

**Panduan
Operasional
Pemberian Makanan
bagi Bayi dan
Balita dalam
Situasi Darurat**

di produksi oleh:

**Emergency Nutrition Network (ENN),32,
Leopold Street Oxford, OX4 1 TW, UK**

Tel: +44 (0) 1865 324996

Fax: +44 (0) 1865 597669

Email: office@enonline.net

www.enonline.net

Di terjemahkan oleh Save the Children dan AIMI



Pemberian Makan bagi Bayi dan Balita dalam Situasi Darurat

Panduan
Operasional
Pemberian Makanan
bagi Bayi dan
Balita dalam
Situasi Darurat

COVER DALAM Depan

Buku panduan ini diterbitkan atas kerjasama:



COVER DALAM Belakang

Latar Belakang

Panduan Operasional Pemberian Makanan bagi Bayi dan Balita dalam Situasi Darurat (OG-IFE) dikeluarkan pertama kalinya oleh Kelompok Kerja Antar Lembaga untuk Pemberian Makanan bagi Bayi dan Balita dalam Situasi Darurat pada tahun 2011. Kelompok Kerja ini terdiri dari anggota dari Kelompok Inti IFE, yaitu sebuah kolaborasi antar lembaga yang peduli tentang pengembangan materi pelatihan dan arahan kebijakan yang terkait dengan pemberian makanan bagi bayi dan balita dalam situasi darurat (IFE/IYCF-E, selanjutnya disebut sebagai IFE).

Versi 2.0 dihasilkan pada bulan Mei 2006; versi 2.1 pada bulan Februari 2007 (dengan penambahan pada tahun 2010); dan versi 3.0 pada bulan Oktober 2017 untuk merefleksikan pengalaman operasional dan kebutuhan dan pembaruan panduan. Pembaruan versi 3.0 dilaksanakan oleh Kelompok Inti IFE melalui konsultasi dengan informan dari tingkat internasional, regional, maupun di tingkat negara, dan dipimpin bersama oleh the Emergency Nutrition Network (ENN) dan UNICEF serta dikoordinasikan oleh ENN. Kelompok Inti IFE menyampaikan penghargaan terhadap semua pihak yang telah memberikan sumbangan untuk penyusunan panduan edisi ini dan edisi-edisi sebelumnya.

Pembaruan OG-IFE ini terlaksana atas dukungan dari warga Amerika melalui United States Agency for International Development (USAID). Isi dari panduan ini tidak merefleksikan pandangan dari USAID atau Pemerintah Amerika Serikat.

Mandat

OG-IFE bertujuan untuk mencapai standar internasional penanganan keadaan darurat, termasuk di antaranya Core Humanitarian Standards on Quality and Accountability (CHS) dan Sphere Standard¹, serta standar-standar lainnya². Panduan ini membantu praktek pelaksanaan Prinsip-prinsip Panduan Pemberian Makanan pada Bayi dan Balita dalam Situasi Darurat/*Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children in Emergencies*³ dan Kode Internasional Pemasaran Pengganti ASI/*International Code of Marketing of Breastmilk Substitute* (selanjutnya disebut “Kode”)⁴, serta berbagai resolusi World Health Assembly (WHA) yang mengikuti dan relevan. Panduan ini membantu pembuat kebijakan, para perencana, dan donor untuk memenuhi kewajiban mereka seperti yang digariskan dalam Strategi Global Pemberian Makanan bagi Bayi dan Balita dari UNICEF/WHO⁵ dalam Pasal 24 Konvensi Hak Anak^a serta Call for Action yang tercantum dalam Deklarasi Innocenti 2005 tentang Pemberian Makanan bagi Bayi dan Anak^b yang disepakati secara penuh dalam WHA 2006. Panduan ini diharapkan akan berkontribusi terhadap pencapaian Tujuan Pembangunan yang Berkelanjutan/*Sustainable Development Goal*^c (Tujuan 2, 3, dan 6) dan program kerja *Decade of Nutrition* dari Perserikatan Bangsa-Bangsa/PBB (2016-2025)^d.

Tujuan

OG-IFE bertujuan untuk memberikan panduan yang ringkas dan praktis untuk menjamin pemberian makanan yang sesuai bagi bayi dan balita dalam situasi darurat.

Ruang Lingkup

OG-IFE berlaku untuk kondisi persiapan, tanggap darurat, dan pemulihan situasi darurat di seluruh dunia untuk mengurangi risiko kesakitan dan/atau kematian yang diakibatkan oleh praktik pemberian makanan, serta untuk memaksimalkan perkembangan, kesehatan, dan gizi anak.

¹ Lihat 23-35 Bagian Referensi 8.2 Kebijakan – Standar Minimum

² Lihat Bagian Referensi 8.2 Kebijakan – Standar Minimum

³ Lihat 4 tentang Bagian Referensi 8.2 Kebijakan – Strategi Global dan Nasional

⁴ Lihat 9 dan 10 Bagian Referensi 8.2 Kebijakan – Kebijakan Global

⁵ Lihat 5 Bagian Referensi 8.2 Kebijakan – Strategi Nasional dan Global

Populasi sasaran

Populasi tujuan dari intervensi ini adalah kelompok bayi dan anak balita di bawah usia 2 tahun (0-23 bulan) serta ibu hamil dan menyusui (*pregnant and lactating women* – PLW)

Panduan OG-IFE ini ditujukan bagi pembuat kebijakan. Pengambil keputusan dan pembuat program yang bekerja di bidang persiapan dan penanggulangan situasi darurat, termasuk pemerintah, badan-badan PBB, organisasi non-pemerintah internasional maupun nasional, lembaga donor, kelompok relawan, serta pihak swasta/pelaku bisnis.

Langkah-langkah yang direkomendasikan dalam panduan ini ditujukan bagi pihak-pihak yang berada di bawah otoritas dan mendapatkan mandat terkait IFE, dan pihak-pihak yang aktivitasnya berpengaruh terhadap IFE secara langsung maupun tidak langsung serta memegang tanggung jawab serta peran kunci terhadap IFE. Langkah-langkah tersebut akan diperlukan di berbagai level dan dengan derajat yang berbeda-beda sesuai dengan konteks yang berlaku.

Panduan OG-IFE ini relevan bagi lintas sektor dan disiplin, terutama dalam bidang gizi, tetapi juga dalam bidang kesehatan (termasuk kesehatan reproduksi, kesehatan ibu, bayi baru lahir, anak/MNCH, layanan kuratif, layanan pendukung untuk kesehatan mental dan psikososial/MHPSS; HIV; manajemen penyakit menular; layanan untuk kelompok remaja; air, sanitasi, dan kebersihan (WASH); ketahanan pangan dan penghidupan (FSL); perlindungan anak; perkembangan dini anak (ECD); disabilitas; shelter; program pemberian **cash transfer**; kebijakan jaminan sosial; pertanian; koordinasi dan manajemen pemukiman/camp; dan logistik.

Susunan/Layout

Dokumen ini diawali dengan ringkasan yang berisi poin-poin kunci, terbagi dalam enam bagian yang menguraikan setiap langkah praktis, diikuti dengan daftar kontak kunci (Bagian 7), daftar referensi dan sumber-sumber kunci (Bagian 8), serta ditutup dengan definisi (Bagian 9). Rujukan ditunjukkan dengan catatan kaki yang tersambung pada daftar referensi di Bagian 8, di mana rujukan dengan nomor urut tersedia. Informasi tambahan disusun secara alfabetis di dalam catatan yang mengikuti Bagian 7. Persiapan penanggulangan situasi darurat adalah lintas sektor; langkah-langkah kunci terangkum dalam Kotak 1 dan bagian-bagian yang relevan tercantum dalam Annex 1. Kolaborasi lintas sektor dibahas dalam Bagian 5 dan diuraikan juga di bagian lain; panduan untuk isi dokumen ini sesuai sektor atau keahlian tertentu dapat dilihat di Annex 1.

Masukan untuk Panduan

Kelompok Inti IFE menyambut baik masukan dan pengalaman-pengalaman dalam pelaksanaan panduan ini. Hubungi: the IFE Core Group c/o UNICEF Programme Division, New York, USA: nutrition@UNICEF.org, atau c/o ENN, Oxford, UK: office@enonline.net. Cantumkan 'OG-IFE feedback' dalam subjek email.

OG-IFE dapat diunduh di www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017.

DAFTAR ISI

POIN-POIN KUNCI	4
LANGKAH-LANGKAH PRAKTIS (1-6)	6
1. Mendorong dan Menyusun Kebijakan	6
2. Melatih staf	7
3. Mengkoordinasikan operasi	8
4. Melakukan penilaian dan pemantauan	11
Umum 4.1 – 4.3	11
Data pra-krisis dan penilaian kebutuhan awal 4.4 – 4.10.....	11
Penilaian mendalam 4.11.....	13
Pemantauan 4.12 – 4.18	14
5. Melindungi, mendorong, dan mendukung pemberian makanan bayi dan anak yang optimal dengan intervensi terpadu lintas sektor	15
Umum 5.1 – 5.6	15
Dukungan menyusui 5.7-5.9	15
Bayi yang tidak disusui 5.10 – 5.19	16
Makanan Pendamping 5.20 – 5.28	18
Suplementasi zat gizi mikro 5.29	20
Kolaborasi lintas sektor 5.30 – 5.32	21
HIV dan pemberian makanan pada bayi 5.33-5.39	22
Wabah dan penyakit menular 5.40	23
6. Meminimalkan risiko pemberian makanan buatan	24
Donasi dalam situasi darurat 6.1 – 6.6	24
Manajemen pemberian makanan buatan 6.7 – 6.10	24
Penyediaan Pengganti ASI 6.11 – 6.14.....	25
Spesifikasi Pengganti ASI 6.15-6.17.....	25
Pengadaan Pengganti ASI, Perlengkapan makan, dan dukungan 6.18-6.23	26
Distribusi Pengganti ASI 6.24-6.27	27
7. KONTAK KUNCI	28
Kotak 1: Langkah-langkah persiapan situasi darurat	29
8. RUJUKAN	36
Umum 8.1.....	36
Kebijakan 8.2.....	38
Pelatihan 8.3	39
Koordinasi 8.4	35
Penilaian dan Pengawasan 8.5	40
Intervensi lintas Sektor 8.6	42
Pemberian Makanan Buatan 8.7	46
9. DEFINISI	48
Annex 1: Panduan per sektor/spesialisasi dan persiapan	54
Daftar Singkatan	55

POIN-POIN KUNCI

1. Dukungan pemberian makanan bagi bayi dan balita dalam kondisi darurat (*infant feeding emergency*, selanjutnya disebut IFE) yang memadai dan di saat yang tepat dapat menyelamatkan jiwa; melindungi nutrisi, kesehatan, dan perkembangan anak; serta memberikan manfaat bagi ibu.
2. Persiapan penanggulangan kondisi darurat memegang peranan untuk pelaksanaan IFE yang tepat waktu, efisien, dan memadai.
3. Ketentuan-ketentuan kunci mengenai IFE harus tercantum dalam kebijakan pemerintah, badan-badan, dan lintas sektor, serta harus menjadi panduan dalam penanggulangan kondisi darurat (Bagian 1)
4. Kepekaan dan pelatihan terkait IFE diperlukan di tiap tingkat dan lintas sektor (Bagian 2).
5. Kapasitas untuk mengkoordinasikan IFE harus diadakan dalam mekanisme koordinasi setiap penanggulangan kondisi darurat. Pemerintah menjadi otoritas yang memimpin koordinasi IFE. Dalam kondisi di mana hal tersebut tidak dapat terjadi, atau dalam kondisi yang memerlukan dukungan, koordinasi IFE menjadi mandat tanggung jawab UNICEF atau UNHCR tergantung konteksnya, dengan kolaborasi yang erat dengan pemerintah, badan-badan PBB lainnya, serta mitra pelaksana (Bagian 3).
6. Komunikasi yang tepat waktu, akurat, dan harmonis dengan populasi yang terkena dampak, penanggap darurat, dan media, sangat penting (Bagian 3)
7. Pemetaan kebutuhan dan analisis kritis harus memberikan informasi yang spesifik dalam konteks IFE (Bagian 4).
8. Tindakan cepat untuk menjamin pelaksanaan pemberian makanan bagi bayi dan anak (PMBA) dan untuk meminimalkan risiko sangat diperlukan pada tahap awal situasi bencana, dengan dukungan khusus diarahkan pada bayi dan anak dengan risiko tinggi (Bagian 5).
9. Pada setiap kondisi darurat, penting untuk dilakukan penilaian dan tindakan untuk melindungi dan mendukung kebutuhan gizi dan perawatan bagi bayi dan balita baik yang disusui maupun yang tidak disusui. Penentuan intervensi yang dibutuhkan juga perlu mempertimbangkan praktik yang sudah berlangsung, lingkungan penularan penyakit, kepekaan terhadap budaya setempat, dan kebutuhan serta kekhawatiran yang dinyatakan oleh para ibu serta pengasuh anak (Bagian 5)
10. Kolaborasi lintas sektor sangat penting dalam kondisi darurat untuk memfasilitasi dan melengkapi intervensi langsung PMBA (Bagian 5).
11. Dalam setiap kondisi darurat, sangat penting untuk menjamin akses pada makanan tambahan yang sesuai dan aman serta dukungan-dukungan lain yang dibutuhkan anak-anak serta menjamin kecukupan nutrisi bagi ibu hamil dan menyusui (Bagian 5).
12. Dalam kondisi darurat, penggunaan pengganti ASI membutuhkan dukungan dan perhatian dari pihak yang terlatih sesuai konteks untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan nutrisi anak-anak yang tidak disusui serta meminimalkan risiko untuk semua anak yang mungkin terjadi akibat pemberian Pengganti ASI yang tidak tepat (Bagian 5 dan 6).
13. Donasi dalam bentuk Pengganti ASI, makanan tambahan, dan peralatan untuk minum bayi sebaiknya tidak dicari atau diterima dalam kondisi darurat; kebutuhan tersebut harus dibeli sesuai dengan kebutuhan yang telah dipetakan. Jangan mengirimkan ASI donor dalam

kondisi darurat jika tidak berdasarkan pada kebutuhan yang telah teridentifikasi maupun sebagai bagian dari intervensi yang telah terkoordinasi dan terkelola. Pengganti ASI, produk susu lain, botol, dan empeng jangan menjadi bagian dari pemberian bantuan secara umum (Bagian 5 dan 6).

- 14.** Sangat penting untuk mengawasi dampak dari aksi kemanusiaan maupun dari ketiadaan aksi tersebut pada praktik Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak (PMBA), pada kesehatan dan gizi anak, dan untuk berkonsultasi dengan kelompok masyarakat yang terkena dampak kondisi darurat dalam perencanaan dan pelaksanaan, serta mendokumentasikan pengalaman-pengalaman tersebut sebagai masukan bagi persiapan dan penanggulangan kondisi darurat di masa depan (Bagian 4).

LANGKAH – LANGKAH PRAKTIS

1. Mendorong atau menyusun kebijakan

- 1.1** Pemerintah dan semua lembaga harus memiliki kebijakan yang terbaru yang secara memadai membahas elemen-elemen berikut dalam konteks situasi darurat: perlindungan, promosi dan dukungan untuk menyusui, manajemen pemberian makanan buatan, makanan pelengkap, kebutuhan nutrisi ibu hamil dan menyusui, memenuhi ketentuan Kode Internasional tentang Pemasaran Produk Pengganti ASI dan Resolusi World Health Assembly yang mengikutinya (selanjutnya disebut “Kode”)⁶, pencegahan dan manajemen donasi makanan pengganti ASI, dan pemberian makanan bayi dalam konteks kesehatan masyarakat dalam kondisi darurat serta kejadian luar biasa penyakit menular (lihat Bagian 9 Definisi untuk praktik PMBA yang direkomendasikan). Mungkin diperlukan pula ketentuan tambahan yang spesifik untuk konteks tertentu, seperti konteks untuk pengungsi atau *internally displaced persons* (IDP). Ketentuan-ketentuan tersebut bisa berdiri sendiri sebagai sebuah kebijakan dan/atau terintegrasi dalam kebijakan-kebijakan lain yang relevan. UNICEF dan WHO memegang tanggung jawab utama dalam mendukung persiapan kebijakan di tingkat nasional atau subnasional (lihat Kotak 1 untuk tindakan-tindakan persiapan)
- 1.2** Dalam respon awal, berkonsultasi dengan **rencana, kebijakan, dan prosedur persiapan penanggulangan kondisi darurat** dan harus sesuai dengan peraturan legal serta standar internasional yang relevan. Dalam kondisi darurat di mana tidak terdapat kebijakan yang memandu, atau di mana kebijakan tersebut tidak sesuai atau tidak memadai dengan konteks tertentu, pembaruan kebijakan yang cepat atau ‘*stop-gap*’ mungkin diperlukan dipimpin oleh otoritas yang mengkoordinasikan IFE dan dengan berkonsultasi dengan WHO, badan-badan PBB lainnya, serta kelompok teknis di tingkat nasional/regional/global (lihat 3.1; 3.3)
- 1.3** Memperbarui kebijakan yang tidak sesuai atau menyusun kebijakan yang dibutuhkan tetapi belum tersedia, bekerjasama secara erat dengan pemerintah dan berusaha memperkuat kebijakan yang relevan di tingkat nasional dan sub-nasional. Menyusun dan memperbarui kebijakan-kebijakan serta prosedur terkait dalam hal persiapan.
- 1.4** **Mendiseminasikan** kunci panduan kebijakan kepada semua pihak yang terkait dengan penanggulangan kondisi darurat yang relevan di semua sektor, termasuk kelompok media, sektor swasta, donor, pihak militer, serta kelompok relawan (lihat 3.7).
- 1.5** Pada situasi tertentu mungkin diperlukan pernyataan bersama lintas lembaga, yang dikeluarkan dan didukung pihak yang berwenang dan dapat digunakan untuk memberikan penekanan pada panduan yang relevan, memberikan panduan secara cepat pada konteks-konteks yang spesifik, serta menyelaraskan komunikasi. Penyusunan pernyataan bersama tersebut harus dipimpin oleh badan yang memimpin koordinasi IFE (lihat 3.1); UNICEF dan WHO memegang peranan penting untuk memunculkan dan mendukung perkembangan. Dalam persiapan penanggulangan kondisi darurat, perlu membangun draft pernyataan bersama dan mendapatkan persetujuan awal dari pihak berwajib. Contoh pernyataan bersama tersedia dalam daftar rujukan⁷.
- 1.6** “Kode” mengekspresikan kesepakatan kolektif pemerintah mengenai pemasaran Pengganti ASI dan menjabarkan kewajiban produsen dan distributor produk-produk yang tercantum dalam “Kode”, pekerja kesehatan, pemerintah nasional, dan organisasi pemerhati (lihat Bagian

⁶ Lihat 9 dan 10 dalam Referensi Bagian 8.2 Kebijakan – Kebijakan Global.

⁷ Lihat 13 dalam dalam Referensi Bagian 8.2 Kebijakan – Kebijakan Organisasi

9). “Kode” harus diterapkan di dalam peraturan nasional dalam persiapan penanggulangan kondisi darurat dan ditegakkan setiap saat, termasuk dalam respons terhadap kondisi darurat. Perlu menjamin bahwa peraturan yang telah ada sepenuhnya sesuai dengan “Kode”. Laporkan pelanggaran “Kode” (lihat 4.16 dan .1)

- 1.7** Laksanakan peraturan dan adopsi kebijakan sesuai dengan Petunjuk WHO tentang Pengakhiran Promosi Makanan Bayi dan Balita yang Tidak Sesuai⁸ (lihat 5.27). Dalam kesiapsiagaan penanggulangan kondisi darurat, kelompok masyarakat sipil dan pembuat kebijakan pemerintah harus menyusun kebijakan yang mengikat secara nasional mengenai keterlibatan pihak swasta dalam respons terhadap kondisi darurat untuk terciptanya kolaborasi yang konstruktif dan terhindarnya pengaruh yang tidak sesuai serta konflik kepentingan⁹.

2. Melatih Staf

- 2.1** Melatih **kepekaan** bagi petugas yang relevan di **lintas sektor** untuk mendukung IFE, termasuk pihak-pihak yang berhubungan langsung dengan ibu dan anak-anak yang terkena dampak, pihak-pihak yang berada dalam posisi sebagai pengambil keputusan, pihak-pihak yang kerjanya dapat mempengaruhi PMBA; pihak-pihak yang menangani penerimaan donasi; dan pihak-pihak yang memobilisasi sumber daya untuk penanggulangan kondisi darurat. Kelompok target untuk pelatihan kepekaan ini di antaranya meliputi aparat pemerintah, pemimpin di sektor atau kluster terkait, donor, petugas tanggap darurat, pengelola kamp, tim komunikasi, bagian logistik, media, relawan.
- 2.2** **Melatih** para staf tentang IFE untuk tahapan kesiapsiagaan penanggulangan dan dalam keadaan penanggulangan kondisi darurat sesuai kebutuhan. Kelompok staf yang menjadi target di antaranya termasuk staf pemerintah; relawan dan staf organisasi non pemerintah yang memberikan layanan kesehatan, gizi, dan dukungan di fasilitas kesehatan atau di masyarakat, dan staf garda depan di sektor-sektor lain.
- 2.3** Menyesuaikan dan mengutamakan **materi pelatihan** untuk mengatasi kebutuhan yang telah teridentifikasi, kebutuhan sesuai dengan budaya dan pengalaman pribadi dari para ibu dan staf; kesenjangan dalam hal kapasitas; peserta sasaran; dan ketersediaan waktu. Pada saat-saat tertentu mungkin diperlukan kapasitas spesialis untuk memberikan konseling kepada ibu dan bayi dengan kebutuhan yang lebih berat, seperti misalnya para ibu yang mengalami stres atau trauma, para ibu dan bayi kurang gizi, bayi dengan berat badan lahir rendah dan bayi dengan disabilitas dan mengalami kesulitan dalam pemberian makanan. Setidaknya para staf yang berhubungan langsung dengan ibu dan anak di bawah usia 2 tahun harus mendapatkan pelatihan untuk melatih kepekaan mereka terhadap isu psikososial, skrining kebutuhan nutrisi, dan kemampuan memberikan atau mengarahkan rujukan untuk mendapatkan dukungan dari spesialis¹⁰.
- 2.4** Melakukan sensitisasi dan pelatihan dalam masa **kesiapsiagaan**. Mengintegrasikan komponen IFE dalam kurikulum dan pelatihan yang telah ada dan berkolaborasi dengan institusi pelatihan atau akademik di tingkat nasional dan regional dalam hal pengembangan dan penyampaian materi pelatihan. Memasukkan konsep-konsep dasar tentang IFE dan “Kode” dalam pelatihan pra-pelayanan bagi tenaga kesehatan yang sesuai. Mengintegrasikan

⁸ Lihat 11 dan 12 dalam bagian Referensi 8.2 Kebijakan – Kebijakan Global

⁹ Lihat 7 dalam bagian Referensi 8.2 Kebijakan – Strategi Global dan Nasional.

¹⁰ Lihat Bagian Referensi 8.3 Pelatihan

pelajaran-pelajaran dari tindakan penanggulangan kondisi darurat sebelumnya ke dalam paket pelatihan. Mendokumentasikan pihak-pihak yang mendapatkan pelatihan dan cara untuk menghubungi mereka di saat terjadi kondisi darurat.

- 2.5** Mengidentifikasi dan menggunakan jaringan dan keahlian nasional yang telah tersedia, seperti konseling dan dukungan untuk menyusui. Sumber untuk kontak-kontak di tingkat nasional meliputi: Kementerian Kesehatan; kantor UNICEF dan WHO di negara setempat; World Alliance for Breastfeeding Action (WABA)⁶; La Leche League^f, dan kelompok yang memberikan dukungan menyusui dari ibu ke ibu lainnya; International Lactation Consultant Association (ILCA)⁹ dan afliasinya di tingkat nasional; serta jaringan International Baby Food Action Network (IBFAN)^h di tingkat nasional (lihat Bagian 7 untuk kontak).

3 Mengkoordinasikan Operasi

- 3.1** Pemerintah merupakan **otoritas yang memimpin koordinasi IFE**. Dalam kondisi di mana hal tersebut tidak memungkinkan atau di mana dibutuhkan dukungan, di antara badan PBB dan sesuai dengan mandatnya, koordinasi IFE dipegang oleh UNICEF atau UNHCR dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
- Otoritas UNICEF untuk melakukan koordinasi adalah sebagai badan pemimpin kluster di dalam Inter Agency Standing Committee (IASC) yang melakukan bantuan kemanusiaan di mana kluster negara diaktifkan, atau sebagai badan PBB dengan mandat dalam hal pemberian makanan bagi bayi dan balita di dalam situasi kemanusiaan¹¹;
 - Dalam respons menyangkut IDP (internally displaced persons), UNICEF bertanggung jawab dalam koordinasi IFE¹²;
 - Dalam respons menyangkut pengungsi, UNHCR merupakan badan PBB yang bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan IFE;
 - Dalam semua kondisi, UNICEF dan UNHCR akan memaksimalkan sinergi dalam hal kapasitas manajemen dan teknis, ketersediaan sumber daya, dan kapasitas untuk melakukan respons.

WFP bertanggungjawab untuk memobilisasi pemberian bantuan pangan dalam kondisi darurat dengan cara-cara yang sesuai dengan ketentuan OG-IFE. WHO bertanggungjawab untuk memberikan dukungan pada negara-negara anggota untuk persiapan, penanggulangan, dan pemulihan kondisi darurat yang berimplikasi pada kesehatan masyarakat.

- 3.2** Memastikan adanya kapasitas untuk mengkoordinasikan IFE dalam **mekanisme koordinasi** pada kondisi penanggulangan kondisi darurat. Melakukan penilaian dan mendukung pengembangan kapasitas pemerintah untuk melakukan koordinasi sebagaimana dibutuhkan. Memastikan atau mengklarifikasi koordinasi tanggung jawab dan peran pada masa persiapan dan penanggulangan awal kondisi darurat. Kantor UNICEF di setiap negara memiliki tanggung jawab kunci untuk mempersiapkan kebutuhan koordinasi dalam kondisi darurat dan jika diperlukan untuk **mendukung kapasitas pemerintah** dan pengembangan keahlian yang dibutuhkan dalam hal ini.

- 3.3** Pihak otoritas yang mengkoordinasikan IFE harus secara langsung mengkoordinasikan respons IFE atau **menjamin adanya mekanisme dan kapasitas koordinasi** yang memadai¹³.

¹¹ Lihat Bagian Referensi 8.3 tentang Pelatihan

¹² Lihat 14 dalam Bagian Referensi 8.2 Kebijakan – Kebijakan Organisasi

¹³ Lihat Bagian Referensi 8.4 Koordinasi – Perencanaan dan Koordinasi Bantuan Kemanusiaan

Hal ini mencakup perekrutan atau penambahan staf atau kolaborasi/kemitraan dengan badan lain. Mengidentifikasi atau membentuk mekanisme atau kelompok kerja untuk mendapatkan dukungan teknis di tingkat nasional/regional/global. Dalam situasi di mana telah teridentifikasi badan yang melakukan koordinasi, otoritas IFE untuk melakukan koordinasi masih bertanggung jawab untuk menjamin pelaksanaan IFE yang memadai, sesuai kebutuhan, dan tepat waktu.

3.4 Level dari koordinasi, termasuk apakah dibutuhkan koordinator IFE secara khusus, akan tergantung pada **konteks**. Sejauh memungkinkan, berikan dukungan kepada pemerintah untuk memenuhi tanggung jawab mereka untuk mengkoordinasikan IFE dan bekerjasama dengan struktur dan mekanisme yang telah ada di tingkat nasional. Identifikasikan atau cari pihak atau mekanisme koordinasi sektor yang paling relevan untuk mengkoordinasikan IFE, seperti misalnya sektor-sektor gizi, pangan, dan ketahanan pangan.

3.5 Mekanisme koordinasi harus memberikan arahan teknis yang spesifik sesuai konteks tentang IFE kepada semua responder; mengidentifikasi isu-isu kerentanan yang penting dan kesenjangan dalam hal respons dan tindakan untuk memastikan hal ini segera diatasi.

Tanggung jawab otoritas koordinasi IFE (dengan kerjasama yang erat dengan mitra pemerintah, sector, atau klaster) meliputi:

- i. Melakukan analisis kontekstual dari data dasar yang tersedia sebagai bahan informasi cepat bagi pengambilan tindakan;
- ii. Menjamin bahwa IFE dimasukkan di dalam pemetaan kebutuhan awal/lintas sektor/cepat; memberikan pertimbangan dalam hal penggunaan indikator dan standar yang spesifik sesuai konteks; memberikan analisis situasional IFE; dan memastikan kebutuhan serta mengarahkan pemetaan kebutuhan lanjutan (lihat Bagian 4);
- iii. Menjamin bahwa intervensi IFE akan masuk secara akurat di dalam pengumuman kebutuhan pendanaan untuk situasi darurat;
- iv. Menilai kecukupan dari arahan kebijakan yang telah tersedia dan jika dibutuhkan memberikan arahan kebijakan;
- v. Mengembangkan dan mengawasi pelaksanaan strategi komunikasi (lihat Bagian 3.7);
- vi. Mengembangkan rencana aksi yang spesifik sesuai konteks berdasarkan rencana persiapan jika ada (lihat 1.1.) dan berkolaborasi dengan pihak lain (lihat 5.6, 5.30-5.32, Annex 1).
- vii. Memastikan dan secara aktif mencari sumber daya dan kapasitas mitra yang dibutuhkan untuk mendukung pelaksanaan rencana aksi.
- viii. Mengkoordinasikan dukungan menyusui dan intervensi pemberian makanan tambahan (lihat 5).
- ix. Mengkoordinasikan manajemen pemberian makanan buatan jika dibutuhkan (lihat 6.7-6.10).
- x. Melakukan mitigasi dan manajemen risiko yang terkait dengan respons kemanusiaan, termasuk tindakan pencegahan dan manajemen donasi Pengganti ASI, produk susu, makanan tambahan, donor ASI, dan perlengkapan pemberian makanan (lihat 6.1-6.6)
- xi. Menyediakan panduan yang diadaptasi pada kondisi di mana respons terhadap program IFE tidak berjalan seperti yang seharusnya (lihat 3.8).
- xii. Waspada, hindari, dan kelola konflik kepentingan, seperti pada saat melakukan kerjasama dengan pihak swasta dan pada saat mendapatkan pendanaan untuk intervensi IFE (lihat 1.7). Membangun panduan antara sesuai kebutuhan untuk menjamin langkah-langkah pencegahan yang memadai.
- xiii. Memonitor berbagai upaya respons IFE (lihat 4.12-3.18).

- 3.6** Berkoordinasi dengan sektor lain untuk mengidentifikasi kemungkinan untuk **kolaborasi multi sektor**¹⁴ dalam hal pemetaan kebutuhan dan pemrograman serta untuk memberikan masukan bagi kebijakan sektoral, rencana tindakan, dan manajemen resiko terkait IFE. Berpartisipasi dalam berbagai pertemuan di sektor-sektor yang relevan atau koordinasi lintas sektor. Melakukan identifikasi dan hubungan dengan pihak-pihak yang terlepas dari struktur koordinasi utama, seperti misalnya aparat militer, kelompok relawan, dan kelompok masyarakat sipil.
- 3.7** Memastikan komunikasi yang terkoordinasi, tepat waktu, akurat, dan harmonis kepada pihak yang terkena dampak, responder, dan media. **Strategi komunikasi** harus menyediakan kerangka kerja¹⁵ disertai rencana implementasinya. Pertimbangan kunci dalam strategi komunikasi meliputi diseminasi panduan kebijakan, pesan-pesan kepada kelompok yang terkena dampak tentang bantuan yang tersedia dan tentang praktik PMBA, pesan-pesan yang disesuaikan untuk kelompok sasaran dalam penanggulangan kondisi darurat (misalnya pihak militer, kelompok relawan, dan kelompok masyarakat sipil), rilis media, monitor liputan media, dan pesan yang telah disesuaikan untuk media yang berbeda (misalnya radio, telepon seluler, media sosial). Panduan media mengenai IFE tersedia di Bagian 8¹⁶.
- 3.8** Pada sejumlah kondisi kondisi darurat, terdapat kemungkinan bahwa tidak semua ketentuan OG-IFE dapat dipenuhi secara singkat, seperti misalnya dalam kondisi di mana akses terhadap masyarakat yang terkena dampak sangat terbatas atau hampir tidak ada, atau pada kondisi di mana kapasitas untuk menyalurkan dukungan sangat terbatas. Dalam kondisi tersebut, sangat diperlukan analisis kritis yang dilakukan oleh otoritas koordinasi IFE, pemerintah, WHO, dan jika dibutuhkan, UNHCR (lihat 3.1) untuk menyediakan panduan yang sesuai dengan konteks spesifik tersebut dalam hal **tindakan yang tepat** dan **kompromi-kompromi penyesuaian yang dapat diterima**. Adaptasi program tersebut mungkin tidak memenuhi standar rekomendasi OG-IFE dan harus bersifat sementara saja. Kebutuhan yang tidak terpenuhi dan risiko yang muncul akibat kompromi tersebut harus digunakan sebagai bahan informasi untuk melakukan tindakan advokasi yang proaktif bagi akses bantuan kemanusiaan, sumber daya, dan kapasitas. Proses pengambilan keputusan harus tercatat dan pembelajaran dari proses tersebut harus terdokumentasikan dan terbagi.
- 3.9** Otoritas koordinasi IFE bertanggung jawab dalam hal **pelaksanaan standar internasional dan nasional** yang relevan dan standar capaian, termasuk ketentuan yang tercantum dalam OG-IFE ini, Standard Sphere, dan "Kode". Hal-hal yang tidak terpenuhi dari panduan ini harus diselesaikan (lihat 1.2 – 1.3).
- 3.10** Kesenjangan dalam hal kapasitas koordinasi IFE dalam respons kondisi darurat harus dilaporkan pada kantor negara/regional UNICEF atau UNHCR dan ke kantor pusat jika diperlukan (lihat 7).

¹⁴ Lihat Bagian Referensi 8.6 Intervensi Multi Sektor – Integrasi

¹⁵ Lihat Bagian Referensi 8.4 Koordinasi – komunikasi dan Advokasi

¹⁶ Lihat Bagian Referensi 8.4 Koordinasi – Komunikasi dan Advokasi, Panduan Media tentang IYCF-E. IFE Core Group, 2007.

4 Penilaian dan Pemantauan

Umum

- 4.1** Lakukan penilaian terhadap **kebutuhan dan prioritas** untuk respons IFE dan pantau dampak dari intervensi aksi kemanusiaan maupun ketiadaan aksi kemanusiaan. Prioritaskan penilaian tersebut terhadap kebutuhan akut dan kesulitan yang mengakibatkan kelompok anak-anak terpapar risiko yang lebih besar. Kumpulkan data kuantitatif dan kualitatif dalam hal kesiapsiagaan, penilaian kebutuhan awal, dan survei yang representatif. Lakukan investasi dalam hal pengumpulan informasi yang dapat dipercaya, akurat, sistematis, dan terkoordinasi. Lakukan triangulasi (pengecekan ulang) kepada berbagai sumber informasi. Level dan jenis penilaian IFE yang mungkin dilakukan dalam kondisi darurat tertentu akan tergantung dari sejumlah faktor, termasuk akses terhadap masyarakat yang terkena dampak, kapasitas, tipe kondisi darurat (misalnya kondisi darurat akut atau kronis), dan sumber daya.
- 4.2** Eksplorasi **berbagai peluang** untuk memasukkan pertanyaan-pertanyaan terkait PMBA di dalam penilaian kebutuhan awal di sektor lain dan gunakan data **multi sektor** yang relevan, seperti misalnya informasi tentang kondisi air, sanitasi, dan hygiene (WASH) dan laporan-laporan kesehatan. Dalam tim penilaian multi sektor, pastikan bahwa setidaknya satu orang anggota telah mendapatkan orientasi dasar tentang IFE. Untuk perencanaan dan analisis penilaian kebutuhan, libatkan personel yang berpengalaman dalam isu PMBA, idealnya dari IFE. Pada kondisi dimana **kapasitas** tersebut terbatas, temukan dukungan spesialis dari tingkat regional dan/atau global (lihat 7). Konsultasikan dengan spesialis sektoral untuk mendukung analisis data multisektor jika dibutuhkan.
- 4.3** Pilih data untuk anak di bawah dua tahun berdasarkan gender dan umur sebagai berikut: 0-5 bulank, 6-11 bulan, 12-23 bulan, dan proporsi ibu hamil dan menyusui (PLW). Berdasarkan konteks, pilih informasi kunci berdasarkan etnisitas, lokasi, atau lainnya untuk menjamin analisis yang adil.

Data pra-krisis dan penilaian kebutuhan awal

- 4.4** Gunakan informasi background pra-krisis (data sekunder) untuk mengembangkan profil situasi PMBA sebagai informasi pengambilan keputusan awal dan tindakan cepat. Gabungkan informasi kunci dalam masa kesiapsiagaan, atau jika dibutuhkan, dalam tindakan cepat.
- 4.5** Sumber informasi pra-krisis meliputi pemerintah, NGO dan program PBB di negara yang bersangkutan, Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS)^m dan Demographic Health Survey (DHS)ⁿ, survei di tingkat sub-nasional, institusi-institusi pemerintah pusat (kementerian, kantor lokal untuk persiapan penanggulangan kondisi darurat, otoritas yang bertanggung jawab untuk standar obat dan makanan); penelitian Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP), profil negara yang bersangkutan tentang World Breastfeeding Trend Initiatives (WBTi)^o; database WHO dan UNICEF^p, Nutrition Landscape Information System^q, evaluasi paska kondisi darurat^r, permohonan bantuan sebelumnya dan Humanitarian Response Plan (HRP). Informasi berkaitan dengan nutrisi dapat juga diperoleh melalui penilaian terpadu nutrisi dan ketahanan pangan, seperti misalnya Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA), Comprehensive Food Security Vulnerability Analysis (CFSVA), dan Food Security and Nutrition Monitoring System (FSNMS).
- 4.6** Informasi kunci yang harus dipertimbangkan meliputi:

4.6.1 Data Kontekstual¹⁷:

- i. Lingkungan kebijakan, meliputi panduan nasional yang relevan dan rencana persiapan¹, status legal dari “Kode” di negara yang bersangkutan, kebijakan dan protokol yang berkaitan dengan HIV dan pemberian makanan pada bayi serta kejadian darurat yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat/kejadian luar biasa penyakit menular lainnya (lihat 5.33-5.40), peraturan di tingkat nasional terkait pangan dan obat-obatan yang mungkin berpengaruh dalam pembelian bahan-bahan tersebut.
- ii. Status gizi anak pada kondisi pra-darurat, meliputi prevalensi malnutrisi akut, stunting dan anemia, status gizi maternal, termasuk prevalensi anemia.
- iii. Keamanan dan kesulitan dalam hal akses, seperti misalnya di daerah-daerah terkena konflik.
- iv. Perkiraan jumlah kasus anak di bawah dua tahun (dipilah, lihat 4.3) dan ibu hamil serta menyusui.
- v. Prevalensi laporan mengenai bayi, balita, dan ibu dengan risiko tinggi (lihat 5.4).
- vi. Ketahanan pangan di tingkat rumah tangga, termasuk akses terhadap makanan tambahan yang tepat (lihat 5.23).
- vii. Lingkungan air, sanitasi, dan hygiene (WASH), termasuk akses terhadap air yang aman dan sanitasi, serta norma sosial terkait dengan hygiene.
- viii. Lingkungan kesehatan, termasuk dukungan yang ditawarkan oleh layanan saat hamil, saat persalinan (delivery), dan pasca persalinan; profil umur dan morbiditas pada program perawatan malnutrisi akut, angka morbiditas penyakit menular, angka kematian kasar (CMR), angka kematian bayi (IMR), dan angka kematian balita (U5MR), cakupan pengobatan antiretroviral (ART), dan dukungan yang tersedia melalui layanan sosial dan mekanisme jaminan sosial.
- ix. Kapasitas dan ketersediaan penyedia dukungan potensial, misalnya ibu menyusui, pekerja kesehatan yang terlatih, konselor yang terlatih, ibu yang berpengalaman dari komunitas yang bersangkutan, jaringan pekerja penjangkau komunitas (community outreach worker networks), dan penerjemah.

4.6.2. Data PMBA

Praktek pemberian makanan pada saat pra-krisis, meliputi prevalensi: inisiasi menyusui dini, pemberian ASI eksklusif pada bayi usia di bawah 6 bulan, menyusui sampai usia satu tahun dan 2 tahun, diet minimum yang dapat diterima, penggunaan botol (pada usia berapapun), penggunaan Pengganti ASI termasuk formula untuk bayi berdasarkan kelompok umur¹⁷.

- i. **Pengetahuan dan perilaku** masyarakat mengenai PMBA.
- ii. Prevalensi praktek **pemberian makanan tambahan**, pemberian makanan tambahan yang paling umum digunakan serta sumbernya.
- iii. Penerimaan dan kemungkinan dari **relaktasi, ibu susu**, penggunaan donor ASI, dan ketersediaan bank ASI (lihat 5.11-5.14).
- iv. Persepsi masyarakat lokal tentang **disabilitas** anak dan keterkaitannya dengan praktik pemberian makanan dan perawatan. Laporan dan pengamatan terhadap anak dan pengasuh penyandang disabilitas dan isu-isu terkait dengan pemberian pangan dan pengasuhan.
- v. **Laporan tentang kesulitan pemberian makanan** atau permintaan untuk bantuan pemberian makanan (termasuk permintaan BMS) dari ibu, komunitas, dan/atau seperti dilaporkan media.

¹⁷ Lihat Bagian Referensi 8.5 Penilaian dan Monitoring

vi. Permintaan atau laporan **mengenai distribusi atau donasi** BMS, makanan tambahan, atau alat bantu pemberian makanan yang tidak ditargetkan.

- 4.7** Lakukan penilaian kebutuhan awal (cepat)¹⁸ sebagai bahan informasi **keputusan strategis** (termasuk di dalamnya sasaran populasi, geografis, tipe masalah, skala masalah, jumlah orang yang terkena dampak, indikasi untuk penilaian lanjutan) dan keputusan operasional (misalnya anggaran, perlengkapan, kebutuhan ketrampilan dan staf) untuk melakukan respons terhadap kondisi darurat. Sejauh memungkinkan, sambungkan atau integrasikan dengan penilaian kebutuhan multi-sektor. Diperlukan analisis kritis terhadap data kualitatif dan kuantitatif untuk menentukan intervensi yang tepat.
- 4.8** Jika survei yang representatif tidak memungkinkan, gunakan cara-cara alternatif dan **memanfaatkan peluang** yang ada untuk mengumpulkan data yang relevan tentang kondisi terkini. Pengumpulan data dapat dilakukan melalui metode diskusi kelompok terfokus (FGD), wawancara individu, *transect walk*, dan kunjungan pasar. Pengumpulan data ini dilakukan pada tingkat rumah tangga atau komunitas, termasuk di tempat-tempat di mana komunitas berkumpul, seperti pada pusat-pusat pendataan, pembagian makanan, dan pusat kesehatan. Pada populasi transit, lakukan skrining secara cepat untuk menemukan ibu hamil dan menyusui, terutama ibu dengan anak bayi. Pertimbangkan kelemahan metodologis dari analisis yang dilakukan.
- 4.9** Kumpulkan informasi tentang berbagai kelompok yang berbeda (berdasarkan geografis, etnisitas, dan sebagainya) sejauh memungkinkan. Gunakan **indikator standar**¹⁹ dan kembangkan **indikator spesifik untuk konteks** yang dihadapi sesuai kebutuhan, dengan berkonsultasi kepada otoritas koordinasi IFE. Sumber informasi tambahan meliputi laporan bantuan kemanusiaan, laporan penilaian kebutuhan sektor, laporan media, permohonan bantuan pendanaan, dan media sosial.
- 4.10** **Tanda-tanda peringatan dalam penilaian kebutuhan awal** yang memerlukan penyelidikan lebih lanjut meliputi: peningkatan angka kematian kasar, angka kematian bayi bayi, dan/ atau balita (CMR/IMR/U5MR), laporan tentang kematian bayi atau ibu melahirkan, prevalensi malnutrisi akut global lebih dari 5%, praktik pemberian makanan buatan dalam pra-kondisi darurat, rendahnya prevalensi ASI eksklusif (<50%), laporan tentang ibu yang mengalami kesulitan menyusui, rendahnya prevalensi menyusui pada usia satu tahun (<70%), laporan tentang bayi di bawah usia enam bulan yang tidak disusui, permintaan formula untuk bayi, rendahnya ketersediaan makanan pelengkap yang memadai, keberadaan bayi di bawah umur enam bulan dengan malnutrisi akut, keberadaan bayi yatim piatu, laporan tentang adanya donasi Pengganti ASI atau adanya distribusi Pengganti ASI secara bebas²⁰.

Penilaian Mendalam

- 4.11** Pada kondisi dibutuhkan dan dimungkinkannya penilaian yang lebih mendalam, lakukan **survei yang representatif** (yaitu secara acak, *sample sistematis/systematic sampling*, atau *sampling klaster/clustered sampling*)²⁰. Survei ini bisa berdiri sendiri sebagai survei PMBA atau terintegrasi dengan survei lain, seperti misalnya dalam survei kesehatan reproduksi atau survei antropometri. Integrasi dengan survei lain akan mempengaruhi jumlah sampel, kelompok umur dari sample, dan banyaknya kuesioner. Gunakan indikator standar (lihat 4.9).

¹⁸ Lihat Bagian Referensi 8.5 Penilaian dan Monitoring – Pengumpulan Data (Penilaian)

¹⁹ Lihat Bagian Referensi 8.5 Penilaian dan Pengawasan – Indikator

²⁰ Lihat Bagian Referensi 8.5 Penilaian dan Pengawasan – Penilaian Mendalam

Tentukan umur secara akurat²¹. Lakukan pula penilaian terhadap pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap PMBA.

Pemantauan

- 4.12** Strategi intervensi harus meliputi tujuan, populasi yang menjadi target, serta keluaran dan hasil akhir yang diharapkan. Sertakan juga **indikator proses atau keluaran** untuk mengukur kualitas, kuantitas, cakupan, dan penggunaan program serta layanan; tambahkan juga **indikator hasil akhir** untuk menjelaskan efek intervensi tersebut. Susun definisi (yang diperlukan) sebagai acuan pembandingan untuk menentukan kemajuan dan pencapaian dari intervensi berdasarkan tiap batasan waktu tertentu.
- 4.13** Gunakan indikator kuantitatif dan kualitatif untuk memastikan dampak dari perubahan perilaku; perubahan perilaku tersebut sangat mungkin terkait dengan pemrograman dalam jangka waktu yang lebih panjang pada konteks kedaruratan menahun. Nilai juga **cakupan** geografis atau populasi yang terlayani dengan menggunakan metode penilaian cakupan yang memadai. Gunakan survei berkala untuk menentukan dampak. Penilaian (atau misalnya, bagian dari penilaian yang mendasari) dapat diulang sebagai bagian dari pemantauan.
- 4.14** Pantau aktivitas dan intervensi IFE (Pemberian makan bayi dan anak pada kondisi Kedaruratan) melalui **indikator baku**²² yang disusun dalam bentuk sistem pemantauan, evaluasi, akuntabilitas, dan pembelajaran yang muncul. Selaraskan penggunaan indikator yang dipakai antar rekanan yang melaksanakan kegiatan dan dalam survei. Kelompokkan data menurut umur, jenis kelamin, kelompok rentan, dan indikator penyetara lain sesuai dengan konteksnya (lihat poin 4.3)
- 4.15** Pantau respons IFE terhadap **indikator global** dalam skala yang lebih luas, misalnya Standar Sphere. Masukkan juga evaluasi PMBA sebagai respon kemanusiaan
- 4.16** Pantau **Pelanggaran Kode** (etik pemasaran formula) dan laporkan pada lembaga berwenang di tingkat nasional, otoritas koordinasi IFE, dan pengawas internasional²³ (lihat poin 7.1 untuk daftar kontak dan format pelaporan). Dukung pemerintah untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur untuk memantau dan mengambil tindakan atas pelanggaran Kode; kantor WHO dan UNICEF di tiap negara memiliki tanggung jawab kunci dalam hal ini. Pelanggaran kode yang sering ditemui dalam kondisi kedaruratan adalah pelabelan formula bayi, pengelolaan persediaan, dan donasi (lihat bagian 6.1; 6.15; 6.25; dan 6.26)
- 4.17** Pastikan **kesetaraan gender**²³ dan **kesetaraan** lainnya selalu terintegrasi dalam program pencegahan bencana, respon kemanusiaan, serta program pemulihan.
- 4.18** Gunakan **pendekatan partisipatif** untuk menghubungkan kelompok populasi yang menjadi target. Pendekatan ini meliputi perencanaan dan perancangan program, sesi pemberian umpan balik, dan penyebarluasan hasil temuan²⁴. Mekanisme penyampaian keluhan secara tertutup terkait aktivitas dan intervensi pemberian makan bayi dan anak harus disediakan. Pelajari dan sesuaikan program atau kegiatan ketika diperlukan. Dokumentasikan pengalaman yang ada untuk dibagikan ke lebih banyak pihak²⁵.

²¹ Lihat Bagian Referensi 8.5 Penilaian dan Pengawasan

²² Lihat Bagian Referensi 8.5 Penilaian dan Pemantauan - Indikator

²³ Lihat Bagian Referensi 8.6 Intervensi Multisektor - Gender

²⁴ Lihat Bagian Referensi 8.5 Penilaian dan Pemantauan - Partisipasi

²⁵ Lihat Bagian Referensi 8.5 Penilaian dan Pemantauan - Pembelajaran

5 Lindungi, Promosikan, dan Dukung Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak yang Optimal dengan intervensi multisektor yang terintegrasi

Umum

- 5.1** Pada skala nasional, **UNICEF** memiliki tanggung jawab kunci untuk mendefinisikan, mengadvokasi, serta menyediakan panduan atas intervensi PMBA esensial yang berhubungan erat dengan pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya²⁶. Tanggung jawab ini meluas hingga tahap memastikan kesiapan dan (proses) pemulihan, menggunakan serta membangun kapasitas, jejaring, kebijakan, dan sistem yang ada saat ini; serta memerlukan keterkaitan multi sektor. Sedangkan dalam hubungan dengan pengungsi, **UNHCR** yang memegang peranan ini (lihat poin 3.1). **WFP** memiliki tanggung jawab untuk memastikan gizi bayi, anak, serta wanita hamil dan menyusui ikut dipertimbangkan dalam respon pemberian bantuan pangan; serta bahwa data yang diperlukan dikumpulkan sebagai sumber informasi program lain yang terkait.
- 5.2** **Kelompokkan** data program terkait Balita berdasarkan **jenis kelamin dan umur** dalam kelompok berikut: 0-5 bulan; 6-11 bulan, 12-23 bulan; dan 24-59 bulan. Masih dalam satu konteks informasi, kelompokkan informasi kunci berdasarkan suku, lokasi, dan lainnya untuk mendapatkan analisis kesetaraan.
- 5.3** Lakukan langkah untuk memastikan bahwa **kebutuhan gizi** populasi secara umum sudah terpenuhi, beri perhatian khusus pada keterjangkauan atas makanan pendamping yang sesuai untuk anak²⁷ dan kecukupan nutrisi untuk ibu hamil dan menyusui²⁸.
- 5.4** Ciptakan layanan dukungan pemberian makan bayi dan anak yang terjangkau bagi bayi, anak kecil dan ibu **risiko tinggi**, misalnya anak yatim piatu, anak yang terpisah dari orang tuanya, bayi yang tidak disusui, anak dengan keterbatasan yang mempengaruhi proses pemberian makan atau anak yang pengasuhnya tidak mampu lagi mengasuh²⁹; ibu yang berada dalam tahanan; anak yang ibunya menderita sakit; ibu dalam masa remaja; bayi prematur; bayi berat badan lahir rendah; serta anak dan/atau ibu yang kurang nutrisi akut.
- 5.5** Mendorong ibu atau pengasuh untuk datang ke sarana pelayanan kesehatan ketika anak mereka sakit atau jika mereka sendiri memiliki masalah kesehatan atau masalah terkait pemberian makan. Pastikan anak **yang sakit atau malnutrisi** menerima dukungan gizi dan tindak lanjut.
- 5.6** Berkolaborasi secara **lintas sektor** untuk mengoptimalkan sinergi dan kesempatan untuk mendukung praktik PMBA sesuai rekomendasi dan untuk meminimalkan risiko³⁰.

Dukungan Menyusui

- 5.7** Lindungi, promosikan, dan dukung **inisiasi menyusui eksklusif dini** pada semua **bayi baru lahir**. Integrasikan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui dari Inisiatif Rumah Sakit

²⁶ Lihat 14 pada Bagian 8.2 Kebijakan - Kebijakan Organisasional

²⁷ Lihat Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Makanan Pendamping

²⁸ Lihat Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Gizi Ibu

²⁹ Lihat Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Disabilitas

³⁰ Lihat Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Integrasi

Sayang Bayi WHO/UNICEF dalam layanan persalinan³¹. Intervensi kunci bagi kesehatan bayi baru lahir³² meliputi kontak kulit ke kulit, Perawatan metode kangguru^{aa}, rawat gabung (menjaga ibu dan bayi tetap bersama, serta menunda pemotongan tali pusat^{bb}. Batasi penggunaan Suplementasi Pengganti ASI hanya untuk alasan medis³³. Arahkan dukungan bagi ibu yang melahirkan bayi prematur^{cc} serta BBLR³⁴, ibu usia remaja serta ibu dari anak pertama. “Pastikan akses kepada layanan HIV secara layak, termasuk dukungan nutrisi ketika diperlukan (lihat poin 5.33-5.39). Pastikan pencatatan administrasi bayi baru lahir dalam dua minggu sejak kelahiran, serta berkoordinasilah dengan sektor lain (seperti kesehatan, ketahanan pangan, dan jaminan sosial) untuk mempermudah akses ke layanan pendukung. Gunakan serta bangun keahlian pada tenaga yang sudah ada (misal pendamping persalinan tradisional, bidan, dan teman sebaya) agar dapat menyediakan dukungan keterampilan menyusui³⁵.

- 5.8** Lindungi, Tingkatkan dan Dukung **Kegiatan Menyusui Eksklusif** bagi bayi kurang dari 6 bulan dan **mempertahankan menyusui** pada anak usia 6 bulan hingga dua tahun atau lebih. Rancang intervensi yang peka secara budaya dan dapat meminimalkan risiko keberadaan praktik di luar rekomendasi pemberian makan bayi dan anak. Pada kondisi di mana pemberian makanan campuran dilakukan pada anak di bawah usia 6 bulan, secara peka dukunglah juga ibu menyusui untuk beralih ke menyusui eksklusif (lihat poin 5.33-5.36 untuk menyusui dalam konteks HIV).
- 5.9** Penggunaan alat pelengkap dalam pemberian ASI serta pompa ASI hanya dipertimbangkan ketika penggunaannya benar benar vital dan bisa dibersihkan secara memadai, misalnya pada sarana pelayanan kesehatan³⁶.

Bayi yang tidak disusui

- 5.10** Pada segala macam kondisi kedaruratan, terlibatlah dalam perlindungan dan dukungan bagi bayi dan anak yang tidak disusui agar **dapat memenuhi kebutuhan gizi dan meminimalkan risiko**. Konsekuensi dari tidak disusui dipengaruhi oleh usia bayi (usia paling muda adalah yang paling rentan); lingkungan dengan penyakit menular, jangkauan terhadap jaminan persediaan Pengganti ASI, bahan bakar serta peralatan masak atau pemberian makan serta kondisi kebersihan air dan sanitasi.
- 5.11** Pada kondisi di mana bayi tidak disusui oleh ibunya, segeralah cari tahu, dalam urutan prioritas, kemungkinan untuk relaktasi, ibu susu dan donor ASI, sesuai dengan konteks budaya yang berlaku, penerimaan ibu dan layanan yang ada. Ketika beberapa pilihan ini tidak dapat diterima oleh ibu atau pengasuh, atau tidak memungkinkan untuk dilaksanakan, adakan akses untuk keterjaminan persediaan Pengganti ASI yang sesuai, disertai dengan paket dukungan yang diperlukan (lihat poin 6).
- 5.12** Seorang ibu yang tidak menyusui, namun berharap **untuk dapat menyusui kembali** akan memerlukan dukungan keterampilan menyusui hingga kegiatan menyusui kembali mantap dilakukan³⁷. Keberhasilan akan bergantung pada kesehatan dan motivasi ibu; usia bayi; lama

³¹ Lihat 182 pada Bagian 8.6 Intervensi Multisektor

³² Lihat 185 pada Bagian 8.6 Intervensi Multisektor

³³ Lihat 109 pada Bagian 8.6 Intervensi Multisektor

³⁴ Lihat 112 pada Bagian 8.6 Intervensi Multisektor

³⁵ Lihat Bagian Referensi 8.3 Pelatihan – Konseling

³⁶ Lihat 107 pada Bagian Referensi 8.6 Intervensi Multisektor – Menyusui

³⁷ Lihat 108 pada Referensi Bagian 8.6 – Intervensi Multisektor – Menyusui

waktu si ibu berhenti menyusui; dan keterjangkauannya terhadap dukungan profesional berkelanjutan. Bayi berusia kurang dari 6 bulan akan mendapat manfaat terbesar.

- 5.13** Selidiki di awal sebagai bagian penilaian pendahuluan tentang penerimaan budaya terhadap **ibu susu** serta ketersediaan ibu susu. Ibu susu dan relaktasi dapat berjalan bersamaan, yaitu ibu susu menyediakan suplementasi susu hingga si ibu dapat menghasilkan susu yang mencukupi. Prioritaskan ibu susu untuk bayi dengan usia termuda (lihat 5.33-5.39 untuk pertimbangan HIV)
- 5.14** Sampai saat ini hanya terdapat sedikit pengalaman terkait penggunaan donor ASI baik secara formal maupun informal dalam kondisi kedaruratan. Donor ASI sepertinya merupakan pilihan yang lebih memungkinkan jika ada bank ASI pada wilayah yang terdampak kedaruratan, yang terintegrasi dengan program pemberian makan bayi dan anak yang lebih luas³⁸, dan ketika kondisi kunci telah dapat terpenuhi³⁹. Dalam keadaan tersedia donor ASI, kemungkinan dalam jumlah terbatas, maka bayi yang rentan (misal BBLR, prematur, dan bayi baru lahir yang sakit) harus diprioritaskan lebih dulu³⁸. Pengasuh bayi yang menerima donor ASI perlu diberi konseling dan dukungan untuk menjamin kelayakan dan penggunaan secara aman (lihat poin 6.3 tentang donasi pada masa kedaruratan)
- 5.15** **Formula bayi** adalah **pengganti ASI yang sesuai untuk bayi dengan usia kurang dari 6 bulan**³⁹ (lihat poin 6.15 untuk spesifikasi). Susu lain dapat digunakan **sebagai Pengganti ASI pada bayi usia 6 bulan atau lebih**, sebagai contoh susu hewan full cream yang telah terpasteurisasi atau direbus (sapi, kambing, lembu, biri-biri, unta), susu UHT, susu evaporasi yang telah direkonstitusi namun bukan susu kental manis, susu terfermentasi atau yogurt⁴⁰. Penggunaan **formula bayi pada anak usia 6 bulan atau lebih** akan bergantung pada praktik sebelum terjadi kedaruratan, sumber daya yang tersedia, sumber susu alternatif yang aman, kecukupan makanan pendamping, serta kebijakan pemerintah maupun lembaga. Susu lanjutan, susu pertumbuhan, dan susu balita dipasarkan bagi anak usia 6 bulan atau lebih sebenarnya bukan suatu kebutuhan dan tidaklah diperlukan (cukup formula bayi yang standar). Pada kondisi formula bayi sangat diperlukan, namun jumlahnya terbatas, maka bayi usia di bawah 6 bulan yang tidak disusui harus diprioritaskan mendapatkannya. **Susu hewan yang dimodifikasi pada skala rumahan** tidak direkomendasikan untuk bayi usia kurang dari 6 bulan karena ketidakcukupan beberapa nutrisi penting, dan hanya boleh dipergunakan sebagai tindakan *stop-gap* yang paling akhir. (lihat poin 9 untuk informasi pengganti ASI yang masuk dalam cakupan Kode).
- 5.16** Kebutuhan Pengganti ASI bisa bersifat sementara atau pada jangka yang lebih lama. **Indikasi kebutuhan pengganti ASI temporer** meliputi: masa relaktasi, transisi dari menyusui campur menjadi menyusui eksklusif; perpisahan jangka pendek antara ibu dan anak; waktu tunggu pendek hingga ibu susu atau donor ASI tersedia. **Kebutuhan pengganti ASI jangka panjang** meliputi: bayi yang sejak sebelum krisis memang tidak disusui; ibu tidak berkenan atau tidak dapat relaktasi; bayi sudah terbiasa menggunakan makanan pengganti dalam konteks HIV; bayi piatu; bayi yang ibunya pergi dalam jangka waktu lama; kondisi medis khusus pada ibu atau bayi⁴¹; ibu yang sangat sakit; bayi yang ditolak oleh ibunya; serta penyintas perkosaan yang tidak ingin menyusui.

³⁸ Lihat 111 pada Referensi Bagian 8.6 – Intervensi Multisektor – Kondisi Khusus

³⁹ Lihat 202 pada Referensi Bagian 8.7 – Pemberian Makanan Buatan – Spesifikasi Pengganti ASI

⁴⁰ Lihat 117 pada Referensi Bagian 8.6 – Intervensi Multisektor – Makanan pendamping

⁴¹ Lihat Rujukan Bagian 8.6 Intervensi multisektor – Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak

- 5.17** Tentukan kebutuhan formula bayi melalui **penilaian pada level individu**⁴² yang dilakukan oleh tenaga kesehatan atau ahli gizi yang terlatih mengenai masalah menyusui atau pemberian makan bayi. Sediakan pendidikan personal di tingkat individu, demonstrasi saat tatap muka dan pelatihan praktis tentang persiapan yang aman bagi pengasuh. Pastikan tindak lanjut (paling tidak dua kali sebulan) dan lacak jika ada yang mangkir
- 5.18** Sediakan formula bayi **selama dibutuhkan**, misalnya hingga ibu sudah kembali mantap menyusui atau paling tidak hingga usia 6 bulan.
- 5.19** Pada kondisi di mana penilaian pada level individu, dukungan, dan tindak lanjut tidak mungkin dilakukan, misalnya pada populasi yang aksesnya dibatasi^{ff}, berkonsultasilah dengan pihak koordinator IFE yang berwenang untuk saran terkait **penyesuaian** cara penilaian serta pilihan penentuan kriteria dan program (lihat poin 8.3)⁴³.

Makanan Pendamping

- 5.20 Otoritas Koordinasi IFE** yang telah ditunjuk harus menyediakan arahan yang jelas terkait kebutuhan dan intervensi (berupa) makanan pendamping⁴⁴. Pemerintah adalah pimpinan koordinator yang berwenang untuk memandu respon pemberian makanan pendamping. Jika hal ini tidak mungkin, atau dukungan diperlukan, koordinasi terkait pemberian makanan pendamping dimandatkan sebagai tanggung jawab UNICEF atau UNHCR, tergantung pada konteksnya, melalui kolaborasi yang sangat dekat dengan pemerintah, lembaga PBB lainnya, dan mitra operasional. Dalam semua konteks, **UNICEF** memiliki tanggung jawab kunci untuk menyediakan panduan atas ketepatan makanan pendamping dan praktik pemberian makan, serta membantu mendefinisikan intervensi esensial yang diperlukan. Dalam program bantuan pangan, **WFP** memiliki kewajiban untuk menyediakan atau memungkinkan akses terhadap makanan kaya gizi bagi anak usia 6-23 bulan serta ibu hamil dan menyusui ketika kesenjangan signifikan antara makanan dan gizi telah dikenali.
- 5.21** Intervensi makanan pendamping akan bergantung pada konteks, tujuan, dan kerangka waktu dari respon. **Aksi jangka pendek** mungkin diperlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan mendesak serta mengisi kesenjangan gizi, dengan peralihan terencana menuju pilihan jangka panjang. Telah tersedia alat untuk membantu analisis kesenjangan nutrisi⁹⁹.
- 5.22 Pertimbangan kunci** dalam menentukan respon pemberian makanan pendamping meliputi kesenjangan yang sudah ada sebelumnya dan saat ini; pola pengulangan; kepercayaan sosiobudaya; ketahanan pangan; akses yang ada saat ini terhadap makanan yang sesuai; kualitas makanan pendamping yang tersedia secara lokal, termasuk produk komersial; kepatuhan produk yang tersedia terhadap Kode dan terhadap Panduan WHO untuk mengakhiri promosi yang tidak sesuai terkait makanan bayi dan anak; biaya; proporsi bayi dan anak yang tidak disusui^{hh}; laporan (jumlah) anak dengan disabilitas yang menyebabkan kesulitan pemberian makan; gizi ibu; kondisi WASH; bentuk dan kapasitas sistem pemasaran dan pengiriman; peraturan perundangan terkait makanan dan obat-obatan, utamanya terkait impor; serta bukti dampak dari pendekatan lain yang berbeda dalam konteks yang serupa.

⁴² Lihat 133 pada Rujukan Bagian 8.6 Intervensi multisektor – Pemrograman Pemberian Makan Bayi dan Anak pada Kondisi Kedaruratan pada contoh sampel minimum pada populasi saat transit

⁴³ Lihat 133 pada Rujukan Bagian 8.6 Intervensi multisektor – Pemrograman Pemberian Makan Bayi dan Anak pada Kondisi Kedaruratan pada contoh sampel minimum pada populasi saat transit

⁴⁴ Lihat Rujukan Bagian 8.6 Intervensi multisektor – Makanan Pendamping

5.23 Pilihan atau Pertimbangan dalam Dukungan Pemberian Makanan Pendamping meliputi:

1. Uang tunai atau skema kupon untuk membeli makanan kaya gizi dan atau makanan yang diperkaya dengan gizi yang tersedia secara lokal
2. Distribusi makanan kaya gizi dan atau makanan yang diperkaya dengan gizi di tingkat rumah tangga
3. Penyediaan makanan yang diperkaya dengan aneka zat gizi mikro pada anak usia 6-23 bulan serta ibu hamil dan menyusui kepada seluruh populasi. Contohnya adalah makanan kombinasi yang diperkaya seperti SuperCereal plus dan SuperCereal (atau variasi lokal dari jenis bubur yang diperkaya) serta suplemen gizi berbasis lemak (jumlah kecil atau medium) (lihat poin 9).
4. Fortifikasi rumahan dengan suplemen zat gizi mikro, misal serbuk zat gizi mikro atau suplemen lainnya. Perhatikan bahwa pemberian serbuk zat gizi mikro sebaiknya tidak dilakukan jika sudah ada pemberian makanan terfortifikasi aneka zat gizi mikro secara menyeluruh. (lihat poin 5.29)
5. Program mata pencaharian dan jaring pengaman bagi keluarga dengan anak usia kurang dari dua tahun dan/atau dengan ibu hamil dan menyusui.
6. Penggunaan susu dan produk hewan (lihat poin 5.25)
7. Penyediaan benda non pangan dan peralatan masak (termasuk energy domestik); keterjangkauan pada area persiapan makan misal dimana fasilitas rumah tangga kurang tersedia; saran terkait penanganan pangan yang aman; serta area makan dan bermain yang terlindungi.

5.24 Makanan pendamping yang diproduksi secara komersial harus memenuhi standar minimal. Merujuk pada panduan internasional formulasi makanan pendamping⁴⁵ dan standar khusus yang dimiliki suatu negara sesuai kebutuhan⁴⁶. Prioritaskan makanan pendamping (yang diproduksi) dalam negeri, familiar, dan berkualitas dibanding harus mengimpor produk baru (lihat poin 5.22 sebagai pertimbangan kunci). Makanan terapeutik siap saji (RUTF) bukan merupakan makanan pendamping yang layak.

5.25 Kondisi di mana konsumsi susu hewan merupakan hal yang bermakna dalam diet anak, misalnya dalam komunitas kepastoran, merupakan hal yang penting untuk memantapkan penggunaan susu secara aman sebagai bagian dari makanan pendamping. Produk susu dapat digunakan untuk menyiapkan makanan pendamping pada semua anak usia 6 bulan ke atas. Sarankan pada para ibu menyusui agar tidak mengganti susu ibu dengan susu hewan. Susu rebus atau susu pasteurisasi mungkin dapat disediakan bagi anak usia 6 bulan ke atas yang tidak disusui dan bisa dikonsumsi oleh ibu menyusui pada **lingkungan yang terkendali** (misalnya lokasi susu tersedia dan dikonsumsi secara langsung (*wet feeding*)). Susu hewan tidak seharusnya didistribusikan di luar lingkungan terkendali semacam ini (lihat poin 5.15 dan 6.25)

5.26 Pastikan semua intervensi terkait pemberian makanan pendamping, melindungi dan mendukung praktik yang sesuai⁴⁷ **melalui penyediaan saran dan dukungan yang sesuai konteks**, termasuk bagaimana mengadaptasi makanan yang ada agar dapat digunakan untuk memberi makan kelompok umur yang berbeda, serta cara persiapan dan penyimpanan makanan yang higienis.

⁴⁵ Lihat 120 pada Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor– Makanan Pendamping

⁴⁶ Lihat 117 pada Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor– Makanan Pendamping

⁴⁷ Lihat 118 dan 119 pada Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor– Makanan Pendamping

5.27 Pastikan intervensi pemberian makanan pendamping mematuhi panduan WHO, dalam rangka untuk mengakhiri promosi tidak patut atas makanan bagi bayi dan anak-anak⁴⁸. Caranya dengan memastikan bahwa semua informasi atau pesan terkait penggunaan produk makanan pendamping harus mencantumkan pernyataan tentang pentingnya menyusui hingga dua tahun atau lebih, pentingnya tidak memperkenalkan makanan pendamping sebelum usia 6 bulan dan usia tepat untuk memperkenalkan makanan ini (harus tidak kurang dari 6 bulan), serta harus mudah dipahami oleh orang tua atau pengasuh lainnya, dengan semua label informasi yang diperlukan tampak dan dapat dibaca. Sediakan juga arahan yang jelas mengenai persiapan yang aman, penggunaan, serta penyimpanan. Label dan rancangan kemasan makanan pendamping perlu dibedakan dari rancangan yang sudah digunakan pada produk Pengganti ASI untuk menghindari promosi silang.

5.28 **Jangan mengirim atau menerima donasi makanan pendamping dalam kondisi darurat.** Risikonya antara lain bahwa makanan pendamping yang didonasikan mungkin tidak memenuhi standar gizi dan keselamatan; persyaratan Kode pemberian label, atau rekomendasi panduan WHO untuk mengakhiri promosi tidak patut atas makanan bagi bayi dan balita, mungkin kurang tepat secara budaya, serta mungkin melemahkan penggunaan pangan lokal serta praktik PMBA yang direkomendasikan. Bagi donasi yang tidak ditujukan sebagai makanan pendamping namun dapat digunakan sebagai makanan pendamping, penting untuk mencegah respon kedaruratan digunakan untuk menciptakan pasar potensial bagi makanan jenis tertentu; untuk memastikan bahwa intervensi lebih berbasis kebutuhan dibanding tergerak oleh pemberian; serta untuk menjamin kecukupan mutu dan keamanan diet. Ketika suatu donasi telah dipertimbangkan atau bahkan telah diterima, konsultasikan dengan pihak koordinator IFE yang berwenang terkait kepatutan donasi dan atau pengelolannya.

Suplementasi Zat Gizi Mikro

5.29 Bagi anak usia 6-59 bulan, **suplemen zat gizi mikro ganda** mungkin diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bagi daerah yang tidak mendapat makanan yang diperkaya, pemberian ini dilakukan bersama dengan intervensi lain terkait peningkatan praktik pemberian makan dan makanan pendamping⁴⁹. Pada daerah endemis malaria, keberadaan zat besi dalam berbagai bentuk, termasuk bubuk mikronutrien, harus diimplementasikan bersama dengan upaya untuk mencegah, mendiagnosis, dan merawat malaria. Keberadaan zat besi dalam intervensi ini tidak diperuntukkan bagi anak yang tidak punya akses terhadap strategi pencegahan malaria (misal penyediaan kelambu yang sudah diberi insektisida serta program pengendalian vektor); diagnosis awal terhadap penyakit malaria; serta pengobatan terapi obat anti malaria⁵⁰ yang efektif. Suplementasi vitamin A direkomendasikan bagi anak usia 6-59 bulan⁵¹. Bagi ibu hamil dan menyusui, zat besi serta asam folat atau suplementasi mikronutrien ganda harus juga disediakan sesuai dengan panduan terbaru^{52, 53}

⁴⁸ Lihat Referensi Bagian 8.2 Kebijakan – Kebijakan Global

⁴⁹ Lihat Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Zat gizi mikro

⁵⁰ Lihat 126 pada Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Zat gizi mikro

⁵¹ Lihat 127 pada Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Zat gizi mikro

⁵² Lihat 128 Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Gizi Ibu

⁵³ Lihat 186 Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak

Kolaborasi Multi Sektoral

5.30 Sektor Kunci dan Bidang untuk meningkatkan kepekaan dan bekerja dengan PMBA mencakup kesehatan (kesehatan reproduksi; KIBBLA; layanan dukungan untuk kesehatan mental dan psikososial; HIV; pengelolaan penyakit menular); layanan remaja; higiene air dan sanitasi; keamanan pangan dan pendapatan; perlindungan anak; perkembangan anak usia dini; disabilitas; tempat perlindungan; program pengiriman uang tunai; jaminan sosial; pertanian; koordinasi dan manajemen kemah (penampungan); serta logistik.

5.31 Poin awal program sektoral PMBA meliputi: pelayanan antenatal dan postnatal; imunisasi; pemantauan pertumbuhan; program pencegahan penularan dari ibu ke anak; layanan pencegahan dan penanganan HIV; penanganan malnutrisi akut; komunitas kesehatan; layanan konseling psikososial; peningkatan hygiene; skrining perlindungan anak; aktivitas perkembangan anak usia dini; tempat kerja; dan pekerjaan lanjutan pertanian.

5.32 Contoh⁵⁴ dari **Kolaborasi Multisektor dua arah** di antaranya:

1. Memungkinkan akses bagi ibu hamil terhadap **pelayanan antenatal** terampil⁵⁵ serta layanan kesehatan lain yang diperlukan, termasuk **layanan dukungan kesehatan mental dan psikososial**⁵⁶.
2. Integrasikan dukungan PMBA dan atau munculkan **sistem rujukan** terkait layanan kesehatan reproduksi; kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak; serta remaja; layanan kesehatan kuratif; penanganan malnutrisi akut; HIV; dan layanan perlindungan anak. Sertakan paket layanan minimal atau awal yang ditawarkan beberapa sektor berbeda.
3. Integrasikan dukungan menyusui kepada layanan berbasis komunitas dan layanan rawat inap yang menangani **malnutrisi akut**⁵⁷ dan **anak sakit**⁵⁸ serta pada jejaring komunitas pekerja kesehatan. Integrasikan keterampilan dukungan makanan pendamping dalam layanan penanganan malnutrisi akut.
4. Bekerjalah dengan layanan pencegahan dan penanganan **HIV** untuk mendukung keterjangkauan dan kepatuhan terhadap terapi antiretroviral⁵⁹ (lihat poin 5.38).
5. Integrasikan perkembangan anak usia dini ke dalam dukungan PMBA di tingkat fasilitas dan komunitas serta jelajahi kemungkinan penggabungan elemen PMBA dalam perkembangan anak usia dini⁶⁰.
6. Kolaborasikan dengan poin utama **disabilitas** pada isu yang ditemukan terkait dengan pemberian makan dan pengasuhan anak disabilitas, serta anak yang pengasuhnya mengalami disabilitas⁶¹.
7. Pada area yang populasinya mengkonsumsi susu hewan segar, berkolaborasi dengan (badan) **kesejahteraan hewan** untuk membantu kemudahan dalam ketersediaan susu hewan yang aman, dan dengan (badan) Penyedia Higiene dan Sanitasi Air/ Keamanan Pangan dan Penghidupan terkait pemrosesan dan penyimpanan produk susu yang higienis. Pastikan aksi awal untuk melindungi (terlaksananya) praktik PMBA.
8. Pastikan (ketersediaan) ruang ramah ibu/anak telah memenuhi standar minimal Higiene dan Sanitasi Airⁱⁱ. Sepakati pesan yang sama antara hygiene dan sanitasi air serta PMBA. Advokasi kepada penyedia **Higiene dan Sanitasi** air untuk membidik keluarga dengan

⁵⁴ Lihat 158 Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Integrasi

⁵⁵ Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Anak

⁵⁶ Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Dukungan Kesehatan Mental dan Psikososial

⁵⁷ Lihat Rujukan Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Pengarusutamaan dalam Gizi

⁵⁸ Lihat 183 pada Rujukan Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Kesehatan Ibu, Bayi baru lahir, dan Anak

⁵⁹ Lihat Rujukan Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – HIV

⁶⁰ Lihat Rujukan Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Perkembangan Anak Usia Dini

⁶¹ Lihat Rujukan Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Disabilitas

- anak usia di bawah dua dengan menyediakan dukungan air bersih yang cukup untuk memenuhi standar minimal air bersih/ keamanan pangan dan penghidupan dalam proses persiapan makanan. Buka akses terhadap layanan air bersih bagi keluarga yang memiliki bayi dengan pemberian makanan buatan (lihat poin 6.21, 6.22)
9. Integrasikan **Perlindungan Anak**⁶² dalam layanan PMBA dengan prosedur yang jelas, jalur rujukan dan kode etik staf. Integrasikan pesan PMBA dalam komunikasi perlindungan anak dan berkolaborasi dalam mengenali anak – anak yang rentan secara gizi
 10. Dalam program PMBA, kenali para wanita yang mengalami trauma dan arahkan pada **layanan perlindungan**. Sertakan sistem dukungan atau rujukan PMBA dalam layanan yang ditujukan bagi wanita atau anak perempuan yang mengalami kekerasan.
 11. Kawal **program cash transfer** yang menyertakan ibu dengan menysar pesan terkait konteks PMBA dan gizi ibu.
 12. Bekerjalah dengan penyedia **pengungsian** untuk memastikan standar minimal perlindungan dan tempat pemukiman terpenuhi untuk keluarga dengan anak usia di bawah 2 tahun dan ibu hamil dan menyusui yang termasuk kondisi hidup yang layak untuk penyiapan makanan yang aman, pemberian makanan dan pengasuhan.
 13. Bekerjalah dengan **koordinator pengungsian serta manajemen pengungsian** untuk melindungi dan membantu keluarga dengan anak usia di bawah 2 tahun serta ibu hamil dan menyusui, misalnya dengan menyediakan akses terhadap layanan kunci dan kondisi hidup yang layak bagi keluarga dengan anak usia di bawah 2 tahun serta ibu hamil dan menyusui; serta menyediakan data populasi ini secara khusus.
 14. Pastikan **program penunjang kehidupan** sudah ramah bagi anak; misalnya menyediakan penitipan anak dan isitirahat untuk pemberian makan di dalamnya. Termasuk pertanyaan PMBA dalam pemantauan setelah distribusi. Pertimbangkan pemberian makanan pendamping sesuai dengan hasil panen yang tersedia dari hasil program **pertanian**.

HIV dan Pemberian Makan Bayi

5.33 Periksa kebijakan nasional atau sub nasional terkait HIV dan pemberian makan bayi. Nilai kesesuaiannya dengan rekomendasi WHO terbaru⁶²; berfokuslah pada situasi kedaruratan, termasuk konteks pengungsi ataupun internally displaced persons karena konflik jika memang dapat diterapkan; dan jika diperlukan, dukung pemutakhiran (data) sebagai bagian dari kesiapan. Pengeluaran panduan terkini sementara secara cepat mungkin diperlukan jika kebijakan yang ada sudah tertinggal atau dapat juga digunakan untuk mengatasi masalah yang tidak diperkirakan sebelumnya. Pertimbangan kunci darurat termasuk perubahan paparan risiko terhadap penyakit menular non HIV dan malnutrisi; lama waktu kondisi darurat berlangsung; keterjangkauan obat ARV dan layanan kesehatan bagi populasi pengungsi; apakah tersedia kondisi pemberian formula yang aman; serta ketersediaan obat anti retroviral⁶³.

5.34 Dalam kesesuaiannya dengan panduan global, dukung **ibu menyusui yang hidup dengan HIV** untuk tetap menyusui selama paling tidak 12 bulan (inisiasi menyusui dini dan menyusui eksklusif hingga 6 bulan pertama) serta melanjutkan menyusui hingga 24 bulan atau lebih dengan tetap didukung penuh untuk selalu mengonsumsi antiretroviral (lihat poin 5.38). ketika obat ARV sulit untuk didapat (misal persediaan terganggu saat kondisi kedaruratan), menyusui bayi yang terpapar HIV merupakan rekomendasi demi keselamatan anak. Menyusui

⁶² Lihat Rujukan Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Perlindungan Anak

⁶³ Lihat 13 pada Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Kondisi Khusus

hanya dihentikan jika asupan yang aman dan cukup secara gizi tanpa disusui bisa disediakan.

- 5.35** Dukung wanita menyusui yang diketahui tidak terinfeksi HIV atau yang **status HIVnya tidak diketahui** untuk menyusui secara eksklusif dalam 6 bulan pertama kehidupan dan untuk tetap menyusui hingga 24 bulan atau lebih, sesuai dengan praktik PMBA yang direkomendasikan.
- 5.36** Para ibu yang berpotensi menjadi ibu susu sebaiknya menjalani konseling HIV dan uji cepat jika tersedia (lihat poin 5.38). Ketika tes tidak tersedia, jika memungkinkan lakukan penilaian risiko HIV (lihat poin 9). Jika penilaian risiko atau konseling juga tidak mungkin dijalankan, fasilitasi dan dukung keberadaan ibu susu. Sediakan konseling untuk menghindari infeksi HIV selama menyusui.
- 5.37** Penting untuk melakukan identifikasi serta menyediakan dukungan bagi bayi yang telah diberi **makanan pengganti ASI** (lihat 5.10-5.19)
- 5.38** Bekerjalah dengan sektor kesehatan untuk mengenali ibu dengan HIV positif yang menggunakan ART untuk mempromosikan dan **mendukung kepatuhan dan retensi dalam terapi ARV**; untuk membantu mekanisme distribusi alternatif bagi ARV, ketika sistem yang ada terganggu; serta untuk mengadvokasi ibu hamil dan menyusui tetap menjadi kelompok prioritas dalam distribusi ARV. Respon minimal terhadap HIV memerlukan jaminan dan keberlanjutan persediaan ARV bagi ibu hamil dan menyusui yang diketahui HIV positif dan sedang menjalani terapi ARV; keterjangkauan atas persalinan yang bersih dan aman; konseling pemberian makan bagi bayi; serta pencegahan masa perinatal bagi bayi yang terpapar HIV⁶⁴. Sediakan hubungan ke layanan dukungan dan perawatan yang sudah ada; serta akses terhadap kontrasepsi, layanan penanganan malnutrisi, serta dukungan makanan dan penghidupan jika ada. Pilihan penanganan harus diperluas hingga mencakup tes cepat HIV, konseling, dan inisiasi pemberian ART secepatnya⁶⁵. Alat uji HIV harus menjadi prioritas (dengan kriteria: murah, tahan lama dalam kondisi penyimpanan dan kestabilan suhu apapun, serta mudah digunakan)
- 5.39** **Komunikasikan** secara jelas dengan petugas penanganan bencana, penyedia layanan kesehatan, serta ibu yang terpapar HIV tentang rekomendasi pemberian makan bayi dan HIV yang dapat diterapkan, misalnya seperti yang ada dalam pernyataan bersama (lihat 1.5).

Wabah Penyakit Menular

- 5.40** Antisipasi dan nilai dampak dari penyakit menular baik lewat manusia atau hewan dalam PMBA, misalnya gangguan terhadap akses layanan kesehatan dan dukungan pemberian makan; penurunan kualitas keamanan pangan dan penghidupan rumah tangga; risiko penularan lewat air susu, serta kesakitan atau kematian ibu. Ambil tindakan untuk mitigasi risiko. Panduan sementara mungkin diperlukan untuk mengatasi konsekuensi dampak PMBA yang tidak terantisipasi pada wabah seperti virus Ebola dan Zika⁶⁶. Konsultasikan dengan **WHO** untuk saran termutakhir.

⁶⁴ Lihat 188 pada Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – HIV

⁶⁵ Lihat 187 pada Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – HIV

⁶⁶ Lihat Referensi Bagian 8.6 Intervensi Multisektor – Penyakit Menular

6 Meminimalkan Risiko Makanan Buatan

Donasi dalam Situasi Darurat

- 6.1** **Jangan mendonasikan atau menerima donasi Pengganti ASI, produk susu lain, atau alat pemberian makan (termasuk botol, dot, dan pompa ASI) dalam kondisi kedaruratan.** Pengganti ASI yang didonasikan biasanya memiliki beragam kualitas; merupakan tipe yang salah; disediakan dengan proporsi yang tidak tepat dibanding kebutuhan; dilabeli dalam bahasa yang berbeda; tidak disertai dengan paket perawatan mendasar; didistribusikan secara acak; tidak membidik satu kelompok yang membutuhkan; tidak tersedia dalam persediaan yang berkelanjutan; serta memerlukan manajemen waktu dan sumber daya yang sangat besar untuk mencegah meluasnya risiko.
- 6.2** Sebagai pertimbangan dalam memberikan donasi makanan pendamping, lihat poin 5.28
- 6.3** **Jangan mengirimkan persediaan ASI donor pada kondisi kedaruratan yang tidak berdasarkan kebutuhan yang sudah diidentifikasi dan bagian dari intervensi yang terkoordinasi dengan baik.** Penggunaan donor ASI secara aman memerlukan penilaian kebutuhan, target yang dituju, rantai dingin serta sistem pengelolaan yang kuat (lihat 5.14).
- 6.4** Komunikasikan **posisi donasi secara jelas** pada masa kesiapsiagaan dan di awal tanggap kedaruratan, misalnya dalam bentuk pernyataan bersama⁶⁷. Investigasi alasan permintaan donasi untuk menginformasikan pesan dan penilaian. Sasar pelaku kunci, di antaranya lembaga donor, mitra pengembangan, dan kelompok masyarakat sipil. Sasar juga kelompok yang mungkin tidak terhubung secara resmi dalam mekanisme koordinasi, seperti media, militer, dan kelompok sukarelawan.
- 6.5** Kenali dan informasikan **donor dan distributor potensial** terkait risiko yang mungkin terjadi sehubungan dengan persediaan dalam kondisi kedaruratan. Sediakan informasi tentang bagaimana cara memenuhi kebutuhan gizi bayi yang tidak disusui. Beri panduan untuk alternatif bantuan atau donasi.
- 6.6** **Laporkan** tawaran atau donasi pengganti ASI, Donor ASI, makanan pendamping dan alat pemberian makan kepada UNICEF atau UNHCR sesuai kondisi (lihat 3.1), dan kepada pihak koordinasi IFE berwenang, yang akan menentukan dan mengawasi **rencana pengelolaan** sesuai konteks untuk meminimalkan risiko. Donasi yang mencakup bantuan makanan dari WFP juga harus dilaporkan ke WFP (lihat 7 untuk kontak)

Manajemen Pemberian Makanan Buatan

- 6.7** Rencanakan pengadaan⁶⁸ yang sesuai, distribusi, penunjukan target dan penggunaan Pengganti ASI serta dukungan terkait (manajemen makanan buatan) dengan arahan dari **koordinator IFE yang berwenang serta UNICEF** (jika UNICEF tidak bertindak sebagai koordinator IFE yang berwenang). Dalam kesesuaian dengan mandat yang diberikan, **WHO dan UNHCR** juga punya tanggung jawab kunci. Menyusun Kerangka Acuan Kerja, tanggung jawab dan peranan dalam manajemen makanan buatan untuk digunakan oleh koordinator IFE berwenang, pada masa kesiapsiagaan.
- 6.8** **Manajemen Pemberian Makanan Buatan** memerlukan penilaian kebutuhan dan risiko

⁶⁷ Lihat 13 pada Referensi Bagian 8.2 Kebijakan – Kebijakan Organisasi

⁶⁸ Lihat Referensi Bagian 8.7 Pemberian Makanan Buatan – persediaan pengganti ASI dan peralatan pemberian makan

serta analisis situasi kritis, sesuai dengan yang diinformasikan dalam panduan teknis. Analisis harus memuat tentang apakah permintaan pengganti ASI benar benar mewakili kebutuhan yang sebenarnya dan/atau ada intervensi lainnya, termasuk dukungan yang meningkat untuk pemberian ASI, juga dikenali untuk menjamin kesehatan bayi dan anak. Skala kebutuhan dukungan pemberian makanan buatan juga akan menentukan level intervensi dan koordinasi yang diperlukan.

- 6.9** Pihak Koordinasi IFE yang berwenang dan/atau UNICEF harus menentukan kapan dan di mana **kapasitas pengelolaan makanan buatan** ada pada pemerintah dan di antara penyedia layanan kemanusiaan. Ketika kapasitas yang dimiliki cukup terbatas, otoritas koordinasi IFE dan/atau UNICEF harus mengenali penyedia pengganti ASI yang layak, termasuk rantai persediaan pengganti ASI dan layanan dukungan terkait. Jika tidak ada penyedia yang cukup layak otoritas koordinasi IFE dan/atau UNICEF akan memastikan pembagian yang terkoordinasi. Otoritas koordinasi IFE dan/atau UNICEF akan menyediakan Kerangka Acuan Kerja yang jelas, dukungan teknis, dan pengawasan yang ketat atas proses pengadaan, pemantauan, serta penggunaan.
- 6.10** Susun kriteria **kelayakan penggunaan pengganti ASI** secara jelas dalam persetujuan dengan otoritas koordinator IFE (lihat 5.16). Jika kriteria yang dimaksud telah ada, kaji dan revisi jika diperlukan. Komunikasikan kriteria ini bagi pengasuh, masyarakat, dan petugas tanggap darurat.

Penyediaan Pengganti ASI

- 6.11** Pada lokasi penampungan sesuai dengan kebijakan UNHCR, UNHCR hanya akan menyediakan formula bayi setelah kajian dan persetujuan dari unit teknis kantor pusat⁶⁹.
- 6.12** Pada tatanan non pengungsian sesuai dengan kebijakan **UNICEF**⁷⁰, UNICEF hanya akan mengadakan formula bayi sebagai pilihan terakhir bagi penyedia dan atas permintaan pemerintah dan/atau struktur koordinasi kemanusiaan nasional. Kantor Negara harus mencari persetujuan dari kantor pusat UNICEF (Bagian Gizi dan Divisi Persediaan). Dalam hubungannya dengan panduan internal UNICEF.
- 6.13** **Pemberi dana** pengganti ASI dan produk susu harus memastikan bahwa semua persyaratan dalam OG-IFE dan Kode dapat dipenuhi oleh lembaga yang melaksanakan. Sertakan indikator kepatuhan dalam perjanjian pendanaan. Permintaan hibah harus mencantumkan, dan pemberi dana harus menyetujui, biaya untuk persediaan terkait, seperti peralatan masak dan pemberian makanan, serta upaya untuk kebersihan.
- 6.14** Sebuah lembaga hanya dapat memberi persediaan pengganti ASI secara langsung pada lembaga lainnya jika keduanya bekerja sebagai bagian dari **tanggap darurat gizi dan kesehatan** (lihat poin 9). Kedua pihak baik penyedia maupun pelaksana bertanggung jawab untuk menjamin persyaratan dalam OG-IFE dan kode terpenuhi dan terus terpenuhi selama intervensi dilakukan.

Spesifikasi Pengganti ASI

- 6.15** Label Pengganti ASI harus mematuhi kode. **Label** harus ditulis dalam bahasa yang dipahami oleh pengguna akhir serta penyedia layanan; label harus mencantumkan: (a) kata "Pengumuman Penting" atau yang setara; (b) pernyataan tentang keunggulan menyusui;

⁶⁹ Lihat 22 Pada Rujukan Bagian 8.2 Kebijakan – Kebijakan Organisasi

⁷⁰ Lihat 199 pada Rujukan Bagian 8.2 Kebijakan – Peran dan Tanggung Jawab

(c) Pernyataan bahwa produk hanya dapat digunakan berdasarkan rekomendasi pekerja kesehatan (hal ini termasuk pekerja lembaga (sosial) masyarakat dan sukarelawan) sesuai kebutuhan penggunaan dan cara penggunaan yang sesuai; (d) instruksi untuk pembuatan dan penyimpanan yang layak dan aman. Ketika label persediaan formula bayi tidak mematuhi persyaratan kode, pertimbangkan pelabelan ulang (hal ini akan memiliki implikasi biaya dan waktu) atau, ketika memungkinkan, sediakan informasi yang dikhususkan bagi pengguna. Formula bayi harus mematuhi standar Codex Alimentarius⁷¹.

- 6.16** Formula bayi tersedia dalam bentuk **bubuk** (PIF) atau cair, **formula bayi siap minum** (RUIF). PIF tidak steril dan perlu dicairkan dengan air yang telah dipanaskan paling tidak hingga 70 derajat celcius (sebagai panduan, untuk 1 liter, rebus dan biarkan selama tidak lebih dari 30 menit)⁷². RUIF adalah produk yang steril hingga dibuka dan tidak memerlukan pencairan; penggunaan yang layak, penyimpanan yang hati-hati serta penggunaan alat pemberian makan yang higienis tetap penting untuk meminimalkan risiko. RUIF lebih mahal dan memakan tempat selama dikirimkan dan disimpan. Formula cair konsentrat tidak direkomendasikan karena risiko kesalahan pengenceran serta kontaminasi. Susu terapeutik (F75, F100) bukan merupakan pengganti ASI yang sesuai bagi bayi yang tidak mengalami malnutrisi; hal ini harus secara khusus ditekankan terkait pengenalan susu terapeutik dalam kaleng mulai tahun 2017 (dulunya dalam kemasan sachet), untuk menghindari kebingungan dengan formula bayi.
- 6.17** **Kebutuhan formula bayi** rata-rata untuk bayi usia kurang dari 6 bulan dalam bentuk RUIF adalah 750 ml/ hari; 22,5 L/ bulan; 135 L/ 6 bulan sedangkan dalam bentuk bubuk adalah 116 g/ hari; 3,5 kg/ bulan; 21 kg/ 6 bulan⁷³. Persediaan harus memiliki masa simpan setidaknya enam bulan sejak pengiriman.

Pengadaan Pengganti ASI, Peralatan Makan dan Dukungan

- 6.18** Bila diperlukan pengadaan langsung Pengganti ASI, belilah persediaan yang diperlukan. Pertimbangan mengenai pengadaan lokal dibandingkan internasional meliputi: Codex Alimentarius dan Kepatuhan terhadap Kode untuk produk yang ada, stok tersedia di dalam negeri, biaya, undang-undang impor, bahasa yang sesuai untuk label dan instruksi, dan menjaga agar tidak menciptakan pasar baru untuk produk.
- 6.19** Bila Pengganti ASI diberikan secara tidak langsung, seperti melalui **skema voucher terbatas**, tentukan apakah produk yang mematuhi Kode tersedia di vendor yang ditunjuk. Berikan informasi pendukung jika perlu untuk mengatasi pelabelan yang tidak tepat dan laporkan pelanggaran Kode tersebut (lihat 4.16 dan 6.15). Pantau harga produk. Beri saran ibu dan pengasuh tentang Pengganti ASI yang sesuai dan tidak sesuai untuk kelompok usia yang berbeda.
- 6.20** Apabila program **cash transfer tidak terbatas** dilaksanakan dan tersedia Pengganti ASI, PASI tidak boleh dikecualikan sebagai opsi untuk pembelian oleh rumah tangga (lihat 5.25 dan 6.25). Dalam kasus seperti itu, menyertai program **cash transfer** dengan pesan kuat mengenai nilai menyusui, praktik PMBA yang direkomendasikan, dan memberikan informasi tentang di mana semua bayi dapat mengakses dukungan PMBA (di mana susu bubuk biasanya tersedia, lihat 6.25).

- 6.21** Tentukan ketersediaan **bahan bakar, air dan peralatan** untuk persiapan rumah tangga yang

⁷¹ Lihat 202 pada Rujukan Bagian 8.7 Pemberian Makanan Buatan – Spesifikasi Pengganti ASI

⁷² Lihat 196 pada Rujukan Bagian 8.7 Pemberian Makanan Buatan– Meminimalkan Risiko

⁷³ Lihat 204 di Referensi Bagian 8.7 Makanan Buatan - Persediaan dan Perlengkapan Pengganti ASI

aman bagi Pengganti ASI (pembersihan, sterilisasi, rekonstitusi). Jika perlu, sediakan atau permudah akses ke bahan tambahanⁱⁱ yang diperlukan dan dukungan, termasuk pelatihan mempersiapkan makanan higienis. Dalam keadaan di mana persiapan dan penggunaan formula bayi yang aman tidak dapat dijamin, pertimbangkan pencairan dan konsumsi di tempat atau penyediaan fasilitas persiapan dan sterilisasi bersama. Bila akses pada masyarakat terbatas atau tidak ada, berkonsultasilah dengan otoritas koordinasi IFE dan lembaga teknis tentang cara terbaik meminimalkan risiko sambil memenuhi kebutuhan gizi bayi yang tidak diberi ASI (lihat 3.8).

6.22 Berhubungan dengan agen penyedia Air, Sanitasi dan Kebersihan untuk mendapatkan akses prioritas bagi keluarga dengan bayi menggunakan Pengganti ASI ke layanan ini dan memenuhi standar minimum. Mengaktifkan akses ke peralatan kebersihan dan saran mengenai persiapan dan penyimpanan persediaan yang higienis. Bila fasilitas pembersihan terbatas atau tidak tersedia di tingkat rumah tangga, berikan fasilitas pusat pembersihan.

6.23 Mencegah penggunaan **botol dan dot** karena berisiko tinggi terkontaminasi dan sulit dibersihkan. Dukung penggunaan cangkir (tanpa spouts) sejak lahir. **Cangkir** dengan tutup dan cangkir sekali pakai mungkin diperlukan dalam situasi transit. Peralihan segera ke pemberian cup untuk bayi yang diberi susu botol mungkin tidak mudah atau dapat diterima oleh ibu/pengasuh. Dalam keadaan seperti itu, untuk meminimalkan risiko, beritahu tentang sterilisasi botol di tingkat rumah tangga atau melalui layanan sterilisasi di tempat, disertai dengan pesan kebersihan. Bila fasilitas pembersihan terbatas, atau dalam situasi transit, pertimbangkan untuk menukar botol bekas dengan peralatan baru sebagai tindakan pengecualian dan bersifat sementara, dengan mempertimbangkan implikasi pengelolaan limbah dan dengan berkonsultasi pada otoritas koordinasi IFE.

Distribusi Pengganti ASI

6.24 Sistem distribusi Pengganti ASI akan tergantung pada konteksnya, termasuk: skala intervensi; jalur akses ke ibu/pengasuh; frekuensi kontak; transportasi; manajemen limbah; dan kapasitas penyimpanan provider. Pilihan di dalamnya meliputi pemberian langsung, resep dan pembelian individu (contoh program **cash transfer**). Distribusi harus dilakukan secara tersamar agar tidak mengecilkkan hati ibu menyusui. Di tingkat komunitas, waspadalah terhadap konsekuensi penggunaan Pengganti ASI yang tidak diinginkan, seperti penjualan produk.

6.25 Jangan gunakan distribusi umum atau menyeluruh sebagai platform untuk memasok Pengganti ASI (lihat 6.24). Produk susu bubuk dan susu cair tidak boleh didistribusikan sebagai komoditas tunggal pada distribusi umum atau menyeluruh karena dapat digunakan sebagai Pengganti ASI, yang dapat menimbulkan risiko baik pada bayi yang disusui dan bayi yang tidak disusui. Produk susu kering bisa dicampur dengan makanan pokok yang dihaluskan untuk distribusi agar bisa digunakan sebagai makanan pelengkap pada anak di atas usia enam bulan. Tempat di mana susu bubuk sudah biasa digunakan atau tersedia secara luas dalam suatu populasi, berikan rekomendasi dan panduan praktis untuk dimasukkan ke dalam makanan keluarga yang dimasak dan sarankan agar tidak digunakan sebagai Pengganti ASI (lihat 5.15). Susu bubuk dapat diberikan sebagai komoditas tunggal untuk menyiapkan susu terapeutik untuk makanan terapeutik on-site. WFP yang berkonsultasi dengan UNICEF dan UNHCR bertanggung jawab untuk mengendalikan distribusi susu bubuk dan PASI pada jatah umum⁷⁴ sesuai dengan ketentuan OG-IFE (lihat 5.25 untuk pertimbangan tambahan mengenai penggunaan susu hewani).

⁷⁴ Lihat 202 di Bagian Referensi 8.7 Makanan Buatan - Peran dan Tanggung Jawab

- 6.26** Sesuai dengan Kode Etik ini, **tidak boleh ada promosi** formula bayi pada titik distribusi, termasuk display produk atau barang dengan logo perusahaan atau logo pada voucher. Penyimpanan susu formula sebaiknya tidak dilakukan oleh penerima manfaat.
- 6.27** Saat PASI didistribusikan, pastikan ada konseling dan dukungan **menyusui** yang memadai untuk ibu menyusui. Pertimbangkan untuk mendistribusikan barang berharga tertentu kepada ibu menyusui, seperti produk makanan atau kebersihan.

7 KONTAK KUNCI

- 7.1** Melaporkan pelanggaran Kode kepada otoritas nasional yang relevan; kepada otoritas koordinasi IFE; dan kepada UNICEF dan WHO di tingkat negara/regional. Jika perlu, sumber kontak WHO dari WHO HQ: **cah@who.int** dan **nutrition@who.int**. Untuk kontak UNICEF, lihat: 7.3. Pelanggaran kode juga harus dilaporkan untuk katalog ke International Code Documentation Center (ICDC) di Malaysia: **code@ibfan-icdc.org**. Untuk meminta pelatihan tentang Kode ini, hubungi ICDC Malaysia. Kunjungi: www.ibfan-icdc.org/report/ untuk mengajukan laporan pelanggaran secara daring (*template* disediakan) atau untuk mengunduh aplikasi Kobo Collect (pengguna ponsel Android melalui Google Play) untuk mengajukan laporan pelanggaran. Alat pelacak pelanggaran Kode, termasuk template untuk memantau pelanggaran Kode dalam keadaan darurat, tersedia di: www.nutritioncluster.net/resources/bms-code-violations-tracking-tool-nutrition-cluster/
- 7.2** Kontak ke sumber ahli mengenai konseling dan dukungan menyusui atau pelatihan untuk konseling pemberian makan bayi meliputi: UNICEF: **nutrition@unicef.org**; WHO: **nutrition@who.int**; International Lactation Consultant Association (ILCA): **ilca@erols.com**; World Alliance for Breastfeeding Action (WABA): **waba@waba.org.my**; Geneva Infant Feeding Association – International Baby Food Action Network (IBFAN-GIFA): **info@gifa.org**
- 7.3** Masalah teknis atau koordinasi yang terkait dengan IFE harus ditujukan ke kantor UNICEF regional atau negara yang sesuai. Bila perlu, hubungi UNICEF di tingkat HQ: **nutrition@unicef.org**
- 7.4** Masalah teknis atau koordinasi mengenai IFE dalam konteks operasi UNHCR harus ditujukan ke kantor UNHCR regional atau negara yang sesuai. Bila perlu, hubungi *Public Health Section* di UNHCR HQ: **hqphn@unhcr.org**
- 7.5** Masalah tentang IFE yang spesifik untuk koordinasi klaster harus ditujukan kepada koordinator klaster gizi negara. Bila perlu, hubungi Global Nutrition Cluster: **gnc@unicef.org**
- 7.6** Masalah tentang IFE terkait dengan program bantuan pangan WFP harus ditujukan ke kantor WFP regional atau negara yang sesuai. Bila perlu, hubungi Nutrition Advisory Office WFP HQ: **nutrition@wfp.org**
- 7.7** Kirimkan umpan balik pada Divisi Program OG-IFE c/o UNICEF, New York, AS: **nutrition@unicef.org** atau c/o ENN, Oxford, UK, email: **office@enonline.net** dengan subjek 'OG-IFE feedback'.

Kotak 1: Tindakan kesiapsiagaan darurat

Ini adalah ringkasan tindakan kesiapsiagaan yang terkandung dalam Bagian 1-6 dari OG-IFE. Bagian tertentu dicatat dalam Lampiran 1.

Mengesahkan atau mengembangkan kebijakan

1. Pastikan IFE tercermin secara memadai dalam kebijakan, pedoman dan prosedur nasional yang relevan.
2. Pastikan ada ketentuan kebijakan yang memadai untuk IFE tentang pengungsi dan pengungsi internal (IDP : Internally Displaced Person)
3. Mengembangkan rencana kesiapsiagaan nasional / sub-nasional tentang IFE.
4. Rancang pernyataan gabungan khusus konteks tentang IFE untuk memungkinkan pelepasan cepat
5. Kembangkan peraturan nasional yang berlaku secara hukum terkait Kode. Pantau dan laporkan pelanggaran Kode.
6. Mengundang legislasi dan menerapkan kebijakan sesuai dengan Pedoman WHO untuk Mengakhiri Promosi Makanan untuk Bayi dan Anak yang Tidak Tepat.
7. Kembangkan kebijakan nasional yang mengikat secara hukum mengenai keterlibatan sektor swasta dalam tanggap darurat oleh PBB, masyarakat sipil dan pembuat kebijakan pemerintah untuk memungkinkan kolaborasi yang membangun dan menghindari pengaruh dan konflik kepentingan yang tidak semestinya.
8. Perbarui kebijakan, pedoman dan prosedur berdasarkan pelajaran yang dipetik dari keadaan darurat sebelumnya.

Melatih Staf

1. Identifikasi dan membuat peka personil kunci yang terlibat dalam perencanaan dan penanganan tanggap darurat terkait IFE.
2. Perkiraan kebutuhan kapasitas berdasarkan skenario darurat.
3. Identifikasi kebutuhan pengembangan kapasitas nasional terkait PMBA Integrasikan materi pelatihan yang spesifik sesuai konteks ke dalam kurikulum dan mekanisme penyampaian yang ada.
4. Orientasi dan latih staf yang relevan mengenai dukungan PMBA. Sertakan komponen utama IFE dan Kode dalam pelatihan pra-layanan tenaga kesehatan.
5. Memetakan kapasitas yang ada untuk area utama, misalnya. Pendukung menyusui dan penerjemah yang terampil, dan mengembangkan daftar kontak utama dari para ahli di tingkat nasional. Siapkan bahan orientasi untuk digunakan dalam tanggap darurat dini.
6. Perbarui konten pelatihan berdasarkan pelajaran yang diperoleh dari tanggap darurat.

Mengkoordinasikan Operasi

1. Identifikasi kepemimpinan pemerintah dan otoritas koordinasi IFE dan dukung pengembangan kapasitas untuk memperkuat tanggung jawab ini seperlunya.
2. Dimana kapasitas pemerintah terbatas, identifikasi pilihan untuk respon dan kepemimpinan IFE yang terkoordinasi.
3. Kembangkan kerangka acuan untuk koordinasi IFE dalam sebuah respon.
4. Naikkan kesadaran publik dan profesional mengenai praktik dan manfaat PMBA yang direkomendasikan. Kembangkan strategi komunikasi dan rencana IFE untuk implementasi yang cepat dalam keadaan darurat. Siapkan paparan media yang mudah disesuaikan. Libatkan lembaga pembangunan dan donor dalam perencanaan kesiapsiagaan yang mencakup adaptasi dari program yang ada untuk memenuhi kebutuhan darurat, menegosiasikan fleksibilitas penyandang dana untuk memenuhi kebutuhan baru dan sumber utama lonjakan pendanaan untuk mengakomodasi permintaan yang meningkat.

5. Mengalokasikan dana untuk mendukung pemantauan, evaluasi dan pembelajaran.
6. Tetapkan hubungan dengan focal point sektor lainnya dan mekanisme koordinasi, terutama makanan keamanan, kesehatan dan WASH.

Menilai dan Memantau

1. Kembangkan profil praktik PMBA dan gizi ibu dan anak untuk menginformasikan pengambilan keputusan dini dalam keadaan darurat.
2. Pastikan data terpilah dan laporan terbaru mudah diakses.
3. Hitung prevalensi bayi yang tidak disusui usia kurang dari enam bulan, satu tahun dan dua tahun dari data yang ada.
4. Siapkan pertanyaan kunci untuk disertakan dalam penilaian kebutuhan awal.
5. Mengidentifikasi kapasitas nasional / sub-nasional yang ada dan/atau potensial untuk melakukan penilaian dan survei PMBA
6. Dukung pemerintah untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur untuk memantau dan menindak pelanggaran Kode. Memantau dan melaporkan pelanggaran Kode ke pihak yang berwenang.
7. Identifikasi alat dan sistem pemantauan dan evaluasi yang ada yang dapat diterapkan di konteks darurat dan menyetujui adaptasi apapun yang diperlukan.

Melindungi, mempromosikan dan mendukung pemberian makanan bayi dan anak yang optimal dengan intervensi multisektor secara terpadu

1. Secara aktif mempromosikan dan mendukung praktik PMBA yang direkomendasikan dalam masyarakat.
2. Mengintegrasikan 10 Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui (LMKM) berdasarkan kebijakan Inisiatif Rumah Sakit Sayang Bayi dari WHO/UNICEF ke dalam layanan persalinan.
3. Kembangkan rencana persiapan untuk intervensi dukungan menyusui, makanan pendamping, pemberian makanan buatan dan identifikasi dan pengelolaan anak-anak yang rentan.
4. Identifikasi focal point sektor utama di kementerian dan lembaga untuk terlibat dalam pemrograman.
5. Profil makanan pelengkap dan praktik pemberian makan, termasuk kesenjangan zat gizi yang ada dan pilihan respons yang sensitif terhadap budaya, dan mekanisme peningkatan dan respons dalam konteks darurat.
6. Identifikasi rantai pasokan untuk Pengganti ASI yang sesuai (jika perlu) dan makanan pendamping.
7. Bekerja untuk memastikan bahwa makanan pendamping lokal/komersial memenuhi standar minimal. Periksa peraturan nasional yang terkait dengan makanan dan obat-obatan, khususnya impor.
8. Antisipasi kemungkinan kebutuhan dan mekanisme untuk memberikan suplementasi zat gizi mikro pada ibu hamil dan menyusui dan anak-anak.
9. Kembangkan rencana untuk tanggapan dan untuk transisi pasca-darurat terkait intervensi PMBA.
10. Identifikasi masalah kesehatan masyarakat yang ada atau potensial terkait gizi dan membuat rencana yang sesuai.

Meminimalisasi risiko pemberian makanan buatan

1. Kembangkan rencana untuk pencegahan dan pengelolaan sumbangan Pengganti ASI, produk susu dan peralatan makan lainnya dalam keadaan darurat.
2. Komunikasikan posisi pemerintah untuk tidak mencari atau menerima sumbangan kepada aktor kunci, termasuk kedutaan negara, donor, mitra pembangunan dan kelompok masyarakat sipil.

Meminimalisasi risiko pemberian makanan buatan

1. Kembangkan rencana untuk pencegahan dan pengelolaan sumbangan Pengganti ASI, produk susu dan peralatan makan lainnya dalam keadaan darurat.
2. Komunikasikan posisi pemerintah untuk tidak mencari atau menerima sumbangan kepada aktor kunci, termasuk kedutaan negara, donor, mitra pembangunan dan kelompok masyarakat sipil.
3. Gunakan skenario untuk memperkirakan kebutuhan pakan buatan potensial pada populasi yang terkena dampak darurat dan menyusun rencana kesiapsiagaan yang sesuai.
4. Menetapkan sistem pengelolaan makanan buatan, termasuk wewenang koordinasi (atau setidaknya kerangka acuan), mekanisme rantai pasok Pengganti ASI dan mekanisme pemantauan.

Catatan: Program Aksi Kesiapsiagaan (serta tanggap darurat dan pemulihan) dirinci dalam Komitmen Inti UNICEF untuk Anak-anak dalam Aksi Kemanusiaan. UNICEF 2010. Lihat 14 di Referensi Bagian 8.2 Kebijakan - Kebijakan Organisasi.

Catatan

- a. A / RES / 44/25, **Konvensi Hak-hak Anak**. Pertemuan pleno ke-61, 20 November 1989. www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm
- b. WHO 59th World Health Assembly. 4 Mei 2006. A59 / 13. **Item Agenda Sementara 11.8**. WHA 59.21. <http://innocenti15.net/declaration.htm>.
- c. <https://sustainabledevelopment.un.org/>
- d. www.who.int/nutrition/decade-of-action/en/
- e. waba.org.my
- f. www.lli.org
- g. www.ilca.org
- h. www.ibfan.org
- i. www.humanitarianresponse.info/en/about-clusters/what-is-the-cluster-approach
- j. **Model Koordinasi Pengungsi UNHCR**. www.unhcr.org/excom/icm/53679e2c9/unhcr-refugee-coordination-model.html
- k. Untuk keperluan data, periode 0-5 bulan dibaca sebagai 0 sampai 5 bulan, artinya kelahiran lebih dari 5,9 bulan, atau 'hampir' 6 bulan; masuk dalam kategori periode 6 bulan. Dalam istilah pemrograman, ini disebut bayi kurang dari 6 bulan (lihat Referensi Bagian 8.5 [75]).
- l. Sebagai panduan, di negara berkembang dengan angka kelahiran tinggi, proporsi yang diharapkan adalah: bayi 0-5 bulan: 1,35%; 6-11 bulan: 1,25%; anak 12-23 bulan: 2,5%; anak 0-59 bulan: 12,5%; wanita hamil dan menyusui: 5-7%, tergantung pada durasi rata-rata menyusui. N.B. Angka-angka ini adalah nilai rata-rata dan akan tergantung pada tingkat kelahiran, tingkat bayi hidup dan angka kematian balita.
- m. <http://mics.unicef.org/surveys>
- n. <http://dhsprogram.com/>
- o. <http://worldbreastfeedingtrends.org/>
- p. **UNICEF Penelitian dan Pengaduan**: www.unicef.org/reports/; **WHO Database Global Malnutrisi**: www.who.int/nutgrowthdb/en/; UNICEF Data: <https://data.unicef.org/>
- q. www.who.int/nutrition/nlis/en/
- r. www.alnap.org/resources/
- s. **ACAPS Global Emergency Overview**: www.acaps.org/countries/; **Web terkait Program Bantuan**: <http://reliefweb.int/countries/>; **Info Tanggapan Kemanusiaan**: www.humanitarianresponse.info/en/; **Pertukaran Data Terkait Isu Kemanusiaan**: <https://data.humdata.org/>; **RefWorld**: www.refworld.org/type,COUNTRYPROF,,,,,0.html
- t. **Web Terkait Pencegahan**: www.preventionweb.net/risk
- u. Tingkat kematian di antara semua kelompok umur dengan semua penyebab; biasanya dinyatakan dalam satuan kematian per 1.000 individu per tahun
- v. Jumlah kematian anak di bawah satu tahun per 1.000 kelahiran hidup.
- w. Jumlah anak di bawah lima tahun yang meninggal per 1.000 kelahiran hidup pada tahun tertentu.

- x. Tidak ada tolok ukur yang diterima secara global untuk pemberian ASI eksklusif dan dilanjutkan peringatan melanjutkan menyusui dalam keadaan darurat. Menyikapi hal tersebut, maka digunakanlah WHO 2025 tentang Target Nutrisi Global untuk ASI eksklusif. Namun untuk program menyusui lanjutan, tidak ada target yang ditetapkan. Tahun 2016 tinjauan data UNICEF dari negara berpenghasilan rendah dan menengah mengidentifikasi rata-rata global sebesar 74% terus menyusui satu tahun; oleh karena itu patokan yang dipilih adalah 70% (lihat Referensi Bagian 8.5 [70])
- y. **Misalnya, Evaluasi Semi Kuantitatif tentang Akses dan Cakupan:** www.fantaproject.org/monitoring-and-evaluation/squeac-sleac dan catatan kaki 40.
- z. Kode Pedoman Pelanggaran Gizi BMS:
www.nutritioncluster.net/resources/bms-code-violations-tracking-tool-nutrition-cluster/
Formulir Pelaporan IBFAN-ICDC: <https://vnhih.enketo.kobotoolbox.org/webform>
- aa. **Kangaroo Mother Care Toolkit:** www.healthynewbornnetwork.org/kangaroo-mother-caretoolkit/
- bb. **Penundaan pelepasan tali pusar untuk memperbaiki status kesehatan dan gizi ibu dan bayi. WHO, 2014.** www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/
- cc. **Rekomendasi WHO mengenai intervensi untuk memperbaiki kelahiran prematur. WHO, 2015.** www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/pretermbirth-pedoman/en/
- dd. **Menyusun pendekatan penyimpanan ASI terpadu untuk memperkuat perawatan bayi baru lahir.** DeMarchis A, Israel-Ballard K, Amundson Mansen K dan Engmann C, 2016. *Journal of Perinatologi*. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27831549 Memperkuat Penyimpanan ASI Terpadu: Kerangka Implementasi Global. Versi 1. PATH, 2013. www.path.org/publications/files/MCNH_haccp_training_workbook.pdf
- ee. Kondisi utama yang perlu dilakukan untuk **keamanan penggunaan donor ASI dalam keadaan darurat** adalah: kebijakan pemerintah (kesiapan) dan atau dengan tidak adanya kebijakan, kesepakatan antara pihak berwenang pada penggunaannya; perkiraan kebutuhan, kriteria kelayakan dan durasi ketentuan yang ditetapkan; kecukupan pasokan untuk respon; jaminan kualitas termasuk skrining donor dan pasteurisasi; dan pembentukan dan pemeliharaan rantai dingin untuk menjaga kualitas dan keamanan
- ff. Untuk contoh **skrining minimal** untuk populasi pada saat pengangkutan, lihat Bagian Referensi 8.6 [133].
- gg. **NutVal.** www.nutval.net
- hh. Anak-anak yang tidak disusui memiliki kebutuhan nutrisi yang tinggi (lihat Referensi Bagian 8.6 [119]).
- ii. Akses terhadap air minum yang bersih dan aman, fasilitas mencuci tangan, pengelolaan tinja yang aman, toilet yang mudah diakses, penggunaan toilet yang lebih baik dan air minum yang diolah dengan aman disimpan (lihat Referensi Bagian 8.6 [160-166]).
- jj. Panduan global menyarankan agar otoritas nasional / sub-nasional menetapkan praktik pemberian makan yang memberikan kesempatan besar untuk bertahan hidup bagi bayi dan anak-anak penderita HIV dan dukungan pada ibu dan pengasuh yang sesuai. **Praktek pemberian makan yang disarankan** untuk dipilih **dalam konteks HIV** adalah: a) memberi ASI dan menerima intervensi obat anti-retroviral (ARV), atau b) menghindari semua menyusui dan makanan pengganti. Untuk membuat keputusan ini, otoritas yang tepat seharusnya menyeimbangkan risiko penularan HIV versus penyebab kematian anak lainnya. Pertimbangan meliputi: konteks sosioekonomi dan budaya; ketersediaan dan kualitas

pelayanan kesehatan; Prevalensi HIV di antara ibu hamil; dan penyebab utama kekurangan gizi ibu dan bayi serta bayi dan bayi kematian anak di populasi yang terkena dampak (lihat Referensi Bagian 8.6 [113-115]).

- kk. Profilaksis perinatal dan **obat ARV** pasca persalinan untuk bayi (lihat definisi) harus dipertimbangkan dimana **suplai ARV ke ibu terganggu**.(lihat Bagian Referensi 8.6 [115]).
- ll. **Perangkat BMS yang Aman**. Save the Children, 2017. <https://drive.google.com/file/d/0B5uBNDhrtqbamMyMFg2cldrM1U/view>

8 RUJUKAN

Pemilihan referensi dan sumber penting ini disusun sesuai bagian dari OG-IFE yang paling relevan. Perlu menjadi perhatian bahwa sumber dan referensi ini dapat diaplikasikan lebih dari satu bagian.

8.1 Umum	[1]
8.2 Kebijakan	[1]
Strategi Global dan Nasional	[2] - [7]
Kebijakan Global	[8] - [12]
Kebijakan Organisasi	[13] - [22]
Standar Minimum	[23] - [25]
8.3 Pelatihan	[26]
Konseling	[27] - [34]
Pemrograman	[35] - [40]
Komunitas	[41] - [48]
Penilaian dan Penelitian	[49] - [50]
Respon Kemanusiaan Umum	[51] - [54]
8.4 Koordinasi	[55]
Perencanaan dan Koordinasi Respon Kemanusiaan	[56] - [57]
Komunikasi dan Advokasi	[58] - [67]
8.5 Penilaian dan Pengawasan	[68]
Indikator	[69] - [73]
Umur	[74] - [75]
Mengumpulkan Data (Penilaian)	[76] - [80]
Penilaian mendalam	[81] - [87]
Pemantauan	[88] - [92]
Partisipasi	[93] - [94]
Belajar	[95] - [96]
8.6 Intervensi Multi Sektor	[97]
Konseling IYCF	[98] - [101]
Menyusui	[102] - [108]
Makanan Buatan	[109] - [110]
Keadaan Khusus	[111] - [116]
Pemberian makanan pelengkap	[117] - [120]
Nutrisi Ibu	[121] - [122]
Mikronutrien	[123] - [128]
Kesiapsiagaan	[129] - [130]
Pemrograman IYCF-E	[131] - [136]
Perubahan Perilaku	[137] - [140]
Pengarusutamaan dalam Nutrisi	[141] - [149]
Cacat	[150] - [153]
Jenis Kelamin	[154] - [156]
Integrasi	[157] - [159]
WASH	[160] - [166]
Perlindungan	[167] - [169]
Ketahanan Pangan dan Mata Pencaharian	[170]
Perkembangan Anak Usia Dini	[171] - [174]

Remaja	[175]
Kesehatan mental dan dukungan psikososial	[176] - [282]
Kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak	[182] - [186]
Penyakit menular	[187] - [192]

8.7 Makanan buatan	[193] - [194]
Mengurangi risiko	[195] - [197]
Peran dan Tanggung Jawab	[198]-[201]
Spesifikasi pengganti ASI	[202]-[203]
Persediaan pengganti ASI dan peralatan Menyusui	[204]

8.1 Hal Umum

1. **Panduan IYCF-E. Versi 3. Save the Children**, 2017. Bahasa Inggris, dengan dokumen utama dalam bahasa Prancis dan Arab. Kumpulan informasi dan sumber daya praktis untuk memungkinkan proses awal dan pelaksanaan IYCF-E yang cepat dalam keadaan darurat. Panduan IYCF-E adalah sumber umum yang mencakup semua bagian ; Namun sumber daya yang relevan terutama disorot dalam setiap bagian. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3>

8.2 Kebijakan

Strategi Global dan Nasional

2. **Panduan IYCF-E. Versi 3. Bagian A: Kebijakan**. Save the Children, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3>
3. **Rencana implementasi tentang pemenuhan gizi pada ibu dan anak**. Penjelasan rencana aksi yang harus dilaksanakan oleh negara-negara anggota dan mitra internasional untuk mencapai enam target dalam pemenuhan gizi global pada tahun 2025. WHO, 2014. Arab, Cina, Inggris, Prancis, Rusia, Spanyol. www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/en/
4. **Panduan dasar pemberian makanan pada bayi dan balita dalam keadaan darurat**. World Health Organization, 2004. Bahasa Inggris
5. **Strategi Global untuk IYCF**. WHO dan UNICEF, 2003. Arab, Cina, Inggris, Prancis, Jerman, Italia, Jepang, Rusia, Spanyol. Menyediakan kerangka kerja utama WHO dalam promosi pemberian ASI dan MP-ASI
6. **Panduan Perencanaan Implementasi Nasional dari Strategi Global untuk IYCF**. WHO dan UNICEF, 2007. Bahasa Inggris. Mengusulkan langkah bijak untuk mengembangkan strategi spesifik sesuai dengan kondisi negara anggota. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241595193/en/
7. **Perlindungan terhadap kemungkinan konflik kepentingan dalam program pemenuhan gizi : Pendekatan untuk mencegah dan mengelola konflik kepentingan dalam pengembangan kebijakan dan pelaksanaan program gizi di setiap negara**. www.who.int/nutrition/publications/COI-report/en/

Kebijakan Global

8. **Panduan Kebijakan: Prioritas Intervensi Pemenuhan gizi dan pendekatan lintas sektor di Amerika Latin dan Karibia**. The World Bank, 2011. Bahasa Inggris. Dokumen menggambarkan prioritas intervensi pemenuhan gizi dan pentingnya pendekatan lintas sektor untuk mempromosikan dan melindungi status gizi ibu dan anak serta sumber daya manusia suatu negara dalam jangka pendek, menengah dan panjang. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23711/NonAsciiFileName0.pdf?Urutan=1&isAllowed=y>
9. **Kode Pemasaran Pengganti ASI Internasional. WHO, 1981 dan Resolusi yang relevan pada pertemuan Negara Anggota WHO berikutnya (Kode – Lihat definisi)**. Arab, Inggris, Perancis, Spanyol dan lain-lain. <http://ibfan.org/the-full-code>
10. **Kode Pemasaran Pengganti ASI Internasional – Pembaruan di Tahun 2017. Pertanyaan**

- yang Sering Diajukan.** WHO, 2017. Cina, Inggris, Rusia, Spanyol. Informasi lengkap tentang pertanyaan spesifik yang terkait dengan Kode Etik Pemasaran Pengganti ASI Internasional. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/en/
11. **Resolusi WHA (pertemuan negara anggota WHO) : Panduan Menghentikan Promosi Makanan untuk Bayi dan Balita yang Tidak Tepat.** 69th WHA A69 / 7 Add.1. 2016. Bahasa Inggris. Meliputi makanan dan minuman yang diproduksi secara komersial, termasuk makanan pelengkap yang dipasarkan untuk anak berusia lebih dari 36 bulan. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-en.pdf
 12. **Resolusi WHA tentang Promosi Makanan yang Tidak Tepat untuk Bayi dan Balita. : Paket Kebijakan.** WHO, UNICEF, Save the Children, IBFAN, & Helen Keller International, 2016. Bahasa Inggris. http://archnutrition.org/wp-content/uploads/2016/12/011917_HKI_WHABrief_v3-with-date-1.pdf

Kebijakan Organisasi

13. **Model Pernyataan Bersama tentang IFE.** IFE Core Group, 2017. Bahasa Inggris. Pernyataan umum untuk penyesuaian. www.enonline.net/modelifejointstatement
14. **Komitmen** Utama dalam Aksi Kemanusiaan pada Anak. UNICEF, 2010. Kerangka kerja global untuk aksi kemanusiaan pada anak-anak yang dilakukan oleh UNICEF dan mitra, www.unicef.org/publications/files/CCC_042010.pdf
15. **Target Gizi Global 2025: Ringkasan Kebijakan Menyusui.** WHO dan UNICEF, 2014. Bahasa Inggris. www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/
16. **Kebijakan Umum tentang IFE.** Kelompok utama IFE, 2008. Contoh kebijakan IFE berdasarkan Pedoman Pelaksanaan. www.enonline.net/ifegenericpolicy
17. **Dokumen Pernyataan sikap tentang IYCF-E 2.0.** ACF, 2016. Bahasa Inggris. www.actionagainsthunger.org/publication/2016/02/baby-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-position-paper-20
18. **Dokumen Pernyataan sikap tentang IYCF-E.** ILCA, 2014. Bahasa Inggris. <http://waba.org.my/pdf/ilca-iycf-emergencies.pdf>
19. **Dokumen Pernyataan sikap tentang IYCF-E.** Save the Children, 2016. Bahasa Inggris. <https://drive.google.com/file/d/0B5uBNdhrtqbNndidU91Ym1hNGM/view>
20. **Kebijakan Susu.** World Vision, 2011. Bahasa Inggris. www.wvi.org/nutrition/publication/milk-policy
21. **Contoh Kebijakan Pemberian Makanan Bayi.** UNICEF Inggris. Bahasa Inggris. Contoh kebijakan persalinan, kunjungan kesehatan dan bayi baru lahir dan penilaian terhadap Standar Rumah Sakit Sayang Bayi. www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/tools-and-forms-for-health-professionals/sample-infant-feeding-policies/
22. **Kebijakan UNHCR Terkait dengan Penerimaan, Distribusi, dan Penggunaan Produk Susu di Lokasi Pengungsian.** UNHCR, ENN, Kelompok Utama IFE dan Institute of Child Health, 2006. www.unhcr.org/uk/publications/operations/4507f7842/unhcr-policy-related-accepteddistribution-use-milk-products-refugee.html

Standar Minimum

23. **Standar Utama Kemanusiaan Tentang Kualitas dan Akuntabilitas (CHS).** Aliansi CHS, Kelompok URD dan Proyek SPHERE, 2014. Arab, Inggris, Prancis, Spanyol dan lainnya. Kode relawan yang menggambarkan unsur-unsur penting tindakan kemanusiaan yang berprinsip, bertanggung jawab dan berkualitas. <https://corehumanitarianstandard.org/the-standard>
24. **Kode Etik untuk Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Internasional dan Organisasi Non-Pemerintah dalam Penanggulangan Bencana.** IFRC, 1994. Bahasa Arab, Inggris, Prancis, Spanyol dan lainnya. <https://media.ifrc.org/ifrc/who-we-are/the-movement/code-of-conduct/>
25. **Buku Petunjuk Sphere.** 2011. Bahasa Arab, Inggris, Prancis, dan lainnya. Termasuk diantaranya pedoman IYCF. Dicitak ulang tahun 2018. www.sphereproject.org/handbook

8.3 Training/Pelatihan

26. **Panduan IYCF-E. Versi 3. Bagian G : Orientasi dan Pelatihan.** Save the Children, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3> Counselling
27. **Konseling menyusui : Sebuah pelatihan.** UNICEF dan WHO, 1993. Bahasa Inggris, Prancis, Rusia dan Spanyol; Ditujukan untuk tenaga kesehatan. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/en/
28. **Modul E-Learning Menyusui.** Toronto Public Health. Bahasa Inggris. 12 modul online bertujuan mendukung tenaga kesehatan professional untuk menyediakan layanan pemberian ASI berdasarkan bukti ilmiah dan menciptakan lingkungan yang sayang bayi. www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vgnextoid=46bdf87775c24410VgnVCM10000071d60f89RCRD
29. **Paket Pelatihan untuk Menilai Pertumbuhan Anak dan Konseling IYCF.** WHO, 2012. Bahasa Inggris. Ditujukan untuk petugas kesehatan dan konselor pemula di lingkungan di Puskesmas. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241504812/en/
30. **Konseling Pemberian Makanan Pendamping-ASI: Sebuah Kursus Pelatihan.** WHO, 2004. Bahasa Inggris. Untuk tenaga kesehatan yang bekerja dengan pengasuh balita berusia 6 sampai 24 bulan. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241546522/en/
31. **Modul 2 Pemberian Makanan Bayi pada Kondisi Darurat untuk Tenaga Kesehatan dan tenaga Gizi Sebagai Pelatihan, Praktik dan Referensi.** Versi 1.1. Bertujuan untuk menyediakan pengetahuan dasar dan keterampilan untuk mendukung IYCF yang aman dan tepat kepada orang yang secara langsung terlibat dengan bayi dan wali. ENN, IBFAN-GIFA, Fondation Terre des Hommes, CARE USA, Aksi Contre la Faim, UNICEF, UNHCR, WHO, WFP, Kaitan, 2007. Bahasa Arab, Inggris, Prancis. www.ennonline.net/ifemodule2
32. **Konseling IYCF : Pelatihan terpadu.** UNICEF, 2006. Bahasa Inggris, Spanyol dan Rusia. Catatan : Pelatihan terpadu Konseling IYCF yang dilakukan selama 5 hari tidak menggantikan pelatihan konseling menyusui (24) dan Konseling Makanan Pendamping (27), namun pelatihan terpadu melengkapi keterampilan tenaga kesehatan dan konselor pemula yang memiliki keterbatasan waktu dengan dasar-dasar yang diperlukan.
33. **IYCF : Buku pegangan kuliah untuk mahasiswa kedokteran dan kesehatan.** WHO, 2009. Bahasa Inggris dan Spanyol. Pelatihan dasar tentang pengetahuan dan keterampilan dasar tenaga kesehatan yang bekerja di bidang kesehatan ibu dan anak. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/
34. **Video Online.** Global Health Media. Bahasa Inggris, Prancis, Spanyol dan lainnya. Peralatan pelatihan : seri menyusui dan bayi baru lahir. <https://globalhealthmedia.org/videos/>

Program

35. **Rancangan perubahan perilaku : untuk Pertanian, Manajemen Sumber Daya Alam, Kesehatan dan Gizi.** TOPS and Core Group, 2013. Bahasa Inggris, Prancis dan Spanyol. Kurikulum 6 hari. www.fsnnetwork.org/designing-behavior-change-agriculture-natural-resource-managementhealth-and-nutrition
36. **Modul 17 Paket Pelatihan Terpadu: IYCF.** Versi 2. ENN and Nutrition Works. 2011. Bahasa Inggris. Sumber daya untuk pelatih di sektor Nutrition in Emergencies (NiE), juga dapat digunakan oleh individu untuk meningkatkan pengetahuan teknis mereka tentang sektor ini. www.ennonline.net/http2module17
37. **Paket Orientasi IYCF-E.** Jaringan Gizi Darurat dan Kelompok Inti IFE, 2010. Bahasa Inggris. Ditargetkan pada staf bantuan darurat, manajer program dan staf teknis yang terlibat dalam perencanaan dan tanggap darurat di tingkat nasional dan internasional. www.ennonline.net/iycfeorientationpackage Includes e-learning at <http://lessons.ennonline.net/>
38. **Pelatihan 5-Hari IYCF-E.** Save the Children, 2017. Bahasa Inggris dan Perancis. Kursus pelatihan yang dapat disesuaikan yang bertujuan untuk mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk menetapkan dan mengimplementasikan program-program IYCF-E sesuai dengan pendekatan dan standar sektor yang disepakati bersama. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-training>

-
39. **Pemrograman untuk IYCF – Sebuah Kursus Pelatihan.** UNICEF dan Cornell University. E-learning ditujukan untuk manajer program. Bahasa Inggris. www.nutritionworks.cornell.edu/UNICEF/about/
 40. **Panduan Kesehatan Masyarakat untuk Keadaan Darurat. Bab 9: Ketahanan Pangan dan Nutrisi di Indonesia. Edisi kedua.** The John Hopkins dan IFRC dan Red Crescent Society, 2008. Bahasa Inggris. Referensi manual tentang pengelolaan situasi bidang gizi darurat untuk pekerja kemanusiaan dan profesional medis. <http://foodsecuritycluster.net/document/food-security-emergencies>

Komunitas

41. **Merawat Bayi dan Anak-anak dalam Komunitas. Paket Sumber,** WHO, 2015. Bahasa Inggris. Terdiri dari tiga kursus yang ditujukan untuk meningkatkan jangkauan rumah tangga dan intervensi komunitas yang akan mengurangi kematian bayi dan anak-anak dan mempromosikan pertumbuhan dan perkembangan kesehatan, termasuk melalui IYCF. Termasuk konseling dan buklet foto.
42. **Melibatkan para Nenek dalam Peningkatan Nutrisi: Manual Pelatihan dan Panduan untuk Mentor Kelompok Dialog.** IYCN, 2011. Bahasa Inggris dan Portugis. Dirancang untuk melatih para nenek untuk menjadi mentor kelompok dialog yang membahas perawatan keluarga dan nutrisi anak serta ibu.
43. **IYCF dan Gender: Manual Pelatihan dan Manual Peserta untuk Ketua Kelompok Pria.** IYCN, 2011. Untuk melatih ketua kelompok pria berbagi informasi dan menyemangati diskusi tentang peran gender dalam praktik IYCF.
44. **Mengukur dan Mempromosikan Perkembangan Anak.** Visi Dunia, 2011. Bahasa Inggris. Promosi dan monitoring pertumbuhan komunitas pelatihan selama tiga hari.
45. **Mobilisasi Komunitas untuk Peningkatan Nutrisi: Manual dan Panduan untuk Ketua Komunitas Pelatihan.** IYCN, 2011. Bahasa Inggris dan Portugis. Instruksi bertahap untuk memfasilitasi workshop-satu-hari bersama ketua komunitas.
46. **Kelompok Dukungan antar Ibu: Manual Pelatih dan Fasilitator dilengkapi Panduan Diskusi.** IYCN, 2011. Bahasa Inggris dan Portugis. Untuk melatih fasilitator kelompok dukungan antar ibu dalam memimpin diskusi partisipatif tentang nutrisi anak, bayi, dan ibu.
47. **Supervisi Suportif/Mentoring dan Monitoring Komunitas IYCF.** UNICEF, 2013. Bahasa Inggris. Pelatihan satu hari: bentuk monitoring dan alat- yang dibutuhkan.
48. **Paket Konseling Komunitas IYCF.** UNICEF, 2013. Bahasa Inggris dan Perancis. Alat penggerak untuk adaptasi lokal, termasuk kartu konseling.

Penilaian dan Penelitian

49. **Mengenal Metodologi Penelitian Kualitatif: Manual Pelatihan.** Ditujukan khususnya pada non-saintis sosial yang bekerja di lingkungan masyarakat berpenghasilan menengah ke bawah.
50. **Pelatihan Penilaian Kebutuhan Humanitarian.** Harvard Humanitarian Initiative, 2016. Bahasa Inggris. E-learning.

Respons Humanitarian Umum

51. **Membangun Respons yang lebih baik.** Akademi Humanitarian di Harvard. Bahasa Inggris. E-learning untuk memahami struktur dan fungsi arsitektur humanitarian internasional.
52. **Berkomunikasi dengan Komunitas yang terkena Bencana.** Jaringan CDAC. Bahasa Inggris. E-learning tentang komponen kunci bagi komunikasi yang efektif dengan komunitas yang terkena krisis.
53. **Siap Bencana.** Perpustakaan Pembelajaran Online. Bahasa Arab, Prancis, dan Spanyol.
54. **E-Learning Gagasan Humanitarian Harvard.**

8.4 Koordinasi

55. **Peralatan IYCF-E.** Bagian 1: Koordinasi dan Komunikasi. Bahasa Arab, Inggris, dan Perancis, 2017.

Perencanaan dan Koordinasi Respon Humanitarian

56. **Buku Saku tentang Nutrisi: Panduan Praktis untuk Tindakan Level Negara.** Kluster Nutrisi Global, 2017. Bahasa Inggris. Dalam Revisi.
57. **Tips tentang Peran Nutrisi bagi Perencanaan Respon Humanitarian.** Kluster Nutrisi, 2016. Bahasa Inggris. Memberikan tips-tips bagi kluster nutrisi untuk memfasilitasi perencanaan respon kolektif dan perkembangan peran Nutrisi dalam Kondisi Darurat (termasuk IYCF-E).

Komunikasi dan Advokasi

58. **Tas Perkakas Advokasi.** Hidup dan Berkembang. Bahasa Inggris.
59. **Gagasan Advokasi Pemberian ASI: Untuk Awal Terbaik dalam Hidup.** WHO dan UNICEF, 2016.
60. **Seri Pemberian ASI.** The Lancet, 2011. Bahasa Inggris.
61. **Dari Jam Pertama Kehidupan: Sebuah Laporan Baru tentang IYCF.** UNICEF, 2016. BAHASA Inggris, Perancis, dan Spanyol.
62. **Video Orientasi IYCF-E.** Selamatkan Anak-anak, 2017. Bahasa Inggris. Video perkenalan tiga menit yang ditujukan pada orang-orang yang terlibat dalam Krisis Pengungsi Eropa. Juga bisa diterapkan ke krisis lainnya.
63. **Pentingnya Video Pemrograman IYCF-E.** Save the Children, 2017. Bahasa Inggris. Video berdurasi tiga menit berisi penjelasan mengapa IYCF-E penting, bagaimana praktik penerapannya yang optimal dan seberapa optimal pemrograman IYCF-E bisa diterapkan.
64. **Tas Perkakas Komunikasi Massa.** Hidup dan Berkembang. Bahasa Inggris.
65. **Panduan Media tentang IYCF-E.** Kelompok Inti IFE, 2007. Bahasa Arab, Inggris, Jerman, Itali, dan Spanyol.
66. **Mendukung Pemberian ASI dalam Kondisi Darurat: Melindungi Hak-hak Reproduksi Wanita dan Kesehatan Abyi dan Ibu.** Gribble, K., McGrath, M., McLaine, A., Lhotska, L. (2011).
67. **Lihat juga: 13 (Pernyataan Bersama).**

8.5 Penilaian dan Pengawasan

68. **Peralatan IYCF-E. Versi 3. Bagian B: Menilai Kebutuhan.** Save the Children, 2017.

Indikator-indikator

69. **Catatan Indikator Humanitarian.** Bahasa Inggris. Alat panduan untuk memilih indikator.
70. **Indikator-indikator untuk Menilai Praktik-praktik IYCF. Bagian 1: Definisi.** WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008. Bahasa Inggris, Perancis, dan Spanyol.
71. **Indikator-indikator untuk Menilai Praktik Pemberian ASI.** WHO, 1991. Bahasa Inggris dan Perancis. Laporan pertemuan yang menguraikan konsensus atas indikator-indikator yang didapat dari data survei rumah tangga.
72. **Sejak-Jam-Pertama-Kehidupan. Melakukan Perbaikan Pemberian Makan pada Bayi dan Anak-anak di Semua Tempat.** UNICEF, 2016.
73. **Lihat juga: 57 (Tips seputar Intervensi Nutrisi).**

Usia

74. **Panduan untuk Memperkirakan Bulan dan Usia Kelahiran Anak.** FAO, 2008. Bahasa Inggris.
75. **Berbicara tentang Usia Anak: Sebuah Pengarahan.** IFE Core Group, 2012. Bahasa Inggris. Ditujukan untuk meningkatkan pemahaman dan akurasi penggunaan usia dalam survei dan ketika berbicara dengan para ibu.

Mengumpulkan Data (Penilaian)

76. **Lembar Fakta tentang Penilaian Praktik IYCF dalam Kondisi Darurat.** Tech RRT, 2016. Bahasa Inggris dan Perancis.
77. **Indikator-indikator Penilaian Praktik IYCF.** WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2010. Bahasa Inggris dan Perancis. Alat dan penjelasan untuk sekumpulan indikator.

-
78. **Praktik-Praktik IYCF. Mengumpulkan dan Menggunakan Data: Panduan Bertahap.** Layanan, 2010. Termasuk angket umum. Bahasa Inggris.
 79. **Penggunaan Alat Epidemiologis dalam Populasi Terpengaruh Konflik. LSHTM.** Diskusi singkat tentang berbagai topik kunci dalam epidemiologi bidang sebagaimana diterapkan dalam kondisi darurat humanitarian. Termasuk Isu-isu Ethis dalam Pengumpulan Data.
 80. **Tren Pemberian ASI di Dunia.** WBTi. Bahasa Inggris. Laporan tentang kebijakan IYCF dan pemrograman di 84 negara.

Penilaian Mendalam

81. **Panduan Penggunaan Metodologi Penelitian Kualitatif.** MSF-OCA dan LSHTM, 2007. Bahasa Inggris.
82. **Panduan Praktis dalam Melakukan Analisis Rintangan.** Bonnie Kittle, 2013. Bahasa Arab, Inggris, Perancis, dan Spanyol.
83. **Melakukan Survei KAP: Sebuah Dokumen Pembelajaran Berdasarkan kegagalan KAP.** ACF, 2013. Bahasa Inggris.
84. **Penelitian formatif: Sebuah panduan untuk mendukung Pengumpulan dan Analisis Data Kualitatif untuk Perencanaan Program Nutrisi Anak dan Ibu Terintegrasi.** CARE, 2014. Bahasa Inggris. Informasi mendasar dan alat-alat yang dibutuhkan untuk melakukan dan menganalisis penelitian kualitatif, khususnya untuk meningkatkan MIYCN yang dikombinasikan dengan intervensi keamanan makanan rumah tangga.
85. **Panduan untuk Menilai Pengetahuan seputar Nutrisi, Sikap dan Praktik.** FAO, 2014 Bahasa Inggris.
86. **Panduan untuk Populasi Pengungsi terkait Survei Terstandarisasi untuk Perluasan Nutrisi (SESN). Modul 3: IYCF.** Versi 2. UNHCR, 2013. Bahasa Inggris. Metode terstandarisasi untuk melakukan survei nutrisi tahunan.
87. **Dasar-dasar. Merencanakan Penelitian Formatif terhadap Praktik Pemberian Makan pada Bayi dan Anak-anak.** IYCN, 2011. Bahasa Inggris. Ditujukan untuk membantu peneliti yang telah familiar dengan metode penelitian formatif dalam melakukan penilaian formatif untuk program-program IYCF.

Monitoring

88. **Panduan dan Checklist Supervisi Konseling.** IYCN, 2011. Bahasa Inggris. Sebuah alat untuk para supervisor untuk mengukur pengetahuan pekerja kesehatan dan merekam perilaku mereka selama sesi konseling.
89. **Panduan dan Kuesioner Exit Interview.** IYCN, 2011. Bahasa Inggris. Membantu manager program dalam menilai kualitas layanan konseling dan kepuasan klien.
90. **Panduan dan Alat Monitoring Praktik IYCF.** IYCN, 2011. Bahasa Inggris. Alat bagi pekerja kesehatan untuk melacak perilaku individu dan membantu untuk memonitor perkembangannya dalam mendapatkan perilaku inti IYCF.
91. **Peralatan IYCF-E. Versi 3. Bagian H: Monitoring dan Supervisi.** Bahasa Arab, Inggris, dan Perancis, 2017.
92. **Panduan Evaluasi dan Monitoring Multi-Sektoral.** ACF, 2016. Bahasa Inggris dan Perancis.

Partisipasi

93. **Buku Pegangan untuk Keikutsertaan dalam Pekerja Lapangan Humanitarian—Termasuk Orang-orang yang Terpengaruh Krisis dalam Respon Humanitarian.** ALNAP dan Groupe URD, 2009. Bahasa Inggris dan Perancis.
94. **Partisipasi Komunitas dalam Pemrograman Bantuan Humanitarian.** ACF, 2006. Bahasa Inggris.

Pembelajaran

95. **Sebuah Panduan untuk mengembangkan Strategi Manajemen Pengetahuan untuk**

Keamanan Pangan dan Program Nutrisi. TOPS dan FSN Network, 2016. Bahasa Inggris. Panduan praktis untuk staf pada berbagai level dalam mengembangkan strategi yang fokus pada peningkatan performa dan kualitas implementasi.

96. **Tas Perkakas: Penggunaan Strategis Data.** Hidup dan Berkembang. Bahasa Inggris.

8.6 Intervensi Multi-sektor

97. **Peralatan IYCF-E. Versi 3. D: Perencanaan Program dan Pelaporan.** Save the Children, 2017.

Konseling IYCF

98. **Penilaian IYCF dengan Penuh dan Cepat pada Level Individu.** Pemilihan berbagai form penilaian yang mungkin perlu diadaptasikan kepada pemrograman dan konteks lokal.
99. **Lembar Informasi Pemberian Makanan Responsif.** UNICEF UK BFI. Bahasa Inggris. Mencakup baik pemberian ASI maupun susu botol yang responsif.
100. **Lihat juga: 27 (Konseling).** (Modul E-Learning Pemberian ASI; Modul 3, Bagian 3—Penilaian Pasangan Ibu dan Anak.
101. **Lihat juga: 8.3 (Pelatihan).**

Breastfeeding

102. **Form Observasi B-R-E-A-S-T.** Bahasa Inggris.
103. **Jawaban seputar Pemberian ASI.** La Leche League. Bahasa Inggris. Berbagai sumber terkait isu-isu pemberian ASI.
104. **Alat Penilaian Pemberian ASI.** UNICEF UK BFI. Bahasa Inggris. Alat untuk ibu, asisten rumah tangga dan pekerja kesehatan komunitas.
105. **Protokol Klinis.** Akademi Obat-obatan ASI. Bahasa Inggris. Panduan untuk praktisi kesehatan.
106. **Penanganan dan Penyimpanan Susu Manusia.** CDC, 2016. Bahasa Inggris.
107. **Bagaimana Menjaga Alat Pompa ASI Tetap Bersih: Hal-hal Penting.** CDC, 2017. Bahasa Inggris dan Spanyol.
108. **Relaktasi: Tinjauan Pengalaman dan Rekomendasi Praktik.** WHO, 1998. Bahasa Inggris, Prancis, dan Spanyol.

Pengasian Buatan

109. **Alasan-alasan Medis Penggunaan BMS.** WHO, 2009. Bahasa Inggris, Spanyol, dan Portugis.
110. **Sumber-sumber Formula Bayi.** UNICEF UK BFI. Bahasa Inggris. Termasuk panduan bagi orangtua dan pekerja kesehatan.

Kondisi-kondisi Khusus

111. **Daftar Centang atau Ceklis untuk Menentukan Status HIV bagi Anak-anak Usia 0-59 Bulan dengan SAM.** Bahasa Inggris. UNICEF, 2015.
112. Panduan untuk pemberian ASI yang optimal pada bayi dengan berat badan lahir yang rendah di negara-negara berpenghasilan menengah ke bawah. WHO, 2011. Bahasa Inggris. Rekomendasi tentang makanan yang harus diberikan pada bayi dengan berat badan lahir yang rendah, waktu pemberian makanan, cara pemberian makanan, frekuensi pemberian makanan dan banyaknya makanan.
113. **Panduan Pemberian Makan pada Bayi dan Penderita HIV: Prinsip-prinsip dan Rekomendasi Pemberian makanan pada Bayi yang menderita HIV dan Kesimpulan Bukti.** WHO, 2010. Bahasa Inggris.
114. **Panduan Terbaru tentang Pemberian Makan pada Bayi HIV.** WHO dan UNICEF, 2016. Panduan tahun 2016 tidak merefleksikan seluruh rekomendasi WHO yang berkaitan dengan HIV dan pemberian makanan pada bayi, namun hanya mencakup area yang diprioritaskan untuk diperbaharui oleh Kelompok Perkembangan Panduan WHO. Rekomendasi yang ada dalam panduan 2010 WHO tentang HIV dan pemberian makanan pada bayi tetap valid kecuali yang diperbaharui dalam panduan 2016. Bahasa Inggris.

-
115. **HIV dan Pemberian Makanan pada Bayi dalam Kondisi Darurat: Panduan Operasional.** WHO, 2017.
 116. **Managemen Komunitas untuk Bayi Usia < 6 Bulan dengan Malnutrisi Akut yang Tidak Kompleks (C-MAMI Tool). Versi 1.** ENN dan LSHTM, 2015. Bahasa Inggris.

Pemberian Makanan pelengkap

117. **Peran Potensial Mutakhir dari Makanan yang Diformulasikan Khusus dan Suplemen Makanan untuk mencegah malnutrisi pada anak berusia 6 – 23 bulan dan untuk merawat malnutrisi sedang pada anak berusia 6 – 59 bulan.** De Pee, S., and Bloem, M., 2009. Bahasa Inggris
118. **Prinsip-prinsip Panduan untuk Pemberian Makanan Pelengkap bagi Bayi yang dalam pengASlan.** PAHO dan WHO, 2003. Bahasa Inggris.
119. **Prinsip-prinsip Panduan untuk Makanan Anak yang tidak diberi ASI berusia 6 – 24 bulan.** WHO, 2005. Bahasa Inggris, Perancis, dan Spanyol.
120. **Panduan-panduan Alimentarius Codex yang telah Direvisi untuk Membuat Makanan Pelengkap untuk Anak-anak dan Balita.** Codex, 2013. Bahasa Inggris.

Nutrisi Maternal

121. **Panduan Diet Nutrisi Ibu.** LINKAGES. Bahasa Inggris.
122. **Nutrisi Maternal untuk Wanita dan Anak Perempuan. Panduan Teknis.** USAID, 2014. Bahasa Inggris.

Mikronutrien

123. **Menghadapi Diare pada Anak-anak Pengungsian, Kondisi Darurat dan Perkembangannya dalam Konteks Penggunaan Bubuk Mikronutrien.** Arahan Teknis. WFP dan DSM, 2010. Bahasa Inggris.
124. **Pernyataan Bersama tentang Pencegahan dan Pengontrolan Defisiensi Mikronutrien pada Populasi yang terkena kondisi Darurat.** WHO, WFP, dan UNICEF, 2007. Bahasa Inggris.
125. **Panduan Operasional UNHCR pada Penggunaan Produk Nutrisi Khusus untuk Mengurangi Defisiensi Mikronutrien dan Malnutrisi pada Populasi Pengungsi.** UNHCR, UCL, ENN, 2011. Bahasa Inggris.
126. **Penggunaan Bubuk Mikronutrien Ganda pada Fortifikasi Penggunaan Makanan Yang Dikonsumsi oleh Bayi dan Balita berusia 6-23 Bulan dan Anak-anak Berusia 2-12 tahun: Panduan.** WHO, 2016. Bahasa Inggris.
127. **Pemberian Suplemen Vitamin A untuk Bayi dan Anak-anak Berusia 6-59 Bulan.** WHO, 2011. Bahasa Arab, Inggris, Cina, dan Perancis.
128. **Penggunaan Bubuk Mikronutrien Ganda untuk Fortifikasi Penggunaan Makanan yang Dikonsumsi oleh Wanita Hamil.** WHO, 2016. Bahasa Inggris.

Persiapan

129. **Persiapan Darurat untuk mereka yang Merawat Bayi pada Konteks Negara Berkembang.** Gribble, K dan Berry, N., 2011. Bahasa Inggris.
130. **Lihat juga: 8.2 (Kebijakan)** (Termasuk Komitmen Utama UNICEF terhadap Anak-anak). Pemrograman IYCF-E.
131. **Ruang Ramah Anak: Pendekatan Holistik untuk Wanita Hamil, Wanita Menyusui dan Balita dalam Kondisi Darurat.** ACF, 2014. Bahasa Inggris.
132. **Kelompok Perawatan: Panduan untuk Praktisi.** TOPS, Makanan untuk yang Lapar, CORE Group and World Relief, 2016. Bahasa Inggris.
133. **Pertimbangan Operasional Interim untuk Dukungan Makanan bagi Bayi dan Balita di bawah usia 2 tahun pada Perkampungan Pengungsi dan Transit Migran di Eropa.** UNICEF, UNHCR, Save the Children, ENN, 2015.
134. **Panduan Pemrograman IYCF.** UNICEF, 2011. Bahasa Inggris.
135. **Panduan Pemrograman IYCF-E.** ECHO, 2014. Bahasa Inggris.

-
136. **Panduan CDC untuk Mendukung Ibu Menyusui dan Bayi.** CDC, 2013. Bahasa Inggris. Menggambarkan intervensi berdasarkan bukti.

Perubahan Perilaku

137. **Komunikasi Perubahan Perilaku dalam Kondisi Darurat: Sebuah Alat.** UNICEF ROSA, 2006. Bahasa Inggris.
138. **Meningkatkan Praktik Pemberian ASI Eksklusif dengan Menggunakan Komunikasi untuk Perkembangan dalam Program IYCF.** UNICEF, 2010. Bahasa Inggris.
139. **Buatlah Aku Agen Perubahan: Sebuah Sumber SBC Multisektoral untuk Pekerja Komunitas dan Staf Lapangan.** TOPS dan Kelompok CORE, 2015. Bahasa Inggris, Perancis, dan Spanyol. Ditujukan untuk membangun keterampilan dan pekerja level komunitas untuk promotor perubahan perilaku yang lebih efektif.
140. **Kotak Perkakas: Mobilisasi Komunitas dan Komunikasi Interpersonal.** Hidup dan Berkembang. Bahasa Inggris.

Mainstream dalam Nutrisi

141. **Peralatan CMAM. Versi 3.** Selamatkan Anak-anak, 2017. Bahasa Inggris dan Perancis. Serangkaian Perlatan dan Sumber yang diperlukan untuk memulai implementasi program CMAM, termasuk peralatan untuk membantu pengintegrasian aktivitas IYCF-E ke dalam program CMAM.
142. **Tindakan Nutrisi Esensial: Meningkatkan Kesehatan dan Nutrisi Ibu, Bayi dan Balita.** WHO, 2013. Bahasa Inggris dan Farsi. Sepaket panduan WHO tentang intervensi nutrisi pada usia 1000 hari pertama kelahiran.
143. **Panduan terbaru terkait manajemen malnutrisi akut parah pada bayi dan anak-anak.** WHO, 2013. Panduan ini memberikan bukti-bukti terbaru dan praktik intervensi kunci dan juga menginformasikan revisi manual tahun 1999.
144. **Panduan manajemen malnutrisi akut parah terintegrasi: perawatan pasien dalam dan luar.** ACF, 2011. Bahasa Inggris.
145. **Integrasi Dukungan IYCF ke dalam CMAM.** ENN dan Kelompok Inti IFE, 2009. Termasuk materi pelatihan.
146. **Manajemen malnutrisi yang berat: manual bagi para dokter dan pekerja kesehatan senior lainnya.** Geneva, Organisasi Kesehatan Dunia, 1999. Teks lengkap dalam bahasa Inggris.
147. **Malnutrisi Akut Sedang: Sebuah Alat untuk Memutuskan dalam Kondisi Darurat.** MAM Task Force, 2014. Bahasa Inggris.
148. **Bantuan Rancangan Program Nutrisi: Alat untuk para Perancang Program.** Versi 2. CORE Group Nutrition Working Group, FANTA dan Save the Children, 2015. Bahasa Inggris. Membantu tim perencanaan program memilih pendekatan nutrisi berbasis komunitas untuk wilayah target yang spesifik. Termasuk buku kerja.
149. **NUTVAL.** Sebuah aplikasi ExCel untuk digunakan merencanakan dan memonitor rasio bantuan makanan.

Disabilitas

150. **Disabilitas Antar Pengungsi dan Populasi yang Dipengaruhi Konflik: Perangkat Sumber untuk Pekerja Lapangan.** WRC, 2008. Bahasa Inggris.
151. **Disabilitas dan Manajemen Risiko Darurat Kesehatan.** Catatan Panduan. UNICEF, WHO, UNISDR, CBM, ICRC, dan IOM, 2013. Bahasa Inggris.
152. **Memasukkan Anak-anak dan Remaja dengan Disabilitas dalam Aksi Humanitarian. Panduan Nutrisi.** UNICEF.
153. **Standar Minimum dan Panduan untuk Usia dan Disabilitas dalam Kondisi Darurat.** ADCAP, 2015. Bahasa Inggris.

Gender

154. **Pemberian ASI dan Kesetaraan Gender: Arahan Advokasi.** UNICEF dan WHO, 2016. Bahasa Inggris.
155. **Lembar Tip Pasar Gender: Nutrisi.** IASC, 2011. Bahasa Inggris. Untuk membantu perancangan proyek yang berkualitas yang merefleksikan kebutuhan khusus wanita, perempuan, anak laki-laki, dan pria dewasa.
156. **Lihat juga: 43 (IYCF dan Gender).**

Integrasi

157. **Peta Kedekatan Sektor Pengembangan: Alat Perencanaan untuk Perkembangan Terintegrasi.** FHI 360. Bahasa Inggris. Alat perancang untuk membantu mereka yang bekerja pada sektor tertentu dimana kedekatan adalah hal penting yang harus dipertimbangkan.
158. **Kerangka IYCF.** UNHCR dan Save the Children, 2017. Bahasa Inggris dan Perancis. Petunjuk tentang apa yang perlu dipertimbangkan untuk menciptakan lingkungan yang ramah IYCF-E dan memfasilitasi praktik-praktik yang direkomendasikan oleh IYCF-E pada situasi pengungsi, dengan contoh praktis integrasi aktivitas multi sektor yang sensitif IYCF-E dan bagaimana IYCF berkontribusi pada prioritas sektor yang berbeda-beda.
159. **Video Kerangka IYCF.** UNHCR dan Save the Children, 2017. Bahasa Inggris. Video berdurasi tiga menit yang memperkenalkan kerangka IYCF menggunakan contoh-contoh aktivitas multi sektor.

WASH

160. **WASH bayi.** Baby Wash Coalition. Bahasa Inggris. Fokus pada integrasi antara pemrograman WASH, ECD, nutrisi dan MNCH untuk meningkatkan kesehatan pada 1000 hari pertama.
161. **Bagaimana mengintegrasikan WASH dan Aktivitas MHCP untuk Proyek Humanitarian yang Lebih Baik.** ACF, 2014. Bahasa Inggris.
162. **Meningkatkan Hasil Nutrisi dengan WASH yang Lebih Baik: Solusi Praktis untuk Kebijakan dan Program.** WHO, USAID, dan UNICEF, 2015. Sebuah tinjauan bukti peningkatan nutrisi yang bisa dicapai dengan WASH yang dikembangkan, sebuah deskripsi praktik inti WASH, dan pengetahuan praktis dan panduan bagaimana mengintegrasikan WASH ke dalam program-program nutrisi.
163. **Perlengkapan Nutrisi WASH: Panduan Tindakan Bersama Praktis.** UNICEF EAPRO, 2016. Bahasa Inggris.
164. **Nutrisi WASH: Panduan Praktis untuk Meningkatkan Pengaruh Nutrisi melalui Integrasi WASH dan Program Nutrisi.** ACF dan UNICEF, 2017. Bahasa Inggris.
165. **WASH dalam Strategi Nutrisi.** Grup WASH regional, Afrika Tengah dan Timur, 2015. Bahasa Inggris dan Perancis.
166. **Standar Minimum WASH dan Panduan untuk Fasilitas Kesehatan Pedesaan dan Pusat Nutrisi pada Lingkungan yang Minim Sumber.** ACF, 2016. Bahasa Inggris.

Proteksi

167. **Proteksi Anak-anak dalam Buku Petunjuk Darurat untuk Koordinator.** CPWG, 2010. Bahasa Inggris.
168. **Panduan untuk Mengintegrasikan Intervensi Kekerasan berbasis Gender pada Tindakan Humanitarian: Mengurangi resiko, mempromosikan ketahanan dan membantu pemulihan.** Inter-Agency Standing Committee, 2015.
169. **Standar Minimum untuk Proteksi Anak-anak dalam Tindakan Humanitarian.** CPWG, 2013. Bahasa Arab, Inggris, Perancis, dan Spanyol.

Keamanan Pangan dan Mata Pencapaian

170. **Mengatur Rantai Pasokan Makanan Bernutrisi Khusus.** WFP, 2013. Bahasa Inggris. Ditujukan untuk mendukung operasi lapangan dalam mengatur rantai pasokan produk nutrisi khusus.

Perkembangan Masa Kanak-kanak Awal

171. **Alat Perkembangan Masa Kanak-kanak Awal (ECD).** UNICEF. Bahasa Inggris dan Perancis.
172. **ECD dalam Kondisi Darurat: Panduan Program Terintegrasi.** UNICEF, 2014.
173. **ECD, Nutrisi dan Kesehatan dalam Kondisi Darurat. Catatan Teknis.** UNICEF, 2016. Bahasa Inggris.
174. **Aktivitas ECD Terintegrasi dalam Program Nutrisi Darurat.** UNICEF dan WHO, 2012. Bahasa Arab dan Inggris. Catatan yang menjelaskan tentang pentingnya pemberian saran praktis.

Masa Remaja

175. **Perlengkapan Kesehatan Reproduksi dan Seksual Remaja untuk Situasi Humanitarian.** UNFPA dan Save the Children, 2009. Bahasa Arab, Inggris, Perancis, dan Spanyol.

Kesehatan Mental dan Dukungan Psikososial

176. **Panduan IASC untuk Kesehatan Mental dan Dukungan Psikososial dalam Kondisi Darurat.** IASC, 2007. Bahasa Arab, Cina, Inggris, Perancis, Jepang, Korea, Nepal, Portugis, Spanyol, dan Tajikistan.
177. **Panduan IASC untuk Kesehatan Mental dan Dukungan Psikososial dalam Kondisi Darurat: Apa yang harus diketahui Pelaku Kesehatan Humanitarian?** IASC, 2010. Bahasa Inggris.
178. **Kesehatan Mental dan Kesejahteraan Psikososial di antara Anak-anak dengan Kekurangan Makanan yang Parah.** WHO, 2016. Bahasa Arab, Inggris, Perancis, dan Spanyol.
179. **Bantuan Pertama Psikologis: Panduan untuk Pekerja Lapangan.** WHO, War Trauma Foundation and World Vision, 2011. Bahasa Arab, Inggris, Perancis, dan bahasa-bahasa lainnya. Sebuah kerangka untuk mendukung orang-orang yang baru saja mengalami peristiwa yang sangat menekan.
180. **Dampak Psikososial pada Krisis Humanitarian.** ACF, 2014 Bahasa Inggris.
181. **Lihat juga: 131 (Ruang yang Ramah Bayi).**

Kesehatan Ibu, Bayi, dan Anak

182. **Inisiatif Rumah Sakit Ramah Bayi: Edisi revisi.** WHO dan UNICEF, 2009. Bahasa Inggris dan Spanyol. Panduan, alat, dan pelatihan untuk para pembuat keputusan dan staf ibu untuk memastikan IYCF dilindungi, dipromosikan, dan didukung pada level fasilitas kesehatan.
183. **Booklet Grafik Manajemen Terintegrasi untuk Penyakit Anak-anak (IMCI).** WHO, 2014. Bahasa Inggris. Hanya untuk digunakan oleh dokter, perawat, dan ahli kesehatan lainnya yang memeriksa bayi dan balita.
184. **Manual Lapangan Antar-Lembaga terkait Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Humanitarian.** IAWG tentang Kesehatan Reproduksi dalam Masa Krisis, 2010. Bahasa Inggris, Perancis, dan Spanyol.
185. **Kesehatan Bayi yang Baru Lahir pada Situasi Humanitarian: Panduan Lapangan.** Versi Sementara. Panduan dan alat untuk manajer program, yang fokus pada implementasi lapangan layanan kesehatan bayi baru lahir (neonatal) yang paling kritis (usia 0-28 hari). Save the Children dan UNICEF, 2015. Bahasa Inggris.
186. **Rekomendasi WHO terkait Layanan Pra-Kelahiran untuk Pengalaman Kehamilan yang Positif.** WHO, 2016. Bahasa Inggris dan Rusia.

Penyakit Menular

187. **Panduan gabungan pada penggunaan obat antiretroviral untuk merawat dan mencegah penularan HIV. Rekomendasi untuk pendekatan kesehatan publik.** Edisi kedua. WHO, 2016. Bahasa Inggris. Termasuk lembar fakta terbaru.
188. **Panduan untuk Menangani HIV di Situasi Humanitarian.** IASC, 2010. Bahasa Inggris.
189. **PMTCT dalam Situasi Humanitarian: Bagian II –Panduan Penerapan.** Interagency Task Team HIV in Humanitarian Emergencies, 2015. Bahasa Inggris.

-
190. **Pemberian Makan pada Bayi dalam Konteks Ebola.** UNICEF, WHO, CDC dan ENN, 2014. Bahasa Inggris dan Perancis. www.ennonline.net/infantfeedinginthecontextofebola2014
 191. **Pemberian Makan pada Bayi di Area Transmisi Virus Zika.** WHO, 2016. Bahasa Arab, Bahasa Mandarin, Bahasa Inggris, Bahasa Perancis, Bahasa Portugis, Bahasa Rusia, dan Bahasa Spanyol. www.who.int/csr/resources/publications/zika/breastfeeding/en/
 192. **Toolkit Kolera.** UNICEF, 2017. Bahasa Arab, Bahasa Inggris, Bahasa Perancis. www.unicef.org/cholera_toolkit/

8.7 Pemberian Makanan Buatan

193. **Perlengkapan PMBA-D. Versi 3. Bagian D: Perencanaan Program dan Pelaporan.** Bahasa Arab, Bahasa Inggris, dan Bahasa Perancis, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit-v3/iycf-etoolkit-english>
194. **Lihat juga: 8.6 (Intervensi Multi-sektor).**

Meminimalkan Resiko

195. **Mengapa Formula Bayi Menyebabkan Kematian akibat Diare di saat Darurat.** Gribble, K. 2007. www.ennonline.net/infantformuladiarrhoea
196. **Penyiapan, Penyimpanan dan Penanganan Formula Bayi Bubuk yang Aman: Tatalaksana.** WHO dan FAO. 2007. Bahasa Arab, Bahasa China, Bahasa Inggris, Bahasa Perancis, Bahasa Spanyol, Bahasa Portugis, dan Bahasa Rusia. www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines.pdf
197. **Bagaimana Menyiapkan Formula untuk Pemberian dengan Gelas di Rumah.** FAO dan WHO, 2007. Bahasa Inggris. www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Cup_en.pdf

Peran dan Tanggungjawab

198. **Praktek PMBA UNHCR: Standar Prosedur Operasi untuk Penanganan Pengganti ASI (PASI) pada Situasi Pengungsian untuk Anak 0-23 bulan. Versi 1.1.** UNHCR, 2015 Bahasa Inggris dan Bahasa Perancis.
199. **Prosedur Standar Prosedur Operasi PASI UNICEF.** UNICEF, 2017.
200. **Penggunaan susu dalam operasi WFP.** Makalah posisi. WFP, Juni 2017. <http://newgo.wfp.org/documents/use-of-milk-wfp-operations>
201. **Lihat juga: 8.2 (Kebijakan Organisasi).**

Spesifikasi PASI

202. **Standar Codex Alimentarius untuk Formula Bayi dan Formula untuk Kebutuhan Medis Khusus yang diperuntukkan bagi Bayi. Codex Stan 72 – 1981.** FAO dan WHO, 2007. www.fao.org/input/download/standards/288/CXS_072e_2015.pdf
203. **Lihat juga: 10 dan 11 (Kode).**

Persediaan PASI dan Perlengkapan Makan

204. **Perlengkapan PMBA-D. Versi 3. Bagian E: Beban Kasus dan Kebutuhan Pasokan.** Save the Children, 2017.

9. Definisi

Badan: istilah umum yang mungkin berlaku untuk badan PBB, LSM atau pemerintah, organisasi atau departemen.

Obat antiretroviral (ARV): obat yang digunakan untuk mengobati infeksi HIV. (WHO, 2016)

Terapi antiretroviral (ART): penggunaan kombinasi tiga atau lebih obat ARV untuk mengobati infeksi HIV. ART melibatkan pengobatan seumur hidup. (WHO, 2016)

Pemberian makanan buatan: pemberian makanan bayi dengan pengganti ASI. (UNICEF, 2012)

Pendekatan Menyeluruh (*blanket approach*): (umum, tidak ditargetkan) Penyediaan pasokan ke seluruh populasi seperti komunitas kamp atau area geografis, atau individu yang memenuhi kriteria yang mudah ditentukan, seperti usia.

Distribusi Menyeluruh (*blanket distribution*): pemberian bantuan ke penduduk yang terkena dampak tanpa menargetkan kelompok tertentu. (UNICEF, 2012)

Pemberian makanan tambahan menyeluruh: program pemberian makanan tambahan melengkapi suplemen makanan untuk semua anggota kelompok berisiko tertentu, tanpa registrasi apakah mereka menderita malnutrisi akut sedang atau tidak.

Tingkat pemberian botol: proposi pada anak usia 0-23 bulan diberi makan dengan botol. Termasuk adalah anak-anak berumur kurang dari 24 bulan yang menerima makanan atau minuman dari botol dengan puting susu/dot pada hari sebelumnya (termasuk ASI). (WHO, 2007)

Pompa payudara: alat untuk mengeluarkan dan mengumpulkan susu dari payudara selama menyusui.

Menyusui: pemberian ASI, baik secara langsung dari payudara atau yang diekspresikan

Pengganti ASI (BMS): makanan apapun (padat atau cair) yang dipasarkan, atau digunakan sebagai pengganti ASI sebagian atau seluruhnya, tanpa melihat kesesuaiannya sebagai pengganti ASI. Dalam hal produk susu, panduan WHO baru-baru ini telah menjelaskan bahwa BMS mencakup susu apa pun yang dipasarkan secara khusus untuk memberi makan bayi dan anak kecil sampai usia tiga tahun. Lihat definisi *The Code* untuk lebih jelasnya. Pedoman BMS yang sesuai dan tidak tepat untuk kelompok umur yang berbeda termasuk dalam 5.15.

Program Cash Transfer: penggunaan uang tunai atau voucher untuk memungkinkan rumah tangga memenuhi kebutuhan dasar makanan dan makanan non-makanan atau layanan atau membeli aset penting. Ini termasuk program perlindungan sosial pemerintah.

Klaster (kelompok sektor): klaster adalah kelompok organisasi kemanusiaan, baik PBB maupun non-PBB, di masing-masing sektor utama aksi kemanusiaan, seperti: nutrisi. Pendekatan klaster adalah mekanisme yang membantu mengatasi kesenjangan yang teridentifikasi dalam menanggapi dan meningkatkan kualitas tindakan kemanusiaan dengan memastikan prediktabilitas dan akuntabilitas yang lebih besar dan memperkuat kemitraan antara LSM, organisasi internasional, Gerakan Palang Merah dan Bulan Sabit Merah Internasional, badan-badan PBB dan pemerintah. Klaster Interagency Standing Committee (IASC) adalah klaster yang diaktifkan secara formal yang dibuat ketika mekanisme koordinasi yang ada terbebani atau terkendala dalam kemampuan mereka untuk menanggapi kebutuhan yang teridentifikasi sesuai dengan prinsip-prinsip kemanusiaan. Sebuah cluster yang diaktifkan secara formal memiliki karakteristik dan akuntabilitas yang spesifik. Hal ini bertanggung jawab kepada Humanitarian Coordinator (HC) melalui Cluster Lead Agency (CLA), dan juga otoritas nasional dan orang-orang yang terkena dampak krisis. Klaster IASC adalah solusi koordinasi sementara dan upaya yang harus dilakukan sesegera mungkin dan memungkinkan untuk menyerahkan koordinasi kepada otoritas yang berwenang.

Cluster Lead Agency (CLA): badan atau organisasi yang telah ditunjuk oleh Resident dan/atau Humanitarian Coordinator (RC / HC) sebagai agen utama klaster untuk sektor tertentu di tingkat negara, setelah berkonsultasi dengan Tim Negara Kemanusiaan. Pada tingkat global, CLA telah diidentifikasi sebelumnya oleh IASC: UNICEF adalah CLA klaster Gizi di tingkat global. Di tingkat negara, peran CLA dapat didelegasikan ke agen lain di mana badan pimpinan tingkat global tidak memiliki kapasitas atau kehadiran negara untuk melakukan fungsi ini.

Kode, yaitu: lihat internasional Kode Pemasaran Pengganti ASI

Buku Pangan: kumpulan standar, pedoman dan kode praktik yang diakui secara internasional yang berkaitan dengan keamanan dan kualitas pangan, yang diadopsi oleh Komisi Codex Alimentarius. (FAO). Perhatikan standar pada makanan komplementer yang diformulasikan dan standar pada formula bayi.

Pemberian Makanan Pendamping: penggunaan makanan padat atau semi solid yang sesuai dengan usia, memadai dan aman disamping ASI atau pengganti ASI pada anak usia 6-23 bulan.

Makanan Pendamping: makanan apapun, baik yang diproduksi secara industri atau disiapkan secara lokal, cocok sebagai pelengkap ASI atau ke BMS, yang digunakan untuk memberi makan anak usia 6-23 bulan. Perhatikan istilah ini juga digunakan untuk menggambarkan makanan yang melengkapi makanan yang termasuk dalam jatah umum untuk populasi yang mendapat bantuan makanan.

Konflik Kepentingan: situasi di mana ada risiko bahwa kepentingan sekunder dari suatu organisasi atau individu terlalu mempengaruhi, atau dianggap terlalu mempengaruhi, independensi atau objektivitas penilaian profesional atau tindakan yang berkaitan dengan kepentingan utama (memastikan kepentingan terbaik dari anak dalam operasi IFE) atau merusak kepercayaan publik terhadap operasi tersebut.

Melanjutkan Menyusui: pemberian ASI di luar 6 bulan pertama kehidupan.

Konseling: percakapan antara konselor dan pengasuh, berdasarkan proses tiga langkah yang mencakup penilaian, analisis dan tindakan untuk membantu pengasuh memutuskan apa yang terbaik untuk dirinya dan anaknya dalam menyusui mereka. Konseling berbeda dengan pendidikan dan messaging.

Disabilitas: istilah “penyandang disabilitas” berlaku untuk semua penyandang disabilitas tidak terbatas pada mereka yang memiliki gangguan fisik, mental, intelektual, atau sensorik jangka panjang yang menghalangi partisipasi penuh dan efektif mereka di masyarakat atas dasar kesetaraan dengan orang lain.

ASI donor: ASI yang disajikan secara sukarela disediakan oleh wanita menyusui untuk memberi makan anak selain anaknya sendiri. ASI donor informal melibatkan pembagian susu informal (misalnya rekan sejawat, berbasis masyarakat) untuk menyusui anak-anak dengan ASI yang tidak diolah dan diekspresikan. ASI donor formal bersumber dari bank ASI (lihat definisi) untuk menyusui anak-anak yang disaring dan diproses, mengekspresikan ASI.

Inisiasi Menyusui Dini: pemberian ASI ibu kepada bayi dalam waktu satu jam sejak lahir (termasuk anak-anak yang tinggal dan yang meninggal). Inisiasi tepat waktu indikator menyusui dihitung hanya untuk anak-anak yang masih hidup.

Pendidikan: dalam konteks IYCF, pendidikan mencakup kegiatan yang dirancang untuk meningkatkan kemampuan dan motivasi atau pengasuh untuk secara sukarela menerapkan perilaku terkait gizi yang kondusif bagi kesehatan dan kesejahteraan.

Darurat: (krisis, bencana) merupakan peristiwa atau rangkaian peristiwa yang melibatkan kerugian, dampak, dan kerugian manusiawi, material, ekonomi atau lingkungan yang meluas yang melebihi kemampuan masyarakat atau masyarakat yang terkena dampak untuk mengatasi penggunaan sumber dayanya sendiri dan oleh karena itu memerlukan tindakan mendesak untuk menyelamatkan

nyawa dan mencegah kematian dan morbiditas tambahan. Istilah ini mencakup bencana alam, keadaan darurat buatan manusia dan keadaan darurat yang kompleks. Keadaan darurat bisa lambat-onset cepat, kronis atau akut.

ASI Eksklusif: bayi hanya menerima ASI tanpa cairan atau padatan lain, bahkan air, kecuali larutan rehidrasi oral atau tetes atau sirup vitamin, mineral atau obat-obatan. (WHO, 2016)

Peralatan makan: botol; dot; jarum suntik; makan cangkir dengan spouts, sedotan atau pengumpan makan lainnya; dan pompa payudara.

Susu / formula lanjutan: susu atau produk susu dari asal hewan atau sayuran yang diformulasikan secara industri sesuai dengan Standar Buku Pangan untuk Formula Lanjutan dan dipasarkan atau dinyatakan sesuai untuk memberi makan bayi dan anak-anak 6 - 36 bulan. Produk ini tidak diperlukan untuk nutrisi anak dan termasuk dalam pengiriman Kode Etik ini.

Ketahanan pangan: situasi ketika semua orang, setiap saat, memiliki akses fisik, sosial dan ekonomi untuk makanan yang cukup, aman dan bergizi yang memenuhi kebutuhan makanan dan preferensi makanan mereka untuk kehidupan yang aktif dan sehat. (FAO, 2000)

Makanan yang difortifikasi: makanan yang telah mengalami proses untuk secara sengaja meningkatkan kandungan mikronutrien esensial (misalnya vitamin dan mineral) untuk meningkatkan kualitas gizi makanan.

Susu pertumbuhan: produk susu dipasarkan untuk anak-anak antara satu dan tiga tahun. Produk ini tidak diperlukan untuk nutrisi anak dan termasuk dalam pengiriman kode.

Penilaian risiko HIV: sebuah proses (yang biasanya merupakan serangkaian pertanyaan) yang memberikan wawasan tentang kemungkinan seorang ibu terpapar virus HIV. Penilaian atau penilaian risiko HIV standart tidak ada untuk penilaian calon ibu. Penilaian akan mempertimbangkan status HIV dari pasangan saat ini atau sebelumnya, praktik seks tanpa kondom, riwayat penyakit menular seksual dan jika wanita tersebut tampaknya berada dalam kesehatan yang baik. Namun, walaupun pertanyaan-pertanyaan ini diajukan, saat ini tidak ada panduan yang disepakati mengenai bagaimana mengukur risiko infeksi HIV dan praktik pemberian makan apa yang disarankan. Keputusan praktik pemberian makan bayi memerlukan keseimbangan faktor risiko yang mempengaruhi kelangsungan hidup bebas HIV pada anak. Ini termasuk pertimbangan prevalensi HIV, kemungkinan durasi menyusui, apakah perawat basah dalam keadaan sehat, riwayat tes HIV (misalnya selama kehamilan sebelumnya) dan faktor lain seperti risiko tidak menyusui dan kelayakan dan keamanan. pemberian makanan buatan dalam keadaan ini.

Bayi / anak yang terkena HIV: bayi atau anak yang lahir dari ibu yang hidup dengan HIV sampai mereka dicekualikan tidak terinfeksi HIV dengan baik. (WHO, 2016)

Home modified animal milk: pengganti ASI untuk bayi sampai enam bulan yang disiapkan di rumah dari susu hewan segar atau olahan, diencerkan dengan air dan dengan tambahan gula, mikronutrien dan minyak sayur. (WHO, 2006)

Human milk bank (HMB): sebuah layanan yang dibentuk untuk merekrut donor ASI, mengumpulkan susu yang disumbangkan, kemudian memproses, menyaring, menyimpan dan mendistribusikan susu untuk memenuhi kebutuhan spesifik bayi untuk kesehatan yang optimal. (PATH, 2013)

Penilaian tingkat individu: sebuah proses untuk mengevaluasi pasangan bayi pengasuh, menetapkan praktik pemberian makan bayi dan kebutuhan, dan menentukan jenis dukungan apa yang mungkin diperlukan. Ada dua tingkat penilaian: penilaian cepat sederhana dan penilaian penuh.

Bayi: anak berusia 0-11 bulan selesai (dapat disebut 0- <12 bulan atau 0- <1 tahun). Bayi yang lebih tua berarti seorang anak dari usia 6 bulan sampai dengan 11 bulan yang telah selesai berbulan-bulan.

Formula bayi: pengganti ASI yang diformulasikan secara industri sesuai dengan standar Codex Alimentarius yang berlaku untuk bayi. Formula bayi komersial adalah formula bayi yang diproduksi

untuk dijual, dicap oleh produsen. Formula bayi generik tidak bermerek. Formula bayi bubuk (PIF) adalah produk bayi yang perlu dilarutkan dengan air yang aman sebelum diberi makan. Formula bayi yang siap pakai (RUIF) adalah jenis produk formula bayi yang dikemas sebagai cairan siap saji dan tidak perlu dilarutkan dengan air.

Kode pemasaran internasional pengganti ASI (kode): kode tersebut bermaksud untuk memastikan BMS akan digunakan seaman mungkin bila diperlukan berdasarkan informasi yang jelas dan akurat. Kode tersebut tidak membatasi ketersediaan BMS, memberi makan botol atau dot atau melarang penggunaan BMS selama keadaan darurat. Dalam konteks Kode Etik, BMS berarti makanan yang dipasarkan atau

Kangaroo mother care (KMC): Perawatan untuk bayi lahir dengan berat badan rendah atau bayi premature dimana bayi digendong dengan kontak kulit antara bayi dan ibu (atau orang lain). Kunci pentingnya adalah kontak kulit dini, terus menerus dan berlangsung lama dan (idealnya) dengan dibarengi proses menyusui eksklusif atau dengan pemberian ASI perah. (WHO, 2015)

Lipid-based nutrient supplement (LNS): Serangkaian produk yang mengandung bahan dasar lipid yang menyediakan vitamin, mineral, energi, protein dan asam lemak penting. Sesuai dengan spesifikasi khusus, ada beberapa klasifikasi LNS diantaranya dalam kuantitas kecil dan sedang (MQ-LNS, SQ-LNS), yang diberikan pada intervensi khusus dan target yang spesifik; MQ-LNS menyediakan suplementasi yang sifatnya makro dan mikro; SQ-LNS secara khusus menyediakan kebutuhan gizi mikro yang penting.

Low birth weight (LBW): Bayi dengan berat lahir rendah (BBLR); bayi baru lahir dengan berat yang kurang dari 2.500 gram, walaupun lahir dengan cukup bulan.

Suplementasi Mikronutrien: Produk yang menyediakan mikronutrien spesifik yang tidak terdapat dalam asupan makanan sehari-hari.

Produk Susu: Susu yang dikeringkan, rendah lemak atau tanpa lemak; susu cair, rendah lemak atau tanpa lemak; susu soya; susu evaporasi atau susu kental manis; susu fermentasi atau yogurt.

Standar Diet Minimum: Indikator standar untuk anak usia 6-23 bulan, yang mengukur asupan minimum frekuensi makan dan minimum keberagaman bahan pangan yang sesuai dan tepat untuk beberapa kategori kelompok usia. Jika seorang anak mendapatkan standar minimum dari frekuensi asupan makanan dan keberagaman jenis makanan minimum untuk sesuai usia mereka dan statusnya masih menyusui, maka ia termasuk dalam kategori yang menerima standar diet minimum.

Mixed feeding: memberikan makanan bayi usia dibawah enam bulan selain atau bersama dengan ASI, maka anak termasuk tidak ASI eksklusif. (WHO, 2016)

Bayi Baru Lahir (neonate): Anak berusia dibawah 28 hari.

Tidak Disusui: Anak yang tidak mendapatkan ASI sama sekali.

Kesenjangan Gizi: Perbedaan antara kebutuhan gizi dan asupan gizi yang diterima, dengan mempertimbangkan kecukupan energi dan gizi.

Tanggap darurat kesehatan dan gizi: Respon formal kerangka kerja, yang memandu kelompok klaster atau kelompok sektor dalam sebuah negara dengan kapasitas teknis, bertujuan untuk memenuhi kebutuhan bantuan kesehatan dan gizi di wilayah populasi bencana melalui intervensi kesehatan dan gizi yang terkoordinasi dan sesuai dengan prinsip yang ada dan sejalan dengan standar dan panduan nasional dan internasional.

Pemberian makanan pada bayi dan anak yang optimal (yang direkomendasi): Inisiasi menyusui dini (IMD dalam satu jam pertama setelah melahirkan) untuk menyusui eksklusif, ASI eksklusif enam bulan, diikuti dengan pemberian Makanan Pendamping ASI (MPASI) yang aman dan cukup gizi dan proses menyusui diteruskan hingga dua tahun atau lebih. "Direkomendasikan" bukan sekedar pemberian makan yang optimal ini mengacu pada OG-IFE.

Profilaksis perinatal: Dalam konteks bayi yang terpapar HIV, obat ARV postpartum diberikan kepada bayi baru lahir dalam tiga bulan pertama kehidupan untuk mengurangi risiko penularan HIV perinatal dan awal pascakelahiran dari ibu ke anak. Obat ARV postpartum juga dapat diberikan kepada bayi di luar tiga bulan pertama kehidupan untuk mengurangi risiko penularan HIV pascakelahiran dari ibu ke anak, misalnya melalui pemberian ASI secara terus menerus.

Kesiapan (*preparedness*): Kapasitas dan pengetahuan yang dikembangkan oleh pemerintah, organisasi respons profesional, masyarakat dan individu untuk mengantisipasi dan merespons secara efektif dampak dari peristiwa atau kondisi bahaya yang mungkin terjadi, yang akan terjadi atau saat ini.

Pencegahan penularan HIV dari ibu-ke-bayi (PMTCT): Program dan intervensi yang dirancang untuk mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak (vertikal).

Tenaga kesehatan atau gizi yang memenuhi syarat: Dalam konteks IYCF, seorang pekerja kesehatan atau gizi atau konselor IYCF awam yang telah menjalani pelatihan tentang masalah kesehatan dan / atau gizi yang relevan secara kontekstual.

Makanan tambahan siap pakai (RUSF): Produk siap saji, portable, dapat disimpan dalam suhu ruangan, tersedia sebagai pasta, olesan atau biskuit, yang memenuhi kebutuhan nutrisi tambahan bagi mereka yang tidak kekurangan gizi parah. (UNICEF, 2012).

Makanan terapeutik siap pakai (RUTF): Produk siap saji, portabel, dan dapat disimpan dalam suhu ruangan, tersedia dalam bentuk pasta, olesan atau biskuit yang digunakan dengan cara yang ditentukan untuk mengobati anak-anak dengan kekurangan gizi akut. (UNICEF, 2012).

Makanan Siap Pakai (RUF): Produk siap saji, portabel, dan dapat disimpan dalam suhu ruangan untuk rak yang dirancang untuk dimakan langsung dari paket, tanpa perlu memasak, pengenceran, atau persiapan lainnya. RUF adalah istilah umum yang mencakup RUTF dan RUSF (Marie-Pierre Duclercq, 2014; diadaptasi)

Disarankan pemberian makan bayi dan anak: Lihat IYCF (Optimal (disarankan)).

Relaktasi: Dimulainya kembali produksi ASI (laktasi) pada seorang wanita yang telah berhenti menyusui, baru-baru ini atau di masa lalu, untuk menyusui sendiri atau bayinya yang lain, bahkan tanpa kehamilan lebih lanjut. Induksi laktasi adalah stimulasi produksi ASI pada wanita yang sebelumnya tidak menyusui.

Makanan pengganti: Memberi makan anak yang tidak menerima ASI dengan makanan bergizi memadai sampai usia di mana mereka dapat sepenuhnya diberi makanan keluarga. Istilah ini digunakan dalam konteks HIV.

Dukungan terampil: Dalam konteks pemberian ASI, pemberian makanan tambahan atau dukungan pemberian makanan, pemberian bantuan teknis kepada pengasuh yang mengalami kesulitan dengan pemberian ASI, pemberian makanan tambahan atau pemberian makanan buatan oleh pekerja kesehatan atau gizi yang berkualifikasi (lihat definisi).

Alat bantu suplementasi menyusui: (*supplementary nursing system*) Alat bantu laktasi yang membuat bayi menyusu pada payudara sambil mendapatkan tambahan (ASI perah, ASI donor atau formula bayi).

Suplemetasi makanan untuk kelompok tertentu: Program yang menyediakan dukungan gizi kepada setiap individu yang kekurangan gizi sedang.

Dot: Puting buatan yang membuat bayi bisa minum susu dari botol.

Susu terapeutik: Produk yang dibuat khusus untuk tata laksana kurang gizi parah pada fasilitas kesehatan, misal F75 dan F100. Susu terapeutik bisa juga diformulasikan atau dibuat dari susu rendah lemak kering (*dried skimmed milk* - DSM), minyak dan gula dengan tambahan vitamin dan mineral kompleks. Sebagai catatan pada akhir 2017, kemasan akan berubah secara bertahap dari sachet

menjadi kalengan berisi 400 gram (UNICEF, WHO, 2017).

Susu Balita: *Lihat susu formula lanjutan.*

Distribusi yang tidak ditargetkan (*Untargeted distribution*): *Lihat distribusi menyeluruh (Blanket Distribution).*

Ibu susuan: Proses menyusui seorang anak yang dilakukan oleh ibu lain selain ibu biologis si anak.

Anak (*young child*): Seorang anak yang berusia 12 bulan sampai 23 bulan penuh (bisa juga dikategorikan sebagai 12-<24 bulan atau 1-<2 tahun).

Sumber Definisi

The Code. The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, 1981 and subsequent relevant WHA Resolutions. <http://ibfan.org/the-full-code>

CMAMI Tool. ENN and LSHTM, 2015. www.ennonline.net/c-mami

CRPD. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

FAO, 2000. Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

FAO, 2012. Nutrition at WFP: Programming for Nutrition Specific Interventions. Nutrition Terminology. www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs1415/Events/CFS_NERWS_2015/CFS_NERW_WFP_Programming_Nutrition_Specific.pdf

IASC, 2007. Inter-Agency Contingency Planning Guidelines for Humanitarian Assistance. <https://interagencystandingcommittee.org/preparedness/documents-public/inter-agency-contingency-planning-guidelines-humanitarian-assistance>

Marie-Pierre Duclercq, 2014. Production of Ready-to-Use Food (RUF): An overview of the steps and challenges involved in the “local” production of RUF. www.ennonline.net/productionofreadytousefoodruf

OCHA. Cluster Coordination. www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/cluster-coordination

OCHA, 2003. Glossary of Humanitarian Terms. <http://un-interpreters.net/glossaries/ocha%20glossary.pdf>

PATH, 2013. Strengthening Human Milk Banking. www.path.org/publications/files/MCHN_strengthen_hmb_frame_Jan2016.pdf

UNICEF, 2012. Nutrition Glossary. [www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_(3).pdf)

UNICEF, WHO, 2017. Introducing Updated Packaging and Reconstitution Guidance for Therapeutic Milk. Common Messaging Document 1: 27 July 2017. www.ennonline.net/tm

WHO, 2006. HIV and Infant Feeding Technical Consultation – Discussion Paper. <http://files.ennonline.net/attachments/516/animal-milk-modification-who-discussion-paper-oct-2006.pdf>

WHO, 2007. Indicators for assessing IYCF practices. Part 1: Definition. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/

WHO, 2015. Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf

WHO, 2016. Updates on HIV and Infant Feeding: Guideline. Definitions and Key Terms. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/

Annex 1: Panduan isi berdasarkan sektor dan kebersiapan

Sector/Speciality	Sections
All sectors (general)	3.6, 4.2, 4.3, 5.6
Adolescent services	5.4, 5.7, 5.30, 5.32
Agriculture	5.30-5.32
Cash (including social protection)	4.6.1, 5.23, 5.30, 5.32, 6.19, 6.20, 6.24
Child protection	5.4, 5.16, 5.30-5.32
Disability	2.3, 4.6.2, 5.4, 5.22, 5.30, 5.32
Early Childhood Development	5.30-5.32
Food Security and Livelihoods	3.4, 4.6.1, 5.22, 5.23, 5.30, 5.32, 5.7, 5.40
Health:	
<i>Reproductive, maternal, newborn and child health</i>	3.4, 3.6, 4.5, 4.6.1, 5.22, 5.23, 5.25, 5.30, 5.31, 5.32, 5.7, 5.40
<i>Curative services</i>	5.4, 5.16, 5.30, 5.32
<i>Mental health and psychosocial support services</i>	2.3, 5.16, 5.30-5.32
<i>HIV</i>	4.6.1, 5.6.1, 5.7, 5.16, 5.30-5.32, 5.33-5.39
<i>Infectious disease management</i>	1.1, 4.6.1, 5.4, 5.10, 5.30, 5.33, 5.40
Logistics	2.1, 5.22, 5.24, 5.28, 5.30, 6.1-6.6, 6.11-6.18, 6.24-6.25
Shelter	5.30, 5.32
WASH	5.10, 5.22, 5.30-5.32, 6.22
Preparedness	1.1-1.7, 2.2, 2.4, 3.2, 3.5, 4.1, 4.4-4.5, 4.6.1, 5.1, 5.13, 5.33, 6.4, 6.7

Daftar Singkatan (dalam Bahasa Inggris)

ART	Antiretroviral treatment
ARV	Antiretroviral (drug)
MS	Breastmilk substitute
CFSVA	Comprehensive Crop and Food Security and Vulnerability Analysis
CMR	Crude mortality rate
DHS	Demographic Health Survey
ECD	Early childhood development
ENN	Emergency Nutrition Network
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FSL	Food security and livelihoods
FSNMS	Food Security and Nutrition Monitoring System
HIV	Human immunodeficiency virus
HRP	Humanitarian Response Plan
GIFA	Geneva Infant Feeding Association
IBFAN	International Baby Food Action Network
ICDC	International Code Documentation Centre
IDP	Internally displaced persons
IFE	Infant and young child feeding in emergencies (also referred to as IYCF-E)
IMR	Infant mortality rate
IYCF	Infant and young child feeding
JANFSA	Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment
KAP	Knowledge, attitudes, practices
LBW	Low birth weight
MHPSS	Mental health and psychosocial support
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MNCH	Maternal, newborn and child health
MNP	Micronutrient powder
NGO	Non-governmental organisation
OG-IFE	Operational Guidance for emergency relief staff and programme managers on Infant and Young Child Feeding in Emergencies
PIF	Powdered infant formula
PLW	Pregnant and lactating women
PMTCT	Prevention of mother-to-child transmission
RUIF	Ready-to-use infant formula
RUSF	Ready-to-use supplementary food
RUTF	Ready-to-use therapeutic food
UHT	Ultra-high temperature
UN	United Nations
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations International Children's Fund
USMR	Under-five mortality rate
WASH	Water, sanitation and hygiene
WBTi	World Breastfeeding Trends Initiative
WFP	World Food Programme
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

Catatan