

10 LANGKAH TATALAKSANA

ANAK GIZI BURUK



Tatalaksana Gizi buruk

"10 langkah utama"

No	Tindakan	Stabilisasi		Transisi H 8-14	Rehabilitasi mg 3-6	Tindak lanjut mg 7-26
		H 1-2	H 3-7			
1.	Atasi/cegah hipoglikemia	→	→			
2.	Atasi/cegah hipotermia	→	→			
3.	Atasi/cegah dehidrasi	→	→			
4.	Perbaiki gangguan elektrolit	→			→	
5.	Obati infeksi	→			→	→
6.	Perbaiki def. Nutrien mikro	← tanpa Fe			← + Fe	
7.	Makanan stab & trans	→		↘		
8.	Makanan Tumb.kejar				→	
9.	Stimulasi	→				
10.	Siapkan tindak lanjut			→		

LANGKAH 1

Mencegah dan mengatasi hipoglikemia

Kadar glukosa darah yang sangat rendah (< 3 mmol/liter atau < 54 mg/dl)

Biasanya terjadi bersamaan dengan hipotermia

Tanda lain : letargis, nadi lemah, kehilangan kesadaran

Gejala hipoglikemia berupa berkeringat dan pucat sangat jarang dijumpai pada balita gizi buruk

(Buku II: Petunjuk Teknis Tata Laksana Gizi Buruk, tahun 2005, hal. 3)

HIPOGLIKEMIA (lanjutan)

- Kematian karena hipoglikemia, kadang-kadang hanya didahului dengan tanda seperti mengantuk
- *Di unit pelayanan kesehatan yang tidak ada fasilitas pemeriksaan kadar glukosa darah, setiap balita gizi buruk yang datang harus dianggap mengalami hipoglikemia → segera rawat/tangani sesuai tatalaksana hipoglikemia*

Lethargi



CARA MENGATASI HIPOGLIKEMIA

TANDA	CARA MENGATASI
<p>SADAR (TIDAK LETARGIS)</p>	<p>☞ Berikan 50 ml larutan Dekstrosa/ Glukosa 10%*) atau 50 ml larutan gula pasir 10% secara oral/ NGT (bolus)</p>
<p>TIDAK SADAR (LETARGIS)</p>	<p>☞ Berikan Larutan dekstrosa/ Glukosa 10% iv, 5 ml x kgBB</p> <p>☞ Selanjutnya berikan 50 ml larutan Glukosa 10% atau larutan gula pasir 10% secara oral atau NGT (bolus)</p>
<p>RENJATAN (SHOCK)</p>	<p>☞ Berikan Larutan Dekstrosa/ Glukosa 10% secara intravena (iv) sebanyak 5 ml x kgBB</p> <p>☞ Selanjutnya beri infus Ringer Laktat dan Glukosa 10% prebandingan 1:1 (= RLG 5%) sebanyak 15 ml x kgBB untuk 1 jam</p>

*) 5 gram gula pasir (= 1 sendok teh munjung) + air matang s/d 50 ml

(Buku II: Petunjuk Teknis Tata Laksana Gizi Buruk, tahun 2005, hal. 3)

HIPOTERMIA

- Suhu aksiler $< 36,5$ °C (ukur selama 5 menit)
- Biasanya terjadi bersama-sama dgn hipoglikemia
- Hipotermia + hipoglikemia : merupakan tanda dari adanya infeksi sistemik serius → terapi u/ ketiganya
- hipotermia + hipoglikemia + infeksi, Cadangan energi balita gizi buruk sangat terbatas → tidak mampu memproduksi panas utk mempertahankan suhu tubuh

(Buku II: Petunjuk Teknis Tata Laksana Gizi Buruk, tahun 2005, hal. 4)

HIPOTERMIA (lanjutan)

- **Pertahankan suhu tubuh balita gizi buruk dengan cara menyelimuti tubuhnya dengan baik.**
- **Tindakan menghangatkan tubuh = usaha penghematan penggunaan cadangan energi.**

(Buku II: Petunjuk Teknis Tata Laksana Gizi Buruk, tahun 2005, hal. 4)

Cara mempertahankan dan memulihkan suhu tubuh balita agar tidak hipotermia

Suhu tubuh 36,5 – 37,0 °C

Mudah terjadi hipotermia → pertahankan suhu :

1. Tutuplah tubuh balita termasuk kepalanya
2. Hindari adanya hembusan angin
3. Pertahankan suhu ruangan 25–30°C
4. Tetap diselimuti pada malam hari
5. Jangan biarkan tanpa baju terlalu lama saat pemeriksaan & penimbangan
6. Tangan yg merawat harus hangat
7. Segeralah ganti baju atau peralatan tidur yang basah
8. Segera keringkan badan setelah mandi
9. Jangan gunakan botol air panas utk menghangati balita
→ kulit terbakar

(Buku II: Petunjuk Teknis Tata Laksana Gizi Buruk, tahun 2005, hal. 4)

Cara mempertahankan dan memulihkan suhu tubuh balita agar tidak hipotermia(lanjutan)

Suhu tubuh < 36,5 °C (hipotermia)

Tindakan → hangatkan tubuh :

- 1. Cara "kanguru" : kontak langsung kulit ibu dan kulit balita**
- 2. Lampu : diletakkan 50 cm dari tubuh balita**
- 3. Monitor suhu setiap 30 menit**
 - suhu sdh normal?**
 - suhu tdk terlalu tinggi?**
- 4. Hentikan pemanasan bila suhu tubuh sudah mencapai 37°C**

TANDA DEHIDRASI

No	TANDA	CARA MELIHAT DAN MENENTUKAN
1	Letargis	lemas, tidak waspada, tidak tertarik thdp kejadian sekitar
2	Anak gelisah dan rewel	terutama bila disentuh/ ditangani untuk tindakan
3	Tidak ada air mata	Tidak ada air mata saat balita menangis
4	Mata cekung	Mata cekung tsb memang spt biasanya ataukah baru beberapa saat timbulnya

(Buku II: Petunjuk Teknis Tata Laksana Gizi Buruk, tahun 2005, hal. 5)

TANDA DEHIDRASI (lanjutan)

No	TANDA	CARA MELIHAT DAN MENENTUKAN
5	Mulut dan lidah kering	Raba dengan jari yang kering dan bersih untuk menentukan apakah lidah dan mulutnya kering
6	H a u s	Apakah balita ingin meraih cangkir saat diberi ReSoMal. Saat cangkir itu disingkirkan, apakah balita masih ingin minum lagi?
7	Kembalinya cubitan/turgor kulit lambat	Tarik lapisan kulit dan jaringan bawah kulit pelan-pelan. <u>Cubit selama 1 detik</u> dan lepaskan. Jika kulit masih terlipat (belum balik rata) → kulit/turgor kulit lambat. (catatan : cubitan kulit biasanya lambat pada anak " <u>wasting</u> ")

Tanda dehidrasi



Turgor :



Sunken eyes

Memperbaiki gangguan keseimbangan elektrolit

- Pada anak gizi buruk terjadi ketidakseimbangan elektrolit di dalam tubuh
- Perlu diberikan larutan elektrolit/ mineral dalam bentuk ReSoMal (bila diare) dan Formula WHO sesuai dengan fasenya

ReSoMal

(Rehydration Solution for Malnutrition)

Cara membuat ReSoMal

Bubuk WHO-ORS utk 1 liter (*): 1 pak

Gula pasir : 50 g

Lar. Elektrolit/mineral (**): 40 ml

Ditambah air sampai : 2 liter

Setiap 1 liter cairan Resomal:

Na = 37,5 mEq, K = 40 mEq dan

Mg = 1,5 mEq

(*) Bubuk WHO-ORS/1 liter: NaCl = 2,6 g

Trisodium citrat dihidrat = 2,9 g

KCl = 1,5 g dan glukosa = 13,5 g

Cara membuat lar. Elektrolit/mineral

(**) komposisi :

KCl : 224 g

Tripotassium citrat: 81 g

MgCl₂.6H₂O : 76 g

Zn acetat 2 H₂O : 8,2 g

CuSO₄.5H₂O : 1,4 g

Ditambah air sampai: 2,5 liter

ReSoMal (Rehydration Solution for Malnutrition)

Modifikasi ReSoMal

Bubuk WHO-ORS utk 1 liter (*)	: 1 pak
Gula pasir	: 50 gr
Bubuk KCl	: 4 gr
Ditambah air sampai	: 2 liter

Atau

Bubuk WHO-ORS siap pakai	: 1 liter
Gula pasir	: 50 gr
Lar. Elektrolit/mineral (**)	: 40 ml
Ditambah air sampai	: 2 liter

Karena tidak mengandung Mg, Zn dan Cu,

Diberi jus buah2an yang banyak mengandung mineral, atau diberikan MgSO₄ 50 % I.m 1 x dosis 0,3 ml/kg BB maksimum 2 ml.

PETUNJUK PEMBERIAN ANTIBIOTIKA

- **Tidak ada komplikasi/ infeksi yang jelas**
→ **kotrimoksazol/ oral/ 12 jam selama 5 hari**
- **Ada komplikasi**
→ gentamisin iv atau im selama 7 hari,
ditambah ampisilin iv atau im/ 6 jam selama
2 hari, diikuti amoksisilin/ 8 jam selama 5 hari

PETUNJUK PEMBERIAN ANTIBIOTIKA (lanjutan)

- **Dalam 48 jam tidak membaik**
 - **kloramfenikol** iv atau im/ 8 jam selama 5 hari
- **Bila ada infeksi khusus**
 - **antibiotika khusus** sesuai dengan penyakitnya

Catatan:

1. Jika balita tidak kencing, Gentamisin akan menumpuk di dalam tubuh dan menyebabkan tuli, jangan diberi dosis kedua sampai balita bisa kencing.
2. Jika Amoksisilin tidak tersedia, beri Ampisilin 50 mg/kg peroral setiap 6 jam selama 5 hari.

DOSIS TABLET BESI DAN SIRUP BESI UNTUK ANAK UMUR 6 BULAN SAMPAI 5 TAHUN

BENTUK FORMULA Fe	D O S I S
TABLET BESI/FOLAT (sulfas ferosus 200 mg atau 60 mg besi elemental + 0,25 mg as folat)	Bayi usia 6 – < 12 bln → 1 x sehari ¼ tab
	Anak usia 1–5thn → 1 x sehari ½ tablet
SIRUP BESI (sulfas ferosus 150 ml), setiap 5 ml mengandung 30 mg besi elemental	Bayi 6 – < 12 bulan → 1 x sehari 2,5 ml (½ sendok teh)
	Anak usia 1–5 thn → 1 x sehari 5 ml (1 sendok teh)

Catatan :

- Zat besi atau Fe baru boleh diberikan setelah memasuki Fase Rehabilitasi
- Zat Besi atau Fe diberikan setiap hari selama 4 minggu atau lebih
- Dosis Fe : 1 – 3 mg Fe elemental/kg berat badan/hari

Anemia

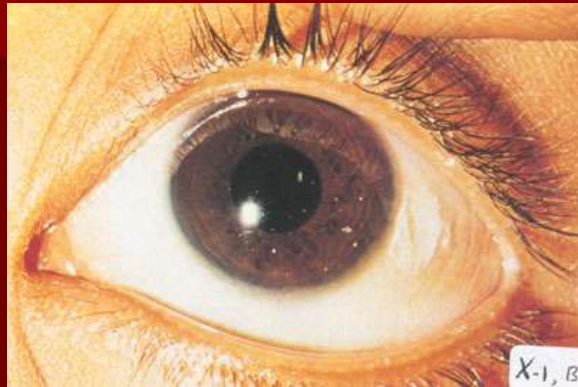


TINDAKAN PENGOBATAN PENYAKIT PENYULIT GANGGUAN PADA MATA AKIBAT KEKURANGAN VITAMIN A

JIKA MATA MENGALAMI:	TINDAKAN
<ul style="list-style-type: none">☞ Hanya bercak Bitot saja☞ tidak ada gejala mata yang lain	<ul style="list-style-type: none">☞ Tidak memerlukan obat tetes mata
<ul style="list-style-type: none">☞ Nanah atau peradangan	<ul style="list-style-type: none">☞ Berikan tetes mata kloramfenikol atau tetrasiklin (1%)
<ul style="list-style-type: none">☞ Kekeruhan pada kornea☞ Ulkus pada kornea	<p><i>Berikan kedua obat tersebut :</i></p> <ul style="list-style-type: none">☞ Tetes mata kloramfenikol/ tetrasiklin(1%) & Tetes mata atropin(1%)

☞ ***Segera rujuk ke dokter mata (jangan ditambahkan preparat yang mengandung "kortikosteroid" karena dapat menyebabkan kebutaan serta jangan diberi salep supaya tidak ada perlengketan)***

Kelainan pada mata



TINDAKAN PENGOBATAN PENYAKIT PENYULIT GANGGUAN PADA MATA AKIBAT KEKURANGAN VITAMIN A (lanjutan)

Teteskan obat ke mata yang terganggu, dengan dosis:

- Tetes mata kloramfenikol/ tetrasiklin (1%): 1 tetes, 4 x sehari
- Tetes mata atropin (1%) : 1 tetes, 3 x sehari

- Jika kedua jenis obat tetes mata tersebut diperlukan dapat diberikan secara bersamaan
- Pengobatan sekurang-kurangnya 7 hari sampai semua gejala pada mata menghilang
- Lakukan tindakan pemeriksaan dan pengobatan dengan sangat berhati-hati dan lembut

TINDAKAN PENGOBATAN PENYAKIT PENYULIT GANGGUAN PADA MATA AKIBAT KEKURANGAN VITAMIN A (lanjutan)

- Gunakan penetes & botol yg terpisah utk setiap balita
- Lakukan selalu tindakan mencuci tangan sebelum dan sesudah mengobati
- Mata yang terganggu harus ditutup selama 3 – 5 hari hingga peradangan dan iritasi mereda
- Gunakan kasa penutup mata yang dicelup dalam larutan NaCl 0,9%
- Gantilah kasa setiap kali dilakukan pengobatan
- Bila balita tertidur dengan mata terbuka, katupkanlah kelopak mata dengan lembut

TINDAKAN PENGOBATAN PENYAKIT PENYULIT GANGGUAN PADA MATA AKIBAT KEKURANGAN VITAMIN A (lanjutan)

JADWAL DAN DOSIS PEMBERIAN VITAMIN A

Gejala	Hari ke -1	Hari ke - 2	Hari ke - 15
Tidak ada gejala mata atau tidak pernah sakit Campak dlm 3 bulan terakhir	Beri kapsul dgn dosis sesuai umur	Tdk diberi kapsul	Tdk diberi kapsul
Ada salah satu gejala : <ul style="list-style-type: none"> •Bercak Bitot •Nanah / Radang •Kornea keruh •Ulkus kornea •Pernah sakit Campak dalam 3 bulan terakhir 	Beri kapsul dengan dosis sesuai umur	Beri kapsul dengan dosis sesuai umur	Beri kapsul dengan dosis sesuai umur

Umur	Dosis
< 6 bulan	50.000 SI (½ kapsul biru)
6 – 11 bulan	100.000 SI (1 kapsul biru)
1 – 5 tahun	200.000 SI (1 kapsul merah)

TINDAKAN PENGOBATAN PENYAKIT PENYULIT GANGGUAN PADA KULIT (DERMATOSIS)

- Hipo/hiperpigmentasi
- Deskuamasi (mengelupas)
- Lesi ulserasi eksudatif (menyerupai luka bakar) sering disertai infeksi sekunder (candida)

Tindakan:

- Kompres dgn lar. KMnO_4 1% selama 10 menit
- Salep/ krim (Zn dgn minyak kastor)
- Usahakan agar daerah perineum tetap kering
- Defisiensi seng (Zn) : beri preparat Zn oral
- Pengobatan anti jamur (bila perlu)

TINDAKAN PENGOBATAN PENYAKIT PENYULIT DIARE PERSISTEN

- Makanan tinggi laktosa
- Kerusakan mukosa usus dan giardiasis

Tindakan

- Makanan formula bebas atau rendah laktosa
- Kotrimoksazol sesuai dosis
- Periksa feses dan ganti dengan metronidasol bila pemeriksaan giardiasis ⊕
- Metronidasol 7,5 mg/kgBB/8 jam selama 7 hari

TINDAKAN PENGOBATAN PENYAKIT PENYULIT ANEMIA BERAT

Hb < 4,0 g/dl atau Hb 4,0 – 6,0 g/dl disertai distres pernafasan atau tanda gagal jantung

Tindakan

- **Transfusi darah segar 10 ml/kgBB dalam 3 jam.**
- **Bila ada tanda gagal jantung, gunakan *packed red cells* dengan jumlah yang sama**
- **Furosemid 1 mg/ kgBB iv**
- **Pada saat transfusi hentikan semua pemberian cairan lewat oral/NGT**

TINDAKAN PENGOBATAN PENYAKIT PENYULIT PARASIT CACING

Periksa :

Telur cacing dalam tinja (bila memungkinkan)

Tindakan

Pirantel Pamoat atau preparat anti helmintik lain yang sesuai

TINDAKAN PENGOBATAN PENYAKIT PENYULIT TUBERKULOSIS PARU

Sistem skoring diagnosis Tuberkulosis anak *di sarana kesehatan terbatas*

Parameter	0	1	2	3
Kontak TB	Tidak jelas	Laporan keluarga, BTA (-) atau tidak tahu	Kavitas (+) BTA tidak jelas	BTA (+)
Uji tuberkulin	negatif			Positif (≥ 10 mm atau ≥ 5 mm pd keadaan immunosupresi)
Berat badan/ keadaan gizi		Bawah garis merah (KMS) atau BB/U < 80%	Klinis gizi buruk atau BB/U < 60%	
Demam tanpa sebab jelas		≥ 2 minggu		
Batuk		≥ 3 minggu		
Pembesaran kel. Limfe kolli, aksila, inguinal		≥ 1 cm, jumlah > 1, tidak nyeri		
Pembengkakan tulang/ sendi panggul, lutut, falang		Ada pembengkakan		
Foto rontgen toraks	normal/ tidak jelas	- infiltrat - pembesaran kelenjar - Konsolidasi	- Kalsifikasi + infiltrat - Pembesaran kelenjar + infiltrat	

JENIS DAN DOSIS OBAT TUBERKULOSIS ANAK

JENIS OBAT	BB 5 -< 10 kg	BB 10 -<20 kg	BB 20 - 33 kg
Isoniasid	50 mg	100 mg	200 mg
Rifampisin	75 mg	150 mg	300 mg
Pyrasinamid	150 mg	300 mg	600 mg

Berdasarkan rekomendasi IDAI

LANGKAH 7 :

MEMBERIKAN MAKANAN
UNTUK STABILISASI DAN TRANSISI

Langkah 8 :

MEMBERIKAN MAKANAN
UNTUK TUMBUH KEJAR

KEBUTUHAN GIZI MENURUT FASE PEMBERIAN MAKAN PADA ANAK GIZI BURUK (lanjutan)

A. Fase Stabilisasi

- Hari 1 – 2

F-75/ modifikasi/ modisco $\frac{1}{2}$ → 12 x pemberian

ASI → bebas

- Hari 3 – 7

F-75/ modifikasi/ modisco $\frac{1}{2}$ → 8 x pemberian

ASI → bebas

Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan tabel Pedoman F-75 (buku I, hal.19 – 20)

KEBUTUHAN GIZI MENURUT FASE PEMBERIAN MAKAN PADA ANAK GIZI BURUK (lanjutan)

B. Fase Transisi

Hari 8 - 14

F- 100/ modifikasi/ modisco I/ II → 6 x pemberian
ASI → bebas

Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan tabel Pedoman F-75 (buku I, hal.19 – 20)

KEBUTUHAN GIZI MENURUT FASE PEMBERIAN MAKAN PADA ANAK GIZI BURUK (lanjutan)

C. Fase Rehabilitasi (Minggu 3 – 6)

Berat Badan < 7 Kg

F-135/ modifikasi/ modisco III → 3 x pemberian
ASI → bebas

Ditambah

Makanan lunak/ lembik → 3 x 1 porsi
Sari buah → 1 x pemberian

Berat Badan \geq 7 Kg

F-135/ modifikasi/ modisco III → 3 x pemberian
ASI → bebas

Ditambah

Makanan lunak/ makanan biasa → 3 x 1 porsi
Sari buah → 1 - 2 x pemberian

HAL-HAL PENTING YANG HARUS DIPERHATIKAN

- 1. Jangan berikan Fe sebelum minggu ke 2
(Fe diberikan pada fase rehabilitasi)**
- 2. Jangan berikan cairan intra vena, kecuali syok
atau dehidrasi berat**
- 3. Jangan berikan protein terlalu tinggi**
- 4. Jangan berikan diuretik pada penderita
kwashiorkor**

TATA LAKSANA GIZI PADA FASE TINDAK LANJUT (Minggu ke 7 – 26)

Tingkat Rumah Tangga

- Makanan beraneka ragam, porsi kecil, frekuensi sering
- Suapi anak dengan sabar dan tekun
- ASI diberikan sampai usia 2 tahun

TATA LAKSANA GIZI PADA FASE TINDAK LANJUT (lanjutan)

Tingkat Posyandu

- Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) dengan komposisi energi 350 Kkal, protein 15 g
- Bentuk PMT-P: kudapan dari bahan makanan setempat
- Lama pemberian: 3 bulan (90 hari)
- Cara penyelenggaraan: setiap hari di pusat pemulihan gizi, demonstrasi pembuatan makanan seminggu sekali di posyandu, penimbangan dan pemantauan peningkatan berat badan dengan KMS

STIMULASI SENSORIK DAN DUKUNGAN EMOSIONAL PADA ANAK GIZI BURUK

LANGKAH 9

Anak Gizi buruk/ KEP berat:
keterlambatan perkembangan mental dan perilaku
→ berikan:

- Kasih sayang
- Lingkungan yang ceria
- Terapi bermain terstruktur selama 15 – 30 menit/hari
- Aktifitas fisik segera setelah sembuh
- Keterlibatan ibu (memberi makan, memandikan, bermain dan sebagainya)

Langkah 10

**Mempersiapkan untuk
tindak lanjut dirumah**

KRITERIA PEMULANGAN BALITA GIZI BURUK

Balita:

1. Selera makan baik, makanan yang diberikan dihabiskan
2. Ada perbaikan kondisi mental
3. Sudah tersenyum, duduk, merangkak, berdiri, berjalan, sesuai umurnya
4. Suhu tubuh berkisar antara 36,5 – 37,5 °C

KRITERIA PEMULANGAN BALITA GIZI BURUK (lanjutan)

5. Tidak ada muntah atau diare
6. Tidak ada edema
7. Kenaikan berat badan > 5 g/kgBB/ hari, 3 hari berturutan atau kenaikan 50 g/ kgBB/ minggu, 2 minggu berturut-turut
8. Sudah berada di kondisi gizi kurang $\geq - 3$ SD (sudah tidak ada gizi buruk)

KRITERIA PEMULANGAN BALITA GIZI BURUK (lanjutan)

Ibu/pengasuh :

1. Sudah dapat membuat makanan yang diperlukan untuk tumbuh kejar dirumah
2. Ibu sudah mampu merawat serta memberikan makan dengan benar kepada anaknya

Institusi lapangan :

Sudah siap menerima rujukan paska perawatan

TINDAK LANJUT DI RUMAH

- Bila gejala klinis sudah tidak ada dan berat badan balita mencapai 80% BB/U atau 90% BB/TB → "anak sembuh"
- Pola pemberian makan yang baik dan stimulasi harus tetap dilanjutkan di rumah

Peragakan kepada Orang Tua :

- Pemberian makanan dgn frekuensi yang lebih sering dengan kandungan tinggi energi dan padat gizi
- Terapi bermain terstruktur

TINDAK LANJUT DI RUMAH (lanjutan)

Sarankan :

- Membawa kembali untuk kontrol secara teratur:
 - Bulan I : 1 x/ minggu
 - Bulan II : 1x/ 2 minggu
 - Bulan III - VI : 1x/ bulan
- Suntikan/imunisasi dasar BCG, Polio, DPT, Campak, Hepatitis dan ulangan (booster)
- Vit.A dosis tinggi setiap 6 bulan (dosis sesuai umur)

TINDAK LANJUT DI RUMAH (lanjutan)

Jadwal imunisasi

Imunisasi	I	II	III	IV
BCG	Sedini mungkin (s/d < 1 tahun)			
Polio	Waktu lahir (sedini mungkin)	1 bulan setelah imunisasi polio ke-1 (interval 4 minggu)	1 bulan setelah imunisasi polio ke-2 (interval 4 minggu)	1 bulan setelah imunisasi polio ke-3 (interval 4 minggu)
DPT	2 bulan	1 bulan setelah imunisasi DPT ke-1 (interval 4 minggu)	1 bulan setelah imunisasi DPT ke-2 (interval 4 minggu)	
Campak	9 bulan			
Hepatitis	Waktu lahir (sedini mungkin)	1 bulan setelah imunisasi hepatitis ke-1 (interval 4 minggu)	1 bulan setelah imunisasi hepatitis ke-2 (interval 4 minggu)	

Anak Gizi Buruk setelah perawatan



ANAK GIZI BURUK SETELAH PERAWATAN



Perkembangan kondisi anak penderita gizi buruk selama perawatan di CARE Theurapetic Feedeng Centre/TFC (Panti Rawat Gizi)



ENTRY (Before)					
DATE	WT (KG)	HT (CM)	Z-SCORE	MUAC (CM)	%
28-Jan-04	3.6	61.5	-3/-4	8.0	60.0

Name : FENIYANA SEUK
 Female, 11 Months
 Kamanasa Village, Betun District,
 Timor Tengah Selatan.

ENTRY (After)								
DATE	WT (KG)	HT (CM)	Z-SCORE (CM)	MUAC	%	LENGTH OF STAY (DAY)	WEIGHTGAIN (GR/KGWT/DAY)	REMARK
27-Feb-04	5.6	61.6	-2/+2	11.5	93.3	30	18.5	RECOVERY

TERMAKASH