



## MODUL PERKULIAHAN

# NCP KOMUNITAS

## Pokok Bahasan Modul

Jurusan	Program Studi	Tatap Muka	Kode MK	Disusun Oleh
Jurusan Gizi	Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika	<b>14</b>	Gz.D43597	Adeline Switenia Putri Renti Cristiana Ruswandi Wardana Venisa

### Tujuan Pembelajaran

Menguasai konsep teoritis advokasi gizi, perencanaan, monitoring dan evaluasi pelayanan gizi, pemberdayaan masyarakat dan pengelolaan asuhan gizi serta dokumentasi pelayanan gizi masyarakat dan Mampu merencanakan, melakukan pelayanan gizi masyarakat, dan melakukan advokasi gizi, monitoring dan evaluasi pelayanan gizi, pemberdayaan masyarakat dan pengelolaan asuhan gizi serta dokumentasi pelayanan gizi

### Kompetensi

Mahasiswa mampu memahami masalah gizi di Indonesia dan mampu membuat NCP Komunitas berdasarkan masalah-masalah tersebut.

## Pendahuluan

---

Upaya perbaikan gizi masyarakat merupakan salah satu amanat Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009. 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) 2015-2019 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 2019 sebagai berikut:

1. Menurunkan angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup menjadi 306
2. Menurunkan angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup menjadi 24
3. Menurunkan prevalensi anemia pada ibu hamil menjadi 28%
4. Menurunkan prevalensi bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) menjadi 8%
5. Meningkatkan prevalensi bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif menjadi 50%
6. Menurunkan prevalensi balita kekurangan gizi (*underweight*) menjadi 17%
7. Menurunkan balita kurus (*wasting*) menjadi 9,5%
8. Menurunkan prevalensi baduta pendek dan sangat pendek (*stunting*) menjadi 28%

Untuk mencapai sasaran RPJMN bidang kesehatan tahun 2015-2019, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 menyebutkan bahwa sasaran kegiatan pembinaan gizi masyarakat adalah meningkatnya pelayanan gizi masyarakat. Indikator pencapaian sasaran tersebut pada tahun 2019 adalah:

1. Persentase ibu hamil KEK yang mendapatkan makanan tambahan sebesar 95%
2. Persentase ibu hamil yang mendapatkan 90 Tablet Tambah Darah (TTD) selama masa kehamilan sebesar 98%
3. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif sebesar 50%
4. Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sebesar 50%
5. Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan sebesar 90%

## 6. Persentase remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) sebesar 30%

Dalam rangka mewujudkan peningkatan gizi perseorangan dan masyarakat, serta mendukung pencapaian target RPJMN 2015-2019 dan Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019, Kementerian Kesehatan telah menetapkan upaya pelayanan gizi sebagai salah satu Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) esensial 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.

Pelaksanakan 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 mengenai 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 perlu adanya pedoman Proses Asuhan Gizi yang menjadi acuan standar bagi tenaga kesehatan di puskesmas dengan ruang lingkup pelayanan gizi perseorangan maupun masyarakat.

## Materi 1: Konsep NCP Komunitas

---

NCP/PAGT komunitas merupakan suatu cara terstruktur atau suatu metoda pemecahan masalah yang sistematis yang dimulai dengan pengumpulan data komunitas dan analisa data, apa jenis diagnosa gizi/masalah gizi yang penting untuk diatasi, apa jenis intervensi yang akan dilakukan dan bagaimana memonitor/memantau dan evaluasi hasilnya

Tujuan Proses Asuhan Gizi (PAG) adalah memecahkan masalah gizi dengan mengatasi berbagai faktor yang mempunyai kontribusi pada ketidakseimbangan atau perubahan status gizi agar dapat menentukan akar masalah gizi yang akan menetapkan pilihan intervensi yang sesuai. 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).

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 kesehatan yang memberikan pelayanan gizi harus mengembangkan kebijakan dan program untuk membantu memperbaiki pola makan dan meningkatkan status kesehatan masyarakat.

### A. LANGKAH PERTAMA: PENGKAJIAN GIZI

#### 1. Tujuan

- Mengumpulkan, memverifikasi dan menginterpretasikan data yang dibutuhkan untuk kasikan masalah gizi terkait penyebabnya secara signifikan.
- 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:

- Klien adalah pasien, anggota keluarga atau pengasuh.
- Populasi adalah kelompok, komunitas dan masyarakat.

3. Pengkajian gizi dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan mengumpulkan data yang diperlukan. Pengkajian memerlukan cara berpikir kritis seperti:

- Menentukan data spesifik apa yang akan dikumpulkan
- Menentukan kebutuhan akan informasi tambahan
- Memilih alat dan prosedur pengkajian gizi sesuai situasi: alat pengukuran/pengumpulan data; prosedur pengumpulan data; dan *comparatives standard* (standar pembandingan)
- Validasi data
- Pengetahuan terkait masalah gizi: patofisiologi, metabolisme zat gizi, epidemiologi
- 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
Informasi yang tersedia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasil laboratorium</li> <li>• Rekam medis klien</li> <li>• Hasil wawancara klien</li> <li>• Hasil wawancara pada pendamping</li> <li>• Pengamatan dan pemeriksaan</li> </ul>	Informasi yang tersedia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertanyaan awal tentang komunitas pada diskusi kelompok terarah</li> <li>• Untuk terapi kelompok termasuk sumber data perseorangan</li> <li>• Untuk promosi grup menyertakan data masyarakat</li> </ul>	Informasi yang tersedia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Survey gizi</li> <li>• Survey kesehatan</li> <li>• Penelitian epidemiologi</li> <li>• Data kegiatan rutin: Pencatatan pelaporan, dan wawancara</li> <li>• Penilaian kebutuhan masyarakat secara strategis (melalui proses Musyawarah Masyarakat Desa/MMD)</li> </ul>

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 dan profil lipid lainnya, asam urat, elektrolit. 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, pemeriksaan tekanan darah, 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 dan persediaan, 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 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 (indikator) dibandingkan dengan kriteria, norma dan standar yang relevan, untuk interpretasi dan pengambilan keputusan. Standar pembanding 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.

## 9. Langkah-langkah Pengkajian Gizi

- a. *Review*: Mengumpulkan, memilah, validasi data. Jenis data dan metoda pengambilan data disesuaikan dengan situasi dan kondisi pasien
- b. *Cluster*: Data dikelola dan dikelompokkan sesuai dengan 5 domain. Tentukan “*defining characteristic*” atau karakter penentu (tanda dan gejala) dari diagnosis yang diduga
- c. Identifikasi: Membandingkan data-data dengan standar rujukan yang disepakati (standar pembanding = 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**

NO	FAKTOR-FAKTOR	
1	Biologis	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jenis kelamin</li> <li>- Keturunan/genetik</li> <li>- Umur</li> </ul>	
2	Gaya Hidup	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas fisik</li> <li>- Diet</li> <li>- Hobi</li> <li>- Aktivitas waktu luang</li> <li>- Penggunaan obat-obatan</li> <li>- Penggunaan NAPZA termasuk minuman beralkohol</li> <li>- Rokok, cerutu, tembakau kunyah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praktik keselamatan seperti memakai sabuk pengaman</li> <li>- Perawatan diri (medis)</li> <li>- Manajemen stres</li> <li>- Perilaku Hidup Bersih dan Sehat</li> </ul>

NO	FAKTOR-FAKTOR	
3	Status sosial ekonomi	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perumahan</li> <li>- Pendidikan</li> <li>- Pendudukan</li> <li>- Pendapatan</li> <li>- Status pekerjaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jaringan sosial seperti keluarga, teman, dan rekan kerja</li> <li>- Ketidakseimbangan/ perbedaan sosial ekonomi</li> </ul>
4	Kondisi Komunitas	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iklim dan geografi</li> <li>- Pasokan air bersih</li> <li>- Tipe dan kondisi perumahan</li> <li>- Jumlah dan jenis rumah sakit dan klinik</li> <li>- Pelayanan kesehatan dan medis</li> <li>- Pelayanan sosial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Struktur politik / pemerintahan</li> <li>- Kelompok dan organisasi kesehatan masyarakat</li> <li>- Jumlah, jenis, dan lokasi toko bahan makanan</li> <li>- Rekreasi</li> <li>- Sistem transportasi</li> <li>- Industri terkemuka</li> </ul>
5	Kondisi Latar Belakang	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agama</li> <li>- Kebijakan pangan dan gizi nasional</li> <li>- Upah minimum nasional</li> <li>- Keyakinan budaya</li> <li>- Nilai budaya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sikap budaya</li> <li>- Periklanan</li> <li>- Pesan media</li> <li>- Sistem distribusi makanan</li> </ul>

## 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 kesehatan.
- 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 dengan seringnya mengonsumsi makanan cepat saji ditandai dengan pemeriksaan kolesterol 230 mg/dl dan mengonsumsi ayam goreng cepat saji 5 kali/minggu.

### 3. Bagaimana cara menentukan diagnosis gizi?

- Tenaga kesehatan 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:

**a. 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

**b. 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

**c. 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, dapatkah 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?

- Tenaga kesehatan yang bekerja dilingkup kebijakan dan program cenderung memilih diagnosis gizi dari domain Perilaku/Lingkungan.
- Diagnosis gizi dari domain Asupan lebih spesifik untuk tenaga kesehatan. Oleh karena itu, diagnosis dari domain Asupan harus menjadi pilihan pertama saat memilih antara satu atau lebih diagnosa.
- Perlu dicatat, bagaimanapun, bahwa diagnosis gizi adalah identifikasi dan pelabelan masalah gizi spesifik yang disarankan oleh tenaga kesehatan agar dapat ditangani secara mandiri.

8. Diagnosis Gizi dalam Kesehatan Masyarakat

- Perbedaan diagnosis gizi dalam komunitas/ masyarakat dibandingkan perseorangan/individu adalah cakupan, skala masalah dan frekuensi atau rentang waktu dimana hal tersebut dapat ditangani.
- Masalah gizi atau kesehatan masyarakat yang luas dengan etiologi makanan dan/atau gizi, mengharuskan nutrisisionis/dietisien/tenaga kesehatan untuk secara hati-hati menentukan diagnosis gizi spesifik yang mungkin mencakup lebih dari satu domain untuk mengatasi masalah secara efektif.
- 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. Nutrisisionis/dietisien/tenaga kesehatan 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.
- 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.

### 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 berakaitan dengan perilaku masyarakat, lingkungan dan kebijakan

#### 3. Bagaimana tenaga kesehatan menetapkan intervensi?

- Penerapan intervensi berdasarkan diagnosis dan etiologi
- Strategi intervensi dimaksudkan untuk merubah asupan makan, pengetahuan dan perilaku gizi, kondisi lingkungan atau kegiatan lainnya yang mendukung.
- Tujuan intervensi gizi dibuat sebagai dasar untuk memonitor perkembangan dan mengukur dampak asupan gizi. Tenaga gizi sangat berperan dalam menentukan intervensi berupa Pemberian Makanan.
- FOKUS pada isu yang akan ditangani berupa aksi/kegiatan dan menggunakan sumber-sumber daya yang ada (memperhatikan kearifan budaya lokal)

#### 4. Bagaimana mengelompokan intervensi?

Terdiri dari 4 kategori:

##### - Pemberian Makan:

- Menentukan pendekatan individu termasuk makanan, cemilan, **makanan enteral dan parenteral, dan suplemen**. Penentuan kebutuhan kalori 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)
  - **Edukasi Gizi:** Proses memberikan 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).
  - **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.
  - **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 dan atau lintas sektor.
5. Apa saja yang termasuk ke dalam kegiatan intervensi?

Intervensi gizi terdiri dari dua kegiatan yang berbeda dan saling berhubungan yaitu: perencanaan dan implementasi. Perencanaan terdiri dari: a) menentukan prioritas diagnosa, b) berdasarkan *evidence based*, c) menetapkan hasil yang berfokus pada pasien untuk setiap diagnosis, d) melibatkan klien/ masyarakat/ pendamping, e) menetapkan rencana dan strategi intervensi, f) menetapkan waktu dan lama asuhan gizi, dan g) mengidentifikasi sumberdaya yang dibutuhkan. Tahapan intervensi meliputi a) mengkomunikasikan asuhan gizi sesuai rencana dan b) melaksanakan intervensi.

6. Intervensi gizi pada masyarakat

- Intervensi bertujuan untuk memberikan solusi terhadap penanganan masalah atau diagnosa gizi melalui perencanaan dan implementasi program atau penyiapan kebijakan khusus untuk sasaran program.

- 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.

#### **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 *outcome* yang berhubungan dengan diagnosis dan tujuan intervensi gizi yang direncanakan. Indikator asupan gizi adalah penanda (*marker*) yang dapat diukur dan dievaluasi untuk menentukan efektivitas asupan gizi. Kajian gizi yang lebih spesifik dapat dilakukan dengan membandingkan *outcome* dengan status gizi sebelumnya dan tujuan intervensi. Secara umum, ini 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 asupan 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:

- Pengukuran antropometri
- Data riwayat gizi
- Data laboratorium
- 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 asupan 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. Catatan: monitoring dan evaluasi dapat diterapkan dalam setiap tahapan pelaksanaan program.

7. Tahapan *Outcome* Asuhan Gizi dan *outcome* Pelayanan Kesehatan

a. *Outcome* asuhan gizi:

1. Perubahan pengetahuan, keyakinan/sikap/perilaku, akses dan lingkungan
2. Peningkatan/penurunan asupan makanan (FH)
3. Perubahan tanda dan gejala (data biokimia, fisik/klinis dan antropometri)

b. *Outcome* pelayanan kesehatan:

1. *Outcome* kesehatan dan penyakit
2. *Outcome* efisiensi biaya
3. Kualitas hidup individu/masyarakat

## Rangkuman

---

NCP/PAGT komunitas merupakan suatu cara terstruktur atau suatu metoda pemecahan masalah yang sistematis yang dimulai dengan pengumpulan data komunitas dan analisa data, apa jenis diagnosa gizi/masalah gizi yang penting untuk diatasi, apa jenis intervensi yang akan dilakukan dan bagaimana memonitor/memantau dan evaluasi hasilnya

Untuk menyusun NCP komunitas langkah-langkahnya yaitu Pengkajian gizi, diagnosa gizi, intervensi gizi, dan monitoring dan evaluasi gizi,

## Tes Formatif

---

Pilihlah jawaban A,B,C dan D yang dianggap benar!

1. Langkah pertama dalam menyusun NCP Komunitas yaitu ....

a. Pengkajian Gizi

- b. Diagnosa gizi
  - c. Intervensi gizi
  - d. Monitoring dan evaluasi gizi
2. Domain yang termasuk dalam diagnosa gizi, kecuali ....
- a. Domain asupan
  - b. Domain klinis
  - c. Domain personal
  - d. Domain perilaku
3. Format diagnosa gizi yaitu ....
- a. PSE
  - b. PES
  - c. SEP
  - d. SPE
4. Dalam intervensi gizi terdapat 4 kategori, penetapan preskripsi diet dapat dilakukan pada pelayanan gizi rawat inap di Puskesmas rawat inap termasuk kategori ....
- a. Pemberian Makan
  - b. Edukasi gizi
  - c. Konseling gizi
  - d. Koordinasi asuhan gizi
5. Pada outcome dari monitoring dan evaluasi, yang tidak perlu dimasukkan yaitu ....
- a. Pengukuran antropometri
  - b. Data riwayat gizi
  - c. Data klinis/ fisik
  - d. Data personal

## Kunci Jawaban Tes Formatif

---

1. A

2. C

3. B

4. A

5. D

## Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas*: 2018

## Materi 2: Public/Problem Health Indicator (PHI)

---

*Public Health Indicator (PHI)* merupakan suatu indikator yang menunjukkan suatu masalah kesehatan termasuk masalah kesehatan masyarakat. Suatu masalah kesehatan akan dikelompokkan menjadi masalah kesehatan masyarakat atau bukan berdasarkan indikator masalah kesehatan masyarakat atau yang disebut dengan Public Health Indicator (PHI).

- PHI :
  - 1) Gizi Kurang
  - 2) Gizi Lebih
  - 3) GAKI
  - 4) Anemia
  - 5) KVA

Jika ditemukan suatu masalah gizi namun PHI tidak ditemukan maka bisa menggunakan data *Trigger Level*. Misal Prevalensi diare di Indonesia. Bisa diambil data prevalensi nasional

1. Gizi Kurang

### Batasan masalah kesehatan masyarakat (Wasting, Underweight & Stunting)

Indikator	Prevalensi <i>Cut Off</i> untuk PHI
<i>Underweight*</i>	< 10 % : Prevalensi rendah 10-19% : Prevalensi sedang 20-29% : Prevalensi tinggi ≥30% : Prevalensi sangat tinggi
<i>Stunting**</i>	< 20 % : Prevalensi rendah 20-29% : Prevalensi sedang 30-39% : Prevalensi tinggi ≥40% : Prevalensi sangat tinggi
<i>Wasting***</i>	< 5 % : Dapat diterima ( <i>Acceptable</i> ) 5-9% : Buruk ( <i>Poor</i> ) 10-14% : Serius ( <i>Serious</i> ) ≥15% : Bahaya/ Kritis ( <i>Critical</i> )

Sumber : WHO, 1995 dalam Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicator : Interpretation Guide, WHO, 2010

*\*Underweight* : Indikator BB/U z score <-2 SD dari median standar WHO ANTHRO 2005

*\*\* Stunting* : Indikator TB/U z score <-2 SD dari median standar WHO ANTHRO 2005

*\*\*\*Wasting* : Indikator BB/TB z score <-2 SD dari median standar WHO ANTHRO 2005

*Catatan :*

1. Jika ditemukan satu kasus gizi buruk disuatu wilayah, maka diperlakukan sebagai kejadian luar biasa (KLB) (Kemenkes, 2017).
2. Bayi baru lahir dikatakan mengalami stunting jika panjang badan bayi < 48 cm (PMK No. 39 tahun 2016 tentang PISPK).

2. Gizi lebih

Suatu populasi dikatakan mengalami masalah gizi lebih apabila terdapat >10% penduduk/populasinya mengalami gizi lebih/obesitas.

3. Berat badan lahir rendah (BBLR)

Pada tingkat populasi, proporsi bayi dengan BBLR merupakan indikator suatu masalah kesehatan masyarakat yang multifaktor seperti malnutrisi jangka panjang pada ibu, kesehatan yang buruk, berkerja berat dan perawatan kesehatan yang buruk selama kehamilan. WHO mendefinisikan BBLR <2500 gram (2,5 kg). Triger level BBLR dikatakan sebagai masalah kesehatan masyarakat jika prevalensi BBLR >15% (WHO, 2004 dalam Ridwan 2006)

4. Konsumsi zat gizi tingkat Rumah Tangga

Penilaian konsumsi zat gizi tingkat Rumah Tangga biasanya dibandingkan dengan AKG yang digunakan di Indonesia. Untuk saat ini AKG yang digunakan adalah AKG berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan RI N0.75 tahun 2013 tentang Angka Kecukupan Gizi yang dianjurkan bagi Bangsa Indonesia. Indikator konsumsinya adalah konsumsi zat gizi baik itu energi maupun protein harus mencapao 70% AKG. Triger level konsumsi zat gizi dikatakan kurang apabila sebanyak 30% konsumsi zat gizi rumah tangga <70% AKG (Pedoman Surveilans Gizi)

5. Malnutrisi pada dewasa

Batasan masalah kesehatan masyarakat untuk malnutrisi pada dewasa

Indikator	Prevalensi <i>Cut Off</i> untuk PHI
<i>Dewasa BMI &lt; 18,5 (Underweight)</i>	< 5-9 % : Prevalensi rendah (Tanda peringatan, membutuhkan monitoring)
	10-19% : Prevalensi sedang (situasi buruk)
	20-39% : Prevalensi tinggi (situasi serius)
	≥40% : Prevalensi sangat tinggi (situasi kritis)

Sumber : WHO, 1995 dalam Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicator : Interpretation Guide, WHO, 2010

Selanjutnya suatu populasi dikatakan mengalami masalah gizi lebih (IMT >25 kg/m<sup>2</sup>) apabila terdapat >10% penduduk/populasinya mengalami gizi lebih/obesitas

6. Garam beryodium

WHO, 2010 menuliskan bahwa setidaknya penggunaan garam beryodium (dengan kandungan yodium cukup) dalam tingkat rumah tangga harus lebih dari 90%

Indikator untuk kekurangan yodium disuatu populasi dapat diklasifikasikan sebagai berat/ringan kekurangan yodium pada masalah kesehatan masyarakat

Indikator	Sasaran Populasi	Klasifikasi Kekurangan Yodium			
		Tidak ada	Rendah	Sedang	Tinggi
Goiter (%)	Anak usia sekolah	<5	5 – 19.9	20 – 29.9	≥30
Volume thyroid >97 persentil dengan ultrasound (%)	Anak usia sekolah	<5	5 – 19.9	20 – 29.9	≥30
Rata-rata iodin dalam urine (µ/L)	Anak usia sekolah	≥100	50 – 99	20 – 49	<20
TSH >5 mU/L dalam darah (whole blood)	Neonatus	<3	3 – 19.9	20 – 39.9	≥40

7. Anemia

PHI anemia zat gizi besi dapat dilihat dari kurangnya kadar hemoglobin dan hematokrit dalam tubuh. Usulan dari *Public Health Significance of Anemia* pada populasi berdasarkan prevalensi perkiraan level Hemoglobin dan Hematokrit, sebagai berikut:

Indikator	Prevalensi PHI Anemia
Anemia	<4,9 : Tidak termasuk masalah gizi masyarakat
	5,0 – 19,9 : Masalah kesehatan masyarakat tingkat ringan
	20,0 – 39,9 : Masalah kesehatan masyarakat tingkat sedang
	≥40,0 : Masalah kesehatan masyarakat tingkat berat

Sumber : WHO, 2008 dalam dalam Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicator : Interpretation Guide, WHO, 2010)

8. Kekurangan vitamin A (KVA)

Nilai cut off point batasan masalah kesehatan masyarakat untuk defisiensi vitamin A

Indikator	Prevalensi (%)
Serum atau retinol plasma <0,70 µmol/l pada anak usia prasekolah	≤1,9% : Tidak ada masalah kesehatan masyarakat
	≥2% - <10% : Ringan
	≥10% - <20% : Sedang
	≥20% : Berat
- Wanita Usia Subur (WUS) Rabun senja (XN) saat hamil	≥5.0 : Sedang (moderate)

Sumber : WHO, 2009 dalam Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicator : Interpretation Guide, WHO, 2010)

Penentuan Masalah Kesehatan Masyarakat (KVA)

Indikator yang digunakan	Prevalensi (%)
Plasma vitamin A ≥ 10 µg/dl	≥5%
Liver vitamin A ≥ 5 µg/dl	≥5%

Sumber : *Penilaian Status Gizi, 2017*

## 9. Penyakit Cacangan

Klasifikasi prevalensi penyakit cacangan dapat dilihat pada tabel

<b>Kategori Prevalensi</b>	<b>Prevalensi (%)</b>
Tinggi	$\geq 50$
Sedang	$\geq 20\% - < 50\%$
Rendah	$< 20\%$

Sumber : PMK No. 15 Tahun 2017

## Rangkuman

---

*Public Health Indicator* (PHI) merupakan suatu indikator yang menunjukkan suatu masalah kesehatan termasuk masalah kesehatan masyarakat. Suatu masalah kesehatan akan dikelompokkan menjadi masalah kesehatan masyarakat atau bukan berdasarkan indikator masalah kesehatan masyarakat atau yang disebut dengan *Public Health Indicator* (PHI).

- PHI :
  - 1) Gizi Kurang
  - 2) Gizi Lebih
  - 3) GAKI
  - 4) Anemia
  - 5) KVA

Jika ditemukan suatu masalah gizi namun PHI tidak ditemukan maka bisa menggunakan data *Trigger Level*. Misal Prevalensi diare di Indonesia. Bisa diambil data prevalensi nasional

## Tes Formatif

---

Pilihlah jawaban A,B,C dan D yang dianggap benar!

1. Suatu indikator yang menunjukkan suatu masalah kesehatan termasuk masalah kesehatan masyarakat disebut ....
  - a. HPI

- b. PHI
  - c. WHO
  - d. HIP
2. Jika masalah underweight di masyarakat sebesar 25% berdasarkan PHI termasuk kategori ...
- a. Prevalensi rendah
  - b. Prevalensi sedang
  - c. Prevalensi tinggi
  - d. Prevalensi sangat tinggi
3. Triger level BBLR dikatakan bermasalah apabila prevalensinya BBLR sebesar ....
- a. >10%
  - b. >15%
  - c. >20%
  - d. >25%
4. Triger level Gizi lebih dikatakan bermasalah apabila prevalensinya sebesar ....
- a. >10%
  - b. >15%
  - c. >20%
  - d. >25%
5. Triger level konsumsi zat gizi kurang apabila prevalensinya sebesar ....
- a. 10%
  - b. 20%
  - c. 30%
  - d. 40%

## Kunci Jawaban Tes Formatif

---

- 1. B
- 2. C
- 3. B

4. A
5. C

## Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas*: 2018

## Materi 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.

Dampak Anemia :

1. Daya tahan tubuh menurun
2. Meningkatkan terjadinya infeksi
3. Kinerja otak menurun
4. Prestasi menurun
5. Kebugaran menurun

### Proses Asuhan Gizi pada Remaja Putri Anemia Gizi Besi

#### Pengkajian (P)

##### 1. Antropometri:

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

## 2. Laboratorium:

Prevalensi/proporsi anemia pada remaja putri

## 3. Fisik/klinis: -

## 4. 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
- Ketersediaan dan distribusi TTD remaja putri
- 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

## 5. Riwayat Klien:

- Prevalensi/proporsi remaja putri yang telah menstruasi
- Prevalensi/proporsi keluarga dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
- Kondisi geografis, akses ke Posyandu Remaja atau fasilitas pelayanan kesehatan
- Dukungan sosial, budaya, psikologis, agama dan kebijakan

## 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 2017 (P) berkaitan dengan rendahnya konsumsi sumber protein hewani (E) ditandai dengan prevalensi/proporsi asupan protein < 80% AKG sebesar 38%.

**Intervensi (I)**

**Tujuan Intervensi:**

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

**Pemberian makan:**

- Penyediaan dan pemberian makanan sumber 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
- Merujuk remaja putri dengan gejala anemia ke fasilitas pelayanan kesehatan

**Monitoring Evaluasi (ME)**

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:

- Jumlah/proporsi remaja putri yang mengalami kenaikan kadar Hb dan remaja putri yang tidak mengalami kenaikan kadar Hb setelah intervensi
- Cakupan pemberian TTD, cakupan remaja putri yang mengonsumsi TTD, melakukan *cross check* jumlah TTD yang didistribusikan dengan jumlah remaja putri yang mendapat TTD
- 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)

#### 1. Antropometri:

Hasil perhitungan IMT/U untuk melihat status gizi remaja putri

#### 2. Laboratorium:

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

#### 3. Fisik/klinis :

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

#### 4. 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

#### 5. Riwayat Klien:

Usia, riwayat penyakit, faktor lingkungan dan faktor sosio ekonomi

### Diagnosis (D)

#### Contoh diagnosis gizi:

Asupan protein dan zat besi tidak adekuat (**P**) berkaitan dengan rendahnya asupan sumber protein hewani dan kurangnya pengetahuan (**E**) ditandai asupan protein < 70% dari kebutuhan, asupan zat besi kurang dari AKG, kadar Hb < 12 g/dl, kurang konsentrasi dan gejala 5 L (**S**).

### Intervensi (I)

**Tujuan Intervensi:**

Meningkatkan asupan protein dan zat besi yang adekuat

**Pemberian makan:**

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. 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 rutin, kemungkinan anemia disebabkan oleh faktor lain.

**Rangkuman**

---

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.

Dampak Anemia :

1. Daya tahan tubuh menurun
2. Meningkatkan terjadinya infeksi
3. Kinerja otak menurun
4. Prestasi menurun
5. Kebugaran menurun

## Tes Formatif

---

Pilihlah jawaban A,B,C dan D yang dianggap benar!

1. Salah satu dampak dari anemia adalah ....
  - a. Meningkatkan prestasi
  - b. Memperkuat daya tubuh
  - c. Meningkatkan infeksi
  - d. Meningkatkan kinerja otak
2. Meningkatkan asupan protein dan zat besi yang adekuat merupakan tujuan dari ...
  - a. Tujuan pengkajian
  - b. Tujuan diagnosa
  - c. Tujuan intervensi
  - d. Tujuan monitoring dan evaluasi
3. Rendahnya asupan sayuran dan buah-buahan , termasuk dalam ....
  - a. Problem diagnosa gizi
  - b. Etiologi diagnosa gizi
  - c. Sign diagnosa gizi
  - d. Symptom diagnosa gizi

4. Data IMT/U masuk kedalam pengkajian gizi bagian ...
  - a. Antropometri
  - b. Biokimia
  - c. Fisik/klinis
  - d. Riwayat gizi
5. Merujuk remaja putri dengan gejala anemia ke fasilitas pelayanan kesehatan termasuk bagian intervensi gizi bagian ...
  - a. Tujuan intervensi
  - b. Pemberian makan
  - c. Edukasi/konseling gizi
  - d. Koordinasi asuhan gizi

### Kunci Jawaban Tes Formatif

---

1. C
2. C
3. B
4. A
5. D

## Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas*: 2018

Ibu hamil merupakan salah satu kelompok rawan kekurangan gizi, karena terjadi peningkatan kebutuhan gizi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin yang dikandung. Pola makan yang salah pada ibu hamil membawa dampak terhadap terjadinya gangguan gizi antara lain anemia, penambahan berat badan yang kurang pada ibu hamil dan gangguan pertumbuhan janin.

Salah satu masalah gizi yang banyak terjadi pada ibu hamil adalah anemia gizi, yang merupakan masalah gizi mikro terbesar dan tersulit diatasi di seluruh dunia.

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa terdapat 52% ibu hamil mengalami anemia di negara berkembang. Di Indonesia (Susenas dan Survei Depkes-Unicef) dilaporkan bahwa dari sekitar 4 juta ibu hamil, separuhnya mengalami anemia gizi dan satu juta lainnya mengalami kekurangan energi kronis. Anemia sering terjadi akibat defisiensi zat besi karena pada ibu hamil terjadi peningkatan kebutuhan zat besi dua kali lipat akibat peningkatan volume darah tanpa ekspansi volume plasma, untuk memenuhi kebutuhan ibu (mencegah kehilangan darah pada saat melahirkan) dan pertumbuhan janin.

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 4.12 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.

## Pengkajian (P)

### 1. 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

### 2.Laboratorium:

Prevalensi/proporsi ibu hamil anemia

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

**Tabel 4.13 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

### 3.Fisik/Klinis: -

### 4. 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

### **5. 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.

### **Diagnosa gizi**

#### **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)
- Perencanaan kebutuhan dan distribusi TTD ibu hamil yang kurang tepat

### **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 2017 (**P**) berkaitan dengan rendahnya asupan protein hewani sebagai sumber zat besi dan rendahnya konsumsi TTD (**E**) ditandai dengan proporsi ibu hamil dengan asupan protein hewani sebagai sumber zat besi < 70% AKG sebesar 70% dan cakupan konsumsi TTD sebesar < 60% (**S**).

### **Intervensi**

Tujuan intervensi:

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

Pemberian makan:

- Konsumsi TTD sesuai anjuran

### **Edukasi berupa:**

- Penyuluhan tentang gizi pada 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 kecacingan

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

Prevalensi/proporsi anemia pada ibu hamil pasca intervensi

- Cakupan ibu hamil anemia yang mendapat TTD
- Kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD
- Cakupan ANC
- Perencanaan kebutuhan dan distribusi TTD ibu hamil
- Terselenggaranya penyuluhan tentang anemia pada ibu hamil serta manfaat TTD pada saat kelas ibu atau kunjungan 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)

### 1. Antropometri:

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

### 2. Laboratorium:

- 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 dan keterangan dari dokter yang memeriksa)

### 3. Fisik/Klinis:

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

### 4. 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

### 5. 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:

- 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 ( $\geq 11$  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 diberi 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.*

**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, kemungkinan anemia disebabkan oleh faktor lain.

### 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 PMT
- 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
- 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 PMT

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 PMT 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 kaloripada ibu hamil

\_ Rendahnya asupan protein pada ibu hamil

Contoh diagnosa gizi

Tingginya pravelensi/proporsi ibu hamil KEK di wilayah (P) dikaitkan ketersediaan pangan 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:

- Pemberian PMT pemulihan kepada ibu hamil KEK baik pada 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

<p>untuk pemantauan status gizi ibu hamil KEK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan ketersediaan pangan melalui upaya pemanfaatan pekarangan bekerja sama dengan penyuluh pertanian setempat</li> <li>- Menjaga kebersihan perumahan dan sanitasi lingkungan bekerjasama dengan pimpinan kecamatan/desa</li> </ul>
<p>pelayanan kesehatan (ANC rutin) saat kunjungan di Puskesmas, Posyandu, pada pertemuan kelompok pendukung, kelas ibu balita, dll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyediaan sarana KIE berupa poster, leaflet dan brosur</li> </ul> <p>Koordinasi Asuhan Gizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merujuk ibu hamil KEK ke fasilitas pelayanan kesehatan dan berkoordinasi dengan bidan penanggung jawab wilayah untuk pemantauan status gizi ibu hamil KEK</li> <li>- Meningkatkan ketersediaan pangan melalui upaya pemanfaatan pekarangan bekerja sama dengan penyuluh pertanian setempat</li> <li>- Menjaga kebersihan perumahan dan sanitasi lingkungan bekerjasama dengan pimpinan kecamatan/desa</li> </ul>
<p><b>Monitoring Evaluasi (ME)</b></p>
<p>Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jumlah/proporsi ibu hamil KEK setelah intervensi</li> <li>- Jumlah/proporsi ibu hamil KEK yang mengalami kenaikan berat badan</li> <li>- Cakupan ibu hamil KEK yang mendapat PMT</li> <li>- Cakupan ANC</li> <li>- Terselenggaranya penyuluhan bagi ibu hamil terkait gizi dan kesehatan</li> </ul>

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)

#### 1. Antropometri:

- Jika pengukuran LiLA < 23,5 cm maka ibu hamil dikatakan berisiko KEK
- Jika pada trimester I IMT ibu hamil < 18,5 kg/m<sup>2</sup> maka dikatakan ibu hamil KEK
- Penambahan berat badan selama hamil

#### 2. Laboratorium:

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

#### 3. Fisik/klinis:

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

#### 4. 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.

#### 5. 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:

1. Malnutrisi pada ibu hamil (KEK) (P) berkaitan dengan riwayat KEK sebelum hamil dan pengetahuan tentang makanan gizi seimbang yang kurang (E) ditandai dengan IMT sebelum hamil  $< 17$ , LiLA  $< 23,5$  cm dan asupan energi  $< 70\%$  AKG (S).
2. Malnutrisi pada ibu hamil (KEK) (P) berkaitan dengan kondisi hiperemesis gravidarum (E) ditandai dengan IMT Trimester I  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup>, mual, muntah dan asupan energi  $< 70\%$  AKG (S).

#### Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Meningkatkan asupan makanan sehingga mencapai kenaikan berat badan sesuai dengan status gizi ibu hamil KEK

Pemberian Makan:

- 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 (cm) – 100) – 10% (TB – 100)

- Suplementasi Gizi: Pemberian Makanan Tambahan bagi ibu hamil KEK selama minimal 90 hari (PMT Pemulihan). PMT yang dilaksanakan dapat berupa PMT 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 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 bila ditemukan gejala penyakit penyerta
- 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 PMT
- 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 asuhan 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 ibu hamil KEK dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut

## Rangkuman

---

Ibu hamil merupakan salah satu kelompok rawan kekurangan gizi, karena terjadi peningkatan kebutuhan gizi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin yang dikandung. Pola makan yang salah pada ibu hamil membawa dampak terhadap terjadinya gangguan gizi antara lain anemia, penambahan berat badan yang kurang pada ibu hamil dan gangguan pertumbuhan janin.

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa terdapat 52% ibu hamil mengalami anemia di negara berkembang. Di Indonesia (Susenas dan Survei Depkes-Unicef) dilaporkan bahwa dari sekitar 4 juta ibu hamil, separuhnya mengalami anemia gizi dan satu juta lainnya mengalami kekurangan energi kronis. Anemia sering terjadi akibat defisiensi zat besi karena pada ibu hamil terjadi peningkatan kebutuhan zat besi dua kali lipat akibat peningkatan volume darah tanpa ekspansi volume plasma, untuk memenuhi kebutuhan ibu (mencegah kehilangan darah pada saat melahirkan) dan pertumbuhan janin.

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.

Kurang Energi Kronik (KEK) adalah kurangnya asupan energi berlangsung lama. Pada ibu hamil KEK merupakan keadaan ibu hamil menderita kekurangan energi yang berlangsung menahun sehingga menimbulkan gangguan kesehatan.

#### Tes Formatif

---

1. .Pemeriksaan kadar Hb dalam darah dilakukan dengan menggunakan....
  - a. Omron
  - b. Jarum suntik
  - c. metode Cyanmethemoglobin
  - d. COD
  
2. BB, TB dan Lingkar lengan Atas (LiLA), untuk memantau status gizi ibu hamil anemia, termasuk dalam kategori...
  - a. Pengkajian
  - b. Intervensi
  - c. Diagnosa
  - d. Monitoring dan Evaluasi
  
3. Anemia sering terjadi akibat defisiensi ....
  - a. Kalsium
  - b. Zat besi
  - c. Kalium
  - d. Fosfor
  
4. Jika pengukuran LiLA < 23,5 cm maka ibu hamil dikatakan..
  - a. Beresiko obesitas
  - b. Hipertensi
  - c. Hipoglikemia
  - d. Beresiko KEK
  
5. Pemeriksaan Hb untuk mengetahui apakah ibu hamil mengalami anemia serta kemungkinan adanya penyakit penyerta lainnya yang memungkinkan terjadinya KEK pada ibu hamil, merupakan hasil...

- a. Laboratorium
- b. Fisik/klinis
- c. Antropometri
- d. Riwayat Klien

#### Kunci Jawaban Tes Formatif

---

1. C

2. A

3. B

4. D

5. A

#### Daftar pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas*: 2018

<https://media.neliti.com/media/publications/219937-pemberian-zat-besi-fe-dalam-kehamilan.pdf>

Ibu hamil merupakan salah satu kelompok rawan kekurangan gizi, karena terjadi peningkatan kebutuhan gizi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin yang dikandung. Pola makan yang salah pada ibu hamil membawa dampak terhadap terjadinya gangguan gizi antara lain anemia, penambahan berat badan yang kurang pada ibu hamil dan gangguan pertumbuhan janin.

Salah satu masalah gizi yang banyak terjadi pada ibu hamil adalah anemia gizi, yang merupakan masalah gizi mikro terbesar dan tersulit diatasi di seluruh dunia.

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa terdapat 52% ibu hamil mengalami anemia di negara berkembang. Di Indonesia (Susenas dan Survei Depkes-Unicef) dilaporkan bahwa dari sekitar 4 juta ibu hamil, separuhnya mengalami anemia gizi dan satu juta lainnya mengalami kekurangan energi kronis. Anemia sering terjadi akibat defisiensi zat besi karena pada ibu hamil terjadi peningkatan kebutuhan zat besi dua kali lipat akibat peningkatan volume darah tanpa ekspansi volume plasma, untuk memenuhi kebutuhan ibu (mencegah kehilangan darah pada saat melahirkan) dan pertumbuhan janin.

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 4.12 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.

## Pengkajian (P)

### 1. 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

### 2.Laboratorium:

Prevalensi/proporsi ibu hamil anemia

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

**Tabel 4.13 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

### 3.Fisik/Klinis: -

### 4. 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

#### **5. 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.

### **Diagnosa**

#### **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)
- Perencanaan kebutuhan dan distribusi TTD ibu hamil yang kurang tepat

### **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 2017 (**P**) berkaitan dengan rendahnya asupan protein hewani sebagai sumber zat besi dan rendahnya konsumsi TTD (**E**) ditandai dengan proporsi ibu hamil dengan asupan protein hewani sebagai sumber zat besi < 70% AKG sebesar 70% dan cakupan konsumsi TTD sebesar < 60% (**S**).

## **Intervensi**

Tujuan intervensi:

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

Pemberian makan:

- Konsumsi TTD sesuai anjuran

### **Edukasi berupa:**

- Penyuluhan tentang gizi pada 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 kecacingan

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

Prevalensi/proporsi anemia pada ibu hamil pasca intervensi

- Cakupan ibu hamil anemia yang mendapat TTD
- Kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi TTD
- Cakupan ANC
- Perencanaan kebutuhan dan distribusi TTD ibu hamil
- Terselenggaranya penyuluhan tentang anemia pada ibu hamil serta manfaat TTD pada saat kelas ibu atau kunjungan 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)

### 3. Antropometri:

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

### 4. Laboratorium:

- 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 dan keterangan dari dokter yang memeriksa)

### 6. Fisik/Klinis:

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

### 7. 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

### 8. 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:

- 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 ( $\geq 11$  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 diberi 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.*

**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, kemungkinan anemia disebabkan oleh faktor lain.

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

#### Pengkajian (P)

##### 3. Antropometri:

Melihat prevalensi/proporsi:

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

##### 4. Laboratorium: -

##### 6. Fisik/klinis: -

##### 7. Riwayat Gizi:

- Survei konsumsi ibu hamil

- Hasil gambaran konsumsi (food recall) pada ibu hamil KEK
- Cakupan ibu hamil KEK mendapat PMT
- 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

**8. 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
- 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 PMT

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 PMT 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 kaloripada ibu hamil

\_ Rendahnya asupan protein pada ibu hamil

Contoh diagnosa gizi

Tingginya pravelensi/proporsi ibu hamil KEK di wilayah (P) dikaitkan ketersediaan pangan 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:

- Pemberian PMT pemulihan kepada ibu hamil KEK baik pada 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

- 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 PMT
  - Cakupan ANC
  - Terselenggaranya penyuluhan bagi ibu hamil terkait gizi dan kesehatan

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)

#### 5. Antropometri:

- Jika pengukuran LiLA < 23,5 cm maka ibu hamil dikatakan berisiko KEK
- Jika pada trimester I IMT ibu hamil < 18,5 kg/m<sup>2</sup> maka dikatakan ibu hamil KEK
- Penambahan berat badan selama hamil

#### 6. Laboratorium:

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

#### 7. Fisik/klinis:

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

#### 8. 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.

#### 5. 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:

3. Malnutrisi pada ibu hamil (KEK) (P) berkaitan dengan riwayat KEK sebelum hamil dan pengetahuan tentang makanan gizi seimbang yang kurang (E) ditandai dengan IMT sebelum hamil  $< 17$ , LiLA  $< 23,5$  cm dan asupan energi  $< 70\%$  AKG (S).
4. Malnutrisi pada ibu hamil (KEK) (P) berkaitan dengan kondisi hiperemesis gravidarum (E) ditandai dengan IMT Trimester I  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup>, mual, muntah dan asupan energi  $< 70\%$  AKG (S).

#### Intervensi (I)

Tujuan intervensi:

Meningkatkan asupan makanan sehingga mencapai kenaikan berat badan sesuai dengan status gizi ibu hamil KEK

Pemberian Makan:

- 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 (cm) – 100) – 10% (TB – 100)

- Suplementasi Gizi: Pemberian Makanan Tambahan bagi ibu hamil KEK selama minimal 90 hari (PMT Pemulihan). PMT yang dilaksanakan dapat berupa PMT 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 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 bila ditemukan gejala penyakit penyerta
- 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 PMT
- 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 asuhan 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 ibu hamil KEK dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut

## Rangkuman

---

Ibu hamil merupakan salah satu kelompok rawan kekurangan gizi, karena terjadi peningkatan kebutuhan gizi untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janin yang dikandung. Pola makan yang salah pada ibu hamil membawa dampak terhadap terjadinya gangguan gizi antara lain anemia, penambahan berat badan yang kurang pada ibu hamil dan gangguan pertumbuhan janin.

World Health Organization (WHO) melaporkan bahwa terdapat 52% ibu hamil mengalami anemia di negara berkembang. Di Indonesia (Susenas dan Survei Depkes-Unicef) dilaporkan bahwa dari sekitar 4 juta ibu hamil, separuhnya mengalami anemia gizi dan satu juta lainnya mengalami kekurangan energi kronis. Anemia sering terjadi akibat defisiensi zat besi karena pada ibu hamil terjadi peningkatan kebutuhan zat besi dua kali lipat akibat peningkatan volume darah tanpa ekspansi volume plasma, untuk memenuhi kebutuhan ibu (mencegah kehilangan darah pada saat melahirkan) dan pertumbuhan janin.

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.

Kurang Energi Kronik (KEK) adalah kurangnya asupan energi berlangsung lama. Pada ibu hamil KEK merupakan keadaan ibu hamil menderita kekurangan energi yang berlangsung menahun sehingga menimbulkan gangguan kesehatan.

1. .Pemeriksaan kadar Hb dalam darah dilakukan dengan menggunakan....
  - a. Omron
  - b. Jarum suntik
  - c. metode Cyanmethemoglobin
  - d. COD
  
2. BB, TB dan Lingkar lengan Atas (LiLA), untuk memantau status gizi ibu hamil anemia, termasuk dalam kategori...
  - a. Pengkajian
  - b. Intervensi
  - c. Diagnosa
  - d. Monitoring dan Evaluasi
  
3. Anemia sering terjadi akibat defisiensi ....
  - a. Kalsium
  - b. Zat besi
  - c. Kalium
  - d. Fosfor
  
4. Jika pengukuran LiLA  $< 23,5$  cm maka ibu hamil dikatakan..
  - a. Beresiko obesitas
  - b. Hipertensi
  - c. Hipoglikemia
  - d. Beresiko KEK
  
5. Pemeriksaan Hb untuk mengetahui apakah ibu hamil mengalami anemia serta kemungkinan adanya penyakit penyerta lainnya yang memungkinkan terjadinya KEK pada ibu hamil, merupakan hasil...
  - a. Laboratorium
  - b. Fisik/klinis
  - c. Antropometri
  - d. Riwayat Klien

## Kunci Jawaban Tes Formatif

---

1. C
2. A
3. B
4. D
5. A

### Daftar pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas: 2018*  
<https://media.neliti.com/media/publications/219937-pemberian-zat-besi-fe-dalam-kehamilan.pdf>

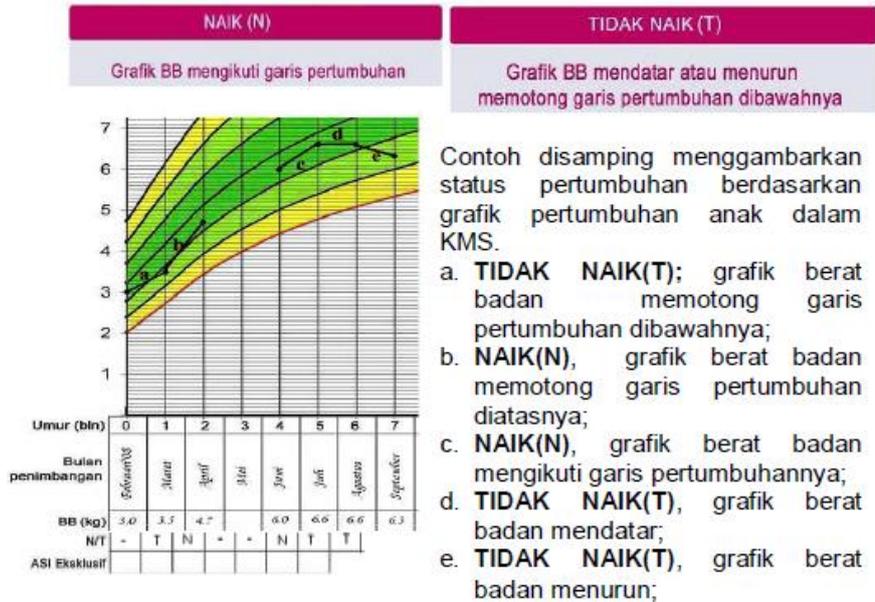
Proses asuhan gizi bertujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dan gizi dengan sasaran individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pengkajian, Diagnosis, Intervensi dan Monitoring dan Evaluasi (PDIME) Gizi pada individu dalam konteks 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. Proses Asuhan Gizi pada Masalah Pemantauan Pertumbuhan, Status Gizi dan Penyakit Tidak Menular (PTM)**

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 petugas kesehatan dengan melihat status gizinya. Balita harus dirujuk apabila dari hasil konfirmasi status gizi anak berada  $< - 2 \text{ SD}$  atau  $> + 2 \text{ SD}$ . Penggolongan status gizi balita berdasarkan indeks antropometri sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi 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	Gizi Buruk
- 3 SD sd <- 2 SD	Gizi Kurang ( <i>underweight</i> )
-2 SD sd +2 SD	Gizi Baik
>+ 2 SD	Gizi 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 ( <i>severely stunted</i> )
- 3 SD sd <- 2 SD	Pendek ( <i>stunted</i> )
-2 SD sd +2 SD	Normal
> + 2 SD	Tinggi ( <i>tall</i> )

**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	Sangat Kurus
- 3 SD sd <- 2 SD	Kurus
-2 SD sd +2 SD	Normal
> + 2 SD	Gemuk

**Tabel 4.4. Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) Anak Usia 0-60 Bulan**

<b>Ambang Batas</b>	<b>Kategori Status Gizi</b>
<-3 SD	Sangat Kurus
- 3 SD sd <- 2 SD	Kurus
-2 SD sd +2 SD	Normal
> + 2 SD	Gemuk

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

<b>Status Gizi</b>	<b>Kategori</b>	<b>IMT</b>
Sangat Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	<-3 SD
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat ringan	- 3 SD sd <- 2 SD
Normal		-2 SD sd +1 SD
Gemuk ( <i>Overweight</i> )	Kelebihan berat badan tingkat ringan	+1 SD sd +2 SD
Obese	Kelebihan berat badan tingkat berat	> + 2 SD

Selain masalah gizi kurang yang berdampak terhadap terjadinya balita *wasting* dan *stunting*, masalah gizi lebih dan obes 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 Penyakit Tidak Menular (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 Pra-Hamil**

IMT Pra Hamil (kg/m <sup>2</sup> )	Kenaikan BB Total Selama Kehamilan (kg)	Laju Kenaikan BB pada Trimester II dan III (Rentang Rerata kg/minggu)
Gizi kurang/KEK (<18,5)	12,71 - 18,16	0,45 (0,45-0,59)
Normal (18,5-24,9)	11,35 - 15,89	0,45 (0,36 - 0,45)
Kelebihan BB (25,0 - 29,9)	6,81 - 11,35	0,27 (0,23 - 0,32)
Obes ( $\geq 30,0$ )	4,99 - 9,08	0,23 (0,18 - 0,27)

Sumber: *Institute of Medicine (IOM, 2009*

Indeks Massa Tubuh (IMT) digunakan untuk menentukan status 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 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 ( <i>Overweight</i> )	Kelebihan berat badan tingkat ringan	> 25,0 - 27,0
Obese	Kelebihan berat badan tingkat berat	> 27,0

Berikut ini beberapa **Proses Asuhan Gizi** terkait pemantauan pertumbuhan, status gizi serta penyakit tidak menular 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**. Intervensi yang akan dilakukan disesuaikan dengan hasil diagnosis. Intervensi dapat berupa pemberian makanan, edukasi, konseling dan koordinasi asuhan gizi.

### 1. Proses Asuhan Gizi pada Balita Gizi Kurang dan Gizi Buruk, Kurus dan Sangat Kurus

#### Pengkajian (P)

##### 1. Antropometri:

- Melihat prevalensi/proporsi (%) balita dengan:
  - Balita gizi kurang (BB/U -3 SD sd < -2 SD)
  - Balita gizi buruk (BB/U < -3 SD)
  - Balita kurus (BB/TB -3 SD sd < -2 SD)
  - Balita sangat kurus (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
  - Tidak naik berat badannya dua kali berturut-turut (2T)

- Pastikan balita **BGM** dan **2T** yang dirujuk dari Posyandu dilakukan konfirmasi oleh tenaga kesehatan untuk melihat adanya masalah status gizi atau tidak (normal)
- Bila ditemukan balita **BGM** atau **2T** yang setelah dikonfirmasi didapatkan hasil status gizinya (BB/TB) normal, maka intervensi dilakukan untuk mencegah balita tersebut jatuh ke status

- Cakupan N/D

Jika tersedia data prevalensi balita kurus, 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/U (WHO)**

Nilai batas prevalensi untuk signifikansi masalah kesehatan masyarakat	Kategori
< 10 %	Prevalensi rendah
10-19 %	Prevalensi sedang
20-29 %	Prevalensi tinggi
≥ 30 %	Prevalensi sangat tinggi

Sumber : WHO, 1995

**Tabel 4.9 Batasan Masalah Kesehatan Masyarakat untuk Balita Kurus dan Sangat Kurus (*Wasting*) Berdasarkan Indikator BB/TB (WHO)**

Nilai batas prevalensi untuk signifikansi masalah kesehatan masyarakat	Kategori
< 5 %	Dapat diterima ( <i>Acceptable</i> )
5-9 %	Buruk ( <i>Poor</i> )
10-14 %	Serius ( <i>Serious</i> )
≥ 15 %	Bahaya/kritis ( <i>Critical</i> )

Sumber : WHO, 1995

**2. Laboratorium: -**

**3. Fisik/Klinis: -**

**4. Riwayat gizi:**

- Survei konsumsi terkait Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) tingkat kabupaten/kota sebagai analog/gambaran
- Hasil gambaran konsumsi (*food recall*) pada 10 rumah tangga di sekitar wilayah kasus balita gizi buruk yang ditemukan
- Pola asuh, pengetahuan dan perilaku ibu dalam pemberian makanan
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan
- Cakupan pemberian kapsul Vitamin A
- Cakupan balita mendapat dan mengonsumsi PMT Pemulihan

- Ketersediaan PMT Pemulihan
- Ketersediaan Kapsul Vitamin A di Posyandu, Puskesmas, klinik bersalin dan RS

#### 5. Riwayat klien:

- Cakupan D/S
- Data yang terintegrasi dengan indikator Keluarga Sehat, antara lain:
  - Cakupan balita yang diimunisasi dasar lengkap
  - Prevalensi/proporsi keluarga dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
- Cakupan balita yang mendapatkan pelayanan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)
- Riwayat penyakit atau terjadinya wabah (diare, ISPA, 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 balita kurus dan sangat kurus di wilayah kerja Puskesmas ... Tahun .....

#### Etiologi (E):

- Kurangnya kesadaran dan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang pemberian makan yang kurang

tepat dan tidak menganggap balita kurus dan sangat kurus, sebagai masalah.

- Kebersihan lingkungan dan kebersihan terhadap anak serta
- 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
- Keterkaitan dengan riwayat kehamilan dan persalinan ibu ataupun riwayat penyakit pada balita. Petugas dapat mengacu pada buku KIA.
- Keterbatasan akses terhadap pemenuhan makanan termasuk PMT
- Kurangnya penerapan PHBS
- 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
- Balita tidak mengonsumsi PMT 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:**

- Asupan energi pada balita berdasarkan *recall* dibawah 60% dari kebutuhan
- Praktek pemberian makan balita tidak sesuai dengan kebutuhan baik dari segi bentuk, konsistensi, frekuensi dan jumlah
- 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
- Tingginya angka kesakitan pada balita dan balita mengalami penyakit yang berulang dalam jangka waktu pendek

**Contoh diagnosis gizi:**

Tingginya proporsi balita kurus di wilayah kerja Puskesmas A Tahun 2016 (**P**) berkaitan dengan keterbatasan akses terhadap pemenuhan makanan (**E**) ditandai dengan hasil survei terdapat proporsi balita kurus sebanyak 30% dan survei konsumsi asupan energi pada balita <70% AKG sebesar 60% (**S**).

**Intervensi (I)**

**Tujuan intervensi:**

- Menurunkan prevalensi/proporsi balita kurus dan sangat kurus dari ...% pada tahun... menjadi ...% pada tahun...
- Menurunkan kasus balita kurus dan sangat kurus dari... menjadi .... kasus selama ... bulan dan tidak ada kasus baru.

**Pemberian makan:**

- Pemberian formula (F75, F100) untuk kasus balita gizi buruk dengan komplikasi sesuai pedoman Tatalaksana Anak Gizi Buruk (TAGB)
- Pemberian formula 100 atau *Ready to Use Therapeutic Feeding* (RUTF) berbasis pangan lokal untuk kasus balita gizi buruk tanpa komplikasi
- PMT pemulihan kepada balita kurus, pemberian multimikronutrien (Taburia) jika tersedia
- Pemberian kapsul vitamin A pada kasus balita gizi buruk

**Edukasi gizi:**

- Penyuluhan kepada ibu balita tentang Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), manfaat suplementasi PMT dan vitamin A, PHBS, dan pemantauan pertumbuhan 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 kurus dan sangat kurus berdasarkan hasil konfirmasi ke Puskesmas/ Fasyankes lainnya
- Lintas Program:
  - Dokter puskesmas memastikan balita sakit mendapatkan pengobatan yang optimal

- Kasus balita gizi buruk dengan komplikasi mendapatkan perawatan sesuai pedoman Tatalaksana Anak Gizi Buruk oleh Tim Asuhan Gizi di Fasyankes, sedangkan kasus balita gizi buruk tanpa komplikasi mendapatkan perawatan di Pos Pemulihan Gizi Berbasis Masyarakat (PGBM)
  - Bidan/Pengelola program KIA dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan penyuluhan terkait PMBA, meningkatkan cakupan PMT dan kapsul Vitamin A
  - Pengelola program Kesehatan Lingkungan, Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit (P2P) terkait kebersihan lingkungan, pencegahan penyakit dan imunisasi
- Lintas Sektor:
- Meningkatkan ketersediaan pangan melalui upaya pemanfaatan pekarangan bekerja sama dengan penyuluh pertanian setempat
  - Menjaga kebersihan perumahan dan sanitasi lingkungan bekerjasama dengan pimpinan kecamatan/desa
  - Bekerjasama dengan lintas sektor untuk pemberdayaan keluarga yang kurang mampu, keikutsertaan dalam JKN-BPJS

### Monitoring Evaluasi (ME)

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memantau:

- Terselenggaranya penyuluhan tentang PMBA, manfaat suplementasi PMT dan vitamin A, PHBS, pentingnya balita dibawa ke Posyandu untuk memantau pertumbuhannya, dsb

- Memastikan ketersediaan PMT dan kapsul vitamin A
- Tersedianya sarana dan media KIE
- Pemantauan kenaikan berat badan setelah mendapat PMT pemulihan
- Laporan asupan makan, kondisi balita (keaktifan, nafsu makan, dll) dari pos PGBM dan orangtua balita kurus dan sangat kurus
- Cakupan balita kurus mendapat PMT pemulihan
- Cakupan kasus balita gizi buruk dengan komplikasi yang mendapatkan perawatan sesuai pedoman TAGB
- Cakupan kasus balita gizi buruk tanpa komplikasi yang mendapatkan perawatan di Pos PGBM
- Penurunan proporsi atau kasus balita kurus dan sangat kurus

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 gizi buruk dan kurus** yang dirujuk ke Puskesmas, maka dilakukan Proses Asuhan Gizi perseorangan sebagai berikut:

## Pengkajian (P)

### 1. Antropometri:

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

## **2. 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).

## **3. Fisik/Klinis:**

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

## **4. Riwayat Gizi:**

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

## **5. Riwayat Klien:**

Usia, jenis kelamin, etnis, cacat, riwayat penyakit pada pasien/keluarga, sosial ekonomi, 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):

- Balita gizi buruk
- Balita kurus

### Etiologi (E):

- Kurangnya kesadaran dan pengetahuan keluarga tentang pemenuhan gizi.
- Pemberian makan pada balita yang kurang tepat (jumlah, porsi, frekuensi, tekstur, variasi)
- 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.
- Keterbatasan akses terhadap pemenuhan makanan termasuk PMT pemulihan
- Kondisi sosial ekonomi dan budaya yang tidak mendukung
- Kurang dukungan keluarga pada ibu balita

**Sign/Symptom (S):**

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

**Tabel 4.10 Contoh Diagnosis Gizi**

No.	Problem (P)	Etiologi (E)	Sign/Symptom (S)
1.	Balita kurus	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.	Gizi buruk	berkaitan dengan kurangnya pengetahuan ibu tentang pola asuh yang baik serta keterbatasan daya beli makanan	yang ditandai oleh BB/U < -3 SD, kurang mendapat asupan makanan dengan 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:**

- 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 x 110-120 kkal**

**Usia 1 – 3 tahun : BBI x 100 kkal**

**Usia 4 – 5 tahun : BBI x 90 kkal**

Kemudian kebutuhan energi tersebut dijabarkan dalam perhitungan:

- Karbohidrat (55-65%),
- Protein (10-15%),
- Lemak: bayi (45-50% mengacu pada ASI), balita (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 (PMT pemulihan). PMT yang dilaksanakan dapat berupa PMT lokal padat kalori yang diolah di rumah tangga, maupun pabrikan yang mengacu pada Permenkes nomor 51/2016 tentang Standar Produk Supplementasi Gizi.

### **Edukasi gizi:**

Memberikan pengetahuan dan melatih keterampilan pada orang tua tentang:

- ASI Eksklusif, memberikan ASI 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 (jumlah porsi, tekstur dan variasi)
- Penggunaan bahan makanan yang beraneka ragam sesuai dengan ketersediaan dan daya beli
- Penyiapan dan pengolahan makanan
- Pemberian Makanan Tambahan bagi balita kurus

### **Konseling gizi:**

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

### **Koordinasi asuhan gizi:**

- Koordinasi dengan dokter terkait pemberian diet pasien dan jika memerlukan penanganan khusus
- Berkoordinasi dengan bidan penanggungjawab wilayah untuk melibatkan orangtua dalam kegiatan kelas ibu balita, dll
- Bila ibu masih menyusui dan terjadi masalah, dirujuk ke konselor menyusui
- Kerjasama dengan lintas sektor dalam pemberdayaan apabila keluarga berasal dari keluarga kurang mampu

## 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 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 (sangat kurus) maka penanganan Proses Asuhan Gizi perseorangan di Puskesmas adalah sebagai berikut:

## Pengkajian (P)

### 1. Antropometri:

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

## **2. 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).

## **3. Fisik/Klinis:**

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

## **4. Riwayat Gizi:**

- Asupan Balita
- Pola makan balita
- Kebiasaan makan sehari-hari
- Pemberian kapsul vitamin A
- Pola asuh
- Budaya (pantang makanan tertentu)
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan

## **5. Riwayat Klien:**

Usia, jenis kelamin, etnis, cacat/kelainan bawaan, riwayat imunisasi, riwayat penyakit 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)

### Etiologi (E):

- Kurangnya pengetahuan ibu tentang pemberian makan anak (jumlah, porsi, frekuensi, tekstur, variasi)
- 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.
- Keterbatasan akses terhadap pemenuhan makanan termasuk kapsul vitamin A
- Kondisi sosial ekonomi dan budaya yang tidak mendukung
- Kurang dukungan keluarga pada ibu balita

### Sign/Symptom (S):

Sesuai data dari pengkajian yang menjadi tanda dan gejala.

### Contoh:

- BB/TB < -3 SD, LiLA < 11,5 cm
- 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 :**

- Kasus Balita Gizi Buruk (**P**) berkaitan dengan kurangnya asupan makanan, rendahnya tingkat ekonomi dan pengetahuan ibu (**E**) yang ditandai BB/TB < - 3 SD, LiLA < 11,5 cm, 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**).
- Kasus Balita Gizi Buruk (**P**) berkaitan dengan riwayat berat badan lahir rendah (**E**) yang ditandai dengan BB/TB-PB < -3 SD, asupan hanya 40% dari kebutuhan, (**S**).

## **Intervensi (I)**

### **Tujuan intervensi:**

Memberikan asupan makanan yang adekuat secara bertahap untuk mencapai Berat Badan Ideal.

### **Pemberian makan:**

- **Kasus balita gizi buruk tanpa komplikasi (rawat jalan)**
  - Mendapat formula 100, *Ready to Use Therapeutic Food* (RUTF) (**jika tersedia**) atau berbasis pangan lokal hingga status gizinya menjadi gizi kurang (BB/TB antara -3 SD s.d. < -2 SD).

### Pemberian formula 100 diberikan pada:

- Anak gizi buruk diberikan secara bertahap:
  - o Fase rehabilitasi **awal** 150 kkal/kg BB per hari, yang diberikan 5-7 kali pemberian/hari. Diberikan selama satu minggu dalam bentuk makanan cair (Formula 100).
  - o Fase rehabilitasi **lanjutan** 200-220 kkal/kg BB per hari, yang diberikan 5-7 kali pemberian/hari (Formula 100).
- Anak gizi buruk **tanpa tanda klinis** langsung diberikan fase rehabilitasi lanjutan 200-220 kkal/kg BB per hari, yang diberikan 5-7 kali pemberian/hari (Formula 100).

Rehabilitasi lanjutan diberikan selama 5 minggu dengan pemberian makanan secara bertahap dengan mengurangi frekuensi makanan cair dan menambah frekuensi makanan padat.

### Makanan Lokal

Makanan lokal dengan kalori 200 kkal/Kg BB per hari, yang diperoleh dari lemak 30-60% dari total energi, protein 4-6 g/Kg BB per hari. Apabila akan menggunakan makanan lokal tidak dilakukan secara tunggal (makanan lokal saja) tetapi harus dikombinasikan dengan makanan formula.

#### Formula 100 atau RUTF:

- diberikan setelah pemberian ASI bagi bayi yang masih mendapat ASI
- diberikan sebelum pemberian makanan

- Mendapat kapsul vitamin A saat pertama kali ditemukan
- **Kasus balita gizi buruk dengan komplikasi (rawat inap)**
  - Kasus balita gizi buruk dengan komplikasi perlu mendapatkan perawatan sesuai Tatalaksana Anak Gizi Buruk (TAGB) baik di Puskesmas rawat inap maupun Rumah Sakit.

Tahapan pemberian makan kasus gizi buruk:

- **Fase stabilisasi** adalah fase awal dimana kondisi kegawatdaruratan harus segera dilakukan tindakan secara cepat dan tepat. Pada fase ini diberikan makanan Formula 75 (F-75) dengan asupan energi 80-100 kkal/kgBB/hari dan protein 1-1,5 g/kgBB/hari dan ASI tetap diberikan pada anak yang masih mendapatkan ASI. Pada fase ini, balita juga mendapat kapsul vitamin A sesuai usianya.
- **Fase transisi** adalah masa peralihan dari fase stabilisasi ke fase rehabilitasi. Pada fase ini ada perubahan pemberian makanan dari F-75 menjadi F-100. Diberikan makanan F-100 dengan asupan gizi 100-150 kkal/kgBB/hari dan protein 2-3 g/kgBB/hari.
- **Fase rehabilitasi** adalah fase pemberian makan untuk tumbuh kejar, diberikan makanan seperti pada fase transisi yaitu F-100 dengan penambahan makanan untuk anak dengan BB <7 kg diberikan makanan bayi dan untuk anak dengan BB 7 kg diberikan makanan anak. Asupan gizi 150-220 Kkal/kgBB/hari dan protein 4-6 g/kgBB/hari.

- **Fase tindak lanjut** adalah fase pemulihan gizi balita di rumah. 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.

### **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 (PMT penyuluhan), 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 kurus:
  - 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.

### **Konseling gizi:**

Meningkatkan motivasi kepada orangtua/pengasuh untuk pemberian makanan (formula 75, 100, dan gizi seimbang).

### **Koordinasi asuhan gizi:**

- Koordinasi dengan dokter terkait diet pasien dan jika memerlukan penanganan khusus lainnya
- Berkoordinasi dengan lintas program seperti bidan penanggungjawab wilayah untuk melibatkan orangtua dalam kegiatan kelas ibu balita, Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) dll, Kesling, Imunisasi
- Lintas sektor (Kepala Desa, Camat, PKK, Pertanian, Perindustrian,, Perikanan, Perternakan, Tokoh Masyarakat dan Tokoh Agama, dll)

### **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
- Kesehatan anak (keaktifan, selera makan anak serta apakah makanan yang diberikan dapat dihabiskan)

Selanjutnya dapat dilihat pada Buku Pedoman Tatalaksana Anak Gizi Buruk (TAGB).

### **Catatan Untuk Proses Asuhan Gizi Pemantauan Pertumbuhan dan Status gizi:**

1. Ketika ditemukan balita dengan masalah gizi 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.

## Rangkuman

---

1. Proses asuhan gizi bertujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dan gizi dengan sasaran individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.
2. 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.
3. 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. Status pertumbuhan seorang anak dapat diketahui Kartu Menuju Sehat (KMS) atau buku KIA. 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.
4. 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.

## Tes Formatif

---

Pilihlah jawaban A,B,C dan D yang dianggap benar!

1. Proses asuhan gizi bertujuan....
  - A. Memelihara dan meningkatkan kesehatan.
  - B. Mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan.
  - C. Memelihara dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan.
  - D. Semua jawaban Benar.
2. Jika di buku KMS grafik menunjukkan garis yang mendatar maka...
  - A. Pertumbuhan anak baik.
  - B. Pertumbuhan anak sangat bagus dan perlu dipertahankan.
  - C. Pertumbuhan anak terganggu.
  - D. Hal tersebut tiddak perlu mendapat perhatian.
3. Kepanjangan dari KMS yang benar adalah....
  - A. Kartu Menuju Sehat.
  - B. Kartu Menunjukan Sehat.
  - C. Kartu Menuju Sekolah.
  - D. Semua Jawaban Salah.

4. Berapakah nilai batas prevalensi untuk signifikansi masalah kesehatan masyarakat yang masih dapat diterima...
- A. < 5%
  - B. 5-9%
  - C. 10-14%
  - D. > 15 %
5. Etiologi dari proses asuhan gizi pada balita gizi kurang dan gizi buruk, kurus dan sangat kurus adalah....
- A. Kurang optimalnya pola asuh.
  - B. Kurangnya akses terhadap fasyankes.
  - C. Kurangnya kesadaran dan pengetahuan keluarga.
  - D. Semua jawaban benar.

#### Kunci Jawaban Tes Formatif

---

- 1. D
- 2. C
- 3. A
- 4. A
- 5. D

#### Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas*: 2018

## Materi 7 : Proses Asuhan Gizi Pada Anak Sekolah

---

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 Penyakit Tidak Menular (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).

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

### Pengkajian (P)

#### 1. Antropometri:

Melihat prevalensi/proporsi:

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

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

#### 2. Laboratorium: -

#### 3. Fisik/klinis:-

#### 4. 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

## 5. Riwayat Klien:

- Usia, jenis kelamin
- Jumlah/proporsi riwayat penyakit 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 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 – buahan
- Ketersediaan makanan dilingkungan yang tidak sehat (makanan tinggi gula, garam, lemak), misalnya jenis dan jumlah makanan jajanan dilingkungan tempat tinggal dan sekolah
- Pengetahuan orang tua, anak dan remaja yang

- kurang mengenai konsumsi makanan sehat
- Keterampilan ibu dan keluarga yang kurang dalam penyiapan 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 pada anak sekolah
- Rendahnya proporsi anak sekolah dan remaja yang melakukan aktivitas fisik

### **Contoh diagnosis gizi:**

Tingginya prevalensi/proporsi anak sekolah dan remaja gemuk di Puskesmas A Tahun 2017 (**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:**

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 penjaringan
- 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:

- 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

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 dilakukan Proses Asuhan Gizi perseorangan sebagai berikut:

## Pengkajian Gizi

### 1. Antropometri:

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

### 2. Laboratorium:

Pemeriksaan kadar gula darah, profil lipid

### 3. Fisik/klinis:

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

### 4. 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

### 5. 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:**

#### - 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 Progame*)).

**Tabel 4.11 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 rumah dalam waktu 1 bulan setelah remaja datang ke Puskesmas untuk melihat :

- 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.

**Rangkuman**

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.

**Tes Formatif**

Pilihlah jawaban A,B,C dan D yang dianggap benar!

1. Obesitas disebabkan oleh....
  - A. Makan makanan yang banyak.
  - B. Ketidak seimbangan makanan yang masuk, dengan kebutuhan.
  - C. Makan makanan yang berserat tinggi.
  - D. Sering mengkonsumsi susu.

2. Obesitas menyebabkan gangguan kesehatan jangka pendek maupun jangka panjang seperti, *kecuali*....
  - A. Penyakit kardiovaskular.
  - B. stroke.
  - C. Diabetes mellitus.
  - D. Hepertensi.
3. Edukasi yang cocok untuk mengatasi masalah gizi obesitas pada anak sekolah....
  - A. Penyuluhan mengenai makanan yang bergizi seimbang pada pada jam pelajaran sekolah.
  - B. Penyuluhan mengenai olahraga dan aktivitas fisik.
  - C. Penyediaan sarana KIE berupa poster, leaflet dan brosur.
  - D. Semua jawabban benar.
4. Untuk mendukung keberhasilan program gizi, petugas kesehatan harus berkoordinasi dengan, *kecuali*....
  - A. Dengan keluarga anak sekolah.
  - B. Dengan pihak sekolah.
  - C. Bekerjasama dengan pengawasan makanan jajanan sekolah.
  - D. Dengan penanggung jawab UKS untuk konseling.
5. Dibawah ini yang merupakan bagian darin riwayat klien...
  - A. Asupan pada anak sekolah.
  - B. Pengetahuan dan perilaku anak sekolah.
  - C. Usia dan jens kelamin.
  - D. Akses terhadap aktivitas fisik.

#### Kunci Jawaban Tes Formatif

---

1. B
2. D
3. D
4. A
5. C

#### Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas*: 2018

## Pengkajian (P)

### 1. Antropometri:

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

### 2. Laboratorium:

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

### 3. Fisik/Klinis:

Prevalensi/proporsi dewasa dan lansia dengan tekanan darah tinggi

### 4. 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

### 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 2017 (**P**) berkaitan dengan tingginya asupan karbohidrat dan lemak tinggi (**E**) yang ditandai dengan asupan karbohidrat >100% AKG sebesar 28% dan lemak >100% AKG 20% (**S**).

- Tingginya prevalensi/proporsi gizi kurang pada dewasa dan lansia di wilayah kerja

Puskesmas A Tahun 2017 (**P**) berkaitan dengan rendahnya asupan energi (**E**) yang ditandai dengan asupan energi <70% AKG sebesar 40% (**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 karenan gigi tanggal dan keluarganya saat kunjungan di posyandu atau Puskesmas
- Anjuran untuk melakukan 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.
- Koordinasi dengan 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 lintas sektor untuk pemberdayaan keluarga kurang mampu

**Monitoring Evaluasi (ME)**

Monitorig 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
- Keluarga yang menerapkan gizi seimbang
- Kunjungan dewasa dan lansia ke Posbindu dan Posyandu lansia

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 (Riskseddas, 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  $\beta$  menjurus ke defisiensi insulin absolut (autoimun, idiopati)
- 2) Diabetes Mellitus tipe 2: Predominan resistensi insulin dengan defisiensi insulin relatif hingga predominan defek sekresi dengan resistensi insulin
- 3) Diabetes Mellitus tipe lain seperti: Defek genetik dari sel  $\beta$ , 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

**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 sewaktu
- Gula darah 2 jam setelah makan
- 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
  - 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:**

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  $\leq 300$  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,
- 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.

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

#### **Pengkajian (P)**

##### **1. Antropometri:**

BB, TB dan IMT

##### **2. Laboratorium:**

- Gula darah
- Kadar kolesterol
- Profil mineral

### **3. 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

### **4. 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 berlebihan saat ada acara atau pesta
- Penggunaan obat-obatan
- Pengetahuan dewasa dan lansia serta keluarga tentang pemberian makan pada penderita hipertensi
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan
- Aktivitas fisik

### 5. Riwayat klien:

- Usia
- Jenis kelamin
- Riwayat penyakit
- Daya beli keluarga
- 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 kurangnya pengetahuan mengenai makanan yang baik dan tidak baik dikonsumsi pada 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:

- 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.

### Rangkuman

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 (Risikedas, 2013).

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 hereditas, 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.

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. 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.

#### Tes Formatif

---

1. Penyakit Tidak Menular yang sering dijumpai pada dewasa dan lansia adalah penyakit ....
  - a. Diabetes Melitus dan Hipertensi
  - b. Diare
  - c. Hipertensi
  - d. Diabetes Melitus
  
2. Diabetes Mellitus (DM) adalah suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan oleh karena adanya peningkatan kadar gula darah akibat kekurangan ....
  - a. Makanan
  - b. Minum air putih
  - c. Insulin baik absolut maupun relatif
  - d. Makanan dan minuman
  
3. Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah ....
  - a. Sistolik
  - b. Diastolik
  - c. Menetap
  - d. Sistolik dan Diastolik
  
4. DM merupakan penyakit metabolik yang biasanya ....

- a. Herediter
- b. Sekunder
- c. Sistolik
- d. Diastolik

5. Hipertensi dikenal juga sebagai ....

- a. Pembunuh
- b. Silent killer
- c. Diketahui
- d. Tidak diketahui

Kunci Jawaban Tes Formatif

---

1. A

2. C

3. D

4. A

5. B

## Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas*: 2018

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.

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.

## 1. Proses Asuhan Gizi pada Bayi yang Tidak Mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

### Pengkajian (P)

#### 1. Antropometri :

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

#### 2. Laboratorium: -

#### 3. Fisik/Klinis: -

#### 4. Riwayat gizi:

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

#### 5. 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 dari 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

**Contoh diagnosis gizi:**

Rendahnya cakupan IMD di wilayah Puskesmas A Tahun 2017 (**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, booklet, 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 Bayi yang Tidak Mendapat ASI Eksklusif

### Pengkajian (P)

#### 1. Antropometri:

- Prevalensi/proporsi ibu menyusui Kurus dan Sangat Kurus di wilayah tertentu
- Prevalensi/proporsi bayi BBLR di wilayah tertentu
- Prevalensi/proporsi bayi 0-6 bulan yang tidak naik berat badannya
- Cakupan bayi < 6 bulan yang naik berat badannya (N/D)
- Prevalensi/proporsi bayi malnutrisi

#### 2. Laboratorium: -

#### 3. Fisik/Klinis: -

#### 4. Riwayat gizi:

- Proporsi pengetahuan dan sikap ibu terhadap ASI Eksklusif
- Cakupan bayi baru lahir yang mendapat IMD

- 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

## 5. Riwayat klien

- Cakupan bayi < 6 bulan yang ditimbang berat badannya di Posyandu/Fasilitas Pelayanan

### Kesehatan (D/S)

- 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 di wilayah tersebut

**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,
- 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 Tidak Adekuat Mulai Usia 6 Bulan dan Tidak Melanjutkan Pemberian ASI Hingga Usia 2 Tahun atau Lebih**

#### **Pengkajian (P)**

##### **1. 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
- Cakupan bayi dan anak usia 6-24 bulan yang naik berat badannya (N/D)

**2. Laboratorium: -**

**3. Fisik/Klinis: -**

**4. 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 tidak adekuat mulai usia 6 bulan
- Proporsi/jumlah bayi dan anak usia 6-24 bulan yang masih mendapat ASI
- Akses ketersediaan dan keamanan pangan

**5. 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)**

- 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 teksktur) 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.

## 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:**

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

**Edukasi:**

- Peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu atau pengasuh dalam penyediaan 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:**

- Kalaborasi 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
- Kalaborasi dengan lintas sektor dalam rangka meningkatkan ketersediaan pangan
- Kalaborasi 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

Rangkuman

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.

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.

#### Tes Formatif

---

#### 1. Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), yang dikeluarkan oleh Kementerian

Kesehatan, merekomendasikan empat hal penting yaitu ....

- a. Pemberian ASI Eksklusif
- b. Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian ASI Eksklusif, pemberian MP ASI mulai bayi usia 6 bulan, dan melanjutkan pemberian ASI sampai anak berusia 2 tahun atau lebih
- c. Pemberian MP ASI mulai bayi usia 6 bulan
- d. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

#### 2. Pemberian ASI dapat meningkatkan daya tahan tubuh, sehingga bayi tidak mudah

terkena ...

- a. Diare atau infeksi
- b. DHF
- c. Infeksi
- d. Diare

#### 3. Pada usia enam bulan anak mulai memerlukan makanan pendamping ASI untuk ....

- a. Perkembangan badan
- b. Pertumbuhan gigi
- c. Melengkapi ASI
- d. Pertumbuhan tulang

#### 4. Anak yang mengalami gangguan pertumbuhan sebaiknya diperiksa kesehatannya ke tenaga

kesehatan untuk memperoleh ....

- a. Asuhan keperawatan
- b. Asuhan dokter
- c. Asuhan kebidanan

d. Asuhan gizi

5. Sampai dengan usia 6 bulan seorang anak hanya memerlukan ASI saja, dan setelah itu anak

memerlukan makanan ....

- a. ASI
- b. MP ASI dan ASI
- c. MP ASI
- d. ASI Eksklusif

Kunci Jawaban Tes Formatif

---

1. B

2. A

3. C

4. D

5. B

## Daftar Pustaka

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: *Pedoman Proses Asuhan Gizi Puskesmas*: 2018