LOMBA KARYA TULIS ILMIAH PPTWI 2023

TERAPIS WICARA DALAM PENANGANAN STUNTING

DI INDONESIA

PERAN TERAPIS WICARA PADA KEBIJAKAN PENANGANAN DAN PENCEGAHAN STUNTING DI INDONESIA

DIAJUKAN UNTUK MENGIKUTI LOMBA KARYA TULIS

ILMIAH PPTWI 2023

DISUSUN OLEH:

21017 - IBRAHIM MHD. JAMAL

22008 - FAHIRA FENTI

22038 - STELLA ROSALINA PHANDINATA

PROGRAM STUDI: TERAPI WICARA

AKADEMI TERAPI WICARA / YAYASAN BINA WICARA

JAKARTA

JANUARI 2023

LEMBAR PENGESAHAN LOMBA KTI PPTWI 2023

Judul Naskah	: Peran Terapis Wicara pada Kebijakan Pencegahan dan Penanganan Stunting di Indonesia
Bidang Kajian	: Terapi Wicara
Anggota Tim & NIM	: 21017 – Ibrahim Mhd. Jamal
	22008 – Fahira Fenti
	22038 – Stella R. Phandinata

Dosen Pembimbing

a. Nama Lengkap dan Gelar	: Agustina, A. Md TW., M.Pd
b. NIP/ IDN	**0331087112**

Menyetujui,

Dosen Pembimbing	Ketua Tim
Agustina, A. Md TW., M.Pd	Ibrahim Mhd. Jamal
NIP/ NIDN: 0331087112	NIM: 21017

Mengetahui:
Pembantu/ Wakil Rektor Bidang Kemahasiswaan/
Direktur Politeknik/ Ketua Sekolah Tinggi

Nining Lestari, A. Md. TW ., S.Pd, MKM.
NIP/ NIDN: -

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: 1. Ibrahim Mhd. Jamal 2. Fahira Fenti 3. Stella Rosalina Phandinata
Universitas	: Akademi Terapi Wicara Jakarta
Fak/Prog. Studi	: Terapi Wicara
Judul Karya Tulis Ilmiah	: Peran Terapis Wicara pada Kebijakan Pencegahan dan Penanganan Stunting di Indonesia

Dengan ini saya/kami menyatakan bahwa tulisan/naskah yang saya/kami sertakandalam Lomba Karya Tulis Ilmiah yang diadakan PPTWI adalah benar-benar hasil karya saya sendiri/kelompok, bukan jiplakan karya orang lain dan belum pernah diikutkan dalam segala bentuk perlombaan serta belum pernah dimuat di manapun.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Jika di kemudian hari ditemukan pelanggaran terhadap aturan yang berlaku, saya/kami bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan dari pihak penyelenggara.

Jakarta, 30 Januari 2023

Menyetujui,	**Ketua Tim Pelaksana**
Dosen Pembimbing	
(Agustina, A. Md TW., M.Pd)	**(Ibrahim Mhd. Jamal)**
NIP : 0331087112	**NIM : 21017**

ABSTRAK

PERAN TERAPIS WICARA PADA KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN STUNTING DI INDONESIA

Ibrahim Mhd. Jamal, Fahira Fenti, Stella R. Phandinata.

Agustina, A. Md TW., M.Pd., Wasiah K. Samawati, Amd TW, SKM

Jurusan Terapi Wicara, Akademi Terapi Wicara, Jakarta

ABSTRAK

Penelitian ini dilatarbelakangi pada kebijakan pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia. Stunting memiliki dampak buruk pada kualitas sumber daya manusia, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Hal ini dikarenakan nutrisi pada 1000 hari pertama kehidupan (terhitung sejak dalam kandungan) dapat mempengaruhi perkembangan otak pada anak (Prado & Dewey, 2014). Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengetahui apakah terapis wicara sudah dilibatkan dalam kebijakan pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia dan bagaimana peran terapis wicara dapat terlibat dalam pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia.

Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan metode studi kepustakaan atau *literature review*. Jurnal penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi (tahun terbit, subyek, bahasa dan jenis jurnal fulltext) dikumpulkan oleh penulis dan dibuat ringkasan jurnal meliputi nama peneliti, tahun terbit jurnal, tujuan penelitian, sampel, instrument (jika ada) dan ringkasan hasil atau temuan. Kemudian penulis membaca dan mengelompokkan sumber data dan jurnal-jurnal ke dalam 5 kelompok, yakni Penyebab Stunting, Dampak Stunting, Penanganan Stunting, Kebijakan Pemerintah terkait Stunting dan Layanan Terapis Wicara.

Hasil studi literatur menunjukkan Terapis Wicara belum dilibatkan dalam kebijakan pencegahan dan penanganan stunting Indonesia. Terapis Wicara dapat terlihat dalam jalur layanan kesehatan dengan menyediakan layanan kuratif yakni berupa asesmen dan intervensi *feeding skills* pada fase transisi dan rehabilitasi penanganan stunting di Indonesia. Terapis Wicara dapat terlibat dalam jalur manajerial dengan menyediakan layanan promotif dan preventif berupa: pembuatan *guidelines* untuk *screening feeding skills* sebagai pedoman bagi para kader kesehatan di daerah dalam melakukan deteksi dini gizi buruk dan juga dapat dijadikan pedoman bagi para orangtua ataupun keluarga untuk mengetahui kondisi anaknya dan memasukkan masalah gizi dan tatalaksana pencegahan- penanganan gizi buruk secara khusus ke dalam kurikulum pendidikan Terapi Wicara.

Kata Kunci: Stunting, Terapis Wicara, *Feeding Skill*

KATA PENGANTAR

Ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada Tuhan Yang Maha Esa sehingga para penulis akhirnya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Selain itu, penulis juga ingin mengucapakan terima kasih kepada:

1. Ibu Wasiah K. Samawati, A.Md TW, SKM., selaku pembimbing penulis yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran bagi penulis, serta membagikan ilmu sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik.
2. Ibu Hikmatun Sa'diah, A.Md. TW, M.Pd. selaku Direktur Akademi Terapi Wicara Yayasan Bina Wicara yang telah memberikan kesempatan dan dukungan di dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Nining Lestari, A.Md. TW, S.Pd, MKM., selaku Wakil Direktur III Akademi Terapi Wicara Yayasan Bina Wicara di bidang Kemahasiswaan yang memberikan kesempatan sekaligus dukungan moral bagi para penulis dalam mengikuti lomba Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Akademi Terapi Wicara yang sudah menjadi wadah bagi kami para penulis untuk membuat Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Semua pihak terkait yang tidak dapat disebutkan satu per satu. Terima kasih atas doa, dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis terbuka dengan saran dan kritik yang diberikan. Semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang membutuhkan.

Jakarta, 28 Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN LOMBA KTI PPTWI 2023 i

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA TULIS ILMIAH ii

ABSTRAK iii

KATA PENGANTAR iv

DAFTAR ISI vi

DAFTAR GAMBAR viii

DAFTAR TABEL ix

DAFTAR LAMPIRAN x

BAB 1 PENDAHULUAN 1

1.1. Latar Belakang 1

1.2. Rumusan Masalah 4

1.3. Tujuan Penulisan 4

1.4. Manfaat Penulisan 4

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 5

2.1. Stunting 5

2.1.1. Definisi Stunting 5

2.1.2. Faktor Resiko Penyebab Stunting 6

2.1.3. Dampak Stunting 7

2.1.4. Penanganan Stunting 7

2.2. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan Stunting di Indonesia 7

2.3. Standar Layanan Terapis Wicara 10

2.3.1. Terapis Wicara 10

2.3.2. Bidang Garap Pelayanan Terapi Wicara 10

2.3.3. Peran Terapi Wicara 11

2.4. Kaitan antara peran terapis wicara dan kebijakan pencegahan-penanganan stunting di Indonesia. 13

BAB 3 METODE PENULISAN 15

3.1. Sumber dan Jenis Data 15

3.2. Pengumpulan Data 16

3.3. Analisis Data 16

3.4. Penarikan Kesimpulan 17
3.5. Saran dan Rekomendasi 17
BAB 4 PEMBAHASAN 18
4.1. Evaluasi Kebijakan Pencegahan dan Penanganan Stunting di Indonesia 18
4.2. Peran Terapis Wicara pada Jalur Layanan Kesehatan 21
4.3. Peran Terapis Wicara pada Jalur Manajerial. 24
BAB 5 PENUTUP 27
5.1. Kesimpulan 27
5.2. Saran 27
DAFTAR PUSTAKA 29

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.4. Kerangka Berpikir 13

Gambar 4.2. Pelayanan Kuratif Terapis Wicara pada Penanganan Stunting..... 21

Gambar 4.3. Pelayanan Promotif-Preventif Terapis Wicara pada Pencegahan Stunting 24

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak 6

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Sumber Utama 34

BAB 1
PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Seorang anak dikatakan stunting jika memiliki tinggi badan menurut umur (tinggi badan/umur) kurang dari minus dua standar deviasi (<-2) atau tinggi badan balita lebih pendek dari yang seharusnya dicapai pada usia tertentu (Soetjiningsih, dalam Simbolon, et al., 2019[1]). Stunting menunjukkan adanya masalah malnutrisi dan atau infeksi yang muncul sejak atau bahkan sebelum anak lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2020[2]).

Stunting memiliki dampak buruk pada kualitas sumber daya manusia, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Hal ini dikarenakan nutrisi pada 1000 hari pertama kehidupan (terhitung sejak dalam kandungan) dapat mempengaruhi perkembangan otak pada anak (Prado & Dewey, 2014[3]). Penelitian menunjukkan bahwa bayi yang baru lahir memiliki sekitar seratus milyar sel otak. Proses pematangan dan pembentukan koneksi sistem saraf terjadi secara progresif setelah proses kelahiran hingga masa anak usia dini. Pada akibat jangka pendek, kekurangan gizi pada masa prenatal hingga masa anak usia dini dapat menyebabkan kelainan neurologis dan gangguan perkembangan otak yang berdampak pada kemampuan motorik, kognitif, bahasa, sosio-emosional dan gangguan intelektual (Prado & Dewey, 2014[3]; Kementrian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017[4]). Sedangkan pada jangka panjang, stunting berdampak pada menurunnya kemampuan kognitif, dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua (Kementrian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2017[4]).

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia yang dilaksanakan pada tahun 2021 mengungkap bahwa 24,4 persen anak atau 5,33 juta balita mengalami tubuh pendek, atau stunting (UNICEF, 2021[5]). Berdasarkan hasil studi Survei Status Gizi Indonesia 2021(2021[6]), dari 24,4% balita yang mengalami stunting, 19% mengalami stunting di tingkat keparahan sedang dan 5,4% mengalam stunting di tingkat keparahan parah. Jika dilihat dari demografisnya, masalah stunting dialami

lebih dari 25% anak di Indonesia Timur (Nusa Tenggara, Sulawesi, Papua), Aceh serta Kalimantan Selatan (SSGI, 2021[8]).

Meskipun prevalensi stunting ini telah mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya yakni sekitar 2 - 2,7% per tahun, Presiden RI Joko Widodo menargetkan angka stunting turun menjadi 14 persen di tahun 2024 (Siaran Pers, 2022[7]). Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan (Menko PMK) Muhadjir Effendy mengatakan, Indonesia masih perlu upaya inovasi agar terjadi penurunan sekitar 3 sampai 3.5 persen per tahun sehingga dapat mencapai target 14 persen tahun 2024 sesuai dengan target Presiden berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bisa tercapai (Siaran Pers, 2022[9]). Pemerintah terus berupaya melakukan pencegahan maupun penanganan pada kasus stunting di Indonesia.

Pedoman pencegahan dan tatalaksana gizi buruk pada balita (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[8]; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021[9]), menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan yang harus menyediakan layanan pemulihan gizi buruk adalah faskes primer dan faskes rujukan (pemerintah dan swasta) yakni *Therapeutic Feeding Centre*. Faskes primer menangani rawat jalan untuk balita usia 6-59 bulan tanpa komplikasi. Pemeriksaan kesehatan, terapi serta pemberian informasi tentang makan sesuai umur. Di tingkat fasilitas kesehatan primer pemberi pelayanan adalah dokter, tenaga gizi, bidan atau perawat sesuai dengan kompetensi dan wewenangnya di bawah bimbingan dokter atau kepala puskesmas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]). Di rumah sakit, balita dengan gizi buruk menjalani rawat inap di Bagian Anak dan ditangani dokter spesialis anak. Pada umumnya rumah sakit mempunyai tenaga ahli gizi yang bekerja sama dengan dokter spesialis anak dalam menangani balita gizi buruk (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]). Dengan kata lain, jika dilihat dari kebijakan pemerintah saat ini, dokter spesialis anak dan tenaga gizi menjadi poros utama dalam penanganan balita gizi buruk di fasilitas kesehatan, dimana mereka berperan penting dalam penentuan intervensi jumlah gizi yang harus diberikan dan evaluasi infeksi. Akan tetapi, asesmen dan intervensi di area *feeding skills* masih terlewatkan, dimana ada transisi penanganan dari fasilitas kesehatan ke

rumah. Pada penanganan awal, asupan gizi atau makanan biasanya digunakan sendok, semprit, cangkir, NGT bahkan *syringe* pada kasus-kasus balita yang sangat lemah. Namun pada prosesnya, pemberian asupan makanan ini harus ditransisikan ke asupan makan per oral. Target di akhir tatalaksana penanganan adalah asupan makanan atau gizi per oral mencukupi kebutuhan gizi harian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]). Sedangkan, seluruh aktivitas yang mempergunakan alat gerak oral (oromotor) menjadi bagian dari bidang garap pelayanan terapi wicara (Permenkes, 2014[10]). Masalah fungsi *feeding* meliputi *unsafe oral feeding, delayed feeding skills* dan *inefficient oral feeding* (Goday, et al., 2019[11]). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Eslick et al. (2021[12]) menemukan bahwa terapis wicara mampu menangani masalah fungsi oromotor dan kesulitan di area *feeding* sebelum balita keluar dari layanan penanganan gizi-buruk. Dengan kata lain, untuk membuat target akhir penanganan stunting tercapai secara optimal, peran terapis wicara dibutuhkan.

Pada strategi pencegahan stunting, pemerintah hanya melibatkan dokter ahli gizi dan perawat dalam pemantauan dan evaluasi pemberian makan pada balita, termasuk dalam edukasi ke para kader dan orangtua (Kementerian Kesehatan RI, 2020[10]). Padahal pemberian makan pada balita tidak hanya berbicara soal nutrisi, melainkan *feeding skills.* Menurut Grohan dan Crary (2016[13]), banyak pemerintah yang hanya berfokus pada promosi asupan nutrisi dan variasi makanan, tetapi hanya sedikit informasi yang tersedia bagi orangtua bagaimana cara membuat anak makan makanan yang bervariasi dan dengan tekstur yang sesuai, dimana kesulitan pada area *feeding* ini berdampak pada tidak tercapainya asupan gizi bahkan tumbuh kembang anak. *Feeding* adalah proses yang melibatkan segala aspek pada aktivitas makan dan minum, termasuk mengumpulkan dan menyiapkan makanan atau cairan untuk asupan, proses menghisap, mengunyah dan menelan (ASHA, t.th[14]). Area ini merupakan keahlian dari terapis wicara. Dengan kata lain, dalam memberikan psikoedukasi mengenai *feeding skills* pada balita sesuai dengan usianya seharusnya terapis wicara memiliki peranan yang penting. Terapis wicara dapat terlibat dalam layanan promotifdan preventif yakni edukasi masyarakat sebagai upaya preventif atau pencegahan stunting.

Menurut Undang-undang RI no. 36 tahun 2009 (2009[15]) tentang kesehatan, seluruh tenaga kesehatan memiliki wewenang dalam melakukan pelayanan kesehatan secara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Namun peran terapis wicara dalam layanan kesehatan pada 4 area layanan di atas belum terlihat pada kebijakan pencegahan dan penanganan stunting. Berdasarkan pemaparan di atas, dapat dilihat bahwa ada area-area yang penting untuk diperhatikan dalam penanganan stunting dan belum menjadi pokok pembahasan dalam kebijakan penanganan stunting di faskes primer dan faskes rujukan (*Therapeutic Feeding Centre)*. Di sisi lain, peran terapis wicara pada Peraturan Kementerian Kesehatan (2014[13]) masih lebih banyak membahas pada layanan mikro di fasilitas kesehatan dibandingkan makro yang sebenarnya dapat dilakukan di Indonesia, secara spesifik pada psikoedukasi guna pencegahan stunting. Oleh karena itu, penulis ingin mengetahui lebih jauh bagaimana terapis wicara dapat berperan dalam kebijakan pemerintah Indonesia guna menangani stunting.

1.2. Rumusan Masalah

a. Bagaimana peran terapis wicara dalam pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia?

1.3. Tujuan Penulisan

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengetahui seberapa besar peran terapis wicara dalam kebijakan pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia .

1.4. Manfaat Penulisan

Manfaat dari penulisan ini adalah agar penulisan ini dapat menjadi pertimbangan bagi pemerintah dalam melibatkan terapis wicara dalam kebijakan pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia. Selain itu, dengan dilibatkannya terapis wicara dalam kebijakan tersebut, diharapkan adanya perbaikan asupan nutrisi dan perkembangan pada balita di Indonesia melalui optimalisasi *feeding skills* atau oromotor sejak dini .

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Stunting

2.1.1. Definisi Stunting

Berdasarkan Kementrian Kesehatan RI (dalam Sasmita, 2021[16]), stunting merupakan kondisi balita yang memiliki panjang atau tinggi yang kurang berdasarkan umurnya. Stunting adalah indikator status gizi berdasarkan usia atau tinggi badan untuk tinggi badan anak yang dicapai pada masa balita, yang disebabkan adanya malnutrisi (Laksono et al., 2022[17]; Yanti, et al, 2020[18]). Stunting berdampak pada kemampuan kognitif dan perkembangan motorik yang rendah, serta ketidakseimbangan fungsional pada balita (Anwar et al., 2014[21]).

Berdasarkan standar WHO (dalam Laksono et al., 2022[19]; WHO, 2015[20]) stunting ditentukan oleh indikator tinggi badan berdasarkan z-score atau penyimpangan tinggi badan anak lebih dari 2 standar deviasi di bawah standar pertumbuhan anak sesuai usia. Berikut adalah kategori dan ambang batas status gizi kategori menurut indeks batas status gizi kategori menurut indeks tinggi badan/umur (Kemenkes RI, 2020[21]):

Indeks	**Kategori Status Gizi**	**Ambang Batas (Z-Score)**
Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) Anak umur 0-60 bulan	Sangat Pendek (*severely stunted)*	<-3 SD
	Pendek (*stunted*)	-3 SD sampai dengan -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD
LiLA	Gizi Buruk	<11,5 CM
	Gizi Kurang	11,5 – 12,4 CM
	Gizi Baik	≥ 12,5 CM
Lingkar	Sangat Kecil	< -3 SD

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Kepala	Kecil	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	≥ -2 SD sampai dengan ≤ +2SD
	Sangat Besar	> +2 SD
BB/U	Berat badan sangat kurang *(Severely underweight)*	< -3 SD
	Berat badan kurang *(Underweight)*	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Berat Badan Normal	-2 SD sampai dengan +1 SD
	Resiko berat badan lebih	> +1 SD
BB/PB Atau BB/TB	Gizi Buruk *(Severely wasted)*	< -3 SD
	Gizi kurang *(wasted)*	-3 SD sampai dengan < -2SD
	Gizi baik (normal)	- 2 SD sampai dengan + 1 SD
	Berisiko gizi lebih *(possible risk of overweight)*	> + 1 SD sampai dengan + 2 SD
	Gizi lebih *(overweight)*	> + 2 SD sampai dengan +3 SD
	Obesitas *(obese)*	> +3 SD

Tabel 2.1.1 Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

2.1.2. Faktor Resiko Penyebab Stunting

Stunting disebabkan oleh interaksi yang kompleks pada sejumlah faktor penentu, yakni faktor proksimal dan faktor lingkungan (distal). Secara spesifik, faktor proksimal ini erat kaitannya dengan layanan terapi wicara. Pada faktor-faktor proksimal terdapat faktor resiko seperti: faktor maternal, pemberian ASI dan MPASI dan paparan terhadap infeksi di lingkungan. Secara lebih spesifik, pada faktor resiko maternal terdapat adanya malnutrisi di periode sebelum konsepsi, perawakan ibu yang pendek, infeksi, *Intrauterine growth restriction* (IUGR), kelahiran prematur (di bawah 37 minggu) serta faktor kesehatan dan

edukasi ibu. Pada periode ASI dan MP-ASI secara spesifik yang menjadi faktor resiko antara lain praktik pemberian MP-ASI yang tidak memadai yakni terlambatnya inisiasi menyusui dini (IMD), tidak adanya pemberian ASI, kuantitas dan frekuensi pemberian MP-ASI, konsistensi pemberian tekstur makanan, *non-responsive feeding,* jenis makanan yang tidak memenuhi gizi (Stewart et al., 2013[22]; Danaei et al., 2016[23]).

2.1.3. Dampak Stunting

Dampak yang terjadi pada anak yang memiliki stunting sangat beragam, di antaranya pertumbuhan tinggi yang terganggu, namun salah satu dampak jangka panjang yang paling signfikan adalah keterlambatan kognitif. Bedasarkan Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi (dalam Sari dan Montessori, 2021[24]) dampak yang ditimbulkan pada anak stunting dalam jangka pendek ialah terganggunya perkembangan otak, adanya gangguan metabolisme tubuh, dan gangguan pada perkembangan otak. Sedangkan dampak dalam jangka panjang anak yang memiliki stunting akan mengalami penurunan kemampuan kognitif dan terjadi penurunan pada daya tahan tubuh.

2.1.4. Penanganan Stunting

Cara pencegahan stunting pada anak balita dengan cara penerapan program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga, pemberian makanan tambahan, dan 1000 hari pertama kehidupan (Wado LA dalam Ramadhan et al., 2022)[25]. Upaya untuk menurunkan angka stunting, Indonesia menerapkan program Indonesia sehat dengan cara (Kementerian Kesehatan RI, 2016)[26]: menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita, menyelenggarakan simulasi dini perkembangan anak dan memberikan pelayanan Kesehatan yang optimal.

2.2. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan Stunting di Indonesia

2.2.1. Pencegahan Gizi Buruk

2.2.1.1. Pencegahan Gizi Buruk pada Bayi di Bawah Usia 6 Bulan

Upaya pencegahan gizi buruk pada bayi kurang dari 6 bulan adalah dengan mencegah timbulnya faktor-faktor risiko tersebut, yang meliputi upaya peningkatan kesehatan ibu, pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan bayi

berkualitas. Kemenkes (2019[11]; 2020[10])menjadikan upaya-upaya tersebut sebagai paket pelayanan Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). Tujuannya mengawal status gizi ibu dan janin/bayinya agar tetap sehat sejak di dalam kandungan (270 hari) sampai usia dua tahun (730 hari), melalui 10 langkah yang telah ditetapkan pemerintah. Dari 10 langkah tersebut, dua di antaranya adalah pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang anak dan pemberian buku Kesehatan Ibu dan Anak.

2.2.1.2. Pencegahan Gizi Buruk pada Balita 6-59 Bulan

Prinsip pencegahan kekurangan gizi pada balita 6-59 bulan adalah memberikan asupan makanan sesuai dengan umur dan mencegah terjadinya infeksi. Ada beberapa hal yang perlu dilakukan untuk mencegah kekurangan gizi pada balita 6-59 bulan di antaranya adalah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]):

a. Pembinaan secara aktif pada keluarga dan masyarakat dengan edukasi tentang pola asuh yang benar pada anak, misalnya dengan menerapkan pola makan sesuai dengan umur, pola hidup bersih dan sehat, menerapkan higiene dan sanitasi yang baik, memantau tumbuh kembang anak (misalnya di posyandu dan pos penimbangan lainnya seperti PAUD, BKB, atau di faskes), dengan membawa Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang juga dapat digunakan sebagai media informasi untuk keluarga/masyarakat.
b. Pemanfaatan pelayanan kesehatan, misalnya imunisasi dasar lengkap, pemberian vitamin A dan obat cacing, tatalaksana balita sakit di tingkat pelayanan dasar dan faskes rujukan sesuai standar, serta Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak.

2.2.2. Tatalaksana Gizi Buruk

2.2.2.1. Rawat Jalan pada Balita Gizi Buruk

Rawat jalan dilakukan pada balita usia 6-59 bulan dengan gizi buruk tanpa komplikasi. Layanan ini dilakukan di fasilitas kesehatan tingkat pertama/ Puskesmas/ Klinik Praktik Dokter (Kementerian Kesehatan RI, 2019[11]). Layanan yang diberikan pada fase ini antara lain peniliaian status gizi, pemeriksaan kesehatan dan terapi, pemberian terapi gizi , psikoedukasi tentang pemberian

makan sesuai umur dan pemberian pelayanan imunisasi, obat cacing dan vitamin A.

2.2.2.2. Rawat Inap pada Balita Gizi Buruk

Rawat inap dilakukan pada balita dengan kriteria sebagai berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2019[11]):

a. Bayi < 6 bulan dengan gizi buruk (dengan atau tanpa komplikasi);
b. Balita gizi buruk usia 6-59 bulan dengan komplikasi dan/ atau penyakit penyerta yang memerlukan rawat inap;
c. Semua balita diatas 6 bulan dengan berat badan < 4 kg.

Rawat inap dilakukan di Puskesmas perawatan yang mampu memberi pelayanan balita gizi buruk dengan komplikasi (kecuali pada bayi < 6 bulan harus di rumah sakit), *Therapeutic Feeding Centre*, RS pratama, serta RS tipe C, B dan A. Pada rawat inap, keluarga tetap berperan mendampingi balita yang dirawat.

2.2.3. Pengorganisasian Pelaksanaan dan Koordinasi dengan Pihak Terkait

Pengorganisasian upaya penanggulangan gizi buruk pada balita di berbagai tingkat pada umumnya mencakup dua jalur, yaitu: jalur manajerial dan jalur fasilitas kesehatan sebagai pemberi layanan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]). Kedua jalur ini harus dikelola dengan baik dan sinergis, agar efektif mencapai peningkatan keberhasilan program dan tatalaksana gizi buruk. Di samping itu, dapat meminimalisir balita gizi buruk dan balita gizi buruk dapat segera ditangani, termasuk penyakit penyerta ataupun komplikasi yang diderita.

Fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan pemulihan gizi buruk adalah faskes primer dan faskes rujukan (pemerintah dan swasta) termasuk *Therapeutic Feeding Centre.* Di rumah sakit, balita dengan gizi buruk menjalani rawat inap di Bagian Anak dan ditangani dokter spesialis anak. Pada umumnya rumah sakit mempunyai tenaga ahli gizi yang bekerja sama dengan dokter spesialis anak dalam menangani balita gizi buruk. Di tingkat fasilitas kesehatan primer pemberi pelayanan adalah dokter, tenaga gizi, bidan/perawat sesuai dengan kompetensi dan wewenangnya di bawah bimbingan dokter/ kepala puskesmas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]; 2020[10]).

Jalur manajerial dalam melaksanakan peran dan fungsinya mengupayakan pencegahan gizi buruk pada balita, meningkatkan cakupan dan kualitas layanan kasus, serta membangun kemitraan dengan sektor/pihak terkait dan mengupayakan peran serta aktif masyarakat. Hal ini diperlukan karena kompleksnya masalah kekurangan gizi dengan berbagai faktor pengaruh. Ada 5 upaya strategis yang perlu dilakukan, dua di antaranya adalah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]; 2020[10]):

a. kerjasama dengan institusi pendidikan dan organisasi profesi untuk memasukkan masalah gizi dan tatalaksananya dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan;
b. upaya peningkatan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang kebutuhan gizi balita, dan sebagainya

2.3. Standar Layanan Terapis Wicara

2.3.1. Terapis Wicara

Terapis Wicara merupakan setiap orang yang telah lulus dari pendidikan formal Terapi Wicara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, yaitu berijazah minimal Diploma Tiga Terapis Wicara serta telah mendapatkan pengakuan kompetensi yang dibuktikan dengan Surat Tanda Registrasi. Untuk dapat memberikan pelayanan, Terapis Wicara harus memiliki izin berupa Surat Izin Praktik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan (PMK RI No. 80 Tahun 2014[13]).

2.3.2. Bidang Garap Pelayanan Terapi Wicara

Di dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Terapi Wicara menjelaskan bahwa bidang garap pelayan terapi wicara adalah sebagai berikut:

1. Bahasa

Merupakan semua sistem komunikasi, bukan saja wicara, akan tetapi juga pengungkapan dan pengertian dari tulisan, tanda-tanda, gestural, dan musik.

2. Bicara

Merupakan sebuah sistem komunikasi yang dipakai untuk mengungkap dan mengerti proses berfikir yang mempergunakan simbol akustik; sistem komunikasi

tersebut dihasilkan oleh getaran atau vibrasi dari pita suara dalam laring (fonasi) yang disebabkan oleh adanya aliran udara dari paru-paru (respirasi) dan terakhir akan dimodifikasi/dibentuk oleh gerakan dari bibir, lidah dan palatum (artikulasi), sehingga membutuhkan kombinasi yang adekuat dari aksi sistem neuromuskuler untuk fonasi dan artikulasi.

3. Menelan

Merupakan suatu proses memindahkan cairan dan/atau bolus (suatu unit mass makanan yang telah di kunyah) dari rongga mulut bagian depan ke belakang, terjadi penutupan velofaringeal, dihantarkan menuju ke faring, esofagus, daerah dada dan ke dalam perut. Diagnosa terkait gangguan menelan disebut disfagia, yaitu kesulitan memindahkan cairan dan atau bolus dari rongga mulut bagian depan ke belakang menuju faring, esofagus, daerah dada dan ke dalam perut yang dapat disebabkan oleh patologis, neurologis dan psikologis.

2.3.3. Peran Terapi Wicara

Terapis wicara memiliki peranan penting di dalam pediatric feeding anak. Agar dapat berfungsi dengan baik, keterampilan makan anak harus sesuai usia dan efisien. Disfungsi di salah satu area ini maka terapis wicara dapat memberikan diagnosa *feeding skills* anak dan akan tergolong *Pediatric Feeding Disorders* (PFD) sesuai dengan kategori berikut:

a. *Unsafe Oral Feeding*/ Pemberian makanan oral yang tidak aman: dapat muncul tersedak, aspirasi, kejadian kardiorespirasi yang merugikan (misalnya, apnea, bradikardia) selama makan oral, atau kejadian waktu makan yang merugikan lainnya (misalnya, tersedak, muntah, kelelahan, penolakan).
b. *Delayed Oral Feeding*/ Keterampilan makan yang tertunda: dapat muncul sebagai anak yang tidak dapat mengonsumsi cairan dan tekstur makanan yang sesuai dengan usianya. Mereka mungkin memerlukan peralatan makan khusus, posisi, atau strategi pemberian makan.
c. *Inefficient Oral Feeding*/ Pemberian makan oral yang tidak efisien: dapat hadir sebagai durasi waktu makan yang lama (yaitu,> 30 menit) atau asupan oral yang tidak memadai. Anak-anak ini mungkin memerlukan tekstur yang

dimodifikasi, peralatan atau strategi pemberian makan khusus, atau suplemen gizi (Goday et al., 2019[27]).

Seorang terapis wicara dapat melakukan screening kepada anak dimulai dari usia 0 sampai 6 bulan. Terapis wicara dapat melakukan screening terkait reflek-reflek yang perlu dimiliki seorang bayi agar mampu memiliki *feeding skills* yang baik dan sesuai dengan perkembangannya.

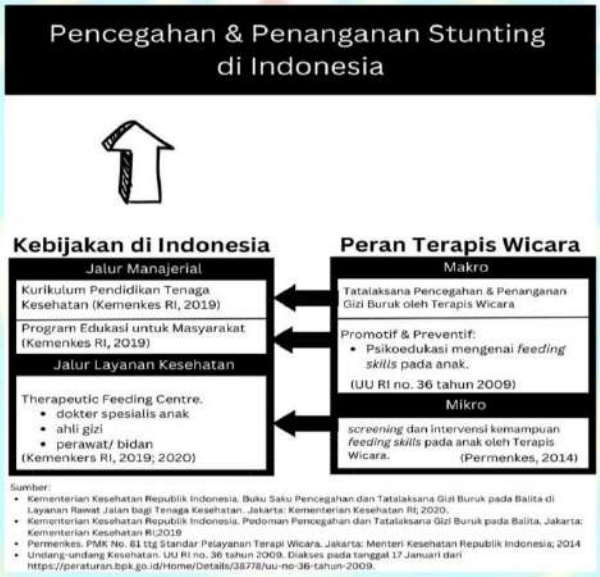
Terapis Wicara (*Speech Language Pathologists*) memainkan peran sentral dalam penilaian, diagnosis, dan pengobatan bayi dan anak-anak dengan gangguan menelan dan makan. Peran dan aktivitas profesional dalam patologi wicara meliputi layanan klinis/pendidikan (diagnosis, penilaian, perencanaan, dan pengobatan); pencegahan dan advokasi; dan pendidikan, administrasi, dan penelitian (ASHA, 2016[28]).

ASHA juga menjelaskan peran yang sesuai untuk Terapis Wicara meliputi: mendidik keluarga anak-anak yang berisiko mengalami gangguan makan dan menelan anak; mendidik profesional lain tentang kebutuhan anak-anak dengan gangguan makan dan menelan dan peran Terapis Wicara dalam diagnosis dan manajemen; melakukan penilaian komprehensif, termasuk evaluasi klinis dan instrumental yang sesuai; mempertimbangkan budaya yang berkaitan dengan pilihan/kebiasaan makanan, persepsi disabilitas, dan keyakinan tentang intervensi (Davis-McFarland, 2008 dalam ASHA,t.th); mendiagnosis gangguan menelan mulut dan faring pediatrik (disfagia); mengenali tanda-tanda gangguan asupan makanan penghindaran/pembatasan (ARFID) dan membuat rujukan yang sesuai dengan pengobatan kolaboratif sesuai kebutuhan; merujuk pasien ke profesional lain yang diperlukan untuk menyingkirkan kondisi lain, menentukan etiologi, dan memfasilitasi akses pasien ke layanan komprehensif; merekomendasikan rencana menelan dan makan yang aman untuk rencana layanan keluarga individual (IFSP), program pendidikan individual (IEP); mendidik anak dan keluarganya untuk mencegah komplikasi terkait gangguan makan dan menelan; melayani sebagai anggota integral dari tim makan dan menelan interdisipliner; berkonsultasi dan berkolaborasi dengan profesional lain, anggota keluarga, pengasuh, dan lainnya untuk memfasilitasi pengembangan program dan untuk memberikan pengawasan, evaluasi, dan/atau kesaksian ahli, sebagaimana mestinya; tetap mendapat

informasi tentang penelitian di bidang gangguan makan dan menelan anak sambil membantu memajukan basis pengetahuan terkait dengan sifat dan pengobatan gangguan ini; dan mengadvokasi keluarga dan individu dengan gangguan makan dan menelan di tingkat lokal, negara bagian, dan nasional.

Pada usia sekitar 6 bulan, terdapat beberapa tanda bahwa bayi siap untuk mulai mengonsumsi makanan selain ASI atau susu formula, yaitu: mulai menggigit daripada menyedot saat diberi makan, mampu menegakkan kepala dan duduk tanpa bantuan, sering merasa lapar, tidak mendorong makanan keluar dari mulut dengan lidah dan tertarik dengan makanan yang diberikan dari segi tekstur maupun rasa (Queensland Health, 2019[29]).

2.4. Kaitan antara peran terapis wicara dan kebijakan pencegahan-penanganan stunting di Indonesia.



Gambar 2.4. Kerangka Berpikir

Dalam Sistem Kesehatan Nasional pembangunan kesehatan diarahkan guna tercapainya kesadaran dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Untuk mewujudkannya diperlukan upaya pelayanan kesehatan yang menyeluruh, terarah, terpadu dan berkesinambungan. Dalam rangka percepatan pencapaian indikator kesehatan, pemerintah telah menetapkan pelaksanaan upaya kesehatan yang mencakup kesehatan fisik, mental-intelektual, sosial maupun emosional. Upaya kesehatan

tersebut dilaksanakan dalam tiga tingkatan upaya meliputi upaya kesehatan primer, upaya kesehatan sekunder dan upaya kesehatan tersier. Dalam pelaksanaannya melibatkan berbagai jenis pelayanan kesehatan termasuk pelayanan terapi wicara. Kontribusi pelayanan terapi wicara pada pelaksanaan upaya kesehatan dimulai dari pelayanan yang bersifat promotif, preventif, kuratif sampai yang bersifat rehabilitatif. Pelayanan tersebut dilaksanakan di berbagai jenis dan jenjang fasilitas pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat (PMK RI No. 80 Tahun 2014[13]).

BAB 3
METODE PENULISAN

3.1. Sumber dan Jenis Data

Penelitian ini merupakan penelitian dengan menggunakan metode studi kepustakaan atau *literature review*. *Literature review* adalah sebuat metode yang sistematis dan eksplisit untuk melakukan indentifikasi, evaluasi dan sintesis terhadap karya-karya hasil penelitian dan hasil pemikiran yang sudah dihasilkan oleh para peneliti dan praktisi. *Literature review* bertujuan untuk membuat analisis dan sintesis terhadap pengetahuan yang sudah ada terkait topik yang akan diteliti untuk menemukan ruang kosong bagi penelitian yang akan dilakukan (Ulhaq & Rahmayanti, 2020[30]). Dalam melakukan studi literatur, seorang penulis bisa mendapatkan sumber data dari jurnal, buku, dokumentasi, internet dan pustaka (Nursalam 2016[31]).

Pada penulisan ini, penulis mengumpulkan berbagai sumber. Untuk kebijakan-kebijakan pemerintah mengenai stunting, penulis mengumpulkan panduan-panduan tatalaksana gizi buruk dan kebijakan pemerintah terkait stunting dari internet, melalui *website* direktorat gizi, gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) dan Kementerian Kesehatan RI. Sedangkan literatur mengenai terapi wicara, penulis menggunakan Undang-Undang Tenaga Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) terkait Layanan Terapi Wicara. Selain itu, data-data terkait Stunting dikumpulkan melalui hasil survei beberapa tahun terakhir, terutama tahun 2021 baik dari WHO, UNICEF maupun Survei Status Gizi Indonesia (SSGI). Tidak hanya itu, buku-buku dan jurnal-jurnal terkait stunting juga dikumpulkan mellaui jurnal yang diterbitkan secara online dari search engine *Research Gate, PubMed, National Library of Medicine (ncbi)* yang merupakan jurnal-jurnal international (*PLOS One, PLOS Medicine, Journal of Maternal Child Nutrition, Journal of Maternal and Child Health, Journal of Quality in Public Health, Journal of Medical Sciences*, dan sebagainya) dan nasional (Jurnal Ilmu Kesehatan, Jurnal Integrasi Kesehatan dan Sains, Jurnal Berdaya Mandiri, Jurnal Litbang, dan sebagainya).

3.2. Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dilakukan dengan penyaringan berdasarkan kriteria yang ditentukan oleh penulis dari setiap sumber yang diambil. Adapun kriteria pengumpulan sumber adalah sebagai berikut:

1. Tahun sumber literatur yang diambil mulai dari tahun 2013 sampai dengan 2023, kesesuaian *keyword* penulisan (*stunting, child development, risk factor, intervention, feeding skills),* keterkaitan hasil penulisan dan pembahasan. Untuk kebijakan pemerintah terkait stunting dan layanan terapis wicara diambil dari kebijakan tahun terbaru.
2. Strategi dalam pengumpulan jurnal berbagai literatur menggunakan situs jurnal yang sudah terakreditasi seperti *Research Gate, PubMed, National Library of Medicine (ncbi), Science Direct*. Sedangkan dalam mengumpulkan kebijakan pemerintah yang relevan, penulis mendapatkannya dari terapis wicara yang memiliki spesialisasi *feeding skills* dengan bayi gizi buruk di rumah sakit milik pemerintah dan ditambahkan dengan pencarian dari *website* pemerintah yang disebutkan di atas.
3. Cara penulisan yang efektif untuk *setting* jurnal dengan memasukkan kata kunci berdasarkan *advance search* dengan penambahan notasi AND/OR atau menambahkan simbol +. Misalkan "*stunting and risk factor*" dan sebagainya.
4. Melakukan pencarian berdasarkan *fulltext* dan penggunaan bahasa Indonesia atau bahasa Inggris.

3.3. Analisis Data

Jurnal penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi (tahun terbit, subyek, bahasa dan jenis jurnal *fulltext*) dikumpulkan oleh penulis dan dibuat ringkasan jurnal meliputi nama peneliti, tahun terbit jurnal, tujuan penelitian, sampel, instrument (jika ada) dan ringkasan hasil atau temuan. Kemudian penulis membaca dan mengelompokkan sumber data dan jurnal-jurnal ke dalam 5 kelompok, yakni Data Stunting, Faktor-faktor Stunting, Penanganan Stunting, Kebijakan Pemerintah terkait Stunting dan Layanan Terapis Wicara.

Pada analisis isi, pertama-tama, penulis membaca mengenai jurnal-jurnal stunting dari segi faktor resiko dan penanganan, lalu mencocokannya dengan

kebijakan pemerintah Indonesia saat ini. Setelah itu, penulis menelaah lebih dalam kebijakan pemerintah dan para praktisi yang dilibatkan dalam tatalaksana penanganan Stunting. Dari kebijakan atau tatalaksana penanganan stunting ini, penulis mengaitkannya dengan area atau bidang garap layanan terapis wicara.

3.4. Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesimpulan dilakukan berdasarkan rumusan masalah yang sudah ditulis oleh penulis pada Bab 1. Untuk menarik kesimpulan tersebut, penulis mengambil sintesa dari analisa yang sudah dilakukan, yakni menjawab pertanyaan apakah ada peran terapis wicara pada kebijakan Indonesia. Kemudian lebih lanjut penulis mendeskripsikan peran yang bisa dilakukan oleh terapis wicara dalam upaya penanganan stunting pada kebijakan pemerintah di Indonesia, serta pentingnya peran tersebut.

3.5. Saran dan Rekomendasi

Saran dan rekomendasi yang diajukan bersumber dari temuan penelitian, pembahasan dan kesimpulan dari hasil penulisan. Dengan demikian nantinya saran dan rekomendasi yang diberikan tidak keluar dari batas-batas lingkup dan implikasi penelitian serta kebijakan yang ada. Saran dan rekomendasi yang diberikan nantinya ditujukan kepada 3 pihak secara spesifik, yakni pemerintah selaku pembuat kebijakan penanganan stunting (Kementerian Kesehatan RI, Gerakan Masyarakat Sehat dan organisasi pemerintah lainnya yang terlibat dalam penanganan stunting), Ikatan Terapis Wicara Indonesia dan Pemangku Pendidikan Terapi Wicara di Indonesia.

BAB 4
PEMBAHASAN

4.1. Evaluasi Kebijakan Pencegahan dan Penanganan Stunting di Indonesia

Pengorganisasian kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* atau gizi buruk pada balita, terbagi menjadi 2 jalur, yakni jalur manajerial dan jalur fasilitas kesehatan. Pada jalur manajerial, pemerintah banyak berfokus pada pencegahan yakni jika dikaitkan dengan undang-undang tenaga kesehatan, maka usaha ini disebut juga sebagai layanan promotif dan preventif.

Pada level sektorial, upaya pada jalur manajerial antara lain bekerjasama dengan institusi pendidikan dan organisasi profesi untuk memasukkan masalah gizi dan tatalaksananya dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan dan melakukan upaya peningkatan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang kebutuhan gizi balita, dan lain-lain (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]). Sayangnya, kerjasama dengan insitusi pendidikan Terapi Wicara ini belum tertatalaksana.

Selain itu, pada pencegahan, Kementerian Kesehatan berusaha untuk melakukan strategi komunikasi perubahan perilaku guna percepatan pencegahan stunting yang mencakup area prenatal maupun postnatal (Siaran Pers, 2022[9]; Kementerian Kesehatan RI, 2020[10]). Pada periode *post-natal*, peningkatan status gizi dan kesehatan, tumbuh kembang serta kelangsungan hidup anak dituangkan melalui strategi Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) yang dilakukan dengan praktik "Standar Emas Makanan Bayi dan Anak", melalui inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian ASI ekslusif (0-6 bulan), pemberian makanan pendamping asi (MP-ASI) mulai usia 6 bulan serta pemberian ASI diteruskan sampai usia 2 tahun atau lebih. Selain itu, pemberian makanan dengan gizi seimbang di usia 24-59 bulan juga harus dilakukan. Makanan menjadi faktor penyebab rendahnya asupan energi dan zat gizi serta menyebabkan stunting (Rosadi, Rahayuh, Yulidasari, & Octaviana, 2016[32]). Kebijakan ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2022[33]) yang menemukan bahwa balita yang mengalami stunting terbiasa mengkonsumsi nasi serta sup, bahkan sebagian hanya menyukai makan bubur sampai di usia 2 tahun. Variasi makanan yang diberikan cenderung terbatas. Pengenalan dan pemberian MPASI sebaiknya

dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan daya cerna bayi/anak (Bennu, et al. dalam Rukmawati, Astutik & Slamet, 2022[34]). Akan tetapi pada penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2022[35]) menemukan bahwa balita yang mengalami stunting terbiasa mengkonsumsi nasi serta sup, bahkan sebagian hanya menyukai makan bubur sampai di usia 2 tahun. Oleh karena itu Kementerian Kesehatan RI (2019[11]; 2020[10]) memberikan edukasi mengenai pemberian ASI dan tahapan MP-ASI melalui buku KIA. Secara spesifik, tahapan pembuatan MP-ASI serta konsistensi tekstur diberikan berdasarkan usia 6-8 bulan, 9-12 bulan, 12-23 bulan (Kemenkes RI-Buku KIA, 2020[36]).

Menurut Grohan dan Crary (2016[37]), banyak pemerintah yang hanya berfokus pada promosi asupan nutrisi dan variasi makanan dalam menangani isu gizi, tetapi hanya sedikit informasi yang tersedia bagi orangtua bagaimana cara membuat anak makan makanan yang bervariasi dan dengan tekstur yang sesuai, dimana kesulitan pada area *feeding* ini berdampak pada tidak tercapainya asupan gizi bahkan tumbuh kembang anak. *Feeding* adalah proses yang melibatkan segala aspek pada aktivitas makan dan minum, termasuk mengumpulkan dan menyiapkan makanan atau cairan untuk asupan, proses menghisap, mengunyah dan menelan (ASHA, t.th[16]). Kesiapan fungsi oromotor anak berperan penting pada area *feeding skills* ini. Menurut Queensland Health, (2019[38]) tanda-tanda anak siap MP-ASI antara lain mulai menggigit daripada menyedot saat diberi makan, mampu menegakkan kepala dan duduk tanpa bantuan, sering merasa lapar, tidak mendorong makanan keluar dari mulut dengan lidah dan tertarik dengan makanan yang diberikan dari segi tekstur maupun rasa. Dengan kata lain, ada area yang masih belum terjangkau oleh pemerintah dalam pencegahan stunting ini, dimana ada kesiapan oromotor yang berperan penting dalam asupan nutrisi anak.

Selain itu, pada pencegahan stunting, deteksi dini juga menjadi strategi penting yang tidak dapat dilewatkan. Upaya penapisan masal untuk menemukan hambatan pertumbuhan dam perkembangan pada balita dilakukan secara berkala menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) yang terdapat di dalam buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) di Posyandu, Poskesdes, Pustu, Puskesmas, fasilitas

pelayanan kesehatan swasta/ praktik mandiri, PAUD, Bina Keluarga Balita, Taman Bermain, Taman Kanak-kanak/ Raudhatul Atfal, dan sebagainya. Menurut panduan penanganan anak dengan gizi buruk, apabila ditemukan adanya masalah pertumbuhan seperti kenaikan berat badan atau tinggi badan tidak memadai *(growth faltering)*, maka balita perlu untuk dirujuk ke tenaga Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2020[10]).

Pada panduan tatalaksana gizi buruk oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019[11]), pemberian terapi gizi pada bayi dapat dilakukan dengan penggunaan cangkir atau *drip-drop* atau NGT di awal pada tahap stabilisasi dan transisi. Namun pada tahap rehabilitasi, bayi diharapkan sudah kuat atau sudah mampu mengisap sehingga ia dapat menyusu dengan baik. Kriteria seorang bayi bisa keluar dari layanan gizi buruk adalah bayi dapat menyusui dengan baik atau mendapatkan pengganti ASI yang cukup , kenaikan berat badan yang cukup, z- skor berat badan atau panjang badan lebih dari sama dengan -2 SD (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]). Dengan kata lain, *feeding skills* menjadi salah satu indikator penting dalam penanganan *stunting.* Stimulasi pada bayi yang mengalami kesulitan mengisap atau menyusui sangat diperlukan dalam layanan gizi buruk di rumah sakit maupun layanan kesehatan lainnya. Menurut Permenkes (2014), stimulasi di area menelan ini merupakan bagian dari layanan Terapi Wicara. Namun pada kenyataannya, di panduan layanan tatalaksana gizi buruk, praktisi kesehatan yang dilibatkan antara lain dokter, tenaga gizi, bidan atau perawat di bawah bimbingan dokter atau kepala puskesmas. Tidak ada keterlibatan terapis dalam fase kuratif maupun rehabilitatif pada bayi dengan gizi buruk, terutama pada bayi yang harus mendapatkan asupan gizi melalui enteral di fase stabilisasi dan transisi.

4.2. Peran Terapis Wicara pada Jalur Layanan Kesehatan

Gambar 4.2. Pelayanan Kuratif dan Rehabilitatif Terapis Wicara pada Penanganan Stunting

Terapis Wicara memiliki peranan di dalam melakukan penanganan kuratif maupun rehabilitatif stunting. Sebagai tenaga kesehatan yang memiliki bidang garap penanganan *feeding skills* anak, termasuk di dalamnya oromotor anak sehingga peran terapis wicara diperlukan di dalam melakukan screening maupun asesmen terkait hal tersebut.

Setelah dilakukan screening terkait gizi dan *feeding skills* anak, maka akan ditentukan penanganan yang tepat. Anak dapat dirujuk untuk melakukan rawat jalan atau rawat inap.

Berdasarkan Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita (2019[11]), Perujukan bayi gizi buruk dilakukan oleh pustu atau puskesmas ke rumah sakit setelah deteksi dini gizi buruk atau stunting dilakukan, yakni berdasarkan Berat Badan, Tinggi atau Panjang Badan dan Lingkar Lengan Atas (LiLA). Pada balita gizi buruk di usia 6-59 bulan dengan nafsu makan yang baik dan tanpa komplikasi akan mendapatkan layanan penanganan rawat jalan di fasilitas kesehatan primer/ puskesmas dengan kontrol seminggu sekali untuk memantau kemajuannya. Namun apabila bayi berusia 6-59 bulan memiliki komplikasi maka bayi akan mendapatkan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit untuk mendapatkan fase terapi (Kemenkes RI, 2019[11]).

Sedangkan pada bayi berusia kurang dari 6 bulan dengan status gizi yang buruk, dengan ada atau tidak adanya komplikasi, akan mendapati pelayanan rawat inap. Rawat inap dilakukan di puskesmas perawatan yang mampu memberi

pelayanan balita gizi buruk dengan komplikasi (kecuali pada bayi < 6 bulan harus di rumah sakit), *Therapeutic Feeding Centre*, RS pratama, serta RS tipe C, B dan A. (Kemenkes RI, 2019[11]). Pada layanan kesehatan ini, terdapat tiga fase terapi dalam rawat inap untuk menangani balita gizi buruk (Kemenkes RI, 2019[11]), yakni:

1. Fase Stabilisasi

   Pada fase ini memprioritaskan penangan kegawatdaruratan yang mengancam jiwa seperti, hipoglikemia, hipotermia, dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit, dan infeksi. Penanganan pada fase stabilasi, balita gizi buruk akan diberikan formula terapeutik F-75 yang merupakan formula rendah protein, rendah laktosa, mengandung zat gizi makro dan mikro seimbang untuk memastikan balita dalam kondisi stabil. (Kemenkes RI, 2019[11]),

   Pemberian makanan pada fase stabilisasi akan diberikan secara oral atau melalui NGT dengan jumlah dan frekuensi tertentu, pemberian makanan melalui NGT apabila balita menghabiskan F-75 kurang dari 80% dari jumlah yanh diberikan dalam dua kali pemberian makan (Kemenkes RI, 2019[11]),. Untuk dapat menentukan pemberian makan ini, Terapis Wicara memiliki peranan penting di dalam melakukan screening kepada anak.

2. Fase Transisi

   Fase transisi ini dimulai ketika komplikasi medis teratasi, tidak ada hipoglikemia, nafsu makan pulih, dan edema berkurang. (Kemenkes RI, 2019[11]),

   Penanganan pada Fase ini pemberian Formula terapeutik F-75 meningkat menjadi F-100 atau RUFT (R) selama 2-3 hari sesuai dengan kondisi balita. Selain itu, balita akan secara bertahap mendapatkan ASI dan atau MP-ASI (Kemenkes RI, 2019[11]). Dengan kata lain, fase ini adalah awal keterampilan *feeding skills* dibutuhkan. Asesmen terkait dengan kemampuan *feeding skills* pada bayi mulai bisa dilakukan pada fase ini. Tidak hanya itu, intervensi untuk menstimulasi *feeding skills* juga bisa mulai ditatalaksana oleh Terapis Wicara pada fase ini.

3. Fase Rehabilitasi

Setelah Fase Transisi, balita mendapatkan perawatan lanjutan ke fase rehabilitasi di layanan rawat jalan. Selama fase rehabilitasi, bayi mendapatkan formula terapeutik F-100 yang diencerkan sebanyak 2 kali dari jumlah fase sebelumnya (Kemenkes RI, 2019[11]),.

Parameter yang harus dipantau dan dicatat dalam rekam medik pada fase ini ialah berat badan, derajat edema (0 sampai +3), suhu tubuh, adanya gejala klinis seperti, batuk, muntah, dehidrasi, dan pernafasan. Hal-hal lain yang perlu dicatat, misalnya menolak makan, rute asupan makanan (Oral, NGT atau parentral), transfusi (Kemenkes RI, 2019[11]),. Dengan kata lain, pada fase ini, rute makanan menjadi kunci dari kelangsungan fase rehabilitasi. Hal ini dikarenakan kriteria pindah ke layanan rawat jalan, adalah kondisi klinis baik, bayi sadar dan tidak ada masalah medis, tidak ada edema, bayi dapat menyusui dengan baik atau mendapatkan asupan yang cukup, serta kenaikan berat badan yang cukup (>5g/kgBB/hari) selama 3 hari berturut-turut (Kemenkes RI, 2019[11]). Selain itu, kriteria bayi < 6 bulan bisa keluar dari semua layanan gizi buruk, yakni bayi menyusui dengan baik atau mendapatkan pengganti ASI yang cukup, kenaikan berat badan yang cukup, Z-skor BB/PB lebih dari -2 SD (Kemenkes RI, 2019[11]),.

Jika ditelaah lebih jauh, maka dapat dilihat bahwa dari fase rehabilitasi ke fase rawat jalan kemudian keluar dari layanan gizi buruk, balita harus memiliki *feeding skills* yang adekuat. Ditambah lagi, menurut Tini et al (2019[39]), apabila bayi gizi buruk menggunakan NGT untuk mencukupi nutrisi makanan, maka dapat menyebabkan ketidaknyamanan serta refluks gastroesofagus yang sering. Transisi dari penggunaan NGT ke asupan oral memiliki peran yang penting dalam tercapainya nutrisi yang optimal pada anak. Pada transisi ini, peran terapis wicara dibutuhkan untuk memberikan stimulasi langsung kepada balita terkait *feeding skills*.

4.3. Peran Terapis Wicara pada Jalur Manajerial.

Gambar 4.3. Pelayanan Promotif-Preventif Terapis Wicara pada Pencegahan Stunting

Pengorganisasian upaya penanggulangan gizi buruk pada balita di berbagai tingkat pada umumnya mencakup dua jalur, yaitu: jalur manajerial dan jalur fasilitas kesehatan sebagai pemberi layanan kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]). Kedua jalur ini harus dikelola dengan baik dan sinergis, agar efektif mencapai peningkatan keberhasilan program dan tatalaksana gizi buruk.

Di jalur manajerial upaya pemerintah di dalam menanggulangi gizi buruk balita pada sektor kesehatan sudah dilakukan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, penanggung jawabnya adalah unit Program Gizi di Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota. Di tingkat kecamatan, penanggung jawabnya adalah Kepala Puskesmas dan petugas kesehatan yang ditunjuk kepala puskesmas untuk memberikan layanan gizi. Di tingkat desa biasanya bidan di desa/perawat berperan sebagai pelaksana layanan gizi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]). Upaya strategis yang perlu dilakukan salah satunya adalah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019[11]; 2020[10]) upaya peningkatan pengetahuan keluarga dan masyarakat tentang kebutuhan gizi balita, dan sebagainya.

Kesulitan makan pada masa anak-anak atau masalah perilaku makan terjadi ketika mereka bayi atau balita tidak mampu atau tidak mau untuk makan berbagai makanan yang sesuai dengan usia (dan terkadang makanan apa pun), sebagai akibat dari keterampilan makan kurang berkembang (misalnya,

keterlambatan keterampilan oral motor yang mempengaruhi kemampuannya untuk mengunyah dan menggigit) atau takut mencoba makanan baru (seringkali sebagai akibat dari hipersensitivitas terhadap bau, rasa, atau tekstur makanan).

Kesulitan makan pada masa anak-anak dan masalah perilaku makan memengaruhi sekitar 85% anak-anak penyandang disabilitas dan hingga 5% dari anak-anak yang sedang berkembang secara normal. Dalam kasus yang lebih parah, anak-anak akan membutuhkan dukungan nutrisi penuh atau sebagian melalui pemberian selang buatan (OGT dan NGT) sebagai akibat dari asupan makanan mereka yang terbatas. Akibatnya, hal ini semakin membatasi perkembangan anak dalam mengembangkan keterampilan motorik, sensorik, dan kognitif (Dodrill, 2016[40]).

Terkait kesulitan makan tersebut, tentunya dibutuhkan screening awal sebagai langkah deteksi dini terjadinya gizi buruk di kemudian hari. Ini sesuai dengan jalur manajerial dalam mengupayakan pencegahan gizi buruk pada balita. *Screening* yang dapat dilakukan yaitu selain status gizi buruk anak juga harus dilakukan *screening feeding skills* anak. Karena *feeding skills* akan sangat mempengaruhi intake oral yang masuk ke dalam tubuh anak. Ketika intake oral tidak sesuai dengan gizi yang dibutuhkan tubuh, akan berakibat gizi buruk terhadap anak. Agar seorang anak dapat memenuhi semua kebutuhan gizi dan energinya melalui mulut, dia perlu memiliki keterampilan untuk makan dan minum secara efisien dan aman (Dodrill, 2016[41]). Terapis wicara sebagai tenaga kesehatan yang memiliki bidang garapan ini, harus ikut andil dalam membuat melakukan screening *feeding skills* anak, agar dapat dilakukan deteksi dini. Ketika deteksi dini *feeding skills* anak sudah terlihat diharapkan akan mampu mengetahui hambatan gizi buruk anak sehingga angka stunting di Indonesia akan dapat dikurangi.

Selain itu juga diharapkan Terapis Wicara dapat membuat *guidelines* untuk *screening* awal *feeding skills* anak agar dapat membantu deteksi dini gizi buruk di Indonesia. Dengan adanya *guidelines feeding skills* anak, diharapkan dapat menjadi pedoman bagi para kader kesehatan di daerah dalam melakukan deteksi dini gizi buruk dan juga dapat dijadikan pedoman bagi para orangtua ataupun keluarga untuk mengetahui kondisi anaknya.

Sesuai dengan salah satu upaya yang dilakukan pemerintah yaitu bekerjasama dengan institusi pendidikan dan organisasi profesi untuk memasukkan masalah gizi dan tatalaksananya dalam kurikulum pendidikan tenaga kesehatan. Terapis wicara sebagai profesi yang menangani masalah gangguan menelan, tentunya akan dibutuhkan sekali di masyarakat untuk dapat berperan mengurangi stunting di Indonesia. Sehingga diharapkan institusi pendidikan Terapi Wicara di Indonesia dapat memasukkan masalah gizi dan tatalaksananya di dalam kurikulum pendidikannya.

BAB 5
PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisa yang telah dilakukan terhadap materi kebijakan-kebijakan pemerintah Indonesia, peraturan kementerian kesehatan terkait layanan terapi wicara dan jurnal-jurnal penelitian yang ada, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan, yakni:

1. Terapis Wicara belum dilibatkan dalam kebijakan pencegahan dan penanganan stunting Indonesia.
2. Peran Terapis Wicara dapat dilibatkan dalam jalur layanan kesehatan dengan menyediakan layanan kuratif dan rehabilitatif yakni berupa asesmen dan intervensi *feeding skills* pada fase transisi dan rehabilitasi penanganan stunting di Indonesia.
3. Peran Terapis Wicara dapat dilibatkan dalam jalur manajerial dengan menyediakan layanan promotif dan preventif berupa:
   a. Pembuatan *guidelines* untuk *screening feeding skills* sebagai pedoman bagi para kader kesehatan di daerah dalam melakukan deteksi dini gizi buruk dan juga dapat dijadikan pedoman bagi para orangtua ataupun keluarga untuk mengetahui kondisi anaknya.
   b. Memasukkan masalah gizi dan tatalaksana pencegahan-penanganan gizi buruk secara khusus ke dalam kurikulum pendidikan Terapi Wicara

5.2. Saran

5.2.1. Saran Teoritis

Berdasarkan telaah lieratur, belum ditemukan literatur di Indonesia yang melakukan penelitian terkait peran terapis wicara dalam kebijakan pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia, sehingga kami menyarankan hal tersebut. Secara spesifik penelitian yang bisa dilakukan yakni penelitian mengenai gambaran *feeding skills* pada balita dengan kondisi stunting, korelasi antara kesulitan makan dengan kondisi stunting serta intervensi terapi *feeding* pada bayi paska komplikasi medis terhadap penurunan kondisi stunting di kemudian hari.

5.2.2. Saran Praktis

Saran praktis untuk Kementerian Kesehatan RI yakni melibatkan terapis wicara secara langsung pada tatalaksana gizi buruk di layanan kesehatan, secara spesifik pada fase transisi dan rehabilitasi. Selain itu, dalam pembuatan psikoedukasi atau program deteksi dini guna pencegahan stunting, terapis wicara juga dapat dilibatkan dalam pembuatan panduan dan pelatihan ke kader-kader dan petugas di puskesmas/ pustu. Hal ini dikarenakan di dalam kebijakan pemerintah terkait pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia saat ini, pemerintah belum melibatkan terapis wicara secara langsung. Padahal terapis wicara memiliki kemampuan yang dapat membantu mengurangi stunting di Indonesia terkait *feeding skills* yang sangat penting di dalam pemenuhan gizi seorang anak.

Selanjutnya, saran praktis untuk Ikatan Terapis Wicara (IKATWI) sebagai satu-satunya organisasi profesi para terapis wicara di Indonesia, yakni dapat mulai mengambil peran masuk ke dalam pemerintahan guna memberikan gagasan-gagasan yang mendukung upaya dalam pencegahan dan penanganan stunting di Indonesia. IKATWI dapat mulai membangun layanan promotif dan preventif yang dapat menjangkau masyarakat luas secara umum (makro) dengan program-program edukasi dan pelatihan terkait *feeding skills* yang berkaitan dengan stunting atau gizi buruk.

Terakhir, saran praktis untuk pemangku kebijakan pendidikan terapis wicara di Indonesia, yani agar dapat mengikutsertakan materi gizi dan tatalaksananya sesuai dengan bidang garap terapi wicara dalam kurikulum pendidikan terapi wicara yang ada pada berbagai universitas atau kampus yang ada di Indonesia. Narasumber dari mata kuliah ini dapat diisi oleh praktisi terapis wicara yang ahli di area *feeding skills* pada penanganan balita gizi buruk dan juga diisi oleh praktisi gizi atau dokter spesialis anak yang menangani kasus-kasus gizi buruk sehingga mahasiswa terpapar dengan kasus-kasus di lapangan serta mendapatkan gambaran multidisiplin dari profesi lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

[1] Simbolon D, et al. The relationship between maternal and child health services with the prevalence of stunting based on the basic health research in Indonesia. International Journal of Public Health [Internet]. 30 Agustus 2021; 16(2):177-8. Diakses pada 13 Januari 2023 dari: https://e-journal.unair.ac.id/IJPH/article/view/17726

[2] Kementerian Kesehatan RI. Standar Antropometri Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.

[3] Elizabeth L Prado, Kathryn G Dewey, Nutrition and brain development in early life, *Nutrition Reviews*, Volume 72, Issue 4, 1 April 2014, halaman 267–284, https://doi.org/10.1111/nure.12102

[4] Kementrian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi. Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting. Jakarta: Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi; 2017

[5] UNICEF. (2021). Laporan Tahunan 2021. (2021). Jakarta: UNICEF.

[6] SSGI. Buku Saku Hasil Studi Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi dan Kabupaten/ Kota Tahun 2021. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2021.

[7] Siaran Pers. Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Republik Indonesia: Kejar Target! Per Tahun Prevalensi Stunting Harus Turun 3 Persen. Diakses pada tanggal 17 Januari 2023 dari https://www.kemenkopmk.go.id/sites/default/files/artikel/2022-02/Kejar%20Target%21%20Per%20Tahun%20Prevalensi%20Stunting%20Harus%20Turun%203%20Persen.pdf

[8] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI;2019.

[9] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk Teknis: Penyusunan dan Pelaksanaan Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Percepatan Pencegahan Stunting. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2021.

[10] Permenkes. PMK No. 81 ttg Standar Pelayanan Terapi Wicara. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia; 2014.

[11] Goday, et al. Pediatric Feeding Disorder—Consensus Definition and Conceptual Framework. *Nutrition,* 2019, 68: 124-129.

[12] Eslick, et al. Exploring swallowing, feeding and communication characteristics of toddlers with severe acute malnutrition. *South African Journal of Communication Disorder*, vol. 69, no. 1 (2022).

[13] Groher, M.E. & Crary, M. A. *Dysphagia: Clinical Management in Adults and Children (2th ed)*. Amsterdam: Elsevier. 2016.

[14] Pediatric feeding and swallowing [Internet]. American Speech-Language-Hearing Association. *American Speech-Language-Hearing Association.* Diakses pada tanggal 20 Januari 2023 dari: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-feeding-and-swallowing/

[15] Undang-undang Kesehatan. UU RI no. 36 tahun 2009. Diakses pada tanggal 17 Januari dari https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38778/uu-no-36-tahun-2009

[16] Sasmita, C. L. PENCEGAHAN MASALAH STUNTING BALITA DENGAN PROGRAM MAYANG–WATI. Jurnal Layanan Masyarakat. 2021;5:140–50.

[17] Laksono AD, Wulandari RD, Amaliah N, Wisnuwardani RW. Stunting among children under two years in Indonesia: Does maternal education matter? Sato MO, editor. PLOS ONE. 2022 Jul 25;17(7):e0271509.

[18] Yanti ND, Betriana F, Kartika IR. Faktor Penyebab Stunting Pada Anak: Tinjauan Literatur. REAL in Nursing Journal [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 Jan 13];3(1):1–10. Available from: https://ojs.fdk.ac.id/index.php/Nursing/article/view/447/227

[19] Laksono AD, Wulandari RD, Amaliah N, Wisnuwardani RW. Stunting among children under two years in Indonesia: Does maternal education matter? Sato MO, editor. PLOS ONE. 2022 Jul 25;17(7):e0271509.

[20] Stunting in a Nutshell [Internet]. World Health Organization. World Health Organization;. Diakses pada tanggal 26 Januari 2023 dari https://www.who.int/news/item/19-11-2015-stunting-in-a-nutshell

[21] Kementerian Kesehatan RI. Standar Antropometri Anak. Indonesia: Kemenkes RI; 2020.

[22] Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern Child Nutr*. 2013 Sep;9 Suppl 2(Suppl 2):27-45. doi: 10.1111/mcn.12088. PMID: 24074316; PMCID: PMC6860787.

[23] Danaei, G., et al. Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels. PLOS Medicine; November 2016. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002164

[24] Sari RPP, Montessori M. Upaya Pemerintah dan Masyarakat dalam Mengatasi Masalah Stunting pada Anak Balita. *Journal of Civic Education*. 2021 Jul 30;4(2):129–36.

[25] Ramadhan K, Nurfatimah N, Hafid F, Hartono R, Zakaria Z, Bohari B. Improving the Healthy Family Index to Prevent Stunting among Children aged 0–59 Months in Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2022 Apr 30;10(E):752–7.

[26] Permenkes No. 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga [JDIH BPK RI] [Internet]. peraturan.bpk.go.id. 2016 [cited 2023 Jan 30]. Available from: https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/113087/permenkes-no-39-tahun-2016

[27] Goday PS, Huh SY, Silverman A, Lukens CT, Dodrill P, Cohen SS, et al. Pediatric Feeding Disorder. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition [Internet]. 2019 Jan 1;68(1):124–9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6314510/

[28] Association (ASHA) AS-L-H. Scope of Practice in Speech-Language Pathology [Internet]. American Speech-Language-Hearing Association. 2016. Available from: https://www.asha.org/policy/SP2016-00343/

[29] Queensland Health. Breastfeeding and introducing complementary foods. 2019. Diakses pada tanggal 30 Januari 2023 dari http://conditions.health.qld.gov.au/HealthCondition/condition/8/31/218/breastfeeding-and-introducing-complementary-f.

[30] Ulhaq, Z.S. & Rahmayanti, M. Panduan Penulisan Skripsi Literature Review. Malang: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negri Maulana Malik Ibrahim. 2020.

[31] Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis. Edisi.4. Jakarta : Salemba Medika. 2016.

[32] Rosadi, Dian, et al. "Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Pendek pada Anak Usia 6-24 Bulan." *KEMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, vol. 11, no. 2, Jan. 2016, hlm. 233-240, doi:10.15294/kemas.v11i2.4512.

[33] Hidayati & Pratiwi. The Correlation Between Feeding Patterns And The Incidence Of Stunting In Children Aged 0-59 Months. Journal of Health Science, 2022 May; 15(02):126-31. Diakses pada tanggal 13 Januari 2022 dari https://journal2.unusa.ac.id/index.php/JHS/article/view/2732

[34] Rukmawati, Astutik & Slamet. The Relationship Between Complementary Feeding and Stunting Events in 2 to 5 Years of Age. Journal for Quality in Public Health 4(1), Nov 2020: hlm 27-32.

[35] Hidayati, A. N., Aprianto, B., & Herbawani, C. K. Analysis of Birth Weight and Birth Length with Stunting Incident in Children Aged 0-59 Months in Cinangka Depok. *Poltekita : Jurnal Ilmu Kesehatan*, *16*(2), 139–143; (2022). https://doi.org/10.33860/jik.v16i2.1208

[36] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan dan JICA. 2020.

[37] Groher, M.E. & Crary, M. A. *Dysphagia: Clinical Management in Adults and Children (2th ed)*. Amsterdam: Elsevier. 2016.

[38] Queensland Health. Breastfeeding and introducing complementary foods. 2019. Diakses pada tanggal 30 Januari 2023 dari http://conditions.health.qld.gov.au/HealthCondition/condition/8/31/218/breastfeeding-and-introducing-complementary-f.

[39]Tini, et al. Moving Toward the New Era in Neurology. Bali Neurology Update. Bali: Universitas Udayana. 2019.

[40] Dodrill P. Disorders Affecting Feeding and Swallowing in Infants and Children. Dysphagia. 2016;271–304.

[41] Dodrill P. Treatment of Feeding and Swallowing Difficulties in Infants and Children. Dysphagia. 2016;325–50.

LAMPIRAN SUMBER UTAMA

No	Peneliti/ Penulis	Tahun terbit	Judul Penelitian/ Materi	Sampel	Ringkasan Hasil Penelitian	Kategori
2	Kementeria n Kesehatan RI	2020	Standar Antropometri Anak	-	-	Kebijakan
4	Kementrian Desa, Pembangun an Daerah Tertinggal dan Transmigras i	2017	Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting	-	-	Kebijakan
10	Kementeria n Kesehatan Republik Indonesia	2020	Buku Saku Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita di Layanan Rawat Jalan bagi Tenaga Kesehatan.	-	-	Kebijakan
11	Kementeria n Kesehatan Republik Indonesia	2019	Pedoman Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk pada Balita	-	-	Kebijakan
12	Kementeria n Kesehatan Republik Indonesia	2021	Petunjuk Teknis: Penyusunan dan Pelaksanaan Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Percepatan Pencegahan Stunting.	-	-	Kebijakan
13	Permenkes	2014	PMK No. 81 ttg Standar Pelayanan Terapi Wicara.	-	-	Layanan Terapi Wicara
14	Undang-undang Kesehatan	2009	UU RI no. 36 tahun 2009	-	-	Layanan Terapi Wicara

24	Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW	2013	Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention	Anak berusia 6 sampai 24 bulan.	Pemberian MPASI yang memadai adalah salah satu pilar utama yang mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang sehat.	*Feeding & Stunting*
25	Danaei, G., et al.	2016	Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels	Anak berusia 24 sampai 35 bulan	Pembatasan pertumbuhan janin dan sanitasi yang tidak setujui merupakan faktor resiko utama yang terjadi dinegara berkembang. Mengurangi angka stunting membutuhkan lingkungan dari intervensi yang focus pada anak anak dan bayi ke intervensi yang menjangkau ibu dan keluarga, serta memperbaiki lingkungan hidup dan gizi mereka.	Faktor Resiko Stunting

29	Rukmawati, S., Astutik, P., Slamet, P.R.	2020	The Relationship between complementary feeding and stunting event in 2 to 5 years of age.	Anak berusia 2-5 tahun	Adanya hubungan antara Makanan pendamping dengan anak berusia 2-5 tahun yang mengalami stunting.	Faktor Resiko Stunting
31	Sari RPP, Montessori M.	2021	Upaya Pemerintah dan Masyarakat dalam Mengatasi Masalah Stunting pada Anak Balita	Anak balita di Kenagarian Kambang Barat.	pemerintah telah berupaya mengatasi permasalahan Stunting di Kabupaten Pesisir Selatan terkhusus di Kenagarian Kambang Barat. Program tersebut seperti mendirikan pos gizi setiap nagari, mengadakan sosialisasi terkait permasalahan Stunting, dan memberikan PMT bagi ibu hamil dan balita.	Pencegahan & Penanganan Stunting

36	Ramadhan K, Nurfatimah N, Hafid F, Hartono R, Zakaria Z, Bohari B.	2022	Improving the Healthy Family Index to Prevent Stunting among Children aged 0–59 Months in Indonesia.	544 orang anak berusia 0-59 bulan di puskesmas korobono.	Meningkatkan Indeks keluarga sehat dapat menurunkan risiko stunting dalam keluarga. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi puskesmas, untuk meningkatkan pelaksanaan dan evaluasi sehat program Indonesia dengan pendekatan kekeluargaan.	Pencegahan & Penanganan Stunting
43	Hidayati & Pratiwi	2022	The Correlation Between Feeding Patterns And The Incidence Of Stunting In Children Aged 0-59 Months.	Anak berusia 0-59 bulan di kabupaten Probolinggo.	Terdapat korelasi antara pola pemberian makan dengan kejadian stunting pada anak berusia 0-59 bulan.	*Feeding & Stunting*
44	Rukmawati, Astutik & Slamet.	2020	The Relationship Between Complementary Feeding and Stunting Events in 2 to 5 Years of Age.	22 orang orang tua dengan anaknya berusia 2-5 tahun.	Adanya hubungan antara pemberian MPASI dengan stunting pada anak usia 2-5 tahun, dan r = 0,627 sehingga tingkat kedekatannya kuat.	*Feeding & Stunting*