

# **SISTEM KEWASPADAAN DINI (SKD) KLB-GIZI BURUK**

DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL BINA KESEHATAN MASYARAKAT  
DIREKTORAT BINA GIZI MASYARAKAT  
JAKARTA 2008

## KATA PENGANTAR

Sejak kasus gizi buruk kembali terjadi di Indonesia diawali dengan kasus yang terjadi di NTT dan NTB kemudian diikuti oleh daerah-daerah lainya, pemerintah menaruh perhatian sangat serius pada kasus gizi buruk. Hal ini dilakukan dengan memberlakukan kembali Surat Menteri Kesehatan Nomor: 1209 tanggal 19 Oktober 1998 yang menginstruksikan agar memperlakukan kasus kurang gizi berat sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB). Sehingga setiap kasus baru harus dilaporkan dalam 1x 24 jam dan harus segera ditangani.

Kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan pertumbuhan dan identifikasi faktor risiko yang erat dengan kejadian KLB Gizi seperti campak dan diare melalui kegiatan surveilans.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Surveilans Epidemiologi Kesehatan dan salah satu sasarannya adalah penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Gizi (SKG) termasuk di dalamnya Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa Gizi (SKD-KLB Gizi). Peran SKG yang terintegrasi dengan SKD-KLB Gizi adalah sebagai penyedia informasi menjadi sangat penting dalam rangka mencegah dan menanggulangi KLB Gizi Buruk.

Pedoman ini disusun sebagai panduan bagi petugas di lapangan dalam melaksanakan SKD KLB gizi buruk. Pedoman ini terkait erat dengan buku pedoman lain seperti: Petunjuk Teknis Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi; Pedoman Pemantauan Pertumbuhan Balita; Panduan Penggunaan KMS Balita bagi petugas kesehatan; serta Pedoman Tatalaksana Anak Gizi Buruk.

Kami menyadari pedoman ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu kritik serta saran dari pembaca serta pengguna sangat kami harapkan.

Jakarta, Agustus 2008  
Direktur Bina Gizi Masyarakat

dr. Ina Hernawati, MPH

## DAFTAR ISI

|  | Halaman |
|--|---------|
| <b>KATA PENGANTAR</b>  | ii      |
| <b>DAFTAR ISI</b>  | iii     |
| <b>BAB I : PENDAHULUAN</b>   |         |
| Latar Belakang   | 1       |
| Tujuan   | 2       |
| Pengertian   | 2       |
| <b>BAB II : PELAKSANAAN SISTEM KEWASPADAAN DINI<br/>KLB GIZI BURUK</b> |         |
| Kajian Epidemiologi  | 4       |
| Peringatan Kewaspadaan Dini KLB Gizi                                   | 18      |
| Peningkatan Kewaspadaan dan Antisipasi KLB Gizi                        | 19      |
| <b>BAB III : PENYELIDIKAN DAN PENANGGULANGAN KLB GIZI BURUK</b>        |         |
| Tujuan Penyelidikan  | 22      |
| Ruang Lingkup  | 22      |
| <b>LAMPIRAN</b>  | 27      |

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Indonesia mempunyai masalah gizi yang besar ditandai dengan masih besarnya prevalensi gizi kurang pada anak balita, Kurang Vitamin A (KVA), Anemia kurang zat besi dan Kurang Yodium. Prevalensi gizi kurang pada periode 1989-1999 menurun dari 29.5% menjadi 27.5% atau rata-rata terjadi penurunan 0.40% per tahun, namun pada periode 2000-2005 terjadi peningkatan prevalensi gizi kurang dari 24.6% menjadi 28.0% .

Prevalensi balita yang mengalami gizi buruk di Indonesia masih tinggi. Berdasarkan laporan propinsi selama tahun 2005 terdapat 76.178 balita mengalami gizi buruk dan data Susenas tahun 2005 memperlihatkan prevalensi balita gizi buruk sebesar 8.8%. Pada tahun 2005 telah terjadi peningkatan jumlah kasus gizi buruk di beberapa propinsi dan yang tertinggi terjadi di dua propinsi yaitu Nusa Tenggara Timur dan Nusa Tenggara Barat. Pada tanggal 31 Mei 2005, Pemerintah Propinsi Nusa Tenggara Timur telah menetapkan masalah gizi buruk yang terjadi di NTT sebagai KLB, dan Menteri Kesehatan telah mengeluarkan edaran tanggal 27 Mei tahun 2005, Nomor 820/Menkes/V/2005 tentang penanganan KLB gizi buruk di propinsi NTB.

Kejadian gizi buruk perlu dideteksi secara dini melalui intensifikasi pemantauan pertumbuhan dan identifikasi faktor risiko yang erat dengan kejadian KLB Gizi buruk seperti campak dan diare. Menteri Kesehatan melalui suratnya Nomor: 1209 tanggal 19 Oktober 1998 menginstruksikan agar memperlakukan kasus kurang gizi berat sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB). Sehingga setiap kasus baru harus dilaporkan dalam 1x 24 jam.

Salah satu upaya untuk mencegah terjadinya KLB gizi buruk adalah melalui kegiatan surveilans. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Surveilans Epidemiologi Kesehatan dan salah satu sarannya adalah pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Gizi (SKG) termasuk di dalamnya SKD-KLB Gizi. Selanjutnya sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 1457/MENKES/SK/X/ 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, khususnya dalam pelaksanaan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB dan gizi buruk telah ditetapkan bahwa sekitar 80% kecamatan menjadi bebas rawan gizi. Untuk mencapai kondisi ini peran SKG sebagai penyedia informasi untuk tindakan pencegahan memburuknya status gizi masyarakat SKD KLB gizi menjadi sangat penting.

Untuk meningkatkan ketrampilan petugas dalam melaksanakan SKD KLB gizi buruk diperlukan buku pedoman. Pedoman ini terkait erat dengan buku pedoman lain seperti: Petunjuk Teknis Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi; Pedoman pemantauan pertumbuhan balita; Panduan penggunaan KMS Balita bagi petugas kesehatan; serta Pedoman tatalaksana anak gizi buruk.

Untuk mempercepat hasil pemerataan pembangunan telah dikeluarkan Undang-Undang RI No 22 yang kemudian direvisi menjadi Undang-undang No 32 tentang Pemerintah Daerah, Undang-Undang No. 33 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah serta Peraturan Pemerintah No. 25 tahun 2000 tentang kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai daerah otonom. Undang-undang tersebut memberikan keleluasaan Kabupaten/Kota menentukan prioritas pembangunan di daerahnya, sehingga daerah diharapkan memiliki kemampuan memilih prioritas penanggulangan masalah gizi sesuai dengan masalah dan sumber daya yang tersedia.

## **B. Tujuan**

### **Tujuan Umum:**

Mengantisipasi kejadian luar biasa gizi buruk di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu

### **Tujuan Khusus:**

- a. Teridentifikasi adanya ancaman KLB gizi buruk
- b. Terselenggaranya peringatan kewaspadaan dini KLB gizi buruk
- c. Terselenggaranya kesiapsiagaan menghadapi kemungkinan terjadinya KLB gizi buruk
- d. Terdeteksi secara dini adanya kondisi rentan KLB gizi buruk
- e. Terdeteksi secara dini adanya KLB gizi buruk
- f. Terselenggaranya penyelidikan dugaan KLB gizi buruk
- g. Tertanggulangnya KLB gizi buruk

## **C. Pengertian**

- **Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)**  
merupakan suatu sistem pengelolaan informasi yang dilakukan secara terus menerus untuk mendukung perencanaan dan penetapan langkah-langkah tindakan penanggulangan jangka pendek maupun jangka panjang berkaitan dengan masalah pangan dan gizi di suatu wilayah tertentu
- **Sitem kewaspadaan Gizi (SKG)**  
adalah suatu sistem pengelolaan informasi gizi yang merupakan bagian dari kegiatan SKPG yang dilakukan secara terus menerus untuk mendukung

perencanaan dan penetapan langkah-langkah tindakan penanggulangan masalah gizi baik jangka pendek maupun panjang

- ***Gizi buruk***  
adalah keadaan kurang gizi tingkat berat pada anak berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)  $< -3$  SD dan atau ditemukan tanda-tanda klinis marasmus, kwashiorkor dan marasmus-kwashiorkor.
- ***Marasmus***  
adalah keadaan gizi buruk yang ditandai dengan tampak sangat kurus, iga gambang, perut cekung, wajah seperti orang tua dan kulit keriput
- ***Kwashiorkor***  
adalah keadaan gizi buruk yang ditandai dengan edema seluruh tubuh terutama di punggung kaki, wajah membulat dan sembab, perut buncit, otot mengecil, pandangan mata sayu dan rambut tipis/kemerahan.
- ***Marasmus-Kwashiorkor***  
adalah keadaan gizi buruk dengan tanda-tanda gabungan dari marasmus dan kwashiorkor
- ***Kejadian Luar Biasa Gizi Buruk (KLB-gizi buruk)***  
adalah apabila terjadi lebih dari 1% kasus gizi buruk disertai dengan meningkatnya faktor resiko (perubahan memburuknya pola konsumsi dan penyakit) di suatu wilayah tertentu.
- ***Sistem Kewaspadaan Dini KLB Gizi Buruk (SKD-KLB)***  
merupakan kewaspadaan terhadap ancaman terjadinya gizi buruk serta faktor-faktor yang mempengaruhinya melalui surveilans, yang informasinya dimanfaatkan untuk meningkatkan sikap tanggap kesiapsiagaan, upaya-upaya pencegahan dan tindakan penanggulangan kejadian luar biasa secara cepat dan tepat.

## BAB II

### PELAKSANAAN SISTIM KEWASPADAAN DINI KEJADIAN LUAR BIASA GIZI BURUK

Kejadian KLB gizi buruk perlu dideteksi secara dini dan diikuti dengan tindakan yang cepat dan tepat sehingga kasus-kasus potensial penyebab gizi buruk dapat dicegah.

Prinsip melaksanakan SKD-KLB gizi buruk adalah mencakup :

- Kajian epidemiologi secara rutin
- Peringatan kewaspadaan dini
- Peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan.

#### 1. KAJIAN EPIDEMIOLOGI

adalah analisis terhadap penyebab, gambaran epidemiologi, sumber-sumber penyebaran, faktor-faktor yang mempengaruhi serta menetapkan cara-cara penanggulangan yang efektif dan efisien terhadap suatu KLB atau dugaan adanya KLB. Kajian epidemiologi bersumber dari data rutin dan data khusus.

##### **Tujuan:**

Tujuan kajian epidemiologi adalah untuk mengidentifikasi ada tidaknya potensi/ancaman KLB-Gizi buruk di masyarakat dengan mempelajari distribusi kasus menurut waktu, tempat dan orang serta faktor-faktor penyebab gizi buruk di masyarakat.

Variabel orang mencakup antara lain :

- Umur
- Jenis kelamin
- status gizi

Variabel waktu adalah :

- bulan kejadian
- tahun kejadian

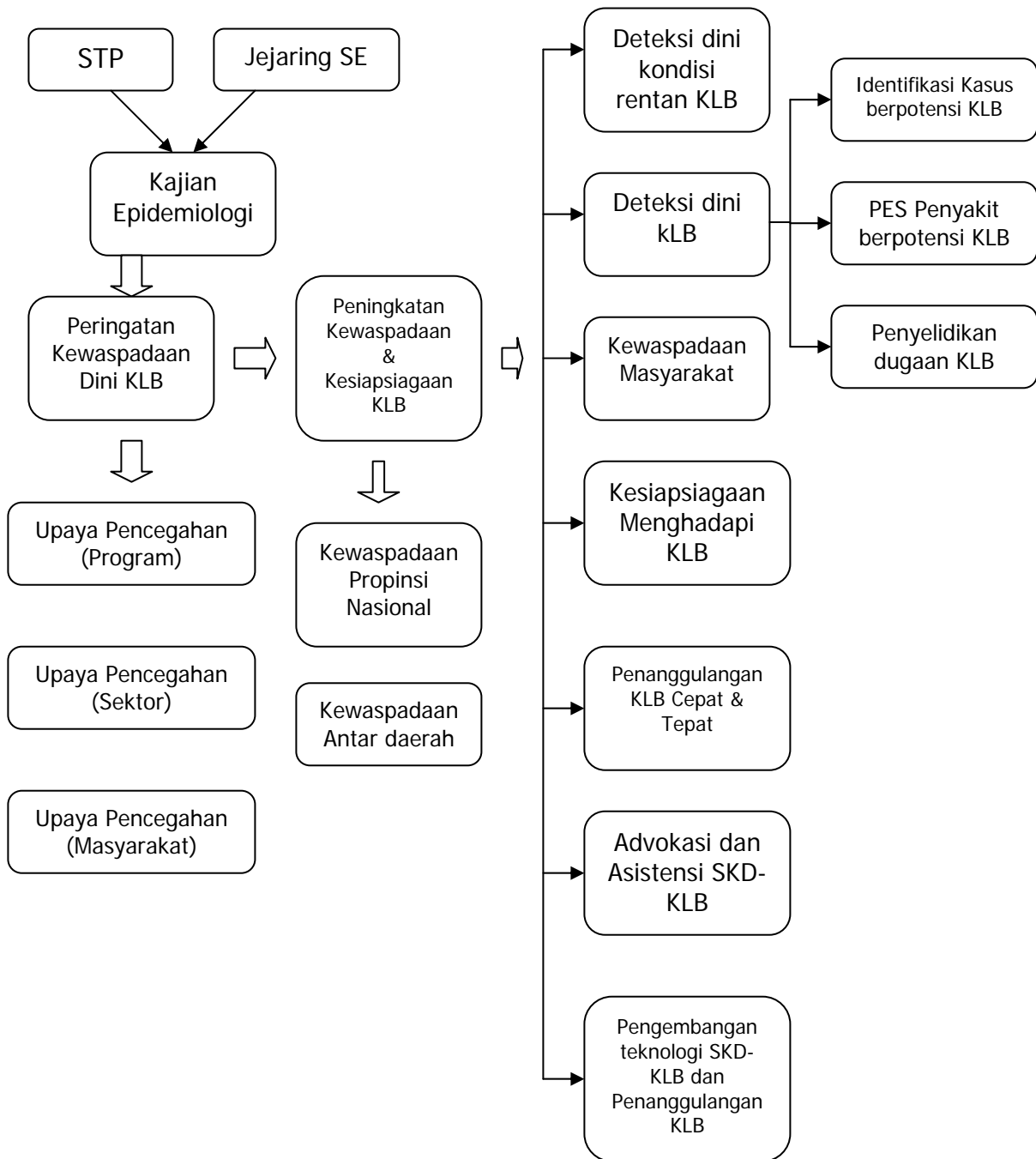
Variabel tempat adalah :

- desa,
- kecamatan
- batas administratif dan sebagainya.

Sedangkan faktor-faktor penyebab gizi buruk terutama yang berkaitan langsung, misalnya :

- konsumsi makanan
- status perolehan vitamin A
- penyakit infeksi
- status imunisasi

## Skema Penyelenggaraan SKD-KLB



Kajian epidemiologi dilakukan dengan menggunakan data rutin atau data khusus. Data rutin misalnya laporan pemantauan pertumbuhan, Pemantauan Status Gizi (PSG), Pemantauan Konsumsi Gizi (PKG), Tinggi Badan Anak Baru Masuk Sekolah (TBABS), Indeks Massa Tubuh (IMT) dan lain-lain.



Data khusus adalah data yang dikumpulkan tidak secara reguler misalnya survei cepat dan survei gizi lainnya.

## **Ruang lingkup**

Dalam kegiatan kajian epidemiologi ada 3 kegiatan utama yaitu :

- Pengumpulan data yang relevan pada suatu populasi dan dalam wilayah geografi tertentu.
- Pengolahan, analisis dan interpretasi data
- Penyebarluasan hasil kajian kepada pengelola program kesehatan dan pihak lain yang terkait.

## **Jenis dan Sumber data**

Data yang dibutuhkan adalah data yang sangat erat kaitannya dengan kasus gizi buruk yaitu data penyakit, pemantauan pertumbuhan serta data di luar sektor kesehatan. Secara garis besar, data yang dibutuhkan dibagi dalam dua kategori sebagai berikut :

- a. Data Kesehatan dan Gizi meliputi :
  - Data penimbangan (S, K, D, N, BGM)
  - Surveilans epidemiologi penyakit berpotensi KLB (Campak, Diare, Demam Berdarah Dengue (DBD), TBC dan ISPA/Pneumonia).
  - Pelayanan kesehatan misalnya : imunisasi, pemberian vitamin A
- b. Data di luar sektor kesehatan meliputi :
  - Produksi pertanian, harga pangan pokok
  - Jumlah keluarga miskin, pengangguran, tingkat pendidikan
  - Pola asuh
  - Kondisi lingkungan pemukiman
  - Bencana alam, dll

*Data-data tersebut diolah di tingkat desa sampai Kabupaten/Kota.*

### **1.1 Tingkat Desa**

Penanggung jawab adalah kepala puskesmas. Pelaksana kajian di tingkat desa adalah tenaga pelaksana gizi puskesmas, dan dibantu oleh pembina wilayah desa.

Data yang diolah pada tingkat desa meliputi:

## Data Penimbangan

- a. Jenis data
  - Jumlah balita (S) yang ada di wilayah desa
  - Jumlah balita yang memiliki KMS (K)
  - Jumlah balita yang datang ditimbang (D) pada bulan penimbangan
  - Jumlah balita yang naik berat badannya (N) pada bulan penimbangan
  - Jumlah anak balita Bawah Garis Merah (BGM)
  - Jumlah balita yang tidak naik berat badannya (T)
  - Jumlah balita yang datang bulan ini, tetapi bulan lalu tidak datang (O)
  - Jumlah balita baru yang datang (B)
- b. Sumber data :

Data diperoleh dari hasil pemantauan pertumbuhan balita setiap bulan di posyandu di desa tersebut
- c. Periode waktu
  - Setiap bulan dikumpulkan melalui posyandu
  - Setiap hari, untuk kasus BGM yang datang ke petugas kesehatan (bidan desa) dan ke pelayanan kesehatan di desa.
- d. Pengolahan
  - Dalam pengolahan penghitungan jumlah N dan D harus benar. Misalnya seorang anak setelah ditimbang mengalami kenaikan berat badan 0,1 kg, ketika data berat badan tersebut dipindahkan ke KMS ternyata tidak naik mengikuti pita warna, pada contoh ini anak tidak dikelompokkan sebagai balita yang mengalami kenaikan BB (lihat buku pemantauan pertumbuhan).
  - Data SKDN dihitung dalam bentuk jumlah misalnya S,K,D,N atau dalam bentuk proporsi misalnya N/D, D/S, K/S dan BGM/D untuk masing masing posyandu. Untuk perhitungan N/D, D dihitung dari balita yang naik BB (N) dan yang tetap (T), atau bisa juga dihitung dari jumlah balita yang ditimbang pada bulan tersebut (D) dikurangi dengan balita yang datang bulan ini tetapi bulan lalu tidak datang (O) dan balita yang baru datang (B) atau  $D = N+T$  atau  $D \text{ bulan ini} - (O+B)$ .
  - Menghitung jumlah posyandu yang ada dan posyandu melapor/diambil datanya.
  - Merekap data di masing-masing posyandu menjadi data SKDN tingkat desa.

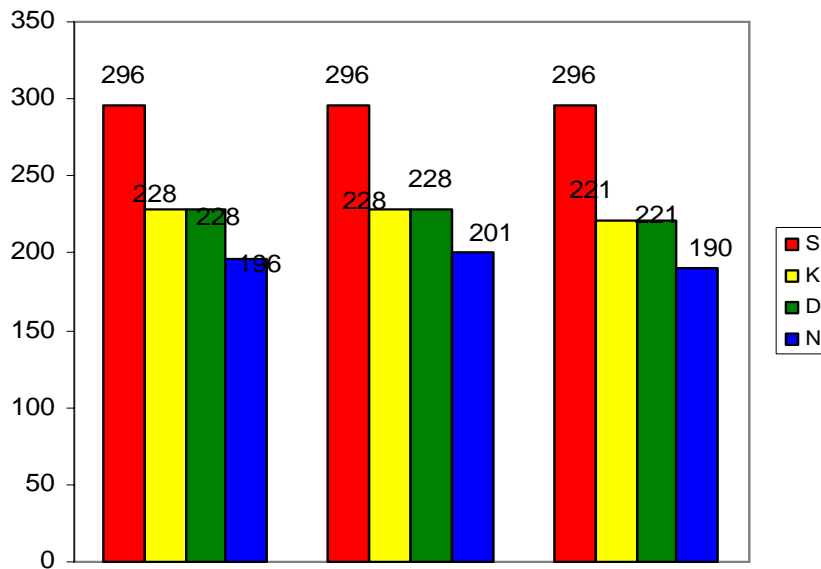
e. Penyajian

Penyajian data dalam bentuk tabel, grafik.

Di tingkat desa dapat ditampilkan tabel SKDN dan tabel Proporsi D/S, N/D, K/S dan BGM/D menurut posyandu seperti pada contoh tabel 1 dan tabel 2.

Selain itu juga dapat digambarkan dalam bentuk grafik seperti contoh berikut.

Contoh Grafik 1. SKDN Desa Banjarjo Kabupaten Bojonegoro periode Januari-Maret, 2005



| Cakupan   | Januari | Februari | Maret |
|-----------|---------|----------|-------|
| D/S (%)   | 77.0    | 77.0     | 74.7  |
| N/D (%)   | 92.0    | 93.1     | 90.9  |
| K/S (%)   | 77.0    | 77.0     | 74.7  |
| BGM/D (%) | 4.8     | 4.8      | 4.1   |

Contoh Tabel 1. SKDN Desa Banjarjo Kabupaten Bojonegoro, periode Januari-Maret tahun 2005

| Posyandu | Januari |     |     |     |     |    |   |   | Februari |     |     |     |     |    |   |   | Maret |     |     |     |     |    |   |   |
|----------|---------|-----|-----|-----|-----|----|---|---|----------|-----|-----|-----|-----|----|---|---|-------|-----|-----|-----|-----|----|---|---|
|          | S       | K   | D   | N   | BGM | T  | O | B | S        | K   | D   | N   | BGM | T  | O | B | S     | K   | D   | N   | BGM | T  | O | B |
| Melati   | 102     | 79  | 79  | 68  | 4   | 11 | 2 | 2 | 102      | 79  | 79  | 70  | 4   | 9  | 2 | 1 | 102   | 76  | 76  | 65  | 3   | 11 | 3 | 1 |
| Anggrek  | 95      | 73  | 73  | 63  | 4   | 10 | 1 | 3 | 95       | 73  | 73  | 64  | 3   | 9  | 3 | 2 | 95    | 71  | 71  | 61  | 2   | 10 | 4 | 1 |
| Mawar    | 99      | 76  | 76  | 65  | 3   | 9  | 3 | 2 | 99       | 76  | 76  | 67  | 4   | 9  | 2 | 2 | 99    | 74  | 74  | 64  | 4   | 10 | 2 | 1 |
| Jumlah   | 296     | 228 | 228 | 196 | 11  | 30 | 6 | 7 | 296      | 228 | 228 | 201 | 11  | 27 | 7 | 5 | 296   | 221 | 221 | 190 | 9   | 31 | 9 | 3 |

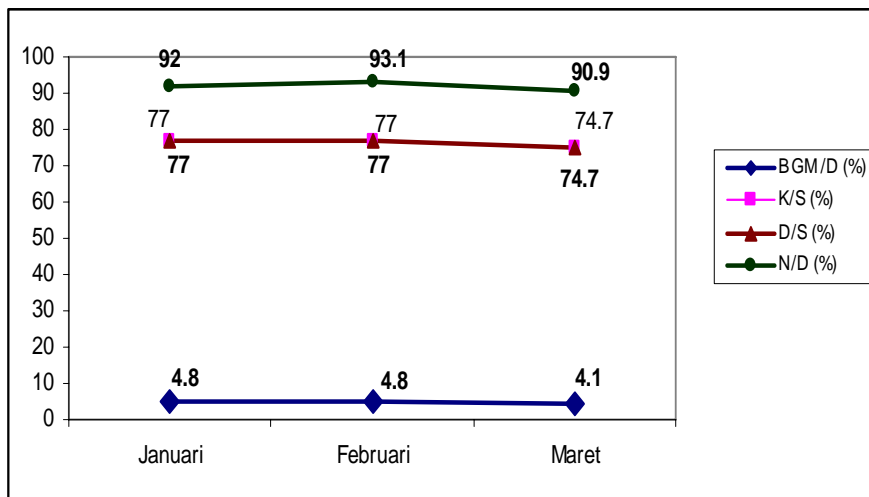
Contoh Tabel 2. Proporsi D/S, N/D, K/S dan BGM/D di Desa Banjarjo, periode Januari-Maret tahun 2005

| Posyandu  | D/S (%) |      |      | N/D (%) |      |     | K/S (%) |     |      | BGM/D (%) |     |     |
|-----------|---------|------|------|---------|------|-----|---------|-----|------|-----------|-----|-----|
|           | Jan     | Feb  | Mar  | Jan     | Feb  | Mar | Jan     | Feb | Mar  | Jan       | Feb | Mar |
| Melati    | 77.5    | 77.5 | 74.5 | 90.7    | 92.1 | 90  | 77      | 77  | 74.5 | 5.1       | 5.1 | 3.9 |
| Anggrek   | 76.8    | 76.8 | 74.7 | 91.3    | 94.1 | 92  | 77      | 77  | 74.7 | 5.5       | 4.1 | 2.8 |
| Mawar     | 76.8    | 76.8 | 74.7 | 94.2    | 93.1 | 90  | 77      | 77  | 74.7 | 3.9       | 5.3 | 5.4 |
| Rata-rata | 77      | 77   | 74.7 | 92      | 93.1 | 91  | 77      | 77  | 74.7 | 4.8       | 4.8 | 4.1 |

f. Analisis data

- Dilakukan analisis sederhana dengan melihat kecenderungan pencapaian S, K, D dan N atau proporsi D/S, N/D, K/S dan BGM/D (grafik 2)
- Analisis dapat pula dilakukan dengan melihat pencapaian tiap posyandu (tabel 2)

Contoh Grafik 2. Cakupan D/S, N/D, K/S dan BGM/D di Desa Banjarjo periode Januari-Maret, 2005



g. Penyajian data

Hasil olahan data disajikan dalam bentuk tabel dan grafik

h. Interpretasi data

Tingkat Posyandu

- Jika  $D=S$ , kesadaran masyarakat untuk menimbang anak balita baik, hal ini dapat dilihat dari kehadiran balita di posyandu
- Jika  $K=S$ , Semua anak di wilayah posyandu mempunyai KMS
- Jika  $N=S$  Tingkat kesehatan anak balita secara umum baik

Tingkat desa

Dari grafik 2 di atas diketahui bahwa :

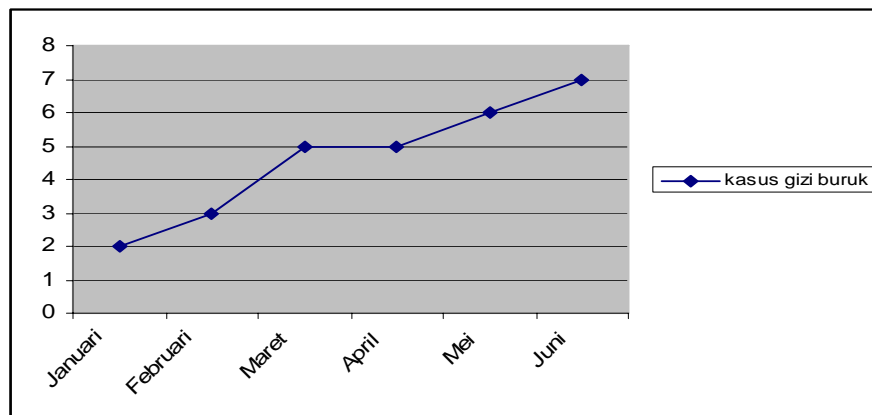
- D/S menurun, hal ini kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor, antar lain faktor kebosanan, anak sakit, kualitas pelayanan yang kurang baik dari petugas, musim hujan, dll.
- N/D turun, kemungkinan ada wabah misal, diare, campak menyerang sebagian anak sehingga berat badan anak turun.

- i. Tindak lanjut :  
Tindakan yang dapat dilakukan untuk wilayah yang memiliki D/S atau N/D yang rendah misalnya dengan pelacakan ke lapangan untuk mengetahui penyebab langsung, sehingga dapat disusun upaya perbaikan untuk kondisi tersebut

### Data Kasus Gizi Buruk

- a. Sumber data
- Hasil pemantauan pertumbuhan bulanan desa
  - Laporan aktif dari masyarakat dengan pengenalan tanda-tanda klinis gizi buruk (telah diverifikasi petugas)
  - Data lain yang terkait (laporan KLB penyakit, laporan rawat jalan/rawat inap kasus gizi buruk, data rujukan kasus gizi buruk, kasus gizi buruk yang meninggal di puskesmas atau rumah sakit).
- b. Pengumpulan data :
- Periode waktu : setiap saat, bulanan
  - Pengelola laporan di tingkat desa adalah bidan di desa/petugas kesehatan lainnya sebagai pembina wilayah.
- c. Pengolahan data :
- Pengolahan data membutuhkan akurasi (ketepatan penentuan kasus gizi buruk)
  - Data diolah dalam bentuk jumlah kasus baru dalam 1 bulan.
- d. Penyajian data  
Data disajikan dalam bentuk tabel maupun grafik.

Contoh grafik 3: Jumlah kasus Gizi buruk periode Januari-Juni, 2005 di desa Banjarjo



- e. Analisis data
- Analisis data dilakukan secara sederhana untuk melihat perubahan jumlah kasus gizi buruk baru dalam satu periode waktu dan tempat.
  - Lakukan analisis hubungan terjadinya gizi buruk dengan faktor-faktor risiko yang berdampak pada keadaan gizi anak (misal : diare, campak, dan lain-lain)
- f. Interpretasi data
- Pada contoh grafik 3 di atas terlihat bahwa jumlah kasus gizi buruk meningkat artinya memburuknya status kesehatan balita di suatu desa/kelurahan. Hal ini mungkin disebabkan karena meningkatnya kejadian penyakit diare, ISPA, atau lainnya atau ada indikasi kerawanan pangan.
- g. Tindak lanjut
- Beberapa contoh tindakan yang dilakukan sebagai tindak lanjut hasil interpretasi data:
- Pemberian imunisasi
  - Melakukan operasi pasar
  - Melakukan penyuluhan
  - Melakukan PMT

## 1.2 Tingkat Puskesmas

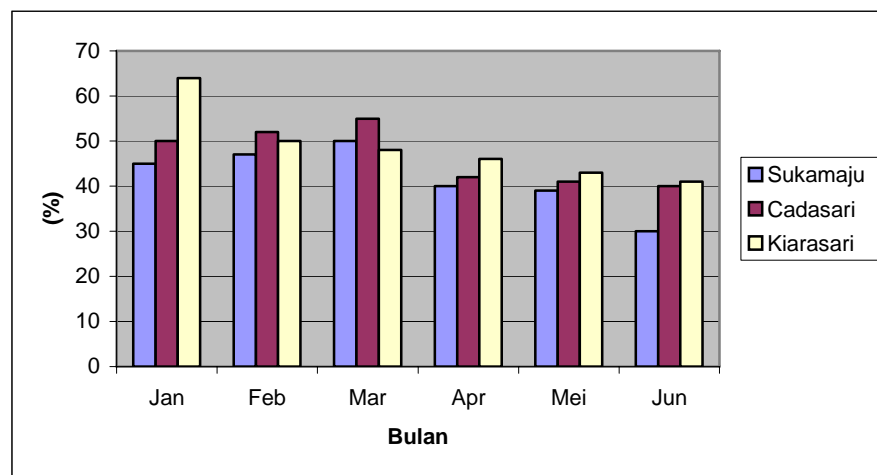
Penanggung jawab penyelenggaraan SKD-KLB gizi buruk tingkat puskesmas adalah Kepala Puskesmas. Dalam hal ini, puskesmas diharapkan melakukan kajian data yang berasal dari desa dan sarana pelayanan kesehatan yang berada di wilayah kerja puskesmas (pustu, BDD). Data yang diolah adalah data penimbangan (SKDN), data gizi buruk dan data penyakit (diare, campak, ISPA, dan lain-lain).

### **DATA PENIMBANGAN**

- a. Jenis data
- Rekap data SKDN dari desa (FII/Gizi) dan sarana pelayanan kesehatan yang berada di wilayah kerja Puskesmas
- b. Periode waktu
- Untuk kasus BGM pada balita yang datang ke puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya serta pelayanan kesehatan di luar gedung puskesmas data dikumpulkan setiap hari.
  - Untuk SKDN dan BGM di desa yang dikumpulkan setiap bulan melalui kegiatan pemantauan pertumbuhan.

- c. Pengolahan data
- Pengolahan data membutuhkan akurasi (ketepatan pengisian) dan kelengkapan data sesuai dengan jumlah desa/posyandu yang berada pada wilayah kerja Puskesmas.
  - Dihitung dalam bentuk proporsi misalnya : N/D, D/S, K/S dan BGM/D untuk masing-masing desa
- d. Penyajian data
- Data disajikan dalam bentuk tabel dan grafik seperti contoh berikut.

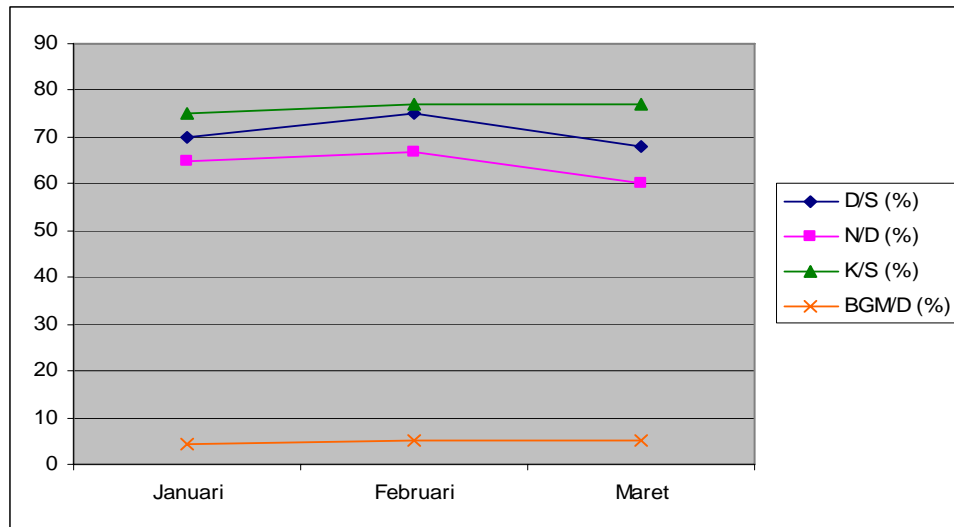
Contoh Grafik 4. Cakupan N/D menurut desa periode Januari – Juni 2005 di Puskesmas Sukamakmur



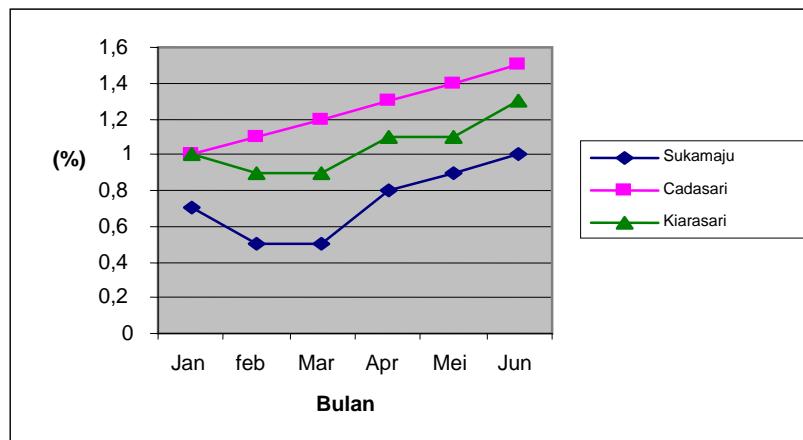
- e. Analisis
- Analisis data dilakukan untuk melihat kecenderungan pencapaian cakupan SKDN dan BGM dari bulan ke bulan, atau melihat pencapaian cakupan antar desa.
  - Analisis Lanjut dilakukan dengan melihat pencapaian cakupan antar desa dan menghubungkannya dengan informasi yang berkaitan, misalnya menurunnya N/D dengan kejadian wabah diare, gagal panen, dll.
- f. Penyajian data
- Tampilan dapat dalam bentuk tabel dan grafik (garis, balok, batang, pie, dll). Penyajian menggambarkan situasi wilayah dalam periode waktu tertentu (bulanan, triwulan, dan tahunan)
  - Contoh penyajian misalnya :
    - % N/D, % D/S selama tiga bulan di puskesmas Sukamakmur
    - Kecenderungan BGM/D selama tiga bulan berturut-turut di Puskesmas Sukamakmur.



Contoh Grafik 5. Cakupan D/S, K/S, N/D dan BGM/D di Puskesmas Sukamakmur periode Januari – Maret 2005



Contoh Grafik 6. Kecenderungan BGM/D periode Januari-Juni 2005 di 3 desa di Puskesmas Sukamakmur



g. Interpretasi data

- Menurunnya N/D di Puskesmas Sukamakmur sejak bulan Februari (grafik 5), kemungkinan karena musim kering berlangsung lama. Pada kasus ini petugas gizi diharapkan melakukan pengecekan anak-anak dengan berat badan terhadap umur terutama jika > 2 kali penimbangan berturut-turut berat badan turun, atau tetap.
- Meningkatnya BGM/D di Puskesmas Sukamakmur sejak bulan Februari karena pada bulan yang bersamaan terjadi peningkatan anak balita yang menderita diare.

h. Pelaporan

- Pengelola laporan tingkat puskesmas adalah TPG, penanggung jawab SP3/SP2TP
- Pelaporan dilakukan secara periodik dan tepat waktu.

|                              |
|------------------------------|
| <b>Data Kasus Gizi Buruk</b> |
|------------------------------|

a. Sumber data

- Hasil penimbangan bulanan posyandu
- Rujukan posyandu ke puskesmas yang telah diverifikasi petugas
- Laporan masyarakat (telah diverifikasi petugas)
- Laporan media masa (telah diverifikasi petugas)
- Laporan gizi buruk (W1)
- Laporan penderita rawat-jalan/rawat-inap di puskesmas

b. Pengumpulan data:

- Periode waktu : setiap saat, bulanan
- Pengelola laporan di tingkat puskesmas adalah TPG dan penanggung jawab SP3/SP2TP
- Formulir yang dibutuhkan untuk pengumpulan data, pengolahan data dan analisis, serta sarana pendukung lainnya.

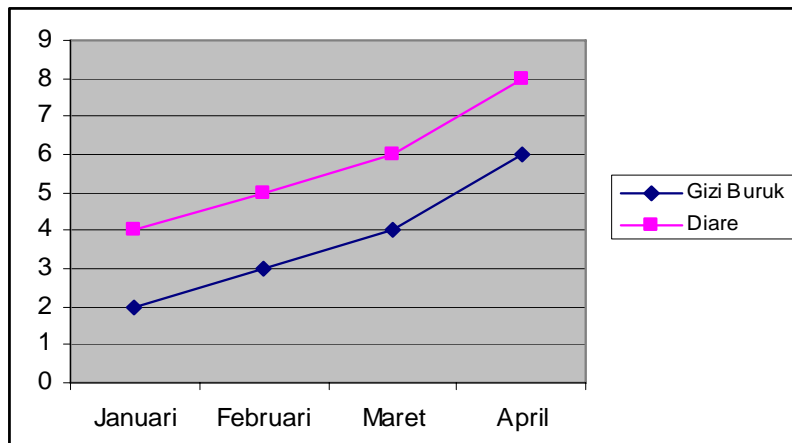
c. Pengolahan data:

- Pengolahan data membutuhkan akurasi (ketepatan penentuan kasus gizi buruk)
- Pengolahan data dilakukan dengan merekap dan menganalisa jumlah kasus gizi buruk dari setiap sarana di wilayah kerja Puskesmas

d. Analisis data

- Analisis data dilakukan untuk melihat kecenderungan adanya peningkatan kasus gizi buruk dari waktu ke waktu.
- Analisis dilakukan dengan membandingkan kasus gizi buruk yang terjadi di setiap desa.
- Analisis dapat pula dilakukan dengan menghubungkan berbagai faktor risiko seperti kerawanan pangan, perubahan musim, timbulnya penyakit (diare, ISPA, Campak, dll) dan lain-lain.

Contoh Grafik 7. Kecenderungan Meningkatnya Kasus Gizi Buruk dan Diare di Puskesmas Sukamakmur pada Bulan Januari-April 2005,



e. Penyajian data

- Dalam bentuk grafik (garis, balok dll) menurut desa maupun rekap dari keseluruhan desa setiap bulan.

f. Interpretasi data

- Pada contoh grafik 7 di atas, terlihat bahwa kenaikan jumlah kasus gizi buruk diiringi oleh peningkatan kasus diare. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan kasus gizi buruk yang terjadi kemungkinan besar disebabkan oleh terjadinya wabah diare di daerah tersebut.

g. Pelaporan

Mekanisme pelaporan adalah sebagai berikut:

Rujukan informasi atau kasus dari posyandu atau masyarakat atau sumber lain yang telah diklarifikasi petugas kesehatan pembina desa disampaikan **secepatnya** ke Puskesmas. Setelah dikonfirmasi, dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan menggunakan format PWS setiap bulannya.

**Data Penyakit Campak, Diare dan Penyakit Infeksi Lainnya**

- Data diambil dari hasil olahan (informasi) pemantauan wilayah setempat (PWS) surveilans penyakit di puskesmas.
- Pengambilan informasi diambil setiap minggu.

### 1.3 Tingkat kabupaten

Penanggung jawab pelaksanaan SKD-KLB gizi buruk di tingkat kabupaten adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten. Di tingkat kabupaten data yang dibutuhkan hampir sama dengan data di tingkat puskesmas yaitu data penimbangan (SKDN, BGM), data gizi buruk dan data penunjang lainnya.

#### Data Penimbangan dan Kasus Gizi Buruk

- a. Sumber data : FIII Gizi, LB 3 Puskesmas, W1 dan PWS-Gizi
- b. Pengorganisasian
  - Periode waktu: Data penimbangan (SKDN) diolah setiap bulan, sedangkan data gizi buruk direkap setiap saat ada laporan dari puskesmas. Untuk kasus gizi buruk data diambil dari laporan puskesmas maupun rumah sakit.
  - Pengumpul data laporan  
Untuk data SKDN dan Gizi buruk penanggung jawab pengumpul data adalah penanggung jawab program gizi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- c. Pengolahan data
  - Absensi jumlah puskesmas yang melapor (kelengkapan dan ketepatan pengisian)
  - Menghitung cakupan SKDN untuk setiap puskesmas dan setiap ada laporan kasus gizi buruk data tersebut direkap secara mingguan.
- d. Analisis dan penyajian data
  - Data SKDN dihitung dalam persen : % N/D, % D/S, % K/S, % BGM/D per puskesmas
  - Jumlah anak balita BGM per puskesmas
  - Jumlah balita gizi buruk (kasus baru) per puskesmas dalam 1 bulan terakhir.
  - Penanggung jawab program gizi melakukan analisis bersama dengan unit surveilans lainnya.

#### Data Penyakit Campak dan Diare

Penanggungjawab program gizi tidak mengolah data sendiri melainkan melakukan hal-hal sebagai berikut :

- Mengambil hasil olahan (informasi) dari unit surveilans lain (P2M, Penyakit , dll)
- Pengambilan informasi dilakukan setiap bulan.

## 2. PERINGATAN KEWASPADAAN DINI KLB GIZI

**Peringatan dini KLB** merupakan pemberian informasi adanya ancaman KLB pada suatu daerah dalam periode waktu tertentu dengan menggunakan formulir W1 untuk pelaporan kasus gizi buruk (dilaporkan setiap ditemukan kasus) dan PWS dilaporkan setiap bulannya.

Berdasarkan hasil kajian epidemiologi, peringatan dini kemungkinan terjadinya gizi buruk pada suatu daerah dapat dirumuskan untuk periode tertentu.

Kegiatan yang dilakukan dalam rangka peringatan dini KLB gizi buruk adalah sbb:

- a. Menyebarkan informasi perkembangan penyakit berpotensi KLB dan adanya ancaman KLB kepada program terkait di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan sektor terkait di kabupaten/kota secara teratur setiap bulan.
- b. Apabila teridentifikasi adanya ancaman KLB yang sangat penting dan mendesak, maka dalam waktu secepat-cepatnya memberikan peringatan kewaspadaan Dini KLB kepada program terkait di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sektor terkait kabupaten/kota, Unit Pelayanan Kesehatan di Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang berbatasan dan masyarakat.
- c. Memberikan informasi perkembangan penyakit berpotensi KLB dan adanya ancaman KLB dalam jangka panjang untuk mendorong kesiapsiagaan KLB secara teratur setiap tahun.

Peringatan dini dilakukan untuk mendorong peningkatan kewaspadaan terhadap terjadinya gizi buruk di puskesmas, rumah sakit maupun program terkait maupun peningkatan kewaspadaan dari masyarakat terhadap munculnya gizi buruk.

### 2.1. Indikasi yang digunakan untuk peringatan dini

Indikasi yang dapat digunakan sebagai peringatan dini sebagai berikut :

- a. Balita dengan status 2 kali berturut-turut tidak mengalami kenaikan berat badan atau turun berat badannya.
- b. Kasus BGM baru (berat badan turun dari pita warna kuning sehingga berada di bawah garis merah atau ditemukan pada anak yang baru ditimbang), selanjutnya kasus ini dirujuk ke puskesmas untuk dikonfirmasi dengan BB/TB dan atau tanda klinis,
- c. N/D turun dari bulan yang lalu, atau tetap selama 3 bulan berturut-turut di suatu desa kecuali pada desa yang telah mencapai N/D 80%
- d. N/D rendah

- e. D/S datar atau menurun
- f. Kasus diare
  - Angka kesakitan dan atau kematian di suatu kecamatan, desa/kelurahan menunjukkan kenaikan mencolok selama 3 kali waktu observasi berturut-turut (harian atau mingguan).
  - Jumlah penderita dan atau kematian di suatu kecamatan, desa/kelurahan menunjukkan kenaikan 2 kali atau lebih dalam periode waktu tertentu (harian, mingguan, bulanan) dibandingkan dengan angka rata-rata dalam 1 tahun terakhir
  - Peningkatan jumlah kesakitan dan atau kematian dalam periode waktu (mingguan, bulanan) di suatu kecamatan, desa/kelurahan dibandingkan dengan periode yang sama pada tahun yang lalu
  - Peningkatan case fatality rate pada suatu kecamatan, desa/kelurahan dalam waktu 1 bulan dibandingkan dengan case fatality rate bulan lalu
- g. Kasus campak
  - Peningkatan kasus baru berturut-turut selama 3 minggu
  - Daerah yang mengalami KLB campak dalam 1 bulan terakhir
- h. Laporan dari masyarakat tentang perubahan konsumsi yang terjadi pada masyarakat seperti: konsumsi nasi AKING, konsumsi umbi. Konfirmasi mengenai tempat dan penyebaran dilakukan oleh TPG.

***Waspada bila ditemukan salah satu dari kondisi di atas dengan segera***

### **3. PENINGKATAN KEWASPADAAN DAN KESIAPSIAGAAN KLB-GIZI BURUK**

#### **3.1 Peningkatan kewaspadaan KLB-gizi buruk**

Peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan KLB gizi buruk dilakukan dalam bentuk berbagai upaya yang disesuaikan dengan indikasi-indikasi yang digunakan sebagai peringatan dini KLB gizi buruk. Upaya-upaya yang dimaksud adalah sebagai berikut:

- a. Bila ditemukan anak 2X tidak naik berat badan:
  - Penyuluhan kepada orangtua balita
  - Dirujuk ke puskesmas untuk mengetahui penyebab tidak naik berat badan
- b. Bila ditemukan BGM baru:
  - Konfirmasi BGM (BB/U) dengan BB/TB dan tanda klinis gizi buruk oleh petugas puskesmas,

- Jika positif gizi buruk ( $- 3$  SD dan atau disertai dengan tanda-tanda klinis) maka terapkan tatalaksana penanganan gizi buruk
- c. Bila ditemukan N/D turun:
- Kunjungan ke desa yang persentase N/D turun atau tetap oleh pembina wilayah untuk mencari faktor penyebab
  - Penimbangan balita yang tidak datang ke posyandu
  - Koordinasi dengan puskesmas asal penderita (bila kasus berasal dari wilayah lain)
  - Berikan pelayanan gizi dan pelayanan kesehatan lainnya
- d. Bila ditemukan N/D rendah:
- Kunjungan ke desa yang persentase N/D rendah oleh pembina wilayah untuk mencari faktor penyebab
  - Berikan pelayanan gizi dan pelayanan kesehatan lainnya
- e. Bila ditemukan D/S turun
- Dilakukan pembinaan terhadap desa-desa yang persentase D/S rendah
  - Membahas bersama tokoh masyarakat, TP-PKK dan kader tentang upaya peningkatan persentase D/S
- f. Bila ditemukan KLB diare
- Lakukan sesuai SOP (Standard Operating Procedures) KLB diare
- g. Bila ditemukan KLB campak
- Lakukan sesuai SOP (Standart Operating Procedures) KLB campak
- h. Bila laporan dari masyarakat tentang perubahan konsumsi yang terjadi pada masyarakat:
- Mengunjungi masyarakat untuk mengetahui jumlah KK yang mengalami perubahan penurunan jumlah dan mutu konsumsi serta faktor penyebab lainnya.
  - Jika telah diketahui penyebabnya maka perlu dibahas di dewan ketahanan pangan atau lintas sektor untuk mencari cara penanggulangan yang tepat

### **3.2 Kesiapsiagaan menghadapi KLB gizi buruk**

Beberapa tindakan yang perlu dilakukan sebagai kesiapsiagaan menghadapi kemungkinan KLB yaitu :

- Menyiapkan pedoman penyelidikan KLB gizi buruk dan membentuk tim penyelidikan KLB atau memanfaatkan tim penanggulangan KLB yang sudah ada
- Kesiapsiagaan tenaga dan tim  
Tenaga yang perlu disiapkan adalah tenaga gizi, tenaga PKM, tenaga P2M dan surveilans. Bila di suatu daerah sering terjadi KLB maka memerlukan persiapan tenaga di puskesmas dan di rumah sakit (dokter, perawat, gizi)
- Kesiapsiagaan anggaran untuk transport, obat, KLB kit, dll
- Kesiapsiagaan logistik
- Menyiapkan makanan formula, obat-obatan
- Kesiapsiagaan informasi dan transportasi

Tindakan kesiapsiagaan tersebut di atas dilakukan dengan peningkatan kerjasama dan koordinasi untuk memperoleh dukungan terhadap sumber daya yang diperlukan. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

| Sumberdaya  | Kesehatan  |  | Lintas Sektor  | Masyarakat  |
|-------------|--|--|--|---|
|             | Gizi   | Lintas Program   |  |   |
| a. Tenaga   | TPG terlatih                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tenaga PKM</li> <li>▪ Surveillans</li> <li>▪ P2M</li> <li>▪ Tenaga</li> <li>▪ Pembina desa (perawat, bidan desa dll)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tim pangan &amp; gizi</li> <li>▪ Pertanian (PPL)</li> <li>▪ BKKBN (PPLKB)</li> <li>▪ Kecamatan (Kesos, Bangdes)</li> <li>▪ PKK</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dekel/LPM</li> </ul> |
| b. Logistik | Alat ukur tinggi badan, alat ukur panjang badan, | Vaksin, oralit, obat2 an, dsb  | Bantuan bibit, modal kerja dll.  | Alat timbang berat badan (dacin )                             |
| c. Biaya    | Bimbingan teknis, Surveillans aktif              | Penyelidikan kasus, surveilans aktif<br>Pertemuan,   | Pertemuan koordinasi   |   |

### Indikator kinerja SKD

Untuk menilai keberhasilan penyelenggaraan SKD digunakan ukuran-ukuran sebagai berikut :

1. Input
  - a. Setiap bulan tersedianya informasi tentang indikasi
  - b. Adanya tim
2. Proses
  - a. Dilaksanakannya desiminasi informasi hasil SKD
  - b. Terselenggaranya pertemuan koordinasi dengan Tim Pangan dan Gizi
3. Output  
Dilaksanakannya respon SKD.



## BAB III

### PENYELIDIKAN DAN PENANGGULANGAN KLB GIZI BURUK

Untuk melakukan penyelidikan dan penanggulangan KLB diperlukan informasi yang berasal dari berbagai sumber seperti: hasil analisis kajian data epidemiologi, laporan perorangan (kepala desa, masyarakat umum), pimpinan institusi seperti sekolah). Pokok-pokok kegiatan mencakup penyelidikan, pelayanan, pencegahan dan surveilans ketat.

#### 1. Tujuan

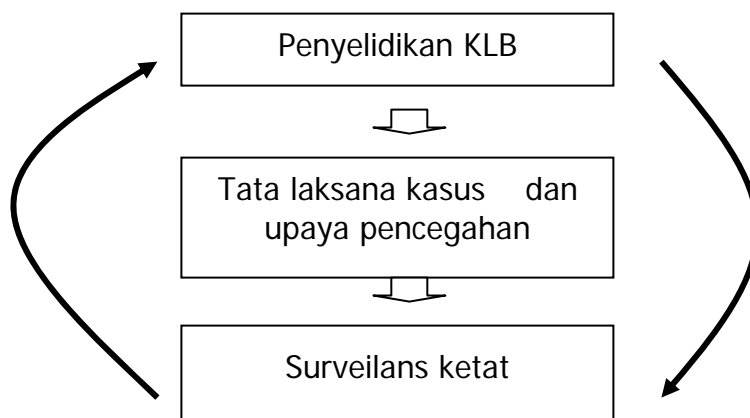
Umum: Tertanggulangnya kasus gizi buruk

Khusus :

- Memastikan diagnosis dari kasus gizi buruk yang dilaporkan dan mengidentifikasi penyebab dan faktor risiko terjadinya KLB gizi buruk
- Identifikasi daerah lain yang akan terkena KLB
- Melakukan penanganan kasus dengan segera
- Mencegah bertambahnya kasus baru

#### 2. Ruang lingkup

Kegiatan penyelidikan dan penanggulangan KLB gizi buruk meliputi penyelidikan KLB, tata laksana kasus, pencegahan dan surveilans ketat yang digambarkan dalam skema berikut :



##### a. Penyelidikan KLB

Tujuan:

Untuk memastikan adanya KLB gizi buruk, mengetahui penyebab, gambaran epidemiologi dan faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Penyelidikan KLB dilaksanakan :

- Pada saat pertama kali dilaporkan adanya KLB atau dugaan KLB
- Pada waktu perkembangan KLB atau penyelidikan KLB lanjutan

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penyelidikan KLB gizi buruk sebagai berikut :

#### **a.1. Melakukan konfirmasi KLB gizi buruk**

Cara atau langkah-langkah yang ditempuh:

- Kabupaten bersama Puskesmas melakukan penyelidikan KLB pada saat dilaporkan adanya kasus gizi buruk.
- Bila benar, lakukan pencatatan informasi tentang gambaran epidemiologi (usia penderita, penyebab, distribusi dan besarnya masalah)
- Sebelum melakukan deklarasi KLB perlu dilakukan penyelidikan kasus
- Yang bertanggung jawab melakukan penyelidikan awal dan berwenang adalah Tim KLB Kabupaten/kota bersama Puskesmas.
- Pelaksana penyelidikan kasus sebelum deklarasi KLB adalah tim kabupaten/kota
- Pernyataan KLB dikeluarkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota
- Pernyataan KLB menimbulkan konsekuensi diberlakukannya undang-undang nomor 4 tahun 1984 tentang waba.

*Deklarasi KLB adalah lokasi tempat terjadinya KLB dalam hal ini desa*

- Konfirmasi dilakukan oleh petugas bila dilaporkan ada kasus gizi buruk yaitu dengan mengidentifikasi status gizi dengan  $BB/TB < -3 SD$  atau melihat tanda-tanda klinis
- Konfirmasi dilakukan secepatnya setelah diterima laporan

#### **a.2. Mengetahui etiologi, distribusi, dan gambaran epidemiologi**

- Lakukan penyelidikan kasus dan sekitar kasus dengan menggunakan formulir penyelidikan KLB gizi buruk (tergantung situasi).
- Lakukan wawancara dengan orang tua untuk mengetahui penyebab
- Lakukan wawancara dengan tokoh masyarakat setempat tentang faktor risiko terjadinya gizi buruk (pangan, kemiskinan, kondisi lingkungan, perilaku, sarana pelayanan kesehatan yang ada, cakupan imunisasi/suplementasi gizi dan penyakit)
- Identifikasi jumlah balita yang ada di sekitar kasus yang tidak pernah terakses oleh pelayanan kesehatan/ posyandu

- Identifikasi jumlah balita lainnya yang berat badannya mengalami penurunan dalam 1 bulan terakhir (T)
- Rinci distribusi penderita gizi buruk menurut variabel waktu (kapan kejadian, kapan ke pelayanan kesehatan, kapan ditemukan), tempat dan orang (jenis kelamin, umur)

**a.3. Menetapkan faktor risiko dan anak balita yang berisiko**

- Berdasarkan informasi hasil penyelidikan tentukan kemungkinan penyebab terjadinya gizi buruk.
- Menghitung dan menetapkan jumlah balita lainnya yang berisiko di sekitar daerah KLB, berdasarkan luas wilayah (desa) dengan cara:
  - mencatat semua balita dengan melakukan penyisiran wilayah
  - menetapkan jumlah kasus
  - menetapkan jumlah anak lain yang berisiko yang dapat dilakukan melalui observasi misalnya, berapa banyak keluarga tidak menggunakan jamban keluarga dan buang air ke sungai, tidak memperoleh air bersih, cadangan pangan yang ada.
- Inventarisasi sarana kesehatan yang ada, wawancara dengan tokoh masyarakat, wawancara dengan orangtua balita.

**a.4. Memperkirakan kecenderungan perkembangan KLB**

- Apakah terjadi peningkatan jumlah kasus gizi buruk baru dalam 1 bulan terakhir
- Apakah terjadi penambahan proporsi *anak kurus* dalam 1 bulan terakhir

**a.5. Memberi rekomendasi strategi penanggulangan termasuk penyelidikan lebih lanjut (bila diperlukan)**

- Membuat laporan penyelidikan berdasarkan butir a sampai f yang meliputi : tujuan penyelidikan KLB, metode penyelidikan, gambaran epidemiologi menurut umur (jumlah penderita gizi buruk, jumlah kasus meninggal) gambaran epidemiologi menurut tempat.
- Membuat rencana tindak lanjut

**b. Penanganan Kasus**

Penanganan kasus gizi buruk merupakan kegiatan pertama yang harus dilakukan oleh petugas puskesmas dan Rumah sakit pada saat KLB terjadi.

Kegiatan penanganan kasus gizi buruk adalah sebagai berikut :

- Penyuluhan kepada masyarakat tentang tanda-tanda Gizi buruk dan cara merujuk sebagai upaya pencegahan yang dapat dilakukan oleh masyarakat
- Mendekatkan pelayanan dengan cara menyiapkan pos baru/Therapeutic Feeding Centre (bila memungkinkan)
- Melakukan pelayanan gizi dan pengobatan berdasarkan SOP (pedoman tatalaksana penanganan gizi buruk rawat inap/rawat jalan).
- Menyediakan sarana, suplementasi gizi, makanan formula, dll
- Upaya pencegahan meningkatnya jumlah kasus gizi buruk dengan meningkatkan daya tahan tubuh dengan imunisasi, makanan tambahan, perbaikan kondisi lingkungan, dll.

### **c. Upaya Pencegahan**

Upaya pencegahan dilakukan untuk melindungi penduduk yang berisiko menderita gizi buruk, upaya ini dilakukan secara lintas program/sector seperti :

- Pemberian imunisasi
- Peningkatan cakupan kapsul vitamin A terutama pada daerah ada kasus campak.
- Peningkatkan cakupan pemantauan pertumbuhan
- Penyuluhan kepada masyarakat dan konseling pada anak-anak yang mengalami gagal tumbuh.
- Manajemen faktor risiko gizi buruk dan koordinasi dengan program terkait. Jika faktor risikonya di luar kemampuan (resource) sector kesehatan maka dikoordinasikan dengan sector lain.
- Memperhatikan kondisi lingkungan, kondisi ekonomi, dll

### **d. Surveilans Ketat atau Surveilans Intensif**

Surveilans ketat atau surveilans intensif dilakukan ketika terjadi KLB gizi buruk. Kegiatan ini bertujuan memonitor dan melakukan evaluasi kegiatan penanggulangan KLB.

Kegiatan ini meliputi:

- Mengkaji data kunjungan penderita yang berobat di pelayanan kesehatan/Puskesmas terutama untuk kasus diare, campak.
- Pencarian kasus-kasus baru dengan cara melakukan pengukuran antropometri (BB/TB) dua minggu pada populasi (misalnya; operasi timbang)
- Melakukan analisis kecenderungan peningkatan kasus gizi buruk dari bulan ke bulan, membuat tabulasi distribusi kasus gizi buruk menurut tempat dan waktu.

- Memantau tatalaksana kasus dengan menghitung jumlah kasus gizi buruk yang dirawat/ditangani dan jumlah kasus yang membaik.
- Melakukan pertemuan berkala petugas lapangan dengan aparat desa, kader dan anggota masyarakat yang peduli KLB untuk membahas hasil upaya penanggulangan dan perkembangan KLB gizi buruk.
- Menyampaikan hasil kajian kepada pimpinan dan tim pangan dan gizi secara terus menerus. Tim Pangan dan Gizi menggunakan informasi SKD dan penyelidikan KLB gizi buruk untuk usulan rekomendasi dan pengambilan tindakan.
- Pimpinan dan Tim Pangan dan Gizi melakukan manajemen faktor risiko berdasarkan hasil penyelidikan.

### **Kapan KLB dinyatakan selesai ?**

KLB dinyatakan selesai bila penderita gizi buruk sudah ditanggulangi (sesuai tata laksana gizi buruk), kasus baru lagi selama 3 bulan < 1% dan faktor risiko ditanggulangi.

### **Indikator kinerja Penanggulangan KLB Gizi buruk**

Untuk menilai kinerja penanggulangan KLB gizi buruk dilihat dari indikator input, proses, dan output :

Input : Adanya rekomendasi  
 Proses : Terlaksananya upaya penanganan kasus  
 Output : Semua kasus gizi buruk tertangani

LAMPIRAN 1. FORMULIR W1

Nomor : \_\_\_\_\_

|     |         |
|-----|---------|
| W 1 | Pu )    |
|     | Ka ) *) |
|     | Pr )    |

**LAPORAN KEJADIAN LUAR BIASA / WABAH**  
(dilaporkan dalam 24 jam)

Pada tanggal/bln/th : .....

di Desa/Kelurahan : .....

Kecamatan : .....

Dati II : .....

Propinsi : .....

Telah terjadi sejumlah .....Penderita

dan sejumlah .....Kematian

tersangka penyakit :

|             |              |               |                  |                   |
|-------------|--------------|---------------|------------------|-------------------|
| DIARE [ ]   | CAMPAK [ ]   | TET NEO [ ]   | HEPATITIS [ ]    | RABIES [ ]        |
| KHOLERA [ ] | DIPTERI [ ]  | POLIO/AFP [ ] | ENCEPHALITIS [ ] | PES/ANTHRAX*) [ ] |
| DHF [ ]     | PERTUSIS [ ] | MALARIA [ ]   | MENINGITIS [ ]   | KERACUNAN [ ]     |
| DSS [ ]     | TETANUS [ ]  | FRAMBOSIA [ ] | TYPHUS ABD [ ]   | GIZI BURUK [ ]    |

Dengan gejala-gejala :

|                   |                             |                                 |
|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| muntah-muntah [ ] | panas [ ]                   | icterus [ ]                     |
| berak-berak [ ]   | batuk [ ]                   | mulut sukar dibuka*) [ ]        |
| menggigil [ ]     | pilek [ ]                   | bercak putih pada pharinx*) [ ] |
| turgor jelek [ ]  | pusing [ ]                  | meringkil pada lipatan-         |
| kaku kuduk [ ]    | kesadaran menurun*) [ ]     | paha/ketiak [ ]                 |
| sakit perut [ ]   | pingsan [ ]                 | perdarahan [ ]                  |
| hydro-phoby [ ]   | bercak merah di kulit*) [ ] | Marasmus [ ]                    |
| kejang-kejang [ ] | lumpuh kedua tungkai [ ]    | Kwashiorkor [ ]                 |
| shock [ ]         | batuk beruntun [ ]          |                                 |

Tindakan yang telah dilakukan .....

.....

.....

.....

Laporan W 1 ini harus disusun segera dengan :

1. Hasil penyelidikan epidemiologi dan Rencana penanggulangan ..... Kepala.....
2. Laporan akhir hasil penyelidikan dan penanggulangan .....

**Catatan :**

1. \*) Coret yang tidak perlu
2. Satu lembar formulir ini untuk melaporkan satu jenis K.L.B
3. Bila desa/kelurahan, kecamatan, dati II yang terjangkit lebih dari satu, maka rincian P/M masing-masing ditulis di balik formulir ini

(.....)

**LAMPIRAN 2a**

**Contoh : Formulir Laporan Kewaspadaan KLB Gizi**  
(dikirim dalam waktu 24 jam)

Kepada Yth.

Kepala Puskesmas .....

Di.....

Bersama ini kami sampaikan, bahwa pada tanggal ..... telah ditemui kasus dengan tanda-tanda gizi buruk.

**Lokasi :**

Desa : .....

Puskesmas/Kecamatan : .....

Kabupaten/Kota : .....

a. Jumlah kasus adalah : .....

b. Gejala yang ditemui : .....

Demikian laporan ini dibuat.

....., .....

Pelapor,

Nama jelas :

Alamat :

**LAMPIRAN 2b**

**Contoh : Formulir Laporan Kewaspadaan KLB Gizi di Rumah Sakit**  
(dikirim dalam waktu 24 jam)

Rumah sakit : .....  
Kota : .....  
Provinsi : .....

Kepada : .....

Bersama ini kami beritahukan bahwa kami telah merawat/memeriksa penderita gizi buruk

Nama : .....  
Umur/jenis kelamin : .....  
Nama orang tua : .....  
Alamat rumah : .....  
RT ..... RW/RK .....  
Kelurahan/Desa : .....  
Kecamatan : .....  
Kabupaten/kota : .....  
Tanggal mulai sakit : .....  
Perawatan : Rawat jalan/rawat \*)  
KEADAAN PENDERITA SAAT INI : HIDUP/MENINGGAL \*)  
Diagnosa  
( ) MARASMUS  
( ) KWASHIORKOR

Tanggal pelaporan : .....  
Pelapor : .....

Tembusan \*\*)  
Kepada Yth  
Ka Puskesmas .....

\*) Coret yang tidak perlu  
\*\*) Tembusan untuk Puskesmas dikirim lewat anggota keluarga penderita



### Lampiran 3

## FORMULIR PENYELIDIKAN KASUS GIZI BURUK

Tgl. Penyelidikan :

A. Identitas umum

### Kasus

|                |  |        |            |  |
|----------------|--|--------|------------|--|
| Nama anak:     |  | Alamat | Desa:      |  |
| Umur:          |  |        | Kecamatan: |  |
| Jenis kelamin: |  |        | Kabupaten: |  |
| Berat badan:   |  |        | Propinsi:  |  |

|             |  |             |  |
|-------------|--|-------------|--|
| Nama ayah:  |  | Nama ibu:   |  |
| Pekerjaan:  |  | Pekerjaan:  |  |
| Pendidikan: |  | Pendidikan: |  |

B. Keadaan sosial ekonomi

|  | YA                       | TIDAK                    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Apakah kasus berasal dari KK miskin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Apakah sudah memiliki kartu sehat   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Keadaan Gizi dan Penyakit

|  | YA                       | TIDAK                    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Gejala /tanda klinis yang terlihat               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. Kwashiorkor                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Marasmus                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Apakah anak ditimbang selama 6 bulan terakhir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah menderita penyakit :                   |                          |                          |
| diare  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ISPA   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lainnya  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. Pola konsumsi makanan

|  | YA                       | TIDAK                    |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Apakah terjadi perubahan pola konsumsi makanan pokok dalam keluarga selama 3 bulan terakhir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Perubahan jenis   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Perubahan frekuensi   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Perubahan jumlah  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E. Informasi Lain

|   | YA                       | TIDAK                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Apakah terjadi penurunan N/D selama 3 bulan terakhir di desa (tempat) asal kasus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Apakah terjadi peningkatan BGM/D selama Selama 3 bulan terakhir                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Apakah secara umum terjadi perubahan pola konsumsi makanan keluarga (20 KK Miskin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Apakah terjadi kelangkaan makanan pokok  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F. Kesimpulan dan Rekomendasi :

Tempat/tanggal:

Pelapor :

Nama Jelas :

LAMPIRAN 4

MEKANISME PELAPORAN

