

DISERTASI

**EVALUASI GAMMARANA UNTUK PENCEGAHAN
STUNTING PADA USIA 0-23 BULAN DI KABUPATEN
ENREKANG**

***THE GAMMARANA OF EVALUATION FOR STUNTING
PREVENTION IN CHILDREN AGED 0-23 MONTHS IN
ENREKANG DISTRICT***

SIRAJUDDIN



**SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PENGAJUAN

**EVALUASI GAMMARANA UNTUK PENCEGAHAN STUNTING PADA
USIA 0-23 BULAN DI KABUPATEN ENREKANG**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Doktor

Program Studi

Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

SIRAJUDDIN

Kepada

**SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

DISERTASI

**EVALUASI INTERVENSI GAMMARANA UNTUK PENCEGAHAN STUNTING
USIA 0-23 BULAN DI KABUPATEN ENREKANG**

Disusun dan diajukan oleh


SIRAJUDDIN
Nomor Pokok K013191008

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 02 Juni 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasehat,



Prof. Dr. Amran Razak, SE., M.Sc
Promotor



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


Prof. Dr. Nurhaedar Jafar, Apt., M.Kes
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 DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, disertasi berjudul "Evaluasi Gammarana untuk Pencegahan Stunting pada Anak Usia 0-23 Bulan di Kabupaten Enrekang" adalah benar karya saya dengan arahan dari komisi pembimbing Prof Dr. Saifuddin Sirajuddin, MS (alm) dilanjutkan oleh Prof Dr. Amran Razak, SE, M.Sc sebagai Promotor dan Prof Dr. dr Abdul Razak Thaha, MSc dan sebagai ko-promotor-1 serta Prof Dr. Nurhaedar Djafar, Apt, M.Kes, sebagai ko-promotor-2. Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka disertasi ini. Sebagian dari isi disertasi ini telah dipublikasikan di Jurnal (*Annal of R.S.CB*, Volume 6, 2021, Hal 4722-4728) sebagai artikel berjudul "***It has no impact but is useful as a lesson learned from the Gammarana Enrekang stunting prevention project during the COVID-19 pandemic***", dan *Journal Public Health Research*, DOI 10.4081/jphr.2021.2393) sebagai artikel dengan judul "***The evaluation of effect Gammarana intervention to reducing stunting during the Covid-19 pandemic: Protocol evaluation of stunting intervention in Enrekang District***" dan di *Jurnal Empermeria Clinica*, (31, S828-832, DOI : 10.1016 /j.enfcli. 2021.07.038) dengan judul artikel "***Evaluation Context and mechanism of stunting intervention in locus Area : Systematic Review***" serta di *Proceedings of the 3rd International Conference on Social Determinants of Health (ICS DH 2021)*, pages 195-203, DOI:10. 5220 /0010760000003235 (SCITEPRESS, dengan judul "***The Gammarana intervention succeeded in restraining the increase in stunting during the COVID 19 pandemic in Enrekang, South Sulawesi***"). Dengan ini saya melimpahkan hak cipta dari karya tulis saya berupa disertasi ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 2 Juni 2022
Yang Menyatakan



Sirajuddin
K013191008

PRAKATA

Bersyukur kepada Allah SWT dengan menulis Alhamdulillah, atas perlindungan dan izinNya sehingga Disertasi ini dapat disusun sampai selesai. Disertasi ini memiliki arti penting bukan hanya bagi peneliti tetapi juga bagi upaya Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan untuk sistematis dan terencana menurunkan stunting di Sulawesi Selatan. Program Gammarana adalah percontohan konvergensi tingkat desa yang patut diangkat sebagai salah satu kekhususan Provinsi Sulsel dalam pencegahan stunting.

Penulis menyadari, banyak hal yang belum ditulis secara lengkap dalam disertasi ini. Dorongan yang kuat dari ketua Tim Promotor Prof Dr. Saifuddin Sirajuddin, MSi (alm) dilanjutkan oleh Prof Dr. Amran Razak, SE, M.Sc, promotor, Dr. Abdul Razak Thaha, MSc kopromotor 1, Prof Dr. Nurhaedar Djafar, Apt, M.Kes, kopromotor 2, penguji Dr. Ridwan Mochtar Thaha, MSc, Ansariadi, SKM, PhD, MPH, Prof Dr. Purnawan Junadi, MPH, Ph.D dan Dr. Pungkas Bahjuri Ali, STP, MS, Ph.D. Semuanya telah membuat peneliti mampu menyelesaikan disertasi ini.

Ucapan terimakasih yang sebesar besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan studi pada Program S3 Kesmas Unhas.
2. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, sebagai dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas, yang memberikan dukungan dan fasilitas pembelajaran yang memadai sehingga proses belajar berlangsung kondusif dan memuaskan.
3. Prof Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, MKes, MSc. PH, selaku ketua Prodi Program Doktor Kesmas Unhas, yang telah menerima penulis sebagai mahasiswa baru tahun 2019 dan memberikan bimbingan kepada penulis selama menjalankan studi.

4. Prof Dr. Saifuddin Sirajuddin, MS (alm), sebagai ketua promotor pertama yang telah memberikan arahan dan bimbingan untuk penyempurnaan konsep dan substansi disertasi
5. Prof Dr. Amran Razak, SE, M.Sc, selaku Ketua Promotor kedua yang telah membimbing dan mengarahkan penulis pada dimensi kajian kebijakan stunting secara tepat dan efisien
6. Prof Dr. Abdul Razak Thaha, MSc, telah menguatkan penulis fokus pada evaluasi intervensi stunting secara sistematis di Kabupaten Enrekang, memberi motivasi dan bimbingan kajian akademik yang kuat, sehingga penulis mampu mengembangkan ide dan gagasan secara konsisten.
7. Prof Dr. Nurhaedar Jafar, Apt, M.Kes, yang telah bersedia mengarahkan penulis khususnya pada penyelesaian akhir, untuk kesempurnaan isi disertasi.
8. Dr. Ridwan Mochtar Thaha, MSc, telah memberikan arahan kepada penulis pada konteks perubahan perilaku sebagai basis perubahan stunting, Arahan ini sangat membantu peneliti menelusuri berbagai konsep fundamental teori perubahan perilaku
9. Ansariadi, SKM, PhD, MPH, memberikan masukan yang sangat detail tentang prinsip pengukuran variabel secara tepat dan akuntabel.
10. Prof Dr. Purnawan Junadi, telah membuka wawasan penulis dalam mengeksplorasi prinsip analisis hirarki proses sebagai sebuah novelty Gammarana
11. Dr. Pungkas Bahjuri Ali, STP, MS, Ph.D, memberi penulis masukan pada aspek akuntabilitas publik dalam mengukur dampak evaluasi pada skala lebih luas.
12. Segenap Dosen Prodi S3 Kesmas Unhas, telah menuntun penulis pada budaya akademik yang sangat kondusif di Prodi Doktor Kesmas Unhas
13. Segenap Tenaga Kependidikan Prodi S3 Unhas, yang telah memfasilitasi penulis dalam komunikasi dan kelengkapan administrasi pendidikan program Doktor S3.

Peneliti dengan sangat bangga mengucapkan terimakasih kepada istri (Misnah, SPd. I) yang memberikan dukungan yang sangat besar kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan disertasi ini. Kepada putra putriku: Dien Abdul Munir, Ilmi Nurul Mi'raj dan Nurilma, terimakasih doa dan dukungan kalian, memberikan motivasi bagi penulis. Semoga disertasi ini bermanfaat untuk perbaikan gizi di Indonesia.

Makassar, 2 Juni 2022

Sirajuddin

ABSTRAK

SIRAJUDDIN. *Evaluasi Gammarana untuk Pencegahan Stunting Pada Usia 0-23 Bulan Di Kabupaten Enrekang* (dibimbing oleh **Amran Razak, Abdul Razak Thaha dan Nurhaedar Jafar**)

Intervensi pencegahan stunting wajib dievaluasi sebagai bahan perencanaan dan strategi pencegahan stunting. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi; perubahan stunting, kualitas, mengidentifikasi akselerator dan menyusun strategi Gammarana untuk pencegahan stunting di Kabupaten Enrekang.

Metode penelitian adalah *observational*, pada komponen input, proses dan luaran Gammarana 2020. Sampel anak usia 0-23 bulan sebanyak 1235 (Gammarana) dan 998 (bukan Gammarana). Stunting dinilai dengan Z skor TBU < -2 SD median WHO Antro 2006, Analisis statistik dengan uji Wilcoxon, U Mann Whitney, McNemar. Reliabilitas instrumen nilai Cronbach Alfa 0,840. Akselerator Gammarana memakai *Super Decisien 3.2*, Strategi Gammarana dengan SWOT Analisis.

Hasil penelitian diketahui bahwa stunting di desa Gammarana turun 1,33%, dan desa bukan Gammarana turun 1,04% dan tidak signifikan ($p > 0,05$). Akselerator Gammarana adalah faktor pemerintah (0,52784) dengan komitmen politik (0,43986) dan faktor program (0,33252) dengan kinerja tenaga gizi pendamping (0,18569). Komponen intervensi berpengaruh adalah pemberian makan (0,16052), pemantauan pertumbuhan (0,17724) dan sanitasi (0,16052). Nilai indeks konsisten rasio adalah 0,09901. Strategi Gammarana adalah pada Quadrant I (pioneering zone) atau sumbu x dan y adalah = 1,82 dan = 2,61. Kesimpulan adalah Gammarana tidak signifikan mencegah stunting, kualitas optimal dengan akselerator faktor pemerintah, program, tenaga gizi pendamping, pemberian makan, pemantauan pertumbuhan dan sanitasi. Strategi Gammarana adalah dapat perluas ke desa lokus stunting baru, dengan syarat tertentu. Saran Gammarana dapat direplikasi, sesuai dengan syarat memperbaiki cakupan, kepatuhan dan pelibatan masyarakat.

Kata Kunci : Gammarana, Stunting, Akselerator dan Strategi Pengembangan



ABSTRACT

SIRAJUDDIN. *Gammarana Evaluation for Stunting Prevention in Children aged 0-23 Months in Enrekang Regency* (supervised by **Amran Razak, Abdul Razak Thaha and Nurhaedar Jafar**)

Stunting interventions must be evaluated as material for planning and strategies for stunting prevention. The purpose of this study was to evaluate; stunting, quality, identifying accelerators and developing a Gammarana strategy for stunting prevention in Enrekang District.

The method is retrospective observational, on the input, process and output components of Gammarana 2020. The sample of children aged 0-23 months is 1235 (Gammarana) and 998 (not Gammarana). Stunting was assessed by Z score TBU < -2 SD median WHO Antro 2006, Statistical analysis by Wilcoxon test, U Man Whitney, McNemar. The reliability of the instrument Cronbach Alfa value is 0.840. Gammarana Accelerator uses Super Decisien 3.2, Gammarana Strategy with SWOT Analysis.

Results showed that stunting in the Gammarana villages village decrease 1.33%, and the Non Gammarana decreases 1,04% and not significant ($p > 0,05$). The consistent index value of the ratio is 0.09901; Gammarana strategy is on Quarant I (pioneering zone). Conclusion, that Gammarana is not significant to prevent stunting, and it has factors accelerators, programs, nutritional assistants, feeding, growth monitoring and sanitation. Gammarana strategy with expansion to new stunting locus villages. Gammarana's suggestion can be replicated, with certain conditions. Suggestion, Gammarana can be expanded on condition that improve coverage, compliance and community engagement.

Keywords: Gammarana, Stunting, Accelerator and Development Strategy



DAFTAR ISI

| | |
|---|-------------------------------------|
| HALAMAN PENGANTAR | ii |
| DISERTASI | Error! Bookmark not defined. |
| PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA | iv |
| PRAKATA | v |
| ABSTRAK | viii |
| ABSTRACT | ix |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR MATRIKS | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| BAB I | 1 |
| PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1. Latar Belakang | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah | 8 |
| 1.3. Tujuan Penelitian | 8 |
| 1.3.1 Tujuan Umum | 8 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus | 8 |
| 1.4. Kegunaan Penelitian | 8 |
| 1.5. Ruang Lingkup | 10 |
| 1.6. Definisi dan Istilah, Glosarium | 12 |
| 1.7. Organisasi /Sistematika | 12 |
| BAB II | 14 |
| TINJAUAN PUSTAKA | 14 |
| 2.1. Gerakan Masyarakat Mencegah Stunting (Gammarana) | 14 |
| 2.2. Data Status Stunting Sebelum Gammarana 2020 | 18 |
| 2.3. Evaluasi Gammarana | 19 |
| 2.4. Stunting | 24 |
| 2.4.1. Kecenderungan Stunting Global 2000-2019 | 24 |
| 2.4.2. Komponen Intervensi yang efektif menurunkan Stunting | 26 |

| | |
|--|------------|
| 2.4.3. Akselerasi Penurunan Stunting | 29 |
| 2.5. Kerangka Teori | 30 |
| 2.6. Kerangka Teori Stunting | 33 |
| 2.7. Kerangka Teori Penelitian | 35 |
| 2.8. Kerangka Konsep Gammarana | 39 |
| 2.9. Definisi Operasional dan Kriteria Objektive | 39 |
| METODE PENELITIAN | 43 |
| 3.1. Rancangan Penelitian | 43 |
| 3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian | 49 |
| 3.3. Jenis dan Sumber Data | 54 |
| 3.4. Teknik Pengumpulan Data | 56 |
| 3.5. Besar Sampel | 58 |
| 3.6. Teknik Analisis Data | 60 |
| 3.7. Etika Penelitian | 61 |
| 3.8. Alur Penelitian | 62 |
| 3.9. Kontrol Kualitas | 63 |
| 3.10. Kebaruan (Novelty) | 64 |
| BAB IV | 66 |
| HASIL PENELITIAN | 66 |
| 4.1. Kondisi Umum Kabupaten Enrekang | 66 |
| 4.2. Perubahan Stunting setelah Intervensi Gammarana | 67 |
| 4.3. Evaluasi Kualitas Gammarana | 72 |
| 4.4. Akselerasi Gammarana | 85 |
| 4.5. Strategi Gammarana | 89 |
| 4.6. Pembahasan | 91 |
| BAB V | 129 |
| PENUTUP | 129 |
| 5.1. Kesimpulan | 129 |
| 5.2. Saran | 129 |
| REFERENCE | 131 |

DAFTAR TABEL

| | | | |
|-------|------|---|----|
| Tabel | 2.1. | Tabel komposisi gizi paket gizi mikro Gammarana | 17 |
| Tabel | 2.2. | Penurunan Stunting Pertahun Berdasarkan Negara Asia Tenggara | 25 |
| Tabel | 3.1. | Uji Validitas Instrumen Kualitas Gammarana | 46 |
| Tabel | 3.2. | Indikator Perbandingan Awal Desa Gammarana dan Bukan Desa Gammarana | 51 |
| Tabel | 3.3. | Intervensi di Luar Paket Gammarana pada Desa Gammarana dan Bukan Gammarana | 52 |
| Tabel | 3.4. | Intervensi Paket Gammarana pada Desa Gammarana | 53 |
| Tabel | 4.1. | Perubahan Stunting Anak Usia 0-23 Bulan pada Desa Gammarana dan Bukan Desa Gammarana, Enrekang 2020 | 68 |
| Tabel | 4.2. | Perubahan Stunting Setelah Intervensi Gammarana | 68 |
| Tabel | 4.3. | Distribusi Status Gizi BB/TB Kelompok Gammarana dan Bukan Gammarana di Kabupaten Enrekang 2020 | 69 |
| Tabel | 4.4. | Distribusi Jumlah Sasaran Perbulan dan Beban TGP | 77 |
| Tabel | 4.5. | Hasil Evaluasi Pemberian Makan Anak | 81 |
| Tabel | 4.6. | Analisis Korelasi Persentase Perubahan Stunting dengan Skor Kualitas Gammarana | 83 |
| Tabel | 4.7. | Karakteristik Subjek pada Analisis Hirarki Proses di Kabupaten Enrekang, 2020 | 86 |
| Tabel | 4.8. | Indeks Konsistensi Komponen Gammarana | 87 |
| Tabel | 4.9. | Analisis SWOT Gammarana Kabupaten Enrekang, 2020 | 89 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|--|----|
| Gambar 1.1. Bagan Ruang Lingkup Studi | 11 |
| Gambar 2.1. Kejadian Gagal Tumbuh Indonesia antara Anak Normal dan Stunting (Sumber : Gammarana 2020) | 19 |
| Gambar 2.2. Akses Pelayanan Gizi Konvergensi Anak Usia 0-23 Bulan di Indonesia | 28 |
| Gambar 2.3. Estimasi Target Penurunan Stunting Indonesia 2018-2024 | 29 |
| Gambar 2.4. Kerangka Teori Penelitian | 36 |
| Gambar 2.5. Kerangka Konsep Penelitian | 40 |
| Gambar 3.1. Desain Proses Evaluasi Kualitas Gammarana | 44 |
| Gambar 3.2. Desain Proses AHP Gammarana | 47 |
| Gambar 3.3. Sebaran Lokasi Desa Gammarana dan Desa Bukan Gammarana, 2020 | 50 |
| Gambar 3.4. Proses Pengambilan Sampel Desa Gammarana dan Bukan Gammarana | 59 |
| Gambar 3.5. Tahapan dan Alur Penelitian | 62 |
| Gambar 4.1. Cakupan Program Paket Gammarana pada Anak 0-23 Bulan | 70 |
| Gambar 4.2. Cakupan Program Paket Gammarana pada Bumil | 71 |
| Gambar 4.3. Skor Rubrik Evaluasi Kualitas Gammarana | 72 |
| Gambar 4.4. Distribusi Desa Berdasarkan Kualitas Gammarana Tahun 2020 | 83 |
| Gambar 4.5. Desa Berdasarkan Kurva Pareto Kualitas Gammarana | 84 |
| Gambar 4.6. Desa Berdasarkan Perubahan Stunting | 85 |
| Gambar 4.7. Skor Kekuatan Komponen Gammarana | 87 |
| Gambar 4.8. Akselerator Penurunan Stunting Berdasarkan Skala Prioritas Komponen Konteks dan Mekanisme Intervensi di Kabupaten Enrekang | 88 |
| Gambar 4.9. Kuadrant Gammarana Kabupaten Enrekang, 2020 | 90 |

DAFTAR MATRIKS

| | |
|---|----|
| Matriks 2.1. Studi evaluasi rujukan Gammarana | 20 |
| Matriks 2.2. Langkah evaluasi intervensi kesehatan masyarakat | 22 |
| Matriks 2.3. Kelebihan dan Kelemahan Metode Evaluasi | 23 |
| Matriks 2.4. Analysis Hierarchy Process | 32 |
| Matriks 3.1. Aktifitas Gammarana, Aspek dan Metode Evaluasi | 45 |
| Matriks 3.2. Kriteria Skala Perbandingan Berpasangan Komponen Gammarana | 48 |
| Matriks 3.3. Nama Desa Gammarana dan Desa Bukan Gammarana | 54 |
| Matriks 3.4. Distribusi Variabel Data dan Sumber Data Penelitian | 55 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|-----|
| Lampiran 1. Instrumen Penelitian | 151 |
| Lampiran 2. Rubrik Evaluasi Kualitas Gammarana | 154 |
| Lampiran 3. Instrumen Analisis Hirarki Proses | 159 |
| Lampiran 4. Instrumen SWOT Analisis | 165 |
| Lampiran 5. Rekomendasi Etik, Rekomendasi BKPM Provinsi, Rekomendasi BKPM Kabupaten Enrekang | 168 |
| Lampiran 6. Hasil Analisis Perbedaan (Independent) Status Gizi berdasarkan Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) di Awal dengan Akhir Gammarana di Kabupaten Enrekang, Tahun 2021 | 172 |
| Lampiran 7. Hasil Analisis Perbedaan (Independent) Status Gizi berdasarkan Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) di Awal dan Akhir Gammarana di Kabupaten Enrekang, Tahun 2021 | 173 |
| Lampiran 8. Hasil Analisis Perubahan (Dependent) Status Gizi berdasarkan Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) Gammarana di Kabupaten Enrekang, Tahun 2021 | 174 |
| Lampiran 9. Hasil Analisis Arah Perubahan Status Gizi berdasarkan Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U) Gammarana di Kabupaten Enrekang, Tahun 2021 | 175 |
| Lampiran 10. Hasil Analisis Validasi Tinggi Badan Anak | 176 |
| Lampiran 11. Master Tabel Hasil Validasi Tinggi Badan | 177 |
| Lampiran 12. Master Tabel Rubrik Evaluasi Gammarana Enrekang, 2021 | 179 |
| Lampiran 13. Deskriptive Data Kualitas Gammarana Enrekang, 2021 | 180 |
| Lampiran 14. Cakupan Gammarana pada anak 0-23 Bulan di Kabupaten Enrekang, 2020 | 181 |
| Lampiran 15. Cakupan Gammarana pada Ibu Hamil di Kabupaten Enrekang, 2020 | 182 |
| Lampiran 16. Control Sistem Input Dan Analisis Data AHP Berbasis Superdecisien 3,2 | 183 |
| Lampiran 17. Dokumentasi Pelatihan Enumerator dan Validasi Tinggi Badan | 186 |
| Lampiran 18. Persiapan dan Koordinasi Kegiatan dengan PKM Baraka, Dinas Kesehatan, dan Interview Kades | 187 |
| Lampiran 19. Pengumpulan Data dan Antropometri oleh Enumerator di Enrekang | 188 |
| Lampiran 20. Pengumpulan Data dan Antropometri oleh Enumerator di Enrekang | 189 |

| | |
|---|-----|
| Lampiran 21. Dokumen Petunjuk Teknis dan Buku Pelatihan Enumerator Gammarana | 190 |
| Lampiran 22. Dokumen Legal Aspek Gammarana | 191 |
| Lampiran 23. Sumber Pembiayaan Gammarana | 192 |
| Lampiran 24. Pertemuan Tim Teknis dan Koordinasi Wakil Gubernur Sulsel 2020. | 193 |
| Lampiran 25. Analisis Statistik Sub Sampel HAZ dengan Acceptable Diet | 194 |
| Lampiran 26. Dokumen APD Enrekang 2018-2023 | 196 |
| Lampiran 27. Contoh Dokumen Enrekang dalam Gerakan Cegah Stunting | 197 |
| Lampiran 28. Luaran Penelitian | 198 |

DAFTAR SINGKATAN

| Singkatan | Arti dan Keterangan |
|-----------|---|
| AHP | Analisis Hirarki Proses |
| BB/U | Berat Badan menurut Umur |
| BB/TB | Berat Badan menurut Tinggi Badan |
| ePPGBM | Elektornik Pencatatan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat |
| Gammarana | Gerakan Masyarakat Mencegah Stunting |
| HPK | Hari Pertama Kehidupan |
| Lokus | Lokasi fokus dan khusus |
| MPASI | Makanan Pendamping Air Susu Ibu |
| PMBA | Pemberian Makan Anak |
| PMT | Pemberian Makanan Tambahan |
| RE | Realist Evaluation |
| RIDIE | Registry for International Impact Evaluation adalah lembaga registrasi khusus studi evaluasi, yang merupakan wadah pelaporan studi evaluasi untuk direview secara independen dan terbuka setelah dinyatakan layak oleh tim penilai. |
| SWOT | Strength (kekuatan), Weaknesses (kelemahan), Opportunity (peluang), Threats (ancaman), adalah strategi penentuan posisi atau kuadrant/titik dari empat sisi yang berlawanan dari dua sumbu, yaitu pada sumbu horizontal disisi kiri adalah kelemahan dan disisi kanan adalah kekuatan, dan sumbu vertikal adalah peluang di sisi atas dan ancaman disisi bawah. Dari titik kordinat berpeluang menghasilkan zona; pioneering (ekspansi), diversifications (inovasi), defensive (bertahan) dan twisting (koreksi). |
| TB/U | Tinggi Badan menurut Umur |
| TGP | Tenaga Gizi Pendamping adalah ahli gizi level D3, Sarjana Terapan dan Sarjana Gizi, yang ditugaskan untuk menjadi promotor gizi di desa |
| TTD | Tablet Tambah Darah |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Evaluasi intervensi stunting adalah bagian integral dari upaya percepatan penurunan stunting di Indonesia, dan karenanya sekaligus menjadi salah satu dari lima pilar Percepatan Pencegahan Stunting di Indonesia (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), 2017). Luaran penting evaluasi adalah strategi intervensi pencegahan stunting berkelanjutan sebagai satu satunya cara untuk keluar dari keterbelakangan segala sendi kehidupan baik pada level individu, kelompok masyarakat dan komunitas dalam satu negara (Departement of Health & Human Services-CDC, 1999; Pawson *et al.*, 2004; Betts & Wood, 2013; Doi, Jepson & Hardie, 2017; Kunst, 2017).

Gammarana adalah model intervensi pencegahan stunting di Kabupaten Enrekang dan Bone Sulawesi Selatan, yang dimulai tahun 2020. Gammarana memiliki basis intervensi pemberian makan anak (*infant feeding*) dan edukasi gizi (*nutritional education*). Gammarana fokus pada langkah antisipasi pencegahan stunting berdasarkan kerangka konvergensi dengan melibatkan multisektor di level provinsi, kabupaten, kecamatan dan desa. Gammarana memiliki tiga pilar utama paket intervensi yaitu intervensi gizi mikro anak usia 0-23 bulan, intervensi gizi makro ibu hamil dan pendampingan paket intervensi oleh Tenaga Gizi Pendamping (TGP), (Sulsel, 2020).

Gammarana memiliki posisi penting karena penyediaan model intervensi yang didukung oleh intervensi paket sensitif dan spesifik ditingkat provinsi, kabupaten, desa dan pemanfaat program primer (ibu dan anak) sebagai sasaran utama 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (Hossain *et al.*, 2017a, 2017a). Gammarana memiliki momentum yang tepat karena dilaksanakan bertepatan dengan pandemik COVID-19 di Indonesia tahun 2020 (Velavan Meyer, 2020), disaat yang bersamaan akses pelayanan

paket intervensi natural terkait kesehatan ibu dan anak menurun, karena Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) diberlakukan di beberapa daerah Indonesia (Setiati, Azwar, 2020).

Gammarana difokuskan pada daerah khusus (lokus) stunting di Kabupaten Enrekang dan Kabupaten Bone, karena memiliki prevalensi stunting tertinggi di Sulawesi Selatan tahun 2018. Intervensi 3 pilarnya bekerja pada karakter sosio demografi risiko tinggi stunting. Karakter sosio demografi dimaksud adalah pusat kasus stunting yang tinggi, pedesaan terpencil, type pegunungan, dataran tinggi, kelompok keluarga petani dan mayoritas dari keluarga dengan tingkat pendidikan dasar (Rizal Doorslaer, 2019)(Rachmi, Kingsley E. Agho, *et al.*, 2016)(Beatty *et al.*, 2017). Gammarana, menjadi titik kritis zona stunting di Sulsel dan jika berhasil maka posisi Enrekang, Bone dan Sulawesi Selatan, akan membaik pada peringkat stunting Nasional (Sulsel, 2020).

Stunting diyakini menjadi salah satu indikator kesejahteraan sekaligus menilai ketimpangan sosial (Huey Mehta, 2016). Stunting menjadi sangat kritis pada negara miskin dan berkembang (Mosites *et al.*, 2015), karena stunting adalah faktor risiko mayor terhadap kualitas fisik dan mental (Akombi *et al.*, 2017), terkoneksi secara langsung pada kualitas sumberdaya manusia (Prendergast & Humphrey, 2014; Kureishy *et al.*, 2017; Nur Cahyadi *et al.*, 2018). Sumberdaya manusia yang berkualitas adalah level tertinggi dalam peradaban (Martorell, 2017), dan setiap negara berkeinginan untuk meraihnya melalui pembangunan berkelanjutan. Stunting adalah salah satu penghambat pencapaian sumberdaya manusia yang berkualitas (Prendergast & Humphrey, 2014)

Prevalensi stunting tahun 2012 adalah 165 juta dan turun pada tahun 2018 menjadi 149 juta atau 21,9% (Rakotomanana *et al.*, 2017). Lebih dari setengah balita stunting global ada negara Asia 87,1 juta (54,8%), termasuk didalamnya Indonesia (Lawrence Haddad, 2020). Kantong stunting adalah Timor Leste, India, Pakistan, Bangladesh, dan Nepal masing masing 45,6%, 38,4%, 37,6%, 36,1%, dan 35,18%. Negara negara tersebut di atas

telah melakukan berbagai intervensi, namun hasilnya belum maksimal (Lawrence Haddad, 2020).

Prevalensi stunting Indonesia tahun 2018, adalah 30,8%. Posisi Sulawesi Selatan di Indonesia tahun 2018 berdasarkan proporsi stunting Balita adalah empat besar yaitu Nusa Tenggara Timur, Aceh, Sulawesi Barat dan Sulawesi Selatan berturut turut 42,7%, 37,1%, 35,8% dan 35,7%. Penurunan proporsi stunting di Sulawesi Selatan adalah sangat lambat (5,2%) yaitu dari 40,9% menjadi 35,7% periode 2013 -2018. Posisi Sulsel menjadi empat besar karena rata rata penurunan prevalensi stunting nasional pada periode yang sama adalah 6,4%. Populasi penduduk yang paling berisiko stunting berdasarkan laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 adalah kelompok usia 12-23 bulan (37,4%), pendidikan ibu tidak pernah sekolah (36,7%), kepala rumah tangga nelayan (43,5%) dan tinggal di pedesaan (34,9%)(Kemenkes, 2013),(Kemenkes RI, 2018),(Balitbangkes, 2013).

Tahun 2019 dilakukan Studi Status Gizi Balita terintegrasi SUSENAS 2019 (SSGBI), dan hasilnya diketahui prevalensi stunting Indonesia 27,67% atau turun 3,1% dibanding hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 sebesar 30,8% (Balitbangkes, 2018). Perubahan prevalensi stunting di Indonesia tahun 2013-2019, adalah sebesar 9,5% dan bervariasi antar provinsi. Rerata penurunan prevalensi stunting per tahun adalah 1,6% (SSGBI, 2019)(Izwardy, 2020). Studi sistematik review oleh Hossain M, et al, (2017), diketahui bahwa rerata penurunan proporsi stunting global sampai pada tahun 2015 adalah 1,8%. Pada tahun 2020 berdasarkan laporan gizi global *Annual Average Rate Reducing (AARR)* stunting adalah 2,2%, dan dipersyaratkan penurunan idealnya 4%, (Global Nutrition, 2020), (Hossain *et al.*, 2017a),(Lawrence Haddad, 2020).

Stunting di Kabupaten Enrekang tahun 2018 adalah 42.6% dan tahun 2019 adalah 43,7%. Kelompok usia berisiko adalah 0-23 bulan. Anak usia 0-23 bulan sangat pendek dan pendek pada tahun 2018 di Sulsel adalah masing masing 13,27% dan 20,57% sedangkan Kabupaten Enrekang adalah 23.92% dan 16.88%. Anak usia 0-59 bulan yang sangat

pendek dan pendek di Sulawesi Selatan adalah masing masing 12,52% dan 23.22%, sedangkan di Kabupaten Enrekang anak balita pendek dan sangat pendek adalah 15,55% dan 27,10%, atau 42,6%. (Balitbangkes, 2018, SSGBI, 2019)

Dampak buruk stunting sangat luas, bukan hanya masa kini tetapi juga kualitas generasi dimasa yang akan datang. Anak balita yang mengalami stunting cenderung pasif dan tidak mengeksplorasi lingkungan sekitarnya. Fenomena ini berdampak buruk pada perkembangan kecerdasan emosional. Dampak lain stunting yang lebih serius adalah produktivitas turun dan prestasi akademik rendah, obesitas. Stunting meskipun secara antropometri diukur dari tinggi badan dan bahkan dipersepsikan bukan masalah pada kelompok masyarakat tertentu, namun memiliki berbagai konsekuensi patologi bahkan lintas generasi yang disebut sindrom stunting (Angood *et al.*, 2016; Guerrant *et al.*, 2016; Haile *et al.*, 2016; Upadhyay & Srivastava, 2016; Shekar *et al.*, 2017; Kadiyala *et al.*, 2018; Abera *et al.*, 2019).

Pencegahan stunting dapat dilakukan dengan berbagai cara berbasis bukti. Stunting dapat dicegah dan direhabilitasi jika diintervensi secara tepat melalui intervensi gizi sensitif dan spesifik. Kombinasi intervensi sensitif dan spesifik terbukti efektif menurunkan prevalensi stunting >3% per tahun. Komponen program yang diketahui paling efektif antara tahun 1986-2015 adalah pendidikan gizi, konseling gizi, promosi pertumbuhan anak, imunisasi, hygiene sanitasi dan jaring pengaman sosial. Temuan didasarkan pada semua penelitian 18 studi yang terdiri dari 17 studi *cross sectional* dan 1 studi *Randomized*. Studi ini menemukan bukti bahwa setiap komponen program tidaklah memiliki konteks dan mekanisme yang selalu sama untuk memberikan hasil akhir yang sama. Realist evaluasi adalah cara untuk melakukan intervensi berbasis konteks dan mekanisme yang lokal spesifik (Hossain *et al.*, 2017a)

Pembuktian terbaik terhadap kemampuan intervensi menurunkan stunting dihimpun dari studi *cross sectional* maupun *Randomized Control Trial* (RCT), bahwa intervensi stunting dengan efikasi paling baik adalah

kombinasi antara intervensi sensitif dengan spesifik (Abera *et al.*, 2019),(Vir, 2016; Billah *et al.*, 2017). Peningkatan luaran intervensi (outcome) dapat dilakukan dengan memperluas konteks dan memperjelas mekanisme atau konteks ditambah mekanisme adalah sama dengan luaran (outcome) (Hossain *et al.*, 2017a),(Jeon *et al.*, 2019),(Fletcher & Murphy, 2016). Setiap intervensi stunting haruslah berbasis bukti (evidence base) yang diperoleh melalui sistematik review dari sejumlah publikasi berdasarkan prinsip PICO (*Population, Intervention, Comparable, Outcome*). Populasi anak balita (0-59 bulan), intervensi (kombinasi sensitif-spesifik), pembandingnya adalah intervensi alamiah (*natural intervention*), luarannya (outcome) adalah penurunan stunting dari penelitian eksperimen.

Praktik terbaik di setiap lokasi dapat dijadikan rujukan sebatas kesamaan komponen program, tetapi tidak dapat direplikasi sepenuhnya sama, di tempat lain, karena perbedaan konteks dan mekanisme. Cara paling baik untuk menyesuaikan komponen program dengan konteks dan mekanisme adalah melalui tiga phase *realist* evaluasi (identifikasi program teori, testing program teori dan refining program teori)(Bonell *et al.*, 2016; Giralt *et al.*, 2017; Mukumbang *et al.*, 2017, 2018).

Kabupaten Enrekang sebagai salah satu kabupaten lokasi fokus stunting di Sulawesi Selatan, telah diimplementasi sebuah intervensi unggulan Gammarana pada tahun 2020. Intervensi Gammarana diharapkan mampu menurunkan stunting secara signifikan di daerah uji coba ini (Sulsel, 2020). Hasil studi awal diketahui bahwa proporsi stunting sebelum intervensi Gammarana di Kabupaten Enrekang dapat diketahui dari berbagai sumber. Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, stunting di Kabupaten Enrekang adalah 42,6% (n=169). Angka ini lebih rendah dibanding laporan Studi Status Gizi Balita Indonesia 2019 sebesar 43,7%. Perbedaan ini karena kerangka sampel yang berbeda antara SSGBI dan Riset Kesehatan Dasar. Sumber data Surveilans Status Gizi Balita dari database e-PPGBM tahun 2020, stunting di Kabupaten Enrekang adalah sebesar 27,91% (n=15836). Persentase stunting

berdasarkan sub sampel disemua sasaran desa lokus sebanyak 30 Desa di Kabupaten Enrekang sebelum intervensi Gammarana adalah 30,8% (n=533). Jumlah sub sampel pada desa lokus adalah sebesar 3,37% dari jumlah populasi balita di Kabupaten Enrekang (Kemenkes, 2018), (Kemenkes, 2019)

Hal yang akan dievaluasi dalam studi ini adalah jika sejumlah basis intervensi stunting dilakukan dengan syarat maksimal, maka penurunan stunting akan mampu mencapai >4% per tahun (WHO, 2020). Hasil sistematik review oleh Hossain 2017 adalah jika intervensi mengombinasikan antara intervensi sensitif dan spesifik dengan basis kuat pada dukungan politik, pelibatan masyarakat dan faktor program, maka mampu mencapai penurunan 3% pertahun (Hossain *et al.*, 2017b). Hasil sistematik review peneliti periode publikasi 2015-2020 khusus studi RCT ditemukan penurunan pertahun untuk kelompok intervensi yang efektif adalah $3,23 \pm 3.73$ persen. Jika intervensi efektif dapat mencapai $6,58 \pm 1,99\%$ dan jika tidak efektif hanya mencapai $0.57 \pm 2,42\%$ pertahun (Sirajuddin, et al, 2020).

Berdasarkan hasil studi sistematik review di atas maka pada studi kali ini peneliti ingin menguji hipotesis bahwa intervensi Gammarana di Kabupaten Enrekang 2020, mampu menurunkan stunting >3%, jika mampu mereplikasi syarat maksimal sebagaimana ditemukan pada hasil sistematik review oleh Hossain et al 2017 dan Sirajuddin et al 2020. Sejumlah persyaratan komponen intervensi adalah suplementasi gizi mikro, pemberian makan, pencegahan penyakit infeksi, ketahanan pangan, promosi pemantauan pertumbuhan dan hygiene sanitasi. Jika komponen di atas didukung oleh komitmen politik, pelibatan komunitas dan aspek program yang memadai maka diestimasi penurunan stunting dapat mencapai 19.38% selama periode 2018-2024 dan proporsi stunting tahun 2024 adalah 14%.

Hasil studi evaluasi intervensi Gammarana di Kabupaten Enrekang dapat menjadi barometer strategi marketing pencegahan stunting berkelanjutan (model). Dibutuhkan kajian sistematis dan komprehensif

untuk mendeskripsikan semua determinan faktor (Beal *et al.*, 2018). Determinan faktor pada pemerintah, komunitas, dan program memberi andil besar pada kisah sukses ataupun gagalnya intervensi pada daerah uji coba (*pilot project*) (Hossain *et al.*, 2017b). Tahun 2020 daerah uji coba di Sulsel adalah Kabupaten Enrekang dan Bone (Sulsel, 2020). Temuan terhadap komponen intervensi sebagai akselerator terbaik penurunan stunting sangat dibutuhkan untuk memberi landasan akademik yang kuat penyusunan strategi akselerasi penurunan stunting. Analisis Hierarki Proses menjadi salah satu pilihan paling realistis untuk menjawab tujuan ini (Frazão *et al.*, 2018).

Strategi percepatan pencegahan stunting, dipandang unggul jika mampu mengetahui kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman atau berbasis analisis SWOT, (Sirajuddin, 2020). Akselerasi butuh strategi terbaik untuk dapat direflikasi optimal di lokasi yang sama atau berbeda. Akselerator intervensi pencegahan stunting dari pengalaman Gammarana, disusun dalam rangkaian strategi pemasaran percepatan penurunan stunting di Kabupaten Enrekang. Studi evaluasi intervensi stunting di Kabupaten Enrekang sangat dibutuhkan, sehingga studi ini dilakukan.

Anak usia 0-23 bulan, ditetapkan sebagai kelompok usia spesifik dalam pencegahan stunting karena usia tersebut adalah zona kritis pertumbuhan (Kartini *et al.*, 2018) dan paling tepat langkah pencegahan kedua dilakukan setelah tuntas pada langkah pertama di masa kehamilan. Ada dua titik tertinggi stunting pada periode waktu 0-59 bulan yaitu pada anak baru lahir (22,6%) dan pada usia 12-23 bulan (37,3%) (Kemenkes, 2018) (Thaha, 2020). Jika phase pra hamil dan hamil ditangani dengan mikro dan makro nutrient maka titik kritis pertama dapat diatasi, stunting pada anak baru lahir teratasi. Jika phase 0-23 bulan diatasi dengan Gammarana maka, stunting pada titik puncak kedua 12-36 bulan, adalah juga teratasi (Sulsel, 2020).

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka diajukan beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut;

1. Bagaimana efek Gammarana pada stunting anak usia 0-23 bulan di Enrekang?
2. Bagaimana kualitas intervensi Gammarana di Kabupaten Enrekang?
3. Bagaimana akselerasi intervensi Gammarana di Kabupaten Enrekang?
4. Bagaimana strategi model Gammarana dalam upaya percepatan pencegahan stunting di Kabupaten Enrekang?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian adalah untuk mengevaluasi efek Gammarana pada stunting pada anak usia 0-23 bulan dan pengembangan strategi Gammarana di Kabupaten Enrekang.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a) Mengevaluasi efek Gammarana pada stunting anak usia 0-23 bulan di Kabupaten Enrekang.
- b) Mengevaluasi kualitas Gammarana di Kabupaten Enrekang.
- c) Mengevaluasi komponen akselerasi Gammarana di Kabupaten Enrekang.
- d) Menyusun strategi Gammarana dalam upaya percepatan penurunan stunting di Kabupaten Enrekang.

1.4. Kegunaan Penelitian

Studi ini memiliki manfaat pada berbagai pemangku kepentingan, dalam mengembangkan intervensi pencegahan stunting. Secara khusus kegunaan studi ini dapat diuraikan sebagai berikut:

1.4.1. Bagi Pemerintah Kabupaten Enrekang.

Kabupaten Enrekang adalah salah satu kabupaten lokus tahun 2020 di Indonesia, yang dituntut untuk dapat mengatasi stunting secara berkelanjutan dengan berbagai pendekatan berbasis nasional maupun lokal. Studi ini menjadi bagian integral program konvergensi pencegahan stunting di Kabupaten Enrekang, menghasilkan peta konsep perumusan kebijakan pencegahan stunting di tingkat kabupaten Enrekang.

1.4.2. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan.

Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan membutuhkan intervensi unggulan berbasis bukti dari lokasi percontohan, karena peringkat ke empat stunting tertinggi Nasional tahun 2018. Intervensi Gammarana butuh pembuktian ilmiah, agar dapat diadopsi di tempat dan waktu berbeda khusus dalam regional Sulawesi Selatan. Studi ini adalah salah satu bentuk kajian ilmiah yang berkontribusi pada perumusan intervensi pencegahan stunting di Sulawesi Selatan, sehingga semua intervensi susulan telah memiliki peta jalan yang terukur dan objektif

1.4.3. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang

Dinas Kesehatan Kabupaten Enrekang sebagai *leading* sektor intervensi spesifik pencegahan stunting, membutuhkan *driver* (penggagas) dibentuknya konvergensi multisektor berbagai Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dalam pencegahan stunting harus didukung oleh studi evaluasi intervensi tahap pertama (Gammarana). Studi ini bermanfaat sebagai bahan advokasi peningkatan kerjasama pemangku kepentingan dalam upaya pencegahan stunting di Enrekang

1.4.4. Bagi Pemerintah Kecamatan dan Desa

Pemerintah desa sebagai satuan terkecil institusi pemerintah yang mengimplementasi intervensi Gammarana, memiliki pengalaman nyata sekaligus belajar menjadi bagian penting upaya pencegahan stunting. Studi ini menjadi bukti rekam jejak upaya konvergensi pencegahan stunting tingkat desa.

1.4.5. Bagi Keluarga Sasaran

Manfaat langsung bagi keluarga sasaran adalah meningkatkan status gizi dan perannya berbagi data dan informasi praktis kepada keluarga lain, agar dapat ditiru keluarga lain yang juga berisiko memiliki anak stunting sehingga stunting dapat dicegah kemunculannya pada keluarga lain di waktu dan tempat yang berbeda.

1.4.6. Bagi Universitas Hasanuddin

Kontribusi Unhas dalam skala nasional terhadap upaya pemerintah dalam pencegahan stunting membutuhkan pembuktian secara ilmiah dan objektif. Studi ini memiliki manfaat bagi Unhas sebagai bagian tidak terpisahkan dalam kluster studi stunting mendeskripsikan salah satu sisi determinan stunting Indonesia.

1.4.7. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

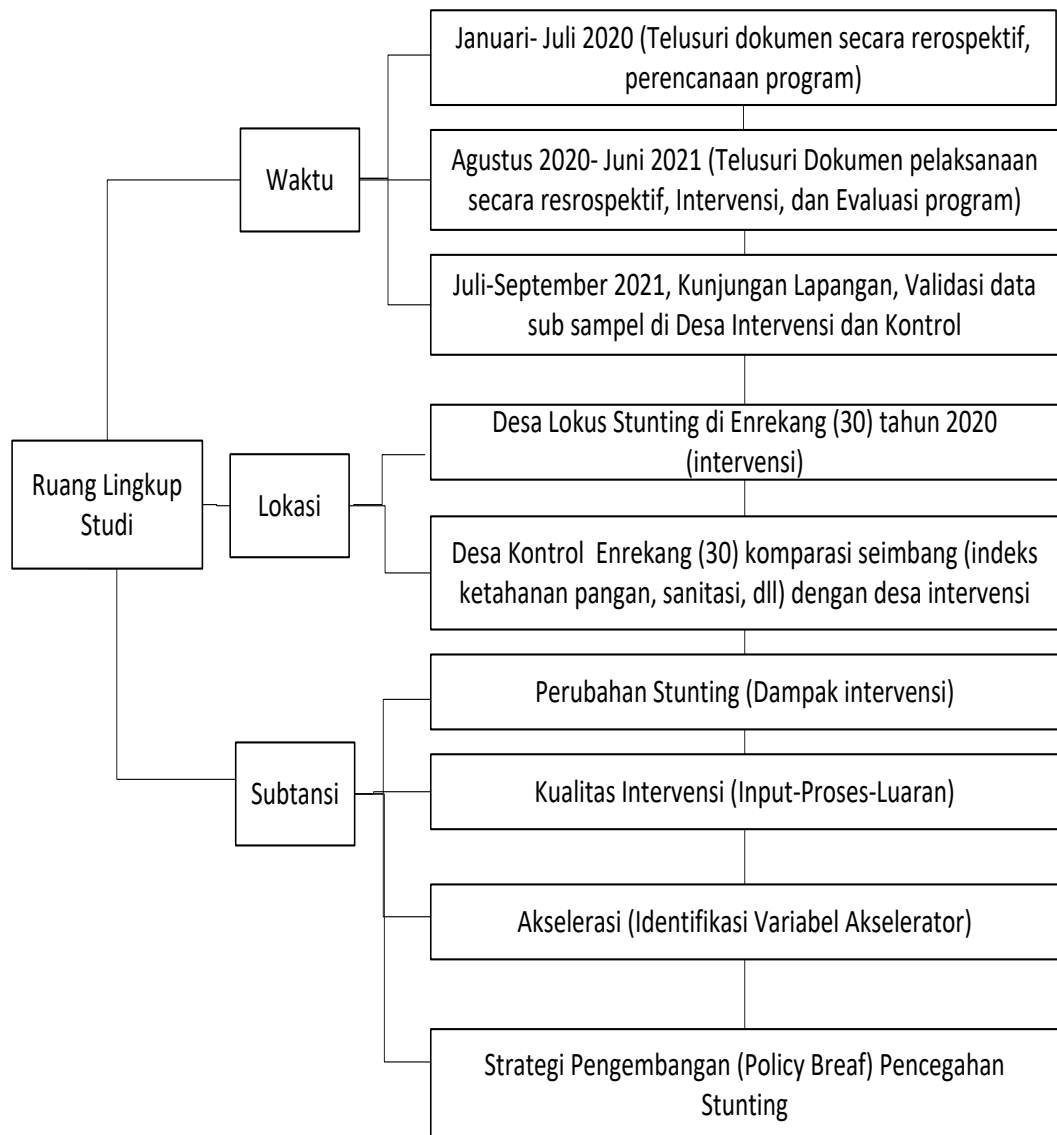
Studi ini memberikan kontribusi pada pengembangan evaluasi intervensi stunting di Indonesia dan dunia, karena deskripsi konteks dan mekanisme Gammarana dapat dideskripsikan secara sistematis.

1.4.8. Bagi Peneliti

Peneliti sebagai akademisi dan praktisi gizi masyarakat, mampu mengikuti, menguji dan merumuskan konsep dan implementasi intervensi stunting berdasarkan determinan sosial masyarakat pemanfaat program.

1.5. Ruang Lingkup

Ruang lingkup wilayah studi ini dilakukan di 30 Desa Lokasi Khusus (Lokus) Kabupaten Enrekang sebagai titik observasi melalui dokumentasi seluruh komponen intervensi. Desa pembanding tidak di kunjungi, melainkan melalui data sekunder dari sumber resmi pemerintah yang dapat diakses.



Gambar 1.1. Bagan Ruang Lingkup Studi

1.6. Definisi dan Istilah, Glosarium

Gammarana adalah gerakan masyarakat mencegah stunting. Sebuah istilah yang disepakati untuk memberi nama pada program pencegahan stunting di Sulawesi Selatan tahun 2020. Gammarana juga merupakan ungkapan Bahasa Bugis Makassar yang artinya seseorang yang dipandang cakap, berpenampilan menarik perhatian banyak orang.

Akselerasi adalah variabel yang memiliki skor kepentingan paling besar, untuk berkontribusi pada keberlanjutan intervensi pencegahan stunting berdasarkan penilaian dengan indeks konsistensi yang baik.

Super Decisien 3.2 adalah perangkat lunak yang digunakan untuk mengukur indeks konsisten variabel yang berinteraksi secara berlawanan dan memberi nilai indeks konsistensi dan skala prioritas yang bertingkat.

1.7. Organisasi /Sistematika

Studi ini terdiri dari empat kerangka utama yang terdiri dari kajian Perubahan stunting, Kualitas Intervensi, Akselerasi dan Strategi Percepatan penurunan stunting di Kabupaten Enrekang.

Bagian Pertama. Kajian penurunan perubahan stunting sebagai efek Gammarana di desa lokus stunting kabupaten Enrekang. Perbedaan stunting sebelum dan setelah Gammarana antara desa Gammarana (30 desa) dan desa bukan Gammarana (30 desa), yang setara dalam dimensi komposit ketahanan pangan, indeks ketahanan pangan, akses jamban permanen, sarana air bersih, keluarga berencana, imunisasi dasar, ASI eksklusif, pemantauan pertumbuhan dan jaminan kesehatan nasional.

Bagian Kedua. Kualitas intervensi Gammarana di 30 Desa Kabupaten Enrekang. Kualitas diukur berdasarkan rubrik evaluasi input, proses dan luaran, dengan nilai *Cronbach Alfa* 0,840. Disajikan alur *logic model* dengan nilai rerata standar deviasi skor rubrik pada komponen input,

proses, luaran sekunder dan luaran primer. Disajikan juga distribusi desa berdasarkan kualitas kinerja berbasis *Geographical Information System*, kurva pareto, dan distribusi desa berdasarkan perubahan stunting setelah intervensi Gammarana.

Bagian Ketiga adalah Akselerator intervensi penurunan stunting, Akselerator adalah sebuah faktor yang memiliki skor prioritas terbaik berdasarkan analisis perbandingan berpasangan multi kriteria. Analisis multi kriteria (AHP), yang berasal dari penilaian konsisten (indeks konsistensi $<0,1$) para pihak pelaksana Gammarana tingkat desa dan Puskesmas, karena posisinya sebagai user latar pendidikan perguruan tinggi, dan lama kerja rata rata 13, 21 tahun, mengenal program kesmas 11,64 tahun dan mengenal program gizi 12,35 tahun. Disajikan skor prioritas komponen Gammarana, dan akselerator Gammarana.

Bagian Keempat adalah strategi percepatan penurunan stunting di Kabupaten Enrekang berbasis pengalaman Gammarana. Strategi ini disusun berbasis Kekuatan, Kelemahan, Peluang dan Ancaman atau SWOT Analisis. Komponen SWOT terintegrasi dengan skor prioritas hasil AHP. Disajikan titik kordinat rencana strategi intervensi penurunan stunting pada empat kemungkinan yaitu *Quadarant pioneering* (Q1), *Quadrant diversification* (Q2), *Quadrant Defensive* (Q3) dan *Quadrant Twisting* (Q4). Disajikan kordinat Gammarana dan rancangan strategi penurunan stunting disusun berdasarkan prinsip stabilisasi pada sisi kekuatan (*Strenght*) dan peluang (*Opportunity*), perbaikan pada sisi kelemahan (*Weaknessess*), dan sisi ancaman (*Threats*). Rancangan strategi ini dituangkan dalam manual penurunan stunting bagi pelaksana program dan manual bagi promotor stunting tingkat desa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Gerakan Masyarakat Mencegah Stunting (Gammarana)

Salah satu tujuan studi ini adalah mengevaluasi intervensi Gammarana di Kabupaten Enrekang. Penting dilakukan evaluasi, karena keberlanjutan program intervensi adalah digaransi oleh adanya evaluasi yang sistematis, terukur, dan tepat waktu. Pada konteks ini diajukan dalil bahwa ada tiga pihak paling berkepentingan terhadap hasil evaluasi yaitu pelaksana, pemanfaat dan pengguna intervensi gizi dan kesehatan. Metode yang digunakan pada evaluasi kualitas intervensi Gammarana adalah metode *Comparative Evaluation*. Metode ini membandingkan hasil yang dicapai pada intervensi dibandingkan dengan tujuan intervensi yaitu penurunan stunting. Angka penurunan yang menjadi pembanding adalah 4% sesuai dengan hasil sistematik review 2020. Penjelasan tentang kualitas intervensi ini dibagi menjadi dua bagian yaitu deskripsi program dan desain evaluasi.

2.1.1 Deskripsi Program Gammarana

Gerakan masyarakat mencegah stunting di Sulawesi Selatan, mulai direncanakan tahun 2019 dan resmi diluncurkan tahun 2020. Kabupaten Bone dan Kabupaten Enrekang pada tahun 2020, menjadi Kabupaten Lokus Stunting. Tiga puluh desa di Kabupaten Enrekang dan empat puluh desa di Kabupaten Bone, ditetapkan sebagai desa lokus stunting. Intervensi pencegahan stunting di kabupaten lokus di sebut “Gammarana”. Gubernur Sulawesi Selatan melalui SK No 44021/07255/Tahun 2020 tentang Pembentukan Tim Percepatan Pencegahan dan Penanggulangan Stunting Gammarana. Tim ini terdiri dari unsur perguruan tinggi (Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan Politeknik Kesehatan Makassar), Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Bone dan Enrekang.

Intervensi Gammarana adalah pendampingan ibu oleh tenaga gizi desa. Pendampingan ibu dilakukan intensif oleh tenaga gizi desa setiap minggu, pada semua ibu hamil dan semua ibu yang memiliki anak usia 0-23 bulan. Kelompok ini didampingi dalam praktik pemberian air susu ibu dan praktik Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Tenaga gizi desa sebelumnya dilatih selama 32 jam, terkait tugas pokok tenaga gizi desa, praktik pemberian makan anak dan konseling menyusui. Jumlah tenaga gizi desa adalah 70 orang, supervisor 4 orang, konselor stunting 18 orang dan gugus pelaksana 32 orang. Penempatan 1 orang tenaga gizi desa untuk 1 desa. Latar Belakang pendidikan D3 Gizi, D4 Gizi dan S1 Gizi yang ditempatkan pada 30 Desa Lokus Enrekang dan 40 Desa Lokus Bone. Mereka efektif ditugaskan sejak Agustus 2020 dan berakhir Desember 2020. Ada pengurangan masa tugas seharusnya Februari 2020 diundur ke Agustus 2020 karena pandemik COVID-19. Program ini dibiayai oleh Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Sulawesi Selatan melalui Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan.

2.1.2 Tahap Persiapan

- a. Menyusun Kurikulum Pelatihan Tenaga Gizi Pendamping dan Kurikulum Pelatihan Konselor Stunting
- b. Melakukan desain program intervensi bersama *stakeholder*
- c. Melakukan rekrutmen tenaga gizi desa dan konselor stunting, Tenaga gizi adalah alumni D3 Gizi, D4 Gizi dan S1 Gizi. Tenaga Konselor Stunting adalah Alumni S1 FKM Unhas
- d. Melakukan rekrutmen supervisor dari alumni S2 FKM Unhas
- e. Melakukan pelatihan Tenaga Gizi Desa dan Konselor Stunting.

2.1.3 Tahap Pelaksanaan

Pelaksanaan Gammarana terdiri dari dua komponen empat kegiatan yaitu (a) *Baseline* data dilakukan pada Agustus 2020 dan (b) Pemberian paket gizi mikro/gizi makro (c) Edukasi gizi dan (d) *Endline* data. *Baseline* dan *endline* data dilakukan oleh TGP. Tenaga gizi pendamping

sebelumnya di latih selama 32 jam, terkait tugas pokok tenaga gizi desa, praktik pemberian makan anak dan konseling menyusui. Jumlah TGP adalah 70 orang. Penempatan 1 orang TGP untuk 1 desa. Pendidikan D3 Gizi, D4 Gizi dan S1 Gizi. Ditempatkan pada 30 desa lokus Enrekang dan 40 Desa Lokus Bone. Efektif bertugas sejak Agustus 2020 dan akan berakhir Desember 2020. Dibekali buku manual tenaga gizi pendamping, dengan komposisi isi 6 modul (1) Strategi Nasional Pencegahan stunting, (2) Konseling menyusui, (4) konseling kepada ibu, (5) Praktik pemberian makan anak (6) Konseling pemberian makan anak dan (7) Pemantauan pertumbuhan. Mereka berada di desa selama 5 bulan, dengan evaluasi kegiatan setiap bulan.

Pemberian biskuit (*Amizink*) diberikan kepada semua ibu hamil di Kabupaten Bone sebanyak 40 desa. Dosis 1 bungkus 252 g untuk 1 minggu atau 1 hari sebanyak 4 keping, pagi 2 keping dan sore 2 keping. Lama Pemberian 3 bulan, trimester 4 bumil 1 desa. Pemberian kapsul kelor kepada semua ibu hamil di Kabupaten Enrekang selama 4 bulan. Dosis pemberian 1 kapsul setiap hari.

Pemberian Proten kepada setiap anak yang sudah tidak ASI Eksklusif. Setiap bungkus 52 g mengandung 220 kkal dan 10 g protein. Dosis pemberian 1 hari sebanyak $\frac{1}{2}$ bungkus dengan penambahan air 200 ml. Diberikan 2 kali sehari atau 100 ml setiap kali pemberian pagi dan sore hari. Jika penerimaan anak kurang maka dosisnya 50 ml setiap kali pemberian dengan 4 kali pemberian sehari. Paket Proten ini diberikan di Kabupaten Enrekang dan Bone.

Pemberian bubuk tabur gizi (*Taburia*) pada balita usia 6-59 bulan dengan prioritas pada balita usia 6-24 bulan. Dilakukan di Kabupaten Enrekang dan Bone, selama 4 bulan. Setiap 15 bungkus kecil *Taburia* dikemas dalam kantong *plastic zip-lock*, dan setiap 2 kemasan kantong tersebut dikemas dalam kotak terbuat dari karton manila dengan ukuran panjang 10,0 cm, lebar 4,5 cm, dan tinggi 6,5 cm; Kotak dilengkapi dengan rancangan seperti pada kemasan *sachet*.

Tabel 2.1. Tabel komposisi gizi paket gizi mikro Gammarana

| Komposisi per 100 g | Proten ¹ | Taburia ² | Kapsul Kelor ³ | Amizink ⁴ |
|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Energi Total (kkal) | 440 | | | 192,5 |
| Protein (g) | 19 | | | 4,03 |
| Karbohidrat | 68 | | | 17.32 |
| Natrium/Sodium (mg) | 350 | | | |
| Kalium/Potassium (mg) | 1179 | | | 36.77 |
| Vitamin A (mcg) | 57 | 417 | 313,47 | 27 |
| Vitamin B1 (mcg) | 164 | 0.5 | | |
| Vitamin B2 (mcg) | 47 | 0,5 | | |
| Vitamin B3 (mg) | 1.9 | 5 | | |
| Vitamin B5 (mg) | 2,6 | | | |
| Vitamin B6 (mcg) | 229 | 0,5 | | |
| Vitamin B7 (mcg) | 0.48 | | | |
| Vitamin C (mg) | 33 | 30 | 1514,96 | 8,22 |
| Vitamin E (mg) | 3,5 | 6 | 549,4 | |
| Kalsium (mg) | | | | 6,08 |
| Kromium (mcg) | 42 | | | |
| Selenium (mcg) | 22 | 20 | 47,45 | |
| Zink (mg) | 7 | | 3,7 | 1,52 |
| Besi (mg) | 6 | 10 | 9,72 | 10.43 |

¹Proten 1 box 21 sachet @ 52 g, ² Taburia 1 sachet @ 1 g, ³ Serbuk Kelor Varians Sulawesi @ 100 g, dan ⁴ Amizink 1 box 7 sachet @ 36 gram,

2.1.4 Tahap Monitoring

Monitoring Gammarana dilakukan oleh pimpinan program, supervisor dan tim pengarah. Monitoring dilakukan setiap bulan oleh supervisor yang diberi tugas secara khusus memantau dan memberikan arahan pelaksanaan kegiatan di tingkat desa. Supervisor sebanyak 4 orang masing masing 2 orang di Kabupaten Bone dan 2 orang di Kabupaten Enrekang. Satu orang supervisor mensupervisi 15 desa di Kabupaten Enrekang. Tugas utamanya memeriksa isi laporan bulanan TGP dan memberikan arahan paket program di desa. Pertemuan koordinasi setiap bulan antar TGP dan konselor stunting, surpervisor (September, Oktober dan Nopember).

Monitoring juga dilakukan oleh tim pembina yang terdiri dari unsur akademisi dan unsur pelaksana program dari Universitas Hasanuddin,

Politeknik Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Supervisi oleh tim pembina dilakukan sebanyak 3 kali selama 5 bulan.

2.1.5 Tahap Evaluasi

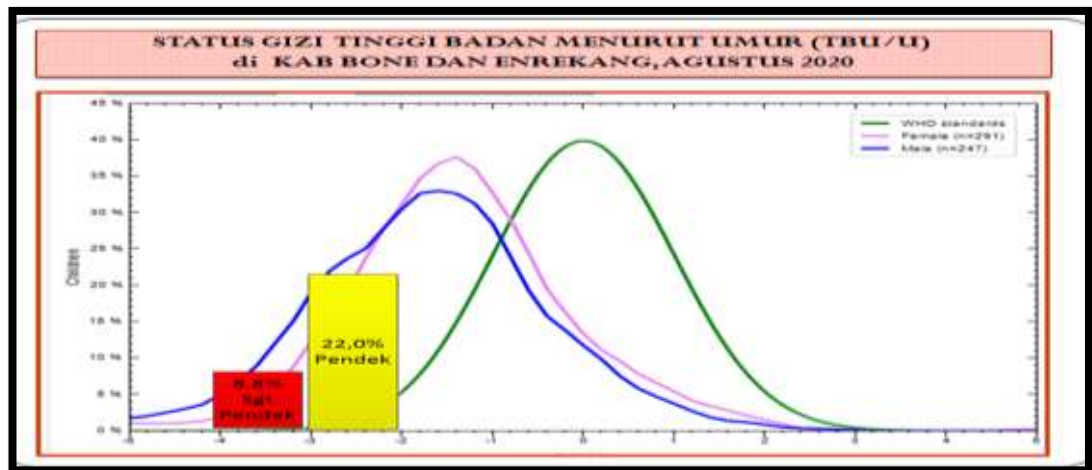
Evaluasi program Gammarana adalah dilakukan di akhir kegiatan. Aspek yang dievaluasi adalah input, proses, dan output. Peran evaluasi Gammarana adalah memberikan gambaran umum tentang pelaksana program dan capaian hasil. Evaluasi Gammarana memiliki arti penting yaitu:

1. Jika sukses mengatasi stunting, maka menjadi model intervensi stunting yang dapat dilanjutkan di tempat lain.
2. Jika belum sukses maka akan ditemukan penyebab belum optimalnya Gammarana sekaligus merumuskan strategi kebijakan perbaikan skema Gammarana.

Evaluasi Gammarana tahap I adalah pada Desember 2020 dan deseminasi hasil program Gammarana 2020.

2.2. Data Status Stunting Sebelum Gammarana 2020

Status gizi (TBU) di Enrekang dan Bone (Gammarana) berdasarkan baseline data pada kelompok Usia 0-23 bulan (Gambar 2.1). Distribusi kelompok sasaran 1000 HPK berada di sisi kiri kurva distribusi normal pada nilai median WHO Antro 2006, ini artinya persentase stunting jauh di bawah ambang distribusi normal yaitu sangat pendek dan pendek masing masing 8.8% dan 22% atau gabungannya adalah 30%.



Gambar 2.1. Kejadian Gagal Tumbuh Bone dan Enrekang, 2020.

2.3. Evaluasi Gammarana

Konsep dasar evaluasi Gammarana adalah pada komponen input, proses dan output (*Departement of Health & Human Services-CDC, 1999*), (Harris, 2010). Gammarana adalah contoh pemberi layanan intervensi percepatan penurunan stunting di Kabupaten Enrekang dan Bone Tahun 2020, (Sulsel, 2020). Evaluasi ini sesuai isi deklarasi Paris tentang Konsep dan Implementasi Evaluasi pada semua aspek program dan memberikan salah satu penekanan penting bahwa evaluasi harus dilakukan secara independen.

Perkembangan setelah tahun 2001 berbagai publikasi yang menyoroti pendekatan evaluasi mulai berkembang pada berbagai dimensi, baik substansi maupun metodenya. Setiap evaluasi intervensi kesehatan harus didasarkan pada sebuah konsep teori sebagai dasar ilmiah yang memberikan keyakinan konseptual dan empirik bahwa aspek manfaat dan nilai sebuah intervensi dapat dielaborasi sehingga pengguna evaluasi yakin dan dapat mengadopsi intervensi sejenis di ruang dan waktu yang berbeda (G. Moore et al., 2019). Beberapa studi evaluasi dalam bidang kesehatan masyarakat seperti tercantum pada matriks 2.1.

Matriks 2.1. Studi Evaluasi Rujukan Gammarana

| | Peneliti, Tahun | Studi Evaluasi | Metode |
|----|---|---|--|
| 1 | Milliron, 2017 | Process Evaluation of a Community Garden at an Urban Outpatient Clinic | Cross Sectional study |
| 2 | Martin <i>et al.</i> , 2017 | Community dialogues for child health: results from a qualitative process evaluation in three countries | Cross Sectional study, Qualitative |
| 3 | Mansfield <i>et al.</i> , 2015 | The Health and Sport Engagement (HASE) Intervention and Evaluation Project: protocol for the design, outcome, process and economic evaluation of a complex community sport intervention to increase levels of physical activity | longitudinal process evaluation (focus groups, structured observations, in-depth interview methods) |
| 4 | Lee <i>et al.</i> , 2018 | Addressing Health Equity Through Action on the Sosial Determinants of Health: A Global Review of Policy Outcome Evaluation Methods | Cross sectional study, local, secondary data collection |
| 5 | Sherman <i>et al.</i> , 2019 | Enterprise Evaluation: A New Opportunity for Public Health Policy | longitudinal process (The enterprise evaluation approach) jangka pendek, menengah dan jangka panjang |
| 6 | Hossain <i>et al.</i> , 2017 | Evidence-based approaches to childhood stunting in low and middle income countries: A systematic review | Realist Evaluation, |
| 7 | Kunst, 2017 | Evaluation of Health Equity Impact of Structural Policies: Overview of Research Methods Used in the SOPHIE Project | Realist Evaluation, mix method |
| 8 | Centers for Disease Control and Prevention, 2011) | Introduction to program evaluation for public health | six steps and four sets of standards (6L4S) Enam langkah, 4 standar |
| 9 | Bosco <i>et al.</i> , 2019 | Process evaluation of a randomized controlled trial of PBS-based staff training for challenging behaviour in adults with intellectual disability | Logic Model (Input-Proses-Output) |
| 10 | Motbainor, Worku and Kumie, 2015 | Case study of evaluations that go beyond clinical outcomes to assess quality improvement diabetes programmes using the Diabetes Evaluation Framework for Innovative National Evaluations (DEFINE) | collective case study retrospectively |
| 11 | Fletcher and Murphy, 2016, | Realist complex intervention science: Applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions | Realist Evaluation, mix method |
| 12 | Moore <i>et al.</i> , 2019 | From complex social interventions to interventions in complex social systems: Future directions and unresolved questions for intervention development and evaluation | Realist Evaluation, mix method |

Semua studi evaluasi di atas, memiliki pola yang sama yaitu membandingkan hasil yang telah dicapai dengan tujuan yang semula dirumuskan. Evaluasi memiliki pola dengan cara mengubah cara disaat proses sedang berlangsung, jika diketahui ada kondisi yang tidak menguntungkan dan jelas terdeteksi potensi gagal jika diteruskan sesuai konsep awal, sehingga butuh inovasi segera sebelum luaran akhir dicapai (Hossain *et al.*, 2017a),(Fletcher & Murphy, 2016). Model evaluasi yang diperluas ini juga telah banyak diadopsi, baik sebagian maupun seluruhnya. Pilihan evaluator adalah memutuskan, apakah memakai pola klasik (evaluasi perbandingan) atau pola realistik (*realist* evaluasi). Keduanya memiliki sudut pandang yang sesuai dengan tujuan masing masing. Tidak ada satu metode evaluasi yang lebih baik dari yang lain, kecuali disesuaikan dengan konteks dan mekanisme masing masing.

1. Langkah Evaluasi Gammarana

Langkah evaluasi Gammarana dikompilasi dari hasil studi evaluasi. Tahapan evaluasi dapat dibagi tiga yaitu jangka pendek, menengah dan jangka panjang. Basis evaluasi ada beberapa jenis seperti basis *cross sectional study longitudinal* dan *realist*. Evaluasi berbasis *cross sectional* dilakukan pada studi edukasi gizi pada komunitas pasien rawat jalan melalui pemanfaatan taman pekarangan terbatas di pedalaman Amerika dan mengukur semua aspek mulai dari input, proses dan output (Milliron, 2017).

Metode potong lintang seperti ini juga dilakukan pada evaluasi intervensi Manajemen Terpadu Balita Sakit (*integrated community case management of childhood illnesses* (ICCM) di Uganda, Mozambik dan Zambia. Model evaluasi ini meskipun *longitudinal*, tetapi dapat dipisahkan berdasarkan kerangka waktu jangka pendek, menengah dan jangka panjang. Pada setiap tahapan dibedakan fokus dan tujuannya

Matriks 2.2. Langkah Evaluasi Intervensi Kesehatan Masyarakat

| No | Motode | Penulis | Langkah |
|----|--|--|---|
| 1 | Evaluasi Perbandingan (Comparative Evaluation) | 1. Departement of Health & Human Services-CDC, 1999 2. Mansfield <i>et al.</i> , 2015 3. Harris, 2010 4. Kunst, 2017 5. Smith <i>et al.</i> , 2013 6. Motbainor, Worku and Kumie, 2015 7. Martin <i>et al.</i> , 2017 8. Saunders, Evans and Joshi, 2005 9. Bosco <i>et al.</i> , 2019 10. Milliron, 2017 11. Sherman <i>et al.</i> , 2019 | 1. Deskripsi program (karakteristik program) 2. Desain evaluasi (Engage stakeholders. Describe the program, Focus the evaluation design, determinan evaluasi, 3. Pengumpulan Data (Gather credible evidence) 4. Analisa dan 5. Interpretasi Data 6. Rekomendasi (Ensure use and share lessons learned) |
| 2 | Evaluasi Realistis (Realist Evaluasi) | 12. Pawson <i>et al.</i> , 2004) 13. Hossain <i>et al.</i> , 2017 14. Kunst, 2017 15. Griffin <i>et al.</i> , 2017 16. Rycroft-Malone <i>et al.</i> , 2018 17. Bradford <i>et al.</i> , 2019 18. Moore <i>et al.</i> , 2019 | 1. Identifikasi program teori (Konteks dan Mekanisme) 2. Pengujian program teori 3. Rekomendasi |

Model evaluasi ini cocok dengan model intervensi pencegahan stunting yang bersifat konvergensi (sensitif dan spesifik). Jika dikombinasikan dengan model evaluasi yang dipublikasikan oleh CDC maka Model Siklus dapat menyempurnakan setiap tahapan evaluasi dalam satu siklus berkelanjutan (Departement of Health & Human Services-CDC, 1999), (*Centers for Disease Control and Prevention, 2011*)(Paquette-Warren *et al.*, 2016).

Evaluasi berbasis model Realist (RE), yang memiliki konsep umum bahwa *Contex + Mechanism = output* (C+M=O). Model evaluasi ini sangat dinamis sesuai dengan kontek dan mekanismenya. Satu komponen intervensi dapat dinilai berbeda sesuai dengan konteksnya. Model RE memiliki 3 tahapan penting yaitu tahapan (Hossain *et al.*, 2017b).

1. Identifikasi program teori.
2. Test program teori.
3. Merumuskan perbaikan program teori.

Dasar penggunaan RE untuk evaluasi intervensi apapun termasuk stunting adalah bahwa dibutuhkan perbaikan berkelanjutan pada setiap intervensi untuk memberikan luaran yang lebih baik,(Dalkin *et al.*, 2015). Ini

diajukan oleh Pawson dan Tilley (1997) (Pawson *et al.*, 2005; Greenhalgh *et al.*, 2015; Lacouture *et al.*, 2015). Disarankan dalam berbagai pelayanan kesehatan untuk menggunakan RE, karena berbasis pada program teori dan intervensi teori (Eastwood *et al.*, 2019). Penganut RE meyakini bahwa luaran (O) selalu dicapai dari konteks (input) dan mekanisme (proses), yang tidak sama disetiap situasi sosial masyarakat yang diketahui sebagai pemanfaat intervensi pelayanan kesehatan untuk menggunakan RE, karena berbasis pada program teori dan intervensi teori (Eastwood *et al.*, 2019), (Wong *et al.*, 2016), (Hossain *et al.*, 2017a).

Matriks 2.3. Kelebihan dan Kelemahan Metode Evaluasi

| Metode | Kelebihan | Kelemahan |
|---|---|--|
| Evaluasi Perbandingan (<i>Comparative Evaluation</i>) | <ul style="list-style-type: none"> • Sederhana, dapat dilakukan secara <i>crosssectional</i>, menggabungkan dua metode kualitatif dan kuantitatif, dapat diterapkan pada kasus yang kompleks • Dapat dilakukan setelah program berakhir | <ul style="list-style-type: none"> • Tidak dapat menguraikan dinamika selama proses intervensi berjalan • Kendala pada kelengkapan dokumen pendukung tidak selalu tersedia • Tidak selalu mampu membuktikan efektifitas intervensi pada rentang waktu yang telah ditetapkan |
| Model Realistis | <ul style="list-style-type: none"> • Metode ini selalu dibangun dari sebuah program teori, dan mengujinya pada intervensi yang akan dan sedang berjalan, dinamis), mengutamakan uraian input dan proses dibandingkan menilai hasil capaian • Dapat dilakukan dalam skema <i>time series</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Disetiap satuan sosial baru, harus diuraikan ulang konteks dan mekanisme setiap intervensi meskipun terhadap aktifitas intervensi yang sama. Misalnya distribusi Tablet Tambah Darah (TTD) di desa A akan berbeda konteks dan mekanismenya dengan desa B |

Komponen lain yang perlu dievaluasi adalah komponen yang merupakan luaran sekunder dari Gammarana. Salah satu luaran sekunder adalah informasi tentang indikator pemberian makan anak (frekuensi makan, keragaman makanan dan penerimaan makanan). Frekuensi

makan (*Minimum Meal Frequency*) adalah indikator yang menunjukkan frekuensi makan anak yang dibedakan kriterianya berdasarkan kelompok umur. Syarat frekuensi makan minimum untuk anak yang masih disusui adalah > 2 kali sehari pada 6-8 bulan, > 3 kali sehari pada 9-23 bulan dan untuk anak yang tidak lagi disusui syarat frekuensi makan minimum adalah >4 kali sehari pada usia 6-23 bulan, (Wagris *et al.*, 2019). Keragaman Makanan (*Dietary Diversity Score*) adalah indikator yang menunjukkan keragaman makanan anak. Ini diukur pada 7 kelompok bahan makanan yaitu (1) sereal dan umbi umbian (2) kacang kacang (3) daging dan ikan (4) susu dan makanan olahan (5) telur (6) sayur dan buah sumber vitamin A dan (7) buah buahan dan sayuran lainnya. Kriteria penetapan keragaman yang baik adalah jika mengonsumsi ≥ 4 kelompok bahan makanan di atas, (Khamis *et al.*, 2019). Penerimaan makanan (*Acceptable Diet*), adalah diukur dari kategori FFM dan DDS yaitu disebut baik penerimaannya jika kedua indikator FFM dan DDS semuanya baik. Jika salah satunya berkategori belum baik maka penerimaan makanannya juga belum baik. (Tassew *et al.*, 2019), (Mulat *et al.*, 2019).

2.4. Stunting

2.4.1. Kecenderungan Stunting Global 2000-2019

Kecenderungan perubahan persentase dan jumlah stunting global selama 19 tahun (2000-2019) sesuai Tabel 2.2 adalah dapat diketahui bahwa, pada umumnya secara global terjadi penurunan persentase stunting yang bervariasi antar negara dan kawasan. Faktor yang berpengaruh adalah multidimensi dan berbeda antar negara. Studi evaluasi intervensi Gammarana di Kabupaten Enrekang, adalah sebuah studi yang dilakukan pada masa pandemik COVID-19. Konsekwensi logisnya adalah intervensi Gammarana akan dipengaruhi oleh lingkungan makro ekonomi (Borio, 2020) dan akhirnya berimbas pada kesehatan masyarakat, termasuk mengantisipasi dampaknya pada perubahan status gizi anak balita (Akseer *et al.*, 2020).

Tabel 2.2. Penurunan Stunting Pertahun Berdasarkan Negara Asia Tenggara

| Negara | Tahun | | | Persentase | | period | Rerata Penurunan pertahun (%) |
|-------------|-------|------|-------|------------|------|--------|-------------------------------|
| | base | end | years | base | end | | |
| Bangladesh | 1996 | 2014 | 18 | 60.1 | 36.1 | 24 | 1.33 |
| Camboja | 2000 | 2014 | 14 | 49.8 | 32.4 | 17.4 | 1.24 |
| India | 2000 | 2010 | 10 | 51.5 | 38.4 | 13.1 | 1.31 |
| Maldaves | 2009 | 2016 | 7 | 18.9 | 15.3 | 3.6 | 0.51 |
| Nepal | 1996 | 2016 | 20 | 56.1 | 35.8 | 20.3 | 1.02 |
| Pakistan | 1991 | 2018 | 27 | 54.3 | 37.6 | 16.7 | 0.62 |
| Timor Leste | 2009 | 2016 | 7 | 58.1 | 45.6 | 12.5 | 1.79 |
| Indonesia | 2007 | 2018 | 11 | 36.8 | 30.8 | 6 | 0.55 |
| Thailand | 2006 | 2016 | 10 | 15.7 | 10.6 | 5.1 | 0.51 |
| Philipina | 2003 | 2015 | 12 | 33.8 | 33.4 | 0.4 | 0.03 |
| Singapura | 1974 | 2000 | 26 | 10.65 | 4.4 | 6.25 | 0.24 |
| Brunai | 2009 | N/A | N/A | 19.7 | N/A | N/A | N/A |
| Malaysia | 2006 | 2016 | 10 | 17.2 | 20.7 | -3.5 | (0.35) |

Catatan : Bangladesh, Kamboja, India, Maldaves, Nepal, Pakistan dan Timor lester sumber data. Dhsprogram.com. Indonesia sumber data Riset Kesehatan Dasar, Thaildan, Philipina dan Malaysia dan Brunai sumber data Sources: UNICEF/WHO/World Bank Group: Joint child malnutrition estimates sedangkan Singapura sumber data Singapore - Malnutrition prevalence (indexmundi.com). Brunai sumber data :

Konsekwensi COVID-19 diestimasi menaikkan persentase stunting di seluruh Indonesia, melalui mekanisme penurunan daya beli. Penurunan daya beli adalah turunan langsung dari melemahnya transaksi sektor perdagangan, sehingga persentase jumlah uang beredar menurun (Seiler, 2020),(Erokhin și Gao, 2020). Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), meskipun dibarengi dengan paket jaring pengaman sosial dimasa pandemik COVID-19, adalah tetap memberikan efek pada status gizi masyarakat Indonesia. Angka estimasi bahwa stunting akan naik sebesar 2,5% tahun 2020 di seluruh Indonesia, sehingga menjadi 32,5% (Atmarita, 2020). Estimasi ini menjadi salah satu bahan koreksi secara matematik pada hasil evaluasi intervensi Gammarana di Kabupaten Enrekang tahun 2020.

2.4.2. Komponen Intervensi yang efektif menurunkan Stunting

Penurunan proporsi stunting sebagai akibat adanya intervensi yang sistematis berkelanjutan adalah menjadi kunci pokok yang harus dapat diketahui dan diuraikan secara utuh. Review determinan stunting di Indonesia oleh Beal dkk 2018, diketahui bahwa determinan stunting Indonesia adalah faktor keluarga, MP-ASI, ASI, faktor sosial masyarakat, dan penyakit infeksi (Beal *et al.*, 2018). Review terhadap rata rata penurunan stunting 2015-2020 berbasis RCT, adalah (1) Pendidikan dan konsultasi gizi, (2) Imunisasi, (3) Makanan tambahan, (4) Pemberian makanan padat gizi, (5) Hygiene dan sanitasi, (6) Jaring pengaman sosial, (7) Keluarga Berencana, (8) Akses pelayanan kesehatan dan (9) pemberdayaan perempuan. Jika ini dilakukan maka rata rata penurunan stunting pertahun adalah $3,23 \pm 3,82\%$ (Sirajuddin, Saifuddin Sirajuddin, A Razak Thaha, Amran Razak, Ansariadi, 2020b).

Determinan utama terjadinya stunting pada anak di Indonesia adalah (a) ASI tidak Eksklusif pada 6 bulan pertama, (b) Status ekonomi keluarga yang rendah, (c) Kelahiran premature, (d) Panjang badan baru lahir yang pendek, (e) Ibu yang pendek, (f) Tingkat pendidikan orang tua rendah, dan (g) Anak yang tinggal di daerah miskin perkotaan dan di daerah pedesaan khususnya dengan sanitasi yang buruk¹. Perbaikan pada persentase pemberian ASI eksklusif, penurunan penyakit infeksi dan perbaikan status ekonomi adalah berkontribusi terhadap penurunan stunting di Indonesia.

Fenomena penurunan stunting di Indonesia adalah dapat dilihat pada dua periode masa yaitu (1) Periode 2007 ke 2018 dan (2) Periode 2013 ke 2018. Dasar telaahan adalah data riset kesehatan dasar tahun 2007, 2013, dan 2018. Berdasarkan data penurunan stunting dari 39,8% (2007) ke 30,8% (2018) atau turun 9% selama 11 tahun, maka penurunannya adalah 0,81% per tahun. Alasan menggunakan pola 11 tahun sebagai dasar analisis adalah bahwa stunting adalah kondisi gagal tumbuh yang terjadi secara kronik dengan segala determinan faktornya (keluarga, ibu, air susu ibu, makanan pendamping ASI dan infeksi).

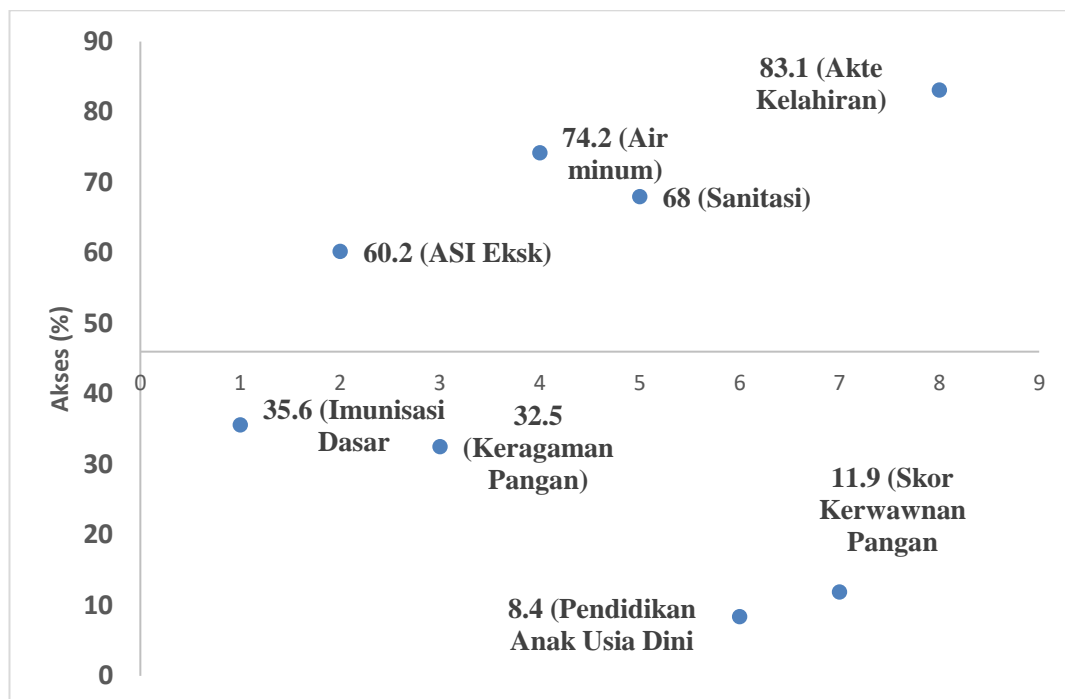
Penurunan 0,81% adalah penurunan yang sangat lambat dan lebih disebabkan karena intervensi alamiah dari berbagai program pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan pemerintah dan sektor di luar kesehatan. Bukti bahwa pola penurunan stunting sudah terjadi sejak tahun 2007 adalah berdasarkan indikator BB/U atau kurang gizi akut. Status Gizi menurut indikator BB/U adalah indikator yang menunjukkan keadaan akut akibat turunnya kualitas, kuantitas asupan gizi dan kejadian penyakit infeksi sebagai faktor langsung yang mempengaruhi status gizi. Terjadi kenaikan antara tahun 2007 ke 2013 lalu menurun tahun 2018 dengan penurunan 0,7% selama 11 tahun.

Sampai tahun 2013, pemerintah Indonesia belum maksimal menurunkan masalah gizi anak balita, meskipun sejak krisis ekonomi 1997 sd 2013 pemerintah Indonesia telah menurunkan angka kemiskinan, karena salah satu kajian oleh De Silva (2018) bahwa diperlukan waktu yang lebih lama untuk mengukur efek penurunan kemiskinan terhadap penurunan stunting. Kajian Bank Dunia dan Kementerian Kesehatan, menemukan bahwa sebagian besar ibu hamil dan anak berusia di bawah dua tahun, (baduta) tidak memiliki akses memadai terhadap layanan dasar, sementara tumbuh kembang anak sangat bergantung pada akses terhadap intervensi gizi spesifik dan sensitif, terutama selama 1000 HPK. Hanya 28,7% balita yang memiliki empat akses layanan dasar secara simultan, umumnya mencakup akses terhadap akta kelahiran, air minum, sanitasi, dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif).

Setelah sekian banyak kebijakan dan program dilaksanakan, dengan berbagai keterbatasan dan kekurangan di samping telah ditemukan berbagai kondisi pendukung yang membaik dari sektor ekonomi, kemudian dilaporkan hasil penurunan stunting 2018 sangat signifikan. Konsep bahwa efektivitas intervensi sensitif 70% daripada spesifik 30% adalah terbukti dengan baik untuk kondisi Indonesia di tahun 2018.

Analisis data parsial penurunan stunting tahun 2013 ke 2019 terjadi penurunan yang sangat signifikan yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018), atau turun 6,6% selama 5 tahun atau turun 1,32% per tahun.

Penyebab terjadinya penurunan signifikan pada periode ini adalah dari multifaktor.



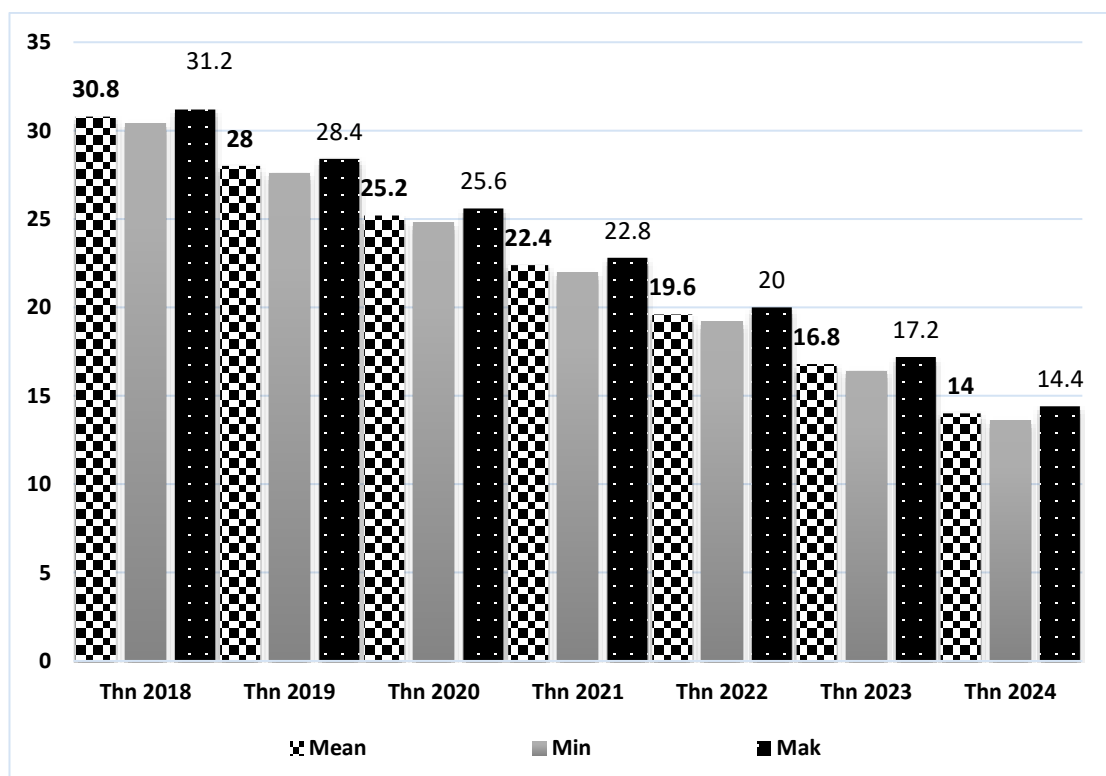
Gambar 2.2. Akses Pelayanan Gizi Konvergensi Anak Usia 0-23 Bulan di Indonesia

Penyebab turunnya stunting berdasarkan indikator program spesifik adalah dua membaiknya ASI Eksklusif, menurunnya penyakit infeksi (ISPA dan Diare), berkurangnya penduduk miskin dan membaiknya gini rasio. Pemberian ASI Eksklusif di Indonesia meningkat sangat tajam dari 36,6% tahun 2013 menjadi 62,2% tahun 2018 atau naik menjadi 25,6%. Peningkatan persentase pemberian ASI Eksklusif diikuti dengan penurunan persentase penyakit infeksi (ISPA dan penurunan pada penyakit ISPA sebesar 12,2% selama lima tahun dan ada kenaikan 0,1% pada diare. Stunting dipengaruhi oleh sosial ekonomi keluarga. Jika kondisi sosial ekonomi keluarga membaik maka stunting dapat diturunkan. Persentase penurunan penduduk miskin sebesar 2,97 juta (11,96%) orang (2012) dan menjadi 24,79 juta (9,22%) selama 7 tahun dan ini memberikan penguatan pada peningkatan daya beli masyarakat. Penurunan jumlah penduduk

miskin juga diikuti dengan peningkatan distribusi pengeluaran berdasarkan indeks gini rasio tahun 2019 nilai gini rasio adalah 0,380.

2.4.3. Akselerasi Penurunan Stunting

Salah satu aspek yang mendapat perhatian khusus pemerintah Indonesia adalah akselerasi penurunan stunting. Pemerintah Indonesia dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah (RPJMN) tahun 2024 stunting menjadi 14% (Kemenkes, 2020). Pada Tahun 2018 stunting Indonesia 30.8% yang artinya terhitung sejak itu Indonesia membutuhkan penurunan sebesar 2,9% pertahun selama 7 tahun. Dalam keadaan ideal estimasi penurunan stunting hingga tahun 2024 adalah terlihat pada Gambar 2.3



Gambar 2.3. Estimasi Target Penurunan Stunting Indonesia 2018-2024

Pada Gambar 2.3, di atas, data tahun dasar adalah hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 sebesar 30.8% dengan *confidence level* $95\% = 0.4\%$, sehingga selama lima tahun dapat mencapai penurunan 14%.

Sumber data terpisah hasil Survei Status Gizi Terintegrasi (SSGBI) SUSENAS tahun 2019 memberi estimasi stunting Indonesia sebesar 27.67% CI95%= 0.82 artinya pada populasi berkisar 26.85% sd 28.49%. Hal membuktikan bahwa Indonesia mampu menurunkan stunting pada target penurunan 2.9% pertahun. Salah satu kendala adalah pandemik COVID-19 tahun 2020, berakibat naiknya angka kemiskinan sebesar 9,78%. Persamaan regresi linier stunting dan kemiskinan berdasarkan basis data tahun 2018 adalah $Y = 27.229 + 0,386 (X)$ dimana X adalah proporsi kemiskinan tahun 2020 sebesar 9.78%, maka kenaikan sebesar 3,1% pertahun sehingga tahun 2021 kenaikan mencapai 6,2%, jika kondisi ekonomi tidak membaik tahun 2021, yang artinya kenaikan stunting tidak dapat ditahan maka prediksi stunting tahun 2021 adalah 37%.

Provinsi Sulawesi Selatan adalah salah satu provinsi yang menerapkan intervensi stunting skala besar pada dua kabupaten dengan 80 Desa Lokasi Khusus (lokus) Stunting yaitu Bone dan Enrekang. Pilar kelima dari solusi penurunan stunting adalah evaluasi intervensi. Evaluasi untuk menemukan praktik terbaik (*best practices*) sangat dibutuhkan sebagai bahan pengembangan strategi percepatan penurunan stunting. Target pertama adalah menemukan komponen intervensi yang berpotensi sebagai akselerator.

2.5. Kerangka Teori

2.5.1. Teori Evaluasi

Teori evaluasi klasik adalah membandingkan antara kriteria input, proses, luaran dan dampak dengan kriteria standar yang ditetapkan sebelum sebuah sistem atau intervensi dilakukan. Kelemahannya adalah kriteria standar seringkali tidak selalu linier dengan fakta perjalanan proses dalam kondisi terbaik. Teori evaluasi yang lebih dinamis adalah teori realistik atau dikenal dengan Teori Realist oleh Pawson & Tiley 1987. Teori Realis dinyatakan bahwa luaran selalu ditentukan oleh konteks dan mekanisme. Konteks dan mekanisme selalu unik di setiap populasi.

Meningkatkan kualitas luaran (O) dengan memperbaiki nilai konteks (C) dan Mekanisme (M). Khusus dalam evaluasi intervensi stunting yang menggabungkan intervensi sensitif dan spesifik, telah dikembangkan model turunan dari realist ini oleh Hossain M 2017.

2.5.2. Teori Perilaku

Perbaikan perilaku pengasuhan anak, menjadi alasan logis membaiknya status gizi dan kesehatan anak, termasuk stunting. Teori yang digunakan pada studi ini adalah teori "*I Change Model*". Perilaku baru adalah selisih tekanan kebiasaan baru dengan kebiasaan lama atau sebaliknya. Jika kebiasaan lama memiliki tekanan lebih kuat maka perilaku lama akan muncul, jika kebiasaan baru lebih kuat maka perilaku baru akan muncul. Baik perilaku lama ataupun baru tidak ada yang menetap kecuali selalu didukung oleh kekuatan eksternal ataupun internal (De Vries 2004-2005, Dominika Kwasnicka, Stephan U Dombrowski, Martin White, 2016, Doornekamp *et al.*, 2020).

2.5.3. Hirarki Proses

Analisis hirarki proses adalah teori yang tepat digunakan pada studi evaluasi stunting, karena peran pemerintah, masyarakat dan pelaksana program sebagai konektor intervensi ke level keluarga dan pengasuh primer, tidak dapat diabaikan, (Li, Chen Fang, 2021). Analisis multi level yang digunakan pada AHP adalah sangat sesuai dengan kerangka konsep dari hasil sistematik review intervensi stunting oleh Hossain M, 2017. Prinsip dasar AHP adalah pada level pertama selalu ditetapkan tujuan (*goal*) atau dapat juga berupa variabel luaran primer. Selanjutnya level kedua adalah variabel yang menjadi penciri dari variabel tujuan dan ini disebut kriteria, (Saaty, 2004).

Matriks 2.4. Analysis Hierarchy Proces

| Peneliti, tahun | Judul | Kesimpulan |
|---------------------------------------|---|--|
| Frazão <i>et al.</i> , 2018 | Multicriteria decision analysis (MCDA) in health care: a systematic review of the main characteristics and methodological steps | Teknik AHP digunakan untuk mengambil keputusan yang multi-kriteria berdasarkan hirarki, dapat digunakan dalam intervensi kesehatan. |
| Cabrera-Barona and Ghorbanzadeh, 2018 | Comparing Classic and Interval Analytical Hierarchy Process Methodologies for Measuring Area-Level Deprivation to Analyze Health Inequalities. | Metode AHP merepresentasikan pengetahuan lokal para ahli dan pemangku kepentingan, mendukung pengambil keputusan dalam meningkatkan perencanaan kesehatan |
| Shawahna, 2018 | Combining and Using the Utrecht Method and the Analytic Hierarchy Process to Facilitate Professional and Ethical Deliberation and decision Making in Complementary and Alternative Medicine: A Case Study among a Panel Stakeholders. | Metode AHP mempertimbangkan manfaat dan risiko yang diantisipasi, keputusan bersama, Penggunaan metode gabungan ini dapat mendorong keterbukaan, transparansi dalam berbagi keputusan untuk penyedia layanan kesehatan |
| Marttunen, Belton and Lienert, 2018 | Are objectives hierarchy related biases observed in practice? A meta-analysis of environmental and energy applications of Multi-Criteria Decision Analysis | Metode AHP sensitif untuk mendeteksi bias pada hasil pengamatan observasi. Syaratnya jumlah kriteria yang seimbang antara berbagai level diakui mampu mengurangi bias dalam metode ini |

2.5.4. SWOT Analisis

Paket intervensi stunting adalah produk nyata (*tangible*) dan tidak nyata (*intangible*). Produk ini butuh penetrasi kepada organisasi leading sektor yang diberi mandat untuk memimpin akselerasi penurunan stunting. Penetrasi paket intervensi stunting seperti Gammarana, butuh metode yang tepat. Studi ini menggunakan teori SWOT analisis untuk merumuskan strategi Gammarana dalam upaya pencegahan stunting. Prinsip SWOT analisis adalah strategi paling baik untuk pengembangan intervensi stunting

adalah dengan mengetahui kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman (William, 1996). Analisis Hierarki Proses (AHP) akan memiliki nilai tambah jika dikombinasi dengan Analisis SWOT (Zen Qurtubi, 2019). Nilai tambahnya adalah AHP menginvestigasi alternatif terbaik melalui analisis perbandingan berpasangan sempurna dan SWOT menempatkan alternatif terbaik dalam kuadran yang objektif terhadap kekuatan, kelemahan, ancaman dan peluangnya dibanding alternatif lain dalam posisi pesaing (Marttunen, Belton & Lienert, 2018)(Frazão *et al.*, 2018), (Gibis *et al.*, 2001). Kuadran dalam hasil akhir SWOT hanya ada empat kuadran I, II, III dan IV (Thamrin *et al.*, 2017).

Alternatif intervensi stunting yang dikenal sebagai akselerator terbaik berdasarkan hasil AHP kemudian disusun strateginya berdasarkan posisi kuadrannya. Posisi ini diketahui melalui bukti empiris di 30 desa di Kabupaten Enrekang tahun 2020. Atas dasar pertimbangan tersebut maka diyakini ada empat strategi pemasaran sosial pencegahan stunting yaitu jika (Sirajuddin, 2020);

1. Kuadran I, produk kuat dan peluangnya besar maka strateginya adalah *pioneering zone* yaitu melakukan perluasan program secara besar besaran
2. Kuadran II, produknya kuat, tetapi ancamannya besar, maka strateginya *diversification zone*, memperbanyak sisi keunikan program
3. Kuadran III, produk lemah, tetapi peluangnya besar, maka strateginya adalah *defensive zone* yaitu melakukan perbaikan besar besaran
4. Kuadran IV, produk lemah ancaman besar, tetapi peluangnya terbuka maka strateginya adalah *twisting zone* yaitu perbaiki produk dan pelihara peluang

2.6. Kerangka Teori Stunting

Kerangka teori stunting adalah struktur dasar hubungan sebab akibat yang melibatkan multi variabel yang dikenal sebagai faktor risiko dan protektif stunting (Hossain *et al.*, 2017b), (Departement of Health & Human

Services-CDC, 1999). Faktor risiko stunting dikelompokkan menjadi lima kelompok yaitu faktor ibu dan rumah tangga, faktor pemberian makan anak, faktor pemberian Air Susu Ibu (ASI), faktor sanitasi dan faktor masyarakat/dukungan sosial (de Onis M, Garza C, Onyango AW, 2006), (Prawirohartono, Nurdiati & Hakimi, 2016; Alam *et al.*, 2017; Vilcins, Sly & Jagals, 2018), (Sarma *et al.*, 2017; Islam *et al.*, 2018; Berhe *et al.*, 2019; Nshimyiryo *et al.*, 2019).

Tidak semua faktor risiko dapat diintervensi hanya faktor risiko *modifiable* yang dapat diintervensi. Faktor *modifiable* adalah faktor yang dapat dirubah melalui intervensi sedangkan kebalikannya adalah faktor yang *non modifiable* atau faktor yang tidak mungkin dapat diubah secara langsung meskipun telah dilakukan intervensi. Pencegahan stunting ataupun rehabilitasi stunting adalah melakukan intervensi pada variabel *modifiable* secara sistematis terukur untuk mengukur perubahan *outcome* (stunting) setelah intervensi. Faktor *modifiable* ini perlu dilakukan berdasarkan basis bukti penelitian terdahulu melalui implementasi, modifikasi, dan adaptasi spesifik wilayah dan sepesik budaya (Klaiman *et al.*, 2016). Perbedaan latar geografi, demografi, sosial budaya adalah alasan kuat diversifikasi pendekatan antar wilayah dan bahkan antar waktu (Beal *et al.*, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian Ruel dan Alderman (2013) intervensi spesifik adalah terdiri dari (Ruel Alderman, 2013) yaitu (1) Kesehatan dan gizi selama remaja, pra konsepsi, kehamilan dan laktasi (2) Pemberian makan ibu hamil dan suplementasi (3) Promosi pemberian air susu ibu (3) Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), respon pemberian makan dan stimulasi pemberian makan, (4) Fortifikasi dan suplementasi pemberian gizi mikrot kepada anak (5) Tata laksana gizi buruk, (6) Pencegahan penyakit dan (7) Gizi dalam keadaan darurat. Selain intervensi spesifik dikenal juga intervensi sensitif dan program implementasi yang terdiri dari; pertanian dan ketahanan pangan, jaring pengaman sosial, deteksi dini tumbuh kembang anak, kesehatan mental ibu

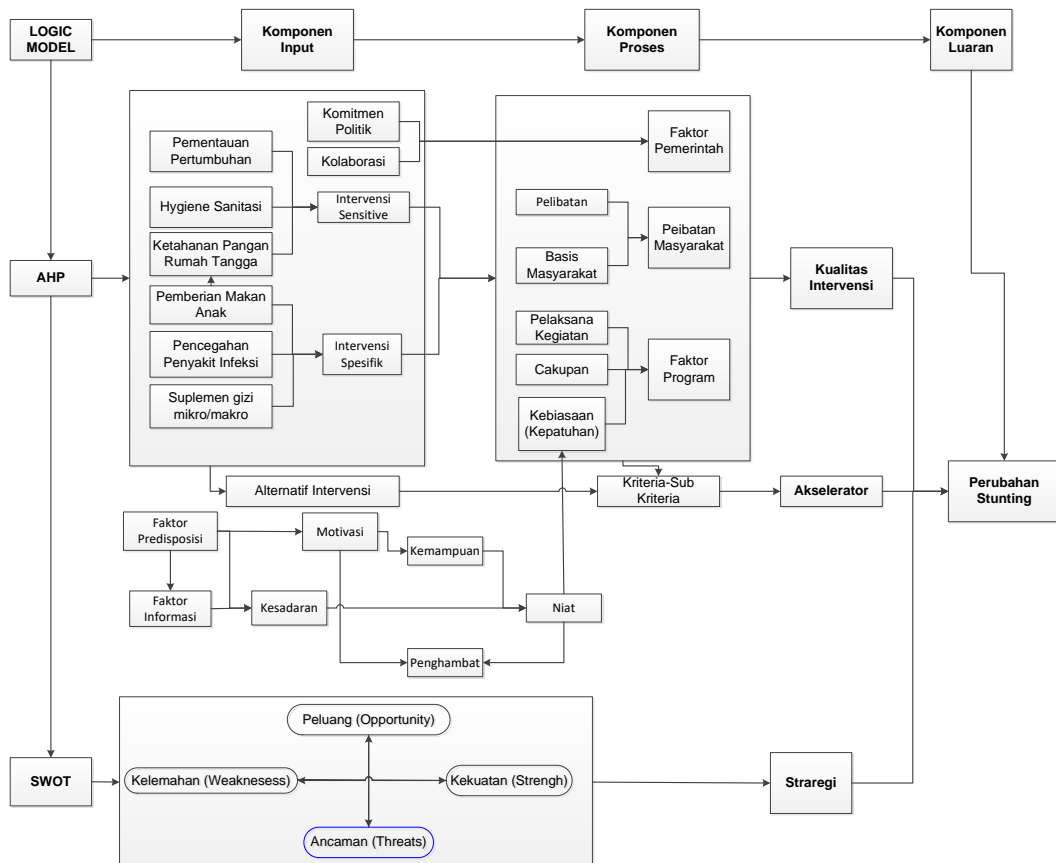
dan anak, pemberdayaan perempuan, perlindungan anak, pendidikan usia dini, air, hygiene dan sanitasi, Keluarga Berencana (KB).

2.7. Kerangka Teori Penelitian

Program teori evaluasi Gammarana, disusun dari dua sistematik review yaitu oleh Hossain, 2017 dan Sirajuddin, 2020 (Gambar 2.4). Sistematik review oleh Hossain 2017 menemukan bahwa diketahui ada enam komponen konteks dan mekanisme dalam intervensi stunting yaitu (1) Komitmen politik, (2) Pendekatan multisector, (3) Kecocokan dengan masyarakat, (4) Berbasis pemberdayaan, (5) Perluasan cakupan program dan (6) Kepatuhan masyarakat pemanfaat program (Hossain *et al.*, 2017b),(Lawrence Haddad, 2020). Gammarana didasarkan pada kedua hasil sistematik review tersebut dengan menempatkan variabel suplementasi gizi mikro dan edukasi gizi oleh tenaga gizi pendamping desa, pada sasaran 1000 HPK (ibu hamil dan anak usia 0-24 bulan). Program teori Gammarana sesuai dengan kerangka teori stunting oleh WHO, 2016 bahwa pemberian makan anak dan infeksi adalah sebagai faktor yang langsung berpengaruh pada stunting.

Pemberian makan termasuk pemberian ASI dan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Variabel infeksi dideskripsikan sebagai bentuk pengobatan penyakit infeksi yang mendahului intervensi pemberian makan anak (Chirande *et al.*, 2015; Semali *et al.*, 2015; Aguayo *et al.*, 2016a; Torlesse *et al.*, 2016; Haselow, Stormer și Pries, 2016; Atsu, Guure și Laar, 2017; Batiro *et al.*, 2017; Kismul *et al.*, 2017; Nkurunziza *et al.*, 2017; Abera, Dejene și Laelago, 2018; Beal *et al.*, 2018; Titaley *et al.*, 2019).

Berdasarkan program teori dapat dijelaskan bahwa program spesifik harus diawali dengan melakukan deteksi dini penyakit infeksi pada seluruh sasaran. Jika ditemukan ada indikasi penyakit infeksi maka dipastikan untuk ditangani terlebih dahulu sebelum program dimulai atau ditangani bersamaan dengan dimulainya intervensi.



Gambar 2.4. Kerangka Teori Penelitian

Hal ini penting karena dasar pemberian makanan akan bermanfaat jika penyakit infeksi sudah ditangani pemicunya. Selanjutnya program suplementasi vitamin A adalah hal yang sangat penting dilakukan baik pada anak balita maupun ibu nifas. Suplementasi vitamin A ini juga berjalan bersamaan dengan suplementasi Fe dan besi asam folat kepada ibu hamil. Pada kegiatan yang lebih besar dengan dukungan pembiayaan yang memadai harus dilakukan upaya pemberian makan anak yang memenuhi syarat asupan gizi (Sirajuddin, et.al, 2020).

Komponen kedua adalah intervensi sensitif terdiri dari 3 program unggulan yaitu hygiene/sanitasi, promosi pertumbuhan anak dan ketahanan pangan. Manajemen terpadu balita sehat adalah upaya preventif pencegahan anak agar tidak sakit. Upaya ini dapat dilakukan dengan berbagai cara baik edukasi maupun konseling gizi. Intervensi kedua adalah

promosi pertumbuhan anak. Kegiatan ini dilakukan secara rutin melalui penimbangan anak balita di Posyandu khusus untuk Indonesia. Program unggulan ketiga adalah ketahanan pangan yang meliputi ketahanan pangan rumah tangga.

Berdasarkan kajian pada prosedur intervensi yang dilakukan oleh Hossain *et al.*, 2017a , dalam upaya menurunkan stunting khususnya dari kelompok intervensi yang efektif adalah, komitmen politik, kerjasama lintas sektor, kecocokan dengan latar sosial masyarakat, pelibatan aktif masyarakat, dan kerelaan berpartisipasi. Komitmen politik dicirikan dengan adanya program reguler pemerintah setempat dalam upaya pencegahan stunting. Program tersebut secara teratur dilakukan dalam skala nasional, khususnya terkonsentrasi pada daerah daerah rawan kurang gizi. Kelompok negara dengan kasus kerawanan pangan tinggi, maka upaya ini terintegrasi dengan upaya penyediaan suplai pangan.

Komitmen politik juga dideskripsikan adanya dukungan kepada lembaga donor internasional dan nasional untuk melakukan operasional kegiatan kemanusiaan di daerah rawan pangan. Pembukaan akses yang luas kepada semua pihak untuk bersama-sama mengatasi masalah gizi ibu dan anak. Komitmen politik lokal, juga menjadi sangat penting, khususnya bagi daerah dengan system desentralisasi seperti Indonesia. Pengkajian yang dilakukan Hossain, dkk 2017, tidak ada penjelasan besarnya dukungan dana yang dikeluarkan untuk setiap negara dalam memerangi stunting. Burundi adalah salah satu negara yang menjadikan bantuan uang tunai sebagai bentuk intervensi stunting dan hasilnya tidak efektif apabila tidak disertai dengan edukasi dan konseling gizi kepada kelompok pengasuh (Sirajuddin *et al.* 2000).

Pemberian Makan Anak (PMBA), sebanyak 100% dilakukan oleh seluruh intervensi yang tergolong efektif menurunkan stunting yaitu 11 artikel dari 10 negara (Bangladesh, Ghana, Guatemala, Ethiopia, Madagaskar, Afrika Barat, Indonesia, Malawi dan Philipina) Sementara pada kelompok negara yang tidak mampu mencapai penurunan >4%, hanya menerapkan 75% intervensi PMBA ini yaitu 9 artikel dari 9 negara

(Mali, Burundi, Bangladesh, Zambia, Uganda, Burkina Faso, Indonesia, Tanzania, dan Kamboja). Sukses menurunkan stunting dalam studi RCT ini tidak ditentukan oleh negaranya, meskipun diketahui bahwa kondisi makro negara memiliki kontribusi besar pada penanganan stunting. Gambaran umum konteks pelaksanaan PMBA di berbagai intervensi adalah fokus pada peningkatan praktik pemberian air susu ibu dan peningkatan praktik pemberian makanan pendamping air susu ibu. Kegiatan yang dilakukan khusus untuk peningkatan pemberian ASI adalah edukasi dan konseling. Jika menggunakan kelas edukasi, maka semua intervensi telah dilengkapi dengan kurikulum edukasi dan edukator yang dilibatkan dalam studi dilatih sebelum mereka melakukan kegiatan intervensi sebagaimana yang diatur dalam prosedur intervensi. Pemberian Makan Anak yang dilakukan pada semua intervensi selalu berpedoman pada Pedoman Pemberian Makan Bayi (*Infan and Yung Child Feeding*) yang dikeluarkan oleh Unicef, 2014. Pedoman ini memuat empat aspek pokok yaitu bentuk, jumlah, frekuensi dan keragaman. Intervensi pemberian makan anak dipandang sebagai wahana edukasi kepada kelompok pengasuh, bukan semata mata untuk pemenuhan defisit asupan pada kelompok sasaran.

Cakupan suplemetasi vitamin A dan Asam Folat masing masing 90,9% dan 50%. Kelompok riset yang terbilang sukses menurunkan stunting >40% menerapkan intervensi pemberian suplementasi vitamin A dan asam folat 90,9% dan kebalikannya hanya menerapkan 50%. Beberapa peneliti dari kelompok yang efektif menurunkan stunting telah menerapkan pemberian suplementasi vitamin A dan asam folat adalah Parul Christian et al (Bangladesh), Seth Aduh Afarwah (Ghana), Deanna K Olney (Guatemala), Emanuela Galasso (Madagaskar), Parul Christian (Bangladesh), Devi Safitri Effendi (Indonesia), Sahana Shafique (Bangladesh), Aulo Gelli (Malawi) dan Eeshani Kandpal (Philipina).

2.8. Kerangka Konsep Gammarana

Kerangka konsep Gammarana (Gambar 2.5) adalah terdiri dari komponen input, proses, dan luaran. Berdasarkan kerangka konsep tersebut, diketahui bahwa penurunan stunting dapat ditentukan oleh 3 faktor yaitu kualitas intervensi, akselerator dan strategi intervensi. Jika ketiga komponen ini berjalan dengan baik maka akselerasi penurunan stunting dapat dicapai demikian juga sebaliknya.

Kualitas intervensi diukur pada komponen input, proses dan luaran diukur dengan memakai instrumen rubrik evaluasi. Akselerasi adalah komponen intervensi yang memiliki nilai prioritas paling tinggi berdasarkan penerimaan pemakai dan pelaksana program ditingkat paling kecil (Kecamatan/Desa). Semakin diterima dan mampu dilakukan ditingkat kecamatan dan desa, maka komponen intervensi itu akan semakin berkelanjutan. Strategi intervensi adalah langkah lanjutan pengembangan intervensi sebagai penentu keberlanjutan program. Jika strateginya tepat maka intervensi, tetap dapat dijalankan hingga mampu mencapai hasil.

2.9. Definisi Operasional dan Kriteria Objektive

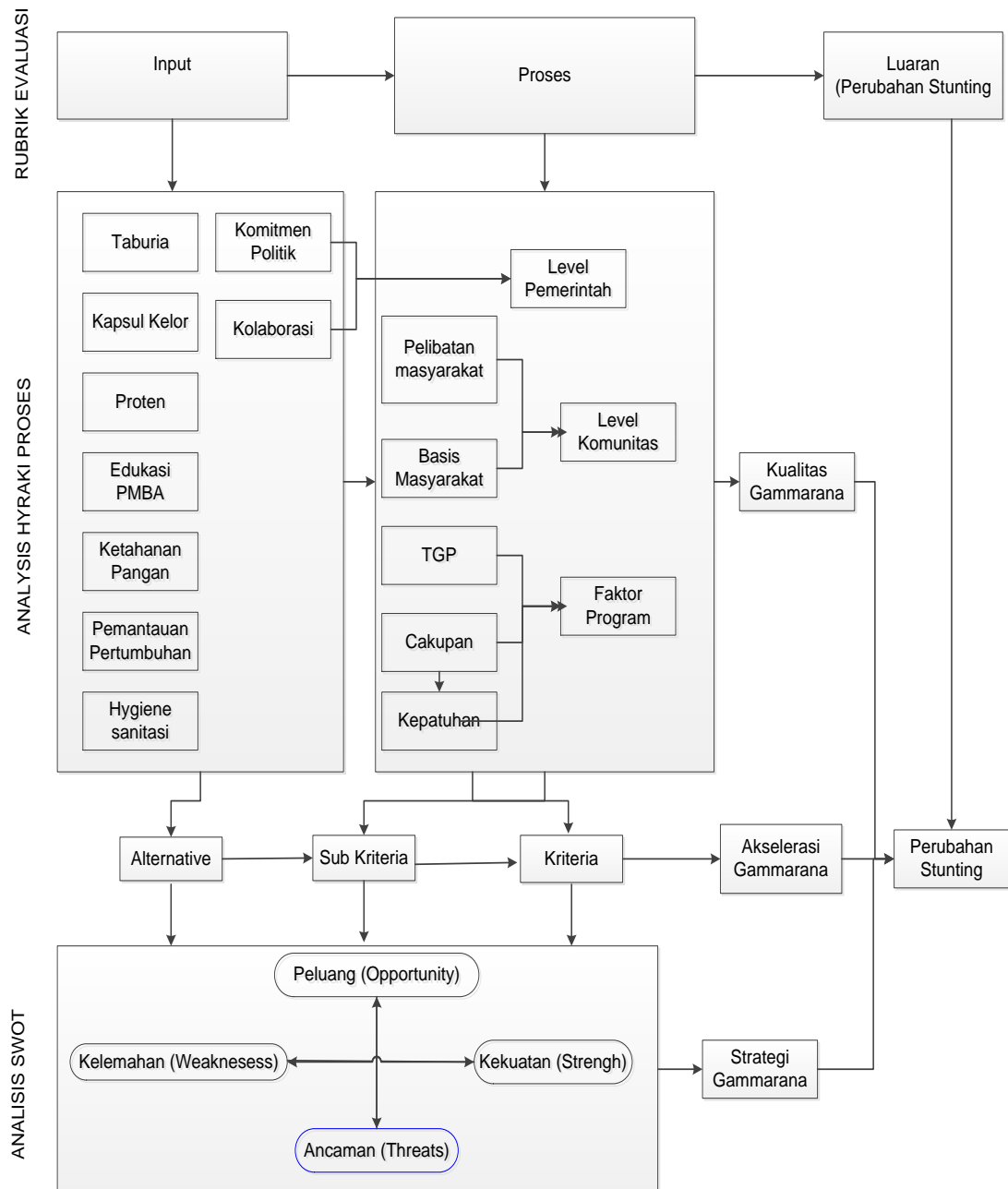
1. Perubahan Stunting

a. Definisi operasional

Perubahan stunting adalah selisih persentase stunting diawal dan akhir program Gammarana di desa Gammarana dan Desa Bukan Gammarana Kabupaten Enrekang Tahun 2020.

b. Indikasi pengukuran

Didasarkan pada hasil pengukuran tinggi badan anak usia 0-23 bulan di desa lokus stunting Kabupaten Enrekang, pada Agustus dan Desember 2020. Hasil pengukuran dihitung nilai Z skor Tinggi Badan menurut Umur pada nilai median WHO-Antro 2006. Skala ukur ordinal.



Gambar 2.5. Kerangka Konsep Penelitian

c. Kriteria objektif

Tidak signifikan menurunkan stunting, jika persentase stunting pada awal (baseline) lebih tinggi dibanding pada akhir (endline) pada kelompok Gammarana (signifikan), sedangkan pada kelompok bukan Gammarana persentase stunting awal dan akhir tidak berbeda (tidak signifikan), atau persentase stunting awal (baseline) lebih rendah dengan akhir (endline) pada Gammarana (signifikan) demikian juga persentase stunting awal (baseline) lebih rendah dibanding stunting akhir (endline) pada kelompok bukan Gammarana (signifikan).

Signifikan menurunkan stunting, jika stunting awal lebih rendah dari stunting akhir pada kelompok Gammarana (signifikan), atau stunting awal dan akhir sama pada kedua kelompok (tidak signifikan).

2. Kualitas Gammarana

a. Definisi operasional

Kualitas Gammarana adalah ukuran yang menggambarkan kinerja implementasi komponen input, proses dan luaran Gammarana.

b. Indikasi pengukuran

Pengukuran menggunakan instrument rubrik evaluasi gammarana., total 27 item penilaian, dan setiap item diberi skala 1-4, rentang skor 27-96 point per desa. Skalah ukur ordinal.

c. Kriteria objektif

Kinerja belum optimal jika skor 30-31.49

Kinerja optimal jika skor 31,50 sd 46,74

Kernerja sangat optimal jika skor $\geq 46,75$

3. Akselerasi Gammarana

a. Definisi operasional

Akselerasi gammarana adalah intervensi yang memiliki penilaian paling realistis dan diterima oleh pelaksana dan pemanfaat program intervensi pencegahan stunting di Kabupaten Enrekang, yang diukur berdasarkan analisis hirarki proses.

- b. Indikasi pengukuran
Pengukuran hirarki didasarkan pada 11 item penilaian berpasangan sejumlah alternatif intervensi pada berbagai tingkat, dengan metode wawancara. Skala ukur rasional
- c. Kriteria objektif
Akselerasi terbaik, jika memiliki nilai skor tertinggi pertama
Akselerasi kedua dan seterusnya adalah, jika memiliki nilai skor tertinggi kedua dan seterusnya.

4. Strategi Gammarana

- a. Definisi operasional
Strategi Gammarana adalah seperangkat upaya terintegrasi yang disusun berdasarkan potensi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman intervensi pencegahan stunting di Kabupaten Enrekang dalam rangka percepatan penurunan stunting.
- b. Indikasi pengukuran
Pengukuran dilakukan dalam dua tahapan yaitu penyusunan/ pembobotan atribut SWOT dan penentuan rating atribut. Diperoleh melalui wawancara. Skala ukur rasional.
- c. Kriteria objektif
Pioneering zone: Jika berada pada kuadran I, dimana skor kekuatan lebih besar dari skor kelemahan dan skor peluang lebih besar dibanding skor ancaman. Defensive zone: jika berada pada kuadran IV dimana skor kekuatan lebih kecil dibanding kelemahan dan skor peluang lebih kecil dari ancaman. Diversification zone: Jika berada pada kuadran II dimana skor kekuatan lebih besar dibanding skor kelemahan, tetapi peluang lebih kecil dibanding ancaman.
Twisting zone : Jika berada di kuadran III, dimana skor kekuatan lebih kecil dibanding kelemahan, tetapi peluang lebih besar dibandingkan dengan ancaman, (Li, Chen și Fang, 2021)