
	<p>PANDUAN PRAKTIK KLINIS (PPK) KSM ANAK RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>	<p>Pekanbaru, April 2024 Ditetapkan,</p> <p>DIREKTUR RSUD ARIFIN ACHMAD PROVINSI RIAU</p>  <p>drg. Wan Fajriatul Mamnunah, Sp.KG NIP. 19780618 200903 2 001</p>
<p>GIZI BURUK</p>		
<p>1. Pengertian</p>	<p>WHO mendefinisikan malnutrisi sebagai suatu keadaan ketidakseimbangan seluler antara suplai zat-zat makanan dan energi dengan kebutuhan tubuh untuk kelangsungan pertumbuhan, pemeliharaan, dan fungsi-fungsi spesifik lainnya. Secara klinis terdapat 3 bentuk gizi buruk yaitu marasmus, kwashiorkor, dan marasmik-kwashiorkor.</p>	
<p>2. Prevalensi</p>	<p>Dari semua anak yang berumur kurang dari 5 tahun di negara berkembang, sekitar 9% menderita gizi buruk. Adapun di Indonesia pada tahun 2004 diperkirakan terdapat 1,4 juta anak menderita gizi buruk (8,3%). Pada tahun 2005 jumlah penderita gizi buruk turun menjadi 1,2 juta anak. Sementara pada tahun 2006 hingga 10 Maret 2006 jumlah kasus gizi buruk yang dilaporkan dari 24 provinsi sebanyak 6.847 anak. Dari jumlah tersebut 39 pasien diantaranya meninggal dunia.</p>	
<p>3. Etiologi dan patogenesis</p>	<p>Gizi buruk terjadi akibat gangguan gizi kronik yang biasanya disebabkan multi faktor dan multi dimensi, secara langsung dipengaruhi oleh 3 hal, yaitu; Anak tidak cukup mendapat makanan bergizi, anak tidak mendapat asuhan gizi yang memadai dan anak mungkin menderita infeksi penyakit. Ketiga penyebab langsung tersebut terkait dengan daya beli masyarakat, tingkat pendidikan, kondisi lingkungan dan pelayanan kesehatan, yang kesemuanya merupakan akibat dari krisis ekonomi, politik dan sosial Kwashiorkor terjadi akibat stres katabolik dari infeksi dan atau kekurangan protein. Marasmus terjadi akibat kurangnya asupan energi dan protein. Marasmik-kwashiorkor merupakan anak yang memperlihatkan efek gabungan dari <i>intake</i> gizi yang tidak adekuat dan diperparah oleh penyakit infeksi.</p>	
<p>4. Gejala klinis</p>	<p>Marasmus yang sering terjadi pada masa bayi, ditandai oleh penurunan berat badan yang hebat, berkurangnya jaringan subkutan dan otot, tidak ada edema, dan bila terjadi lama dapat menimbulkan <i>stunting</i>. Perubahan pada rambut, kulit dan hepatomegali akibat infiltrasi lemak yang terjadi pada kwashiorkor, tidak terjadi pada marasmus. Anak marasmus, yang bersifat iritabel dan apatis, merupakan suatu potret kelaparan yang terdiri</p>	

dari kulit dan tulang. Gambaran inilah yang disebut *wasting*. Bila malnutrisi terjadi lama, ini akan menimbulkan *stunting*, yang menunjukkan efek yang hebat dari defisiensi gizi terhadap pertumbuhan linear. Kwashiorkor biasanya terjadi pada bayi yang lebih tua dan anak. Secara klinis, ini ditandai dengan edema, lesi pada kulit, apati, anoreksia, hati yang membesar akibat perlemakan, dan rendahnya albumin serum.

Marasmik-kwashiorkor muncul dengan gejala klinis baik dari marasmus dan kwashiorkor. Anak dengan marasmik-kwashiorkor mengalami edema, *wasting* yang hebat, dan biasanya berperawakan pendek.

5. Diagnosis

Penilaian status gizi dilakukan dengan 3 cara, yang pertama dengan anamnesis diet dan anamnesis penyakit penyerta, pemeriksaan fisik, dan pengukuran antropometrik, ditunjang dengan pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan antropometrik dapat diinterpretasikan menurut beberapa klasifikasi.

1. Klasifikasi KEP MenurutWellcome Trust Party

BB/TB	Edema	
	Tidakada	Ada
> 60 %	Gizikurang	Kwashiorkor
< 60 %	Marasmus	Marasmik - kwashiorkor

2. Diagnosis KEP BerdasarkanIndeks

BB/UMUR	BB/TB (P.50 WHO- CDC 2000)	
> 80	> 90	Gizi baik
70 – 80	80 – 90	KEP I (ringan)
60 – 70	70 – 80	KEP II (sedang)
< 60	< 70	KEP III (berat)

3. KlasifikasiWaterlow

GangguanDerajat	Stunting (TB/U)	Wasting (BB/TB)
0= GiziBaik	> 95%	> 90%
1= KEP I	90 - 95%	80 - 90%
2= KEP II	85 - 89%	70 - 80%
3= KEP III	< 85%	< 70%

4. Skoring system Mc. Laren

GejalaKlinis / Lab		Angka
Edema		3
Dermatosis		2
Edema disertaidermatosis		6
Perubahanrambut		1
Hepatomegali		1
Albumuin serum	Protein serum	
< 1,00	< 3,25	7
1,00 – 1,49	3,25 – 3,99	6
1,50 – 1,99	4,00 – 4,74	5
2,00 – 2,49	4.75 – 5,49	4
2,50 – 2,99	5,50 – 6,24	3

Jumlah skor 0 – 3 = marasmik

Jumlah skor 4 – 8 = marasmik kwashiorkor

Jumlah skor 9 – 15 = kwashiorkor

6. Tatalaksana

Skema Tatalaksana Gizi Buruk Menurut Waktu¹¹

No.	Tatalaksana	Stabilisasi		Transisi	Rehabilitasi
		H 1-2	H 3-7	H8 -14	Minggu 2-6
1.	Mencegah dan mengatasi hipoglikemia	————→	-----→		
2.	Mencegah dan mengatasi hipotermia	————→	-----→		
3.	Mencegah dan mengatasi dehidrasi	————→	-----→		
4.	Memperbaiki gangguan elektrolit	————→	-----→	-----→	
5.	Mengobati infeksi	————→	-----→	-----→	
6.	Memperbaiki kekurangan zat gizi mikro	Tanpa Fe	-----→	Dengan Fe	-----→
7.	Memberikan makanan untuk stabilisasi dan transisi	————→	↘		
8.	Memberikan makanan untuk tumbuh kejar			————→	-----→
9.	Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang				-----→
10	Mempersiapkan untuk tindak lanjut di rumah		————→		-----→

7. Kepustakaan

1. Muller O, Krawinkel M. Malnutrition and Health in Developing Countries. CMAJ 2005;173(3):279-86.
2. World Health Organization. Management of Severe Malnutrition: a Manual for Physicians and other senior health Workers. Geneva: WHO, 1999.
3. Scheinfeld NS. Protein-Energy Malnutrition. Didapat dari: <http://www.emedicine.htm> tanggal 5 Juni 2006.