umur (BB/U) dan panjang atau tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U) akan menunjukkan kenaikan, sedangkan berat badan menurut panjang/ tinggi badan (BB/PB atau BB/TB) akan selalu berada disekitar jalur pertumbuhannya.

Penurunan garis pertumbuhan berat badan yang tajam untuk balita dengan status gizi baik atau kurang gizi harus segera diperiksa dan ditangani. Bahkan pada balita gemuk, tidak seharusnya terjadi penurunan berat badan yang tajam.



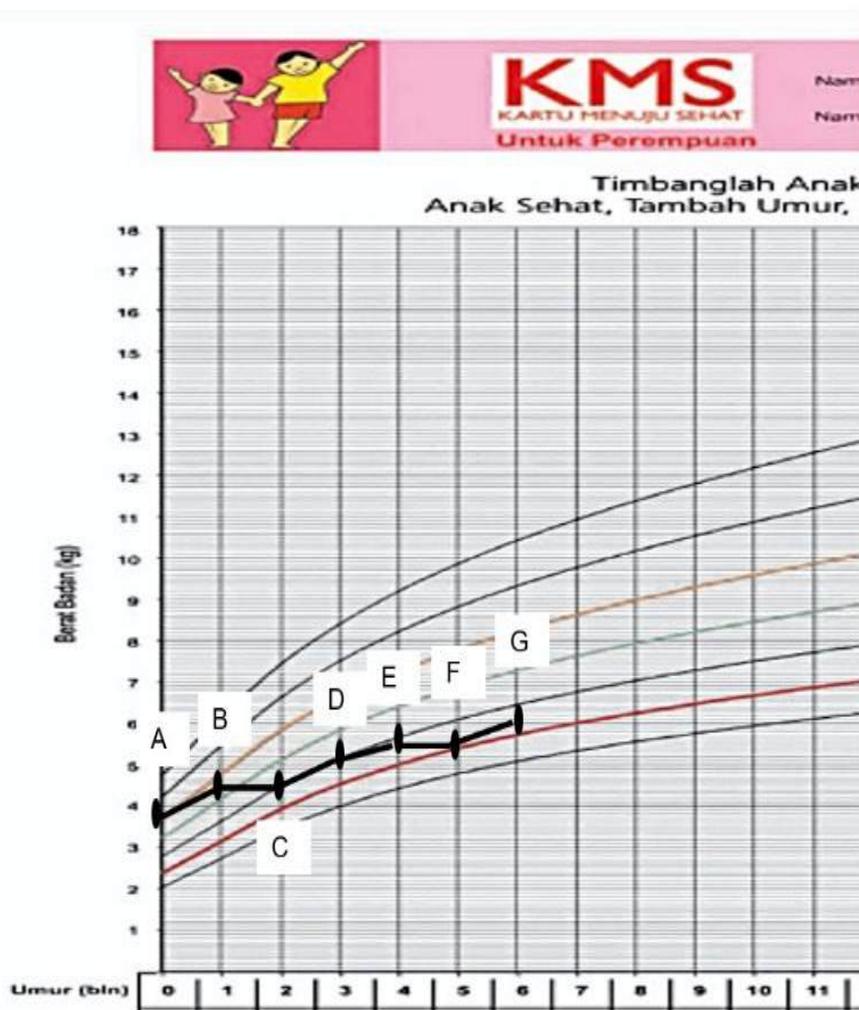
Gambar 8. Alur pertumbuhan berat badan menurut umur (BB/U) yang menurun dan naik tajam

Gambar 8 memberikan ilustrasi bayi yang mengalami penurunan berat badan drastis karena diare pada umur antara 2 – 3 bulan, sehingga pada saat pemantauan berat badan pada umur 3 bulan, arah garis pertumbuhan berat badan menurun tajam (titik A). Setelah proses pemulihan dan pemberian makan yang sesuai untuk balita sakit, maka terjadi tumbuh kejar yang ditandai dengan arah garis pertumbuhan yang naik tajam (titik B).

Garis pertumbuhan mendatar

Garis pertumbuhan mendatar umumnya menandakan adanya masalah perlambatan pertumbuhan. Jika berat badan balita tetap selama periode waktu, sedangkan tinggi dan umur balita bertambah, maka kemungkinan besar balita tersebut mengalami masalah pertumbuhan. Bila tinggi badan balita tetap sama selama periode waktu, maka balita tidak bertumbuh. Pengecualian bila balita gemuk atau obese mampu mempertahankan berat badannya yang sama untuk beberapa waktu hingga mencapai berat badan menurut panjang/ tinggi badan yang lebih baik.

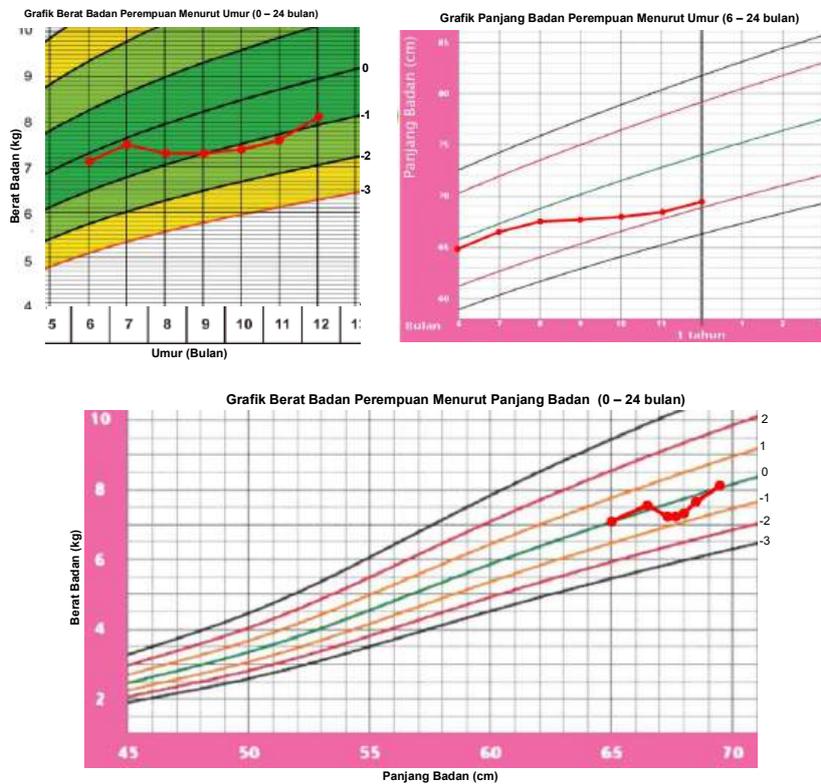
Masa awal kehidupan merupakan periode pertumbuhan yang sangat cepat. Oleh karena itu pada bayi di bawah 6 bulan, apabila terjadi perlambatan pertumbuhan satu bulan saja sudah menandakan adanya masalah pertumbuhan yang harus segera dicari penyebabnya.



Gambar 9. Pola pertambahan berat badan menurut umur (BB/U) yang mendatar

Gambar 9 memberikan ilustrasi pola pertambahan berat badan menurut umur (BB/U) balita yang mendatar karena kenaikan berat badan yang tidak optimal atau tidak naik sama sekali dibanding pemantauan sebelumnya. Pada saat pemantauan pertumbuhan pada bulan ke-7 (titik B), berat badan balita naik tapi tidak optimal dan pada bulan ke-8 (titik C) berat

badan balita tidak mengalami kenaikan. Pada kondisi seperti ini, walaupun BB/U balita masih berada diantara median dan -1 SD, bayi ini tetap mengalami masalah pertumbuhan dan harus dicari penyebab masalah dan melakukan penanganan tepat.



Gambar 10. Grafik pemantauan pertumbuhan balita perempuan BB/U, PB/U dan BB/PB

Gambar di atas memberikan ilustrasi grafik pemantauan pertumbuhan balita perempuan pada umur 6 sampai 12 bulan dengan indikator berat badan menurut umur, panjang badan menurut umur dan berat badan menurut panjang badan. Pada umur 8 bulan, terjadi penurunan berat badan yang tajam karena diare sehingga arah pertumbuhan berat badan menurut umur menyimpang dari jalurnya dan menjauh dari garis median. Pada saat ini, arah pertambahan panjang badan menurut umur juga mulai menyimpang dari jalurnya. Bila balita ini tidak mendapatkan penanganan yang tepat, maka arah jalur pertumbuhan panjang badan menurut umur akan semakin menjauhi garis median dan balita akan menjadi pendek (stunting).

Bila dari grafik pertumbuhan salah satu atau lebih dari indikator tersebut ditemukan adanya indikasi perlambatan pertumbuhan atau risiko terjadinya perlambatan pertumbuhan, maka balita perlu dirujuk ke layanan kesehatan untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut dan penanganan yang tepat.

5. Tindak lanjut balita berisiko gizi buruk

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

1) Bayi < 6 bulan

- a. Lakukan pemeriksaan semua indikator pertumbuhan, yaitu berat badan menurut umur, panjang badan menurut umur, berat badan menurut panjang badan dan lingkaran kepala menurut umur.
- b. Lakukan penilaian proses menyusui atau pemberian ASI, serta status gizi dan asupan makan ibu. Lakukan juga penilaian pemberian ASI saat bayi sakit (bila ada riwayat bayi sakit).
- c. Lakukan penilaian riwayat imunisasi dan riwayat kesehatan lain, termasuk penyakit yang diderita.
- d. Lakukan juga penilaian faktor risiko lainnya.
- e. Tindak lanjut sesuai dengan kondisi yang ditemukan, seperti:
 - Konseling menyusui
 - Konseling gizi bagi ibu menyusui
 - Rujukan ke program kesehatan terkait, misalnya imunisasi
 - Konseling stimulasi tumbuh kembang
 - 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.

2) Balita 6 – 59 bulan

- a. Lakukan pemeriksaan semua indikator pertumbuhan, yaitu berat badan menurut umur, panjang atau tinggi badan menurut umur, berat badan menurut panjang atau tinggi badan dan lingkaran kepala menurut umur dan lingkaran lengan atas.
- b. Lakukan penilaian asupan makan dan pola pemberian makan menurut umur, termasuk pola pemberian makan saat balita sakit (bila ada riwayat balita sakit).
- c. Lakukan penilaian riwayat imunisasi dan riwayat kesehatan lain, termasuk penyakit yang diderita.
- d. Lakukan juga penilaian faktor risiko lain.
- e. Tindak lanjut:
 - Konseling pemberian makan sesuai umur
 - Rujukan ke program kesehatan terkait, misalnya imunisasi, pemberian vitamin A dan obat cacing (untuk balita ≥ 12 bulan)
 - Konseling stimulasi tumbuh kembang
 - Tata laksana gizi buruk (bagi balita yang teridentifikasi gizi buruk)
 - Pemberian PMT 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.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari mata pelatihan dasar tentang Pelayanan MTBS dan Gizi Buruk, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Penanganan balita gizi buruk memerlukan integrasi MTBS dan tata laksana gizi buruk, serta kolaborasi antara Dokter, Perawat, Bidan dan Nutrisionis atau Dietisien.
- ❖ Integrasi dan kolaborasi MTBS dan Gizi Buruk dapat memberikan kontribusi sangat besar untuk menurunkan angka kematian neonatus, bayi dan balita jika dilaksanakan secara luas dan benar.
- ❖ Integrasi MTBS dan Gizi Buruk memiliki banyak keuntungan serta manfaat dalam pelayanan kesehatan balita yang efektif dan efisien.
- ❖ Pola hidup sehat perlu diterapkan sedini mungkin untuk mencegah terjadinya masalah gizi dan kesehatan.

C. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit, Kemenkes. 2022.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Kemenkes. 2020.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita, Kemenkes. 2020.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Buku saku Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk di Layanan Rawat Jalan. Kemenkes. 2020.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan tatalaksana gizi buruk pada balita. Kemenkes. 2019.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Kemenkes. 2018

-o0o-

MATA PELATIHAN INTI 1

TATA LAKSANA UMUM GIZI BURUK

MATA PELATIHAN INTI 1 TATA LAKSANA UMUM GIZI BURUK

A. TENTANG MODUL INI

DESKRIPSI SINGKAT

Tata laksana umum gizi buruk meliputi tata cara pemeriksaan gizi buruk pada balita, menentukan perawatan yang dibutuhkan (layanan rawat jalan atau layanan rawat inap), empat fase dan 10 langkah pada perawatan dan pengobatan gizi buruk pada balita.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Hasil belajar
Setelah mengikuti sesi ini peserta mampu melakukan Tata Laksana Umum Gizi Buruk pada Balita
2. Indikator hasil belajar.
Setelah mengikuti sesi ini peserta mampu:
 - a. Menerapkan alur tata laksana gizi buruk
 - b. Menerapkan tanda bahaya balita gizi buruk
 - c. Menerapkan 4 Fase dan 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita

MATERI POKOK

Materi pokok pada pelajaran ini adalah :

1. Alur tata laksana gizi buruk
2. 4 Fase dan 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita

B. KEGIATAN BELAJAR

Materi Pokok 1: ALUR TATA LAKSANA GIZI BURUK

PENDAHULUAN

Tata laksana balita dengan gizi buruk telah diterapkan sejak lama melalui rawat inap di rumah sakit atau Puskesmas rawat inap. Saat ini telah dikembangkan tata laksana gizi buruk yang terintegrasi dengan pendekatan rawat inap dan rawat jalan, didukung oleh mobilisasi masyarakat. Balita Gizi buruk usia 6 bulan – 59 bulan dengan komplikasi medis, bayi usia < 6 bulan dan bayi usia > 6 bulan dengan berat badan < 4 kg, dilakukan tata laksana di rawat inap. Balita gizi buruk usia 6 bulan – 59 bulan tanpa komplikasi dan dengan nafsu makan baik dapat dilakukan tata laksana gizi buruk di layanan rawat jalan.

Tenaga kesehatan dalam melakukan perawatan balita gizi buruk memerlukan pengetahuan tentang penentuan status gizi secara antropometris dan klinis, melakukan penapisan untuk menentukan, apakah balita gizi buruk memerlukan penanganan rawat inap atau rawat jalan. Pengetahuan ini diperlukan untuk dapat melakukan langkah yang tepat dalam penanggulangan anak gizi buruk.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu menerapkan alur tata laksana gizi buruk.

SUB MATERI POKOK

1. Penentuan Gizi Buruk dengan Pemeriksaan Antropometri dan Gejala Klinis

Penentuan status gizi yang lengkap meliputi pemeriksaan klinis, pengukuran antropometri, pemeriksaan laboratorium, dan analisis diet/makanan. Namun demikian, untuk penentuan gizi buruk dapat dilakukan dengan pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan gejala klinis berupa pitting edema bilateral.

a. Menentukan Status Gizi Berdasarkan Antropometri

Menentukan status gizi balita berdasarkan antropometri dapat menggunakan indeks, Panjang atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), Berat Badan menurut Panjang atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB), Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U), dan Lingkar Lengan Atas (LiLA). Namun, untuk menentukan kurang gizi yang saat ini terjadi/akut (wasting), indeks antropometri yang digunakan adalah BB/PB atau BB/TB dan LiLA.

Dalam menentukan status gizi balita berdasarkan indeks BB/PB atau BB/TB dapat menggunakan Grafik Pertumbuhan Anak (GPA) yang ada di buku KIA atau tabel antropometri, yang berbeda untuk anak laki-laki dan perempuan sebagaimana telah dijelaskan secara lengkap dalam MPD 2.

b. Menentukan Status Gizi Balita Kurang Gizi Akut Berdasarkan Gejala Klinis (pitting edema bilateral)

Selain dengan hasil antropometri, kurang gizi akut juga ditentukan dengan pemeriksaan adanya edema bilateral yang bersifat pitting, yaitu bila daerah edema ditekan akan menyebabkan lekukan dan secara perlahan akan Kembali ke kondisi awal.

Edema bilateral karena kurang gizi akut (wasting) mempunyai ciri-ciri:

- Bilateral (ada pada kedua sisi tubuh misal kedua telapak kaki, kedua tungkai, kedua lengan)
- Mulai dari kedua telapak kaki. Bila semakin berat maka edema akan juga mengenai kedua tungkai, lengan dan muka. Jika edema hanya di tungkai atau lengan atau muka, maka edema ini bukan karena kurang gizi akut
- Tidak sakit ketika ditekan
- Tidak ada perubahan dalam sehari (misal tidak memburuk di malam hari dibandingkan pagi hari).

Cara pemeriksaan edema bilateral:

- Lakukan pemeriksaan di kedua sisi tubuh, misal kedua punggung telapak kaki
- Tekan lembut kedua punggung telapak kaki dengan ibu jari dan hitung hingga tiga detik (hitung dengan 1001, 1002, 1003)

- Angkat ibu jari
- Jika lekukan bekas tekanan tertinggal pada kedua punggung telapak kaki/ tungkai, ini menunjukkan pasien memiliki pitting edema bilateral
- Bekas tekanan mungkin lebih mudah dirasakan daripada yang terlihat



**Tekanselama
3 detik**

**Bekas
tertinggal**

Gambar 1.1. Cara Pemeriksaan *Pitting Edema* Bilateral

Klasifikasi edema bilateral dapat dilihat pada Tabel 1.1 dan Gambar 1.3.

Tabel 1.1. Klasifikasi *Pitting Edema* Bilateral

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



Gambar 1.2. Klasifikasi *Pitting Edema* Bilateral

Bila ditemukan edema bilateral pada balita maka status gizi balita tersebut adalah gizi buruk, terlepas dari indeks BB/PB atau BB/TB dan LiLA

Berdasarkan klasifikasi WHO, kurang gizi akut (*wasting*) dikelompokkan menjadi:

1. Gizi kurang

- Bayi <6 bulan:
 - Indeks BB/PB diantara -3,0 SD sampai kurang dari <-2,0 SD (-3,0 SD sampai dengan <-2,0 SD)
- Balita 6 – 59 bulan:
 - Indeks BB/PB (atau BB/TB) diantara -3,0 SD sampai kurang dari <-2,0 SD (-3,0 SD sampai dengan <-2,0 SD), dan/atau
 - LiLA diantara 11,5 cm sampai kurang dari 12,5 cm (11,5 cm sampai dengan <12,5 cm)

2. Gizi buruk

- Bayi <6 bulan:
 - Pitting edema bilateral (derajat +1/+2/+3), **dan/atau**
 - Indeks BB/PB kurang dari -3,0 SD (< -3,0 SD)
- Balita 6 – 59 bulan:
 - Pitting edema bilateral (derajat +1/+2/+3)
 - Indeks BB/PB (atau BB/TB) kurang dari -3,0 SD (< -3,0 SD), **dan/atau**
 - LiLA kurang dari 11,5 cm (<11,5 cm),

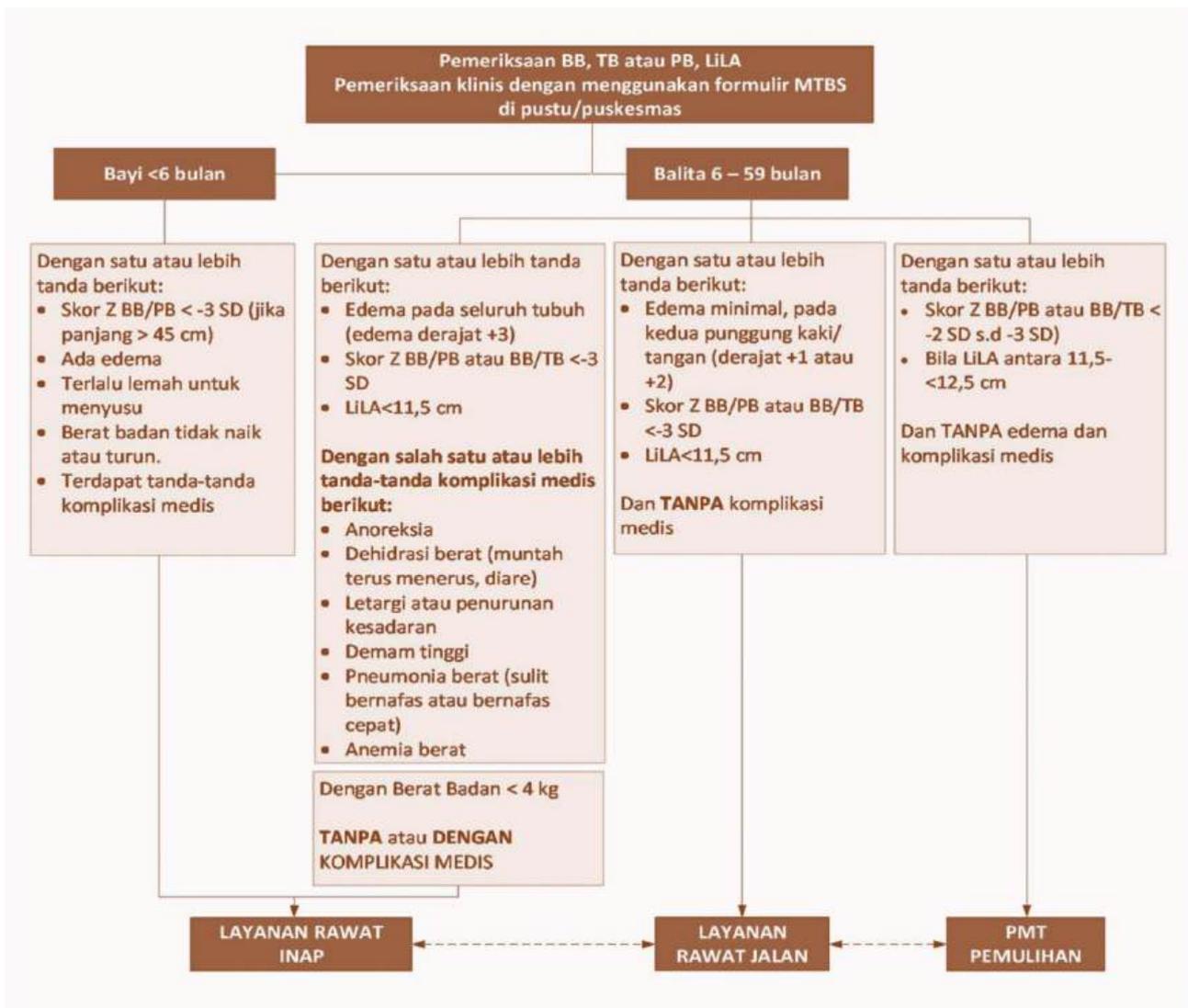
Tabel 1.2 Interpretasi Berdasarkan Pengukuran LiLA

	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Normal
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 (≥ 12,5 cm)
	dan/atau	dan/atau	dan
BB/PB atau BB/TB	Kurang dari -3 SD (<-3 SD)	-3 sampai kurang dari -2 SD (≥ -3 sampai <-2 SD)	- 2 SD dan di atasnya (≥ -2 SD)
	dan/atau	dan	dan
Bilateral edema	Ya	Tidak	Tidak

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

Sesuai dengan rekomendasi WHO, tata laksana balita gizi buruk dapat dilakukan dengan (lihat Gambar 1.4):

- Rawat jalan: untuk balita usia 6 - 59 bulan dengan gizi buruk tanpa komplikasi. Layanan ini dilakukan di fasilitas kesehatan primer/Puskesmas.
- Rawat inap untuk:
 - i. Bayi < 6 bulan dengan gizi buruk (dengan atau tanpa komplikasi medis);
 - ii. Balita gizi buruk usia 6 - 59 bulan dengan komplikasi medis;
 - iii. Semua bayi berusia di atas 6 bulan dengan berat badan kurang dari 4 kg.



Gambar 1.3. Alur Penapisan Balita Gizi Buruk/ Kurang dan Jenis Layanan Yang Diperlukan

Rawat inap dilakukan di Puskesmas perawatan yang mampu memberi pelayanan balita gizi buruk dengan komplikasi medis, Therapeutic Feeding Centre, serta rumah sakit, **kecuali bayi < 6 bulan dengan gizi buruk dan balita usia 6 – 59 bulan dengan berat badan < 4 kg harus dirawat di rumah sakit.**

Pada rawat inap, keluarga tetap berperan mendampingi balita yang dirawat.

Prosedur yang dilakukan (jelaskan kepada keluarga, juga tentang kondisi balita):

- 1) Anamnesis riwayat kesehatan balita: riwayat kelahiran, imunisasi, menyusui dan makan (termasuk nafsu makan), penyakit dan riwayat keluarga.
- 2) Pemeriksaan antropometri dan edema
 - a. Pengukuran berat badan, panjang atau tinggi badan
 - b. Pengukuran LiLA (balita usia 6 – 59 bulan)
 - c. Pemeriksaan edema bilateral

3) Pemeriksaan fisik:

- a. Pemeriksaan fisik umum: kesadaran, suhu tubuh, pernafasan, nadi.
- b. Pemeriksaan fisik khusus: seperti tercantum pada formulir MTBS.
- c. Pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan.

4) Pada balita gizi buruk sering ditemukan satu atau lebih komplikasi medis berikut:

- Anoreksia;
- Dehidrasi berat (muntah terus-menerus, diare);
- Letargi atau penurunan kesadaran;
- Demam tinggi;
- Pneumonia berat (sulit bernapas atau napas cepat);
- Anemia berat.

Bila ditemukan satu atau lebih komplikasi medis di atas, maka balita gizi buruk harus dirujuk dan dirawat di layanan rawat inap atau RS.

3. Tes nafsu makan untuk balita gizi buruk (6 – 59 bulan) yang akan dirawat di layanan rawat jalan

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 sebelum pasien menjalani terapi gizi dengan menggunakan Ready-to Use Therapeutic Food (RUTF) atau F100 sesuai dengan rencana terapi di layanan rawat jalan. 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 balita gizi buruk dirawat di layanan rawat inap.

Mengapa perlu dilakukan tes nafsu makan?

- Jika anak mempunyai nafsu makan yang baik, kemungkinan anak tidak mempunyai komplikasi medis
- Jika anak mempunyai nafsu makan yang buruk, anak mungkin mempunyai komplikasi medis dan/atau penyakit penyerta yang membutuhkan rawat inap
- Hanya anak-anak dengan nafsu makan yang baik yang ditangani di layanan rawat jalan dan mendapatkan obat gizi
- Anak yang nafsu makannya buruk ketika tes nafsu makan kemungkinan ia juga tidak mau makan di rumah

Hal-hal yang perlu diperhatikan saat akan melakukan tes nafsu makan:

- Tes nafsu makan hanya dilakukan bagi balita gizi buruk ≥ 6 bulan yang akan menjalani perawatan di layanan rawat jalan
- Tes dilakukan paling cepat 2 jam setelah makan (termasuk jajanan dan minuman berkadar gula tinggi).
- Cari tempat yang tenang ketika akan melakukan tes nafsu makan.

- Jelaskan pada ibu/ pengasuh tentang tujuan tes nafsu makan dan bagaimana tes akan dilakukan. Selanjutnya ibu/ pengasuh didorong untuk tidak terburu-buru dalam tes nafsu makan dan terus membujuk balita dengan lembut.
- Persiapkan terapi gizi (*Ready-to Use Therapeutic Food* (RUTF) atau F100) yang akan digunakan untuk tes nafsu makan
- Sebelum memulai tes nafsu makan, minta ibu/pengasuh untuk mencuci tangannya, memotong kuku tangan anak serta mencuci tangan dan wajah anak dengan air dan sabun serta mencuci kemasan RUTF (bila menggunakan RUTF) sebelum memulai tes nafsu makan

Catatan:

Ready-to-Use Therapeutic Food adalah nama generik untuk pangan khusus siap konsumsi yang padat gizi dan setara dengan F100 serta diperkaya dengan vitamin dan mineral. RUTF diperuntukan bagi balita gizi buruk usia ≥ 6 bulan sesuai rekomendasi WHO.

RUTF tidak perlu disimpan di kulkas dan risiko kontaminasi rendah karena aktivitas/kandungan air yang rendah. Berdasarkan rekomendasi WHO, minimal 50% sumber protein dalam RUTF harus berasal dari protein susu.

Sesuai rekomendasi WHO, 1 kemasan RUTF (90-92 gram) mengandung 500 kkal. Untuk detil kandungan RUTF sesuai rekomendasi WHO dapat dilihat pada tabel 1.3.

Tabel 1.3 Kandungan RUTF

Energi : 520 - 550 Kkal	Asam lemak N-3: 0,3 – 2,5% dari total kalori
Protein: 10-12% dari total kalori	Lemak trans kurang dari 3% dari total lemak
Lemak : 45-60% dari total kalori	Serat kurang dari 5%
Asam lemak N-6: 3-10% dari total kalori	
Vitamin	Mineral
Vitamin A: 0,8 – 1,1 mg RE	Kalsium: 300 – 600 miligram
Vitamin D: 15 – 20 mikrogram	Fosfor: 300 – 600 miligram
Vitamin E: 20 miligram (minimum)	Kalium: 1100 - 1400 miligram
Vitamin C: 50 miligram (minimum)	Magnesium 80 – 140 miligram
Vitamin B1: 0.5 miligram (minimum)	Seng: 11 – 14 miligram
Vitamin B2: 1.6 miligram (minimum)	Tembaga 1.4 – 1.8 miligram
Vitamin B6: 0.6 miligram (minimum)	Zat besi: 10 – 14 miligram
Vitamin B12: 1.6 microgram (minimum)	Yodium: 70 – 140 mikrogram
Vitamin K: 15 - 30 mikrogram	Sodium: < 290 miligram
Niacin: 5 miligram (minimum)	Selenium: 20 – 40 mikrogram
Biotin: 60 mikrogram (minimum)	Natrium: <290 milligram
Asam Folat: 200 mikrogram (minimum)	
Asam Patotenat: 3 miligram (minimum)	

Langkah-langkah tes nafsu makan

1) Bila menggunakan RUTF

- 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.
- Pastikan kemasan RUTF bersih sebelum melakukan tes nafsu makan.

- c. Biarkan anak bermain dengan kemasan RUTF dan menjadi terbiasa/ nyaman dengan lingkungan sekitar.
- d. Sediakan air minum yang bersih dan sudah direbus bagi anak selama tes nafsu makan.
- e. Remas kemasan sebelum digunakan lalu dibuka. Tekan dan makan.
- f. Minta pengasuh untuk duduk nyaman dengan anak di pangkuan mereka dan berikan RUTF langsung dari kemasan atau ambil RUTF di jari, gunakan jari atau dengan sendok yang bersih untuk memberikan RUTF kepada anak.
- g. Jika anak menolak, maka pengasuh sebaiknya mencoba terus untuk membujuk anak secara perlahan dan tidak buru-buru.
- h. Tes biasanya berlangsung sebentar, tapi jika anak tertekan, mungkin akan butuh waktu lebih lama. Anak seharusnya tidak dipaksa untuk makan RUTF.
- i. Amati (tes sebaiknya diamati oleh tenaga kesehatan) dan catat hasil tes.
- j. RUTF yang digunakan untuk tes nafsu makan sebaiknya dikurangi dari jatah yang dibawa pulang.
- k. Tes nafsu makan dilakukan pada setiap kunjungan.

Dalam menentukan nafsu makan anak baik selama tes nafsu makan (30 menit - 1 jam), anak harus menghabiskan RUTF sesuai jumlah yang ditentukan sebagaimana tabel 1.4:

Tabel 1.4. 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 kg	1/8	1/4
4 – 6,9 kg	1/4	1/3
7 – 9,9 kg	1/3	1/2
10 – 14,9 kg	1/2	3/4

2) Bila menggunakan F100

F100 merupakan formula khusus yang terdiri dari susu, gula, minyak dan larutan elektrolit yang digunakan untuk terapi gizi buruk.

Apabila tidak tersedia RUTF dan terapi gizi akan menggunakan F100, maka tes nafsu makan dilakukan dengan menggunakan F100. Adapun langkah melakukan tes nafsu makan dengan menggunakan F100 adalah sebagai berikut:

- a. Hitung dan siapkan dosis F100 untuk keperluan sehari disesuaikan dengan berat badan balita.
- b. Siapkan satu dosis F100 untuk satu kali pemberian (1/6 dari dosis harian) yang akan digunakan saat tes nafsu makan di layanan rawat jalan. Contohnya, berat badan balita gizi buruk adalah 6 kg dan kebutuhan kalori untuk fase rehabilitasi adalah 150 – 220 kkal/kgBB/hari, maka kebutuhan F100 balita adalah antara 900 – 1.320 kkal/per hari.

- c. Berikan dosis F100 pertama pada balita secara perlahan, balita dapat meminum sendiri F100-nya atau minta ibu/pengasuh memberikan F100 kepada balita.
- d. 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.
- e. Amati proses dan catat hasilnya.
- f. 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).
- g. Minta ibu/ pengasuh mencatat jumlah F100 yang tersisa/tidak dihabiskan.
- h. Minta ibu/ pengasuh untuk kembali membawa balita ke layanan rawat jalan esok harinya dengan membawa kemasan kosong F100 dan catatan sisa F100.
- i. Tanya ibu/ pengasuh jumlah F100 yang dihabiskan oleh balita selama di rumah dalam sehari tersebut.
- j. Nafsu makan balita dikatakan baik jika balita dapat menghabiskan 80% dari target F100 dalam sehari sesuai berat badan.

Baik	<p>Anak dapat menghabiskan jumlah RUTF yang ditentukan sesuai berat badan dan anak makan RUTF dengan lahap dan terlihat ingin makan terus</p> <p>Anak dapat menghabiskan minimal 80% dari target F100 dalam sehari sesuai berat badan.</p>
Buruk	Anak mengonsumsi RUTF/F100 dengan bujukan terus menerus dari pengasuh atau menolak makan RUTF/F100

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi tentang Alur Tata Laksana Gizi Buruk, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Penentuan gizi buruk dapat dilakukan dengan pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan gejala klinis berupa *pitting edema* bilateral.
- ❖ Tata laksana umum gizi buruk meliputi tata cara pemeriksaan gizi buruk pada balita, menentukan perawatan yang dibutuhkan (layanan rawat jalan atau layanan rawat inap), serta empat fase dan 10 langkah pada perawatan dan pengobatan gizi buruk pada balita.
- ❖ Rawat jalan untuk balita usia 6 - 59 bulan dengan gizi buruk tanpa komplikasi dilakukan di fasilitas kesehatan primer/Puskesmas.
- ❖ Rawat inap dilakukan di Puskesmas perawatan yang mampu memberi pelayanan balita gizi buruk dengan komplikasi medis, Therapeutic Feeding Centre, serta rumah sakit, **kecuali bayi < 6 bulan dengan gizi buruk dan balita usia 6 – 59 bulan dengan berat badan <4 kg harus dirawat di rumah sakit.**

Materi Pokok 2 : 4 FASE DAN 10 LANGKAH TATA LAKSANA GIZI BURUK PADA BALITA

PENDAHULUAN

Ada 4 fase perawatan dan pengobatan Balita gizi buruk, yaitu fase stabilisasi, fase transisi, fase rehabilitasi dan fase tindak lanjut. Fase stabilisasi dan transisi dilakukan di rawat inap, seperti puskesmas perawatan atau rumah sakit, dan pada saat balita gizi buruk masuk ke fase rehabilitasi, Balita bisa pindah rawat ke layanan rawat jalan, seperti puskesmas. Perawatan Balita gizi buruk tanpa komplikasi medis dan dengan hasil tes nafsu makan yang baik bisa langsung dirawat di layanan rawat jalan dan dimulai dari fase rehabilitasi.

Tata laksana untuk balita gizi buruk di layanan rawat inap dibagi menjadi 5 kondisi sesuai dengan tiga tanda bahaya dan tanda penting yang ditemukan, yaitu meliputi renjatan, letargis dan dehidrasi/ diare/ muntah.

Di dalam 4 fase perawatan dan pengobatan tersebut, tercakup 10 langkah tatalaksana Balita Gizi buruk yang menjadi acuan dalam merawat Balita gizi buruk. Tidak semua balita gizi buruk akan melalui semua fase dan semua langkah tata laksana tersebut, namun sangat tergantung dari kondisi balita gizi buruk tersebut.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu menerapkan 4 Fase dan 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita

SUB MATERI POKOK

1. Tiga Tanda Bahaya dan Tanda Penting

Pada balita gizi buruk harus diwaspadai adanya 3 tanda bahaya dan tanda penting, yaitu

a. Renjatan

Renjatan (syok) adalah keadaan kedaruratan medis yang ditandai dengan tubuh yang sangat lemah, letargis hingga kehilangan kesadaran, tangan dan kaki dingin disertai nadi yang cepat dan lemah. Penyebab renjatan tersering adalah diare yang disertai dengan dehidrasi, dan/ atau sepsis.

Pada saat terjadi renjatan, tekanan darah sangat sulit diukur, juga nadi sulit diraba. Cara lain yang dapat dilakukan untuk mengetahui adanya renjatan adalah pemeriksaan *capillary refill* yaitu dengan menekan kuku ibu jari tangan selama 2 detik, sampai kuku menjadi putih, selanjutnya tekanan dilepaskan sehingga warna kuku kembali seperti semula. Bila waktu perubahan warna putih menjadi merah kembali > 3 detik, maka *capillary refill* dianggap lambat dan ini adalah tanda gangguan sirkulasi/ renjatan.

Bila *capillary refill* > 3 detik → RENJATAN!

b. Letargis

Terjadinya penurunan kesadaran yang ditandai dengan balita tampak mengantuk, sulit dibangunkan dan tidak menunjukkan ketertarikan terhadap kejadian di sekelilingnya.

c. Diare/ muntah/ dehidrasi

Diare adalah terjadinya perubahan konsistensi feces (lembek, cair) dan frekuensi Buang Air Besar (BAB) > 3 kali sehari. Muntah dan atau diare dapat menyebabkan kekurangan cairan/ dehidrasi dan elektrolit tubuh.

2. Empat fase pada perawatan dan pengobatan gizi buruk pada balita.

Pemulihan balita gizi buruk memerlukan waktu yang cukup lama, tergantung pada kondisi pada saat balita gizi buruk ditemukan dan dirawat. Bila, balita gizi buruk ditemukan secara dini sebelum mengalami komplikasi medis, balita dapat dirawat di layanan rawat jalan dan waktu pemulihan relatif akan lebih cepat dibandingkan bila balita gizi buruk dengan komplikasi medis yang memerlukan perawatan di layanan rawat inap.

Dengan pendekatan Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi, balita gizi buruk dengan komplikasi medis dapat pindah rawat ke layanan rawat jalan saat komplikasi medis telah teratasi, edema berkurang dan nafsu makan baik (tanpa melihat status gizi berdasarkan indeks antropometri). Pemulihan gizi hingga BB/PB atau BB/TB > -2 SD dan/ atau LiLA $\geq 12,5$ cm dan tanpa edema bilateral dapat tetap dilanjutkan dengan rawat jalan di layanan rawat jalan.

Sesuai dengan protokol tata laksana anak gizi buruk, terdapat 4 fase perawatan dan pengobatan gizi buruk pada balita. Namun, tidak semua balita gizi buruk akan menjalani 4 fase tersebut karena tergantung dari kondisi balita tersebut. Fase stabilisasi dan transisi diberikan pada balita gizi buruk yang perlu perawatan di layanan rawat inap, sedangkan fase rehabilitasi dapat diberikan di layanan rawat jalan bila memang tersedia. Bila tidak tersedia layanan rawat jalan, maka fase rehabilitasi hingga balita mencapai kriteria sembuh akan dilakukan di layanan rawat inap.

Perawatan dan pengobatan gizi buruk pada balita terdiri dari 4 fase, yaitu:

a. Fase Stabilisasi

Fase stabilisasi merupakan fase awal perawatan yang umumnya berlangsung 1 - 2 hari, tetapi dapat berlanjut sampai satu minggu sesuai kondisi klinis anak. Tujuan fase stabilisasi adalah untuk menstabilkan kondisi fisiologis anak, belum untuk menaikkan berat badan.

Kegawatdaruratan (misalnya hipoglikemi, hipotermi, dehidrasi/ syok) harus segera diatasi, karena keterlambatan penanganan dapat mengakibatkan kematian.

Pada fase ini diberikan energi 80 - 100 kkal/kgBB/hari dan protein 1 - 1,5 g/kgBB/hari berupa formula khusus (F75) dan pemberian terapi gizi ini dilakukan secara bertahap.

b. 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.

Dimulainya fase transisi ditandai oleh:

- Komplikasi medis teratasi;
- Nafsu makan pulih;
- Edema berkurang.

Pada fase ini pemberian energi dinaikkan secara bertahap dari 100 kkal/kg BB menjadi 150 kkal/kgBB/hari dan protein 2 - 3 g/kgBB/hari disertai perubahan jenis formula dari F75 ke F100. Umumnya berlangsung selama 3 – 7 hari. Pada umumnya sudah terjadi kenaikan berat badan.

Pada akhir fase transisi, anak sudah dapat dirujuk ke pelayanan rawat jalan. Bila tidak tersedia layanan rawat jalan, maka fase rehabilitasi dapat dilanjutkan di layanan rawat inap.

c. Fase Rehabilitasi

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. Timbang dan catat berat badan setiap pagi sebelum diberi makan. Hitung dan catat kenaikan berat badan setiap 3 hari dalam gram/kgBB/hari.

d. Bila kenaikan berat badan:

- Kurang, apabila kenaikan berat badan kurang dari 5 g/kgBB/hari, balita membutuhkan penilaian ulang lengkap.
- Cukup, apabila kenaikan berat badan 5 - 10 g/kgBB/hari, perlu diperiksa apakah target asupan terpenuhi, atau mungkin ada infeksi yang tidak terdeteksi.
- Baik, apabila kenaikan berat badan lebih dari 10 g/kg BB/hari.

ATAU

- Kurang, yaitu bila kenaikan berat badan kurang dari 50 g/kgBB/per minggu, maka balita membutuhkan penilaian ulang lengkap
- Baik, yaitu bila kenaikan berat badan \geq 50 g/kg BB/per minggu

e. Fase Tindak lanjut

Fase tindak lanjut adalah fase setelah balita selesai perawatan gizi buruk. Pada fase ini merupakan lanjutan pemberian makanan untuk tumbuh kejar dengan pemberian makanan keluarga dan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT- P).

3. Sepuluh Langkah Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita

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 1.5 dibawah 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		→		

Gambar 1.4. Sepuluh Langkah Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita

Langkah 1: Mencegah dan mengatasi hipoglikemia

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

- Berikan 50 ml larutan glukosa 10% (1 sendok teh munjung gula pasir dalam 50 ml air) secara oral/ melalui NGT, segera dilanjutkan dengan pemberian Formula 75 (F75).
- F75 yang pertama, atau modifikasinya, diberikan 2 jam sekali dalam 24 jam pertama, dilanjutkan setiap 2 - 3 jam, siang dan malam selama minimal dua hari.
- Bila masih mendapat ASI teruskan pemberian ASI di luar jadwal pemberian F75.
- Jika anak tidak sadar/ letargi, berikan larutan glukosa 10% secara intravena (bolus) sebanyak 5 ml/kgBB, atau larutan glukosa/ gula pasir 50 ml dengan NGT. Jika glukosa IV tidak tersedia, berikan satu sendok teh gula ditambah 1 atau 2 tetes air di bawah lidah, dan ulangi setiap 20 menit untuk mencegah terulangnya hipoglikemi. Pantau jangan sampai balita menelan gula tersebut terlalu cepat sehingga memperlambat proses penyerapan.

e. Hipoglikemia dan hipotermia seringkali merupakan tanda adanya infeksi berat. Pemantauan hipoglikemia dilakukan dengan mengulangi pengukuran gula darah setelah 30 menit:

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

Pencegahan:

- Beri F75 sesegera mungkin, berikan setiap 2 jam selama 24 jam pertama. Bila ada dehidrasi, lakukan rehidrasi terlebih dahulu. Pemberian makan harus teratur setiap 2 - 3 jam, siang dan malam.
- Minta pengasuh untuk memperhatikan setiap kondisi balita, membantu memberi makan dan menjaga balita tetap hangat.
- Periksa adanya distensi abdominal.

Langkah 2: Mencegah dan mengatasi hipotermia

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

Tata Laksana:

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

Pemantauan:

- Ukur suhu aksila setiap 2 jam sampai suhu meningkat menjadi 36,5°C atau lebih. Jika digunakan pemanas, ukur suhu tiap setengah jam. Hentikan pemanasan bila suhu mencapai 37°C.
- Pastikan bahwa anak selalu tertutup pakaian atau selimut, terutama pada malam hari.
- Periksa kadar gula darah bila ditemukan hipotermia.

Pencegahan:

- Letakkan tempat tidur di area yang hangat, di bagian bangsal yang bebas angin dan pastikan anak selalu tertutup pakaian/ selimut.
- Ganti pakaian dan seprei yang basah, jaga agar anak dan tempat tidur tetap kering.
- Hindarkan anak dari suasana dingin (misalnya: sewaktu/ setelah mandi, selama pemeriksaan).
- Biarkan anak tidur dipeluk orang tuanya agar tetap hangat, terutama di malam hari.
- Beri makan F75/ modifikasinya setiap 2 jam, sesegera mungkin, sepanjang hari/ siang - malam.

- Hati-hati bila menggunakan pemanas ruangan / lampu pijar. Hindari penggunaan botol air panas dan lampu neon/ TL.

Pemantauan:

- Ukur suhu setiap 30 menit:
- Hentikan pemanasan bila suhu tubuh sudah mencapai 37 °C.

Langkah 3 dan Langkah 4: Mencegah dan mengatasi dehidrasi dan memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit

Diagnosis dan derajat dehidrasi pada balita gizi buruk sulit ditegakkan secara akurat dengan tanda/ gejala klinis saja. Semua balita gizi buruk dengan diare/ penurunan jumlah urin dianggap mengalami dehidrasi ringan. Hipovolemia dapat terjadi bersamaan dengan adanya edema. Cara memeriksa tanda dehidrasi sebagaimana tabel 1.5.

Tabel 1.5. Cara Memeriksa Tanda Dehidrasi

No	TANDA	CARA MEMERIKSA
1	BAB Cair	Tanya ibu/ pengasuh apakah balita mengalami BAB cair saat ini atau dalam beberapa hari terakhir. Tinja berlendir dalam jumlah sedikit sering terjadi gizi buruk, tapi tidak menyebabkan dehidrasi.
2	Mata Cekung	Tanya ibu/ pengasuh apakah mata cekung terjadi baru-baru ini bersamaan dengan BAB cair atau sudah lama terjadi.
3	Haus	Perhatikan, apakah anak ingin meraih cangkir saat melihat atau diberi minuman. Saat minuman itu disingkirkan atau habis, apakah tampak masih ingin minum lagi?
4	Frekuensi BAK kurang	Kencing terakhir lebih dari 6 jam, maka curiga dehidrasi.
5	Tidak ada air mata	Tidak ada air mata saat menangis. Bukan tanda dehidrasi yang dapat diandalkan karena pada balita gizi buruk, kelenjar lakrimalis menjadi atrofi sehingga tidak ada produksi air mata.
6	Letargi	Lemas, tidak waspada, tidak tertarik terhadap kejadian sekitar. Tidak spesifik untuk dehidrasi pada gizi buruk karena ditemukan juga pada kondisi hipotermia, hipoglikemia dan shok septik.
7	Anak gelisah dan rewel	terutama bila disentuh/dilakukan tindakan
8	Mulut dan lidah kering	Raba dengan jari yang kering dan bersih untuk menentukan apakah lidah dan mulutnya kering. Bukan tanda dehidrasi yang dapat diandalkan karena kelenjar ludah mengalami atrofi sehingga mulut kering.
9	Turgor kulit lambat	Tarik lapisan kulit dan jaringan bawah kulit pelan-pelan. Cubit selama 1 detik dan lepaskan. Jika kulit masih terlipat (belum kembali rata selama > 2 detik) maka kulit/turgor kulit lambat. Bukan merupakan tanda dehidrasi yang dapat diandalkan karena turgor biasanya lambat pada gizi buruk walaupun tidak dehidrasi.

Tata laksana (tergantung kondisi kegawatdaruratan yang ditemukan):

- Jangan gunakan infus untuk rehidrasi, kecuali pada kasus dehidrasi berat dengan syok.
- Beri ReSoMal (lihat Tabel 3.3), secara oral atau melalui NGT, lakukan lebih lambat dari rehidrasi pada anak dengan gizi baik:
 - Beri 5 ml/kgBB setiap 30 menit untuk 2 jam pertama;

- Selanjutnya, berikan ReSoMal 5 - 10 ml/kgBB/jam berselang-seling dengan F75 dengan jumlah yang sama, setiap jam selama 10 jam. Jumlah yang diberikan tergantung volume muntah/ diare yang terjadi dengan memperhatikan kemampuan anak.
- c. Selanjutnya berikan F75 secara teratur setiap 2 jam.
- d. Jika masih diare, beri ReSoMal setiap kali diare.
- Untuk usia < 2 tahun: 50 - 100 ml setiap buang air besar,
 - Usia ≥ 2 tahun: 100 - 200 ml setiap buang air besar.

Tabel 1.6 Cara Membuat Cairan ReSoMal

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

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

Jika balita gizi buruk dalam keadaan syok atau dehidrasi berat tapi tidak memungkinkan untuk diberi rehidrasi oral/ melalui NGT, maka rehidrasi diberikan melalui infus cairan Berikan RLG 5% (Ringer Laktat dan Larutan Dekstrosa/ Glukosa 10% dengan perbandingan 1:1) secara intravena (iv) sebanyak 15 ml/kgBB selama 1 jam pertama.

Tabel 1.7. Kandungan Serbuk Mineral-Mix (8 gram)

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

Bahan tambahan secukupnya.

Mineral mix juga telah tersedia dalam bentuk sachet. Cara membuat larutan mineral mix/ larutan elektrolit: 1 sachet mineral mix ditambah air matang menjadi larutan elektrolit 20 ml.

Pemantauan

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

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

Selama proses rehidrasi, frekuensi napas dan nadi akan berkurang dan mulai ada diuresis. Tanda membaiknya hidrasi antara lain: kembalinya air mata, mulut basah, cekung mata dan fontanel berkurang dan turgor kulit membaik. Namun, pada anak gizi buruk tanda tersebut sering tidak ada, walaupun rehidrasi penuh telah terjadi; karena itu sangat penting untuk memantau berat badan. Kelebihan cairan dapat berakibat gagal jantung yang ditandai dengan kenaikan frekuensi napas $\geq 5x$ /menit dan frekuensi nadi $\geq 25x$ /menit. Hentikan segera pemberian cairan/ ReSoMal dan lakukan penilaian ulang setelah 1 jam.

Pencegahan

Cara mencegah dehidrasi akibat diare yang berkelanjutan seperti pada anak dengan gizi baik, kecuali digunakannya cairan ReSoMal sebagai pengganti larutan oralit standar. ReSoMal mengandung 37,5 mmol Na, 40 mmol K, dan 3 mmol Mg per liter.

- Jika anak masih mendapat ASI, lanjutkan pemberian ASI.
- Berikan F75 sesegera mungkin. Berikan ReSoMal sebanyak 50 - 100 ml setiap buang air besar cair.

Anak dengan dehidrasi juga sering kali mengalami gangguan keseimbangan elektrolit seperti kalium dan natrium. Terdapat kelebihan natrium total dalam tubuh, walaupun kadar natrium serum mungkin rendah. Edema dapat diakibatkan oleh keadaan ini. Jangan obati edema dengan diuretikum. Pemberian natrium berlebihan dapat menyebabkan kematian.

Tata laksananya:

- Untuk mengatasi gangguan elektrolit diberikan kalium, yang sudah terkandung di dalam larutan mineral mix yang ditambahkan ke dalam F75, F100 atau ReSoMal.
- Gunakan larutan ReSoMal untuk rehidrasi.

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.
- b. Imunisasi campak jika balita berusia ≥ 6 bulan dan belum pernah diimunisasi atau mendapatkan imunisasi campak sebelum usia 9 bulan. Imunisasi ditunda bila balita dalam keadaan syok.

Imunisasi termasuk imunisasi campak pada balita gizi buruk diberikan sebelum anak pulang dari tempat perawatan (pada fase rehabilitasi atau minggu ke-4 untuk balita gizi buruk tanpa komplikasi medis yang dirawat di layanan rawat jalan)

Pilihan antibiotika berspektrum luas

- a. Bila tanpa komplikasi, 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. Pada balita gizi buruk dengan komplikasi (hipoglikemia, hipotermia, penurunan kesadaran/ letargi, atau terlihat sakit) atau komplikasi lainnya, maka berikan antibiotika parenteral (IM/IV):
 - Ampisilin (50 mg/kgBB IM atau IV setiap 6 jam) selama 2 hari, kemudian dilanjutkan dengan Amoksisilin oral (15 mg/kgBB setiap 8 jam selama 5 hari); **ditambah** Gentamisin (7,5 mg/kgBB IM atau IV) sehari sekali selama 7 hari.
 - Untuk bayi dengan berat badan < 3 kg, dosis Ampisilin (50 mg/kgBB IM atau IV setiap 8 jam) selama 2 hari, kemudian dilanjutkan dengan Amoksisilin oral (15 mg/kgBB setiap 12 jam selama 5 hari); **ditambah** Gentamisin (7,5 mg/kgBB IM atau IV) sehari sekali selama 7 hari.
- c. Pemilihan jenis antibiotika juga disesuaikan dengan pola resistensi kuman setempat

Catatan:

- Pemberian Gentamisin harus dilakukan dengan hati-hati. Tidak boleh diberikan pada keadaan tidak ada diuresis dan pada bayi usia < 2 minggu.
 - Metronidazole 7,5 mg/kgBB setiap 8 jam selama 7 hari dapat diberikan sebagai tambahan antibiotika berspektrum luas, namun efektivitasnya belum ditegakkan dengan uji klinis.
- d. Berikan terapi untuk penyakit infeksi sesuai dengan standar terapi yang berlaku, seperti malaria, meningitis, TB dan HIV.

Pemantauan

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

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 (stabilisasi dan transisi), dan baru diberikan setelah anak mempunyai nafsu makan yang baik dan mulai bertambah berat badannya (biasanya pada minggu kedua, mulai Fase Rehabilitasi). Zat besi dapat memperberat infeksi bila diberikan terlalu dini.

Bila balita gizi buruk dirawat di layanan rawat jalan dan mendapatkan terapi gizi berupa RUTF, maka tidak perlu mendapatkan tambahan suplementasi zat besi lagi, karena di dalam RUTF sudah terdapat sekitar 10-14 mg/100 g zat besi. Bila balita gizi buruk mendapatkan F100 yang dibuat sendiri maka diberikan suplementasi zat besi dengan dosis menurut berat badan, dengan dosis 3 mg/kg BB/hari.

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

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. Namun, bila balita gizi buruk mendapatkan terapi gizi berupa F75 atau F100 yang dibuat sendiri, maka tetap diberikan suplementasi zat gizi mikro sesuai protokol di bawah ini.

	TANDA DEFISIENSI VITAMIN A ATAU RIWAYAT CAMPAK DALAM 3 BULAN TERAKHIR	
	Tidak	Ya
Bila dengan RUTF	Tidak diberikan suplementasi Vitamin A dosis tinggi.	Vitamin A dosis tinggi sesuai umur (3 kali) Hari ke-1, ke-2 dan hari ke-15).
Bila dengan F100	Vitamin A dosis tinggi (1 kali) - hari ke-1 sesuai umur.	

	Asam Folat	Multivitamin
Bila dengan RUTF	Tidak perlu diberikan karena RUTF sudah mengandung vitamin dan mineral dengan jumlah yang cukup.	
Bila dengan F100	5 mg pada hari pertama, dan selanjutnya 1 mg/hari	Vitamin C dan vitamin B kompleks

Suplementasi Seng

Anak balita gizi buruk yang menderita diare dan sudah menerima RUTF, F75/F100 dengan mineral mix atau ReSoMal tidak perlu diberikan suplementasi seng lagi, karena dalam RUTF dan mineral mix sudah terkandung seng yang cukup.

Langkah 7: Memberikan makanan untuk fase stabilisasi dan transisi

Anak gizi buruk mengalami gangguan metabolisme dan fungsi organ, khususnya sistem pencernaan, hati dan ginjal. Sistem pencernaan anak gizi buruk mengalami gangguan karena terjadinya atrofi mukosa usus sehingga produksi enzim pencernaan berkurang, khususnya enzim laktase.

Oleh karena itu, perlu diberi makanan khusus pada fase stabilisasi berupa F75 dengan jumlah energi 80 - 100 kkal/kgBB/hari, protein 1 - 1,5 g/kgBB/hari dan cairan 130 ml/kg BB/hari atau 100 ml/kg BB/hari bila ditemukan edema berat (edema +++). Formula terapeutik F75, yang merupakan formula rendah protein (pada fase ini protein tinggi dapat meningkatkan risiko kematian), rendah laktosa, mengandung zat gizi makro dan mikro seimbang untuk memastikan kondisi stabil pada balita.

Tabel 1.8. Resep Formula WHO F75, F75 modifikasi dan F100

Bahan makanan	Satuan	F75	F75 dengan sereal	F100 dengan susu skim bubuk	F100 dengan susu full cream	F100 dengan susu UHT*
Susu skim bubuk	g	25	25	85	-	-
Susu full cream bubuk	g	-	-	-	110	-
Susu cair UHT plain	ml	-	-	-	-	900
Gula pasir	g	100	-	50	50	40
Tepung beras	g	-	35	-	-	-
Minyak sayur	ml	27	27	60	30	30
Larutan elektrolit	ml	20	20	20	20	20
Air ditambahkan hingga menjadi	ml	1000	1000	1000	1000	1000
Nilai Gizi						
Energi	kkal	750	750	1000		998.8
Protein	g	9	11	29		29.2
Laktosa	g	13	13	42		
Kalium	mmol	40	42	59		
Natrium	mmol	6	6	19		
Magnesium	mmol	4,3	4,6	7,3		
Seng	mg	20	20	23		
Tembaga (Cu)	mg	2,5	2,5	2,5		
% energi protein	-	5	6	12		
% energi lemak	-	32	32	53		
Osmolaritas	mOsm/l	413	334	419		

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

- Makanan rendah osmolaritas, rendah laktosa, diberikan dalam jumlah sedikit tetapi sering.
- Makanan diberikan secara oral atau melalui NGT. Pemberian makanan parenteral dihindari. Pemberian makan dengan menggunakan NGT dilakukan jika balita menghabiskan F75 kurang dari 80% dari jumlah yang diberikan dalam dua kali pemberian makan. Jumlah dan frekuensi pemberian F75 pada balita gizi buruk > 6 bulan tanpa edema atau edema + dan ++ dapat dilihat pada lampiran.
- Jumlah energi/ kalori: 100 kkal/kgBB/hari dan protein: 1 - 1.5 g/kgBB/hari. Cairan: 130 ml/kgBB/hari (bila ada edema berat maka diberi 100 ml/kgBB/hari).
- Bila anak masih mendapat ASI, lanjutkan, tetapi pastikan bahwa balita menghabiskan F75 sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan.
- Gunakan cangkir untuk memberi makan balita. Pada balita gizi buruk yang sangat lemah, gunakan sendok, semprit atau syringe
- Peningkatan jumlah dan frekuensi pemberian F75 dilakukan bertahap bila makanan dapat dihabiskan dan tidak ada reaksi muntah atau diare. Jumlah F75 yang diberikan disesuaikan dengan perubahan berat badan.

Pada balita gizi buruk dengan diare persisten akan lebih baik diberikan F75 yang berbahan sereal. Sebagian gula diganti dengan tepung beras atau maizena, sehingga osmolaritasnya lebih rendah. Pembuatan F75 berbahan sereal perlu dimasak dulu.

Pemantauan

Pemantauan dilakukan dengan mencatat setiap hari:

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

Fase stabilisasi bertujuan untuk menstabilkan kondisi anak dan bukan untuk menaikkan berat badan.

Saat komplikasi medis sudah teratasi, nafsu makan pulih dan edema berkurang, maka balita gizi buruk sudah dapat masuk ke fase transisi.

Pada fase transisi diberikan terapi gizi dengan jumlah energi 100 - 150 kkal/kgBB/hari, protein 2 - 3 g/kg BB/hari dalam bentuk F100. Umumnya pada fase ini mulai terjadi kenaikan berat badan.

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

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 RUTF atau F100 yang secara bertahap ditambah makanan padat gizi.

Pada fase tindak lanjut, pemberian makanan di rumah berupa makanan keluarga dan PMT-P (energi 350 kkal dan protein 15 g).

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.

Langkah 10: Mempersiapkan untuk tindak lanjut di rumah

Persiapan untuk tindak lanjut di rumah dapat dilakukan sejak anak dalam perawatan, 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 edema bilateral. Bila balita keluar dari layanan rawat inap setelah sembuh (sesuai kriteria di atas) 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).

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi pokok tentang 4 Fase dan 10 Langkah Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita, dapat disimpulkan bahwa :

- ❖ Pada balita gizi buruk, ada 3 tanda bahaya dan tanda penting yang harus diperhatikan dan mendapat penanganan segera.
- ❖ Balita Gizi buruk memerlukan perawatan dan pengobatan khusus, ada 4 fase dan 10 langkah perawatan dan pengobatan balita gizi buruk.

C. PENUGASAN

Selama pembelajaran Mata Pelatihan Inti 1 ini, peserta diberi penugasan, yaitu latihan soal antropometri dan kasus untuk menentukan status gizi dan alur perawatan anak balita gizi buruk.

MPI 1

Tatalaksana Umum Balita Gizi Buruk

PANDUAN PENUGASAN Penentuan Status Gizi dan Tindak Lanjutnya

Tujuan : Setelah mengerjakan dan mendiskusikan latihan, peserta mampu :

- a) Menentukan status gizi anak balita berdasarkan antropometri dan pemeriksaan klinis
- b) Menentukan alur perawatan anak balita gizi buruk

Bahan dan alat :

- a) Soal latihan antropometri
- b) Soal studi kasus
- c) Tabel Standar Antropometri Anak

Waktu :

- a) 1 JP x 45 menit = 45 menit
- b) 1 JP x 45 menit = 45 menit

Petunjuk: **a) Menentukan status gizi anak balita dan tindak lanjut pada soal latihan**

1. Fasilitator membagikan soal latihan antropometri.
2. Fasilitator mempersilakan peserta mengerjakan latihan soal A secara individu, sementara itu fasilitator mengamati peserta. (10 menit)
3. Setelah selesai, fasilitator meminta seorang peserta membaca/menyampaikan hasil kerjanya, peserta lain menanggapi, dan fasilitator memberi umpan balik atau penguatan sesuai kunci jawaban. (10 menit)
4. Fasilitator mempersilakan peserta mengerjakan latihan soal B secara individu, sementara itu fasilitator mengamati peserta. (10 menit)
5. Setelah selesai, fasilitator meminta seorang peserta membaca/menyampaikan hasil kerjanya, peserta lain menanggapi, dan fasilitator memberi umpan balik atau penguatan sesuai kunci jawaban. (10 menit)
6. Fasilitator menutup dengan rangkuman hasil pembelajaran (5 menit)

Petunjuk: **b) Menentukan status gizi balita dan alur tindak lanjut pada soal kasus**

1. Fasilitator membagikan latihan kasus
2. Fasilitator mempersilakan peserta mengerjakan latihan kasus A untuk kelompok 1, kelompok 2 dan kelompok 3, dan Latihan kasus B untuk kelompok 4, 5 dan 6; sementara itu fasilitator mengamati peserta. (15 menit)
3. Setelah selesai, fasilitator meminta wakil salah satu kelompok untuk mempresentasikan jawaban kasus A, peserta lain menanggapi, dan

fasilitator memberi umpan balik atau penegasan sesuai kunci jawaban. (15 menit). Demikian juga untuk kasus B (15 menit)

4. Fasilitator menutup dengan rangkuman hasil pembelajaran (5 menit)

BAHAN PENUGASAN

1) Soal Latihan Antropometri

Tugas yang dikerjakan secara individu :

1. Lakukan perhitungan umur balita pada tiap kunjungan (kunjungan ke-1 dan ke-2)
2. Tentukan status gizi balita pada kasus A atau B
3. Lakukan identifikasi gejala klinis balita pada kasus A atau B
4. Tentukan tindak lanjut yang harus dilakukan

Soal A

Identitas/ Jenis Kelamin*	Tanggal Lahir	Berat Badan saat Kunjungan ke-1 20-6-2019 (kg)	Berat Badan saat Kunjungan ke-2 22-7-2019 (kg)	PB atau TB (cm)	LiLA (cm)	Edema
Anak 1/L	3 - 1 - 2019	5,5	5,6	60,0	-	-
Anak 2/L	25 - 4 - 2017	8,7	8,8	84,5	11,6	-
Anak 3/L	18 - 2 - 2019	4,5	4,5	59,5	-	-
Anak 4/P	10 - 2 - 2018	6,5	6,6	79,5	10,9	+
Anak 5/P	21 - 9 - 2017	8,4	8,5	83	11,8	-

Keterangan: L = Laki-laki dan P = Perempuan

Soal B

Identitas/ Jenis Kelamin*	Tanggal Lahir	Berat Badan saat Kunjungan ke-1 20-6-2019 (kg)	Berat Badan saat Kunjungan ke-2 22-7-2019 (kg)	PB atau TB (cm)	LiLA (cm)	Edema
Anak 6/P	1 - 3 - 2019	4,3	4,4	57	-	-
Anak 7/L	17 - 10 - 2014	10,4	10,5	94,5	11,9	-
Anak 8/L	8 - 11 - 2018	6,8	6,8	70	11,0	+
Anak 9/P	29 - 12 - 2018	4,4	4,3	59,0	-	-
Anak 10/P	5 - 6 - 2015	12,1	12,2	101,0	11,2	+++

Keterangan: L = Laki-laki dan P = Perempuan

2) Tugas yang dikerjakan secara kelompok :

Kasus A

Anak Bela, perempuan lahir pada tanggal 29 April 2018. Pada tanggal 9 September 2019, datang ke Puskesmas dengan keluhan muntah dan diare sejak 2 hari. Hasil pengukuran BB dan PB yaitu BB 5,9 kg, PB 70 cm. Tidak demam, tidak edema, masih sadar tetapi anak tampak haus dan lemas, tidak ada nafsu makan. Nadi dan pernapasan normal.

Tugas yang dikerjakan kelompok untuk kasus A

1. Lakukan perhitungan umur balita pada saat kunjungan
2. Tentukan status gizi balita pada kasus A atau B
3. Lakukan identifikasi gejala klinis balita pada kasus A atau B
4. Tentukan tindak lanjut yang harus dilakukan

Kasus B

Anak Roni, laki-laki lahir pada tanggal 19 November 2018. Pada tanggal 9 September 2019 datang ke Puskesmas dengan keluhan batuk, tidak nafsu makan dan hanya mau minum ASI sejak 1 minggu yang lalu. Hasil pengukuran BB dan PB yaitu BB 7,1 kg, PB 77,4 cm, tidak edema, masih sadar, suhu 36,5°C, nadi dan pernapasan normal. Ada kontak dengan penderita TB yaitu ayah dan kakek

Tugas yang dikerjakan kelompok untuk kasus B

1. Lakukan perhitungan umur balita pada saat kunjungan
2. Tentukan status gizi balita pada kasus A atau B
3. Lakukan identifikasi gejala klinis balita pada kasus A atau B
4. Tentukan tindak lanjut yang harus dilakukan

D. TEST FORMATIF

Jawablah pertanyaan berikut :

1. Pilih yang benar dari jawaban berikut ini terkait penentuan status gizi buruk untuk balita usia 6 – 59 bulan (jawaban bisa lebih dari satu):
 - a. Z-skor berat badan menurut umur $<-3,0$ SD
 - b. Z-skor panjang atau tinggi badan menurut umur $<-3,0$ SD
 - c. Z-skor berat badan menurut panjang atau tinggi badan $<-3,0$ SD
 - d. Lingkar lengan atas $<11,5$ cm
 - e. Lingkar lengan atas $<10,5$ cm
2. Balita gizi buruk yang dapat dirawat di layanan rawat jalan adalah (jawaban bisa lebih dari satu):
 - a. Balita gizi buruk dengan pitting edema anasarca
 - b. Balita gizi buruk nafsu dengan makan baik berdasarkan tes nafsu makan
 - c. Balita gizi buruk dengan diare tanpa dehidrasi
 - d. Balita gizi buruk tanpa komplikasi dengan berat badan diatas 4 kg

- e. Balita gizi buruk dengan pneumonia berat
3. Tiga tanda bahaya dan tanda penting untuk penentuan terapi berdasarkan kondisi klinis balita gizi buruk adalah:
- a. Hipotermia, letargis dan diare/muntah/dehidrasi
 - b. Hipotermia, hipoglikemia dan letargis
 - c. Renjatan, letargis, dan diare/muntah/dehidrasi
 - d. Hipotermia, hipoglikemia, dan renjatan
 - e. Hipertermia, letargis dan renjatan
4. Urutan empat fase dalam tata laksana gizi buruk adalah:
- a. Fase rehabilitasi, fase transisi, fase stabilisasi dan fase tindak lanjut
 - b. Fase transisi, fase stabilisasi, fase rehabilitasi, dan fase tindak lanjut
 - c. Fase stabilisasi, fase transisi, fase rehabilitasi dan fase tindak lanjut
 - d. Fase stabilisasi, fase transisi, fase tindak lanjut dan fase rehabilitasi
 - e. Fase tindak lanjut, fase rehabilitasi, fase stabilisasi dan fase transisi

E. KUNCI JAWABAN

- 1. c dan d
- 2. b, c, d
- 3. c
- 4. c

F. DAFTAR PUSTAKA

- 1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit, Kemenkes. 2022.
- 2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pelatihan Pencegahan dan tatalaksana gizi buruk pada Balita. Kemenkes. 2020.
- 3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan tatalaksana gizi buruk pada balita. Kemenkes. 2019
- 4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk teknis tatalaksana anak gizi buruk: Buku I. Kemenkes. 2013.
- 5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk teknis tatalaksana anak gizi buruk: Buku II. Kemenkes. 2013.

-oOo-

MATA PELATIHAN INTI 2

**TATA LAKSANA BALITA SAKIT
UMUR 2 BULAN - 5 TAHUN**

MATA PELATIHAN INTI 2

TATA LAKSANA BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN - 5 TAHUN

A. TENTANG MODUL INI

DESKRIPSI SINGKAT

Mata pelatihan ini membahas tentang bagaimana memberi pelayanan terhadap anak sakit yang berumur 2 bulan sampai 5 tahun dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Tenaga kesehatan diajarkan untuk dapat memperhatikan gejala-gejala pada anak dan memeriksanya dengan baik (melakukan penilaian), menentukan klasifikasi penyakit anak dan memberi tindakan atau pengobatan yang diperlukan sesuai kondisi anak termasuk balita gizi buruk yang memerlukan tata laksana khusus. Hal ini dilakukan pada balita sakit yang datang untuk kunjungan pertama maupun kunjungan ulang. Tata laksana balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun ini merupakan konsep dasar bagi tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dalam memberikan pelayanan kesehatan balita yang sesuai dengan standar kompetensi dan kewenangannya.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu melakukan tata laksana balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun.

2. Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:

- a. Melakukan penilaian dan klasifikasi balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun
- b. Melakukan tindakan atau pengobatan balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun
- c. Melakukan pelayanan tindak lanjut balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun

MATERI POKOK

Materi pokok pada mata pelatihan ini meliputi:

1. Penilaian dan klasifikasi balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun
2. Tindakan atau pengobatan balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun
3. Pelayanan tindak lanjut pada balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun

B. KEGIATAN BELAJAR

Materi Pokok 1: PENILAIAN DAN KLASIFIKASI BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN - 5 TAHUN

PENDAHULUAN

Penilaian adalah memeriksa anak dengan cara bertanya, melihat, mendengar, meraba atau menyentuh anak. Dari hasil penilaian akan diperoleh kumpulan gejala yang dimiliki anak sehingga dapat ditentukan klasifikasi penyakit (bukan diagnosis) kemudian diberi tindakan atau pengobatan sesuai dengan klasifikasinya. Gunakan formulir pencatatan untuk melakukan penilaian dan gunakan Buku Bagan MTBS untuk menentukan klasifikasi maupun menentukan tindakan/pengobatan.

Tanyakan umur anak sebelum melakukan penilaian dan klasifikasi. Jika umur anak antara 2 bulan sampai 5 tahun, gunakan formulir pencatatan balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun. Jika umur anak kurang dari 2 bulan, gunakan formulir pencatatan balita sakit umur kurang dari 2 bulan yang akan dipelajari pada mata pelatihan berikutnya.

Isilah bagian identitas anak secara lengkap kemudian tanyakan kepada ibu mengenai masalah anak atau keluhan utamanya. Gunakan kata-kata yang mudah dimengerti ibu. Jika ibu tidak mengerti pertanyaan yang diajukan, maka sulit mendapatkan jawaban yang dibutuhkan untuk menilai dan mengklasifikasikan anak dengan tepat. Tentukan apakah kunjungan ini merupakan kunjungan pertama atau kunjungan ulang. Kunjungan pertama artinya anak datang pertama kali untuk penyakitnya, sedangkan kunjungan ulang artinya anak sudah diperiksa beberapa hari yang lalu untuk penyakit atau masalah yang sama.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat melakukan penilaian dan klasifikasi balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun.

SUB MATERI POKOK

Sub materi pokok yang akan dibahas adalah penilaian dan klasifikasi untuk:

1. Tanda bahaya umum
2. Batuk dan/atau sukar bernapas
3. Diare
4. Demam
5. Masalah telinga
6. Status gizi dan status pertumbuhan
7. Anemia
8. Status infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)
9. Status imunisasi dan vitamin A
10. Masalah atau keluhan lain
11. Pemberian makan

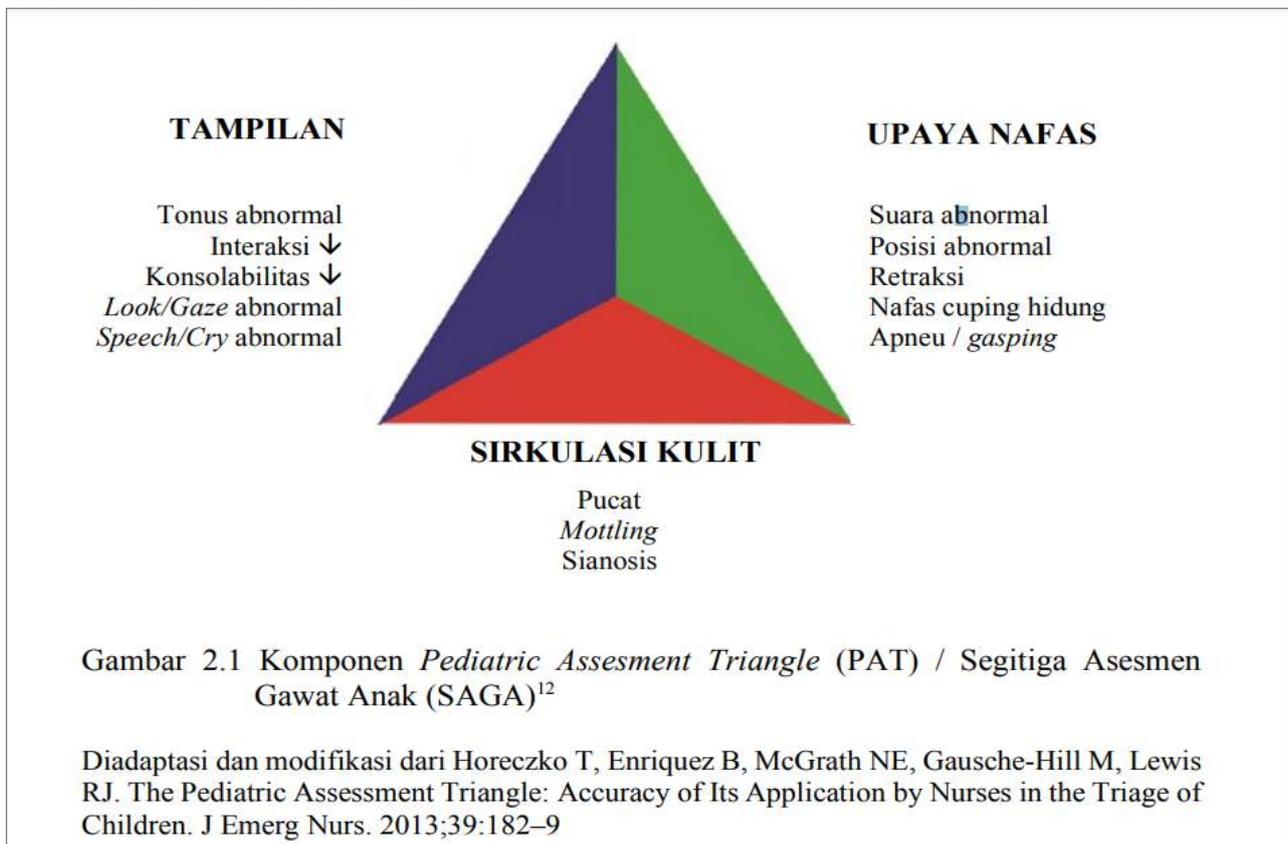
URAIAN SUB MATERI POKOK

1. TANDA BAHAYA UMUM

Periksa adanya tanda bahaya umum pada semua anak sakit. Anak dengan tanda bahaya umum mempunyai masalah serius. Sebagian besar anak dengan tanda bahaya umum memerlukan rujukan segera untuk memperoleh penanganan untuk menyelamatkan jiwanya dengan tindakan atau perawatan yang mungkin tidak tersedia di fasilitas pelayanan tingkat pertama. Segera selesaikan seluruh penilaian secara cepat dan lakukan penanganan pra rujukan kemudian rujuk anak segera.

PENILAIAN

Untuk melakukan penilaian dan klasifikasi tanda bahaya umum digunakan penilaian Segitiga Asesmen Gawat Anak (SAGA). Instrumen ini memudahkan tenaga medis untuk melakukan penilaian cepat dalam mengidentifikasi anak yang memiliki kondisi gawat dan kritis. Penilaian SAGA menggunakan pendekatan tiga aspek yaitu parameter penampilan awal, usaha nafas dan sirkulasi kulit.



Pada tabel SAGA interpretasi bisa dikategorikan sebagai berikut:

KATEGORI	KOMPONEN		
	TAMPILAN	UPAYA NAPAS	SIRKULASI KULIT
Stabil	Normal	Normal	Normal
Distres pernapasan	Normal	Abnormal	Normal
Gagal Napas	Abnormal	Abnormal	Normal
Renjatan (Syok) terkompensasi	Normal	Normal	Abnormal
Renjatan (Syok) dekompensasi (Hipotensi)	Abnormal	Normal/ Abnormal	Normal
Gangguan Metabolik/ Sistem syaraf pusat	Abnormal	Normal	Normal
Gangguan Kardiopulmoner	Abnormal	Abnormal	Abnormal

Diadaptasi dan modifikasi dari Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The pediatric assessment triange: A novel approach for the rapid evaluation of children. *Pediatr Emerg Care*.2010;26:312-5

Pada buku bagan MTBS dilakukan beberapa penyesuaian penilaian sehingga petugas kesehatan bisa melakukan klasifikasi secara cepat terhadap tanda bahaya umum. Langkah awal yang dilakukan oleh petugas kesehatan adalah menanyakan pada **semua balita sakit** :

- a) Apakah anak bisa minum atau menyusu?
Anak dikatakan tidak bisa minum atau menyusu, jika terlalu lemah untuk minum atau tidak bisa mengisap/menelan bila diberi minum atau disusui. Jika petugas ragu akan jawaban ibu mintalah agar ibu memberi minum air matang kepada anak atau menyusui.
- b) Apakah anak memuntahkan semua makanan dan minuman?
Anak dengan tanda bahaya memuntahkan semua, artinya anak tidak dapat menelan apapun baik makanan maupun minuman yang diberikan. Anak yang muntah beberapa kali namun masih bisa menelan sedikit-sedikit tidak termasuk penilaian tanda bahaya umum.
- c) Apakah anak pernah kejang selama sakit ini?
Kejang adalah gerakan spontan tidak sadar yang terjadi pada anak ditandai dengan kekakuan otot-otot lengan dan kaki, kadang-kadang juga disertai dengan gerakan menghentak berulang-ulang. Saat kejang, gerakan menghentak ataupun kekakuan otot tidak dapat dihentikan meskipun dipegang atau ditahan karena terjadi saat anak tidak sadar.

Selanjutnya lihat dan dengar untuk menentukan penilaian **PENAMPILAN**:

- a) Apakah anak kejang?
- b) Apakah anak tidak dapat berinteraksi dengan lingkungan atau tidak sadar?
Anak yang terlalu lemah memiliki penurunan kesadaran mulai dari somnolen atau cenderung mengantuk, apatis atau tidak merespons sama sekali terhadap rangsangan dari sekitar, sampai koma atau tidak sadar sama sekali. Untuk menilai

kesadaran anak dapat dilakukan dengan memanggil nama anak, menyentuh dan menepuk halus bahu anak. Jika anak tidak merespons dapat diberikan rangsangan nyeri dengan menekan ujung jari tengah dengan jari pemeriksa. Hindari melakukan cubitan dan rangsangan nyeri yang bisa menyebabkan trauma atau lebam.

- c) Apakah anak gelisah, rewel dan tidak dapat ditenangkan?
Perhatikan apakah anak gelisah, rewel atau tidak dapat ditenangkan. Tanyakan pendapat ibu atau pengasuh yang merawat sehari-hari apakah hal ini berbeda dari kondisi sehari-hari anak.
- d) Apakah anak mempunyai pandangan kosong atau mata tidak membuka?
Perhatikan apakah anak tidak membuka mata secara spontan ataupun saat dipanggil. Atau anak memiliki pandangan kosong dan tidak berinteraksi dengan sekitar.
- e) Apakah anak tidak bersuara atau justru menangis melengking?
Anak dengan kondisi sangat lemah tidak mampu bersuara meskipun disentuh dan dirangsang. Jika anak memiliki suara tangisan yang melengking tidak seperti biasanya, hal ini merupakan salah satu tanda adanya peningkatan tekanan intrakranial.

Lihat dan dengar untuk menentukan penilaian **USAHA NAPAS**:

- a) Apakah terdapat tarikan dinding dada ke dalam?
Pada pernapasan normal, seluruh dinding dada bergerak bersamaan antara dada dan perut (otot diafragma). Buka semua baju anak sampai terlihat bagian dada dan perutnya. Perhatikan gerakan naik turun dada dan perut apakah terjadi bersamaan atau sebaliknya saat menarik nafas, dada tampak mengembang tapi diafragma di bagian rusuk terbawah dan perut tertarik ke dalam. Tarikan dinding dada ke dalam pada tanda bahaya umum terjadi terus menerus tidak hanya saat anak menangis atau menyusu saja.
- b) Apakah terdengar stridor?
Stridor adalah bunyi kasar (mengik) yang terdengar saat anak menarik nafas. Hal ini berbeda pada anak yang mengalami asma karena mengik terdengar saat menghembuskan nafas disebut sebagai wheezing. Jika anda tidak yakin, lihat dan perhatikan apakah bunyi mengik terdengar saat dada mengembang atau saat anak menarik nafas. Jika ya, maka inilah stridor. Stridor terjadi saat udara melewati saluran napas atas yang sempit sehingga menghambat aliran udara masuk ke paru-paru saat inspirasi.
- c) Apakah terdapat napas cuping hidung?
Perhatikan gerakan cuping hidung anak saat bernapas. Jika anak mengalami sesak dan usaha napas memberat maka cuping hidung akan bergerak kembang kempis.
- d) Apakah anak mencari posisi paling nyaman dan menolak berbaring?
Saat anak mengalami sesak, secara alamiah anak akan mencari posisi paling nyaman dengan setengah duduk dan biasanya menolak untuk berbaring terutama jika mengalami efusi atau penumpukan cairan di paru-paru.

Lihat dan dengar untuk menentukan penilaian **SIRKULASI**:

- a) Apakah anak tampak pucat?
Saat anak mengalami syok maka ujung tangan dan kaki akan tampak pucat dan teraba dingin dan lembab. Hal ini disebabkan aliran sirkulasi darah ke perifer tidak adekuat.
- b) Apakah anak tampak biru (sianosis)?
Perhatikan adanya tanda biru di mukosa mulut dan gusi juga di ujung-ujung jari-jari tangan dan kaki. Sianosis atau biru terjadi saat konsentrasi oksigen tidak cukup tinggi sampai ke perifer. Sianosis terjadi saat hemoglobin tidak dapat mengikat oksigen lebih dari 5 g/dL sehingga saturasi oksigen akan turun dan menyebabkan hipoksia.
- c) Apakah terdapat gambaran kutis mamorata atau kulit seperti marmer?
Perhatikan bercak-bercak di kulit tangan, dada dan perut menyerupai gambaran marmer dengan tepi merah dan bagian tengah tampak pucat. Kutis mamorata terjadi akibat vasokonstriksi vaskular sehingga terjadi gangguan sirkulasi. Selain itu kutis mamorata juga bisa terjadi karena udara dingin. Untuk memastikan apakah ini gangguan sirkulasi atau karena udara dingin, pindahkan anak di tempat yang lebih hangat atau berikan selimut untuk menghangatkan. Jika kutis mamorata masih tetap ada berarti ini disebabkan gangguan sirkulasi.

KLASIFIKASI

Klasifikasi untuk tanda bahaya umum ditetapkan dengan menggunakan buku bagan MTBS.

- Jika anak memiliki satu atau lebih tanda/gejala **dari masing-masing** penilaian penampilan, penilaian usaha napas dan penilaian sirkulasi, maka anak termasuk klasifikasi GAWAT JANTUNG PARU dan perlu dirujuk segera.
- Jika anak hanya memiliki satu atau lebih tanda/gejala dari penilaian penampilan saja, **atau** dari penilaian usaha napas saja, **atau** dari penilaian sirkulasi saja, maka anak termasuk klasifikasi PENYAKIT SANGAT BERAT dan perlu dirujuk segera.
- Jika anak tidak memiliki tanda-tanda bahaya baik penilaian penampilan, penilaian usaha napas dan penilaian sirkulasi (tidak didapatkan salah satu gejala dan tanda dari kegawatan SAGA), maka anak diklasifikasikan sebagai STABIL.

Jika anak perlu **dirujuk segera**, selesaikan dulu seluruh penilaian dan klasifikasi secara cepat dan lakukan segera tindakan pra rujukan sebelum merujuk anak sehingga rujukan tidak terlambat.

2. BATUK DAN ATAU SUKAR BERNAPAS

Anak dengan batuk dan atau sukar bernapas mungkin menderita Pneumonia atau infeksi saluran pernapasan berat lainnya. Namun, sebagian besar anak datang ke puskesmas dengan batuk atau infeksi saluran pernapasan yang ringan. Petugas perlu mengenal anak-anak yang sakit serius dengan gejala batuk dan atau sukar bernapas yang membutuhkan pengobatan dengan antibiotik, yaitu Pneumonia (infeksi paru) yang ditandai dengan napas cepat dan mungkin juga tarikan dinding dada ke dalam. Pada anak yang menderita Pneumonia, paru mereka menjadi kaku sehingga tubuh bereaksi dengan bernapas cepat agar tidak terjadi kekurangan oksigen (hipoksia). Apabila Pneumonia bertambah parah, paru akan bertambah kaku dan timbul tarikan dinding dada ke dalam. Anak dengan Pneumonia dapat meninggal karena hipoksia atau sepsis (infeksi umum).

PENILAIAN

Penilaian untuk batuk dan atau sukar bernapas dilakukan jika terdapat gejala batuk atau sesak pada anak. Jika tidak ada gejala atau keluhan tersebut, beri tanda (√) pada kata TIDAK dalam formulir pencatatan. Tidak perlu memeriksa anak untuk tanda yang berhubungan dengan batuk atau sukar bernapas. Lanjutkan dengan menanyakan keluhan utama berikutnya, yaitu diare.

Anak yang batuk dan atau sukar bernapas dinilai dalam hal:

a) Berapa lama anak batuk dan atau sukar bernapas

Anak yang menderita batuk lebih dari 14 hari, rujuk untuk pemeriksaan batuk karena sebab lain seperti: tuberculosis (TBC), asma, batuk rejan atau penyakit yang lain. Lakukan skoring gejala dan pemeriksaan penunjang TBC. Jika dicurigai terdapat TBC, rujuk anak ke poli TB. Penegakkan diagnosis dan tata laksana tuberculosis mengacu pada pedoman nasional TB.

Catat berapa hari anak menderita batuk dan atau sukar bernapas pada formulir pencatatan kolom penilaian.

b) Napas cepat

Anak umur 2 bulan sampai 1 tahun dikatakan bernapas cepat jika frekuensi napasnya 50 kali per menit atau lebih, sedangkan untuk umur 1 tahun sampai 5 tahun bernapas cepat jika frekuensi napasnya 40 kali per menit atau lebih.

Menghitung frekuensi napas harus dalam waktu 1 menit penuh dengan mengamati gerakan dinding dada atau perut anak. Gunakan ARI timer atau jam tangan dengan jarum detik atau jam digital. Jika tidak yakin akan hitungan napas dalam 1 menit (misalnya anak terus bergerak dan sulit memperhatikan dadanya atau anak menangis) ulangi penghitungan.

Catat hasil perhitungan frekuensi napas selama 1 menit pada formulir pencatatan kolom penilaian. Jika napas anak tergolong cepat, lingkari tulisan "napas cepat".

c) Tarikan dinding dada ke dalam

Pada pernapasan normal, seluruh dinding dada (atas dan bawah) dan perut bergerak keluar ketika anak menarik napas. Anak dikatakan mempunyai tarikan dinding dada ke dalam jika dinding dada bagian bawah masuk ke dalam ketika anak menarik napas. Perhatikan dada bagian bawah (rusuk terbawah). Jika tidak yakin ada tarikan dinding dada ke dalam, periksa lagi. Jika tubuh anak tertekuk di pinggangnya, ibu diminta mengganti posisi anaknya sehingga anak berbaring lurus dipangkuannya. Dan jika masih tetap tidak terlihat dinding dada bawah masuk ke dalam pada saat anak menarik napas, dapat disimpulkan tidak ada tarikan dinding dada ke dalam pada anak. Tarikan dinding dada ke dalam dikatakan ada jika benar-benar terlihat dengan jelas dan berlangsung setiap waktu atau terus menerus. Jika dinding dada anak tertarik ke dalam hanya pada saat anak menangis atau menyusu, berarti tidak terdapat tarikan dinding dada ke dalam. Anak dengan tarikan dinding dada ke dalam mempunyai risiko kematian akibat Pneumonia yang lebih besar daripada anak yang bernapas cepat dan tidak mempunyai tarikan dinding dada ke dalam.

Lingkari tulisan "tarikan dinding dada kedalam" pada formulir pencatatan kolom penilaian, jika ditemukan tarikan dinding dada ke dalam pada anak.

d) *Wheezing*

Wheezing adalah suara kasar yang terdengar pada saat anak mengeluarkan napas. Usahakan anak dalam keadaan tenang ketika anda mendengar *wheezing* (sama seperti ketika menghitung napas, memeriksa tarikan dinding dada ke dalam dan mendengar stridor).

Lingkari tulisan "ada *wheezing*" pada formulir pencatatan kolom penilaian jika ditemukan *wheezing* pada anak.

e) Saturasi Oksigen

Periksa nilai saturasi oksigen dengan menggunakan pulse oxymeter (jika ada). Apabila anak tidak mengalami batuk atau sukar bernapas, penilaian ini dapat dilewatkan. Saturasi oksigen normal jika >92%.

Catat hasil pengukuran saturasi oksigen (jika dilakukan) pada formulir pencatatan kolom penilaian.

KLASIFIKASI

Setelah melakukan penilaian, tentukan klasifikasi dengan cara:

- Lihat kolom gejala yang berwarna merah muda (paling atas). Apakah ada tarikan dinding dada ke dalam atau saturasi oksigen $\leq 92\%$. Jika ditemukan salah satu tanda yang termasuk dalam lajur merah muda, tentukan klasifikasi PNEUMONIA BERAT
- Jika anak tidak termasuk klasifikasi berat, lihat kolom gejala yang berwarna kuning. Apakah anak bernapas cepat? Jika ya, klasifikasikan sebagai PNEUMONIA.
- Jika anak tidak termasuk klasifikasi berat (merah muda) atau klasifikasi kuning, lihat kolom gejala yang berwarna hijau (paling bawah), pilih klasifikasi BATUK BUKAN PNEUMONIA

Anak yang memiliki tanda atau gejala pada lebih dari satu lajur warna, pilih selalu klasifikasi yang lebih berat. Contoh: terdapat tarikan dinding dada kedalam (lajur merah muda) disertai napas cepat (lajur kuning), tentukanlah klasifikasi PNEUMONIA BERAT (lajur merah muda).

3. DIARE

Diare terjadi apabila tinja mengandung air yang lebih banyak dari normal. Diare juga disebut berak encer atau cair. Pada bayi umur kurang dari 6 bulan diare biasanya terjadi karena minum susu. Sering berak tapi tinjanya normal tidak termasuk diare. Frekuensi berak yang normal dalam satu hari beragam tergantung pada diet dan umur anak. Bayi yang mendapat ASI eksklusif seringkali beraknya lembek dan bukan diare. Jadi dapat dikatakan diare apabila ada **perubahan konsistensi dan atau perubahan frekuensi** berak anak.

Sebagian besar diare yang menyebabkan dehidrasi berat adalah diare karena kolera. Jika diare berlangsung selama 14 hari atau lebih disebut DIARE PERSISTEN. Sekitar 20% diare akan berlanjut menjadi diare persisten yang seringkali menyebabkan kurang gizi dan kematian.

Diare disertai darah dalam tinja, dengan atau tanpa lendir, disebut DISENTRI. Pada umumnya disentri disebabkan oleh Shigela. Disentri amuba biasanya tidak terjadi pada anak kecil. Seorang anak bisa saja sekaligus menderita diare cair dan disentri.

PENILAIAN

Penilaian untuk diare dilakukan jika terdapat gejala/keluhan diare pada anak. Jika anak tidak diare, beri tanda (√) pada kata TIDAK dalam formulir pencatatan. Tidak perlu memeriksa anak untuk tanda yang berhubungan dengan diare. Lanjutkan dengan menanyakan keluhan utama berikutnya, yaitu Demam.

Anak yang menderita diare dinilai dalam hal:

- a) Berapa lama anak menderita diare
Beri waktu yang cukup kepada ibu untuk mengingat kembali jumlah hari yang tepat dan menjawab pertanyaan. Catat lamanya diare pada formulir pencatatan kolom penilaian.
- b) Darah dalam tinja
Tanyakan apakah ibu pernah melihat darah dalam tinja anaknya selama episode diare ini. Jika pernah, lingkari "darah dalam tinja" pada formulir pencatatan kolom penilaian.
- c) Tanda-tanda dehidrasi.
Derajat dehidrasi pada anak diare dapat ditentukan berdasarkan tanda atau gejala berikut:
 - Letargi atau tidak sadar
Anak yang letargi sulit dibangunkan, kelihatan mengantuk, atau tatapannya hampa dan tidak memperhatikan keadaan disekitarnya. Anak yang tidak sadar tidak bereaksi ketika disentuh, digoyang atau dibangunkan.
 - Rewel atau mudah marah
Anak dengan dehidrasi, pada mulanya tampak gelisah atau rewel, jika berlanjut dapat menjadi letargi atau tidak sadar. Anak menunjukkan tanda gelisah atau rewel setiap kali disentuh atau diperiksa.
 - Mata cekung
Mata cekung dapat menjadi pertanda bahwa tubuh anak kehilangan cairan. Apabila ragu, tanyakan kepada ibu apakah menurut ibu mata anak kelihatan lain dari biasanya. Pendapat ibu dapat membantu pemeriksa memastikan bahwa mata anak cekung.
 - Haus, malas minum atau tidak bisa minum
Anak harus diberi minum (jangan hanya bertanya kepada ibu). Perhatikan anak ketika minum. Apakah anak tidak bisa minum (tidak dapat mengisap atau memasukkan cairan ke dalam mulut dan menelannya), malas minum (lemah dan tidak bisa minum tanpa dibantu), atau haus, minum dengan lahap (anak berusaha meraih cangkir atau sendok dan minum dengan rakus).
 - Cubitan kulit perut kembali lambat atau sangat lambat
Dalam kondisi tidak ada dehidrasi, turgor kulit akan kembali dengan segera. Jika kulit yang terangkat baru kembali dalam waktu lebih dari 2 detik setelah dilepaskan, berarti cubitan kulit perut kembali sangat lambat. Jika kembalinya kurang dari 2 detik atau masih sempat terlihat lipatan kulit setelah dilepaskan, berarti cubitan kulit perut kembali dengan lambat.
Pada anak balita dengan status gizi buruk, terdapat 4 tanda yang dapat diandalkan untuk menilai adanya dehidrasi. Keempat tanda itu adalah adanya

diare/BAB cair, mata cekung (tampak lebih cekung dari sebelumnya), tampak kehausan dan produksi urin atau air kencing tidak ada dalam 6 jam terakhir.

Cara mencubit kulit perut untuk menilai derajat dehidrasi adalah sebagai berikut:

- Posisikan anak telentang dengan lengan di samping badan (tidak di atas kepala) dan kedua kaki lurus.
- Cari daerah pada perut anak yaitu di tengah antara pusar dan sisi perutnya.
- Cubit kulit perut dengan ibu jari dan jari telunjuk anda. Jangan menggunakan ujung jari karena akan menimbulkan rasa sakit. Lipatan kulit yang dicubit harus sejajar dengan tubuh anak dari atas ke bawah (garis bekas cubitan vertikal).
- Angkat semua lapisan kulit dan jaringan di bawahnya dengan mantap kemudian lepaskan.

KLASIFIKASI

Semua anak dengan diare harus diklasifikasikan menurut **derajat dehidrasinya**. DIARE PERSISTEN diklasifikasikan hanya jika anak menderita diare selama 14 hari atau lebih. DISENTRI diklasifikasikan hanya jika ada darah dalam tinja.

Untuk menentukan klasifikasi derajat dehidrasi, mulailah dengan lajur merah muda:

- Jika ada dua atau lebih tanda pada lajur merah muda, klasifikasikan anak sebagai DIARE DEHIDRASI BERAT.
- Jika tidak ada dua atau lebih tanda pada lajur merah muda, lihat lajur kuning. Jika ada dua atau lebih tanda pada lajur ini, klasifikasikan anak sebagai DIARE DEHIDRASI RINGAN/SEDANG.
- Jika tidak ada tanda/gejala pada lajur merah maupun kuning, klasifikasikan anak sebagai DIARE TANPA DEHIDRASI.

Untuk menentukan klasifikasi diare persisten:

- Jika seorang anak menderita diare selama 14 hari atau lebih dan juga menderita dehidrasi berat atau dehidrasi ringan/sedang, klasifikasikan sebagai DIARE PERSISTEN BERAT.
- Jika seorang anak menderita diare selama 14 hari atau lebih dan tidak menunjukkan tanda dehidrasi, klasifikasikan sebagai DIARE PERSISTEN.

Hanya ada 1 klasifikasi untuk disentri:

- Jika seorang anak dengan diare dan ada darah dalam tinjanya, klasifikasikan sebagai DISENTRI.

Dengan demikian, seorang anak yang menderita diare **dimungkinkan untuk memiliki lebih dari satu klasifikasi**.

4. DEMAM

Anak dengan demam mungkin menderita Malaria, Campak, Demam Berdarah atau penyakit berat lainnya. Demam juga bisa timbul karena menderita infeksi virus influenza atau virus lainnya.

PENILAIAN

Penilaian untuk demam dilakukan jika anak menderita demam selama periode sakit ini (dari anamnesis), ATAU teraba panas oleh petugas, ATAU suhu badannya lebih dari 37,5 0C. Jika ibu mengatakan anak demam, meskipun saat ini suhu badannya kurang dari 37.5 0C atau tidak teraba panas, lakukan penilaian untuk demam. Riwayat demam pada anamnesis sudah cukup untuk memeriksa anak dan menentukan klasifikasinya. Jika anak tidak demam dari anamnesis maupun pemeriksaan, beri tanda (√) pada kata TIDAK dalam formulir pencatatan dan tidak perlu memeriksa anak ini untuk semua tanda yang berhubungan dengan demam. Lanjutkan dengan menanyakan keluhan utama berikutnya, yaitu masalah telinga.

Setiap anak dengan demam, perlu dinilai untuk Malaria dan Campak. Anak-anak dengan demam 2 hari sampai dengan 7 hari juga harus dinilai untuk Infeksi Dengue.

a) MALARIA

Tanda utama malaria adalah demam yang bisa terjadi sepanjang waktu atau hilang timbul dengan jarak waktu yang teratur. Anak dengan malaria mungkin menderita anemia kronis sebagai satu-satunya tanda penyakit. Di daerah dengan penularan tinggi, malaria adalah penyebab kematian utama pada anak-anak. Kasus malaria tanpa komplikasi dapat menjadi malaria berat dalam waktu 24 jam setelah demam timbul pertama kali, dan dapat meninggal jika tidak segera diobati.

Penilaian

Langkah awal penilaian untuk Malaria adalah menentukan apakah anak tinggal di daerah endemis atau non endemis. Jika tinggal di daerah non endemis, tanyakan kepada ibu apakah anak berkunjung ke luar daerah asal dalam 2 minggu terakhir. Jika ya, tentukan ke daerah endemis atau non endemis malaria. Daftar daerah endemis malaria dapat dilihat di buku bagian MTBS. Lanjutkan penilaian anak seperti yang tercantum dalam formulir pencatatan kolom penilaian.

Jika pada penilaian ditemukan anak sedang sakit campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir, periksa adanya gejala komplikasi campak, yaitu: luka di mulut, nanah pada mata dan kekeruhan pada kornea. Jika pada penilaian diketahui anak menderita demam selama 2 hari sampai 7 hari, periksa adanya gejala kearah infeksi dengue yaitu perdarahan dari hidung, gusi, bintik perdarahan di kulit, muntah darah, berak kehitaman, nyeri ulu hati atau gelisah dan tanda-tanda syok.

Pada semua anak demam di daerah endemis malaria tinggi atau jika tidak ditemukan penyebab pasti demam di daerah endemis malaria rendah, lakukan pemeriksaan darah untuk tes malaria (kecuali jika ada klasifikasi berat). Pemeriksaan darah malaria dilakukan secara mikroskopik, kecuali apabila di daerah tersebut tidak ada fasilitas pemeriksaan mikroskopik, dapat dilakukan pemeriksaan *Rapid Diagnostic Test* (RDT).

Malaria bisa ditemukan tanpa didahului dengan gejala demam. Itu sebabnya pada awal pemeriksaan walaupun tanpa keluhan demam, semua anak harus ditanyakan daerah tempat tinggalnya. Jika anak tinggal di daerah **endemis malaria**, maka anak **harus**

ditest malaria. Jika hasilnya positif, anak ditindaklanjuti seperti pada buku bagan. Dalam hal ini (tanpa ada demam), klasifikasi dan tindakan/pengobatan anak dicatat dalam formulir pencatatan pada bagian masalah/keluhan lain.

Jika tidak tersedia tes malaria di daerah endemis tinggi atau rendah, maka klasifikasikan sebagai malaria. Jika demam lebih dari 14 hari dan atau berulang tanpa sebab yang jelas, lacak kemungkinan TB.

KLASIFIKASI

Menetapkan klasifikasi demam untuk Malaria perlu memerhatikan 2 bagan algoritma yang terkait dengan daerah endemis malaria.

Untuk demam pada anak di daerah endemis atau non endemis **dan melakukan perjalanan ke daerah endemis** dalam 2 minggu terakhir, terdapat 3 kemungkinan klasifikasi, yaitu:

- **PENYAKIT BERAT DENGAN DEMAM**, jika anak memiliki salah satu tanda pada lajur merah muda (tanda bahaya umum atau kaku kuduk). Anak ini mungkin menderita meningitis atau malaria berat (termasuk malaria serebral) atau sepsis yang membutuhkan pengobatan segera dan rujukan.
- **MALARIA**, jika anak menderita demam disertai dengan hasil pemeriksaan mikroskopis atau RDT positif.
Apabila tidak tersedia tes Malaria di daerah endemis tinggi atau rendah, klasifikasikan sebagai **MALARIA**. Anak yang demam di daerah endemis malaria besar kemungkinan demamnya disebabkan oleh malaria.
- **DEMAM MUNGKIN BUKAN MALARIA**, jika hasil pemeriksaan mikroskopis atau RDT negatif, atau ditemukan penyebab lain dari demam seperti: infeksi dengue, pneumonia, infeksi saluran kencing, infeksi telinga, luka dengan infeksi, dan lain-lain. Sangat kecil kemungkinan demam anak ini disebabkan oleh malaria.

Untuk demam pada anak di daerah non endemis malaria **dan tidak bepergian ke daerah endemis**, terdapat 2 kemungkinan klasifikasi, yaitu:

- **PENYAKIT BERAT DENGAN DEMAM**, jika anak memiliki salah satu tanda pada lajur merah muda (tanda bahaya umum, atau kaku kuduk, atau usia anak ≤ 3 bulan).
- **DEMAM BUKAN MALARIA**, jika anak tidak memiliki tanda bahaya umum dan juga tidak ada kaku kuduk.
Jadi untuk anak yang tinggal di daerah non endemis malaria dan diklasifikasikan sebagai **DEMAM BUKAN MALARIA**, demamnya disebabkan oleh penyakit lainnya.

b) **CAMPAK**

Ruam kemerahan yang menyeluruh disertai salah satu tanda: batuk, pilek, mata merah merupakan tanda anak menderita Campak. Ruam kemerahan mulai di belakang telinga dan di leher kemudian menyebar ke wajah. Hari berikutnya menyebar ke bagian lain dari tubuh, lengan dan kaki. Setelah 4 sampai 5 hari, ruam mulai menghilang dan kulit mungkin terkelupas. Pada anak dengan infeksi berat mungkin lebih banyak ruam yang tersebar diseluruh tubuhnya. Ruam ini makin gelap warnanya (coklat tua atau kehitam-hitaman) dan makin banyak kulit terkelupas. Ruam campak tidak mempunyai vesikel atau pustule dan tidak gatal.

Campak sangat menular. Antibodi dari ibu melindungi bayi dari campak selama kira-kira 6 bulan kemudian akan menghilang sedikit demi sedikit. Pada umumnya kasus terjadi pada anak berumur antara 6 bulan sampai 2 tahun. Kepadatan penduduk dan perumahan yang tidak sehat meningkatkan risiko campak untuk timbul lebih dini. Campak disebabkan oleh virus yang merusak sistem kekebalan selama beberapa minggu setelah terjangkit campak. Hal ini menyebabkan anak berisiko terhadap penyakit infeksi lainnya.

Komplikasi campak dapat terjadi pada kira-kira 30% dari semua kasus, antara lain: diare, pneumonia, luka di mulut, infeksi telinga, infeksi mata yang berat (bisa menyebabkan luka di kornea atau kebutaan). Ensefalitis (infeksi otak) terjadi pada satu dari seribu kasus campak. Campak juga dapat mengakibatkan kurang gizi karena menyebabkan diare dan luka pada mulut. Hal ini mempengaruhi pemberian makan anak. Anak yang kurang gizi, khususnya yang kekurangan vitamin A, cenderung menderita komplikasi berat akibat campak. Oleh karena itu, penting sekali untuk terus memberi makan anak yang sakit campak.

PENILAIAN

Jika seorang anak menderita campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir, periksa kemungkinan adanya gejala komplikasi campak, yaitu: luka di mulut, nanah pada mata dan kekeruhan pada kornea. Jika anak tidak mempunyai gejala yang mengarah ke campak atau tidak menderita campak dalam 3 bulan terakhir, tidak perlu dinilai mata dan mulutnya ataupun diklasifikasikan campak.

Pada mata dapat berupa infeksi konjungtiva yang ditandai keluarnya nanah dari konjungtiva atau kelopak mata dan/atau kekeruhan pada kornea. Kekeruhan pada kornea adalah keadaan yang berbahaya, dan jika tidak diobati, kornea akan terluka dan dapat menyebabkan kebutaan. Anak dengan kekeruhan pada kornea biasanya menutup erat-erat matanya apabila terkena cahaya, karena dapat menyebabkan iritasi dan rasa sakit pada mata anak.

Pada mulut dapat berupa luka yang nyeri dan terbuka di bagian dalam mulut dan bibir atau lidah. Pada kasus berat, luka ini dalam dan/atau luas. Luka di mulut dapat mengakibatkan anak sulit minum atau makan. Luka ini berbeda dengan bintik koplik yang muncul di bagian dalam pipi pada tahap awal infeksi campak. Bintik ini tidak teratur, berwarna merah terang dengan bintik putih di tengah.

Tuliskan semua gejala yang ditemukan dengan memberi tanda (√), lingkaran, atau menulis singkat dalam Formulir Pencatatan kolom penilaian.

KLASIFIKASI

Ada tiga kemungkinan klasifikasi untuk campak, yaitu:

- Jika anak menunjukkan gejala pada lajur merah muda yaitu tanda bahaya umum atau kekeruhan pada kornea mata atau luka di mulut yang dalam/luas, klasifikasikan sebagai **CAMPAN DENGAN KOMPLIKASI BERAT**. Anak ini perlu di rujuk. Komplikasi Campak lain yang serius, misalnya pneumonia berat, dehidrasi berat atau gizi buruk. Komplikasi campak dapat menyebabkan penyakit yang berat dan kematian.
- Jika tidak ditemukan gejala pada lajur merah muda, lanjutkan ke lajur kuning. Jika ada nanah pada mata atau luka di mulut yang tidak dalam atau tidak luas,

klasifikasikan sebagai Campak Dengan Komplikasi Pada Mata Dan/Atau Mulut. Anak dengan klasifikasi ini tidak memerlukan rujukan.

Cara penulisan klasifikasi tergantung pada komplikasi yang ada, misalnya CAMPAK DENGAN KOMPLIKASI PADA MATA apabila hanya ada komplikasi pada mata saja. Demikian pula bila hanya ada komplikasi pada mulut saja, cukup di tulis CAMPAK DENGAN KOMPLIKASI PADA MULUT. Jika ada nanah pada mata dan juga luka pada mulut klasifikasinya menjadi CAMPAK DENGAN KOMPLIKASI PADA MATA DAN MULUT.

- Anak yang menderita campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir tanpa komplikasi seperti yang tertulis pada lajur merah muda atau kuning, diklasifikasikan sebagai CAMPAK.

c) INFEKSI DENGUE

Infeksi dengue disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan kadang-kadang oleh nyamuk *Aedes Albopictus*. Masa inkubasi 4-6 hari. Ciri-cirinya adalah demam akut 2 sampai dengan 7 hari, lemah, gelisah, nyeri ulu hati, diikuti dengan gejala perdarahan dan kecenderungan syok yang fatal *Dengue Shock Syndrome* (DSS). Perdarahan biasanya dapat berupa bintik perdarahan di kulit (*petechiae*) akibat pecahnya pembuluh darah halus pada kaki dan tangan, aksila, tubuh dan wajah yang timbul pada permulaan demam. Jika ditemukan *petechiae*, tetapi tidak banyak dan tidak ada tanda-tanda yang lain, lakukan uji *Tourniquet*, jika mungkin. Perdarahan dari gusi, hidung dan saluran pencernaan agak jarang ditemui, akan tetapi merupakan tanda yang serius.

PENILAIAN

Jika anak menderita demam 2 hari sampai 7 hari, lakukan penilaian untuk semua gejala yang tertulis dalam formulir pencatatan kolom penilaian, diantaranya adalah melakukan uji *Tourniquet*. Perlu diketahui cara melakukan uji *Tourniquet* serta membedakan antara *petechiae* dan gigitan nyamuk.

Cara melakukan uji *Tourniquet* (*Rumple Leede*):

- Bendung aliran darah pada lengan atas dengan manset anak yang sesuai, selama 5 menit pada tekanan antara sistolik dan diastolik.
- Lihat pada bagian depan lengan bawah, apakah timbul bintik-bintik merah tanda perdarahan.
- Hasil uji *Tourniquet* dianggap positif (+) jika ditemukan sebanyak 10 atau lebih *petechiae* pada daerah seluas diameter 2,8 cm (1 inchi).
- Apabila sebelum 5 menit sudah didapat 10 *petechiae*, uji *Tourniquet* dihentikan.

Cara membedakan *petechiae* dengan gigitan nyamuk adalah dengan meregangkan kulit yang ada bintik perdarahan. Jika tanda kemerahan menghilang saat diregangkan, berarti bukan *petechiae*.

Lakukan pemeriksaan darah lengkap meliputi hemoglobin, hematokrit, leukosit, trombosit dan NS-1 (antibody spesifik untuk Virus Dengue). Pada balita usia kurang dari 1 tahun dengan infeksi Dengue harus di RUJUK.

Untuk mengevaluasi tanda syok lakukan pemeriksaan CCTVR, meliputi:

- *Colour*, apakah kaki/tangan tampak pucat?
- *Capillary Refill Time*, lakukan penilaian waktu pengisian kapiler apakah terjadi lambat >2 detik?
- *Temperature*, apakah kaki dan tangan terasa dingin dan lembab?
- *Pulse Volume*, apakah nadi terasa lemah atau tidak terasa sama sekali
- *Pulse Rate*, apakah nadi terasa cepat? Untuk anak usia 1-3 bulan nadi normal 90-190x/menit. Untuk anak usia 3-24 bulan nadi normal 80-160x/menit. Untuk anak usia 2-5 tahun, nadi normal 60-140 menit.

KLASIFIKASI

Semua anak dengan demam 2 hari sampai dengan 7 hari harus dinilai dan diklasifikasikan untuk Infeksi Dengue yaitu:

- DENGUE BERAT (*SEVERE DENGUE*), jika anak menunjukkan salah satu gejala dari tanda bahaya umum atau pembesaran plasma hebat (dengan mengevaluasi CCTVR) yang menyebabkan gejala syok atau *Dengue shock syndrome* (DSS) dan/atau disertai dengan sesak napas, atau ada tanda-tanda perdarahan saluran cerna seperti muntah darah atau buang air besar berdarah. Bisa juga terjadi gangguan fungsi organ seperti penurunan kesadaran, penurunan denyut nadi, ikterik, nyeri perut hebat, tidak buang air kecil selama 6 jam.
Pada *Severe Dengue* dan Dengue dengan *warning sign* bisa terjadi gejala dan tanda sesak napas karena efusi pleura dan/atau asites (tanda klinis akumulasi cairan), sehingga pada penilaian kolom form gejala sesak napas seyogyanya dilingkari bersamaan dengan gejala klinis akumulasi cairan.
Perlu diperhatikan bahwa sesak napas pada dengue berbeda dengan sesak napas pada klasifikasi pneumonia. Pada pengklasifikasian *Severe Dengue* dan Dengue dengan *warning sign* tanda gejala sesak napas tidak diperhitungkan jika tidak disertai oleh salah satu tanda syok seperti kaki tangan tampak pucat, waktu pengisian kapiler >2 detik, kaki/tangan terasa dingin, nadi lemah atau tidak terasa atau nadi cepat.
- DENGUE DENGAN *WARNING SIGNS*, jika anak menunjukkan satu atau lebih gejala: nyeri perut dan nyeri tekan perut kanan atas; muntah terus menerus; klinis akumulasi cairan (seperti sesak napas karena efusi pleura, atau perut membesar karena asites); Perdarahan mukosa (seperti gusi berdarah, mimisan, *ecchymosis* atau lebam-lebam di bawah kulit, *petechiae* atau bintik-bintik perdarahan di kulit); Letargis atau gelisah; Pembesaran hepar lebih dari 2 cm; Laboratorium menunjukkan peningkatan hematokrit dengan penurunan trombosit yang cepat. (Nilai trombosit normal adalah 150.000-350.000/mm³). Peningkatan hematokrit menunjukkan bahwa terjadi hemokonsentrasi akibat kebocoran plasma dari pembuluh darah sehingga darah menjadi lebih kental dan anak mengalami keadaan syok.
- DENGUE TANPA *WARNING SIGNS*, jika anak tidak menunjukkan gejala yang ada pada lajur merah muda namun memiliki satu atau lebih gejala yang ada pada lajur kuning, yaitu: Terdapat satu atau lebih tanda nyeri dan pegal (baik nyeri kepala, nyeri periorbita di sekitar mata, nyeri otot dan sendi); Tampak ruam di punggung

dan badan; Uji *tourniquet* positif; Terdapat leukopenia (leukosit $<4000/\mu\text{L}$) dan atau trombositopenia (trombosit $<100.000/\text{mm}^3$); NS-1 positif.

- Jika anak tidak menunjukkan gejala yang ada pada lajur merah muda maupun lajur kuning, kecil kemungkinan bahwa demam anak disebabkan oleh infeksi dengue, maka anak ini diklasifikasikan sebagai DEMAM MUNGKIN BUKAN DENGUE. Carilah penyebab lain dari demam, misalnya: faringitis, tonsilitis, abses, dll.

5. MASALAH TELINGA

Tanyakan tentang masalah telinga kepada semua anak sakit. Jika ibu menjawab tidak ada masalah telinga, jangan menilai anak itu untuk masalah telinga, tandai (\surd) pada kata TIDAK dalam formulir pencatatan dan lanjutkan ke pertanyaan berikutnya yaitu memeriksa status gizi.

Salah satu masalah telinga pada anak adalah **infeksi telinga**. Jika seorang anak menderita infeksi telinga, nanah terkumpul di belakang gendang telinga yang menyebabkan nyeri dan seringkali demam. Jika infeksi tidak diobati, gendang telinga mungkin pecah, nanah keluar dan anak akan berkurang rasa sakitnya. Anak akan berkurang pendengarannya sebab gendang telinganya berlubang. Terkadang nanah terus keluar, gendang telinga tidak sembuh dan anak menjadi tuli. Infeksi dapat menyebar dari telinga ke tulang di belakang telinga (mastoid) menyebabkan Mastoiditis. Infeksi dapat juga menyebar dari telinga ke otak dan menyebabkan Meningitis (radang selaput otak). Kedua penyakit berat ini memerlukan perhatian mendesak dan rujukan.

PENILAIAN

Seorang anak dengan masalah telinga dinilai dalam hal:

- a) Nyeri telinga
Nyeri telinga dapat berarti bahwa anak mempunyai infeksi telinga. Jika ibu tidak pasti apakah ada nyeri telinga, tanyakan apakah anak rewel dan sering menggosok telinganya.
- b) Cairan atau nanah yang keluar dari telinga
Ini merupakan suatu tanda infeksi meskipun anak sudah tidak merasakan nyeri lagi. Jika anak mengeluarkan cairan atau nanah dari telinga, tanyakan sudah berapa lama, dan lihat ke dalam telinga anak untuk memeriksa apakah ada cairan atau nanah yang keluar dari telinga.
- c) Pembengkakan yang nyeri di belakang telinga
Raba bagian belakang kedua telinga, bandingkan keduanya dan tentukan apakah ada pembengkakan yang nyeri pada tulang mastoid. Pada bayi, pembengkakan mungkin ada di atas telinga. Untuk mengklasifikasikan mastoiditis, rasa nyeri dan pembengkakan harus ada kedua-duanya. Mastoiditis adalah suatu infeksi di dalam tulang mastoid. Jangan kacaukan pembengkakan tulang ini dengan pembesaran kelenjar getah bening.

KLASIFIKASI

Menetapkan klasifikasi masalah telinga, sebagai berikut:

- Jika anak mempunyai pembengkakan yang nyeri di belakang telinga, klasifikasikan sebagai MASTOIDITIS.
- Jika ada nyeri telinga, atau rasa penuh di telinga (anak rewel, ada rasa tidak nyaman di telinga, menarik-narik telinga), atau terlihat cairan/nanah keluar dari telinga dan dilaporkan sudah berlangsung selama kurang dari 14 hari, klasifikasikan sebagai INFEKSI TELINGA AKUT.
- Jika terlihat cairan/nanah keIuar dari telinga dan sudah berlangsung selama 14 hari atau lebih, klasifikasikan sebagai INFEKSI TELINGA KRONIS.
- Jika tidak ada nyeri telinga dan tidak ada cairan/nanah yang keluar dari telinga, klasifikasikan sebagai TIDAK ADA INFEKSI TELINGA.

6. STATUS GIZI DAN STATUS PERTUMBUHAN

Status gizi adalah kondisi kesehatan yang berhubungan dengan asupan makanan. Salah satu penilaian terhadap status gizi adalah berdasarkan proporsi berat badan terhadap panjang badan atau tinggi badan, dan pemeriksaan lingkaran lengan atas untuk anak usia 6-59 bulan.

Status pertumbuhan dinilai melalui tren pertumbuhan anak, yaitu membandingkan penambahan berat badan dan panjang badan atau tinggi badan dengan standar kenaikan berat badan dan penambahan panjang badan atau tinggi badan menurut usia dan jenis kelamin yang sesuai.

Standar yang digunakan adalah grafik BB/U dan grafik PB/U atau TB/U. Untuk usia 0 sampai 24 bulan yang mengalami risiko gagal tumbuh (*at risk of failure to thrive atau weight faltering*) digunakan tabel kenaikan berat badan (*weight increment*), dan untuk perlambatan pertumbuhan linier digunakan tabel penambahan panjang badan atau tinggi badan (*length/height increment*).

Adanya risiko masalah pertumbuhan dapat dinilai dari arah garis pada kurva pertumbuhan anak, yaitu:

- 1) Garis pertumbuhan anak memotong salah satu garis skor z atau garis pertumbuhan keluar dari jalurnya.
- 2) Garis pertumbuhan anak meningkat atau menurun secara tajam
- 3) Garis pertumbuhan terus mendatar, misalnya: tidak ada kenaikan berat badan

PENILAIAN

- Identifikasi data dasar berupa tanggal lahir, usia, usia koreksi (pada kasus bayi lahir prematur), dan jenis kelamin.
- Lakukan penimbangan dan pengukuran untuk mendapatkan data antropometri berupa berat badan (BB), panjang badan (PB) atau tinggi badan (TB), indeks massa tubuh (IMT), lingkaran lengan atas (LILA), lingkaran kepala (LK) dan lain-lain sesuai masalah medis terkait.
- Pada pemeriksaan fisik, identifikasi ada tidaknya kondisi wasting (kehilangan jaringan lemak dan otot) dan klinis gizi buruk atau gizi lebih. Identifikasi adanya organomegali dan/atau edema anasarca, juga adanya spastisitas, deformitas dan kontraktur ekstremitas atau rangka tubuh.

- Plot data-data antropometri pada kurva pertumbuhan. Kurva pertumbuhan yang digunakan adalah kurva *World Health Organization* (WHO) 2006 sesuai usia dan jenis kelamin, yang telah tertuang di dalam PERMENKES No 2 tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.
- Diagnosis status gizi pada anak usia ≤ 5 tahun ditegakkan berdasarkan kriteria berat badan (BB) menurut panjang badan (BB/PB) untuk usia ≤ 2 tahun, BB menurut tinggi badan (BB/TB) untuk usia > 2 tahun, atau LiLA untuk balita 6-59 bulan. Sedangkan diagnosis *overweight* dan obesitas ditegakkan berdasarkan indeks massa tubuh menurut usia (IMT/U).

Penilaian yang perlu dilakukan sebelum menentukan klasifikasi yang berkaitan dengan status gizi dan status pertumbuhan, diantaranya adalah:

- a) Menentukan adanya edema bilateral → Lihat MPI 1 dan lampiran pemeriksaan edema bilateral.
- b) Menentukan berat badan, tinggi badan/panjang badan → Lihat MPI 1 tentang cara penimbangan dan pengukuran.
- c) Mengukur lingkaran lengan atas (LiLA) → Lihat MPI 1 tentang cara pemeriksaan LiLA.
- d) Memeriksa lingkaran kepala (LK) → Lihat MPD 2 tentang cara pemeriksaan lingkaran kepala.
- e) Memeriksa tanda-tanda stunting
Stunting merupakan kondisi kesehatan anak yang ditandai dengan adanya perawakan pendek, yaitu panjang/tinggi badan anak menurut usianya berada di bawah 2 standar deviasi kurva pertumbuhan WHO untuk umur dan jenis kelamin tertentu (PB/U atau TB/U < -2 SD), dan kondisi ini disebabkan oleh kekurangan gizi kronis. Penilaian stunting dilakukan dengan mengukur panjang badan (anak usia ≤ 2 tahun) dan tinggi badan (anak usia > 2 tahun) lalu diplot pada kurva pertumbuhan yang sesuai kategori usia dan jenis kelamin.

KLASIFIKASI

Setelah melakukan penilaian, tentukan klasifikasi status gizi dengan cara melihat bagan algoritma.

- Klasifikasikan sebagai GIZI BURUK DENGAN KOMPLIKASI jika:
 - a. Umur anak **6 - 59 bulan** dengan **satu atau lebih tanda berikut**:
 - Edema seluruh tubuh (derajat 3)
 - Skor Z BB/PB atau BB/TB $< -3SD$, LiLA $< 11,5$ cm
 DAN terdapat salah satu atau lebih tanda komplikasi medis, seperti: anoreksia, dehidrasi berat (muntah terus menerus, diare), letargi atau penurunan kesadaran, demam tinggi, pneumonia berat, anemia berat.
 - b. Umur anak **6 - 59 bulan** dengan **berat badan < 4 kg**.
 - c. Umur anak **< 6 bulan** dengan Skor Z BB/PB $< -3SD$ **disertai** satu atau lebih tanda berikut:
 - Edema bilateral yang bersifat pitting.

- Terlalu lemah untuk menyusu.
 - Berat badan tidak naik atau turun.
 - Terdapat tanda-tanda komplikasi medis.
- Jika tidak ditemukan tanda atau gejala pada lajur merah muda, lanjutkan ke bawah dengan melihat dan membaca setiap kalimat dalam kolom gejala pada lajur kuning. Klasifikasi GIZI BURUK TANPA KOMPLIKASI atau klasifikasi GIZI KURANG ditentukan sesuai dengan tanda/gejala yang ditemukan pada anak (lihat bagan algoritma)
 - Jika tidak ditemukan gejala pada lajur merah muda maupun kuning dan memenuhi tanda atau gejala pada lajur hijau, klasifikasikan sebagai GIZI BAIK.
 - Klasifikasikan OBESITAS, jika Skor z BB/PB atau BB/TB > +3 SD.
 - Klasifikasikan GIZI LEBIH, jika Skor z BB/PB atau BB/TB > +2 SD sampai +3 SD
 - Klasifikasikan BERESIKO GIZI LEBIH, jika Skor z BB/PB atau BB/TB > +1 SD sampai +2 SD.

Klasifikasi status pertumbuhan berdasarkan Skor z PB/U atau TB/U adalah sbb:

- SANGAT PENDEK (SEVERELY), jika Skor z PB/U atau TB/U < -3 SD
- PENDEK (STUNTED), jika Skor z PB/U atau TB/U < -2 SD sampai -3 SD
- NORMAL, jika Skor z PB/U atau TB/U -2 SD sampai +3 SD
- TINGGI (TALL), jika Skor z PB/U atau TB/U > +3 SD

Klasifikasi lingkaran kepala berdasarkan Skor z LK/U adalah sebagai berikut:

- MAKROSEFALI, jika Skor z LK/U > +2 SD.
- NORMAL, jika Skor z LK/U -2 SD sampai +2 SD.
- MIKROSEFALI, jika Skor z LK/U < -2 SD.

Sesuai dengan rekomendasi WHO, tata laksana balita gizi buruk dapat dilakukan dengan:

- Rawat jalan: untuk balita usia 6 - 59 bulan dengan gizi buruk tanpa komplikasi. Layanan ini dilakukan di fasilitas kesehatan primer/Puskesmas.
- Rawat inap untuk:
 - i. Bayi < 6 bulan dengan gizi buruk (dengan atau tanpa komplikasi medis);
 - ii. Balita gizi buruk usia 6 - 59 bulan dengan komplikasi medis;
 - iii. Semua bayi berusia di atas 6 bulan dengan berat badan kurang dari 4 kg.

Rawat inap dilakukan di Puskesmas perawatan yang mampu memberi pelayanan balita gizi buruk dengan komplikasi medis, Therapeutic Feeding Centre, serta Rumah Sakit, **kecuali bayi < 6 bulan dengan gizi buruk dan balita usia 6 – 59 bulan dengan berat badan < 4 kg harus dirawat di rumah sakit.** (Lihat MPI 1)

7. ANEMIA

Semua balita sakit harus dinilai status anemianya. Kekurangan zat besi pada makanan dapat mengakibatkan anemia. Anak dapat juga menderita anemia sebagai akibat dari malaria yang dapat menghancurkan sel darah merah dengan cepat, atau akibat dari parasit seperti cacing tambang atau cacing cambuk. Cacing ini dapat menyebabkan kehilangan darah dari usus dan mengakibatkan terjadinya anemia.

PENILAIAN

Lihat tanda keputihan pada telapak tangan anak dengan cara membuka tangan anak perlahan sehingga kita dapat melihat telapak tangannya. Jangan menarik jari-jari tangan ke belakang karena tangan akan terlihat lebih pucat akibat terhalangnya aliran darah. Bandingkan warna telapak tangan anak dengan telapak tangan anda, ibu balita atau anak yang lain. Keputihan bisa juga di deteksi melalui konjungtiva, bibir, lidah atau bantalan kuku, akan tetapi keputihan pada telapak tangan merupakan indikator yang lebih baik dan lebih mudah memeriksanya. Lakukan pemeriksaan hemoglobin/Hb jika tersedia.

KLASIFIKASI

Untuk anemia, ada 3 kemungkinan klasifikasi, yaitu :

- ANEMIA BERAT, jika telapak tangan/ konjungtiva/ bibir/ lidah/ bantalan kuku tampak pucat sekali sehingga kelihatan putih (**sangat pucat**), ATAU Hb <7 g/dL.
- ANEMIA, jika telapak tangan/ konjungtiva/ bibir/ lidah/ bantalan kuku tampak **pucat**. ATAU Hb 7 - < 10 g/dL.
- TIDAK ANEMIA, jika **tidak ditemukan tanda keputihan**.

8. STATUS HIV

Hampir 90% HIV pada bayi diperoleh dari ibunya. Mekanisme penularan infeksi HIV dari ibu ke bayi dapat terjadi sebagai berikut:

- Intrauterine (dalam kehamilan).
Penularan terjadi secara transplasental karena proses peradangan di sawar plasenta sehingga limfosit yang terinfeksi HIV dapat menyebar melalui plasenta ke bayi melalui cairan amnion dan secara hematogen saat terjadi robekan plasenta.
- Intrapartum (dalam proses persalinan).
Penularan terjadi karena kontak mukokutaneus bayi dengan darah ibu, kontak dengan cairan amnion dan sekresi servikovaginal saat proses persalinan, saat bayi melewati jalan lahir, dan dari transfusi maternal karena kontraksi uterus ketika partus.
- Melalui ASI (dalam proses menyusui).
Mekanisme penularan melalui proses menyusui masih belum bisa dijelaskan terperinci, namun demikian risiko penularan meningkat tergantung jumlah CD4 ibu yang rendah, lama masa menyusui, jumlah virus HIV di ibu, mastitis dan jika bayi mendapatkan nutrisi campuran antara ASI dan susu formula.

Pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu ke anak (PPIA) di Indonesia termasuk dalam pelayanan Kesehatan ibu dan anak (KIA) yang komprehensif, meliputi:

- Layanan perawatan antenatal atau *Ante Natal Care* (ANC)
- Diagnosis HIV
- Pemberian terapi anti retroviral (ARV)

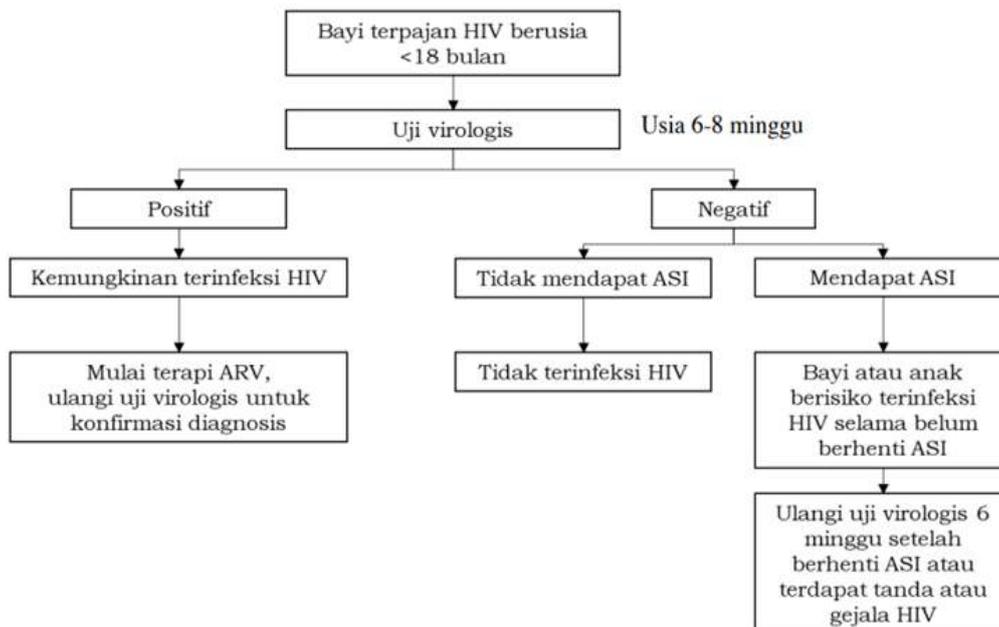
- Persalinan yang aman
- Tata laksana pemberian makan bagi bayi dan anak
- Menunda dan mengatur kehamilan
- Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada bayi
- Pemeriksaan diagnostik HIV pada anak

Diagnosis infeksi HIV pada anak usia 18 bulan atau lebih dapat dilakukan dengan pemeriksaan serologi seperti kasus orang dewasa. Sedangkan untuk bayi kurang dari 18 bulan ditegakkan dengan pemeriksaan secara polymerase chain reaction (PCR) DNA/RNA, karena Imunoglobulin-G anti HIV ibu masih ditemukan pada bayi sehingga memberikan hasil positif palsu.

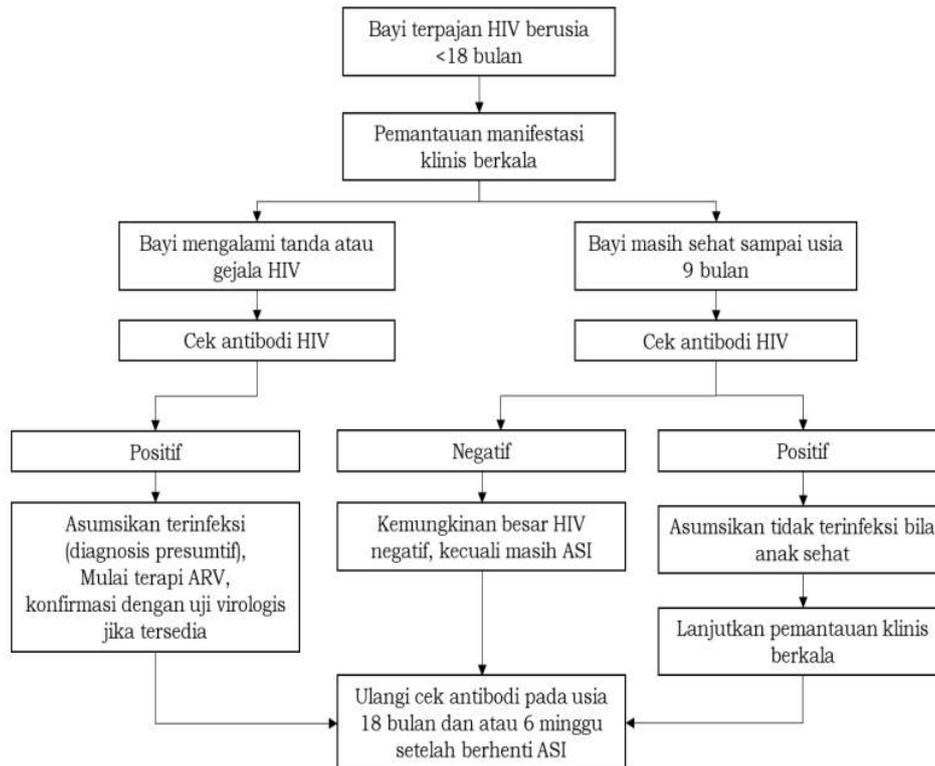
Pada anak umur < 18 bulan, diagnosis infeksi HIV ditegakkan dengan pemeriksaan virologi. Jika tes virologi negatif, ulangi tes 6 minggu setelah ASI dihentikan. Jika tes serologi positif, lakukan tes virologi sesegera mungkin. Jika anak < 18 bulan dengan tes serologi positif dan belum mungkin dilakukan tes virologi, anak dapat didiagnosis presumtif HIV dan dirujuk untuk mendapat obat antiretroviral (ARV).

ALUR DIAGNOSIS INFEKSI HIV PADA ANAK USIA <18 BULAN

Uji virologis tersedia



Uji virologis tidak tersedia



Diadopsi dari Pedoman penerapan terapi HIV pada anak Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2014.

PENILAIAN

Setiap balita sakit diperiksa status HIV dengan menanyakan apakah ibu atau anak pernah dites HIV. Jika pernah, tentukan status HIVnya. Jika tidak pernah, lakukan tes HIV terutama apabila dijumpai salah satu kondisi anak berikut :

- Menderita pneumonia berulang
- Diare persisten berulang
- Bercak putih (*thrush*) di rongga mulut berulang
- Infeksi berat berulang lain (biasanya yang membutuhkan perawatan di Rumah Sakit)
- Gizi kurang atau Gizi buruk yang tidak membaik dengan penanganan gizi

Jika status HIV ibu positif dan anak negatif atau tidak diketahui, tanyakan:

- Apakah anak sedang mendapat ASI pada saat tes HIV atau 6 minggu sebelum dilakukan tes HIV?
- Apakah anak saat ini sedang mendapat ASI?
- Jika mendapat ASI, apakah ibu dan anak saat ini mendapat ARV profilaksis?

Jika status HIV ibu dan anak tidak diketahui, lakukan tes HIV pada ibu. Jika status HIV ibu positif dan anak tidak diketahui, lakukan tes pada anak.

KLASIFIKASI

Klasifikasi status HIV ditentukan dengan menggunakan buku bagan sesuai tanda atau gejala yang diperoleh dari hasil penilaian.

- Jika hasil tes virologi positif pada anak, ATAU tes serologi positif pada anak yang berumur > 18 bulan, klasifikasikan sebagai INFEKSI HIV TERKONFIRMASI.
- Jika Ibu HIV positif dan tes virologi negatif pada anak yang masih mendapat ASI atau baru berhenti kurang dari 6 minggu, ATAU Ibu HIV positif dan anak belum dites HIV, ATAU hasil tes serologi positif pada anak yang berumur < 18 bulan, klasifikasikan sebagai TERPAJAN HIV.
- Jika tes HIV pada ibu dan anak negatif, klasifikasikan sebagai MUNGKIN BUKAN INFEKSI HIV. Dalam hal ini, kemungkinan anak terinfeksi HIV masih ada.

Jika ibu belum tes HIV, atau sementara menunggu hasil tes HIV, atau tes HIV pada ibu negatif tetapi anak belum dites, **tulislah tanda (-)** dalam Formulir Pencatatan di kolom Klasifikasi.

9. STATUS IMUNISASI DAN VITAMIN A

Periksalah status imunisasi pada semua balita sakit, apakah mereka sudah memperoleh semua imunisasi yang dianjurkan untuk seusianya. Beri imunisasi sesuai kebutuhan dan umur anak. Jika anak mendapat imunisasi pada saat ia terlalu muda untuk suatu jenis imunisasi tertentu, tubuh anak tidak dapat melawan penyakit dengan baik. Jika anak tidak mendapat imunisasi saat ia cukup umurnya, risikonya untuk mendapat penyakit akan bertambah.

Semua anak harus mendapat seluruh imunisasi dasar lengkap sebelum ulang tahunnya yang pertama. Jika anak belum mendapat jenis imunisasi tertentu pada umur yang dianjurkan, beri imunisasi jika tidak ada kontra indikasi. Anda tidak perlu mengulanginya dari awal. Jika anak sudah berumur lebih dari 1 tahun dan belum lengkap imunisasinya, beri dosis sisanya setiap kali ada kesempatan dan tidak ada kontra indikasi. Pemberian imunisasi anak yang sesuai dengan jadwal akan mencegah anak menderita penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, seperti TBC, difteri, pertusis, tetanus, polio, hepatitis B, pneumococcus dan campak.

Keterangan lebih rinci tentang pelaksanaan imunisasi dapat dilihat pada pedoman nasional tentang imunisasi.

Periksa setiap anak sakit umur 6 bulan - 5 tahun, apakah sudah mendapat vitamin A suplementasi. Memeriksa status vitamin A dapat dilakukan dengan menggunakan buku KIA. Bila sudah saatnya memperoleh vitamin A, berikan dan anjurkan untuk dosis selanjutnya secara rutin setiap 6 bulan di Posyandu. Tidak ada kontra indikasi untuk pemberian vitamin A. Pada saat bulan vitamin A (Februari dan Agustus), anak yang memperoleh vitamin A pengobatan karena Campak atau Gizi Buruk, tetap mendapatkan vitamin A suplementasi.

Pada Formulir Pencatatan, pengisian di bagian "memeriksa pemberian Vitamin A", hanya untuk mencatat riwayat pemberian **suplemen vitamin A**. Adapun untuk pengobatan vitamin A dicatat pada kolom tindakan /pengobatan yang sesuai dengan klasifikasinya. (pemberian vitamin A sebagai pengobatan dapat dilihat di bagian tindakan/pengobatan pada mata pelatihan ini)

Catat pemberian vitamin A dan imunisasi pada formulir pencatatan dan Buku KIA.

10. MASALAH ATAU KELUHAN LAIN

Lakukan penilaian untuk masalah atau keluhan lain yang mungkin ada pada anak tetapi tidak dapat diklasifikasikan dengan menggunakan bagan dari 4 keluhan utama, misalnya: kencing berdarah, hernia, gatal-gatal, sukar berak atau infeksi kulit. Tanyakan secara proaktif untuk kemungkinan adanya masalah atau keluhan lain. Jika sudah ditanyakan, tetapi tidak ada masalah atau keluhan lain, jangan lupa beri tanda strip (-) pada kolom klasifikasi di Formulir Pencatatan untuk membuktikan bahwa penilaian sudah dilakukan. Periksa dan tangani setiap masalah atau keluhan lain sesuai dengan pengetahuan dan pengalaman serta kebijaksanaan setempat. Rujuk anak ke dokter untuk masalah lain yang tidak dapat ditangani oleh perawat atau bidan.

11. PEMBERIAN MAKAN

Penilaian pemberian makan dilakukan pada anak yang berumur kurang dari 2 tahun, ATAU Gizi Kurang, ATAU Gizi Buruk Tanpa Komplikasi, ATAU Anemia, DAN anak tidak akan dirujuk segera. Untuk melakukan penilaian pemberian makan, ajukan pertanyaan-pertanyaan kepada ibu sebagaimana tercantum pada bagian paling bawah Formulir Pencatatan. Jika anak gizi kurang/buruk, sangat penting meluangkan waktu untuk menanyakan tentang nafsu makan anak, besarnya porsi makanan dan pemberian makan secara aktif. Memberi makan secara aktif berarti mendorong anak untuk mau makan. Anak tidak berbagi 1 porsi makanan dengan andanya. Anak harus mendapat 1 porsi yang cukup untuk dirinya sendiri. Ibu atau pengasuh anak (kakak, ayah atau nenek) harus duduk bersama anak sewaktu makan dan membantu anak memasukkan sendok ke mulutnya sampai anak bisa makan sendiri.

Catat hasil penilaian pemberian makan pada formulir pencatatan kolom PENILAIAN. Berdasarkan jawaban ibu, tentukan masalah pemberian makan dari ketidaksesuaian antara pemberian makan yang sebenarnya dilakukan dengan yang dianjurkan. Catat masalah pemberian makan yang ditemukan pada formulir pencatatan kolom KLASIFIKASI.

Petugas dapat memberi nasihat pemberian makan anak sebagaimana tercantum dalam "Anjuran Makan Untuk Anak Sehat Maupun Sakit" yang ada pada buku bagan. Setelah sembuh, makanan yang baik akan membantu pemulihan kehilangan berat badan dan mencegah kurang gizi. Pada anak sehat, makanan yang tepat akan mencegah timbulnya penyakit.

Balita gizi buruk dengan nafsu makan kurang akan menjalani rawat inap. Untuk menilai nafsu makan pada balita gizi buruk dilakukan tes nafsu makan (lihat MPI 1 Lampiran Tes Nafsu Makan)

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi tentang Penilaian dan Klasifikasi Balita Sakit umur 2 bl - 5th, dapat disimpulkan bahwa :

- ❖ PENILAIAN dilakukan melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik anak dengan menggunakan Formulir Pencatatan.
- ❖ Penilaian yang wajib dilakukan adalah memeriksa: Tanda Bahaya Umum, Status Gizi dan Status Pertumbuhan, Anemia, Status HIV, Imunisasi, Pemberian Vitamin A dan Masalah atau keluhan lain.
Sedangkan 4 keluhan utama, yaitu: Batuk dan/atau Sukar Bernapas, Diare, Demam, dan Masalah Telinga harus ditanyakan terlebih dahulu. Jika ada keluhan, lanjutkan dengan penilaian dan klasifikasi yang terkait dengan keluhan tersebut.
- ❖ Dari hasil penilaian, diperoleh kumpulan gejala-gejala yang dapat menentukan **KLASIFIKASI** sesuai bagan algoritma MTBS. Hasil penilaian dapat mempengaruhi kebenaran klasifikasi.

Materi Pokok 2: TINDAKAN ATAU PENGOBATAN BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN - 5 TAHUN

PENDAHULUAN

Setelah melakukan penilaian dan klasifikasi penyakit anak, langkah selanjutnya adalah menentukan dan memberi tindakan atau pengobatan. Pengobatan pada anak sakit dapat dimulai di fasilitas kesehatan tingkat pertama dilanjutkan di rumah, namun pada beberapa keadaan atau klasifikasi berat, anak perlu di rujuk ke Rumah Sakit dan mendapatkan **tindakan pra rujukan** sebelum memperoleh perawatan lebih lanjut.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat melakukan tindakan atau pengobatan pada balita sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun.

SUB MATERI POKOK

Sub materi pokok yang akan dibahas adalah:

1. Tindakan/pengobatan untuk anak yang memerlukan rujukan
2. Tindakan/pengobatan untuk anak yang tidak memerlukan rujukan

URAIAN SUB MATERI POKOK

1. Tindakan Untuk Anak Yang Memerlukan Rujukan

Anak dengan klasifikasi pada lajur berwarna merah muda berarti memiliki klasifikasi berat dan memerlukan rujukan. Jika anak harus dirujuk sesuai klasifikasi pada bagan, rujuk terlebih dahulu ke dokter setempat (jika ada). Dokter akan menentukan apakah anak dapat ditangani atau memang harus dirujuk. Apabila rujukan benar-benar tidak dapat dilakukan, dokter juga dapat melakukan modifikasi tindakan berdasarkan kemampuan dan sarana yang ada. Ketika anak akan dirujuk segera, tentukan tindakan pra rujukan yang **tercetak tebal** dalam Buku Bagan MTBS. Ada kemungkinan anak mempunyai masalah berat lain yang tidak disebutkan dalam bagan, misalnya nyeri perut hebat. Bila anda tidak dapat menangani masalah berat tersebut, rujuk anak segera.

Sebelum merujuk, jelaskan kepada orang tua bahwa tindakan atau pengobatan pra rujukan diperlukan untuk menyelamatkan kelangsungan hidup anak. Mintakan persetujuan orang tua (*informed consent*) sebelum melakukan tindakan atau pengobatan pra rujukan.

Jangan menunda rujukan untuk memberi tindakan yang tidak mendesak, seperti membersihkan telinga, mengajarkan cara melegakan tenggorokan dan meredakan batuk dengan bahan yang aman, atau menilai pemberian makan dan menasihati ibu mengenai pemberian makan. Bila diperlukan imunisasi, jangan diberikan sebelum merujuk, biarkan petugas di tempat rujukan menentukan kapan imunisasi bisa diberikan. Hal ini untuk menghindari tertundanya rujukan. Semua tindakan yang harus dilakukan oleh petugas kesehatan sebelum merujuk anak tertuang dalam buku bagan.

Jika anak **akan dirujuk segera**, pada formulir pencatatan kolom tindakan cukup ditulis tindakan atau pengobatan **pra rujukan saja**.

Tindakan atau pengobatan pra rujukan diantaranya adalah:

a) Memberi Tindakan Bantuan Hidup Dasar (BHD)

Serangkaian usaha awal untuk mengembalikan fungsi pernafasan dan atau sirkulasi pada seseorang yang mengalami henti nafas dan atau henti jantung (*cardiacarrest*) begitu juga pada anak berdasarkan rekomendasi AHA dilakukan teknik A-B-C (*Airway, Breathing, Circulation*) dengan kualitas resusitasi optimal yang diharapkan resusitasi dilakukan dengan baik sehingga pasien dapat bernafas normal kembali dan gangguan neurologis pasca henti jantung dan henti napas dapat dihindari.

Jika ditemukan balita dengan henti napas dan atau henti jantung, sebaiknya langsung diarahkan ke Layanan 24 jam atau IGD setempat.

Apabila diperlukan tindakan Bantuan Hidup Dasar diluar Layanan 24 Jam atau IGD dapat dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Jika anak tidak sadar

Lakukan penilaian dengan cara: memanggil nama, diikuti menepuk atau menggoyang bahu, atau melakukan tekanan pada kuku jari tangan. Jika tidak ada jawaban atau anak tidak membuka mata, serta tangan dan kaki tidak bergerak, berarti anak tidak sadar

2. **Lakukan pendekatan dengan "HATI", yaitu:**

- **Hubungi bantuan, panggil bantuan** orang terdekat (code blue → teriak minta tolong);
- **Amankan diri dan penolong.** Pastikan penolong dalam kondisi aman;
- **Tidak membahayakan pasien.** Pindahkan anak di tempat yang aman jika memungkinkan dengan menjaga stabilitas leher dan bahu;
- **Investigasi A-B-C (*Airway, Breathing, Circulation*)**

3. **Buka jalan napas**

Buka mulut anak, lihat apakah terdapat sumbatan seperti sisa muntahan atau benda asing. Bersihkan sumbatan jika terlihat dengan cara mengusap (teknik *Cross Finger*, atau teknik *Swipe Finger*), hindari mendorong sumbatan makin masuk ke dalam.

Posisikan leher dan bahu dalam keadaan menghidu atau lurus, tidak terlalu menengadahkan karena leher balita lebih pendek dari dewasa. Gunakan teknik *head tilt - chin lift* (Non trauma) atau *Jaw Thrust* (Trauma Leher)

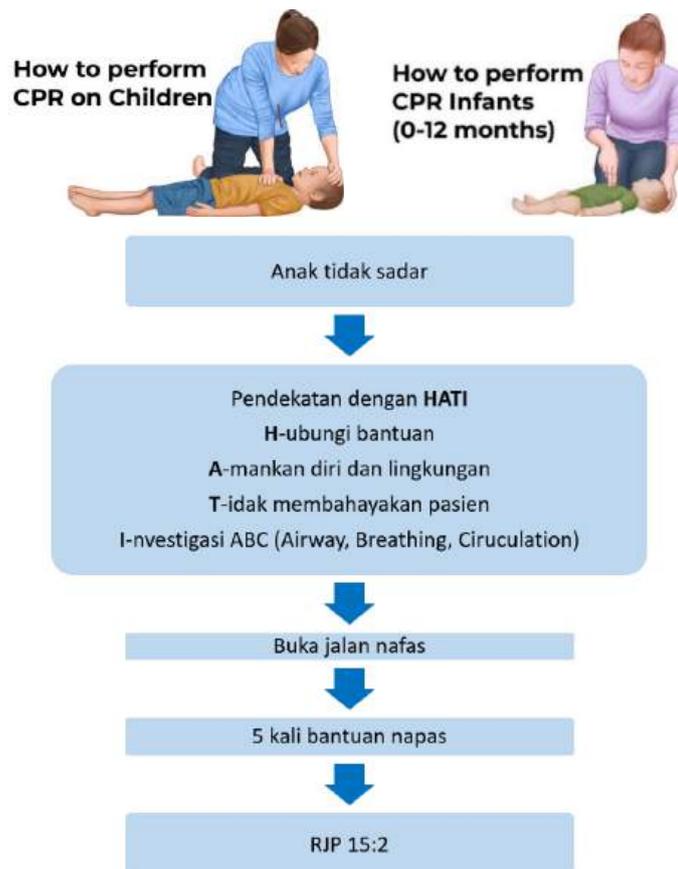
4. **Berikan 5 kali ventilasi atau bantuan napas.**

5. **Lakukan kompresi dada (RJP) dengan 15 kali kompresi dan 2 kali ventilasi hingga 5 siklus**

Melakukan kompresi dada menggunakan satu atau dua tangan saling menumpang, lakukan kompresi di pertengahan bagian dada atau garis imajiner diantara kedua papilla mammae sedalam >1/3 diameter dada ($\pm 4-5\text{cm}$) dan waktu yang cukup untuk recoil dada (dada Kembali mengembang). Pada anak atau balita yang lebih kecil penolong dapat menggunakan dua ujung jari (jari telunjuk dan jari tengah).

	Bayi (< 1 tahun)	Anak (1 th – pubertas)
Posisi kompresi	Pertengahan dari $\frac{1}{2}$ bagian bawah sternum/ garis imajiner kedua papilla mammae	
Teknik kompresi	 2 jari	 2 ibu jari
Kompresi : ventilasi	15:2	
Kedalaman kompresi	1.5 inchi (4 cm)	2 inchi (5 cm)

6. Lakukan evaluasi
Penghentian resusitasi dilakukan jika asistol menetap selama 30 menit.



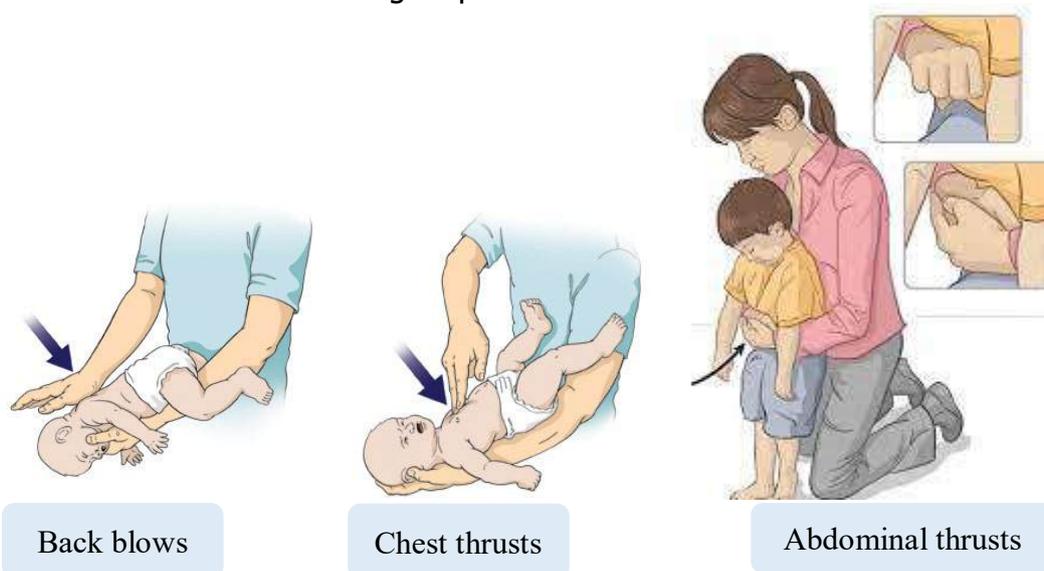
b) Sumbatan Jalan napas

Hati-hati jika terjadi sumbatan jalan napas pada bayi dan balita, hal ini bisa terjadi tiba-tiba karena menelan benda saat bermain benda-benda kecil, tersedak saat makan, muntahan, ataupun makanan yang susah dikunyah.

Saat terjadi sumbatan jalan napas oleh benda asing, evaluasi apakah balita bisa batuk dengan efektif atau batuk tidak efektif.

Tanda-tanda batuk efektif antara lain bayi atau balita masih bisa menangis atau menjawab pertanyaan secara verbal, mampu mengambil napas sebelum batuk, bisa batuk secara kuat dan balita sadar penuh. Lakukan evaluasi kembali pada balita yang memiliki batuk efektif sampai sumbatan jalan napas teratasi.

Jika ada kecurigaan sumbatan jalan napas dan batuk tidak efektif maka balita akan memiliki salah satu tanda berikut, yaitu tidak bisa bersuara, batuk tanpa suara (*silent cough*), kesulitan bernapas, sianosis (biru) dan penurunan kesadaran. Jika anak tidak sadar segera buka jalan napas, berikan 5 bantuan napas dengan balon tidak mengembang sendiri, mulai BHD. Namun jika anak sadar maka lakukan 5 *back blows* dan/atau 5 *thrusts*. *Back blows* adalah Gerakan memukul bagian punggung dengan posisi bayi/balita telungkup, pukulan ke punggung dilakukan dengan *gentle* dan kearah atas supaya membantu anak bisa batuk untuk mengeluarkan sumbatan. Untuk bayi lakukan *Chest thrust* yaitu melakukan hentakan ke arah atas di bagian dada, sedangkan untuk anak lebih dari 1 tahun lakukan *abdominal thrusts* yaitu hentakan ke arah atas di bagian perut.



c) Memberi Obat Untuk Mengatasi Kejang

Anak yang mengalami kejang saat pemeriksaan, harus segera ditangani dengan memberi obat anti kejang. Jangan memberi minum atau apapun lewat mulut, karena bisa terjadi aspirasi. Gunakan diazepam dalam kemasan per rektal sesuai berat badan anak, atau diazepam intra vena jika sudah terpasang infus. Jika kejang belum teratasi, dapat diberikan fenitoin atau fenobarbital. Dosis diazepam, fenitoin dan fenobarbital untuk menghentikan kejang dapat dilihat dalam Buku Bagan MTBS halaman 14. tersedia sediaan diazepam suppositoria 5mg/2,5ml enema untuk balita berat badan <12 kg, dan sediaan diazepam

suppositoria 10mg/2,5ml enema untuk balita berat badan ≥ 12 kg. Pemberian diazepam dengan spuit 1 cc tanpa needle sudah tidak boleh diberikan oleh karena tidak terstandart.

Hati-hati menilai kejang pada balita gizi buruk karena kejang pada balita gizi buruk sering disebabkan oleh hipoglikemia dan gangguan keseimbangan elektrolit.

d) Mencegah Agar Gula Darah Tidak Turun

Penurunan kadar gula darah dapat menyebabkan kerusakan otak, itu sebabnya mencegah agar kadar gula darah tidak turun merupakan tindakan penting, khususnya pada anak dengan Klasifikasi:

- PENYAKIT SANGAT BERAT,
- PENYAKIT BERAT DENGAN DEMAM
- GIZI BURUK DENGAN KOMPLIKASI
- GIZI BURUK TANPA KOMPLIKASI.

Cara mencegah agar gula darah tidak turun dapat dilihat pada Buku Bagan MTBS halaman 16.

Bila balita gizi buruk yang datang ke Puskesmas dengan kondisi lemah atau mengalami penurunan kesadaran, diasumsikan mengalami hipoglikemia sehingga harus segera diberi cairan glukosa (walaupun tidak dilakukan pemeriksaan gula darah), Untuk penjelasan secara rinci tidakan pra rujukan dapat dilihat di MPI 1.

e) Memberi Dosis Pertama Antibiotik.

Antibiotik untuk anak yang memerlukan rujukan diberikan pada klasifikasi :

- PNEUMONIA BERAT
- PENYAKIT BERAT DENGAN DEMAM
- CAMPAK DENGAN KOMPLIKASI BERAT
- MASTOIDITIS
- GIZI BURUK DENGAN KOMPLIKASI

Pilihlah antibiotik yang sesuai dengan penyakit anak. Jika anak masih bisa minum, berikan antibiotik oral. Antibiotik intramuskular dibutuhkan jika anak tidak bisa minum atau menyusu, memuntahkan semua makanan dan minuman, kejang, letargis atau tidak sadar. Jenis antibiotik yang dianjurkan serta dosis dan cara pemberiannya terdapat dalam buku bagan. Berikan **hanya dosis pertama** sebelum anak dirujuk.

Anak dengan PNEUMONIA BERAT pada umumnya sesak dan sulit untuk minum, maka sebelum dirujuk, berikan Ampisilin 50 mg/kgBB dan Gentamisin 7,5 mg/kgBB dosis pertama, secara intra muscular. Demikian pula untuk GIZI BURUK DENGAN KOMPLIKASI, diberikan dosis pertama Ampisilin 50 mg/kgBB dan Gentamisin 7,5 mg/kgBB secara im/iv.

Tindakan/pengobatan untuk anak yang harus dirujuk tetapi tidak dapat menelan obat oral, diberikan dosis pertama antibiotik yang sama dengan diatas, sebelum dirujuk. Jika rujukan tidak mungkin dilakukan, ulangi Ampisilin injeksi setiap 6 jam selama 5 hari, kemudian lanjutkan dengan pemberian antibiotik yang sesuai untuk melengkapi 10 hari pengobatan.

f) Memberi Profilaksis Kotrimoksazol

Pemberian profilaksis kotrimoksazol merupakan salah satu tindakan pra rujukan pada anak dengan Klasifikasi INFEKSI HIV TERKONFIRMASI dan Klasifikasi TERPAJAN HIV. Profilaksis kotrimoksazol diberikan sampai terkonfirmasi negatif setelah penghentian ASI sedikitnya 6 minggu.

Pada anak terpajan HIV, profilaksis kotrimoksazol diberikan mulai umur 4-6 minggu dan dihentikan setelah risiko transmisi HIV tidak ada atau infeksi HIV disingkirkan. Kotrimoksazol diberikan setiap 1x/hari, dengan panduan:

- Untuk anak usia < 6 bulan diberikan suspensi 2,5ml (200mg SMX,40mg TMP) atau 1 tablet pediatrik (100mg SMX, 20mg TMP) atau ¼ tablet dewasa (400mg SMX, 80mg TMP).
- Untuk anak usia 6 bulan sampai kurang dari 5 tahun diberikan suspensi 5ml, atau 2 tablet pediatrik atau ½ tablet dewasa.

g) Memberi Obat Untuk Malaria Berat

Anak yang menderita PENYAKIT BERAT DENGAN DEMAM di daerah endemis malaria mungkin menderita Malaria Berat. Untuk membasmi parasit malaria dengan cepat, beri dosis pertama Artesunat injeksi (im/iv) sebelum anak dirujuk. Jelaskan kepada ibu mengapa obat tersebut harus diberikan. Tentukan dosis yang sesuai dengan berat badan anak. Gunakan jarum dan alat suntik steril untuk menyuntik.

Jika rujukan tidak memungkinkan dan hasil pemeriksaan laboratorium serta klinis menunjukkan Malaria Berat, ikuti petunjuk pemberian Artesunat injeksi untuk Malaria Berat pada anak yang harus dirujuk karena Penyakit Berat Dengan Demam (lihat Buku Bagan MTBS halaman 17).

h) Memberi Dosis Pertama Parasetamol Untuk Demam Tinggi.

Parasetamol berkhasiat menurunkan suhu tubuh. Jika anak akan dirujuk dan menderita demam 38°C atau lebih, berikan segera parasetamol sebelum anak dirujuk. Begitu juga jika anak menderita nyeri telinga dan akan dirujuk karena Mastoiditis, maka anak harus diberi parasetamol dosis pertama untuk mengatasi nyerinya.

i) Memberi Vitamin A Sebelum Merujuk

Kekurangan vitamin A dapat menimbulkan kebutaan. Anak yang menderita CAMPAK DENGAN KOMPLIKASI BERAT atau GIZI BURUK DENGAN KOMPLIKASI, harus diberi vitamin A pengobatan sebelum dirujuk. Vitamin A meningkatkan daya tahan tubuh anak terhadap infeksi.

Jika anak dapat menelan, pastikan anak menelan seluruh isi kapsul. Jika hanya memerlukan sebagian isi kapsul, maka kapsul dibuka dengan menggunting bagian ujung kapsul yang runcing. Teteskan vitamin A langsung ke mulut anak dan pastikan bahwa anak menelan semua cairan yang kita teteskan sesuai dosis yang dibutuhkan. Jaga jangan sampai dimuntahkan.

j) Memberi Cairan Intra Vena

Pemberian cairan intra vena sebelum merujuk anak diperlukan, antara lain untuk:

- Mengatasi dehidrasi pada Diare Dehidrasi Berat. (lihat hal 25 buku bagan)
- Mencegah atau mengatasi syok pada penderita Dengue. (lihat hal 18 buku bagan)
- Mencegah atau mengatasi syok pada anak dengan Gizi Buruk dengan atau tanpa diare. (lihat hal 19 buku bagan). Hindari pemberian cairan intravena pada balita gizi buruk yang tidak mengalami syok, Balita gizi buruk dengan dehidrasi berat tanpa syok, pemberian cairan tetap dilakukan secara oral atau menggunakan NGT.

Mulailah secepatnya memberi cairan infus sebelum merujuk anak dan pastikan untuk tetap memberi cairan infus selama dalam perjalanan ke tempat rujukan. Jika fasilitas kesehatan memiliki layanan rawat inap, tangani kasus sesuai dengan pedoman tata laksana kasus yang berlaku.

Pada kasus balita, jika terdapat tanda bahaya umum dan klasifikasi Dengue berat (*severe dengue*) atau dengue dengan *warning sign* pemberian cairan intravena mengikuti terapi cairan untuk infeksi dengue di halaman 18 buku bagan.

Beberapa puskesmas berstatus sebagai Puskesmas yang memberikan pelayanan rawat inap termasuk penanganan balita gizi buruk. Tindakan balita gizi buruk sebelum dirujuk mengacu pada MPI 1

2. Tindakan Untuk Anak Yang Tidak Memerlukan Rujukan

Anak yang tidak memerlukan rujukan atau yang memiliki klasifikasi pada lajur berwarna kuning dan hijau, dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Untuk setiap klasifikasi yang sudah ditentukan, tuliskan hanya tindakan atau pengobatan yang sesuai (relevan) untuk anak tersebut. Gunakan buku bagan pada kolom tindakan dan tabel obat yang tersedia.

Tindakan atau pengobatan untuk anak yang tidak memerlukan rujukan, antara lain adalah:

a) Memberi Pengobatan Oral

Obat oral yang dianjurkan dapat dilihat dalam buku bagan, seperti: antibiotik oral, antimalaria oral, profilaksis kotrimoksazol, parasetamol, vitamin A, zat besi, dan obat cacangan. Pada tabel pengobatan dijelaskan dosis yang tepat, jadwal pemberian, jumlah hari pengobatan dan cara pemberian setiap harinya.

a.1. Antibiotik

Antibiotik untuk anak yang tidak memerlukan rujukan diberikan pada Klasifikasi :

- PNEUMONIA
- DISENTRI
- CAMPAK DENGAN KOMPLIKASI PADA MATA (antibiotik lokal)
- INFEKSI TELINGA AKUT
- GIZI BURUK TANPA KOMPLIKASI

Jika seorang anak mempunyai lebih dari satu klasifikasi dan masing-masing klasifikasi membutuhkan antibiotik, pilih satu jenis antibiotik saja (jika mungkin) yang dapat

mengobati kedua klasifikasi tersebut. Pada bagan pengobatan dijelaskan dosis yang tepat, jadwal pemberian, jumlah hari pengobatan dan cara pemberian obat setiap harinya. Antibiotik harus diminum sampai habis, dan jenis antibiotik yang diberikan disesuaikan dengan penyakitnya. (lihat buku bagan halaman 20).

Untuk anak dengan GIZI BURUK TANPA KOMPLIKASI diberikan Amoksisilin 15 mg/kgBB setiap 8 jam selama 5 hari. (rincian penjelasan dapat dilihat pada MPI 1)

a.2. Anti-Malaria

Pemberian obat anti malaria disesuaikan dengan hasil test malaria apakah tergolong malaria *Falciparum*, *Vivax* atau campuran. Ikuti dengan teliti petunjuk dosis dan lamanya pemberian obat sebagaimana tertulis dalam buku bagan. Obat anti malaria harus diberikan sesudah makan. Primakuin tidak boleh diberikan kepada anak dengan berat badan <6 kg karena dapat menimbulkan efek samping yang berat. Berikan pengobatan lini pertama, jika terjadi kegagalan pengobatan dengan obat lini pertama atau obat lini pertama tidak tersedia, maka diberikan obat lini kedua.

a.3. Parasetamol

Selain untuk tindakan pra rujukan, parasetamol digunakan juga untuk setiap anak demam 38°C atau lebih dan untuk mengatasi nyeri, seperti pada INFEKSI TELINGA AKUT. Dosis parasetamol disesuaikan dengan berat badan anak dan diberikan setiap 6 jam sampai demam atau nyeri telinga hilang. (lihat Buku Bagan MTBS halaman 22).

Jika ibu jelas menyebutkan bahwa anaknya demam pada malam hari sebelum ke klinik dan saat ini tidak lagi teraba demam atau suhunya normal, maka ibu bisa dibekali parasetamol dengan nasihat untuk diminumkan kepada anaknya jika timbul demam.

a.4. Vitamin A

Vitamin A **pengobatan** untuk anak yang tidak perlu dirujuk, diberikan pada klasifikasi berikut ini:

- CAMPAK → dosis vitamin A sesuai umur, diberikan hanya pada hari pertama.
- CAMPAK DENGAN KOMPLIKASI PADA MATA DAN/ATAU MULUT → dosis vitamin A sesuai umur, diberikan pada hari ke 1 dan hari ke 2.
- GIZI BURUK TANPA KOMPLIKASI → dosis vitamin A sesuai umur, diberikan pada hari ke 1, hari ke 2 dan hari ke 15, dengan catatan bila ditemukan tanda-tanda kelainan pada mata akibat defisiensi vitamin A atau ada riwayat campak dalam 3 bulan terakhir. Bila tidak ada gejala/tanda defisiensi vitamin A pada mata atau riwayat campak dalam 3 bulan terakhir dan mendapatkan terapi gizi F100 yang dibuat sendiri, maka untuk balita gizi buruk tersebut hanya diberikan 1 kali (pada hari ke-1) vitamin A dosis tinggi sesuai umur. Namun, bila balita gizi buruk mendapatkan terapi gizi berupa RUTF (dengan komposisi sesuai rekomendasi WHO), maka tidak perlu lagi diberikan suplementasi Vitamin A dosis tinggi (untuk lebih rinci dapat dilihat di MPI 1)

Pemberian vitamin A untuk pengobatan dilakukan tanpa memperhatikan status pemberian vitamin A sebelumnya. Jadi walaupun anak sudah memperoleh vitamin A suplementasi dan sekarang memerlukan vitamin A pengobatan, maka vitamin A harus diberikan.

Vitamin A juga diberikan sebagai tambahan atau **suplemen** pada semua balita mulai umur 6 bulan. Pemberian suplemen vitamin A ini bisa dilaksanakan di klinik atau di posyandu. Di Indonesia pemberian suplemen vitamin A dimulai setelah anak berumur 6 bulan. Setiap anak umur 6-12 bulan diberi suplemen vitamin A 100.000 IU satu kali sedangkan umur 1-5 tahun diberi vitamin A 200.000 IU sebanyak 2x dalam setahun. Pemberiannya serentak pada bulan promosi vitamin A yaitu: Februari dan Agustus.

a.5. Zat Besi

Anak yang tampak pucat mungkin menderita anemia. Anak dengan klasifikasi ANEMIA membutuhkan zat besi. Beri zat besi yang cukup sesuai umur dan berat badan untuk waktu yang cukup lama, minimal 3 bulan berturut-turut. Dosis pemberian zat besi secara rinci dapat dilihat dalam buku bagan (halaman 22). Jelaskan kepada ibu bahwa anak membutuhkan dosis sesuai anjuran. Jelaskan juga bahwa setelah minum zat besi, tinja anak akan berubah warna menjadi hitam/abu-abu. Pemberian zat besi diberikan 1 jam sebelum makan atau 2 jam sesudah makan saat perut kosong. Pemberian vitamin C seperti jeruk bisa meningkatkan penyerapan zat besi di tubuh.

Pemberian zat besi pada balita gizi buruk dapat dilakukan pada fase rehabilitasi (atau di layanan rawat jalan) bila nafsu makan balita baik dan sudah ada kenaikan berat badan.

a.6. Obat Cacingan

Anemia mungkin juga disebabkan oleh infeksi cacing (terutama cacing tambang dan cacing cambuk), sehingga anak dengan klasifikasi ANEMIA perlu diberi obat cacingan. Obat cacingan diberikan dengan dosis tunggal pada anak dengan anemia yang berumur 4 bulan atau lebih dan belum pernah mendapat obat ini dalam 6 bulan terakhir.

Pemberian obat cacing untuk balita gizi buruk tanpa komplikasi medis, merupakan salah satu pengobatan rutin selain pemberian antibiotika (untuk penjelasan lebih rinci dapat dilihat di MPI 1)

b) Memberi Cairan Tambahan dan Tablet Zinc untuk Diare.

Pada setiap anak dengan diare harus ditentukan klasifikasi dehidrasinya dan memilih salah satu rencana pengobatan, yaitu :

- Rencana Terapi A, untuk penanganan Diare Tanpa Dehidrasi di rumah.
- Rencana Terapi B, untuk penanganan Diare Dehidrasi Ringan/Sedang dengan oralit.
- Rencana Terapi C, untuk penanganan Dehidrasi Berat dengan cepat.

Ketiganya adalah pemberian cairan sebagai pengganti cairan dan garam yang hilang bersama diare. Cara terbaik melakukan rehidrasi dan mencegah dehidrasi adalah memberi oralit. Cairan intravena hanya diberikan pada keadaan dehidrasi berat.

Jangan beri obat antidiare dan antimuntah pada anak maupun bayi, karena obat tersebut tidak mengobati diare dan beberapa diantaranya berbahaya. Obat-obat berbahaya tersebut antara lain antispasmodik (codein, opium tinctur diphenoxylate, loperamide) atau antimuntah (chlorpromazine), diantaranya ada yang mengakibatkan lumpuhnya gerakan usus atau tidur terus secara tidak normal, beberapa juga berakibat fatal terutama bila diberikan pada bayi. Obat antidiare lain yang tidak membahayakan tetapi tidak efektif untuk mengobati diare adalah: kaolin, attapulgit, smectite dan activated charcoal atau norit. Pemakaian obat anti diare dapat menunda penanganan rehidrasi dengan oralit.

Zinc merupakan zat gizi mikro yang penting untuk kesehatan dan pertumbuhan. Zinc yang ada dalam tubuh akan hilang dalam jumlah besar saat anak menderita diare. Penggantian Zinc yang hilang sangat diperlukan dalam proses kesembuhan untuk menjaga kesehatan pada bulan berikutnya. Zat gizi Zinc dapat meningkatkan daya tahan tubuh dan mempercepat regenerasi sel yang rusak. Penelitian telah membuktikan bahwa pada anak diare, pemberian zinc dapat menurunkan keparahan diare, menurunkan kejadian diare 2-3 bulan berikutnya, bahkan dapat meningkatkan selera makan anak. Pastikan semua anak yang menderita diare mendapat tablet Zinc sesuai dosis dan waktu yang telah ditentukan.

Cara pemberian cairan pada Rencana Terapi A, Rencana Terapi B dan Rencana Terapi C, termasuk pemberian tablet Zinc, secara rinci dapat dilihat pada Buku Bagan MTBS halaman 24-25.

Perhatikan agar pemberian oralit tidak mengganggu atau mengurangi pemberian ASI. Jika ibu masih memberi ASI, sebaiknya bayi diberi ASI lebih sering, kemudian dilanjutkan dengan oralit.

Pemberian cairan tambahan dan zinc untuk balita gizi buruk dengan diare :

Terapi cairan bagi balita gizi buruk dengan diare adalah ReSoMal (*Rehydration Solution for Malnutrition*). Balita gizi buruk tidak boleh diberi cairan oralit biasa karena kandungan natrium pada cairan oralit biasa yang tinggi.

Balita gizi buruk dengan diare yang mendapatkan terapi gizi berupa F100 yang telah dicampur dengan mineral-mix dan/atau mendapatkan ReSoMal TIDAK PERLU diberi suplementasi zinc lagi karena dalam Mineral-mix (baik yang digunakan dalam pembuatan F100 atau ReSoMal) telah mengandung zinc dalam jumlah yang cukup. Demikian juga bila balita gizi buruk mendapatkan terapi gizi RUTF, tidak perlu mendapatkan suplementasi zinc, karena RUTF juga telah mengandung zinc dan mineral lainnya.

c) Memberi Pengobatan Infeksi Lokal

Tindakan atau pengobatan infeksi lokal meliputi :

- Mengobati infeksi mata dengan tetes atau salep mata.
- Mencuci telinga yang mengalami infeksi.
- Mengobati luka di mulut dengan antiseptic mulut.
- Meredakan batuk dan melegakan tenggorokan dengan bahan yang aman.

Ajari ibu cara mengobati infeksi lokal di rumah. Jelaskan alasan pemberian obat dan uraikan langkah-langkah tindakan/pengobatan sebagaimana tercantum dalam buku bagan, jika

perlu berikan contoh. Jelaskan berapa kali ibu harus melakukannya di rumah. Jangan lupa cek pemahaman ibu untuk memastikan bahwa ibu dapat melakukan tindakan atau memberikan pengobatan di rumah dengan benar.

d) Memberi Imunisasi

Imunisasi diberikan sesuai dengan kebutuhan dan usia anak. Beritahu ibu jenis imunisasi yang perlu diberikan kepada anak dan kemungkinan efek sampingnya. Jika ibu menyetujui anaknya diimunisasi, lakukan imunisasi sesuai pedoman tata laksana imunisasi yang berlaku. Setelah selesai memberi imunisasi, catat tanggal dan jenis imunisasi yang telah diberikan pada buku KIA.

Jika anak akan dirujuk, jangan memberi imunisasi sebelum dirujuk. Yang akan melaksanakan imunisasi adalah petugas kesehatan di tempat rujukan dan hal ini akan menghindari keterlambatan rujukan.

Pada Formulir Pencatatan, beri tanda (√) untuk jenis imunisasi yang sudah diberikan, dan lingkari jenis imunisasi yang dibutuhkan hari ini. Isi kolom tindakan di bagian status imunisasi dengan imunisasi yang diberikan pada hari ini.

Balita gizi buruk tanpa komplikasi medis yang berusia >9 bulan, namun belum mendapatkan imunisasi campak, maka pemberian imunisasi campak dilakukan pada minggu ke-4 perawatan.

e) Menasihati Masalah Pemberian Makan

Selama sakit, biasanya anak tidak mau atau sulit makan, namun mereka tetap harus diberi makanan sesuai umur dan frekuensi yang dianjurkan, walaupun setiap kali makan anak tidak menghabiskan porsi. Agar dapat memberi nasihat pemberian makan, pahami seluruh "Anjuran Makan Untuk Anak Sehat Maupun Sakit" yang ada pada buku bagan. Jelaskan kepada ibu hanya yang sesuai dengan kelompok umur anaknya. Tanyakan terlebih dahulu cara pemberian makan anak saat ini, kemudian nasihati ibu sesuai dengan kelompok umur anak.

Nasihat pemberian makan yang disampaikan kepada ibu hendaknya dapat menjawab permasalahan pemberian makan yang ditemukan. Jika tidak ada masalah pemberian makan, beri ibu pujian karena telah melakukan pemberian makan secara baik. Beri dorongan agar ibu tetap memberi makan sesuai anjuran selama anak sakit dan sehat. Jika ditemukan masalah pemberian makan, beri nasihat sebagaimana "Anjuran Makan Untuk Anak Sehat Maupun Sakit" kemudian minta ibu untuk membawa anaknya kunjungan ulang setelah 7 hari.

Pada balita gizi buruk, pemberian makan merupakan salah satu pengobatan. Ibu atau pengasuh diberikan konseling gizi pemberian formula makanan khusus F100 atau RUTF dan makanan padat gizi sesuai dengan kebutuhan gizi anak.

Catat nasihat pemberian makan dalam formulir pencatatan kolom TINDAKAN.

f) Menasihati Kunjungan Ulang dan Kembali Segera

Pada setiap akhir pelayanan, jelaskan kapan ibu harus kembali membawa anak untuk kunjungan ulang. Waktu kunjungan ulang untuk setiap klasifikasi hendaknya ditulis dalam formulir pencatatan kolom tindakan.

Jika terdapat beberapa macam waktu untuk kunjungan ulang, pilih waktu yang terpendek dan pasti, dan catat pada tempat yang disediakan di bagian akhir atau kanan bawah Formulir Pencatatan. Waktu inilah yang perlu diberitahukan kepada ibu.

Waktu yang pasti adalah waktu yang tidak diikuti dengan kata "bila" atau "jika". Sebagai contoh:

- "Kunjungan ulang 2 hari" merupakan waktu yang pasti untuk kunjungan ulang.
- "Kunjungan ulang 2 hari jika tetap demam" bukan merupakan waktu yang pasti.

Anak hanya perlu datang kembali jika demam belum hilang.

Disamping kunjungan ulang, beri ibu nasihat agar membawa anaknya kembali segera ke fasilitas kesehatan.

Dalam Formulir Pencatatan di bagian akhir atau kanan bawah tertulis juga kalimat "Nasihati kapan kembali segera". Petugas kesehatan tidak perlu menulis ulang kalimat tersebut di kolom Tindakan/Pengobatan untuk setiap klasifikasi yang membutuhkan nasihat kembali segera, namun pastikan untuk mengajari ibu tentang tanda-tanda kapan harus kembali segera ke fasilitas kesehatan.

KAPAN HARUS KEMBALI SEGERA

Nasihati ibu agar kembali segera bila ditemukan tanda-tanda sebagai berikut

- | | |
|--|--|
| Setiap anak sakit | <ul style="list-style-type: none">• Tidak bisa minum atau menyusu• Bertambah parah• Timbul demam |
| Anak dengan Batuk: Bukan Pneumonia, juga kembali jika: | <ul style="list-style-type: none">• Napas cepat• Sukar bernapas |
| Jika anak DIARE, juga kembali jika: | <ul style="list-style-type: none">• Tinja campur darah• Malas minum• Tanda bahaya |
| Jika anak: DENGUE TANPA <i>WARNING SIGNS</i> atau DEMAM MUNGKIN BUKAN DENGUE, juga kembali jika: | <ul style="list-style-type: none">• Ada tanda-tanda perdarahan• Nyeri perut hebat• Muntah yang terus-menerus• Gelisah• Tidak BAK selama 6 jam• Tidak aktif/lemas• Ada penurunan kesadaran• Kejang |

Jika petugas kesehatan telah mengajari ibu kapan harus kembali segera, beri tanda (✓) diakhir kalimat "Nasihat kapan kembali segera" dalam Formulir Pencatatan pada bagian akhir atau pojok kanan bawah halaman kedua.

Kunjungan ulang rutin bagi balita gizi buruk tanpa komplikasi medis yang dirawat di layanan rawat jalan:

- Kunjungan seminggu sekali untuk balita gizi buruk
- Kunjungan seminggu atau dua minggu sekali untuk balita yang telah memasuki status gizi kurang

Kunjungan ulang ini dilakukan sampai balita mencapai kriteria sembuh, yaitu status gizi baik. Selain itu bila ada kondisi-kondisi, seperti balita tidak nafsu makan atau menderita sakit lainnya, maka anak harus segera dibawa ke Puskesmas.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi pokok tentang Tindakan atau Pengobatan Balita Sakit umur 2 bulan - 5 tahun, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Tindakan atau pengobatan balita sakit disesuaikan dengan klasifikasi, dan mengacu pada Buku Bagan MTBS terkini.
- ❖ Pemberian tindakan atau pengobatan diawali dengan menentukan apakah anak akan dirujuk atau tidak. Anak yang perlu dirujuk adalah anak yang memiliki klasifikasi pada lajur berwarna merah muda (klasifikasi berat).
- ❖ Jika anak harus dirujuk, lakukan tindakan pra rujukan, yaitu yang tercetak tebal dalam Buku Bagan MTBS Pengobatan untuk pra rujukan diberikan hanya dosis pertama sebelum anak dirujuk. Selama anak masih bisa minum, obat diberikan per oral.
- ❖ Anak yang tidak memerlukan rujukan, pada umumnya adalah anak yang memiliki klasifikasi pada lajur berwarna kuning dan hijau.
- ❖ Jika anak tidak perlu dirujuk tetapi butuh pengobatan, berilah obat secara rasional sesuai Buku Bagan MTBS. Pastikan ibu paham cara pemberian obat dan/atau merawat anaknya di rumah, kapan harus kunjungan ulang dan kapan harus kembali segera.

Materi Pokok 3: PELAYANAN TINDAK LANJUT BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN – 5 TAHUN

PENDAHULUAN

Semua anak yang datang pada kunjungan pertama harus diberi informasi kapan kunjungan ulang, kecuali anak akan dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Ketika ibu membawa anak untuk kunjungan ulang, tenaga kesehatan harus dapat memberikan pelayanan tindak lanjut yang dibutuhkan sesuai kondisi anak saat itu.

Pelayanan tindak lanjut merupakan pelayanan yang diberikan pada anak ketika datang kembali ke fasilitas kesehatan. Pelayanan ini sangat penting untuk menilai keberhasilan tindakan atau pengobatan yang telah diberikan dan memeriksa kondisi anak apakah membaik, tetap sama dengan kunjungan pertama, atau mungkin memburuk.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat melakukan pelayanan tindak lanjut pada bayi muda umur kurang dari 2 bulan.

URAIAN MATERI POKOK

Tata laksana pelayanan tindak lanjut agak berbeda dengan tata laksana ketika anak datang pada kunjungan pertama. Untuk ini digunakan petunjuk yang ada dalam Buku Bagan MTBS tentang "Pemberian Pelayanan Tindak Lanjut". Pada setiap "kotak" pelayanan tindak lanjut dijelaskan apa yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan. Apabila anak datang kembali untuk kontrol, bukan untuk anak yang kembali segera karena penyakitnya bertambah parah.

Anak dengan klasifikasi hijau yang datang kembali untuk kontrol, tidak dianggap sebagai kunjungan ulang.

Apabila anak dibawa kembali ke fasilitas kesehatan untuk kunjungan ulang, tanya kepada ibu bagaimana kondisi anak sekarang dan apakah ada masalah atau keluhan baru.

Jika tidak ada keluhan baru, lakukan pemeriksaan dan beri tindakan sesuai dengan panduan Pemberian Pelayanan Tindak Lanjut yang ada dalam Buku Bagan MTBS.

Jika anak tersebut di atas datang kembali disertai keluhan baru, tenaga kesehatan harus memeriksa ulang lengkap dan memberi tindakan terhadap klasifikasi terkait keluhan barunya seperti pada kunjungan pertama.

Memeriksa ulang lengkap adalah melakukan pemeriksaan mulai dari tanda bahaya umum sampai masalah /keluhan lain. Penilaian ulang lengkap saat kunjungan ulang juga dilakukan pada beberapa kondisi, seperti pada: anak demam yang masih tetap demam, diare persisten yang belum berhenti diarenya, anak dengan gizi buruk tanpa komplikasi.

CONTOH:

Pada kunjungan pertama, anak diklasifikasikan sebagai STABIL, PNEUMONIA, GIZI BAIK, pertumbuhan dan lingkaran kepala NORMAL, TIDAK ANEMIA. Petugas kesehatan meminta ibu agar membawa anaknya kembali setelah 2 hari, untuk kontrol batuknya (Pneumonia). Jika saat kunjungan ulang, anak masih batuk dan tidak mempunyai masalah baru, maka petugas cukup melakukan pemeriksaan sesuai Panduan Pelayanan Tindak Lanjut dalam kotak PNEUMONIA, yaitu:

- Memeriksa tanda bahaya umum.
- Memeriksa batuk atau sukar bernapas.

Seandainya hasil pemeriksaan anak menunjukkan perburukan, misalkan ada tarikan dinding dada ke dalam disertai frekuensi napas yang masih tetap cepat (klasifikasi sekarang menjadi PNEUMONIA BERAT), maka tindakan/pengobatan yang diberikan juga mengacu pada panduan Pelayanan Tindak Lanjut yang ada dalam kotak PNEUMONIA, yaitu:

- Beri 1 dosis antibiotik pra rujukan, selanjutnya RUJUK SEGERA

Lain halnya jika saat kunjungan ulang, anak mempunyai masalah baru misalnya Diare, maka petugas harus melakukan penilaian ulang lengkap seperti pada kunjungan pertama, yaitu mulai dari tanda bahaya umum sampai dengan masalah lain. Misalkan hasil pemeriksaan batuk menunjukkan perbaikan dengan frekuensi napas melambat (klasifikasi sekarang: BATUK BUKAN PNEUMONIA), dan hasil pemeriksaan diare menunjukkan klasifikasi DIARE TANPA DEHIDRASI maka tindakan atau pengobatan yang diberikan adalah sbb:

a) Untuk Klasifikasi BATUK BUKAN PNEUMONIA :

- Lanjutkan pemberian antibiotik hingga seluruhnya 3 hari

Tindakan yang diberikan ini mengacu pada panduan Pelayanan Tindak Lanjut yang ada di dalam kotak PNEUMONIA, karena Klasifikasi Batuk Bukan Pneumonia berkaitan dengan masalah/ keluhan lama.

b) Untuk Klasifikasi DIARE TANPA DEHIDRASI :

- Rencana terapi A
- Kunjungan ulang 2 hari jika tidak ada perbaikan
- Nasihati kapan kembali segera (tidak perlu ditulis)

Tindakan yang diberikan mengacu pada bagan algoritma sesuai Klasifikasi DIARE TANPA DEHIDRASI (lajur warna hijau), karena klasifikasi diare ini terkait dengan masalah/ keluhan baru yang harus ditangani seperti saat kunjungan pertama.

Di bawah ini adalah langkah langkah menangani anak yang datang kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan tindak lanjut.

- 1) Ambil lembar baru Formulir Pencatatan Balita Sakit Umur 2 bl – 5 th, dan isi identitas anak secara lengkap.
- 2) Tanyakan kepada ibu mengenai masalah anaknya atau alasan kedatangan ibu kembali ke fasilitas kesehatan. Jika anak kembali ke puskesmas untuk kontrol, beri tanda (√) pada KUNJUNGAN ULANG di Formulir Pencatatan.
- 3) Lanjutkan bertanya kepada ibu, apakah ada masalah baru pada anak.
 - Jika anak mempunyai masalah baru, maka anak harus dinilai ulang lengkap seperti pada kunjungan pertama.
 - Jika tidak ada masalah baru, lakukan penilaian yang mengacu pada kotak pelayanan tindak lanjut pada buku bagan yang sesuai dengan klasifikasi anak ketika kunjungan pertama. Ikuti petunjuk yang terdapat dalam kotak tersebut.
- 4) Tentukan klasifikasi sesuai hasil penilaian dengan menggunakan bagan algoritma MTBS.
- 5) Setelah penilaian dan klasifikasi selesai, tentukan tindakan/pengobatan yang akan diberikan. Berikan tindakan atau pengobatan seperti pada kunjungan pertama untuk

setiap klasifikasi yang baru ditemukan. Tindakan/pengobatan untuk klasifikasi yang terkait dengan masalah atau keluhan lama, mengacu pada tindakan yang ada dalam kotak pelayanan tindak lanjut yang sesuai.

Apabila anak datang untuk kunjungan ulang, namun ternyata bertambah parah, atau obat pilihan kedua tidak tersedia, atau kondisi anak mengkhawatir, atau anda tidak tahu harus berbuat apa, maka anak harus DIRUJUK ke dokter.

Beberapa anak mungkin datang lagi setelah kunjungan ulang dengan masalah kronis yang tidak dapat disembuhkan dengan pengobatan di puskesmas, misalnya anak yang menderita Diare Persisten atau Pneumonia yang berulang kemungkinan menderita AIDS, maka anak tersebut harus DIRUJUK ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut.

Untuk balita gizi buruk tanpa komplikasi medis, pada saat kunjungan ulang, dilakukan evaluasi terkait:

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

Prosedur yang dilakukan saat kunjungan ulang (seminggu sekali)

- 1) Pada setiap kunjungan dilakukan penilaian kemajuan yaitu kenaikan berat badan cukup, edema 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 RUTF atau F100 sesuai dengan berat badan terakhir. Balita gizi buruk dengan edema mengalami penurunan BB saat edema berkurang, maka untuk perhitungan kebutuhan RUTF atau F100 menggunakan BB awal.

Penilaian

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

ATAU

- Kurang yaitu bila kenaikan berat badan kurang dari 50 g/kgBB/per minggu, maka balita membutuhkan penilaian ulang lengkap;
- Baik yaitu bila kenaikan berat badan ≥ 50 g/kgBB/per minggu

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 isikan 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 edema +3 atau dengan komplikasi harus dipindahkan ke rawat inap.
- 4) Berikan obat-obatan rutin dan layanan kesehatan lainnya (misalnya imunisasi).
 - a) Obat cacing (diberikan pada kunjungan/minggu kedua, bila balita tidak menerima obat cacing dalam 6 bulan terakhir).

Balita gizi buruk **dinyatakan sembuh** 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) ≥ -2 SD dan,
- Tidak ada edema dan,
- Klinis baik.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi pokok tentang Pelayanan Tindak Lanjut Balita Sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Memberi pelayanan tindak lanjut adalah melayani anak pada saat datang kembali untuk kunjungan ulang yang sudah dijadwalkan.
- ❖ Pelayanan tindak lanjut penting untuk melihat kondisi anak, apakah membaik, tetap sama atau tidak ada perubahan, atau mungkin memburuk.
- ❖ Sebelum memberikan pelayanan tindak lanjut, penting bertanya kepada ibu apakah anak memiliki masalah atau keluhan baru. Jika anak tidak memiliki keluhan baru, penilaian dan tindakannya mengacu pada petunjuk Pemberian Pelayanan Tindak Lanjut dalam “kotak” yang sesuai klasifikasi sebelumnya.
- ❖ Jika anak memiliki keluhan baru, harus dilakukan penilaian ulang lengkap seperti pada kunjungan pertama. Tindakannya sesuai dengan klasifikasi yang ditemukan saat kunjungan ulang, yaitu:
Untuk klasifikasi yang berkaitan dengan masalah/keluhan lama, tindakan mengacu pada kotak pelayanan tindak lanjut yang sesuai dengan klasifikasi sebelumnya. Sedangkan untuk klasifikasi yang berkaitan dengan masalah/keluhan baru, tindakan mengacu pada bagan algoritma seperti saat kunjungan pertama.

C. PENUGASAN

Selama pembelajaran Mata Pelatihan Inti 2 ini, peserta diberi penugasan, yaitu latihan studi kasus dan bermain peran (*role play*). Disamping itu, peserta juga harus mengikuti praktik lapangan didampingi langsung oleh fasilitator, baik di Puskesmas maupun di Rumah Sakit.

Berikut adalah panduan penugasan dan panduan praktik lapangan yang dilengkapi dengan bahan penugasannya.

MPI 2

Tata laksana Balita Sakit Umur 2 Bulan – 5 Tahun

PANDUAN STUDI KASUS

Tujuan: Setelah melakukan studi kasus ini, peserta mampu:

- a) Menentukan penilaian dan klasifikasi
 - b) Menentukan tindakan atau pengobatan
 - c) Menentukan pelayanan tindak lanjut
- dengan melakukan pengisian formulir pencatatan balita sakit umur 2 bulan – 5 tahun

Waktu:

- a) 2 JP x 45 menit = 90 menit
- b) 3 JP x 45 menit = 135 menit
- c) 2 JP x 45 menit = 90 menit

Petunjuk: a) Menentukan Penilaian dan Klasifikasi

1. Fasilitator meminta setiap peserta menyiapkan 3 lembar Formulir Pencatatan Balita Sakit Umur 2 Bl - 5 Th. (5 menit)
2. Fasilitator mempersilakan peserta mengerjakan soal studi kasus A secara individu (hanya penilaian dan klasifikasi), sementara itu fasilitator mengamati peserta. (10 menit)
3. Setelah selesai, fasilitator meminta seorang peserta membaca/menyampaikan hasil kerjanya, peserta lain menanggapi, dan fasilitator memberi umpan balik atau penegasan sesuai kunci jawaban. (10 menit)
4. Selanjutnya fasilitator melakukan langkah 2 dan 3 untuk studi kasus B dan C (50 menit)
5. Fasilitator memandu diskusi untuk memastikan setiap peserta mampu menentukan penilaian dan klasifikasi secara benar. (10 menit)
6. Fasilitator menutup dengan rangkuman hasil pembelajaran (5 menit)

Petunjuk: b) Menentukan Tindakan atau Pengobatan

1. Fasilitator meminta setiap peserta mengeluarkan kembali formulir pencatatan yang sudah diisi pada studi kasus A, B dan C. (5 menit)
2. Fasilitator meminta peserta melanjutkan pengisian formulir pencatatan studi kasus A untuk menentukan tindakan/pengobatan secara individu. Fasilitator mengamati peserta. (20 menit)
3. Setelah selesai, fasilitator meminta seorang peserta membaca/menyampaikan hasil kerjanya, peserta lain menanggapi, dan fasilitator memberi umpan balik atau penegasan sesuai kunci jawaban. (15 menit)
4. Selanjutnya fasilitator melakukan langkah 2 dan 3 untuk menentukan tindakan/pengobatan pada studi kasus B dan C. (60 menit)
5. Fasilitator memandu diskusi untuk memastikan setiap peserta mampu menentukan tindakan atau pengobatan secara benar. (30 menit)
6. Fasilitator menutup dengan rangkuman hasil pembelajaran (5 menit)

Petunjuk: c) Menentukan Pelayanan Tindak Lanjut

1. Fasilitator meminta setiap peserta menyiapkan 1 lembar baru Formulir Pencatatan Balita Sakit Umur 2 Bl – 5 Th dan mengeluarkan formulir pencatatan kasus C yang sudah diisi pada latihan studi kasus sebelumnya. (5 menit)
2. Fasilitator mempersilakan peserta mengerjakan soal studi kasus D secara individu yang meliputi penilaian, klasifikasi dan tindakan/pengobatan sesuai ketentuan Pelayanan Tindak Lanjut Balita Sakit Umur 2 Bl – 5 Th. Fasilitator mengamati peserta. (35 menit)
3. Setelah selesai, fasilitator meminta seorang peserta membaca/menyampaikan hasil kerjanya, peserta lain menanggapi, dan fasilitator memberi umpan balik atau penegasan sesuai kunci jawaban. (20 menit)
4. Fasilitator memandu diskusi untuk memastikan setiap peserta mampu menentukan pelayanan tindak lanjut yang meliputi penilaian, klasifikasi dan tindakan/pengobatan secara benar. (25 menit)
5. Fasilitator menutup dengan rangkuman hasil pembelajaran (5 menit)

BAHAN PENUGASAN untuk STUDI KASUS :

Soal Kasus A

Ibu Nani membawa Asep anaknya laki-laki berumur 8 bulan ke Puskesmas, karena mencret dan kurang mau makan dalam beberapa hari terakhir ini. Ibu Nani bertempat tinggal di Desa Mawar Sari RT 01 no 22 yang merupakan daerah Endemis Malaria. Pemeriksaan RDT Malaria hasilnya Falsifarum positif.

Petugas kesehatan melakukan pengukuran pada Asep : Berat badan 6,3 kg, Panjang badan 68 cm, Lingkar lengan atas 12 cm, lingkar kepala 46 cm serta Suhu badannya 37°C.

Petugas kesehatan memeriksa Tanda Bahaya Umum dengan Segitiga Asessmen Gawat Anak, Asep tidak ditemukan status kegawatan. Asep tidak batuk atau sukar barnapas.

Asep diare selama 2 hari, ada darah dalam tinja, matanya tidak cekung. Ketika diberi minum ia minum biasa saja. Cubitan kulit perut kembalinya lambat. Asep tidak demam.

Petugas kesehatan bertanya, "Apakah Asep mempunyai masalah telinga?" Ibu Nani berkata bahwa ia melihat Asep sering menggosok- gosok dan kadang-kadang menarik-narik telinganya seperti ada sesuatu dalam telinganya.

Kemudian petugas kesehatan memeriksa Status Gizi dan Pertumbuhan. Tidak ada oedema bilateral yang bersifat pitting. Kemudian petugas menentukan Berat Badan menurut Panjang Badan, Lingkar lengan atas, Panjang Badan menurut Umur dan Lingkar Kepala menurut Umur. Tidak terlihat kepuccatan pada telapak tangan, konjungtiva, bibir dan lidah.

Ibu Nani mengatakan bahwa waktu hamil Asep, ia telah diperiksa HIV dan hasilnya negatif. Asep telah memperoleh imunisasi HB0, BCG, Polio 0 tetes, Polio 1 tetes, Penta 1, Polio2 tetes, Penta 2. Selama ini Asep belum mendapatkan Vitamin A. Masalah dan keluhan lain tidak ada.

Petugas kesehatan lalu memeriksa tentang Masalah Pemberian Makan. Ibu Nani masih memberikan ASI 4 – 5 kali sehari semalam. Asep juga mendapat makanan lain berupa bubur susu atau biskuit 1-2 potong sehari 2 kali, akan tetapi Asep hanya mau makan 2 – 3 suapan saja.

Asep diasuh oleh neneknya karena ibu Nani bekerja di luar rumah. Biasanya ibu Nani mengajari nenek membuat bubur susu, dengan menggunakan sendok dan mangkok. Sekali membuat bubur susu sebanyak 4 – 5 sendok teh ,tapi hanya separuhnya saja yang bisa dimakan Asep.

Selama sakit Asep kurang mau makan, ibu Nani hanya memberi Asep ASI dan tambahan susu botol.

Soal Kasus B

Nanda, anak perempuan Ibu Dessy berumur 20 bulan dibawa ke Puskesmas hari ini karena batuk, demam, mencret disertai muntah-muntah. Berat badannya 8 kg, Panjang badan 87 cm, Lingkar lengan atas 11,5 cm, Lingkar kepala 47 cm, Suhu badan 37,8° C.

Ibu Dessy beralamat di Desa Kota Raden RT 03 no 15 dan termasuk bukan daerah endemis Malaria.

Petugas kesehatan memeriksa Tanda Bahaya Umum dengan Segitiga Asesmen Gawat anak. Ketika diberi minum Nanda memuntahkannya kembali. Setelah istirahat beberapa saat pemberian minum diulangi kembali, Nanda tetap muntah-muntah. Nanda tidak kejang, ia sadar tidak gelisah. Tidak terlihat tarikan dinding, tidak terdengar stridor. Ada napas cuping hidung dan pucat. Tidak sianosis dan tidak ada gambaram kutis marmorata.

Ibu Dessy berkata, "Nanda batuk selama 3 minggu, sebelumnya ia telah membawa Nanda berobat tapi batuknya belum sembuh". Hitung napasnya 50 kali/menit, tidak terdengar wheezing. Pengukuran saturasi oksigen 93 %. Ibu Dessy khawatir Nanda tertular batuk dari neneknya yang tinggal serumah dan mengasuhnya. Nenek Nanda sudah 1 bulan ini mendapat pengobatan rutin karena batuk darah dari Puskesmas.

Nanda mencret selama 18 hari. BABnya kadang cair, kadang bercampur lendir tapi tidak ada darah dalam tinjanya. Mata Nanda tidak cekung, cubitan kulit perut kembali segera.

Petugas kesehatan memeriksa Demam. Ibu Dessy dan Nanda tinggal di daerah Non Endemis Malaria. Nanda demam selama 7 hari, demam naik turun, dan sudah diberi obat penurun panas tapi demam tidak juga hilang. Tidak ada kaku kuduk, tidak ada ruam kemerahan di kulit yang menyeluruh, tidak pilek, dan tidak ada mata merah. Nanda tidak mempunyai tanda/gejala yang mengarah ke infeksi Dengue. Nanda tidak mempunyai masalah telinga.

Selanjutnya petugas kesehatan memeriksa Status Gizi dan Pertumbuhan. Terdapat sedikit edema yang bersifat pitting pada punggung kaki kanan dan kiri. Kemudian petugas menentukan Berat badan menurut Panjang badan, Lingkar lengan atas, Panjang badan menurut Umur dan Lingkar kepala menurut Umur. Nanda terlihat agak pucat pada telapak tangan dan konjungtiva. Pemeriksaan Hb 8 gr%. Ibu Dessy belum pernah ditest HIV.

Ibu Dessy mengatakan bahwa Nanda telah mendapatkan imunisasi HB0 waktu lahir, tetes Polio sebanyak 3 kali dan 1 kali suntikan pada paha yang menyebabkan Nanda panas. Selanjutnya Nanda tidak diimunisasi lagi karena takut demam.

Nanda telah mendapatkan Vitamin A 1 kali hanya pada waktu masih bayi sebelum umur setahun. Ibu berkata Nanda mempunyai beberapa benjolan kecil di leher bagian kiri.

Soal Kasus C

Bagus anak laki-laki ibu Sari dibawa ke Puskesmas karena batuk dan demam. Bagus berumur 36 bulan, Berat badan 18 kg, Tinggi badan 104 cm, Lingkar lengan atas 14 cm, Lingkar kepala 51 cm dan Suhu badan 37,6 °C. Ibu Sari tinggal di Kelurahan Guntung Manggis RT 01 no 3, yang tidak termasuk daerah Endemis Malaria.

Bagus tidak mempunyai Tanda Bahaya Umum, dia batuk selama 3 hari, hitung napasnya 47 kali/ menit dan tidak terdengar wheezing. Pengukuran saturasi oksigen 94 %.

Bagus tidak diare. Dia demam selama 6 hari dan tidak ada ruam. Hasil uji Tourniquet positif. Bagus tidak mempunyai masalah telinga.

Selanjutnya petugas kesehatan memeriksa Status Gizi dan Pertumbuhan. Bagus tidak terlihat edema bilateral yang bersifat pitting. Petugas menentukan Berat badan menurut Tinggi badan, Lingkar lengan atas, Tinggi badan menurut Umur dan Lingkar kepala menurut Umur.

Telapak tangan, konjungtiva, bibir dan lidah tidak pucat, Pemeriksaan Hb. 11,5 gr%. Pada waktu hamil Bagus, ibu Sari telah di Test HIV dengan hasil negatif.

Bagus sudah mendapatkan imunisasi HB0, BCG, Polio 0, Penta 1, Polio 1, Penta 2, Polio 2, Penta 3, Polio 3/IPV, Campak/Rubela, booster Penta dan MR. Vitamin A diperoleh setahun lalu saat Bagus berumur 2 tahun. Bagus tidak mempunyai masalah/keluhan lain.

Soal Kasus D

Keesokan harinya, Bagus anak laki-laki ibu Sari kembali ke Puskesmas untuk kunjungan ulang infeksi Dengue. Ibu Sari berkata bahwa sejak semalam Bagus mencret.

Umur Bagus 36 bulan, Berat badan 18 kg, Tinggi badan 104 cm, Lingkar lengan atas 14 cm, Lingkar kepala 51 cm, Suhu badan 38 ° C. Ibu Sari beralamat di Kelurahan Guntung Manggis Rt.01 no.3, dan bukan daerah Endemis Malaria.

Bagus tidak mempunyai Tanda Bahaya Umum. Ia masih batuk, dan Ibu Sari berkata bahwa batuk anaknya sudah berkurang.

Bagus batuk sudah 4 hari, hitungan napas 42 kali /menit. Tidak ada wheezing dan pengukuran saturasi oksigen 95 %.

Ketika petugas kesehatan memeriksa perut Bagus, ternyata ada nyeri perut dan nyeri tekan perut kanan atas. Bagus terlihat gelisah. Pada pemeriksaan Laboratorium didapat Peningkatan Hematokrit dan penurunan Trombosit yang cepat.

Apa yang petugas kesehatan lakukan kepada Bagus?

MPI 2

Tata laksana Balita Sakit Umur 2 Bulan – 5 Tahun

PANDUAN ROLE PLAY **Konseling Pemberian F100 dan Makanan Padat Gizi**

Tujuan: Setelah melakukan role play, peserta mampu melakukan Konseling Gizi pemberian F100 dan Makanan Padat Gizi terhadap ibu/pengasuh Balita Gizi buruk

Waktu: 2 JP x 45 menit = 90 menit.

Petunjuk:

- a. Persiapan (H-1)
 - Fasilitator mengecek persiapan media dan alat bantu yang diperlukan (meja, kursi, alat tulis, gelas, sendok, F100, *Food Model*, leaflet/brosur dan lembar pengamatan konseling).
 - Fasilitator meminta kesediaan peserta atau menunjuk peserta yang akan bermain peran, yaitu 1 orang sebagai tenaga kesehatan, 1 orang sebagai ibu/pengasuh, dan peserta lain sebagai pengamat.
 - fasilitator memberikan lembar skenario kepada peserta yang ditunjuk bermain peran; untuk dipelajari.

- b. Pelaksanaan
 1. Fasilitator mengecek persiapan media dan alat bantu yang diperlukan (meja, kursi, alat tulis, gelas, sendok, F100, *Food Model*, leaflet/brosur dan membagikan lembar pengamatan konseling (10 menit)
 2. Fasilitator menjelaskan proses bermain peran. (5 menit)
 3. Kegiatan *role play* dilakukan dengan memperhatikan teknik konseling, menggunakan alat bantu yang telah disediakan dan memperhatikan alokasi waktu.
 4. Fasilitator dan peserta lain (pengamat) mengamati proses permainan peran dan mencatat (menggunakan lembar pengamatan) untuk mengetahui pesan utama yang sudah disampaikan oleh pemeran tenaga kesehatan kepada ibu/pengasuh. (45 menit)
 5. Fasilitator menggali dan mencatat pendapat para pengamat tentang hal-hal yang sudah dilakukan dengan baik oleh pemeran tenaga kesehatan, dan hal-hal penting yang belum dilakukan atau perlu diperbaiki oleh pemeran tenaga kesehatan. (20 menit)
 6. Fasilitator memberikan umpan balik dan membuat simpulan. (10 menit)

BAHAN PENUGASAN untuk ROLE PLAY

I. Skenario *Role play* Konseling Gizi (Pasien Rawat Jalan Kontrol Rujukan Pasca Rawat Inap)

Anak laki-laki, nama Abdul datang ke Puskesmas paska rawat 1 minggu yang lalu, BB saat pulang 7,5 kg. Umur 2 tahun. BB saat kontrol 7,8 kg. TB saat control 75 cm.

Pemberian makanan sekarang/ di Rumah sakit

Abdul pulang dari Rumah Sakit dengan anjuran makan (diet) F100 sebanyak 5 x 180 ml dan makanan lunak 400 Kalori. Ibu Abdul diberikan konseling diet F100, 5 x 180 ml ditambah makanan lunak 1 kali dan selingan 1 x.

Riwayat makan

Abdul mendapat ASI saja sampai usia 6 bulan, kemudian diberikan bubur instan 2-3 sendok dengan frekuensi 3-4x sehari selama 2 bulan (umur 6-8 bulan), selanjutnya diberikan bubur tepung beras tanpa ada tambahan sampai umur 10 bulan dengan frekuensi 3-4x sehari, jumlah 2-3 sendok. Mulai umur 11 bulan, Abdul diberikan nasi lembek dengan lauk/sayur dengan frekuensi semau anak, jumlah paling banyak ½ mangkok kecil. Makanan keluarga diberikan saat Abdul berumur 18 bulan, jumlah tidak tentu, diberikan jika anak minta makan.

Selama di rumah (pulang dari rumah sakit, F100 bisa dihabiskan hanya pada pemberian pukul 21.00 malam sisa 100 ml, makanan lunak bisa dihabiskan makanan selingan kurang suka.

Kesehatan dan perilaku anak

Anak menangis tidak sesering waktu masuk ke Rumah Sakit. Sudah tidak ada lagi tanda klinis gizi buruk. Saat makan masih disuapi ibu dan memerlukan waktu makan yang lama (belum bisa makan sendiri).

Kondisi keluarga

Nama ibu Ny. Titi, usia 19 th, pendidikan SMP, ibu tersebut tidak bekerja (ibu rumah tangga). Pengetahuan ibu tentang gizi kurang, ibu tidak bekerja, Ayah usia 27 tahun, pendidikan SMA, bekerja sebagai supir dan sering tidak di rumah. Anak berstatus gizi buruk karena pengetahuan ibu rendah dan pemberian makan yang tidak benar. Abdul adalah anak ke-1.

Berikan konseling gizi F100 kombinasi makanan padat gizi untuk pasien tersebut.

Tanggapan atas Skenario 1:

Catatan berikut menekankan butir-butir utama cerita, untuk membantu menanggapi praktik berpasangan yang dilakukan para peserta.

Skenario 1

Anak laki laki (nama Abdul) mendapatkan perawatan gizi buruk di RS sudah pulang dari perawatan di RS, selama 1 minggu di rumah berat badan naik 0,3 kg. Dia berstatus gizi buruk karena pengetahuan ibu rendah dan pemberian makan yang tidak benar. Peserta berlatih memuji, beri informasi relevan dan saran. Peserta juga berlatih berempati terhadap kesulitan yang dihadapi ibu di rumah.

Saran :

1. Anjurkan F-100 kombinasi makanan keluarga sesuai kemampuan anak, makanan padat sudah bisa dinaikkan/ditambah.
2. Anjurkan menu makan anak seimbang dan bervariasi
3. Anjurkan makan pada kebiasaan makan anak dan perilaku makan anak yang baik.
4. Makan bersama keluarga.
5. Anak belajar makan sendiri dan ibu/keluarga mendampingi cara makan.
6. Kontrol/kunjungan ulang ke Puskesmas. 1 minggu kemudian.

II. Skenario Role Play Balita Gizi Buruk Pasien Baru.

Nama : Fuadi
Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur : 15 bulan
BB : 6,7 kg
TB : 71,1 cm

Pemberian makanan sekarang

Ibu pasien mengeluhkan anak tidak mau makan makanan keluarga dalam usia yang 15 bulan, ibu memberikan makanan lumat tanpa variasi, hanya nasi dan satu jenis lauk pada setiap penyajian. Makanan selingan biskuit (regal, krakers) yang dominan gurih dan berpenyedap. Ibu mengaku makanan yang diberikan dalam bentuk saring dengan cara diblender. Makan 3x makan dengan porsi 1 mangkuk sedang (nasi 50 gram, telur ½ butir / ikan 25 gram / tempe atau tahu ½ p digoreng dan hanya dihabiskan ½ porsi.

Riwayat persalinan: bersalin di RS dengan *Sectio Secaria*, letak lintang, dengan Berat Badan Lahir 3000 gram, tidak ASI eksklusif, dan sejak lahir sudah menggunakan susu formula.

Kesehatan Anak

Pada umur 4 bulan mulai sering sakit batuk, pilek sampai sesak bahkan sempat di opname. Riwayat penyakit batuk, pilek dan sesaknya sering kumat bahkan setiap bulan.

Riwayat ANC dan Imunisasi : lupa, pasien tidak bawa Buku KIA

- Bapak perokok berat
- Kondisi rumah tidak sehat

Kondisi keluarga

Nama Ibu Ny. Nurhasanah.usia 29 tahun, Pendidikan: tamat SMA

Nama Ayah Suparman.usia 33 tahun, Pendidikan: tamat D3 dan bekerja sebagai karyawan pabrik

Anak ini adalah anak ke-2. Anak berstatus gizi buruk karena kurangnya pengetahuan ibu dan pemberian makan yang tidak tepat.

Berikan konseling gizi F100 untuk pasien tersebut.

Tanggapan atas Skenario 2:

Catatan berikut menekankan butir-butir utama cerita, untuk membantu menanggapi praktik berpasangan yang dilakukan para peserta.

Skenario 2:

Anak laki-laki (nama Fuadi) datang berobat ke Puskesmas dengan gizi buruk tanpa komplikasi medis. Peserta berlatih menggali informasi penyebab gizi buruk dengan menanyakan kebiasaan makan anak. Peserta memberikan motivasi kepada ibu, memberi informasi relevan dan saran, dan mengajarkan cara membuat F100 untuk anaknya. Peserta juga berlatih berempati terhadap kesulitan yang dihadapi ibu di rumah.

Saran:

- Berikan informasi manfaat F100
- Anjurkan F-100 sesuai kebutuhan (cara membuat, menyiapkan, mengencerkan, dan memberikan kepada anak).
- Kontrol/kunjungan ulang ke Puskesmas 1 minggu kemudian.

3. Peralatan yang diperlukan:

- Meja
- Kursi minimal 2 buah (untuk pemeran ibu/pengasuh dan tenaga kesehatan)
- Gelas, sendok, air matang
- F100
- *Food model*
- Daftar Bahan Makanan Penukar
- Brosur Diet untuk Anak dengan Berat Badan Kurang
- Alat tulis

4. LEMBAR PENILAIAN UNTUK MELIHAT KETERAMPILAN KONSELING GIZI

Berikan tanda CENTANG pada kolom menurut penilaian Anda

NO	ASPEK YANG DINILAI	HASIL OBSERVASI	
		Ya	Tidak
A	SALAM (S)		
	1. Berdiri, Sambut klien dengan hangat, tawarkan bantuan Anda		
	2. Persilahkan duduk dalam posisi sejajar/berdampingan/berhadap-hadapan dengan konselor		
	3. Singkirkan segala sesuatu yang menghambat konseling misalnya vas bunga yang tinggi		
	4. Gunakan bahasa tubuh yang sopan		
	5. Perkenalkan diri anda dan tugas anda		
	6. Tumbuhkan keberanian untuk menceritakan permasalahannya dan beritahu Anda menjaga kerahasiaan pembicaraan		
B	TANYAKAN (T)		
	1. Tanyakan peluang yang dimiliki dan hambatan yang dihadapi		
	2. Selama pembicaraan usahakan terjadi kontak mata		
	3. Dengarkan dengan penuh perhatian sambil membuat catatan penting		
	4. Yakinkan klien semua keterangan yang diberikan sangat membantu menemukan akar masalah		
	5. Mintalah klarifikasi bila belum jelas tanpa menyalahkan atau mendikte		
C	URAIKAN (U)		
	1. Sampaikan informasi gizi yang berkaitan dengan masalah klien		
	2. Upayakan klien untuk memahami permasalahan yang dihadapinya		
	3. Gunakan media atau alat peraga untuk mempermudah pemahaman klien		
D	BANTU (TU)		
	1. Bantu klien untuk menyesuaikan permasalahan yang dihadapi dengan kemungkinan pilihan untuk memperbaiki keadaannya		
	2. Bantu klien untuk memahami berbagai cara pemecahan masalah yang dapat dilakukan		
	3. Bantu klien untuk memahami kemudahan maupun kemungkinan kesulitan dari berbagai cara permasalahan yang sudah dibicarakan		
	4. Bantu klien untuk memutuskan pilihan cara pemecahan masalah yang akan dilaksanakan		

E	JELASKAN (J)		
	1. Jelaskan pada klien segala informasi baik sumber daya yang tersedia untuk memudahkan pemecahan masalah		
	2. Diskusikan cara mengatasi kesulitan/hambatan yang akan dihadapi		
	3. Gunakan media KIE dan alat peraga saat memberikan penjelasan		
F	ULANGI (U)		
	1. Ulangi secara ringkas dan lambat segala informasi yang telah anda sampaikan, keputusan yang telah diambil		
	2. Buat janji untuk pertemuan berikutnya		
	3. Ucapkan terima kasih dan penghargaan kepada klien untuk pertemuan tersebut		

MPI 2 Tata laksana Balita Sakit Umur 2 Bl – 5 Th

MPI 3 Tata laksana Bayi Muda Umur < 2 Bl

MPI 4 Pencatatan Pelaporan, Supervisi Fasilitatif, Monitoring dan Evaluasi MTBS dan Gizi Buruk

PANDUAN PRAKTIK LAPANGAN (di Puskesmas)

Tujuan: Setelah melaksanakan praktik lapangan, peserta mampu melakukan:

- a) Penilaian dan klasifikasi balita sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun
- b) Tindakan dan pengobatan balita sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun
- c) Pelayanan tindak lanjut balita sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun
- d) Penilaian dan klasifikasi bayi muda umur kurang dari 2 bulan
- e) Tindakan dan pengobatan bayi muda umur kurang dari 2 bulan
- f) Pelayanan tindak lanjut bayi muda umur kurang dari 2 bulan
- g) Pengisian Pelaporan Kasus Balita Gizi Buruk Rawat Jalan atau Rawat Inap di Puskesmas melalui aplikasi Pelita Kesmas dalam sistem SIGIZI TERPADU.
- h) Monitoring MTBS dan Gizi Buruk, dengan melakukan pengisian lembar pemantauan pengisian formulir pencatatan MTBS

Waktu:

Hari I: 5 JP x 60 menit,

Hari II & III @ 6 JP x 60 menit

Petunjuk:

Persiapan (H-1)

- Fasilitator memastikan wahana praktik klinis telah disiapkan dan memiliki perlengkapan yang esensial untuk praktik. Pimpinan wahana praktik telah memahami tujuan praktik serta mekanisme/kegiatan praktik yang akan dilakukan.

- Fasilitator membagi kelompok peserta sehingga tidak lebih dari 6 orang untuk 1 wahana praktik. Setiap kelompok didampingi oleh 1 orang Fasilitator.
- Fasilitator menjelaskan bahwa setiap harinya peserta akan memeriksa balita sakit dan bayi muda yang datang untuk kunjungan pertama maupun kunjungan ulang (untuk kunjungan ulang, jika ada kasusnya).
- Fasilitator mengingatkan seluruh peserta agar membawa semua perlengkapan yang diperlukan pada waktunya, utamanya buku bagan MTBS dan formulir pencatatan.

Pelaksanaan: Hari ke 1, 2 dan 3 (Praktik klinis)

A. Selama 4 JP (jam 08.00-12.00)

1. Setibanya di lokasi/wahana praktik, segera fasilitator mengecek semua perlengkapan praktik yang telah tersedia.
2. Fasilitator memilih kasus anak umur kurang dari 5 tahun, kemudian memberikan kepada setiap peserta untuk diperiksa. Pada hari pertama praktik, dipilih kasus kunjungan pertama terlebih dahulu, hari ke 2 dan 3 bisa dipilih juga kasus kunjungan ulang (jika ada).
3. Peserta melakukan penilaian, klasifikasi, tindakan/pengobatan secara mandiri dengan menggunakan alat bantu Formulir Pencatatan dan Buku Bagan MTBS.
4. Fasilitator mengamati langsung peserta yang sedang memeriksa pasien sambil mengisi daftar tilik Pengamatan Langsung Tata laksana Kasus. Jika tidak mungkin memantau langsung, fasilitator membuat catatan tersendiri untuk kemudian didiskusikan pada 2 jam terakhir praktik lapangan, dan tetap memonitor peserta lainnya.
5. Peserta lain yang tidak sedang diamati langsung oleh fasilitator, jika sudah selesai memeriksa, memberitahu fasilitator sebelum pasien dipulangkan atau mengambil obat. Fasilitator dapat mengecek dengan cara memeriksa pasien kembali jika perlu.
6. Selama praktik klinis berlangsung, jika ditemukan tanda/gejala yang jarang dijumpai, seperti stridor, tarikan dinding dada ke dalam, ruam campak, mata cekung, dll., fasilitator menunjukkan tanda tersebut kepada semua peserta.
7. Fasilitator harus dapat memastikan bahwa tata laksana kasus balita sakit maupun bayi muda sudah dilakukan secara benar sebelum pasien dipulangkan, jangan sampai pasien dirugikan karena pemberian tindakan/pengobatan yang kurang tepat dari peserta.
8. Setelah selesai dengan kasus pertama, peserta melanjutkan pemeriksaan kasus berikutnya. Demikian seterusnya sampai habis waktu yang disediakan untuk praktik.

B. Selama 1 JP (jam 13.00-14.00)

1. Fasilitator meminta peserta menyampaikan kasus yang telah diperiksanya secara bergantian.
2. Fasilitator memandu diskusi untuk setiap kasus yang dipresentasikan termasuk hasil pengamatan langsung oleh fasilitator. Diskusikan keterampilan tertentu yang dijumpai, hambatan atau kesulitan yang dirasakan peserta dan bagaimana cara mengatasinya.
3. Fasilitator memberi umpan balik terkait keterampilan setiap peserta sesuai temuan ketika melakukan pengamatan secara langsung. Sampaikan langkah-langkah yang sudah dilakukan peserta dengan benar, berikan bimbingan tambahan atau koreksi untuk perbaikan jika diperlukan.
4. Fasilitator menyampaikan kesimpulan hasil praktik lapangan hari itu kepada seluruh peserta.

C. Selama 1 JP (jam 14.00- 15.00)

a) Pada hari ke 2:

Fasilitator meminta kepada seluruh peserta untuk mempraktikkan pengisian pelaporan kasus balita gizi buruk rawat jalan atau rawat inap di puskesmas melalui aplikasi Pelita Kesmas dalam sistem SIGIZI TERPADU (bila tidak ada kasus gizi buruk yang dalam perawatan, dapat menggunakan contoh dari studi kasus yang ada).

Pada hari ke 3:

Fasilitator meminta kepada seluruh peserta untuk mempraktikkan pengisian lembar pemantauan pengisian formulir pencatatan dari hasil pengamatan terhadap 2 lembar Formulir Pencatatan Balita Sakit dan 2 lembar Formulir Pencatatan Bayi Muda yang sudah terisi dan ada tersedia di wahana praktik. Jika wahana praktik belum menerapkan MTBS, fasilitator bisa meminta peserta untuk saling bertukar formulir pencatatan yang sudah diisi selama 3 hari praktik lapangan ini.

- b) Sementara peserta melaksanakan tugas, fasilitator memantau dan memberi bimbingan jika diperlukan.
- c) Fasilitator memandu diskusi dengan seluruh peserta dan memastikan setiap peserta dapat melakukan tugasnya secara benar.
- d) Fasilitator menyampaikan rangkuman hasil praktik.

BAHAN PENUGASAN untuk PRAKTIK LAPANGAN (di Puskesmas)

1. Buku Bagan MTBS.
2. Formulir Pencatatan Balita Sakit umur 2 bulan - 5 tahun.
3. Formulir Pencatatan Bayi Muda umur kurang dari 2 bulan.
4. Form Pengamatan Langsung Tata laksana Kasus Balita Sakit 2 bulan – 5 tahun.
5. Form Pengamatan Langsung Tata laksana Kasus Bayi Muda < 2 bulan.
6. Form Pemantauan Pengisian Formulir Pencatatan MTBS (terlampir).
7. Form Pemantauan Pengisian Formulir Pencatatan MTBM (terlampir).
8. Lembar Instrumen pelaporan Pelita Kesmas.
9. Aplikasi Pelita Kesmas dalam sistem SIGIZI Terpadu.
10. Daftar Tilik Monev PGBT.

MPI 2

Tata laksana Balita Sakit Umur 2 Bulan – 5 Tahun

PANDUAN PRAKTIK LAPANGAN (di Rumah Sakit)

Tujuan: Setelah melaksanakan praktik lapangan, peserta mampu :

- a) Melakukan penilaian dan klasifikasi balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun dengan gizi buruk.
- b) Melakukan tindakan dan pengobatan balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun dengan gizi buruk.

Dengan pendekatan MTBS serta pembuatan resomal dan F100.

Waktu: 5 JP x 60 menit = 300 menit

Petunjuk:

Persiapan (H-1)

- a. Fasilitator memastikan bahwa Rumah Sakit yang akan dijadikan tempat praktik telah diberitahu untuk menyiapkan kasus dan ruangan tempat praktik membuat formula. Kasus yang disiapkan adalah 3 kasus balita gizi buruk. Jika tidak ada kasus gizi buruk dapat disiapkan kasus penyakit lain yang disertai masalah gizi lainnya.
- b. Fasilitator membagi peserta menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok A dan B (satu kelompok terdiri dari 15 orang peserta). Masing-masing kelompok didampingi oleh 1 orang fasilitator.
- c. Fasilitator menjelaskan bahwa selama 2 jam pertama (120 menit) kelompok A akan memeriksa balita sakit di ruang perawatan dan kelompok B melakukan praktik membuat formula gizi buruk di ruangan yang disediakan oleh pihak RS.

- d. Untuk 2 jam berikutnya, kelompok A dan B akan bertukar posisi.
- e. Fasilitator mengingatkan seluruh peserta agar membawa semua perlengkapan yang diperlukan, utamanya buku bagan MTBS, formulir pencatatan dan petunjuk praktik membuat formula.

Pelaksanaan:

- A. Praktik klinis dan praktik membuat formula (4 JP = 240 menit)
 1. Penerimaan rombongan oleh pimpinan rumah sakit atau yang mewakili. Fasilitator menyampaikan tujuan praktik serta mekanisme kegiatan yang akan dilakukan.
 2. Kelompok A dan kelompok B menuju ruangan masing-masing (ruang rawat anak dan ruangan yang akan digunakan untuk praktik membuat formula).
 3. Di ruang rawat anak:
 - . Dokter menyampaikan 3 kasus yang akan diperiksa peserta
 - . Fasilitator menentukan dan membagi kasus (1 kasus untuk 5 orang peserta) dan memberi arahan kepada peserta.
 - . Ketika memeriksa pasien, setiap peserta (dokter, perawat/ bidan, nutrisionis/ dietisien) harus berperan aktif, berkolaborasi dan melaksanakan tugas sesuai kompetensinya.
 - . Jika ditemukan pasien dengan tanda/gejala yang jarang dijumpai di puskesmas dan waktunya memungkinkan, fasilitator dapat menunjukkan tanda/gejala tersebut kepada peserta secara bergiliran.
 4. Di ruang praktik membuat formula:
 - . Fasilitator membagi peserta menjadi 3 kelompok. (1 kelompok 5 orang).
 - . Fasilitator menjelaskan formula yang akan dibuat.
 - . Setiap kelompok mendapatkan bahan dan peralatan untuk melakukan praktik pembuatan formula dan ReSoMal.
 - . Peserta praktik membuat formula (menimbang bahan, mencampur bahan, mengencerkan dan menghidangkan formula)
 5. Setelah 2 jam, kelompok A dan kelompok B bertukar posisi, dan masing-masing kelompok mengikuti langkah yang sama seperti diatas.
- B. Diskusi praktik klinis dan praktik membuat formula (1 JP = 60 menit)
 1. Setelah selesai memeriksa kasus dan praktik membuat formula, setiap kelompok mendiskusikan kasus dan membuat laporan kasus dalam bentuk paparan power point yang akan dipresentasikan.
 2. Presentasi dan diskusi kasus
 - . Wakil dari setiap kelompok mempresentasikan laporan kasus..
 - . Fasilitator memandu diskusi untuk setiap kasus yang dipresentasikan termasuk hasil pengamatan langsung oleh fasilitator. Diskusikan keterampilan tertentu yang dijumpai, hambatan atau kesulitan yang dirasakan peserta dan bagaimana cara mengatasinya.
 - . Fasilitator memberi umpan balik terkait keterampilan setiap peserta. Sampaikan langkah-langkah yang sudah dilakukan peserta dengan benar, berikan bimbingan tambahan atau koreksi untuk perbaikan jika diperlukan.

3. Fasilitator menyampaikan kesimpulan hasil praktik lapangan hari itu kepada seluruh peserta.

BAHAN PENUGASAN untuk PRAKTIK MEMBUAT FORMULA (di Rumah Sakit)

I. Cara membuat mineral mix, resomal F75 dan F100

Cara melarutkan mineral mix

- a. Larutkan 1 saset (8 g) dalam air matang yang sudah didinginkan sampai 20 ml.
- b. Simpan larutan dalam botol steril dan letakkan di dalam lemari es untuk menghambat kerusakan. Buang jika berubah seperti berkabut. Buatlah larutan baru setiap bulan.

Cara membuat resomal

- a. Masukkan paket oralit 200 ml ke dalam gelas ukur dengan kapasitas 500 ml.
- b. Tambahkan 10 gram gula pasir. (sebaiknya gula pasir ditimbang menggunakan timbangan kue dengan presisi 5 gram)
- c. Ukur 8 ml larutan mineral mix dengan gelas ukur atau suntikan dan tambahkan ke dalam larutan oralit
- d. tambahkan air masak yang sudah didinginkan sampai 400 ml
- e. Aduk sampai larut
- f. Oralit bisa digunakan dalam 24 jam

Cara membuat Formula 75 (F75) / Formula 100 (F100)

- a. Timbang bahan makanan yang diperlukan (susu bubuk, gula, minyak dan mineral mix)
- b. Campur gula dengan minyak aduk dengan sendok/ alat pengaduk *stainless steel*.
- c. Tambahkan susu bubuk skim/ *full cream*, aduk sampai tercampur
- d. Formula dicairkan dengan cara menambahkan air matang dengan suhu $> 70^{\circ}\text{C}$ (air mendidih didiamkan selama 5 menit, hal ini bertujuan supaya semua bakteri mati). Tambahkan mineral mix sesuai takaran
- e. Aduk formula sampai larut merata, dengan menggunakan alat pengaduk dari *stainless steel*. Tambahkan air panas sesuai dengan volume yang diperlukan.

F-100 dalam **bentuk kering** (susu, gula, minyak) dapat disimpan 2 x 24 jam, karena pada suhu ruang hanya dapat bertahan 2 x 24 jam.

Mineral mix diberikan terpisah.

II. Uraian tugas pembuatan formula untuk setiap kelompok

KELOMPOK I:

Membuat dan menghadirkan formula sbb :

- ReSoMal (400 cc)
- F100 bahan dasar susu skim, dihadangkan dalam bentuk dicairkan sebanyak 250 ml
- F100 bahan dasar susu skim, dihadangkan dalam bentuk kering (untuk 250 ml F100)
- F75 bahan dasar susu skim, dihadangkan dalam bentuk dicairkan sebanyak 250 ml

Resep ReSoMal dan Formula:

	Bahan	Jumlah
ReSoMal	Oralit	1 sachet
	Larutan mineral mix	8 cc
	Gula pasir	10 gram
	Ditambahkan air matang yang sudah dingin s/d 400 cc	
Formula 100 bahan susu skim; dicairkan untuk 250 cc	Susu skim	21,25 gram
	Gula pasir	12,5 gram
	Minyak sayur	15 gram
	Larutan elektrolit (mineral mix)	5 cc
	Ditambahkan air matang dengan suhu > 70 ⁰ C s/d 250 cc	
Formula 100 bahan susu skim bentuk kering untuk 250 cc	Susu skim	21,25 gram
	Gula pasir	12,5 gram
	Minyak sayur	15 gram
	Larutan elektrolit (mineral mix)	5 cc
	Disajikan dalam bentuk kering	
Formula 75 dicairkan untuk 250 cc	Susu skim	6,25 gram
	Gula pasir	25 gram
	Minyak sayur	7,5 gram
	Larutan mineral mix	5 cc
	Ditambahkan air matang dengan suhu > 70 ⁰ C s/d 250 cc	

Catatan: Larutan mineral mix dicampurkan sebelum formula ditambah air, pada formula bentuk kering tidak ditambah mineral mix.

KELOMPOK II:

Membuat dan menghadirkan formula sbb :

- ReSoMal (400 cc)
- F100 bahan dasar susu fullcream, dihadangkan dalam bentuk dicairkan sebanyak 250 ml
- F100 bahan dasar susu fullcream dalam bentuk kering (untuk 250 ml F100)
- F75 bahan dasar susu skim, dihadangkan dalam bentuk kering (untuk 250 ml F75)

Resep ReSoMal dan Formula:

	Bahan	Jumlah
ReSoMal	Oralit	1 sachet
	Larutan mineral mix	8 cc
	Gula pasir	10 gram
	Ditambahkan air matang yang sudah dingin s/d 400 cc	
Formula 100 dicairkan untk 250 cc	Susu <i>full cream</i>	27,5 gram
	Gula pasir	12,5 gram
	Minyak sayur	7,5 gram
	Larutan mineral mix	5 cc
	Ditambahkan air matang dengan suhu > 70 ⁰ C s/d 250 cc	
Formula 100 dalam bentuk kering	Susu <i>full cream</i>	27,5 gram
	Gula pasir	12,5 gram
	Minyak sayur	7,5 gram
	Larutan mineral mix	5 cc
	Disajikan dalam bentuk kering	
Formula 75 dalam bentuk kering	Susu skim	6,25 gram
	Gula pasir	25 gram
	Minyak sayur	7,5 gram
	Larutan mineral mix	5 cc
	Disajikan dalam bentuk kering	

Catatan: Larutan mineral mix dicampurkan sebelum formula ditambah air, pada formula bentuk kering tidak ditambah mineral mix.

KELOMPOK III:

Membuat dan menghidangkan formula sbb :

- ReSoMal (400 cc)
- F100 yang encer (untuk bayi < 6 bulan) bahan dasar susu fullcream, dihidangkan dalam bentuk dicairkan sebanyak 250 ml
- F100 yang encer (untuk bayi < 6 bulan) bahan dasar susu skim dihidangkan dalam bentuk dicairkan sebanyak 250 ml
- F75 bahan dasar susu fullcream, dihidangkan dalam bentuk dicairkan sebanyak 250 ml

Resep ReSoMal dan Formula:

ReSoMal	Bahan	Jumlah
	Oralit	1 sachet
	Larutan mineral mix	8 cc
	Gula pasir	10 gram
	Ditambahkan air matang yang sudah dingin s/d 400 cc	
Formula 100 yang diencerkan bahan susu fullcream; dicairkan untuk 250 cc	Susu <i>full cream</i> :	21 gram
	Gula pasir	9,6 gram
	Minyak sayur	5,8 gram
	Larutan mineral mix	2,6 cc
	Ditambahkan air matang dengan suhu > 70° C s/d 250 cc	
Formula 100 yang diencerkan bahan susu skim, dicairkan menjadi 250 cc	Susu skim:	16 gram
	Gula pasir	9,6 gram
	Minyak sayur	11,5 gram
	Larutan mineral mix	2,6 cc
	Ditambahkan air matang dengan suhu > 70° C s/d 250 cc	
Formula 75 dalam bentuk kering	Susu <i>full cream</i>	9 gram
	Gula pasir	25 gram
	Minyak sayur	4 gram
	Larutan mineral mix	5 cc
	Disajikan dalam bentuk kering	

Catatan: Larutan mineral mix dicampurkan sebelum formula ditambah air, pada formula bentuk kering tidak ditambah mineral mix.

III. Alat masak untuk setiap kelompok

Masing-masing kelompok mempersiapkan alat masak yang terdiri dari:

1. Gelas ukuran 500 ml sebanyak 1 buah
2. Sendok ukuran 1 set
3. Timbangan 1 buah
4. Gelas 5 buah dan
5. piring kecil untuk penghidang 2 buah
6. piring makan 3 buah
7. Sendok makan 5 buah
8. Sduit 10 ml 1 buah
9. Thermos 1 buah

IV. Alat dan bahan pangan yang dipersiapkan untuk praktek semua kelompok

Home economic set:

1. Termos air panas 2 liter : 5 (lima) buah (termos)
2. Sendok makan : 2 (dua) lusin
3. Mangkuk sop : 1 (satu) lusin
4. Gelas ukur 500 ml : 5 (lima) buah
5. Timbangan kue : 5 (lima) buah

6. Sendok pengaduk : 5 (lima) buah
7. Gelas 300 ml : 2 (dua) lusin
8. Piring makan plastik : 1 (satu) lusin
9. Sduit : 5 (tiga) buah
10. Sendok takar : 5 set

Bahan pangan:

1. *Dried Skim milk* (DSM) : ½ kg
2. *Full cream milk* : ½ kg
3. Mineral Mix : 6 (enam) sachet
4. Gula pasir : ½ kg
5. Minyak sayur : ½ kg
6. Oralit : 6 (enam) bungkus @ 200 ml

D. TES FORMATIF

Seorang anak laki-laki berumur 2,5 tahun, BB 10 kg, TB 95 cm, LiLA 11,7 cm, menderita diare selama 8 hari. Tidak ada darah dalam tinjanya. Tidak ada tanda bahaya umum. Anak sadar dan tidak gelisah/rewel, namun matanya tampak cekung. Ketika diberi minum, ia tampak haus minum dengan lahap. Cubitan kulit perutnya kembali lambat. Tidak ditemukan edema pada seluruh tubuh maupun di kedua punggung kaki/tangan. Anak tidak mempunyai klasifikasi berat lain.

Pertanyaan:

- a. Tentukan klasifikasi anak terkait dengan DIARE dan STATUS GIZInya.
- b. Seandainya, anak sudah diare selama 2 minggu dengan hasil pemeriksaan untuk diare sama seperti diatas, apa klasifikasi diarenya?
- c. Cairan apa yang harus diberikan kepada anak untuk rehidrasi atau mengatasi diarenya?. Perlukah anak diberi tablet zinc?, mengapa demikian?
- d. Kapan anak diminta untuk kunjungan ulang?, dan pemeriksaan apa yang akan Anda lakukan ketika anak datang kembali?

E. KUNCI JAWABAN

1. Jawaban Latihan Studi Kasus → lihat lampiran
2. Jawaban Tes Formatif :
 - a. Untuk diarenya, anak diklasifikasikan DIARE DEHIDRASI RINGAN/SEDANG, dan untuk status gizinya GIZI BURUK TANPA KOMPLIKASI.
 - b. Jika diare berlangsung 2 minggu, maka ada 2 klasifikasi untuk diarenya, yaitu: DIARE DEHIDRASI RINGAN/SEDANG dan DIARE PERSISTEN BERAT.
 - c. Pada anak diare yang disertai gizi buruk diberikan **resomal** (bukan oralit), dan tidak perlu diberikan tablet zinc karena dalam resomal sudah terkandung zinc.
 - d. Anak diminta kunjungan ulang setelah **7 hari**. Ketika anak datang kembali, dilakukan **pemeriksaan lengkap** mulai dari tanda bahaya umum sampai masalah lain, termasuk memeriksa status gizi anak.

F. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit, Kemenkes. 2022.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Kemenkes. 2020.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Saku Tata laksana Kasus Malaria, Kemenkes. 2020.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan tata laksana gizi buruk pada balita. Kemenkes. 2019.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian DBD di Indonesia, Kemenkes. 2018.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Tata laksana Baku Pneumonia, Kemenkes. 2015.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak, Kemenkes. 2015.
8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penatalaksanaan Penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut, Kemenkes. 2015.
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penerapan Terapi HIV Pada Anak. Kemenkes. 2014.
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk teknis tata laksana anak gizi buruk: Buku I. Kemenkes. 2013.
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk teknis tata laksana anak gizi buruk: Buku II. Kemenkes. 2013.
12. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Buku ajar Pediatri Gawat Darurat. Badan penerbit IDAI. 2013.
13. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Buku ajar Nutrisi dan Penyakit Metabolik. Badan penerbit IDAI. 2011.
14. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Asuhan Nutrisi Pediatrik. Badan penerbit IDAI. 2011.
15. World Health Organization. Update on the management of severe acute malnutrition in infant and children. WHO press. 2013.
16. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight- for-height and body mass index-forage: methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.
17. World Health Organization. Guidelines for the inpatient treatment of severely malnourished children. Geneva: WHO. 2003.

-o0o-

MATA PELATIHAN INTI 3

**TATALAKSANA BAYI MUDA
UMUR KURANG DARI 2 BULAN**

MATA PELATIHAN INTI 3 TATALAKSANA BAYI MUDA UMUR KURANG DARI 2 BULAN

A. TENTANG MODUL INI

DESKRIPSI SINGKAT

Pada prinsipnya, proses manajemen kasus pada bayi umur kurang dari 2 bulan (bayi muda) tidak berbeda dengan balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun. Beberapa hal yang telah dipelajari dalam menangani balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun berguna untuk menangani bayi muda.

Tatalaksana bayi muda umur kurang dari 2 bulan meliputi: menilai atau memeriksa bayi, menentukan klasifikasi sesuai gejala yang dimiliki bayi, memberi tindakan atau pengobatan berdasarkan klasifikasi, dan memberikan pelayanan tindak lanjut kepada bayi muda yang datang kembali untuk kunjungan ulang.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu melakukan taksana bayi muda umur kurang dari 2 bulan.

2. Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta dapat:

- a. Melakukan penilaian dan klasifikasi bayi muda umur kurang dari 2 bulan
- b. Memberikan tindakan atau pengobatan bayi muda umur kurang dari 2 bulan
- c. Menerapkan pelayanan tindak lanjut pada bayi muda umur kurang dari 2 bulan

MATERI POKOK

Materi pokok pada mata pelatihan ini meliputi:

1. Penilaian Dan Klasifikasi Bayi Muda Umur < 2 Bulan
2. Tindakan Atau Pengobatan Bayi Muda Umur < 2 Bulan
3. Pelayanan Tindak Lanjut Bayi Muda Umur < 2 Bulan

B. KEGIATAN BELAJAR

Materi Pokok 1 : PENILAIAN DAN KLASIFIKASI BAYI MUDA UMUR < 2 BULAN

PENDAHULUAN

Bayi muda mudah sekali menjadi sakit, cepat menjadi berat dan serius bahkan meninggal, terutama pada satu minggu pertama kehidupan bayi. Berikut akan dipelajari cara memberi pelayanan pada bayi muda umur kurang dari 2 bulan, baik yang **sakit** maupun **sehat**. Pelayanan untuk bayi muda yang sehat dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di poli KIA atau sebelum bayi diimunisasi, atau ketika Bidan melaksanakan kunjungan rumah.

Khusus untuk neonatus sakit maupun sehat yang memperoleh pelayanan kesehatan dengan pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), perlu ditetapkan kunjungan ke berapa sesuai dengan usianya, sebagai berikut:

- Kunjungan neonatus pertama (KN1) pada usia 6-48 jam.
- Kunjungan neonatus kedua (KN2) pada usia 3-7 hari.
- Kunjungan neonatus ketiga (KN3) pada usia 8-28 hari.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat melakukan penilaian dan klasifikasi bayi muda umur kurang dari 2 bulan.

SUB MATERI POKOK

Sub materi pokok yang akan dibahas adalah penilaian dan klasifikasi untuk:

1. Kemungkinan Penyakit Sangat Berat / Infeksi Bakteri
2. Ikterus
3. Diare
4. Inveksi HIV
5. Kemungkinan Berat Badan Rendah Menurut Umur dan Masalah Pemberian ASI / Minum
6. Status Vitamin K1 dan Imunisasi
7. Masalah atau Keluhan Lain pada Bayi dan Ibu

URAIAN SUB MATERI POKOK

1. KEMUNGKINAN PENYAKIT SANGAT BERAT / INFEKSI BAKTERI

Infeksi pada bayi muda dapat terjadi secara sistemik atau lokal. Infeksi sistemik gejalanya tidak terlalu khas, umumnya menggambarkan gangguan fungsi sistem organ seperti: gangguan kesadaran sampai kejang, gangguan napas, bayi malas minum, tidak bisa minum atau muntah, diare, demam atau hipotermia. Pada infeksi lokal biasanya bagian yang terinfeksi teraba panas, bengkak, merah. Infeksi lokal yang sering terjadi pada bayi muda adalah infeksi pada tali pusat, kulit dan mata.

Penilaian

a) Memeriksa Gejala Gangguan Napas.

Gangguan napas pada bayi muda merupakan salah satu tanda kegawatan bisa disebabkan oleh gangguan pada paru-paru, gangguan pada jantung, dan bisa juga karena infeksi bakteri berat. Bayi menunjukkan ada gangguan napas jika terdapat napas cepat (≥ 60 kali/menit) atau napas lambat (< 40 kali/menit) dan menetap. Gangguan napas bisa disertai tanda/gejala biru (sianosis), saturasi oksigen menurun, ada tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat, pernapasan cuping hidung, dan terdengar suara merintih.

Menghitung napas bayi harus 1 menit penuh. Jika hitungan pertama 60 kali per menit atau lebih, ulangi menghitung. Hal ini penting karena pernapasan pada bayi muda seringkali tidak teratur (*periodic apnea*) kadang-kadang berhenti bernapas beberapa detik (kurang dari 20 detik) diikuti dengan periode pernapasan yang lebih cepat. Hasil hitungan yang kedua merupakan frekuensi napas bayi untuk menentukan cepat atau lambat.

Sianosis atau warna kebiruan di sekitar mulut dan ujung jari menandakan bayi kekurangan oksigen akibat adanya gangguan napas atau Penyakit Jantung Bawaan (PJB). Pada kelainan jantung bawaan, mukosa mulut tampak kebiruan (sianosis sentral) dan menetap baik saat bayi menangis, mengisap maupun saat tidur. Sedangkan pada gangguan napas akibat masalah pada paru-paru, bayi akan tampak biru terutama di ujung-ujung jari tangan dan kaki (sianosis perifer).

Saturasi oksigen dapat digunakan untuk mendeteksi hipoksia di jaringan, merupakan tanda bahaya jika bayi memiliki saturasi oksigen di tangan dan atau kaki $< 95\%$. Pemeriksaan saturasi oksigen dengan *pulse oxymetri* pada bayi baru lahir merupakan salah satu cara paling mudah untuk mendeteksi adanya kegawatan dari PJB. Secara garis besar PJB bayi dibedakan menjadi dua yaitu PJB tergantung ductus (*ductus dependent*) dan PJB tidak tergantung ductus. Perlu dilakukan skrining pemeriksaan saturasi oksigen di dua tempat yaitu di tangan kanan dan kaki kiri untuk mendeteksi adanya PJB kritis, karena PJB sianotik yang tergantung ductus akan menunjukkan perbedaan saturasi oksigen $> 3\%$ antara tangan kanan dan kaki kiri.

Tarikan dinding dada kedalam yang tampak sedikit adalah normal pada bayi muda, karena dinding dada bayi masih lunak. Bila ada tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat, mudah terlihat dan menetap, berarti ada gangguan napas.

Pernapasan cuping hidung adalah pelebaran cuping hidung pada waktu bayi menarik napas. Ada pernapasan cuping hidung menandakan bayi mengalami kesulitan bernapas.

Merintih adalah suara napas pendek-pendek dan halus yang terdengar pada saat bayi menghembuskan napas. Terdengar suara merintih menandakan bayi mengalami kesulitan bernapas.

b) Memeriksa Gerakan Bayi.

Bayi sehat terlihat aktif, gerakan kaki dan tangan simetris pada saat terjaga dengan posisi ekstremitas dalam keadaan fleksi. Perhatikan gerakan bayi pada saat melakukan pemeriksaan, apakah bayi bergerak normal atau gerakannya lemah, tidak kuat bergerak atau mengisap, atau mungkin bayi menunjukkan kejang atau gerakan spontan tidak terkendali.

Disebut kejang tonik jika seluruh tubuh bayi terlihat kaku disertai fase lemas yang bergantian. Kejang tonik terlihat jika ada rangsangan sentuhan, cahaya atau suara. Kejang seperti ini biasanya pada bayi dengan tetanus disertai mulut mencucu seperti mulut ikan.

Gerakan tidak terkendali dapat berupa gerakan berulang-ulang pada mulut seperti menguap, mengunyah atau mengisap, pada mata seperti kelopak mata berkedip-kedip, adanya gerakan cepat bola mata, mata mendelik (melihat ke atas terus) atau bola mata berputar-putar dan pada anggota gerak misalnya kaki seperti mengayuh sepeda, tangan seperti petinju atau gerakan tangan dan atau kaki berulang-ulang satu sisi. Pada bayi normal kadang ditemukan gerakan tidak terkendali, namun gerakan tersebut berhenti jika disentuh atau dielus-elus, sedangkan pada kejang, gerakan tersebut tetap ada.

c) Memeriksa Suhu Badan.

Ukur suhu badan semua bayi muda pada waktu saudara melakukan kunjungan neonatal atau memeriksa bayi muda di klinik. Suhu normal adalah 36,5 – 37,5°C. Hipotermia (< 36,5°C) dan demam (> 37,5°C) pada bayi muda merupakan tanda adanya kemungkinan infeksi yang serius.

Mengukur suhu bayi muda dilakukan dengan menggunakan termometer pada aksiler. Tidak dianjurkan mengukur secara rektal karena dapat mengakibatkan terjadinya perlukaan pada anus.

d) Memeriksa Gejala Gangguan Saluran Cerna.

Tanyakan kepada ibu, apakah bayi tidak buang air besar 48 jam setelah lahir. Biasanya bayi baru lahir mengeluarkan meconium pada 24 jam pertama. Jika bayi belum buang air besar setelah 24 jam, patut dicurigai kemungkinan adanya sumbatan saluran cerna.

Tanyakan apakah bayi muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau. Muntah yang terjadi segera setelah minum pertama menandakan adanya sumbatan pada saluran cerna atas (*oesofagus*). Jika muntahnya berulang kemungkinan ada sumbatan di bawah lambung (daerah *pilorus*). Muntah berulang dan berwarna hijau sering merupakan gejala obstruksi atau sumbatan pada usus halus.

Gejala perut kembung dan sulit bernapas pada bayi bisa merupakan salah satu tanda sumbatan usus atau ada udara berlebihan akibat teknik menyusui yang kurang tepat.

Periksa lubang anus bayi dengan menggunakan termometer. Pemeriksaan ini hanya untuk memeriksa ada tidaknya lubang anus. Dikerjakan apabila bayi belum buang air besar lebih dari 24 jam terakhir. Hati-hati dalam melakukan pemeriksaan, karena dapat melukai bayi. Jika pada pemeriksaan tidak didapatkan lubang anus, atau kotoran keluar

dari lubang tidak normal di sekitar anus, maka bayi menderita Atresia Ani (kelainan kongenital).

e) Memeriksa Infeksi Bakteri Lokal

Infeksi bakteri lokal yang sering terjadi pada bayi muda adalah infeksi pada mata, pusar dan kulit. Mata bernanah pada bayi baru lahir merupakan tanda infeksi mata. Berat ringan infeksi tersebut dapat dilihat dari banyaknya produksi nanah dan bengkaknya mata bayi.

Lihat apakah pusar kemerahan atau bernanah. Jika kemerahan, apakah meluas sampai ke kulit dinding perut. Pusar yang infeksi, di daerah pangkal tali pusat bayi biasanya kemerahan. Jika pusar bernanah atau warna kemerahan meluas ke kulit dinding perut lebih dari 1 cm berarti bayi mengalami infeksi bakteri berat.

Perawatan pusar sehari-hari tidak membutuhkan perawatan dengan alkohol kecuali jika ada infeksi kulit bisa diberikan alkohol 70% atau klorheksidin. Pemberian povidone iodine tidak boleh untuk perawatan tali pusat, karena dapat memicu kejadian transient hypothyroid yang berbahaya untuk perkembangan otak bayi terutama di awal-awal kehidupan.

Periksa seluruh badan bayi apakah ada tanda/gejala bercak merah atau benjolan berisi nanah di kulit. Pustul sering ditemukan pada daerah yang tertutup, misalnya lipatan leher dan ketiak.

Klasifikasi

Gunakan Buku Bagan MTBS untuk menentukan klasifikasi, perhatikan kolom gejala mulai dari atas.

- Jika ditemukan 1 gejala atau lebih pada lajur merah muda, klasifikasikan sebagai **PENYAKIT SANGAT BERAT ATAU INFEKSI BAKTERI BERAT**.
- Jika ditemukan 1 gejala atau lebih pada lajur kuning, klasifikasikan sebagai **INFEKSI BAKTERI LOKAL**.
- Jika tidak terdapat satupun gejala pada lajur merah dan kuning, klasifikasikan sebagai **MUNGKIN BUKAN INFEKSI**.

Ingat, jika ditemukan gejala pada lajur yang berbeda warna, tentukan klasifikasi yang lebih berat.

2. IKTERUS

Sampai saat ini ikterus masih merupakan masalah pada bayi baru lahir, terjadi sekitar 25 – 50 % pada bayi lahir cukup bulan dan lebih tinggi lagi pada bayi lahir kurang bulan. Ikterus adalah perubahan warna kulit atau selaput mata menjadi kekuningan. Sebagian besar (80%) ikterus merupakan akibat penumpukan bilirubin (merupakan hasil pemecahan sel darah merah), sebagian lainnya karena ketidak-cocokan golongan darah ibu dan bayi. Peningkatan kadar bilirubin dapat diakibatkan oleh pembentukan yang berlebih atau ada gangguan pengeluarannya. Ikterus pada bayi baru lahir dapat merupakan bentuk fisiologik

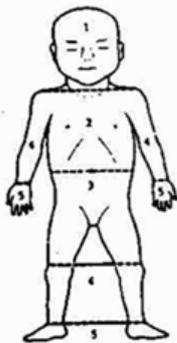
dan patologik. Yang bersifat patologik dikenal sebagai "hiperbilirubinemia" yang dapat mengakibatkan gangguan susunan saraf pusat (Kern ikterus) atau kematian.

Penilaian

Untuk menilai derajat kekuningan pada kulit bayi digunakan cara sederhana yaitu metode "Kramer" yaitu dengan melihat luasnya penyebaran warna kuning pada kulit tubuh bayi. Memeriksa ikterus sebaiknya di bawah cahaya sinar matahari, dan kulit yang diamati sedikit ditekan.

Sangat penting untuk mengetahui pada umur berapa atau hari ke berapa timbul kuning. Ikterus yang tidak memerlukan tindakan khusus hanya memerlukan asuhan dasar bayi muda dan meningkatkan pemberian ASI biasanya timbul setelah 24 jam dan menghilang sebelum umur 14 hari. Ikterus yang muncul setelah umur 14 hari biasanya berhubungan dengan infeksi hati atau sumbatan aliran bilirubin pada sistim empedu.

Penting juga menentukan sampai bagian tubuh mana kuning terlihat. Kuning pada tubuh yang makin luas menandakan konsentrasi bilirubin darah meningkat.



Derajat ikterus menurut "Kramer"

- Kramer 1 : Kuning pada daerah kepala dan leher
- Kramer 2 : Kuning sampai badan bagian atas (pusar ke atas)
- Kramer 3 : Kuning sampai badan bagian bawah (lutut/siku)
- Kramer 4 : Kuning sampai pergelangan tangan dan kaki.
- Kramer 5 : Kuning sampai telapak tangan dan kaki

Klasifikasi

- Jika timbul kuning pada hari pertama (< 24 jam) setelah lahir, ATAU kuning ditemukan pada umur lebih dari 14 hari, ATAU kuning seluruh tubuh mulai kepala, badan sampai telapak tangan atau telapak kaki, klasifikasikan sebagai IKTERUS BERAT.
- Jika timbul kuning pada umur > 24 jam sampai dengan 14 hari, DAN kuning tidak sampai telapak tangan atau telapak kaki, klasifikasikan sebagai IKTERUS.
- Jika bayi tidak kuning, harus tetap diklasifikasikan sebagai TIDAK ADA IKTERUS.

3. DIARE

Ibu mudah mengenali bayi diare karena pada umumnya terdapat perubahan bentuk tinja yang tidak seperti biasanya dan frekuensi beraknya lebih sering dibanding biasanya. Berak encer dan sering, merupakan hal biasa pada bayi muda yang mendapat ASI saja.

Penilaian

Tanyakan kepada ibu apakah bayi diare. Jika ibu menjawab TIDAK, tidak perlu menilai dan mengklasifikasikan bayi untuk diare, lanjutkan pemeriksaan berikutnya untuk menilai HIV. Jika ibu menjawab YA atau keluhan utama ibu adalah bayi diare, lakukan penilaian untuk diare sebagaimana tertulis pada formulir pencatatan kolom penilaian untuk menilai Diare.

Lihat keadaan umum bayi, apakah bayi bergerak atas kemauan sendiri, hanya jika dirangsang, tidak bergerak sama sekali, atau gelisah/rewel. Bayi yang dehidrasi, biasanya gelisah atau rewel. Jika dehidrasi berlanjut, bayi menjadi letargis atau tidak sadar.

Tentukan adakah mata cekung pada bayi. Tanyakan kepada ibu, apakah menurut ibu mata bayi kelihatan lain dari biasanya. Pendapat ibu dapat membantu untuk memastikan bahwa mata bayi benar cekung atau tidak. Mata cekung merupakan salah satu tanda adanya kehilangan cairan.

Cubit kulit perut bayi, apakah kulit yang dicubit kembali sangat lambat (lebih dari 2 detik), lambat (masih sempat terlihat lipatan kulit), atau kembali segera. Pada bayi yang dehidrasi, kulit perut akan kembali dengan lambat atau sangat lambat jika dicubit.

Klasifikasi

Lihat kolom gejala pada bagan algoritma diare. Tentukan klasifikasi diare untuk dehidrasinya.

- Jika ditemukan 2 atau lebih tanda/gejala yang terdapat pada lajur merah muda, klasifikasikan sebagai DIARE DEHIDRASI BERAT.
- Jika tidak ada tanda/gejala sebagaimana tercantum pada lajur merah muda, lihat lajur kuning. Jika ditemukan dua atau lebih tanda/gejala pada lajur kuning, klasifikasikan sebagai DIARE DEHIDRASI RINGAN/SEDANG.
- Jika tidak cukup tanda/gejala untuk dehidrasi berat atau ringan/sedang, klasifikasikan sebagai DIARE TANPA DEHIDRASI.

4. INFEKSI HIV

Pada mata pelatihan sebelumnya (MPI 2), telah dijelaskan tentang mekanisme penularan infeksi HIV, alur diagnosis serta upaya pencegahan penularan infeksi HIV dari ibu ke anak. Pada bayi muda umur kurang dari 2 bulan, diagnosis infeksi HIV ditegakkan dengan pemeriksaan virologi. Jika tes virologi negatif, ulangi tes 6 minggu setelah ASI dihentikan. Jika tes serologi positif, lakukan tes virologi sesegera mungkin. Jika bayi muda dengan tes serologi positif dan belum mungkin dilakukan tes virologi, bayi dapat didiagnosis presumtif HIV dan dirujuk untuk mendapat obat antiretroviral (ARV).

Bagi semua bayi baru lahir dengan ibu terinfeksi HIV, Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) merekomendasikan pemberian susu formula sepenuhnya untuk mengurangi risiko penularan, atau jika hal ini tidak memungkinkan maka diberikan ASI sepenuhnya, tapi tidak dengan pemberian nutrisi campuran antara ASI dan formula.

Penilaian

Setiap bayi muda diperiksa status HIV dengan menanyakan apakah ibu atau bayi pernah dites HIV. Jika pernah, tentukan status HIVnya. Jika status HIV ibu positif dan bayi tidak memiliki tes virologis positif, tanyakan:

- Apakah saat ini bayi mendapat ASI?
- Apakah bayi pernah mendapat ASI sebelum atau saat pemeriksaan HIV?
- Apakah ibu dalam pengobatan antiretroviral (ARV) dan bayi diberikan profilaksis ARV?

Jika status HIV ibu dan bayi tidak diketahui atau belum dites, lakukan tes HIV pada ibu. Jika ternyata ibu positif, lakukan tes virologi pada bayi (jika dimungkinkan).

Klasifikasi

Gunakan buku bagan untuk menentukan Klasifikasi, mulailah dengan membaca kolom gejala dari atas ke bawah.

- Jika hasil tes virologi bayi positif, klasifikasikan sebagai INFEKSI HIV TERKONFIRMASI.
- Jika hasil tes serologi bayi positif, ATAU Ibu HIV positif dan bayi mendapat ASI atau berhenti menyusui <6 minggu dengan tes virologis negatif, ATAU Ibu HIV positif dan bayi belum tes HIV, klasifikasikan sebagai TERPAJAN HIV: MUNGKIN INFEKSI HIV.
- Jika ibu atau bayi belum tes HIV, klasifikasikan sebagai INFEKSI HIV TIDAK DIKETAHUI.
- Jika Ibu dengan tes HIV negatif atau bayi dengan tes virologis negatif, klasifikasikan sebagai BUKAN INFEKSI HIV.

5. KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN MASALAH PEMBERIAN ASI / MINUM.

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi pada umur 6 bulan pertama kehidupannya. Jika ada masalah pemberian ASI pada masa ini, bayi dapat kekurangan gizi dan mudah terserang penyakit. Keadaan ini akan berdampak pada tumbuh kembang anak di kemudian hari bahkan dapat berakhir dengan kematian.

Masalah yang sering ditemui pada bayi adalah berat badan rendah menurut umur. Hal ini dapat menggambarkan adanya masalah pemberian ASI. Masalah pemberian ASI pada bayi muda cukup bulan biasanya berkaitan dengan masukan ASI yang kurang. Masalah pemberian ASI pada bayi lahir kurang bulan biasanya terkait dengan refleks isap yang belum sempurna.

Penilaian

Tanyakan kepada ibu mengenai pemberian ASI: berapa kali bayi diberi ASI, apakah ada kesulitan dalam pemberian ASI. Setiap kesulitan dalam pemberian ASI yang disebutkan ibu, merupakan hal penting. Ibu mungkin membutuhkan nasihat untuk mengatasi kesulitan tersebut. Tanyakan juga apakah bayi diberi makanan atau minuman lain selain ASI, makanan/minuman apa yang diberikan kepada bayi dan berapa kali pemberiannya. Seyogyanya bayi diberi ASI eksklusif sesering dan selama yang dikehendaki bayi, pagi, siang, sore dan malam, sedikitnya 8 kali sehari.

Periksa apakah ada bercak putih (thrush) di mulut bayi atau ada kelainan pada bibir/langit-langit. Thrush terlihat seperti bercak susu atau lapisan putih yang tebal pada pipi bagian dalam atau lidah. Jika dibersihkan, thrush tidak akan hilang. Celah bibir/langit-langit akan mempengaruhi bayi dalam menyusui dan akan mempengaruhi jumlah masukan ASI, selain itu dikhawatirkan akan terjadi aspirasi pada bayi saat menyusui. Untuk itu bayi perlu dirujuk segera.

Tentukan berat badan bayi menurut umur. Bayi muda dengan berat badan rendah adalah bayi muda yang memiliki berat badan menurut umur $\leq - 2$ SD. Bila berat badan menurut umur $> - 2$ SD maka berat badan bayi tidak rendah.

Jika bayi tidak akan dirujuk, lakukan penilaian **cara menyusui** dengan memperhatikan :

Posisi

Terdapat 4 tanda posisi benar, yaitu:

- Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, jangan hanya leher dan bahunya saja.
- Kepala dan tubuh bayi lurus (telinga dan lengan bayi berada pada 1 garis lurus).
- Badan bayi menghadap ke dada ibu.
- Badan bayi dekat ke ibu (badan bayi menempel badan ibu).

Jika terlihat ke-4 tanda tersebut, berarti posisi benar. Jika salah satu tanda tersebut diatas tidak ada, maka posisi salah.

Perlekatan

Terdapat 4 tanda melekat dengan baik, yaitu:

1. Dagu bayi menempel payudara ibu.
2. Mulut bayi terbuka lebar.
3. Bibir bawah bayi membuka keluar.
4. Areola bagian atas tampak lebih banyak.

Jika ke-4 tanda melekat ada, maka bayi melekat dengan baik. Jika 1, 2 atau 3 tanda tidak ditemukan maka bayi tidak melekat dengan baik. Jika ke-4 tanda tersebut tidak ada, maka bayi tidak melekat sama sekali.

Isapan

Bayi mengisap dengan efektif jika bayi mengisap ASI secara dalam, teratur, diselingi istirahat dan hanya terdengar suara menelan.

Bayi tidak mengisap dengan efektif jika bayi mengisap ASI secara cepat dan dangkal, tidak mendengar suara menelan, yang terdengar adalah suara isapan.

Bayi tidak mengisap sama sekali berarti bayi tidak dapat mengisap ASI ke dalam mulutnya dan tidak dapat menelan.

Klasifikasi

Lihat tanda dan gejala yang terdapat pada bagan algoritma. Pilih klasifikasi yang sesuai.

- Jika bayi berumur < 7 hari dan berat badannya < 2 kg, klasifikasikan sebagai BERAT BADAN SANGAT RENDAH MENURUT UMUR.
- Jika terdapat 1 atau lebih tanda/gejala pada lajur kuning, klasifikasikan sebagai BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR, atau MASALAH PEMBERIAN ASI, atau BERAT BADAN RENDAH MENURUT UMUR DAN MASALAH PEMBERIAN ASI, sesuai dengan gejala yang ditemukan pada bayi.
- Jika tidak ditemukan tanda/gejala pada lajur merah maupun kuning, klasifikasikan sebagai BERAT BADAN TIDAK RENDAH MENURUT UMUR DAN TIDAK ADA MASALAH PEMBERIAN ASI.

Telah dijelaskan mekanisme penularan infeksi HIV dari ibu ke bayi yang antara lain bisa terjadi jika bayi mendapatkan nutrisi campuran antara ASI dan susu formula. Jika Ibu HIV positif dan mencampur pemberian ASI-nya dengan makanan lain misalnya susu formula, RUJUK ke bagian Gizi.

Penatalaksanaan bayi muda dari ibu HIV positif yang tidak disusui, prinsipnya sama yaitu dengan melakukan penilaian, klasifikasi dan tindakan/pengobatan sesuai buku bagan pada bagian "Memeriksa Kemungkinan Berat Badan Rendah Menurut Umur Dan Masalah Pemberian Minum". Dalam hal ini, anamnesis ibu difokuskan pada pemberian minum, seperti: jenis, jumlah dan frekuensi pemberian minum, cara ibu menyiapkan dan memberikan minum, alat yang digunakan untuk minum dan cara ibu membersihkannya.

6. STATUS VITAMIN K1 dan IMUNISASI

Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, maka semua bayi akan berisiko untuk mengalami perdarahan *Haemorrhagic Disease of the Newborn* (HDN), tidak tergantung apakah bayi mendapat ASI atau susu formula. Perdarahan bisa ringan atau menjadi sangat berat, berupa perdarahan pada Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) ataupun perdarahan intrakranial. Untuk mencegah kejadian tersebut, maka pada semua bayi baru lahir, baik yang berat lahir sesuai usia kehamilan dan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) tetap diberikan suntikan vitamin K1 1 mg dosis tunggal intra muskular pada antero lateral paha kiri. Jadi periksalah status vitamin K1 bayi muda, apakah sudah mendapat vitamin K1 yang harus diberikan segera setelah lahir. Catat pemberian vitamin K1 dalam formulir pencatatan dan Buku KIA.

Periksa status imunisasi bayi muda, apakah sudah mendapatkan imunisasi HB-0, BCG dan Polio sesuai waktu yang seharusnya. Berikan imunisasi sesuai pedoman imunisasi nasional yang berlaku. Imunisasi HB-0 disuntikkan di paha kanan bayi segera setelah lahir. Jika pada kontak pertama dengan petugas kesehatan umur bayi lebih dari 7 hari, tidak lagi diberikan HB-0. Berikan HB-1 pada umur 2 bulan.

Pada bayi BBLR dengan berat <2000 gram, HB0 tetap diberikan tapi tidak diperhitungkan, sehingga pemberian Hepatitis B vaksin dihitung saat bayi berusia 2 bulan sebagai suntikan pertama.

Catat status imunisasi bayi pada formulir pencatatan dengan memberi tanda (√) pada jenis imunisasi yang sudah diperoleh, tanda lingkaran (melingkari) jenis imunisasi yang dibutuhkan, dan menuliskan jenis imunisasi yang diberikan. Catat juga pemberian imunisasi dalam Buku KIA.

7. MASALAH ATAU KELUHAN LAIN PADA BAYI DAN IBU

Tanyakan adanya masalah atau keluhan lain pada bayi muda. Masalah lain pada bayi dapat berupa kelainan bawaan (kongenital) seperti bibir atau langit-langit sumbing, *talipes equinovarus* (kaki pengkor), atau berupa trauma lahir, perdarahan tali pusat, dll.

Bagian terakhir pada formulir pencatatan bayi muda adalah menilai masalah atau keluhan yang mungkin diderita oleh ibu dan dapat berpengaruh pada kesehatan bayi. Beberapa hal yang bisa ditanyakan kepada ibu a.l:

- Masalah pasca persalinan yang sering, seperti : perdarahan, demam, sakit kepala, pusing, stres atau depresi.
- Masalah dengan waktu istirahat, pola tidur, pola makan dan minum, kebiasaan buang air kecil atau buang air besar.
- Produksi ASI, kondisi puting (rata, tertarik ke dalam, lecet), kondisi payudara (bengkak).
- Kesulitan merawat bayi baru lahir
- Keluhan mulas, lokia berbau atau berwarna gelap, nyeri pada perineum
- Obat-obatan yang diminum ibu, misalnya tablet tambah darah, vitamin A, dll.
- Alat kontrasepsi yang digunakan.

Periksa keadaan umum ibu, ukur tanda/gejala vital (suhu, denyut nadi, tekanan darah), tanda-tanda anemia dan perdarahan. Lakukan pemeriksaan fisik payudara, uterus, daerah perineum dan edema kaki. Catat dalam rekam medis untuk kemudian ditindaklanjuti sesuai kompetensi, kewenangan dan prosedur yang berlaku.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi pokok tentang Penilaian dan Klasifikasi Bayi Muda umur kurang dari 2 bulan, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Tatalaksana bayi muda dengan pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dilakukan untuk bayi umur < 2 bulan yang sakit maupun sehat.
- ❖ Seluruh tahapan pemeriksaan pada bayi muda harus dilakukan, kecuali memeriksa diare (hanya jika bayi diare).
- ❖ Pemeriksaan bayi dengan menggunakan Formulir Pencatatan Bayi Muda umur <2 bl, bisa dilakukan juga saat kunjungan rumah oleh bidan (kunjungan neonatus) dan sebelum bayi diimunisasi.
- ❖ Cakupan neonatus komplikasi ditangani dapat diperoleh dari temuan klasifikasi kuning dan merah muda pada neonatus yang diperiksa dengan pendekatan MTBM.

Materi Pokok 2 : TINDAKAN ATAU PENGOBATAN BAYI MUDA UMUR < 2 BULAN

PENDAHULUAN

Menentukan tindakan dan memberi pengobatan disesuaikan dengan klasifikasi bayi dan mengacu pada Buku Bagan MTBS dalam kolom tindakan/pengobatan. Bayi muda yang termasuk klasifikasi merah muda (klasifikasi berat) memerlukan rujukan segera ke fasilitas pelayanan yang lebih baik. Sebelum merujuk lakukan tindakan/pengobatan pra rujukan. Jelaskan kepada orang tua bahwa tindakan atau pengobatan pra rujukan diperlukan untuk menyelamatkan kelangsungan hidup bayi. Minta persetujuan orang tua (informed consent) sebelum melakukan tindakan pra rujukan.

Bayi muda dengan klasifikasi berwarna kuning dan hijau tidak memerlukan rujukan. Lakukan tindakan/pengobatan dan nasihat untuk ibu termasuk kapan harus segera kembali serta kunjungan ulang, sesuai dengan buku bagan.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat melakukan tindakan atau pengobatan pada bayi muda umur kurang dari 2 bulan.

SUB MATERI POKOK

Sub materi pokok yang akan dibahas adalah:

1. Tindakan/Pengobatan untuk Bayi Muda yang Memerlukan Rujukan.
2. Tindakan/Pengobatan untuk Bayi Muda yang Tidak Memerlukan Rujukan

URAIAN SUB MATERI POKOK

1. Tindakan Untuk Bayi Muda Yang Memerlukan Rujukan

Sebelum merujuk bayi muda ke rumah sakit, berikan semua tindakan pra rujukan yang sesuai dengan klasifikasinya. Tindakan/pengobatan pra rujukan tercetak dengan **huruf tebal** pada buku bagan. Jangan melakukan tindakan yang tidak perlu, yang dapat menghambat rujukan. Siapkan surat rujukan dan jelaskan kepada ibu apa alasan merujuk bayi. Ajari ibu segala sesuatu yang perlu dilakukan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan. Jika rujukan tidak memungkinkan, pertahankan bayi tetap stabil sesuai fasilitas yang tersedia dan berikan konseling yang memadai.

Beberapa tindakan/pengobatan pra rujukan yang harus dilakukan sebelum merujuk bayi muda dengan klasifikasi berat, adalah :

a) Menjaga Bayi Tetap Stabil

Merujuk bayi muda dengan klasifikasi PENYAKIT SANGAT BERAT adalah pilihan yang terbaik. Untuk dapat merujuk bayi muda, kondisi bayi harus stabil, yaitu:

- Terpasang infus untuk menjaga keseimbangan cairan dan gula darah. Biasanya digunakan Dekstrose 10% sebanyak 60 ml/kgBB/24 jam dalam tetesan ml/jam.
- Suhu tubuh bayi stabil diantara 36,5°C - 37,5°C.

- Cara sederhana dan tepat guna untuk menghangatkan bayi muda adalah dengan metode kanguru. Cara ini sangat mudah dan dapat dikerjakan oleh semua orang. Prinsip metode kanguru adalah menghangatkan tubuh bayi dengan cara meletakkan bayi di dada seseorang sehingga terjadi kontak kulit langsung.
- Jalan napas dan pernapasan bayi terjaga dengan pemberian oksigen 1 liter/menit.
- Denyut jantung bayi tidak kurang dari 100x/menit untuk menjaga sirkulasi aliran darah. (Lihat Pedoman Perawatan Neonatal Essensial)

b) Menangani Kejang

Jika bayi muda ditemukan dalam keadaan kejang saat pemeriksaan, segera lakukan penanganan untuk kejang sebelum melakukan penilaian yang lain dan merujuk bayi. Ingat untuk tidak memberi minum bayi yang sedang kejang, karena bisa terjadi aspirasi. Obat anti kejang yang dapat diberikan pada bayi muda adalah fenobarbital, diazepam atau fenitoin. Cara menangani kejang dengan obat anti kejang secara rinci dapat dilihat dalam buku bagan.

Saat menangani kejang, perhatikan jalan napas (*Airway*), pernapasan (*Breathing*), dan sirkulasi (*Circulation*).

Langkah-langkah melakukan resusitasi neonatus atau bayi muda:

1. Beri kehangatan dan posikan bayi menghidu, bahu bayi dapat diganjal dengan handuk yang dilipat sehingga leher dan bahu tampak sejajar, tidak terlalu menengadah.
2. Bersihkan jalan nafas, pilihlah sungkup yang sesuai dengan ukuran menutup hidung dan mulut bayi (tidak terlalu besar dan tidak terlalu kecil). Siapkan Balon Mengembang Sendiri (BMS) 250cc tanpa perlu disambungkan dengan tabung oksigen.
3. Berikan Ventilasi tekanan positif (VTP) sebanyak 5x menggunakan BMS dengan hitungan 1-lepas-lepas, 2-lepas-lepas, 3-lepas-lepas, 4-lepas-lepas, 5-lepas-lepas.
4. Lakukan evaluasi apakah bayi masih megap-megap, dan periksa denyut jantung dalam 6 detik (minimal terdapat 10 denyut jantung dalam 6 detik)
5. Jika bayi masih mengalami gangguan napas atau napas megap-megap, evaluasi SR-IBTA
 - **S**ungkup melekat erat
 - **R**eposisi jalan napas
 - **I**sap mulut dan hidung
 - **B**uka mulut
 - **T**ekanan dinaikan (BMS disambungkan ke tabung oksigen 5-8 liter permenit)
 - **A**lternatif jalan napas (persiapan intubasi)
6. Lakukan ventilasi kembali dengan hitungan yang sama 1-lepas-lepas, 2-lepas-lepas, 3-lepas-lepas, 4-lepas-lepas, 5-lepas-lepas...dst sampai 20 siklus.
7. Lakukan evaluasi kembali jika didapatkan denyut jantung <60x/menit (minimal terdapat 10 denyut jantung dalam 6 detik) lakukan VTP dengan kompresi dada, dengan hitungan 3 kompresi dan 1 ventilasi selama 45 detik dengan hitungan 1-2-3-1; 1-2-3-2; 1-2-3-3; 1-2-3-4; 1-2-3-5...dst sampai 1-2-3-30 (1-2-3 adalah jumlah kompresi dada yang dilakukan, sedangkan angka terakhir adalah hitungan ventilasi 1, ventilasi 2, ventilasi 3 ...dst sampai dengan 30 ventilasi)

c) Membebaskan Jalan Napas

Jika ditemukan bayi dalam keadaan gangguan napas atau kejang, lakukan tindakan membebaskan jalan napas sebagai berikut:

- Posisikan kepala bayi dalam keadaan datar, leher sejajar bahu (posisi menghidu) setengah tengadah, jika perlu bahu diganjal dengan gulungan kain jangan bagian leher, karena saluran napas bayi lebih pendek dan diameternya lebih kecil dibandingkan anak besar dan orang dewasa.
- Bersihkan jalan napas dengan menggunakan alat penghisap lendir.
- Jika mungkin, berikan oksigen dengan kateter nasal atau nasal prong dengan kecepatan 1 liter per menit.

Cara Menggunakan Alat Pengisap Lendir:

- Jika alat pengisap lendir dimasukkan melalui mulut, maka panjang pipa yang dimasukkan maksimum 5 cm dari ujung bibir.
- Jika alat pengisap lendir dimasukkan melalui hidung, maka panjang pipa yang dimasukkan maksimum 3 cm dari ujung hidung.

Jika terjadi henti napas (apnea), lakukan resusitasi sesuai dengan Pedoman Resusitasi Neonatus.

d) Mengatasi Sumbatan Saluran Cerna

Jika ada tanda sumbatan saluran cerna seperti: muntah berisi susu atau cairan berwarna hijau, atau perut kembung disertai sulit bernapas, lakukan dekompresi saluran cerna dengan memasang pipa orogastrik dengan ujung terbuka.

e) Memberi Dosis Pertama Antibiotik Intramuskular

Tidak perlu khawatir memberikan dosis pertama antibiotik intramuscular pada bayi, karena risiko syok anafilaktik pada bayi muda sangat jarang terjadi. Antibiotik pilihan pertama adalah Ampisilin dan Gentamisin yang disuntikan secara intramuskular dan dalam di paha bagian lateral. Dosis pemberiannya dapat dilihat dalam tabel pengobatan bayi muda pada buku bagan.

f) Mempertahankan Asupan ASI

Selama proses rujukan atau selama dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan, pertahankan asupan ASI yang cukup untuk bayi agar bayi tidak kekurangan cairan. Disamping itu, jaga agar tubuh bayi tetap hangat.

g) Mencegah Agar Gula Darah Tidak Turun

Mencegah kadar gula darah tidak turun merupakan tindakan penting sebelum merujuk bayi dengan klasifikasi BERAT BADAN SANGAT RENDAH MENURUT UMUR. Penurunan kadar gula darah dapat menyebabkan kerusakan otak. Lihat buku bagan tentang cara mencegah agar gula darah tidak turun.

h) Cairan Intra Vena untuk Dehidrasi Berat

Cairan intravena diberikan pada bayi muda yang mempunyai klasifikasi DIARE DEHIDRASI BERAT dengan Rencana Terapi C.

Cairan intra vena diberikan 30 ml/kgBB selama 1 jam, kemudian dievaluasi. Bila membaik, diteruskan 70 ml/kgBB selama 5 jam. Evaluasi dilakukan setiap jam. Bila belum membaik tetap berikan 30 ml/kgBB dan rujuk ke fasilitas kesehatan lanjutan.

2. Tindakan Untuk Bayi Muda Yang Tidak Memerlukan Rujukan

Bayi muda yang tidak memerlukan rujukan atau yang memiliki klasifikasi pada lajur berwarna kuning dan hijau, dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali pada klasifikasi IKTERUS, meskipun tergolong klasifikasi kuning, jika memungkinkan bayi tetap di rujuk untuk penentuan kadar bilirubin dan tatalaksana yang sesuai.

Gunakan buku bagan untuk menentukan tindakan atau memberi pengobatan pada bayi sesuai klasifikasinya, dan tuliskan dalam formulir pencatatan hanya tindakan yang relevan untuk bayi tersebut.

Berikut beberapa tindakan atau pengobatan pada bayi muda yang tidak memerlukan rujukan:

a) Melakukan Asuhan Dasar Bayi Muda

Tindakan asuhan dasar bayi muda adalah tindakan sederhana tetapi penting untuk kelangsungan hidup yang harus diberikan pada bayi muda yang sehat maupun sakit. Hampir semua klasifikasi pada lajur berwarna kuning dan hijau memerlukan asuhan dasar bayi muda.

Dalam buku bagan tercatat 4 tindakan asuhan dasar bayi muda, yaitu :

- Mencegah infeksi
- Menjaga bayi muda tetap hangat
- Memberikan ASI saja sesering mungkin
- Memberi Imunisasi

b) Melakukan Rehidrasi Oral

Penanganan diare yang paling penting adalah mencegah atau mengatasi dehidrasi, selain mencegah terjadinya gangguan nutrisi dan lain-lain. Oleh karena itu saudara harus menguasai dengan baik rencana terapi A dan B bagi penderita diare. Pada dasarnya cara rehidrasi oral bayi muda untuk menangani DIARE TANPA DEHIDRASI dan DIARE DEHIDRASI RINGAN/SEDANG sama dengan balita kelompok umur 2 bulan sampai 5 tahun, hanya ada perbedaan dosis oralit maupun tablet zinc.

c) Memberi Profilaksis Kotrimoksazol dan ARV pada Infeksi HIV

Bayi muda dengan klasifikasi TERPAJAN HIV: MUNGKIN INFEKSI HIV diberi pengobatan **profilaksis kotrimoksazol**, mulai umur 6 minggu dan dihentikan setelah risiko transmisi HIV tidak ada atau infeksi HIV disingkirkan.

Kotrimoksazol profilaksis ini diberikan juga pada klasifikasi INFEKSI HIV TERKONFIRMASI sebagai tindakan pra rujukan.

Kotrimoksazol diberikan setiap 1x/hari. Untuk bayi usia < 6 bulan diberikan suspensi 2,5ml (200mg SMX,40mg TMP) atau 1 tablet pediatrik (100mg SMX, 20mg TMP) atau ¼ tablet dewaa (400mg SMX, 80mg TMP).

Profilaksis antiretroviral (ARV) diberikan pada bayi muda dengan klasifikasi TERPAJAN HIV: MUNGKIN INFEKSI HIV. Pemberian profilaksis antiretroviral dimulai bila bayi berumur kurang dari 72 jam atau sebagai lanjutan berdasarkan penilaian risiko.

Pemberian ARV bagi bayi yang lahir dari ibu terinfeksi HIV adalah sebagai berikut:

- Untuk bayi yang mendapatkan susu formula seratus persen diberikan zidovudine selama 6 minggu
- Untuk bayi yang mendapatkan ASI sepenuhnya diberikan zidovudine dan nevirapine selama 6 minggu.

Pemberian ARV sebaiknya segera setelah lahir dan tidak lebih dari 72 jam. Dosis pemberian ARV adalah sebagai berikut:

- Bayi yang lahir dengan usia kehamilan <30 minggu, diberikan Zidovudine 2mg/kg/kali secara oral, kemudian diulang setiap 12 jam. Dosis ditingkatkan menjadi 3mg/kg/kali setelah usia bayi mencapai 4 minggu.
- Bayi yang lahir dengan usia kehamilan 30-35 minggu, diberikan Zidovudine 2mg/kg/kali secara oral, kemudian diulang setiap 12 jam. Dosis ditingkatkan menjadi 3mg/kg/kali setelah usia bayi mencapai 15 hari.
- Bayi yang lahir dengan usia kehamilan ≥ 35 minggu, diberikan Zidovudine 4 mg/kg/kali setiap 12 jam.

Dosis Niverapine diberikan berdasarkan berat badan lahir, sebagai berikut:

- Untuk berat lahir 1500-2000 gram diberikan 8mg/dosis.
- Untuk berat lahir 2000-2499 gram diberikan dosis 10mg/dosis.
- Untuk berat lahir 2500gram atau lebih diberikan dosis 15mg/dosis

Setelah pemberian ARV selama 6 minggu, IDAI merekomendasikan pemberian kotrimoksazol sampai diagnosis infeksi HIV dapat disingkirkan.

d) Mengobati Infeksi Lokal di Rumah

Ada 2 jenis infeksi bakteri lokal pada bayi muda yang dapat diobati ibu di rumah, yaitu infeksi kulit atau pusar, dan infeksi pada mata. Infeksi lain yang sering ditemukan juga pada bayi adalah infeksi jamur pada mulut (*oral thrush*).

Apabila terdapat *thrush* atau bercak putih di mulut bayi, harus secepatnya dilakukan tindakan atau pengobatan. Bercak putih di mulut sangat mengganggu bayi muda dalam menyusui, sehingga asupan ASI berkurang dan dapat mengakibatkan bayi mengalami gangguan tumbuh kembang. Cara mengobati dan mengajari ibu mengobati infeksi lokal di rumah dapat dilihat dalam buku bagan.

e) Mengajari Ibu Cara Menyusui

Semua bayi muda yang tidak ada indikasi untuk dirujuk, harus dinilai cara menyusunya. Ajari ibu cara menyusui dengan baik dan benar. Awali dengan meminta ibu untuk menyusui bayi seperti yang biasa dilakukannya. Ketika bayi disusui, perhatikan posisi, perlekatan dan isapan bayi. Jika ditemukan masalah, berikan informasi kepada ibu tentang 4 tanda posisi yang benar, 4 tanda melekat dengan baik, dan tanda isapan bayi yang efektif. Bantu ibu untuk menyusui bayinya, dan berikan pujian jika ibu telah menyusui dengan baik dan benar.

f) Memberi Konseling Bagi Ibu

Bahan konseling bagi ibu yang dapat digunakan oleh petugas kesehatan terdapat dalam buku bagan, diantaranya adalah:

- Mengajari ibu cara meningkatkan produksi ASI
- Mengajari ibu cara pemerah ASI
- Mengajari ibu cara menyimpan asi perah
- Pemberian minum dengan cangkir dan jumlah susu yang diberikan dengan cangkir
- Mengajari ibu untuk menjaga bayi berat badan rendah tetap hangat di rumah
- Menasihati ibu tentang kesehatan dirinya
- Menasihati ibu kapan harus kembali ke petugas kesehatan

Disamping memberi nasihat untuk kunjungan ulang, sangat penting petugas kesehatan menasihati ibu kapan ibu harus segera membawa bayinya kembali ke fasilitas kesehatan, sehingga dapat mencegah terjadinya keterlambatan penanganan pada bayi, sekaligus mencegah terjadinya kematian.

Ibu diminta untuk datang **kembali segera** ke fasilitas kesehatan jika menemukan tanda-tanda atau gejala berikut ini pada bayinya:

- Bayi lemas atau gerakan bayi berkurang
- Napas cepat ≥ 60 kali/menit
- Suara napas merintih
- Sesak napas/sukar bernapas/henti napas
- Perubahan warna kulit (kebiruan, kuning, pucat)
- Malas/tidak bisa menyusu atau minum
- Badan teraba dingin (suhu $< 36,5\text{ }^{\circ}\text{C}$)
- Badan teraba demam (suhu $> 37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$)
- Telapak kaki dan tangan terlihat kuning
- Bertambah parah

Pencatatan terkait kunjungan ulang dan nasihat kapan kembali segera dalam Formulir Pencatatan Bayi Muda mengikuti aturan yang sama dengan apa yang sudah dijelaskan dalam mata pelatihan sebelumnya (MPI 2).

Memberi konseling kepada ibu memerlukan keterampilan khusus yang harus dipahami oleh setiap petugas pemberi pelayanan. Disamping penggunaan bahasa yang mudah

dimengerti oleh ibu, keterampilan berkomunikasi yang baik sangat penting digunakan ketika memberi nasihat atau mengajari ibu, baik tentang pemberian makan, pemberian obat, kunjungan ulang, kapan kembali segera, dll.

Gunakan teknik komunikasi yang baik sebagai berikut:

- T** = Tanya → Ajukan pertanyaan dan dengarkan jawaban ibu dengan seksama.
- P** = Puji → Berikan pujian jika ibu telah bertindak benar.
- N** = Nasihati → Beri nasihat kepada ibu untuk hal yang benar-benar tepat.
- C** = Cek → Ajukan pertanyaan terbuka untuk mengetahui pemahaman ibu.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi pokok tentang Tindakan atau Pengobatan Bayi Muda umur kurang dari 2 bulan, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Sebelum memberikan tindakan/ pengobatan pada bayi muda, penting menentukan apakah bayi perlu dirujuk segera atau tidak.
- ❖ Bayi muda yang akan dirujuk harus dalam keadaan stabil, yaitu dengan menjaga keseimbangan cairan dan gula darah, suhu tubuh, jalan napas dan sirkulasi aliran darah.
- ❖ Jika bayi akan dirujuk segera, jangan melakukan tindakan yang dapat memperlambat rujukan, seperti memberi imunisasi yang dibutuhkan bayi, menilai cara ibu menyusui bayi, dan sejenisnya.
- ❖ Jika bayi tidak akan dirujuk, berikan tindakan/pengobatan sesuai Buku Bagan MTBS. Lakukan konseling bagi ibu sesuai kondisi dan kebutuhan bayi maupun ibu dengan menggunakan teknik komunikasi yang baik.

Materi Pokok 3 : PELAYANAN TINDAK LANJUT PADA BAYI MUDA UMUR < 2 BULAN

PENDAHULUAN

Bayi muda sakit yang tidak memerlukan rujukan segera perlu datang kembali untuk kunjungan ulang guna mengevaluasi hasil tindakan atau pengobatan sebelumnya. Saat ibu membawa bayinya lagi ke fasilitas kesehatan, petugas kesehatan akan memeriksa bayi dan menentukan klasifikasi untuk melihat perkembangan penyakitnya, apakah membaik, tidak ada perubahan atau memburuk, dan kemudian memberi tindakan sesuai pedoman pelayanan tindak lanjut. Kemungkinan juga, ketika kunjungan ulang ditemukan masalah kesehatan bayi atau klasifikasi penyakit yang baru.

Pada materi pokok ini akan dijelaskan apa yang harus dilakukan oleh petugas kesehatan ketika ibu membawa bayinya datang untuk kunjungan ulang (kontrol) tanpa atau dengan masalah kesehatan bayi yang baru.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat melakukan pelayanan tindak lanjut pada bayi muda umur kurang dari 2 bulan.

URAIAN MATERI POKOK

Pemberian pelayanan pada bayi muda yang datang untuk kunjungan ulang atau kontrol menggunakan petunjuk dalam kotak yang sesuai pada Buku Bagan MTBS tentang Pelayanan Tindak Lanjut khusus untuk Bayi Muda.

Seluruh bayi muda yang datang untuk kunjungan ulang harus **dinilai secara lengkap** mulai dari menilai kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri sampai dengan menilai masalah atau keluhan lain, **tanpa mempertimbangkan ada atau tidak ada masalah baru**.

Tindakan atau pengobatannya diberikan dengan memperhatikan klasifikasi yang terkait dengan keluhan lama atau keluhan baru.

- Tindakan atau pengobatan untuk masalah atau keluhan lama, mengacu pada kotak Pelayanan Tindak Lanjut yang sesuai dengan klasifikasi sebelumnya,
- Tindakan atau pengobatan untuk masalah atau keluhan baru, mengacu pada bagan algoritma sesuai klasifikasinya, yaitu sama dengan pemberian tindakan/ pengobatan ketika kunjungan pertama.

Contoh :

Pada kunjungan pertama, bayi muda diklasifikasikan sebagai MUNGKIN BUKAN INFEKSI, IKTERUS, BUKAN INVEKSI HIV, BERAT BADAN TIDAK RENDAH MENURUT UMUR DAN TIDAK ADA MASALAH PEMBERIAN ASI. dan Ibu diminta membawa kembali bayinya untuk kontrol masalah kuning pada bayi (Ikterus).

a) Ketika kunjungan ulang, ibu mengatakan bahwa bayi dibawa lagi untuk kontrol kuningnya dan **tidak ada masalah baru**. Petugas memeriksa bayi mulai dari menilai kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri sampai dengan menilai masalah lain.

Pada saat petugas memeriksa Ikterus, telapak tangan dan kaki bayi tidak kuning tetapi ikterus tidak berkurang, sehingga petugas tetap mengklasifikasikan sebagai IKTERUS.

Maka tindakan yang diberikan mengacu pada panduan Pelayanan Tindak Lanjut yang ada di dalam kotak IKTERUS, yaitu:

- Nasihati ibu untuk perawatan bayi di rumah
- Kunjungan ulang 1 hari.

b) Ketika kunjungan ulang, ibu mengatakan bahwa bayi dibawa lagi untuk kontrol kuningnya dan **ada masalah baru** yaitu diare. Petugas harus memeriksa bayi secara lengkap. mulai dari menilai kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri sampai dengan menilai masalah lain.

Pada saat petugas memeriksa Ikterus, bayi masih kuning tetapi sudah berkurang, dan petugas tetap mengklasifikasikan sebagai IKTERUS. Untuk diarenya, karena bayi tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi, maka petugas mengklasifikasikan sebagai DIARE TANPA DEHIDRASI.

Maka tindakan yang diberikan pada bayi sekarang sebagai berikut:

1. Untuk Klasifikasi IKTERUS

- Lanjutkan perawatan di rumah.
- Kunjungan ulang 14 hari.

Tindakan yang diberikan ini mengacu pada panduan Pelayanan Tindak Lanjut yang ada di dalam kotak IKTERUS, karena klasifikasi Ikterus terkait dengan masalah atau keluhan lama.

2. Untuk Klasifikasi DIARE TANPA DEHIDRASI

- Rencana terapi A
- Lakukan asuhan dasar bayi muda
- Kunjungan ulang 1 hari
- Nasihati kapan kembali segera (tidak perlu ditulis)

Tindakan yang diberikan ini mengacu pada bagan algoritma sesuai Klasifikasi DIARE TANPA DEHIDRASI (lajur warna hijau), karena klasifikasi diare ini terkait dengan masalah atau keluhan baru yang harus ditangani seperti saat kunjungan pertama.

Langkah-langkah penanganan bayi muda ketika kunjungan ulang pada dasarnya sama dengan penanganan balita sakit ketika kunjungan ulang, yaitu:

- a) Ambil lembar Formulir Pencatatan Bayi Muda Umur Kurang Dari 2 Bulan, yang baru dan isi identitas bayi secara lengkap.
- b) Tanyakan kepada ibu mengenai masalah bayinya. Tentukan apakah kunjungan ulang atau kunjungan pertama. Jangan lupa beri tanda (√) pada KUNJUNGAN ULANG di Formulir Pencatatan jika bayi datang untuk kontrol.
- c) Jika bayi kembali ke puskesmas untuk kunjungan ulang, lakukan penilaian ulang lengkap seperti pada kunjungan pertama, tanpa mempertimbangkan ada atau tidak keluhan baru.

- d) Tentukan klasifikasi sesuai hasil penilaian dengan menggunakan bagan algoritma MTBS.
- e) Beri tindakan atau pengobatan seperti pada kunjungan pertama (untuk klasifikasi yang baru ditemukan), dan tindakan atau pengobatan yang sesuai dengan petunjuk dalam kotak Pelayanan Tindak Lanjut (untuk klasifikasi yang terkait dengan masalah atau keluhan lama).

Bayi muda yang sakit harus dirujuk apabila ditemukan keadaan bayi memburuk, atau keadaan bayi tetap dan obat tidak tersedia, atau kondisi bayi menkhawatirkan, atau petugas kesehatan tidak tahu harus berbuat apa dengan bayi.

Untuk semua klasifikasi, apabila kondisi bayi masih menetap pada kunjungan ulang yang kedua, maka bayi harus di RUJUK SEGERA.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi pokok tentang Pelayanan Tindak Lanjut Bayi Muda umur kurang dari 2 bulan, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Pemberian pelayanan tindak lanjut pada bayi muda mengacu pada petunjuk Pemberian Pelayanan Tindak Lanjut yang ada dalam Buku Bagan MTBS.
 - ❖ Semua bayi muda yang datang untuk memperoleh pelayanan tindak lanjut harus diperiksa ulang lengkap, tanpa mempertimbangkan ada atau tidak ada masalah/keluhan baru.
 - ❖ Yang dimaksud dengan penilaian ulang lengkap adalah melakukan pemeriksaan mulai dari awal sampai akhir seperti pada kunjungan pertama.
 - ❖ Tindakan yang diberikan prinsipnya sama dengan balita sakit, yaitu sesuai klasifikasi yang ditemukan saat kunjungan ulang.
- a) Jika klasifikasinya berkaitan dengan masalah/keluhan lama, tindakan mengacu pada Pelayanan Tindak Lanjut pada kotak yang sesuai klasifikasi sebelumnya.
 - b) Jika klasifikasinya berkaitan dengan masalah/keluhan baru, tindakan mengacu pada bagan algoritma seperti saat kunjungan pertama.

C. PENUGASAN

Berikut adalah panduan penugasan untuk latihan studi kasus dan *role play*, sedangkan panduan praktik lapangan dapat dilihat pada mata pelatihan sebelumnya (MPI 2) karena pelaksanaan praktik klinis tatalaksana bayi muda digabung dengan tatalaksana balita sakit dan pelayanan tindak lanjut selama 3 hari

MPI 3

Tatalaksana Bayi Muda Umur < 2 Bulan

PANDUAN STUDI KASUS

Tujuan : Setelah melakukan studi kasus ini, peserta mampu:

- a. Menentukan penilaian dan klasifikasi
- b. Menentukan tindakan atau pengobatan
- c. Menentukan pelayanan tindak lanjut dengan melakukan pengisian formulir pencatatan bayi muda umur < 2 bulan

Waktu :

- a. 2 Jpl x 45 menit = 90 menit
- b. 3 Jpl x 45 menit = 135 menit
- c. 2 Jpl x 45 menit = 90 meint

Petunjuk: **a) Menentukan Penilaian dan Klasifikasi**

1. Fasilitator meminta setiap peserta menyiapkan 3 lembar Formulir Pencatatan bayi muda umur kurang dari 2 bulan. (5 menit)
2. Fasilitator mempersilakan peserta mengerjakan soal studi kasus E secara individu (hanya penilaian dan klasifikasi), sementara itu fasilitator mengamati peserta. (10 menit)
3. Setelah selesai, fasilitator meminta seorang peserta membaca/ menyampaikan hasil kerjanya, peserta lain menanggapi, dan fasilitator memberi umpan balik atau penegasan sesuai kunci jawaban. (10 menit)
4. Selanjutnya fasilitator melakukan langkah 2 dan 3 untuk studi kasus F dan G. (50 menit)
5. Fasilitator memandu diskusi untuk memastikan setiap peserta mampu menentukan penilaian dan klasifikasi secara benar. (10 menit)
6. Fasilitator menutup dengan rangkuman hasil pembelajaran (5 menit)

Petunjuk: **b) Menentukan Tindakan atau Pengobatan**

1. Fasilitator meminta setiap peserta mengeluarkan kembali formulir pencatatan yang sudah diisi pada studi kasus E, F dan G. (5 menit)
2. Fasilitator meminta peserta melanjutkan pengisian formulir pencatatan studi kasus E untuk menentukan tindakan/pengobatan secara individu. Fasilitator mengamati peserta. (20 menit)
3. Setelah selesai, fasilitator meminta seorang peserta membaca/ menyampaikan hasil kerjanya, peserta lain menanggapi, dan fasilitator memberi umpan balik atau penegasan sesuai kunci jawaban. (15 menit)
4. Selanjutnya fasilitator melakukan langkah 2 dan 3 untuk menentukan tindakan/ pengobatan pada studi kasus F dan G. (60 menit)
5. Fasilitator memandu diskusi untuk memastikan setiap peserta mampu menentukan tindakan atau pengobatan secara benar. (30 menit)
6. Fasilitator menutup dengan rangkuman hasil pembelajaran (5 menit)

Petunjuk: c) Menentukan Pelayanan Tindak Lanjut

1. Fasilitator meminta setiap peserta menyiapkan 1 lembar yang baru Formulir Pencatatan bayi muda umur kurang dari 2 bulan dan mengeluarkan formulir pencatatan kasus G yang sudah diisi pada latihan studi kasus sebelumnya. (5 menit)
2. Fasilitator mempersilakan peserta mengerjakan soal studi kasus H secara individu yang meliputi penilaian, klasifikasi dan tindakan/pengobatan sesuai ketentuan Pelayanan Tindak Lanjut bayi muda umur kurang dari 2 bulan. Fasilitator mengamati peserta. (35 menit)
3. Setelah selesai, fasilitator meminta seorang peserta membaca/menyampaikan hasil kerjanya, peserta lain menanggapi, dan fasilitator memberi umpan balik atau penegasan sesuai kunci jawaban. (20 menit)
4. Fasilitator memandu diskusi untuk memastikan setiap peserta mampu menentukan pelayanan tindak lanjut yang meliputi penilaian, klasifikasi dan tindakan/pengobatan secara benar. (25 menit)
5. Fasilitator menutup dengan rangkuman hasil pembelajaran (5 menit)

BAHAN PENUGASAN untuk STUDI KASUS :

Soal Kasus E

Ibu Asri membawa bayi perempuannya Rina yang berumur 6 hari ke Puskesmas karena kuning dan mencret. Berat badan 2400 g, Panjang badan 49 cm, Lingkar kepala 38 cm, dan Suhu badan 37 °C. Ibu Asri tinggal di Kelurahan Cempaka Putih RT 03 no 7.

Petugas kesehatan melakukan pemeriksaan Kemungkinan Penyakit Sangat Berat /Infeksi Bakteri Berat. Rina tidak sianosis, tidak muntah, perut tidak kembung, Rina bisa menyusui, tidak kejang, tidak ada tanda sesak napas, aktif bergerak, tidak ada fokus infeksi, dan tidak ada suara merintih. Petugas kesehatan menghitung napas 54 kali/menit. Pada pemeriksaan saturasi oksigen pada tangan kanan 96 % dan pada kaki kiri 95 %.

Rina tampak kuning. Kuning tampak mulai 2 hari lalu. Kuning tampak pada kulit daerah wajah sampai leher.

Ibu Asri berkata bahwa, Rina mencret sejak kemarin, matanya tidak cekung dan cubitan kulit perut kembalinya segera. Ibu Asri belum pernah di Test HIV.

Selanjutnya petugas kesehatan memeriksa Kemungkinan Berat Badan Rendah dan Masalah Pemberian ASI. Ibu Asri berkata, "Rina mendapat ASI 5 kali sehari". Oleh karena merasa ASInya kurang, ibu Asri juga menambahkan susu botol sebanyak 2 kali sehari.

Petugas kesehatan menentukan Berat badan menurut Umur.

Tidak ada bercak putih di mulut Rina dan tidak ada celah bibir/langit-langit. Petugas kesehatan kemudian melakukan penilaian untuk cara menyusui dan ditemukan, seluruh badan bayi tidak tersanggaah baik, kepala dan tubuh bayi

lurus, badan bayi menghadap ke dada ibu, badan bayi menjauh dari badan ibu, dagu bayi tidak menempel payudara, mulut bayi tidak membuka lebar, bibir bawah terlipat kedalam, aerola bagian atas tampak lebih banyak.

Terlihat Rina mengisap dengan cepat dan terus menerus tanpa istirahat sambil terdengar bunyi saat ia mengisap puting susu ibunya.

Rina sudah mendapatkan suntikan 2 kali saat lahir pada paha kanan dan paha kiri. Masalah keluhan lain ada gatal di kulit sekitar leher dan punggung Rina dan ternyata hanya biang keringat. Saat ini ibu Asri mengeluh puting susunya lecet dan nyeri.

Soal Kasus F

Tito bayi laki-laki ibu Retno berumur 5 hari, Berat badan 1900 g, Panjang badan 48 cm, Lingkar kepala 37 cm, dan Suhu badan 38°C. Tito dibawa hari ini ke Puskesmas karena demam, sesak napas, dan tidak mau mengisap ASI. Ibu Retno tinggal di Desa Kusambi RT.02. no.25.

Petugas kesehatan memeriksa Kemungkinan Penyakit Sangat Berat/ Infeksi Bakteri Berat. Tito tidak sianosis, tidak muntah, perut tidak kembung. Ibu Retno berkata, "Sejak tadi malam Tito tidak mau menyusu". Tidak ada kejang, tampak sesak napas berupa tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. Tito lemah. Terdapat fokus infeksi berupa pusar bernanah dan kemerahan meluas sampai dinding perut lebih dari 1 cm. Tidak terdengar suara merintih, petugas menghitung napas Tito 70 kali/menit dan pada hitungan ulang 68 kali/menit. Pada pengukuran saturasi oksigen pada tangan kanan 92% dan pada kaki kiri 87%.

Tito tidak tampak kuning dan tidak diare. Pada saat hamil Tito, ibu Retno sudah pernah Test HIV dan hasilnya negatif.

Petugas kesehatan memeriksa Kemungkinan Berat Badan Rendah dan Masalah Pemberian ASI. Tito biasanya diberi ASI 5-6 kali sehari. Sesuai anjuran neneknya agar Tito cepat besar, ibu Retno juga memberikan air tajin 1- 2 kali sehari dengan menggunakan botol, tetapi sejak tadi malam Tito tidak mau menyusu sama sekali.

Petugas menentukan Berat badan menurut Umur. Terdapat bercak putih di mulut Tito, tapi tidak ada celah bibir/langit-langit. Pada waktu lahir Tito telah mendapat suntikan 1x di paha kiri. Tito tidak mempunyai masalah/keluhan lain. Masalah ibu juga tidak ada.

Soal Kasus G

Evi bayi perempuan ibu Fani berumur 10 hari dibawa ke Puskesmas hari ini. Berat badan 3100 g, Panjang badan 49 cm, Lingkar kepala 37 cm, dan Suhu badan 37°C. Evi sakit mata dan kulit tampak kuning. Mereka beralamat di Kelurahan Mawar RT 04 no 32

Petugas kesehatan memeriksa Kemungkinan Penyakit Sangat Berat/ Infeksi Bakteri Berat. Evi tampak sadar, aktif menyusu, tidak muntah, tidak kejang, perut

tidak kembung. Evi tidak sianosis. Terlihat matanya bernanah sedikit, dan pusar ada kemerahan tapi tidak meluas ke dinding perut. Pustul di kulit tidak ada, hitungan napas 53 kali/menit. Pengukuran Saturasi oksigen pada tangan kanan 97 % dan kaki 96%.

Evi tampak kuning, tidak sampai telapak tangan atau kaki dan Evi tidak diare.

Ibu Fani berkata bahwa saat hamil, ia sudah dites HIV, hasilnya negatif. Ibu hanya memberikan ASI saja sebanyak 9 kali sehari. Tidak ada bercak putih di mulut serta tidak ada celah bibir/ langit-langit. Petugas lalu menentukan Berat Badan menurut Umur.

Selanjutnya petugas melakukan penilaian cara menyusui. Terlihat Evi posisi benar, melekat dengan baik dan mengisap efektif.

Ibu Fani mengatakan , saat lahir Evi telah mendapatkan suntikan 2 kali pada paha kanan dan paha kiri. Evi tidak mempunyai masalah/keluhan lain. Ibu Fani juga tidak ada masalah/keluhan.

Soal Kasus H

Hari ini ibu Fani yang bertempat tinggal di Kelurahan Mawar RT.04 no.32 kembali ke Puskesmas membawa Evi bayinya perempuan untuk kontrol sakit kuning-nya. Evi berumur 11 hari, Berat badan 3100 g, Panjang badan 49 cm, Lingkar kepala 37 cm dan Suhu badan 37° C.

Petugas kesehatan memeriksa Kemungkinan Penyakit Sangat Berat/Infeksi Bakteri Berat. Ibu Fani berkata, mata Evi masih bernanah, begitupun pusarnya masih kemerahan. Pustul di kulit tidak ada. Hitungan napas 50 kali /menit. Pengukuran saturasi oksigen pada tangan kanan 98% dan kaki 97%. Evi tidak diare.

Kuning pada badan Evi bertambah luas sampai telapak tangan. Ibu Fani sudah pernah di Test HIV dengan hasil negatif.

Petugas kesehatan lalu memeriksa Berat badan Rendah dan Masalah Pemberian ASI. Evi hanya diberi ASI saja sehari 9 kali. Tidak ada bercak putih di mulut dan tidak ada celah bibir/langit-langit.

Pada saat lahir Evi telah memperoleh suntikan Vit.K1 dan HB0. Evi tidak mempunyai masalah/keluhan lain. Ibu Fani juga tidak mempunyai masalah/keluhan.

Apa yang petugas kesehatan lakukan kepada Evi?

PANDUAN *ROLE PLAY*
Konseling Manajemen Laktasi

Tujuan : Setelah melakukan *role play*, peserta mampu melakukan konseling manajemen laktasi untuk bayi muda.

Waktu : 2 Jpl x 45 menit = 90 menit.

Petunjuk:

Fasilitator menyiapkan media dan alat bantu yang diperlukan (meja, kursi, alat tulis, boneka, leaflet ASI, food model dan lembar pengamatan konseling. (5 menit)

Fasilitator meminta kesediaan peserta atau menunjuk peserta yang akan bermain peran, yaitu 1 orang sebagai tenaga kesehatan, 1 orang sebagai ibu/pengasuh, dan peserta lain sebagai pengamat. (5 menit)

Fasilitator memberikan instruksi pada masing-masing pemain peran sesuai dengan skenario yang akan diperankan. (5 menit)

Fasilitator memberi kesempatan kepada peserta untuk mempelajari peran masing-masing. (10 menit)

Kegiatan *role play* dilakukan dengan memperhatikan teknik konseling, menggunakan alat bantu yang telah disediakan dan memperhatikan alokasi waktu. Fasilitator dan peserta lain (pengamat) mengamati proses permainan peran dan mencatat (menggunakan lembar pengamatan) untuk mengetahui pesan utama yang sudah disampaikan oleh pemeran tenaga kesehatan kepada ibu/pengasuh. (45 menit)

Fasilitator menggali dan mencatat pendapat para pengamat tentang hal-hal yang sudah dilakukan dengan baik oleh pemeran tenaga kesehatan, dan hal-hal penting yang belum dilakukan atau perlu diperbaiki oleh pemeran tenaga kesehatan. (15 menit)

Fasilitator memberikan umpan balik dan membuat simpulan. (10 menit)

Alat Bantu:

Meja

Kursi minimal 2 buah (untuk pemeran ibu/pengasuh dan tenaga kesehatan)

Boneka bayi

Food model

Brosur/leaflet ASI dan makanan ibu menyusui.

Alat tulis

BAHAN PENUGASAN untuk *ROLE PLAY*

Skenario *role play* Bayi muda usia < 2 bulan.

Nama : Tini
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 1 bulan 25 hari
BB : 2,900 kg
TB : 50 cm

Kesehatan Anak

Ibu pasien mengeluhkan sering menangis, rewel, sejak 2 hari yang lalu mencret, BAB 6 - 7 x sehari, berbentuk cair.

Riwayat persalinan: bersalin di Rumah Sakit persalinan normal, dengan Berat Badan Lahir 3000 gram, Panjang badan 50 cm. Pada usia 1 bulan, Tini mendapatkan imunisasi dan BB Tini saat itu 2950 gram

Pada waktu hamil ibu belum pernah mendapatkan edukasi tentang pemberian ASI.

Pemberian makanan sekarang

Pada saat di Rumah sakit anak mendapatkan ASI, demikian pula setelah di rumah. Ibu merasa ASI kurang karena anak sering menangis. Sejak seminggu yang lalu selain ASI anak diberi susu formula dengan menggunakan botol. Pemberian ASI di siang hari kurang lebih 3 x, dan malam 3 x; sedangkan susu formula bayi diberikan di siang hari sebanyak 3 x 30 ml (1 takar susu formula), semenjak diare, susu diencerkan, hanya ½ takar untuk 30 ml.

Kondisi keluarga

Nama Ibu Ny. Warni, usia 22 tahun. Pendidikan: tamat SMP,

Nama Ayah Suparman. Usia 30 tahun. Pendidikan: SMK akuntansi dan bekerja sebagai petugas administrasi di perusahaan swasta.

Tini adalah anak pertama, berat badan Tini tidak naik, karena kurangnya pengetahuan ibu tentang cara pemberian ASI yang benar dan pemberian makan yang tidak tepat.

**Lakukan penilaian cara ibu menyusui.
Berikan konseling gizi untuk ibu pasien.**

Tanggapan atas Skenario 2:

Catatan berikut menekankan butir-butir utama cerita, untuk membantu menanggapi praktik berpasangan yang dilakukan para peserta.

Skenario 2:

Anak perempuan (nama Tini), usia 1 bulan 25 hari dibawa berobat ke Puskesmas dengan keluhan berat badan tidak naik dan diare. Ibu pasien mengeluh ASI sedikit

dan anaknya ditambah susu formula bayi. Setelah minum susu formula bayi, bayi sakit diare.oleh

karena itu susu formula dikurangi kekentalannya/ diencerkan. Peserta berlatih menggali informasi penyebab gizi buruk dengan menanyakan cara menyusui dan pengetahuan ibu tentang ASI. Peserta memberikan motivasi kepada ibu, memberi informasi relevan dan saran dan mengajarkan cara menyusui juga makanan/gizi untuk ibu menyusui..Peserta juga berlatih berempati terhadap kesulitan yang dihadapi ibu di rumah.

Saran :

1. Berikan informasi manfaat ASI
2. Berikan contoh cara menyusui yang benar
3. Anjurkan makanan untuk ibu menyusui
4. Berikan motivasi untuk ibu memberikan ASI eksklusif
5. Kontrol/kunjungan ulang ke Puskesmas 1 minggu kemudian

LEMBAR PENILAIAN UNTUK MELIHAT KETERAMPILAN KONSELING GIZI

Berikan tanda CENTANG pada kolom menurut penilaian Saudara

NO	ASPEK YANG DINILAI	HASIL OBSERVASI	
		Ya	Tidak
A	SALAM (S)		
	7. Berdiri, Sambut klien dengan hangat, tawarkan bantuan Anda		
	8. Persilahkan duduk dalam posisi sejajar/berdampingan/ berhadap-hadapan dengan konselor		
	9. Singkirkan segala sesuatu yang menghambat konseling misalnya vas bunga yang tinggi		
	10. Gunakan bahasa tubuh yang sopan		
	11. Perkenalkan diri anda dan tugas anda		
	12. Tumbuhkan keberanian untuk menceritakan permasalahan dan beritahu Anda menjaga kerahasiaan pembicaraan		
B	TANYAKAN (T)		
	6. Tanyakan peluang yang dimiliki dan hambatan yang dihadapi		
	7. Selama pembicaraan usahakan terjadi kontak mata		
	8. Dengarkan dengan penuh perhatian sambil membuat catatan penting		
	9. Yakinkan klien semua keterangan yang diberikan sangat membantu menemukan akar masalah		
	10. Mintalah klarifikasi bila belum jelas tanpa menyalahkan atau mendikte		
C	URAIKAN (U)		
	4. Sampaikan informasi gizi yang berkaitan dengan masalah klien		
	5. Upayakan klien untuk memahami permasalahan yang dihadapinya		
	6. Gunakan media atau alat peraga untuk mempermudah pemahaman klien		
D	BANTU (TU)		
	5. Bantu klien untuk menyesuaikan permasalahan yang dihadapi dengan kemungkinan pilihan untuk memperbaiki keadaannya		
	6. Bantu klien untuk memahami berbagai cara pemecahan masalah yang dapat dilakukan		
	7. Bantu klien untuk memahami kemudahan maupun kemungkinan kesulitan dari berbagai cara permasalahan yang sudah dibicarakan		

	8. Bantu klien untuk memutuskan pilihan cara pemecahan masalah yang akan dilaksanakan		
E	JELASKAN (J)		
	4. Jelaskan pada klien segala informasi baik sumber daya yang tersedia untuk memudahkan pemecahan masalah		
	5. Diskusikan cara mengatasi kesulitan/hambatan yang akan dihadapi		
	6. Gunakan media KIE dan alat peraga saat memberikan penjelasan		
F	ULANGI (U)		
	4. Ulangi secara ringkas dan lambat segala informasi yang telah anda sampaikan, keputusan yang telah diambil		
	5. Buat janji untuk pertemuan berikutnya		
	6. Ucapkan terima kasih dan penghargaan kepada klien untuk pertemuan tersebut		

D. TES FORMATIF

Seorang bayi laki-laki dengan BB lahir 3200 gram, dibawa ibunya ke Puskesmas dengan keluhan kuning yang timbul sejak 5 hari yang lalu. Saat pemeriksaan, bayi berumur 2 minggu dan BB 3000 gram. Tampak kuning sampai ke dada bayi.

Pertanyaan:

- Apakah klasifikasi bayi untuk gejala kuningnya?
- Bagaimana garis pertumbuhan bayi hasil plotting BB lahir dan BB saat pemeriksaan pada grafik BB/U? dan apa artinya dengan garis pertumbuhan hasil plotting tersebut?
- Tindakan penting apa yang harus dilakukan untuk mengatasi kedua masalah bayi tersebut?
- Kapan bayi harus dibawa untuk kunjungan ulang?, dan pemeriksaan utama apa yang akan Saudara lakukan untuk masalah kuning pada bayi ketika ia datang kembali?

E. KUNCI JAWABAN

- Bayi diklasifikasikan sebagai IKTERUS.
- Garis pertumbuhan **menurun**, artinya pertumbuhan bayi **tidak adekuat**.
- Tindakan penting yang harus dilakukan untuk masalah Ikterus dan pertumbuhan yang tidak adekuat adalah memberi bayi **ASI sesering mungkin**, serta menasihati ibu untuk kunjungan ulang dan kapan harus kembali segera.
- Bayi harus dibawa untuk kunjungan ulang setelah **1 hari**. Pemeriksaan utama yang harus dilakukan adalah **memeriksa telapak tangan dan telapak kaki** bayi untuk menentukan klasifikasi dan tindakan selanjutnya.

F. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit, Kemenkes. 2022.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Kemenkes. 2020.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pemberian Makan Bayi dan Anak. Kemenkes. 2020.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial, Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama, Kemenkes RI. 2018.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan tatalaksana gizi buruk pada balita. Kemenkes. 2019.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak, Kemenkes. 2015.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Penerapan Terapi HIV Pada Anak. Kemenkes. 2014.
8. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Buku ajar Pediatri Gawat Darurat. Badan penerbit IDAI. 2013.
9. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Buku ajar Nutrisi dan Penyakit Metabolik. Badan penerbit IDAI. 2011.
10. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Asuhan Nutrisi Pediatrik. Badan penerbit IDAI. 2011.
11. World Health Organization. Update on the management of severe acute malnutrition in infant and children. WHO press. 2013.
12. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.
13. World Health Organization. Guidelines for the inpatient treatment of severely malnourished children. Geneva: WHO. 2003.

-o0o-

MATA PELATIHAN INTI 4

PENCATATAN PELAPORAN, SUPERVISI FASILITATIF DAN MONITORING EVALUASI MTBS DAN GIZI BURUK

MATA PELATIHAN INTI 4

PENCATATAN PELAPORAN, SUPERVISI FASILITATIF DAN MONITORING EVALUASI MTBS DAN GIZI BURUK

A. TENTANG MODUL INI

DESKRIPSI SINGKAT

Pencatatan dan pelaporan termasuk salah satu indikator keberhasilan suatu kegiatan. Data dan informasi yang dihasilkan dari pencatatan dan pelaporan dapat dimanfaatkan secara optimal bagi pemangku kepentingan dalam proses perencanaan dan intervensi yang akan dilakukan.

Supervisi fasilitatif yang merupakan bagian dari manajemen mutu dengan pendekatan proses, dan juga monitoring atau pemantauan terhadap implementasi kegiatan, keduanya memiliki tujuan yang sama yaitu dalam rangka pembinaan menuju perbaikan. Pada akhir implementasi kegiatan perlu diukur keberhasilannya dengan melakukan evaluasi.

Dalam modul ini akan dibahas tentang pencatatan pelaporan, supervisi fasilitatif atau monitoring, serta evaluasi terkait dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Gizi Buruk.

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu melakukan pencatatan pelaporan, supervisi fasilitatif, serta monitoring evaluasi MTBS dan Gizi Buruk.

2. Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat:

- a. Melakukan Pencatatan Pelaporan MTBS dan Gizi Buruk,
- b. Melakukan Supervisi Fasilitatif, Monitoring dan Evaluasi MTBS dan Gizi Buruk.

MATERI POKOK

Materi pokok pada mata pelatihan ini meliputi:

1. Pencatatan Pelaporan MTBS dan Gizi Buruk.
2. Supervisi Fasilitatif, Monitoring dan Evaluasi MTBS dan Gizi Buruk.

B. KEGIATAN BELAJAR

Materi Pokok 1: PENCATATAN PELAPORAN MTBS DAN GIZI BURUK

PENDAHULUAN

Pencatatan dan Pelaporan merupakan sumber data dan informasi yang bernilai, dan dapat menunjukkan keberhasilan atau perkembangan suatu unit kerja.

Tujuan pencatatan dan pelaporan MTBS dan Gizi Buruk adalah untuk :

- a. Memastikan bahwa petugas sudah melaksanakan pelayanan MTBS dan Gizi Buruk.
- b. Sebagai alat bantu atau dasar dilaksanakannya pemantauan dan pembinaan terhadap pelaksana pelayanan MTBS dan Gizi Buruk
- c. Sebagai alat bantu atau dasar untuk memantau pencapaian target capaian program gizi, kesehatan ibu dan anak, khususnya yang terkait tata laksana balita sakit, bayi muda dan gizi buruk

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu melakukan pencatatan pelaporan MTBS dan Gizi buruk.

SUB MATERI POKOK

1. Pencatatan MTBS dan Gizi Buruk
2. Pelaporan MTBS dan Gizi Buruk

URAIAN SUB MATERI POKOK

1. Pencatatan MTBS dan Gizi Buruk

Pencatatan merupakan hal yang wajib dilakukan dalam pelayanan kesehatan, termasuk pencatatan dalam pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit dan Gizi Buruk. Pencatatan pelayanan MTBS dan Gizi Buruk dimulai di bagian pendaftaran. Semua balita sakit maupun bayi muda yang berkunjung ke Fasilitas Kesehatan diminta memperlihatkan buku KIA dan dicatat tanggal kunjungan, demikian juga pada *Family Folder* dicatat nomor rekam medis/sistem yang sudah berlaku, dimana hari dan tanggal kunjungan wajib di tulis agar memudahkan dan mempercepat pencarian pencatatan/ rekam medis sebelumnya.

Adapun jenis pencatatan yang berkaitan dengan pelayanan MTBS dan Gizi Buruk yang perlu disediakan di Puskesmas, adalah :

a) Formulir Pencatatan

Semua balita dan bayi yang diperiksa oleh petugas kesehatan dicatat secara langsung ke dalam Formulir Pencatatan yang sesuai, mulai dari identitas anak, hasil penilaian (anamnesis dan pemeriksaan fisik), klasifikasi penyakit (bukan diagnosa), pemberian tindakan/pengobatan, termasuk konseling dan kunjungan ulang.

Terdapat 2 jenis Formulir Pencatatan, yaitu :

- Formulir Pencatatan Balita Sakit Umur 2 Bulan - 5 Tahun.
- Formulir Pencatatan Bayi Muda Umur Kurang dari 2 Bulan.

Kedua Formulir pencatatan ini digunakan sebagai alat bantu pemeriksaan pada waktu kunjungan balita sakit, kunjungan neonatal atau setiap pemeriksaan neonatus.

Di beberapa daerah, pencatatan formulir balita sakit dan bayi muda, termasuk register rawat jalan sudah menggunakan sistem komputer. Hal ini bisa diterapkan jika dimungkinkan dengan tetap memperhatikan sistem monitoring dan evaluasinya.

b) Register Rawat Jalan Balita Sakit dan Bayi Muda

Sama halnya dengan formulir pencatatan, register ini ada 2 jenis, yaitu:

- Register Rawat Jalan Balita Sakit Umur 2 Bulan - 5 Tahun
- Register Rawat Jalan Bayi Muda Umur Kurang Dari 2 Bulan.

Kedua register rawat jalan ini berfungsi untuk merekapitulasi hasil pelayanan bayi dan balita yang dilakukam dengan pendekatan MTBS.

Setelah divalidasi, data dalam register rawat jalan dapat dianalisa sebagai bahan masukan bagi program terkait. Register rawat jalan berguna juga sebagai bahan laporan bulanan dan bahan evaluasi serta pembinaan oleh Dokter atau Supervisor.

Register Rawat Jalan seyogyanya diisi lengkap dan diisi segera setelah selesai pelayanan bayi dan balita (pada hari yang sama). Dari Register Rawat Jalan akan diperoleh informasi mengenai status gizi, data imunisasi, data kesakitan yang dikonversi ke diagnosa ICD X, pengobatan atau tindakan dan KIE yang disampaikan, serta jumlah kasus yang perlu dirujuk. Tidak menutup kemungkinan pencatatan klasifikasi atau diagnosis serta pengobatan yang diberikan kepada anak dicatat ulang dalam rekam medis pasien.

Hasil pencatatan dalam Register Rawat Jalan Balita Sakit umur 2 bl - 5 th maupun Register Rawat Jalan Bayi Muda umur < 2 bl, dapat ditindaklanjuti untuk dimasukkan ke Buku KIA, Kohor Bayi, Kohor Anak Balita dan Pra Sekolah, serta kebutuhan pencatatan lainnya untuk kepentingan lintas program.

Agar memudahkan mendapatkan data sebelumnya untuk pasien kunjungan ulang atau pasien lama, maka pada rekam medis atau family folder sebaiknya dicatat hari tanggal serta nomor urutnya di register rawat jalan.

c) Buku KIA

Buku KIA merupakan alat pencatatan dan edukasi bagi ibu hamil dan bayi hingga anak usia prasekolah. Buku ini dapat digunakan sebagai penghubung antara tenaga kesehatan jika ibu maupun anak berpindah tempat pemeriksaan. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa selain sebagai catatan kesehatan ibu dan anak, buku ini merupakan alat monitoring kesehatan dan alat komunikasi.

Seyogyanya Buku KIA diisi oleh tenaga Kesehatan, dibaca oleh ibu dan keluarga, serta dibawa setiap kali ibu atau anak berkunjung ke fasilitas kesehatan.

Informasi yang bisa diperoleh dari Buku KIA, antara lain:

- Deteksi dini terhadap masalah kesehatan
- Pengenalan tanda dan gejala awal masalah kesehatan
- Status gizi dan pertumbuhan anak
- Pembeian umunisasi dan vitamin A
- Catatan kesehatan ibu dan anak

Pencatatan di Buku KIA terkait dengan pelayanan neonatal yang menggunakan formulir pencatatan bayi muda, hanya dicatat sekali saja sesuai dengan kelompok interval waktu pada halaman Catatan Hasil Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir (diisi oleh bidan/perawat/dokter).

d) Pencatatan khusus untuk Gizi Buruk

Penapisan balita wasting dan balita dengan hambatan pertumbuhan dilakukan mulai dari tingkat posyandu. Hasil pengukuran antropometri (BB, PB atau TB, LiLA dan LiKa) dalam kegiatan rutin Posyandu di-plotting dan dicatat pada KMS atau Buku KIA, juga ke dalam Formulir Sistem Informasi Posyandu (SIP).

Dalam kolom catatan selain merekapitulasi jumlah sasaran dan balita yang ditimbang, sangat penting untuk mencatat balita yang teridentifikasi memiliki tanda-tanda gizi buruk (terlihat sangat kurus dan/ atau edema bilateral). Pencatatan tersebut kemudian di-entry ke dalam elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM). Sistem akan menghitung secara otomatis status gizi balita berdasarkan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB. Apabila ditemukan balita bermasalah gizi, baik gizi kurang/ buruk, stunting atau kurus, maka akan masuk ke dalam *alert* (lonceng).

Tenaga kesehatan dan kader melakukan konfirmasi ulang pada balita yang ditemukan bermasalah gizi tersebut dan memberikan tindakan segera.

Bila berdasarkan hasil konfirmasi kasus di tingkat Puskesmas melalui poli MTBS dan poli gizi, balita terkonfirmasi gizi buruk dan mendapatkan perawatan rawat jalan atau rawat inap di Puskesmas Perawatan, maka rekam medis yang digunakan adalah rekam medis untuk tata laksana balita gizi buruk Untuk balita gizi buruk yang dirawat di layanan rawat inap (Puskesmas Perawatan), maka rekam medis merujuk pada Buku II - Tata Laksana Gizi Buruk (TAGB) (Kemenkes 2013), sedangkan untuk balita gizi buruk yang dirawat di layanan rawat jalan maka rekam medis dapat merujuk ke Lampiran 5a pada Buku Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita (Kemenkes 2019).

2. Pelaporan MTBS dan Gizi Buruk

Hasil pelayanan MTBS dan Gizi Buruk dilaporkan secara berkala melalui mekanisme yang ada. Data dikelompokkan dan dijumlahkan sesuai jenis penyakit menurut kode ICD X. Data yang telah diolah tersebut kemudian dilaporkan oleh puskesmas melalui SP2TP setiap bulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Khusus untuk hasil perawatan balita gizi buruk, dilaporkan melalui Instrumen Pelaporan Kasus Balita Gizi Buruk Rawat Jalan Di Puskesmas dan Instrumen Pelaporan Kasus Balita Gizi Buruk Rawat Inap Di Puskesmas yang ada di dalam sistem SIGIZI TERPADU.



Pada saat Lokakarya Mini di Puskesmas dan saat pertemuan tiga bulanan dengan lintas sektor dan tim penggerak PKK serta kader, perlu disampaikan hal penting hasil pelayanan MTBS dan penanganan khusus pada Gizi Buruk. Tujuannya adalah membahas semua tantangan dalam upaya penanggulangan gizi buruk dan mencari alternatif untuk mengatasinya, selain itu juga dalam pertemuan ini dibagikan juga keberhasilan-keberhasilan atau capaian positif dari upaya tersebut.

Pertemuan mencakup kajian tentang:

- a. Jumlah kematian, *drop out* dan tidak sembuh serta pemetaan desa lokasi untuk memahami penyebab dasar dan menemukan solusi untuk mengatasinya
- b. Proses rujukan dari masyarakat ke layanan rawat jalan dan rujukan dari layanan rawat jalan ke rawat inap dan sebaliknya, untuk memastikan proses yang efektif dan efisien
- c. Koordinasi antara masyarakat dan layanan rawat jalan
- d. Upaya-upaya penggerakan aktif masyarakat dan upaya promosi dan edukasi yang dapat dilakukan

Hal yang sama juga dilakukan pada kegiatan di tingkat Kabupaten/Kota.

Dalam kondisi tertentu, laporan dilakukan sesegera mungkin bilamana ditemukan peningkatan kasus, baik penyakit menular maupun tidak menular. Pada penyakit yang menular ataupun yang berkaitan dengan lingkungan, harus segera dilakukan survailans.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi tentang Pencatatan dan Pelaporan MTBS dan Gizi Buruk, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu bagian penting dalam pelaksanaan program sebagai dasar untuk dapat menilai kemajuan, kualitas dan capaian suatu program, serta digunakan untuk dasar perencanaan dan budgeting tahun berikutnya.
- ❖ Dalam tata laksana gizi buruk, pencatatan dan pelaporan yang dilakukan mulai dari tingkat Posyandu merupakan hal yang sangat penting sebagai dasar penemuan dini kasus dan menilai kemajuan terapi balita gizi buruk (melalui menu PELITA KESMAS di SIGIZI Terpadu)

Materi Pokok 2: SUPERVISI FASILITATIF DAN MONITORING EVALUASI MTBS DAN GIZI BURUK

PENDAHULUAN

Dalam pelaksanaan Pelayanan MTBS maupun Gizi Buruk selain dilakukan supervisi fasilitatif juga dilakukan monitoring evaluasi. Monitoring pelaksanaan layanan MTBS penting dilakukan untuk memantau proses, faktor pendukung maupun kendala atau hambatan selama berlangsungnya pelayanan.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu melakukan supervisi fasilitatif dan monitoring evaluasi MTBS dan Gizi Buruk.

SUB MATERI POKOK

1. Supervisi Fasilitatif
2. Monitoring Evaluasi MTBS dan Gizi Buruk

URAIAN SUB MATERI POKOK

1. Supervisi Fasilitatif

Supervisi fasilitatif merupakan bagian dari manajemen mutu dengan pendekatan proses, yaitu dengan mempelajari kinerja petugas/pelaksana layanan kesehatan/gizi di tempat tugasnya. Supervisi fasilitatif dilakukan dengan pendekatan yang bersahabat, tidak menyalahkan dan tidak menggurui. Aspek yang diamati mencakup aspek manajerial dan aspek teknis terutama pada layanan dalam upaya pelaksanaan gizi buruk. Supervisi fasilitatif dilakukan secara internal dalam layanan kesehatan atau oleh penyelia dari tingkat yang lebih atas, misalnya dari dinas kesehatan kabupaten/kota ke Puskesmas di wilayahnya.

Supervisi Fasilitatif dilakukan secara :

- a) Internal layanan kesehatan yang dilakukan kepala Puskesmas ke Dokter, Bidan/Perawat, Nutrisionis (TPG) dengan memantau formulir pengamatan langsung dan pemantauan pengisian formulir pencatatan MTBS dan gizi buruk, termasuk alur layanan MTBS dan gizi buruk, serta tata laksana yang diberikan apakah telah sesuai dengan SPO yang ada.
- b) Eksternal dilakukan oleh penyelia dari tingkat Dinkes Kab/Kota dengan menggunakan lembar supervisi fasilitatif

Supervisi fasilitatif dilakukan secara teratur untuk memantau kemajuan dan mengidentifikasi kemungkinan adanya kendala dalam upaya pelaksanaan MTBS dan gizi buruk, sekaligus memperbaiki praktik yang kurang tepat di lokasi kunjungan. Penyelia bertanggungjawab untuk memastikan layanan MTBS dan gizi buruk berjalan lancar dan diberikan dengan kualitas yang baik dan juga merupakan mentor yang mendukung tenaga kesehatan serta kader dengan menyediakan dukungan teknis berdasarkan kebutuhan.

2. Monitoring Evaluasi MTBS dan Gizi Buruk

Monitoring dan evaluasi merupakan bagian penting dalam pelaksanaan MTBS dan gizi buruk. Dengan adanya informasi yang akurat, maka masalah spesifik yang timbul akan lebih mudah diatasi secara efektif.

Sebagai contoh, untuk tata laksana gizi buruk, cakupan penanganan kasus gizi buruk pada balita harus mencapai 100% dan kualitas pelayanan diupayakan mencapai minimal 80% dari standar layanan yang telah ditetapkan. Hal ini meliputi penimbangan berat badan, pengukuran LiLA, panjang/tinggi badan, dan tata laksana kasus. Pemantauan efektivitas penanganan kasus (menjadi normal, gagal atau meninggal) dapat digunakan sebagai dasar untuk memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan keseluruhan upaya.

Monitoring pelayanan MTBS dan Gizi Buruk pada balita sakit maupun bayi muda dapat dilakukan secara internal maupun eksternal.

a. Monitoring Internal

Kepala Puskesmas, Dokter, Bidan, Perawat, atau Nutrisi/Dietisien yang sudah mengikuti Pelatihan MTBS dan Gizi Buruk, melakukan pemantauan internal sesuai kompetensi dan kewenangan masing-masing.

Alat bantu yang digunakan adalah:

- Lembar Pengamatan Langsung Tatalaksana Kasus Balita Sakit 2 Bl - 5 Th.
- Lembar Pengamatan Langsung Tatalaksana Kasus Bayi Muda < 2 Bl.
- Lembar Pemantauan Pengisian Formulir Pencatatan MTBS pada Balita Sakit 2 Bl - 5 Th.
- Lembar Pemantauan Pengisian Formulir Pencatatan MTBM pada Bayi Muda < 2 Bl
- Lembar Supervisi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas.

b. Monitoring Eksternal

Dilakukan oleh Dinkes Kabupaten/Kota, secara tidak langsung dari pencatatan dan pelaporan atau secara langsung dengan melihat penerapannya di setiap level.

Monitoring internal maupun eksternal terhadap pelayanan MTBS dan Gizi Buruk perlu dilakukan secara berkala dan berkesinambungan. Dari hasil monitoring, dilakukan analisis dengan fokus perhatian pada permasalahan, kendala, progres dan faktor pendukung untuk kemudian ditindaklanjuti dengan pembinaan.

Hasil penerapan pelayanan MTBS dan Gizi Buruk seyogyanya dievaluasi secara berkala, baik di tingkat Puskesmas maupun di tingkat Kabupaten/Kota.

a. Evaluasi Tingkat Puskesmas

Tujuan evaluasi pelayanan MTBS dan Gizi Buruk di tingkat puskesmas adalah diperolehnya gambaran tentang :

- Relevansi penerapan MTBS dan gizi buruk dengan peningkatan jumlah temuan kasus dan/atau beban kasus gizi buruk setiap tahunnya, serta faktor-faktor risiko yang ada (misalnya kerawanan pangan, kondisi sanitasi), termasuk pemetaan siklus tahunan/musiman.
- Kesesuaian ketersediaan logistik dengan jenis dan jumlah kasus yang ditangani. Memastikan tidak ada *stock out* logistik (medis dan non medis) untuk tata laksana kasus, termasuk tata laksana gizi buruk (misalnya ketersediaan mineral-mix, bahan-bahan untuk membuat F75, F100 dan RUTF).
- Kualitas pelayanan MTBS dan gizi buruk.
- Optimalisasi penggunaan dana dari sumber lain yang tidak mengikat
- Perilaku untuk mencari pertolongan kesehatan dan penggerakan aktif masyarakat untuk penemuan dini dan rujukan kasus.
- Penurunan jumlah kesakitan dan kematian neonatus, bayi dan balita
- Peran pemerintah daerah (Kecamatan dan desa), lintas sektor, PKK, tokoh masyarakat (tokoh agama, tokoh adat) dalam penerapan pelayanan MTBS dan gizi buruk.

b. Evaluasi Tingkat Kabupaten/Kota

Tujuan evaluasi pelayanan MTBS dan Gizi Buruk di tingkat puskesmas adalah diperolehnya gambaran tentang :

- Cakupan pemantauan pertumbuhan, penemuan kasus dan rujukan, dan tata laksana kasus, serta hasil tata laksana (misalnya tingkat kesembuhan, DO, tingkat kematian).
- Relevansi temuan kasus dengan penurunan kematian dan jumlah kasus wasting (gizi kurang dan gizi buruk).
- Relevansi kasus utama dengan fokus intervensi terpilih, dikaitkan dengan perencanaan & implementasi.
- Kesenambungan ketersediaan SDM, faktor pendukung, biaya operasional dan supervisi fasilitatif.
- Kolaborasi antara Dinas Kesehatan dengan fasilitas rujukan, termasuk juga membangun rujukan antara layanan kesehatan, baik antara layanan kesehatan primer dan sekunder atau antar layanan kesehatan primer.
- Peran organisasi profesi dan Pemerintah Daerah, lintas sektor, organisasi kemasyarakata/keagamaan, Tim Penggerak PKK dalam peningkatan penerapan MTBS dan gizi buruk

Khusus tata laksana gizi buruk, monitoring dan evaluasi pelaksanaan menggunakan Daftar Tilik Monev Gizi Buruk yang telah dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan yang digunakan untuk setiap tingkat administrasi/layanan:

- Daftar Tilik Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi untuk KADER POSYANDU

- Daftar Tilik Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi untuk TIM ASUHAN GIZI PUSKESMAS (RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP)
- Daftar Tilik Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi untuk TIM ASUHAN GIZI RUMAH SAKIT
- Daftar Tilik Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi untuk KEPALA PUSKESMAS DAN KEPALA INSTALASI GIZI RUMAH SAKIT
- Daftar Tilik Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Pengelolaan Gizi Buruk Terintegrasi untuk DINAS KESEHATAN PROVINSI/KABUPATEN/KOTA

Indikator capaian untuk tata laksana gizi buruk, termasuk didalamnya:

- Indikator Layanan Rawat Jalan untuk Balita Gizi Buruk
- Indikator Layanan Rawat Inap untuk Balita Gizi Buruk
- Cakupan Layanan Rawat Jalan
- Cakupan Layanan Rawat Inap

Secara nasional terdapat beberapa indikator capaian terkait balita gizi buruk, yaitu

- RPJMN 2020 – 2024: penurunan wasting menjadi 7% pada tahun 2024
- Renstra 2020 – 2024: 60% Puskesmas Mampu Tata laksana Gizi Buruk pada Balita pada tahun 2024
- Prepres Stunting no 72, 2021: 90% anak berusia di bawah lima tahun (balita) gizi buruk yang mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk pada tahun 2024

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi tentang Supervisi Fasilitatif dan Monitoring Evaluasi MTBS dan Gizi Buruk, dapat disimpulkan bahwa:

- ❖ Supervisi fasilitatif merupakan bagian dari manajemen mutu dengan pendekatan proses, yaitu dengan mempelajari kinerja petugas/ pelaksana layanan kesehatan/ gizi di tempat tugasnya, yang dilakukan secara partisipatif, yang dilakukan secara internal dalam fasilitas layanan kesehatan atau oleh penyelia dari tingkat dinas kesehatan secara berkala.
- ❖ Monitoring dan evaluasi merupakan bagian penting dalam pelaksanaan MTBS dan gizi buruk. Dengan adanya informasi yang akurat, maka masalah spesifik yang timbul akan lebih mudah diatasi secara efektif, baik oleh pemberi layanan kesehatan dan juga oleh lintas program, pemerintah daerah, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

C. PENUGASAN

Untuk Mata Pelatihan Inti 4 ini, peserta diberi kesempatan untuk melakukan praktik pencatatan hasil pelayanan balita sakit dan bayi muda. Pelaksanaannya berupa penugasan pengisian register rawat jalan.

MPI 4

Pencatatan Pelaporan, Supervisi Fasilitatif, Monitoring dan Evaluasi MTBS dan Gizi Buruk

PANDUAN PENUGASAN Pencatatan Register Rawat Jalan

Tujuan:

Setelah melakukan penugasan ini, peserta mampu mengisi register rawat jalan balita sakit umur 2 bulan – 5 tahun dan register rawat jalan bayi muda umur < 2 bulan.

Waktu:

1 JP x 45 menit

Petunjuk:

1. Fasilitator meminta kepada seluruh peserta untuk **menyiapkan formulir studi kasus sebelumnya yang telah terisi**
2. Fasilitator meminta peserta memasukkan data dari formulir tersebut ke dalam formulir **register rawat jalan yang sesuai** berdasarkan tata cara pengisian register.
3. Selama peserta mengisi register, fasilitator memantau dan memberi bimbingan jika diperlukan
4. Fasilitator memandu diskusi dengan seluruh peserta dan memastikan setiap peserta dapat mengisi register rawat jalan balita sakit maupun bayi muda secara benar.
5. Fasilitator menyampaikan rangkuman hasil penugasan

Bahan Penugasan:

- Formulir-formulir pencatatan yang sudah diisi ketika latihan studi kasus.
- Form Register Rawat Jalan Balita Sakit Umur 2 Bulan - 5 Tahun.
- Form Register Rawat Jalan Bayi Muda Umur Kurang Dari 2 Bulan.

D. TES FORMATIF

1. Instrumen pencatatan dan pelaporan hasil perawatan balita gizi buruk yang digunakan di layanan rawat jalan maupun rawat inap adalah :
 - a. Formulir pencatatan balita sakit umur 2 bl – 5 th dan Formulir pencatatan bayi muda umur < 2 bulan
 - b. Formulir pengamatan langsung balita sakit umur 2 bl – 5 th dan Formulir pengamatan langsung bayi muda umur < 2 bulan
 - c. Pelita Kesmas
 - d. Register rawat jalan balita sakit umur 2 bl – 5 th dan Register rawat jalan bayi muda umur < 2 bulan
 - e. Buku KIA

2. Hal-hal yang perlu dikaji/dibahas dalam pertemuan Lokakarya Mini Puskesmas atau pertemuan lintas sektor adalah :
 - a. Jumlah kematian, drop out dan tidak sembuh serta pemetaan desa lokasi untuk memahami penyebab dasar dan menemukan solusi untuk mengatasinya.
 - b. Proses rujukan dari masyarakat ke layanan rawat jalan dan rujukan dari layanan rawat jalan ke rawat inap dan sebaliknya, untuk memastikan proses yang efektif dan efisien
 - c. Koordinasi antara masyarakat dan layanan rawat jalan, serta upaya-upaya penggerakan masyarakat dan upaya promosi maupun edukasi yang dapat dilakukan.
 - d. Semua pernyataan diatas benar.
 - e. Semua pernyataan diatas salah.

E. KUNCI JAWABAN

Jawaban untuk Tes Formatif tersebut diatas adalah :

1. c
2. d

F. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Daftar Tilik Monev PGBT. Kemenkes, 2021.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Tutorial Entry Data Pelita Kesmas, Kemenkes, 2021.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita. Kemenkes, 2019.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Peningkatan Penerapan MTBS. Kemenkes, 2018.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelaksanaan Kalakarya Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas. Kemenkes, 2018
6. Modul Materi PENGELOLAAN TERINTEGRASI UPAYA PENANGGULANGAN GIZI BURUK PADA BALITA

-o0o-

MATA PELATIHAN INTI 5

KALAKARYA MTBS DAN GIZI BURUK

MATA PELATIHAN INTI 5 KALAKARYA MTBS DAN GIZI BURUK

A. TENTANG MODUL INI

DESKRIPSI SINGKAT

Kalakarya MTBS dan Gizi Buruk merupakan terobosan untuk mempercepat ketersediaan SDM di FKTP yang mampu memberikan pelayanan kesehatan balita berkualitas, mengingat selama ini penerapan MTBS termasuk penanganan Gizi Buruk terkendala karena kurangnya SDM terlatih.

Kalakarya Manajemen Terpadu Balita Sakit termasuk salah satu standar pelayanan kesehatan anak di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Penerapan pelayanan kesehatan anak yang sesuai standar MTBS sejalan dengan Undang-Undang no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Permenkes No. 25 tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak serta Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota.

Mata pelatihan ini membahas tentang konsep kalakarya dan menjelaskan bagaimana penyelenggaraan Kalakarya MTBS dan Gizi Buruk di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Hasil Belajar

Setelah mengikuti mata pelatihan ini, peserta mampu menerapkan kalakarya MTBS dan Gizi Buruk.

2. Indikator Hasil Belajar

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat :

- a) Menjelaskan konsep kalakarya MTBS dan Gizi Buruk.
- b) Menerapkan teknik pendampingan kalakarya MTBS dan Gizi Buruk.

MATERI POKOK

Materi pokok pada mata pelatihan ini meliputi :

1. Konsep kalakarya MTBS dan Gizi Buruk.
2. Teknik pendampingan kalakarya MTBS dan Gizi Buruk.

B. KEGIATAN BELAJAR

Materi Pokok 1 : KONSEP KALAKARYA MTBS DAN GIZI BURUK

PENDAHULUAN

Salah satu upaya dalam menurunkan angka kematian balita, antara lain melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Tatalaksana Balita Gizi Buruk. Dengan adanya integrasi pelayanan MTBS dan Gizi Buruk diharapkan terjadi peningkatan penemuan kasus, termasuk didalamnya balita yang bermasalah gizi. Penerapan pelayanan MTBS dan Gizi Buruk di FKTP dapat memperkuat sistem pelayanan kesehatan agar penanganan balita sakit lebih efektif, meningkatkan kualitas pelayanan, meningkatkan peran keluarga dan masyarakat, serta akan melindungi perawat dan bidan bilamana menjumpai permasalahan setelah memberikan pelayanan.

Manajemen Terpadu Balita Sakit telah dinilai *cost effective* dalam upaya menurunkan kematian bayi dan balita, namun implementasinya di lapangan masih belum optimal. Salah satu kendala yang dihadapi adalah masih kurangnya jumlah tenaga terlatih. Dapat dipahami bahwa untuk pelatihan formal membutuhkan biaya yang cukup besar, disamping itu tenaga kesehatan yang mengikuti pelatihan harus meninggalkan tugas atau pekerjaannya selama beberapa hari pelatihan, yang dapat menghambat pelayanan rutin di FKTP. Hasil evaluasi pelayanan kesehatan balita terhadap sejumlah Puskesmas di Indonesia menunjukkan bahwa kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar belum optimal. Salah satu penyebab adalah kurangnya bimbingan teknis.

Kalakarya dapat dikatakan lebih efisien dan efektif jika dibandingkan dengan pelatihan formal. Tidak memerlukan biaya besar, peserta kalakarya dipacu untuk lebih aktif dan memiliki kesempatan praktik lebih banyak. Dalam hal ini, peserta didampingi dan dibimbing langsung oleh Pendamping Kalakarya untuk memahami dan melakukan tatalaksana balita sakit maupun bayi muda sampai pada akhirnya dihasilkan pelayanan kesehatan balita yang berkualitas, yang ditandai dengan kepatuhan petugas terhadap standar.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mempelajari materi ini, peserta mampu menjelaskan konsep kalakarya MTBS dan Gizi Buruk.

URAIAN MATERI POKOK

1. Pengertian Kalakarya

Kalakarya MTBS dan Gizi Buruk adalah salah satu metode peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam menerapkan pelayanan balita sakit dan bayi muda dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit yang dilaksanakan melalui pendampingan di Fasilitas Kesehatan.

2. Tujuan Kalakarya

Meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan MTBS dan Gizi buruk pada balita serta mampu menerapkan pelayanan MTBS dan Gizi Buruk secara benar dan luas sesuai standar dalam rangka percepatan penurunan angka kesakitan dan angka kematian balita.

3. Peran Pendamping.

Pendamping adalah dokter, perawat, bidan, nutrisionis/ dietisien yang sudah terlatih MTBS dan Gizi buruk. Berperan mendampingi peserta selama periode kalakarya; melaksanakan pemantauan berkala penerapan pelayanan MTBS dan Gizi buruk serta bimbingan teknis untuk menjamin keberlangsungan penerapan MTBS dan Gizi buruk. Setiap Pendamping hendaknya memberi bimbingan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya masing-masing.

Pendamping dapat berasal dari puskesmas yang sama dengan peserta atau dari tempat lain yang dihadirkan ke puskesmas dimana peserta kalakarya bertugas.

Saat melakukan Kalakarya, setiap pendamping tidak dibenarkan mendampingi lebih dari 3 peserta dalam satu periode Kalakarya.

Setelah selesai pelaksanaan kalakarya, Pendamping diharapkan melakukan pemantauan berkala serta bimbingan teknis jika diperlukan, untuk memastikan pelayanan MTBS dan Gizi Buruk tetap dilaksanakan secara benar.

4. Penyelenggaraan kalakarya

Kalakarya MTBS dan Gizi Buruk ini dapat diikuti oleh dokter atau perawat atau bidan atau nutrisionis yang belum mengikuti pelatihan atau yang perlu penyegaran dan bersedia mengikuti kalakarya secara penuh. Diharapkan setelah kalakarya, mereka siap memberikan pelayanan kesehatan balita dengan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit, baik sebagai tugas pokok maupun sebagai tugas tambahan sesuai kompetensi dan kewenangan masing-masing.

Penyelenggaraan kalakarya tidak memerlukan ruangan khusus seperti aula misalnya, cukup di ruangan dengan kapasitas 4 orang yang bisa berkomunikasi langsung atau berdiskusi. Dengan demikian, tidak perlu memiliki atau menyediakan LCD proyektor maupun layar, cukup dengan laptop untuk memutar video.

Lokasi penyelenggaraan tatap muka bisa di FKTP setempat atau di FKTP lainnya, dan untuk praktik klinis bisa dilaksanakan di unit Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) atau unit MTBS atau ketika kunjungan rumah.

Waktu pelaksanaan kalakarya lebih fleksibel dibandingkan dengan pelatihan formal. Pendamping dan peserta kalakarya menyepakati waktu pelaksanaan dan menyusun jadwal bersama. Penting diperhatikan, agar waktu pelaksanaan tatap muka tidak mengganggu pelayanan pasien di FKTP tersebut dan satu periode penyelenggaraan kalakarya tidak lebih dari 2 bulan.

Bahan dan alat bantu pembelajaran, meliputi:

- Buku Bagan MTBS yang terkini (revisi terbaru)
- Formulir pencatatan balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun
- Formulir pencatatan bayi muda umur < 2 bulan
- Register rawat jalan balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun
- Register rawat jalan bayi muda umur < 2 bulan
- Buku KIA
- Modul Pelatihan MTBS dan Gizi buruk (untuk Pendamping)

- Pedoman Pelaksanaan Kalakarya MTBS di Puskesmas (untuk Pendamping)
- Modul Kalakarya MTBS di Puskesmas
- Formulir-formulir untuk pemantauan MTBS dan Gizi Buruk
- Formulir pelaporan gizi buruk.
- Laptop
- File video dan buku kumpulan foto.
- Peralatan medis yang pada umumnya sudah tersedia di FKTP, seperti: timbangan berat badan untuk bayi dan anak; alat ukur panjang badan dan tinggi badan; termometer; pita pengukur LiLA dan Lingkar Kepala; ARI timer atau jam tangan yang memiliki detik; tensimeter dengan manset ukuran anak; pulse oximeter; pen light; spatula lidah.

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa penyelenggaraan kalakarya tidak membutuhkan pembiayaan yang besar jika dibandingkan dengan penyelenggaraan pelatihan formal. Sebagai acuan, dapat digunakan Pedoman Pelaksanaan Kalakarya Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi tentang Konsep Kalakarya MTBS dan Gizi Buruk, maka dapat disimpulkan bahwa :

- ❖ Kalakarya dilaksanakan sebagai salah satu metode peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam menerapkan pelayanan balita sakit dan bayi muda dengan pendekatan MTBS dan Gizi Buruk.
- ❖ Kalakarya dilaksanakan melalui pendampingan di Fasilitas Kesehatan, oleh dokter, bidan atau perawat yang sudah terlatih MTBS dan Gizi Buruk. Untuk Nutrisionis/ Dietisien pendampingan sesuai kompetensinya.
- ❖ Seorang pendamping hanya boleh mendampingi paling banyak 3 orang dalam periode pendampingan; dan tidak diperkenankan lebih dari 2 bulan.
- ❖ Penentuan tempat dan waktu disepakati bersama antara pendamping dan peserta.
- ❖ Bahan dan alat bantu digunakan adalah alat-alat yang ada di Puskesmas tersebut.
- ❖ Penyelenggaraan Kalakarya tidak membutuhkan biaya besar, sangat efektif dan efisien.

Materi Pokok 2: TEKNIK PENDAMPINGAN KALAKARYA MTBS DAN GIZI BURUK

PENDAHULUAN

Seorang Pendamping Kalakarya tidak cukup hanya memahami konsep dasar penyelenggaraan kalakarya, namun lebih dari itu, seorang Pendamping perlu memahami bagaimana melakukan pendampingan yang baik dan yang bisa 'diterima' oleh peserta kalakarya. Dalam hal ini, penting menggunakan metode yang menarik agar peserta lebih berminat, penyampaiannya mudah dipahami oleh peserta, serta memberi kesan mudah memberikan pelayanan balita termasuk gizi buruk dengan pendekatan MTBS.

INDIKATOR HASIL BELAJAR

Setelah mengikuti pembelajaran ini, peserta dapat menerapkan teknik pendampingan kalakarya MTBS dan Gizi Buruk.

URAIAN MATERI POKOK

Untuk memudahkan Pendamping melakukan pendampingan kalakarya, telah disusun Pedoman Pelaksanaan Kalakarya Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas yang di dalamnya menjelaskan secara rinci apa yang harus disampaikan oleh Pendamping ketika pertemuan (tatap muka) maupun saat praktik klinis, dan menjelaskan langkah-langkah pembelajaran secara bertahap.

Pendamping berperan memandu dan membimbing peserta dengan menggunakan Buku Bagan MTBS sebagai acuan, video atau buku kumpulan foto. Metode pembelajaran antara lain dengan membaca modul, melakukan curah pendapat, diskusi atau tanya jawab, latihan studi kasus, simulasi atau demonstrasi, dan praktik klinik.

Setiap kali pertemuan, peserta harus sudah membaca modul MTBS pada bagian yang ditentukan oleh Pendamping sesuai tahapan pembelajaran.

Terdapat 17 langkah dalam pelaksanaan kalakarya. Langkah-langkah ini menunjukkan urutan pembelajaran yang harus dilalui / dilakukan. Adapun jumlah pendampingannya kurang atau lebih dari 17x dalam 2 bulan, dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi, yang penting Pendamping harus dapat memastikan setiap peserta yang didampinginya paham dan mampu menerapkan tatalaksana MTBS dan Gizi buruk secara benar, bukan sekedar selesai 17 langkah.

Langkah 1 : Penjelasan Umum

Pendamping menjelaskan tentang Konsep Dasar Integrasi MTBS dan Gizi Buruk {pengertian, tujuan, sasaran, pelaksana, strategi, manfaat dan keuntungan), kemudian dilanjutkan dengan menjelaskan tentang penggunaan Buku Bagan MTBS dan Formulir Pencatatan Balita Sakit dan Bayi Muda.

Buku Bagan MTBS.

Jelaskan bahwa buku bagan merupakan acuan dan harus digunakan ketika melayani balita sakit dan bayi muda. Dalam Buku Bagan MTBS terdapat penilaian, klasifikasi dan tindakan/pengobatan untuk balita sakit umur 2 bulan - 5 tahun dan untuk bayi muda umur < 2 bulan.

PENILAIAN adalah memeriksa anak dengan cara bertanya, melihat, meraba, mendengar atau melakukan pemeriksaan tertentu sesuai kompetensi. Berdasarkan hasil penilaian, ditentukan KLASIFIKASI (bukan diagnosa) untuk kemudian ditentukan TINDAKAN/PENGobatan sesuai bagan/ algoritma yang ada dalam Buku Bagan MTBS

Warna pada algoritma memiliki arti. Merah muda berarti anak memiliki penyakit berat dan memerlukan penanganan segera atau rujukan. Kuning berarti anak membutuhkan pengobatan spesifik, seperti antibiotik yang sesuai, obat oral anti malaria atau pengobatan lainnya. Hijau berarti anak tidak memerlukan pengobatan spesifik, pada kondisi ini petugas kesehatan mengajari ibu cara merawat anaknya di rumah.

Formulir Pencatatan.

Jelaskan bahwa ada 2 jenis formulir pencatatan yaitu untuk balita sakit umur 2 bulan – 5 tahun dan untuk bayi muda umur kurang dari 2 bulan. Gunakan formulir pencatatan ini ketika melakukan anamnesa dan pemeriksaan. Apa yang perlu ditanyakan dan apa yang harus diperiksa oleh petugas kesehatan, ada tertulis pada formulir pencatatan di kolom penilaian, tidak perlu dihafal. Walaupun masing-masing formulir pencatatan ini terdiri dari 2 halaman, pengisian mudah, yaitu hanya dengan mengisi singkat, memberi tanda ceklis (√) tanda strip (-) atau angka, dan memberi tanda lingkaran pada gejala yang ditemukan. Isilah formulir pencatatan ini dengan pola pengisian dari kiri ke kanan dan dari atas ke bawah, agar tidak ada yang terlewatkan. Lakukan terlebih dahulu penilaian dan klasifikasi sampai selesai dengan mencatat hasilnya pada kolom Penilaian dan Klasifikasi pada formulir pencatatan, setelah itu barulah mengisi kolom Tindakan/Pengobatan.

Jelaskan bagaimana cara menentukan klasifikasi, yaitu dengan membuka buku bagan pada halaman yang sesuai dan membaca kolom gejala dari atas ke bawah, adakah gejala tersebut dimiliki anak. Pilih Klasifikasi yang sesuai dengan gejala yang dimiliki anak, lalu tuliskan klasifikasi tersebut pada formulir pencatatan di kolom klasifikasi. Jika ditemukan gejala pada lajur berwarna yang berbeda (misalnya pada lajur merah dan kuning), tentukan klasifikasi yang lebih berat (pada lajur merah).

Pada pertemuan ini, jelaskan juga bagaimana cara mengukur berat badan, tinggi badan, panjang badan, lingkaran lengan atas, dan lingkaran kepala secara benar. Pendamping dapat menunjukkan cara pengukuran berat badan dan tinggi/panjang badan dengan menayangkan video.

Sebelum mengakhiri pertemuan, pendamping meminta peserta agar membaca Modul Kalakarya di rumah tentang materi yang berkaitan dengan Langkah 2 untuk bahan pembelajaran berikutnya.

Langkah 2 : Identitas, Penilaian dan Klasifikasi untuk Tanda Bahaya Umum dengan SAGA, Batuk dan atau Sukar Bernapas, Diare.

Pendamping mengawali pertemuan ini dengan curah pendapat terkait materi yang sudah dibaca oleh peserta dan akan dibahas dalam pertemuan ini.

Identitas

Sampaikan penjelasan tentang identitas anak sambil mengisi pada formulir pencatatan bagian yang sesuai. Peragakan pola pengisian yang benar. Ingat untuk menanyakan tempat tinggal anak, jika di daerah endemis tinggi malaria, anak harus di tes malaria.

Penilaian dan Klasifikasi untuk Tanda Bahaya Umum dengan SAGA

Dengan menggunakan Buku Bagan MTBS halaman 2, baca dan jelaskan setiap tanda atau gejala yang ada dalam kolom penilaian untuk Memeriksa Tanda Bahaya Umum dengan Segitiga Asesmen Gawat Anak (SAGA), dan jelaskan bagaimana cara memeriksanya. Jika tersedia video cara memeriksa tanda/gejala yang terkait, pendamping bisa menayangkan video tersebut.

Kemudian jelaskan tanda atau gejala apa saja yang dapat menegakkan klasifikasi GAGAL JANTUNG PARU, klasifikasi PENYAKIT SANGAT BERAT, dan klasifikasi STABIL. Agar penentuan klasifikasi benar, penting untuk membaca dengan teliti kolom gejala. Perhatikan kata "dan", "atau", "satu atau lebih" yang tertulis di kolom gejala.

Beri kesempatan peserta untuk bertanya, dan jawablah setiap pertanyaan dengan mengacu pada buku bagan, modul pelatihan, modul kalakarya, atau pedoman pelaksanaan kalakarya.

Setelah pendamping dapat memastikan bahwa peserta sudah paham, lanjutkan pada Buku Bagan halaman 3.

Penilaian dan Klasifikasi Batuk dan atau Sukar Bernapas.

Pendamping meminta salah satu peserta membaca buku bagan halaman 3 pada kolom Penilaian untuk Batuk dan/atau Sukar Bernapas. Ingatkan peserta bahwa penilaian ini hanya dilakukan jika ada keluhan batuk atau sukar bernapas. Jelaskan setiap gejala atau tanda, sampaikan dan atau tayangkan video cara memeriksa anak dengan batuk. Jika perlu lakukan latihan lisan terkait perhitungan napas untuk memastikan setiap peserta tahu persis frekuensi napas anak dinyatakan cepat.

Ingatkan peserta, jika menemukan gejala pada lajur berwarna merah muda DAN kuning, misalnya ada tarikan dinding dada ke dalam disertai napas cepat, maka tentukanlah klasifikasi yang lebih berat, yaitu PNEUMONIA BERAT.

Bimbing peserta untuk menentukan klasifikasi secara benar dengan mengajukan beberapa pertanyaan terkait kasus batuk. Jangan lupa berikan pujian jika peserta dapat menjawab dengan benar.

Penilaian dan Klasifikasi Diare

Pendamping menjelaskan tentang penilaian dan klasifikasi untuk anak dengan Diare dengan menggunakan buku bagan halaman 4.

Penilaian untuk diare dilakukan hanya jika anak diare. Jelaskan pengertian diare dan bagaimana cara memeriksa tanda-tanda dehidrasi secara benar. Beri penekanan kepada peserta bahwa salah satu pemeriksaan untuk menentukan derajat dehidrasi adalah dengan memberi minum anak, tidak cukup dengan bertanya saja tentang minum anak. Berbeda dengan penilaian pada Batuk dan/atau Sukar Bernapas, pada Diare dibutuhkan 2 tanda atau lebih untuk dapat ditentukan klasifikasi merah muda (Diare Dehidrasi Berat) ataupun klasifikasi kuning (Diare Dehidrasi Ringan/Sedang).

Anak dengan diare harus diklasifikasikan untuk derajat dehidrasinya terlebih dahulu dan pada anak diare dimungkinkan memiliki 1 atau 2 atau 3 klasifikasi, sesuai dengan gejala yang dimiliki anak.

Sebelum mengakhiri pertemuan, pendamping meminta peserta agar membaca modul di rumah terkait bahan pembelajaran berikutnya.

Langkah 3: Penilaian dan Klasifikasi untuk Demam dan Masalah Telinga.

Pendamping memimpin curah pendapat atau tanya jawab tentang materi demam dan masalah telinga yang sudah dibaca oleh peserta di rumah.

Demam

Jelaskan bahwa demam dapat diketahui dari anamnesa, atau teraba panas oleh petugas, atau dari hasil pengukuran suhu badan anak $> 37,5^{\circ}\text{C}$. Jika salah satu dari ketiga hal tersebut ada demam, maka anak harus dinilai untuk kemungkinan Malaria, Campak, atau Infeksi Dengue.

Sampaikan tanda atau gejala apa saja yang mungkin ditemukan terkait dengan pemeriksaan demam, dan bagaimana cara memeriksanya. Tayangkan video cara memeriksa anak demam. Peragakan cara meraba demam pada anak, memeriksa kaku kuduk, memeriksa waktu pengisian kapiler, melakukan uji torniket. Dengan melakukan pemeriksaan secara benar, diharapkan klasifikasi yang benar bisa ditegakkan dan anak akan mendapat tindakan/pengobatan yang sesuai dengan kondisinya.

Klasifikasi untuk kemungkinan Malaria ditentukan berdasarkan **daerah endemis** dan **non endemis malaria**. Jika anak tinggal di daerah non endemis malaria hendaknya ditanyakan riwayat bepergian ke daerah endemis malaria dalam 2 minggu terakhir, lalu tentukan daerah endemis sesuai tempat yang dikunjungi untuk menentukan klasifikasi.

Berikan penekanan kepada peserta bahwa Campak diklasifikasikan hanya anak menderita campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir, dan Infeksi Dengue diklasifikasikan jika anak menderita demam selama 2 hari sampai dengan 7 hari.

Praktikkan cara menilai dan mengklasifikasi demam pada formulir pencatatan. Peragakan cara memberi tanda silang (x) jika ada riwayat bepergian dari daerah non endemis malaria ke daerah endemis, mencatat hasil pemeriksaan tes malaria jika dilakukan tes, serta menuliskan klasifikasi Campak maupun Infeksi Dengue pada kotak klasifikasi yang sesuai.

Masalah Telinga

Jelaskan tentang penilaian dan klasifikasi untuk Masalah Telinga dengan cara yang sama seperti sesi sebelumnya. Ingatkan peserta bahwa memeriksa telinga dan menentukan Klasifikasi untuk masalah telinga hanya jika ada keluhan pada telinga.

Untuk berlatih menentukan klasifikasi, pendamping dapat memberi peserta soal studi kasus yang dipersiapkan sendiri sebelumnya atau memilih soal studi kasus yang sudah tersedia dalam Buku Pedoman Pelaksanaan Kalakarya yang sesuai dengan materi pembelajaran.

Di akhir pertemuan, pendamping meminta peserta agar membaca modul di rumah terkait bahan pembelajaran berikutnya.

Langkah 4 : Penilaian dan Klasifikasi untuk Status Gizi, Status Pertumbuhan, Memeriksa Anemia, Status HIV, Status Imunisasi, Pemberian Vitamin A dan Menilai Masalah/ Keluhan Lain pada Balita.

Pendamping mengawali sesi ini dengan membahas tentang materi yang sudah dibaca oleh peserta di rumah.

Sama halnya dengan sesi-sesi sebelumnya, jelaskan secara rinci cara menilai dan mengklasifikasi status gizi, status pertumbuhan, status anemia, dan status HIV satu persatu dengan menggunakan Buku Bagan pada halaman yang sesuai dan Formulir Pencatatan. Ingatkan untuk selalu mengisi kolom klasifikasi pada formulir pencatatan.

Terkait dengan status gizi dan pertumbuhan, bimbing peserta melakukan plotting secara benar pada grafik-grafik yang sesuai pdalam Buku Bagan, dengan cara memberikan data berat badan, tinggi atau panjang badan, serta umur anak kepada setiap peserta.

Jelaskan dan peragakan cara memeriksa edema, mengukur lingkar lengan atas, dan mengukur lingkar kepala secara benar.

Untuk memastikan pemahaman peserta menentukan klasifikasi secara benar, pendamping memberi peserta soal studi kasus yang sesuai. Perhatikan apakah peserta sudah mampu melakukan plotting secara benar. Perhatikan juuga apakah klasifikasi sudah sesuai dengan bagan, dan sudahkan menuliskan atau memberi tanda hasil penilaian untuk setiap klasifikasi termasuk masalah/keluhan lain. Berikan pujian untuk hal-hal yang sudah dilakukan peserta dengan benar, beri bimbingan jika diperlukan.

Untuk menilai status imunisasi dan pemberian vitamin A pada anak, peserta dapat melihat riwayat pemberiannya di buku KIA. Sampaikan cara penulisan status imunisasi dan pemberian vitamin A suplementasi maupun vitamin A pengobatan dalam Formulir Pencatatan. Ingatkan peserta agar menanyakan keluhan lain secara proaktif kepada ibu balita dan menuliskannya dalam formulir pencatatan. Jika sudah ditanyakan dan tidak ada keluhan lain, maka dalam kolom Klasifikasi harus diberi tanda strip (-).

Langkah 5 : Praktik Klinis Penilaian dan Klasifikasi pada Balita Sakit.

Pendamping memberi contoh dengan melakukan demonstrasi pemeriksaan balita sakit secara sistematis sambil mengisi formulir pencatatan, kemudian Pendamping memilihkan pasien yang mempunyai beberapa keluhan untuk diperiksa dan ditentukan klasifikasinya oleh peserta. Sementara peserta melakukan pemeriksaan, pendamping mengamati secara langsung untuk memastikan sampai sejauh mana peserta mampu menilai dan menentukan klasifikasi pada balita sakit.

Demikian seterusnya bergiliran untuk setiap peserta sampai seluruh balita sakit dinilai dan diklasifikasikan.

Pendamping harus memberikan umpan balik, memuji hal baik, menegur kesalahan secara bijak, dan memotivasi peserta.

Untuk pendampingan berikutnya, pendamping meminta agar peserta membaca modul di rumah tentang "Tindakan atau Pengobatan Balita Sakit".

Langkah 6 : Tindakan atau Pengobatan Balita Sakit.

Pendamping menjelaskan langkah awal menentukan tindakan atau pengobatan pada balita sakit, apa yang harus dilakukan jika anak memerlukan rujukan segera, dan apa yang harus dilakukan jika anak tidak memerlukan rujukan.

Selanjutnya menjelaskan tindakan atau pengobatan untuk setiap klasifikasi, baik tindakan untuk klasifikasi yang memerlukan rujukan maupun yang tidak memerlukan rujukan. Selalu gunakan Buku Bagan MTBS untuk memberi tindakan atau pengobatan pada balita sakit.

Pada pertemuan ini, disampaikan juga mengenai tatalaksana balita gizi buruk yang dapat dilihat dalam modul pelatihan pada Bab Tatalaksana Umum Balita Gizi Buruk (MPI.1).

Pendamping mendemonstrasikan cara menulis tindakan/ pengobatan dalam Formulir Pencatatan. Jika ditemukan klasifikasi berat atau klasifikasi yang berwarna merah muda, maka tindakan yang ditulis dalam kolom tindakan/pengobatan hanyalah tindakan pra rujukan, yaitu yang tercetak tebal dalam buku bagan. Jika tidak ada klasifikasi berat, maka tindakan ditulis dan diberikan untuk setiap klasifikasi sesuai bagan. Dalam formulir pencatatan ditulis singkat dan jelas, hanya yang relevan dengan kondisi anak.

Jelaskan bagaimana melakukan penilaian pemberian makan pada anak, menentukan masalah pemberian makan dan menasihati terkait masalah pemberian makan yang ditemukan. Sampaikan pentingnya kunjungan ulang dan memberi nasihat kapan kembali segera, serta penulisannya dalam formulir pencatatan.

Untuk memastikan peserta paham tentang tindakan/pengobatan, pendamping memberi peserta pekerjaan rumah, yaitu mengisi kolom tindakan/pengobatan pada formulir pencatatan studi kasus yang sudah diklasifikasikan sebelumnya. Pendamping akan memeriksa hasil pekerjaan rumah peserta dan memberi umpan balik.

Langkah 7 : Praktik Klinis Lengkap pada Balita Sakit.

Pendamping memandu praktik klinis dengan langkah-langkah pendampingan sebagaimana praktik sebelumnya, kecuali demonstrasi praktik klinis. Pemeriksaan balita sakit dilakukan secara lengkap mulai dari Penilaian, Klasifikasi sampai dengan Tindakan atau Pengobatan, termasuk konseling bagi ibu dengan menggunakan Teknik komunikasi yang baik (TPNC).

Setelah praktik klinis selesai, Pendamping mengingatkan peserta agar membaca modul dan buku bagan di rumah pada bagian "Pelayanan Tindak Lanjut Balita Sakit" untuk bahan pembelajaran berikutnya.

Langkah 8 : Pelayanan Tindak Lanjut Balita Sakit.

Pendamping menggali pendapat peserta tentang pengertian dan tujuan pelayanan tindak lanjut dan merangkumnya. Sampaikan acuan pelayanan tindak lanjut balita sakit yang ada dalam buku bagan dan jelaskan satu persatu bagaimana cara menangani balita sakit yang datang saat kunjungan ulang sesuai 'kotak' pelayanan tindak lanjut.

Jelaskan langkah-langkah pelayanan tindak lanjut mulai dari menyiapkan formulir baru, menanyakan ada tidaknya masalah/keluhan baru, melakukan penilaian sesuai 'kotak' pelayanan tindak lanjut (jika tidak ada keluhan baru) atau penilaian lengkap seperti kunjungan pertama (jika ada keluhan baru), menentukan klasifikasi dengan menggunakan bagan algoritma, sampai dengan menentukan tindakan atau pengobatan sesuai 'kotak' pelayanan tindak lanjut (untuk klasifikasi yang terkait keluhan lama) atau sesuai kolom tindakan pada bagan seperti pada kunjungan pertama (untuk klasifikasi yang baru ditemukan). Untuk lebih jelasnya, pendamping memberi contoh kasus kunjungan ulang tanpa keluhan baru dan kasus kunjungan ulang yang disertai masalah baru, dengan menggunakan formulir pencatatan.

Untuk memastikan peserta paham tentang pelayanan tindak lanjut, pendamping memberi waktu peserta untuk mengerjakan soal studi kasus yang sesuai, memeriksa hasil pekerjaan peserta dan memberikan umpan balik.

Langkah 9: Praktik Klinis Pelayanan Tindak Lanjut Balita Sakit.

Pendamping mencari balita sakit yang datang untuk kunjungan ulang. Sambil menunggu balita yang datang untuk kunjungan ulang, peserta dapat melakukan pemeriksaan lengkap balita sakit yang datang untuk kunjungan pertama. Proses pendampingan praktik klinis dilakukan sebagaimana praktik klinis sebelumnya.

Setelah praktik klinis selesai, lakukan diskusi, beri umpan balik, kemudian ingatkan peserta agar membaca modul kalakarya terkait materi pembelajaran selanjutnya.

Langkah 10: Penilaian dan Klasifikasi untuk Kemungkinan Penyakit Sangat Berat atau Infeksi Bakteri Berat atau Infeksi Bakteri Lokal, Ikterus, Diare dan Infeksi HIV pada Bayi Muda.

Pendamping mengawali pertemuan dengan menjelaskan bagan tatalaksana bayi muda yang digunakan untuk bayi umur kurang dari 2 bulan baik yang sakit maupun sehat, serta formulir pencatatan bayi muda yang cara pengisiannya sama dengan pada balita sakit. Pemeriksaan bayi muda dengan menggunakan formulir pencatatan bayi muda dapat dilakukan saat kunjungan neonatal.

Penilaian terhadap semua tanda/gejala yang ada dalam formulir pencatatan bayi muda harus dilakukan, kecuali diare yang baru dilakukan penilaian atau pemeriksaan jika bayinya diare.

Dengan menggunakan buku bagan pada halaman yang sesuai, Pendamping menjelaskan tanda atau gejala yang harus ditemukan untuk menentukan setiap klasifikasi. Pendamping menjelaskan cara menilai dengan memberi tanda pada formulir pencatatan, serta menentukan klasifikasi sesuai cara yang baku dengan menggunakan bagan.

Pendamping menayangkan video cara memeriksa bayi untuk kemungkinan penyakit berat dan infeksi bakteri, serta cara memeriksa ikterus. Kemudian menugaskan peserta untuk membaca modul kalakarya di rumah untuk pembelajaran selanjutnya.

Langkah 11 : Penilaian dan Klasifikasi untuk Kemungkinan Berat Badan Rendah menurut umur dan Masalah Pemberian ASI atau Minum (untuk Ibu HIV positif yang tidak menyusui).

Pendamping menjelaskan cara melakukan penilaian dan klasifikasi untuk kemungkinan berat badan rendah menurut umur dan/atau masalah pemberian ASI dengan menggunakan buku bagan. Penilaian dan klasifikasi untuk Kemungkinan Berat Badan Rendah Menurut Umur dan/atau Masalah Pemberian Minum hanya dilakukan untuk ibu HIV positif yang tidak menyusui.

Pendamping menjelaskan 4 tanda posisi bayi menyusui dengan benar, 4 tanda bayi melekat dengan baik, dan tanda isapan bayi efektif. Pastikan peserta mampu menilai dan menyimpulkan tentang posisi, perlekatan dan isapan bayi secara benar dan menindaklanjutinya. Ingatkan bahwa penilaian tentang cara menyusui dilakukan hanya jika bayi tidak akan dirujuk. Mengenai cara menyusui bayi dapat ditayangkan videonya.

Pendamping meminta peserta untuk mengerjakan soal studi kasus yang sesuai. Periksa hasil pekerjaan peserta dan beri umpan balik. Untuk pendampingan berikutnya, pendamping meminta agar peserta membaca modul di rumah pada bagian Tindakan atau Pengobatan Bayi Muda.

Langkah 12 : Tindakan atau Pengobatan Bayi Muda.

Pendamping membahas Tindakan atau Pengobatan Bayi Muda pada modul kalakarya yang sudah dibaca oleh peserta sebelumnya termasuk yang ada dalam buku bagan MTBS. Ingatkan untuk memastikan ada tidaknya klasifikasi berat terlebih dahulu sebelum menentukan tindakan atau pengobatan. Jika ada Klasifikasi berat, maka tindakan yang diberikan dan ditulis dalam formulir pencatatan hanyalah tindakan pra rujukan (yang tercetak tebal dalam buku bagan). Sampaikan bahwa bayi dapat dirujuk apabila stabil. Bayi muda dengan gizi buruk atau dengan indikasi rujukan harus dirujuk ke Rumah Sakit, tindakan dan pengobatan untuk bayi muda gizi buruk sebelum dirujuk bisa dilihat pada modul pelatihan (MPI.1)

Jelaskan satu persatu tindakan atau pengobatan untuk setiap klasifikasi, baik klasifikasi pada lajur merah muda maupun lajur kuning dan hijau. Gunakan buku bagan.

Untuk memastikan peserta paham tentang tindakan/pengobatan pada bayi muda, pendamping meminta agar peserta melanjutkan pengisian kolom tindakan/ pengobatan pada formulir pencatatan studi kasus yang sudah ditentukan klasifikasinya.

Langkah 13 : Praktik Klinis pada Bayi Muda.

Pendamping mengawasi kegiatan praktik dengan demonstrasi tatalaksana bayi muda secara sistematis sesuai standar pelayanan MTBM, sementara peserta mengamati.

Pendamping memberi kesempatan setiap peserta secara bergantian memeriksa bayi muda lainnya secara lengkap, mulai dari penilaian dan klasifikasi, sampai dengan tindakan atau pengobatan, termasuk konseling bagi ibu. Sementara itu, pendamping mengamati dan/atau mencatat hal-hal yang perlu didiskusikan serta memastikan tindakan/pengobatan yang diberikan sesuai dengan klasifikasi bayi.

Pendamping memandu diskusi hasil pencatatan formulir bayi muda yang sudah diisi oleh peserta. Berikan pujian atas kepatuhan peserta memeriksa dan menentukan tindakan dengan benar. Berikan koreksi untuk hal-hal yang masih harus diperbaiki dan bimbingan tambahan jika diperlukan.

Untuk pembelajaran berikutnya, pendamping meminta agar peserta membaca modul tentang "Pelayanan Tindak Lanjut Bayi Muda".

Langkah 14 : Pelayanan Tindak Lanjut Bayi Muda.

Pendamping menjelaskan setiap kotak pelayanan tindak lanjut pada bayi muda yang ada dalam buku bagan. Sampaikan bahwa setiap bayi muda yang datang untuk kunjungan ulang, harus dinilai ulang lengkap, yaitu memeriksa dengan menggunakan formulir pencatatan seperti pada kunjungan pertama, tanpa memperhatikan ada atau tidak keluhan baru.

Untuk memastikan peserta paham tentang pelayanan tindak lanjut pada bayi muda, pendamping memberikan soal studi kasus yang sesuai, memeriksa hasil pekerjaan peserta dan memberikan umpan balik.

Langkah 15 : Praktik Klinis Pelayanan Tindak Lanjut Bayi Muda.

Pendamping memandu praktik klinis ini menggunakan cara yang sama dengan pelaksanaan praktik klinis sebelumnya. Jika pasien bayi muda kunjungan ulang tidak ada, gunakan kesempatan ini untuk praktik memeriksa bayi muda kunjungan pertama atau memeriksa balita sakit yang datang untuk kunjungan pertama maupun kunjungan ulang.

Langkah 16: Komunikasi dan Pencegahan Cedera pada Anak.

Sesi ini diikuti oleh seluruh petugas yang terlibat dalam alur pelayanan MTBS. Pendamping menjelaskan tentang Teknik Komunikasi Yang Baik yang perlu dimiliki oleh setiap petugas pemberi layanan. Keterampilan berkomunikasi yang baik dilakukan dengan cara Tanya Puji Nasihati Cek pemahaman (TPNC).

Pendamping melanjutkan penjelasan tentang Pencegahan Cedera pada Anak yang ada dalam buku bagan. Ingatkan peserta agar setiap ada kesempatan kontak dengan ibu yang mempunyai balita, dapat menyampaikan hal-hal yang terkait dengan upaya pencegahan cedera pada anak.

Langkah 17: Pengisian Register Rawat Jalan dan Buku KIA.

Pada sesi ini dapat dihadirkan peserta kalakarya ditambah beberapa petugas yang akan dilibatkan dalam pengisian register.

Semua peserta diminta untuk berlatih memindahkan data yang tercatat dalam formulir pencatatan ke dalam setiap kolom pada Register Rawat Jalan yang sesuai dengan umur anak. Pendamping memeriksa hasil pekerjaan setiap peserta, memberi umpan balik, dan memastikan seluruh peserta memiliki persepsi yang sama untuk mengisi setiap kolom yang ada dalam register rawat jalan balita sakit maupun bayi muda.

Setelah selesai 17 langkah pembelajaran, pimpinan FKTP dapat menutup kegiatan kalakarya dalam 1 periode.

SEKARANG SAYA TAHU

Setelah mempelajari materi tentang Teknik Fasilitasi Pendampingan Kalakarya MTBS dan Gizi Buruk, maka dapat disimpulkan:

- ❖ Metode yang digunakan adalah pendamping memandu, membimbing dengan cara membaca modul, dan/ atau menggunakan buku bagan, curah pendapat, diskusi, Tanya jawab, latihan studi kasus, penayangan video dan /atau buku foto, simulasi, demonstrasi dan praktik klinik.
- ❖ Setiap kali pertemuan, peserta harus sudah membaca modul MTBS pada bagian yang ditentukan oleh pendamping.
- ❖ Pelaksanaan kalakarya dilakukan secara bertahap, dengan 17 langkah, dan harus selesai tidak lebih dari 2 bulan.

C. PENUGASAN

MPI 5

Kalakarya MTBS dan GiziBuruk

PANDUAN SIMULASI

Tujuan :

Setelah melaksanakan praktik simulasi, peserta mampu menerapkan kalakarya MTBS di Fasilitas Kesehatan tempat kerjanya masing-masing.

Waktu : 3Jpl x 45 menit = 135 menit

Petunjuk :

Persiapan (H-1)

- Fasilitator meminta kepada seluruh peserta agar masing-masing membaca dan mempelajari 17 langkah pelaksanaan kalakarya yang ada dalam buku Pedoman Pelaksanaan Kalakarya Manajemen Terpadu Balita Sakit Di Puskesmas, untuk persiapan diri melaksanakan simulasi.

Pelaksanaan

1. Fasilitator membagi peserta dalam 5 kelompok dan menjelaskan tata cara melakukan simulasi. (5 menit)
2. Fasilitator meminta setiap perwakilan kelompok mengambil nomor undian yang sesuai dengan langkah pelaksanaan kalakarya yang harus disimulasikan oleh kelompok tersebut. (5 menit)
3. Fasilitator memberikan bahan penugasan simulasi sesuai nomor langkah pelaksanaan kalakarya hasil undian dan memberi waktu kepada kelompok tsb untuk berbagi peran. (@5 menit)
4. Fasilitator mempersilakan peserta untuk mulai berperan sesuai bahan simulasi yang diterima, layaknya seorang Pendamping Kalakarya (@10 menit).
Sementara simulasi berlangsung, peserta kelompok lainnya harus memperhatikan dan jika perlu mencatatnya.
5. Fasilitator memandu diskusi, memberi komentar dan klarifikasi terkait dengan langkah pelaksanaan kalakarya yang disimulasikan, guna pembelajaran seluruh peserta. (@10 menit)
6. Selanjutnya fasilitator meminta kelompok lainnya secara bergantian melakukan hal yang sama.
7. Setelah penugasan selesai, fasilitator menyampaikan kesimpulan hasil penugasan simulasi kepada seluruh peserta dan hal-hal penting untuk keberhasilan penerapan kalakarya di Faskes masing-masing.(5 menit)

BAHAN PENUGASAN untuk Simulasi

Ada 5 langkah terpilih yang akan digunakan sebagai bahan simulasi, yaitu:

1. Langkah 1 :

Penjelasan Singkat tentang Penggunaan Bagan MTBS dan Pengisian Formulir Pencatatan MTBS/MTBM.

Untuk bahan simulasi, saudara dapat memilih *salah satu* antara :

- a) Penjelasan penggunaan Bagan MTBS, atau
- b) Penjelasan pengisian Formulir pencatatan MTBS/MTBM.

2. Langkah 2 :

Penilaian dan Klasifikasi untuk Tanda Bahaya Umum dengan Segitiga Asesmen Gawat Anak (SAGA), Batuk atau Sukar Bernapas, dan Diare.

Untuk bahan simulasi, saudara dapat memilih salah satu Penilaian dan Klasifikasi

- a) Tanda Bahaya Umum dengan SAGA,
- b) Batuk atau Sukar Bernapas atau
- c) Diare.

3. Langkah 4 :

Penilaian dan Klasifikasi untuk Status Gizi, Status Pertumbuhan, Status Anemia, Status HIV, Status Imunisasi, Pemberian Vitamin A dan Menilai Masalah/ Keluhan Lain pada Balita.

Untuk bahan simulasi, saudara dapat memilih salah satu dari :

- a) Memeriksa Status Gizi atau
- b) Memeriksa Status pertumbuhan dan stunting.

4. Langkah 10 :

Penilaian dan Klasifikasi untuk Kemungkinan Penyakit Sangat Berat/Infeksi Bakteri Berat, atau Infeksi Bakteri Lokal, Ikterus, Diare, dan Status HIV pada Bayi Muda.

Untuk bahan simulasi, saudara dapat memilih salah satu dari Penilaian dan Klasifikasi :

- a) Kemungkinan Penyakit Sangat Berat/ Infeksi Bakteri Berat atau Infeksi Bakteri Lokal.
- b) Ikterus, Diare dan status HIV pada bayi muda.

5. Langkah 11 :

Penilaian dan Klasifikasi untuk Kemungkinan Berat Badan Rendah menurut umur dan masalah pemberian ASI/ Minum.

Untuk bahan simulasi, saudara dapat memilih salah satu dari Penilaian dan Klasifikasi :

- a) Kemungkinan Berat Badan Rendah menurut umur dan/ atau masalah pemberian ASI.
- b) Kemungkinan Berat Badan Rendah menurut umur dan/ atau masalah pemberian minum.

D. TES FORMATIF

1. Yang perlu diperhatikan ketika akan melaksanakan Kalakarya MTBS dan Gizi Buruk adalah:
 - a. Menyiapkan ruangan khusus yang cukup luas.
 - b. Menyepakati waktu pelaksanaan kalakarya.
 - c. Memilih peserta maksimal 5 orang untuk setiap Pendamping.
 - d. Menyediakan biaya yang memadai untuk sarana dan honor narasumber.
 - e. Memanggil narasumber profesional dari Dinkes Provinsi.
2. Teknik pendampingan Kalakarya MTBS dan Gizi Buruk, antara lain :
 - a. Melaksanakan 17 langkah tanpa harus berurutan.
 - b. Menggunakan Buku Bagan MTBS yang sudah tersedia di Puskesmas.
 - c. Tidak perlu melakukan demonstrasi cara pengisian Formulir Pencatatan.

- d. Setiap kali tatap muka, Peserta harus sudah membaca Modul Kalakarya MTBS di Puskesmas pada bagian yang ditentukan Pendamping.
- e. Pendamping dapat memfasilitasi seluruh proses pendampingan dengan cara daring (online).

E. KUNCI JAWABAN

Jawaban untuk Tes Formatif tersebut diatas adalah:

1. b
2. d

F. DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Kemenkes. 2022.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelaksanaan Kalakarya Manajemen Terpadu Balita Sakit Di Puskesmas. Kemenkes. 2018.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Kalakarya Manajemen Terpadu Balita Sakit Di Puskesmas. Kemenkes. 2018.

-o0o-