613.2
Ind
P

Petunjuk Teknis Penggunaan Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus (PKMK) untuk Tatalaksana Stunting di Rumah Sakit



Kementerian Kesehatan
2025

613 .2.
Ind

Petunjuk Teknis Penggunaan Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus (PKMK) untuk Tatalaksana Stunting di Rumah Sakit

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA 2025

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

613.2
Ind
P

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI.
Petunjuk Teknis Penggunaan Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus (PKMK) untuk Tatalaksana Stunting di Rumah Sakit — Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2025

1. Judul
II. Stunting
I. Nutrition--Health

Tim Penyusun

Pengarah:
Direktur Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas

Penanggungjawab:
Direktur Pelayanan Kesehatan Keluarga

Tim Penyusun:
Damayanti Rusli Sjarif, Klara Yuliarti, Lanny Christine Gultom, Moretta Damayanti, Meta Hanindita, Titis Prawitasari, Dakhlan Choeron, Yuni Zahraini, Devvi Widyaningrum, Rivani Noor, Siti Masruroh, Yunita Restu Safitri, Muhammad Yusuf, Novalia, Julina, Farsely Mranani, Lia Irawati, Rian Anggaraini, Vivi Yanti Sidi, Nurul Hudati, Yurista Permanasari

Editor:
Julina, Farsely Mranani, Vivi Yanti Sidi

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Dikeluarkan oleh :

Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang

Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan dengan cara apapaun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk *fotocopy* rekaman dan lain-lain tanpa seijin tertulis dari penerbit

Kata Pengantar

Stunting adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada dibawah sesuai ketetapan Kementerian Kesehatan. Data Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2024 menunjukkan penurunan prevalensi stunting menjadi 19,8% (turun 1,7%), *wasting* menjadi 7,4% (turun 1,1%), *underweight* menjadi 16,8% (naik 0,9%) dan *overweight* menjadi 3,4% (turun 0,8%) jika dibandingkan dengan Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023. Walaupun hasil SSGI tahun 2024 secara umum menunjukkan perbaikan status gizi balita, namun masih membutuhkan upaya serius untuk mencapai target RPJMN 14,2% pada tahun 2019 dan target jangka panjang 5% pada tahun 2045.

Stunting selalu diawali oleh perlambatan pertambahan berat badan yang dapat terjadi sejak dalam kandungan dan berlanjut setelah lahir. Anak stunting berisiko mengalami peningkatan morbiditas dan mortalitas, penurunan kekebalan sistem imun dan peningkatan risiko infeksi. Efek jangka panjang menyebabkan kegagalan seorang anak mencapai potensi kognitif dan kemampuan fisiknya, sehingga akan memengaruhi kapasitas kerja dan status sosial ekonomi di masa depan. Anak *stunting* juga akan rentan mengalami akumulasi lemak sentral dan resistensi insulin akibat penurunan oksidasi lemak sehingga lebih berisiko untuk mengalami penyakit-penyakit degeneratif seperti diabetes, hipertensi, dan dislipidemia pada masa dewasa. Sehingga dalam jangka panjang mempengaruhi kualitas sumber daya manusia Indonesia.

Penurunan prevalensi stunting difokuskan pada upaya pencegahan. Namun untuk balita yang sudah didiagnosis stunting memerlukan tatalaksana berdasarkan kondisinya yaitu balita stunting tanpa atau dengan gizi buruk, gizi kurang, atau berat badan kurang. Untuk itu, dibutuhkan Petunjuk Teknis Tata laksana Stunting di rumah sakit sebagai acuan tata laksana balita stunting di Indonesia.

Jakarta, 12 September 2025
Direktur Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas,



dr. Maria Endang Sumiwi, MPH

DAFTAR ISI

Halaman Judul. ii
Tim Penyusun iii
Kata Pengantar iv
DAFTAR ISI v
DAFTAR LAMPIRAN vi
DAFTAR SINGKATAN viiii
BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan 3
C. Sasaran 3
D. Ruang Lingkup 3
E. Dasar Hukum 3
F. Definisi Operasional 5
BAB II INDIKASI RUJUKAN DAN PENGGUNAAN PKMK. **7**
A. Indikasi Rujukan ke Rumah Sakit 7
B. Indikasi Penggunaan PKMK 8
BAB III PENGGUNAAN PKMK UNTUK TATA LAKSANA STUNTING DENGAN PENYEBAB WEIGHT FALTERING, BB KURANG, GIZI KURANG, GIZI BURUK DI RUMAH SAKIT **13**
A. Cara Pemberian (Diagnosis, Indikasi, Dosis) 13
BAB IV MANAJEMEN PENGGUNAAN PKMK DI RUMAH SAKIT **15**
A. Perencanaan 15
B. Pelaksanaan 18
C. Monitoring dan Evaluasi 22
BAB V PENCATATAN DAN PELAPORAN **24**
A. Pencatatan 24
B. Pelaporan 24
BAB VI PENUTUP **26**
DAFTAR PUSTAKA 27
Lampiran 31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Rekapitulasi Balita Stunting yang Memerlukan PKMK dari Keluarga Miskin Setiap Bulan	31
Lampiran 2.	Rekapitulasi Kebutuhan PKMK di RSUD	32
Lampiran 3.	Rekapitulasi Kebutuhan PKMK Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota	33
Lampiran 4.	Rekapitulasi Penggunaan PKMK di RSUD	34
Lampiran 5.	Rekapitulasi Ketersediaan PKMK di RSUD	35
Lampiran 6.	Rekapitulasi Ketersediaan PKMK di Kabupaten/Kota	36

DAFTAR SINGKATAN

AKG	:	Angka Kecukupan Gizi
BB	:	Berat Badan
BPOM	:	Badan Pengawas Obat dan Makanan
DPJP	:	Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
F-100	:	Formula 100
F-75	:	Formula 75
FKTP	:	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
HAZ	:	Height for Age Z Score
HPK	:	Hari Pertama Kehidupan
KSM	:	Kelompok Staf Medis
LiLA	:	Lingkar Lengan Atas
MTBS	:	Manajemen Terpadu Balita Sakit
ONS	:	*Oral Nutrition Supplement*
PB	:	Panjang Badan
Permenkes	:	Peraturan Menteri Kesehatan
PKMK	:	Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus
SMF	:	Staf Medis Fungsional
TB	:	Tinggi Badan
WHO	:	World Health Organization

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) menunjukkan 149 juta anak berusia kurang dari 5 tahun di dunia memiliki Stunting serta 45 juta mengalami gizi kurang dan gizi buruk. Malnutrisi merupakan kondisi yang harus diatasi secepat mungkin terutama dalam masa periode emas perkembangan otak anak. Stunting yang terjadi pada masa anak akan mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan sehingga berdampak pada kualitas sumber daya manusia.

Percepatan perbaikan gizi masyarakat merupakan salah satu program prioritas Kementerian Kesehatan yang berfokus pada seribu hari pertama kehidupan (1000 HPK) guna menciptakan generasi emas di tahun 2045. Kondisi status kesehatan dan gizi di Indonesia saat ini telah memperlihatkan perbaikan. Salah satunya ditunjukkan dengan penurunan stunting pada balita berdasarkan SSGI dari 27,7% tahun 2019 menjadi 24,4% tahun 2021, 21,6% tahun 2022, 21,5% pada tahun 2023, dan 19,8% pada tahun 2024. Prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk *(wasting)* mengalami tren *fluktuatif* dari 7,4% pada tahun 2019 menjadi 7,1% pada tahun 2021, 7,7% berdasarkan SSGI tahun 2022, 8,5% pada tahun 2023 dan 7,4% pada tahun 2024 (SSGI 2024). Sedangkan balita berat badan kurang (*underweight)* mengalami kenaikan dari 16,3% pada tahun 2019 menjadi 17% pada tahun 2021, 17,1pada tahun 2022, 15,9% pada tahun 2023 dan 16,8% pada tahun 2024. Meskipun tren stunting mengalami perbaikan, namun kondisi ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat.

WHO mendefinisikan stunting sebagai balita yang dengan panjang badan atau tinggi badan menurut umur jika diplot di grafik pertumbuhan WHO 2006 berdasarkan usia dan jenis kelamin berada di bawah -2 SD atau *Height for Age Z Score* (HAZ) < -2. Penyebabnya adalah kekurangan gizi jangka panjang akibat asupan nutrisi yang tidak adekuat atau kebutuhan nutrisi yang meningkat karena penyakit atau kondisi klinis tertentu misalnya bayi berat lahir sangat rendah, penyakit jantung bawaan, alergi susu sapi, kelainan metabolisme bawaan, dll. Stunting akan berdampak pada perkembangan otak yang tidak adekuat sehingga menurunkan kognitif, daya tahan tubuh yang menurun sehingga meningkatkan angka morbiditas

dan mortalitas pada bayi dan balita, serta mengubah program metabolisme zat gizi makro sehingga berpotensi meningkatkan risiko mengalami penyakit tidak menular (*non-communicable disease*) diusia dewasa, seperti obesitas, toleransi glukosa terganggu, penyakit jantung koroner, hipertensi ataupun osteoporosis.

Menurut World Bank tahun 2018 dampak tersebut akan menurunkan kualitas sumber daya manusia suatu negara (*Human Capital Index*). Sesuai dengan Deklarasi Millenium maka WHO menargetkan setiap negara untuk menurunkan prevalensi balita stunting 40% pada tahun 2012, sehingga Pemerintah Indonesia menetapkan target prevalensi stunting sebesar 14% di tahun 2024.

Pencegahan stunting menitikberatkan pada penanganan faktor risiko penyebab terjadinya stunting, mengingat kondisi ini dapat memicu risiko gagal tumbuh, gizi kurang dan gizi buruk, yang jika terjadi secara kronis dapat meningkatkan risiko stunting. Penanggulangan anak stunting secara terpadu dan berkesinambungan merupakan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah sebagaimana amanat Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting, yang dilaksanakan secara holistik, integratif, dan berkualitas melalui koordinasi, sinergi dan sinkronisasi di antara pemangku kepentingan.

Salah satu upaya untuk menurunkan angka stunting adalah mencegah dan menatalaksana stunting yang disebabkan oleh penyakit yang dapat ditatalaksana dengan Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus (PKMK) sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 tahun 2019 tentang Penanggulangan Masalah Gizi Bagi Anak Akibat Penyakit. Implementasi kegiatan meliputi surveilans gizi dan penemuan kasus untuk deteksi dini stunting, serta penanganan kasus di puskesmas dan rumah sakit. Kegiatan ini dilaksanakan untuk meminimalisir risiko stunting dan dampak jangka panjangnya termasuk beban biaya kesehatan. Selain itu, upaya ini juga dilaksanakan untuk memenuhi komitmen *Universal Health Coverage* dalam memberikan perlindungan bagi semua masyarakat, terutama pada kelompok miskin dan rentan.

Pemberian Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus (PKMK) merupakan bagian dari penanganan kasus di rumah sakit dan hanya diberikan berdasarkan indikasi medis dengan resep dan pengawasan dokter spesialis anak. Hal ini dimaksudkan agar PKMK diberikan tepat sasaran, tepat guna dan tepat pembiayaan. Indikasi serta prosedur pemberian PKMK

tercantum dalam Kepmenkes HK.01.07/Menkes/1928/ 2022 tentang PNPK Tata Laksana Stunting.

Kondisi stunting, baik dengan status gizi BB/TB normal, berat badan kurang (*underweight*), gizi kurang maupun gizi buruk dalam masyarakat memerlukan penanganan khusus. Untuk itu, bahasan pedoman ini lebih fokus pada anak stunting, dengan ketiga permasalahan tersebut.

B. Tujuan

Memberikan acuan pemberian PKMK pada balita stunting di rumah sakit.

C. Sasaran

1. Tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan (dokter spesialis anak, bidan/perawat, ahli gizi, apoteker, dll).
2. Pengelola departemen/Kelompok Staf Medis (KSM)/Staf Medis Fungsional (SMF) Ilmu Kesehatan Anak di rumah sakit.
3. Direktur rumah sakit
4. Penanggung jawab/pengelola program gizi dan KIA di dinas kesehatan provinsi dan kab/kota.
5. Pemangku kepentingan terkait.

D. Ruang Lingkup:

1. PKMK dalam Juknis ini diadakan oleh program untuk tata laksana stunting di rumah sakit.
2. Indikasi rujukan dan penggunaan PKMK.
3. Pemberian PKMK untuk tatalaksana stunting di rumah sakit sesuai rekomendasi dan resep dokter speasialis anak.
4. Manajemen penggunaan PKMK di rumah sakit.
5. Pencatatan dan pelaporan.

E. Dasar Hukum

1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
4. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
5. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal
6. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi

7. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Yankes Perorangan
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2014 tentang Tumbuh Kembang dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak
14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Program Jaminan Kesehatan
15. Peraturan Badan POM Nomor 1 Tahun 2018 tentang Pengawasan Pangan Olahan untuk Keperluan Gizi Khusus sebagaimana diubah dengan Peraturan Badan POM Nomor 24 tahun 2019 dan Peraturan Badan POM Nomor 24 tahun 2020.
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Masalah Gizi Bagi Anak Akibat Penyakit
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/ 1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
23. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1928/2022 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran tentang Tata Laksana Stunting

24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1936/2022 tentang Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/ 1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

F. Definisi Operasional

1. **Anak** adalah seseorang yang sampai berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Dalam pedoman ini, anak yang dibahas adalah bayi dan anak bawah lima tahun.
2. **Berisiko gagal tumbuh (*weight faltering* atau *at risk of failure to thrive)*** adalah adanya perlambatan pertumbuhan ditandai peningkatan BB lebih rendah dibandingkan standar untuk anak usia dan jenis kelamin yang sama.
3. **Gizi Kurang *(wasting)*** adalah keadaan gizi balita yang ditandai oleh satu atau lebih tanda berikut: 1) BB/PB atau BB/TB berada pada -3 sampai dengan kurang dari -2 standar deviasi (-3 SD sd < -2 SD); 2) Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 12,5 cm sampai dengan 11,5 cm pada balita usia 6-59 bulan.
4. **Gizi buruk *(severe wasting)*** adalah keadaan gizi balita yang ditandai oleh satu atau lebih tanda berikut: 1) pitting edema bilateral, minimal pada kedua punggung kaki; 2) BB/PB atau BB/TB kurang dari -3 standar deviasi (< -3 SD); 3) LiLA < 11,5 cm pada balita usia 6-59 bulan.
5. **Stunting** adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada dibawah standar yang ditetapkan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan. Keadaan panjang atau tinggi badan seorang anak pada usia tertentu berada dibawah -2 standar deviasi (< -2 SD) dari standar pertumbuhan WHO, yang merefleksikan proses kegagalan mencapai potensi pertumbuhan linear akibat dari kondisi kesehatan atau gizi yang suboptimal (*WHO Conceptual Framework*, 2013).
6. **Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus** yang selanjutnya disingkat PKMK adalah pangan olahan yang diproses atau diformulasi secara khusus untuk manajemen medis yang dapat sekaligus sebagai manajemen diet bagi anak dengan penyakit tertentu.
7. **Surveilans Gizi** adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap masalah gizi masyarakat dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sebagai dasar bagi pengambil keputusan untuk

perumusan kebijakan, perencanaan program, penentuan tindakan, pelaksanaan intervensi dan evaluasi dalam pengelolaan program gizi.

8. **Pemeriksaan Antropometri** adalah penimbangan berat badan, pengukuran panjang atau tinggi badan, dan pengukuran lingkar lengan atas, untuk menilai status gizi anak.

BAB II
INDIKASI RUJUKAN DAN PENGGUNAAN PKMK

A. Indikasi Rujukan ke Rumah Sakit

Tata laksana cegah stunting diterapkan dengan sistem rujukan berjenjang dari posyandu ke puskesmas dan terakhir ke rumah sakit (misalnya: RSUD) sesuai peraturan yang berlaku. Di tingkat posyandu, diagnosis masalah gizi dikonfirmasi oleh petugas gizi lapangan atau bidan desa sebelum dirujuk ke dokter puskesmas. Dokter puskesmas mendeteksi dini dan menatalaksana penyakit penyerta sesuai kompetensi dan kewenangannya. Tatalaksana yang diberikan termasuk intervensi gizi untuk tumbuh kejar sesuai indikasi. Jika kasus yang diterima diluar kompetensi dokter puskesmas, maka balita segera dirujuk ke rumah sakit untuk ditatalaksana oleh dokter spesialis anak.

Di fasilitas kesehatan rujukan (rumah sakit) penanggulangan stunting dapat diklasifikasikan sebagai pencegahan dan tata laksana stunting oleh dokter spesialis anak. Indikasi rujukan dari dokter puskesmas kepada dokter spesialis anak di RSUD adalah:

1. Balita stunting
2. Balita dengan diagnosis *weight faltering*, BB kurang, gizi kurang dan gizi buruk dengan penyakit penyerta atau penyulit yang pentatalaksanaannya di luar kompetensi dokter puskesmas atau tidak membaik dengan intervensi yang diberikan di puskesmas

Pada kasus nomor 1, pendekatan tata laksana stunting harus segera dilakukan dengan tujuan untuk mencegah penurunan kognitif lebih lanjut (pencegahan tersier). Pada kasus nomor 2, rujukan dilakukan pada balita belum stunting, bertujuan untuk mendeteksi lebih dalam penyebab masalah gizi dan melakukan tata laksana segera pada pencegahan stunting.

Alur tata laksana balita **bermasalah gizi non stunting** oleh dokter spesialis anak di layanan rawat inap atau di layanan rawat jalan terdiri dari:

Timbang dan ukur ulang pasien rujukan
dengan alat antropometri dan cara yang benar

a. Tentukan penyebab (*redflags*) dan tata laksana segera
b. Intervensi gizi untuk tumbuh kejar *weight falt*ering, BB kurang, gizi kurang, dan gizi buruk
c. PKMK dapat digunakan sesuai indikasi dengan peresepan dalam pemantauan spesialis anak sampai penghentiannya (menghindari *overtreatment*)

Alur tata laksana **balita stunting** dirawat inap atau dirawat jalan:

Timbang dan ukur ulang pasien rujukan dengan alat antropometri dan cara yang benar

↓

Tentukan apakah perawakan pendek disebabkan oleh stunting atau non stunting

Jika terdapat stunting:

↓

- Tentukan penyebab (*redflags*) dan tata laksana segera
- Intervensi gizi untuk tumbuh kejar stunting dengan target bebas stunting secepat mungkin untuk menyelamatkan kognitif
- PKMK digunakan sesuai indikasi dengan peresepan dalam pemantauan dokter spesialis anak sampai penghentiannya (menghindari *overtreatment*)

B. Indikasi Penggunaan PKMK

1. Dasar Ilmiah

a. PKMK bagi balita stunting yang disertai *weight faltering*, BB kurang, gizi kurang dan gizi buruk.

Stunting selalu diawali pertambahan/kenaikan BB yang tidak adekuat berdasarkan usia (gagal tumbuh/*weight faltering*). Jika balita mengalami gagal tumbuh dan tidak mendapat tata laksana yang adekuat berupa perbaikan asupan nutrisi dan mengatasi tanda bahaya (*redflags*) yang ada, maka balita tersebut akan mengalami BB kurang/sangat kurang. Selanjutnya, kondisi ini dapat berlanjut menjadi gizi kurang/buruk maupun stunting. Berbagai tanda bahaya (*redflags*) yang harus ditemukan dan diatasi terbagi menjadi tiga kelompok besar, yaitu: asupan kalori tidak adekuat, penyerapan zat gizi tidak adekuat dan peningkatan metabolisme tubuh. (Tabel 2.1)

Tabel 2.1 Penyebab Potensial Gagal Tumbuh

Penyebab Potensial Gagal Tumbuh	Kategori Penyebab
• Refluks gastroesofagus • Jumlah ASI yang tidak cukup atau perlekatan yang tidak efektif • Penyiapan formula yang tidak benar • Kesulitan makan mekanik, seperti celah bibir atau langitan • Pengabaian atau penelantaran anak • Kebiasaan makan yang buruk • Koordinasi neuromotor oral yang buruk • Gangguan gastrointestinal yang dicetuskan toksin, seperti peningkatan kadar timbal yang mengakibatkan anoreksia, konstipasi, atau nyeri perut)	**Asupan kalori tidak adekuat**
• Anemia defisiensi besi • Atresia bilier • Penyakit seliak (*celiac disease*) • Kondisi gastrointestinal kronik, seperti *irritable bowel syndrome*, infeksi • Fibrosis kistik • Kelainan metabolisme bawaan • Alergi protein susu sapi • *Pancreatic cholestatic conditions*	**Penyerapan zat gizi tidak adekuat**
• Infeksi kronik, seperti infeksi *human immunodeficiency virus* (HIV), AIDS, tuberculosis • Penyakit paru kronik akibat prematuritas • Penyakit jantung bawaan • Hipertiroidisme • Kondisi inflamasi, seperti asma, *inflammatory bowel disease* • Keganasan • Gagal ginjal	**Peningkatan metabolisme tubuh**

Malnutrisi juga mengakibatkan gangguan fungsi penyerapan dan digesti saluran cerna, seperti penurunan fungsi eksokrin pankreas, atrofi vilus, peningkatan permeabilitas saluran cerna, kehilangan enzim pencernaan, malabsorbsi dan diare. Selain itu, malnutrisi juga dapat terjadi akibat kondisi klinis lainnya, seperti penyakit hati

kolestasis kronik, keganasan, pasca pembedahan saluran cerna (*short bowel syndrome*/SBS), dsb. Penelitian menunjukkan 24,1% anak yang stunting mengalami diare (malabsorbsi).

Anak yang mengalami stunting perlu mendapatkan tata laksana berupa PKMK yang tepat, terutama untuk memperbaiki fungsi kognitif. Pemberian PKMK tersebut harus diberikan sesuai resep dokter spesialis anak berdasarkan indikasi medis yang ditemukan dan di bawah pengawasan dokter spesialis anak.

Pemilihan PKMK untuk anak stunting pada berbagai kondisi risiko gagal tumbuh, gizi kurang, gizi buruk dan stunting adalah oral nutrition supplement (ONS) yang memiliki kandungan energi lebih besar dari 0,9 kkal/mL. Hal ini umumnya disebabkan daya akseptabilitas anak yang kecil (small eater). Karena itu, diberikan PKMK dengan kandungan energi yang tinggi agar dapat memenuhi kebutuhan kalori harian.

2. Prinsip Umum PKMK

Prinsip umum PKMK berdasarkan CODEX STAN 180-1991 (*Codex* Standard *For The Labelling of And Claims For Foods For Special Medical Purposes)* adalah sebagai berikut:

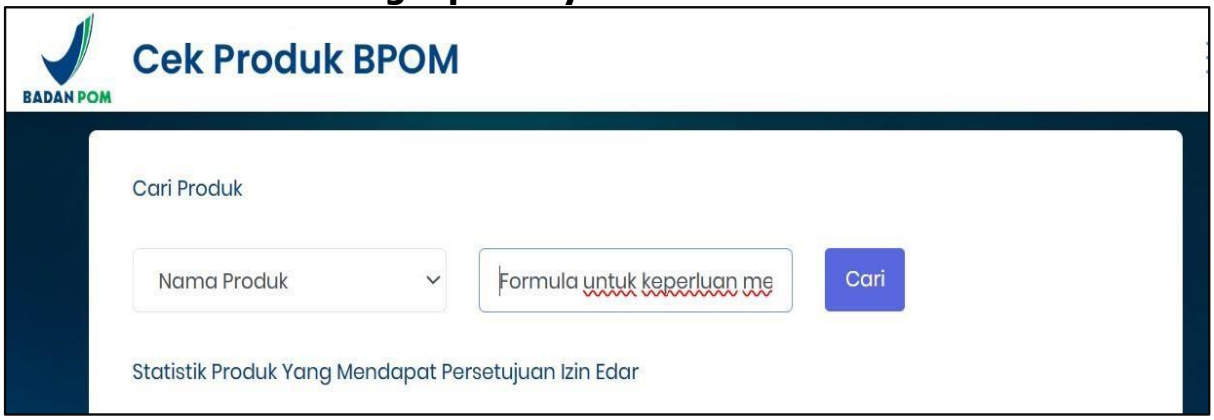
a. Formulasi PKMK harus didasarkan pada literatur ilmiah.
b. Keamanan dan manfaat PKMK harus terbukti berdasarkan bukti ilmiah.
c. Pelabelan, leaflet penyerta dan iklan semua jenis PKMK harus dapat memberikan informasi yang cukup mengenai karakteristik produk PKMK tersebut dan tujuan/sasaran penggunaan serta instruksi detil penggunaan dan kewaspadaan (*precaution*), diantaranya:
   1) kandungan zat gizi yang dikurangi, ditingkatkan atau dimodifikasi, serta
   2) efek samping, kontraindikasi, interaksi obat.
   3) cara penggunaan, yaitu hanya digunakan dibawah pengawasan medis
   4) peringatan bahwa PKMK dapat menimbulkan masalah kesehatan jika dikonsumsi oleh individu yang tidak memiliki penyakit, kelainan atau kondisi medis tertentu sesuai tujuan PKMK tersebut.
   5) bukan untuk penggunaan secara parenteral
   6) pengiklanan produk PKMK untuk publik/awam dilarang atau tidak diperbolehkan

3. Persyaratan PKMK

Di Indonesia, PKMK anak stunting yang berupa dukungan nutrisi bagi anak berisiko gagal tumbuh, gizi kurang, dan gizi buruk; sudah terdaftar di Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) Republik Indonesia. Persyaratan PKMK adalah sebagai berikut:

a. Mempunyai nomor ijin edar (NIE) sebagai Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus (PKMK) dari BPOM.
   Cara untuk memastikan NIE (Nomor Ijin Edar) suatu produk pangan yang masuk dalam klasifikasi Pangan untuk Keperluan Medis Khusus adalah dengan membuka laman website https://cekbpom.pom.go.id/ kemudian masukkan nama produk sesuai klasifikasi PKMK pada daftar 2.1.
b. PKMK yang digunakan harus sesuai dengan spesifikasi yang ditentukan dari Kementerian Kesehatan (komposisi, sediaan, tanggal kadaluarsa sasaran pengguna, dll). Masa berlaku PKMK minimal 18 bulan terhitung dari saat diterima di lokasi tujuan akhir pengiriman sesuai rencana distribusi.
c. Berbasis protein hewani.
d. Mempunyai Protein Energy Ratio (PER) di atas 10% .
e. Kadar gula tambahan (*added sugar*) tidak melebihi 10% total kalori produk pangan olahan.
f. Harus diresepkan dan disupervisi oleh dokter spesialis anak selama pemakaiannya baik bagi pasien rawat inap maupun rawat jalan.

Gambar 2.1 Tangkapan Layar Cek Produk BPOM



Tabel 2.2 Jenis Produk PKMK Stunting

Kondisi
Stunting dengan berbagai kondisi: a. Formula untuk Keperluan Medis Khusus untuk Dukungan Nutrisi bagi Bayi Berisiko Gagal Tumbuh, Gizi Kurang atau Gizi Buruk b. Pangan Olahan Keperluan Medis Khusus untuk dukungan nutrisi bagi Bayi (dibawah usia 1 tahun)dan anak berisiko gagal tumbuh, gizi kurang, dan/ atau gizi buruk untuk anak usia diatas 1 tahun

4. Komposisi PKMK

Komposisi PKMK yang digunakan dalam penanggulangan stunting mengacu pada Kepmenkes HK.01.07/Menkes/1928/2022 tentang PNPK Tata Laksana Stunting, usulan e-Fornas PKMK dan Peraturan Badan POM Nomor 1 Tahun 2018 tentang Pengawasan Pangan Olahan untuk Keperluan Gizi Khusus sebagaimana diubah dengan Peraturan Badan POM Nomor 24 tahun 2019 dan Peraturan Badan POM Nomor 24 tahun 2020.

Komposisi PKMK untuk dukungan nutrisi bagi anak berisiko gagal tumbuh, gizi kurang atau gizi buruk, dirangkum pada tabel 2.3 sbb:

Tabel 2.3 Komposisi PKMK untuk Tata Laksana Stunting

	Spesifikasi
PKMK bagi balita stunting + wasting usia >= 1tahun	*Oral Nutrition Supplement* (ONS) > 0,9 kkal/ml PKMK 1,5 kkal/ml, 600 kkal (50% RDA) atau 450 kkal (30% RDA)
	Kadar gula tambahan (*added sugar*) tidak melebihi 10% total kalori produk pangan olahan
Syarat mutu	Komposisi berbasis protein hewani, mempunyai Protein Energi Ratio (PER) diatas 10%
	Mempunyai Nomor Ijin Edar (NIE) sebagai Pangan Olahan untuk Keperluan Medis Khusus (PKMK) dari BPOM, minimal masa berlaku NIE sama dengan masa kadaluarsa PKMK
	Harus diresepkan dan disupervisi oleh dokter spesialis anak selama pemakaian, baik di rawat inap maupun di rawat jalan

BAB III
PENGGUNAAN PKMK UNTUK TATA LAKSANA STUNTING DENGAN PENYEBAB WEIGHT FALTERING, BB KURANG, GIZI KURANG, GIZI BURUK DI RUMAH SAKIT

Penggunaan PKMK untuk tata laksana stunting di rumah sakit difokuskan pada PKMK untuk dukungan nutrisi bagi anak dengan *weight faltering*, BB kurang atau sangat kurang, dan stunting.

A. Cara Pemberian (Diagnosis, Indikasi, Dosis)

1. PKMK bagi balita stunting yang disertai *weight faltering*, BB kurang, gizi kurang dan gizi buruk

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, penilaian status gizi anak dilakukan dengan membandingkan hasil pengukuran berat badan dan panjang/tinggi badan untuk menilai status gizi anak. Penimbangan berat badan dan pengukuran panjang/tinggi badan harus dilakukan dengan cara yang benar, alat yang sesuai standar, sehingga diperoleh hasil yang akurat. Kategori dan ambang batas status gizi anak dapat dilihat di Tabel 3.1. Sedangkan stunting, berdasarkan WHO (*World Health Organization*), didefinisikan sebagai PB/U atau TB/U < -2 SD berdasarkan kurva pertumbuhan WHO yang diakibatkan asupan nutrisi yang tidak adekuat dan infeksi berulang yang terjadi terutama dalam 1000 hari pertama kehidupan.

Tabel 3.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak usia 0-60 bulan	Berat badan sangat kurang (*severely underweight*)	< -3 SD
	Berat badan kurang (*underweight*)	-3 SD sd < -2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd + 1 SD
	Risiko Berat badan lebih	>+1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur **(PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan**	Sangat pendek (*severely stunted*)	<-3 SD
	Pendek (*stunted*)	<-2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi	>+3 SD

Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan **(BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan**	Gizi buruk (*severely wasted*)	<-3 SD
	Gizi kurang (*wasted*)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (*possible risk of overweight*)	> + 1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (*overweight*)	> + 2 SD sd + 3 SD
	Obesitas (*obese*)	> + 3 SD

Pemberian terapi *oral nutritional supplement* (ONS) merupakan tata laksana yang digunakan untuk peningkatan BB (*weight management*) pada pasien dengan masalah gizi, seperti asupan gizi yang tidak adekuat, gangguan penyerapan, dan peningkatan kebutuhan kalori.

Tabel 3.2 Dosis pemberian PKMK untuk Dukungan Nutrisi bagi Anak (usia ≥ 1 tahun) dengan BB Tidak Naik, BB Kurang atau Sangat Kurang, dan Stunting

Kondisi/ Penyakit	**Jenis (PKMK 1,5 kkal/ml + PKMK 1 kkal/ml**	**Kebutuhan (kalori)**	**Kebutuhan/ 6 bulan**
Stunting + Gizi Buruk	PKMK 1,5 kkal/ml, PER > 10%	600 kkal (50% RDA)	60 kaleng/ kotak (bubuk)
Stunting + Gizi Kurang	PKMK 1,5 kkal/ml, PER > 10%	450 kkal (30% RDA)	45 kaleng/ kotak (bubuk)
Stunting + *Underweight*	PKMK 1 kkal/ml PER > 10%	400 kkal (30% RDA)	42 kaleng/ kotak (bubuk)
Stunting + BB Normal	PKMK 1 kkal/ml, PER > 10%	400 kkal (30% RDA)	42 kaleng/ kotak (bubuk)

BAB IV
MANAJEMEN PENGGUNAAN PKMK DI RUMAH SAKIT

BAB ini berisi manajemen penggunaan PKMK untuk tata laksana bayi dan balita stunting. Manajemen yang dilaksanakan meliputi Perencanaan, Pelaksanaan, Monitoring dan Evaluasi. Sebagaimana diuraikan pada BAB II, puskesmas melakukan rujukan ke rumah sakit (misalnya: RSUD) untuk kasus anak stunting yang ditemukan melalui posyandu mapun kunjungan balita ke puskesmas. Di rumah sakit, balita stunting dengan semua status gizi diberikan PKMK secara penuh atau sebagian (oral atau per enteral). PKMK diberikan beserta makanan dengan komposisi seimbang yang mengutamakan sumber protein hewani. Pemberian PKMK harus berdasarkan indikasi dan diresepkan oleh dokter spesialis anak. Penggunaannya juga harus berada di bawah pengawasan dokter spesialis anak. Ballita dirujuk balik ke puskesmas setelah dinyatakan tidak memerlukan PKMK lagi. Puskesmas menerima rujukan balik dari rumah sakit untuk dapat dilakukan pemantauan pertumbuhan dan merujuk kembali apabila diperlukan.

Untuk menjalankan tata laksana tersebut, rumah sakit perlu membuat perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi, bersama dinas kesehatan kabupaten/kota atau dinas kesehatan provinsi.

A. Perencanaan

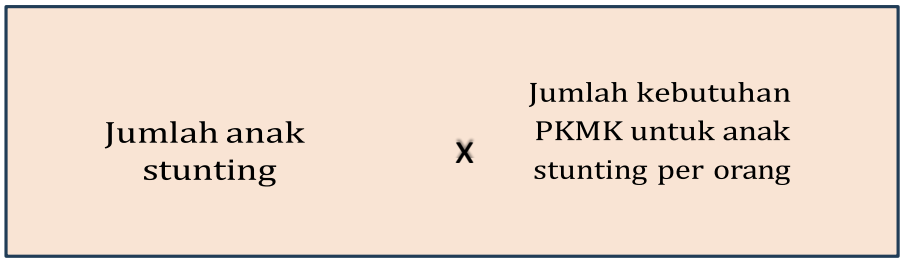
1. Kebutuhan SDM

   SDM yang dibutuhkan dalam tata laksana stunting meliputi dokter spesialis anak, tim poli anak yang terdiri dari bidan dan perawat anak, ahli gizi anak/dietisien, tenaga laboratorium, tenaga radiografer, serta tim instalasi farmasi.

2. Anggaran

   Perencanaan anggaran PKMK dilakukan secara terpadu oleh instansi rumah sakit dan dinas kesehatan kabupaten/kota setelah menghitung jumlah kasus yang ditangani di rumah sakit dalam kurun waktu 1 tahun dengan memperhatikan besaran kasus stunting yang ada di rumah sakit.

   Sumber anggaran dapat berasal dari APBN, APBD, BLU, CSR serta dana lain yang sesuai peraturan perundangan dan tidak mengikat. Contoh perhitungan kebutuhan alokasi anggaran PKMK berdasarkan rumus sebagai berikut:



Asumsi persentase anak stunting mendapat PKMK (60%) dan jumlah kebutuhan PKMK untuk anak stunting per orang adalah 6 (enam) bulan. Perkiraan/estimasi balita stunting yang mendapat PKMK sebanyak 60% berdasarkan pada jumlah masyarakat miskin, misalnya penerima bantuan iuran (PBI) JKN yang mendapat perawatan di rumah sakit. Selain berdasarkan perhitungan kasus di RSUD, pemerintah pusat dapat menyusun perencanaan kebutuhan PKMK melalui perhitungan sasaran dari laporan rutin sebagaimana Gambar 4.1.

Tabel 4.1. Perhitungan Kebutuhan untuk Pengusulan PKMK (Kab/Kota)

Kondisi	Kebutuhan Kalori, Persentase Kebutuhan Harian dan Jumlah Asupan dari PKMK (per individu per hari)	Densitas PKMK dan Protein Energy Ratio (PER)	Kebutuhan PKMK untuk 6 bulan* (per individu)
Stunting + Gizi Buruk	600 kkal (50% RDA)	1,5 kkal/ml, PER > 10%	60 kaleng/kotak PKMK bubuk (400 gram)
Stunting + Gizi Kurang	450 kkal (30% RDA)	1,5 kkal/ml, PER > 10%	45 kaleng/kotak PKMK bubuk (400 gram)
Stunting + BB Kurang	400 kkal (30% RDA)	1 kkal/ml, PER > 10%	42 kaleng/kotak PKMK bubuk (400 gram)
Stunting + BB/TB Normal	400 kkal (30% RDA)	1 kkal/ml, PER > 10%	42 kaleng/kotak PKMK bubuk (400 gram)

RDA= *Recommended Daily Allowance*

3. Sarana Prasarana

Sarana prasarana yang dibutuhkan pada tata laksana stunting meliputi:

a. Alat pemantauan pertumbuhan dan perkembangan (Antropometri kit terstandar sesuai KMK HK.01.07/MENKES/1919/2022, Kit SDIDTK, Denver, dll)
b. Laboratorium: darah rutin, urin rutin, mantoux, TCM
c. Pemeriksaan penunjang lainnya: radiologi
d. PKMK sesuai kebutuhan untuk balita stunting, terdiri dari PKMK untuk bayi dan balita > 1 tahun dengan berbagai kondisi.

B. Pelaksanaan

1. Pengadaan PKMK

Pengadaan PKMK dilakukan berdasarkan usulan perencanaan dari rumah sakit bersama dinas kesehatan setempat sesuai besaran masalah balita stunting dengan kategori miskin (60%) yang ada di rumah sakit tersebut ditambahkan cadangan (*bufferstock*) sebesar 10%. Pemerintah daerah dan/atau rumah sakit selanjutnya dapat melaksanakan pengadaan PKMK sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan dan ketersediaan alokasi anggaran, baik dari APBN, APBD maupun sumber dana lainnya. Mekanisme pengadaan dapat berbeda dari satu daerah dengan daerah lain sesuai kebijakan dan peraturan masing masing.

2. Distribusi PKMK

Beberapa hal yang perlu diperhatikan sebelum kegiatan distribusi PKMK dilaksanakan yaitu:

a. Rumah Sakit
   1) PKMK harus sudah tersedia di rumah sakit setiap bulannya
   2) Permintaan PKMK menggunakan formulir Rekapitulasi Kebutuhan PKMK di rumah sakit (Lampiran 2)
   3) Tenaga farmasi rumah sakit menerima PKMK dari instalasi farmasi kabupaten/kota
   4) Rekapitulasi penggunaan PKMK di rumah sakit dilaporkan sebagaimana lampiran 4.
b. Kabupaten dan Kota
   1) Pengelola program gizi dinas kesehatan kabupaten/kota membuat rencana kebutuhan PKMK bersama pihak rumah

sakit dan disampaikan ke instalasi farmasi kabupaten/kota ditembuskan kepada pengelola program gizi tingkat provinsi (lampiran 3).

2) Instalasi farmasi kabupaten/kota menerima PKMK dari Kementerian Kesehatan berdasarkan usulan tersebut di atas. Jika suplai dari Kementerian Kesehatan tidak mencukupi kebutuhan jumlah sasaran maka dimungkinkan mengusulkan kepada instalasi farmasi provinsi. Jika suplai masih tidak mencukupi, penyediaan PKMK di kabupaten/kota dapat diadakan dengan menggunakan dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) atau sumber lain sesuai perundangan dan tidak mengikat. Misalnya hibah swasta dan Lembaga Swasta Masyarakat.

3) PKMK harus sudah tersedia di kabupaten/kota setiap bulannya. Dinas kesehatan membuat rekapitulasi ketersediaan PKMK per bulan (lampiran 6).

c. Provinsi

1) Instalasi farmasi provinsi bekerjasama dengan pengelola program gizi di dinas kesehatan untuk membuat rekapitulasi kebutuhan kabupaten/kota yang selanjutnya dibahas dalam pertemuan perencanaan obat program tingkat pusat.
2) Instalasi farmasi provinsi menerima PKMK sesuai dengan kebutuhan, yang diperoleh dari Kementerian Kesehatan.
3) Jika kebutuhan yang dikirim oleh Kementerian Kesehatan tidak memenuhi kebutuhan, maka pihak provinsi harus mengadakan dari dana APBD dan/atau dana lainnya dengan mempertimbangkan peraturan yang berlaku serta tidak mengikat. Kebutuhan tidak terduga (*buffer stock*) provinsi dapat dimanfaatkan jika kabupaten/kota kekurangan persediaan PKMK.
4) PKMK harus sudah tersedia di provinsi minimal 2 bulan sebelum pelaksanaan pemberian PKMK.

d. Pusat

1) Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga melakukan perhitungan kebutuhan sasaran PKMK kemudian disampaikan pada Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi.
2) Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi beserta Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga melakukan pertemuan dengan instalasi farmasi dan pengelola program

gizi kia provinsi untuk menetapkan kebutuhan kabupaten/kota.

3) Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi menyediakan dan mendistribusikan PKMK ke instalasi farmasi kabupaten/kota sesuai dengan kebutuhan sasaran.
4) Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi menyediakan dan mendistribusikan PKMK ke instalasi farmasi provinsi untuk kebutuhan.

3. Penerimaan PKMK

Pada saat menerima PKMK, dilakukan pemeriksaan untuk menjamin kesesuaian jenis, spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan dan harga yang tertera dalam surat pesanan dengan kondisi fisik yang diterima. Jika PKMK disediakan oleh Kementerian Kesehatan/dinas kesehatan provinsi/kabupaten/ kota, maka rumah sakit akan menerima PKMK sesuai usulan perencanaan. Sebelum penandatanganan dokumen penerimaan, suplai harus diperiksa jumlah, jenis, kondisi, dan tanggal kadaluarsa terlebih dahulu oleh penerima barang.

4. Penyimpanan PKMK

Rumah sakit perlu menyiapkan tempat penyimpanan yang memenuhi syarat, agar kualitas dan keamanan PKMK dapat tetap terjaga hingga sampai kepada sasaran.

Adapun persyaratan tempat penyimpanan PKMK adalah sebagai berikut:

a. Tempat penyimpanan harus selalu higienis, tidak berdebu dan bebas dari tikus, kecoa dan binatang pengerat lainnya
b. Ruangan tidak bocor dan lembab, mempunyai ventilasi dan pencahayaan yang baik.
c. Bangunan dan pekarangan sekitar ruangan harus selalu bersih, bebas kotoran dan sampah.
d. Pintu ruangan dapat dibuka dan ditutup dengan rapat pada saat keluar masuk produk PKMK.
e. Penyusunan karton PKMK dalam ruangan diletakkan di alas/rak/palet yang kuat, 15 cm dari dinding dan 50 cm dari atap, dan dilarang menginjak tumpukan karton.
f. Penyusunan peletakan/ penumpukan karton PKMK sedemikian rupa sehingga barang tetap dalam kondisi baik.
g. Sistem penyimpanan menggunakan prinsip First Expired First Out

(FEFO).

h. Penyimpanan produk PKMK tidak dicampur dengan bahan berbahaya.
i. Produk PKMK yang rusak selama penyimpanan diambil dan dipisahkan dari produk yang masih baik.
j. Produk PKMK yang telah dinyatakan rusak perlu dilaporkan kepada pihak/manajemen yang berwenang.
k. Produk PKMK dinyatakan rusak apabila kemasan penyok, robek, pecah, dan isi produk berubah bentuk, warna dan rasa.
l. Pada saat melakukan bongkar muat produk PKMK dilarang menggunakan ganco atau dibanting.
m. Suhu ruangan selalu terjaga dan terpantau sesuai dengan bentuk sediaan dan suhu penyimpanan yang tertera pada label produk.
n. Penyimpanan PKMK terlindung dari dampak yang tidak diinginkan akibat paparan cahaya matahari, suhu, kelembaban, dan atau faktor eksternal lain.
o. Melakukan stok opname secara berkala dan pencatatan setiap ada pengambilan atau barang masuk.
p. PKMK rusak dan atau kedaluwarsa yang menunggu waktu pemusnahan diberikan penandaan khusus dan atau dilakukan penyimpanan terpisah dengan pemberian batas yang jelas.

5. Penggunaan PKMK oleh Sasaran

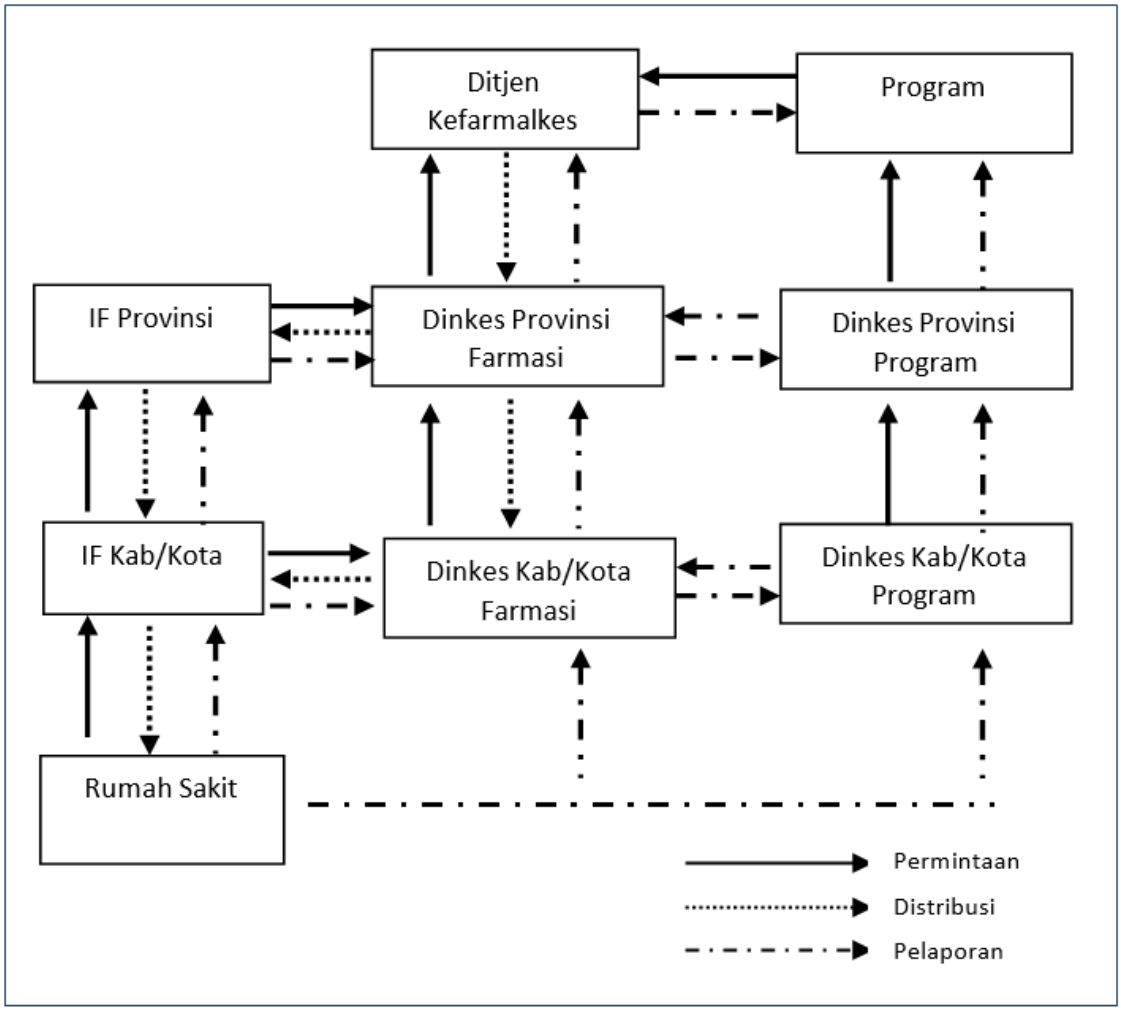
Produk PKMK diberikan kepada sasaran berdasarkan resep dokter spesialis anak. Mekanisme pemberian PKMK kepada sasaran sesuai dengan peraturan dan kebijakan yang berlaku

di rumah sakit masing-masing.

6. Pemusnahan PKMK

PKMK yang kadaluwarsa atau rusak harus dimusnahkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Resep yang telah disimpan melebihi jangka waktu 5 (lima) tahun dapat dimusnahkan yang dibuktikan dengan berita acara pemusnahan.

Gambar 4.2.Alur Permintaan dan Distribusi PKMK



Sumber: Ditjen Farmasi dan Alat Kesehatan, 2016

C. Monitoring dan Evaluasi

RSUD bertanggung jawab dalam pelaksanaan penerimaan rujukan kasus stunting, pemeriksaan fisik dan penunjang, peresepan untuk mendistribusikan PKMK, monitoring dan evaluasi serta pencatatan dan pelaporan melalui aplikasi Pelita Stunting. Monitoring dan pengawasan oleh pihak rumah sakit dilakukan setiap bulannya terkait perencanaan, penyimpanan, dan distribusi PKMK untuk memantau ketersediaan PKMK di rumah sakit. selain itu, monitoring kelengkapan dalam pencatatan dan pelaporan perlu dilakukan setiap bulannya untuk memantau perkembangan tata laksana pada anak stunting.

Pemerintah pusat dan daerah bertanggung jawab terhadap penggunaan PKMK untuk tata laksana stunting secara terpadu dan berkesinambungan. Pengawasan oleh pemerintah pusat dan daerah

dilakukan secara berkala meliputi kesesuaian penggunaan PKMK bagi sasaran dari keluarga tidak mampu, manajemen penggunaan PKMK, dan evaluasi terhadap hambatan yang ditemukan. Dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan pengawasan pencatatan dan pelaporan dari RSUD setiap bulannya melalui aplikasi Sigizi Kesga, serta ketersediaan dan penyimpanan PKMK untuk kelancaran distribusi di rumah sakit.

Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM), sebagai instansi pemerintah, mempunyai kewenangan dalam pengawasan pangan olahan yang termasuk PKMK. BPOM melakukan pengawasan sebelum peredaran PKMK berupa pemberian nomor izin edar serta uji sampling dan penegakan hukum setelah PKMK masuk di peredaran. Pengawasan juga dilakukan dengan memperhatikan aspek pemenuhan terhadap persyaratan keamanan mutu label dan iklan PKMK. Produk PKMK yang tidak memenuhi persyaratan dikenakan sanksi administratif dan/atau pidana sesuai ketentuan perundang-undangan.

BAB V
PENCATATAN DAN PELAPORAN

Pencatatan dan pelaporan bertujuan mencatat dan melaporkan hasil pelaksanaan kegiatan intervensi program melalui pendataan, penapisan, tata laksana, dan analisa data hasil kegiatan. Rumah sakit mencatat dan melaporkan penggunaan PKMK terkait jumlah kasus anak stunting dengan gagal tumbuh, gizi kurang, dan gizi buruk, maupun BB/TB normal, jenis dan jumlah PKMK yang diberikan, masalah/kendala yang dihadapi, jumlah kasus sembuh/dirujuk balik, jumlah *drop out* (contoh pencatatan dilihat pada Lampiran 5).

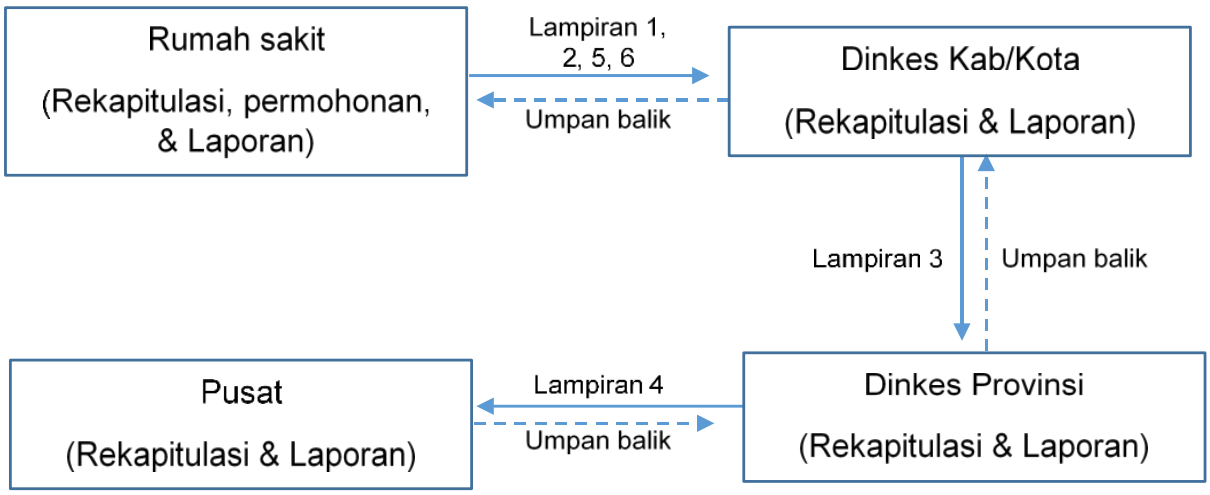
A. Pencatatan

Pencatatan hasil tata laksana stunting di rumah sakit dilakukan dengan menggunakan formulir yang tersedia dan sesuai dengan Sistem Informasi Layanan rumah sakit serta diinput dalam Sigizi Kesga pada menu tata laksana masalah gizi. Selanjutnya, pencatatan tersebut digunakan sebagai dasar perencanaan kebutuhan PKMK selanjutnya. Rekapitulasi perencanaan kebutuhan dan penggunaan PKMK selama setahun dibuat oleh rumah sakit dan diajukan ke dinas kesehatan kabupaten/kota secara berkala. Selanjutnya rekapitulasi perencanaan kebutuhan dan penggunaan PKMK di dinas kesehatan kabupaten/kota diajukan secara berjenjang hingga ke pusat.

B. Pelaporan

Rumah sakit wajib melakukan pencatatan setiap kasus stunting dengan berbagai masalah gizi yang menggunakan PKMK (Lampiran 1). Pencatatan tersebut, wajib dilaporkan kepada Menteri Kesehatan melalui dinas kesehatan kabupaten/kota dan dinas kesehatan provinsi secara berjenjang dengan tembusan kepada Direktorat Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas dilakukan secara berkala setiap 1 (satu) bulan sekali.

Gambar 5.1 Bagan Alur Pencatatan dan Pelaporan



BAB VI
PENUTUP

Penanggulangan stunting pada anak bertujuan untuk memenuhi komitmen global, diantaranya Global Nutrition Target, WHA dan SDGs, serta nasional yaitu target RPJMN. Kegiatan dilaksanakan melalui pencegahan, deteksi dini dan penemuan kasus stunting serta memberikan penanganan yang sesuai dengan indikasi medis dan berbasis bukti.

Penanganan yang tepat dilaksanakan untuk mencegah kekurangan gizi kekurangan gizi kronis yang dapat berkontribusi pada kematian dan masalah kognitif. Pelaksanaan penanggulangan stunting memerlukan dukungan semua pihak, utamanya dalam hal intervensi sensitif untuk keberhasilannya.

DAFTAR PUSTAKA

Academic of Nutrition and Dietetics. 2015. *International Dietetics And Nutrition Terminology*

BPOM. 2019. *Peraturan Badan POM Nomor 24 tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Badan POM Nomor 1 Tahun 2018 tentang Pengawasan Pangan Olahan untuk Keperluan Gizi Khusus*

BPOM. 2020. *Peraturan Badan POM Nomor 24 tahun 2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Badan POM Nomor 1 Tahun 2018 tentang Pengawasan Pangan Olahan untuk Keperluan Gizi Khusus*

Braegger C, Decsi T, Dias JA, Hartman C, Kolacek S. Koletzko S, et al. 2010. *Practical approach to pediatric enteral nutrition: a comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;51:110-22.

CODEX STAN 180-1991 *Codex Standard for The Labelling of and Claims for Foods for Special Medical Purposes*

Europen Union - Commission Directive 1999/21/EC of 25 March 1999 on dietary foods for special medical purposes. OJ L 91, 7.4.1999, p.29 dalam http://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/

Fenton TR, Nasser R, Eliasziw M, Kim JH, Bilan D, Sauve R. 2013. *Validating the weight gain of preterm infants between the reference growth curve of the fetus and the term infant. BMC Pediatrics* 2013;13:92

Homan G. 2016. *Failure to Thrive: A Practical Guide. Am Fam Physician* 2016:94;295-300

IDAI. 2012. Rekomendasi Ikatan Dokter Indonesia - Asuhan Gizi Pediatrik (*Pediatric Nutrition Care*)

IDAI. 2014. Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia – Diagnosis dan Tata Laksana Alergi Susu Sapi. Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia, Edisi Kedua.

IDAI. 2014. Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia – Pendekatan Diagnosis dan Tata Laksana Masalah Makan pada Batita di Indonesia. Cetakan Pertama.

IDAI. 2016. Konsensus Asuhan Gizi pada Bayi Prematur. Cetakan Pertama.

Kemenkes RI. 2013. Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit.

Kemenkes RI. 2018. *Naskah Akademik Pangan untuk Keperluan Diet Khusus*

Kemenkes RI. 2019. *Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita.*

Kemenkes RI. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 tahun 2019 tentang Penanggulangan Masalah Gizi Bagi Anak Akibat Penyakit*

Kemenkes RI. 2020. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak*

Loch H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, St. Schneider, van den Bergh G, et al. 2006. *Introductory to the ESPEN Guidelines on enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. Clin Nutr.* 2006;25:180-6

Sjarif DR. 2017. Panduan untuk Tenaga Kesehatan. Pencegahan Masalah Gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan: Deteksi Dini Risiko Malnutrisi dan Panduan Pemberian Makan Bayi dan Batita yang Benar. Jakarta: Badan Penerbit IDAI

Stewart CP, Lanotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. 2013. *Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. Maternal Child Nutr.* 2013;9(Suppl. 2):27–45

Vandenplas Y, Koletzko S,Isolauri E, Hill D,Oranje AP, Brueton M, Staiano A, Dupont C. 2007. *Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Arch Dis Child.* 2007 Oct;92(10):902-8

WHO. 2006. *WHO Child Growth Standards*

WHO. *Global Nutrition Targets 2025: Policy Brief Series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: World Health Organization;* 2014

World Bank. 2021. *The Human Capital Index 2020 Update: Human Capital in the Time of COVID-19*. Washington, DC: World Bank. Doi:10.1596/978-1-4648-1552-2

Kemenkes RI, 2022. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1186/2022 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

Kemenkes RI, 2022. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1928/2022 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Stunting

Vieira MC, Morais MB, Spolidoro JVN, Toporovski MS, Cardoso AL, Araujo GTB, dkk. *A survey on clinical presentation and nutritional status of infants with suspected cow's milk allergy*. BMC Pediatr. 2010;10.

Robbins KA, Wood RA, Keet CA. *Persistent cow's milk allergy is associated with decreased childhood growth: A longitudinal study. J Allergy Clin Immunol*. 2020;145:713-16.

Vandenplas Y, Brueton M, Dupont C, Hill D, Isolauri E, Koletzko S, dkk. *Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Arch Dis Child*. 2007;92:902-8.

Scurlock AM, Lee AL, Burks AW. *Food allergy in children. Immunol Allergy Clin North Am*. 2005;25:369-88.

Caffarelli C, Baldi F, Bendandi B, Calzone L, Marani M, Pasquinelli P, dkk. *Cow's milk protein allergy in children: a practical guide*. Ital J Pediatr. 2010;36:1-7.

Koletzko S, Niggeman B, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, dkk. *Diagnostic approach and management of cow's milk protein allergy in infants and children: EPSGHAN GI committee practical guidelines*. JPGN. 2012;55:221-9.

Hill DJ, Murch SH, Rafferty K, Wallis P, Green CJ. *The efficacy amino acid-based formulas in relieving the symptoms of cow's milk allergy: a systematic review. Clin Exp Allergy*. 2007;37:808-22.

Høst A, Halken S, Jacobsen HP, Christensen AE, Herskind AM, Plesner K. *Clinical course of cow's milk protein allergy/intolerance and atopic diseases in childhood. Pediatr Allergy Immunol*. 2002;13:23–8.

Ikatan Dokter Anak Indonesia. Rekomendasi diagnosis dan tata laksana alergi susu sapi. Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia; 2014. h. 1-19.

Koletzko S, Niggeman B, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, dkk. *Diagnostic approach and management of cow's milk protein allergy in infants and children: EPSGHAN GI committee practical guidelines*. JPGN. 2012;55:221-9.

Borschel MW, Ziegler EE, Wedig RT, Oliver JS. *Growth of healthy term infants fed an extensively hydrolyzed casein-based or free amino acid-based infant formula: a randomized, double-blind, controlled trial*. Clin Pediatr. 2013;52:910-7.

Dahdah L, Roelofs M, Knipping K, Vries E, Rijnierse A, Garssen J. *Hypoallergenicity assessment of an extensively hydrolyzed why-protein formula in cow's milk allergic infants. Pediatr Allergy Immunol*. 2022;33:1-8.

Trakulpark C, Densupsoontorn N. *Twelve-month growth and accession of tolerance in infants with cow's milk protein allergy compared among those fed with breastmilk or alternate formulas. Asian Pac J Allergy Immunol*. 2021;

Fanning L, Woods E, Hornung CJ, Perret KP, Tang MLK, Dalziel K. *Cost-effectiveness of food allergy interventions in children: a systematic reviewof economic evaluations. Values.* 2021;24:1360-74.

Auria E, Salvatore S, Acunzo M, Peroni D, Pendezza E, Di Profia E, dkk. *Hydrolyzed formulas in the management if cow's milk allergy: new insights, pitfalls, and tips. Nutrients*. 2021;13:2762-83.

Lampiran 1

Contoh format

REKAPITULASI BALITA STUNTING YANG MEMERLUKAN PKMK DARI KELUARGA MISKIN SETIAP BULAN
BULAN_____TAHUN_____

Nama RS :
Kabupaten/Kota :
Provinsi :

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	ALAMAT	JENIS PENYAKIT	SPESIFIKASI PKMK	JUMLAH KEBUTUHAN PKMK PER 2 MINGGU	TOTAL KEBUTUHAN PER 2 MINGGU	TOTAL USULAN PER BULAN (kemasan)
a	b	c	D	E	f	G	h	i
1.	Budi	L	Jl. Mawar no. 31 RT 08/02, Manggarai Tebet, Jaksel	Stunting + gizi buruk (balita)	PKMK bubuk	5 kaleng	• PKMK bubuk > 1 th: 5 kaleng • PKMK bubuk > 1 th: 4 kaleng • PKMK bubuk < 1 th: 7 kotak • PKMK bubuk < 1 th: 4 kotak	• PKMK bubuk > 1 th: 10 kaleng • PKMK bubuk > 1 th: 8 kaleng • PKMK bubuk < 1 th: 14 kotak • PKMK bubuk < 1 th: 8 kotak
2.	Siti	P	Jl. A	Stunting + gizi kurang (balita)	PKMK bubuk	4 kaleng		
3.	Nur	P	Jl. B	Stunting + *underweight*(balita)	PKMK bubuk	4 kaleng		
4.	Ani	P	Jl. C	Stunting + BB/TB normal (balita)	PKMK bubuk	4 kaleng		
5.	Didi	L	Jl. D	Stunting + BB/TB normal (balita)	PKMK bubuk	4 kaleng		
6.	Amir	L	Jl. E	Stunting + gizi buruk (bayi)	PKMK bubuk	7 kotak		
7.	Salma	P	Jl. F	Stunting + gizi kurang (bayi)	PKMK bubuk	4 kotak		
8.	Cantika	P	Jl. G	Stunting + *underweight*(bayi)	PKMK bubuk	4 kotak		
9.	Arum	P	Jl. H	Stunting + BB normal (bayi)	PKMK bubuk	4 kotak		

Keterangan pengisian:
(b) tuliskan nama lengkap pasien
(d) tuliskan secara lengkap sampai tingkat desa
(e) stunting+ gizi buruk, stunting+ gizi kurang, stunting + underweight, dan stunting + BB/TB normal, stunting + malabsorpsi, stunting + alergi susu sapi
(f) tuliskan merek dan jenis PKMK yang dibutuhkan
(g) tuliskan jumlah kebutuhan per individu **per 2 minggu**
(h) hitung keseluruhan kebutuhan per merk dan jenis PKMK **per 2 minggu**
(i) konversikan kolom (h) ke dalam kebutuhan per bulan misal 28 botol per 2 minggu dikalikan 2 (dalam 1 bulan ada 4 (minggu) menjadi 56 botol

(tempat, tanggal)
Ka. Instalasi Departemen Anak/
Dokter Spesialis Anak
ttd
(nama jelas)

Lampiran 2

REKAPITULASI KEBUTUHAN PKMK TAHUN_____

Nama RSUD :
Kabupaten/Kota :
Provinsi :

KONDISI :	JUMLAH BALITA MEMERLUKAN PKMK (ORANG)	JENIS PKMK,	JUMLAH KEBUTUHAN	SATUAN	STOK DI RSUD (Juni 2025)	JUMLAH YANG DIUSULKAN
A	b	C	d	e	f	g = d – f
Stunting + Gizi Buruk	2	PKMK bubuk	1.344	kaleng	0	3864
Stunting + Gizi Kurang	5	PKMK bubuk	2.520			
Stunting + BB Kurang	10	PKMK bubuk	720	kotak	0	1080
Stunting + BB/TB Normal	5	PKMK bubuk	360			
Stunting + Gizi Kurang Bayi	2	PKMK bubuk	1344	kotak	0	1344

(tempat, tanggal)
Direktur RSUD (nama)
Kab/Kota_____

Ttd dan stempel

(nama jelas)
NIP

Lampiran 3

CONTOH REKAPITULASI KEBUTUHAN PKMK TAHUN 2025 KABUPATEN/ KOTA

Kabupaten/Kota :
Provinsi :

KONDISI	JUMLAH BALITA MEMERLUKAN PKMK	JENIS PKMK	JUMLAH KEBUTUHAN	STOK DI KAB/KOTA (JAN 2024)	JUMLAH YANG DIUSULKAN
a	b	c	d	E	f = d – e
Stunting + Gizi Buruk	2 orang	PKMK bubuk	672 kaleng	20 kaleng/ kotak,dll	(672 + 1.260) – 20 = 1.912 kaleng
Stunting + Gizi Kurang	5 orang	PKMK bubuk	1.260 kaleng		
Stunting + BB Kurang	10 orang	PKMK bubuk	360 kotak	48 kotak	(360 + 180) – 48 = 492 kotak
Stunting + BB/TB Normal	5 orang	PKMK bubuk	180 kotak		
Stunting + Gizi Kurang Bayi	2 orang	PKMK bubuk	1344 kotak	0 kotak	1344 – 0 = 1344 kotak

(tempat, tanggal)

KEPALA DINAS KESEHATAN Kab/Kota_____

Ttd dan stempel

(nama jelas) NIP

Contoh format

Lampiran 4

REKAPITULASI PENGGUNAAN PKMK DI RSUD TAHUN .....

Nama RSUD :
Kabupaten/Kota :
Provinsi :

No	Kondisi Stunting	Jenis PKMK Yang Digunakan	Jumlah PKMK Yang Digunakan	Jumlah Kasus			Kendala
				Sembuh dan Rujuk Balik	*Drop Out*	Meninggal	
A	**B**	**c**	**D**	**e**	**F**	**g**	**h**
1.							

(tempat, tanggal)

Direktur Rumah Sakit (nama)

ttd

(nama jelas)

Keterangan:

h) dituliskan semua kendala yang terkait PKMK

Contoh format

Lampiran 5

REKAPITULASI KETERSEDIAAN PKMK DI RSUD
BULAN/TAHUN : _____

Nama RS :
Kabupaten/Kota :
Provinsi :

No	Kondisi	Jenis PKMK	Tgl Terima	Jumlah PKMK Yang Digunakan	Jumlah PKMK Kadaluarsa	Jumlah PKMK dimusnahkan	Jumlah PKMK tersedia
		bubuk					
a	b	c	d	e	f	g	h
1.	Stunting + Gizi Buruk						
2.	Stunting + Gizi Kurang						
3.	Stunting + BB Kurang						
4.	Stunting + BB/TB Normal						
5.	Stunting + Gizi Kurang Bayi						

(tempat, tanggal)

Direktur Rumah Sakit

ttd

(nama jelas)

Contoh format

Lampiran 6

REKAPITULASI KETERSEDIAAN PKMK DI KABUPATEN/KOTA
BULAN/TAHUN:_____

Kabupaten/Kota :
Provinsi :

No	Kondisi	PKMK diterima bubuk	Jumlah PKMK keluar		Jumlah PKMK Kadaluarsa	Jumlah PKMK dimusnahkan	Jumlah PKMK tersedia
			Nama RS	Bubuk			
a	b	c d	d	e	f	g	h
1.	Stunting + Gizi Buruk						
2.	Stunting + Gizi Kurang						
3.	Stunting + BB Kurang						
4.	Stunting + BB Normal						
5.	Stunting + Gizi Kurang Bayi						

(tempat, tanggal)
KEPALA DINAS KESEHATAN (nama)

ttd
(nama jelas)