

**DISERTASI**

**STUDI OPERASIONAL  
PENURUNAN STUNTING MELALUI UPAYA KONVERGENSI  
DI KABUPATEN BANGGAI PROVINSI SULAWESI TENGAH**

***THE OPERATIONAL STUDY  
REDUCING OF STUNTING THROUGH CONVERGENCE EFFORT  
IN BANGGAI DISTRICT CENTRAL SULAWESI PROVINCE***

**ASPAR ABDUL GANI  
K013172013**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2020**

**STUDI OPERASIONAL  
PENURUNAN STUNTING MELALUI UPAYA KONVERGENSI  
DI KABUPATEN BANGGAI PROVINSI SULAWESI TENGAH**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktor

Program Studi  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**ASPAR ABDUL GANI**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2020**

**DISERTASI**  
**STUDI OPERASIONAL**  
**PENURUNAN STUNTING MELALUI UPAYA KONVERGENSI**  
**DI KABUPATEN BANGGAI PROVINSI SULAWESI TENGAH**

Disusun dan diajukan oleh

**ASPAR ABDUL GANI**  
Nomor Pokok K013172013

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi  
pada tanggal 30 November 2020  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat


Menyetujui  
Komisi Penasehat

  
**Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc, PhD**  
Promotor

  
**Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha., M.Sc**  
Ko-Promotor

  
**Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, M.Sc, PH, Ph.D**  
Ko-Promotor

  
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin

  
Ketua Program Studi Doktor (S3)  
Ilmu Kesehatan Masyarakat

**Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed** **Prof. Dr. Ridwan A., SKM, M.Kes, M.Sc, PH**

## PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : Aspar Abdul Gani  
Nomor Mahasiswa : K013172013  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi perbuatan tersebut.

Makassar 30 November 2020

Yang menyatakan



Aspar Abdul Gani

## PRAKATA

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Alhamdulillah rabbil 'alamin, puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT. karena dengan rahmat, hidayah, dan kuasa serta izin-Nya jualah , sehingga penulis mampu menyelesaikan disertasi ini dengan berjudul “Studi Operasional Penurunan Stunting Melalui Upaya Konvergensi di Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah”.

Disertasi ini disusun untuk memenuhi persyaratan dalam menyelesaikan studi pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Penyusunan disertasi ini tidak  *mungkin dapat* diselesaikan dengan baik tanpa bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak. Oleh karena itu dengan penuh rasa hormat, penulis persembahkan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada bapak **Prof. dr. Veni Hadju, M.Sc,Ph.D** selaku Promotor, dan **Prof. Dr. dr. A. Razak Thaha., M.Sc** selaku Ko-Promotor I serta **Prof. Sukri Palutturi, SKM.M.Kes.M.Sc.PH,Ph.D** selaku Ko-Promotor II, yang telah meluangkan waktu untuk membimbing penulis sejak awal penulisan hingga akhir penyusunan disertasi ini. Melalui pikiran-pikiran beliau bertiga yang begitu cerdas, bijaksana, konsisten dan

kritis sehingga penulis mendapatkan saran yang sangat berharga. Ucapan yang sama juga penulis sampaikan kepada Bapak **Pungkas Bahjuri Ali, STP,MS,Ph.D** dan Bapak **Dr.dr.Anang S. Otoluwa, MPPM** selaku Penguji Eksternal, serta Bapak **Prof. Dr.Ridwan Amiruddin, SKM.M.Kes,M.Sc.PH**, dan Ibu **Rahayu Indriasari,SKM.MPHCN,Ph.D** selaku Penguji internal yang secara aktif telah memberikan masukan, saran dan kritik sejak usulan penelitian hingga saat ini demi perbaikan disertasi penulis.

Secara khusus penulis ucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada kedua orang tua tercinta, **Alm. Ayahanda Abdul Gani Jabbar** yang telah mendidik penulis semasa beliau masih hidup dan Ibunda **Rahmiah Sail** dengan segala kasih sayang, pengorbanan, kesabaran, kepercayaan, dukungan moral dan materil selama ini serta doa yang dipanjatkan senantiasa menyertai setiap langkah penulis. Semoga Allah senantiasa mencurahkan Rahmat dan Taufiknya serta memberikan Ayahanda ketenangan serta dijauhkan dari siksa dan fitnah kubur, dan untuk Ibunda tercinta semoga Allah SWT memberikan kebaikan dunia dan akhirat serta kesembuhan dari sakit yang dialami saat ini. Salam rindu buat Istri tercinta **Fairuz Albaar** yang selalu mendukung dan mendoakan kebaikan dan keberhasilan penulis, semoga istriku selalu sehat dan sukses dunia akhirat, Salam sayang untuk kakak dan Adik Penulis **Ikhwan Abdul Gani, Ikhwanti Abdul Gani, Fahri Abdul Gani,Furqan Abdul Gani,**

**Mukramin Abdul Gani, Fudhail Abdul Gani (Alm), Irham Abdul Gani, Asraruddin Abdul Gani (Alm).** Terima kasih atas segala doa dan bantuan yang senantiasa mengiringi perjalanan penulis dalam menjalani kehidupan serta sekaligus permohonan maaf atas segala kesalahan yang pernah penulis lakukan.

Dengan selesainya disertasi ini, penulis juga mengucapkan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

- 1) Ibu Rektor Universitas Hasanuddin **Prof. Dr. Dwia A. Palubuhu, M.A,** Bapak Dekan FKM Unhas, **Dr. Aminuddin, SKM., M.Kes** dan ketua Prodi S3 Ilmu Kesmas, **Prof. Dr. Ridwan Amiruddin SKM.M.Kes,M.Sc.PH** yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi di Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
- 2) Seluruh dosen dan staf pengajar Program Doktor Ilmu Kesmas terkhusus di Konsentrasi Gizi Universitas Hasanuddin yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan yang sangat bermanfaat kepada penulis
- 3) Staf akademik S3 Kesmas Unhas, **Ibu Irma dan Ibu Cia** yang telah berperan dalam membantu proses kelengkapan administrasi selama menempu studi S3
- 4) Kepada Tim yang tergabung dalam Studi Logitudinal Penyelamatan 1000 HPK di Kabupaten Banggai, penulis

ucapkan terima kasih atas kerjasama, saran dan bantuan yang diberikan selama ini baik berupa ide, konsep maupun pemikiran yang berharga serta materi dan fasilitas selama penulis melakukan studi di Kabupaten Banggai

- 5) Kepada Bapak **dr. Djunaidi M Dachlan, MS** selaku pendamping dan pembimbing selama penulis berada dilapangan, penulis sampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya atas segala bimbingannya selama ini
- 6) Kepada **Dr. dr. Anang S Otoluwa, MPPM** selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banggai beserta staf Dinkes Kabupaten Banggai, penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang tak terhingga karena dengan bantuan baik berupa ide, saran dan materi bahkan fasilitas selama berada di luwuk sehingga penulis dapat menjalani penelitian dengan lancar
- 7) Saudara-saudariku seperjuangan di S3 Gizi Angkatan 2017 yang selalu menjadi teman dalam suka maupun duka dalam mengikuti dan mengerjakan tugas perkuliahan serta saling membantu dalam penyelesaian tugas akhir ini. Kalian telah memberikan motivasi, bimbingan dan semangat serta doa yang sangat berharga bagi penulis



- 8) Kepada para partner Tim dilapangan **dr. Lucy, Bu Titi, Bu Yayuk**, adik **Akmal** dan **Fendi**, penulis sampaikan terima kasih atas bantuan dan kebersamaannya selama dilapangan, penulis mohon maaf bila selama bersama dilapangan ada kata dan tindakan yang tidak pantas dan tidak disengaja sekali lagi mohon dimaafkan
- 9) Kepada **Gubernur Maluku Utara** selaku Pemerintah Provinsi Maluku Utara, Penulis sampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya atas izin dan rekomendasi serta bantuan beasiswa tugas belajar yang telah diberikan kepada penulis sehingga studi kami dapat berjalan lancar sesuai dengan target
- 10) Kepada **dr. Idhar Sidi Umar, M.Kes** selaku kepala Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, penulis ucapkan terima kasih sebesar-besarnya telah memberikan kesempatan dan kepercayaan untuk melanjutkan studi S3 di Universitas Hasanuddin Makassar dan seluruh teman-teman staf Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, penulis juga sampaikan terima kasih atas dukungan, motivasi dan doanya
- 11) Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang turut membantu dan mendoakan dalam penyelesaian disertasi ini, tak lupa penulis sampaikan terima kasih yang tulus dan dalam.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati dan keterbatasan ilmu yang kami miliki, penulis senantiasa mengharapkan masukan dan saran serta koreksi yang bersifat konstruktif dari berbagai pihak demi kesempurnaan penulisan disertasi ini.

Makassar, 30 November  
2020

Penulis

**Aspar Abdul Gani**

## ABSTRAK

**ASPAR ABDUL GANI.** Studi Operasional Penurunan Stunting Melalui Upaya Konvergensi di Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah (Dibimbing oleh **Veni Hadju, A.Razak Thaha, Sukri Palutturi**)

Stunting pada anak usia 0-59 bulan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat, salah satunya ditandai dengan prevalensi stunting > 20%. Prevalensi Stunting Kabupaten Banggai 31,9% pada tahun 2018. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh model program penurunan stunting secara konvergen di Tingkat Kabupaten sampai tingkat keluarga dan melihat penurunan prevalensi stunting yang terjadi di desa lokus.

Desain Penelitian ini Mixed Method. Data Kualitatif untuk memperoleh model program penurunan stunting secara konvergen di tingkat Kabupaten sampai tingkat keluarga melalui wawancara informan, observasi dan telaah dokumen. Sedangkan data Kuantitatif untuk mengetahui penurunan prevalensi stunting di 10 desa lokus.

Hasil penelitian Kualitatif diperoleh model konvergensi penurunan stunting di Kabupaten yaitu terintegrasinya kegiatan stunting ke dalam Dokumen Penganggaran Tahunan Daerah serta pertemuan rutin 3 bulanan oleh Gugus tugas. Konvergensi di tingkat Kecamatan yaitu terlaksananya Sistem Koordinasi, Monitoring dan Evaluasi, serta Verifikasi oleh Camat terhadap Usulan Anggaran Stunting oleh desa. Konvergensi di tingkat Desa yaitu terlaksananya Manajemen data secara terintegrasi oleh Pembina Keluarga dan terintegrasinya kegiatan stunting ke dalam Dokumen Penganggaran Tahunan desa . Konvergensi di tingkat Keluarga yaitu Keterlibatan Kader Dasawisma pada kunjungan dan Pendataan Sasaran 1000 Hari Pertama Kehidupan, koordinasi terjadwal dan sosialisasi kepada sasaran 1000 HPK. Hasil Penelitian Kuantitatif menunjukkan adanya penurunan prevalensi stunting di 10 desa lokus sebesar 2,18%, khususnya pada kelompok umur 0-11 bulan terjadi penurunan secara signifikan ( $P=0,020$ ). Upaya penurunan stunting secara konvergen di desa lokus dan non-lokus perlu terus ditingkatkan melalui dukungan anggaran, pengembangan inovasi terbaru dan memperluas jejaring kerjasama dengan multi-sektor.

**Kata Kunci :** Stunting, Model Konvergensi, Anak Usia 0-59 bulan.



## ABSTRACT

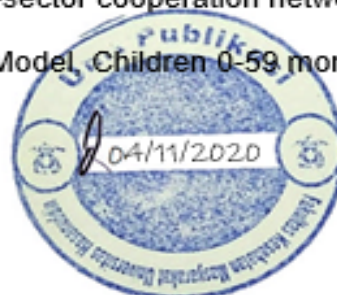
**ASPAR ABDUL GANI.** *The Operational Study Reducing Of Stunting Through Convergence Effort In Banggai District Central Sulawesi Province* (Supervised by **Veni Hadju, A.Razak Thaha, Sukri Palutturi**)

Stunting in children aged 0-59 months is still a public health problem, one of which is characterized by a prevalence of stunting > 20%. The prevalence of Stunting in Banggai District is 31.9% in 2018. This study aims to get a convergent stunting reduction program model at the district level to the family level and looking at changes in the prevalence of stunting in the locus village.

This research design is Mixed Method. Qualitative data to get a convergent stunting reduction program model at the district level to the family level through informant interviews, observation, and document review. Meanwhile, quantitative data is used to determine the reduction in stunting prevalence in 10 locus villages.

The qualitative research results obtained a convergence model of stunting reduction in districts, namely the integration of stunting activities into the Regional Revenue and Expenditure Budget Document as well as regular 3-month meetings by the task force, socialization and advocacy. Convergence at the sub district level, namely strengthening the role of the sub-district, the implementation of the Coordination, Monitoring and Evaluation System, as well as Verification by the Camat of the Proposed Stunting Budget by the village. Convergence at the Village level, namely scheduled coordination, the implementation of integrated data management by the Family builder and the integration of stunting activities into the annual village budgeting document. Convergence at the family level, namely the involvement of Dasawisma cadres in visits and data collection on the target of the first 1000 days of life, scheduled coordination and socialization to the 1000 HPK target. The results of the quantitative study showed a decrease in the prevalence of stunting in the 10 locus villages by 2.18%, especially in the 0-11 month age group there was a significant decrease ( $P = 0.020$ ). Efforts to reduce stunting in a convergent manner in both locus and non-locus villages need to be increased through budget support, developing up to date innovations and expanding the multi-sector cooperation network.

**Keywords:** Stunting, Convergence Model, Children 0-59 months.



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....</b>	<b>iv</b>
<b>PRAKATA .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>xx</b>
<b>DAFTAR GRAFIK.....</b>	<b>xxii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN .....</b>	<b>xxiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Stunting Dampak dan Pencegahannya .....	9
B. Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK).....	12
C. Manajemen dan Strategi Penurunan Stunting.....	25
D. Kerangka Penyebab Masalah Stunting.....	28
E. Delapan Aksi Terintegrasi Intervensi Pencegahan Stunting.....	35
F. Konvergensi.....	37
G. Proses Perubahan Sosial.....	40
H. Efektifitas Pelaksanaan Program Penurunan Stunting di berbagai Negara di Dunia.....	42
I. Alur Penelitian.....	45
J. Rancangan Tahapan Penilaian Pencegahan Stunting.....	46
K. Kerangka Teori.....	47

L. Kerangka Konsep.....	49
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian.....	51
B. Lokasi Penelitian.....	55
C. Sampel dan Informan.....	56
D. Variabel Penelitian dan Batasan Operasional.....	57
E. Jenis, Instrumen dan Cara Pengumpulan Data.....	58
F. Pengolahan dan Analisa Data.....	61
G. Kontrol Kualitas.....	63
H. Uji Keabsahan Data.....	65
I. Pertimbangan Etik.....	66
J. Prosedur Pelaksanaan Penelitian.....	67
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian Kualitatif.....	71
B. Hasil Penelitian Kuantitatif.....	131
C. Pembahasan Hasil Penelitian Kualitatif.....	145
D. Pembahasan Hasil Penelitian Kuantitatif.....	216
E. Kebaruan Penelitian.....	234
<b>BAB V PENUTUP</b>	
Kesimpulan.....	236
Saran.....	237
Rekomendasi.....	238
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1	Daftar Nama Desa Lokus dan Desa Non-Lokus di Kabupaten Banggai	55
2	Jumlah Kecamatan dan Desa/Kelurahan serta Luas Wilayah di Kabupaten Banggai Tahun 2019	76
3	Gaya Leadership dan Prestasi Kepemimpinan Gizi yang di peroleh Pemerintah Kabupaten Banggai dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	78
4	Karakteristik Informan Studi Operasional Penurunan Stunting Melalui Upaya Konvergensi Di Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah Tahun 2019	79
5	Hasil Pelaksanaan Focus Group Discussion (FGD) dengan Lintas Sektor Dalam Rangka Penurunan Stunting Di Kabupaten Banggai Tahun 2019	91
6	Model Agen Perubahan bersifat internal dan eksternal maupun International dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	95
7	Model Seminar Dalam Rangka Penguatan Komitmen dan Kesiambungan Komunikasi serta Informasi Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	95
8	Model Regulasi dan Kebijakan Pemerintah Kabupaten Banggai Dalam Rangka Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	96

9	Model Inovasi Program Gizi dan Kesehatan dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	100
10	.Model Alat Ukur Antropometri yang digunakan dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	101
11	Model Media Massa dan Elektronik yang digunakan dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	102
12	Model Dialog Masyarakat yang digunakan dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	103
13	Model Aksi Bersama dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	104
14	Model Pendampingan Universitas Hasanuddin Dalam Rangka Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	105
15	Hasil Kajian Implementasi 5 Pilar Dalam Rangka Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	107
16	Hasil Kajian Implementasi 8 Aksi Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kabupaten Tahun 2019	108
17	Perencanaan dan Penganggaran Intervensi Sensitif Dalam Rangka Program Penurunan Stunting Secara Konvergen Di 10 Desa Lokus Kabupaten Banggai Tahun 2019	110
18	Perencanaan dan Penganggaran Intervensi Spesifik Dalam Rangka Program Penurunan Stunting Secara Konvergen Di 10 Desa Lokus Tahun 2019	114
19	Model Inovasi Program Gizi dan Kesehatan dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kecamatan Tahun 2019	120



20	Model Dialog Masyarakat yang digunakan dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kecamatan Tahun 2019	121
21	Model Aksi Bersama dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kecamatan Tahun 2019	122
22	Model Pendampingan Universitas Hasanuddin Dalam Rangka Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Kecamatan Tahun 2019	123
23	Model Inovasi Program Gizi dan Kesehatan di Tingkat Desa dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Desa Tahun 2019	125
24	Model Dialog Masyarakat dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Desa Tahun 2019	126
25	Model Aksi Bersama dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Desa Tahun 2019	127
26	Model Pendampingan Universitas Hasanuddin Dalam Rangka Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Desa Tahun 2019	127
27	Model Inovasi Program dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Keluarga Tahun 2019	129
28	Model Aksi bersama sebagai gerakan pendukung dalam Program Penurunan Stunting Secara Konvergen di Tingkat Keluarga Tahun 2019	130
29	Gambaran Status Gizi Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) Pada Balita Di Daerah Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018	131
30	Gambaran Status Gizi Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) Pada Balita Di Daerah Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2019	132

31	Prevalensi Status Gizi Pada Balita Berdasarkan Kelompok Umur Di Daerah Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018 dan 2019	133
32	Prevalensi Stunting Pada Balita berdasarkan Desa di Daerah Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018 dan 2019	135
33	Prevalensi Stunting Pada Balita Berdasarkan Kelompok Umur Per Desa di Daerah Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018	136
34	Prevalensi Stunting Pada Balita Berdasarkan Desa dan Kelompok Umur di Daerah Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2019	137
35	Perbedaan Stunting berdasarkan Z Score TB/U Pada Balita di 10 Desa Daerah Lokus Kabupaten Banggai Tahun 2018 dan 2019	138
36	Perbedaan Stunting berdasarkan Z Score TB/U Kelompok Umur Pada Balita Di Daerah Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018 dan 2019	138
37	Perbedaan Stunting berdasarkan Z Score TB/U Kelompok Umur (0-11) Bulan Pada Balita Di Daerah Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018 dan 2019	1399
38	Prevalensi Stunting Pada Balita Berdasarkan Desa dan Kelompok Umur di Daerah Non-Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018	140
39	Prevalensi Stunting Pada Balita Berdasarkan Desa dan Kelompok Umur di Daerah Non-Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2019	141
40	Prevalensi Stunting Pada Balita berdasarkan Desa di Daerah Non-Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018 dan 2019	142
41	Prevalensi Status Gizi Pada Balita Berdasarkan Kelompok Umur Di Daerah Non-Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018 dan 2019	143

42	Summary Model Konvergensi Program Penurunan Stunting Berdasarkan Tingkatan	202
43	Bentuk Kegiatan Konvergensi Pencegahan dan Penanggulangan Stunting Di Tingkat Kabupaten, Kecamatan, Desa dan Keluarga	210

## DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
Gambar 1	Siklus Gangguan Pertumbuhan Intergenerasi	19
Gambar 2	Kerangka Pikir Penyebab, Pencegahan Dan Penanggulangan Masalah Gizi Pada 1000 HPK	21
Gambar 3	Kerangka Konseptual Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi	27
Gambar 4	<i>Kerangka Penyebab Masalah Stunting Di Indonesia</i>	29
Gambar 5	Usulan Kerangka Waktu Untuk Rencana Aksi Intervensi Stunting	32
Gambar 6	5 (Lima) Pilar Utama Penanganan Stunting	32
Gambar 7	Delapan Aksi Terintegrasi Pencegahan Dan Penurunan Stunting	35
Gambar 8	Integrated Model of Communication for Social Change	41
Gambar 9	Peta lokasi penelitian daerah lokus stunting Kabupaten Banggai	75
Gambar 10	Skema/Diagram Model Konvergensi Program Penurunan Stunting di Tingkat Kabupaten	77
Gambar 11	Skema/Diagram Model Konvergensi Program Penurunan Stunting di Tingkat Kecamatan	119
Gambar 12	Skema/Diagram Model Konvergensi Pencegahan dan Penanggulangan Stunting di Tingkat Desa	124
Gambar 13	Skema/Diagram Pengembangan Model Konvergensi Manajemen Pendataan dan Pelaporan Stunting oleh Kader Dasawisma di Tingkat Rumah Tangga	129
Gambar 14	Cross Cutting Program Peningkatan SDM 1000 Hari Pertama Kehidupan Dalam RPJMD 2016-2021	159
Gambar 15	Model Konvergensi Program Penurunan Stunting ke dalam Dokumen Perencanaan & Penganggaran APBD/APBD-P di Kabupaten Banggai 2019	165
Gambar 16	Model Pencatatan dan Pelaporan Pembina Keluarga	173
Gambar 17	Model Pencatatan dan Pelaporan Kader Dasawisma	174
Gambar 18	Model Manajemen Data “4 (Empat) Asas Pasti”	177

Gambar 19	Model Konvergensi Manajemen Pendataan dan Pelaporan Stunting Oleh Pembina Keluarga di Tingkat Desa	196
-----------	--	-----

**DAFTAR GRAFIK**

Nomor		Halaman
Grafik 1	Penurunan Prevalensi Status Gizi Pada Balita Berdasarkan Kelompok Umur Di Daerah Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018 dan 2019	134
Grafik 2	Peningkatan Prevalensi Status Gizi Pada Balita Berdasarkan Kelompok Umur Di Daerah Non-Lokus Stunting Kabupaten Banggai Tahun 2018 dan 2019	144

## DAFTAR SINGKATAN

ANC	= Ante Natal Care
ASI	= Air Susu Ibu
BB	= Berat Badan
BBLR	= Berat Badan Lahir Rendah
BPPSPAM	= Badan Peningkatan Penyelenggaraan Sistem Penyediaan Air Minum
BTB	= Bantuan Tunai Bersyarat
DAK	= Dana Alokasi Khusus
DPA	= Dokumen Pelaksanaan Anggaran
ELN	= Early Life Nutrition
HIV	= Human Immunodeficiency Virus
HPK	= Hari Pertama Kehidupan
IMD	= Inisiasi Menyusu Dini
IUFD	= Intra Uterine Fetal Death
IUGR	= Intra Uterine Growth Retardation
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
KB	= Keluarga Berencana
KEK	= Kurang Energi Kronik
KIA	= Kesehatan Ibu Anak
KMS	= Kartu Menuju Sehat
KPM	= Kader Pembangunan Manusia
KUA- PPAS	= Kebijakan Umum Anggaran - Prioritas Plafon Anggaran Sementara
LOKUS	= Lokasi Fokus
MTBS	= Manajemen Terpadu Balita Sakit
OECD PISA	= Organisation for Economic Co-operation and Development - Programme for International Student Assessment
OPD	= Organisasi Perangkat Daerah

PAUD	= Pendidikan Anak Usia Dini
PBB	= Perserikatan Bangsa-Bangsa
PBBH	= Pertambahan Berat Badan Hamil
PDB	= Produk Domestik Bruto
PHBS	= Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PJK	= Penyakit Jantung Koroner
PKH	= Program Keluarga Harapan
PMT	= Pemberian Makanan Tambahan
PROGAS	= Program Gizi Anak Sekolah
PTM	= Penyakit Tidak Menular
R-APBD	= Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
RAPBD-P	= Rancangan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah-Perubahan
RENJA	= Rencana Kerja
RISKESDAS	= Riset Kesehatan Dasar
RKPD	= Rencana Kerja Pemerintah Daerah
RTM	= Rumah Tangga Miskin
SDGs	= Sustainable Development Goals
SEAR	= South-East Asia Regional
StraNas	= Strategi Nasional
SUN Movement	= Scaling Up Nutrition Movement
TAPD	= Tim Anggaran Pemerintah Daerah
TIBC	= Total Iron Binding Capacity
TKPKD	= Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah
TKPM	= Tinggi Kalori, Protein, dan Mikronutrien
TNP2K	= Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TT	= Tetanus Toxoid
UKS	= Usaha Kesehatan Sekolah



WHA = World Health Assembly  
WHO = World Health Organization  
WNPG = Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Stunting atau balita pendek masih merupakan salah satu masalah gizi yang dialami oleh balita di dunia saat ini, pada tahun 2017 ada 22,2% atau sekitar 150,8 juta balita di dunia mengalami Stunting (Unicef, 2018). Secara global angka Stunting pada balita telah menurun dari 253 juta pada tahun 1990 menjadi 178 juta pada tahun 2005, dan menjadi 165 juta pada tahun 2011 (Bhutta, Das, Rizvi, et al., 2013).

The World Health Assembly (WHA) bertekad menurunkan prevalensi balita stunting secara global sebesar 40% pada tahun 2025, sehingga angka stunting pada balita akan menurun dari 171 juta pada tahun 2010 menjadi sekitar 100 juta di tahun 2025 (Berkman et al., 2002; Black, Alderman, et al., 2013). World Bank pada 2017 melaporkan bahwa Indonesia adalah negara keempat di dunia dengan jumlah balita stunting tertinggi, hanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan India, Pakistan, dan Nigeria. 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).

Data hasil Riskesdas pada tahun 2007, 2010, 2013 dan 2018 menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Indonesia pada tahun 2007

yaitu sebesar 36,8%, pada tahun 2010 yaitu sebesar 35,6%, kemudian pada tahun 2013 yaitu sebesar 37,2% dan terakhir pada tahun 2018 sebesar 30,8%, menyusul hasil Survei Status Balita Indonesia sebesar 27,67%. Meskipun stunting sudah mencapai target RPJMN tahun 2019 yaitu 32%, namun target global prevalensi Stunting oleh WHO sebesar 20% belum tercapai (Riskesdas,2007,2010,2013,2018).

Data hasil Riskesdas pada tahun 2007, 2010, 2013 dan 2018 menunjukkan bahwa prevalensi Stunting di Sulawesi Tengah pada tahun 2007 yaitu sebesar 40,3%, pada tahun 2010 yaitu sebesar 36,1% pada tahun 2013 yaitu sebesar 41,0% dan terakhir pada tahun 2018 yaitu sebesar 32,5%. Sementara Data hasil Riskesdas pada tahun 2007, 2010, 2013 dan 2018 menunjukkan bahwa prevalensi stunting di Kabupaten Banggai pada tahun 2007 sebesar 41,7%, pada tahun 2013 sebesar 35,3% sedangkan pada Tahun 2018 sebesar 31,9 % (Riskesdas,2007,2010,2013,2018).

Stunting merupakan masalah yang urgen dan segera harus ditangani, karena dampak buruk yang ditimbulkan sangat serius dan meluas. Dampak tersebut dapat dibagi menjadi dua pertama jangka pendek yaitu terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Yang kedua jangka panjang yaitu menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes,

kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua, akumulasi dari kedua dampak tersebut dapat menurunkan kualitas sumber daya manusia dan produktifitas serta daya saing bangsa.

Dari sisi ekonomi dan keuangan pengalaman dan bukti internasional menunjukkan bahwa kerugian ekonomi negara akibat stunting sebesar 2-3% dari Produk Domestik Bruto (PDB). Berdasarkan data World Bank, PDB negara kita adalah sebesar Rp. 13.000 Triliun pada tahun 2017, ini berarti bahwa kerugian akibat stunting diperkirakan sebesar Rp. 260 – 390 Triliun, kerugian lainnya adalah sekitar 9 juta anak indonesia terancam kehilangan IQ 10 – 15 point, pada tahun 2015 indonesia berada di peringkat 69 terendah dari 71 negara (Co-operation et al., 2013). kehilangan 1% tinggi badan karena stunting berhubungan dengan kehilangan 1,4% produktifitas (Jalal, 2017;Tim TNP2K, 2018). Inilah yang menjadi alasan mendasar kenapa stunting menjadi salah satu priorotas atau fokus pemerintah dalam RPJMN 2020-2024 dan melibatkan kurang lebih 20 lebih Kementerian/Lembaga untuk mengatasi masalah tersebut

Upaya intervensi gizi spesifik pada balita pendek difokuskan pada kelompok 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) melalui pendekatan multi- sektor dan berbasis bukti. Pendekatan multisektoral ini harus dimulai dari level Kementerian dan Lembaga Tinggi hingga pada level desa (Bappenas,2013).

Saat ini program percepatan penurunan stunting di Indonesia secara konvergen yang dilaksanakan oleh pemerintah pusat belum sepenuhnya terlaksana secara efektif dan efisien, ini terlihat dari belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif di semua level terutama terkait dengan perencanaan dan penganggaran, penyelenggaraan, serta pemantauan dan evaluasinya, kemudian belum efektif dan efisiennya pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana, keterbatasan kapasitas dan kualitas penyelenggaraan program dan masih minimnya advokasi, kampanye dan diseminasi terkait stunting, serta berbagai upaya pencegahannya termasuk implementasi kebijakan dan komitmen di tingkat lapangan pun masih kurang maksimal (TNP2K,2018).

Presiden Republik Indonesia dalam rapat terbatas di Istana, menyampaikan pentingnya koordinasi antar Kementerian dan Lembaga untuk menurunkan stunting dan focus dalam penanganannya, kemudian dalam keterangan pers yang disampaikan oleh Wakil Presiden mengatakan bahwa konvergensi atau integrasi penanganan stunting belum berjalan efektif, disebabkan karena ego sektoral dan lemahnya koordinasi antar Kementerian dan Lembaga, sehingga ini membuktikan sekaligus memberi kesan bahwa penanganan stunting secara konvergen di Indonesia belum efektif dan optimal.

Upaya penurunan stunting hanya efektif dan efisien apabila dilakukan secara konvergen dimulai dari tingkat Kabupaten sampai ke tingkat masyarakat atau keluarga. Sejalan dengan hal tersebut, upaya seperti ini telah dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Banggai sejak tahun 2016/2017, jauh sebelum Pemerintah Pusat mulai fokus penanganan stunting secara terintegrasi pada tahun 2018.

Kata atau Istilah konvergensi telah lama digunakan di dalam laporan ataupun forum Global Nutrition International. Konvergensi didefinisikan sebagai sebuah pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu, dan bersama-sama pada target sasaran keluarga prioritas untuk mencegah stunting, atau secara operasional dapat dikatakan bahwa konvergensi adalah suatu upaya bagaimana mengerahkan dan mengintegrasikan seluruh potensi atau kemampuan berupa sumber daya yang dimiliki oleh seluruh sektor yang terlibat untuk fokus terhadap satu tujuan bersama yang ingin dicapai atau satu permasalahan yang ingin diselesaikan.

Berdasarkan uraian tersebut, maka untuk menjawab permasalahan diatas, diperlukan suatu upaya untuk mengkaji dan menganalisis bagaimana implementasi program penurunan stunting secara konvergen di tingkat Kabupaten sampai pada tingkat keluarga untuk memperoleh suatu model penurunan stunting yang efektif dan efisien. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “ **Studi Operasional Penurunan Stunting Melalui Upaya**

### **Konvergensi Di Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah “.**

Penelitian ini akan dilakukan di 10 Desa yang masuk dalam prioritas nasional program pencegahan stunting dan merupakan rangkaian dari penelitian studi Longitudinal percepatan perbaikan gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dengan pendekatan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang berkesinambungan kerjasama Universitas Hasanuddin dengan Pemerintah Kabupaten Banggai.

#### **B. Perumusan Masalah**

Meskipun upaya penurunan stunting telah dilakukan, namun belum menunjukkan capaian yang optimal, oleh karena itu perlu dilakukan kajian dan analisis untuk memperoleh suatu model program penurunan stunting secara konvergen di Tingkat Kabupaten sampai masyarakat atau Keluarga. Untuk itu penelitian ini bermaksud untuk melakukan sebuah kajian dan analisis untuk memperoleh suatu model program penurunan stunting secara konvergen di tingkat Kabupaten sampai tingkat Keluarga atau masyarakat yang efektif dan efisien dalam menurunkan prevalensi Stunting.

Berdasarkan latar belakang dan rumusan masalah yang telah diuraikan diatas, maka masalah utama yang akan dikaji dan dianalisis dalam penelitian operasional ini adalah bagaimana memperoleh suatu model program penurunan stunting secara konvergen di tingkat Kabupaten sampai ke tingkat keluarga atau masyarakat yang efektif dan efisien dalam menurunkan prevalensi stunting sekaligus menilai

berapa besar perubahan prevalensi stunting di desa lokus dan non lokus.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1.1 Tujuan Umum**

Untuk memperoleh suatu model program penurunan stunting secara konvergen dan mengetahui penurunan prevalensi stunting di daerah lokus.

### **1.2 Tujuan Khusus**

- a. Memperoleh model program penurunan stunting secara konvergen di Tingkat Kabupaten.
- b. Memperoleh model program penurunan stunting secara konvergen di Tingkat Kecamatan.
- c. Memperoleh model program penurunan stunting secara konvergen di Tingkat Desa.
- d. Memperoleh model program penurunan stunting secara konvergen di Tingkat Keluarga.
- e. Mengetahui penurunan prevalensi stunting di desa lokus

## **D. Manfaat Penelitian**

Diharapkan hasil penelitian ini memberikan manfaat antara lain:

1. Untuk pengembangan ilmu

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjelaskan besar perubahan prevalensi stunting di desa Lokus dan non lokus serta diperolehnya



suatu model program penurunan stunting secara konvergen di Tingkat Kabupaten sampai Tingkat Keluarga.

2. Untuk pengembangan kebijakan dan program

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh para pengambil kebijakan dan pengelola program dalam rangka menurunkan stunting di Kabupaten Banggai, sekaligus dapat dijadikan sebagai rujukan dan strategi di daerah lain yang mengalami masalah stunting.

3. Untuk Penulis

Penelitian ini dapat memberikan ilmu dan pengetahuan baru tentang bagaimana model program penurunan stunting secara konvergen yang efektif dan efisien.

4. Untuk Institusi

Penelitian ini dapat bermanfaat untuk menambah jumlah peneliti baik institusi perguruan tinggi maupun instansi di daerah peneliti untuk memperkuat kapasitas institusi dan instansi terutama dalam melakukan penelitian yang terkait dengan bidang ilmu gizi, khususnya program penurunan stunting.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Stunting, Dampak dan Pencegahannya**

##### **1. Definisi Stunting**

Stunting merupakan suatu keadaan dimana tinggi badan anak yang terlalu rendah. Stunting atau terlalu pendek berdasarkan umur adalah tinggi badan yang berada di bawah minus dua standar deviasi ( $<-2SD$ ) dari tabel status gizi WHO child growth standard (Kepmenkes, 2010; WHO, 2014).

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 (Pusdatin Kemenkes RI, 2016).

##### **2. Dampak Stunting**

Di seluruh dunia, hampir 165 juta anak di bawah usia lima tahun menderita Stunting. Ini adalah kondisi kronis yang dapat terjadi jika seorang anak tidak memiliki akses nutrisi yang tepat khususnya 1.000 hari pertama kehidupan mereka (Black, Victora, et al., 2013).

Dampak yang ditimbulkan Stunting dapat dibagi menjadi dampak jangka pendek dan jangka panjang. 1. Dampak Jangka Pendek. a. Peningkatan kejadian kesakitan dan kematian; b. Perkembangan

kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal; dan c. Peningkatan biaya kesehatan. 2. Dampak Jangka Panjang. a. Postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (lebih pendek dibanding anak pada umumnya); b. Meningkatnya risiko obesitas dan penyakit lainnya; c. Menurunnya kesehatan reproduksi; d. Kapasitas belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah; dan e. Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal (Dewey et al., 2011).

Pengerdilan tidak hanya memengaruhi kesehatan anak dan membuat mereka lebih rentan terhadap penyakit infeksi, tetapi juga mengganggu perkembangan mental dan fisik mereka, ini berarti anak-anak yang menderita pengerdilan cenderung kurang mencapai tinggi penuh dan potensi kognitif sebagai orang dewasa.

### 3. Upaya Pencegahan Stunting

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 (Wüstefeld et al., 2015). 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 pada sasaran ibu hamil dan bersalin melalui intervensi pada 1.000 hari pertama kehidupan, mengupayakan jaminan mutu Ante Natal Care (ANC) terpadu, meningkatkan persalinan di fasilitas kesehatan, menyelenggarakan program pemberian makanan Tinggi Kalori, Protein, dan Mikronutrien (TKPM), deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular), pemberantasan kecacingan, meningkatkan transformasi Kartu Menuju Sehat (KMS) ke dalam Buku KIA, menyelenggarakan konseling Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan ASI eksklusif dan penyuluhan dan pelayanan KB.

Untuk sasaran Balita upaya yang perlu dilakukan adalah pemantauan pertumbuhan balita, menyelenggarakan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk balita, menyelenggarakan stimulasi dini perkembangan anak, dan memberikan pelayanan kesehatan yang optimal. Pada Anak Usia Sekolah upaya yang perlu dilakukan yaitu melakukan revitalisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), menguatkan kelembagaan tim pembina UKS, menyelenggarakan Program Gizi Anak Sekolah (PROGAS), dan memberlakukan sekolah sebagai kawasan bebas rokok dan narkoba.

Upaya yang perlu dilakukan pada sasaran remaja antara lain meningkatkan penyuluhan untuk perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), pola gizi seimbang, tidak merokok, dan tidak mengonsumsi narkoba serta pendidikan kesehatan reproduksi. Kemudian untuk sasaran dewasa muda, upaya yang harus dilakukan adalah penyuluhan

dan pelayanan keluarga berencana (KB), deteksi dini penyakit (menular dan tidak menular), dan meningkatkan penyuluhan untuk PHBS, pola gizi seimbang, tidak merokok dan tidak mengonsumsi narkoba (Permenkes RI No 39/2016).

## **B. Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)**

### **1. Urgensi Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK)**

Periode 1000 hari pertama kehidupan terdiri dari 270 hari selama kehamilan dan 730 hari dari kelahiran sampai usia 2 tahun. Dengan demikian, 1000 hari pertama kehidupan terjadi pada saat ibu hamil dan menyusui hingga usia anak 24 bulan (Bappenas, 2012; Sumarmi et al., 2017). Gerakan 1000 HPK di Indonesia sejalan dengan upaya global dalam penanganan masalah gizi melalui program *Scaling Up Nutrition Movement (SUN Movement)* yang diinisiasi oleh PBB. *Global SUN Movement* bertujuan menurunkan masalah gizi, dengan fokus pada 1000 hari pertama kehidupan (Sardjunani et al., 2016; Sumarmi et al., 2017).

Para ahli menyatakan bahwa periode usia anak dibawah dua tahun dikenal sebagai periode emas atau *window of opportunity* disebabkan apabila periode ini terlewat, maka tidak dapat diulang kembali atau *irreversible* jika timbul masalah gizi. Terkadang periode emas ini belum menjadi fokus perhatian keluarga, disebabkan pengetahuan dan belum menjadi skala prioritas yang harus dipenuhi, sehingga hal ini dapat menimbulkan beban ganda masalah gizi yaitu

anak kurang gizi, lambat berkembang, mudah sakit, kurang cerdas serta saat dewasa mengalami masalah kegemukan dan berisiko terkena penyakit degeneratif (Oktia Woro et al, 2014; Sardjunani et al., 2016).

Wawasan tentang bagaimana mengatasi dampak potensial dengan memodifikasi faktor risiko di awal kehidupan terhadap masalah kejadian obesitas dikemudian hari dapat dilakukan dengan mengevaluasi pengaruhnya sejak dini. (Okubo et al., 2015). Di negara- negara yang berpenghasilan rendah dan menengah yang mengalami transisi sosial ekonomi, menunjukkan bahwa intervensi untuk mempromosikan pola makan dan gaya hidup kepada calon orang tua sebelum konsepsi masih belum mendapat perhatian yang cukup (Hanson et al., 2012).

Pada masa kehamilan, wanita sangat membutuhkan banyak vitamin dan mineral dibanding sebelum terjadi kehamilan untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan janin serta proses diferensiasi sel. Salah satu Penelitian menunjukkan pentingnya pemrograman gizi yang terjadi pada 2-3 tahun pertama kehidupan, asupan gizi selama periode emas yang singkat ini telah terbukti memiliki efek terhadap kesehatan dan pengembangan sepanjang masa yang besar dan signifikan serta berpengaruh pada masa dewasa (Yue et al., 2016).

Kurang gizi, hambatan pertumbuhan janin, menyusui yang tidak optimal, *Stunting*, *wasting*, defisiensi vitamin A dan zink memberikan

kontribusi 45% kematian anak dari 1-3 juta kematian per tahun (Black, Victora, et al., 2013). Secara umum, prevalensi stunting sudah menurun meskipun perlahan, ini dapat diketahui dari masih terdapat 165 juta balita stunting pada tahun 2011; dan wasting sebanyak 52 juta anak, sehingga penting untuk membatasi hambatan pertumbuhan janin atau bayi kecil untuk masa kehamilan (Bhutta, Das, & Rizvi, 2013). Kurang gizi yang dialami anak dan tidak terstimulasi lingkungan yang baik berkontribusi terhadap perkembangan anak, kesehatan dan produktivitas pada masa dewasa (Black, Alderman, et al., 2013; Black, Victora, et al., 2013).

Masalah kekurangan gizi 1000 HPK diawali dengan perlambatan atau retardasi pertumbuhan janin yang dikenal sebagai IUGR (*Intra Uterine Growth Retardation*). Di negara berkembang kurang gizi pada pra hamil dan ibu hamil berdampak pada lahirnya anak yang IUGR dan BBLR. Kondisi IUGR hampir separuhnya terkait dengan status gizi ibu, yaitu berat badan (BB) ibu pra hamil yang tidak sesuai dengan tinggi badan ibu atau bertubuh pendek, dan penambahan berat badan selama kehamilan yang kurang dari seharusnya (Mitra, 2015).

Kekurangan gizi di dalam kandungan menyebabkan terjadinya respons kompensasi pada janin yang merefleksikan apa yang disebut "***developmental plasticity***" (plastisitas perkembangan) pada masa-masa kritis ini, tetapi kemudian menjadi permanen pada pasca lahir dan sepanjang hidupnya yang menyebabkan bayi tersebut

mempunyai keterbatasan untuk melakukan adaptasi pada masa pasca-lahir sampai usia dewasa.(D. J. Barker, 1999) Respons janin terhadap perubahan gizi ibu, melalui mekanisme *developmental plasticity*, menyebabkan bayi membutuhkan lingkungan yang sama dengan saat dalam kandungan. Apabila lingkungan pasca persalinan berbeda, maka akan menyebabkan apa yang disebut sebagai situasi “*Mismatch*” antara apa yang sudah dipersiapkan oleh janin dalam kandungan untuk menghadapi situasi pasca persalinan, sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit tidak menular (PTM).

Esensi dari *Developmental plasticity* adalah suatu periode kritis saat suatu sistem bersifat plastis dan sensitif terhadap lingkungannya, diikuti dengan hilangnya plastisitas dan kapasitas fungsional yang menetap. Masa kritis sebagian organ dan sistem adalah saat dlm kandungan, Pengamatan baru-baru ini menunjukkan bahwa gangguan pertumbuhan pada bayi dan kenaikan berat badan anak yang cepat memperburuk efek gangguan pertumbuhan prenatal. Penyakit jantung koroner (PJK) dan gangguan yang terkait dengannya muncul melalui serangkaian interaksi antara pengaruh lingkungan dan jalur pertumbuhan dan perkembangan yang mendahuluinya (D. Barker, 2008). Barker dan Hales kemudian menyampaikan hipotesa lanjutan yaitu “*Thrifty Phenotype*”, dimana bayi yang mengalami kekurangan gizi di dalam kandungan, dan telah melakukan adaptasi metabolik dan endokrin secara permanen akan



mengalami kesulitan untuk beradaptasi pada lingkungan "kaya gizi" pasca lahir, sehingga menyebabkan obesitas dan mengalami gangguan toleransi terhadap glukosa. (Wells, 2011) (Cottrell et al., 2008).

Risiko obesitas lebih kecil apabila pasca lahir bayi diberikan makanan dalam jumlah yang tidak berlebihan. Bayi akan melakukan adaptasi untuk mengatasi kekurangan zat gizi tersebut, hal ini akan menyebabkan perubahan struktur atau fungsi organ yang sedang dalam taraf perkembangan yang dapat bersifat permanen. Organ akan mengalami perubahan, seperti kadar kolesterol dalam hati akan meningkat, pengaruh pada pankreas akan menyebabkan diabetes melitus dan kanker payudara. Oleh karena itu, akibat yang ditimbulkan kurang gizi pada periode ini sifatnya permanen, yang pengaruhnya terbawa sampai pada usia dewasa.

## 2. Fungsi Mikronutrien pada masa kehamilan

Gizi ibu dapat mempengaruhi hasil kehamilan apabila asupan energi yang dikonsumsi adekuat. Dalam sebuah studi awal oleh Ebbs dkk, menyatakan bahwa pola makan kurang baik (didefinisikan sebagai diet rendah protein, kalsium, buah-buahan dan sayuran) berkorelasi dengan tingginya insiden keguguran, lahir mati dan kematian neonatal dini dibandingkan dengan ibu yang konsumsi makannya baik atau cukup (Fall et al., 2003).

Mikronutrien kelompok ibu dalam masyarakat miskin dengan asupan gizi yang tidak mencukupi perlu diberikan suplementasi makanan, sehingga dapat mengurangi frekuensi komplikasi kehamilan seperti seng dan tembaga yang memiliki aktivitas antioksidan dan bertindak sebagai peroksinitrit, sementara magnesium dan kalsium merupakan mikronutrien yang esensial. apabila terjadi gangguan metabolisme pada komponen mikronutrien ini, maka dapat menjadi faktor dalam perkembangan penyakit tertentu seperti pre-eklampsia.

Defisiensi zat gizi sudah merupakan hal yang umum terjadi selama masa kehamilan dan dilaporkan bahwa wanita hamil di negara berkembang mengkonsumsi diet yang rendah kadar vitamin dan mineral. Diet yang tidak adekuat sebelum dan selama kehamilan akan memiliki risiko tinggi terhadap ibu dan janinnya. Defisiensi zat gizi mikro seperti seng, tembaga terlibat dalam berbagai kejadian reproduksi seperti, kelainan kongenital, abortus, infertilitas, solusio plasenta, ketuban pecah dini, pre- eklampsia, bayi lahir mati (IUFD) dan BBLR, Konsumsi diet 'buruk' telah terbukti menjadi faktor risiko untuk hasil kehamilan yang tidak optimal, sementara penyediaan suplemen gizi yang dipilih sebelum dan selama kehamilan telah dikaitkan dengan peningkatan hasil kehamilan (Keen et al., 2003; Keen et al., 1997).

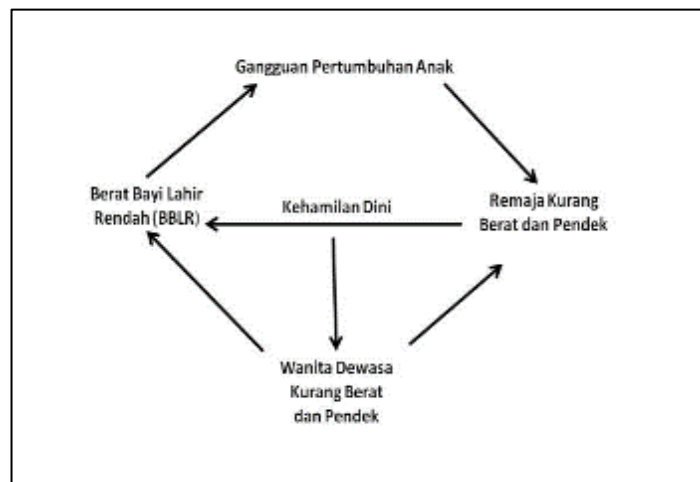
### 3. Faktor Penyebab Masalah Gizi pada 1000 HPK

Zat-zat gizi yang diperlukan oleh tubuh memiliki fungsi dan perannya masing-masing. Sebagai sumber energi atau tenaga (terutama karbohidrat dan lemak), sumber zat pembangun (protein), terutama untuk pertumbuhan, perkembangan, pertahanan dan perbaikan jaringan tubuh, serta sumber zat pengatur dalam proses kehidupan (vitamin dan mineral). apabila zat gizi tersebut mengalami kekurangan atau kelebihan, maka dapat menyebabkan perubahan karakteristik dan fisiologis tubuh sebagai permasalahan gizi (Almatsier, 2001).

Masalah kekurangan gizi 1000 HPK diawali dengan perlambatan atau retardasi pertumbuhan janin yang dikenal sebagai IUGR. Di negara berkembang kurang gizi pada pra hamil dan ibu hamil berdampak pada lahirnya anak yang IUGR dan BBLR, Efek yang paling nyata dari pertumbuhan lingkungan intrauterin terlihat pada anak-anak dengan retardasi pertumbuhan intrauterin. Anak-anak yang kekurangan zat gizi ini lebih ringan dan lebih pendek dari teman sebayanya (Strauss, 1997).

Kondisi IUGR hampir separuhnya terkait dengan status gizi ibu, yaitu berat badan (BB) ibu pra-hamil yang tidak sesuai dengan tinggi badan ibu atau bertubuh pendek, penambahan berat badan selama kehamilannya (PBBH) jauh dari seharusnya. Ibu yang pendek waktu usia 2 tahun cenderung bertubuh pendek pada saat menginjak dewasa. Apabila ibu pendek hamil akan cenderung melahirkan bayi yang BBLR, apabila tidak ada perbaikan, maka kejadian IUGR dan BBLR akan

terus berlangsung dari generasi ke generasi selanjutnya, sehingga terjadi masalah anak pendek intergenerasi. pemerintah Indonesia telah meluncurkan strategi baru untuk mempercepat pengurangan prevalensi Stunting yaitu Strategi Nasional untuk Mempercepat Pencegahan Stunting (StraNas Stunting 2017-2021) (Rokx et al., 2018).



Gambar 1. Siklus Gangguan Pertumbuhan intergenerasi (Bappenas, 2012)

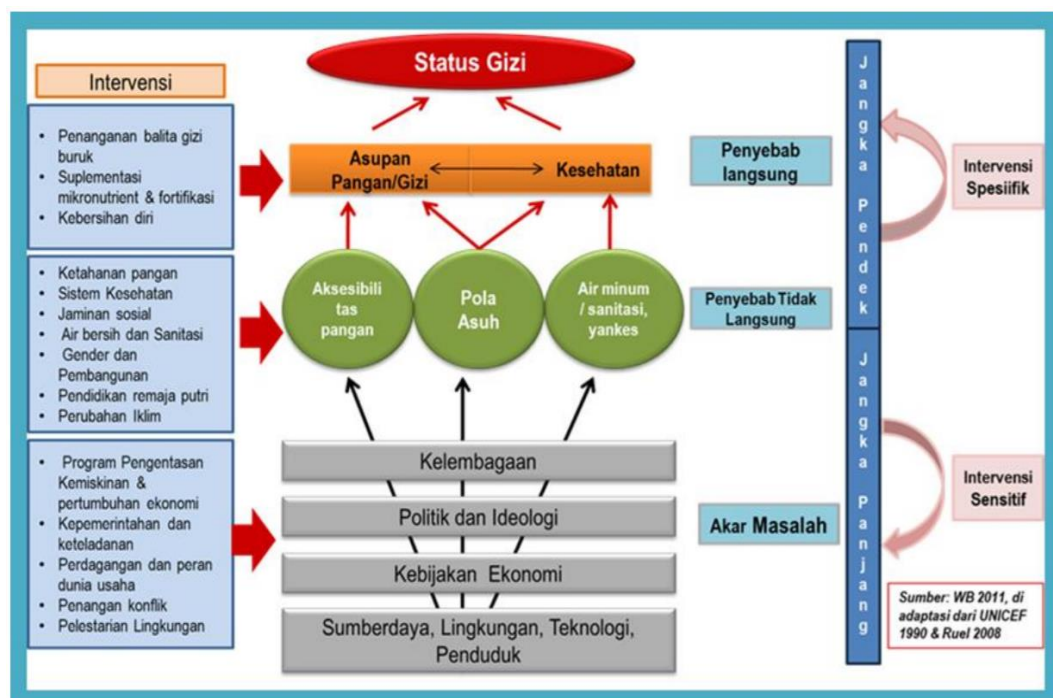
Malnutrisi atau Masalah gizi merupakan suatu keadaan dimana tubuh tidak mendapat cukup asupan gizi, atau keadaan yang disebabkan oleh ketidakseimbangan antara asupan dengan kebutuhan gizi untuk mempertahankan kesehatan. Malnutrisi dapat terjadi karena asupan makan terlalu sedikit ataupun pengambilan makanan yang tidak seimbang, kemiskinan sangat mungkin dikaitkan dengan kekurangan "pertumbuhan" ini karena pola makan yang monoton, sehingga menyebabkan pertumbuhan yang lambat (Golden, 1991).

Meskipun telah terdapat berbagai upaya Pemerintah Indonesia dalam menanggulangi anemia, tetapi survey menunjukkan bahwa prevalensi anemia defisiensi pada wanita hamil adalah sebesar 51%, dimana sebanyak 30-50% diantaranya berada pada usia reproduktif (WHO, 2015). Hal ini menunjukkan bahwa masalah anemia masih tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Program penanggulangan anemia telah lama berjalan, namun remaja putri tidak dijadikan target. Anemia pada remaja putri usia sekolah masih merata, dengan batas antara 20-30%, lebih tinggi dibandingkan dengan remaja laki-laki.

Data menunjukkan asupan makanan para remaja putri tidak dapat menyediakan cukup zat gizi untuk memenuhi kebutuhan mereka, berbagai anemia yang paling umum ditemukan pada anak-anak dapat dengan mudah didiagnosis dengan hemoglobin persentase, gambaran perifer, TIBC, kadar besi serum dan berhasil diobati dengan zat besi suplementasi dan nutrisi yang tepat (Zareen et al., 2016). Rendahnya kadar hemoglobin berhubungan kekurangan gizi tingkat kronis dan kekurangan berbagai mikronutrien, Bukti menunjukkan bahwa kekurangan zat besi ibu dalam kehamilan mengurangi cadangan zat besi janin, Anak dengan status gizi kurang sering dikaitkan dengan infeksi dan defisiensi zat gizi mikro (Allen, 2000).

Semua ibu atau wanita terutama mereka yang hamil pada usia remaja atau memiliki jarak kehamilan pendek (jarak antar kehamilan

selang kurang dari enam bulan) sangat membutuhkan penilaian gizi dan intervensi yang tepat pada periode prakonsepsi dengan penekanan penilaian pada optimalisasi indeks massa tubuh ibu dan cadangan mikronutrien. Peningkatan cakupan strategi nutrisi spesifik dan intervensi gizi sensitif (seperti fortifikasi pangan; integrasi inisiatif gizi dengan intervensi kesehatan ibu dan anak lainnya, dengan platform berbasis masyarakat) diperlukan di kalangan remaja putri dan wanita usia reproduksi. Efektivitas intervensi perlu secara bersamaan dipantau, sebagai dasar untuk pengembangan strategi pengiriman ditingkatkan dan intervensi gizi baru (Dean et al., 2014).



Gambar 2. Kerangka Pikir Penyebab, Penurunan Masalah Gizi pada 1000 HPK (World Bank 2011, diadaptasi dari UNICEF 1990 & Ruel 2008)

Ketersediaan pangan di tingkat keluarga yang bergizi seimbang khususnya bagi ibu hamil juga merupakan faktor yang berpengaruh, semua faktor yang terkait dengan sanitasi lingkungan, akses pangan keluarga, dan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pendapatan dan akses informasi terutama dalam hal gizi dan kesehatan. Berdasarkan faktor penyebab masalah gizi tersebut, maka perbaikan gizi dilakukan dengan dua pendekatan yaitu secara langsung (kegiatan spesifik) dan secara tidak langsung (kegiatan sensitif). Kegiatan spesifik bersifat jangka pendek yang hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek, umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) ibu hamil KEK, pemberian tablet tambah darah, pemeriksaan kehamilan, imunisasi tetanus toksoid (TT), pemberian vitamin A pada ibu nifas. Untuk bayi dan balita dimulai dengan Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI eksklusif, pemberian vitamin A, pemantauan pertumbuhan, imunisasi dasar, pemberian Makanan Pendamping (MP)-ASI.

Program intervensi gizi sensitif merupakan kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Beberapa kegiatannya adalah penyediaan air bersih, sarana sanitasi, berbagai penanggulangan kemiskinan, ketahanan pangan dan gizi, fortifikasi pangan, pendidikan dan KIE Gizi, pendidikan dan KIE Kesehatan, kesetaraan gender, penanggulangan kemiskinan, penyediaan pangan, penyediaan lapangan

kerja, perbaikan infrastruktur (perbaikan jalan, pasar), dll. Program sensitif dan spesifik bersifat langgeng yang memiliki dampak keselamatan dalam proses pertumbuhan dan perkembangan 1000 HPK. (Bappenas,2013).

Percepatan peningkatan upaya perbaikan gizi akan lebih difokuskan pada evaluasi terhadap intervensi sensitif, berupa evaluasi kegiatan pembangunan di masyarakat yang tidak dikenal sebagai program gizi, tetapi secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap status gizi anak dan ibu, yaitu penyediaan air bersih, keberadaan jamban keluarga, kebersihan lingkungan, penggunaan tanaman pekarangan, program bantuan dana langsung, beras orang miskin serta berbagai program untuk orang miskin lainnya, yang dilaksanakan oleh berbagai sektor pembangunan diluar kesehatan seperti upaya pada sektor pertanian, pendidikan, agama, sosial dan pekerjaan umum (Bappenas,2013).

Intervensi program gizi sensitif berperan penting dalam membatasi *stunting*, *wasting*, dan memperbaiki perkembangan anak, dimana percepatan perbaikan gizi dengan intervensi spesifik tidak dapat mengatasi masalah tersebut , diet berkualitas tinggi khususnya bermasalah di antara populasi miskin di negara-negara berpenghasilan rendah dimana diet didominasi oleh makanan pokok bertepung, dan makanan sumber hewani yang padat nutrisi, buah-buahan, dan sayuran seringkali tidak tersedia atau tidak terjangkau (Ruel et al., 2013).



#### 4. Dampak Defisiensi Gizi pada 1000 HPK

Efek yang ditimbulkan akibat kekurangan gizi pada 1000 hari pertama kehidupan antar lain: Bayi lahir dengan Berat Badan Rendah (BBLR), kurus, kecil, imunitas kurang, masalah programming organ sehingga terjadi penyakit kronis seperti sakit ginjal, jantung, diabetes type 2, stroke, hipertensi dan kanker. Selain itu terjadi hambatan pertumbuhan kognitif dan IQ menjadi rendah yang menurunkan produktifitas waktu dewasa. 1/5 jumlah anak usia 0 – 5 bulan adalah stunting, 1/3 anak usia balita adalah stunting dan lebih dari 40% anak stunting di usia 2-3 tahun.

#### 5. Anjuran Zat Gizi pada 1000 HPK

Early life Nutrition (ELN) adalah saat yang penting dalam kehidupan seseorang, karena asupan nutrisi selama hamil akan mempengaruhi fungsi organ tubuh anak antara lain intelektual, psikologis, memori, mood dan pengambilan keputusan seorang anak di masa depan (Husnah, 2017), Anjuran nutrisi 1000 HPK meliputi: Makan beragam jenis bahan makanan selama hamil, Kebutuhan zat-zat gizi bertambah seiring penambahan usia kehamilan, asupan nutrisi seimbang, Ante Natal Care (ANC) minimal 4x selama hamil, Minum tablet Fe untuk pertumbuhan plasenta dan hemoglobin, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan, pantau BB ibu dan bayi secara rutin, imunisasi dasar, ASI sampai anak usia 2 tahun, Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) setelah usia 6 bulan dan teruskan

ASI sampai 2 tahun, Hindari rokok, alkohol dan kafein, olah raga teratur dan menjaga Berat Badan ideal

### **C. Manajemen dan strategi Penurunan Stunting**

Sebagaimana dikemukakan oleh G.R. Terry bahwa Manajemen mencakup kegiatan untuk mencapai suatu tujuan, dan dilakukan oleh individu-individu dengan memberikan upaya terbaiknya melalui tindakan-tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya. Hal tersebut terkait tentang apa yang mereka harus lakukan, menetapkan bagaimana cara melakukannya, kemudian memahami bagaimana mereka seharusnya melakukan, serta mengukur efektivitas dari upaya-upaya yang mereka lakukan. Dalam buku yang lain G. R. Terry menyatakan *Management is a distinct process consisting of planning, organizing, actuating, controlling, performed to determine and accomplish stated objectives by the use of human beings and other resource.* (manajemen merupakan sebuah proses yang berbeda, yang terdiri dari tindakan-tindakan perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan, yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran-sasaran yang telah ditetapkan melalui pemanfaatan sumber daya manusia serta sumber-sumber yang lainnya (Setyawan et al.).

John D. Millet , dalam buku *Management In The Public Service* menyatakan *Management Is The Process Oif Directing And Facilitating The Work Of People In Formal Group To Achieve A Desired End.* (Manajemen adalah proses pembimbingan dan pemberian fasilitas

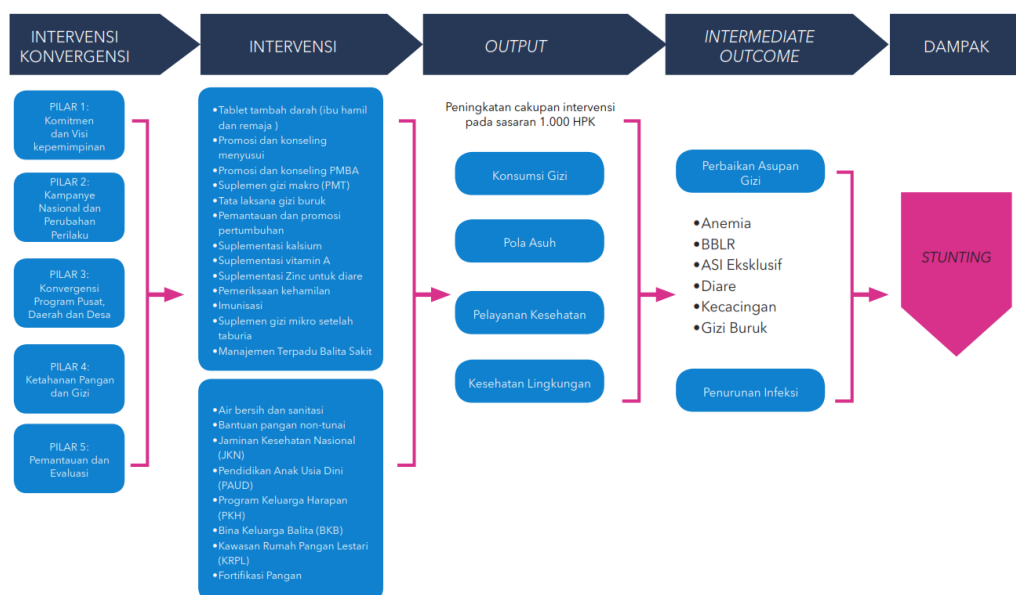
terhadap pekerjaan orang-orang yang terorganisir dalam kelompok formil untuk mencapai suatu tujuan yang dikehendaki.

Manajemen menurut suparno (2015) adalah ilmu dan seni untuk mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu (Tannady et al., 2017). Sejalan dengan pendapat diatas, Miller (2013) menjelaskan bahwa manajemen adalah proses memimpin dan melancarkan pekerjaan bagi orang-orang yang terorganisir secara formal sebagai kelompok untuk memperoleh tujuan yang diinginkan (Sauki, 2013). Selain itu, George R. Terry dalam buku *Principles of Management*, juga menyatakan bahwa *management is the accomplishing of a predetemined obojectives through the efforts of other people* atau manajemen adalah pencapaian tujuan-tujuan yang telah ditetapkan melalui usaha secara bersama-sama (Sauki, 2013).

Dalam sebuah organisasi peran manajemen cukup penting dalam setiap aktivitas individu maupun kelompok untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Manajemen mempunyai orientasi pada proses (*process oriented*) artinya bahwa manajemen sangat memerlukan sumber daya manusia, pengetahuan, dan keterampilan agar tindakan atau aktivitas yang dilakukan dapat lebih efektif atau menghasilkan tindakan untuk mencapai kesuksesan. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa organisasi akan sukses apabila menggunakan manajemen yang baik. (Torang, 2013). Berdasarkan beberapa defenisi manajemen diatas,

maka penulis dapat menyimpulkan bahwa yang dimaksud dengan manajemen adalah suatu ilmu yang mengatur proses dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya untuk mencapai hasil yang diharapkan.

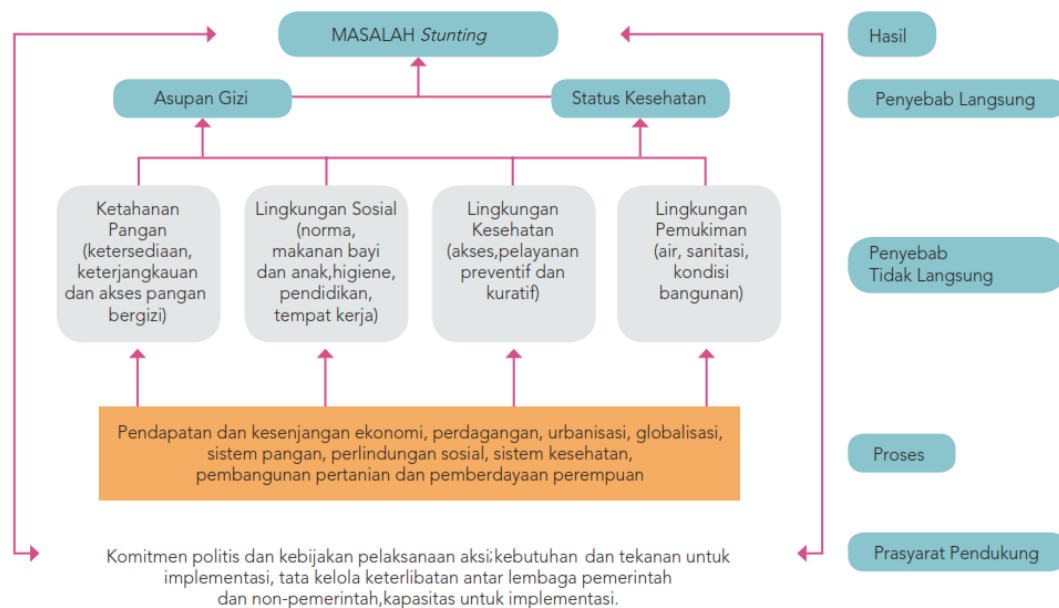
Upaya penurunan stunting dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung. Selain mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup komitmen 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 pendukung.



Gambar 3. Kerangka konseptual Intervensi penurunan Stunting terintegrasi (Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting 2018-2024 Setwapres RI dan Menko PMK, 2018)

Kerangka konseptual intervensi penurunan stunting terintegrasi di atas merupakan panduan bagi pemerintah kabupaten/kota dalam menurunkan kejadian stunting. 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. 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.

#### **D. Kerangka Penyebab masalah Stunting**



Gambar 4. Kerangka Penyebab Masalah Stunting di Indonesia (UNICEF 1997; IFPRI, 2016; BAPPENAS 2018, disesuaikan dengan konteks Indonesia)

## 1. Intervensi Spesifik

Intervensi gizi spesifik dapat memberikan kontribusi sebesar 20,3% terhadap penurunan stunting dan 61,4% penurunan severe wasting, jika semua cakupan pelayanan program gizi dapat mencapai 90% (Bhutta, et al., 2013). Kegiatan ini umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan. Intervensi spesifik bersifat jangka pendek, hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek

- a. Sasaran Ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan antara lain: Promosi dan edukasi inisiasi menyusui dini disertai dengan pemberian ASI jolong/colostrum, promosi dan edukasi pemberian ASI eksklusif, pemberian konseling/edukasi gizi selama menyusui, pencegahan, deteksi, tatalaksana klinis dan dukungan gizi bagi ibu dan anak dengan HIV

- b. Sasaran Ibu menyusui dan anak usia 7-23 bulan adalah: Promosi dan edukasi pemberian ASI lanjut disertai MP-ASI yang sesuai, penanggulangan infeksi kecacingan pada ibu dan anak, pemberian suplementasi zink pada anak, Fortifikasi zat besi ke dalam makanan / suplementasi zat gizi mikro seperti zat besi, pencegahan dan penatalaksanaan klinis malaria pada ibu dan anak, pemberian imunisasi lengkap pada anak, pencegahan dan pengobatan diare pada anak, implementasi prinsip rumah sakit ramah anak, implementasi prinsip manajemen terpadu balita sakit/MTBS, suplementasi vitamin A pada anak usia 6-59 bulan, penatalaksanaan malnutrisi akut parah pada anak, pemantauan tumbuh kembang anak
- c. Sasaran Ibu Hamil intervensinya berupa: Pemberian makanan tambahan untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis, pemberian suplementasi zat besi dan asam folat, mengatasi kekurangan iodium, penanggulangan infeksi kecacingan, pencegahan dan penatalaksanaan klinis malaria, pembatasan konsumsi kafein selama hamil, pemberian konseling/edukasi gizi, pencegahan, deteksi, tatalaksana klinis dan dukungan gizi bagi ibu dengan HIV, suplementasi kalsium bagi ibu hamil

## **2. Intervensi Sensitif**

Intervensi Gizi Sensitif dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum dengan intervensi antara lain: Penyediaan akses pada air bersih,

penyediaan akses pada sarana sanitasi dan kebersihan pribadi, fortifikasi bahan pangan misalnya dengan Vitamin A,D dan yodium, penyediaan akses kepada layanan, kesehatan dan keluarga berencana (KB), pemberian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pendidikan pengasuhan anak pada orang tua, program Pendidikan Anak Usia Dini Universal, program pendidikan gizi masyarakat, edukasi kesehatan seksual, reproduksi, dan gizi pada remaja Pemberian bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin, peningkatan ketahanan pangan dan gizi, manajemen gizi dalam bencana, divertifikasi pangan, pencegahan dan tatalaksana klinis penyakit, pelayanan kesehatan jiwa bagi ibu hamil, pemberdayaan perempuan, upaya perlindungan anak.

Rekomendasi rencana aksi bersama serta terobosan untuk menangani masalah stunting dalam rapat terbatas tentang Intervensi stunting yang dipimpin langsung oleh Wakil Presiden Republik Indonesia selaku Ketua Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) mengundang jajaran kementerian dan kepala lembaga yang memiliki dan melaksanakan kebijakan serta program sebagai upaya dalam mengatasi masalah stunting, usulan rekomendasi rencana aksi tersebut dapat dilihat pada gambar berikut.



2018	2019	2020	2021
Memaksimalkan pelaksanaan program terkait <i>stunting</i> di <b>100 Kab/Kota</b> untuk koordinasi dan pelaksanaan dari pilar penanganan <i>Stunting</i>	Memperluas program dan kegiatan nasional yang ada ke <b>160 Kab/Kota</b> untuk koordinasi dan pelaksanaan dari pilar penanganan <i>stunting</i>	Memperluas program dan kegiatan nasional yang ada ke <b>390 Kab/Kota</b> untuk koordinasi dan pelaksanaan dari pilar penanganan <i>stunting</i>	Memperluas program dan kegiatan nasional yang ada ke <b>514 Kab/Kota</b> untuk koordinasi dan pelaksanaan dari pilar penanganan <i>stunting</i>

Gambar 5 : Usulan Kerangka Waktu untuk Rencana Aksi Intervensi Stunting (100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil. TNP2K, 2017)

Rapat terbatas tersebut bertujuan untuk memetakan masalah stunting serta merumuskan langkah-langkah penanggulangannya untuk kemudian akan dilaporkan kepada Presiden yang menaruh perhatian cukup besar terkait isu stunting terutama untuk mencari langkah terobosan dalam menangani dan mengurangi stunting. Rekomendasi rencana aksi Intervensi stunting diusulkan menjadi 5 pilar utama dengan penjelasan dan gambar dibawah ini.

PILAR 1	PILAR 2	PILAR 3	PILAR 4	PILAR 5
Komitmen dan Visi Pimpinan Tertinggi Negara	Kampanye Nasional Berfokus pada pemahaman, perubahan perilaku, komitmen politik dan akuntabilitas	Konvergensi, Koordinasi, dan Konsolidasi Program Nasional, Daerah, dan Masyarakat	Mendorong Kebijakan "Nutritional Food Security"	Pemantauan dan Evaluasi

Gambar 6. 5 (Lima) Pilar Utama Penanganan Stunting (100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil. TNP2K, 2017)

a. Pilar 1: Komitmen dan Visi Pimpinan Tertinggi Negara.

Pada pilar ini, dibutuhkan Komitmen dari Presiden/Wakil Presiden untuk mengarahkan K/L terkait Intervensi stunting baik di pusat maupun daerah. Selain itu, diperlukan juga adanya penetapan strategi dan kebijakan, serta target nasional maupun daerah (baik provinsi maupun kab/kota) dan memanfaatkan Sekretariat Sustainable Development Goals/SDGs dan Sekretariat TNP2K sebagai lembaga koordinasi dan pengendalian program program terkait Intervensi stunting.

b. Pilar 2: Kampanye Nasional berfokus pada Peningkatan Pemahaman, Perubahan Perilaku, Komitmen Politik dan Akuntabilitas.

Berdasarkan pengalaman dan bukti internasional terkait program program yang dapat secara efektif mengurangi prevalensi stunting, salah satu strategi utama yang perlu segera dilaksanakan adalah melalui kampanye secara nasional baik melalui media massa, maupun melalui komunikasi kepada keluarga serta advokasi secara berkelanjutan.

c. Pilar 3: Konvergensi, Koordinasi, dan Konsolidasi Program Nasional, Daerah, dan Masyarakat.

Pilar ini bertujuan untuk memperkuat konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi, serta memperluas cakupan program yang dilakukan oleh Kementerian/Lembaga (K/L) terkait. Di samping itu, dibutuhkan perbaikan kualitas dari layanan program yang ada (Puskesmas, Posyandu, PAUD, BPSPAM, PKH dll) terutama dalam memberikan dukungan kepada ibu hamil, ibu menyusui dan balita pada 1.000 HPK serta pemberian insentif

dari kinerja program Intervensi stunting di wilayah sasaran yang berhasil menurunkan angka stunting di wilayahnya. Terakhir, pilar ini juga dapat dilakukan dengan memaksimalkan pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Dana Desa untuk mengarahkan pengeluaran tingkat daerah ke intervensi prioritas Intervensi stunting.

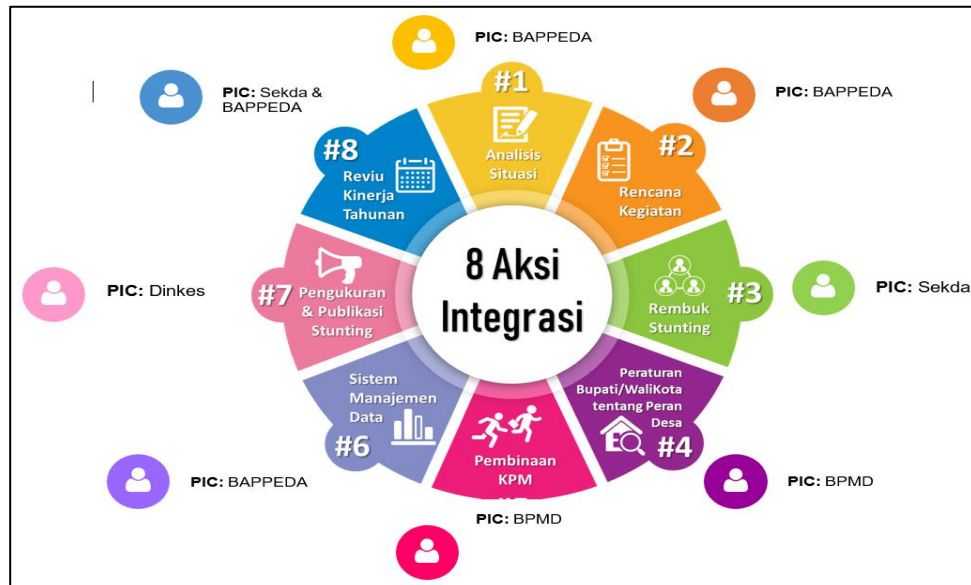
d. Pilar 4: Mendorong Kebijakan “Food Nutritional Security”.

Pilar ini berfokus untuk (1) mendorong kebijakan yang mastikan akses pangan bergizi, khususnya di daerah dengan kasus stunting tinggi, (2) melaksanakan rencana fortifikasi bio-energi, makanan dan pupuk yang komprehensif, (3) pengurangan kontaminasi pangan, (4) melaksanakan program pemberian makanan tambahan, (5) mengupayakan investasi melalui Kemitraan dengan dunia usaha, Dana Desa, dan lain-lain dalam infrastruktur pasar pangan baik di tingkat urban maupun rural.

Pilar 5: Pemantauan dan Evaluasi.

Pilar yang terakhir ini mencakup pemantauan exposure terhadap kampanye nasional, pemahaman serta perubahan perilaku sebagai hasil kampanye nasional stunting, pemantauan dan evaluasi secara berkala untuk memastikan pemberian dan kualitas dari layanan program Intervensi stunting, pengukuran dan publikasi secara berkala hasil Intervensi stunting dan perkembangan anak setiap tahun untuk akuntabilitas, *Result-based planning and budgeting* (penganggaran dan perencanaan berbasis hasil) program pusat dan daerah, dan pengendalian program-program Intervensi stunting.

## E. 8 (Delapan) Aksi terintegrasi intervensi pencegahan dan penurunan Stunting



Gambar 7. Delapan Aksi integrasi pencegahan dan penurunan stunting ( Stranas Percepatan Pencegahan Anak Kerdil, 2018)

Delapan aksi integrasi intervensi pencegahan dan penurunan stunting diatas merupakan instrumen dalam bentuk kegiatan atau aksi yang digunakan untuk meningkatkan pelaksanaan integrasi intervensi gizi dalam penurunan stunting di daerah, adapun tujuan masing-masing aksi adalah sebagai berikut:

1. Aksi #1 Analisis situasi yang bertujuan untuk membantu kabupaten/kota dalam menentukan program/kegiatan/aksi yang diprioritaskan alokasinya serta menentukan upaya perbaikan manajemen layanan dilapangan untuk meningkatkan akses keluarga

- 1.000 HPK secara simultan dan berkesinambungan terhadap intervensi gizi spesifik maupun intervensi gizi sensitif.
2. Aksi #2 Rencana kegiatan bertujuan menindaklanjuti hasil dari rekomendasi analisis situasi untuk dituangkan ke dalam kegiatan masing-masing OPD dan Memberikan acuan bagi kabupaten/kota untuk pengintegrasian ke dalam dokumen perencanaan dan penganggaran kabupaten/kota dan OPD (khususnya RKPD dan Rencana Kerja OPD).
  3. Aksi #3 Rembuk Stunting dengan tujuan untuk menyampaikan hasil analisis situasi dan rancangan rencana kegiatan intervensi penurunan stunting kabupaten/kota terintegrasi dan mendeklarasikan komitmen pemerintah daerah serta menyepakati rencana kegiatan intervensi penurunan stunting terintegrasi dan membangun komitmen publik dalam kegiatan penurunan stunting secara terintegrasi di kabupaten/kota.
  4. Aksi #4 Peraturan Bupati/Walikota tentang peran desa yang bertujuan untuk memberikan kepastian hukum kepada pemerintahan desa untuk merencanakan dan melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam mendukung upaya penurunan Stunting.
  5. Aksi #5 Pembinaan KPM ( Kader Pembangunan Manusia) memiliki tujuan untuk memastikan mobilisasi kader pembangunan manusia di seluruh desa berjalan dengan baik dan kinerja kader dapat optimal sesuai dengan tugas dan perannya.

6. Aksi #6 Sistem manajemen data bertujuan untuk membantu menyediakan dan mempermudah akses data untuk pengelolaan program penurunan stunting terintegrasi sehingga dapat memastikan terpenuhinya kebutuhan data pada Aksi Integrasi lainnya.
7. Aksi #7 Pengukuran dan Publikasi Stunting bertujuan untuk mengetahui status gizi anak sesuai umur setelah dilakukan intervensi kemudian melakukan pengukuran prevalensi stunting di tingkat desa, kecamatan dan kabupaten/kota secara berkala yang dilaporkan secara berjenjang mulai dari posyandu ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota.
8. Aksi #8 Review kinerja tahunan mempunyai tujuan memperoleh informasi mengenai capaian kinerja program dan kegiatan penurunan stunting dan informasi terkait kemajuan pelaksanaan rencana kegiatan pencegahan dan penurunan stunting yang telah disepakati pada rembuk stunting, serta mengidentifikasi pembelajaran dan merumuskan masukan perbaikan sebagai feedback untuk perencanaan dan penganggaran program/kegiatan pada tahun berikutnya

#### **F. Konvergensi**

Pencegahan stunting dilakukan melalui intervensi gizi yang terpadu, mencakup intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Pengalaman global menunjukkan bahwa penyelenggaraan intervensi yang terpadu untuk menysasar kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci

keberhasilan perbaikan gizi, tumbuh kembang anak, dan pencegahan stunting.

Upaya percepatan pencegahan stunting akan lebih efektif apabila intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif dilakukan secara konvergen. Konvergensi penyampaian layanan membutuhkan keterpaduan proses perencanaan, penganggaran, dan pemantauan program/kegiatan pemerintah secara lintas sektor untuk memastikan tersedianya setiap layanan intervensi gizi spesifik kepada keluarga sasaran prioritas dan intervensi gizi sensitif untuk semua kelompok masyarakat, terutama masyarakat miskin. Dengan kata lain, konvergensi didefinisikan sebagai sebuah pendekatan intervensi yang dilakukan secara terkoordinir, terpadu, dan bersama-sama pada target sasaran wilayah geografis dan keluarga prioritas untuk mencegah stunting. Penyelenggaraan intervensi secara konvergen dilakukan dengan menggabungkan atau mengintegrasikan berbagai sumber daya untuk mencapai tujuan bersama.

Upaya konvergensi akan terwujud apabila program/kegiatan Nasional, daerah, dan desa sebagai penyedia layanan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif dilaksanakan secara terpadu dan terintegrasi sesuai kewenangan kemudian layanan dari setiap intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif tersedia dan dapat diakses bagi kelompok masyarakat yang membutuhkan, terutama keluarga 1.000 HPK (ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan) selanjutnya kelompok sasaran prioritas menggunakan dan mendapatkan manfaat dari layanan tersebut.

Upaya konvergensi percepatan pencegahan stunting dilaksanakan mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, hingga pemantauan dan evaluasi program/ kegiatan. Pada tahap perencanaan, konvergensi diarahkan pada upaya penajaman proses perencanaan dan penganggaran regular yang berbasis data dan informasi faktual agar program dan kegiatan yang disusun lebih tepat sasaran melalui: (i) pelaksanaan analisis situasi awal; (ii) pelaksanaan rembuk stunting; dan (iii) penyusunan rencana kerja. Analisis situasi awal dan rembuk stunting dilakukan untuk mengetahui kondisi stunting di wilayah kabupaten/kota, penyebab utama, dan identifikasi program/kegiatan yang selama ini sudah dilakukan. Dari analisis ini diharapkan dapat menentukan program/kegiatan, kelompok sasaran, sumber pendanaan dan lokasi upaya percepatan pencegahan stunting di daerah, yang kemudian diterjemahkan dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Rencana Kerja Organisasi Perangkat daerah (OPD) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).

Pada tahap pelaksanaan, konvergensi diarahkan pada upaya untuk melaksanakan intervensi gizi spesifik dan sensitif secara bersama dan terpadu di lokasi yang telah disepakati bersama, termasuk didalamnya mendorong penggunaan dana desa untuk percepatan pencegahan stunting dan mobilisasi Kader Pembangunan Manusia (KPM). Sedangkan pada tahap pemantauan dan evaluasi, konvergensi dilakukan melalui pelaksanaan pemantauan yang dilakukan bersama dengan menggunakan mekanisme dan indikator yang terkoordinasikan secara baik dan



berkelanjutan, sehingga hasil pemantauan dan evaluasi dapat dijadikan acuan bagi semua pihak yang terkait untuk mengetahui perkembangan pelaksanaan upaya percepatan pencegahan stunting dan memberikan masukan bagi tahap perencanaan dan penganggaran selanjutnya.

### **G. Proses Perubahan Sosial**

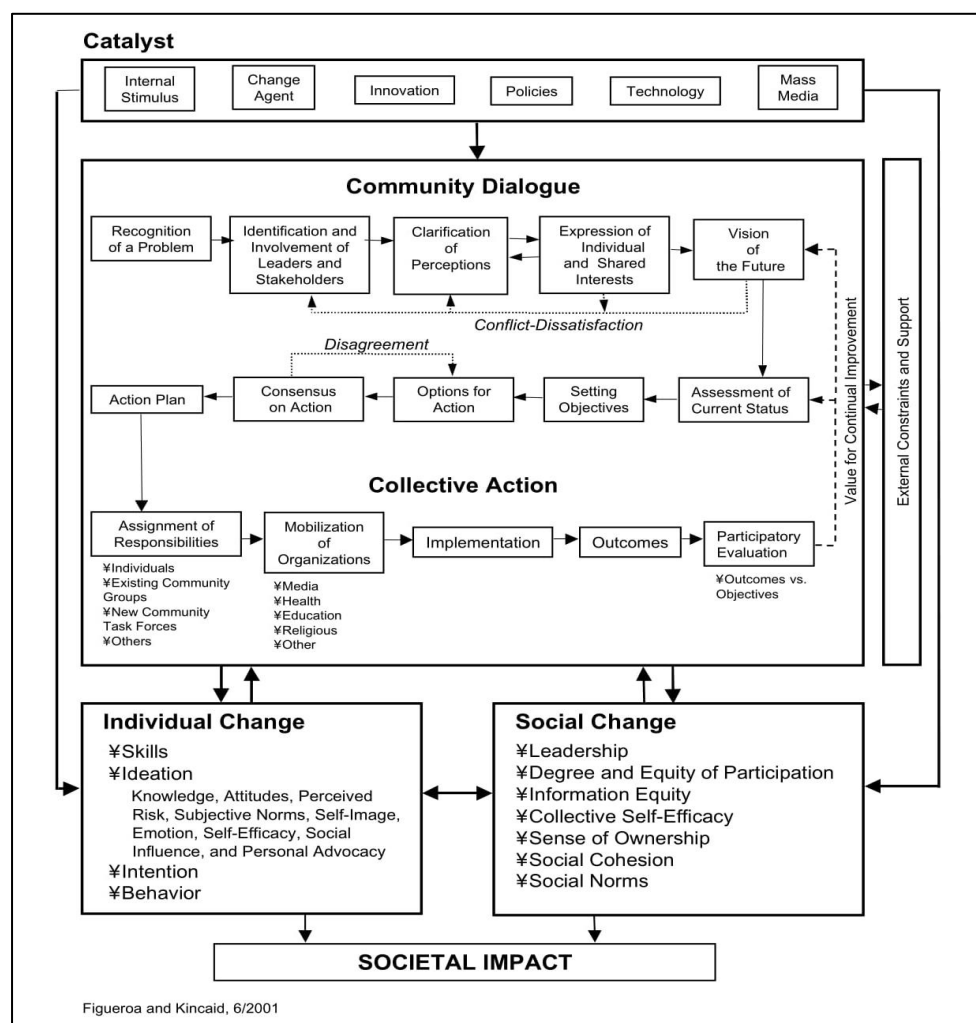
Dalam ilmu sosiologi, perubahan sosial atau *social change* adalah proses perubahan masyarakat akibat berubahnya setiap individu sebagai elemen penting masyarakat. Perubahan yang terjadi di dalam masyarakat berlangsung melalui sebuah proses yang diawali dengan komunikasi. Menurut Rogers, at.al.(1988) bahwa komunikasi merupakan dasar dari perubahan sosial.

Menurut figueroa and kincaid (2001), bahwa dialog atau komunikasi merupakan dasar perubahan sosial yang dipengaruhi atau diawali terlebih dahulu oleh adanya katalis seperti stimulus internal, agen perubahan, inovasi, kebijakan, teknologi dan media massa, kemudian apabila ini berproses secara efektif, maka akan melahirkan tindakan atau aksi bersama yang akan berdampak pada suatu perubahan individu dan masyarakat

Perubahan sosial dalam masyarakat dapat dibedakan dalam perubahan cepat dan lambat, perubahan kecil dan besar serta perubahan direncanakan dan tidak direncanakan. Tidak ada satu perubahan yang tidak

meninggalkan dampak pada masyarakat yang sedang mengalami perubahan tersebut.

Dibawah ini merupakan gambar yang menunjukkan bahwa proses perubahan sosial berjalan secara dinamis yang dimulai dengan katalis yang merupakan pemicu dimulai suatu dialog atau komunikasi di dalam suatu kelompok masyarakat yang berlanjut dengan tindakan bersama dan berakhir pada suatu dampak perubahan individu maupun masyarakat.



Gambar 8. Integrated Model of Communication for Social Change (Figueroa and Kincaid, 2001)

## **H. Efektifitas Pelaksanaan Program Penurunan Stunting di berbagai Negara di Dunia**

Keberhasilan dan kegagalan suatu negara dalam melakukan penanggulangan dan pencegahan stunting atau dengan kata lain bahwa negara-negara tersebut belum secara efektif dapat menangani stunting dapat dilihat dari beberapa studi yang dilakukan di negara-negara seperti yang dilakukan oleh Haddad, et al 2014 di Marahashtra India, studi tersebut fokus pada anak 6-24 bulan dari keluarga miskin dengan komponen program yang diintervensi antara lain Konseling dan Pendidikan Gizi, pemberian makanan bayi dan anak, Vit A dan imunisasi, Manajemen terpadu anak sakit, Makanan tambahan dan fortifikasi makanan, suplemen makanan, Pemberian obat cacing, pengentasan kemiskinan dan ketahanan pangan, Jaring Pengaman Sosial, layanan kesehatan dan keluarga berencana, pemberdayaan perempuan, stimulasi psikososial anak, dapur dan kebun komunitas, telemedicine, air, sanitasi dan kebersihan. Penelitian tersebut dilakukan selama periode tahun 2006 – 2012 dengan hasil penelitian menunjukkan penurunan stunting dari 39% menjadi 23,7% atau rata-rata penurunan setiap tahunnya (AARR) adalah 2,55%. Pencapaian program penurunan stunting ini belum efektif, karena masih dipengaruhi oleh faktor lingkungan air dan sanitasi yang masih relatif lemah, dan belum membaik secepatnya.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Smith, et.al 2011 di Bangladesh, dengan mengevaluasi Dampak dari Proyek SHOUHARDO CARE terhadap

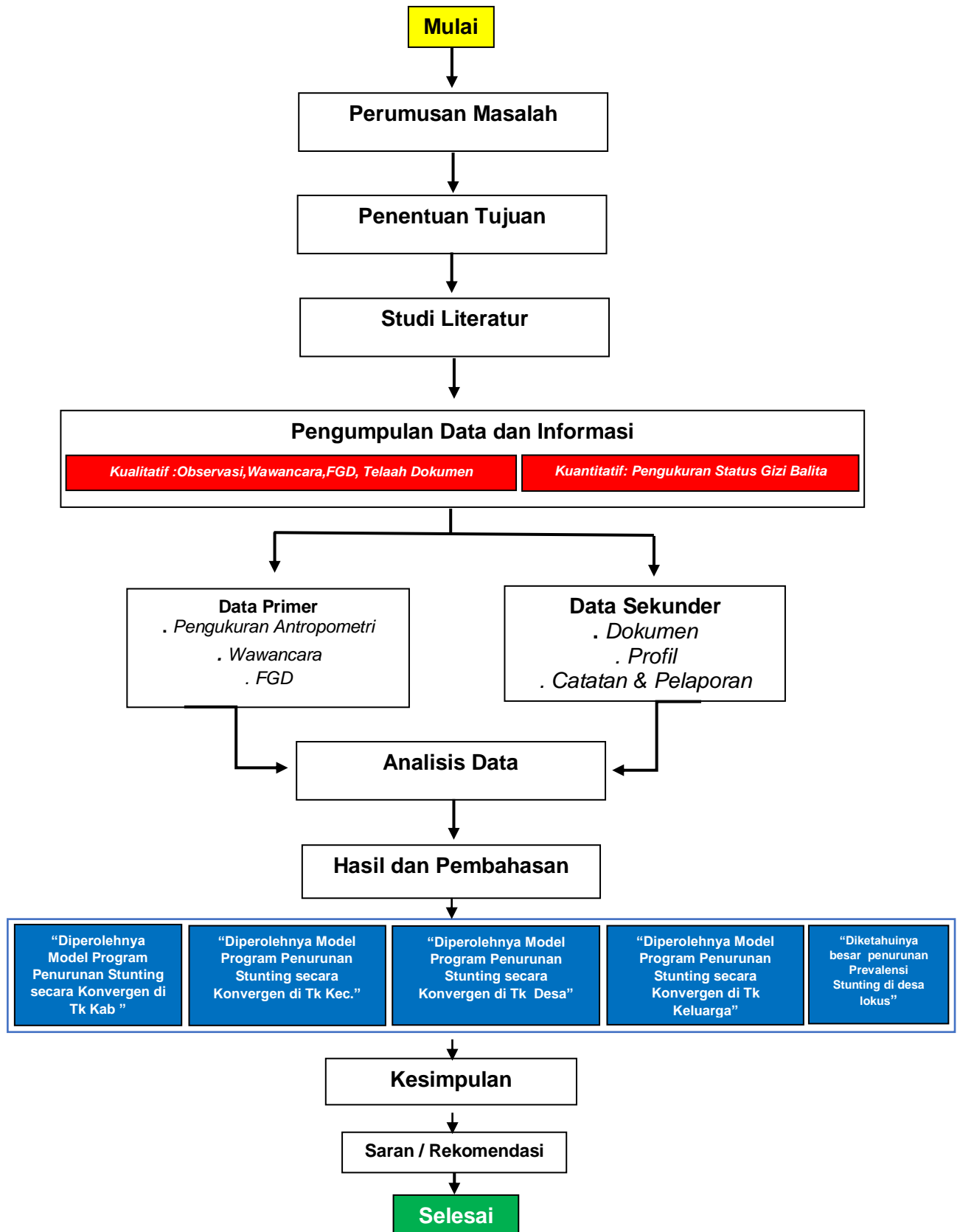
stunting studi ini juga difokuskan pada anak 6-24 bulan dari keluarga miskin dengan komponen program yang diintervensi antara lain Pendidikan dan konseling gizi, pemantauan dan promosi pertumbuhan anak, Vit A, imunisasi, layanan kesehatan dan keluarga berencana, akses ke fasilitas kesehatan setempat, kebersihan, pemberdayaan perempuan, pengentasan kemiskinan dan ketahanan pangan, jaring pengaman sosial. Penelitian ini dilakukan selama periode tahun 2006 – 2009 dengan hasil yang menunjukkan penurunan stunting dari 56,1% menjadi 40,4% atau rata-rata penurunannya setiap tahun (AARR) adalah 4,5%. Pencapaian program penurunan stunting ini sudah efektif, karena intervensi nutrisi langsung dan penyebab struktural yang mendasari termasuk sanitasi yang buruk, kemiskinan, dan ketidaksetaraan yang mengakar dalam kekuasaan antara perempuan dan laki-laki telah ditangani keduanya dengan baik

Selanjutnya oleh Lechtig et al, 2009 di Peru melakukan penelitian terkait dengan penurunan stunting, anemia, dan defisiensi vitamin A. Studi ini memfokuskan pada desa miskin dan anak umur 0-36 bulan dengan komponen program yang diintervensi antara lain Pendidikan gizi dan Konseling; pemantauan dan promosi pertumbuhan anak; pemberian makanan bayi dan anak; Vitamin A imunisasi; fortifikasi makanan; air, sanitasi dan kebersihan, , stimulasi psikososial anak. Penelitian ini memperlihatkan adanya penurunan stunting rata-rata setiap tahun (AARR) adalah 4,3%. setiap tahun (AARR) adalah 4,5%. Pencapaian program penurunan stunting ini sudah efektif, karena menerapkan program

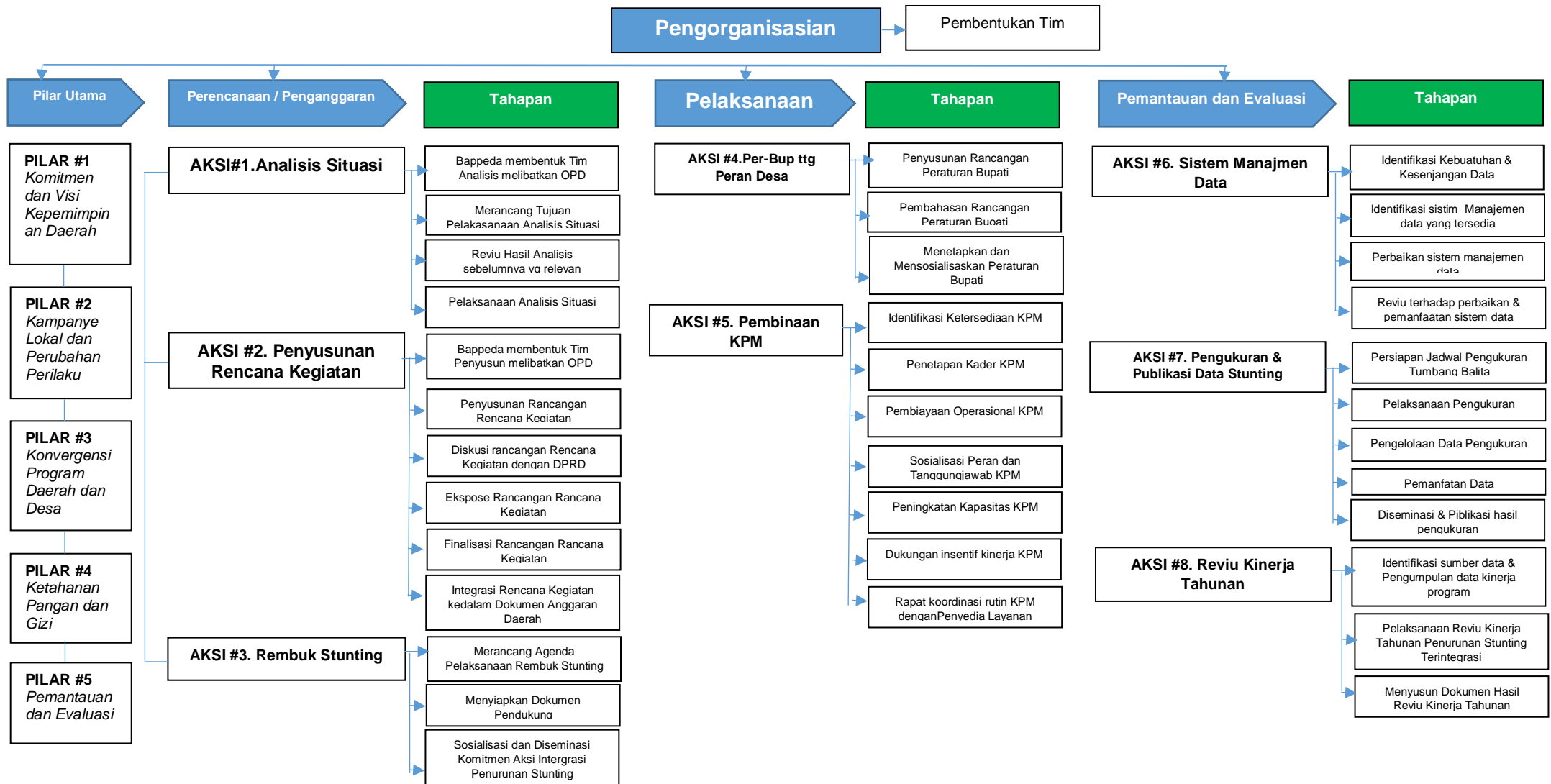
multicausal yang difokuskan pada makanan, kesehatan, dan perawatan.  
plus partisipasi masyarakat

Penelitian berikutnya oleh Ikeda et al, 2013 di Combodia melakukan riset dari tahun 2000 sampai 2010 dengan prevalensi stunting yang berhasil diturunkan rata-rata setiap tahunnya yaitu 49,3% menjadi 39,0% (AARR) adalah 1,03% Studi ini memfokuskan pada desa miskin dan anak umur 0-36 bulan dengan komponen program yang diintervensi antara lain pemantauan dan promosi pertumbuhan anak, pemberian makanan bayi dan anak, Vit A, imunisasi, manajemen terpadu balita sakit, fortifikasi makanan dan makanan tambahan, pemberian obat cacing, pengentasan kemiskinan dan ketahanan pangan, jaring pengaman sosial, layanan kesehatan dan keluarga berencana, Pemberdayaan perempuan, psikososial anak. Pencapaian program penurunan stunting di Peru belum efektif salah satunya karena pembuat kebijakan belum mengkoordinasikan seluruh multi sektor yang ada untuk menangani diet anak di kamboja.

## I. Alur Penelitian



**J. Rancangan implementasi 5 Pilar Utama dan 8 Aksi Terintegrasi serta Pelaksanaan dan Penganggaran Intervensi Penurunan Stunting sebagai salah satu komponen dalam penurunan stunting secara konvergen Di Kab. Banggai**

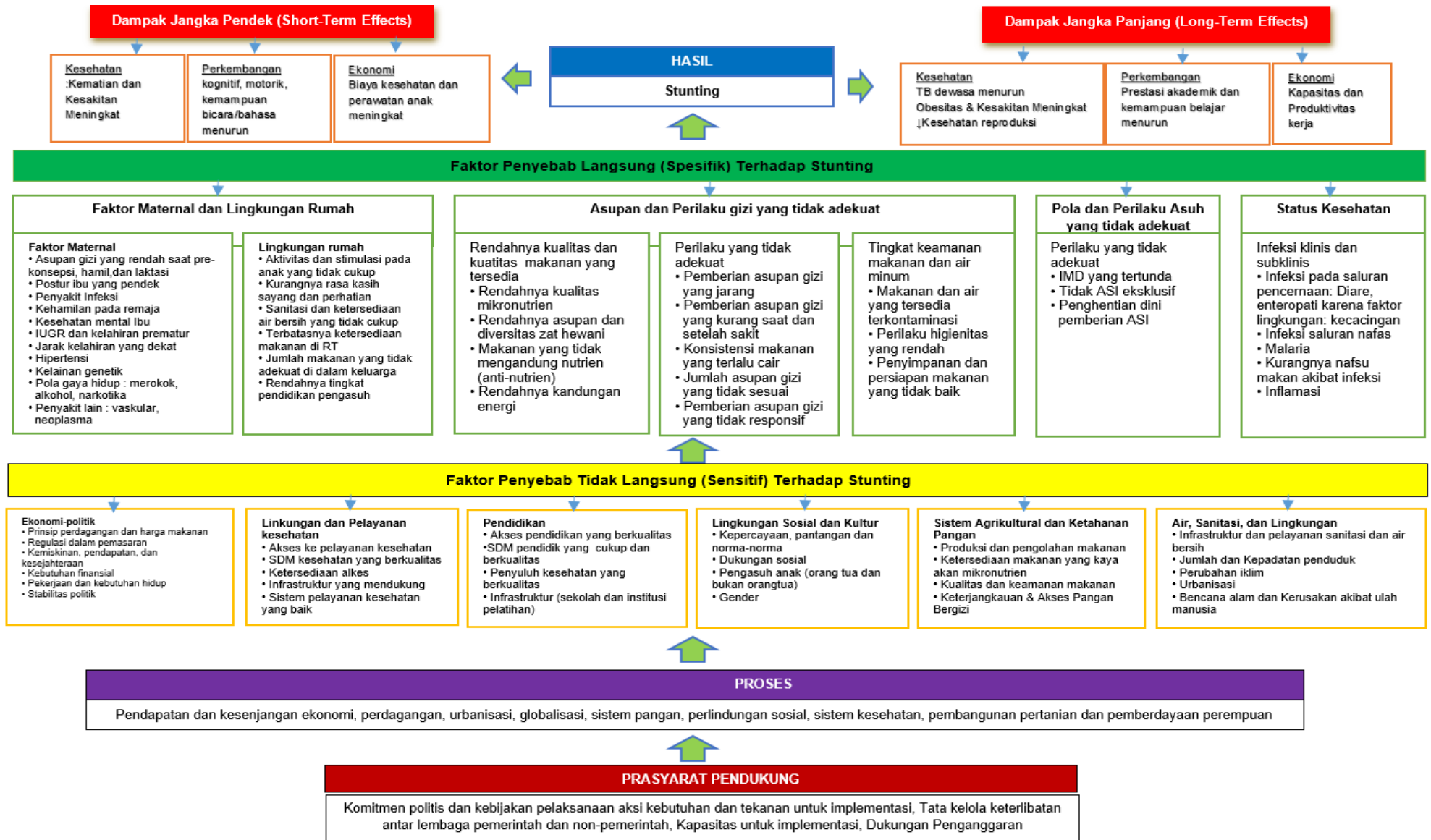


## **K. Kerangka Teori**

Kerangka teori ini dibangun dari beberapa teori yang Sumber dari: UNICEF 1997; THE LANCET 2013; IFPRI 2016; disesuaikan dengan konteks Indonesia, sehingga menghasilkan kerangka teori



### Kerangka Teori Penyebab dan Dampak Stunting



## **L. Kerangka Konsep**

Berdasarkan uraian teori diatas, dapat digambarkan kerangka konsep Program penurunan stunting melalui upaya konvergensi di Kabupaten Banggai. untuk mengkaji dan menganalisis pelaksanaan atau implementasi program penurunan stunting secara konvergen dimulai dari kabupaten hingga keluarga dan untuk memperoleh model program penurunan stunting di tingkat Kabupaten hingga tingkat keluarga serta mengetahui besar penurunan prevalensi stunting di desa lokus, maka dapat diuraikan kerangka konsep sebagai berikut:

**Kerangka Konsep Program Penurunan Stunting Secara Konvergensi di Kabupaten Banggai**

