



# Persyaratan dan Permohonan Pendanaan Nutrisi

*Dokumen ini memberikan informasi terperinci mengenai persyaratan Program Nutrisi Smile Train dan mencakup permohonan pendanaan secara luring. Calon mitra harus meninjau informasi ini sebelum mengajukan permohonan pendanaan nutrisi dan harus mematuhi persyaratan jika dikabulkan.*

## 1. TUJUAN PENDANAAN NUTRISI

- Tujuan utama pendanaan nutrisi Smile Train adalah untuk meningkatkan kualitas pemberian makanan dan perawatan nutrisi yang diberikan kepada pasien dengan kondisi sumbing.
- Pendanaan nutrisi dirancang untuk memberikan dukungan satu kali kepada tim perawatan pasien dengan kondisi sumbing, guna mengatasi kesenjangan dan kekurangan yang ada dalam penyediaan perawatan mereka.
- Pendanaan nutrisi tidak dimaksudkan untuk menggantikan atau menutupi biaya yang terkait dengan perawatan pemberian makanan dan nutrisi yang telah ada, dan bukan pula untuk pemberian gaji.
- **Sebelum mengajukan permohonan, kami mendorong mitra untuk menilai dengan seksama penyediaan perawatan sumbing mereka saat ini.** Dalam banyak kasus, nutrisi tidak diprioritaskan sejak kunjungan pertama pasien maupun selama proses penanganan pasien. Mengidentifikasi perubahan yang diperlukan dalam perilaku dan praktik untuk meningkatkan jalur perawatan pasien sangat penting (Lihat Prinsip Penyediaan Pemberian Makanan dan Perawatan Nutrisi). Jika pendanaan dianggap perlu untuk memperkuat perawatan, mitra harus menghubungi kontak Smile Train lokal mereka.

## 2. PRINSIP-PRINSIP PEMBERIAN MAKANAN DAN PENYEDIAAN PERAWATAN NUTRISI

**Pemberian makanan dan penyediaan perawatan nutrisi dimulai dari hari pertama penanganan perawatan pasien dengan kondisi sumbing.**

Dalam penanganan kondisi sumbing yang menyeluruh, masa awal pemberian makanan dan perawatan nutrisi harus diprioritaskan, memastikan bahwa dasar untuk kesehatan yang optimal ditetapkan sejak dini dalam kehidupan anak.

### 1. Perhatian segera terhadap pemberian makanan dan kebutuhan nutrisi.

Ketika seorang anak lahir dengan kondisi sumbing di area mulut, hal yang menjadi prioritas adalah memberdayakan sang ibu agar dapat memberikan nutrisi terbaik kepada bayinya, sesuai dengan praktik pemberian makanan bayi dan anak usia dini yang dianjurkan (IYCF).

### 2. Peran penting dalam pemantauan pertumbuhan.

Pemantauan pertumbuhan sangat penting sejak hari pertama untuk mendorong pertumbuhan yang sehat, mengidentifikasi kekhawatiran, mencegah malnutrisi, dan meninjau dampak dari upaya

pemberian makanan dan nutrisi. Pemantauan pertumbuhan sangatlah penting untuk memastikan bahwa anak-anak berada dalam kesehatan dan kondisi fisik yang optimal untuk diberikan operasi.

### **3. Kesiapan pasien untuk operasi.**

Kunci untuk meminimalkan risiko periode sebelum dan sesudah operasi serta memaksimalkan penyembuhan pasca-operasi terletak pada kebugaran fisiologis dan fungsional anak. Pemantauan pertumbuhan merupakan alat ukur penting dalam meninjau kesiapan fisiologis anak untuk operasi, berperan untuk meminimalkan risiko sebelum dan sesudah operasi dan memastikan pengalaman operasi yang aman.

### **4. Pertimbangan secara keseluruhan terhadap jalur perawatan pasien: perawatan yang tepat pada waktu yang tepat oleh staf yang tepat.**

Pertimbangan secara menyeluruh terhadap jalur perawatan pasien menjadi strategi paling efektif untuk memberikan perawatan berkualitas. Para mitra didorong untuk mengevaluasi secara serius pendekatan mereka saat ini terhadap penanganan kondisi sumbing, mengidentifikasi perubahan yang memprioritaskan pencegahan malnutrisi dan keamanan pasien selama operasi. **Hanya dengan mengandalkan dana nutrisi terbukti tidak cukup untuk memberikan perawatan berkualitas tanpa adanya reorganisasi mendasar terhadap perawatan terkait kebutuhan spesifik pasien.**

### **5. Praktik terbaik pemberian makanan bayi dan anak berlaku untuk semua anak, termasuk anak yang terlahir dengan kondisi sumbing.**

Adanya kondisi sumbing tidak boleh mengganggu pemberian nutrisi optimal yang sesuai dengan usia anak, baik ASI atau makanan pendamping ASI (MPASI). Smile Train tidak akan menyediakan pengganti ASI (PASI), dot, botol, dot khusus sumbing, dan sejenisnya kepada mitra. Mitra dapat menyatakan bahwa sejumlah dana akan digunakan untuk membeli persediaan tersebut. Hal ini mengingatkan bahwa mitra mengetahui keunggulan menyusui dan ASI serta risiko yang terkait pengadaan PASI dan alat menyusui terhadap sang ibu. Sangatlah penting bagi mitra untuk melakukan penilaian kebutuhan yang memadai dan memberikan pendidikan, bimbingan, dan tindak lanjut yang layak kepada setiap keluarga pasien jika mereka menyarankan dan/atau memberikan PASI, alat makan, dan sejenisnya kepada ibu/pengasuh.

## **3. PERMOHONAN DAN ANGGARAN PENDANAAN**

Permohonan pendanaan nutrisi Smile Train yang lengkap meliputi:

- Permohonan Pendanaan Nutrisi (di bawah)
- Templat Anggaran Pendanaan Nutrisi Smile Train

Daftar ceklis permohonan tersedia di akhir dokumen ini untuk memandu Anda dalam mempersiapkan dan melengkapi permohonan nutrisi.

Persediaan dan kegiatan yang dapat didukung bervariasi dan tergantung pada kebutuhan yang diidentifikasi oleh pemohon untuk meningkatkan kualitas penyediaan perawatan bagi pasien kondisi sumbing. Pendanaan dapat dibenarkan untuk menutupi biaya peralatan, pengukur, biaya bahan makanan dan peralatan makan, biaya rawat inap, dan biaya pendidikan.

## **4. PERSYARATAN DARI MITRA YANG MENDAPAT MANFAAT DARI PENDANAAN NUTRISI**

#### 4.1. Persyaratan Umum

Pusat yang menerima pendanaan nutrisi harus:

- Menggunakan dana hanya untuk peralatan dan/atau kegiatan yang dijelaskan dalam permohonan.
- Menyimpan catatan keuangan pendanaan untuk tujuan audit dan **memberikan laporan akuntansi untuk memverifikasi pengeluaran di akhir periode pendanaan nutrisi.**
- Menyimpan daftar semua pasien yang mendapat manfaat dari pendanaan nutrisi.
- Mengumpulkan dan melaporkan data nutrisi yang diperlukan dari pasien yang mendapat manfaat dari pendanaan nutrisi ke basis data Smile Train Express (STX).
- Mengumpulkan cerita pasien yang menunjukkan dampak dari pendanaan.
- Menyerahkan Laporan Pendanaan (LP) Smile Train setelah periode pendanaan berakhir.
- Menginformasikan kontak Smile Train setempat **segera** jika praktisi nutrisi meninggalkan organisasi mitra selama periode pendanaan nutrisi.
- Bersedia untuk dikunjungi oleh staf dan penasihat Smile Train.
- Responsif terhadap email, survei, dan pertanyaan mengenai pemberian perawatan nutrisi.

#### 4.2. Kewajiban melaporkan data nutrisi di Smile Train Express (STX)

Mitra yang mendapat manfaat dari pendanaan nutrisi wajib melengkapi Formulir Pengumpulan Data Nutrisi STX **di setiap konsultasi** pasien yang mendapat manfaat dari pendanaan tersebut.

- Praktisi yang mengawasi pendanaan nutrisi perlu mengakses basis data klinis STX untuk melaporkan catatan penerima dana.

Jika praktisi membutuhkan bantuan untuk mengakses dan melaporkan catatan ke STX, yang bersangkutan harus menghubungi kontak Smile Train setempat.

- Ada 4 Formulir Pengumpulan Data Nutrisi STX, sesuai dengan 4 kelompok umur. Formulir STX dapat diunduh langsung dari STX atau dibagikan oleh kontak Smile Train setempat.
- Formulir Pengumpulan Data Nutrisi STX harus lengkap dan akurat.
- Penyerahan catatan ke STX harus dilakukan tepat waktu.
- Angsuran dana akan ditahan jika mitra tidak mematuhi persyaratan pelaporan.

#### 4.3. Kewajiban menyediakan perawatan berkualitas tinggi

Untuk memastikan kualitas perawatan terbaik, pedoman berikut menguraikan persyaratan penting untuk penilaian nutrisi, penanganan, dan kesiapan untuk operasi pada pasien anak:

- Penilaian terampil:** Penilaian nutrisi harus dilakukan oleh alih gizi atau tenaga profesional terampil sejak konsultasi pertama.
- Evaluasi komprehensif:** Setiap konsultasi harus mencakup setidaknya pengukuran berat dan lebar/tinggi badan, dengan pertumbuhan yang dilacak pada grafik pertumbuhan.
- Rencana perawatan khusus:** Konseling pemberian makanan dan rencana perawatan nutrisi harus disesuaikan dengan hasil penilaian nutrisi.
- Kolaborasi medis:** Dokter (disarankan dokter anak) harus bekerja sama dengan ahli nutrisi untuk menangani kasus malnutrisi dan masalah kesehatan lainnya.
- Kesiapan operasi:** Status nutrisi pasien harus cukup optimal untuk mengurangi risiko komplikasi operasi serta mendorong penyembuhan dan pemulihan yang efektif.

- Anak harus menunjukkan pertumbuhan yang konsisten, baik dalam berat badan maupun tinggi badan, seperti yang dilacak pada grafis pertumbuhan.
- Anak tidak boleh kurus (berat terhadap tinggi badan rendah) atau pendek (tinggi terhadap usia rendah); jika pendek, harus ada bukti untuk mengejar ketinggalan pertumbuhan.
- Dokter (disarankan dokter anak) harus memastikan bahwa status nutrisi dan kesehatan anak secara keseluruhan sudah cukup untuk proses operasi

Catatan STX yang dilaporkan oleh mitra dalam pendaftaran pasien, konsultasi nutrisi, dan formulir intervensi operasi akan ditinjau di setiap permintaan pendanaan, angsuran pendanaan, dan di akhir periode pendanaan untuk mengevaluasi kualitas data, diagnosis, dan penyediaan perawatan.

#### 4.4. Penyelesaian Pendanaan dan Persyaratan Pendanaan Lebih Lanjut

Mitra yang menerima pendanaan harus menyerahkan Laporan Pendanaan (LP) melalui Portal Mitra Smile Train, dengan tenggat waktu 30 hari setelah akhir periode anggaran yang diberikan. Periode pendanaan dapat disesuaikan bila perlu. Mitra harus menghubungi kontak Smile Train setempat mereka untuk meminta perubahan periode pendanaan.

##### **Pendanaan lebih lanjut tidak akan dipertimbangkan jika:**

- Laporan Pendanaan belum sepenuhnya diselesaikan dan diserahkan di Portal Mitra Smile Train tepat waktu.
- Informasi yang diberikan dalam Laporan Pendanaan tidak sesuai dengan informasi yang dikumpulkan melalui STX.
- Catatan Nutrisi STX tidak lengkap.
- Analisa catatan STX menunjukkan tidak ada peningkatan pada kualitas pemberian makanan dan penyediaan perawatan nutrisi, dan/atau hal yang terkait keamanan pasien saat operasi.

Pendanaan lebih lanjut dapat dipertimbangkan jika target utama penyediaan perawatan yang berkualitas terpenuhi dan kebutuhan terhadap pendanaan tambahan dapat dibenarkan. Proses permintaan pendanaan tambahan serupa dengan permintaan pendanaan awal - namun mitra harus memberikan alasan mengapa pendanaan lebih lanjut diperlukan.

## 5. AUDIT

Pemberian makanan dan penyediaan perawatan nutrisi yang menerima pendanaan mungkin akan menjalani audit medis dan keuangan. Pendanaan dapat dihentikan sewaktu-waktu jika Smile Train menganggap bahwa dana donatur tidak digunakan dengan semestinya.

## Permohonan Pendanaan Nutrisi

Formulir ini akan membantu Anda dalam mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk mengajukan permohonan pendanaan nutrisi. Jika organisasi Anda belum pernah menerima pendanaan sebelumnya, dokumentasi hukum tambahan dan informasi transfer bank mungkin akan diminta. Formulir ini akan ditinjau oleh penasihat nutrisi dan tanggapan akan diberikan.

### PERMOHONAN INFORMASI ORGANISASI

<b>Nama Organisasi</b>	
<b>Informasi Kontak</b> Alamat, telepon, email, situs web	
<b>Jenis Organisasi</b> Contohnya, rumah sakit umum, rumah sakit spesialis, organisasi nirlaba, universitas, pribadi	
<b>Kepemilikan</b> Contohnya, swasta, publik, keduanya	

### INFORMASI KONTAK UTAMA

Bagian ini harus diisi oleh orang yang mengawasi penyediaan perawatan nutrisi

<b>Nama Kontak Utama</b>	
<b>Alamat Email</b>	
<b>Jabatan &amp; Profesi</b>	

Apakah orang yang mengawasi kegiatan nutrisi telah terlatih secara formal dalam bidang nutrisi <sup>1</sup> ?	Ya / Tidak
Apakah praktisi nutrisi telah menghadiri pelatihan nutrisi Smile Train secara langsung?	Ya / Tidak
Jika orang yang mengawasi program nutrisi tidak terlatih secara formal dalam bidang nutrisi, harap sebutkan nama praktisi nutrisi yang mengawasi penyediaan pemberian makanan dan perawatan nutrisi kepada pasien dengan kondisi sumbing?	
Dokumen yang Harus Disediakan:	<input type="checkbox"/> CV praktisi nutrisi dan/atau orang yang akan mengawasi pendanaan nutrisi (jika berbeda)

<sup>1</sup> Praktisi nutrisi yang dimaksud merujuk pada tenaga kesehatan profesional yang telah menjalani pelatihan formal dalam gizi klinis.

## PERMINTAAN PENDANAAN

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silakan gunakan Format Anggaran Pendanaan Nutrisi Smile Train untuk membuat anggaran Anda.</li> <li>• Harap laporkan informasi terkait anggaran di bawah ini.</li> <li>•</li> </ul>	
Jumlah yang Diminta dalam USD atau mata uang setempat yang diterima Smile Train (sebutkan)	
Berapa persen dari total biaya proyek yang akan didukung oleh Smile Train dengan pendanaan ini?	
Dari sumber apa saja pusat perawatan Anda akan menerima dukungan finansial untuk proyek nutrisi ini? Pilih semua yang berlaku.	<input type="checkbox"/> Pemerintah <input type="checkbox"/> Pembayaran pasien <input type="checkbox"/> Sumber daya mandiri pusat perawatan <input type="checkbox"/> Organisasi nirlaba lain yang berfokus pada bibir sumbing

	<input type="checkbox"/> Organisasi lain <input type="checkbox"/> Tidak ada
<b>Tanggal mulai periode pendanaan yang diusulkan:</b>	
<b>Tanggal berakhir periode pendanaan yang diusulkan:</b>	
<b>Wilayah Geografis utama pelayanan:</b>	
<b>Rata-rata, berapa banyak pasien bibir sumbing yang menerima perawatan nutrisi per bulan di pusat kesehatan Anda?</b>	
<b>Secara keseluruhan, berapa banyak pasien bibir sumbing yang menerima perawatan operasi di pusat perawatan Anda dalam 12 bulan terakhir?</b>	
<b>Berapa banyak pasien bibir sumbing yang diharapkan mendapatkan manfaat dari pendanaan nutrisi ini selama periode pendanaan yang diusulkan?</b>	
<b>Mohon berikan ringkasan proyek Anda dalam satu kalimat:</b>	
<b>Dokumen yang harus dipersiapkan:</b>	<input type="checkbox"/> Anggaran

## RINCIAN PROYEK

## LATAR BELAKANG

Jelaskan penyediaan pemberian makanan dan perawatan nutrisi Anda saat ini, misalnya:

- Pasien dengan bibir sumbing yang Anda tangani dalam hal kelompok usia, status sosial ekonomi dan status nutrisi.
- Apakah dan bagaimana Anda menyediakan konseling pemberian makanan dan/atau dukungan nutrisi kepada ibu dari anak dengan bibir sumbing.
- Apakah dan bagaimana Anda memastikan bahwa anak-anak akan tumbuh dengan baik dan bagaimana Anda mengidentifikasi masalah.
- Apakah dan bagaimana kondisi malnutrisi kronis dan akut diidentifikasi dan ditangani.
- Tenaga kesehatan profesional mana saja yang terlibat dalam pemberian makanan dan perawatan nutrisi pasien dengan bibir sumbing.
- Bagaimana kesiapan nutrisi pasien untuk operasi saat ini dievaluasi.

**Jika Anda telah menghadiri pelatihan nutrisi secara langsung, jelaskan perubahan apa yang telah Anda terapkan dalam praktik Anda sejak pelatihan tersebut.**

>> *Isi teks di sini*

## INFORMASI YANG DIBUTUHKAN

Silakan rangkum di bawah ini kekurangan dan kelemahan dari pemberian makanan dan perawatan nutrisi saat ini yang diberikan kepada pasien dengan bibir sumbing di pusat perawatan Anda.

Pernyataan kebutuhan Anda harus menjelaskan secara tepat tantangan-tantangan yang Anda harapkan dapat diatasi dengan pendanaan ini. **Pernyataan kebutuhan Anda harus menjelaskan item-item yang terdaftar dalam anggaran Anda.** Contohnya, jika Anda mencari pendanaan untuk X, jelaskan bagaimana kekurangan X membatasi Anda dalam membantu kelompok pasien tertentu atau menawarkan layanan tertentu.

>> *Isi teks di sini*

## TUJUAN

- Jelaskan tujuan apa yang akan dicapai dengan pendanaan (hubungkan tujuan Anda kembali ke pernyataan kebutuhan Anda).
- Jelaskan bagaimana perbaikan yang terukur yang akan Anda tunjukkan kepada kami dalam penyediaan perawatan berkualitas kepada pasien dengan bibir sumbing di pusat perawatan Anda.

>> *Isi teks di sini*

### **KEGIATAN**

- Jelaskan pemberian makanan dan perawatan nutrisi saat ini (konseling pemberian makanan, penilaian nutrisi, dukungan nutrisi, dan kegiatan yang sensitif terhadap nutrisi) untuk pasien dengan bibir sumbing, termasuk waktu penyediaan layanan. Sebutkan kelompok usia penerima manfaat (misalnya, bayi 0-6 bulan, anak-anak 6 bulan-2 tahun, 6 bulan-5 tahun, anak-anak yang lebih tua dan remaja, orang dewasa).
- Jelaskan bagaimana pendanaan ini akan meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada anak-anak dengan bibir sumbing serta menjaga ketepatan waktu dan keamanan selama operasi.

>> *Isi teks di sini*

**DAFTAR CEKLIS FORMULIR****Daftar ceklis ini akan membantu Anda dalam menyiapkan dan menyelesaikan permohonan Anda.**

<b>LATAR BELAKANG</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak Berlaku</b>
• Sudahkah Anda memberikan deskripsi singkat tentang populasi pasien dengan bibir sumbing yang Anda tangani (misalnya, dalam hal kelompok usia, status sosial ekonomi, dan keadaan nutrisi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menjelaskan apakah saat ini Anda menawarkan konseling pemberian makanan dan/atau dukungan nutrisi kepada ibu dari anak-anak dengan bibir sumbing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menjelaskan apakah Anda menggunakan grafik pertumbuhan untuk memantau pertumbuhan dan kesehatan keseluruhan pasien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menjelaskan apakah dan bagaimana Anda saat ini mengidentifikasi malnutrisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menjelaskan apakah dan bagaimana Anda saat ini menangani malnutrisi akut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menjelaskan tenaga kesehatan profesional mana saja yang terlibat dalam pemberian makanan dan perawatan nutrisi pasien dengan bibir sumbing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INFORMASI YANG DIBUTUHKAN</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menjelaskan kekurangan dan kelemahan apa saja yang telah Anda identifikasi dalam penyediaan perawatan Anda saat ini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menentukan kekurangan dan kelemahan mana yang untuk diatasi dengan pendanaan nutrisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TUJUAN</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah tujuan Anda menggambarkan hasil yang diharapkan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Apakah tujuan Anda berkaitan dengan (beberapa) kekurangan dan kelemahan yang diidentifikasi dalam penyediaan perawatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Apakah tujuan Anda dijelaskan dalam kaitannya dengan kelompok usia pasien yang menjadi sasaran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KEGIATAN</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menjelaskan bagaimana pendanaan akan meningkatkan kualitas penyediaan perawatan kepada pasien dengan bibir sumbing?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Apakah rencana penggunaan pendanaan Anda sesuai dengan tujuan yang tercantum di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menjelaskan apakah pendanaan akan meningkatkan penyediaan perawatan dalam kegiatan berikut: konseling pemberian makanan, penilaian nutrisi, dukungan nutrisi, atau kegiatan yang sensitif terhadap nutrisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Sudahkah Anda menentukan kelompok usia pasien mana yang akan mendapatkan manfaat dari pendanaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jika berlaku, apakah Anda menyebutkan protokol yang akan Anda ikuti atau sumber daya yang akan Anda gunakan untuk meningkatkan penyediaan perawatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menyebutkan bagaimana evaluasi Anda jika telah mencapai tujuan pada akhir periode anggaran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ANGGARAN</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda menyiapkan anggaran dengan judul-judul yang menyoroti kegiatan nutrisi yang akan diperbaiki dengan bantuan pendanaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Jika pendanaan disetujui, apakah Anda telah memastikan bahwa laporan akuntan akan disiapkan untuk membuktikan pengeluaran tersebut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sudahkah Anda memikirkan bagaimana Anda akan memberikan bukti bahwa pendanaan telah meningkatkan pemberian makanan dan perawatan nutrisi kepada pasien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>