

# Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Bidan Terkait Deteksi Dini dan Tata laksana Gagal Tumbuh pada Bayi Air Susu Ibu Eksklusif

Aylicia,<sup>1</sup> Ellen Wijaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Rumah Sakit Umum Daerah KORPRI Provinsi Kalimantan Timur, <sup>2</sup>Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Jakarta

**Latar belakang.** Gagal tumbuh (*growth faltering*) ditandai dengan perlambatan laju pertumbuhan karena ketidakseimbangan antara asupan energi dengan kebutuhan biologis untuk pertumbuhan. Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan lini pertama untuk menemukan kejadian gagal tumbuh sejak dini.

**Tujuan.** Mengetahui pengaruh pengayaan materi terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku bidan dalam deteksi dini dan tata laksana gagal tumbuh pada bayi.

**Metode.** Duapuluh pertanyaan berupa kuesioner diuji validitas dan reliabilitas. Kuesioner yang valid dibagikan kepada bidan yang bekerja di puskesmas wilayah Samarinda dalam studi eksperimental *crossover* selama bulan Juni–Oktober 2021 sebelum dan sesudah pengayaan materi. Pengetahuan dinilai melalui kuesioner, sedangkan sikap dan perilaku dinilai melalui pencatatan penimbangan dan keterangan dalam data buku kohort bayi yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu bayi cukup bulan, berat badan lahir normal, diberikan asi eksklusif, dan usia kronologis kurang dari enam bulan. Data dianalisis dengan SPSS 22.

**Hasil.** Terdapat 13 dari 20 pertanyaan kuesioner yang memenuhi nilai  $r > 0,3783$ . Terdapat 18 bidan dibagi dalam dua kelompok. Terdapat peningkatan rerata nilai kuesioner sebesar  $3,22 \pm 1,72$  (IK95% 1,90–4,54) dan  $2,89 \pm 1,05$  (IK 95% 2,08–3,70). Keduanya menunjukkan peningkatan bermakna pada uji T berpasangan setelah dilakukan intervensi pengayaan materi. Pada hasil ketepatan tata laksana yang dinilai dari 543 data bayi yang memenuhi kriteria inklusi, diperoleh perbedaan bermakna antara kelompok A dan B pada pengambilan data kedua (sebelum *crossover*) dengan  $p=0,002$ . Terdapat 77/138 (55,8%) bayi dengan gagal tumbuh yang berhasil mengalami peningkatan berat badan signifikan setelah penelitian selesai dilakukan. Namun, 36/138 (26,1%) bayi tetap memiliki status gagal tumbuh sampai penelitian selesai.

**Kesimpulan.** Pengetahuan, sikap, dan perilaku bidan berpengaruh terhadap deteksi dini dan tata laksana gagal tumbuh pada bayi ASI eksklusif. Pentingnya materi pengayaan terkait gagal tumbuh yang berfokus pada upaya tata laksana serta penanganan kendala yang ditemukan dalam praktik sehari-hari untuk menurunkan angka kejadian bayi dengan gagal tumbuh. **Sari Pediatri** 2022;24(2):75-82

**Kata kunci:** gagal tumbuh, *growth faltering*, bayi, bidan, asi eksklusif

# Midwives Knowledge, Attitudes, and Behavior on Early Detection and Management of Failure to Thrive in Exclusive Breastfeeding Infants

Aylicia,<sup>1</sup> Ellen Wijaya<sup>2</sup>

**Background.** Failure to thrive (*growth faltering*) is characterized by a slowdown in the rate of growth due to an imbalance between energy intake and the biological need for growth. Midwives are one of the first-line health workers to find the incidence of failure to thrive early on. **Objective.** Knowing the effect of material enrichment on the knowledge, attitudes, and behavior of midwives in early detection and behavior of failure to thrive in infants.

**Method.** The study was started with a validity and reliability test for the questionnaire using twenty questions. The valid questionnaires were distributed to the midwives who work at the health clinic of the Samarinda region in an experimental crossover study from June – October 2021, before and after material enrichment. Knowledge was measured using a questionnaire, while attitude and behaviour were measured using weighing records and notes in the cohort book of the infants who met the inclusion criteria, including term infants, normal birth weight, exclusive breastfeeding, and chronological age of under six months. Data were analyzed using SPSS 22.

**Result.** 13 out of 20 questions on the questionnaire had met  $r > 0.3783$ . There were 18 midwives categorized into 2 groups. There was an increased mean of the questionnaire value, namely  $3.22 \pm 1.72$  (Confidence Interval (CI) 95% 1.90-4.54) and  $2.89 \pm 1.05$  (CI 95% 2.08-3.70). Both results showed a significant increase on the paired t-test after intervention (material enrichment). In the treatment accuracy result, evaluated from 543 data of infants who met the inclusion criteria, we found a significant difference between group A and B on data collection (before crossover), with a p-value of 0.002. There were 77/138 (55.8%) infants with failure to thrive who succeeded in gaining significant weight after the study was completed. However, 36/138 (26.1%) infants still had failure-to-thrive until the end of the study.

**Conclusion.** The midwives' knowledge, attitude, and behavior had an effect on early detection and treatment of failure to thrive in infants with exclusive breastfeeding. The importance of material enrichment related to failure to thrive is focused on the management efforts and problem-solving in daily practice to lower the incidence of infants with failure to thrive. **Sari Pediatri** 2022;24(2):75-82

**Keywords:** failure to thrive, *growth faltering*, baby, midwife, exclusive breast milk

---

Alamat korespondensi: Ellen Wijaya, Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UNIKA Atma Jaya, Jl. Pluit Raya 2, Jakarta 14440.  
Email: [ellen.wijaya@atmajaya.ac.id](mailto:ellen.wijaya@atmajaya.ac.id)

**G**agal tumbuh atau dikenal juga dengan *growth faltering* merupakan kondisi kegagalan pertumbuhan yang ditandai dengan perlambatan laju pertumbuhan karena ketidakseimbangan asupan energi dengan kebutuhan biologis untuk pertumbuhan.<sup>1</sup> Deteksi dini gagal tumbuh yang paling sederhana dilakukan dengan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) yang terdapat dalam Buku Kesehatan Ibu dan Anak, yaitu penggunaan kurva *weight-for-age* (WFA). Kurva yang terdapat dalam kartu KMS ini merupakan salah satu antropometri awal yang dapat digunakan dalam mendeteksi gagal tumbuh. Adanya gagal tumbuh akan terlihat pertama kali pada laju pertumbuhan berat badan, dan kemudian diikuti dengan panjang badan. Pada kondisi gagal tumbuh yang berat, dapat memengaruhi lingkaran kepala bayi.<sup>2</sup>

Insidensi gagal tumbuh dapat terjadi akibat penyebab organik (medis), anorganik (sosial dan lingkungan), dan campuran.<sup>3</sup> Penyebab anorganik lebih sering ditemukan dibandingkan organik, salah satunya akibat pemberian kalori yang tidak cukup. Hal ini juga menjadi ancaman pada bayi yang memperoleh ASI eksklusif.<sup>4</sup> Pada bayi yang tidak memperoleh ASI eksklusif, risiko gagal tumbuh meningkat tiga kali lebih tinggi.<sup>5</sup> Riset Kesehatan Dasar 2018 menyatakan prevalensi balita gizi kurang (*underweight*) dan gizi buruk di Indonesia sebesar 13,8% dan 3,9%. Riset Kesehatan Dasar Provinsi Kalimantan Timur tahun 2018 menunjukkan prevalensi bayi gizi kurang dan gizi buruk sebesar 11,5% dan 3,2%.<sup>6</sup> Apabila tidak ditata laksana dengan baik, gagal tumbuh dapat menyebabkan gangguan perkembangan kognitif dan psikomotor, aktivitas fisik, perilaku, dan kemampuan belajar dapat terjadi sebagai dampak jangka panjang yang bersifat ireversibel.<sup>7</sup>

Bidan merupakan tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dan berperan penting sebagai pemberi asuhan (*care provider*), pengambil keputusan (*decision maker*), komunikator (*communicator*), pemimpin masyarakat (*community leader*), dan manajer (*manager*).<sup>8,9</sup> Bidan berperan penting dalam pelayanan antenatal, termasuk dalam asuhan anak.<sup>10</sup> Berdasarkan data Statistik Kesehatan 2019 Badan Pusat Statistik, pemberian imunisasi anak usia 0-23 bulan yang diberikan oleh bidan memiliki persentase tertinggi sebesar 85,12% dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya.<sup>11</sup>

Oleh karena itu, pengayaan materi gagal tumbuh dalam penelitian ini bertujuan untuk memberikan pengaruh terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku bidan sebagai lini pertama yang memiliki peran penting dalam melakukan deteksi dan tata laksana gagal tumbuh.

## Metode

Penelitian diawali dengan uji validitas dan reliabilitas kuesioner menggunakan 20 pertanyaan yang dibagikan pada 20 responden dengan kriteria inklusi, yaitu bidan dengan STR aktif, terdaftar sebagai anggota resmi IBI Samarinda, bersedia mengikuti penelitian, dan memiliki pengalaman pelayanan kesehatan pada bayi dengan jumlah minimal 50 pasien bayi dalam satu tahun. Sementara kriteria eksklusi yaitu diluar kriteria inklusi yang telah disebutkan.

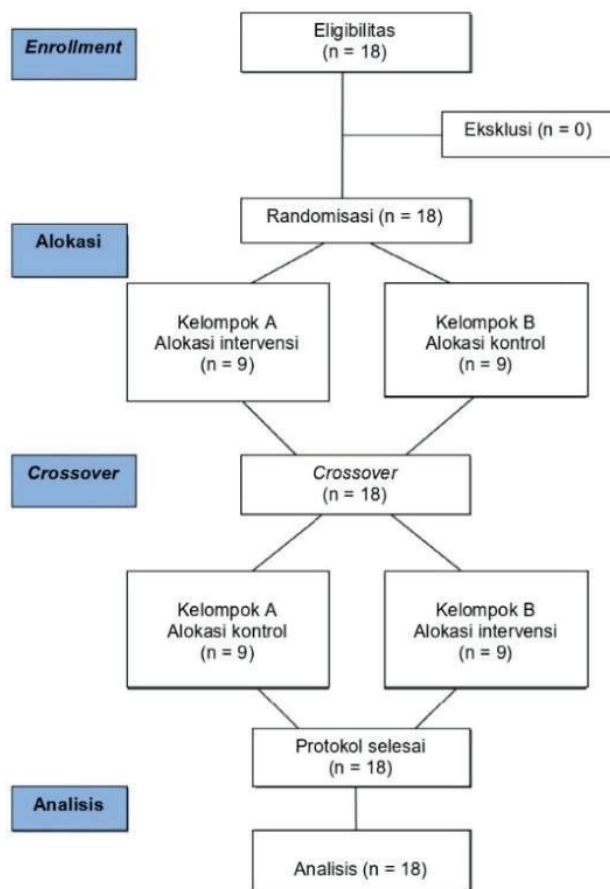
Kuesioner tersebut digunakan untuk menilai pengetahuan bidan terkait gagal tumbuh dengan intervensi pengayaan materi yang dilaksanakan melalui *platform zoom*.

Penilaian sikap dan perilaku bidan dilakukan melalui pencatatan penimbangan dan keterangan dalam data buku kohort bayi yang memenuhi kriteria inklusi yaitu, bayi cukup bulan, berat badan lahir normal, diberikan ASI eksklusif, dan usia kronologis kurang dari enam bulan, sementara kriteria eksklusi yaitu diluar kriteria inklusi yang telah disebutkan. Data tersebut diambil secara retro dan prospektif. Data bayi yang terkumpul dilakukan penilaian ketepatan diagnosis dan tata laksana dengan cara melakukan penitikan ulang kenaikan berat badan oleh peneliti menggunakan grafik KMS sesuai jenis kelamin bayi.

Studi eksperimental dilakukan secara *crossover* dengan tujuan memperkecil risiko pengaruh faktor *confounding*. Penelitian dilakukan di Samarinda pada bulan Juni-Oktober 2021. Jumlah minimal sampel didapatkan setelah melakukan validitas dan reliabilitas kuesioner menggunakan rumus di bawah ini :

$$n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 * 2 * \sigma^2 / d^2$$

Sampel tersebut memiliki kriteria inklusi dan eksklusi yang sama dengan responden pada uji validitas dan reliabilitas. Sampel merupakan bidan yang bekerja di puskesmas wilayah Samarinda. Alur penelitian tertera pada Gambar 1.



Gambar 1. Alur pelaksanaan penelitian

Uji statistik dilakukan dengan program *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versi 22.0. Analisis data dengan uji T berpasangan dilakukan untuk menilai pengetahuan bidan berdasarkan kuesioner yang diisi sebelum dan setelah pengayaan materi. Perbedaan nilai antar kedua kelompok dianalisis dengan uji T independen bila data berdistribusi normal dan uji *Mann-Whitney* bila data berdistribusi tidak normal. Sikap dan perilaku responden dinilai berdasarkan ketepatan diagnosis dan tata laksana pada bayi. Persentase ketepatan diagnosis dan tata laksana antara kelompok intervensi dan kontrol dibandingkan dengan uji T independen pada data yang berdistribusi normal dan uji *Mann-Whitney* bila diperoleh data berdistribusi tidak normal. Hasil analisis dianggap bermakna bila didapatkan nilai  $p < 0.05$ .

## Hasil

Penelitian ini melibatkan 18 bidan sebagai jumlah sampel minimal yang dibagi secara acak dalam dua kelompok, kelompok A dan kelompok B, dengan masing-masing kelompok terdiri atas sembilan bidan yang didapatkan dengan menggunakan rumus pada metode penelitian dengan interval kepercayaan 95% ( $\alpha=0,05$ ), kekuatan 80% ( $\beta=0,2$ ), varians populasi ( $\sigma^2$ ) = 353, dan perbedaan hipotesis ( $d$ ) = 25. Delapanbelas bidan tersebut akan dilakukan penilaian pengetahuan menggunakan kuesioner.

Terdapat 13 dari 20 pertanyaan kuesioner dari hasil analisa jawaban responden yang dinyatakan valid dan memiliki nilai  $r > 0.3783$  berdasarkan tabel reliabilitas Guilford.

Penilaian kuesioner dilakukan sebanyak empat kali. Tes pertama dilakukan pada awal penelitian. Tes kedua dilakukan sebelum proses *crossover*, saat kelompok A telah mendapat intervensi berupa pengayaan materi, sedangkan kelompok B sebagai kelompok kontrol. Tes ketiga dilakukan setelah *crossover*, dilanjutkan dengan pemberian intervensi pengayaan materi pada kelompok B dengan kelompok A sebagai kontrol. Hasil akhir pengetahuan bidan dinilai pada tes keempat.

Hasil tes pertama diperoleh rerata jawaban benar kelompok A ( $7,33 \pm 1,80$ ) dengan nilai minimum 4 dan maksimum 10, sedangkan kelompok B ( $6,33 \pm 1,58$ ) dengan nilai minimum 4 dan maksimum 9. Hasil tes kedua, kelompok A telah mendapat intervensi, diperoleh bahwa rerata jawaban benar kelompok A ( $10,55 \pm 1,42$ ) lebih baik daripada kelompok B ( $7,22 \pm 1,99$ ). Hasil tes ketiga, kelompok A mengalami penurunan nilai menjadi  $9,78 \pm 1,86$ , sedangkan kelompok B menjadi  $6,89 \pm 1,76$ .

Pada hasil tes keempat, kedua kelompok telah memperoleh intervensi, nilai rerata keduanya hampir sama, sebesar  $9,11 \pm 1,46$  pada kelompok A dan  $9,78 \pm 1,72$  pada kelompok B, nilai tersebut lebih tinggi daripada nilai hasil tes pertama pada kedua kelompok.

Data hasil kuesioner kelompok A dan B berdistribusi normal berdasarkan Uji normalitas dengan *Shapiro-Wilk*, maka dilakukan analisis uji T berpasangan untuk menilai hubungan intervensi pengayaan materi dengan pengetahuan pada kedua kelompok.

Uji T berpasangan dilakukan dengan membandingkan perubahan nilai kuesioner setelah dilakukan intervensi. Data pada Tabel 1 sebelum *crossover* menunjukkan bahwa intervensi memberikan

Tabel 1. Hasil uji T berpasangan nilai kuesioner kelompok A dan B

Kelompok	Rerata Selisih	Interval Kepercayaan 95%	p
Sebelum <i>crossover</i>			
A (Intervensi)	3,22 ± 1,72	1,90 - 4,54	0,000*
B (Kontrol)	0,89 ± 1,27	(-0,09) - 1,87	0,069
Setelah <i>crossover</i>			
A (Kontrol)	0,67 ± 1,12	(-1,53) - 0,19	0,111
B (Intervensi)	2,89 ± 1,05	2,08 - 3,70	0,000*

Tabel 2. Hasil uji T independen nilai kuesioner kelompok A dan B

Tes ke-	Rerata Selisih	Interval Kepercayaan 95%	p
1	1	(-0,70) – 2,70	0,229
2	3,33	1,60 – 5,06	0,001*
Crossover			
3	2,89	1,08 – 4,70	0,004*
4	-0,67	(-2,26) – 0,92	0,387

peningkatan pengetahuan yang signifikan dengan rerata sebesar 3,22 (interval kepercayaan 95% 1,90-4,54), sementara tidak ditemukan perubahan yang bermakna pada kelompok kontrol. Hubungan signifikan antara intervensi dan pengetahuan bidan juga ditemukan setelah dilakukan *crossover*. Kelompok B mengalami peningkatan nilai kuesioner sebesar 2,89 (interval kepercayaan 95% 2,08-3,70).

Pada tes pertama, ditemukan kelompok A memiliki rerata jawaban kuesioner benar lebih banyak dibandingkan kelompok B. Uji T independen dilakukan untuk menilai perbedaan pengetahuan antara kelompok A dan B. Hasilnya ditampilkan pada Tabel 2. Pada tes pertama, ditemukan perbedaan yang tidak signifikan antara hasil kelompok A dan B. Perbedaan signifikan ditemukan pada tes kedua dan ketiga, dimana kelompok A telah memperoleh intervensi pengayaan dan kelompok B belum mendapatkannya. Namun, pada tes keempat, setelah kedua kelompok memperoleh pengayaan, perbedaan kelompok A dan kelompok B menjadi tidak bermakna.

Sikap dan perilaku bidan dinilai berdasarkan ketepatan bidan dalam melakukan diagnosis dan tata laksana pada 543 data bayi yang memenuhi kriteria inklusi. Terdapat 477 bayi yang melakukan kunjungan rutin penimbangan setiap bulannya saat imunisasi. Terdapat 138 dari 477 bayi mengalami gagal tumbuh

sementara 339 dari 477 bayi tidak pernah mengalami gagal tumbuh selama penelitian berlangsung. Penilaian ketepatan dilakukan dalam tiga kali pengambilan data, awal penelitian, sebelum *crossover*, dan akhir penelitian. Kelompok A memperoleh intervensi pengayaan materi sebelum dilakukan *crossover*, sedangkan pada kelompok B, pengayaan materi dilakukan setelah dilakukan *crossover*. Ketepatan diagnosis dan tata laksana antara kelompok A dan kelompok B pada ketiga pengambilan data tersebut dibandingkan dengan uji T independen pada data yang berdistribusi normal dan uji *Mann-Whitney* pada data dengan distribusi tidak normal. Normalitas data ditentukan berdasarkan uji Shapiro-Wilk.

Hasil rerata ketepatan diagnosis pada kelompok A sebesar 68,37±17,44 dengan nilai minimum 39,30 dan maksimum 93,10, sedangkan pada kelompok B sebesar 81,29±10,51 dengan nilai minimum 66,67 dan maksimum 100. Pada akhir penelitian, kelompok B mengalami peningkatan ketepatan diagnosis yang lebih besar dibandingkan kelompok A, yaitu menjadi 91,53±9,66 pada kelompok B dan 82,52±13,01 pada kelompok A.

Sementara hasil rerata awal ketepatan tatalaksana pada kelompok A sebesar 62,30±12,46 dengan nilai minimum 41,38 dan maksimum 82,76, lebih rendah dibandingkan kelompok B dengan rerata 71,10±12,62

Tabel 3. Hasil uji T independen ketepatan diagnosis dan tata laksana kelompok A dan B

Waktu	Rerata Selisih	Interval Kepercayaan 95%	<i>p</i>
<b>Diagnosis</b>			
Awal penelitian	-12,92	(-27,32) - 1,47	0,075
Sebelum <i>crossover</i> *			0,066
Akhir penelitian	5,4	(-20,46) - 2,44	0,115
<b>Tatalaksana</b>			
Awal penelitian	-8,81	(-21,34) - 3,72	0,156
Sebelum <i>Crossover</i> *			0,002'
Akhir penelitian*			0,560

\*Uji Mann-Whitney karena data berdistribusi tidak normal

' Hasil signifikan

serta nilai minimum 59,09 dan maksimum 100. Penilaian ulang sebelum dilakukan *crossover* didapatkan hasil bahwa kelompok A mengalami peningkatan nilai menjadi 77,14±9,99, sedangkan kelompok B mengalami penurunan menjadi 52,09±22,04. Pada akhir penelitian setelah kedua kelompok memperoleh intervensi, didapatkan nilai ketepatan tatalaksana kelompok A sebesar 72,14±13,58 dan kelompok B sebesar 70,70±28,85.

Persentase rerata ketepatan diagnosis dan tata laksana pada kelompok A ditemukan mengalami peningkatan setelah diberikan intervensi, kemudian mengalami penurunan pada tes ketiga. Sementara pada kelompok B memiliki rerata lebih tinggi pada awal penelitian dibandingkan kelompok A, tetapi mengalami penurunan pada tes kedua sebelum *crossover* dengan nilai yang lebih rendah dibandingkan kelompok A yang telah mendapat intervensi. Intervensi yang dilakukan pada kelompok B setelah *crossover* menyebabkan peningkatan persentase rerata untuk ketepatan diagnosis. Namun, dibandingkan dengan rerata di awal penelitian, ketepatan tata laksana kelompok B mengalami penurunan.

Uji statistik untuk membandingkan perbedaan ketepatan diagnosis kelompok A dan B memperoleh hasil yang tidak bermakna pada ketiga waktu pengambilan data. Untuk ketepatan tata laksana, diperoleh perbedaan bermakna antara kelompok A dan B pada pengambilan data kedua (sebelum *crossover*) dengan  $p=0,002$ . Hasil ini tertera pada Tabel 3.

Capaian ketepatan diagnosis dan tata laksana pada akhir penelitian didapatkan, 77/138 (55,8%) bayi berhasil mengalami peningkatan berat badan signifikan. Namun 36/138 (26,1%) bayi tetap memiliki status

gagal tumbuh. Sementara 25/138 (18,1%) bayi pernah mengalami perbaikan kenaikan berat badan tetapi kemudian kembali mengalami gagal tumbuh.

## Pembahasan

Berat badan merupakan ukuran antropometrik yang digunakan sebagai standar gagal tumbuh. Hal ini dikarenakan berat badan merupakan indikator perubahan yang paling responsif dalam jangka waktu pendek dan merupakan antropometrik yang paling sering diukur. Berdasarkan *The WHO Multicenter Growth Reference Study* (WHO-MGRS), seorang bayi didefinisikan sebagai *failure to thrive* (gagal tumbuh) apabila mempunyai *weight increment* kurang dari persentil ke-5. *Growth increment* diartikan sebagai perubahan nilai (ukuran) menurut unit pengukuran. Pada standar WHO hal ini mengacu pada waktu tertentu (1-6 bulan). Istilah lainnya, *growth velocity* (kecepatan pertumbuhan) adalah perubahan nilai (ukuran) menurut unit waktu (g/waktu).<sup>12</sup>

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) 2 tahun 2020 menyatakan bahwa penilaian tren pertumbuhan anak dilakukan dengan membandingkan penambahan berat badan dan panjang badan (PB) atau tinggi badan (TB) dengan standar kenaikan berat badan dan penambahan panjang badan atau tinggi badan menggunakan grafik berat badan menurut Umur (BB/U) maupun tabel kenaikan berat badan (*weight increment*). Tabel ini digunakan untuk menentukan kategori anak usia nol sampai dengan 24 bulan yang mengalami risiko gagal tumbuh (*at risk of failure to thrive*) atau *weight faltering*.

Penilaian tren pertumbuhan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Ketika melakukan interpretasi grafik pertumbuhan, perlu diperhatikan situasi yang mungkin menunjukkan masalah atau risiko, antara lain, garis pertumbuhan anak memotong salah satu garis *z-score*, garis pertumbuhan anak meningkat atau menurun secara tajam, dan garis pertumbuhan anak terus mendarat, misalnya tidak ada kenaikan berat badan.<sup>13</sup>

Hasil penimbangan berat badan di Posyandu diplot ke dalam grafik BB/U dalam Buku KIA atau Kartu Menuju Sehat (KMS). Bila tidak dilakukan penimbangan anak pada bulan sebelumnya atau tren tidak mengikuti garis pertumbuhan (tidak naik), maka perlu dilakukan konfirmasi oleh petugas kesehatan yang kompeten. Konfirmasi dilakukan dengan penilaian kenaikan berat badan dibandingkan standar *weight increment* (khusus anak 0-24 bulan) dan penilaian status gizi berdasarkan indeks BB/U, PB/U atau TB/U, BB/PB, dan atau BB/TB, IMT/U.<sup>13</sup>

Bidan merupakan salah satu petugas kesehatan yang memegang peranan penting dalam deteksi dini serta tata laksana gagal tumbuh. Oleh karena itu, bidan harus memiliki pengetahuan yang memadai untuk dapat melakukan diagnosis dan tata laksana awal dengan tepat. Utami dkk<sup>14</sup> dalam penelitiannya menemukan bahwa dari 222 bidan yang tersebar di 43 Puskesmas, 67,1% memiliki kemampuan deteksi penyimpangan pertumbuhan bayi yang baik, 26,1% cukup, dan sisanya, 6,8%, dengan kemampuan yang kurang.<sup>14</sup> Pada penelitian ini dilakukan pengayaan materi gagal tumbuh kepada bidan melalui *platform zoom*. Hasilnya, ditemukan terjadi peningkatan pengetahuan bidan terhadap deteksi dini dan tata laksana gagal tumbuh pada bayi. Peningkatan pengetahuan ini ditemukan ketika uji kuesioner dilakukan setelah pemberian pengayaan. Namun, setelah beberapa waktu, terjadi penurunan pengetahuan, meskipun masih lebih tinggi dibandingkan pengetahuan awal sebelum memperoleh intervensi apapun. Hal ini terlihat pada kelompok A yang memperoleh pengayaan pertama kali. Ketika dilakukan penilaian kuesioner setelah *crossover* (kelompok A berperan sebagai kontrol dan tidak memperoleh intervensi lagi), ditemukan rerata nilai kuesioner mengalami penurunan pada tes ketiga dan keempat, dibandingkan tes kedua. Dari analisis yang dilakukan, penurunan nilai ini tidak memengaruhi hasil akhir pada kedua kelompok. Pada akhir penelitian, tidak ditemukan perbedaan bermakna terhadap peningkatan

pengetahuan pada kelompok A dan kelompok B.

Dari 13 pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner, pertanyaan dengan kesalahan paling banyak ditemukan pada soal perhitungan kebutuhan ASI pada bayi. Hal ini sedikit berbeda dengan temuan hasil kuesioner pada saat proses validasi. Temuan pertanyaan yang paling banyak salah saat proses validasi adalah evaluasi klinis anak dengan gagal tumbuh. Sebagian besar bidan mengalami peningkatan pengetahuan terkait cara membaca dan menentukan gagal tumbuh pada grafik pertumbuhan. Berdasarkan hasil ini, pengayaan materi cukup bermanfaat dalam meningkatkan pengetahuan bidan terkait diagnosis gagal tumbuh, tetapi masih diperlukan kesulitan dalam praktik tata laksana gagal tumbuh, salah satunya dalam menentukan asupan ASI yang diperlukan pada bayi. Pentingnya pengayaan materi yang lebih mendalam mengenai teori tata laksana gagal tumbuh secara komprehensif beserta penerapan yang dapat dilakukan secara langsung oleh bidan yang bertugas. Dengan demikian, diharapkan bidan tidak hanya mampu mendiagnosis gagal tumbuh, tetapi juga memiliki pemahaman dan mampu memberikan tata laksana dan edukasi yang tepat pada orang tua dalam upaya meningkatkan pertumbuhan bayi.

Untuk melakukan pemantauan pertumbuhan bayi, digunakan grafik BB menurut umur atau jenis kelamin (tercantum dalam KMS di buku KIA). Pertumbuhan ini perlu dianalisis dan dipantau secara teratur setiap bulan hingga usia 1 tahun dan dilanjutkan setiap 3 bulan hingga mencapai usia 3 tahun. Penilaian *weight faltering* yang dilakukan berdasarkan pada pedoman WHO *Growth Velocity Standards 2006* yang mengelompokkan kenaikan BB di bawah persentil 5 sebagai *at risk of failure to thrive (weight faltering)*. Bila terjadi kondisi ini, pencarian penyebab harus dilakukan sedini mungkin sebelum terjadinya gizi kurang, bahkan gizi buruk.<sup>4</sup>

Dalam mengevaluasi penyebab risiko gagal tumbuh, diperlukan juga evaluasi dan pemantauan menyusui pada bayi. Ibu perlu diajarkan mengenai cara menyusui yang benar, frekuensi menyusui, tanda lapar dan kenyang pada bayi, serta kemudian melakukan evaluasi kenaikan berat badan kembali. Frekuensi pemberian ASI yang tepat dilakukan berdasarkan tanda lapar (*on cue*) dibandingkan dengan *on demand*. Oleh karena itu, penting bagi ibu untuk memahami tanda lapar, seperti bayi membuka mulut, mencari putting susu, serta memasukkan tangannya ke mulut. Keberhasilan pemberian ASI juga ditentukan oleh posisi dan perlekatan yang benar, serta bayi dapat mengisap

secara efektif (kuat, perlahan, dalam, dan disertai jeda antara beberapa isapan). Kecukupan ASI juga penting untuk dinilai. Hal ini dilakukan berdasarkan frekuensi buang air kecil 6-8 kali sehari, durasi menyusul 10-30 menit untuk satu payudara, dan kenaikan berat badan yang adekuat. Tata laksana yang tidak tepat pada bayi dengan gagal tumbuh dapat menyebabkan penurunan IQ. Sebuah metaanalisis menunjukkan bahwa adanya *weight faltering* pada balita di negara maju berdampak pada penurunan IQ sebesar 4.2 poin.<sup>4</sup>

Deteksi adanya risiko gagal tumbuh merupakan salah satu aktivitas yang perlu dilakukan secara rutin pada bayi. Dalam sebuah penelitian di Surabaya, sebagian besar bidan (92,3%) selalu melakukan deteksi penyimpangan pertumbuhan bayi, sedangkan sisanya sebanyak 6,3% sering dan 1,4% kadang-kadang melakukan deteksi tersebut.<sup>14</sup> Dalam penelitian ini, diperoleh adanya peningkatan ketepatan diagnosis dan tata laksana gagal tumbuh oleh bidan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pengayaan. Meskipun terjadi peningkatan dalam praktiknya, hal ini tidak cukup dalam meningkatkan status gizi bayi. Penelitian ini didapat 77 dari 138 (55,8%) bayi dengan gagal tumbuh yang berhasil mengalami peningkatan berat badan signifikan setelah penelitian selesai dilakukan, tetapi terdapat 36 dari 138 (26,1%) bayi yang tetap memiliki status gagal tumbuh sampai penelitian selesai dilakukan.

Edukasi oleh bidan kepada orang tua terkait pengetahuan dan tata laksana anak yang mengalami gagal tumbuh juga menjadi faktor penting dalam upaya meningkatkan status gizi anak. Kondisi di lapangan menunjukkan tidak sedikit orang tua yang tidak dapat menerima diagnosis gagal tumbuh dan edukasi yang diberikan oleh bidan. Hal ini menjadi salah satu penyebab banyaknya status gizi anak yang tidak mengalami peningkatan setelah diberikan tata laksana oleh bidan. Penelitian Wu dkk<sup>15</sup> menemukan bahwa pemberian informasi pada orang tua atau pengasuh melalui berbagai media, seperti internet dan telepon genggam dapat menjadi sarana tambahan dalam memberikan konseling dan informasi pada orang tua dan pengasuh.

Pada beberapa kasus, bayi dengan gagal tumbuh telah memperoleh rujukan dan mendapat penanganan lebih lanjut oleh dokter spesialis anak. Namun, saat

dilakukan pengukuran lanjutan di Puskesmas tidak ditemukan perbaikan gizi anak. Salah satu faktor yang diduga memengaruhi adalah pola asuh orang tua selama di rumah. Perlunya penelitian lebih lanjut untuk mengetahui penyebab penolakan oleh orang tua sehingga upaya tata laksana gagal tumbuh pada anak dapat diberikan secara optimal. Hossain dkk<sup>16</sup> dalam penelitiannya di Bangladesh menyatakan bahwa orang tua dan pengasuh memiliki pemahaman yang terbatas mengenai pertumbuhan dan perkembangan anak. Seringkali pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai ditentukan berdasarkan perbandingan dengan saudara maupun teman sebaya. Persepsi ini menjadi salah satu hambatan dalam pencegahan dan upaya tata laksana gagal tumbuh pada anak. Upaya peningkatan kesadaran dalam risiko gagal tumbuh perlu ditingkatkan untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap gagal tumbuh.

Permasalahan lain yang diamati adalah proses rujukan dan penggunaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam upaya diagnosis dan tata laksana gagal tumbuh. Peneliti menemukan bahwa sebagian orang tua yang membawa bayinya ke posyandu dan/atau puskesmas merupakan pendatang yang memiliki keanggotaan JKN di daerah asalnya sehingga JKN yang dimiliki tidak dapat digunakan pada wilayah tempat tinggalnya saat ini. Imunisasi yang dilakukan pada puskesmas/posyandu bersifat gratis, tetapi tidak berlaku pada fasilitas kesehatan lainnya. Hal ini menyebabkan warga dengan keanggotaan JKN di fasilitas kesehatan selain puskesmas tidak dapat memperoleh rujukan dengan JKN ke dokter spesialis anak bila ditemukan bayinya terdiagnosis dengan gagal tumbuh. Di sisi lain, pengobatan ke dokter spesialis anak dengan biaya mandiri masih memberatkan bagi orang tua.

## Kesimpulan

Pengetahuan, sikap, dan perilaku bidan berpengaruh terhadap deteksi dini dan tata laksana gagal tumbuh pada bayi asi eksklusif. Pentingnya materi pengayaan terkait gagal tumbuh yang berfokus pada upaya tata laksana serta penanganan kendala yang ditemukan dalam praktik sehari-hari untuk menurunkan angka kejadian bayi dengan gagal tumbuh.

## Daftar pustaka

1. Chiornardes MA, Pratiwi R. Praktik pemberian MP-ASI sebagai faktor risiko gagal tumbuh pada anak usia 7-24 bulan, disertasi. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, 2017.
2. Klanjssek P, Pajnkihar M, Varda NM, Brzan PP. Screening and assessment tools for early detection of malnutrition in hospitalised children: a systematic review of validation studies. *BMJ Open* 2019;9:e025444.
3. Gahagan S. Failure to thrive: a consequence of. *Pediatr Rev* 2006;27:e1-1
4. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Rekomendasi praktik pemberian makan berbasis bukti pada bayi dan batita di Indonesia untuk mencegah malnutrisi. Jakarta: IDAI; 2015.h.9-10.
5. Gultom LC, Tanjung MFC, Sidiartha I. Proceedings of the 2nd pediatric nutrition and metabolic update, nutrition and metabolic in special condition: practice and future trends. IDAI Jawa Timur; 2018.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Badan penelitian dan pengembangan kesehatan. Hasil utama riset kesehatan dasar 2018. Jakarta: Kemenkes; 2018.
7. Sudargo T, Aristasari T. 1000 hari pertama kehidupan. Yogyakarta: UGM PRESS; 2018.
8. Gailea S, Jati SP, Nugraheni SA. Analisis kinerja bidan praktik mandiri dalam mendukung program 1000 hari pertama kehidupan di Kota Semarang, disertasi. Universitas Diponegoro. 2017.
9. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia. Standar kompetensi Bidan Indonesia. Jakarta: IBI; 2014.
10. Octa Dwienda R, Liva Maita SS, Saputri EM, Yulviana R. Buku ajar asuhan kebidanan neonatus, bayi/balita dan anak prasekolah untuk para bidan. Yogyakarta: Deepublish; 2015. h.137-8.
11. Badan pusat statistik. Statistik kesehatan 2019. Jakarta: BPS; 2019:174-6.
12. Mexitalia M, Sidiartha I, Devaera Y, Gultom LC. Proceedings of the 1st pediatric nutrition and metabolic update: NutriMet “Best practice in nutrition & metabolic disease in the first 1000 days of life”. Ikatan Dokter Anak Indonesia Cabang DKI Jakarta; 2017.h.21.
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 Tentang standar antropometri anak. Kemkes RI; 2020.
14. Utami S, Nursalam, Hargono R, Susilaningrum R. Kinerja bidan dalam deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak. *Jurnal Ners* 2016;11:201-9.
15. Wu Q, Huang Y, van Velthoven MH, Wang W, Zhang Y. Trends in complementary feeding practices and caregivers’ feeding knowledge among children aged 6-23 months: Repeated cross-sectional surveys in rural Qinghai China 2012-18. *J Glob Health* 2021;11:8003.
16. Hossain M, Ickes S, Rice L, dkk. Caregiver perceptions of children’s linear growth in Bangladesh: a qualitative analysis. *Public Health Nutr* 2018;21:1800-9.