



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

613.2
Ind
p



GERMAS
Gerakan Masyarakat
Hidup Sehat

PEDOMAN

PROSES ASUHAN GIZI

PUSKESMAS



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2020

PEDOMAN PROSES ASUHAN GIZI PUSKESMAS





KATA PENGANTAR

Pada saat ini Indonesia masih dihadapkan pada masalah gizi ganda, khususnya masalah gizi kurang seperti *stunting* dan *wasting*. Pada saat yang bersamaan masalah kelebihan gizi makin meningkat. Untuk menghadapi masalah gizi ganda ini, dibutuhkan intervensi yang komprehensif dan tepat pada tingkat perseorangan dan masyarakat.

Tenaga kesehatan Puskesmas perlu memiliki kemampuan dalam penanganan masalah gizi di wilayahnya. Peran tenaga kesehatan dalam menjalankan tanggung jawabnya perlu dilengkapi dengan pedoman yang dapat menjadi panduan.

Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan menyusun buku pedoman Proses Asuhan Gizi di Puskesmas yang dapat digunakan sebagai pedoman praktis bagi tenaga kesehatan di Puskesmas dalam melaksanakan asuhan gizi. Penyusunan buku ini telah melewati sebuah proses yang panjang sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan gizi agar semakin profesional. Selain itu diharapkan melalui pedoman ini, tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan sesuai kompetensinya.

Kami menyadari bahwa buku ini masih memungkinkan untuk dapat disempurnakan, oleh karena itu saran dan masukan yang membangun sangat kami harapkan. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi tenaga kesehatan, khususnya petugas/tenaga gizi dalam memberikan pelayanan gizi kepada masyarakat secara paripurna.

Jakarta, Agustus 2020
Direktur Gizi Masyarakat

DR. Rr. Dhian Probhoyekti, SKM, MA

DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	i
Daftar Isi.....	ii
Daftar Tabel.....	v
Daftar Gambar.....	vii
Daftar Lampiran.....	viii
Daftar Singkatan.....	ix
Definisi Operasional.....	xi
BAB I. Pendahuluan.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	3
C. Sasaran.....	4
D. Landasan Hukum.....	4
E. Ruang Lingkup.....	6
BAB II. Manajemen Program Gizi di Puskesmas.....	7
A. Perencanaan Program Gizi di Puskesmas (P1).....	8
B. Penggerakkan dan Pelaksanaan Program Gizi di Puskesmas (P2).....	23
C. Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian Kinerja Program Gizi di Puskesmas (P3).....	26

BAB III. Konsep Dasar Proses Asuhan Gizi.....	27
A. Langkah Pertama: Pengkajian Gizi.....	31
B. Langkah Kedua: Diagnosis Gizi.....	38
C. Langkah Ketiga: Intervensi Gizi.....	45
D. Langkah Keempat: Monitoring dan Evaluasi Gizi.....	49
BAB IV. Proses Asuhan Gizi di Puskesmas.....	54
A. Proses Asuhan Gizi pada Masalah Pemantauan Pertumbuhan, Status Gizi dan Penyakit Tidak Menular (PTM).....	54
1. Proses Asuhan Gizi pada Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk, Kurus dan Sangat Kurus.....	62
2. Proses Asuhan Gizi pada Anak Sekolah dan Remaja Gemuk dan Obesitas.....	86
3. Proses Asuhan Gizi pada Remaja Putri Anemia Gizi Besi.....	95
4. Proses Asuhan Gizi pada Ibu Hamil Anemia Gizi Besi.....	104
5. Proses Asuhan Gizi pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik.....	114
6. Proses Asuhan Gizi pada Dewasa dan Lanjut Usia (Lansia) dengan Malnutrisi dan Penyakit Tidak Menular (PTM).....	123
B. Proses Asuhan Gizi pada Masalah Pemberian Makan pada Bayi dan Anak (PMBA).....	139
1. Proses Asuhan Gizi pada Bayi yang Tidak Mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD).....	143
2. Proses Asuhan Gizi pada Bayi yang Tidak Mendapat ASI Eksklusif.....	147

3. Proses Asuhan Gizi pada Pemberian MP ASI Tidak Adekuat Mulai Usia 6 Bulan dan Tidak Melanjutkan Pemberian ASI Hingga Usia 2 Tahun atau Lebih	151
---	-----

BAB V. Pencatatan, Pelaporan, Monitoring dan Evaluasi ... 156

A. Pencatatan dan Pelaporan	156
-----------------------------------	-----

B. Monitoring dan Evaluasi	157
----------------------------------	-----

BAB VI Penutup

Daftar Pustaka	159
----------------------	-----

Lampiran	163
----------------	-----



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Perhitungan Sasaran dan Kebutuhan Kapsul Vitamin A untuk Bayi 6 – 11 bulan	13
Tabel 2.2. Perhitungan Sasaran dan Kebutuhan Kapsul Vitamin A untuk Balita 12 – 59 bulan	13
Tabel 2.3. Perhitungan Kebutuhan Kapsul Vitamin A untuk Ibu Nifas	14
Tabel 2.4. Perhitungan Kebutuhan TTD untuk Ibu Hamil selama 1 tahun	15
Tabel 2.5. Penetapan Urutan Prioritas Masalah Program Gizi	19
Tabel 2.6. Kolaborasi LP/LS dalam Penyelenggaraan Program Gizi di Puskesmas	24
Tabel 3.1. Sumber Data untuk Pengkajian	32
Tabel 3.2. Faktor-Faktor yang dapat Mempengaruhi Status Gizi	36
Tabel 3.3. Diagnosis Gizi dalam Populasi/Masyarakat	42
Tabel 3.4. Diagnosis Gizi (Modifikasi) untuk Individu/Perseorangan	44
Tabel 4.1. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Usia 0 – 60 bulan	57
Tabel 4.2. Indeks Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) Anak Usia 0 – 60 bulan.....	57

Tabel 4.3. Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) Anak Usia 0 – 60 bulan.....	58
Tabel 4.4. Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Usia 0 – 60 bulan.....	58
Tabel 4.5. Batas Ambang IMT/U Anak Umur 5 – 18 Tahun.....	59
Tabel 4.6. Kenaikan BB Selama Hamil Berdasarkan IMT Pra-Hamil.....	60
Tabel 4.7. Batas Ambang IMT untuk Orang Dewasa.....	61
Tabel 4.8. Batasan Masalah Kesehatan untuk Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk Berdasarkan Indikator BB/PB dan BB/TB (WHO).....	63
Tabel 4.9. Contoh Diagnosis Gizi.....	72
Tabel 4.10. Kebutuhan Energi, Protein dan Cairan untuk Anak.....	93
Tabel 4.11. Pengelompokan Anemia pada Ibu Hamil (WHO).....	104
Tabel 4.12. Kategori Masalah Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Prevalensi Anemia.....	105
Tabel 4.13. Klasifikasi Pengukuran Tekanan Darah.....	134
Tabel 4.14. Rekomendasi Pemberian Makanan Pendamping ASI (6 – 24 bulan).....	141

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Konsep Dasar Proses Asuhan Gizi.....	28
Gambar 3.2 Proses Asuhan Gizi (PAG) dan Bahasa Terstandar (Terminologi).....	30
Gambar 3.3 Hubungan Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, dan Monitoring Evaluasi Gizi.....	52
Gambar 4.1 Contoh Grafik Pertumbuhan Anak dalam KMS.....	56
Gambar 4.2 Dampak Anemia.....	96
Gambar 4.3 Saat Terbaik Kontak ASI.....	142

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Terminologi Diagnosis Gizi	163
Lampiran 2. Cara Menimbang Berat Badan, Mengukur Panjang/Tinggi Badan dan Lingkar Lengan Atas (LiLA)	171
Lampiran 3. Formulir Asuhan Gizi pada Anak	175
Lampiran 4. Formulir Skrining Gizi pada Ibu Hamil.....	178
Lampiran 5. Formulir Skrining Gizi pada Dewasa.....	180
Lampiran 6. Formulir Riwayat Gizi	181
Lampiran 7. Formulir Asuhan Gizi pada Dewasa.....	184
Lampiran 8. Formulir Skrining Gizi pada Lansia (Mini Nutritional Assessment)	186
Lampiran 9. Brosur Seputar Pemberian ASI, Masalah Seputar Menyusui dan Ibu Bekerja Pasti Bisa Memberikan ASI	188
Lampiran 10. Daftar Pemesanan Makanan	194
Lampiran 11. Jadwal Distribusi Makanan.....	195
Lampiran 12. Formulir Monitoring dan Evaluasi Asuhan Gizi.....	196

DAFTAR SINGKATAN

AKG	: Angka Kecukupan Gizi
ANC	: Ante Natal Care
BB	: Berat Badan
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BGM	: Bawah Garis Merah
CERDIK	: Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat dengan kalori seimbang, Istirahat cukup, dan Kelola Stres
e-PPGBM	: Elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
Hb	: Hemoglobin
IMD	: Inisiasi Menyusui Dini
IMT	: Indeks Massa Tubuh
KEK	: Kurang Energi Kronik
KIE	: Komunikasi Informasi Edukasi
LiLA	: Lingkar Lengan Atas
MP-ASI	: Makanan Pendamping – Air Susu Ibu
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit

ODF	: <i>Open Defecation Free / Stop Buang Air Besar Sembarangan</i>
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah
PAG	: Proses Asuhan Gizi
PB atau TB	: Panjang Badan atau Tinggi Badan
PDIME	: Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Monitoring dan Evaluasi
PES	: Problem, Etiologi, Simptom
PGBM	: Pemulihan Gizi Berbasis Masyarakat
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PIS-PK	: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PMBA	: Pemberian Makan Bayi dan Anak
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
Renstra	: Rencana Strategis
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPK	: Rencana Pelaksanaan Kegiatan
RUK	: Rencana Usulan Kegiatan
SDIDTK	: Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang
TAGB	: Tata Laksana Anak Gizi Buruk
TPG	: Tenaga Pelaksana Gizi
TTD	: Tablet Tambah Darah
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perseorangan
WUS	: Wanita Usia Subur

DEFINISI OPERASIONAL

Anemia	: Kondisi dimana kadar hemoglobin (Hb) darah kurang dari normal.
Angka Kecukupan Gizi	: Suatu kecukupan rata-rata zat gizi setiap hari bagi semua orang menurut golongan umur, jenis kelamin, ukuran tubuh, aktivitas tubuh untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.
ASI Eksklusif	: Air Susu Ibu yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan (0 – 5 bulan 29 hari), tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain.
Asuhan Gizi	: Serangkaian kegiatan yang terorganisir / terstruktur untuk identifikasi kebutuhan gizi dan penyediaan asuhan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Edukasi Gizi : Serangkaian kegiatan penyampaian pesan-pesan gizi dan kesehatan yang direncanakan dan dilaksanakan untuk menanamkan dan meningkatkan pengertian, sikap serta perilaku positif pasien/klien dan lingkungannya terhadap upaya perbaikan gizi dan kesehatan. Penyuluhan gizi ditujukan untuk kelompok atau golongan masyarakat secara massal dengan target yang diharapkan adalah pemahaman perilaku sadar gizi dalam kehidupan sehari-hari.

PPGBM : Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat merupakan bagian dari sistem informasi gizi terpadu yang berisi data indikator program gizi berbasis individu.

Gizi Seimbang : Susunan pangan sehari-hari yang mengandung zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memperhatikan prinsip keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan memantau berat badan secara teratur dalam rangka mempertahankan berat badan normal untuk mencegah masalah gizi.

Ibu hamil anemia : Ibu hamil yang pada pemeriksaan darahnya didapat kadar hemoglobin < 11 g/dl

Ibu hamil KEK : Ibu hamil Kekurangan Energi Kronik yang diketahui dari hasil pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA) $< 23,5$ cm.

IMT : Indeks Massa Tubuh, merupakan indikator antropometri untuk menentukan status gizi berdasarkan hasil perbandingan antara berat badan (kg) dengan tinggi badan (meter)² dengan satuan kg/m^2 .

Inisiasi Menyusu Dini (IMD) : Proses menyusu dimulai segera setelah lahir yang dilakukan dengan cara kontak kulit ke kulit antara bayi dan ibu dan berlangsung selama minimal satu jam

Konseling Gizi : Merupakan proses pemberian dukungan pada pasien/klien yang ditandai dengan hubungan kerjasama antara konselor dengan pasien/klien dalam menentukan prioritas, tujuan/target, merancang rencana kegiatan yang dipahami dan membimbing kemandirian dalam merawat diri sesuai kondisi dan menjaga kesehatan.

MPASI Adekuat : Makanan pendamping ASI yang diberikan pada bayi saat mulai memasuki usia 6 bulan hingga 24 bulan yang mencukupi kebutuhan gizi, baik jumlah, jenis, tekstur maupun frekuensi yang sesuai dengan usianya.

- MT berbasis pangan lokal : Bentuk makanan tambahan berbasis pangan lokal atau setempat yang dibuat oleh masyarakat baik individu maupun kelompok.
- Proses Asuhan Gizi : Sebuah pendekatan sistematik dalam memberikan pelayanan asuhan gizi yang berkualitas, melalui serangkaian aktivitas terorganisir yang meliputi identifikasi kebutuhan gizi sampai pemberian pelayanannya untuk memenuhi kebutuhan gizi.
- Tablet Tambah Darah : Suplemen gizi dengan kandungan zat besi setara dengan 60 mg besi elemental dan 400 mcg asam folat. TTD sering disebut tablet besi atau suplemen besi folat.
- Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas : Setiap orang yang memberikan pelayanan gizi berupa upaya untuk memperbaiki atau meningkatkan makanan, dietetik masyarakat, kelompok, atau klien yang merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pengumpulan, pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi dan evaluasi gizi, makanan dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya perbaikan gizi masyarakat merupakan salah satu amanat Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan. Upaya perbaikan gizi ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perseorangan dan masyarakat yang dilakukan pada seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai lanjut usia, dengan prioritas pada kelompok rawan, yaitu bayi dan balita, remaja perempuan, ibu hamil dan ibu menyusui. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 bidang kesehatan telah ditetapkan sasaran pokok pembangunan bidang kesehatan dan gizi masyarakat yang bertujuan meningkatkan status kesehatan bayi dan ibu serta status gizi masyarakat dengan target indikator pada tahun 2024 sebagai berikut:

1. Menurunkan prevalensi balita pendek dan sangat pendek (*stunting*) menjadi 14%
2. Menurunkan balita kurus (*wasting*) menjadi 7%
3. Menurunkan prevalensi ibu hamil KEK menjadi 10%
4. Meningkatkan persentase kabupaten/kota yang melaksanakan surveilans gizi menjadi 100%
5. Meningkatkan persentase puskesmas mampu tata laksana gizi buruk pada balita 60%
6. Meningkatkan prevalensi bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif menjadi 60%

7. Meningkatkan balita mendapatkan suplementasi gizi mikro sebanyak 290.000
8. Meningkatkan persentase balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya menjadi 80%.

Dalam rangka mewujudkan peningkatan gizi perseorangan dan masyarakat, serta mendukung pencapaian target RPJMN 2020-2024 dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024, Kementerian Kesehatan telah menetapkan upaya pelayanan gizi sebagai salah satu Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) esensial dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) yang dilakukan di setiap puskesmas untuk mendukung standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan. Pelayanan gizi dimaksud dapat berupa pendidikan, suplementasi, tatalaksana, dan surveilans gizi.

Upaya pelayanan gizi perseorangan lebih bersifat layanan individu mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Sedangkan upaya pelayanan gizi masyarakat mencakup upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan keluarga. Pelayanan gizi perseorangan dan masyarakat dapat dilakukan di dalam dan di luar gedung.

Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan gizi di puskesmas perlu memahami tentang proses terjadinya masalah gizi sehingga dapat menentukan diagnosis dan intervensi gizi dengan tepat dan cepat, baik pada pelayanan gizi perseorangan maupun masyarakat. Tenaga yang memberikan pelayanan gizi di puskesmas idealnya adalah tenaga profesional yang memberikan layanan fungsional teknis mengenai layanan gizi meliputi aspek asuhan gizi klinis, asuhan gizi masyarakat dan penyelenggaraan makanan sebagai substansi terapi pada pasien. Proses asuhan gizi sesuai standar dilakukan oleh tenaga gizi di

puskesmas berpendidikan minimal D3 Gizi. Apabila puskesmas tidak mempunyai tenaga gizi berpendidikan minimal D3, maka Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) di puskesmas diharapkan berpendidikan minimal D3 kesehatan lainnya yang telah mendapat pembekalan materi Proses Asuhan Gizi.

Pelaksanaan proses asuhan gizi di puskesmas perlu kerjasama dari berbagai profesi (*team work*). Saat ini, belum seluruh puskesmas memiliki tenaga profesional dibidang gizi. Kompetensi ahli gizi dalam pendekatan *team work* belum berperan optimal dan cenderung tumpang tindih, sehingga diperlukan pemahaman konsep kolaborasi berdasarkan kompetensi masing-masing.

Selain itu, pedoman pelayanan gizi di puskesmas masih terpisah sehingga tenaga kesehatan kurang memahami fungsi dan tugasnya secara komprehensif dalam pelayanan gizi. Dalam rangka mewujudkan pelayanan gizi yang optimal di puskesmas diperlukan Pedoman Proses Asuhan Gizi yang menjadi acuan standar bagi tenaga kesehatan di puskesmas dalam memberikan pelayanan gizi dengan ruang lingkup pelayanan gizi perseorangan maupun masyarakat.

B. Tujuan

Tujuan Umum

Pedoman ini disusun sebagai acuan bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan gizi di puskesmas.

Tujuan Khusus

Pedoman ini dapat digunakan sebagai acuan dalam:

1. Melakukan kajian data
2. Menentukan diagnosis gizi secara tepat
3. Melakukan intervensi gizi secara dini dan tepat

4. Melakukan monitoring dan evaluasi
5. Memberikan pelayanan gizi kepada masyarakat

C. Sasaran

Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan gizi di puskesmas.

D. Landasan Hukum

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
3. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif
4. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020 – 2024
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2013 tentang Susu Formula Bayi dan Produk Bayi Lainnya
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Anak
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 88 Tahun 2014 tentang Standar Tablet Tambah Darah bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Kehamilan

12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A bagi Bayi, Anak Balita dan Ibu Nifas
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/kota
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman manajemen puskesmas
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2019 tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak.
22. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
23. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan, Pengendalian dan evaluasi Rencana Kerja Pemerintah Daerah Tahun 2017.

24. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 31 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja daerah Tahun Anggaran 2017 beserta lampiran
25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 514 Tahun 2015 tentang Panduan Praktek Klinis (PPK) Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Tingkat Pertama (FKTP)

E. Ruang Lingkup

Ruang lingkup meliputi kegiatan asuhan gizi dalam Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) oleh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan gizi di puskesmas.

BAB II MANAJEMEN PROGRAM GIZI DI PUSKESMAS

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), disebutkan bahwa puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dan berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) dinas kesehatan kabupaten/kota, akan berkontribusi dalam pencapaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) kesehatan kabupaten/kota yang menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat, yang dilaksanakan melalui fasilitasi dan pembinaan dari dinas kesehatan kabupaten/kota.

Program Indonesia Sehat (PIS) sebagaimana tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 52 tahun 2015, bertujuan untuk tercapainya program kesehatan termasuk gizi yang telah diuraikan dalam target program kesehatan RPJMN tahun 2020-2024 yang diuraikan ke dalam 3 pilar yaitu: (i) Paradigma Sehat; (ii) Penguatan Pelayanan Kesehatan; dan (iii) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pelaksanaan PIS dilakukan melalui pendekatan keluarga yang dikenal dengan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Melalui pendekatan dimaksud diharapkan dalam periode 5 (lima) tahun ke depan, pada tahun 2024 terdapat tercapai target program kesehatan dan gizi, terutama 6 indikator program gizi prioritas sebagaimana disebutkan dalam RPJMN 2020-2024.

Target indikator program gizi dapat tercapai jika program gizi yang diselenggarakan di puskesmas menerapkan konsep paradigma sehat dan penguatan pelayanan gizi, terintegrasi dengan upaya kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas, baik melalui UKP maupun UKM. Langkah-langkah tersebut dilaksanakan melalui pengorganisasian dan penggerakan peran aktif masyarakat dalam upaya pemberdayaan masyarakat dan penguatan pelayanan gizi. Penguatan pelayanan gizi yang bermutu serta sistem kewaspadaan gizi dan intervensi yang dilaksanakan melalui pendekatan Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Monitoring dan Evaluasi (PDIME) dalam Proses Asuhan Gizi (PAG).

Pelaksanaan tugas dan fungsi puskesmas dalam penyelenggaraan UKP dan UKM termasuk program gizi perlu didukung manajemen yang terintegrasi dan pelaksanaannya perlu berkolaborasi dengan profesi kesehatan lainnya di puskesmas. Siklus manajemen puskesmas yang berkualitas merupakan rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan, mencakup kegiatan Perencanaan (P1), Penggerakan dan Pelaksanaan (P2), dan Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian (P3) yang dilaksanakan secara terpadu lintas program dan lintas sektor dalam semua tahapannya.

A. Perencanaan Program Gizi di Puskesmas (P1)

Perencanaan program gizi disusun secara terintegrasi dengan perencanaan program-program kesehatan lainnya di Puskesmas, melalui proses

1. Analisis Situasi:

Disusun melalui tahapan kegiatan. Untuk sasaran individu dalam konteks keluarga, kelompok maupun masyarakat, melalui rangkaian proses sebagai berikut ini:

a. Pengkajian, dalam rangka analisis situasi, mencakup:

1) Pengumpulan data

a) Sumber data, antara lain:

- (1) Data dasar puskesmas
- (2) PIS-PK
- (3) Program/profil
- (4) Riset kesehatan terbaru
- (5) Pemantauan Status Gizi (PSG)
- (6) Pencatatan dan pelaporan berbasis elektronik, misalnya: Sistogizi terpadu, elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM)
- (7) Sumber data lainnya

b) Data pencapaian 20 Indikator Program Gizi di puskesmas, antara lain:

- (1) Persentase ibu hamil anemia
- (2) Persentase Ibu Hamil KEK
- (3) Cakupan ibu hamil yang mendapatkan dan menginumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama kehamilan
- (4) Cakupan ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapat makanan tambahan
- (5) Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A
- (6) Persentase Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)
- (7) Cakupan bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
- (8) Cakupan bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif
- (9) Cakupan bayi usia 6 bulan mendapat ASI Eksklusif

- (10) Cakupan bayi usia 6 -59 bulan mendapat kapsul vitamin A
 - (11) Cakupan balita gizi kurang mendapat makanan tambahan
 - (12) Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan
 - (13) Cakupan balita yang mendapatkan suplementasi gizi mikro
 - (14) Cakupan balita yang ditimbang berat badannya (D/S)
 - (15) Cakupan balita memiliki Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)/Kartu Menuju Sehat (KMS)
 - (16) Cakupan balita ditimbang yang naik berat badannya (N/D)
 - (17) Prevalensi berat badan kurang (berat badan kurang dan sangat kurang) pada balita
 - (18) Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) pada balita
 - (19) Cakupan remaja putri (rematri) mendapat TTD
 - (20) Persentase rumah tangga mengonsumsi garam beriodium
- c) Data cakupan lintas program terkait program gizi, antara lain:
- (1) Cakupan skrining anak sekolah kelas 1, 7, dan 10
 - (2) Pemeriksaan K1 dan K6 ibu hamil
 - (3) Ibu melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan (PN) kompeten/ di fasilitas kesehatan (PF)

- (4) Jumlah bayi lahir hidup
- (5) Jumlah penduduk \geq 15 tahun diperiksa tekanan darah/jumlah kasus hipertensi ditemukan
- (6) Jumlah penduduk \geq 15 tahun diperiksa gula darah/jumlah kasus Diabetes Melitus (DM) ditemukan

d) Data kesehatan lingkungan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

e) Data tentang sumber daya program gizi (sarana, prasarana, alat, SDM, anggaran dari berbagai sumber), antara lain:

- (1) Data sarana/prasarana dan alat untuk kebutuhan program gizi:
 - Jumlah Posyandu balita/Posyandu balita aktif
 - Jumlah Posbindu/Posbindu aktif
 - Jumlah Posyandu lansia/Posyandu lansia aktif
 - Jumlah antropometri kit
 - Jumlah media KIE gizi
- (2) Data SDM penanggung jawab dan pelaksana program gizi:
 - Tenaga medis (Dokter dan Dokter gigi)
 - Tenaga gizi minimal ahli madya gizi (D3)
 - Tenaga bidan minimal setingkat ahli madya kebidanan (D3 kebidanan)
 - Tenaga perawat minimal setingkat ahli madya keperawatan
 - Tenaga kesehatan masyarakat minimal setingkat sarjana kesehatan masyarakat
 - Tenaga kesehatan lainnya yang terkait dengan program gizi

(3) Data anggaran mendukung operasional program gizi:

- Sumber dana dari desa, Kabupaten, Provinsi, Pusat
- Sumber dana lain

- f) Data kondisi social ekonomi masyarakat
 g) Data kebutuhan sarana dan prasarana pendukung program gizi
 h) Data kebutuhan obat program gizi

Kegiatan ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan suplementasi gizi, seperti Tablet Tambah Darah (TTD), Kapsul Vitamin A, MT balita kurus dan MT bumil KEK. Uraian berikut menjelaskan bagaimana menghitung jumlah kebutuhan bahan suplementasi gizi di satu puskesmas berdasarkan jumlah target sasaran, yang sudah diperhitungkan dengan perkiraan jumlah kematian yang terjadi pada sasaran bersangkutan dalam satu tahun.

(1) Kapsul Vitamin A

Dalam menghitung kebutuhan kapsul vitamin A, perlu diketahui jumlah sasaran yang akan mendapatkan kapsul vitamin A, yaitu bayi 6-11 bulan, balita 12-59 bulan dan ibu nifas. Di bawah ini adalah contoh perhitungan jumlah sasaran dan kebutuhan kapsul vitamin A, untuk berbagai pemenuhan kebutuhan target sasaran bayi (6-11) bulan, anak balita (12-59) bulan dan ibu paska lahir/KF1.

Tabel 2.1. Perhitungan Sasaran dan Kebutuhan Kapsul Vitamin A untuk Bayi 6-11 bulan dalam 1 tahun

Perhitungan Sasaran Bayi (6-11 bulan)	
Jumlah bayi 0 tahun	: 6.000 jiwa
Jumlah bayi (6-11 bulan) dalam 1 (satu) tahun	: 5.000 jiwa
Perhitungan Kebutuhan Kapsul Vitamin A biru dalam 1 (satu) tahun	
Jumlah kebutuhan kapsul 1 (satu) tahun (dua periode pemberian bulan Februari dan Agustus)	: 11.000 bayi x 1 kapsul = 11.000
Kebutuhan Tidak Terduga	: 10% x 11.000 bayi = 1.100 kapsul (+)
	Jumlah = 12.100 kapsul
Stock yang ada	: = 350 kapsul
Jadi kebutuhan kapsul Vitamin A biru untuk bayi	: = 11.750 kapsul

Tabel 2.2. Perhitungan Sasaran dan Kebutuhan Kapsul Vitamin A untuk Anak Balita 12-59 bulan

Perhitungan Jumlah Sasaran anak balita 12-59 bulan	
Jumlah balita 0-4 tahun	: 60.000 jiwa
Jumlah bayi bayi lahir-seiamat 0 tahun	: 5.000 jiwa
Jumlah balita 12-59 bulan	: 60.000-5.000 = 55.000 jiwa
Perhitungan Kebutuhan Kapsul Vitamin A merah untuk anak balita dalam 1 tahun	
Kebutuhan kapsul dalam 1 tahun	: 55.000 bayi x 2 kapsul = 110.000 kapsul
Kebutuhan Tidak Terduga	: 10% x 110.000 bayi = 11.000 kapsul (+)
Stock yang ada	: 1.000 kapsul
Jumlah kebutuhan kapsul merah untuk anak balita + 121.000 - 1.000 =	120.000 kapsul

Tabel 2.3. Perhitungan Kebutuhan Kapsul Vitamin A untuk Ibu Nifas

Perhitungan Jumlah kapsul vitamin A merah yang dibutuhkan ibu nifas dalam 1 tahun	
Jumlah ibu melahirkan	: 7.000 jiwa
Jumlah kebutuhan kapsul dalam 1 tahun	: 7.000 x 2 kapsul = 14.000 kapsul
Kebutuhan tidak terduga	: 10% x 14.000 kapsul = 1.400 kapsul (+)
Kapsul vitamin A merah yang dibutuhkan Untuk ibu nifas (sebelum dikurangi stok) : 14.000 + 1400 = 15.400 kapsul	

(2) Tablet Tambah Darah (TTD)

Untuk menghitung kebutuhan TTD ibu hamil di puskesmas sebaiknya berdasarkan sasaran riil, sedangkan untuk penyediaan TTD di provinsi, kabupaten dan kota menggunakan data proyeksi. Dalam menghitung kebutuhan TTD menggunakan rumus sebagai berikut:

$$TTD = (\text{Jumlah ibu hamil} \times \text{minimal 90 tablet}) + (10\%)$$

Tabel 2.4. Perhitungan Kebutuhan TTD untuk Ibu Hamil selama 1 tahun

1. Perhitungan Jumlah Sasaran Ibu Hamil, penerima TTD/tahun		
Jumlah Ibu Hamil /tahun	660 Jiwa	660 Jiwa
Jumlah Sasaran Ibu Hamil yang harus mendapatkan TTD/tahun		660 Jiwa
2. Perhitungan kebutuhan TTD untuk Ibu hamil dalam setahun		
Jumlah kebutuhan TTD untuk Ibu Hamil/1 tahun, @ 90 TTD/orang	660 x 90 TTD	59.400 TTD
Kebutuhan tidak terduga	10% x 59.400 TTD	5.940 TTD
Total	(59.400+5.940) TTD	65.340 TTD
Stok yang ada (misalnya tersedia 1.400 TTD)		1.400 TTD
Jumlah Kebutuhan TTD untuk Ibu Hamil yang ada setahun	(65.340 -1.400) TTD	63.940 TTD

Perhitungan kebutuhan 90 tablet, berdasarkan alokasi dana yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan. Untuk pemberian TTD pada ibu hamil, disarankan diberikan selama kehamilan.

2) Pengolahan

Dari hasil pengolahan data kinerja program gizi dan program kesehatan lain yang terkait, akan diperoleh informasi yang dapat menggambarkan masalah (*problem*) dan besaran masalah gizi di wilayah kerja puskesmas. Besaran masalah gizi dapat menjadi tanda/gejala dari masalah yang ada (*sign/symptom*).

3) Analisis data untuk penegakan diagnosis

Proses analisis data masalah gizi dilaksanakan dalam upaya mengidentifikasi penyebab dan latar belakang penyebab masalah.

Etiologi dapat ditinjau dari 3 aspek, yaitu:

- Pelayanan program gizi dan kesehatan
- Perilaku dan kemandirian gizi
- Kondisi lingkungan terkait masalah gizi pada sasaran (fisik biologis, psikologis, sosial-budaya, spiritual, kebijakan)

b. **Diagnosis Program Gizi di Puskesmas**

Dari hasil pengolahan dan analisa data maka dapat dirumuskan diagnosis masalah gizi dengan rumusan *Problem Etiology Sign/Symptom* (PES) dengan sasaran program.

2. **Rencana Intervensi Program Gizi di Puskesmas**

a. **Strategi dan Langkah Kegiatan**

Mengingat bervariasinya besaran masalah gizi di puskesmas, maka setiap puskesmas menetapkan urutan prioritas di wilayah kerjanya dengan memperhatikan masalah spesifik lokal. Urutan prioritas masalah ditetapkan berdasarkan:

- 1) Seberapa mendesak masalah harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia (*urgency*).
- 2) Tingkat besaran masalah gizi masyarakat atas dasar indikator masalah gizi masyarakat dalam RPJMN (*seriousness*).
- 3) Tingkat keberhasilan pencapaian target pembinaan pelayanan gizi di masyarakat (*positive/negative growth*), selama kurun waktu pelaksanaannya.
- 4) Tingginya temuan kasus balita Bawah Garis Merah (BGM), bayi BBLR, ibu hamil dengan risiko KEK, ibu hamil anemia. Data dimaksud dapat

diperoleh dari pencatatan dalam kohort ibu hamil, kohort bayi, anak balita dan pra sekolah.

Masalah tersebut kemudian diurutkan dan dipetakan sesuai lokasi masing-masing desa/kelurahan dalam wilayah kerja Puskesmas, selanjutnya disimpulkan berdasarkan:

(1) Data kelompok bermasalah gizi yang mempunyai kecenderungan penurunan pencapaian target (*negative growth*)

- Pada kelompok bermasalah gizi yang menunjukkan penurunan pencapaian target tertinggi, maka kelompok ini berada dalam kondisi risiko, sehingga kelompok ini perlu mendapat prioritas penanganan dan bila perlu dengan strategi penanganan yang berbeda dengan rumusan kegiatan inovatif untuk pendekatan baru yang lebih tepat dalam mengatasi permasalahannya.
- Pada kelompok bermasalah yang tidak menunjukkan penurunan atau peningkatan pencapaian target program, maka kelompok ini kemungkinan berada dalam risiko masalah dan dalam status waspada.

(2) Pada kelompok bermasalah gizi yang telah menunjukkan peningkatan pencapaian target kinerja (*positive growth*) tetapi masih bermasalah kesehatan, tetap memerlukan langkah pengawasan secara berkesinambungan agar terjadi peningkatan target sesuai waktu yang ditentukan.

Penetapan urutan prioritas masalah program gizi dapat dilakukan dengan menggunakan tabel di bawah ini. Angka penilaian dari 1-5, dengan angka 1 prioritas terendah dan 5 prioritas tertinggi, satu dengan yang lainnya dikalikan untuk mendapat angka akhir, sebagaimana tabel 2.5.

Tabel 2.5 Penetapan Urutan Prioritas Masalah Program Gizi

Desa/Kelurahan:

NO	MASALAH PROGRAM GIZI	Prioritas (URGENCY)	Masalah Serius (SERIOUSNESS)	Perkembangan Masalah (GROWTH)	NILAI
1.	Prevalensi Ibu Hamil Anemia				
2.	Prevalensi BBLR				
3.	Cakupan Bayi Mendapat ASI Eksklusif				
4.	Prevalensi Balita Gizi Kurang				
5.	Prevalensi Balita Wasting				
6.	Prevalensi Baduta Stunting				
7.	Lokal spesifik				

b. Rencana Kegiatan Program Gizi di Puskesmas

Rencana kegiatan dirumuskan dalam bentuk Rencana Usulan Kegiatan (RUK) untuk periode 5 tahunan dan RUK tahunan serta Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) untuk tahun yang segera berjalan yang dituangkan dalam Kerangka Acuan Kegiatan (KAK). Dalam menyusun KAK harus menjawab pertanyaan *What, Why, Who, Where, When, to Whom, How much, How* dan *Evaluation* (6W2H1E). Proses penyusunan RUK dan RPK program gizi harus terintegrasi dengan proses penyusunan RUK dan RPK Puskesmas, sesuai Permenkes 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.

Langkah-langkah penyusunan RUK program gizi, antara lain:

- RUK program gizi disusun terintegrasi dengan RUK program kesehatan lainnya, dimulai dari tingkat desa dengan melibatkan kepala desa dan wakil-wakil masyarakat desa, dalam forum Musyawarah Masyarakat Desa/Kelurahan (MMD/K). Selanjutnya hasil MMD akan dibahas dalam Musrenbang desa/ kelurahan, untuk mengintegrasikan usulan-usulan desa/kelurahan, dilaksanakan pada akhir Januari.
- Hasil rumusan Musrenbang desa/kelurahan akan dilaporkan Kepala Desa/Lurah ke kecamatan, dan oleh wakil puskesmas di desa ke puskesmas
- Hasil kesepakatan rumusan usulan kegiatan kesehatan dari tingkat desa/kelurahan, dikompilasi di puskesmas terintegrasi dengan rencana usulan

kegiatan puskesmas, yang selanjutnya akan dibahas dalam forum Lokakarya Mini lintas sektor kecamatan yang pertama, pada awal minggu ke-2 Februari, sebagai bahan persiapan usulan puskesmas dalam Musrenbang kecamatan, yang diselenggarakan pada Minggu ke-2 Februari.

- Proses selanjutnya, atas hasil Musrenbang kecamatan, akan dilaporkan puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten/kota, dan oleh kecamatan akan dilaporkan ke Bappeda kabupaten/kota.
- Dinas kesehatan kabupaten/kota akan mengkompilasi hasil semua usulan puskesmas melalui Musrenbang kecamatan, di dalamnya terdapat usulan program gizi puskesmas, terintegrasi dengan usulan program gizi dinas kesehatan kabupaten/kota, yang selanjutnya bersama dengan usulan dari lintas sektor di Bappeda akan dibahas, dalam Musrenbang kabupaten/kota.
- Proses selanjutnya dibahas di tingkat provinsi, dan selanjutnya ke tingkat pusat dalam Musrenbang nasional, yang simpulan akhirnya akan kembali ke daerah untuk proses selanjutnya.
- Di akhir tahun (Triwulan IV), telah dapat diperhitungkan pagu anggaran yang dialokasikan ke berbagai pihak, sampai pada tingkat kabupaten/kota yang selanjutnya dirinci kedalam rincian pagu dana setiap Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di dinas kesehatan kabupaten/kota.
- Dinas kesehatan selanjutnya dapat mengalokasikan rincian anggaran untuk puskesmas dengan alokasi rincian pemanfaatan,

sesuai dengan sumber dana masing-masing yang tersedia.

- Atas rincian alokasi dana di setiap puskesmas, maka puskesmas harus merinci kembali dan menyelaraskan usulan kegiatannya dalam RUK tahun (N+1) menjadi RPK tahun (N+1). Selanjutnya harus disusun kembali semua usulan ke dalam kegiatan dengan target dan alokasi anggarannya, oleh puskesmas, dengan memperhatikan kebijakan atasannya.
- Atas rumusan akhir penyelarasan RUK menjadi RPK, maka proses penyusunan perencanaan puskesmas telah selesai disusun, sehingga pada akhir tahun, puskesmas sudah dapat merancang rincian kegiatan RPK tahun (N+1) kedalam Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) Bulanan Puskesmas. RPK bulanan puskesmas dirinci per kegiatan program, keterpaduan antar program, sasaran program, lokasi kegiatan, pelaksana/ penanggung jawab kegiatan, besaran target pencapaian kegiatan berdasarkan alokasi sumberdaya yang akan diperoleh (bukan hanya anggaran), monitoring dan evaluasinya.

Dalam penyusunan rencana kegiatan program gizi perlu berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang ada di puskesmas sesuai tupoksi masing-masing, yang dapat digambarkan dalam tabel 2.6.

B. Penggerakan dan Pelaksanaan Program Gizi di Puskesmas (P2)

Penggerakan dan pelaksanaan merupakan implementasi dari rumusan perencanaan, terdiri dari penggerakan dan pelaksanaan yang terintegrasi dengan proses penggerakan dan pelaksanaan puskesmas. Penggerakan meliputi pengorganisasian, persiapan pelaksanaan kegiatan, penentuan sasaran program dan jumlahnya yang diperhitungkan, rencana peningkatan kapasitas dan kemampuan teknis SDM gizi, perencanaan sarana dan prasarana pendukung program gizi masyarakat. Penggerakan dan pelaksanaan harus terintegrasi dengan program di puskesmas.

Rencana intervensi akan dilaksanakan melalui integrasi lintas program dengan kejelasan peran masing-masing profesi, yang bekerja secara kolaboratif sesuai kompetensi dan kewenangan profesi. Pengorganisasian program gizi digambarkan pada tabel 2.6.

Tabel 2.6. Kolaborasi LP/LIS dalam Penyelenggaraan Program Gizi di Puskesmas

Tenaga Gizi	Dokter	Bidan	Perawat	Farmasi	Sentirian	Tenaga Lab
<p>1. Berkolaborasi dengan lintas program terkait temuan kasus dan penanganan masalah.</p> <p>2. Berkolaborasi dalam mendagnosis masalah gizi dengan dokter, dokter gigi, sesuai dengan langkah-langkah terdapat sasaran program.</p> <p>3. Menyusun rencana intervensi masalah dengan semua lintas program di Puskesmas.</p> <p>4. Berkolaborasi dengan lintas</p>	<p>Berkolaborasi dengan tenaga gizi dalam menetapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rencana intervensi masalah gizi: sasaran pada semua diet awal 2. Preskripsi diet awal (order diet) 3. Preskripsi diet definitif 4. Memberikan kepada sasaran program upaya promotif/preventif dan rehabilitatif sesuai kebutuhan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan skrining awal terhadap target sasaran yang menjadi tanggung jawabnya. 2. Menunjuk temuan masalah kesehatan kepada dokter dan masalah gizi di tenaga gizi Puskesmas. 3. Melakukan pemantauan dan hasil serta penyusunan gizi sesuai temuan topik lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan skrining awal terhadap target sasaran yang menjadi tanggung jawabnya. 2. Menunjuk temuan masalah kesehatan kepada dokter dan masalah gizi di tenaga gizi Puskesmas. 3. Melakukan pemantauan dan hasil serta penyusunan gizi sesuai temuan topik lain. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyusun perencanaan suplementasi gizi berdasarkan perhitungan petugas-gizi sesuai prosedur yang berlaku. 2. Menerima dan mendistribusikan suplementasi gizi tepat waktu sesuai kebutuhan. 3. Memperhatikan cadangan minimal suplementasi gizi. 4. Mengingat kualitas dengan prosedur penyimpanan yang baik. 	<p>Berkolaborasi dengan dokter dan petugas gizi dalam identifikasi penyebab masalah gizi tertentu yang berhubungan dengan kondisi sanitasi yang buruk (tersedianya air minum, sanitasi yang buruk, ketersediaan cadangan jamban).</p>	<p>Melaporkan temuan hasil lab tertentu pada forum lokakarya mini: Anemia Ibu Hamil, infeksi kecacangan, DM, TB, Malaria.</p>

<p>5. Berkolaborasi dengan tenaga gizi dalam pelaksanaan program terkait (KIA, PTM, PM, UKS, MTEB, sanitarian) dalam pemantauan pelayanan gizi pada target sasaran.</p> <p>6. Melalui kepala Puskesmas berkolaborasi dengan lintas sektor terkait upaya penunjang gizi.</p>	<p>3. Melakukan pemantauan pelayanan dan hasil serta penyusunan rencana tindak lanjut</p>	<p>5. Melakukan laporan ketersediaan bahan suplemen gizi secara periodik sesuai ketentuan</p>	<p>5. Melakukan pemantauan pelayanan dan hasil serta penyusunan rencana tindak lanjut</p>	<p>5. Melakukan laporan ketersediaan bahan suplemen gizi secara periodik sesuai ketentuan</p>	<p>5. Melakukan pemantauan pelayanan dan hasil serta penyusunan rencana tindak lanjut</p>	<p>5. Melakukan pemantauan pelayanan dan hasil serta penyusunan rencana tindak lanjut</p>
---	---	---	---	---	---	---

Penanggung jawab kolaborasi LP/LIS dalam penyelenggaraan program gizi di Puskesmas, untuk pelayanan gizi perseorangan adalah Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), sedangkan untuk pelayanan gizi di masyarakat adalah Kepala Puskesmas.

C. Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja Program Gizi di Puskesmas (P3)

Proses pengawasan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan program gizi dilaksanakan terintegrasi dengan program kesehatan lainnya, akan dibahas secara periodik dalam forum lokakarya mini lintas program maupun lintas sektor. Pada akhir tahun dilakukan penilaian hasil kinerja program gizi yang terintegrasi dengan memperhatikan kemungkinan terjadinya *missed-opportunity* antar program (MOP). Hasil penilaian kinerja tahunan akan digunakan untuk penyelarasan rumusan RPK yang akan segera berjalan dari RUK yang telah disusun satu tahun sebelumnya, serta menjadi dasar penyusunan RUK satu tahun yang akan datang.

BAB III KONSEP DASAR PROSES ASUHAN GIZI

Masalah gizi timbul akibat ketidaksesuaian antara asupan dan kebutuhan tubuh akan zat gizi. Asuhan gizi yang dilakukan melalui tahap Pengkajian, Diagnosis, Intervensi dan Monitoring Evaluasi (PDIME) Gizi. Proses penanganan masalah gizi yang dilakukan melalui asuhan gizi secara sistematis dan menggunakan bahasa terstandar, diharapkan akan memberikan tingkat keberhasilan yang optimal. Asuhan gizi dapat dilaksanakan pada semua fasilitas pelayanan kesehatan, seperti di rumah sakit (rawat inap dan rawat jalan), klinik pelayanan konseling gizi dan dietetik, puskesmas, dan di masyarakat. Langkah tersebut dapat dituangkan dalam standar operasional prosedur asuhan gizi di puskesmas setempat.

Tujuan Proses Asuhan Gizi (PAG) adalah memecahkan masalah gizi dengan mengatasi berbagai faktor yang mempunyai kontribusi pada ketidakseimbangan atau perubahan status gizi. Dengan demikian, tenaga gizi dapat menentukan strategi intervensi yang tepat berdasarkan masalah gizi, penyebabnya serta potensi dan sumber daya yang dimiliki. Proses Asuhan Gizi memiliki empat manfaat yaitu: 1) Membuat keputusan sehingga meningkatkan tingkat kinerja, dengan menentukan diagnosis/masalah gizi yang akan ditangani sampai monitoring dan evaluasi (dari tingkat merespon menjadi tingkat menentukan); 2) Membantu praktisi dietetik mengelola asuhan gizi berbasis ilmiah dan komprehensif; 3) Memudahkan pemahaman dan komunikasi antar profesi; 4) Mengukuhkan posisi dalam ekonomi global (pendidikan dan kredibilitas).

Konsep dasar dari pengelolaan proses asuhan gizi mengacu pada gambar 3.1. Gambar ini menggambarkan hubungan kemampuan antara klien dengan tenaga gizi. Kunci keberhasilan proses asuhan gizi terpusat pada hubungan ini.



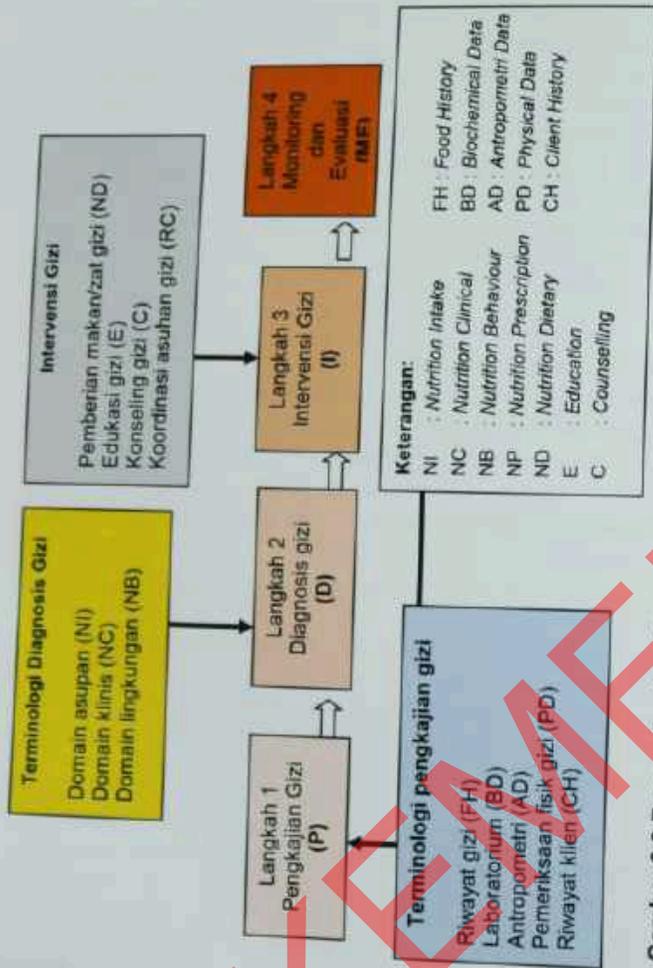
Sumber : Modifikasi dari *International Dietetics and Nutrition Terminology*, Edisi 4, Tahun 2011.

Gambar 3.1 Konsep Dasar Proses Asuhan Gizi

Lingkaran pertama atau yang terdalam menggambarkan hubungan klien baik individu, kelompok dan masyarakat dengan tenaga gizi. Lingkaran kedua menggambarkan proses asuhan gizi terstandar (proses dan bahasa terstandar) yang meliputi proses pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi dan monitoring dan evaluasi gizi. Lingkaran ketiga menggambarkan kompetensi yang harus dimiliki tenaga gizi dalam melaksanakan proses asuhan gizi sedangkan lingkaran keempat atau terluar menggambarkan pra kondisi yang mempengaruhi pasien/klien/baik individu, kelompok maupun masyarakat dalam menerima dan memperoleh manfaat dari proses asuhan gizi sehingga tujuan meningkatkan status gizi dan status kesehatan klien dapat tercapai.

Keberhasilan proses asuhan gizi sangat ditentukan oleh efektivitas intervensi gizi melalui edukasi dan konseling gizi yang efektif, pelayanan gizi dan dietetik yang sesuai dengan kebutuhan klien dan kolaborasi interprofesi. Monitoring dan evaluasi menggunakan indikator asuhan gizi yang terukur untuk menunjukkan keberhasilan penanganan asuhan gizi, dan perlu pendokumentasian semua tahapan proses asuhan gizi agar menjadi pembelajaran dan penjaminan mutu pelayanan gizi dan dietetik yang diberikan tenaga gizi.

Pelaksanaan proses asuhan gizi memerlukan keseragaman bahasa (terminologi) untuk berkomunikasi dan mendokumentasikan PDIME. Terminologi internasional yang dipublikasi oleh Academy Nutrition and Dietetic yaitu Nutrition Care Process Terminology (NCPT) mengenai 4 langkah Proses Asuhan Gizi melalui PDIME (dapat dilihat pada Gambar 3.2 serta Terminologi Diagnosis Gizi secara lengkap di Lampiran 1).



Gambar 3.2 Proses Asuhan Gizi (PAG) dan Bahasa Terstandar (Terminologi)

Proses Asuhan Gizi di masyarakat termasuk individu menitikberatkan kepada upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan, contoh: pencegahan utama penyakit dengan cara mengontrol faktor risiko yang berhubungan dengan masalah gizi. Upaya pencegahan kedua berfokus pada deteksi dini penyakit melalui skrining atau bentuk lain dalam penilaian risiko.

Tenaga gizi yang memberikan pelayanan gizi harus mengembangkan kebijakan dan program yang membantu memperbaiki pola makan menjadi pola makan bergizi seimbang dalam rangka meningkatkan status gizi dan status kesehatan masyarakat.

A. LANGKAH PERTAMA: PENGKAJIAN GIZI

1. Tujuan:
 - a. Mengumpulkan, memverifikasi dan menginterpretasikan data yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi masalah gizi terkait penyebabnya secara signifikan.
 - b. Proses berlangsung dinamis dan tidak linier, tidak hanya melibatkan pengumpulan data awal, namun juga proses pengkajian ulang dan analisa data status klien/populasi dibandingkan kriteria spesifik (standar referensi).
2. Sasaran dalam Proses Asuhan Gizi:
 - a. Individu adalah pasien, anggota keluarga atau pengasuh.
 - b. Populasi adalah kelompok, komunitas dan masyarakat.
 - c. Dalam hal ini penyebutan klien merupakan sasaran individu, kelompok dan masyarakat dalam proses asuhan gizi
3. Pengkajian gizi dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan mengumpulkan data yang diperlukan.

Pengkajian memerlukan cara berpikir kritis seperti:

- a. Menentukan data spesifik apa yang akan dikumpulkan
 - b. Menentukan kebutuhan akan informasi tambahan
 - c. Memilih alat dan prosedur pengkajian gizi sesuai situasi: alat pengukuran/pengumpulan data; prosedur pengumpulan data; dan *comparatives standard* (standar pembandingan)
 - d. Validasi data
 - e. Pengetahuan terkait masalah gizi: patofisiologi, metabolisme zat gizi, epidemiologi
 - f. Kemampuan membuat keputusan berdasarkan fakta (*evidence based*)
4. Sumber Data
- Sumber data untuk pengkajian sesuai dengan tabel 3.1 di bawah ini:

Tabel 3.1. Sumber Data untuk Pengkajian

Perseorangan	Kelompok	Masyarakat
<p>Informasi yang tersedia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasil laboratorium • Rekam medis klien • Hasil wawancara klien • Hasil wawancara pada pendamping • Pengamatan dan pemeriksaan 	<p>Informasi yang tersedia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertanyaan awal tentang komunitas pada diskusi kelompok terarah • Untuk terapi kelompok termasuk sumber data perseorangan • Untuk promosi grup menyertakan data masyarakat 	<p>Informasi yang tersedia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Survey gizi • Survey kesehatan • Penelitian epidemiologi • Data kegiatan rutin; Pencatatan pelaporan dan wawancara • Penilaian kebutuhan masyarakat secara strategis (melalui proses Musyawarah Masyarakat Desa/MMD)

Sumber : Modifikasi *The British Dietetic Association, Model and Process for Nutrition and Dietetic Practice, 2016*

5. Pengelolaan Data Pengkajian Gizi
- Pengkajian Gizi terdiri dari 5 kategori, antara lain:

a. Pengukuran antropometri

Terdiri dari data tinggi badan, berat badan, Indeks Massa Tubuh (IMT), indeks pola pertumbuhan/persentil, dan riwayat berat badan

Untuk di tingkat masyarakat: Data jumlah/prevalensi terkait data diatas. Contoh: prevalensi gizi buruk

b. Data biokimia, tes medis, dan prosedur data laboratorium

Misal: Glukosa, hemoglobin, kolesterol, asam urat, elektrolit dan pemeriksaan tekanan darah

Untuk di tingkat masyarakat: profil anemia gizi besi; tes toleransi glukosa oral; data laboratorium berbasis populasi dari sistem surveilans kesehatan; Analisis data rekam kesehatan elektronik

c. Data pemeriksaan fisik/klinis terkait gizi

Penampilan fisik, massa otot dan lemak, fungsi menelan, nafsu makan, dan pengaruhnya terhadap status gizi, tumbuh kembang, masalah saat menyusui (kemampuan mengisap dan menelan, koordinasi bayi), pertumbuhan gigi, kemampuan berkomunikasi, kemampuan menelan dan mengunyah pada lansia

Untuk di tingkat masyarakat: Data jumlah/prevalensi terkait data diatas

d. Riwayat terkait asupan makanan dan gizi

Terdiri dari pemberian makanan dan gizi, penggunaan obat/herbal suplemen, pengetahuan/kepercayaan, ketersediaan makanan, serta aktivitas fisik.

Untuk di tingkat masyarakat: ketersediaan makanan/air yang aman; partisipasi program; fasilitas menyusui; akses terhadap aktivitas fisik; data populasi

e. Riwayat klien

Riwayat medis/kesehatan/keluarga, perawatan dan penggunaan pengobatan komplementer/alternatif, riwayat sosial, riwayat ibu dan kehamilan, riwayat ibu menyusui, keaksaraan, status sosial ekonomi, situasi tempat tinggal/perumahan, dukungan sosial, lokasi geografis, dan akses terhadap layanan kesehatan dan gizi, program gizi dan kesehatan serta potensi sumber daya yang dimiliki

Untuk di tingkat masyarakat: Data jumlah/prevalensi terkait data di atas, contoh: prevalensi penyakit pada suatu populasi, data dari sistem informasi geografis

6. Apa yang Dilakukan dengan Data Pengkajian Gizi?

Data pengkajian gizi (juga sebagai indikator dan outcome asuhan gizi pada monitoring dan evaluasi) dibandingkan dengan kriteria, norma dan standar yang relevan, untuk interpretasi dan pengambilan keputusan. Standar pembandingan dapat berupa norma dan standar nasional, institusional atau peraturan.

7. Bahasa Terstandar Pengkajian Gizi

Bahasa terstandar pengkajian gizi untuk mendukung pendekatan yang konsisten terhadap proses asuhan gizi dan meningkatkan kualitas komunikasi dan penelitian. Bahasa terstandar untuk pengkajian gizi sama dengan monitoring dan evaluasi gizi. Namun, tujuan dan penggunaan data berbeda dalam dua langkah tersebut.

8. Sistem Pendukung Asuhan Gizi di Masyarakat

- Sistem pendukung asuhan gizi di masyarakat terdiri dari skrining, rujukan dan manajemen hasil (diluar lingkup PAG).
- Skrining adalah proses identifikasi awal risiko masalah gizi yang bertujuan untuk menetapkan skala prioritas penyelesaian masalah berbasis PAG
- Rujukan adalah proses pelimpahan kewenangan penyelesaian masalah pada tingkat yang lebih tinggi.
- Manajemen hasil melibatkan pengumpulan data beberapa klien/ populasi untuk menentukan apakah intervensi gizi mempengaruhi hasil kesehatan atau tidak.

Masalah populasi dapat dipengaruhi oleh pendanaan, kebijakan, dan peraturan institusi atau sesuai kebutuhan yang dirasakan, oleh karena itu pada pengkajian gizi diperlukan data demografi termasuk sosial dan budaya serta data potensi sumber daya yang dimiliki masyarakat.

9. Langkah-Langkah Pengkajian Gizi

- Review:* Mengumpulkan, memilah, validasi data. Jenis data dan metode pengambilan data disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien
- Cluster:* Data dikelola dan dikelompokkan sesuai dengan 5 domain. Tentukan "*defining characteristic*" atau karakter penentu (tanda dan gejala) dari diagnosis yang diduga
- Identifikasi:* Membandingkan data-data dengan standar rujukan yang disepakati (standar pembandingan = norma dan standar nasional,

institusional atau peraturan); Mengidentifikasi kemungkinan problem, etiologi, *sign* dan *symptom*.

10. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengkajian Gizi

Pengkajian gizi merupakan penilaian pada tingkat individu maupun tingkat kelompok/populasi. Data pengkajian gizi mencakup tidak hanya informasi geografis dan demografis, tetapi juga statistik kesehatan, jaringan sosial dan pola interaksi sosial dan dukungan, sumber daya di dalam masyarakat, dan persepsi tokoh masyarakat yang dapat berpotensi berdampak pada kebijakan intervensi gizi. Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi:

Tabel 3.2. Faktor-Faktor yang dapat Mempengaruhi Status Gizi

FAKTOR-FAKTOR	
1	Biologis
	<ul style="list-style-type: none"> - Jenis kelamin - Keturunan/genetik - Umur
2	Gaya Hidup
	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas fisik - Diet - Hobi - Aktivitas waktu luang - Penggunaan obat-obatan - Penggunaan NAPZA termasuk minuman beralkohol - Rokok, cerutu, tembakau kunyah - Praktik keselamatan seperti memakai sabuk pengaman - Perawatan diri (medis) - Manajemen stres - Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

FAKTOR-FAKTOR	
3	Status sosial ekonomi
	<ul style="list-style-type: none"> - Perumahan - Pendidikan - Pendudukan - Pendapatan - Status pekerjaan - Jaringan sosial seperti keluarga, teman, dan rekan kerja - Ketidakeimbangan/perbedaan sosial ekonomi
4	Kondisi Komunitas
	<ul style="list-style-type: none"> - Iklim dan geografi - Pasokan air bersih - Tipe dan kondisi perumahan - Jumlah dan jenis rumah sakit dan klinik - Pelayanan kesehatan dan medis - Pelayanan sosial - Struktur politik / pemerintahan - Kelompok dan organisasi kesehatan masyarakat - Jumlah, jenis, dan lokasi toko bahan makanan - Rekreasi - Sistem transportasi - Industri terkemuka
5	Kondisi Latar Belakang
	<ul style="list-style-type: none"> - Agama - Kebijakan pangan dan gizi nasional - Upah minimum nasional - Keyakinan budaya - Nilai budaya - Sikap budaya - Periklanan - Pesan media - Sistem distribusi makanan

B. LANGKAH KEDUA: DIAGNOSIS GIZI

1. Tujuan:

- Untuk mengidentifikasi dan menggambarkan masalah gizi spesifik yang dapat diatasi atau diperbaiki melalui intervensi gizi oleh seorang tenaga gizi
- Diagnosis gizi (misal: Asupan karbohidrat yang tidak konsisten) berbeda dengan diagnosis medis (misal: Diabetes).

2. Perbedaan Diagnosis Gizi dengan Diagnosis Medis:

Contoh:

Diagnosis medis : Dislipidemia

Diagnosis gizi : Kelebihan asupan lemak berkaitan terbatasnya pengetahuan tentang asupan lemak seimbang ditandai dengan pemeriksaan kolesterol 230 mg/dl dan mengonsumsi ayam goreng dan kentang goreng cepat saji 5 kali/minggu.

3. Bagaimana Cara Menentukan Diagnosis Gizi?

- Tenaga gizi menggunakan data yang dikumpulkan dalam pengkajian gizi untuk mengidentifikasi dan menetapkan diagnosis gizi klien/ populasi dengan menggunakan Terminologi Diagnosis Gizi (Lampiran 1).
 - Diagnosis gizi mencakup definisi masalah, kemungkinan etiologi/ penyebab, dan tanda atau gejala umum yang telah diidentifikasi dalam tahap pengkajian gizi.
4. Bagaimana Pengelolaan Diagnosis Gizi?
Ada 3 kategori diagnosis gizi:

- Domain Asupan:** Asupan makan atau gizi yang terlalu banyak atau terlalu sedikit dibandingkan dengan kebutuhan aktual atau perkiraan.
Contoh masalah gizi pada proses asuhan gizi:
 - Asupan energi tidak adekuat atau berlebih terkait kurangnya pengetahuan terhadap makanan dan gizi atau perilaku dan kepercayaan tidak mendukung;
 - Memperkirakan asupan energi yang tidak adekuat atau berlebihan terkait dengan gaya hidup yang buruk atau status sosial ekonomi (misalnya asupan energi protein atau kekurangan gizi yang kurang terkait dengan keterbatasan akses makanan);
 - Asupan zat besi yang tidak memadai atau kebutuhan zat besi yang meningkat pada ibu hamil

- Domain Klinis:** masalah gizi yang berhubungan dengan kondisi medis atau fisik. Contoh masalah gizi pada proses asuhan gizi:
 - Dampak kesehatan mulut yang buruk atau ketidakmampuan perkembangan atau ketidakmampuan fisik untuk memberi makan sendiri;
 - Kesulitan menyusui;
 - Kurus; berat badan lebih; obesitas

- Domain Perilaku dan Lingkungan:** sikap, kepercayaan, lingkungan fisik, akses terhadap makanan, atau keamanan pangan
Contoh masalah gizi pada komunitas/ masyarakat:
 - Kurangnya pengetahuan terkait makanan dan gizi; Keyakinan keluarga / pengasuh atau sikap yang akan mempengaruhi perawatan yang diterima individu;
 - Tidak siap untuk diet / perubahan gaya hidup;
 - Pilihan makanan yang tidak diinginkan;

- Kurang aktivitas fisik;
- Terbatas akses terhadap makanan / waktu

5. Bagaimana Mendokumentasikan Diagnosis Gizi?

Format Diagnosis Gizi untuk pernyataan *Problem-Etiology-Sign/Symptom* (PES) adalah: "Penetapan masalah gizi (P) yang terkait dengan ____ (E) sebagaimana dibuktikan oleh ____ (S)."

(P) Penetapan diagnosis masalah gizi, contoh: menjelaskan perubahan status gizi klien/ populasi.

(E) Penyebab etiologi/ faktor risiko berkaitan dengan diagnosis gizi dengan kata-kata "terkait dengan", contoh: kurangnya pengetahuan.

(S) Tanda/Gejala merupakan data yang digunakan untuk mengetahui bahwa klien/ populasi memiliki diagnosis gizi yang ditentukan. Terkait dengan etiologi dengan kata-kata "yang dibuktikan oleh", contoh: asupan makan kurang atau lebih

6. Bagaimana Cara untuk Mengevaluasi Pernyataan PES?

P - Dapatkah pemecahan masalah gizi (intervensi gizi) memperbaiki diagnosis gizi untuk individu, kelompok, atau populasi ini? Pertimbangkan diagnosis gizi domain asupan.

E - Evaluasilah etiologi yang dirumuskan, apakah itu "akar penyebab" paling spesifik yang dapat ditangani dengan intervensi gizi. Jika masalah tidak dapat diselesaikan dengan mengatasi etiologi, dapatkan intervensi gizi setidaknya mengurangi tanda dan gejala?

S - Apakah mengukur tanda dan gejala menunjukkan masalah dapat teratasi atau membaik? Apakah tanda dan gejala cukup spesifik dapat dimonitor (mengukur/ mengevaluasi perubahan)?

Keseluruhan PES - Apakah data pengkajian gizi mendukung diagnosis gizi tertentu dengan etiologi dan tanda dan gejala yang khas?

7. Bagaimana Cara Memilih Diagnosis Gizi dan Menulis Pernyataan PES yang Tepat?

a. Tenaga gizi yang bekerja dilingkup kebijakan dan program cenderung memilih diagnosis gizi dari domain Perilaku/Lingkungan,

b. Diagnosis gizi dari domain Asupan lebih spesifik.

c. Perlu dicatat, bagaimanapun, bahwa untuk menetapkan diagnosis gizi, disarankan memilih identifikasi dan label masalah yang dapat ditangani secara mandiri oleh tenaga gizi.

8. Diagnosis Gizi dalam Kesehatan Masyarakat

a. Perbedaan diagnosis gizi dalam komunitas/ masyarakat dibandingkan perseorangan/individu adalah cakupan, skala masalah dan frekuensi atau rentang waktu dimana hal tersebut dapat ditangani.

b. Masalah gizi atau kesehatan masyarakat yang luas dengan etiologi masalah gizi dan dietetik, mengharuskan tenaga gizi untuk secara hati-hati menentukan diagnosis gizi spesifik yang mungkin mencakup lebih dari satu domain untuk mengatasi masalah secara efektif.

c. Di bidang kesehatan atau gizi masyarakat/ komunitas, epidemiologi adalah ilmu inti yang digunakan untuk menilai kesehatan suatu populasi. Surveilans, merupakan sistem pengumpulan data terorganisir, berbasis populasi, merupakan salah satu pilar epidemiologi. Nutrisionis, dietisien, TPG menggunakan bentuk data penilaian ini bersama dengan data lain, seperti survei, data penilaian

kesehatan masyarakat, kelompok fokus dan pemindaian lingkungan, antara lain untuk mengidentifikasi masalah gizi pada populasi tertentu.

- d. Identifikasi masalah terkait gizi akan membantu memusatkan strategi intervensi yang dikembangkan bersama dengan mitra dan pemangku kepentingan. Strategi intervensi ini kemudian dapat ditargetkan secara khusus untuk perbaikan atau penyelesaian masalah gizi yang teridentifikasi.

Berikut contoh diagnosis gizi dalam kesehatan masyarakat:
Tabel 3.3. Diagnosis Gizi dalam Populasi/Masyarakat

Domain	Problem (P)	Etiology (E)	Sign/Symptom (S)
Asupan	Asupan lemak berlebih (NI-5.6.2) terkait dengan:	Kurangnya atau terbatasnya akses terhadap pilihan makanan sehat* yang dibuktikan dengan:	Data surveilans gizi menunjukkan asupan makanan tinggi lemak. (Sering atau sebagian besar asupan dari bahan dan cara mengolah yang mengandung tinggi lemak)*
	Asupan oral yang tidak memadai (NI-2.1) terkait dengan:	Terbatasnya akses terhadap makanan* yang dibuktikan dengan:	Jumlah anak yang berangkat ke sekolah tanpa makan pagi dan/atau anak yang datang ke sekolah tanpa

			makan siang. (Kendala ekonomi yang membatasi ketersediaan pangan)*
Klinis	Kegemukan/obesitas (NC-3.3.1/3.3.2) terkait dengan:	Terbatasnya pengetahuan dan keterampilan terkait pemilihan dan pengolahan makanan bergizi dan aktifitas fisik yang seimbang* yang dibuktikan dengan:	Data demografis yang menyatakan bahwa prevalensi kombinasi kelebihan berat badan anak dan obesitas pada populasi meningkat dari 15% menjadi 26% dalam 5 tahun terakhir**
Perilaku dan Lingkungan	Terbatasnya akses terhadap makanan (NB-3.2) terkait dengan:	Sekolah tidak memiliki kebijakan untuk menerapkan penyediaan makanan sehat di kantin sekolah* yang dibuktikan dengan:	Terbatasnya pilihan pangan bergizi seimbang, aman dan sehat yang disediakan di kantin sekolah*.

Keterangan*: Dari data riwayat makan, **: Dari data antropometri

Tabel 3.4. Diagnosis Gizi (Modifikasi) untuk Individu/Perseorangan

omain	Problem (P)	Etiology (E)	Sign/Symptom (S)
Asupan	Asupan lemak berlebih (NI-5.6.2) terkait dengan:	Kurangnya atau terbatasnya akses terhadap pilihan pangan bergizi seimbang* yang dibuktikan dengan	Ketergantungan pada biaya rendah, asupan makanan tinggi karbohidrat dan pengolahan dengan menggunakan lemak tinggi*
	Asupan oral yang tidak adekuat (NI-2.1) terkait dengan:	Terbatasnya akses terhadap pangan yang bergizi seimbang* yang dibuktikan dengan:	Anak yang sampai di sekolah tanpa makan sarapan/ anak secara konsisten datang ke sekolah tanpa makan siang. (Kendala ekonomi yang membatasi ketersediaan pangan)*
Klinis	Kegemukan/ obesitas (NC-3.3.1, NC-3.3.2) terkait dengan:	Asupan energi yang berlebihan* dan aktivitas fisik terbatas* yang dibuktikan dengan:	Berat badan berlebih untuk tinggi/ IMT-untuk-usia sesuai dengan standar pertumbuhan referensi**

Perilaku dan Lingkungan	Kurangnya pengetahuan terkait makanan dan gizi (NB-1.1) terkait dengan:	Terbatasnya akses informasi tentang pangan bergizi seimbang* yang dibuktikan dengan	Orang tua melaporkan kurangnya pemahaman tentang makanan sehat dan makanan apa yang harus dibeli*
-------------------------	---	---	---

Keterangan*: Dari data riwayat makan, **: Dari data antropometri

C. LANGKAH KETIGA: INTERVENSI GIZI

1. Tujuan:
 - Memperbaiki atau meningkatkan kondisi gizi berdasarkan rencana dan penerapan intervensi gizi yang tepat sesuai kebutuhan. Tujuan intervensi mengarah pada problem (P) berdasarkan etiologi (E) dengan target memperbaiki sign/symptom (S) yang harus terukur dan waktu tertentu
2. Intervensi gizi berfokus pada promosi kesehatan dan mencegah penyakit yang dirancang atau direncanakan untuk merubah kondisi sebelumnya yang berkaitan dengan perilaku masyarakat, lingkungan dan kebijakan
3. Bagaimana Tenaga Kesehatan Menetapkan Intervensi?
 - a. Penerapan intervensi berdasarkan diagnosis dan etiologi
 - b. Strategi intervensi dimaksudkan untuk merubah asupan makan, pengetahuan dan perilaku gizi, kondisi lingkungan atau kegiatan lainnya yang mendukung.
 - c. Tujuan intervensi gizi dibuat sebagai dasar untuk memonitor perkembangan dan mengukur dampak

asuhan gizi. Tenaga gizi sangat berperan dalam menentukan intervensi berupa Pemberian Makanan.

- d. FOKUS pada isu yang akan ditangani berupa aksi/kegiatan dan menggunakan sumber-sumber daya yang ada (memperhatikan kearifan budaya lokal)

4. Bagaimana Mengelompokkan Intervensi?

a. Pemberian Makan dan Zat Gizi :

- Menentukan pendekatan individu termasuk makanan, cemilan, makanan utama, makanan selingan, makanan enteral, dan suplemen. Penentuan kebutuhan energi dan zat gizi sehari dapat dihitung disesuaikan dengan kelompok umur dan kondisi khusus (hamil, menyusui, dll).
- Preskripsi Diet adalah Pernyataan singkat mengenai anjuran asupan energi dan atau zat gizi atau makanan tertentu untuk pasien secara individual berdasarkan standar rujukan, pedoman, kondisi pasien dan diagnosis gizi
- Penetapan preskripsi diet dapat dilakukan pada pelayanan gizi rawat inap di Puskesmas rawat inap.
- Penetapan preskripsi diet pada pasien rawat jalan menjadi bahan edukasi gizi (termasuk syarat dan prinsip diet)

Penulisan preskripsi diet:

Komponen Preskripsi Diet:	Contoh Preskripsi Diet:
<ul style="list-style-type: none">• Kebutuhan energi• Komposisi zat gizi makro & mikro• Jenis diet• Bentuk makanan• Frekuensi makan• Rute pemberian	<ul style="list-style-type: none">• Jenis diet dan jumlah: DM 1700 Kkal• Bentuk lunak (Bubur)• Frekuensi 3 kali makan dan 2 kali selingan• Rute pemberian: Oral

- b. **Edukasi Gizi:** Proses membenarkan instruksi dan latihan bagi pasien/ klien untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam mengatur dan memodifikasi makanan, memilih aktivitas fisik terkait gizi serta memelihara dan meningkatkan perilaku hidup sehat. Komponen edukasi terdiri dari 1) konten/materi (untuk meningkatkan pengetahuan; 2) Aplikatif (meningkatkan pemahaman dan keterampilan). Sasaran : individu, kelompok dan masyarakat
- c. **Konseling Gizi:** sebuah dukungan kegiatan kolaborasi antara konselor dan klien untuk menetapkan pilihan makanan bergizi, aktivitas, menetapkan tujuan untuk mengatasi masalah gizi dan meningkatkan status kesehatan. Tujuannya Membantu klien mengidentifikasi dan menganalisis masalah; memberikan alternatif pemecahan masalah; dan membimbing kemandirian mengatasi masalah. Sasaran konseling adalah individu.

- d. **Koordinasi Asuhan Gizi:** 1) Melakukan rujukan, koordinasi dengan tenaga kesehatan lainnya, pihak, instansi atau dinas lainnya yang dapat mendukung perbaikan gizi; 2) Menghentikan asuhan atau merujuk / memindahkan asuhan ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya misal merujuk ke pusat kesehatan masyarakat/program gizi; 3) Kolaborasi dan koordinasi di Puskesmas dapat berupa lintas program puskesmas dana atau lintas sektor,

Intervensi Aksi Gizi Berbasis Populasi: Intervensi yang dirancang untuk meningkatkan status gizi dan status kesehatan suatu populasi, umumnya menggunakan inisiatif promosi gizi dan kesehatan masyarakat.

5. Intervensi gizi terdiri dari dua kegiatan yang berbeda dan saling berhubungan yaitu perencanaan dan implementasi. Dalam menyusun rencana intervensi gizi mempertimbangkan hal berikut yaitu a) prioritas diagnosa yang ditetapkan b) berdasarkan *evidence based*, c) menetapkan hasil yang berfokus pada pasien, d) melibatkan klien/ masyarakat/ pendamping, e) menetapkan pilihan strategi intervensi berdasarkan etiologi atau penyebab masalah gizi, f) menetapkan waktu dan lama asuhan gizi, dan g) mengidentifikasi sumberdaya yang dibutuhkan. Tahapan intervensi berikutnya meliputi a) mengkomunikasikan asuhan gizi sesuai rencana dan b) melaksanakan intervensi.
6. **Intervensi Gizi Pada Masyarakat**
- a. Intervensi bertujuan untuk memberikan solusi terhadap penanganan masalah atau diagnosa gizi

melalui perencanaan dan implementasi program atau penyusunan kebijakan khusus untuk sasaran program.

- b. Intervensi direncanakan untuk mengubah asupan, pengetahuan dan perilaku, lingkungan, dan faktor yang mempengaruhi ketersediaan dan akses makanan. Aktivitas intervensi harus fokus pada faktor individu-individu dalam masyarakat dan faktor terkait untuk menetapkan kondisi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.
- c. Ada 4 pendekatan dalam strategi intervensi aksi gizi berbasis masyarakat yaitu
- Kerangka kerja teori populasi : model dan pendekatan yang digunakan dalam merancang, implementasi dan evaluasi intervensi gizi pada tingkat masyarakat
 - Strategi-strategi populasi : rencana aksi dengan target perubahan lingkungan, organisasi dan kebijakan publik
 - Seting "populasi" : lokasi dimana intervensi gizi berbasis masyarakat diimplementasikan
 - Sektor populasi : pemerintah, masyarakat, swasta serta lembaga non profit terintegrasi dalam pengembangan dan implementasi intervensi pada faktor-faktor yang berdampak pada status gizi dan kesehatan masyarakat yang optimal.

D. LANGKAH KEEMPAT: MONITORING DAN EVALUASI GIZI

1. Tujuan Monitoring dan Evaluasi Gizi

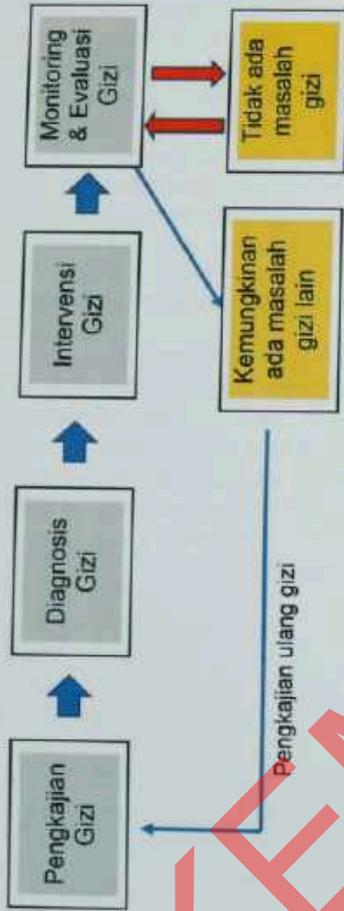
Untuk melihat perkembangan dan pencapaian tujuan yang diharapkan. Monitoring dan evaluasi gizi mengidentifikasi indikator dan *outcome* asuhan gizi yang

berhubungan dengan diagnosis dan tujuan intervensi gizi yang direncanakan. Indikator asuhan gizi adalah penanda (*marker*) yang dapat diukur dan dievaluasi untuk menentukan efektivitas asuhan gizi. Kajian gizi yang lebih spesifik dapat dilakukan dengan membandingkan *outcome asuhan gizi* dengan status gizi sebelumnya dan tujuan intervensi. Secara umum, monitoring dan evaluasi gizi bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi yang dilakukan oleh tenaga gizi.

2. Cara Tenaga Kesehatan Menentukan Indikator yang diukur dalam monitoring dan evaluasi
Tenaga Kesehatan menentukan indikator yang dapat menggambarkan perubahan hasil dari asuhan gizi. Dengan kata lain, Tenaga Kesehatan akan mempertimbangkan diagnosis gizi, intervensi gizi, diagnosis medis, tujuan pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan gizi, jenis pelayanan, klien/ masyarakat, dan tingkat keparahan penyakit.
3. Pengelolaan Outcome dari Monitoring dan Evaluasi
Dibagi menjadi empat kategori:
 - a. Pengukuran antropometri
 - b. Data riwayat gizi
 - c. Data laboratorium
 - d. Data klinis/ fisik
4. Kegiatan dalam Monitoring dan Evaluasi Gizi
Monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh tenaga gizi terdiri dari kegiatan memantau, mengukur, dan mengevaluasi keberhasilan asuhan gizi pada klien/ masyarakat.

5. Monitoring dan Evaluasi Gizi pada Masyarakat
Monitoring dan evaluasi gizi pada masyarakat lebih unik karena tidak hanya melibatkan individu melainkan juga masyarakat. Monitoring dan evaluasi dilakukan terhadap data yang diperoleh pada pengkajian, kecuali data riwayat klien. Monitoring dilakukan atas intervensi yang telah diberikan dengan cara mengukur parameter yang ada pada diagnosis gizi berdasarkan tanda dan gejala. Secara lebih luas, monitoring dan evaluasi gizi pada masyarakat harus sesuai dengan tujuan dan indikator program gizi. Penetapan outcome berdasarkan program dapat dibuat dalam asuhan gizi di masyarakat.

6. Proses Monitoring dan Evaluasi Gizi
Penting untuk memasukkan monitoring dan evaluasi dalam rencana kegiatan gizi. Perencanaan yang matang akan mendukung jalannya program. Dalam hal ini, monitoring dan evaluasi berguna untuk meningkatkan performa program. Monitoring dan evaluasi dapat diterapkan dalam setiap tahapan pelaksanaan program.



Gambar 3.3 Hubungan Pengkajian, Diagnosis, Intervensi dan Monitoring Evaluasi Gizi

7. Tahapan Outcome Asuhan Gizi dan outcome Pelayanan Kesehatan

- a. Outcome asuhan gizi:
 - Perubahan pengetahuan, keyakinan/sikap/perilaku, akses dan lingkungan
 - Peningkatan/pertahanan asupan makanan (FH)
 - Perubahan tanda dan gejala (data biokimia, fisik/klinis dan antropometri)
- b. Outcome pelayanan kesehatan:
 - Outcome kesehatan dan penyakit
 - Outcome efisiensi biaya
 - Kualitas hidup individu/masyarakat

BAB IV PROSES ASUHAN GIZI DI PUSKESMAS

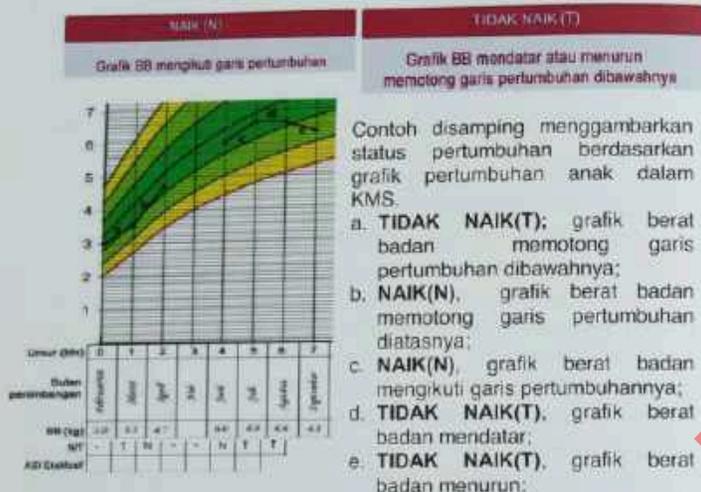
Proses asuhan gizi bertujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dan gizi dengan sasaran individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pengkajian, Diagnosis, Intervensi dan Monitoring dan Evaluasi (PDIME) Gizi pada individu dalam konteks keluarga dan masyarakat dilakukan dengan pendekatan yang berbeda sesuai permasalahan yang ditemui. Penanganan masalah gizi memerlukan pendekatan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) oleh karena itu sangat memerlukan dukungan serta berkolaborasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait. Berikut akan diuraikan proses asuhan gizi pada beberapa permasalahan yang sering dijumpai di Puskesmas dan menjadi prioritas program, dimulai dari tingkat masyarakat hingga perseorangan.

A. Pemantauan Pertumbuhan, Status Gizi dan Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam Proses Asuhan Gizi

Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara jumlah asupan zat gizi dengan kebutuhan tubuh. Status gizi merupakan salah satu indikator kualitas sumber daya manusia yang menentukan tingkat kesehatan masyarakat. Pemantauan pertumbuhan pada balita dapat menjadi awal untuk penilaian status gizi dengan melakukan konfirmasi terhadap indikator berat badan menurut panjang badan atau tinggi badan oleh tenaga kesehatan.

Pemantauan Pertumbuhan (PP) adalah mengikuti pertumbuhan balita secara terus menerus dan teratur melalui pengukuran antropometri. PP pada balita dilakukan melalui penimbangan berat badan setiap bulan di Posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan, yang bertujuan untuk mengetahui status pertumbuhan dan mendeteksi secara dini bila terjadi gangguan pertumbuhan. Cara menimbang berat badan dan mengukur panjang/tinggi badan dapat dilihat pada Lampiran 2.

Status pertumbuhan seorang anak dapat diketahui dengan cara melihat kenaikan berat badan pada grafik pertumbuhan yang terdapat pada Kartu Menuju Sehat (KMS) atau buku KIA. Setiap kali ditimbang, berat badan anak dicantumkan dengan tanda titik pada KMS. Setiap titik kemudian dihubungkan sehingga menghasilkan garis (grafik) yang menggambarkan kecenderungan pertumbuhan anak. Garis (grafik) yang naik menunjukkan anak tumbuh dengan baik, sedangkan garis (grafik) mendatar atau bahkan turun menunjukkan bahwa pertumbuhan anak bermasalah sehingga perlu mendapat perhatian.



Gambar 4.1 Contoh Grafik Pertumbuhan Anak dalam KMS

Anak dengan penambahan berat badan tidak sesuai dengan standar atau tidak mengikuti garis pertumbuhan atau BGM atau berat badan tidak naik, maka perlu dilakukan konfirmasi oleh tenaga kesehatan dengan melihat status gizinya. Balita harus dirujuk apabila dari hasil konfirmasi status gizi anak berada < -2 SD atau $> +2$ SD.

Penggolongan status gizi balita berdasarkan indeks antropometri sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak adalah sebagai berikut.

Tabel 4.1. Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U) Anak Usia 0-60 Bulan

Ambang Batas	Kategori Status Gizi
< -3 SD	Berat badan sangat kurang (severely underweight)
-3 SD sd < -2 SD	Berat badan kurang (underweight)
-2 SD sd $+1$ SD	Berat badan normal
$> +1$ SD	Risiko berat badan lebih

Tabel 4.2. Indeks Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) Anak Usia 0-60 Bulan

Ambang Batas	Kategori Status Gizi
< -3 SD	Sangat pendek (severely stunted)
-3 SD sd < -2 SD	Pendek (stunted)
-2 SD sd $+3$ SD	Normal
$> +3$ SD	Tinggi (tall)

Tabel 4.3. Indeks Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) Anak Usia 0-60 Bulan

Ambang Batas	Kategori Status Gizi
<-3 SD	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)
- 3 SD sd <- 2 SD	Gizi kurang (<i>wasted</i>)
-2 SD sd +1 SD	Gizi baik (normal)
>+1 SD sd +2 SD	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)
> +2 SD sd +3 SD	Gizi lebih (<i>overweight</i>)
> +3 SD	Obesitas (<i>obese</i>)

Tabel 4.4. Indeks Masa Tubuh Menurut Umur (IMT/U) Anak Usia 0-60 Bulan

Ambang Batas	Kategori Status Gizi
<-3 SD	Gizi buruk (<i>severely wasted</i>)
- 3 SD sd <- 2 SD	Gizi kurang (<i>wasted</i>)
-2 SD sd +1 SD	Gizi baik (normal)
>+1 SD sd +2 SD	Berisiko gizi lebih (<i>possible risk of overweight</i>)
> +2 SD sd +3 SD	Gizi lebih (<i>overweight</i>)
> +3 SD	Obesitas (<i>obese</i>)

Tabel 4.5. Batas Ambang IMT/U Anak Umur 5 – 18 Tahun

Ambang Batas	Kategori Status Gizi
<-3 SD	Gizi buruk (<i>severely thinness</i>)
- 3 SD sd <- 2 SD	Gizi kurang (<i>thinness</i>)
-2 SD sd +1 SD	Gizi baik (normal)
>+1 SD sd +2 SD	Gizi lebih (<i>overweight</i>)
>+2 SD	Obesitas (<i>obese</i>)

Selain masalah gizi kurang yang berdampak terhadap terjadinya balita *wasting* dan *stunting*, masalah gizi lebih dan obese juga cenderung meningkat. Obesitas disebabkan oleh ketidakseimbangan antara jumlah energi yang masuk dengan yang dibutuhkan oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis seperti pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, pemeliharaan kesehatan.

Gizi lebih atau obesitas pada usia anak-anak dihubungkan dengan kemungkinan lebih besar untuk terjadinya kegemukan pada usia dewasa yang dapat menyebabkan berbagai penyakit dan disabilitas, seperti diabetes mellitus dan penyakit kardiovaskular. Risiko terjadinya PTM akibat obesitas sebagian tergantung dari onset usia dimulainya kegemukan dan lama kegemukan.

Anak dan remaja yang mengalami obesitas cenderung mengalami gangguan kesehatan jangka pendek maupun jangka panjang, seperti:

- Penyakit kardiovaskular, terutama penyakit jantung dan stroke
- Diabetes mellitus

- Kelainan muskuloskeletal, seperti osteoarthritis
- Kanker endometrium, payudara dan kolon

Penentuan status gizi pada ibu hamil dilihat dari adanya risiko Kurang Energi Kronik (KEK). Pada masa kehamilan, kejadian risiko KEK ditandai oleh rendahnya cadangan energi dalam jangka waktu cukup lama yang diukur dengan Lingkar Lengan Atas (LILA). Ibu hamil dikatakan berisiko KEK bila Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm. Cara mengukur LILA dapat dilihat pada Lampiran 2. Pada kehamilan Trimester I, KEK pada ibu hamil ditentukan melalui indeks Massa Tubuh (IMT), yaitu ibu hamil dikatakan KEK apabila IMT <18,5. Untuk kenaikan berat badan selama hamil berdasarkan IMT pra hamil dapat dilihat pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6. Kenaikan BB Selama Hamil Berdasarkan IMT

No	IMT Pra Hamil	Status Gizi	Kenaikan BB (kg) dalam Trimester			Jumlah (kg)
			I	II	III	
1	< 18,5	Kurus	1,5 – 2,0	4,5 – 6,5	6,6 – 9,5	12,5 – 18,0
2	18,5 – 24,9	Normal	1,5 – 2,0	4,0 – 6,0	6,0 – 8,0	11,5 – 16,0
3	>25 – 29,9	BB lebih	1,0 – 1,5	2,5 – 4,0	3,5 – 6,0	7,0 – 11,5
4	> 30	Obesitas	0,5 – 1,0	2,0 – 4,0	3,5 – 5,0	5,0 – 9,0

Sumber: Cunningham F.G., 2012. *Obstetri Williams*. pp.774-797

Indeks Massa Tubuh (IMT) digunakan untuk menentukan status gizi orang dewasa. Untuk kepentingan Indonesia, batas ambang IMT dimodifikasi berdasarkan pengalaman klinis dan hasil penelitian di beberapa negara berkembang. Batas ambang IMT yang digunakan merujuk pada Buku Pedoman Gizi Seimbang, untuk Indonesia adalah sebagai berikut :

Tabel 4.7. Batas Ambang IMT untuk Orang Dewasa

Status Gizi	Kategori	IMT
Sangat Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	< 17,0
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17 - < 18,5
Normal		18,5 - 25,0
Gemuk (berat badan lebih)(Overweight)	Kelebihan berat badan tingkat ringan	> 25,0 - 27,0
Obese/Obesitas	Kelebihan berat badan tingkat berat	> 27,0

Berikut ini beberapa Proses Asuhan Gizi terkait pemantauan pertumbuhan, status gizi serta penyakit degeneratif yang dimulai dari tingkat masyarakat sampai ke tingkat perseorangan. Etiologi yang dicantumkan dalam diagnosis gizi hanya berupa contoh, yang masih bisa dikembangkan dengan permasalahan yang ditemukan di wilayah masing-masing. Strategi intervensi gizi ditentukan sesuai diagnosis gizi, pencapaian target penyelesaian masalah serta sumber daya yang ada. Intervensi dapat berupa pemberian makanan, edukasi, konseling, koordinasi asuhan gizi dan Intervensi Aksi Gizi Berbasis Populasi

1. Proses Asuhan Gizi pada Balita Berat Badan Kurang dan Berat Badan Sangat Kurang, Gizi Kurang dan Gizi Buruk

Pengkajian (P)

Antropometri:

Melihat prevalensi/proporsi (%) balita dengan:

- Balita berat badan kurang (BB/U -3 SD sd < -2 SD)
- Balita berat badan sangat kurang (BB/U < -3 SD)
- Gizi Kurang (BB/TB -3 SD sd < -2 SD)
- Gizi Buruk (BB/TB < -3 SD)

(Bila tidak tersedia data tingkat Puskesmas dapat dilihat dari data kabupaten/kota sebagai analogi/gambaran untuk data tingkat kecamatan)

Mengkaji prevalensi/proporsi balita yang:

- BGM
- Balita yang tidak naik berat badannya dari jumlah balita yang ditimbang (N/D)
- Balita Usia 6-59 bulan dengan LILA warna kuning (11,5 cm sdB < 12,5 cm) atau warna merah (< 11,5 cm)
- Balita tidak naik berat badannya dua kali berturut-turut (2T)

Balita tersebut diatas harus dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan konfirmasi status gizinya oleh tenaga kesehatan dengan pemeriksaan klinis dan antropometri menggunakan indikator BB/PB atau BB/TB dan atau LILA

Jika tersedia data prevalensi balita gizi kurang, perlu dibandingkan dengan *cut off point* masalah kesehatan masyarakat untuk mengetahui besaran masalah seperti pada Tabel 4.8. Sedangkan jika ditemukan 1 kasus gizi buruk di suatu wilayah, diperlakukan sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB). Pada kondisi terjadinya KLB penyakit menular, kantong-kantong penyakit terkait masalah gizi, lingkungan pemukiman kumuh, tren N/D turun dalam 3 bulan berturut-turut, maka perlu kewaspadaan akan meningkatnya kasus gizi kurang dan gizi buruk.

Tabel 4.8 Batasan Masalah Kesehatan Masyarakat untuk Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk Berdasarkan Indikator BB/PB atau BB/TB

Nilai batas prevalensi untuk signifikansi masalah kesehatan masyarakat	Kategori
< 2,5 %	Sangat Rendah
2,5 % - < 5%	Rendah
5 % - < 10 %	Sedang
10 % - < 15 %	Tinggi
≥ 15 %	Sangat Tinggi

Sumber : WHO, 2018

Laboratorium: -

Fisik/Klinis: -

Riwayat gizi:

- Survei konsumsi terkait Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) tingkat kabupaten/kota sebagai analogi/gambaran
- Hasil gambaran konsumsi (*food recall*) pada 10 rumah tangga di sekitar wilayah kasus balita gizi

- buruk yang ditemukan
- Usia < 6 bulan yang mengalami kesulitan menyusu
- Pola asuh, pengetahuan dan perilaku ibu dalam pemberian makanan
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan
- Cakupan pemberian kapsul Vitamin A
- Cakupan balita mendapat dan mengonsumsi MT Pemulihan
- Cakupan ASI Eksklusif
- Budaya pantangan makanan dan pemberian makanan pada bayi terlaui dini
- Cakupan balita mendapat dan mengonsumsi Makanan Tambahan (MT) Pemulihan

Riwayat klien:

- Cakupan D/S
- Cakupan balita yang diimunisasi dasar lengkap
- Prevalensi/proporsi keluarga dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
- Cakupan Open Defecation Free (ODF)
- Cakupan balita yang mendapatkan pelayanan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)
- Riwayat penyakit atau terjadinya wabah (diare, ISPA, Penyakit campak dll)
- Daya beli masyarakat
- Kondisi geografis, akses ke Posyandu dan pelayanan kesehatan
- Dukungan sosial, budaya, psikologis, agama, dan kebijakan

Diagnosis (D)

Problem (P):

- Tingginya prevalensi/proporsi gizi kurang dan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas ... Tahun
- Tingginya prevalensi/proporsi balita gizi kurang dan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas ... Tahun

Etiologi (E):

- Kurangnya kesadaran dan pengetahuan keluarga tentang pemberian makan yang optimal dan gizi seimbang
- Kurang optimalnya pola asuh yang berpengaruh terhadap kesehatan, misalnya orangtua tunggal (*single parent*), ibu bekerja jauh dari balita, tidak dilakukan pemberian makan secara aktif
- Kurangnya akses terhadap fasyankes dan dukungan tenaga kesehatan
- Daya beli masyarakat rendah
- Tingginya angka kesakitan pada balita
- Tingginya cakupan ODF
- Keterbatasan akses terhadap pemenuhan makanan termasuk MT
- Kurangnya penerapan PHBS
- Kondisi sosial ekonomi dan budaya yang tidak mendukung
- Kurang dukungan keluarga pada ibu balita
- Kurang dukungan kebijakan pemerintah setempat
- Balita tidak mengonsumsi MT sesuai anjuran karena kurangnya edukasi dan hambatan budaya
- Rendahnya cakupan kapsul vitamin A

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Contoh:

- Berdasarkan hasil recall 60% balita dengan asupan energi <70 % AKG
- Praktek pemberian makan balita tidak sesuai dengan kebutuhan baik dari segi bentuk, konsistensi, frekuensi dan jumlah
- Rendahnya cakupan N/D (40%). Rendahnya cakupan N/D dapat menjadi indikasi terjadinya balita kurus dan sangat kurus. Balita kurus dan sangat kurus dapat dicegah apabila berat badan balita dipantau setiap bulan
- Rendahnya cakupan N/D dapat menjadi indikasi terjadinya balita gizi kurang dan gizi buruk. Balita gizi kurang dan gizi buruk dapat dicegah apabila berat badan balita dipantau setiap bulan
- Tingginya angka kesakitan pada balita dan balita mengalami penyakit yang berulang dalam jangka waktu pendek
- Proporsi balita gizi kurang dan gizi buruk (30%)
- Tingginya angka kesakitan pada balita (diare, campak, dll)

Contoh diagnosis gizi:

Tingginya proporsi balita gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas A Tahun 2018 (P) berkaitan dengan keterbatasan akses terhadap pemenuhan makanan (E) ditandai dengan proporsi balita gizi kurang sebanyak 30% dan 60 % balita dari hasil recall dengan asupan energi <70% AKG (S).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Menurunkan prevalensi/proporsi balita gizi kurang dan gizi buruk dari ...% pada tahun... atau kasus menjadi ...% pada tahun... atau kasus selama ... bulan dan tidak ada kasus baru.

Pemberian makan dan zat gizi:

- Balita gizi kurang diberikan Makanan Tambahan pemulihan selama 90 hari (pabrikasi)
- Balita gizi buruk diberikan formula khusus (F75, F100) dan makanan padat gizi sesuai pedoman pencegahan dan tata laksana gizi buruk pada balita

Edukasi gizi:

- Penyuluhan kepada ibu balita tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), manfaat suplementasi MT dan vitamin A, PHBS, dan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita ke Posyandu secara rutin. Penyuluhan dapat dilakukan pada saat kunjungan di Posyandu, pertemuan kelompok pendukung, kelas ibu balita, kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB)/Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)/Taman Kanak-kanak (TK), dll
- Penyediaan sarana dan media KIE

Koordinasi asuhan gizi:

- Merujuk kasus balita gizi kurang dan gizi buruk berdasarkan hasil konfirmasi ke Puskesmas/Fasyankes lainnya
- Dengan tim asuhan gizi
- Balita gizi buruk dengan komplikasi mendapatkan

perawatan sesuai dengan pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita.

Lintas Program

- Bidan/Pengelola program KIA dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan penyuluhan terkait PMBA, meningkatkan cakupan MT dan kapsul Vitamin A
- Pengelola program Kesehatan Lingkungan terkait kebersihan lingkungan dan PHBS dan pengelola program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (P2P), pencegahan penyakit dan imunisasi

Lintas Sektor:

- Kepala Desa, Camat: keikutsertaan JKN-BPJS, pemberdayaan masyarakat
- PKK: penyuluhan PAUD/BKB dibantu kader
- Kemendes: alokasi dana desa untuk kegiatan gizi
- Pertanian, Perikanan, Peternakan: ketersediaan pangan bergizi
- Tokoh masyarakat dan tokoh agama: penyuluhan di masyarakat

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:

- Terselenggaranya penyuluhan tentang PMBA, manfaat suplementasi MT dan vitamin A, PHBS, pentingnya balita dibawa ke Posyandu untuk memantau pertumbuhan dan perkembangannya, dan lainnya.
- Memastikan ketersediaan MT dan kapsul vitamin A
- Tersedianya sarana dan media KIA

- Pemantauan kenaikan berat badan setelah mendapat MT pemulihan
- Laporan asupan makan, kondisi balita (keaktifan, nafsu makan, dll) dari pos PGBM dan orangtua balita kurang dan gizi buruk
- Cakupan balita kurus mendapat MT pemulihan
- Proporsi balita gizi kurang dan gizi buruk
- Cakupan balita gizi buruk usia 6-59 bulan dengan komplikasi medis yg mendapat layanan rawat inap
- Cakupan balita gizi buruk usia 6-59 bulan tanpa komplikasi medis yg mendapat layanan rawat jalan
- Cakupan bayi gizi buruk usia < 6 bulan dan balita \geq 6 bulan dengan BB < 4 kg yang mendapat layanan rawat inap

Jika setelah intervensi tidak terjadi perbaikan status gizi, dilakukan pengkajian ulang dan bila perlu balita dirujuk kembali ke puskesmas/fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

Bila ditemukan balita berat badan sangat kurang dan gizi kurang yang dirujuk ke Puskesmas, maka dilakukan Proses Asuhan Gizi perseorangan sebagai berikut:

Pengkajian (P)

Antropometri:

Hasil pengukuran Berat Badan dan Panjang/Tinggi Badan dan Lingkar Lengan Atas merujuk pada Standar Antropometri yang berlaku.

Memastikan balita yang:

- Terindikasi mengalami hambatan pertumbuhan berdasarkan grafik pertumbuhan anak pada KMS dalam Buku KIA:

- Garis pertumbuhan anak terus mendatar, memotong salah satu garis Z-score ke arah bawah atau menurun secara tajam

Laboratorium:

Melihat data hasil pemeriksaan Hb, darah lengkap, feses, urin untuk mengetahui apakah balita mengalami anemia serta kemungkinan adanya penyakit penyerta lainnya yang memungkinkan terjadinya kekurangan gizi (lihat data rujukan dan keterangan dari dokter yang memeriksa).

Data Klinis/Fisik:

Wajah pucat, badan kurus, terlihat letih dan lesu, hilang nafsu makan, batuk kronik, demam, diare, dan lain-lain

Riwayat Gizi:

Pola makan balita, pemberian ASI Eksklusif kebiasaan makan sehari-hari, melakukan *food recall* untuk melihat asupan zat gizi sehari termasuk MT Pemulihan, suplementasi kapsul vitamin A, pola asuh, kepercayaan, dukungan keluarga terhadap pemberian makan, akses ketersediaan dan keamanan pangan.

Riwayat Klien:

Usia, jenis kelamin, etnis, cacat, riwayat penyakit pada pasien/keluarga, riwayat imunisasi, sosial ekonomi keluarga, perilaku keluarga terkait PHBS, riwayat kelahiran, akses ke fasyankes, dukungan sosio, budaya, spiritual, agama dan kebijakan.

Formulir asuhan gizi yang dilakukan pada anak dapat dilihat pada Lampiran 3.

Diagnosis (D)

Problem (P):

- Berat badan sangat kurang
- Balita gizi kurang

Etiologi (E):

- Kurangnya asupan energy, contoh :
Pemberian makan pada balita yang kurang tepat (usia, frekuensi, jumlah, tekstur, variasi)
- Kepercayaan dan perilaku ttg makanan dan zat gizi yang tidak mendukung, contoh :
 - Riwayat tidak mendapatkan ASI Eksklusif
 - Kurangnya kesadaran dan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang balita kurus dan sangat kurus, sehingga tidak dianggap sebagai masalah.
 - Pemberian makan tidak sesuai gizi seimbang
 - Kurang optimalnya pola asuh yang berpengaruh terhadap kesehatan, misalnya orangtua tunggal (*single parent*), ibu bekerja jauh dari balita, tidak dilakukan pemberian makan secara aktif
 - Kurang dukungan keluarga pada ibu balita utk pemberian makanan yang optimal
- Gangguan penyakit, contoh :
 - Riwayat penyakit atau kelainan bawaan, Riwayat imunisasi (Riwayat penyakit)
 - Keterkaitan dengan riwayat kehamilan dan persalinan ibu ataupun riwayat penyakit pada balita. Petugas dapat mengacu pada buku KIA.

- Diare kronik terkait kurangnya penerapan PHBS di keluarga
- Kurangnya akses terhadap fasyankes dan dukungan tenaga kesehatan
- Keterbatasan akses, contoh :
 - Kesulitan mendapatkan MT pemulihan
 - Kondisi sosial ekonomi dan budaya yang tidak mendukung

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Tabel 4.9 Contoh Diagnosis Gizi

No	Problem (P)	Etiologi (E)	Sign/Symptom (S)
1.	Gizi kurang	berkaitan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang pola asuh yang baik serta keterbatasan daya beli makanan	yang ditandai oleh BB/TB < -2 SD, asupan makanan hanya 50% dari kebutuhan, variasi makanan kurang, anak terlihat lesu
2.	Berat Badan sangat kurang	berkaitan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang pola asuh yang baik serta keterbatasan daya beli	yang ditandai oleh BB/U < -3 SD, kurang mendapat asupan makanan dengan

		makanan	frekuensi dan jumlah yang adekuat
3.	Pertumbuhan yang kurang optimal	berkaitan dengan peningkatan kebutuhan gizi karena gangguan pencernaan (malabsorpsi)	yang ditandai oleh BB/TB atau BB/U -2 SD sampai dengan -3 SD, kurang mendapat asupan makanan dengan frekuensi dan jumlah yang adekuat

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Memberikan asupan zat gizi sesuai kebutuhan untuk meningkatkan berat badan sesuai berat badan ideal.

Pemberian makan dan zat gizi:

- Preskripsi Gizi:

Mencakup jumlah/bentuk/tekstur/frekuensi/variasi zat gizi yang dibutuhkan sesuai umur, kebersihan, dan responsivitas. Perhitungan kebutuhan gizi didasarkan pada Berat Badan Ideal (BBI) anak kemudian kebutuhan gizi dapat dihitung berdasarkan BBI anak tersebut. Perhitungan BBI dan kebutuhan energi anak sebagai berikut:

BBI = BB berdasarkan PB/TB aktual pada median WHO 2005

Kebutuhan energi anak (kkal) berdasarkan rumus :

Usia 0 – 12 bulan : $BBI \times 110-120$ kkal

Usia 1 – 3 tahun : $BBI \times 100$ kkal

Usia 4 – 5 tahun : $BBI \times 90$ kkal

Kemudian kebutuhan energi tersebut dijabarkan dalam perhitungan:

- Karbohidrat (55-65%),
- Protein (10-15%),
- Lemak: bayi (45-50% mengacu pada ASI), batita
- (30-35%), dan > 3 tahun (25-30%).

Untuk menghitung kebutuhan gizi dapat merujuk pada Buku Penuntun Diet Anak

- Balita gizi buruk dan kurus yang masih menyusui perlu mendapat ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan, mulai usia 6 bulan mendapat MP ASI yang adekuat serta pemberian ASI dilanjutkan hingga usia 2 tahun atau lebih. Balita diatas usia 6 bulan harus mengonsumsi makanan bergizi seperti sumber karbohidrat, protein, sumber vitamin dan mineral (buah segar dan sayuran), cukup minum air putih, serta penggunaan garam beriodium untuk membantu perkembangan otak.
- Pemberian makanan tambahan bagi balita kurus sebagai upaya pemenuhan gizi makro dan mikro selama minimal 90 hari (MT pemulihan). Makanan Tambahan yang diberikan dapat berupa MT lokal padat kalori yang diolah di rumah tangga, maupun pabrikan yang mengacu pada Permenkes nomor 51/2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi.

Edukasi gizi:

Memberikan pengetahuan dan melatih keterampilan pada orang tua tentang:

- Berikan ASI saja sampai usia 6 bulan sesering mungkin dan harus meningkatkan kualitas makanan ibu menyusui (lihat Proses Asuhan Gizi pada PMBA)
- ASI diteruskan sampai usia 2 tahun ditambah dengan MP ASI
- Pola pemberian makan bayi dan anak yang sesuai usia (frekwensi jumlah porsi dan tekstur)
- Penggunaan bahan makanan yang beraneka ragam sesuai dengan ketersediaan dan daya beliutamakan pangan lokal
- Penyiapan dan pengolahan makanan
- Pemberian Makanan Tambahan bagi gizi kurang

Konseling gizi:

Meningkatkan motivasi dan kepatuhan terhadap anjuran pemberian makan bayi dan anak serta konsumsi MT

Koordinasi asuhan gizi:

- Koordinasi dengan dokter terkait pemberian diet pasien dan jika memerlukan penanganan khusus
- Berkoordinasi dengan badan penanggungjawab wilayah untuk melibatkan orangtua dalam kegiatan kelas ibu balita, dll
- Bila pada ibu menyusui terjadi masalah, dirujuk ke konselor menyusui
- Kerjasama dengan lintas sektor dalam pemberdayaan keluarga kurang mampu
- Merujuk balita ke dokter bila ditemukan tanda/gejala penyakit penyerta.

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan dengan kunjungan rumah dalam waktu 1 bulan setelah balita datang ke Puskesmas untuk:

- Melihat perubahan pengetahuan dan perilaku ibu balita dalam pemberian makan pada bayi dan anak
- Melihat perubahan jumlah asupan makanan yang diberikan pada balita
- Melihat kenaikan berat badan balita apakah sudah sesuai garis pertumbuhan
- Melihat kenaikan berat badan balita apakah sudah sesuai target

Balita yang telah mencapai kenaikan berat badan yang sesuai diharapkan memantau pertumbuhan secara rutin di Posyandu. Sedangkan bila tidak terjadi kenaikan berat badan sesuai harapan, maka balita dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

Bila ditemukan kasus balita gizi buruk maka penanganan Proses Asuhan Gizi perseorangan di Puskesmas adalah sebagai berikut:

Pengkajian (P)

Antropometri:

- Diketahui umur balita, hasil pengukuran Berat Badan dan Panjang/Tinggi Badan dan Lingkar Lengan Atas. Jika hasil pengukuran LILA <

11,5 cm atau jika $BB/TB < - 3 SD$ disertai dengan atau tanpa gejala klinis maka balita tergolong gizi buruk

- Hasil pengukuran Berat Badan dan Tinggi Badan dan Lingkar Lengan Atas merujuk pada Standar Antropometri yang berlaku.
- Jika hasil pengukuran BB/PB atau $BB/TB < - 3 SD$ dan atau $LILA < 11,5$ cm (balita usia 6-59 bulan) dengan atau tanpa gejala klinis maka balita masuk kriteria status gizi buruk
- Usia 6 – 59 bulan dengan LILA warna hijau, terlihat sangat kurus

Laboratorium:

Melihat data hasil pemeriksaan Hb, darah lengkap, feses, urin untuk mengetahui apakah balita mengalami anemia serta kemungkinan adanya penyakit penyerta lainnya yang memungkinkan terjadinya kekurangan gizi (lihat data rujukan dan keterangan dari dokter yang memeriksa).

Klinis/Fisik:

Wajah pucat, badan kurus, terlihat letih dan lesu, hilang napsu makan, Pitting edema bilateral, iga gambang, batuk kronik, demam, diare, dll

Riwayat Gizi:

Pola makan balita, kebiasaan makan sehari-hari, pemberian kapsul vitamin A, pola asuh, budaya (pantang makanan sumber energi dan protein), akses ketersediaan dan keamanan pangan, riwayat pemberian ASI eksklusif, rata-rata asupan kurang dari setengah kebutuhan

Riwayat Klien:

Usia, jenis kelamin, etnis, cacat/kelainan bawaan, riwayat imunisasi, riwayat penyakit, riwayat penyakit atau kelainan bawaan, riwayat alergi makanan, pendidikan dan pekerjaan orang tua, pemantauan pertumbuhan di Posyandu pada pasien/keluarga, riwayat kelahiran, PHBS, sosial ekonomi, budaya, geografis, akses ke Posyandu/fasyankes

Formulir asuhan gizi yang dilakukan pada anak dapat dilihat pada Lampiran 3.

Diagnosis (D)

Problem (P):

Balita Gizi Buruk (BB/TB) atau malnutrisi berat

Etiologi (E):

- Kurangnya kesadaran dan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang balita sangat kurus, sehingga tidak dianggap sebagai masalah.
- Kurangnya pengetahuan ibu tentang pemberian makan anak (jumlah, porsi, frekuensi, tekstur, variasi)
- Riwayat tidak mendapat ASI Eksklusif, pemberian makan tidak sesuai gizi seimbang
- Kurang optimalnya pola asuh yang berpengaruh terhadap kesehatan, misalnya orangtua tunggal (*single parent*), ibu bekerja jauh dari balita, tidak dilakukan pemberian makan secara aktif
- Kurangnya penerapan PHBS di keluarga
- Kurangnya akses terhadap fasyankes dan dukungan tenaga kesehatan

- Keterkaitan dengan riwayat kehamilan dan persalinan ibu ataupun riwayat penyakit pada balita. Petugas dapat mengacu pada buku KIA.
- Riwayat Imunisasi
- Keterbatasan akses terhadap pemenuhan makanan termasuk kapsul vitamin A
- Kondisi sosial ekonomi dan budaya yang tidak mendukung
- Kurang dukungan keluarga pada ibu balita
- Kurang dukungan kebijakan pemerintah setempat, usulan kebutuhan masyarakat tidak terakomodir dalam perencanaan mulai dari desa hingga kabupaten

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Contoh:

- BB/PB atau BB/TB < -3 SD, LILA < 11,5 cm (balita usia 6-59 bulan)
- Asupan energi pada balita berdasarkan *recall* dibawah 60% dari kebutuhan.
- Praktek pemberian makan balita tidak sesuai dengan kebutuhan (jumlah, porsi, frekuensi, tekstur, variasi)
- Riwayat penyakit pada balita yang berulang dalam jangka waktu pendek.

Contoh diagnosis gizi :

- Gizi Buruk/malnutrisi berat (P) berkaitan dengan terbatasnya tingkat ekonomi dan pengetahuan ibu (E) yang ditandai BB/PJ atau TB/TB < - 3 SD, LILA < 11,5 cm (balita usia 6-59 bulan), jarang mengonsumsi sumber protein hewani (kurang dari 1 x/minggu), serta lebih sering memberi bubur/nasi dengan kuah sayuran, tahu, tempe (3-4 x/minggu) (S).
- Gizi Buruk/malnutri berat (P) berkaitan dengan riwayat berat badan lahir rendah dan asupan gizi rendah (E) yang ditandai dengan BB/TB-PB < -3 SD, asupan 40% dari kebutuhan, adanya gangguan pertumbuhan (S).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

- Memberikan asupan makanan yang adekuat secara bertahap untuk mencapai Berat Badan Ideal.
- Memperbaiki status gizi balita menjadi status gizi kurang hingga menjadi gizi baik.

Pemberian makan dan zat gizi:

- Sesuai dengan Pedoman Pencegahan dan Tataaksana Gizi Buruk Pada Balita untuk kasus tanpa komplikasi medis (rawat jalan)
- Terapi gizi yang diberikan dapat berupa F100 atau jika tersedia dapat diberikan RUTF (pada balita usia \geq 12 bulan) yang secara bertahap ditambah makanan padat gizi.

Preskripsi Gizi:

Diberikan energi 150-220 kkal/kgBB/hari,
Protein 4-6 g/kgBB/hari

Formula 100 atau RUTF:

- diberikan setelah pemberian ASI bagi bayi yang masih mendapat ASI
 - diberikan sebelum pemberian makanan keluarga bagi anak yang sudah mendapat makanan utama
- Mendapat kapsul vitamin A saat pertama kali ditemukan
 - Bila tidak ditemukan tanda defisiensi vitamin A atau tidak ada riwayat campak dalam 3 bulan terakhir, maka vitamin A dosis tinggi diberikan di hari ke-1 sesuai umur
 - Bila ditemukan tanda defisiensi vitamin A, seperti rabun senja atau ada riwayat campak dalam 3 bulan terakhir, maka vitamin A diberikan dalam dosis tinggi sesuai umur, pada hari ke-1, hari ke-2 dan hari ke-15.
 - Jika tidak tersedia kapsul vitamin A dosis tinggi dapat diberikan vitamin A dosis 5000 SI per hari selama proses pemulihan.
 - Dosis pemberian kapsul vitamin A sebagai berikut:
 - < 6 bulan : 50.000 SI (1/2 kapsul biru)
 - 6-11 bulan : 100.000 SI (1 kapsul biru)
 - 1 – 5 tahun: 200.000 SI (1 kapsul merah)
 - Pemberian 1/2 kapsul biru vitamin A (50.000 SI) dilakukan dengan cara mengeluarkan semua isi kapsul biru pada wadah yang bersih dan berikan kepada balita gizi buruk usia < 6 bulan 1/2 dari isi kapsul biru tersebut sesuai takaran

menggunakan pipet tetes atau sendok obat.

- Suplemen zat gizi mikro diberikan setiap hari paling sedikit selama 2 minggu:

- Asam folat (5 mg pada hari pertama, dan selanjutnya 1 mg/hari).
- Multivitamin (vitamin C dan vitamin B kompleks).
- Zat besi (3 mg/kgBB/hari) setelah berat badan mengalami kenaikan

Balita gizi buruk dengan komplikasi medis perlu mendapatkan layanan rawat inap di fasyankes (Puskesmas/ TFC/ RS) sesuai Pedoman pencegahan dan tata laksana gizi buruk pada balita.

Tatalaksana gizi buruk dilaksanakan secara bertahap, fase stabilisasi, transisi, rehabilitasi dan tindak lanjut sesuai dengan Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita

Fase tindak lanjut adalah fase pemulihan gizi balita di rumah.

Edukasi gizi:

Bertujuan memberikan pengetahuan dan melatih ketrampilan orang tua tentang:

- Cara membuat formula 100, pemberian makan bayi dan anak yang sesuai usia, cara pembuatan makanan tambahan (MT penyulutan), memantau berat badan secara rutin di Posyandu/Fasilitas Pelayanan Kesehatan, manfaat vitamin A, dll.
- Kasus balita gizi buruk disarankan untuk makan makanan yang tinggi protein dan energi (sesuai dengan sumber pangan lokal).
- Jika anak tersebut telah masuk kategori gizi kurang

- Balita: dianjurkan makan makanan keluarga, bergizi seimbang dan perlu mendapat makanan tambahan.
- Baduta: perlu mendapat makanan sesuai prinsip pemberian makan bayi dan anak yang optimal dan makanan tambahan.
- Memberikan informasi anak untuk mengonsumsi F100 atau RUTF sesuai jadual
- Informasi tentang PMBA
- Informasi PHBS
- Melakukan relaktasi (bayi)
- Memberi informasi dan melatih stimulasi anak sesuai dengan usia menggunakan Buku KIA

Konseling gizi:

Meningkatkan motivasi kepada orangtua/pengasuh untuk pemberian makanan (formula 75, 100, dan gizi seimbang). Meningkatkan motivasi dan kepatuhan memberikan F100 atau RUTF, Perilaku PHBS, konseling PMBA

Koordinasi asuhan gizi:

Koordinasi pelayanan dilakukan sesuai kompetensi dan kewenangan tim asuhan gizi masing masing.

- Berkoordinasi dengan lintas program seperti badan penanggungjawab wilayah untuk melibatkan orangtua dalam kegiatan kelas ibu balita, Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) dll, Kesling, Imunisasi, pengelola program Kesling, penerapan PHBS di rumah, Pengelola program P2P terkait pencegahan penyakit dan imunisasi
- Lintas sektor (Kepala Desa, Camat, PKK,

Pertanian, Perindustrian,, Perikanan, Peternakan, Tokoh Masyarakat dan Tokoh Agama, dll)

- Kepala Desa, Camat: keikutsertaan JKN-BPJS, pemberdayaan masyarakat
- PKK: penyuluhan PAUD/BKB dibantu kader
- Kemendes: alokasi dana desa untuk kegiatan gizi
- Pertanian, Perikanan, Peternakan: ketersediaan pangan bergizi
- Tokoh masyarakat dan tokoh agama: penyuluhan

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan dengan melihat:

- Ada atau tidak adanya tanda-tanda komplikasi
- Kenaikan berat badan balita dengan target sekitar 50 gram/kgBB/minggu selama 2 minggu berturut-turut
- Asupan F100 atau RUTF sesuai kebutuhan, kondisi klinis balita (ada tidak tanda-tanda komplikasi), edema bilateral, nafsu makan, perkembangan BB dan LiLA, kepatuhan dalam menjalani terapi diet
- Pada bayi < 6 bulan dipantau kenaikan BB minimal 20 g/ hari atau 5 g/kg BB/hari selama 5 hari berturut-turut
- Pemberian terapi gizi sampai menjadi gizi baik (BB/PB atau BB/TB > -2 SD dan atau LiLA ≥ 12.5 cm pada balita usia 6-59 bulan)
- Kesehatan anak (keaktifan, selera makan anak serta apakah makanan yang diberikan dapat dihabiskan)
- Pada fase tindak lanjut. Setelah pulang anak harus tetap dikontrol oleh Puskesmas secara berkala

melalui kegiatan posyandu atau kunjungan ke Puskesmas. Anak melakukan kontrol pada bulan I satu kali/minggu, bulan ke II satu kali/2 minggu, selanjutnya sebulan sekali sampai dengan bulan ke-6. Tumbuh kembang anak dipantau oleh Puskesmas sampai anak berusia 5 tahun.

Selanjutnya dapat dilihat pada Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita

Catatan:

1. Ketika ditemukan balita dengan masalah risiko berat badan lebih dan atau pendek maka perlu dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi
2. Permasalahan gizi balita baik individu maupun masyarakat perlu dilihat berdasarkan ketiga indikator (BB/U, TB/U dan BB/TB) misalnya gemuk pendek atau pendek kurus, sehingga intervensi perlu mempertimbangkan seluruh aspek masalah gizi.

2. Proses Asuhan Gizi pada Anak Sekolah dan Remaja Gemuk dan Obesitas

Pengkajian (P)

Antropometri:

Melihat prevalensi/proporsi:

- anak sekolah/remaja dengan gemuk (IMT/U)
- anak sekolah/remaja obesitas (IMT/U)

Data didapatkan dari penjarangan yang dilakukan pada awal tahun ajaran yang dilakukan oleh petugas kesehatan bekerjasama dengan guru penanggung jawab UKS.

Laboratorium: -

Fisik/klinis:-

Riwayat Gizi:

- Survei konsumsi terkait asupan pada anak sekolah/remaja tingkat kabupaten/kota sebagai analog/gambaran
- Pola konsumsi makanan jajanan anak sekolah/remaja
- Pengetahuan dan perilaku anak sekolah/remaja, orang tua dan keluarga dalam pemilihan dan penyediaan makanan
- Gambaran pola aktivitas fisik anak sekolah/remaja
- Akses terhadap aktivitas fisik di lingkungan

Riwayat Klien:

- Usia, jenis kelamin
- Jumlah/proporsi riwayat penyakit (gangguan pola

makan, dll) pada anak sekolah dan remaja

- Riwayat keluarga gemuk/ obesitas
- Pola asuh
- Riwayat kelahiran
- Daya beli masyarakat
- Dukungan sosial, budaya, psikologis, agama, dan kebijakan
- Kondisi geografis, akses ke Posyandu Remaja dan fasilitas pelayanan kesehatan

Diagnosis (D)

Problem (P):

Tingginya prevalensi/proporsi gemuk gizi lebih dan obesitas pada anak sekolah dan remaja di wilayah Puskesmas Tahun

Etiologi (E):

- Riwayat konsumsi makanan yang lebih dari AKG
- Pola konsumsi makanan tidak seimbang, misalnya tinggi karbohidrat dan lemak
- Pola konsumsi rendah sayuran dan buah – buah
- Ketersediaan makanan di lingkungan yang tidak sehat (makanan tinggi gula, garam, lemak), misalnya jenis dan jumlah makanan jajanan di lingkungan tempat tinggal dan sekolah
- Pengetahuan orang tua, anak dan remaja yang kurang mengenai konsumsi makanan sehat
- Keterampilan ibu dan keluarga yang kurang dalam menyiapkan makanan untuk anak sekolah dan remaja

- Pola aktivitas, misalnya aktivitas fisik kurang
- Keterbatasan akses terhadap aktivitas fisik di lingkungan

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Contoh:

- Tingginya prevalensi gemuk gizi lebih pada anak sekolah
- Rendahnya proporsi anak sekolah dan remaja yang melakukan aktivitas fisik

Contoh diagnosis gizi:

Tingginya prevalensi/proporsi anak sekolah dan remaja gizi lebih di Puskesmas A Tahun 2016 (P) berkaitan dengan rendahnya asupan sayuran dan buah-buahan, tingginya konsumsi makanan jajanan yang tinggi karbohidrat dan lemak, kurangnya pengetahuan anak sekolah dalam memilih makanan sehat, dan kurangnya aktivitas fisik (E) ditandai dengan hasil survei jumlah anak sekolah dan remaja gemuk sebesar 12%, frekuensi konsumsi sayur dan buah 2x dalam seminggu, asupan karbohidrat dan lemak > 100% AKG, proporsi anak sekolah dan remaja yang melakukan aktivitas fisik < 20% (S).

Intervensi (I)

Tujuan Intervensi:

Menurunkan prevalensi gemuk pada anak sekolah dan remaja dari ...% pada tahun ... menjadi...% pada tahun ... atau ... kasus pada tahun ... menjadi ...kasus pada tahun ...

Pemberian makan dan zat gizi:

Penyediaan dan pemberian makanan sehat di kantin untuk anak sekolah

Edukasi:

- Penyuluhan mengenai makanan gizi seimbang pada jam pelajaran di sekolah, materi dapat di sampaikan kepada siswa/i, orangtua, guru kelas ataupun guru penanggung jawab UKS
- Penyuluhan mengenai olahraga dan aktivitas fisik minimal 30 menit sehari
- Menyusun menu diet khusus bersama-sama keluarga di bawah bimbingan ahli gizi
- Penyediaan sarana KIE berupa poster, leaflet dan brosur

Koordinasi asuhan gizi:

- Berkoordinasi dengan guru penanggung jawab UKS untuk konseling saat hari penjarangan
- Bekerjasama dengan sekolah dalam pengawasan konsumsi makanan jajanan siswa
- Merujuk anak yang dicurigai adanya penyakit penyerta ke fasilitas pelayanan kesehatan

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan 3 bulan pertama dengan melihat catatan harian berupa:

- Asupan makan di rumah atau di luar rumah,
- Aktivitas fisik (aktivitas menonton TV, bermain, olahraga dan lain-lain)
- Pemantauan berat badan
- Kantin sekolah yang menyediakan makanan sehat
- Terselenggaranya Penyuluhan tentang gizi seimbang di sekolah
- Pola makan anak sekolah/remaja di rumah atau di luar rumah,
- Proporsi anak sekolah/remaja yang melakukan Aktivitas fisik (aktivitas, bermain, olahraga dan lain lain) - Proporsi anak sekolah/remaja yang gizi lebih/obes
- Kepatuhan orang tua terhadap memberikan makan dengan gizi seimbang

Setelah 3 bulan, bila berat badan anak turun atau tetap maka dianjurkan melanjutkan intervensi yang diberikan. Bila berat badan anak naik atau ditemukan komorbiditas maka dirujuk ke rumah sakit.

Bila ditemukan kasus gemuk dan obesitas pada anak sekolah yang dirujuk ke puskesmas maka penanganan Proses Asuhan Gizi adalah sebagai berikut:

Pengkajian Gizi

Antropometri:

Hasil pengukuran Berat Badan (BB) dan Tinggi Badan (TB), hasil perhitungan IMT/U

Laboratorium:

Pemeriksaan kadar gula darah, profil lipid

Fisik/klinis:

Anak terlihat gemuk, sesak nafas, sulit bergerak, tanda komplikasi medis seperti: sakit kepala dan lain-lain.

Riwayat Gizi:

Pola makan anak sehari-hari, kebiasaan makan anak yang melebihi kebutuhan dan aktivitas fisik yang kurang, data asupan makanan dapat dilihat dari *food-recall* 24 jam

Riwayat klien:

Usia, jenis kelamin, riwayat penyakit pada pasien dan pada keluarga yang obes, keadaan sosial ekonomi, pola asuh dan riwayat kelahiran

Diagnosis Gizi

Contoh diagnosis gizi:

Gemuk dan obesitas pada anak sekolah dan remaja (P) berkaitan dengan berlebihnya asupan energi serta kurangnya aktivitas fisik (E) yang ditandai oleh asupan energi > 110% AKG dan lebih banyak menghabiskan waktu untuk bermain *gadget* (S).

Intervensi Gizi

Tujuan intervensi:

Menurunkan berat badan secara bertahap hingga mencapai berat badan normal

Pemberian makan dan zat gizi:

- Preskripsi gizi

- Pengaturan diet anak sekolah dan remaja gemuk dan obesitas disesuaikan dengan usia, jenis kelamin, derajat obesitas, dan ada tidaknya penyakit penyerta
- Kebutuhan energi total:
 - BB ideal x kebutuhan Energi/kg BB sesuai umur
 - BB aktual x kebutuhan Energi/kg BB sesuai umur
 - (300 s/d 500 kkal)

- Syarat Diet

- Penurunan energi dianjurkan secara bertahap 300 – 500 kkal lebih rendah dari hasil perhitungan asupan makanan, tetapi tidak lebih rendah dari kebutuhan energi idealnya.
- Karbohidrat 55-65% dari total kebutuhan energi.

- Protein 10-15% dari total kebutuhan energi
- Lemak 20-30% dari total kebutuhan energi (bila ada komplikasi dislipidemia pemberian lemak dikurangi secara bertahap sesuai NCEP (*National Cholesterol Education Programme*)).

Tabel 4.10 Kebutuhan Energi, Protein dan Cairan untuk Anak

Umur (Thn)	Kebutuhan Energi (kkal/kg BB)		Kebutuhan Protein (gr/kg BB)		Cairan (cc/kg BB)
	L	P	L	P	
6	90	90	1.2	1.2	90 – 120
7 – 10	70	70	1	1	70 – 85
11 – 14	55	47	1	1	70 – 85
15 – 18	45	40	0.8	0.8	50 – 60

Sumber: Modul Pelatihan Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada Anak Sekolah, 2014

- Anak sekolah atau remaja gemuk dan obesitas mendapat makanan bergizi seimbang, menghindari makanan tinggi gula, garam dan lemak.
- Konsumsi makanan berserat (buah dan sayur)

Edukasi gizi:

Memberikan pengetahuan pada anak sekolah dan remaja serta meningkatkan ketrampilan ibu tentang gizi seimbang, pentingnya aktivitas fisik dan memantau berat badan secara rutin.

Konseling gizi:

Memberi motivasi kepada anak sekolah dan remaja untuk melakukan aktivitas fisik secara rutin minimal 30

menit setiap hari dan mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang.

Koordinasi asuhan gizi:

- Koordinasi dengan dokter bila ditemukan tanda/gejala penyakit penyerta (hipertensi, diabetes mellitus, *sleep apnea*, dan lain-lain)
- Koordinasi dengan penanggung jawab program kesehatan remaja
- Koordinasi dengan penanggung jawab UKS di sekolah

Monitoring Evaluasi Gizi

Melakukan kunjungan ke sekolah setiap bulan untuk mengetahui pencapaian target asuhan gizi pada :

- perubahan pengetahuan dan perilaku dalam pemberian makan
- perubahan asupan makanan
- perubahan aktivitas fisik
- perubahan berat badan

Lakukan evaluasi setelah 3 bulan, bila berat badan anak turun atau tetap maka dianjurkan untuk melanjutkan kegiatan pengaturan berat badan yang terstruktur. Bila berat badan anak naik atau ditemukan komorbiditas, maka harus dirujuk ke rumah sakit.

3. Proses Asuhan Gizi pada Remaja Putri Anemia Gizi Besi

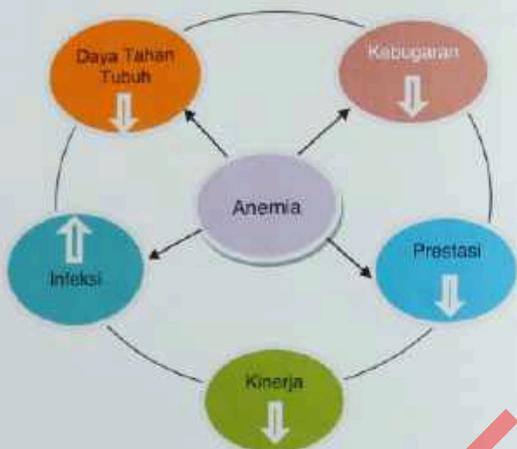
Remaja putri yang menderita anemia ketika menjadi ibu hamil berisiko melahirkan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) dan *stunting*. Anemia gizi besi menjadi salah satu penyebab utama anemia, diantaranya karena asupan makanan sumber zat besi yang kurang. Hasil penelitian di Tangerang tahun 2004 (Kurniawan YAI dan Muslimatun, 2005 dalam Buku Pedoman Penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan WUS, 2016) menunjukkan bahwa asupan total zat besi pada anak perempuan usia 10–12 tahun yang menderita anemia hanya sebesar 5,4 mg/hari, lebih rendah daripada kebutuhan perhari sebesar 20 mg/hari sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) 2013. Angka ini menunjukkan bahwa asupan total zat besi pada remaja tersebut hanya sekitar 25% dari AKG. Penelitian tersebut juga menunjukkan konsumsi besi *heme* sebesar 0,8 mg/hari dan besi *non-heme* sebesar 4,6 mg/hari.

Remaja putri pada masa pubertas sangat berisiko mengalami anemia gizi besi. Hal ini disebabkan banyaknya zat besi yang hilang selama menstruasi. Selain itu diperburuk oleh kurangnya asupan zat besi, dimana zat besi pada remaja putri sangat dibutuhkan tubuh untuk percepatan pertumbuhan dan perkembangan.

Anemia dapat menyebabkan berbagai dampak buruk pada remaja putri dan WUS, diantaranya:

1. Menurunkan daya tahan tubuh sehingga penderita anemia mudah terkena penyakit infeksi
2. Menurunnya kebugaran dan ketangkasan berpikir karena kurangnya oksigen ke sel otot dan sel otak.

3. Menurunnya prestasi belajar dan produktivitas kerja/kinerja.



Gambar 4.2. Dampak Anemia

Proses Asuhan Gizi pada Remaja Putri Anemia Gizi Besi

Pengkajian (P)

Antropometri:

Prevalensi/proporsi status gizi remaja putri (IMT/U)

Laboratorium:-

Prevalensi /proporsi remaja putri dengan kadar Hb < 12 g/dl

Fisik/klinis: -

Riwayat Gizi:

- Data asupan zat besi total sehari kurang dari 20 mg/hari (AKG) dan data konsumsi protein, sayuran dan buah-buahan
- Ketersediaan makanan sumber zat besi
- Pengetahuan remaja putri, orang tua, dan keluarga tentang anemia dan pentingnya mengonsumsi makanan sumber zat besi dan vitamin C
- Persepsi remaja putri tentang bentuk tubuh ideal (*body image*)
- Cakupan pemberian dan konsumsi TTD pada remaja putri yang diperoleh dari Kartu Suplementasi Gizi dan Buku Rapor Kesehatanku.

Riwayat Klien:

- Prevalensi/proporsi remaja putri yang telah menstruasi
- Prevalensi masalah/gangguan menstruasi
- Prevalensi/proporsi keluarga dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

- Kondisi geografis, akses ke Posyandu Remaja atau fasilitas pelayanan kesehatan
- Daya beli masyarakat
- Kepercayaan dan perilaku terkait sosial, budaya, psikologis, agama dan kebijakan, yang mendukung dan tidak mendukung

Diagnosis (D)

Problem (P):

Tingginya prevalensi/proporsi anemia pada remaja putri di wilayah kerja Puskesmas ... Tahun ...

Etiologi (E):

- Rendahnya asupan protein hewani
- Rendahnya asupan sayuran dan buah-buahan
- Rendahnya asupan zat besi total
- Kurangnya pengetahuan keluarga dan remaja putri tentang anemia
- Kurangnya kepatuhan dalam mengonsumsi TTD
- Persepsi remaja putri yang salah tentang bentuk tubuh ideal (*body image*)
- Kondisi sosial ekonomi dan budaya yang tidak mendukung (adanya pantangan dalam makanan)
- Perencanaan kebutuhan dan distribusi TTD remaja putri yang kurang tepat
- Kurangnya edukasi tentang anemia dan manfaat TTD

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Contoh:

- Rendahnya asupan makanan sumber zat besi pada remaja putri
- Rendahnya cakupan pemberian dan konsumsi TTD pada remaja putri

Contoh diagnosis gizi:

Tingginya prevalensi/proporsi anemia pada remaja putri di wilayah kerja Puskesmas A Tahun 2018 (P) berkaitan dengan terbatasnya pengetahuan dan kesadaran tentang gizi seimbang (E) ditandai dengan prevalensi/proporsi asupan protein < 80% AKG sebesar 38%, asupan zat besi < 80 % AKG sebesar 45 %, kepatuhan minum TTD sebesar 50 %

Intervensi (I)

Tujuan Intervensi:

Menurunkan prevalensi/proporsi anemia pada remaja putri di wilayah kerja Puskesmas ... dari ...% pada tahun ... menjadi ...% pada tahun ...

Pemberian makan dan zat gizi:

- Penyediaan dan pemberian makanan sumber protein dan zat besi di kantin bagi remaja putri di sekolah
- Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) sebanyak 1 tablet setiap minggu (*blanket approach*)

Edukasi:

- Penyuluhan mengenai gizi seimbang, anemia pada remaja putri dan manfaat TTD
- Penyediaan sarana KIE berupa poster, leaflet dan brosur

Koordinasi asuhan gizi:

- Berkoordinasi dengan penanggung jawab program kesehatan remaja
- Berkoordinasi dengan guru penanggung jawab UKS/Komite Sekolah untuk pemberian TTD dan konseling saat hari minum TTD di sekolah
- Koordinasi dengan lintas sektor (Pendidikan, kementerian)
- Merujuk remaja putri dengan gejala anemia ke fasilitas pelayanan kesehatan

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:

- Cakupan pemberian TTD, cakupan remaja putri yang mengonsumsi TTD, melakukan *cross check* jumlah TTD yang didistribusikan dengan jumlah remaja putri yang mendapat TTD
- Jumlah/proporsi remaja putri yang mengalami kenaikan kadar Hb dan remaja putri yang tidak mengalami kenaikan kadar Hb setelah intervensi (1)
- Perencanaan kebutuhan dan distribusi TTD remaja putri
- Terselenggaranya kantin di sekolah yang menyediakan makanan sumber zat besi bagi remaja putri
- Terselenggaranya penyuluhan tentang gizi seimbang, anemia pada remaja putri dan manfaat TTD

Bila tujuan intervensi tidak tercapai, maka perlu dilakukan pengkajian ulang

Bila ditemukan kasus anemia gizi besi pada remaja putri yang dirujuk ke Puskesmas, maka Proses Asuhan Gizi perseorangan adalah sebagai berikut:

Pengkajian (P)

Antropometri:

Hasil perhitungan IMT/U untuk melihat status gizi remaja putri

Laboratorium:

- Hasil pemeriksaan kadar hemoglobin < 12 g/dl
- Data hasil pemeriksaan darah lainnya dan feses

Fisik/klinis :

Tampak pucat, ditemukan gejala 5 L (lesu, lemah, lelah dan lalai)

Riwayat Gizi:

Pengetahuan remaja putri, orang tua dan keluarga tentang anemia dan pentingnya mengonsumsi makanan sumber zat besi, pola makan, kebiasaan makan sehari-hari termasuk konsumsi TTD, *food recall* untuk melihat asupan zat besi dan protein

1. Riwayat Klien:

Usia, riwayat penyakit, faktor lingkungan dan faktor sosioekonomi

Formulir asuhan gizi yang dilakukan pada anak dapat dilihat pada lampiran 3.

Diagnosis (D)

Contoh diagnosis gizi:

Asupan protein dan zat besi tidak adekuat (P) berkaitan dengan rendahnya terbatasnya akses dan pengetahuan/kesadaran tentang makanan bergizi seimbang, serta adanya gangguan menstruasi (E) ditandai asupan protein < 70% dari kebutuhan, asupan zat besi kurang dari AKG, kadar Hb < 12 g/dl, kurang konsentrasi dan gejala S L, menstruasi lebih panjang dan jumlah banyak (S).

Intervensi (I)

Tujuan Intervensi:

Meningkatkan asupan protein dan zat besi yang adekuat

Pemberian makan dan zat gizi:

Pemberian TTD (dosis terapi)

Edukasi gizi:

Memberi informasi kepada remaja putri tentang:

- Konsumsi makanan sumber zat besi, protein serta makanan yang meningkatkan penyerapan zat besi (mengandung vitamin C), seperti buah atau jus
- Perlunya konsumsi TTD sesuai anjuran dan tidak dianjurkan meminum TTD bersama-sama dengan susu, teh, kopi, tablet kalsium (kalk) dosis tinggi atau obat sakit maag. Bila akan mengonsumsi pangan atau obat tersebut sebaiknya dua jam sebelum atau sesudah mengonsumsi TTD sehingga penyerapan zat besi dari TTD dapat lebih baik.

- Untuk mencegah timbulnya efek samping minum TTD seperti mual, nyeri di daerah lambung, muntah dan kadang-kadang diare atau sulit buang air besar serta feces/tinja akan menjadi hitam, dianjurkan TTD diminum dengan air putih setelah makan.

Konseling gizi:

Memberikan motivasi remaja putri untuk mengonsumsi makanan sumber protein dan zat besi serta patuh dalam mengonsumsi TTD.

Koordinasi asuhan gizi:

- Koordinasi dengan dokter terkait pengobatan anemia dan penyakit penyerta
- Koordinasi dengan penanggung jawab program kesehatan remaja
- Koordinasi dengan penanggung jawab UKS di sekolah

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:

- Asupan protein dan zat besi pada remaja putri
- Konsumsi TTD melalui Kartu Kontrol atau Buku Rapor Kesehatanku/Register di sekolah
- Kenaikan kadar Hb pada remaja putri anemia gizi besi

Jika pada pemeriksaan selanjutnya kadar Hb tidak berubah, maka langsung dirujuk ke pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, kemungkinan anemia disebabkan oleh faktor lain.

4. Proses Asuhan Gizi Pada Ibu Hamil Anemia Gizi Besi

Pemeriksaan kadar Hb pada ibu hamil perlu dilakukan untuk mengetahui apakah seorang ibu hamil mengalami anemia atau tidak. Pemeriksaan kadar Hb dalam darah dilakukan dengan menggunakan metode *Cyanmethemoglobin* sesuai anjuran WHO. Khusus untuk survei di lapangan digunakan metode yang sama dengan alat HemoCue.

Tabel 4.11 Pengelompokan Anemia pada Ibu Hamil (WHO)

Populasi	Tidak Anemia	Anemia (Hb g/dl)		
		Ringan	Sedang	Berat
Ibu Hamil	11	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	< 7,0

Ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya (ANC) harus diperiksa kadar Hb nya dan diberikan Tablet Tambah Darah (TTD) sesuai aturan. Pemberian TTD diiringi dengan pemberian konseling.

Setiap ibu hamil yang memeriksakan kehamilan di pelayanan kesehatan **HARUS** periksa kadar hemoglobin.

Pengkajian (P)

Antropometri:

Melihat prevalensi/proporsi:

- Ibu hamil trimester I dengan status gizi berdasarkan IMT pra hamil: gizi kurang/KEK, normal, kelebihan BB dan obes
- Ibu hamil dengan penambahan berat badan tidak sesuai standar (kohort)
- Ibu hamil risiko KEK
- Bayi dengan BBLR

1. Laboratorium:

Prevalensi/proporsi ibu hamil anemia:

Untuk melihat besaran masalah kesehatan masyarakat dapat merujuk kepada *cut off point* pada tabel 4.13.

Tabel 4.12 Kategori Masalah Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Prevalensi Anemia

Kategori Masalah	Prevalensi
Berat	≥ 40 %
Sedang	20,0 – 39,9
Ringan	5,0 – 19,9
Normal	≤ 4,9

Sumber: WHO, 2011

Fisik/Klinis: -

Riwayat gizi:

- Survei konsumsi ibu hamil terutama makanan sumber protein dan zat besi
- Hasil gambaran konsumsi (*food recall*) pada ibu

hamil Anemia

- Cakupan ibu hamil yang mendapat TTD
- Cakupan ibu hamil yang mengonsumsi TTD
- Pengetahuan ibu hamil, suami, dan keluarga tentang makanan bergizi seimbang sebelum dan saat hamil
- Perilaku makan terkait budaya (pantangan makan, dll)
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan
- Ketersediaan dan distribusi TTD ibu hamil

Riwayat klien:

- Jumlah/proporsi ibu hamil yang melakukan ANC (cakupan K1 dan K4)
- Jumlah/proporsi ibu hamil yang ikut kelas ibu
- Jumlah/proporsi ibu hamil dengan riwayat penyakit yang berkaitan dengan kelainan darah dan kecacangan
- Jumlah/proporsi keluarga dengan PHBS
- Catatan dari kantong-kantong daerah yang bermasalah, misalnya jumlah kesakitan dan jumlah kematian ibu
- Kondisi geografis, akses ke Posyandu atau fasilitas pelayanan kesehatan
- Daya beli masyarakat
- Dukungan keluarga
- Dukungan sosio budaya, psikologis, agama, kebijakan

Prevalensi ibu hamil anemia tersebut juga perlu dibandingkan dengan kasus pada bulan yang sama pada tahun lalu atau adanya peningkatan kasus pada 3 bulan terakhir atau dibandingkan dengan target kabupaten.

Diagnosis (D)

Problem (P):

Tingginya prevalensi/proporsi ibu hamil anemia di wilayah kerja Puskesmas ... Tahun ...

Etiologi (E):

- Rendahnya asupan makanan sumber protein dan zat besi pada ibu hamil yang disebabkan oleh ketersediaan di tingkat rumah tangga yang kurang
- Konsumsi makanan atau minuman penghambat penyerapan zat besi
- Kurangnya konsumsi makanan atau minuman yang membantu penyerapan zat besi
- Tingginya angka kesakitan pada ibu hamil dan ibu hamil mengalami penyakit yang berulang dalam jangka waktu pendek
- Rendahnya cakupan K1 dan K4
- Rendahnya cakupan pemberian TTD
- Rendahnya cakupan konsumsi TTD
- Kurangnya penerapan PHBS di keluarga
- Kurangnya dukungan keluarga pada ibu hamil
- Kurangnya akses ke Posyandu/fasilitas pelayanan kesehatan
- Kurangnya kesadaran dan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang masalah anemia, sehingga anemia tidak dianggap masalah
- Kondisi sosial ekonomi dan budaya yang tidak mendukung (adanya pantangan dalam makanan)

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala. Contoh:

- Rendahnya asupan protein hewani pada ibu hamil
- Rendahnya cakupan pemberian dan konsumsi TTD pada ibu hamil

Contoh diagnosis gizi:

Tingginya prevalensi/proporsi ibu hamil anemia di wilayah kerja Puskesmas A Tahun 2016 (P) berkaitan dengan terbatasnya akses makanan dan pengetahuan/kesadaran tentang gizi seimbang bagi ibu hamil (E) ditandai dengan proporsi ibu hamil dengan asupan protein hewani sebagai sumber zat besi < 70% AKG sebesar 70% dan cakupan konsumsi TTD sebesar < 60%, kepercayaan saat hamil tidak boleh makan yang amis seperti ikan, telur, ayam (S).

Intervensi (I)**Tujuan intervensi:**

Menurunkan prevalensi/proporsi ibu hamil anemia di wilayah Puskesmas ... dari ...% pada tahun ... menjadi ...% pada tahun...

Pemberian makan zat gizi:

- Konsumsi TTD sesuai anjuran

Edukasi berupa:

- Penyuluhan tentang gizi seimbang bagi ibu hamil saat kunjungan di puskesmas, posyandu, pada pertemuan kelompok pendukung, kelas ibu balita, dll
- Penyediaan sarana KIE berupa poster, leaflet dan brosur

Koordinasi asuhan gizi:**Lintas-program:**

- Merujuk ibu hamil anemia ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- Koordinasi dengan petugas KIA dalam pendistribusian TTD
- Koordinasi dengan dokter/bidan dalam penanganan penyakit yang berkaitan dengan kelainan darah dan kecacangan

Lintas sektor:

- Meningkatkan ketersediaan pangan melalui upaya pemanfaatan pekarangan bekerja sama dengan penyuluh pertanian setempat, termasuk ketersediaan sumber protein hewani
- Menjaga kebersihan perumahan dan sanitasi lingkungan bekerjasama dengan lintas sektor dan pimpinan kecamatan/desa

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:

- Jumlah ibu hamil anemia setelah intervensi
- Cakupan ibu hamil anemia yang mendapat TTD
- Kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD
- Prevalensi/proporsi ibu hamil pasca intervensi dengan Hb < 11 gr/dl
- Cakupan ANC

Jika setelah intervensi tidak terjadi perbaikan status anemia, ibu hamil perlu dirujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan. Bila tujuan intervensi tidak tercapai, maka perlu dilakukan pengkajian ulang

Bila ditemukan kasus ibu hamil anemia gizi besi yang dirujuk ke puskesmas, maka Proses Asuhan Gizi perseorangan adalah sebagai berikut:

Pengkajian (P)

Antropometri:

BB, TB dan Lingkar lengan Atas (LiLA), untuk memantau status gizi ibu hamil anemia

Laboratorium:

- Jika hasil pemeriksaan laboratorium kadar Hb ibu < 11 g/dl maka ibu hamil dikategorikan anemia
- Jika hasil pemeriksaan laboratorium kadar Hb ibu < 11 g/dl maka ibu hamil dikategorikan anemia (lihat apakah ibu mengalami anemia berat, sedang atau ringan)
- Data hasil laboratorium lainnya untuk mengetahui apakah ibu hamil memiliki kemungkinan penyakit penyerta lainnya yang memungkinkan terjadinya anemia (lihat data rujukan)

Klinis/Fisik:

Wajah, kuku dan kelopak mata pucat, dan ibu hamil mengalami 5 L

Riwayat Gizi:

Pola makan ibu hamil, melakukan *food recall* untuk melihat asupan zat gizi sehari terutama protein dan zat besi serta menilai tingkat kepatuhan konsumsi TTD

Riwayat Klien:

Usia, etnis, faktor lingkungan (sanitasi), riwayat medis pada pasien atau keluarga serta sosial ekonomi pasien

Formulir skrining gizi yang dilakukan pada ibu hamil dapat dilihat pada lampiran 4.

Diagnosis (D)

Contoh diagnosis gizi:

Asupan protein dan zat besi tidak adekuat (**P**) berkaitan dengan kurangnya pengetahuan dan tingkat kepatuhan mengonsumsi TTD (**E**) yang ditandai dengan Kadar HB < 11 g/dl, asupan protein dan zat besi < AKG dan TTD yang tidak dikonsumsi sesuai anjuran (**S**).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Meningkatkan asupan protein dan zat besi yang adekuat pada ibu hamil anemia

Pemberian makan dan zat gizi:

- Preskripsi Gizi: mencakup jumlah zat gizi yang dibutuhkan. Ibu hamil anemia perlu mengonsumsi makanan sumber zat besi, protein hewani (daging, ikan, unggas) serta makanan yang meningkatkan penyerapan zat besi, yaitu makanan sumber vitamin C.
- Konsumsi TTD untuk pengobatan anemia sebanyak 2 TTD setiap hari sampai kadar Hb mencapai nilai normal (≥ 11 g/dl).

Edukasi gizi:

Memberikan informasi kepada ibu hamil tentang:

- Perlunya mengonsumsi TTD setiap hari selama kehamilan
- Konsumsi TTD bersamaan dengan buah atau jus buah yang mengandung vitamin C agar penyerapannya lebih baik
- Tidak dianjurkan meminum TTD bersama-sama dengan susu, teh, kopi, tablet kalsium (kalk) dosis tinggi atau obat sakit maag. Bila akan mengonsumsi pangan atau obat tersebut sebaiknya dua jam sebelum atau sesudah mengonsumsi TTD sehingga penyerapan zat besi dari TTD dapat lebih baik
- Pada individu tertentu, dapat timbul efek samping minum TTD seperti mual, nyeri di daerah lambung, muntah dan kadang-kadang diare atau sulit buang air besar serta feses/tinja akan menjadi hitam. Namun mual juga dapat merupakan kondisi umum pada ibu hamil trimester pertama. Oleh karena itu perlu diberikan pengertian bahwa penyebab mual bukan semata-mata karena TTD. Untuk mencegah timbulnya gejala tersebut dianjurkan TTD diminum dengan air putih setelah makan pada malam hari atau sebelum tidur.
"Perlu disampaikan bahwa gejala-gejala tersebut tidak berbahaya, dan tubuh akan menyesuaikan sehingga gejala semakin berkurang dengan berjalannya waktu"
- Konsumsi TTD tidak akan menyebabkan bayi menjadi terlalu besar, tekanan darah meningkat atau terlalu banyak darah. TTD juga bukan obat, sehingga tidak akan berdampak negatif. TTD tetap harus dikonsumsi dalam waktu lama (selama kehamilan), bukan dihentikan jika badan terasa segar/enak.

Khusus di daerah endemik malaria, ibu hamil penderita malaria perlu diberikan obat anti malaria terlebih dahulu baru kemudian diberikan tablet tambah darah. Pemberian TTD untuk ibu hamil yang menderita malaria akan menstimulasi parasit malaria untuk menghancurkan sel darah merah yang baru dan akan menambah berat anemia (sesuai dengan rekomendasi dokter)

Konseling gizi:

Memberikan motivasi kepada ibu hamil anemia untuk mengonsumsi makanan sumber protein dan zat besi serta TTD.

Koordinasi asuhan gizi:

- Koordinasi dilakukan dengan dokter bila ditemukan gejala penyakit penyerta
- Koordinasi dengan bidan penanggung jawab poli KIA untuk tindak lanjut.

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk:

- Melihat kenaikan kadar Hb setelah 1 bulan intervensi pada ibu hamil anemia trimester I
 - Memeriksa kadar Hb setelah 15 hari intervensi pada ibu hamil anemia trimester II
- Memantau asupan protein dan zat besi ibu hamil dengan melihat *food recall* dan kartu suplementasi TTD
- Jika pada pemeriksaan selanjutnya kadar Hb tidak berubah, maka langsung dirujuk ke pelayanan

kesehatan yang lebih tinggi. Bila anemia disebabkan oleh defisiensi zat besi, maka dengan konsumsi TTD secara teratur akan meningkatkan kadar Hb, namun jika kadar Hb tidak meningkat setelah konsumsi TTD secara teratur, kemungkinan anemia disebabkan oleh faktor lain.

5. Proses Asuhan Gizi Pada Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK)

Pengkajian (P)

1. Antropometri:

Melihat prevalensi/proporsi:

- Ibu hamil KEK
- Ibu hamil yang mengalami penambahan berat badan tidak sesuai standar

2. Laboratorium: -

3. Fisik/klinis: -

4. Riwayat Gizi:

- Survei konsumsi ibu hamil
- Hasil gambaran konsumsi (*food recall*) pada ibu hamil KEK
- Cakupan ibu hamil KEK mendapat MT
- Pengetahuan ibu hamil, suami, dan keluarga tentang makanan bergizi seimbang sebelum dan saat hamil
- Perilaku makan terkait budaya (pantangan makan, dll)
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan

5. Riwayat Klien:

- Prevalensi/proporsi ibu hamil yang melakukan ANC (Cakupan K1 dan K4)
- Prevalensi/proporsi ibu hamil yang mendapat TTD
- Catatan dari kantong-kantong daerah yang bermasalah, misalnya jumlah kesakitan dan jumlah kematian ibu
- Proporsi ibu hamil dengan usia remaja
- Prevalensi/proporsi bayi BBLR
- Akses ke Posyandu/fasilitas pelayanan kesehatan, kondisi geografis
- Daya beli masyarakat
- Prevalensi/proporsi keluarga dengan PHBS
- Dukungan sosio budaya, spiritual, psikologis, kebijakan
- Data perencanaan kebutuhan dan distribusi MT

Prevalensi ibu hamil KEK tersebut juga perlu dibandingkan dengan kasus pada bulan yang sama pada tahun lalu atau adanya peningkatan kasus pada 3 bulan terakhir atau dibandingkan dengan target kabupaten.

Diagnosis (D)

Problem (P):

Tingginya prevalensi/proporsi ibu hamil Kurang Energi Kronik di wilayah kerja Puskesmas... Tahun...

Etiologi (E):

- Rendahnya asupan ibu hamil yang disebabkan oleh ketersediaan di tingkat rumah tangga yang kurang

- Tingginya angka kesakitan pada ibu hamil dan ibu hamil yang mengalami penyakit yang berulang dalam jangka waktu pendek
- Rendahnya cakupan pemberian pemberian MT pemulihan pada ibu hamil
- Kurangnya pengetahuan ibu, suami, dan keluarga tentang pemberian makan pada ibu hamil
- Kurang dukungan keluarga pada ibu hamil dan akses yang kurang terhadap fasyankes
- Rendahnya cakupan ANC. Rendahnya cakupan ANC dapat menjadi indikasi terjadinya ibu hamil KEK. Kurang Energi Kronik pada ibu hamil dapat dicegah apabila berat badan ibu hamil dipantau saat kunjungan ANC

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Contoh:

- Rendahnya asupan kalori pada ibu hamil
- Rendahnya asupan protein pada ibu hamil

Contoh diagnosis gizi:

Tingginya prevalensi/proporsi ibu hamil KEK di wilayah kerja Puskesmas A pada Tahun 2016 (P) dikaitkan dengan rendahnya ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga dan rendahnya pengetahuan ibu (E) ditandai dengan rendahnya asupan kalori dan protein pada ibu hamil <70% AKG sebesar 68% dan 70% (S).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Menurunkan prevalensi/proporsi ibu hamil KEK di wilayah kerja Puskesmas ... dari ...% pada tahun...menjadi ...% pada tahun ...

Pemberian makan dan zat gizi:

- Pemberian MT pemulihan kepada ibu hamil KEK baik pangan lokal maupun pabrikan
- Pemberian TTD sesuai dosis jika ibu hamil KEK mengalami anemia gizi besi

Edukasi gizi:

- Memberikan penyuluhan pada ibu hamil tentang: gizi seimbang, PHBS, pentingnya menjaga kesehatan dan istirahat yang cukup, pentingnya melakukan pemeriksaan dan kunjungan ke Posyandu/fasilitas pelayanan kesehatan (ANC rutin) saat kunjungan di Puskesmas, Posyandu, pada pertemuan kelompok pendukung, kelas ibu balita, dll
- Penyediaan sarana KIE berupa poster, leaflet dan brosur

Koordinasi Asuhan Gizi:

- Merujuk ibu hamil KEK ke fasilitas pelayanan kesehatan dan berkoordinasi dengan bidan penanggung jawab wilayah untuk pemantauan status gizi ibu hamil KEK
- Meningkatkan ketersediaan pangan melalui upaya pemanfaatan pekarangan bekerja sama dengan penyuluh pertanian setempat
- Menjaga kebersihan perumahan dan sanitasi

lingkungan bekerjasama dengan pimpinan kecamatan/desa

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:

- Jumlah/proporsi ibu hamil KEK setelah intervensi
- Jumlah/proporsi ibu hamil KEK yang mengalami kenaikan berat badan
- Cakupan ibu hamil KEK yang mendapat MT
- Cakupan ANC

Jika setelah intervensi tidak terjadi perbaikan status gizi, ibu hamil perlu dirujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan

Bila ditemukan kasus **ibu hamil KEK yang dirujuk ke puskesmas**, maka Proses Asuhan Gizi perseorangan adalah sebagai berikut:

Pengkajian (P)

Antropometri:

- Jika pengukuran LILA < 23,5 cm maka ibu hamil dikatakan berisiko KEK
- Jika pada trimester I IMT ibu hamil < 18,5 kg/m² maka dikatakan ibu hamil KEK
- Penambahan berat badan selama hamil

Laboratorium:

Pemeriksaan Hb untuk mengetahui apakah ibu hamil mengalami anemia serta kemungkinan adanya penyakit penyerta lainnya yang

memungkinkan terjadinya KEK pada ibu hamil

Fisik/klinis:

Wajah pucat, badan kurus, ibu hamil terlihat letih dan lesu

Riwayat Gizi:

Asupan dan kebiasaan makan sehari-hari, melakukan *food recall* untuk melihat asupan zat gizi sehari, pengetahuan ibu hamil, suami dan keluarga tentang pemberian makan pada ibu hamil, serta akses ketersediaan dan keamanan pangan.

Riwayat Klien:

Usia, etnis dan apakah pasien menderita cacat fisik, riwayat penyakit pada ibu hamil (anemia pada masa sebelum hamil, hiperemesis gravidarum, dll) atau keluarga, faktor lingkungan serta sosial ekonomi

Formulir skrining gizi yang dilakukan pada ibu hamil dapat dilihat pada lampiran 4.

Diagnosis (D)

Contoh diagnosis gizi:

Malnutrisi pada ibu hamil (KEK) (P) berkaitan dengan kondisi hiperemesis gravidarum (E) ditandai dengan IMT Trimester I < 18,5 kg/m², mual, muntah dan asupan energi < 60% AKG (S).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Meningkatkan asupan energi dan protein sehingga mencapai kenaikan berat badan sesuai dengan status gizi ibu hamil KEK

Pemberian Makan dan zat gizi:

- Preskripsi Gizi: penambahan gizi pada ibu hamil KEK diawali dengan perhitungan kebutuhan energi untuk usia kehamilan Trimester I, II, III sesuai dengan Buku Pedoman Penanggulangan KEK pada Ibu hamil, yang secara singkat dapat dituliskan sebagai berikut:

30 – 35 kkal/kg BB Ideal pra Hamil + 500 kkal
Dengan

BB Ideal pra Hamil = $(TB \text{ (cm)} - 100) - 10\% (TB - 100)$

- Suplementasi Gizi: Pemberian Makanan Tambahan bagi ibu hamil KEK selama minimal 90 hari (MT Pemulihan). MT yang dilaksanakan dapat berupa MT lokal yang diolah di rumah tangga atau pabrikan mengacu pada Permenkes Nomor 51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi.

Edukasi gizi:

Memberikan pengetahuan kepada ibu hamil dan keluarga tentang:

- Selama hamil, ibu perlu menambah makan dengan porsi kecil satu kali (menjadi 4x sehari), makan makanan selingan setiap hari atau mengonsumsi makanan tambahan untuk mendapatkan kecukupan energi dan gizi untuk ibu dan bayi yang

dikandungnya

- Ibu harus mengonsumsi makanan bergizi seperti ati, telur, ikan, daging, susu segar, sayur dan buah-buahan, serta kacang-kacangan dan olahannya. Konsumsi air putih sebanyak 8–13 gelas/hari dan hindari minum kopi dan teh saat makan
- Konsumsi garam beriodium untuk membantu perkembangan otak bayi dan pertumbuhan janin dengan baik
- Ibu dapat mengolah makanan bergizi seimbang sesuai dengan daya beli (dilatih untuk mengatur menu sesuai dengan makanan lokal, *cooking class*)
- Ibu perlu istirahat berbaring minimal 1 jam di siang hari
- Perlunya melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin (kunjungan ANC)

Konseling gizi:

Memberikan motivasi kepada ibu hamil KEK untuk dapat mengonsumsi makanan bergizi seimbang dan kepatuhan mengonsumsi makanan tambahan

Koordinasi Asuhan Gizi:

- Koordinasi dengan dokter terkait kondisi hiperemesis gravidarum
- Koordinasi dengan bidan penanggung jawab poli KIA untuk tindak lanjut

Monitoring Evaluasi (ME)

Satu bulan setelah intervensi gizi, dilakukan monitoring untuk melihat:

- Peningkatan pengetahuan ibu hamil
- Peningkatan asupan makanan termasuk asupan makan dari MT
- Kenaikan berat badan

Bila hasil monitoring dan evaluasi :

- Terdapat kenaikan berat badan > 1 kg dalam satu bulan maka dapat dikatakan target tercapai
- Dalam satu bulan tidak terjadi kenaikan berat badan sesuai yang diharapkan (> 1 kg/bulan) maka perlu dilakukan pengkajian ulang asupan gizi kepada ibu hamil dan intervensi dapat berupa peningkatan asupan menjadi 2x lipat, penambahan waktu istirahat serta pendampingan dan konseling
- Tidak terjadi kenaikan berat badan sesuai harapan, maka koordinasi dengan dokter penanggung jawab pelayanan untuk tidak lanjut merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

6. Proses Asuhan Gizi pada Dewasa dan Lanjut Usia

(Lansia) dengan Malnutrisi dan Penyakit Tidak Menular (PTM)

Pengkajian (P)

Antropometri:

- Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia gizi kurang...%
- Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia gizi buruk...%
- Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia gizi lebih...%
- Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia gizi kurang
- Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia gizi buruk
- Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia gizi lebih

Laboratorium:

- Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia dengan gula darah tinggi
- Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia dengan kolesterol tinggi

Klinis/fisik:

- Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia dengan tekanan darah tinggi

Riwayat Gizi:

- Dari hasil survei konsumsi dapat dilihat:
 - Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia dengan konsumsi energi, protein, lemak < 80% AKG
 - Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia dengan konsumsi energi, protein, lemak > 110% AKG
 - Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia dengan

konsumsi serat yang rendah (< 25 gr/hari)

- Konsumsi makanan tinggi gula, garam, lemak (jika tersedia)
- Pengetahuan dewasa, lansia dan keluarga tentang gizi seimbang
- Perilaku makan terkait budaya (pantangan makan, dll)
- Gambaran pola aktivitas fisik pada dewasa dan lansia
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan
- Dukungan keluarga dalam penyediaan makanan

5. Riwayat Klien:

- Jumlah/proporsi dewasa dan lansia yang mendapatkan pelayanan di Posbindu dan Posyandu Lansia
- Catatan dari kantong-kantong daerah yang bermasalah, misal prevalensi/proporsi riwayat penyakit pada dewasa dan lansia
- Prevalensi/proporsi keluarga dengan PHBS
- Daya beli masyarakat
- Akses ke Posbindu, Posyandu Lansia dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya serta kondisi geografis
- Dukungan keluarga
- Dukungan sosio ekonomi, budaya, psikologis, spiritual dan kebijakan

Diagnosis (D)

Problem (P): Tingginya prevalensi/proporsi malnutrisi pada dewasa dan lansia di wilayah kerja Puskesmas ... Tahun ...

Etiologi:

- Asupan makan yang kurang/berlebih
- Kurangnya aktivitas fisik
- Daya beli masyarakat yang rendah karena pendapatan rendah
- Sulitnya akses terhadap makanan bergizi
- Sulitnya akses terhadap Posbindu, Posyandu Lansia dan Fasyankes lainnya
- Penyakit penyerta (infeksi) yang menyebabkan kurang nafsu makan/kesulitan makan
- Kurangnya dukungan keluarga dan lingkungan

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Contoh:

- Rendahnya asupan energi <80% AKG
- Tingginya asupan energi >110% AKG

Contoh diagnosis gizi:

- Tingginya prevalensi/proporsi gizi lebih pada dewasa dan lansia di wilayah kerja Puskesmas A Tahun 2016 (**P**) berkaitan dengan terbatasnya pengetahuan tentang gizi seimbang bagi lansia (**E**) yang ditandai dengan asupan karbohidrat dan lemak >100% AKG sebesar 28% dan 20% (**S**).
- Tingginya prevalensi/proporsi gizi kurang pada dewasa dan lansia di wilayah kerja Puskesmas A Tahun 2018 (**P**) berkaitan dengan terbatasnya akses makanan dan pengetahuan/kesadaran gizi seimbang

bagi lansia (E) yang ditandai dengan asupan energy dan protein <70% AKG sebanyak 40%, adanya tanda2 dimensia, sosial ekonomi menengah kebawah (S).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Menurunkan prevalensi/proporsi malnutrisi pada dewasa dan lansia di wilayah kerja Puskesmas ... dari ...% pada tahun...menjadi ...% pada tahun ...

Edukasi gizi:

- Penyuluhan tentang pemberian makan bergizi seimbang kepada dewasa, lansia beserta keluarga/pengasuhnya, khususnya peningkatan konsumsi sayur dan buah serta menghindari makanan tinggi gula, garam dan lemak
- Teknik mengolah bentuk makanan lunak kepada lansia yang mengalami gangguan kesulitan makan karena gigi tanggal dan keluarganya saat kunjungan di posbindu atau Puskesmas
- Anjuran untuk menerapkan perilaku CERDIK (cek kesehatan secara berkala, enyahkan asap rokok, rajin aktivitas fisik, diet sehat dengan kalori seimbang, istirahat cukup dan kelola stress)
- Penyuluhan PHBS
- Penyediaan sarana KIE berupa poster, leaflet dan brosur

Koordinasi asuhan gizi:

- Merujuk pasien ke fasyankes untuk mendapatkan pengobatan lebih lanjut
- Dokter puskesmas untuk memastikan dewasa dan lansia sakit mendapatkan pengobatan yang optimal dan Dokter gigi untuk penanganan masalah gigi
- Koordinasi dengan Kepala Desa/Camat: memastikan adanya jaminan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkan (keikutsertaan dalam JKN-BPJS)
- Koordinasi dengan petugas Posbindu atau Posyandu Lansia
- Koordinasi dengan kelompok masyarakat dan kelompok lansia
- Koordinasi dengan lintas sektor untuk pemberdayaan keluarga kurang mampu

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:

- Prevalensi/proporsi gizi kurang dan buruk pada lansia
- Prevalensi/proporsi lansia dengan konsumsi energi, protein, lemak < 80% AKG

Bila tujuan intervensi tidak tercapai, maka perlu dilakukan pengkajian ulang

Penyakit Tidak Menular yang sering dijumpai pada dewasa dan lansia adalah penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi. Hal ini terlihat dari meningkatnya prevalensi DM dan Hipertensi dari 2007 hingga 2013 (Riskesdas, 2013).

Dewasa dan Lansia dengan Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar gula (glukosa) darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif. DM merupakan penyakit metabolik yang biasanya herediter, dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glukosuria, disertai dengan atau tidak adanya gejala klinik akut ataupun kronik, sebagai akibat dari kurangnya insulin efektif; gangguan primer terletak pada metabolisme karbohidrat yang disertai gangguan metabolisme lemak dan protein.

Klasifikasi DM adalah sebagai berikut:

1. Diabetes Mellitus tipe 1: destruksi sel β menjurus ke defisiensi insulin absolut (autoimun, idiopati). DM tipe 1 biasa terjadi/dimulai pada usia dewasa muda
2. Diabetes Mellitus tipe 2: Predominan resistensi insulin dengan defisiensi insulin relatif hingga predominan defek sekresi dengan resistensi insulin. DM Tipe 2 banyak terjadi pada usia dewasa
3. Diabetes Mellitus tipe lain seperti: Defek genetik dari sel β , Defek genetik kerja insulin, Penyakit eksokrin pancreas, Endokrinopati, Imbas obat atau zat kimia, Infeksi, Jenis tidak umum dari diabetes yang diperantarai imun, Sindrom genetik lainnya yang kadang berhubungan dengan DM
4. Diabetes Mellitus Gestasional. DM yang terjadi pada masa kehamilan, namun menjadi factor risiko menetap setelah kehamilan dan menjadi DM tipe 2

Bila ditemukan kasus diabetes mellitus pada dewasa dan lansia yang dirujuk ke puskesmas, maka Proses Asuhan Gizi perseorangan adalah sebagai berikut:

Pengkajian (P)

1. Antropometri:

- Berat badan
- Tinggi badan atau tinggi lutut, panjang depa (untuk kondisi lansia yang bungkuk dan tidak bisa berdiri).
- Rumus perhitungan tinggi badan estimasi menggunakan tinggi lutut dapat dilihat sebagai berikut:

$$\text{Perempuan} = 84,88 + ((1,83 \text{ TL}) - (0,24 \text{ U}))$$

$$\text{Laki-laki} = 64,19 + ((2,02 \text{ TL}) - (0,04 \text{ U}))$$

Keterangan: TL = Tinggi Lutut dan U = Umur

2. Laboratorium:

- Gula darah puasa
- Gula darah 2 jam setelah makan
- Gula darah sewaktu
- Tes toleransi glukosa

3. Fisik/klinis:

- Gejala klinis yang sering ditemukan: banyak makan, banyak minum dan banyak buang air kecil
- Gejala kronis antara lain nafsu makan menurun, gangguan penglihatan, kesemutan, mudah lelah, gigi mudah goyah dan lepas

4. Riwayat Gizi:

- Pola makan dan kebiasaan makan
- Aktivitas fisik
- Penggunaan obat-obatan
- Pengetahuan dewasa dan lansia serta keluarga tentang pemberian makan pada penderita DM
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan

5. Riwayat Klien:

- Usia
- Jenis kelamin
- Riwayat penyakit
- Riwayat penyakit keluarga
- Daya beli keluarga
- Akses ke Posbindu/Posyandu Lansia
- Faktor lingkungan
- Sosial ekonomi

Formulir skrining gizi, formulir riwayat gizi dan formulir asuhan gizi yang dilakukan pada dewasa dapat dilihat pada Lampiran 5, 6, dan 7, sedangkan formulir *mini nutritional assessment* pada lansia dapat dilihat pada Lampiran 8.

Diagnosis (D)

Contoh diagnosis gizi:

- Kelebihan berat badan (P) berkaitan dengan asupan energi, karbohidrat dan lemak > 100% AKG serta kurangnya aktivitas fisik (E) yang ditandai oleh IMT > 27 dan kadar gula darah sewaktu > 120 mg/dl (S).
- Ketidaksiapan perubahan pola makan (P) berkaitan

dengan kurangnya kepatuhan mengikuti rekomendasi diet serta kurangnya motivasi dan kesiapan untuk berubah (E) yang ditandai oleh kadar gula darah yang tinggi, asupan karbohidrat 120% dari kebutuhan, masih sering mengonsumsi kue dan minuman manis (S).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Membantu dewasa dan lansia dengan DM untuk memperbaiki kebiasaan makan dan olah raga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik dengan cara:

- Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asupan makanan dengan insulin (endogenous atau exogenous), dengan obat penurun glukosa oral;
- Mencapai dan mempertahankan kadar lipida serum normal;
- Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal;
- Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia, komplikasi jangka pendek dan jangka lama serta masalah yang berhubungan dengan latihan jasmani.
- Meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal.

Pemberian makan dan gizi:

Syarat-syarat Diet Penyakit DM adalah:

- a. Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal. Kebutuhan energi ditentukan

dengan memperhitungkan kebutuhan untuk metabolisme basal sebesar 25-30 kkal/kg BB normal, ditambah kebutuhan untuk aktivitas fisik dan keadaan khusus, misalnya kehamilan atau laktasi serta ada tidaknya komplikasi. Makanan dibagi dalam 3 porsi besar, yaitu makan pagi (20%), siang (30%), dan sore (25%), serta 2-3 porsi kecil untuk makanan selingan (masing-masing 10-15%)

- b. Kebutuhan protein normal, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total
- c. Kebutuhan lemak sedang, yaitu 20-25% dari kebutuhan energi total, dalam bentuk < 10% dari kebutuhan energi total berasal dari lemak jenuh; 10% dari lemak tidak jenuh ganda, sedangkan sisanya dari lemak tidak jenuh tunggal. Asupan kolesterol makanan dibatasi, yaitu ≤ 300 mg/hari.
- d. Kebutuhan karbohidrat adalah sisa dari kebutuhan energi total, yaitu 60-70%.

Edukasi gizi:

Mengenai pola makan dan perilaku serta kebiasaan makan serta aktivitas fisik dan konseling gizi; jenis diet yang diberikan, makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan

Konseling gizi:

Memberi motivasi kepada dewasa dan lansia dengan DM untuk dapat mematuhi diet yang sudah ditentukan

Koordinasi asuhan gizi:

- Merujuk pasien yang perlu penanganan lebih lanjut.
- Koordinasi dengan dokter dan perawat mengenai pemberian makan dan diet yang sudah diberikan pada pasien DM

Tatalaksana gizi pada DM mengacu kepada pedoman yang telah ada.

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau :

- Pengetahuan,
- Asupan
- Perilaku dan pola makan
- Kadar gula darah,
- Berat badan,
- Faktor risiko serta tanda dan gejala klinis

Bila tujuan intervensi tidak tercapai, maka perlu dilakukan pengkajian ulang

Dewasa dan Lansia dengan Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah sistolik dan diastolik yang menetap. Tekanan sistolik adalah tekanan puncak yang tercapai pada waktu jantung berkontraksi dan memompakan darah melalui arteri. Sedangkan tekanan diastolik adalah tekanan pada waktu jatuh ke titik terendah saat jantung mengisi darah kembali, atau disebut juga tekanan arteri di antara denyut jantung. Menurut WHO, tekanan darah di atas 140/90 mmHg disebut hipertensi. Batasan ini adalah untuk orang dewasa (di atas 18 tahun). Jika terjadi kenaikan salah satu dari ukuran tekanan darah tersebut (atau dua-duanya, sistolik dan diastolik), sudah dapat dikatakan terjadi hipertensi. Hipertensi dikenal sebagai

"*silent killer*" karena penderita hipertensi dalam beberapa tahun belum merasakan gejala, penderita baru menyadari setelah beberapa kali melakukan pengukuran tekanan darah dan ternyata tekanan darah tingginya menetap. Berdasarkan penyebabnya hipertensi dibagi menjadi: Hipertensi Primer yaitu hipertensi yang tidak diketahui penyebabnya dan meliputi 90% dari seluruh penderita hipertensi dan Hipertensi Sekunder yaitu hipertensi yang berkaitan dengan penyakit tertentu dan meliputi 10% dari penderita hipertensi

Tabel 4.13 Klasifikasi Pengukuran Tekanan Darah

Klasifikasi Tekanan Darah	TDS (mmHg)	TDD (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	120 -129	84 – 90
High Normal	130 -139	85 – 89
Hipertensi Ringan (<i>grade I</i>)	140 - 159	90 – 99
Hipertensi Sedang (<i>grade II</i>)	160 - 179	100 – 109
Hipertensi Berat (<i>grade III</i>)	>180	>110
Isolated systolic hypertension	>140	< 90

Sumber: ESH/ ESC, 2013

Bila ditemukan kasus hipertensi pada dewasa dan lansia yang dirujuk ke puskesmas, maka Proses Asuhan Gizi perseorangan adalah sebagai berikut:

Pengkajian (P)

Antropometri:

BB, TB dan IMT

Laboratorium:

- Gula darah
- Kadar kolesterol
- Profil mineral

Fisik/klinis:

- Tekanan darah di atas normal
- Ditemukan gejala seperti sakit kepala biasanya di daerah tengkuk dan berlangsung terus menerus
- Penglihatan kabur
- Sesak nafas
- Susah tidur
- Kadang disertai mual dan muntah

Riwayat Gizi:

- Pola makan, misalnya kebiasaan mengonsumsi makanan yang tinggi natrium misalnya makanan dengan tambahan garam dalam jumlah banyak, makanan kemasan, makanan diawetkan dengan garam contohnya asinan, telur asin, ikan asin, rendah konsumsi sayuran dan buah-buahan
- Gaya hidup, misalnya kebiasaan mengonsumsi alkohol, mengonsumsi makanan
- Penggunaan obat-obatan

- Pengetahuan dewasa dan lansia serta keluarga tentang pemberian makan pada penderita hipertensi
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan
- Daya beli keluarga
- Aktivitas fisik

Riwayat klien:

- Usia
- Jenis kelamin
- Riwayat penyakit
- Faktor lingkungan dan sosio budaya

Formulir skrining gizi, formulir riwayat gizi dan formulir asuhan gizi yang dilakukan pada dewasa dapat dilihat pada lampiran 5, 6, dan 7, sedangkan formulir *mini nutritional assessment* pada lansia dapat dilihat pada lampiran 8.

Diagnosis (D)

Contoh diagnosis gizi:

Kelebihan konsumsi Natrium (P) berkaitan dengan terbatasnya pengetahuan tentang diet bagi penderita hipertensi (E) ditandai dengan tekanan darah 150/100 mmHg; sering mengonsumsi snack kemasan yang asin, gemar mengonsumsi ikan asin, dan jarang mengonsumsi sayur (S).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

1. Menurunkan asupan makanan tinggi garam/natrium
2. Meningkatkan aktivitas fisik
3. Menurunkan berat badan

Pemberian makan dan zat gizi:

- Pemberian diet rendah garam. Energi, zat gizi makro dan mikro sesuai kebutuhan
- Pada prinsipnya diet hipertensi adalah makanan beraneka ragam mengikuti pola gizi seimbang; jenis dan komposisi makanan disesuaikan dengan kondisi penderita; jumlah garam disesuaikan dengan berat ringannya penyakit dan obat yang diberikan.
- Perhatikan bahan makanan yang dianjurkan, dibatasi dan dihindari sesuai dengan diet hipertensi (lihat brosur diet hipertensi)
- Diet rendah garam bertujuan untuk menghilangkan retensi garam atau air di dalam tubuh dan menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi.
- Diet tinggi kalsium: berhubungan erat dengan penurunan tekanan darah, karena cara kerjanya mirip obat diuretik yang membantu mengeluarkan natrium. Magnesium berfungsi merelaksasi otot dan syaraf serta mencegah pembekuan darah bekerja bersama-sama dengan mengimbangi fungsi kalsium. Selain menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit maka kalium berperan dalam menjaga menormalkan tekanan darah dalam perbandingan yang sesuai dengan Na. Perbandingan ideal kalium terhadap natrium pada penderita hipertensi adalah 1.5:1. Maka diet penderita hipertensi sebaiknya mengandung tinggi kalium sekitar

80-100 meq atau rata-rata minimal 3000 mg/hari.

- Interaksi obat dan makanan: Pada penggunaan obat diuretik diperlukan diet tinggi kalium karena obat diuretik mengeluarkan kalium. Penggunaan reserpine sebagai antihipertensi harus disertai dengan pembatasan natrium dan sebaiknya minum obat bersamaan dengan makanan. Captopril dapat mempengaruhi kadar ureum dan kreatinin serum, sebaiknya minum obat ini satu jam sebelum makan, pertimbangkan pembatasan energi dan Na. Propranolol, metoprolol dan rauwolfia harus disertai diet rendah energi dan natrium. Penderita dengan suplementasi Kalium perlu diberikan suplementasi vitamin B12, karena sering menimbulkan defisiensi vitamin B12. Penggunaan Clonidine harus disertai pembatasan energi dan Natrium, dan dapat menyebabkan mulut kering, mual, muntah dan edema.

Edukasi gizi:

- Penyuluhan mengenai pola makan dan perilaku serta kebiasaan makan dan aktivitas fisik
- Penyediaan media KIE seperti brosur tentang hipertensi, diet rendah garam, bahan makanan penunjang dan *food model*
- Penyediaan makanan apabila dilakukan pada pelayanan rawat jalan, maka diberikan dalam bentuk edukasi gizi

Konseling gizi:

- Konseling diberikan untuk memberikan pemecahan masalah dan memberikan motivasi dalam penerapan diet hipertensi, gizi seimbang dan makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan bagi penderita hipertensi.

Koordinasi asuhan gizi:

Koordinasi dengan dokter dan perawat mengenai pemberian makan dan diet yang sudah diberikan pada pasien hipertensi.

Tatalaksana gizi lebih rinci dapat mengacu kepada pedoman yang telah ada.

Monitoring Evaluasi (ME)

Memantau perilaku dan pola makan dan juga memantau tekanan darah, berat badan, faktor risiko serta tanda dan gejala klinis. Rujuk segera ke rumah sakit bila kondisi pasien makin memburuk.

B. Proses Asuhan Gizi pada Pemberian Makan pada Bayi dan Anak (PMBA)

Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, merekomendasikan empat hal penting yaitu: 1) Inisiasi Menyusu Dini (IMD), 2) pemberian ASI Eksklusif, 3) pemberian MP ASI mulai bayi usia 6 bulan, dan 4) melanjutkan pemberian ASI sampai anak berusia 2 tahun atau lebih.

Hasil penelitian Edmond KM (2006) menunjukkan risiko kematian bayi dapat diturunkan 22% apabila diberikan kesempatan IMD segera setelah lahir. Jika bayi kedinginan, suhu dada ibu otomatis naik dua derajat untuk menghangatkan bayi sehingga dapat mencegah risiko hipotermia. Kontak kulit ke kulit merangsang pelepasan hormon oksitosin yang dapat merangsang kontraksi rahim

segera mencegah perdarahan ibu. IMD memberikan perlindungan alamiah bagi bayi, karena ketika bayi merayap di dada ibu, bayi menjilat-jilat kulit ibu dan menelan bakteri non patogen dari kulit ibu yang bermanfaat meningkatkan kekebalan, serta bayi lebih cepat mendapat kolostrum yang penting untuk kelangsungan hidupnya.

Pemberian ASI dapat meningkatkan daya tahan tubuh, sehingga bayi tidak mudah terkena diare atau infeksi lainnya. Sampai dengan usia 6 bulan seorang anak hanya memerlukan ASI saja, dan setelah itu anak memerlukan makanan MP ASI dan ASI tetap diberikan sampai usia 2 tahun atau lebih.

Pada usia enam bulan anak mulai memerlukan makanan pendamping ASI untuk melengkapi ASI. Untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral, menu makanan anak dilengkapi dengan sayuran (baik yang dikupas, dimasak atau dilembutkan), biji-bijian, kacang-kacangan, buah-buahan, ikan, telur, ayam daging, dan hasil ternak lainnya. Semakin banyak variasi makanan yang disajikan akan lebih baik.

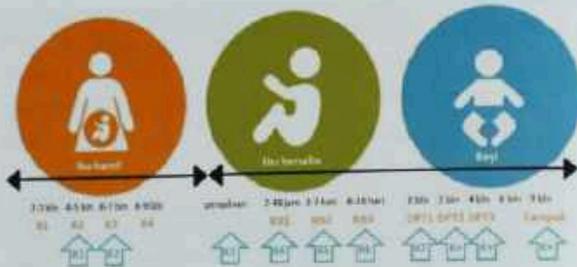
Rekomendasi pemberian MP ASI yang dianjurkan menurut panduan dari WHO/UNICEF dan diadopsi di Indonesia adalah seperti pada tabel 4.15 berikut.

Tabel 4.14 Rekomendasi Pemberian Makanan Pendamping ASI (6-24 Bulan)

Usia	Frekuensi (per hari)	Rekomendasi		Variasi
		Berapa banyak setiap kali makan	Tekstur (konsistensi) makanan	
 Mulai berikan makanan tambahan ketika anak berusia 6 bulan	2 sampai 3 kali makan ditambah ASI	Mulai dengan 2 sampai 3 sendok makan. Mulai dengan pengenthan rasa dan secara bertahap, tingkatkan jumlahnya	Bubur sereal	ASI (bisa dikurangi seiring SPM ditambahkan)
 Dari usia 9 sampai 12 bulan	2-3 kali makan ditambah ASI	2 sampai 3 sendok makan penuh setiap kali makan	Bubur sereal / makanan keluarga yang ditamarkan	Makanan keluarga → Makanan peruk (dadar, makanan lokal lainnya)
 Dari usia 12 sampai 18 bulan	3-4 kali makan ditambah ASI	Tingkatkan secara perlahan sampai setengah (1/2) dari energi ihtaknya (sekitaran 250 ml)	Makanan keluarga yang dicincang/ dicacah Makanan dengan potongan kecil yang dapat dipotong Makanan yang ditiriskan	+ Kacang (makanan lokal) = Daun-daun / sayuran (makanan lokal)
 Dari usia 18-24 bulan	3 sampai 4 kali makan ditambah ASI 1 sampai 2 kali makanan selingan/snack jika diberikan	Tiga perempat dari energi ihtaknya (sekitaran 250 ml)	Makanan yang ditiriskan Makanan keluarga	

Anak yang mengalami gangguan pertumbuhan sebaiknya diperiksa kesehatannya ke tenaga kesehatan untuk memperoleh asuhan gizi. Pada setiap kontak dengan ibu menyusui, tenaga pelaksana gizi atau bidan dapat menyampaikan hal-hal seputar pemberian makan bayi dan anak yang tepat, dimulai dari pemberian ASI Eksklusif, MP ASI serta melanjutkan menyusui hingga 2 tahun atau lebih. Contoh penyampaian pentingnya ASI adalah pada saat kontak dapat dilihat pada gambar berikut ini:

Kontak 7+ ≈ Program KIA



Gambar 4.3 Saat Terbaik Kontak ASI

Sumber: Modifikasi Dr. Utami Foessi dalam Pekan ASI 2017

Keterangan Gambar:

Kontak 1 dan 2: Minimal 2 kali dari 4 kunjungan ibu hamil, yaitu pada K2 (4-5 bulan) dan K3 (6-7 bulan), tenaga kesehatan melakukan edukasi/penyuluhan terkait pentingnya IMD dan ASI.

Kontak 3: Saat persalinan merupakan kontak berikutnya untuk memastikan penerapan IMD (jika tidak ada penyulit pada ibu dan bayi).

Kontak 4: Kemudian pada 7-48 jam setelah bayi lahir (KN1) merupakan saat dimana ibu perlu mendapat bantuan menyusui dari tenaga kesehatan. Sebelum ibu meninggalkan fasilitas persalinan setelah melahirkan, penting untuk memastikan ibu mendapatkan dukungan yang berkelanjutan. Ibu dapat mendiskusikan dengan tenaga kesehatan, dimana ibu bisa mendapat bantuan jika diperlukan.

Kontak menyusui selanjutnya pasca bersalin (Kontak 5-7 dan selanjutnya):

- Hari ke 3-7 (Kontak 5, KN2)
- Hari ke 8-28 (Kontak 6, KN3)
- bayi berusia 2 bulan (Kontak 7, imunisasi DPT 1)
- bayi berusia 3 bulan (Kontak 7+, imunisasi DPT 2)
- bayi berusia 4 bulan (Kontak 7+, imunisasi DPT 3)
- bayi berusia 9 bulan (Kontak 7+, imunisasi Campak)

Berikut ini beberapa contoh Proses Asuhan Gizi di masyarakat terkait Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

1. Proses Asuhan Gizi pada Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Pengkajian (P)

Antropometri :

- Prevalensi/proporsi ibu hamil KEK di wilayah tertentu
- Prevalensi/proporsi bayi BBLR di wilayah tertentu

Laboratorium: -

Fisik/Klinis: -

Riwayat gizi:

- Proporsi/jumlah pengetahuan dan sikap ibu terhadap IMD
- Proporsi/jumlah bayi yang mendapat IMD (kohort bayi)

Riwayat klien:

- Cakupan kunjungan ibu hamil (ANC)
- Cakupan ibu hamil yang mengikuti kegiatan terkait kesehatan ibu (kelas ibu)
- Cakupan persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- Jumlah/proporsi sikap tenaga kesehatan penolong persalinan terhadap IMD
- Prevalensi/proporsi riwayat penyakit pada ibu dan bayi (gangguan menghisap, gangguan merespon, dll)
- Adanya faktor penyulit sehingga tidak memungkinkan dilakukannya IMD, misalnya pada ibu yang mengalami KEK, anemia, perdarahan atau kejang, serta riwayat persalinan sebelumnya dan bayi asfiksia
- Akses ke Posyandu/Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- Prevalensi/proporsi keluarga dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
- Dukungan keluarga
- Sosio budaya, spiritual, psikologis, kebijakan

Diagnosis (D)

Problem (P):

Rendahnya cakupan IMD di wilayah kerja Puskesmas... Tahun ...

Etiologi (E):

- Kurangnya pengetahuan dan komitmen tenaga kesehatan penolong persalinan untuk melakukan IMD

- Belum semua tenaga kesehatan penolong persalinan dilatih IMD
- Kurangnya dukungan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan
- Adanya faktor penyulit dalam persalinan (pada ibu atau bayi) yang tidak memungkinkan dilaksanakan IMD (antara lain perdarahan atau kejang pada ibu, bayi asfiksia, dll)
- Kondisi budaya yang tidak mendukung
- Kurangnya pengetahuan dan motivasi ibu tentang IMD
- Kurangnya dukungan keluarga agar bayi mendapat IMD
- Kurangnya dukungan kebijakan setempat dalam mendukung pelaksanaan IMD

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Contoh:

- Rendahnya prevalensi/proporsi bayi yang mendapat IMD
- Tingginya prevalensi/proporsi bayi dengan gangguan menghisap dan merespon

Contoh diagnosis gizi:

Rendahnya cakupan IMD di wilayah Puskesmas A Tahun 2016 (P) berkaitan dengan kurangnya dukungan dari dokter/bidan penolong persalinan (E) yang ditandai oleh rendahnya cakupan IMD bayi baru lahir sebesar 30% (S).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Meningkatkan cakupan bayi mendapat IMD pada Puskesmas ... dari ...% pada tahun... menjadi ...% pada tahun

Edukasi:

- Edukasi tentang IMD kepada tenaga kesehatan penolong persalinan (dokter/bidan) dan fasilitas pelayanan kesehatan
- Penyuluhan pada ibu hamil untuk meningkatkan pemahaman tentang pentingnya IMD (di posyandu, kelas ibu, dll) serta kepada keluarga untuk mendukung pelaksanaan IMD
- Penyediaan media KIE berupa poster, bookiet, leaflet dan brosur

Koordinasi Asuhan Gizi:

- Berkoordinasi dengan tenaga kesehatan penolong persalinan untuk mencegah adanya penyulit saat persalinan
- Meminta bantuan tenaga kesehatan penolong persalinan agar melibatkan keluarga dalam pelaksanaan IMD
- Meningkatkan cakupan IMD, penyuluhan/konseling tentang IMD pada saat ANC

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:

- Jumlah/proporsi bayi baru lahir mendapat IMD
- Tersedianya data bayi mendapat IMD di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan catatan buku KIA
- Terselenggaranya edukasi IMD kepada tenaga kesehatan penolong persalinan (dokter/bidan) dan fasilitas pelayanan kesehatan

Bila target cakupan IMD tidak tercapai, perlu dilakukan pengkajian ulang

2. Proses Asuhan Gizi pada Pemberian ASI Eksklusif

Pengkajian (P)

Antropometri:

- Prevalensi/proporsi ibu hamil KEK di wilayah tertentu
- Prevalensi/proporsi ibu menyusui KEK di wilayah tertentu
- Prevalensi/proporsi bayi BBLR di wilayah tertentu
- Prevalensi/proporsi bayi 0-6 bulan yang tidak naik berat badannya

Laboratorium: -

Fisik/Klinis: -

Riwayat gizi:

- Proporsi pengetahuan dan sikap ibu terhadap ASI Eksklusif
- Proporsi bayi 0-5 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif
- Proporsi bayi < 6 bulan yang telah mendapat MP ASI
- Pengetahuan dan perilaku makan ibu menyusui
- Akses, ketersediaan, keamanan dan ketahanan pangan dan air bersih

Riwayat klien

- Cakupan bayi baru lahir yang mendapat IMD
- Cakupan bayi < 6 bulan yang ditimbang berat badannya di Posyandu/Fasilitas Pelayanan Kesehatan (D/S)
- Cakupan bayi < 6 bulan yang naik berat badannya (N/D)

- Prevalensi/proporsi riwayat penyakit pada ibu dan bayi
- Jumlah/proporsi ibu yang bekerja di wilayah tersebut
- Jumlah/proporsi kematian ibu
- Akses ke Posyandu/Fasyankes
- Prevalensi/proporsi keluarga dengan PHBS
- Daya beli masyarakat
- Dukungan keluarga
- Sosio budaya, spiritual, psikologis, kebijakan

Diagnosis (D)

Problem (P):

Rendahnya cakupan pemberian ASI Eksklusif di wilayah kerja Puskesmas ... Tahun

Etiologi (E):

- Kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang ASI Eksklusif
- Kurangnya dukungan keluarga (suami, orangtua/mertua)
- Kurangnya dukungan tempat ibu bekerja
- Kurangnya dukungan fasyankes
- Tingginya jumlah/proporsi ibu bekerja di wilayah tersebut
- Tingginya jumlah/proporsi kematian ibu

Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Contoh:

- Banyaknya bayi yang mendapatkan MP ASI sebelum usia 6 bulan
- Rendahnya cakupan ASI Eksklusif

Contoh diagnosis gizi:

Rendahnya cakupan ASI Eksklusif pada Puskesmas A pada tahun 2016 (P) berkaitan dengan rendahnya pengetahuan ibu dan keluarga (E) yang ditandai dengan proporsi bayi yang mendapat makanan pendamping ASI (MP ASI) sebelum usia 6 bulan sebesar 75% dan rendahnya cakupan ASI Eksklusif sebesar 25% (S).

Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Meningkatkan cakupan ASI Eksklusif di Puskesmas ... dari ...% pada tahun... menjadi ...% pada tahun

Edukasi:

- Penyuluhan kepada ibu hamil dan menyusui tentang proses menyusui yang baik dan benar (di Posyandu, pada pertemuan kelompok pendukung, kelas ibu hamil, kelas ibu balita, dll) serta gizi seimbang untuk perbaikan gizi ibu hamil dan ibu menyusui
- Penyuluhan kepada ibu bekerja tentang penyiapan ASI perah
- Penyuluhan kepada keluarga (suami, orangtua/mertua) untuk mendukung keberhasilan menyusui
- Penyuluhan tentang ASI eksklusif pada saat kunjungan Neonatal dan Kunjungan Nifas
- Penyuluhan kepada pengelola tempat kerja agar mengeluarkan kebijakan dan menyediakan fasilitas untuk mendukung ibu bekerja yang menyusui
- Penyediaan media KIE berupa poster, booklet, leaflet dan brosur

Koordinasi Asuhan Gizi:

- Kolaborasi dengan dokter dan tenaga kesehatan lain untuk pengobatan ibu dan anak yang sakit, penyuluhan tentang ASI eksklusif pada saat kunjungan Neonatal dan Kunjungan Nifas
- Koordinasi dengan fasyankes yang mempunyai konselor menyusui
- Kolaborasi dengan lintas sektor, misalnya Petugas KB, PKK, dll
- Kolaborasi dengan tokoh agama, tokoh masyarakat, motivator ASI, dll

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau :

- Proporsi bayi 0-5 bulan mendapat ASI eksklusif
- Proporsi/jumlah ibu menyusui dirujuk ke konselor menyusui
- Terselenggaranya penyuluhan tentang ASI Eksklusif kepada ibu menyusui, keluarga, serta tempat kerja
- Cakupan pemberian ASI Eksklusif setelah pasca intervensi
- Pencatatan pemberian ASI Eksklusif pada kohort ibu dan pencatatan di klinik atau praktik bidan swasta dan terintegrasi dengan PWS-KIA

Bila target cakupan ASI Eksklusif tidak tercapai, perlu dilakukan pengkajian ulang

3. Proses Asuhan Gizi pada Pemberian MP ASI Adekuat Mulai Usia 6 Bulan Dan Melanjutkan Pemberian ASI Hingga Usia 2 Tahun atau Lebih

Pengkajian (P)

Antropometri:

- Prevalensi/proporsi bayi dan anak usia 6-24 bulan dengan berat badan kurang/sangat kurang (BGM)
- Prevalensi/proporsi bayi dan anak usia 6-24 bulan yang tidak naik berat badannya
- Prevalensi /proporsi bayi dan anak usia 6-24 bulan dengan gizi lebih
- Cakupan bayi dan anak usia 6-24 bulan yang naik berat badannya (N/D)

Laboratorium: -

Fisik/Klinis:

Riwayat gizi:

- Pengetahuan ibu dalam penyiapan makan bayi dan anak usia 6-24 bulan ?
- Perilaku pemberian makan pada bayi dan anak usia 6-24 bulan
- Pengetahuan dan perilaku makan ibu menyusui
- Gambaran pola asuh
- Proporsi/jumlah bayi yang mendapat MP ASI adekuat mulai usia 6 bulan
- Proporsi/jumlah bayi dan anak usia 6-24 bulan yang masih mendapat ASI
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan

1. Riwayat klien:

- Cakupan bayi baru lahir yang mendapat IMD

- Cakupan bayi 0-5 bulan yang mendapat ASI Eksklusif
- Cakupan bayi dan anak usia 6-24 bulan yang ditimbang berat badannya di Posyandu/Fasilitas Pelayanan Kesehatan (D/S)
- Cakupan bayi dan anak usia 6-24 bulan yang naik berat badannya (N/D)
- Prevalensi/proporsi riwayat penyakit pada ibu dan bayi
- Jumlah/proporsi ibu yang bekerja di wilayah tersebut
- Jumlah/proporsi kematian ibu
- Akses ke Posyandu/Fasyankes
- Prevalensi/proporsi keluarga dengan PHBS
- Daya beli masyarakat
- Dukungan keluarga
- Sosio budaya, spiritual, psikologis, kebijakan

Diagnosis (D)

Problem (P):

- Tingginya prevalensi/proporsi pemberian MP ASI pada bayi dan anak usia 6-24 bulan tidak adekuat (sesuai umur, jenis, frekuensi, jumlah, variasi, dan tekstur) di wilayah Puskesmas ... Tahun ...
Tingginya prevalensi/proporsi bayi dan anak sebelum usia 2 tahun yang sudah tidak mendapat ASI di wilayah Puskesmas ... Tahun ...

Etiologi (E):

- Kurangnya pengetahuan dan keterampilan ibu dan pengasuh tentang MP ASI

- Kurangnya pengetahuan ibu tentang pemberian ASI hingga usia 2 tahun atau lebih
- Keterbatasan daya beli untuk menyediakan MP ASI yang berkualitas
- Tidak tersedianya bahan makanan untuk membuat MP ASI
- Tingginya jumlah/proporsi ibu bekerja sehingga kurang memiliki waktu untuk menyusui dan menyiapkan serta memberikan MP ASI berkualitas
- Hambatan budaya berupa mitos dalam pemberian MP ASI
- Kurangnya dukungan keluarga (suami, orang tua/mertua)
- Kurangnya dukungan tempat ibu bekerja

Sign/Symptom:

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

Contoh:

- Banyaknya ibu yang memberikan MP ASI tidak adekuat
- Banyaknya ibu yang sudah tidak menyusui anaknya yang berusia < 2 tahun

Contoh diagnosis gizi:

Tingginya prevalensi/proporsi ibu yang memberikan MP ASI yang tidak adekuat di wilayah puskesmas A pada tahun 2016 (P) yang berkaitan dengan rendahnya pengetahuan ibu (E) yang ditandai dengan banyaknya ibu yang memberikan MP ASI tidak sesuai jumlah porsi dengan usia anak sebesar 40% (S).

Intervensi (I)

Tujuan Intervensi:

- Meningkatnya prevalensi/proporsi bayi dan anak usia 6-24 bulan yang mendapat MP ASI adekuat di wilayah kerja puskesmas ... dari...% pada tahun...menjadi...% pada tahun...
- Meningkatnya prevalensi/proporsi bayi dan anak usia 6-24 bulan yang masih mendapat ASI di wilayah kerja puskesmas ... dari...% pada tahun...menjadi...% pada tahun....

Pemberian Makan dan zat gizi:

Pemberian Makanan Tambahan (MT) penyuluhan berbasis pangan lokal bagi bayi dan anak usia 6-24 bulan di Posyandu.

Edukasi :

- Peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu atau pengasuh dalam menyediakan MP ASI adekuat sesuai dengan umur, frekuensi, jumlah, tekstur, variasi dan kebersihan (termasuk demo menyiapkan/memasak MP ASI di Posyandu, pada pertemuan kelompok pendukung, kelas ibu balita, dll)
- Penyediaan sarana KIE berupa poster, leaflet, brosur dan *food model*

Koordinasi Asuhan Gizi:

- Kolaborasi dengan dokter dan tenaga kesehatan lain untuk pengobatan bayi dan anak 6-24 bulan yang sakit serta penyuluhan tentang MP ASI pada saat kunjungan imunisasi

- Kolaborasi dengan lintas sektor dalam rangka meningkatkan ketersediaan pangan
- Kolaborasi dengan tokoh agama, tokoh masyarakat, kader PMBA, dll.

Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk melihat :

- Jumlah/proporsi bayi dan anak usia 6-24 bulan masih diberikan ASI
- Jumlah/proporsi bayi dan anak usia 6-24 bulan mendapatkan MP ASI yang adekuat sesuai dengan umur, frekuensi, jumlah, tekstur, variasi dan kebersihan
- Prevalensi/proporsi bayi dan anak usia 6-24 bulan yang naik berat badannya

Bila target cakupan tidak tercapai, perlu dilakukan pengkajian ulang

Brosur Seputar Pemberian ASI, Masalah Seputar Menyusui dan Ibu Bekerja Pasti Bisa Memberikan ASI dapat dilihat lampiran 9

BAB V PENCATATAN, PELAPORAN, MONITORING DAN EVALUASI

Pencatatan, pelaporan, monitoring dan evaluasi merupakan bagian penting dari proses asuhan gizi di puskesmas. Monitoring dan evaluasi diharapkan dapat memberikan informasi bahwa kegiatan telah dilaksanakan sesuai dengan proses asuhan gizi yang meliputi Pengkajian, Diagnosis, Intervensi, Monitoring, Evaluasi (PDIME).

Data dan informasi dari hasil pencatatan diolah dan dianalisis serta dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.

A. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan dilakukan untuk mendokumentasikan pelayanan gizi di puskesmas. Pencatatan pelayanan gizi di puskesmas menggunakan instrumen antara lain:

1. Buku register pasien
2. Entry data pada aplikasi Sistem Informasi Gizi Terpadu (Sigizi Terpadu)
3. Kegiatan di posyandu/ Sistem Informasi Posyandu
4. Kegiatan di puskesmas/ Sistem Informasi Puskesmas
5. Dokumentasi Asuhan Gizi untuk pasien rawat inap, meliputi:
 - a. Asuhan Gizi Anak dan Dewasa
 - b. Daftar pemesanan makanan (Lampiran 10)
 - c. Jadwal distribusi makanan (Lampiran 11)
 - d. Pencatatan bulanan dan penggunaan bahan makanan

Hasil pencatatan kegiatan pelayanan gizi di puskesmas dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota dalam bentuk rekapitulasi:

1. Jumlah pasien yang mendapat konseling
2. Hasil pencatatan pelayanan gizi di puskesmas

B. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi merupakan pengawasan dan penilaian secara berkala terhadap pelaksanaan asuhan gizi di puskesmas. Kegiatan yang dimonitor adalah proses asuhan gizi yang diberikan pada perseorangan dan masyarakat.

Kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat provinsi, kabupaten/kota, hingga ke tingkat puskesmas.

Aspek yang dimonitor meliputi seluruh proses asuhan gizi yang tercantum dalam formulir pada lampiran 12 dan indikator perbaikan gizi masyarakat pada aplikasi sigizi terpadu dan Elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-ppgbm).

BAB VI PENUTUP

Pedoman Proses Asuhan Gizi di Puskesmas merupakan salah satu upaya dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan gizi perseorangan dan masyarakat. Pedoman ini diharapkan dapat menjadi acuan standar bagi tenaga kesehatan dalam melaksanakan asuhan gizi di puskesmas.

Buku ini memerlukan pembaharuan secara berkala mengikuti perkembangan informasi yang terkait dengan proses asuhan gizi di puskesmas. Oleh karena itu dibutuhkan masukan dan saran untuk penyempurnaannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan. 2009. *Pedoman Penanganan dan Pelacakan Balita Gizi Buruk*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan. 2010. *Pedoman Pelayanan Gizi Bagi ODHA*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan. 2011. *Petunjuk Teknis Tatalaksana Anak Gizi Buruk*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan. 2011. *Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan. 2011. *Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Gizi Kurang (Bantuan Operasional Kesehatan)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan. 2011. *Pedoman Keamanan Pangan di Sekolah Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan. 2012. *Pedoman Pelayanan Gizi Lanjut Usia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan. 2012. *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Kegemukan dan Obesitas pada Anak Sekolah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2012. *Panduan Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Bagi Balita Gizi Kurang dan Ibu Hamil KEK (Bantuan Operasional Kesehatan)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2013. *Panduan Manajemen Pemberian Taburia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2013. *Apa dan Mengapa Tentang Taburia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2014. *Pedoman Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2014. *Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2014. *Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2014. *Pedoman Pelayanan Gizi pada Pasien Tuberkulosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2014. *Standar Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2015. *Buku Saku Asuhan Gizi di Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2015. *Pedoman Penatalaksanaan Pemberian Tablet Tambah Darah*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2015. *Pedoman Penanggulangan Kurang Energi Kronik (KEK) pada Ibu Hamil*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2015. *Pedoman Pemberian Makanan Tambahan (MT) Ibu Hamil Bahan Pangan Lokal dan Pabrikasi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2015. *Pedoman Deteksi Dini Kratin Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2015. *Modul Pelatihan Tataaksana dan Dukungan Gizi Bagi Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2016. *Panduan Manajemen Terintegrasi Suplementasi Vitamin A*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2016. *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Bulan Kapsul Vitamin A Terintegrasi Program Kecacingan dan Crash Program Campak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2016. *Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Public Health/Community Nutrition, Nutrition Care Process Toolkit. Academy of Nutrition and Dietetic, 2016.

eNCPT, International diagnosis and terminology. Academy of Nutrition and Dietetic, 2018.

Kementerian Kesehatan. 2019. *Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan. 2019. *Modul Pelatihan Konseling PMBA*. Jakarta: Kementerian Kesehatan

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2020-2024, Bappenas, 2020.

Lampiran 1. Terminologi Diagnosis Gizi

Dalam menyusun kaidah diagnosis gizi, petugas gizi Puskesmas mengacu pada prinsip-prinsip taksonomi diagnosis gizi yang terdiri dari:

1. Tiga (3) domain (domain Asupan/*Intake*, domain Klinik dan domain Perilaku/*Behavior* dan Lingkungan)
2. Kelas
3. Sub kelas

Berdasarkan tiga (3) unsur ini sampai saat ini tersusun dalam 62 masalah gizi.

DOMAIN ASUPAN (NI)

Masalah aktual yang berkaitan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif melalui diet oral maupun dukungan gizi (enteral dan parenteral nutrisi).

NI.1. Keseimbangan Energi

Perubahan aktual atau perkiraan perubahan menyangkut keseimbangan energi (kkal).

- NI.1.1. Peningkatan energi ekspenditur
- NI.1.2. Asupan energi tidak adekuat
- NI.1.3. Kelebihan asupan energi
- NI.1.4. Perkiraan asupan energi sub optimal
- NI.1.5. Perkiraan kelebihan asupan energi

NI.2. Asupan Melalui Oral atau Dukungan Gizi

Asupan makanan dan minuman yang aktual atau perkiraannya melalui diet oral atau dukungan gizi dibandingkan dengan tujuan (*goal*) pasien.

- NI.2.1. Asupan oral tidak adekuat
- NI.2.2. Kelebihan asupan oral
- NI.2.3. Enteral nutrisi tidak adekuat
- NI.2.4. Kelebihan infusi enteral nutrisi
- NI.2.5. Komposisi atau modalitas makanan enteral nutrisi kurang optimal
- NI.2.6. parenteral nutrisi tidak adekuat
- NI.2.7. Kelebihan infusi parenteral nutrisi
- NI.2.8. Komposisi atau modalitas nutrisi parenteral kurang optimal
- NI.2.9. Daya terima makanan terbatas

NI.3. Asupan Cairan

Asupan cairan yang aktual atau estimasi dibandingkan dengan tujuan (*goal*) pasien.

- NI.3.1. Asupan cairan tidak adekuat
- NI.3.2. Kelebihan asupan cairan

NI.4. Substansi Bioaktif

Asupan substansi bioaktif yang aktual atau yang diamati meliputi komponen, komposisi, makanan fungsional tunggal atau suplemen makanan, alkohol.

- NI.4.1. Asupan substansi bioaktif Tidak adekuat
- NI.4.2. Kelebihan asupan substansi bioaktif
- NI.4.3. Kelebihan asupan alkohol

NI.5. Zat Gizi

Asupan aktual atau perkiraan kelompok zat gizi tertentu atau zat gizi tunggal dibandingkan dengan yang dianjurkan.

- NI.5.1. Peningkatan kebutuhan zat gizi (sebutkan _____)
- NI.5.2. Malnutrisi
- NI.5.3. Asupan protein energi Tidak adekuat
- NI.5.4. Penurunan kebutuhan zat gizi (sebutkan _____)

NI.5.5. Ketidakseimbangan zat gizi

NI.5.6. Lemak dan Kolesterol

- NI.5.6.1. Asupan lemak tidak adekuat
- NI.5.6.2. Kelebihan asupan lemak NI.
- 5.6.3. asupan jenis lemak yang kurang optimal (sebutkan __)

NI.5.7. Protein

- NI.5.7.1. Asupan protein tidak adekuat
- NI.5.7.2. Kelebihan asupan protein
- NI.5.7.3. Asupan protein atau asam amino kurang dari optimal (sebutkan _____)

NI.5.8. Karbohidrat dan serat

- NI.5.8.1. Asupan karbohidrat Tidak adekuat
- NI.5.8.2. Kelebihan asupan karbohidrat NI.
- 5.8.3. Asupan jenis karbohidrat Kurang dari optimal (sebutkan _____)
- NI.5.8.4. Asupan karbohidrat tidak konsisten
- NI.5.8.5. Asupan serat tidak adekuat NI.
- 5.8.6. Kelebihan asupan serat

NI.5.9. Vitamin

NI.5.9.1. Asupan vitamin tidak adekuat (sebutkan _____)

- | | |
|-------|----------------|
| 1. A. | 8. Niacin |
| 2. C | 9. AsamFolat |
| 3. D | 10. Vitamin B6 |

- | | |
|---------------|---------------------|
| 4. E | 11. Vitamin B12 |
| 5. K | 12. Asam pantotenat |
| 6. Thiamin | 13. Biotin |
| 7. Riboflavin | |

NI.5.9.2. Kelebihan asupan vitamin

(sebutkan _____)

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1. A. | 8. Niacin |
| 2. C | 9. Asam Folat |
| 3. D | 10. B6 |
| 4. E | 11. B12 |
| 5. K | 12. Asam Pantotenat |
| 6. Thiamin | 13. Biotin |
| 7. Riboflavin | |

NI.5.10 Mineral

NI.5.10.1. Asupan mineral tidak adekuat

(sebutkan _____)

- | | |
|--------------|----------------|
| 1. Kalsium | 9. Sulfat |
| 2. Klorida | 10. Fluor |
| 3. Zatbesi | 11. Tembaga |
| 4. Magnesium | 12. Iodium |
| 5. Kalium | 13. Selenium |
| 6. Fosfor | 14. Mangan |
| 7. Natrium | 15. Khrom |
| 8. Seng | 16. Molibdenum |
| | 17. Boron |
| | 18. Kobalt |

5.10.2. Kelebihan asupan mineral

(sebutkan _____)

- | | |
|------------|------------|
| 1. Kalsium | 10. Flour |
| 2. Klorida | 11. Cuprum |
| 3. Zatbesi | 12. Yodium |

- | | |
|--------------|----------------|
| 4. Magnesium | 13. Selenium |
| 5. Kalium | 14. Mangan |
| 6. Fosfor | 15. Kronium |
| 7. Natrium | 16. Molibdenum |
| 8. Seng | 17. Boron |
| 9. Sulfat | 18. Kobal |

NI.5.11. Multi nutrient

NI.5.11.1. Prediksi asupan zat gizi

Sub optimal (Sebutkan _____)

NI.5.11.2. Prediksi kelebihan asupan

Zat gizi (sebutkan _____)

DOMAIN KLINIS (NC)

Masalah gizi yang teridentifikasi berkaitan dengan kondisi medis atau fisik.

NC.1. Fungsional

Perubahan fungsi fisik atau mekanis yang mengganggu atau menghambat dampak gizi yang diharapkan/diinginkan

NC.1.1. Kesulitan menelan

NC.1.2. Kesulitan mengunyah/ mengigit

NC.1.3. Kesulitan menyusui

NC.1.4. Perubahan fungsi Gastrointestinal

NC.2. Biokimia

Perubahan kemampuan metabolisme zat gizi akibat (sebagai dampak) pemberian obat-obatan, pembedahan, atau seperti yang ditunjukkan dalam perubahan nilai-nilai laboratorium.

NC.2.1. Gangguan utilisasi zat gizi

NC.2.2. Perubahan nilai laboratorium terkait gizi (sebutkan)

NC.2.3. Interaksi makanan dan obat (sebutkan)

NC.2.4. Prediksi interaksi makanan dan Obat (sebutkan)

NC.3. Berat Badan

Status perubahan berat badan atau berat badan kronik dibandingkan dengan berat badan biasanya atau berat badan idaman.

NC.3.1. Berat badan kurang/ underweight

NC.3.2. Penurunan BB yang tidak diharapkan

NC.3.3. Kelebihan BB / obesitas

NC. 3.3.1. Kelebihan BB, dewasa atau anak

NC.3.3.2. Obes, anak

NC.3.3.3. Obes, kelas I

NC.3.3.4. Obes, kelas II

NC.3.3.5. Obes, kelas III

NC.3.4. Kenaikan BB yang tidak diharapkan

NC.3.5. Percepatan pertumbuhan sub optimal

NC.3.6. Percepatan pertumbuhan berlebih

NB. DOMAIN PERILAKU DAN LINGKUNGAN

Masalah gizi yang teridentifikasi berkaitan dengan pengetahuan, perilaku/ kepercayaan, lingkungan fisik, akses terhadap makanan atau keamanan makanan

NB.1. Pengetahuan dan kepercayaan

Pengetahuan atau kepercayaan yang aktual yang berhubungan berdasarkan pengamatan atau dokumentasi.

NB.1.1. Kurang pengetahuan terkait makanan dan zat gizi

NB.1.2. Perilaku dan kepercayaan yang tidak mendukung terkait dengan makanan dan zat gizi (gunakan dengan hati-hati)

NB.1.3. Tidak siap untuk diet / merubah perilaku

NB.1.4. Kurang dapat menjaga/monitoring diri

NB.1.5. Gangguan pola makan

NB.1.6. Kurang patuh mengikuti rekomendasi gizi

NB.1.7. Pemilihan makanan yang salah

NB.2. Aktivitas fisik dan fungsi

Masalah aktifitas fisik aktual, kemandirian dan kualitas hidup berdasarkan laporan, pengamatan dan dokumen.

NB.2.1. Aktivitas fisik kurang

NB.2.2. Aktivitas fisik yang berlebihan

NB.2.3. Tidak mampu/ tidak mau mengurus diri sendiri

NB.2.4. Kemampuan menyiapkan makanan terganggu

NB.2.5. Kualitas hidup yang buruk

NB.2.6. Kesulitan makan secara mandiri

NB.3. Keamanan dan akses makanan

Masalah aktual berkaitan dengan akses makanan atau keamanan makanan, air atau suplai gizi

NB.3.1. Asupan makanan yang tidak aman

NB.3.2. Akses makanan dan air terbatas

NB.3.3. Akses suplai gizi terbatas

LAIN LAIN

Temuan masalah gizi yang tidak masuk dalam kategori domain intake, klinis maupun perilaku lingkungan.

NO. 1.1. Tidak ada diagnosis gizi saat ini

Sumber :

Academy of nutrition and Dietetics, 2013. *International Dietetics & Nutrition Terminology Reference Manual- Standardized Language for Nutrition Care Process*, 4th ed Chicago: Academy of nutrition and dietetics. Hal 77-81.

Lampiran 2. Cara Menimbang Berat Badan, Mengukur Panjang/Tinggi Badan dan Lingkar Lengan Atas (LLA)

1. Cara Menimbang Berat Badan

- Dalam menimbang berat badan, gunakan timbangan dengan ciri-ciri berikut:
- 1) Kuat dan tahan lama
 - 2) Mempunyai ketelitian sampai 0,1 kg (100 gram)
 - 3) Sudah dikalibrasi
 - 4) Tidak menggunakan timbangan pegas
 - 5) Dapat menimbang sampai 150 kg
 - 6) Contoh timbangan yang dianjurkan digunakan: timbangan digital (elektronik), timbangan triple beam balance (detecto). Penggunaan timbangan kamar mandi (bathroom scale) tidak direkomendasikan.



Posisi Bantal seimbang sesuai timbang posisi kaki

Cara Menimbang Berat Badan dengan timbangan digital :

- 1) Letakkan timbangan di lantai yang rata
- 2) Nyalakan timbangan sampai keluar angka 0,0
- 3) Persilahkan Ibu (dengan pakaian seminimal mungkin) untuk berdiri di atas timbangan
- 4) Baca angka hasil penimbangan dalam layar timbangan sampai ketelitian 0,1 kg
- 5) Catat hasil penimbangan

Cara Menimbang Berat Badan dengan *triple beam balance* :

- 1) Letakkan timbangan di lantai yang rata
- 2) Letakkan bandul geser pada posisi angka nol
- 3) Pastikan posisi jarum timbang pada posisi nol
- 4) Persilahkan Ibu (dengan pakaian seminimal mungkin) untuk berdiri di atas timbangan
- 5) Geser bandul timbangan sampai posisi jarum timbang seimbang
- 6) Baca hasil timbang sampai ketelitian 0,1 kg
- 7) Catat hasil penimbangan

Gunakan Timbangan yang sama setiap kali menimbang Ibu Hamil

2. Cara Mengukur Panjang/Tinggi Badan

Dalam mengukur tinggi badan, gunakan *Microtoise* dengan syarat sebagai berikut :

- 1) Mempunyai presisi sampai 0,1 cm
- 2) Sudah dikalibrasi
- 3) Dapat mengukur sampai 200 cm
- 4) Dapat diatur ulang ke nol

Persiapan menggunakan *microtoise*, pastikan :

- 1) Cais dinding untuk menempel *microtoise* yang rata dan tegak lurus
- 2) Letakkan *microtoise* di lantai yang rata dan tegak lurus (gunakan tali bantu yang terpasang sehingga diketahui posisi tegak lurus dari lantai dan menempel pada dinding yang rata)
- 3) Tarik pita *microtoise* lurus ke atas angka pada jendela baca menunjukkan angka nol
- 4) Rekatkan Ujung pita meteran pada dinding



Jendela Baca
Menunjukkan
angka nol

Cara mengukur tinggi badan dengan *microtoise* :

- 1) Pastikan sepatu/alas kaki, kaos kaki dan hiasan rambut sudah dilepaskan.
- 2) Posisikan ibu berdiri tegak bebas dengan bagian belakang kepala, punggung, bokong, betis dan tumit menempel ke dinding. Pada ibu yang obesitas minimal 3 bagian yang menempel pada dinding (punggung, bokong dan betis)
- 3) Pastikan posisi kepala sudah benar dengan mengecek garis *Frankfort* (garis antara sudut mata dan telinga sejajar, berada tegak lurus pada pita)
- 4) Pengukur utama mengarahkan posisi kepala subyek yang diukur dan papan geser *microtoise*, sedangkan asisten pengukur membantu mengatur bagian betis agar menempel pada dinding
- 5) Tarik kepala *microtoise* sampai puncak kepala ibu
- 6) Baca angka pada jendela baca dari arah depan dan mata pembaca harus sejajar dengan garis merah
- 7) Angka yang dibaca adalah yang berada pada garis merah dari angka kecil ke arah angka besar
- 8) Catat hasil pengukuran tinggi badan dengan ketelitian sampai 0,1 cm

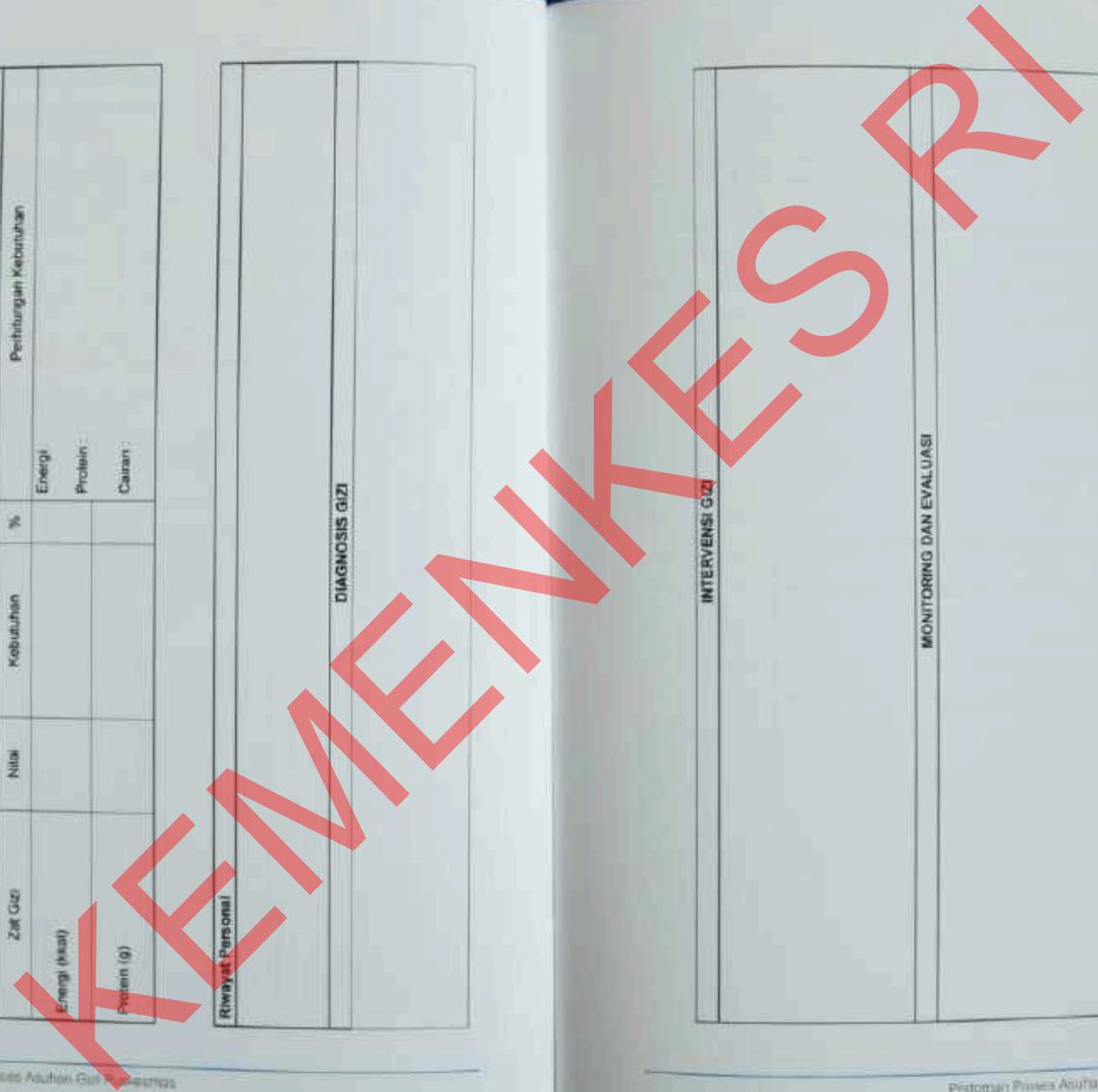
Pola Makan				
Total Asupan				
Zat Gizi	Nilai	Kebutuhan	%	Perhitungan Kebutuhan
Energi (kkal)				Energi
Protein (g)				Protein
				Cairan

Riwayat Personal
DIAGNOSIS GIZI

INTERVENSI GIZI
MONITORING DAN EVALUASI

Tanda Tangan,

Terima Gizi



Lampiran 4. Formulir Skrining Gizi pada Ibu Hamil

FORMULIR SKRINING GIZI IBU HAMIL

Nama :
 Tanggal Lahir :

- Pilih salah satu diantara 2 metode skrining dibawah ini sesuai dengan penyakit dan kondisi pasien:

Untuk pasien dengan masalah obstetric kehamilan/mifas)

Parameter	Penilaian	
	Ya	Tidak
1. Apakah asupan makanan berkurang karena kurang nafsu makan?	Ya	Tidak
2. Ada gangguan metabolisme (DM, gangguan fungsi tiroid, infeksi kronis, HIV/AIDS, sepsis)	Ya	Tidak
3. Ada pertambahan BB yang kurang atau lebih selama kehamilan	Ya	Tidak
4. Nilai Hb < 11 g/dl atau HCT < 30%	Ya	Tidak
Total skor (jumlah jawaban Ya, dimana Ya = 1):		

Untuk pasien dengan masalah ginekologi (onkologi, dll)

Parameter	Skor
1. Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?	
a. Tidak ada penurunan berat badan	0
b. Tidak yakin / tidak tahu / baju terasa longgar	2
c. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut?	
1 - 5 kg	1
6 - 10 kg	2
11 - 15 kg	3
> 15 kg	4
2. Apakah asupan makan berkurang karena tidak nafsu makan?	
a. Tidak	0
b. Ya	1
Total skor	

3. Pasien dengan diagnosis khusus (DM/ gangguan fungsi tiroid, infeksi kronis, anemia, sepsis)	Ya	Tidak
(dile skor 2, 2 dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian anjur oleh dietisien)		

Status fungsional

Aktivitas dan mobilitas (ambarkan status pengkajian status fungsional berikut ini)

Mandi perlu bantuan, sebulan ketergantungan total

Bila ketergantungan konsultasikan dengan DPUP/PPDS untuk konsultasi ke rehabilitasi medis

Lampiran 5. Formulir Skrining Gizi pada Dewasa

FORMULIR SKRINING GIZI

Nama				Tanggal			
No. MR				Ruangan			
Umur		JK	BB	BBI	TB	Aktivitas	
th		L/P	kg	kg	cm		
Parameter				Score			
Apakah akhir-akhir ini pasien mengalami penurunan BB yang tidak dikehendaki?							
Tidak				0			
Ya / tidak yakin				2			
Jika ya, berapa banyak penurunan BB (kg) yang hilang?							
1-5				1			
6-10				2			
11-15				3			
>15				4			
tidak yakin				2			
Apakah asupan makan pasien sulit dikarenakan penurunan nafsu makan?							
tidak				0			
ya				1			
Total Score							
Score 2 atau lebih = pasien berisiko malnutrisi							

Adaptasi dari Fawcett C, Chaturvedi S. ADA Pocket Guide to Assessment of Malnutrition. *Journal of the American Medical Association*. 1996;275:1454-1464.
Diterjemahkan oleh Jurnalis Gizi RSCM 2010.

Lampiran 6. Formulir Riwayat Gizi

RIWAYAT GIZI

Nama		Jenis L/P		Umur	No. Reg.
Agensi		Pendidikan		Pekerjaan	Th Aktifitas ringan/ sedang/ berat
Dokter yang mengemban		Diagnosis Medis			
Preskripsi Diet Dokter		Revisi/obat Peningkat			
Tinggi Badan	Berat Badan		LLA	Tinggi Lutut	BM
cm	Aktual	Ideal	cm	cm	kg/m ²
Hasil Pemeriksaan Lab./Ginek. Penting					
Kelebihan Klinik / Fisik berkaitan dengan makan					
Riwayat Personal					
KETERANGAN TENTANG MAKANAN					
POLA MAKANAN (Berikan tanda x pada jawaban yang benar)					
	lebih 1 x sehari	1 x sehari	2-3 x seminggu	Kurang 1 x	Tidak pernah
	lebih 1 x sehari	1 x sehari	2-3 x seminggu	Kurang 1 x	Tidak pernah
Beras					Sayuran tomat / wortel
Jagung					Sayuran lain
Mi					Pisang
Rubi					Pepaya
Biskuit / Kue					Jeruk
Kentang					Buah segar lain
Singkong					Buah jeruk
Ubi rambat					Susu segar
Tempe					Susu kental
Tahu					Manti
Oncom					Susu kental tak manis
					Susu tepung whole

Kacang kering				Susu tepung skim
Ayam				Kopi
Daging				Minyak / Goreng / gorengan
Daging domba				Kelapa / Santan
Hati / Limpa / Daki / Usus / Paru-paru				Margarine / Mentega
Telur ayam / bebek				Teh manis
Bun basah				Kopi manis
Bun kering				Sirup
Udang beku				Minuman botol ringan
Sayuran hipo alergen				Minuman alkohol
Sayuran kacang-kacangan				

Contoh Hidangan Sehari : Sebelum Sakit / Sebelum Dirawat

Makan Pagi	Banyak g urt	Selangan Pagi	Banyak g Urt
Makan Siang	Banyak g urt	Selangan Siang	Banyak g Urt
Makan Malam	Banyak g urt	Selangan Malam	Banyak g Urt

	Energi	Protein	Lemak	CHO	Ca	Fe	Vit. A	Vit. B1	Vit. C
	Kkal	g	g	g	mg	mg	IU	Mg	mg
Asupan rata-rata									
Kebutuhan									
Diit sebelumnya									
Mengetahui terhadap makanan / Farrangan / Suka / Tidak suka									
Konseling gizi	: Sudah pernah / Belum pernah mendapat konseling gizi								
	: Jika sudah pernah diet yang dilanjutkan _____								
Sikap terhadap diet									
Referensi									
Tanggal pengambilan data	Nama Tenaga Gizi			Tanda Tangan :					

Lampiran 7. Formulir Asuhan Gizi pada Dewasa

FORMULIR ASUHAN GIZI PADA DEWASA

Nama Pasien :	Jenis Kelamin :	Umur :	No. Rekam Medis :
Diagnosis Medis :			
Pengkajian Gizi			
Antropometri		TB : cm	IMT : kg/m ²
BB : kg	Tinggi Lulang : cm	LLA : cm	
Biotkimi			
Klinik/Fisik			
Riwayat Gizi			
Riwayat Personal			
DIAGNOSA GIZI/MASALAH			

INTERVENSI GIZI
MONITORING DAN EVALUASI

Tanda tangan,

: Tenaga Gizi

LAMPIRAN 8. Formulir Skrining Gizi pada Lansia

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (SHORT FORM)

Perilaku Status Gizi Mini (Mini Nutritional Assessment/ MNA)

Nama belakang _____ Nama depan _____
 Jenis kelamin _____ Berat (kg) _____ Tinggi (cm) _____ Tanggal _____

Lengkapi penapisan berikut dengan mengisi kotak yang tersedia dengan angka yang sesuai. Jumlahkan seluruh angka untuk memperoleh skor akhir penapisan.

Skrining	
A. Apakah asupan makanan berkurang selama 3 bulan terakhir karena kehilangan nafsu makan, gangguan pencernaan, kesulitan mengunyah atau menelan? 0 = asupan makanan sangat berkurang 1 = asupan makanan agak berkurang 2 = asupan makanan tidak berkurang	<input type="checkbox"/>
B. Penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir 0 = Penurunan berat badan lebih dari 3 Kg 1 = tidak tahu 2 = penurunan berat badan antara 1 hingga 3 Kg 3 = tidak ada penurunan berat badan	<input type="checkbox"/>
C. Mobilitas (kemampuan bergerak) 0 = terbatas di tempat tidur atau kursi 1 = mampu bangun dari tempat tidur/kursi tetapi tidak bepergian keluar rumah 2 = dapat bepergian keluar rumah	<input type="checkbox"/>
D. Menderita tekanan (stres) psikologis atau penyakit yang berat dalam 3 bulan terakhir 0 = ya 2 = tidak	<input type="checkbox"/>
E. Gangguan neuropsikologis 0 = demensia atau depresi berat 1 = demensia ringan 2 = tidak ada gangguan psikologis	<input checked="" type="checkbox"/>
F1. Indeks Massa Tubuh (IMT) (berat dalam kg)/(tinggi dalam m) ² 0 = IMT kurang dari 19 (IMT < 19) 1 = IMT 19 hingga kurang dari 21 (IMT : 19 hingga <21) 2 = IMT 21 hingga kurang dari 23 (IMT : 21 hingga <23) 3 = IMT 23 atau lebih (IMT ≥ 23)	<input checked="" type="checkbox"/>

BILA DATA IMT TIDAK ADA, GANTI PERTANYAAN F1 DENGAN PERTANYAAN F2. ABAIKAN PERTANYAAN F2 BILA PERTANYAAN F1 SUDAH DAPAT DIISI

F2. Lingkaran betis (cm) 0 = lingkaran betis kurang dari 31 (lingkar betis < 31) 1 = lingkaran betis sama dengan atau lebih besar daripada 31 (lingkar betis ≥ 31)	<input type="checkbox"/>
Skor penapisan (skor maksimum 14)	<input type="checkbox"/>
skor 2-14 : <input type="checkbox"/>	Status gizi normal
skor 0-1 : <input type="checkbox"/>	Berisiko kekurangan
skor 0-1 : <input type="checkbox"/>	Status kekurangan

Keterangan *) :

- Yang dimaksud dengan penyakit berat adalah Lansia dengan penyakit yang memerlukan perawatan rumah sakit.
- Yang dimaksud dengan demensia berat adalah kepingunan berat, sehingga Lansia tidak dapat bepergian sendiri, memerlukan bantuan untuk berbalas dah atau mengatur keuangan, tapi masih mampu makan, mandi dan berpakaian sendiri.
- Yang dimaksud dengan depresi berat adalah tekanan psikologis berat.
- Yang dimaksud dengan demensia ringan adalah kepingunan ringan, sehingga Lansia tidak dapat bepergian sendiri, memerlukan bantuan untuk berbalas dah atau mengatur keuangan, tapi masih mampu makan, mandi dan berpakaian sendiri.

SKOR MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)



1. Jones S, Tyler H, Knapik S, et al. Validation of the Short-Form MNA and Short-Form MNA-Appetite. *Journal of Nutrition*. 2010; 140(10):1911-1916.
 2. Kasperian J, Kasperian J, Kasperian J, et al. Validation of the Short-Form MNA and Short-Form MNA-Appetite. *Journal of Nutrition*. 2010; 140(10):1911-1916.
 3. Kasperian J, Kasperian J, Kasperian J, et al. Validation of the Short-Form MNA and Short-Form MNA-Appetite. *Journal of Nutrition*. 2010; 140(10):1911-1916.
 4. Kasperian J, Kasperian J, Kasperian J, et al. Validation of the Short-Form MNA and Short-Form MNA-Appetite. *Journal of Nutrition*. 2010; 140(10):1911-1916.
 5. Kasperian J, Kasperian J, Kasperian J, et al. Validation of the Short-Form MNA and Short-Form MNA-Appetite. *Journal of Nutrition*. 2010; 140(10):1911-1916.

Lampiran 12. Formulir Monitoring dan Evaluasi Asuhan Gizi

Form Proses Asuhan Gizi

1. Apakah ada masalah gizi/diagnosis yang teridentifikasi?

Ya Tidak

Data Dasar

2. Apakah ada data dasar penilaian yang mendukung diagnosis gizi?

Ya Tidak

3. Apakah ada etiologi terkait yang mendukung diagnosis gizi?

Ya Tidak Tidak dapat dipastikan, tidak ada data yang mendukung diagnosis gizi

4. Apakah diagnosis PES menunjukkan hubungan antara problem, etiologi dan sign/symptom?

Ya Tidak

5. Apakah ada informasi yang tidak berhubungan dengan diagnosis yang dibagikan?

Ya Tidak

Tujuan

6. Untuk mendokumentasikan tujuan pasien / populasi, Apakah ada?

Apakah ada dokumentasi berkaitan dengan diagnosis gizi? Ya Tidak Tujuan tidak tercatat

Intervensi

7. Apakah untuk setiap tujuan pasien/populasi ada dokumen rencana intervensi atau implementasi intervensi yang berkaitan?

Ya Tidak Intervensi tidak tercatat

8. Apakah intervensi yang dilakukan termasuk dalam bagian implementasi intervensi yang dibagikan saat ini?

Ya Tidak Tidak dapat dilaksanakan, rencana terdokumentasi tetapi tidak terimplementasi yang mendukung diagnosis gizi

9. Apakah intervensi termasuk dalam bagian dari rencana monitoring dan evaluasi perkembangan tujuan pasien/populasi?

Ya Tidak

Monitoring dan Evaluasi

10. Untuk menindaklanjuti catatan, tindakan yang dibekukan meliputi:

Dokumentasi hasil pasien/populasi yang berhubungan dengan dokumentasi tujuan pasien yang sebelumnya

Tidak Hasil tidak tercatat Tidak berkaitan

Ada pernyataan yang dapat mengidentifikasi perkembangan tujuan pasien / populasi?

Ya Tidak Hasil tidak tercatat Tidak berkaitan

Form Audit Proses Asuhan Gizi yang Komprehensif untuk Catatan Rawat/Populasi yang telah Dirancang

Tenaga Gizi Peninjau:

Catatan Klinik:

Nama/Catatan Auditor:

Tanggal Audit:

Kriteria	Skor	Komentar
	1 = sesuai	
	0,5 = ada tetapi tidak sesuai	(1) Poin positif dari implementasi
	0 = tidak sesuai	(2) Rekomendasi untuk peningkatan
	N/A = tidak termasuk dalam nilai Total	
Delumentasi Awal		
Pengkajian Gizi		
1. Apakah pengkajian mengenai problem (DNT) dalam pemulisan pengkajian, terdiri dari: (Catatan: tidak semua bagian digunakan dalam pengkajian)		
a) Data riwayat gizi	a)	
b) Data biokimia	b)	
c) Pengukuran antropometri	c)	
d) Data fisik/klinis	d)	
e) Riwayat klien	e)	
2. Pengkajian yang terdiri dari informasi yang ringkas, relevan dan akurat untuk mendukung diagnosis gizi (Pernyataan PES)		
3. Penggunaan standar pemantauan yang tepat		
4. Jika tidak terdapat diagnosis gizi pada saat ini, pengkajian sudah dinyatakan lengkap		
Diagnosis Gizi		
5. Ketepatan pernyataan diagnosis gizi (PES)		
Sertakan seleksi data yang tersedia		
6. Tiga komponen dalam pernyataan PES yaitu problem, etiologi, dan sign/symptom. Apakah tidak ada diagnosis gizi pada saat ini (ND-1.1)		

7. Diagnosis menggunakan terminologi ACP yang baik		
8. Etiologi sebagai dasar untuk rencana gizi komunitas masyarakat agar dapat mengatasi atau mengurangi sign/symtom		
9. Sign/symtom harus spesifik, dapat diukur, dan mendukung monitoring/evaluasi		
10. Pernyataan PES tambahan dicatat pada saat musabid masalah yang berbeda		
Intervensi gizi		
11. Psikotologi ditulis untuk mendukung diagnosis gizi dan kebutuhan gizi klien/ populasi yang terdapat		
12. Intervensi bertujuan untuk mengatasi etiologi, tetapi jika tidak memungkinkan, intervensi bertujuan untuk mengurangi dampak dan sign/symtom		
13. Intervensi terdiri dari satu atau lebih dari 4 area utama dalam pedoman IDN: Penyajian makanan; Edukasi gizi; Konseling gizi; Koordinasi pelayanan gizi		
14. Tujuan harus spesifik, dapat diukur, dapat terukur, realistis, memiliki target waktu		
Monitoring dan evaluasi Gizi		
15. Kesesuaian indikator monitoring dan evaluasi dengan kriteria yang digunakan		
16. Komponen monitoring dan evaluasi menunjukkan diagnosis dan intervensi gizi yang ada		
17. Jika terdapat lebih dari satu diagnosis, komponen monitoring dan evaluasi mencakup semua pernyataan PLS		

18. Jangka waktu untuk tindak lanjut monitoring evaluasi harus tercantum. Apabila tidak ada rencana tindak lanjut, diagnosis sudah terselesaikan dari titik yang ada, tujuan sudah tercapai atau klien menolak untuk ditindak lanjut lebih jauh		
19. Membuat susunan yang sesuai		
Dokumen Tindak Lanjut		
20. Dokumentasi yang berhubungan dengan pencapaian PES sebelumnya		
21. Indikator monitoring evaluasi yang menggambarkan perubahan positif hasil intervensi, catat sebelumnya jika tidak ada perubahan positif		
22. Indikator monitoring evaluasi menggunakan referensi data dasar yang relevan atau data sebelumnya untuk perbandingan		
23. Intervensi tidak dilanjutkan atau diubah jika tidak ada data yang menunjukkan bahwa intervensi menimbulkan perkembangan yang positif		
24. Diagnosis nutrisi yang baru dicatat jika ada masalah gizi baru yang berkaitan sejak dokumentasi terakhir		
25. Dokumentasi termasuk pernyataan yang berkaitan dengan dampak/ tujuan yang diharapkan dan hasil terukur atau tidak		
26. Pertemuan monitoring evaluasi mendeskripsikan jangka waktu untuk tindak lanjut		
Penilaian keseluruhan:	Total penilaian:	Total angka yang didapatkan:
Total yang didapat dibagi dengan point keseluruhan. Hitung persentase, kemudian tentukan rating keseluruhan (Memastikan dapat diterima, menyebutkan perbaikan atau tidak dapat diterima)	Persentase:	Penilaian keseluruhan:

TIM PENYUSUN

Pengarah:

DR. Rr. Dhian Probhoyekti, SKM, MA
Direktur Gizi Masyarakat

Kontributor:

Andri Mursita, Arti Widiadari Yudaningrum, Catur Mei Astuti,
Dachlan Choeron,

Dyah Yuniar Setiawati, Evasari Ginting, Evi Firna, Farselly
Mranani, Fitri Hidayani, Galopong Sianturi, Gunarti Yahya, Hera
Nurlita, Ivonne Kusumaningtyas, Inti Mudjiati, Julina, Kresnawan,

Lia Rahmawati Susila, Marina Damajanti, Marlina Rully W.,
Minarto, Muhammed Adil, Nanda Indah Permatasari, Inti Mudjiati,

Nuniek Ayu Setya Ditha, Pritasari, R. Giri Wurjandaru, Rian
Angraini, Rivanni Noor, Siti Masruroh, Sri Hastuti Nanggolan,

Sri Nurhayati, Sudaryanto, Tatang S. Falah, Yemima Ester,
Yosnelli.

Editor

Inti Mujiati, Yosnelli, Haji Samkani, Evarina Ruslina

Design:

Dewanti Alwi Rachman, Jenno Amran

KEMENKES RI