



EARLY WARNING **STUNTING**

Dilengkapi Studi Kasus
dan Indikator Pengukuran Stunting



Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes.
Dr. dr. Andi Muhammad Multazam, M.Kes.
Ir. Purnawansyah, S.Kom., M.Kom.

EARLY WARNING STUNTING

Dilengkapi Studi Kasus
dan Indikator Pengukuran *Stunting*

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

EARLY WARNING STUNTING

Dilengkapi Studi Kasus
dan Indikator Pengukuran *Stunting*

Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes.

Dr. dr. Andi Muhammad Multazam, M.Kes.

Ir. Purnawansyah, S.Kom., M.Kom.



Cerdas, Bahagia, Mulia, Lintas Generasi.

**EARLY WARNING STUNTING
DILENGKAPI STUDI KASUS DAN INDIKATOR PENGUKURAN STUNTING**

Nurmiati Muchlis, Andi Muhammad Multazam & Purnawansyah

Desain Cover :

Syaiful Anwar

Sumber :

www.shutterstock.com

Tata Letak :

Titis Yuliyanti

Proofreader :

Mira Muarifah

Ukuran :

viii, 91 hlm, Uk: 15.5x23 cm

ISBN :

978-623-02-5197-9

Cetakan Pertama :

September 2022

Hak Cipta 2022, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2022 by Deepublish Publisher

All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

**PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)**

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman
Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581

Telp/Faks: (0274) 4533427

Website: www.deepublish.co.id

www.penerbitdeepublish.com

E-mail: cs@deepublish.co.id

KATA PENGANTAR

Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa, dosen dan praktisi di bidang Kesehatan dan bidang ilmu lain yang terkait. Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan menjadi rujukan dalam implementasi upaya akselerasi penurunan *stunting* di masyarakat.

Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi sehingga buku ini dapat tersusun seperti saat ini. Penulis juga tidak lupa mengucapkan terima kasih kepada Kemendikbud RISTEK sebagai penyedia hibah penelitian. Hasil riset yang dihasilkan dari bantuan hibah penelitian menjadi salah satu bahan penyusunan buku ini. Buku ini tentunya masih jauh dari kesempurnaan, kritik yang membangun sangat diharapkan dalam penyempurnaan buku ini. Semoga informasi dalam buku ini dapat bermanfaat bagi pembacanya. *Aamiin*.

Makassar, Juli 2022

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
BAB I KESEHATAN IBU DAN ANAK.....	1
A. Pengertian Kesehatan Ibu dan Anak	1
B. Masalah Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia	3
C. Kajian Penelitian Kesehatan Ibu dan Anak.....	6
D. Karakter Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	7
BAB II STUNTING	13
A. Pengertian <i>Stunting</i>	13
B. Masalah <i>Stunting</i> secara Global dan Nasional	15
C. Dampak <i>Stunting</i> Global dan Nasional	21
D. Upaya dan Strategi Penurunan <i>Stunting</i> Global dan Nasional	23
DAFTAR PUSTAKA	38
BAB III INDIKATOR PERCEPATAN STUNTING	40
A. Pengertian Indikator	40
B. Indikator Percepatan <i>Stunting</i> di Indonesia.....	40
C. Evaluasi Upaya Penurunan <i>Stunting</i> di Indonesia.....	41
BAB IV EARLY WARNING PENCEGAHAN DAN PENANGANAN STUNTING (P2-STUNT) BERBASIS COMMUNITY OUTREACH APPROACH	46
A. Pengertian <i>Early Warning</i> Pencegahan dan Penanganan <i>Stunting</i> (P2-Stunt) Berbasis <i>Community Outreach Approach</i>	46

B. Contoh Aplikasi <i>Early Warning</i>	47
BAB V CONTOH KAJIAN RISET <i>STUNTING</i>	50
A. Kabupaten Enrekang.....	50
B. Kabupaten Bone.....	57
DAFTAR PUSTAKA.....	63
LAMPIRAN	67
PROFIL PENULIS	90

BAB I

KESEHATAN IBU DAN ANAK

A. Pengertian Kesehatan Ibu dan Anak

Kesehatan ibu mengacu pada kesehatan wanita selama kehamilan, persalinan dan periode pasca melahirkan. Setiap tahap yang dilalui perlu memperhatikan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan bayi. Meskipun kemajuan telah dicapai dalam dua dekade terakhir, sebanyak 295.000 wanita meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan pada tahun 2017. Penyebab langsung yang paling umum dari cedera dan kematian ibu adalah kehilangan darah yang berlebihan, infeksi, tekanan darah tinggi, aborsi yang tidak aman, dan persalinan yang tidak lancar, serta penyebab tidak langsung seperti anemia, malaria, dan penyakit jantung. Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah dengan manajemen tepat waktu oleh tenaga kesehatan profesional terampil yang bekerja di lingkungan yang mendukung. Mengakhiri kematian ibu yang dapat dicegah harus tetap menjadi agenda utama global ⁽¹⁾.

Menurut WHO, upaya peningkatan status kesehatan ibu dan anak, ditargetkan untuk menurunkan angka kematian dan kejadian sakit pada ibu dan anak. Upaya peningkatan mutu pelayanan dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan pelayanan rujukan dilakukan dalam rangka mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak tersebut. Selama ini, berbagai program terkait penanggulangan masalah kesehatan ibu dan anak sudah diupayakan. Program-program tersebut berfokus pada upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi ⁽²⁾.

Sedangkan menurut Kemenkes RI, indikator yang digunakan untuk menilai program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di antaranya kunjungan ibu hamil pertama (K1), cakupan kunjungan keempat ibu hamil (K4), cakupan buku KIA, deteksi dini kehamilan berisiko oleh tenaga kesehatan, persalinan oleh tenaga kesehatan, penanganan komplikasi obstetrik, pelayanan nifas, pelayanan neonatal, penanganan komplikasi neonatal, pelayanan kesehatan anak Balita, pelayanan kesehatan anak Balita sakit ⁽³⁾.

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak adalah salah satu bagian dari kesehatan dasar yang diimplementasikan oleh pihak Puskesmas yang berada pada tingkat kecamatan. Program Kesehatan Ibu dan Anak dilaksanakan mulai dari tingkat nasional hingga regional ⁽⁴⁾. Adapun program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu prioritas utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Program ini bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu melahirkan, dan bayi neonatal. Salah satu tujuan dari program ini adalah menurunkan kematian dan kejadian sakit pada ibu dan anak, serta untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak dengan meningkatkan mutu pelayanan dan menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan ibu dan perinatal di tingkat pelayanan dasar dan pelayanan rujukan primer ⁽⁵⁾.

Dalam rangka menciptakan keluarga sehat mulai dari menerapkan gaya hidup sehat, menyediakan makanan yang sehat dan bergizi, menjaga kebersihan rumah dan lingkungan, menciptakan harmonisasi kehidupan keluarga, peran ibu sangat dibutuhkan. Keluarga sehat merupakan keluarga yang setiap anggota keluarganya berada dalam kondisi sehat jasmani, rohani, dan sosial. Untuk menjaga keberlangsungan keluarga sehat, seorang ibu dituntut harus selalu menjaga kesehatan dirinya. Terdapat 12 indikator keluarga sehat, yakni:

- 1) Lima indikator dalam gizi, kesehatan ibu dan anak:
 - a. Keluarga mengerti program keluarga berencana (KB).
 - b. Ibu hamil memeriksa kehamilannya sesuai standar.
 - c. Balita mendapatkan imunisasi lengkap.
 - d. Pemberian ASI Eksklusif 0-6 bulan.
 - e. Pemantauan pertumbuhan Balita.
- 2) Dua indikator dalam pengendalian penyakit menular dan tidak menular:
 - a. Penderita hipertensi berobat teratur.
 - b. Penderita TB Paru berobat sesuai standar.
- 3) Dua Indikator dalam perilaku sehat
 - a. Tidak adanya anggota keluarga yang merokok.
 - b. Sekeluarga sudah menjadi anggota JKN.
- 4) Dua indikator terkait lingkungan sehat
 - a. Mempunyai sarana air bersih.

- b. Menggunakan jamban keluarga.
- 5) Satu Indikator kesehatan jiwa
 - a. Anggota keluarga akses dalam pelayanan kesehatan jiwa ⁽⁶⁾

B. Masalah Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia

Di Indonesia, tantangan yang paling berat dalam mencapai MDG's pada tahun 2015 ialah tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Balita (AKBA), dan Angka Kematian Bayi (AKB), sedangkan indikator AKI dan AKB merupakan penentu keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan. MDG's adalah komitmen nasional dan global dalam upaya lebih menyejahterakan masyarakat melalui pengurangan kemiskinan dan kelaparan, pendidikan, pemberdayaan perempuan, kesehatan, dan kelestarian lingkungan yang tercakup dalam 8 *goals* dan ditargetkan tercapai di tahun 2015 ⁽⁷⁾.

Walaupun Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan, namun masih jauh dari target MDGs tahun 2015, meskipun jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami peningkatan. Kondisi ini kemungkinan disebabkan oleh kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan *post partum*. Penyebab ini dapat diminimalisir apabila kualitas *Antenatal Care* dilaksanakan dengan baik.

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil tidak sehat antara lain adalah penanganan komplikasi, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, dan empat terlalu (terlalu muda 35 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya > 3 tahun). Sebanyak 54,2 per 1000 perempuan di bawah usia 20 tahun telah melahirkan, sementara perempuan yang melahirkan usia di atas 40 tahun sebanyak 207 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini diperkuat oleh data yang menunjukkan masih adanya umur perkawinan pertama pada usia yang amat muda (<20 tahun) sebanyak 46,7% dari semua perempuan yang telah kawin.

Potensi dan tantangan dalam penurunan kematian ibu dan anak adalah jumlah tenaga kesehatan yang menangani kesehatan ibu khususnya bidan sudah relatif tersebar ke seluruh wilayah Indonesia, namun

kompetensi masih belum memadai. Demikian juga secara kuantitas, jumlah Puskesmas PONEK dan RS PONEK meningkat namun belum diiringi dengan peningkatan kualitas pelayanan. Peningkatan kesehatan ibu sebelum hamil terutama pada masa remaja, menjadi faktor penting dalam penurunan AKI dan AKB. Peserta KB cukup banyak merupakan potensi dalam penurunan kematian ibu, namun harus terus digalakkan penggunaan kontrasepsi jangka panjang. Keanekaragaman makanan menjadi potensi untuk peningkatan gizi ibu hamil, namun harus dapat dikembangkan paket pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil yang tinggi kalori, protein dan mikronutrien.

Adapun Angka Kematian Bayi dan Balita dalam 5 tahun terakhir, menunjukkan Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19/1000 kelahiran, sementara untuk Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15/1000 menjadi 13/1000 kelahiran hidup, angka kematian anak Balita juga turun dari 44/1000 menjadi 40/1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian pada kelompok perinatal disebabkan oleh *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) sebanyak 29,5% dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%, ini berarti faktor kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan amat menentukan kondisi bayinya.

Tantangan ke depan adalah mempersiapkan calon ibu agar benar-benar siap untuk hamil dan melahirkan dan menjaga agar terjamin kesehatan lingkungan yang mampu melindungi bayi dari infeksi. Untuk usia di atas neonatal sampai satu tahun, penyebab utama kematian adalah infeksi khususnya pneumonia dan diare. Ini berkaitan erat dengan perilaku hidup sehat ibu dan juga kondisi lingkungan setempat⁽³⁾.

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Saat ini AKI di Indonesia yaitu sebesar 259 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan AKB yaitu sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup. Hasil tersebut masih jauh dari target Indonesia Sehat 2010 yaitu AKI 125 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB sebesar 32 per 1000 kelahiran hidup.

Tingginya AKI dan AKB ini menunjukkan bahwa derajat kesehatan di Indonesia masih belum baik, khususnya mengenai derajat kesehatan ibu dan anak. Salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan KIA salah

satunya adalah melalui Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu Dan Anak (PWS-KIA). Hal ini merupakan strategi manajemen program KIA untuk memantau pelayanan KIA di wilayah kerja secara terus menerus. Hal tersebut dimaksudkan agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIA-nya masih rendah ataupun wilayah yang membutuhkan penanganan atau tidak lanjut secara khusus ⁽⁵⁾.

Seperti di negara-negara berkembang pada umumnya, sebagian besar kematian anak di Indonesia terjadi pada masa baru lahir (neonatal), yaitu di bulan pertama kehidupan. Menurut data Kemenkes (2015) Angka Kematian Bayi (AKB) atau selama masa neonatal pada tahun 2015 target capaiannya tetap yaitu 19 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15 per 1000 kelahiran hidup menjadi 13 per 1000 kelahiran hidup (usia 2-11 bulan) dan angka kematian Balita (usia 1-5 tahun) sebanyak 10 per 1000 kelahiran hidup.

Penyebab kematian anak di Indonesia umumnya disebabkan oleh infeksi dan penyakit anak-anak lainnya seperti diare. Seiring dengan meningkatnya pendidikan ibu, kebersihan rumah tangga dan lingkungan, pendapatan, serta akses ke fasilitas pelayanan kesehatan, angka kematian pada anak menjadi menurun. Namun demikian, kematian bayi baru lahir (neonatal) merupakan hambatan utama dalam menurunkan kematian anak lebih lanjut. Padahal sebagian besar penyebab kematian neonatal tersebut dapat ditanggulangi ⁽⁸⁾.

Tahun 2019 merupakan akhir dari pembangunan jangka menengah, diharapkan setiap target yang belum tercapai pada tahun lalu, dapat dicapai pada tahun 2019. Selama ini berbagai upaya dilakukan untuk mencapai target status AKI dan AKB menurut acuan RPJMN 2015-2019, sehingga indeks pembangunan manusia Indonesia dapat mencapai 70,18 persen. Berbagai kebijakan dan intervensi program KIA dengan menggunakan dana besar selama ini dianggap belum berjalan dengan baik. Hingga saat ini angka kematian ibu (maternal) dan angka kematian bayi (neonatal) masih menjadi permasalahan tersendiri di bidang kesehatan reproduksi di Indonesia (pada tahun 2015, Indonesia bahkan termasuk Negara dengan AKI tinggi di ASEAN) ⁽⁹⁾.

C. Kajian Penelitian Kesehatan Ibu dan Anak

Salah satu penelitian mengenai kesehatan ibu dan anak yang dilakukan oleh Perdana dkk.⁽⁶⁾ yaitu melalui program Pengabdian Pada Masyarakat Prioritas (PPM OKK) yang ditujukan kepada masyarakat Desa Cintamulya perihal Literasi Kesehatan. Program tersebut bertujuan dapat memberikan pengetahuan dan keterampilan mengenai pentingnya menjaga kesehatan ibu dan anak, kampanye gemar makan makanan sehat dan bergizi, serta dapat mengubah pola dan perilaku masyarakat untuk dapat meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan, gizi dan nutrisi bagi ibu dan anak. Sumber informasi selain dari pemaparan pakar/ahli, ada pula sumber informasi lainnya yaitu buku. Di mana buku merupakan salah satu sumber informasi.

Berkaitan dengan literasi kesehatan dalam PPM OKK, para tim yang terlibat memberikan buku-buku yang berkaitan dengan kesehatan secara gratis agar para ibu senantiasa bisa terus memperbaharui pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan dari buku-buku tersebut, dan juga buku cerita untuk anak-anak, hal ini dilakukan sebagai upaya menumbuhkan minat baca anak-anak Desa Cintamulya sedari kecil. Dengan diadakannya program literasi kesehatan tersebut, dapat membuka kesadaran dan menambah informasi akan pentingnya menjaga kesehatan, bagi para ibu dan anak.

Penelitian lainnya dilakukan oleh Rosita dkk.⁽¹⁰⁾ di mana variabelnya terdiri atas tenaga bidan, ketersediaan dana untuk pelayanan KIA, APD dan media Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk pelayanan KIA di masa pandemi Covid-19, dan kegiatan pelayanan KIA di puskesmas dengan mengacu pada juknis pelayanan puskesmas pada masa pandemi Covid-19. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa 17,2% puskesmas masih kekurangan bidan. Padahal bidan mempunyai peranan penting dalam memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, dan lainnya. Selain itu, terdapat 64,1% puskesmas yang menyatakan bahwa APD yang dimilikinya tidak lengkap dan sebesar 11,7% puskesmas tidak menyediakan media Komunikasi Informasi Edukasi (KIE). Kawasan puskesmas yang terpencil merupakan faktor yang perlu mendapat perhatian bagi penyelenggara pelayanan kesehatan.

Perbedaan penyelenggaraan pelayanan KIA di puskesmas seharusnya tidak terjadi karena puskesmas di mana pun berada seharusnya dapat menyelenggarakan pelayanan KIA sesuai standar walaupun di masa pandemi Covid-19.

Studi yang dilakukan oleh Febriandini dkk.⁽⁴⁾ tentang implementasi Program KIA di Puskesmas Tlogosari Kulon dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, berupa faktor isi dan lingkungan kebijakan. Hasil menunjukkan, lima layanan dasar Program KIA seperti *Antenatal Care* (ANC), nifas, persalinan, neonatal, dan neonatal komplikasi belum terlaksana sesuai dengan Permenkes No. 75 Tahun 2014. Di antaranya kurangnya penyuluhan, jarang layanan kunjungan rumah penduduk, terbatasnya jumlah tenaga kesehatan, terbatasnya alat kesehatan, dan sarana pendukung yang minim. Sedangkan dua layanan, seperti layanan kesehatan bayi dan Balita dalam bentuk imunisasi dasar lengkap, layanan pemeriksaan kesehatan, layanan Balita sehat telah terlaksana dan mendapat respons positif dari masyarakat.

Analisis faktor yang mempengaruhi adalah faktor kepentingan kelompok sasaran, perubahan yang ingin dicapai, dukungan sikap pelaksana, ketersediaan petugas dan sarpras, serta kepatuhan pelaksana. Adapun upaya yang dapat dilakukan Puskesmas Tlogosari Kulon adalah peningkatan frekuensi penyuluhan, meningkatkan layanan kunjungan rumah penduduk, penambahan waktu layanan, meningkatkan komunikasi pelaksana, penambahan tenaga kesehatan minimal 7 orang, pengadaan *infant warmer*, *suction*, *incubator*, perawatan alat kesehatan persalinan, dan pengoptimalan sarana pendukung dalam rangka melaksanakan layanan KIA sesuai dengan pedoman yang telah ditetapkan.

D. Karakter Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Menurut Kementerian Kesehatan, pelayanan kesehatan ibu dan anak adalah upaya kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi, dan anak Balita serta anak prasekolah. Dalam penerapan KIA, peran keluarga sangatlah besar dalam memengaruhi kehidupan seorang anak, terutama pada tahap awal maupun tahap-tahap krisis. Seorang ibu memiliki peran yang paling besar sebagai dalam mendidik dan menjaga anak-anaknya dari usia bayi hingga dewasa.

Program pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan dalam beberapa tahap yaitu pelayanan antenatal (selama masa kehamilan), pertolongan persalinan, pelayanan kesehatan masa nifas (setelah persalinan), dan pelayanan kesehatan neonatus.

Pelayanan antenatal dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan dan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan. Tujuan dari pelayanan antenatal adalah menjamin perlindungan kepada ibu hamil yang berupa deteksi dini, faktor risiko, pencegahan, dan penanganan komplikasi. Standar minimal pelayanan antenatal terdiri dari 5T, yaitu:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Ukur tekanan darah
- 3) Pemberian imunisasi tetanus toksoid lengkap
- 4) Ukur tinggi fundus uteri
- 5) Pemberian tablet zat besi (minimal 90 tablet selama kehamilan).

Frekuensi pelayanan antenatal dilaksanakan minimal 4 kali selama masa kehamilan dengan ketentuan waktu minimal 1 kali pada triwulan pertama, minimal 1 kali pada triwulan kedua, dan minimal 2 kali pada triwulan ketiga. Secara khusus dan dalam kondisi tertentu dapat juga dilakukan pemeriksaan laboratorium rutin yang mencakup pemeriksaan golongan darah, hemoglobin (HB), protein urine dan gula darah puasa. Untuk ibu hamil yang berada di daerah prevalensi tinggi dan/atau termasuk dalam kelompok risiko, dilakukan juga pemeriksaan hepatitis B, HIV, sifilis, malaria, tuberkulosis, kecacingan dan talasemia.

Pertolongan persalinan, dilakukan secara aman oleh tenaga kesehatan yang kompeten di fasilitas pelayanan kesehatan tertentu. Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pertolongan persalinan adalah dokter spesialis kebidanan, dokter, dan bidan. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan pertolongan persalinan, yaitu:

- 1) Pencegahan infeksi
- 2) Metode persalinan yang sesuai standar
- 3) Manajemen aktif kala III
- 4) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi
- 5) Melaksanakan inisiasi menyusui dini (IMD)

- 6) Memberikan injeksi vitamin K dan salep/tetes mata pada bayi baru lahir.

Pelayanan kesehatan masa nifas, merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada ibu mulai dari 6 jam sampai 42 hari setelah bersalin. Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan masa nifas ini adalah: dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan, dan perawat. Tujuan dari pelayanan kesehatan ini adalah untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas. Pelaksanaan pemantauan dan pemeriksaan masa nifas dilakukan berupa kunjungan nifas yang minimal dilakukan sebanyak 3 kali, yaitu pada masa 6 jam sampai 3 hari setelah persalinan, dalam waktu 2 minggu setelah persalinan (8-14 hari), dan dalam waktu 6 minggu setelah persalinan (36-42 hari). Pada saat kunjungan pelayanan kesehatan masa nifas dilakukan pemeriksaan:

- 1) Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan pernafasan)
- 2) Tinggi fundus uteri
- 3) Lokhia dan pengeluaran per vagina lainnya
- 4) Payudara dan anjuran pemberian ASI eksklusif minimal 6 bulan
- 5) Pemberian kapsul vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 kali yaitu segera setelah melahirkan dan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A yang pertama
- 6) Pelayanan KB pasca bersalin.

Pelayanan kesehatan neonatus (KN) diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus minimal 3 kali, yaitu pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir (KN 1), hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir (KN 2), dan hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Pelayanan kesehatan neonatus perlu dilakukan karena bayi sampai usia kurang dari 1 bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi dan berbagai masalah kesehatan dapat muncul. Sehingga jika tidak dilakukan penanganan yang tepat, dapat berakibat fatal. Berapa upaya yang dapat dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini, di antaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh nakes di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar. Pelayanan kesehatan neonatus ditujukan untuk meningkatkan akses neonatus pada pelayanan kesehatan

dasar, mengetahui sedini mungkin jika ada kelainan/masalah serta untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu usia 6-48 jam setelah lahir yang biasa dikenal dengan istilah cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1). Pada kunjungan ini dilakukan konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian vitamin K injeksi dan hepatitis B injeksi (bila belum diberikan)⁽⁹⁾.

Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464 Tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, kewenangan normal yang dimiliki bidan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Bidan memiliki tugas dan tanggung jawab untuk memberikan pelayanan terkait kesehatan ibu dan anak dalam kondisi apapun baik di klinik ataupun di komunitas. Kesehatan ibu dimulai saat seorang wanita mempersiapkan kehamilan, selama masa hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui, penggunaan kontrasepsi keluarga berencana sampai usia lanjut. Sementara itu, kesehatan bayi harus diperhatikan sejak janin berada dalam kandungan, selama proses kelahiran, saat baru lahir, bayi, Balita, anak prasekolah, masa sekolah hingga remaja. Adapun fokus pelayanan yang diberikan terkait kesehatan ibu dan anak sesuai dengan siklus kehidupannya terdiri atas:

- a. Masalah kesehatan yang perlu diperhatikan pada wanita sebelum hamil terkait dengan keadaan sistem reproduksi, status penyakit menular seksual, keadaan status gizi, masalah penyakit fisik dan psikologis. Kondisi tersebut harus ditindaklanjuti dengan pelayanan yang diberikan di fasilitas kesehatan untuk memastikan status kesehatan wanita sebelum hamil dalam keadaan baik, karena akan berpengaruh terhadap 1.000 hari pertama kehidupan bagi anak yang dimulai sejak masa konsepsi sampai anak Balita. Berdasarkan hal tersebut, seorang bidan sebagai petugas kesehatan sangatlah penting untuk memperhatikan kesehatan anak dengan memberikan pelayanan kesehatan yang baik sejak dalam kandungan sampai masa neonatal melalui pemeriksaan kehamilan yang teratur pemenuhan kebutuhan gizi ibu hamil termasuk pemberian tablet Fe dan asam folat. Pemberian imunisasi TT diberikan jika ibu hamil belum

memiliki status T5 dan upaya deteksi dini komplikasi kehamilan dan persalinan melalui penggunaan buku kesehatan ibu dan anak serta penanganan kedaruratan yang terjadi selama masa kehamilan dan persalinan.

- b. Pelayanan selama masa nifas dan neonatus berfokus pada upaya inisiasi menyusui dini sebagai langkah awal pemberian ASI eksklusif dan penggunaan kontrasepsi. Sedangkan pelayanan neonatus dilakukan melalui pemberian injeksi vitamin K neo yang ditujukan untukantisipasi kejadian perdarahan akibat penyuntikan imunisasi Hepatitis B neo yang diberikan 2 jam setelah bayi lahir.
- c. Pelayanan Kesehatan Bayi, Balita dan Anak Prasekolah difokuskan pada pemberian ASI eksklusif, pemberian imunisasi dasar, pemberian makanan tambahan, pemberian vitamin A, pemantauan tumbuh kembang dan pemberian imunisasi *booster*, serta manajemen terpadu jika bayi dan Balita mengalami sakit.
- d. Pelayanan Anak Sekolah dan Remaja diberikan dengan tujuan untuk melakukan upaya deteksi dini tumbuh kembang anak sekolah melalui skrining/penjaringan anak sekolah dan remaja, konseling gizi HIV/AIDS NAPZA dan upaya kesehatan sekolah. Selain pelayanan tersebut, pada periode ini harus diberikan juga pelayanan kesehatan reproduksi untuk membekali para remaja supaya memiliki pengetahuan yang cukup tentang proses reproduksi yang menjadi tanggung jawabnya.

Masalah kesehatan reproduksi yang terkait dengan kesehatan seorang ibu akan berpengaruh besar terhadap kualitas anak yang dikandung serta dilahirkannya, dengan demikian pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu dan anak sesuai tahapan siklus kehidupannya memiliki pengaruh secara langsung. Demikian juga dengan kesehatan seorang anak yang dilahirkan dari rahim dan tubuh ibu yang sehat mempunyai kecenderungan pertumbuhan dan perkembangan yang sehat. Sebaliknya, jika kesehatan ibu mengalami gangguan, akan memberikan pengaruh kurang baik bagi janin yang dikandungnya dan anak yang dilahirkannya akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Pelayanan kesehatan ibu dan anak harus menjadi kewajiban pelaksana pelayanan (*caregiver*) dalam pelayanan kebidanan, karena keadaan kesehatan ibu dan anak memiliki peranan yang besar sebagai indikator tingkat kesejahteraan bangsa ⁽⁷⁾.

BAB II

STUNTING

A. Pengertian *Stunting*

Stunting (kerdil) adalah kondisi di mana Balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita *Stunting* termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita *stunting* di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal.¹

Menurut UNICEF (2018), *stunting* (bertubuh pendek) adalah kegagalan untuk mencapai potensi pertumbuhan seseorang disebabkan oleh malnutrisi kronis dan penyakit berulang selama masa kanak-kanak. Hal ini dapat membatasi kapasitas fisik dan kognitif anak secara permanen dan menyebabkan kerusakan yang lama.²

Stunting atau sering disebut kerdil atau pendek adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (Balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya.³

Balita Pendek (*Stunting*) adalah status gizi yang didasarkan pada indeks PB/U atau TB/U di mana dalam standar antropometri penilaian status gizi anak, hasil pengukuran tersebut berada pada ambang batas (Z-Score) <-2 SD sampai dengan -3 SD (pendek/*stunted*) dan <-3 SD (sangat pendek/*severely stunted*). *Stunting* adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. *Stunting*

dapat terjadi mulai janin masih dalam kandungan dan baru nampak saat anak berusia dua tahun.⁴

Stunting menurut *WHO Child Growth Standard* didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) dengan batas (*Z-score*) <-2 SD.⁵

Stunting merupakan salah satu masalah gizi yang krusial, khususnya di negara-negara miskin dan berkembang. *Stunting* merupakan bentuk kegagalan tumbuh kembang yang menyebabkan gangguan pertumbuhan linear pada Balita akibat dari akumulasi ketidakcukupan nutrisi yang berlangsung lama, mulai dari masa kehamilan sampai usia 24 bulan.⁶

Stunting merupakan permasalahan gizi yang kompleks serta berdampak jangka panjang karena menyangkut perkembangan generasi penerus bangsa. Gangguan ini disebabkan oleh banyak faktor, meliputi faktor sosial ekonomi, kondisi gizi ibu saat hamil, kesakitan saat bayi serta kurangnya asupan gizi pada saat bayi. Kondisi *stunting* bukan hanya mengakibatkan masalah kesehatan saat itu, melainkan juga di masa mendatang berupa gangguan perkembangan fisik dan kognitif yang optimal sehingga mempengaruhi tingkat kecerdasan, menurunkan produktivitas, dan menghambat perekonomian seperti pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan ketimpangan.⁷

Stunting atau kerdil adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (Balita) yang diakibatkan kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak disebut *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya.⁸

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak Balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Kondisi gagal tumbuh pada anak Balita disebabkan oleh kurangnya asupan gizi yang berulang, infeksi berulang, dan pola asuh yang tidak memadai terutama dalam 1.000 HPK. Anak tergolong *stunting* apabila lebih pendek dari standar umur anak sebayanya.⁹

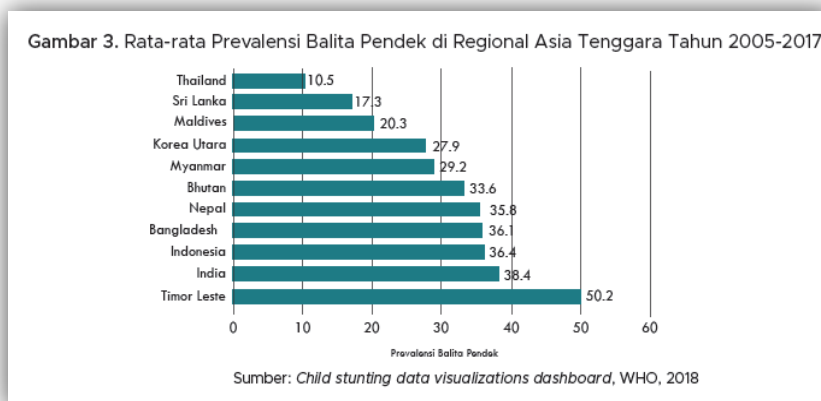
Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak Balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Kondisi gagal tumbuh pada anak Balita disebabkan oleh

kurangnya asupan gizi dalam waktu lama serta terjadinya infeksi berulang, dan kedua faktor penyebab ini dipengaruhi oleh pola asuh yang tidak memadai terutama dalam 1.000 HPK2. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badan menurut umurnya lebih rendah dari standar nasional yang berlaku.¹⁰

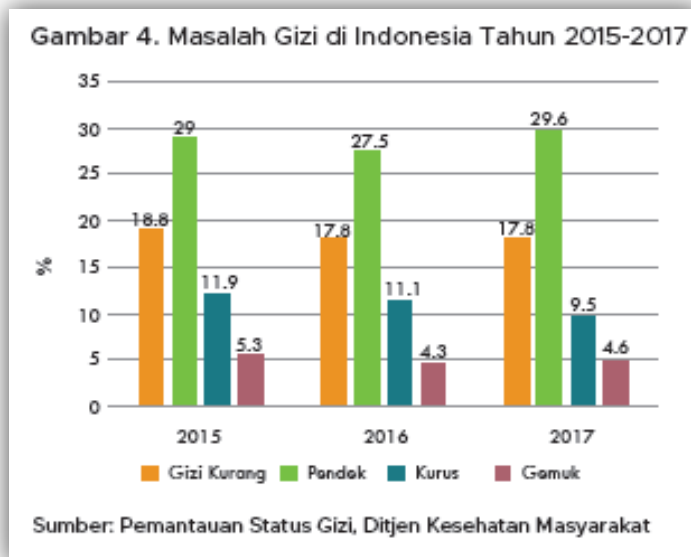
B. Masalah *Stunting* secara Global dan Nasional

1. Situasi Nasional

Kejadian Balita *stunting* (pendek) merupakan masalah gizi utama yang dihadapi Indonesia. Berdasarkan data Pemantauan Status Gizi (PSG) selama tiga tahun terakhir, pendek memiliki prevalensi tertinggi dibandingkan dengan masalah gizi lainnya seperti gizi kurang, kurus, dan gemuk. Prevalensi Balita pendek mengalami peningkatan dari tahun 2016 yaitu 27,5% menjadi 29,6% pada tahun 2017.¹



Data prevalensi Balita *stunting* yang dikumpulkan World Health Organization (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/South-East Asia Regional (SEAR). Rata-rata prevalensi Balita *stunting* di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4%.¹



Prevalensi Balita pendek di Indonesia cenderung statis. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi Balita pendek di Indonesia sebesar 36,8%. Pada tahun 2010, terjadi sedikit penurunan menjadi 35,6%. Namun prevalensi Balita pendek kembali meningkat pada tahun 2013 yaitu menjadi 37,2%. Prevalensi Balita pendek selanjutnya akan diperoleh dari hasil Riskesdas tahun 2018 yang juga menjadi ukuran keberhasilan program yang sudah diupayakan oleh pemerintah.¹

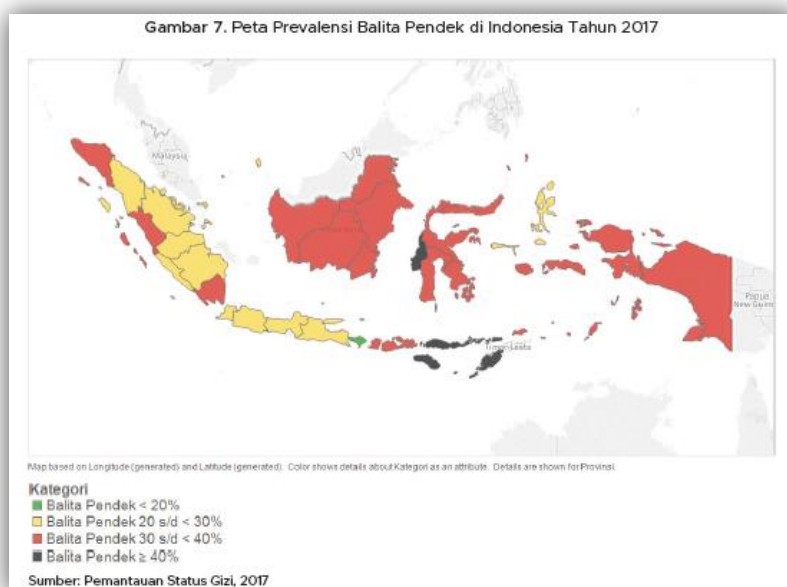


Survei PSG diselenggarakan sebagai *monitoring* dan evaluasi kegiatan dan capaian program. Berdasarkan hasil PSG tahun 2015, prevalensi Balita pendek di Indonesia adalah 29%. Angka ini mengalami penurunan pada tahun 2016 menjadi 27,5%. Namun prevalensi Balita pendek kembali meningkat menjadi 29,6% pada tahun 2017.¹



Prevalensi Balita sangat pendek dan pendek usia 0-59 bulan di Indonesia tahun 2017 adalah 9,8% dan 19,8%. Kondisi ini meningkat dari

tahun sebelumnya yaitu prevalensi Balita sangat pendek sebesar 8,5% dan Balita pendek sebesar 19%. Provinsi dengan prevalensi tertinggi Balita sangat pendek dan pendek pada usia 0-59 bulan tahun 2017 adalah Nusa Tenggara Timur, sedangkan provinsi dengan prevalensi terendah adalah Bali.¹

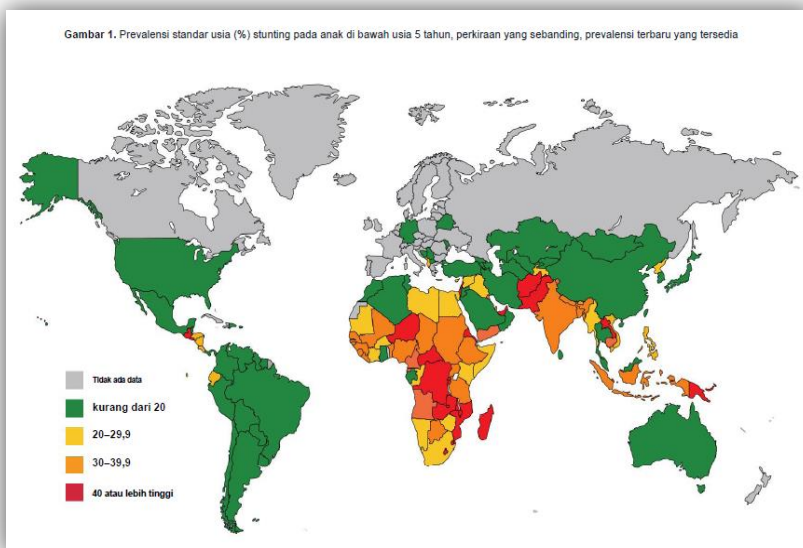


Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan penurunan prevalensi *stunting* Balita di tingkat nasional sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Sedangkan untuk Balita normal terjadi peningkatan dari 48,6% (2013) menjadi 57,8% (2018). *Global Nutrition Report 2016* mencatat bahwa prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara. Dalam laporan sebelumnya, Indonesia tercatat sebagai salah satu dari 17 negara yang mengalami beban ganda gizi, baik kelebihan maupun kekurangan gizi.³

2. Situasi Global

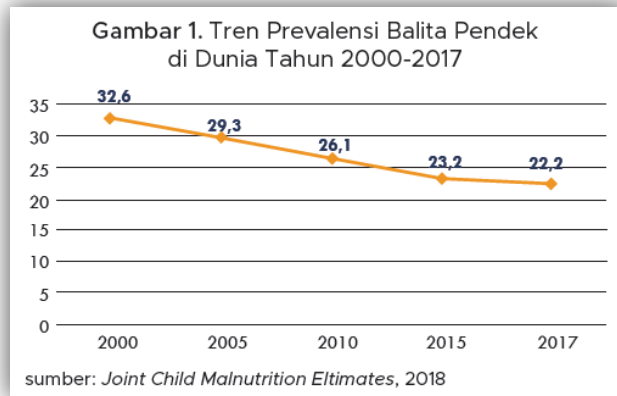
Pada tahun 2016, 87 juta anak *stunting* tinggal di Asia, 59 juta di Afrika dan 6 juta di wilayah Amerika Latin dan Karibia. Lima sub-

kawasan memiliki tingkat *stunting* anak yang melebihi 30%: Afrika Barat (31,4%), Afrika Tengah (32,5%), Afrika Timur (36,7%), Asia Selatan (34,1%) dan Oseania (38,3%; tidak termasuk Australia dan Selandia Baru; lihat Gambar 1). Baik Asia dan Oseania mengalami kemajuan yang lambat atau tidak ada kemajuan dalam mengurangi *stunting* anak. Di Amerika Latin dan Karibia, pengerdilan telah menurun dua kali lebih cepat daripada di Afrika dari tahun 2000 hingga 2016. Namun penurunan *stunting* pada anak belum merata pada semua kelompok penduduk. Misalnya, dari tahun 1990 hingga 2013 di kawasan Asia-Pasifik, Amerika Latin, dan Karibia, pengerdilan anak menurun lebih banyak di daerah perkotaan daripada di daerah pedesaan.¹¹

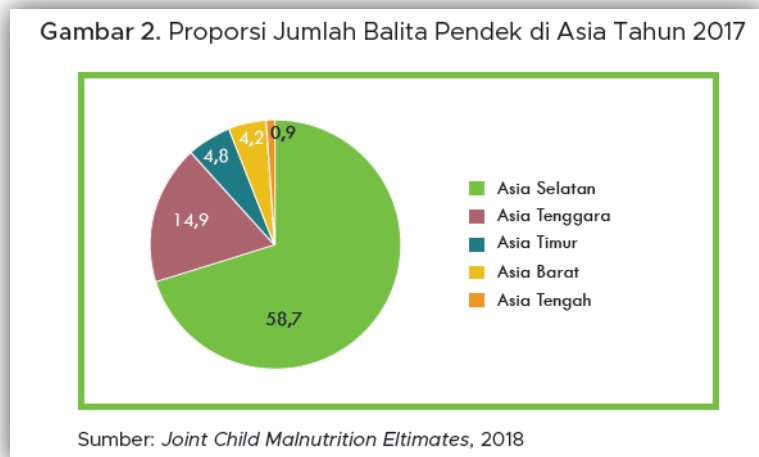


Di kawasan Asia Tenggara, prevalensi *stunting* di Indonesia merupakan tertinggi kedua, setelah Kamboja.³

Menurut World Health Organization (WHO) 2018 prevalensi Balita *stunting* di dunia pada tahun 2017 sebesar 151 juta (22%), Indonesia sendiri menempati posisi ketiga di kawasan Asia Tenggara sebesar (36,4%).¹²



Kejadian Balita pendek atau biasa disebut dengan *stunting* merupakan salah satu masalah gizi yang dialami oleh Balita di dunia saat ini. Pada tahun 2017 22,2% atau sekitar 150,8 juta Balita di dunia mengalami *stunting*. Namun angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan angka *stunting* pada tahun 2000 yaitu 32,6%.¹



Pada tahun 2017, lebih dari setengah Balita *stunting* di dunia berasal dari Asia (55%) sedangkan lebih dari sepertiganya (39%) tinggal di Afrika. Dari 83,6 juta Balita *stunting* di Asia, proporsi terbanyak berasal dari Asia Selatan (58,7%) dan proporsi paling sedikit di Asia Tengah (0,9%).¹

C. Dampak *Stunting* Global dan Nasional

Permasalahan *stunting* pada usia dini terutama pada periode 1000 HPK, akan berdampak pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). *Stunting* menyebabkan organ tubuh tidak tumbuh dan berkembang secara optimal. Balita *stunting* berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%) kematian anak Balita di dunia dan menyebabkan 55 juta *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs) yaitu hilangnya masa hidup sehat setiap tahun.¹⁰

1. Dalam jangka pendek, *stunting* menyebabkan gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik, dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolisme.
2. Dalam jangka panjang, *stunting* menyebabkan menurunnya kapasitas intelektual. Gangguan struktur dan fungsi saraf dan sel-sel otak yang bersifat permanen dan menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah yang akan berpengaruh pada produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, kekurangan gizi juga menyebabkan gangguan pertumbuhan (pendek dan atau kurus) dan meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung koroner, dan stroke.

Dampak beban ganda malnutrisi tidak hanya dirasakan individu. Ekonomi juga terkena dampaknya; kerugian akibat *stunting* dan malnutrisi diperkirakan setara dengan 2-3% PDB Indonesia.¹³

Stunting dan kekurangan gizi lainnya yang terjadi pada 1.000 HPK di samping berisiko menghambat pertumbuhan fisik dan kerentanan anak terhadap penyakit, juga menghambat perkembangan kognitif yang akan berpengaruh pada tingkat kecerdasan dan produktivitas anak di masa depan. *Stunting* dan masalah gizi lain diperkirakan menurunkan produk domestik bruto (PDB) sekitar 3% per tahun.³

Stunting memengaruhi kapasitas belajar pada usia sekolah, nilai dan prestasi sekolah, upah kerja pada saat dewasa, risiko penyakit kronis seperti diabetes, morbiditas dan mortalitas, dan bahkan produktivitas ekonomi. Catatan Bank Dunia (2016) menyatakan bahwa dalam jangka panjang *stunting* dapat menimbulkan kerugian ekonomi sebesar 2-3% dari produk domestik bruto (PDB) per tahun. Jika PDB Indonesia sebesar Rp13.000 triliun, diperkirakan potensi kerugian akibat *stunting* dapat mencapai Rp260 triliun-390 triliun per tahun.¹⁴

Dampak dari *stunting* selain mewariskan kemiskinan antar generasi, juga yang paling mencemaskan dapat menghambat pertumbuhan perekonomian sebuah bangsa. Pengalaman dan bukti Internasional menunjukkan bahwa *stunting* dapat menghambat pertumbuhan ekonomi dan menurunkan produktivitas pasar kerja, sehingga mengakibatkan hilangnya 11 persen GDP (*Gross Domestic Products*). Serta mengurangi pendapatan pekerja dewasa hingga 20 persen. Selain itu, *stunting* juga dapat berkontribusi pada melebarnya kesenjangan/*inequality*, sehingga mengurangi 10 persen dari total pendapatan seumur hidup dan juga menyebabkan kemiskinan antar-generasi.¹⁵

Balita/Baduta (Bayi di bawah usia dua tahun) yang mengalami *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan anak lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat berisiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Pada akhirnya secara luas *stunting* akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan.¹⁵

Kejadian *stunting* pada Balita dapat menyebabkan gangguan *Intelligence Quotient* (IQ). Anak yang menderita kurang gizi berat (*stunting*) mempunyai nilai rata-rata IQ 11 poin lebih rendah dari anak normal.¹⁶

Menurut World Health Organization, *stunting* dapat menyebabkan perkembangan kognitif atau kecerdasan, motorik, dan verbal berkembang secara tidak optimal, peningkatan risiko obesitas dan penyakit degeneratif lainnya, peningkatan biaya kesehatan, serta peningkatan kejadian kesakitan dan kematian. Anak yang memiliki tingkat kecerdasan yang tidak maksimal akibat *stunting* pada akhirnya dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan, dan memperlebar ketimpangan di suatu negara.¹⁷

Menurut WHO, dampak yang ditimbulkan *stunting* dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang.¹

1. Dampak Jangka Pendek
 - a. Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian.
 - b. Perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal.
 - c. Peningkatan biaya kesehatan.

2. Dampak Jangka Panjang
 - a. Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibandingkan pada umumnya).
 - b. Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya.
 - c. Menurunnya kesehatan reproduksi.
 - d. Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah.
 - e. Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

D. Upaya dan Strategi Penurunan *Stunting* Global dan Nasional

1. Upaya dan Strategi Nasional

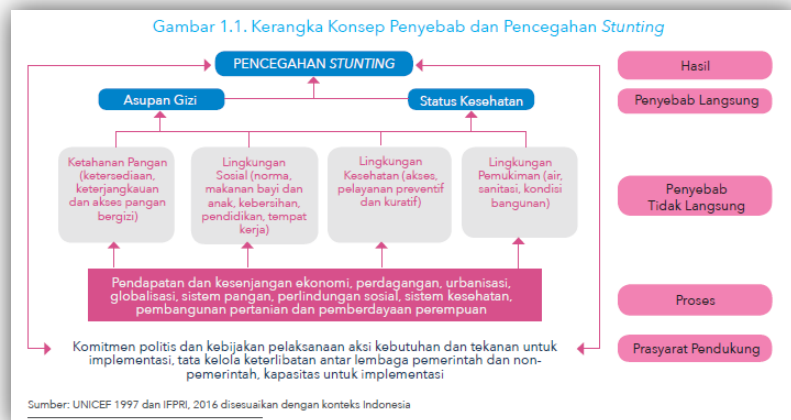
a. Upaya Pencegahan

Stunting merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2025.¹

Untuk mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, upaya yang dilakukan untuk menurunkan prevalensi *stunting* di antaranya sebagai berikut¹:

- 1) Ibu Hamil dan Bersalin
 - a) Intervensi pada 1.000 hari pertama kehidupan.
 - b) Mengupayakan jaminan mutu *ante natal care* (ANC) terpadu.
 - c) Meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan.
 - d) Menyelenggarakan program pemberian makanan tinggi kalori, protein, dan mikronutrien (TKPM).
 - e) Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular).
 - f) Pemberantasan kecacingan.
 - g) Meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA.
 - h) Menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif.

- i) Penyuluhan dan pelayanan KB.
- 2) Balita
 - a) Pemantauan pertumbuhan Balita.
 - b) Menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk Balita.
 - c) Menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak.
 - d) Memberikan pelayanan kesehatan yang optimal.
- 3) Anak Usia Sekolah
 - a) Melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).
 - b) Memperkuat kelembagaan Tim Pembina UKS.
 - c) Menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS).
 - d) Memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba.
- 4) Remaja
 - a) Meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan mengonsumsi narkoba.
 - b) Pendidikan kesehatan reproduksi.
- 5) Dewasa Muda
 - a) Penyuluhan dan pelayanan keluarga berencana (KB).
 - b) Deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular).
 - c) Meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok/mengonsumsi narkoba.



Pencegahan *stunting* memerlukan intervensi gizi yang konvergen, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik dilakukan untuk menanggulangi faktor penyebab langsung, sedangkan intervensi gizi sensitif untuk penyebab tidak langsung. Pengalaman global menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang konvergen untuk menasar kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi, tumbuh kembang anak, dan pencegahan *stunting*. Untuk memastikan konvergensi intervensi tersebut, diperlukan komitmen dari pimpinan nasional tertinggi.³

Dalam mengatasi permasalahan gizi, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 yang mengatur mengenai Pelaksanaan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi. Peta Jalan Percepatan Perbaikan Gizi terdiri dari empat komponen utama yang meliputi advokasi, penguatan lintas sektor, pengembangan program spesifik dan sensitif, serta pengembangan pangkalan data. Intervensi gizi baik yang bersifat langsung (spesifik) dan tidak langsung (sensitif) perlu dilakukan secara bersama-sama oleh kementerian/lembaga serta pemangku kepentingan lainnya. Penanganan *stunting* tidak bisa dilakukan sendiri-sendiri (*scattered*) karena tidak akan memiliki dampak yang signifikan. Upaya pencegahan *stunting* harus dilakukan secara terintegrasi dan konvergen dengan pendekatan multisektor. Untuk itu, pemerintah harus memastikan bahwa seluruh kementerian/lembaga serta mitra pembangunan, akademisi, organisasi profesi, organisasi masyarakat madani, perusahaan swasta, dan media dapat bekerja sama bahu-membahu dalam upaya percepatan pencegahan *stunting* di Indonesia. Tidak hanya di tingkat pusat, integrasi dan konvergensi upaya pencegahan *stunting* juga harus terjadi di tingkat daerah sampai dengan tingkat desa.¹

Intervensi Gizi Sensitif

-
- The diagram illustrates the 10 pillars of the National Development Policy (Kebijakan Pembangunan Nasional) in Indonesia, arranged in a hexagonal grid. The pillars are:
- PAUD, Peningkatan UKS** (Early Childhood Education and Physical Education)
 - Kemdikbud** (Ministry of Education and Culture)
 - Kom PU&PR** (Community and Public Relations)
 - Air bersih dan sanitasi** (Clean water and sanitation)
 - Fortifikasi Produk Pangan** (Food product fortification)
 - Kemperin** (Ministry of Cooperatives and Small Business Development)
 - Kemantan** (Ministry of Agriculture, Forestry and Fisheries)
 - Ketahanan pangan** (Food security)
 - Bantuan pangan non tunai, PrH** (Non-cash food assistance, PrH)
 - Kemos** (Ministry of Health)
 - BPOM** (Ministry of Health and Food and Drug Safety)
 - Keamanan Pangan** (Food safety)
 - Kesehatan reproduksi, Bina Keluarga Balita** (Reproductive health, Bina Keluarga Balita)
 - BKKBN** (Ministry of Population and Family Planning)
 - Kemonegan** (Ministry of Social Justice and Empowerment)
 - Bimbingan Perkawinan & Peran Taluk Agama** (Marriage guidance and religious role)
 - Sosialisasi GUI bagi Anak & Keluarga** (Socialization of GUI for children and families)
 - PPPA** (Ministry of Social and Human Resources Development)
 - IKIP** (Ministry of Education and Culture)
 - Pemerasan & Promosi Hasil Kelautan** (Processing and promotion of marine products)

-
- The diagram illustrates the 10 National Development Priorities (Prioritas Nasional) of Indonesia, arranged in a honeycomb pattern. Each priority is represented by a colored hexagon with its acronym and a brief description.
- PAUD, Peningkatan UKS** (Early Childhood Education and Physical Education)
 - Kemdikbud** (Ministry of Education and Culture)
 - Kam PU&PR** (Ministry of Public Works and Transportation)
 - Air bersih dan sanitasi** (Clean water and sanitation)
 - Fortifikasi Produk Pangan** (Food product fortification)
 - Kemperin** (Ministry of Agriculture)
 - Kemtan** (Ministry of Agriculture)
 - Ketahanan pangan** (Food security)
 - Bantuan pangan non tunai, PrH** (Non-cash food aid, PrH)
 - Kemkes** (Ministry of Health)
 - BPOH** (Ministry of Health)
 - Koordinasi Pangan** (Food coordination)
 - Kesehatan reproduksi, Bina Keluarga Balita** (Reproductive health, Bina Keluarga Balita)
 - BKBN** (Ministry of Environment, Forestry and Marine Affairs)
 - Kemonegan** (Ministry of Environment, Forestry and Marine Affairs)
 - Bimbingan Perkawinan & Peran Taluk Agama** (Marriage guidance and religious role)
 - Sosialisasi GUI bagi Anak & Keluarga** (Socialization of GUI for children and families)
 - PPPA** (Ministry of Social Justice and Human Rights)
 - IKKP** (Ministry of Social Justice and Human Rights)
 - Pemasaran & Promosi Hasil Kelautan** (Marketing and promotion of marine products)

sumber: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Bappenas, 2018

TNP2K
THE NATIONAL
TENNIS PLAYERS' ASSOCIATION

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Penting	Intervensi Sesuai Kondisi
Intervensi gizi spesifik - Sasaran prioritas			
Ibu hamil	• Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin • Suplementasi tablet tambah darah	• Suplementasi kalsium • Pemeriksaan kehamilan	• Perlindungan dari malaria • Pencegahan HIV
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	• Promosi dan konseling menyusui • Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) • Tata laksana gizi buruk akut • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang akut • Pemantauan pertumbuhan	• Suplementasi kapsul vitamin A • Suplementasi taburia • Imunisasi • Suplementasi zinc untuk pengobatan diare • Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)	• Pencegahan kecacingan
Intervensi gizi spesifik - Sasaran Penting			
Remaja dan wanita usia subur	• Suplementasi tablet tambah darah		
Anak 24-59 bulan	• Tata laksana gizi buruk akut • Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak gizi kurang akut • Pemantauan pertumbuhan	• Suplementasi kapsul vitamin A • Suplementasi taburia • Suplementasi zinc untuk pengobatan diare • Manajemen terpadu balita sakit (MTBS)	• Pencegahan kecacingan

Intervensi Gizi Sensitif	
Jenis Intervensi	Program/Kegiatan Intervensi
Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi	- Akses air minum yang aman - Akses sanitasi yang layak
Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	- Akses pelayanan Keluarga Berencana (KB) - Akses Jaminan Kesehatan (JKH) - Akses bantuan uang tunai untuk keluarga kurang mampu (PKH)
Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	- Penyebartuan informasi melalui berbagai media - Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi - Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua - Akses Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dan pemantauan tumbuh-kembang anak - Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja - Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
Peningkatan akses pangan bergizi	- Akses bantuan pangan non tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu - Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu, minyak goreng) - Akses kegiatan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) - Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

Upaya pencegahan *stunting* yang konvergen dan terintegrasi perlu segera dilakukan. Sejak akhir tahun 2017, Kementerian PPN/Bappenas telah meluncurkan “Intervensi Pencegahan *Stunting* Terintegrasi” sebagai upaya komprehensif dengan pendekatan multisektor. Upaya ini mencakup intervensi multisektor yang cukup luas mulai dari akses makanan, layanan kesehatan dasar termasuk akses air bersih dan sanitasi, serta pola pengasuhan. Hal ini menegaskan kembali bahwa permasalahan *stunting* bukanlah semata-mata masalah sektor kesehatan tetapi melibatkan faktor-faktor lain di luar kesehatan. Sebagai langkah awal, pada tahun 2018 sebanyak 100 kabupaten/kota dan 1000 desa telah terpilih sebagai fokus area intervensi. Selanjutnya, untuk tahun 2019, 60 kabupaten/kota dan 600 desa telah ditambahkan sebagai area fokus intervensi pencegahan *stunting* terintegrasi.¹

b. Pengorganisasian Penurunan *Stunting*

Pengorganisasian merupakan unsur manajemen yang penting untuk memberi arah sehingga intervensi penurunan *stunting* terintegrasi bisa berjalan dengan baik mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan dan evaluasi, dan reviu kinerja. Dalam

memastikan efektivitas pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi di daerah, perlu pembagian peran dan tanggung jawab yang jelas antara pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, sampai dengan pemerintahan di tingkat desa.¹⁰

Di tingkat provinsi:

- 1) Pemerintah Provinsi memfasilitasi pembinaan, pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut provinsi atas kebijakan dan pelaksanaan program dan anggaran penyediaan intervensi gizi prioritas di wilayah kabupaten/kota.
- 2) Pemerintah Provinsi memberikan fasilitas dan dukungan teknis bagi peningkatan kapasitas kabupaten/kota dalam penyelenggaraan Aksi Integrasi yang efektif dan efisien.
- 3) Pemerintah Provinsi mengoordinasikan pelibatan institusi non-pemerintah untuk mendukung Aksi Integrasi percepatan pencegahan *stunting*.
- 4) Pemerintah Provinsi melaksanakan penilaian kinerja kabupaten/kota dalam penyelenggaraan pencegahan *stunting*, termasuk memberikan umpan balik serta penghargaan kepada kabupaten/kota sesuai kapasitas provinsi yang bersangkutan.

Di tingkat kabupaten/kota:

- 1) Pemerintah kabupaten/kota memastikan perencanaan dan penganggaran program/kegiatan untuk intervensi prioritas, khususnya di lokasi dengan prevalensi *stunting* tinggi dan/atau kesenjangan cakupan pelayanan yang tinggi.
- 2) Pemerintah kabupaten/kota memperbaiki pengelolaan layanan untuk intervensi gizi prioritas dan memastikan bahwa sasaran prioritas memperoleh dan memanfaatkan paket intervensi yang disediakan.
- 3) Pemerintah kabupaten/kota mengoordinasikan kecamatan dan pemerintah desa dalam menyelenggarakan intervensi prioritas, termasuk dalam mengoptimalkan sumber daya, sumber dana, dan pemutakhiran data.
- 4) Pemerintah kabupaten/kota menyusun kebijakan daerah yang memuat kampanye publik dan komunikasi perubahan perilaku

mengacu pada substansi yang diatur dalam strategi yang disusun oleh Kementerian Kesehatan, untuk meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat dalam penurunan *stunting*.

Di tingkat kecamatan;

- 1) Koordinasi intervensi pencegahan *stunting* dipimpin oleh Camat selaku koordinator wilayah kecamatan.
- 2) Camat melakukan pertemuan secara berkala dengan aparat tingkat kecamatan, tingkat desa, dan masyarakat untuk membahas perencanaan dan kemajuan intervensi penurunan *stunting*.
- 3) Memberikan dukungan dalam melaksanakan pemantauan dan verifikasi data dan melakukan pendampingan pelaksanaan kegiatan di tingkat desa.

Di tingkat desa:

- 1) Pemerintah desa melakukan sinkronisasi dalam perencanaan dan penganggaran program dan kegiatan pembangunan desa untuk mendukung pencegahan *stunting*.
- 2) Pemerintah desa memastikan setiap sasaran prioritas menerima dan memanfaatkan paket layanan intervensi gizi prioritas. Implementasi kegiatan dilakukan bekerja sama dengan Kader Pembangunan Manusia (KPM), pendamping Program Keluarga Harapan (PKH), petugas Puskesmas dan bidan desa, serta petugas Keluarga Berencana (KB).
- 3) Pemerintah desa memperkuat pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kepada seluruh sasaran prioritas serta mengoordinasikan pendataan sasaran dan pemutakhiran data secara rutin.

Di dalam pedoman ini diatur mengenai pengorganisasian di tingkat kabupaten/kota yang harus melibatkan seluruh pemangku kepentingan, tidak hanya perangkat daerah tetapi dapat juga melibatkan sektor non pemerintah seperti dari dunia usaha, akademisi, organisasi masyarakat madani, organisasi profesi, media massa, dan mitra pembangunan lainnya.¹⁰

c. Strategi Mengatasi *Stunting*

Merujuk pada pola pikir UNICEF/Lancet, masalah *stunting* terutama disebabkan karena ada pengaruh dari pola asuh, cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan, lingkungan, dan ketahanan pangan, maka berikut ini mencoba untuk membahas dari sisi pola asuh dan ketahanan pangan tingkat keluarga.¹

Dari kedua kondisi ini dikaitkan dengan strategi implementasi program yang harus dilaksanakan. Pola asuh (*caring*), termasuk di dalamnya adalah Inisiasi Menyusu Dini (IMD), menyusui eksklusif sampai dengan 6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI (MPASI) sampai dengan 2 tahun merupakan proses untuk membantu tumbuh kembang bayi dan anak.¹

Kebijakan dan strategi yang mengatur pola asuh ini ada pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 128, Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang ASI, dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015.

Amanat pada UU Nomor 36 Tahun 2009 adalah:

- 1) Setiap bayi berhak mendapatkan ASI Eksklusif sejak dilahirkan selama 6 bulan, kecuali atas indikasi medis.
- 2) Selama pemberian ASI pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus.

Amanat UU tersebut diatur dalam PP Nomor 33 Tahun 2013 tentang ASI yang menyebutkan:

- 1) Setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI Eksklusif. Pengaturan pemberian ASI Eksklusif bertujuan untuk: a. menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI Eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia 6 (enam) bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya; b. memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya; dan c. meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah terhadap pemberian ASI Eksklusif.

- 2) Tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan inisiasi menyusui dini terhadap bayi yang baru lahir kepada ibunya paling singkat selama 1 (satu) jam. Inisiasi menyusui dini sebagaimana dimaksud dilakukan dengan cara meletakkan bayi secara tengkurap di dada atau perut ibu sehingga kulit bayi melekat pada kulit ibu.

Amanat UU, dan PP tersebut sudah masuk ke Renstra Kemenkes 2015-2019, dengan menargetkan:

- 1) Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif sebesar 50%.
- 2) Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusui Dini (IMD) sebesar 50%.

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, beberapa hal terkait dengan masih rendahnya IMD dan ASI eksklusif antara lain menyangkut konselor ASI yang belum merata di seluruh Puskesmas. Pelatihan konselor ASI sudah dilakukan sampai dengan tingkat kabupaten, tapi pelatihan konselor ke seluruh Puskesmas tidak ada informasi berapa persen Puskesmas yang sudah mempunyai konselor ASI. Jika Puskesmas sudah ada konselor ASI tidak diketahui berapa persen petugas yang berhasil memberikan konseling kepada Ibu untuk meyakinkan agar melakukan IMD dan menyusui eksklusif.¹

Kesenjangan lain adalah masih lemahnya pemantauan pelanggaran dan penegakan hukum terhadap penggunaan susu formula dan belum semua tempat kerja menyediakan tempat menyusui sesuai yang diharuskan.¹

Sesudah bayi berusia 6 bulan, walaupun ketentuannya masih harus menyusui sampai usia 2 tahun, bayi memerlukan makanan pendamping agar pemenuhan gizi untuk tumbuh dapat terpenuhi. WHO/UNICEF dalam ketentuannya mengharuskan bayi usia 6-23 bulan dapat MPASI yang adekuat dengan ketentuan dapat menerima minimal 4 atau lebih dari 7 jenis makanan (sereal/umbi-umbian, kacang-kacangan, produk olahan susu, telur, sumber protein lainnya, sayur dan buah kaya vitamin A, sayur dan buah lainnya *Minimum Dietary Diversity*/MMD).¹

Di samping itu, yang diperhatikan juga adalah untuk bayi harus memenuhi ketentuan *Minimum Meal Frequency* (MMF), yaitu bayi 6-23 bulan yang diberi atau tidak diberi ASI, dan sudah mendapat MP-ASI (makanan lunak/makanan padat, termasuk pemberian susu yang tidak mendapat ASI) harus diberikan dengan frekuensi sebagai berikut¹:

- 1) Untuk bayi yang diberi ASI:
 - a) Umur 6-8 bulan: 2 x/hari atau lebih.
 - b) Umur 9-23 bulan: 3 x/hari atau lebih.
- 2) Untuk bayi 6-23 bulan yang tidak diberi ASI: 4 x/hari atau lebih.

Lebih lanjut, ketentuan MP-ASI untuk bayi 6-23 bulan, harus memenuhi *Minimum Acceptable Diet* (MAD), yaitu gabungan dari pemenuhan MMD dan MMF.¹

Pada kenyataannya kondisi ini tidak terpenuhi, pencapaian indikator pola pemberian makan bayi adekuat berdasarkan standar makanan bayi dan anak (WHO/UNICEF) ternyata masih rendah, hanya 36,6% anak 6-23 bulan yang asupannya mencapai pola konsumsi yang memenuhi diet yang dapat diterima (*minimum acceptable diet/MAD*).¹

Strategi ke depan terkait dengan pola asuh, maka direkomendasikan beberapa hal antara lain¹:

- 1) Melakukan *monitoring* pasca pelatihan konselor menyusui utamanya di tingkat kecamatan dan desa.
- 2) Melakukan sanksi terhadap pelanggar PP tentang ASI.
- 3) Melakukan konseling menyusui kepada pada ibu hamil yang datang ke *antenatal care/ANC* (4 minggu pertama kehamilan) untuk persiapan menyusui.
- 4) Meningkatkan kampanye dan komunikasi tentang menyusui.
- 5) Melakukan konseling dan pelatihan untuk cara penyediaan dan pemberian MP-ASI sesuai standar (MAD).

2. Upaya dan Strategi Global

Pengalaman baik internasional menunjukkan pentingnya kampanye nasional untuk mendorong kesadaran publik tentang *stunting*.¹⁸

- a. Peru: Kampanye media massa dan advokasi publik.
- b. Vietnam: Kampanye kesadaran publik untuk mempromosikan pesan-pesan kunci.

- c. India and Bangladesh: Mempromosikan komunikasi perubahan perilaku di tingkat komunitas.

Pengalaman baik internasional menunjukkan konvergensi program lintas sektor efektif untuk percepatan penurunan *stunting*.¹⁸

- a. Peru: Penganggaran berbasis hasil yang terfokus pada 1000 HPK, seleksi prioritas anggaran.
- b. Bangladesh: Intervensi lintas sektor untuk mengatasi masalah *stunting*.
- c. Brazil: Intervensi lintas sektor untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan bagi perempuan hamil dan anak-anak.

Pengalaman baik internasional memperlihatkan pentingnya ketahanan pangan bergizi, termasuk kontrol label makanan, iklan pangan, dan fortifikasi pangan.¹⁸

- a. India: Memperluas intervensi fortifikasi pangan untuk meningkatkan kualitas diet.
- b. Mexico: Bantuan tunai untuk membeli pangan bergizi selama masa kehamilan, menyusui, dan tahap pemberian makanan tambahan.
- c. Vietnam: Pelarangan iklan pengganti susu pengganti ASI yang berpengaruh terhadap promosi pemberian ASI eksklusif.

Program Gizi Ibu dan Anak UNICEF di Asia Selatan mendukung peningkatan 10 Intervensi Gizi Esensial sebagai intervensi dengan potensi dampak tertinggi dalam mengurangi prevalensi *stunting* anak di Asia Selatan. Intervensi Nutrisi Esensial ini adalah¹⁹:

- a. Inisiasi menyusui dini dalam waktu satu jam setelah lahir.
Tujuan: Bayi baru lahir mulai menyusui dalam waktu satu jam setelah lahir untuk memanfaatkan refleks menyusui yang intens dan keadaan waspada serta untuk merangsang produksi ASI. Keterampilan menyusui yang baik termasuk posisi dan perlekatan yang tepat dibentuk untuk meningkatkan efisiensi menyusui bayi baru lahir, produksi ASI ibu, dan asupan ASI bayi.
- b. ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan.
Tujuan: Bayi disusui secara eksklusif dalam enam bulan pertama kehidupannya. Bayi diberi makan hanya ASI dan tidak diberi cairan, susu atau makanan apapun, bahkan air. Pemberian ASI eksklusif,

dengan pemberian makanan sesuai permintaan yang sering dilakukan untuk memastikan perlindungan maksimal terhadap kekurangan gizi, penyakit, dan kematian, dan berkontribusi pada jarak anak dan tingkat kesuburan yang lebih rendah.

- c. Pengenalan makanan pendamping ASI secara tepat waktu pada enam bulan.

Tujuan: Bayi mulai menerima makanan pendamping pada awal bulan ketujuh kehidupan sementara menyusui berlanjut hingga 23 bulan dan seterusnya. Memperkenalkan makanan pendamping dalam enam bulan pertama kehidupan tidak perlu dan berbahaya. Pengenalan makanan pelengkap yang tepat waktu memastikan bahwa kebutuhan energi dan nutrisi bayi terpenuhi.

- d. Makanan pendamping ASI sesuai usia, cukup frekuensi, kepadatan dan keragamannya untuk anak usia 6-23 bulan.

Tujuan: Anak usia 6-23 bulan diberi makan sesuai usia, padat energi dan gizi, makanan pendamping ASI beragam dengan peningkatan jumlah, frekuensi dan kepadatan gizi seiring bertambahnya usia anak. Pemberian makan anak bersifat responsif dan aktif. Anak-anak diberikan suplemen zat besi dan asam folat profilaksis untuk mencegah anemia.

- e. Penanganan makanan pendamping ASI yang aman dan praktik pemberian makanan pendamping ASI yang higienis.

Tujuan: Anak usia 6-23 bulan diberi makan dengan penanganan (persiapan dan penyimpanan) makanan pendamping ASI yang aman dan praktik pemberian makanan pendamping ASI yang higienis, termasuk mencuci pakaian pengasuh. Mencuci tangan sebelum menyiapkan makanan, mencuci tangan anak sebelum makan, menyajikan makanan segera setelah menyiapkan makanan, dan menggunakan peralatan yang bersih, serta menghindari botol susu.

- f. Suplementasi preventif dan obat cacing untuk mengendalikan defisiensi mikronutrien.

Tujuan: Anak-anak terlindungi dari defisiensi mikronutrien dan anemia melalui penggunaan rutin tablet obat cacing dan suplemen mikronutrien yang diberikan kepada mereka (sendiri atau dalam kombinasi) dalam bentuk sirup, tablet, atau bubuk sebagai tindakan

pencegahan, dengan fokus khusus pada pencegahan defisiensi besi, yodium, vitamin A, dan seng.

- g. Pemberian makan yang sering, tepat, dan aktif untuk anak selama dan setelah sakit.

Tujuan: Anak diberi makan secara aktif dan sering sesuai usia, makanan kaya nutrisi, selama dan setelah sakit, sementara sering menyusui terus meningkatkan asupan cairan dan nutrisi. Anak-anak dengan diare menerima terapi rehidrasi yang tepat dan suplemen seng lengkap sesuai pedoman nasional untuk pengobatan diare.

- h. Pemberian makan dan perawatan terapeutik yang tepat waktu dan berkualitas untuk semua anak dengan *wasting* parah.

Tujuan: Anak-anak dengan *wasting* parah diberikan makanan terapeutik dan perawatan pada waktu yang tepat untuk menghemat berat badan dan pemulihan imunologis. Hal ini memerlukan deteksi kasus dini sebelum komplikasi medis berkembang dan makanan terapeutik yang optimal dan protokol untuk perawatan berbasis fasilitas dan komunitas sesuai dengan rekomendasi WHO.

- i. Peningkatan asupan makanan dan gizi remaja putri khususnya untuk mencegah anemia.

Tujuan: Remaja putri bersekolah dan putus sekolah terlindungi dari kekurangan gizi dan anemia melalui konseling diet, suplementasi zat besi dan asam folat setiap minggu, profilaksis cacing dua kali setahun (berjarak enam bulan), akses ke makanan yang diperkaya dengan zat gizi mikro, dan dalam pengaturan rawan pangan makanan tambahan.

- j. Peningkatan asupan makanan dan gizi bagi wanita, termasuk selama kehamilan dan menyusui.

Tujuan: Wanita memiliki akses ke makanan yang cukup dalam kualitas dan kuantitas—terutama selama kehamilan dan menyusui termasuk akses ke dan konsumsi makanan yang diperkaya, beryodium (> 15 ppm) garam, suplemen zat besi dan asam folat dan makanan tambahan (dalam pengaturan rawan pangan) untuk meningkatkan kesejahteraan wanita dan hasil kehamilan dan menyusui.

UNICEF Asia Selatan mempromosikan strategi sensitif gizi lintas sektoral untuk mengurangi prevalensi pengerdilan anak, dengan penekanan khusus pada antarmuka antara Gizi Ibu dan Anak dan sejumlah sektor penting tertentu.¹⁹

a. Kesehatan, Kebersihan, dan Sanitasi dengan Program Perawatan Kesehatan Dasar

Fokus utamanya adalah untuk mendukung penyediaan layanan kesehatan esensial bagi anak-anak dan perempuan, dengan penekanan khusus pada peningkatan cakupan dan kualitas perawatan antenatal, penguatan layanan imunisasi, dan pencegahan dan pengobatan pneumonia, diare dan malaria. Dengan program Air, Kebersihan dan Sanitasi, fokus utamanya adalah mengurangi insiden dan keparahan infeksi pada anak-anak sambil mengendalikan enteropati lingkungan dan potensi dampak negatifnya pada pertumbuhan linier anak-anak. Hal ini meliputi upaya menjaga kecukupan pasokan air, baik dari segi kualitas maupun kuantitas, sarana sanitasi yang memadai (mendorong pendekatan berbasis masyarakat yang berupaya menghilangkan praktik buang air besar sembarangan), dan meningkatkan praktik higiene, khususnya cuci tangan dengan sabun, sabun di saat-saat kritis.

b. Pendidikan, Partisipasi, dan Perlindungan dengan Program Pengembangan Anak Usia Dini (PAUD)

Penekanan utamanya adalah untuk meningkatkan stimulasi dan pembelajaran dini (intervensi PAUD yang berfokus pada anak) dan pendidikan dan dukungan orang tua (intervensi PAUD yang berfokus pada pengasuh). Dengan program Pendidikan, penekanan utamanya adalah untuk meningkatkan partisipasi dan retensi anak perempuan di pendidikan dasar dan menengah sambil menggunakan sekolah sebagai platform penyampaian untuk intervensi gizi, termasuk tetapi tidak terbatas pada remaja perempuan. Dengan program Perlindungan dan Partisipasi, fokus utamanya adalah untuk mengurangi kejadian pernikahan anak dan kehamilan remaja sekaligus mendukung partisipasi remaja perempuan dan laki-laki dalam pengambilan keputusan yang mempengaruhi kehidupan mereka.

c. Ketahanan Pangan, Pengentasan Kemiskinan, dan Perlindungan Sosial dengan Pertanian dan Ketahanan Pangan

Fokus utamanya adalah memastikan bahwa mereka berkontribusi pada perbaikan pola makan terutama bagi ibu dan anak kecil melalui peningkatan ketersediaan dan aksesibilitas ke beragam makanan padat nutrisi yang berasal dari produksi, intervensi rantai nilai, atau pasar. Dengan program Pengentasan Kemiskinan dan Perlindungan Sosial, fokus utamanya adalah mengurangi kerentanan gizi dan mendukung mata pencaharian di kalangan masyarakat miskin dan secara sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. Laporan Indeks Khusus Penanganan Stunting 2020. Jakarta; 2020.
- BKKBN (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional) Provinsi Bengkulu. Stunting Dapat Menghambat Ekonomi Bangsa [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://bengkulu.bkkbn.go.id/?p=3694>
- Faculty of Economics and Business. Polemik Stunting dan Pembangunan [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://bit.ly/3N2CRIR>
- Kemenkes RI. *Buletin Stunting*. Kementerian Kesehatan RI. 2018;301(5):1163–78.
- Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi. Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa. Direktorat Jenderal Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat Desa. 2018;(November):1–38.
- Kementerian PPN/Bappenas. Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota. 2018;(November):1–51.
- Kusumawati A.H., Abriyani E., Apriani S.D., Sahevtiani S., Fadhillah K.N. Gerakan Pencegahan Stunting Melalui Pemberdayaan Masyarakat di Desa Duren, Kecamatan Klari. *Jurnal Buana Pengabdian*. 2021;3(1):30.
- Norsanti. Efektivitas Program Percepatan Penurunan Stunting di Kecamatan Batumandi Kabupaten Balangan (Studi Kasus pada Desa Mampari dan Desa Banua Hanyar). *Jurnal Administrasi Publik dan Pembangunan*. 2021;3(1):10.
- Pakpahan J.P. *Cegah Stunting dengan Pendekatan Keluarga*. Cetakan I. Yogyakarta: Gava Media; 2021.
- Rahmadhita K. Permasalahan Stunting dan Pencegahannya. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*. 2020;11(1):225–9.
- Renyonet B.S., Martianto D., Sukandar D. Potensi Kerugian Ekonomi Karena Stunting pada Balita di Indonesia Tahun 2013. *J. Gizi dan Pangan*. 2016;11(3):247–254.

- Sekretariat Wakil Presiden RI. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2024. Jakarta; 2019.
- Sulistyaningsih E., Dewanti P., Pralampita P.W. Pembentukan Model Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) dan Kader Siaga Stunting sebagai Upaya Pemberdayaan Masyarakat Desa Sukogidri Jember dalam Mengatasi Stunting. *Jurnal ABDINUS: Jurnal Pengabdian Nusantara*. 2021;5(2):344–51.
- The World Bank. Beban Ganda Malnutrisi bagi Indonesia [Internet]. 2015 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://bit.ly/3HyYX4s>
- TNP2K (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan) Sekretariat Wakil Presiden RI. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024. Jakarta; 2018.
- Unicef. Stop Stunting in South Asia: A Common Narrative on Maternal and Child Nutrition. *UNICEF South Asia Strategy 2014-2017*. Jagadamba Press: Nepal; 2015.
- WHO. Reducing Stunting in Children: equity considerations for achieving the Global Nutrition Targets 2025. 2018.
- Yadika A.D.N., Berawi K.N., Nasution S.H. Pengaruh Stunting terhadap Perkembangan Kognitif dan Prestasi Belajar. *J Majority*. 2019;8(2):273–82.
- Yuliani DA, Margiana W, Rofiqoch I. "Upaya Pemberdayaan Pangan Mewujudkan Generasi Sadar Gizi Bebas Stunting dengan Kegiatan 1000 HPK di Ranting Aisyiyah Tanjung Purwokerto Selatan". Seminar Nasional LPPM Universitas Muhammadiyah Purwokerto. 2018:59–63.

BAB III

INDIKATOR PERCEPATAN *STUNTING*

A. Pengertian Indikator

Indikator merupakan suatu ukuran yang dapat menunjukkan atau mengindikasikan keberhasilan suatu program dan datanya didapatkan melalui pencatatan dan pelaporan¹.

B. Indikator Percepatan *Stunting* di Indonesia

Terdapat 6 indikator kinerja penilaian standar pelayanan minimal atau SPM untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak yang wajib dilaksanakan yaitu: Cakupan Kunjungan ibu hamil K4. Kunjungan ibu hamil K4 adalah ibu hamil yang kontak dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC sesuai dengan standar 5T dengan frekuensi kunjungan minimal 4 kali selama hamil, dengan syarat trimester 1 minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali dan trimester III minimal 2 kali. Standar 5T yang dimaksud adalah:

- a. Pemeriksaan atau pengukuran tinggi dan berat badan
- b. Pemeriksaan atau pengukuran tekanan darah
- c. Pemeriksaan atau pengukuran tinggi fundus
- d. Pemberian imunisasi TT
- e. Pemberian tablet besi

1. Sumber data

- a. Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 diperoleh dari catatan register kohort ibu dan laporan PWS KIA.
- b. Perkiraan penduduk sasaran ibu hamil diperoleh dari Badan Pusat Statistik atau BPS kabupaten atau propinsi Jawa Barat.

2. Kegunaan

- a. Mengukur mutu pelayanan ibu hamil.

- b. Mengukur tingkat keberhasilan perlindungan ibu hamil melalui pelayanan standar dan paripurna. Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 Perkiraan penduduk.
- c. Mengukur kinerja petugas kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan ibu hamil.

C. Evaluasi Upaya Penurunan *Stunting* di Indonesia

Periode yang sangat kritis bagi pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh status gizi ibu pada saat pra hamil, kehamilan dan saat menyusui². Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) atau periode emas (*golden periode*) adalah periode yang dimulai sejak terjadinya konsepsi sampai anak berusia 2 tahun yang terdiri dari 270 hari selama kehamilan dan 730 hari kehidupan pertama sejak bayi dilahirkan. Salah satu program yang terdapat dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) dalam upaya mencegah *stunting* adalah intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan³.

Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang ditujukan langsung pada kelompok sasaran tertentu yaitu Balita, ibu hamil, remaja putri dan lainnya⁴. The Lancet seri Ibu dan Anak menyatakan bahwa intervensi gizi spesifik telah terbukti dapat mengurangi *stunting* sebesar sepertiga dari prevalensi di dunia yaitu intervensi melalui suplementasi dan fortifikasi, mendukung pemberian ASI eksklusif, penyuluhan tentang pola makan anak, pengobatan untuk kekurangan gizi akut dan pengobatan infeksi⁵.

Upaya penurunan *stunting* dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung. Selain mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan, keterlibatan pemerintah dan lintas sektor, serta kapasitas untuk melaksanakan. Penurunan *stunting* memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung⁶.

Pemerintah kabupaten/kota diberikan kesempatan untuk berinovasi untuk menambahkan kegiatan intervensi efektif lainnya berdasarkan

pengalaman dan praktik baik yang telah dilaksanakan di masing-masing kabupaten/kota dengan fokus pada penurunan *stunting*⁶.

Target indikator utama dalam intervensi penurunan *stunting* terintegrasi adalah:

- 1) Prevalensi *stunting* pada anak Baduta dan Balita.
- 2) Persentase bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).
- 3) Prevalensi kekurangan gizi (*underweight*) pada anak Balita.
- 4) Prevalensi *wasting* (kurus) anak Balita.
- 5) Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif.
- 6) Prevalensi anemia pada ibu hamil dan remaja putri.
- 7) Prevalensi kecacingan pada anak Balita.
- 8) Prevalensi diare pada anak Baduta dan Balita.

Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya *stunting* seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan⁶.

- 1) Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik:
 - a. Intervensi prioritas, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas.
 - b. Intervensi pendukung, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait *stunting* dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
 - c. Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengankondisi tertentu, termasuk untuk kondisi darurat bencana (program gizi darurat).

Intervensi gizi sensitif mencakup: (a) Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi; (b) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan; (c) Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; serta (d) Peningkatan akses pangan bergizi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar Kementerian Kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat dan dilakukan melalui berbagai program dan kegiatan⁶.

Pelaksanaan Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan Holistik, Integratif, Tematik, dan Spasial (HITS). Upaya penurunan *stunting* akan lebih efektif apabila intervensi gizi spesifik dan sensitif dilakukan secara terintegrasi atau terpadu. Beberapa penelitian baik dari dalam maupun luar negeri telah menunjukkan bahwa keberhasilan pendekatan terintegrasi yang dilakukan pada sasaran prioritas di lokasi fokus untuk mencegah dan menurunkan *stunting*. Oleh karenanya, pelaksanaan intervensi akan difokuskan pada area kabupaten/kota dan/atau desa tertentu. Pada tahun 2017, delapan kabupaten/kota dijadikan sebagai lokasi percontohan. Selanjutnya, pada tahun 2018, sebanyak 100 kabupaten/kota dan 1.000 desa dijadikan area fokus pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi. Pada tahun 2019, intervensi penurunan *stunting* terintegrasi direncanakan untuk dilaksanakan di 160 kabupaten/kota dan pada tahun 2020-2024 akan diperluas secara bertahap sampai mencakup seluruh kabupaten/kota. Penetapan lokasi ini akan dilakukan secara tahunan sesuai dengan yang ditetapkan dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP)⁶.

Komitmen untuk percepatan perbaikan gizi diwujudkan dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang mengintegrasikan pelayanan kesehatan, terutama kesehatan ibu, anak dan pengendalian penyakit dengan pendekatan berbagai program dan kegiatan yang dilakukan lintas sektor. Implementasi perbaikan gizi juga dituangkan ke dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2015-2019⁶.

Penyusunan dan implementasi rencana aksi pangan dan gizi dalam bentuk Rencana Aksi Pangan dan Gizi Daerah (RAD-PG) sedang berlangsung di provinsi dan kabupaten/kota. Sebagai panduan dalam mengintegrasikan pembangunan pangan dan gizi, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 83 tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi yang selanjutnya diikuti penetapan Peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas Nomor 1 Tahun 2018 tentang Pedoman Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi yang menetapkan RAN-PG, Pedoman Penyusunan RAD-PG, dan Pedoman Pemantauan dan Evaluasi RAN/RAD-PG.

Selain itu, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB). Upaya percepatan perbaikan gizi merupakan bagian dari TPB tujuan dua yaitu mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan nutrisi yang lebih baik dan mendukung pertanian berkelanjutan. *Stunting* telah ditetapkan sebagai prioritas nasional dalam dokumen perencanaan dan TPB⁶. Adapun strategi percepatan perbaikan gizi dalam dokumen perencanaan RPJMN 2015-2019 adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan surveilans gizi termasuk pemantauan pertumbuhan.
2. Peningkatan akses dan mutu paket pelayanan kesehatan dan gizi dengan fokus utama pada 1.000 hari pertama kehidupan (ibu hamil hingga anak usia 2 tahun), Balita, remaja, dan calon pengantin.
3. Peningkatan promosi perilaku masyarakat tentang kesehatan, gizi, sanitasi, higiene, dan pengasuhan.
4. Peningkatan peran masyarakat dalam perbaikan gizi termasuk melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat/UKBM (Posyandu dan Pos PAUD).
5. Penguatan pelaksanaan, dan pengawasan regulasi dan standar gizi.
6. Pengembangan fortifikasi pangan.
7. Penguatan peran lintas sektor dalam rangka intervensi sensitif dan spesifik yang didukung oleh peningkatan kapasitas pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan rencana aksi pangan dan gizi.

Sasaran pokok dan arah kebijakan RPJMN 2015-2019 tersebut di atas selanjutnya telah diterjemahkan ke dalam perencanaan dan penganggaran tahunan (Rencana Kerja Pemerintah/RKP) di mana percepatan perbaikan gizimasyarakat telah menjadi agenda prioritas dalam mulai RKP tahun 2015, 2016, 2017, dan 2018. Pada RKP 2018, pembangunan kesehatan difokuskan pada tiga program prioritas mencakup: (a) peningkatan kesehatan ibu dan anak; (b) pencegahan dan pengendalian penyakit; dan (c) penguatan promotif dan preventif “Gerakan Masyarakat Hidup Sehat”. Perbaikan kualitas gizi ibu dan anak menjadi salah satu kegiatan prioritas pada program prioritas peningkatan kesehatan ibu dan anak yang dilaksanakan secara lintas sektor. Sedangkan pada RKP 2019, program prioritas peningkatan pelayanan kesehatan dan gizi

masyarakat difokuskan pada lima kegiatan prioritas mencakup: (a) peningkatan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana, dan kesehatan reproduksi; (b) percepatan penurunan *stunting*; (c) penguatan gerakan masyarakat hidup sehat dan pengendalian penyakit; (d) peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, dan (e) peningkatan efektivitas pengawasan obat dan makanan⁶.

Selain peraturan dan kebijakan di atas, pemerintah pusat juga telah menyusun Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*. Periode 2018-2024 (Stranas *Stunting*). Tujuan umum Stranas *Stunting* adalah mempercepat pencegahan *stunting* dalam kerangka kebijakan dan institusi yang ada⁶. Tujuan tersebut akan dicapai melalui lima tujuan khusus sebagai berikut:

- a. Memastikan pencegahan *stunting* menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan.
- b. Meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat untuk mencegah *stunting*.
- c. Memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa.
- d. Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan.
- e. Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran.

Strategi Nasional menggunakan pendekatan Lima Pilar Pencegahan *Stunting*, yaitu: 1) Komitmen dan visi kepemimpinan; 2) Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku; 3) Konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa; 4) Gizi dan ketahanan pangan; dan 5) Pemantauan dan evaluasi, menetapkan Kementerian/Lembaga penanggung jawab upaya percepatan pencegahan *stunting*, menetapkan wilayah prioritas dan strategi percepatan pencegahan *stunting*, dan menyiapkan strategi kampanye nasional *stunting*⁶.

BAB IV

EARLY WARNING PENCEGAHAN DAN PENANGANAN *STUNTING* (P2-STUNT) BERBASIS *COMMUNITY OUTREACH APPROACH*

A. Pengertian *Early Warning* Pencegahan dan Penanganan *Stunting* (P2-Stunt) Berbasis *Community Outreach Approach*

Metode *Early Warning* Pencegahan dan Penanganan *Stunting* (P2-Stunt) berbasis *Community Outreach Approach* merupakan suatu upaya pendekatan adaptif di masa pandemi dalam penelusuran penyebab *stunting*, kemudian dilakukan upaya untuk melakukan pencegahan secara dini, dengan memutuskan atau mengurangi penyebab *stunting*. Adapun metode *early warning* dalam penanganan *stunting* merupakan suatu upaya terstruktur dalam mengidentifikasi prioritas penyebab *stunting* untuk kemudian diidentifikasi upaya Langkah segera untuk prioritas dalam mengatasi kejadian *stunting* yang terdeteksi.

Metode *Early warning P2-Stunt* juga diharapkan dapat meningkatkan efisiensi penganggaran kesehatan di tingkat Puskesmas dengan meminimalisir sumber daya yang digunakan. Metode ini diharapkan menjadi sebuah upaya dini yang komprehensif dan berkelanjutan terhadap suatu pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak sebagai upaya pencegahan *stunting*, khususnya pada wilayah yang memiliki akses terbatas. Kelengkapan yang dimaksud dalam hal ini adalah mencakup upaya mengevaluasi seluruh objek yang berkaitan dengan masalah kesehatan fisik, mental, dan perilaku pengguna layanan.

Pendekatan jangkauan ke masyarakat (*community outreach approach*) merupakan konsep adaptif untuk mengatasi rendahnya keaktifan target sasaran (masyarakat) untuk terlibat dalam upaya pencegahan *stunting*. Upaya yang dilakukan berupa menggali dan menggalang potensi yang ada baik dari masyarakat maupun dari pihak swasta dan pemerintah sendiri untuk secara sinergis melakukan upaya

optimal dalam pencegahan *stunting* dengan Menyusun program adaptif di masyarakat yang dapat mengembalikan keaktifan dan efektivitas program yang ada. Model pendekatan ini perlu dilakukan pada penanganan *stunting* yang mana masalah *stunting* harus dilihat dari seluruh aspek, yaitu pada kesehatan mental Ibu dan Anak, kesehatan perilaku, dan pengobatan medis. Model pendekatan ini digunakan dengan melihat kondisi di lapangan, terjadinya penurunan *Antenatal Care* (ANC) maupun kunjungan pelayanan KIA lainnya secara signifikan pada hampir seluruh fasilitas kesehatan. Rendahnya kunjungan ini, diakibatkan oleh kekhawatiran ibu maupun keluarga untuk berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu masalah yang menjadi fokus perhatian bersama khususnya pemerintah. Perlu upaya aktif untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan seluruh potensi yang ada di masyarakat.

B. Contoh Aplikasi *Early Warning*

1. SI JAKS (Sistem Informasi Jaringan Keluarga Tanpa *Stunting*) merupakan upaya menurunkan angka *stunting* dengan menggunakan sistem informasi dan pelaporan elektronik yang terpadu sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa yang diimplementasikan pada Masyarakat Kelurahan Siwalankerto Kecamatan Wonocolo Surabaya. Aplikasi SI JAKS sangat relevan dengan anjuran pemerintah untuk *physical distancing* dan mengonversi aktivitas tatap muka menjadi daring (*online*) di masa pandemi COVID-19 (*Corona Virus Disease*) di tahun 2020 ((Marlinah, 2018) (Fitri, L. (2018)).

Adapun uraian untuk aplikasi SI JAKS sebagai berikut:

a. Tahap Pembuatan Aplikasi

1) *Breakdown* Konsep Program

- a) Masukan: Jenis kelamin, nama anak, usia, nama orang tua, alamat, tinggi anak, berat badan anak.
- b) Proses: Membandingkan data usia, tinggi, dan berat dengan data parameter yang sudah ditetapkan pada sistem.
- c) Keluaran: Menghasilkan keluaran status *stunting* dan berat badan lebih, kurang, atau normal.

2) *Pembuatan Kode Program*

Tahap ini adalah mengonversi konsep menjadi kode-kode program yang dilakukan oleh *programmer*.

Alat yang dibutuhkan:

- a. Editor: Notepad++
- b. Server *Localhost*: XAMPP
- c. *Backend*: PHP 7
- d. *Frontend*: Bootstrap
- e. *Database*: MYSQL
- f. SDK: Android studio

3) *Tes Program di Localhost*

Sebelum di-*upload* ke *hosting online*, sebelumnya program harus melewati tes di *localhost*. Ini untuk memastikan program berjalan dengan baik sesuai konsep. Jika ada *error* atau keliru perhitungan akan diperbaiki di tahap ini. Akses program melalui *browser* misalnya Google Chrome. <http://localhost/sijaks>. Kita memakai program layaknya seorang pengguna awam. Tes semua bagian dari mulai masukan dan navigasi sampai keluar hasilnya apakah sesuai yang diharapkan.

4) *Upload ke Hosting*

Dalam tahap ini diperlukan *hosting* dan nama domain untuk *upload* kode-kode program. Sehingga bisa di akses secara *online*. Beli *hosting* dan nama domain di *provider hosting* dengan biaya langganan tahunan/bulanan. Setelah mendapatkan *hosting* dan nama domain, kode program siap di-*upload* ke internet.

5) *Konversi ke Aplikasi Android*

Tahap ini kita membuat *webview* android menggunakan android studio agar bisa menghasilkan aplikasi android.

6) *Compile menjadi apk dan upload ke Play Store*. Di dalam tahap ini kita harus mempunyai akun developer Play Store untuk *upload* apk. Persiapkan gambar aplikasi, logo, dan penjelasan singkat. Setelah semuanya siap, *upload* apk dan tunggu beberapa hari. Pihak Google akan memeriksa aplikasi

yang di-*upload*. Jika mengandung sesuatu yang tidak baik bagi pengguna, aplikasi tidak akan di-*publish*. Jika disetujui oleh Google, aplikasi akan tampil di Play Store. Berikut adalah wujud aplikasi dari awal pembuatan sampai dengan aplikasi siap digunakan.



Gambar1. Proses pembuatan aplikasi dari tahap awal sampe dengan tahap akhir

2. Aplikasi e-PPGM (*electronic*-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat)

Aplikasi e-PPGM (*electronic*-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) merupakan suatu teknologi yang diterapkan berupa sistem pencatatan dan pelaporan berbasis masyarakat dengan teknologi elektronik yaitu aplikasi e-PPGBM (*electronic*-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat). Penerapan aplikasi ini dikarenakan karena data status gizi masyarakat menjadi kebutuhan data di daerah atau wilayah tertentu untuk mengetahui besar masalah gizi yang ada sebagai dasar perencanaan kegiatan, evaluasi kinerja dan intervensi yang akan dilakukan oleh pemangku kepentingan.

Electronic-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (ePPGBM) disosialisasikan di pertengahan tahun 2018 yang berfungsi sebagai alat pencatatan dan pelaporan gizi berbasis teknologi untuk membantu kader dan pengurus posyandu untuk dapat mengetahui kondisi dan status ibu dan anak di daerah yang merupakan tanggung jawabnya. E-PPGBM merupakan aplikasi berbasis teknologi yang harus dipelajari oleh setiap kader dan pengurus. Sebagai perpanjangan tangan pemerintah untuk membangun kesehatan masyarakat, mau tidak mau posyandu perlu mengaplikasikan EPPGBM dalam melakukan pencatatan dan pelaporan sehingga data terintegrasi di seluruh Indonesia.

BAB V

CONTOH KAJIAN RISET *STUNTING*

A. Kabupaten Enrekang

Stunting merupakan masalah kesehatan masyarakat yang mana Balita *stunting* lebih berisiko mengalami PTM di usia dewasa dan mempengaruhi kemampuan kognitif dan perkembangan pada saat Balita¹⁷. *Stunting* dipengaruhi oleh kekurangan asupan zat gizi makro dan mikro dalam jangka waktu yang lama, selain itu dipengaruhi oleh faktor lingkungan, sosial ekonomi dan *intrauterine growth retardation* (IUGR)¹⁸.

Contoh kasus permasalahan *stunting* di wilayah perkotaan Studi kasus yang dilakukan oleh Thamrin dkk.⁽¹¹⁾ yang mengeksplorasi secara mendalam mengenai spesifikasi fenomena *stunting* yang dialami oleh keluarga dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) di Kabupaten Bone dan Enrekang. Hasil penelitian tersebut terdiri atas determinan disrupsi modal sosial keluarga, disrupsi modal sosial keluarga sebagai mediasi sosial kejadian *stunting*, serta eksplorasi modal sosial afirmatif.

1. Determinan Disrupsi Modal Sosial Keluarga

Berdasarkan kasus-kasus penelitian ditemukan fakta-fakta yang menyebabkan disrupsi modal sosial, di antaranya:

- a) Keluarga 1000 HPK umumnya terdiri dari orang tua yang bekerja secara aktif di sektor-sektor ekonomi, sehingga perhatian terhadap kehamilan dan perawatan anak relatif kurang.
- b) Ada kecenderungan keluarga 1000 HPK menyerahkan perawatan Baduta dan Balita kepada pembantu rumah tangga.
- c) Para keluarga 1000 HPK lebih mementingkan aspek ekonomi dibandingkan dengan pembinaan aspek kehidupan lainnya.
- d) Bagi beberapa keluarga 1000 HPK, pertumbuhan fisik Baduta dianggap lebih sehat sehingga terjebak dengan perilaku konsumsi makanan industri.

- e) Pengetahuan dan pemahaman ibu-ibu dalam perawatan kehamilan, persalinan yang aman, dan ASI eksklusif relatif kurang berimplikasi terhadap respons ibu yang dalam banyak kasus berakibat pada kelahiran anak dengan status *stunting*.
- f) Umumnya keluarga 1000 HPK masih menggunakan praktik-praktik perawatan kehamilan dan anak yang mencerminkan pemahaman tradisi atau kultural seperti membiarkan anak berinteraksi dengan alam sebebas-bebasnya agar struktur fisik anak menjadi lebih kuat, makan makanan tertentu saat hamil, minum air putih yang sudah mendapatkan mantra sebelum menjalani proses kelahiran, Balita diasapi disertai dengan mantra pertumbuhan, dan larangan atau pantangan bagi anak yang berbau supranatural.
- g) Anggota keluarga sangat sibuk dengan penggunaan HP sehingga interaksi sosial langsung hampir tidak dilakukan lagi.
- h) Kehidupan keluarga 1000 HPK memperlihatkan adanya perubahan gaya hidup ke arah yang lebih hedonis diakibatkan oleh indoktrinasi gaya hidup dari media teknologi.

2. Disrupsi Modal Sosial Keluarga sebagai Mediasi Sosial Kejadian *Stunting*

Terdapat beberapa fakta temuan mengenai keterkaitan disrupsi sosial dengan *stunting*:

- a) Peranan lingkungan ketetangaan dalam perawatan ibu hamil sudah hilang, sehingga keluarga yang mengalami kehamilan berjuang secara mandiri. Dalam banyak kasus, perjuangan mandiri ibu-ibu berakibat melahirkan anak dengan kondisi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sebagai faktor risiko *stunting*.
- b) Kalangan suami menganggap kehamilan, persalinan, dan pemeliharaan anak adalah tanggungjawab ibu rumah tangga.
- c) Partisipasi pemerintah desa dalam menyiapkan fasilitas kemudahan bagi keluarga 1000 HPK relatif masih rendah. Umumnya pemerintah desa lebih mengutamakan program pembangunan fisik dibandingkan dengan program pengentasan *stunting*.
- d) Kekerabatan keluarga yang dahulu menjadi sumber kekuatan dalam mengatasi masalah bersama mengalami kemunduran, sehingga di

antara keluarga dalam satu klan tidak lagi saling memperhatikan dan saling membantu.

- e) Nilai-nilai lokal yang mengandung kebaikan bersama, bukan lagi menjadi inspirasi bagi keluarga dalam menjalani praktik kehidupan sehari-hari sebagai akibat penyerapan nilai-nilai modernitas yang sangat cepat.
- f) Kepercayaan sebagai nilai utama bangunan keluarga dalam proses interaksi sosial mengalami degradasi menyusul berkembangnya sikap individualis di antara para anggota keluarga 1000 HPK.

3. Eksplorasi Modal Sosial Afirmatif

Temuan penelitian yang menggambarkan pemanfaatan modal sosial afirmatif, sebagai berikut:

- a) Modal sosial afirmatif dikategorisasikan dalam bentuk jaringan, kepercayaan, dan norma. Pemanfaatan jaringan sosial di desa potensial dilakukan dalam bentuk pelibatan *stakeholders* dalam menangani *stunting*. Bentuk pelibatan *stakeholders* dilakukan secara terorganisir dengan membentuk forum *stakeholders*.
- b) Memupuk rasa kepercayaan antar warga yang ditujukan untuk penanganan *stunting* dilakukan melalui upaya peningkatan kesadaran bersama tentang pentingnya *stunting* bagi masa depan anak dan masa depan pembangunan SDM suatu bangsa. Upaya ini harus dimotori oleh para tokoh masyarakat di desa melalui keteladanan yang dapat ditiru secara sosial oleh seluruh warga desa.
- c) Pelembagaan pencegahan *stunting* bagi anak menjadi norma baru ditempuh melalui konsensus bersama di antara organisasi sosial masyarakat desa dengan pemerintahan desa yang dilegitimasi oleh pemerintah kabupaten/kota. Penggerakan kategori modal sosial afirmatif ini diinternalisasikan melalui program pemberdayaan masyarakat yang bertujuan untuk memampukan setiap keluarga 1000 HPK melakukan praktik yang sesuai kaidah kesehatan.

Kesimpulannya, determinan terjadinya disrupsi modal sosial bagi keluarga 1000 HPK adalah disorientasi keluarga dalam pembinaan anggota keluarga, maraknya penggunaan teknologi yang mengakibatkan semakin renggangnya jarak sosial di antara anggota keluarga, kepercayaan terhadap

mitos-mitos pemeliharaan kehamilan dan anak, dan berkembangnya perilaku pragmatis keluarga dalam pemenuhan kebutuhan hidup. Disrupsi modal sosial keluarga 1000 HPK memberikan implikasi kesehatan-sosial bagi anak yang dilahirkan dalam keadaan *stunting*. Pemberdayaan keluarga 1000 HPK melalui pendampingan keluarga dan advokasi berjenjang pelayanan publik yang ada di desa dapat mengafirmasi modal sosial sebagai sarana pencegahan dan penanggulangan *stunting* bagi anak.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Ibrahim dkk.⁽¹²⁾ pada Balita usia 12-36 bulan di wilayah pegunungan Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa jumlah anggota keluarga tidak termasuk faktor risiko terjadinya *stunting*. Meskipun sebagian besar masyarakat termasuk dalam jumlah anggota keluarga besar dan membutuhkan pengeluaran ekonomi yang besar atau bersaing dengan anggota keluarga lainnya untuk mendapatkan status gizi baik. Namun, masyarakat menyadari bahwa kebutuhan pangan untuk hidup sangat penting sehingga masyarakat memanfaatkan lahan atau pekarangan untuk bercocok tanam dan bahkan seluruh masyarakat di Desa Bontongan mengkonsumsi hasil tanaman sendiri untuk kehidupan sehari-hari dan pemberian makanan dalam keluarga tercukupi.

Berdasarkan tinggi badan orang tua, terdapat hubungan antara tinggi badan orang tua dengan kejadian *stunting* pada anak Balita. Berdasarkan hasil wawancara, hampir semua anak Balita mendapatkan pemberian makanan yang baik sehingga menerima asupan yang dibutuhkan. Frekuensi makan anak Balita sebanyak tiga kali sehari dengan menghabiskan makanannya, ibu juga kadang-kadang memberikan makanan pada anak Balita sesuai dengan kesukaan dan kandungan gizi dan memberikan makanan yang diselang-seling dengan pangan hewani serta mengolah makanan yang masih segar dan berkualitas baik untuk anak Balita dan memberikan makanan/minuman selingan kepada anak seperti susu atau ketika anak meminta untuk minum susu. Selain itu, orang tua juga mampu menyediakan kecukupan makanan tingkat rumah tangga seperti sayuran dan beras serta lauk-pauk.

Berdasarkan karakteristik anak Balita, tidak terdapat hubungan antara jenis kelamin, panjang badan lahir dan berat badan lahir dengan status gizi *stunting* pada anak Balita usia 12-36 bulan. Hal ini disebabkan

perlakuan dari orang tua antara anak Balita yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan adalah sama yaitu sama-sama menerima pemberian makanan yang baik. Selain itu, dalam penelitian tersebut, anak Balita dengan panjang badan lahir normal cenderung memiliki status gizi *stunting*. Seiring dengan pertumbuhannya, anak-anak mengalami penyimpangan (tidak mengikuti baku WHO) yang jika dilihat dari tabel pertumbuhan mulai nampak perbedaan dengan panjang badan lahir pada usia 12 bulan dan terlihat bahwa setelah usia 12 bulan pertambahan panjang anak Balita semakin tidak mampu mengejar ketertinggalan dan menjauhi garis median pertambahan panjang badan menurut umur mendekati garis -2SD dan tidak terlihat lagi perbaikan yang signifikan sampai sekarang.

Berdasarkan pemberian ASI Eksklusif menunjukkan tidak ada hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan status gizi *stunting* pada anak Balita usia 12-36 bulan. Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa rata-rata anak Balita langsung disusui pada saat melahirkan baik anak Balita yang ASI Eksklusif maupun tidak ASI Eksklusif sehingga anak Balita masih mendapatkan ASI yang berwarna kekuning-kuningan atau kolostrum.

Berdasarkan pemberian ASI dua tahun, menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pada pemberian ASI sampai dua tahun dengan status gizi *stunting* pada anak Balita usia 12-36 bulan. Rata-rata anak Balita telah menerima MP-ASI dengan baik di mana saat usia 4-6 bulan jenis atau tekstur makanan yang diberikan adalah bubur sumsum, nasi tim saring atau pisang yang dikerok yang termasuk makanan lunak serta dibantu dengan susu formula, pada usia 7-12 bulan sudah menerima makanan lunak seperti bubur nasi dan bubur kacang ijo, setelah 12-36 bulan makanan yang diberikan berupa makanan lunak dan padat misalnya sudah bisa diberikan nasi/makanan orang dewasa walaupun masih dalam jumlah sedikit sehingga anak Balita yang tidak mendapat ASI sampai dua tahun tetap berstatus gizi normal. Adapun anak Balita yang diberi ASI sampai dua tahun dengan status gizi *stunting*, selain karena faktor genetik, juga dipengaruhi tidak tercapainya ASI Eksklusif pada anak Balita tersebut. Meskipun, sebagian anak Balita mendapatkan ASI sampai dua tahun namun tidak diketahui jumlah porsi ASI yang dikonsumsi dalam setiap

hari oleh anak Balita dikarenakan orang tua Balita pada saat bekerja harus meninggalkan anaknya di rumah sehingga tidak memenuhi jumlah konsumsi ASI yang seharusnya, misalnya ibu yang bekerja dari pagi hingga sore hari.

Berdasarkan praktik pemberian makan menunjukkan tidak ada hubungan antara praktik pemberian makan dengan status gizi *stunting* pada anak Balita usia 12-36 bulan, Dalam penelitian tersebut, frekuensi praktik pemberian makan pada anak Balita hampir seluruhnya berada pada kategori baik yaitu sebesar 97.8% atau sebanyak 78 dan sisanya 2.5% atau 2 anak Balita dengan praktik pemberian makan kurang baik yang berarti bahwa praktik pemberian makan pada anak Balita *stunting* dan normal adalah sama.

Berdasarkan status imunisasi menunjukkan tidak ada hubungan antara status imunisasi dengan status gizi *stunting* pada anak Balita usia 12-36 bulan. Hanya saja, memiliki 3.125 kali risiko *stunting* pada anak Balita di wilayah pegunungan Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang. Dalam penelitian tersebut, masyarakat memiliki kesadaran akan imunisasi lengkap terhadap anak Balita sehingga hampir seluruh anak Balita mendapatkan imunisasi lengkap. Walaupun demikian, didapatkan anak Balita dengan kejadian *stunting*. Ini dikarenakan oleh faktor lain seperti genetik, sebagian tidak mendapatkan ASI Eksklusif serta beberapa pula belum mendapat ASI sampai dua tahun. Adapun yang tidak mendapatkan imunisasi yang lengkap disebabkan oleh tempat tinggal dan tempat posyandu yang berbeda, sehingga saat posyandu bertepatan dengan pemberian imunisasi anak Balita tersebut tidak bisa hadir.

Peneliti menyarankan agar masyarakat khususnya di wilayah pegunungan Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang lebih memperhatikan kondisi status gizi pada anak Balita terutama status gizi *stunting* yang masih kurang mendapat perhatian, serta kepada petugas kesehatan di wilayah tersebut agar terus memberikan informasi-informasi tentang dampak yang diakibatkan status gizi *stunting* serta bagaimana cara pencegahannya.

Adapun contoh upaya inovasi yang dilakukan oleh pemerintah Kabupaten Enrekang sebagai berikut:

a. GEMPITA (Gerakan Masyarakat Peduli *Stunting*)

Gerakan ini adalah suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen keluarga, desa/kelurahan, kecamatan, OPD terkait dengan kesadaran, kemauan, dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup guna mendapatkan informasi, pencegahan, penanggulangan, dan mendapatkan akses pelayanan terkait *stunting*.

Kegiatan pengembangan dalam program ini yaitu:

- 1) Sosialisasi
- 2) Promkes dan pemberdayaan masyarakat
- 3) Bimbingan calon pengantin tentang kesehatan reproduksi dan kesehatan keluarga
- 4) Survei kecacingan anak pra-sekolah dan anak sekolah
- 5) Peningkatan sanitasi total berbasis masyarakat peningkatan kompetensi nakes dan kader
- 6) Mengoptimalkan rumah pelayanan kesehatan masyarakat dusun
- 7) Kunjungan rumah sehatkan keluarga.

b. KOMUNITAS IBU CERDAS (Cekatan, Empati, Religius, Disiplin, Antusias, dan Sadar Gizi) CEGAH *STUNTING*

Jenis kegiatan yang dilakukan dalam program ini yaitu:

- 1) Edukasi komunitas ibu CERDAS
- 2) Pendampingan ibu baduta dan ibu balita *underweight* dalam pemberian makan anak
- 3) Pemanfaatan CTPS
- 4) Pendampingan PMT berbasis lokal yaitu dengan membuat berbagai macam jenis kue seperti pudding susu kelor, donat labu, dan kue lumpursawi.

c. MADU MANIS DESA LEBAN (Masyarakat Terpadu Cegah *Stunting*)

Kegiatan dalam program ini yaitu:

- 1) Pemberian contoh makanan yang bergizi seimbang (menu 4 bintang/beragam, bergizi, seimbang, dan aman (B2SA))
- 2) Penyuluhan cara penanggulangan *stunting* dari dinas terkait

- 3) Pembagian buku *Pencegahan Stunting di Masa 1000 HPK*
- 4) Sosialisasi cara pengolahan menu yang bergizi, berbahan dasar pangan lokal kepada ibu-ibu balita dan kader Posyandu
- 5) Kunjungan rumah oleh kader dan bidan desa untuk memantau perubahan perilaku setelah kegiatan di Posko MADU MANIS

d. POS PEDULI GIZI

Tujuan adanya pos gizi ini yaitu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orang tua, pengasuh. Program ini diterapkan agar mampu:

- 1) Memulihkan anak-anak kurang gizi
- 2) Memungkinkan keluarga-keluarga dapat mempertahankan status gizi anak di rumah masing-masing secara mandiri
- 3) Mencegah kekurangan gizi pada anak-anak yang akan lahir

Jenis kegiatan dalam program ini yaitu:

- 1) Pemberian MP-ASI yang baik dan tepat
- 2) Teknik pengolahan dan pemberian MP-ASI
- 3) Pemilihan makanan yang bergizi, beragam, seimbang, dan aman.
- 4) Pemantauan pertumbuhan
- 5) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

B. Kabupaten Bone

Terdapat sebesar 34,1 % jumlah kasus *stunting* di Kabupaten Bone tahun 2021 (menurut SSBGI) dan 6,17 (menurut Dinkes Kab. Bone berdasarkan dari penimbangan balita di posyandu). Adapun ruang lingkup kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Bone yaitu Sebanyak 328 Desa, 44 Kelurahan, 27 Kecamatan, dan 38 Puskesmas.

Penelitian lain dilakukan oleh Muslimin dkk. ⁽¹³⁾ mengenai pengetahuan ibu Balita dalam pengendalian *stunting* di Sulawesi Selatan. Berdasarkan data Riskesdas Tahun 2018, kecenderungan prevalensi Balita pendek (*stunting*) di Provinsi Sulawesi Selatan mengalami peningkatan dari tahun 2007 (29,1%) meningkat tahun 2010 (36,8%) dan kembali mengalami peningkatan di tahun 2013 menjadi 40,9% dan masih dipakai untuk menilai prevalensi Balita *stunting* pada tahun 2014 dan belum mencapai target yang ditetapkan (34,5%). Angka ini juga menunjukkan

bahwa posisi Sulawesi Selatan di tahun 2014 masih belum mencapai target MDGs yaitu 32%.

Namun hasil PSG di Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2015 menunjukkan Prevalensi Balita *Stunting* mengalami penurunan yang cukup berarti yaitu sebesar 34,1%. Berdasarkan hasil riset kesehatan penderita *stunting* Indonesia untuk, sementara untuk Balita 30,1%. Indikator status gizi ini berdasarkan indeks TB/U memberikan informasi mengenai indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama. Seperti kemiskinan, yang akan secara langsung dihubungkan dengan kesulitan material. Perilaku hidup tidak sehat, dan pola asuh/pemberian makan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek Menurut WHO batas maksimal *stunting* bayi adalah 20%. Artinya *stunting* Balita di Indonesia saat ini masih di atas batas toleransi yang ditetapkan oleh WHO.

Provinsi Sulawesi Selatan merupakan salah satu daerah di Indonesia yang masih menghadapi permasalahan kemiskinan. Meski menjadi salah satu provinsi yang mempunyai tingkat pertumbuhan ekonomi cukup baik, angka kemiskinan di Provinsi Sulawesi Selatan masih terbilang cukup tinggi. Berdasarkan data resmi yang dirilis oleh BPS hingga akhir Desember 2014, penduduk dengan keadaan miskin di Provinsi Sulawesi Selatan mencapai 806.350 jiwa. Angka ini setara dengan 9,54 persen dari total penduduk yang bermukim di Provinsi Sulawesi Selatan.

Kesimpulannya, risiko terjadinya *stunting* di Sulawesi Selatan secara konsisten adalah status sosial ekonomi atau hal yang terkait dengan kemiskinan keluarga. Selain itu dipengaruhi pula terhadap pola asuh dalam keluarga berupa kebiasaan pengasuhan pemberian kasih sayang, kepedulian terhadap kebersihan anak, interaksi psikologis anak, sedangkan pola makan dengan kebiasaan pemberian makan, kebiasaan kebersihan di lingkungannya maupun untuk diri ibu Balita tentu akan mempengaruhi akan pengasuhan kepada anaknya baik pada lingkungan keluarga maupun dan kebiasaan mendapatkan pelayanan kesehatan di posyandu maupun layanan kesehatan lainnya yang erat kaitannya dengan kejadian *stunting* Balita.

Permasalahan gizi Balita yang *stunting* tidak mutlak juga terjadi pada keluarga kurang mampu/miskin tetapi lebih disebabkan oleh peranan

pola asuh yaitu kebiasaan pemberian makan, kebiasaan pengasuhan, kebiasaan kebersihan. Perbaikan permasalahan gizi dengan pemberdayaan masyarakat dengan pendekatan upaya peningkatan pengetahuan masyarakat melalui upaya-upaya preventif dan promotif dengan mengubah kebiasaan-kebiasaan keluarga yang kurang baik dan mengambil manfaat secara positif yang dilakukan ibu Balita dalam rangka meningkatkan status gizi Balita.

Peneliti menyarankan beberapa hal terkait penanganan dan pencegahan *stunting*, di antaranya:

- 1) Penanganan *stunting* diperlukan intervensi yang tepat dalam penanganannya seperti peningkatan penyuluhan, konseling dan pembelajaran kepada masyarakat di mana diharapkan kepada petugas/penyuluh dapat meningkatkan pembinaan kader posyandu dalam hal praktik higiene perorangan dan praktik kasih sayang dan melakukan upaya *monitoring* terhadap pertumbuhan Balita sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya *stunting* pada Balita.
- 2) Peningkatan kapasitas masyarakat melalui kegiatan yang dapat memberikan pengetahuan tentang pemberian makanan dan pengelolaan makanan yang baik terhadap pertumbuhan dan perkembangan Balita.
- 3) Perlunya pendampingan atau konseling terhadap peran serta masyarakat dalam program kesehatan yang berkaitan lingkungan sehingga memungkinkan terciptanya kondisi sanitasi lingkungan yang baik dan terhindar dari ancaman penyakit infeksi yang bersumber dari lingkungan.

Penelitian lain dilakukan oleh Citrakesumasari dkk.⁽¹⁴⁾ mengenai pencegahan *stunting* melalui pemberdayaan kader PKK di Kecamatan Barebbo di Kabupaten Bone. Prevalensi *stunting* di Kabupaten Bone di Tahun 2013 adalah 43,65% dengan jumlah 27.700 jiwa. Tingkat kemiskinan di Kabupaten Bone di tahun 2016 adalah 10,07% dan penduduk miskin berjumlah 75.090 jiwa. Karena itu Kabupaten Bone masuk di dalam 160 kabupaten/kota prioritas dengan 600 desa masuk dalam prioritas penanganan *stunting* tahap 2 di tahun 2019. Di Kabupaten Bone sendiri terdapat 10 desa, yaitu Tadang Palie, Matajang, Sugiale, Laburasseng, Tondong, Cempanigga, Samaenre, Batu Putih, Hulo dan

Bana. Desa Sugiale yang masuk dalam 10 desa tersebut terdapat di Kecamatan Barebbo. Maka Kecamatan Barebbo memiliki prioritas masalah penanganan *stunting*.

Berdasarkan variabel pemberian materi tentang *stunting* menunjukkan hasil bahwa pengetahuan peserta tentang *stunting* sebelum dilakukan pelatihan pada kader PKK, semuanya masih dalam kategori kurang. Setelah dilakukan pelatihan, pengetahuan peserta meningkat menjadi 54,5% dalam kategori baik dan 33,3% dalam kategori cukup. Sedangkan pengetahuan *stunting* dalam kategori kurang menurun menjadi 12,1%.

Setelah dilakukan pemberian materi tentang *stunting*, para kader PKK diberikan demonstrasi pengukuran status gizi Balita untuk menentukan apakah Balita tersebut mengalami *stunting* atau tidak, di mana hasil pengukuran tersebut dibedakan antara Balita laki-laki atau perempuan. Hal tersebut bertujuan meningkatkan pemahaman dan keterampilan kader PKK dalam melakukan pengukuran antropometri pada Balita.

Berdasarkan hasil kegiatan tersebut, pelatihan yang dilakukan telah meningkatkan pengetahuan kader PKK yang dilatih pada kategori baik sebesar 54,5%. Hal ini telah sesuai dengan indikator keberhasilan yang telah ditetapkan. Yaitu pelatihan dikatakan berhasil apabila mampu meningkatkan pengetahuan responden pada kategori baik sebesar 40%.

Wilayah negara Indonesia terbentang dari Sabang hingga Merauke, dengan ribuan pulau kecil dan besar. Berdasarkan hasil analisis, ditemukan bahwa Balita yang berada di wilayah kepulauan Nusa Tenggara memiliki risiko *stunting* 2,04 kali lebih tinggi (AOR 1,875; 95% CI: 1,867-1,882) dibandingkan dengan Balita yang berada di wilayah kepulauan Jawa-Bali. Hasil ini sejalan dengan penelitian Kusriani dan Laksono, (2020) yang menunjukkan bahwa prevalensi Balita *stunting* memiliki perbedaan berdasarkan wilayah regional. Balita di wilayah Nusa Tenggara 1,39 kali lebih berisiko mengalami *stunting* dibandingkan Balita di wilayah Papua⁷. Salah satu faktor yang berpengaruh adalah ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan di Indonesia bagian timur yang kurang tersedia dibandingkan dengan Indonesia wilayah barat. Hal ini dikuatkan dengan hasil penelitian Shibre *et al.* (2020) yang menunjukkan bahwa dalam hal

wilayah subnasional, terdapat disparitas, di mana ada ketimpangan regional subnasional absolut dan relatif dalam kejadian *stunting* pada Balita⁸.

Terdapat beberapa penyebab kejadian *stunting* pada Balita, salah satunya oleh pola asuh ibu dan tingkat kecukupan zat gizi Balita yang kurang. Pola asuh ibu dapat dibedakan menjadi dua, pola asuh pemberian makan dan pola asuh perawatan kesehatan dasar. Pola asuh pemberian makan berkaitan dengan pemilihan dan cara makan. Pola asuh perawatan kesehatan dasar berkaitan dengan perhatian ibu terhadap kesehatan anak⁹. Perilaku ibu dalam menyusui atau memberi makan dengan makanan yang sehat dan bergizi serta mengontrol besar porsi yang dihabiskan dapat meningkatkan status gizi anak. Hal tersebut menunjukkan ibu yang memberikan perhatian lebih terhadap anaknya dalam hal pemberian makan akan mempengaruhi status gizi anak menjadi lebih baik, sedangkan ibu yang kurang memberikan perhatian pada pemberian makan dapat menimbulkan masalah gizi. Begitu juga dengan pola asuh perawatan kesehatan dasar, ibu yang menjaga kebersihan anak dengan baik memiliki anak dengan tinggi badan normal dibanding yang kurang menjaga kebersihan anak.¹⁰

Selain pola asuh, tingkat kecukupan zat gizi yang kurang dapat mempengaruhi kejadian *stunting* Balita. Beberapa zat gizi yang berperan dalam kejadian *stunting* adalah energi, protein, seng dan vitamin A. Energi berperan penting dalam proses pertumbuhan untuk pembentukan jaringan-jaringan baru serta metabolisme di dalam sel, sehingga kekurangan energi dapat menghambat pertumbuhan¹¹. Begitu pula dengan tingkat asupan protein, seng dan vitamin A, karena asupan makronutrien dan mikronutrien tersebut mempengaruhi pertumbuhan linear anak.

Program inovasi Kabupaten Bone yaitu:

- a. Kelas Ibu Hamil di Bola Asseddingeng
- b. Program Kemitraan Bidan dan Dukun
- c. Program Bola Asseddingeng (Kelas Ibu Hamil)
- d. Program Gerakan Masyarakat Peduli Masalah Gizi (GEMPUZI)
- e. Program Gerakan Masyarakat Indo'ta Ana'ta (Gemar Intan)

- f. Program Desa/Kelurahan Sehat Model Prima Kesehatan untuk pencapaian tujuan bidang kesehatan;

Program-program tersebut dikategorikan sebagai *programmatic reform* berdasarkan teori Hahn Been Lee karena adanya penekanan baru pada program yang melibatkan pemerintah dan masyarakat dalam implementasi program melalui perubahan sikap dan perilaku masyarakat dan anggota birokrasi, peningkatan komunikasi dan manajemen partisipatif serta lebih menekankan pada efisiensi penggunaan sumber daya.

DAFTAR PUSTAKA

- Bappenas RI. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Sadar Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). 2012;42.
- Femidio M, Muniroh L. Perbedaan Pola Asuh dan Tingkat Kecukupan Zat Gizi pada Balita Stunting dan Non-Stunting di Wilayah Pesisir Kabupaten Probolinggo. *Amerta Nutr.* 2020;4(1):49.
- Firmansyah & Farhan M. Analisis Pola Konsumsi Daging Sapi pada Masyarakat Pesisir Di Kabupaten Tanjung Jabung Timur. *J Ilmu-ilmu Peternak Univ Jambi.* 2014;XVII(2):62–9.
- Kemenkes RI. Buku Saku Pemantauan Status Gizi. Buku Saku. 2017;1–150.
- Kementerian Kesehatan RI. Indikator Program Kesehatan Masyarakat dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024. Katalog Dalam Terbitan Kementerian Kesehatan RI. 2020;1–99.
- Kementerian PPN/Bappenas. Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota. 2018;(November):1–51.
- Kusrini I., Laksono A.D. Regional disparities of stunted toddler in indonesia. *Indian J Forensic Med Toxicol.* 2020;14(3):1916–20.
- Leo A. R., Subagyo H.W. & Kartasurya M.I. FAKTOR RISIKO STUNTING PADA ANAK USIA 2-5 TAHUN DI WILAYAH GUNUNG DAN PESISIR PANTAI Risk Factors of Stunting among Children Aged 2-5 Years in Ridge And Coastal. *JosUnsoedAcId.* 2018;2(1).
- Muchina E., Waithaka P. Relationship between breastfeeding practices and nutritional status of children aged 0-24 months in Nairobi, Kenya. *African J Food, Agric Nutr Dev.* 2010;10(4):2358–78.
- Nadiyah, Briawan D., Martianto D. Faktor Risiko Stunting pada Anak Usia 0 - 23 Bulan di Provinsi Bali, Jawa Barat, dan Nusa Tenggara Timur. *J Gizi dan Pangan.* 2014;9(2):125–32.
- Rahmayana, Ibrahim I.A., & Darmayati D.S. Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Kejadian Stunting Anak Usia 24-59 Bulan di Posyandu Asoka II Wilayah Pesisir Kelurahan Barombong Kecamatan Tamalate Kota Makassar Tahun 2014. *Public Heal Sci J.* 2014;6(2):424–36.

- Renyoet B.S., Martianto D., Sukandar D. Potensi Kerugian Ekonomi Karena Stunting pada Balita di Indonesia Tahun 2013. *J Gizi dan Pangan*. 2016;11(3):247–54.
- RI, K.K. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013*. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2013).
- RI, K.K. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018*. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).
- Rosha B.C., Sari K., S.P. I.Y., Amaliah N., Utami N.H. Peran Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif dalam Perbaikan Masalah Gizi Balita di Kota Bogor. *Bul Penelit Kesehat*. 2016;44(2):127–38.
- Shibre G., Zegeye B., Haidar J. Extent of and trends in inequalities in child stunting in Sierra-Leone from 2005 to 2013: Evidence from demographic and health surveys and multiple indicator cluster surveys. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):1–10.
- Soetjiningsih. *Tumbuh Kembang Anak*. pdf. 2012.
- The Lancet. Executive summary of the lancet maternal and child nutrition series. The Lancet. 2013.
- UNICEF. (2013). Improving Child N: The achievable imperative for global progress. UNICEF: Genewa.
- WHO. (2016). WHA Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief. WHO: Genewa.
- Zaif R.M., Wijaya M., Hilmanto D. Hubungan antara Riwayat Status Gizi Ibu Masa Kehamilan dengan Pertumbuhan Anak Balita di Kecamatan Soreang Kabupaten Bandung. *J Sist Kesehat*. 2017;2(3):156–63.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Maternal Health [Internet]. World Health Organization. 2022. Available from: https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
2. Hapsari D., Sari P., Indrawati L. Indeks Kesehatan Maternal Sebagai Indikator Jumlah Kelahiran Hidup. *J Ekol Kesehat*. 2016;14(3):259–72.
3. Kemenkes RI. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. 2015;
4. Febriandini A.P., Rostyaningsih D., Rengga A., Marom A., Publik J.A., Diponegoro U., et al. *Studi Implementasi Program Kesehatan Ibu dan Anak*. 2016;
5. Colti Sistiarani E.G. Analisis Pencapaian Indikator 9 Cakupan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Wilayah Kerja Puskesmas Kalibagor Kecamatan Kalibagor Kabupaten Banyumas. *Kesmasindo*. 2012;5:95–120.
6. Perdana F., Herawati H. Upaya Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Anak Melalui Program Literasi Kesehatan dan Hibah Buku di Desa Cintamulya RW 05 Jatinangor. *Dharmakarya*. 2018;7(1):6–10.
7. Kemenkes RI. Buku Ajar Kesehatan Ibu dan Anak. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2015.
8. UNICEF. Polemik Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 20]. Available from: <https://www.guesehat.com/polemik-kesehatan-ibu-dan-anak-di-indonesia>
9. Lestari T.R.P. Pencapaian Status Kesehatan Ibu dan Bayi sebagai Salah Satu Perwujudan Keberhasilan Program Kesehatan Ibu dan Anak. *Kajian* [Internet]. 2019;25(1):75–89. Available from: <https://jurnal.dpr.go.id/index.php/kajian/article/download/1889/897>
10. Rosita, Simamora T.M. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil di Masa Pandemi Covid-19. *J Kaji dan Pengemb Kesehat Masy* [Internet]. 2021;1(2):225–38. Available from: <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/AN-NUR/article/view/8698>

11. Thamrin H., Agustang A., Adam A., Alim A. Disrupsi Modal Sosial Stunting di Sulawesi Selatan, Indonesia (Studi Kasus pada Keluarga 1000 HPK di Kabupaten Bone dan Enrekang). 352–360. 2021;352–60.
12. Ibrahim I.A., Bujawati E., Syahrir S., Adha A.S. Analisis Determinan Kejadian Growth Failure (Stunting) pada Anak Balita Usia 12-36 Bulan di Wilayah Pegunungan Desa Bontongan Kecamatan Baraka Kabupaten Enrekang. *Al-Sihah Public Heal Sci J*. 2019;11:50–64.
13. Muslimin B. M.B., Gafur A., Azwar M., Yulis D.M. Pengetahuan Ibu Balita dalam Pengendalian Stunting di Sulawesi Selatan. *UNM Environ Journals*. 2020;3(2):60.
14. Citrakesumasari C., Kurniati Y., Syam A., Salam A., Virani D. Pencegahan Stunting Melalui Pemberdayaan Kader PKK Kecamatan Barebbo di Kabupaten Bone. Prevention of Stunting Through Empowerment of Family Welfare Programme Cadres in Barebbo District in Bone Regency. *J Panrita Abdi*. 2020;4(3):322–7.

LAMPIRAN

CONTOH PENGUKURAN *STUNTING* BERDASARKAN PERATURAN PRESIDEN RI NOMOR 72 TAHUN 2021 TENTANG PERCEPATAN PENURUNAN *STUNTING*

A. Target antara Percepatan Penurunan *Stunting*

1. Sasaran: terjadinya layanan intervensi spesifik
2. Sasaran: terjadinya layanan intervensi sensitif

No	Indikator Khusus	Target Nasional
		2024
1.	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapatkan tambahan asupan gizi.	90%
2.	Persentase ibu hamil yang mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan.	80%
3.	Persentase remaja putri yang mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD).	58%
4.	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif.	80%
5.	Persentase anak usia 6-23 bulan yang mendapatkan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI).	80%
6.	Persentase anak berusia di bawah lima tahun (balita) gizi buruk yang mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk.	90%
7.	Persentase anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya.	90%
8.	Persentase anak berusia di bawah lima tahun (balita) gizi kurang yang mendapat tambahan asupan gizi.	90%
9.	Persentase anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang memperoleh imunisasi dasar lengkap.	90%
10.	Persentase pelayanan Keluarga Berencana (KB) pascapersalinan.	70%
12.	Persentase kehamilan yang tidak diinginkan.	15,5%
13.	Cakupan calon Pasangan Usia Subur (PUS) yang memperoleh pemeriksaan kesehatan sebagai bagian dari pelayanan nikah.	90%
14.	Persentase rumah tangga yang mendapatkan akses air minum layak di kabupaten/kota lokasi prioritas.	100%

No	Indikator Khusus	Target Nasional
		2024
15.	Persentase rumah tangga yang mendapatkan akses sanitasi (air limbah domestik) layak di kabupaten/kota lokasi prioritas.	90%
16.	Cakupan Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Nasional.	112,9 juta penduduk
17.	Cakupan keluarga berisiko <i>Stunting</i> yang memperoleh pendampingan.	90%
18.	Jumlah keluarga miskin dan rentan yang memperoleh bantuan tunai bersyarat.	10.000.000
19.	Persentase target sasaran yang memiliki pemahaman yang baik tentang <i>Stunting</i> di lokasi prioritas.	70%
20.	Jumlah keluarga miskin dan rentan yang menerima bantuan social pangan.	15.600.039
21.	Persentase desa/kelurahan stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) atau <i>Open Defecation Free</i> (ODF).	90%

B. Uraian Pilar Strategi Nasional Percepatan Penurunan *Stunting*

Pilar 1: Peningkatan komitmen dan visi kepemimpinan di kementerian/lembaga, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan pemerintah desa

1. Kegiatan: meningkatkan komitmen percepatan penurunan *stunting*

No	Indikator Khusus	Target Nasional			
		Setiap Tahun	2022	2023	2024
1.	Terselenggaranya rapat koordinasi tahunan yang dihadiri oleh pimpinan tinggi di pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.	Minimal 1 (satu) kali			
2.	Terselenggaranya rapat koordinasi di tingkat kabupaten/kota.	Minimal 1 (satu) kali			
3.	Terselenggaranya rembuk <i>stunting</i> tingkat kecamatan.	Minimal 2 (dua) kali			
4.	Terselenggaranya kebijakan/peraturan		Seluruh kabupaten/kota		

No	Indikator Khusus	Target Nasional			
		Setiap Tahun	2022	2023	2024
	bupati/wali kota tentang kewenangan desa/kelurahan dalam penurunan <i>stunting</i> .				
5.	Tersedianya bidan desa/kelurahan sesuai kebutuhan.				100%
6.	Jumlah desa/kelurahan bebas <i>stunting</i> .				100%
7.	Persentase pemerintah daerah provinsi yang meningkatkan alokasi anggaran pendapatan dan belanja daerah untuk percepatan penurunan <i>stunting</i> .			100%	
8.	Persentase pemerintah daerah kabupaten/kota yang meningkatkan alokasi anggaran pendapatan dan belanja daerah untuk percepatan penurunan <i>stunting</i> .			100%	

2. Kegiatan: meningkatkan kapasitas pemerintah desa

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2022	2024		2021	2022	2023	
1.	Jumlah pemerintah desa yang mendapatkan peningkatan kapasitas dalam penanganan percepatan penurunan <i>stunting</i> .	Seluruh desa						
2	Jumlah pendamping Program		Semua pendamping					

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2022	2024	2024	2021	2022	2022	
	Keluarga Harapan (PKH) yang terlatih modul kesehatan dan gizi.							
3.	Persentase desa/kabupaten yang kader pembangunan manusianya mendapatkan pembinaan dari pemerintah daerah kabupaten/kota.		90%					

Pilar 2: Peningkatan komunikasi perubahan perilaku dan pemberdayaan masyarakat

1. Kegiatan: melaksanakan kampanye dan komunikasi perubahan perilaku yang berkelanjutan

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap Bulan	2024	2024	2021	2022	2022	
1.	Terlaksananya kampanye nasional pencegahan <i>stunting</i> .	3 kanal/metode						
2	Persentase keluarga yang stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS).		90%					
3.	Persentase keluarga yang melaksanakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).		70%					
4.	Persentase anak berusia di bawah lima		90%					

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap Bulan	2024	2024	2021	2022	2022	
	tahun (balita) yang memperoleh imunisasi dasar lengkap.							

2. Kegiatan: melakukan penguatan kapasitas institusi dalam komunikasi perubahan perilaku untuk penurunan *stunting*

No	Indikator Khusus	Target Nasional	Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2024	2024	2021	2022	2022	
1.	Jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 20 tenaga pelatih berjenjang tingkat dasar serta pendidikan dan pelatihan pengasuhan stimulasi penanganan <i>stunting</i> bagi guru Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).	Seluruh kabupaten/kota					
2.	Persentase desa/kelurahan yang memiliki guru Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) terlatih pengasuhan stimulasi penanganan <i>stunting</i> sebagai hasil pendidikan dan pelatihan di kabupaten/kota.	90%					
3.	Persentase lembaga Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) yang pengembangan	70%					

No	Indikator Khusus	Target Nasional	Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2024	2024	2021	2022	2022	
	Pendidikan Anak Usia Dini Holistik Integratif (PAUD-HI).						
4.	Terpenuhinya standar pelayanan pemantauan tumbuh kembang di posyandu.	90%					
5.	Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan kelas Bina Keluarga Balita (BKB) tentang pengasuhan 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).	90%					
6.	Persentase kelompok Keluarga Penerima Manfaat (KPM) Program Keluarga Harapan (PKH) yang mengikuti Pertemuan Peningkatan Kemampuan Keluarga (P2K2) dengan modul kesehatan dan gizi.	90%					
7.	Persentase Pusat Informasi dan Konseling (PIK) Remaja dan Bina Keluarga Remaja (BKR) yang melaksanakan edukasi Kesehatan reproduksi dan gizi bagi remaja.	90%					

3. Kegiatan: melakukan penguatan peran organisasi keagamaan dalam komunikasi perubahan perilaku untuk penurunan *stunting*

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap Tahun	2024	2024	2021	2022	2022	
1.	Terlaksananya forum komunikasi perubahan perilaku dalam penurunan <i>stunting</i> lintas agama.	Minimal 2 (dua) kali						
2.	Persentase pasangan calon pengantin yang mendapatkan bimbingan perkawinan dengan materi pencegahan <i>stunting</i> .		90%					

Pilar 3: Peningkatan konvergensi intervensi spesifik dan intervensi sensitif di kementerian/lembaga, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, dan pemerintah desa.

1. Kegiatan: Melaksanakan konvergensi dalam perencanaan dan penganggaran, serta pelaksanaan kegiatan untuk meningkatkan jenis, cakupan, dan kualitas intervensi gizi di tingkat pusat dan daerah.

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2022	2024	2024	2020	2021	2022	
1.	Jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang mengintegrasikan program dan	Seluruh provinsi dan kabupaten/kota						

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2022	2024	2024	2020	2021	2022	
	kegiatan Percepatan Penurunan <i>Stunting</i> dalam dokumen perencanaan dan penganggaran daerah (Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Pangan dan Gizi, Rencana Kerja Pemerintah Daerah, serta anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan Rencana Kerja dan Anggaran Daerah).							
2.	Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan aksi konvergensi Percepatan Penurunan <i>Stunting</i> .	100%						
3.	Persentase desa/kelurahan yang mengintegrasikan program dan kegiatan Percepatan Penurunan	100%						

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2022	2024	2024	2020	2021	2022	
	<i>Stunting</i> dalam dokumen perencanaan dan penganggaran desa/kelurahan (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa, serta Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa dan Rencana Kerja dan Anggaran Desa).							
4.	Persentase desa/kelurahan yang meningkatkan alokasi dana desa/kelurahan untuk Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif dalam penurunan <i>Stunting</i>		90%					
5.	Persentase desa/kelurahan yang melakukan konvergensi Percepatan Penurunan <i>Stunting</i>	80%						
6.	Persentase desa/kelurahan yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)		100%					

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2022	2024	2024	2020	2021	2022	
7.	Persentase calon pengantin/calon ibu yang menerima Tablet Tambah Darah (TTD)		90%					
8.	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang menerima tambahan asupan gizi		90%					
9.	Persentase ibu hamil yang mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 90 tablet selama masa kehamilan.		90%					
10.	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif		80%					
11.	Persentase anak usia 6-23 bulan yang mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)		80%					
12.	Persentase anak berusia di bawah lima tahun (Balita) gizi buruk yang mendapat pelayanan tata laksana gizi buruk.		90%					

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2022	2024	2024	2020	2021	2022	
13.	Persentase anak berusia di bawah lima tahun (Balita) gizi kurang yang mendapat tambahan asupan gizi.		90%					
14.	Persentase kabupaten/kota yang mengintervensi keamanan pangan untuk mendukung Percepatan Penurunan <i>Stunting</i>		100%					
15.	Persentase kabupaten/kota yang mendapatkan fasilitasi sebagai daerah ramah perempuan dan layak anak dalam Percepatan Penurunan <i>Stunting</i>		100%					

2. Kegiatan: Melaksanakan konvergensi dalam upaya penyiapan kehidupan berkeluarga

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap 6 Bulan	2024	2024	2020	2021	2022	
1.	Cakupan pendamping keluarga berisiko <i>Stunting</i>		90%					

No	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap 6 Bulan	2024	2024	2020	2021	2022	
2.	Cakupan calon Pasangan Usia Subur (PUS) yang menerima pendampingan kesehatan reproduksi dan edukasi gizi sejak 3 bulan pranikah		90%					
3.	Persentase remaja putri yang menerima layanan pemeriksaan status anemia (hemoglobin)		90%					
4.	Tersedianya data hasil surveilans keluarga berisiko <i>Stunting</i>	1 Tahun: Setiap 6 bulan						
5.	Persentase kabupaten/kota dengan Age <i>Specific Fertility Rate</i> /ASFR (15-19) Paling sedikit 18 per 1.000		90%					
6.	Persentase pelayanan keluarga berencana pasca melahirkan.		70%					
7.	Persentase <i>unmet need</i> pelayanan keluarga berencana.		7,4%					

Pilar 4: Peningkatan ketahanan pangan dan gizi pada tingkat individu, keluarga, dan masyarakat.

1. Kegiatan: Memenuhi kebutuhan pangan dan gizi individu, keluarga, dan masyarakat termasuk dalam keadaan berencana

No.	Indikator Khusus	Target Nasional	Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2024	2024	2020	2021	2022	
1.	Persentase keluarga berisiko <i>Stunting</i> yang mendapatkan manfaat sumber daya pekarangan untuk peningkatan asupan gizi.	50%					
2.	Persentase keluarga berisiko <i>Stunting</i> yang mendapatkan promosi peningkatan konsumsi ikan dalam negeri.	90%					
3.	Persentase keluarga Penerima Manfaat (KPM) dengan ibu hamil, ibu menyusui, dan anak berusia di bawah dua tahun (Baduta) yang menerima variasi bantuan pangan selain beras dan telur (karbohidrat, protein hewani, protein nabati, vitamin dan mineral, dan/atau Makanan Pendamping Air Susu Ibu/MP-ASI).	90%					
4.	Cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) dengan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial yang menerima bantuan tunai bersyarat.	90%					

No.	Indikator Khusus	Target Nasional	Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2024	2024	2020	2021	2022	
5.	Cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) dan status miskin dan penyandang masalah kesejahteraan sosial yang menerima bantuan pangan nontunai.	90%					
6.	Cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) fakir miskin dan orang tidak mampu yang menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan	90%					

2. Kegiatan: Meningkatkan kualitas fortifikasi pangan

No	Indikator Khusus	Target Nasional	Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		2024	2024				
1.	Persentase Pengawasan produk pangan fortifikasi yang ditindaklanjuti oleh pelaku usaha.	75%					

Pilar 5: Penguatan dan pengembangan sistem, data, informasi, riset, dan inovasi

1. Melakukan penguatan sistem pemantauan dan evaluasi terpadu percepatan penurunan *stunting*.

No.	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap Tahun	2024	2024	2020	2021	2022	
1.	Persentase pemerintahan daerah provinsi dan		90%					

No.	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap Tahun	2024	2024	2020	2021	2022	
	pemerintah daerah kabupaten/kota yang memiliki kinerja baik dalam konvergensi Percepatan Penurunan <i>Stunting</i>							
2.	Persentase pemerintah desa yang memiliki kinerja baik dalam konvergensi Percepatan Penurunan <i>Stunting</i>		90%					
3.	Publikasi data <i>stunting</i> tingkat kabupaten/kota	1 (satu) publikasi Tahun: setiap tahun						
4.	Terselenggaranya Pemantauan dan Evaluasi Strategi Nasional Percepatan Penurunan <i>Stunting</i>	Minimal 2 (dua) kali tahun: setiap tahun						
5.	Terselenggaranya Pemantauan dan Evaluasi Strategi Nasional Percepatan Penurunan <i>Stunting</i> di Pemerintah Daerah Provinsi	Minimal 2 (dua) kali tahun: setiap tahun						
6.	Terselenggaranya Pemantauan dan Evaluasi Strategi Nasional Percepatan Penurunan <i>Stunting</i> di pemerintah	Minimal 2 (dua) kali tahun: setiap tahun						

No.	Indikator Khusus	Target Nasional		Target Kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap Tahun	2024	2024	2020	2021	2022	
	daerah kabupaten/kota							
7.	Terselenggaranya Pemantauan dan Evaluasi Strategi Nasional Percepatan Penurunan <i>Stunting</i> di pemerintah desa	Minimal 2 (dua) kali tahun: setiap tahun						
8.	Terselenggaranya audit anak berusia di bawah dua tahun (<i>Baduta Stunting</i>)		50%					

2. Mengembangkan sistem data dan informasi terpadu

No.	Sasaran khusus	Target nasional			Target kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap 6 bulan	2021	2023	2024	2020	2021	2022	
1.	Terjadinya sistem dana transfer ke daerah dan dana desa/kelurahan yang mendukung percepatan penurunan <i>stunting</i> secara terintegrasi		1						
2.	Terjadinya sistem data dan informasi terpadu untuk percepatan penurunan <i>stunting</i>		1						
3.	Terjadinya data keluarga risiko <i>stunting</i> yang termutakhirkan melalui Sistem Informasi Keluarga (SIGA)	1							

No.	Sasaran khusus	Target nasional			Target kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap 6 bulan	2021	2023	2024	2020	2021	2022	
4.	Terjadinya sistem skrining dan konseling calon Pasangan Usia Subur (PUS) siap nikah		1						
5.	Persentase kabupaten/kota yang mengimplementasikan sistem dana surveilans gizi elektronik dalam pemantauan intervensi gizi untuk penurunan <i>stunting</i>			100%					

3. Melakukan penguatan riset dan inovasi serta pengembangan pemanfaatan hasil riset dan inovasi

No	Sasaran khusus	Target nasional	Target kabupaten	Pencapaian			Ket
		2024	2024	2020	2021	2022	
1.	Persentase kabupaten/kota yang menerima pendampingan percepatan penurunan <i>stunting</i> melalui tri dharma perguruan tinggi	100%					

4. Mengembangkan sistem pengelolaan pengetahuan

No.	Sasaran khusus	Target nasional			Target kabupaten	Pencapaian			Ket
		Setiap tahun	2020	2021	2024	2020	2021	2022	
1.	Tersusunnya platform berbagi pengetahuan untuk percepatan penurunan <i>stunting</i>		1						
2.	Tersusunnya sistem penghargaan bagi daerah dalam percepatan penurunan <i>stunting</i>			1					
3.	Tersedianya sistem insentif finansial bagi daerah yang dinilai berkinerja baik dalam percepatan penurunan <i>stunting</i> terintegrasi		1						
4.	Tersusunnya kajian anggaran dan belanja pemerintah untuk percepatan penurunan <i>stunting</i>	1							

LAMPIRAN 2

KUESIONER **DETERMINAN KEJADIAN *STUNTING* TAHUN 2022**

Nama Kabupaten :
Nama Puskesmas :
Pustu/Posyandu/Polindes :

Assalamualaikum wr. wb.

1. No. Responden :
2. Tingkat Pendidikan Ibu :
 - a. SD/Tidak Tamat SD
 - b. SMP/Sederajat
 - c. SMA/Sederajat
 - d. D-3/Sederajat
 - e. S-1/S-2/S-3
3. Pekerjaan Ibu
 - a. Tidak Bekerja
 - b. Petani/Buruh
 - c. Wiraswasta
 - d. Pegawai Swasta/ASN
 - e. Pensiun
 - f. Lainnya....sebutkan.....
4. Nama Balita :
5. Berat Badan Balita saat lahir (kg) :
6. Berat Badan Balita saat ini (kg) :
7. Panjang Badan Bayi (cm) saat lahir :
8. Panjang Badan Bayi/TB Balita (cm) saat ini :
9. Tanggal Lahir Balita/Umur (bulan) :
10. Jenis Kelamin :
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan

11. Alamat Responden RT/RW :
12. Hari & Tanggal Wawancara :
13. Riwayat penyakit infeksi ibu : a. Ya b. Tidak
Bila ya, sebutkan:.....
14. Ukuran LILA (pengukuran terakhir sebelum melahirkan):
15. Ibu memiliki riwayat anak *stunting* (kehamilan sebelumnya):
a. Ya b. Tidak
16. Riwayat ANC Ibu (saat hamil)
a. Lengkap (K1-K4) b. Tidak lengkap
17. Akses (geografis) ke pelayanan kesehatan:
a. Mudah b. Sedang c. Sulit
18. Kepemilikan jaminan kesehatan:
a. Ya (sebutkan:.....)
b. Tidak
19. Sumber air bersih: Sebutkan :
20. Kepemilikan Jamban : 1. Ya b. Tidak

Petunjuk pengisian: Berilah tanda *check* (☐) pada salah satu jawaban yang anda pilih.

a. Perilaku sebelumnya (*prior related behaviour*)

No	Pernyataan	Ya (Sering)	Kadang-kadang	Tidak pernah
1.	Saat hamil, saya mengkonsumsi susu ibu hamil untuk pemenuhan kebutuhan gizi ibu dan janin			
2.	Saat hamil, saya mengkonsumsi zat besi/Tablet Tambah Darah dan asam folat untuk pencegahan anemia			
3.	Selama hamil, Saya kurang mengonsumsi sayuran hijau			
4.	Saya pernah menolak pemberian suplemen zat besi dan asam folat saat hamil			
5.	Saat hamil, memenuhi kebutuhan iodium dari konsumsi ikan dan kacang-kacangan pada saat hamil			
6.	Saya menambah asupan nutrisi saat hamil dengan mengkonsumsi biskuit ibu hamil			
7.	Saya menggunakan garam beryodium untuk mengolah makanan sehari-hari			
8.	Saat hamil, saya mengkonsumsi makanan harian tanpa diikuti makanan tambahan ibu hamil			
9.	Saya memberikan imunisasi lengkap kepada anak saya (khusus Balita di atas 9 bulan)			
10.	Saya memberikan air matang kepada anak saya untuk mencegah diare			
11.	Pemberian obat cacing kepada Balita			
12.	Saya segera memberikan obat untuk mengobati anak saya mengalami diare			

b. Manfaat dari tindakan (*perceived benefits to action*)

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Pertumbuhan dan perkembangan anak yang kurang baik, bukan karena efek <i>stunting</i>				
2.	Anak yang tidak <i>stunting</i> , pertumbuhan dan perkembangannya jauh lebih baik daripada anak yang <i>stunting</i>				
3.	Biaya perawatan anak yang sakit lebih kurang jika tidak mengalami <i>stunting</i> (imunitas lebih baik)				
4.	Tidak ada pengaruh <i>stunting</i> dengan biaya perawatan anak yang sakit				

c. Hambatan terhadap tindakan (*perceived barrier to action*)

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
1.	Saya merasa air bersih di sekitar tempat tinggal saya mudah didapat				
2.	Dengan jaminan kesehatan nasional membantu saya dalam mengakses pelayanan kesehatan				
3.	Saya menyediakan makanansehari-hari untuk keluarga dengan memperhatikan nilai gizi makanan (mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral)				
4.	Penting untuk memiliki jamban keluarga yang bersih dan sehat				
5.	Jangkauan layanan kesehatan dan keluarga berencana tidak berdampak pada status kesehatan keluarga				
6.	Makanan yang baik adalah makanan yang mengandung nilai gizi yang lengkap (karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral)				
7.	Penggunaan sungai boleh saja untuk kegiatan Mandi-Cuci-Kakus (MCK) bagi keluarga				
8.	Air yang kurang layak digunakan untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari dapat mengakibatkan masalah kesehatan keluarga				
9.					
10.	Program jaminan kesehatan (asuransi kesehatan) sangat membantu ibu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan sampai persalinan				

No.	Pernyataan	STS	TS	S	SS
11.	Menu makanan yang baik adalah makanan yang membuat kenyang tanpa perlu memiliki kandungan gizi yang lengkap				
12.	Pendidikan orang tua dapat berpengaruh pada pola asuh yang baik bagi kesehatan anak				
13.	Pendidikan gizi masyarakat yang baik dapat meningkatkan status gizi keluarga dan masyarakat				
14.	Jaminan sosial bagi keluarga miskin dapat membantu dalam meningkatkan kebutuhan dan kesejahteraan masyarakat				
15.	Pendidikan gizi masyarakat yang baik tidak dapat menurunkan masalah gizi kurang di masyarakat				

d. Perilaku pencegahan *stunting*

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1.	Saya memberikan menu makanan yang bervariasi (berupa sayur-sayuran, protein hewani maupun nabati, dan karbohidrat) → (Pewawancara menjelaskan contoh kepada responden) kepada keluarga saya		
2.	Saya memberikan ASI selama 6 bulan pertama dan pemberian kolostrum kepada anak saya		
3.	Saya membiasakan anak saya untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah makan dengan menggunakan sabun		
4.	Saya memberikan makan yang hanya disukai oleh anak saya tanpa harus memperhatikan kandungan gizinya		
5.	Saya menganggap ASI tidak harus diberikan kepada anak saya		
6.	Saya menganggap mencuci tangan tidak ada pengaruhnya dengan persoalan <i>stunting</i>		

PROFIL PENULIS



Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes. lahir di Ujung Pandang pada tanggal 05 Maret 1980, merupakan dosen tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Muslim Indonesia dan aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya tentang sumber daya manusia kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit), serta kebijakan kesehatan. Sejak 2020 hingga sekarang menjadi Kepala Pusat HKI Lembaga Penelitian dan Pengembangan Sumberdaya (LP2S) UMI.



Dr. dr. Andi Muhammad Multazam, M.Kes. lahir di Ujung Pandang, 10 November 1979, merupakan dosen dipekerjakan (DPK) Fakultas Kesehatan Masyarakat Yayasan Wakaf UMI dan dosen pada Program Pascasarjana Magister Kesehatan UMI Makassar. Aktif sebagai pembicara pada forum instansi pemerintah serta aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat yang menghasilkan publikasi nasional dan internasional. Aktif pula dalam pengurusan organisasi profesi sesuai dengan bidangnya.



Ir. Purnawansyah, S.Kom., M.Kom. lahir di Ujung Pandang, 19 Februari 1973, merupakan dosen tetap Fakultas Ilmu Komputer Universitas Muslim Indonesia. Aktif sebagai pembicara pada forum ilmiah, serta memiliki banyak publikasi di media cetak dan elektronik. Aktif melakukan berbagai penelitian dan pengabdian masyarakat yang menghasilkan publikasi nasional dan internasional. Aktif pula dalam pengurusan organisasi profesi

sesuai dengan bidangnya.



Dr. Nurmiati Muchlis, S.K.M., M.Kes. lahir di Ujung Pandang pada tanggal 05 Maret 1980, merupakan dosen tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Muslim Indonesia dan aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya tentang sumber daya manusia kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit), serta kebijakan kesehatan. Sejak 2020 hingga sekarang menjadi Kepala Pusat HKI Lembaga Penelitian dan Pengembangan Sumberdaya (LP2S) UMI.



Dr. dr. Andi Muhammad Multazam, M.Kes. lahir di Ujung Pandang, 10 November 1979, merupakan dosen dipekerjakan (DPK) Fakultas Kesehatan Masyarakat Yayasan Wakaf UMI dan dosen pada Program Pascasarjana Magister Kesehatan UMI Makassar. Aktif sebagai pembicara pada forum instansi pemerintah serta aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat yang menghasilkan publikasi nasional dan internasional. Aktif pula dalam pengurusan organisasi profesi sesuai dengan bidangnya.



Ir. Purnawansyah, S.Kom., M.Kom. lahir di Ujung Pandang, 19 Februari 1973, merupakan dosen tetap Fakultas Ilmu Komputer Universitas Muslim Indonesia. Aktif sebagai pembicara pada forum ilmiah, serta memiliki banyak publikasi di media cetak dan elektronik. Aktif melakukan berbagai penelitian dan pengabdian masyarakat yang menghasilkan publikasi nasional dan internasional. Aktif pula dalam pengurusan organisasi profesi sesuai dengan bidangnya.

Buku ini diperuntukkan bagi mahasiswa, dosen dan praktisi di bidang kesehatan dan bidang ilmu lain yang terkait. Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan menjadi rujukan dalam implementasi upaya akselerasi penurunan *stunting* di masyarakat. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi sehingga buku ini dapat tersusun. Penulis juga tidak lupa mengucapkan terima kasih kepada Kemendikbud RISTEK sebagai penyedia hibah penelitian. Hasil riset yang dihasilkan dari bantuan hibah penelitian menjadi salah satu bahan penyusunan buku ini. Buku ini tentunya masih jauh dari kesempurnaan, kritik yang membangun sangat diharapkan dalam penyempurnaan buku ini. Semoga informasi dalam buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Penerbit Deepublish (CV BUDI UTAMA)

Jl. Kaliurang Km 9,3 Yogyakarta 55581

Telp/Fax : (0274) 4533427

Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

✉ cs@deepublish.co.id

📘 Penerbit Deepublish

📱 @penerbitbuku_deepublish

🌐 www.penerbitdeepublish.com

