



KEMKOMINFO



BUKU KOMUNIKASI STUNTING: Strategi & Aksi



DIREKTORAT INFOKOM PEMBANGUNAN MANUSIA DAN KEBUDAYAAN
DIREKTORAT JENDERAL INFORMASI DAN KOMUNIKASI PUBLIK
KEMENTERIAN KOMUNIKASI DAN INFORMATIKA REPUBLIK
INDONESIA



BUKU KOMUNIKASI STUNTING: Strategi & Aksi

Edisi Pertama, Cetakan Pertama. Oktober 2020

TIM PENYUSUN:

- **Pengarah** : **Prof. Dr. Widodo Muktiyo**, Ditjen Informasi Komunikasi Publik
- **Penanggung Jawab** : **Wiryanta, Ph.D.**, Direktur Informasi dan Komunikasi PMK
- **Tim Penulis** : **Widodo Muktiyo**
Wiryanta
Marroli J. Indarto
Septa Dewi Anggraeni
Edwina Nuroctaviani
Carla Isati Octama

Hak Cipta dilindungi Undang Undang

© 2020 Direktorat Infokom PMK, Ditjen Informasi dan Komunikasi Publik

Gambar Cover : Tim Direktorat Infokom PMK

Anda dipersilahkan untuk menyalin, menyebarkan atau mengirimkan karya ini untuk tujuan non-komersial.

Untuk meminta Salinan Buku Komunikasi Stunting ini atau keterangan lebih lanjut mengenai buku ini silahkan hubungi :

Direktorat Infokom Pembangunan Manusia dan Kebudayaan

Direktorat Jenderal Informasi dan Komunikasi Publik

Kementerian Komunikasi dan Informatika Republik Indonesia

Jalan Medan Merdeka Barat No.9

Jakarta Pusat 10110

Telp : (021) 3452841

SAMBUTAN

Sambutan Ditjen Informasi Komunikasi Publik

Prof. Dr. Widodo Muktiyo

Putra-putri kita adalah generasi penerus bangsa, pada diri mereka lah masa depan negeri ini dipertaruhkan. Generasi ini lah yang akan membawa negeri ini ke dalam perubahan menuju kemajuan. Salah satu yang bisa menjamin tercapainya cita-cita itu adalah kualitas manusianya. Untuk membangun hal itu, pemerintah berkewajiban meningkatkan kualitas kesehatan calon generasi penerus. Kebijakan pemerintah untuk menurunkan angka prevalensi *stunting* adalah langkah strategis pemerintah untuk memastikan tercapainya tujuan itu.



Sejak awal sangat penting bagi kita untuk memahami pengetahuan tentang *stunting*. Ada apa dengan “*stunting*”? Perihal *stunting* ini, definisinya dalam bahasa Indonesia memang masih agak susah. Dulu pernah disebut kata kerdil, tetapi tidak pas. Karena *stunting* ini bukan hanya kekerdilan atau keadaan tubuh yang pendek. *Stunting* ini juga bukan hanya soal kekurangan gizi semata. Penting bagi kita paham sebenar-benarnya tentang *stunting*, dan pemahaman itu atau pengetahuan itu harus dikomunikasikan dengan sebaik-baiknya.

Kementerian Komunikasi dan Informasi adalah bagian dari pemerintah yang bertanggung jawab untuk melakukan proses diseminasi dan komunikasi publik perihal kebijakan penurunan angka prevalensi *stunting*. Kementerian Komunikasi dan Informasi atau disingkat Kementerian kominfo harus mampu menjelaskan kepada masyarakat apa yang harus dilakukan agar anak-anak kita, generasi penerus bangsa, tidak masuk dalam kelompok yang mengalami *stunting*.

Saat ini, masa depan anak-anak bangsa tentu saja yang paling dekat terletak pada peran para orang tua. Kewajiban orang tua yang bisa melahirkan generasi berkualitas tidak hanya mampu melahirkan generasi tetapi juga harus mampu memberikan kondisi kesehatan yang baik dengan asupan gizi yang cukup. Orang tua pada saat ini juga harus memberikan vaksinasi yang teratur pada anak-anak untuk memberikan kualitas hidup yang lebih kuat. Tidak lupa pula harus mampu memberikan pendidikan yang sebaik-baiknya agar kelak berguna bagi keluarganya, lingkungannya, masyarakatnya dan tentu saja bagi nusa dan bangsa.

Bagaimana strategi komunikasi pemerintah dalam menurunkan angka prevalensi *stunting* di Indonesia? Stunting harus kita pahami secara khusus sebagai kondisi kekurangan gizi kronis pada anak yang terjadi sejak 1000 (seribu) hari pertama kehidupan atau disingkat HPK. Jika anak-anak mengalami kekurangan gizi kronis ini maka dia akan mengalami kondisi gagal tumbuh. Istilah “gagal tumbuh” mungkin menarik untuk menjadi alternatif penerjemahan kata *stunting* yang masih merupakan kata dalam bahasa Inggris.

Kondisi gagal tumbuh ini mengakibatkan berbagai hal yang buruk. Tidak hanya mengalami kondisi gagal tumbuh kembang maksimal dalam hal fisik tetapi juga mengalami kegagalan perkembangan psikologis atau mental. Jangan sampai pada saat-saat penting seribu hari pertama kehidupan anak-anak kita ternyata orang tua tidak mampu memperhatikan atau merawat dengan memberikan berbagai hal yang penting. Hal-hal yang sangat dibutuhkan bagi calon generasi penerus yang akan menentukan kesuksesan atau keberhasilan dirinya sebagai manusia di kelak kemudian hari.

Mendapatkan asupan gizi yang berkualitas sesungguhnya adalah hak anak. Para orang tua jangan sampai mengabaikan hak dasar anak untuk tumbuh sehat. Organisasi kesehatan dunia atau WHO telah menerapkan pagu angka *stunting* yang bisa ditoleransi harus berada di bawah 20% dari jumlah kelahiran anak. Jika ada 100 kelahiran paling tidak hanya 20 anak yang mengalami kondisi ini. Jika angkanya berada di bawahnya tentu saja lebih bagus.

Riset Kesehatan Dasar yang dilakukan pemerintah atau Riskesdas pada tahun 2013 memperlihatkan angka prevalensi atau anak-anak Indonesia yang mengalami *stunting* sebesar 37,2%. Upaya pemerintah untuk menurunkan hal itu terlihat pada Riskesdas tahun 2018 yang memperlihatkan angka 30,8%. Pada tahun 2019 lalu berdasarkan Survei Status Gizi Balita Indonesia atau SSGBI, kondisi *stunting* ini sudah turun menjadi 27,6%. Tentu saja angka ini bukan angka yang cukup menggembirakan karena masih berada di bawah pagu kualitas kesehatan dunia. Pemerintah dalam hal ini Presiden Joko Widodo secara langsung menargetkan pada tahun 2024 nanti angka prevalensi *stunting* di Indonesia secara rata-rata berada di angka 14%.

Tentu saja hal ini harus menjadi perhatian semua pemangku kepentingan atau stakeholder yang memikul tanggung jawab ini. Bagi para aktivis kesehatan di daerah-daerah misalnya, yang ingin bersama-sama menyingsingkan lengan baju melakukan tugas mulia ini mungkin bisa melakukan pengecekan apakah angka prevalensi *stunting* di daerahnya di atas pagu atau di bawah pagu. Jika di atas pagu tentu saja sudah menjadi kewajiban bersama para pemangku kebijakan dan kepentingan untuk melakukan kolaborasi. Mulai dari Dinas Kesehatan, Tenaga Kesehatan, Relawan Kesehatan, Aktivis Kesehatan, sampai dengan ibu-ibu dan generasi muda untuk menurunkan angka *stunting* di Indonesia.

Perkembangan saat ini, sebenarnya sudah cukup ada perubahan. Misalnya bagi pasangan yang akan menikah saat ini sudah ada bimbingan pernikahan yang salah satunya menitikberatkan pada pentingnya pendidikan tentang kesehatan reproduksi dan kesehatan tumbuh kembang anak. Pemerintah juga sudah melakukan koordinasi antara Kementerian Kesehatan dengan asosiasi profesi terkait kesehatan agar masyarakat diupayakan untuk sadar terlebih dahulu. Yang paling penting masyarakat sadar dahulu. Jangan sampai ada masyarakat yang tidak tahu tentang kebijakan menurunkan angka prevalensi gagal tumbuh kembang anak yang sangat penting.

Kementerian Kominfo sesuai dengan INPRES nomor 9 tahun 2015, bertanggung jawab untuk mengelola komunikasi publik kebijakan penurunan prevalensi *stunting*. Pesan ini yang akan disampaikan dan harus dipastikan sampai atau istilah bahasa inggrisnya harus “deliver”. Dihantarkan kepada masyarakat sesuai target dan mengenai sasaran. Yang antara lain ibu-ibu atau bapak-bapak muda yang nanti akan mempunyai anak. Para orang tua yang akan mengalami proses memiliki anak, seperti hamil, melahirkan, dan merawat dalam usia penting. Atau juga komunitas-komunitas yang akan melakukan pendampingan-pendampingan masyarakat.

Kita harus mampu menyampaikan kepada semuanya bahwa memahami persoalan *stunting* adalah sesuatu yang berdimensi masa depan. Jika generasi saat ini anak-anak yang mengalami *stunting*nya jumlahnya masih tinggi maka pada saat usia produktif, optimalisasi sebagai manusia Indonesia yang sehat dan tangguh dan berkualitas akan terganggu.

Indonesia dalam prediksi pertumbuhan demografi akan mengalami apa yang disebut dengan bonus demografi. Yakni saat jumlah penduduk usia produktif jauh lebih besar dari pada jumlah penduduk tua dan anak-anak. Jumlahnya menurut perkiraan sekitar 64% dari penduduk Indonesia atau kalau dihitung secara kuantitatif bisa mencapai angka 190 juta. Bisa dibayangkan kelompok usia inilah yang akan menjadi lokomotif banyak perubahan baik dan beragam kemajuan. Populasi

bonus ini sangat ditentukan kualitasnya sejak masa bayinya. Dalam bahasa bercandanya para orang tua “jangan hanya bisa punya anaknya, tetapi harus punya anak yang bebas dari *stunting*”.

Pada saat ini, dunia tidak akan berubah kembali ke belakang. Dunia tidak akan pernah sama lagi. Harus diingat dengan baik bahwa Pandemi Virus Corona atau Covid19 yang terjadi pada akhir-akhir ini membawa dimensi perubahan-perubahan yang luar biasa. Kebijakan ekonomi, kebijakan kesehatan, kebijakan sosial, kebijakan politik dan seterusnya dengan cepat harus berubah. Bahkan cara berfikir kita, cara bersikap kita, cara berperilaku kita harus berubah.

Kementerian Kominfo, dalam hal ini saya selaku salah satu yang bertanggung jawab di dalam Satuan Tugas Penanganan Covid19 dan Pemulihan Ekonomi harus mampu melihat hal ini sebagai sebuah tantangan besar. Ada sebuah situasi baru bahwa sebagian dari masyarakat Indonesia pada saat ini harus mampu bekerja, belajar, hingga beribadah harus dari rumah. Tentu saja keadaan saat ini sudah memperlihatkan perkembangan. Untuk menggerakkan kembali perekonomian berbagai sektor penting sudah mulai dilakukan pelonggaran dari pembatasan sosial berskala besar yang harus ditempuh di masa kedaruratan akibat pandemi. Hal ini yang disebut sebagai adaptasi kebiasaan baru.

Adaptasi kebiasaan baru bukanlah kembali ke masa lalu. Protokol kesehatan dan menjaga jarak sosial sebagai bagian dari upaya strategis untuk melakukan mitigasi terhadap pandemi Covid19 merupakan satu hal yang harus dilakukan dalam berbagai kebijakan publik. Kemajuan ilmu pengetahuan kesehatan untuk menyediakan vaksin bagi penanganan pandemi memang telah melahirkan sedikit titik cerah untuk segera pulihnya kondisi masyarakat dan dunia. Tetapi sampai hari ini hingga beberapa bulan ke depan atau mungkin beberapa tahun ke depan masih berlangsung sebuah kondisi yang masih belum bisa diprediksikan dengan jelas.

Kebijakan menurunkan prevalensi *stunting*, yang sedang berlangsung tentu saja mengalami dampak yang besar. Jangan sampai dalam upaya memberikan pendidikan dan tindakan pada masyarakat untuk menurunkan *stunting* malah lupa pada pentingnya keamanan terhadap risiko penularan pandemi Covid19. Situasi saat ini, pemerintah fokus pada upaya besar penanganan pandemi, tetapi tentu saja tidak meninggalkan pentingnya kebijakan menurunkan prevalensi *stunting*. Karena seperti halnya penanganan pandemi, penurunan prevalensi *stunting* adalah barang yang tidak kasat mata. Hasil tindakan yang dilakukan tidak langsung kelihatan. Upaya mengatasi pandemi dengan penurunan prevalensi *stunting* hanya bisa dilihat hasilnya di masa datang. Seperti halnya pandemi Covid19, kondisi *stunting* pada generasi yang mengalami

kekurangan gizi kronis yang sangat berisiko dialami pada saat ini karena menurunnya tingkat pertumbuhan ekonomi akan memunculkan gangguan fisik dan non fisik sebagai dampaknya.

Pepatah mengatakan “sesal kemudian tiada berguna”, penting bagaimana pada saat ini pemerintah dalam hal ini Kementerian Kominfo agar mampu memberikan pemahaman kepada masyarakat tentang mitigasi pandemi sekaligus mampu mengatasi dampak menurunnya tingkat kesehatan masyarakat yang sedikit atau banyak pasti terjadi. Beberapa perkembangan yang tidak cukup menggembirakan akibat adanya pembatasan sosial yang membuat banyak orang harus berada di rumah dan tidak dapat bekerja atau mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas sebagai mana mestinya, telah mengakibatkan munculnya penurunan peserta Keluarga Berencana aktif hingga mencapai 10 juta pasangan. Dari jumlah itu sebanyak 2,5 juta adalah pasangan usia subur. Ini tentu saja akan membawa dampak yang tidak menguntungkan ketika menurut perkiraan akan menambah angka kehamilan dari 370 ribu sampai 500 ribu. Risiko ini mengintai tentu saja bagi upaya besar penurunan prevalensi *stunting* yang sebelumnya telah berjalan. Tidak hanya *stunting*, akibat pandemi jumlah kematian ibu dan bayi sebagai dampak ikutan pasti akan terpengaruh, dan terutama beban ekonomi yang berat untuk bisa mencukupi kebutuhan gizi yang berkualitas tentu saja mengalami guncangan.

Saat ini sangat penting untuk melakukan kolaborasi semua pemangku kepentingan. Upaya-upaya pemerintah untuk memberdayakan masyarakat menghadapi pandemi sekaligus memenuhi kecukupan gizi yang penting harus mampu di atasi secara bersama-sama. Upaya-upaya komunikasi yang dilakukan, sampai dengan pelayanan dan pendampingan masyarakat tentu saja mengalami perubahan yang luar biasa. Salah satu yang harus bisa dilakukan adalah fokus. Fokus pada pemahaman ilmiah yang benar dan perubahan perilaku sosial yang semua terangkum dalam istilah adaptasi kebiasaan baru atau *new normal*. Diseminasi informasi yang dilakukan Kementerian Kominfo harus mampu beradaptasi dengan protokol kesehatan dan keharusan menjaga jarak sosial. Dengan berbagai alat dan cara agar bisa tetap efektif dalam melakukan diseminasi informasi, seperti penggunaan teknologi yang bisa efektif menyambungkan informasi tanpa interaksi fisik, seperti internet dan media sosial harus mampu dilakukan dan diselenggarakan secara kolaboratif bersama-sama.

Adanya buku tentang Komunikasi *Stunting* yang disusun Kementerian Kominfo di masa adaptasi kebiasaan baru akibat Pandemi Covid19 diharapkan mampu menjadi satu alternatif pendidikan publik. Buku yang disusun Direktorat Informasi dan Komunikasi Pembangunan Manusia dan

Kebudayaan harus mampu memberikan informasi yang mencerahkan tidak hanya bagi masyarakat tetapi bagi jajaran pemerintahan lain dan lembaga-lembaga negara serta masyarakat sipil yang akan bekerja bersama-sama melakukan kolaborasi untuk mengatasi persoalan besar yang tidak bisa tidak segera dilakukan.

Aksi dari masyarakat adalah ujung tombak tercapainya semua ideal penanganan pandemi Covid19 sekaligus menurunkan prevalensi *stunting* di Indonesia. Untuk mencapai semua itu ada tiga hal yang harus menjadi perhatian penting bagi Kementerian Kominfo untuk mencapainya. Pertama, hal-hal yang paling penting tentang penanganan Pandemi Covid19 sampai dengan penurunan prevalensi *stunting* harus mampu dipahami dengan benar atau dimengerti. Setelah dipahami harus muncul sebuah afeksi atau perhatian terhadap hal penting. Setelah menyadari arti penting maka akan muncul sebuah aksi atau tindakan masyarakat yang bisa membuat perubahan yang lebih baik lagi.

Khusus dalam hal penurunan prevalensi *stunting* di masa pandemi ini sangat perlu untuk melibatkan tokoh-tokoh masyarakat, media, organisasi-organisasi sosial, relawan, generasi muda dan terutama pelibatan perempuan. Banyak hal penting seperti penggunaan khazanah kebudayaan daerah yang bisa memberi penyadaran bagi masyarakat banyak sebenarnya telah menjadi target kerja Direktorat Jenderal Informasi dan Komunikasi Publik, dalam hal ini Direktorat Informasi dan Komunikasi Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. Pembuatan buku Komunikasi Stunting 2020 semoga bisa menjadi satu modul bagi upaya penurunan prevalensi *stunting* khususnya di bidang komunikasi publik dan diseminasi informasi yang berguna bagi seluruh pemangku kepentingan dan kebijakan yang sedang bekerja luar biasa situasinya pada saat ini.

SAMBUTAN

Direktur Informasi dan Komunikasi Pembangunan

Manusia dan Kebudayaan

Wiryanta, Ph.D.

Perjalanan kita dalam berupaya keras menurunkan *stunting* memang membuahkan hasil, angka *stunting* nasional secara tren menunjukkan penurunan. Namun kita tidak cepat berpuas diri dengan capaian penurunan *stunting* nasional. Kita membutuhkan aksi percepatan penurunan *stunting* yang lebih massif dan sistematis. Sebab *stunting* adalah taruhan bagi masa depan generasi bangsa. Kita tidak ingin menjadi bangsa tertinggal hanya generasi kita masa kini tidak bisa menekan angka *stunting* secara signifikan.



Buku ini merefleksikan perjalanan berbagai aksi dan program kolaboratif Direktorat Informasi dan Komunikasi Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Kementerian Kominfo dalam upaya penurunan *stunting* beberapa tahun terakhir. Melalui refleksi pada buku ini, kami ingin memberikan laporan kepada publik, sekaligus *stakeholder* terkait upaya kolaboratif penurunan *stunting*, khususnya pelaksanaan pilar dua kampanye perubahan perilaku penurunan *stunting*. Melalui buku ini kami telah menggambarkan banyak hal program aksi kampanye perubahan perilaku cegah *stunting* yang telah kita lakukan, termasuk evaluasinya serta pelajaran dari beberapa daerah.

Atas refleksi ini, kami akan menjadikannya sebagai cermin, agar berbagai program aksi dalam upaya kampanye perubahan perilaku cegah *stunting* dapat dilakukan lebih baik dan tepat sasaran, sehingga target untuk percepatan penurunan *stunting* lebih optimal kita capai. Kami menyadari, dengan segala keterbatasan sumber daya, kita tidak boleh menyurutkan semangat dan kerja kita dalam menjalankan misi ini. Diatas segala keterbatasan yang kami hadapi, adalah misi penyelamatan generasi masa depan bangsa. Misi besar inilah yang senantiasa menjadi motivasi kita untuk lebih bekerja keras.

Melalui buku ini, kami sekaligus memberikan pertanggungjawaban kinerja dan capaian kami dalam menjalankan program pilar dua, kampanye perubahan perilaku cegah *stunting*. Kami sangat terbuka atas segala masukan. Tiada gading yang tak retak, namun tak ada kesalahan yang tidak bisa diperbaiki dan disempurnakan. Kedepan kami mengharapkan dukungan serta partisipasi segenap pihak. Sebab aksi percepatan penurunan *stunting* membutuhkan kerja gotong royong banyak pihak, butuh intervensi hulu dan hilir yang melibatkan banyak pemangku kepentingan, baik di pusat maupun daerah.

Kita sangat optimis kedepan bisa menjalankan berbagai program aksi percepatan penurunan *stunting* lebih optimal, meskipun pada tahun ini dan setidaknya tahun depan kita masih menghadapi tantangan penyebaran virus corona, yang mengakibatkan potensi penurunan konsumsi gizi oleh kelompok beresiko seperti ibu hamil dan baduta lebih besar, terutama dari keluarga miskin yang jumlahnya makin banyak, akibat pandemi covid 19 ini. Situasi ini berpotensi memberi ancaman peningkatan angka *stunting*, namun semoga hal itu tidak terjadi.

KATA PENGANTAR

Buku Komunikasi Stunting ini diterbitkan oleh Direktorat Informasi dan Komunikasi Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Kementerian Kominfo sebagai bentuk laporan kepada publik. Melalui buku ini kami ingin memberikan gambaran utuh tentang problematika *stunting*, kemampuan kita, berbagai program aksi yang telah kami lakukan, khususnya pada pilar dua, yakni kampanye perubahan perilaku cegah *stunting*, tantangan kita kedepan, dan beberapa agenda strategis yang harus kita lakukan.

Pada awal pembahasan buku ini menguraikan masalah *stunting* tidak hanya sebagai problem nasional, bahkan menjadi masalah global. Kami gambarkan *stunting* sebagai beban masa depan dunia bila tidak segera diatasi melalui kerjasama global. Bahkan bukan hanya *stunting* yang menjadi beban global, tetapi juga kekurangan gizi akut (*wasting*) dan obesitas (*overweight*). Atas ketiga problem inilah, berbagai badan dunia dibawah PBB seperti WHO, Unicef dan UNDP meletakkan ketiganya sebagai agenda global melalui Program Sustainable Development Goals (SDG's).

Sebagai bagian dari masyarakat dunia, Pemerintah Indonesia telah mengadopsi agenda global untuk percepatan penurunan *stunting* bahkan sejak pelaksanaan Millenium Development Goals (MDGs) dan melanjutkannya di SDGs dengan mengadopsi agendanya melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN), dan yang terbaru dituangkan kembali melalui RPJMN 2020-2024.

Agar memberikan gambaran historis yang lebih mendalam, melalui buku ini, kami mencatatkan perjalanan kita dari waktu ke waktu berbagai kebijakan penanganan gizi di Indonesia, sejak dari masa Pemerintahan Kolonial Belanda, hingga periode saat ini. Catatan ini kami anggap penting agar kita bisa berkaca atas berbagai kebijakan dan program penanganan gizi pada masa lalu, berbagai hal yang kurang dapat menjadi pelajaran kita pada masa kini dan masa depan.

Pada bab 3 kami menyampaikan kondisi yang kita hadapi saat ini, ada banyak potensi dengan membesarnya penduduk usia produktif yang mendominasi komposisi warga negara kita. Namun pada saat yang sama, meskipun mayoritas penduduk kita ada di usia produktif, namun tingkat

pendidikan penduduk kita mayoritas masih didominasi oleh lulusan Sekolah Dasar (SD) dan Sekolah Menengah Pertama (SMP), serta angka *stunting* yang relatif masih tinggi.

Kita mendapatkan potensi sekaligus tantangan demografi. Hanya dengan kebijakan pembangunan yang tepat, dan berkelanjutan, kita dapat menikmati bonus demografi itu secara nyata. Sebaliknya, bila strategi pembangunan kita salah, maka beban demografi itulah yang harus kita petik. Kita sesungguhnya telah berada dalam rel pembangunan yang benar dalam mendorong capaian Indek Pembangunan Manusia (IPM). Sejak kita melaksanakan Undang Undang No 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, dengan realisasi anggaran pendidikan sebesar 20% pendapatan APBN, harusnya kita telah memetik hasilnya saat ini.

Hal serupa juga kita lakukan pada sektor kesehatan. Undang Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang memberikan *mandatory spending* sebesar 5% pada pendapatan APBN dan 10% pada pendapatan APBD untuk belanja kesehatan diluar gaji tenaga kesehatan. Namun dari kerangka hukum yang telah kita miliki, capaian pembangunan IPM kita belum maksimal, lulusan penduduk kita masih didominasi SD dan SMP, dan 27% balita kita masih mengalami *stunting*.

Capaian ini menjadi refleksi mendasar pemerintahan dibawah kepemimpinan Presiden Joko Widodo, oleh sebab itu dirumuskanlah berbagai rencana kerja sejak 2018, dimana Presiden Joko Widodo memberikan instruksi untuk melakukan berbagai aksi kolaborasi dari berbagai kementerian dan lembaga termasuk pemerintah daerah dalam upaya percepatan penurunan *stunting*. Dirumuskanlah lima pilar strategi percepatan penurunan *stunting*, dimana Kementerian Kominfo menjadi *lead sector* pilar kedua, yakni kampanye perubahan perilaku cegah *stunting*.

Berdasarkan mandat inilah, Kementerian Kominfo menyusun berbagai program aksi kampanye yang kami gambarkan dalam Bab 3 dan 4. Berbeda dengan masa orde baru, dimana pemerintah bisa memonopoli narasi publik, terlebih didukung dengan berbagai kanal informasi yang terbatas dan dalam kooptasi yang mudah untuk dikendalikan. Keadaan yang kita hadapi saat ini sangat bertolak belakang. Era demokrasi menghadapkan pemerintah bukan satu satunya kekuatan dominan pembentuk narasi.

Komunikasi publik di era demokrasi menuntut adanya partisipasi publik yang lebih luas, dengan berbagai kanal informasi yang beragam. Untuk kebutuhan komunikasi publik pada era demokrasi inilah, Kementerian Kominfo menyusun konsep *Government Public Relation* (GPR) yang lebih bercorak non birokratis, terutama pada program-program prioritas pemerintah seperti Stunting.

Strategi GPR itu menjadi ujung tombak bagi Direktorat Informasi dan Komunikasi Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Kominfo dalam menjalankan pilar kedua, kampanye perubahan perilaku cegah *stunting*. Berbagai program aksi telah kami uraikan pada Bab 4. Ada banyak program aksi, diantaranya forum GenBest, kerjasama dengan jaringan radio komunitas, pertunjukan rakyat, kampanye digital, termasuk di media sosial, iklan layanan masyarakat baik di videotron, televisi dan lain lain.

Pada Bab 5 kami secara khusus memberi ruang pembelajaran bagi kita semua, dengan mengambil pelajaran berbagai kebijakan daerah yang unik, spesifik dan partisipatif dalam upaya percepatan penurunan *stunting* di daerahnya. Pelajaran strategi percepatan penurunan *stunting* di Kabupaten Boalemo, Sikka dan Klaten sangat menarik sebagai proyek percontohan bagi daerah-daerah lain di Indonesia.

Agar kita bisa bercermin atas segala upaya yang telah kita lakukan, pada Bab 6 kami menuliskan laporan evaluasi atas pelaksanaan program aksi kampanye perubahan perilaku cegah *stunting* pada tahun 2018 dan 2019. Kami menggunakan metoda survei nasional dalam bentuk survei persepsi, perilaku publik terkait *stunting* dan akses media yang digunakan publik. Atas pelaksanaan Forum GenBest, kami juga melaksanakan survei dengan pengukuran pre dan post test para peserta Forum GenBest pada 30 Kabupaten/kota se Indonesia.

Kami sangat berharap buku ini memberi kontribusi pemikiran, evaluasi, serta mendorong tumbuhnya partisipasi segenap *stakeholder*, baik pada tingkat kementerian, lembaga, pemda, dan masyarakat luas pada upaya upaya percepatan penurunan *stunting* kedepan. Kami menyadari ada banyak agenda yang terus kita upayakan dalam trek kebijakan penurunan *stunting* yang terus perlu dioptimalkan. Optimalisasi akan terjadi bila kerjasama terus kita tingkatkan.

Tim Penyusun,

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
SAMBUTAN DITJEN IKP	iv
SAMBUTAN DIREKTUR INFORMASI DAN KOMUNIKASI PMK	xi
KATA PENGANTAR	xiii
DAFTAR ISI	xvi
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR GRAFIK	xxi
DAFTAR TABEL	xxiii
DAFTAR SINGKATAN	xxiv
BAB 1 ATASI STUNTING, CARA DUNIA MELAWAN KEMISKINAN	1
1.1. <i>Stunting</i> , Tolok Ukur Indeks Pembangunan Manusia	4
1.2. Tingkat Pergerakan <i>Stunting</i> Dunia	5
1.3. Kondisi Malnutrisi di Indonesia	21
1.4. Komitmen Dunia dalam Pemberantasan <i>Stunting</i>	23
1.5. <i>Stunting</i> Policy Brief	23
1.6. Kilas Balik MDGs ke SDGs	26
1.7. SDGs, Upaya Dunia Membuat Regulasi Lawan Kemiskinan	27
BAB 2 SEJARAH PENANGANAN GIZI DI INDONESIA	31
2.1. Masa Kolonial Hindia Belanda	32
2.2. Masa Politik Etis	34
2.3. Instituut Voor de Volkvoeding	37
2.4. Masa Pendudukan Jepang	40
2.5. Masa Kemerdekaan Indonesia	41
2.6. Masa Republik Indonesia Serikat	42
2.7. Masa Demokrasi Terpimpin / Periode 1960-1965	47

2.8. Masa Transisi 1966 - 1970 _____	47
2.9. Masa Orde Baru / Periode 1970-1990 _____	49
2.10. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) _____	51
2.11. Periode 1990-2000 _____	51
2.12. Periode Reformasi _____	59
2.13. Strategi Komunikasi Kelembagaan Pemerintah dalam Penanganan Gizi _____	59
2.14. Strategi Komunikasi Kementerian dan Kelembagaan Pemerintah _____	63
2.15. Rencana Aksi Komunikasi Perubahan Perilaku Kemenkes RI _____	66
2.16 Strategi Komunikasi Kementerian Kominfo Pencegahan Stunting dan Intervensi Gizi __	68
BAB 3 KEBIJAKAN PENANGANAN STUNTING DI INDONESIA _____	71
3.1. Indonesia Bersiap Menghadapi Tantangan Bonus Demografi _____	72
3.2. Stunting dan Masa Depan Indonesia. _____	79
3.3. Sepertiga balita mengalami <i>stunting</i> , hanya lebih baik dari Laos, Kamboja & Timor Leste _____	79
3.4. Kecenderungan Anak Indonesia Kalah dalam Kompetisi Sains di Luar Negeri _____	83
3.5. Dampak <i>stunting</i> terhadap tingkat produktivitas ekonomi dan potensi kerugian ekonomi _____	87
3.6. Mengenal intervensi spesifik dan sensitif _____	90
3.7. Strategi Penanganan Terpadu Kepada Kelompok Rentan _____	96
3.8. Perhitungan analisis biaya manfaat dalam upaya menurunkan gagal kembang (<i>stunting</i>) di Indonesia. _____	103
BAB 4 KEBIJAKAN & STRATEGI KOMUNIKASI KEMENTERIAN KOMINFO TERKAIT STUNTING _____	107
4.1. Meletakkan Government Public Relation Sebagai Strategi Non Birokratis Pada Isu-isu Prioritas Pemerintah. _____	111
4.2. Kominfo Dalam Pusaran Penanganan <i>Stunting</i> _____	116
4.3. Strategi Komunikasi Penanganan Prevalensi <i>Stunting</i> _____	122
4.4. Langkah Nyata Kementerian Kominfo Perang Melawan <i>Stunting</i> _____	132

BAB 5 BELAJAR DARI BOALEMO, SIKKA DAN KELATEN _____	135
5.1. Kabupaten Boalemo, Gorontalo _____	136
5.2. Kabupaten Sikka, Nusa Tenggara Timur _____	147
5.3. Kabupaten Klaten, Jawa Tengah _____	156
BAB 6 EVALUASI NASIONAL PENANGANAN STUNTING _____	169
6.1. Potret pemahaman remaja terhadap <i>stunting</i> kegiatan GenBest 2019 _____	171
6.1.1 Metodologi _____	172
6.1.2 Pemahaman Tentang <i>Stunting</i> Pada Pre-test _____	177
6.1.3 Pemahaman Tentang <i>Stunting</i> Pada Post-test _____	180
6.1.4 Perbandingan hasil penilaian pada saat pre-test dan post-test _____	186
6.1.5 Evaluasi pelaksanaan kegiatan Sosialisasi GenBest 19 _____	188
6.1.6 Potensi komunikasi di daerah prioritas <i>stunting</i> _____	190
6.2 Langkah penanganan pencegahan <i>stunting</i> ke depan _____	205
BAB 7 PENUTUP _____	209
PUSTAKA _____	214

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Ilustrasi Triple Burden Malnutrition	2
Gambar 1.2. Country Burden Map.....	3
Gambar 1.3. Human Development Index	5
Gambar 1.4. Persentase anak dengan <i>stunting</i> dibawah usia 5 tahun pada 2019 di dunia berdasar benua.	7
Gambar 1.5. SDGs (Sustainable Development Goals).	29
Gambar 2.1. KELAS DI SCHOOL TOT OPLEIDING VAN INDISCHE ARTSEN.....	33
Gambar 2.2. Buku yang diterbitkan IVV (Arsip Perpustnas)	38
Gambar 2.3. Gambaran kondisi gizi pekerja Romusha	40
Gambar 2.4. RIS. Upacara penyerahan dan penandatanganan kedaulatan di Jakarta	42
Gambar 2.5. Prof Poorwo Soedarmo dan Lembaga Eijkman.....	44
Gambar 2.6. Posyandu	51
Gambar 2.7. Struktur Gugus Tugas Gernas PPG.	61
Gambar 2.8. Peran Kementerian Dan Kelembagaan Pemerintah Dalam RAN PG.	61
Gambar 2.9. Pilar Stranas Pencegahan <i>Stunting</i>	63
Gambar 2.10. Leaflet Isi Piringku Dalam Rangka Hari Gizi Nasional	64
Gambar 2.11. Konsep Ekologi Sosial Komunikasi Perubahan Perilaku	65
Gambar 3.1. Bonus Demografi	74
Gambar 3.2. Human Development Index Concept.....	83
Gambar 3.3. Indonesia HDI.....	84
Gambar 3.4. 4 Negara Prevalensi <i>Stunting</i> Tertinggi di Asean.....	80
Gambar 4.1. Government Public Relation (GPR).....	112
Gambar 4.3. Paparan Dirjen IKP tentang Kampanye Isu Strategis <i>Stunting</i>	123
Gambar 4.4. Website Genbest.....	129
Gambar 4.5. Facebook dan Instagram.	131
Gambar 5.1. Peta Kabupaten Boalemo	137
Gambar 5.2. Penandatanganan Komitmen Penurunan dan Rembuk <i>Stunting</i> di Boalemo	139
Gambar 5.3. Peta Kabupaten Sikka.....	147
Gambar 5.4. Pertemuan Gubernur dan Pemda Sikka dalam rangka penanganan <i>Stunting</i>	150
Gambar 5.5. Peta Kabupaten Klaten.....	157
Gambar 5.6. Temu Kader Posyandu dengan Bupati Klaten	160
Gambar 5.7. Kunjungan Bupati dan Intervensi Gizi di Klaten	161
Gambar 5.8. Tren Masalah Gizi (<i>Stunting</i> , <i>Wasting</i> dan <i>Underweight</i>) Kab. Klaten.....	162
Gambar 6.a.1 Persentase pemahanan responden pada masa emas cegah <i>stunting</i> pre-test ...	178

Gambar 6.a.2 Persentase pemahanan responden pada penyebab terjadinya <i>stunting</i> pre-test	178
Gambar 6.a.3 Persentase pemahanan responden pada dampak <i>stunting</i> pre-test	179
Gambar 6.a.4 Persentase pemahanan responden pada pencegahan <i>stunting</i> pre-test.....	179
Gambar 6.a.5 Persentase pemahanan responden pada pengertian <i>stunting</i> post-test.....	182
Gambar 6.a.6 Persentase pemahanan responden pada masa emas pencegahan <i>stunting</i> post-test.....	182
Gambar 6.a.7 Persentase pemahaman responden pada penyebab terjadinya <i>stunting</i> post-test	183
Gambar 6.a.8 Persentase pemahanan responden pada dampak <i>stunting</i> pada balita post-test	183
Gambar 6.a.9 Persentase pemahaman responden pada pencegahan <i>stunting</i> post-test.....	184
Gambar 6.a.10 Jawaban Responden Terkait Pencegahan Stunting	187
Gambar 6.a.11 Komitmen Responden terhadap penyebaran informasi kegiatan.....	187
Gambar 6.a.12 Persepsi Responden terhadap Sub Evaluasi Persiapan Pelaksanaan Kegiatan ..	188
Gambar 6.a.13 Persepsi Responden terhadap sub-evaluasi narasumber dan materi	189
Gambar 6.a.14 Persepsi Responden terhadap Sub pemahaman dan persepsi.....	190
Gambar 6.b.1 Diagram akses media televisi Survey persepsi <i>stunting</i> tahap I.....	195
Gambar 6.b.2 diagram akses media televisi Survey persepsi <i>stunting</i> tahap II	196
Gambar 6.b.3 diagram akses media radio Survey persepsi <i>stunting</i> tahap I	197
Gambar 6.b.4 diagram akses media radio Survey persepsi <i>stunting</i> tahap II	198
Gambar 6.b.5 diagram waktu akses media radio Survey persepsi <i>stunting</i> tahap II.....	198
Gambar 6.b.6 diagram akses media cetak Survey persepsi <i>stunting</i> tahap I	199
Gambar 6.b.7 diagram akses media cetak Survey persepsi <i>stunting</i> tahap II	200
Gambar 6.b.8 diagram akses media televisi Survey persepsi <i>stunting</i> tahap I	201
Gambar 6.b.9 diagram akses media televisi Survey persepsi <i>stunting</i> tahap II	203
Gambar 6.b.10 akses sumber informasi lain Survey persepsi <i>stunting</i> tahap I.....	203
Gambar 6.b.11 akses sumber informasi lain Survey persepsi <i>stunting</i> tahap II	204
Gambar 6.b.12 5 Momen Wajib Cuci Tangan Pakai Sabun	206
Gambar 6.b.13 100 HPK.....	207

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1 Persentase Stunting, Wasting Dan Overweight Tahun 2000-2019 Di Dunia. _____	6
Grafik 1.2. Disparitas Penurunan Anak Stunting Di Benua/Sub-Benua,. _____	7

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. ESTIMASI PREVALENSI MALNUTRISI _____	8
Tabel 1.2. ANGKA (dalam juta) PENDERITA MALNUTRISI _____	14
Tabel. 2.1. Peran Kementerian dan kelembagaan pemerintah dalam RAN PG _____	62
Tabel 2.2 . Matrik Rencana Aksi Komunikasi Perubahan Perilaku Kementerian Kesehatan ____	66
Tabel 2.3. Matrik Strategi Komunikasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat serta Pencegahan Stunting dan intervensi Gizi Kementerian Kominfo RI _____	68
Tabel 2.4 Kegiatan Utama kementerian dan kelembagaan dalam Germas _____	70
Tabe 3.1. Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Penurunan Stunting _____	91
Tabel 3.2. Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Penurunan Stunting _____	92
Tabel 3.3. Manfaat Pemberian asi eksklusif ini memberikan manfaat kepada ibu menyusui sekaligus bayinya _____	97
Tabel 3.4. Takaran Asi Perah Pada Bayi Berdasarkan Usia Bayi Dengan Komposisi _____	97
Tabel 4.1. Program lifecycle campaign _____	125
Tabel 4.2. Progam Aksi Ini Menggunakan Bauran Strategi Yakni Metoda Promosi Above The Line _____	127
Tabel 4.3. Melakukan Monitoring Dan Evaluasi Atas Pelaksanaan Program _____	129
Tabel 6.1. Daerah pelaksanaan sosialisasi GenBest _____	172
Table 6.2. Skala Kuantifikasi Dari Hasil Jawaban _____	173
Table 6.a.1 nilai indeks minimum, indeks maksimum, interval dan jarak interval _____	173
Table 6.a.2 interval kategori penilaian _____	174
Table 6.a.3 Tabel Demografi Usia Responden _____	175
Table 6.a.4 Tabel Demografi Pekerjaan _____	176
Tabel 6.a.5 Hasil Skoring Pre-test sosialisasi GenBest 19 _____	180
Tabel 6.a.6 Hasil Skoring Post-test sosialisasi GenBest 19 _____	185
Tabel 6.a.7 Perbandingan hasil pre test dan pos test _____	186
Tabel 6.a.8 Skor kategori kontinum dengan rentang 4 level kategori yang berasal dari skala 3 opsi _____	188
Tabel 6.b.1 Demografi Responden Survey Stunting Tahap I Kementerian Kominfo _____	192
Tabel 6.b.2 Demografi Responden Survey persepsi <i>stunting</i> tahap II tahun 2019 _____	193
Tabel 6.b.3. Stasiun TV pilihan masyarakat Survey persepsi <i>stunting</i> tahap I _____	196
Tabel 6.B.4 Sebaran Akses Media Radio Survey Persepsi Stunting Tahap II Tahun 2019 _____	198

DAFTAR SINGKATAN

APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APBDesa	: Anggaran Pendapatan Belanja Desa
APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara
ASI	: Air Susu Ibu
Bappeda	: Badan Perencanaan Pembangunan Daerah
Bappenas	: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
BKB	: Bina Keluarga Balita
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPNT	: Bantuan Pangan Non Tunai
BPOM	: Badan Pengawasan Obat dan Makanan
DAK	: Dana Alokasi Khusus
Gernas	: Gerakan Nasional
HPK	: Hari Pertama Kehidupan
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
KPM	: Kader Pembangunan Manusia
KRPL	: Kawasan Rumah Pangan Lestari
Kemenko PMK	: Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
NSPK	: Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria
OPD	: Organisasi Perangkat Daerah
PAUD	: Pendidikan Anak Usia Dini
PDB	: Produk Domestik Bruto
PKH	: Program Keluarga Harapan
PPG	: Percepatan Perbaikan Gizi
PMBA	: Pemberian Makan Bayi dan Anak
PSG	: Pemantauan Status Gizi
RAPG	: Rencana Aksi Pangan dan Gizi
RKA-K/L	: Rencana Kerja dan Anggaran – Kementerian/Lembaga
RKP	: Rencana Kerja Pemerintah
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
SDGs	: Sustainable Development Goals
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
Setda	: Sekretariat Daerah
Setwapres	: Sekretariat Wakil Presiden
Stranas Stunting	: Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting
SUN	: Scaling Up Nutrition
TKPKD	: Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah
TNP2K	: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan
TTD	: Tablet Tambah Darah
WHO	: World Health Organization



BAB 1

SEJARAH PENANGANAN GIZI DI INDONESIA

Badan kesehatan dunia (WHO) pada tahun 2016 menyebut dunia menghadapi tiga beban bertumpuk pada masalah kesehatan anak, atau sebagai *triple burden of malnutrition*. Tiga beban bertumpuk akibat gizi buruk atau malnutrisi. Malnutrisi pada anak di bawah lima tahun umumnya terdiri dari tiga hal. Pertama, *undernutrition* atau kurang gizi pada anak seperti *stunting* dan *wasting*, kedua defisiensi zat gizi mikro, dan yang ketiga adalah obesitas. *The Committee on World Food Security* pada tahun 2017 menyebutnya sebagai penyumbang masalah global terbesar yang sangat mempengaruhi tingkat kesehatan setiap negara.

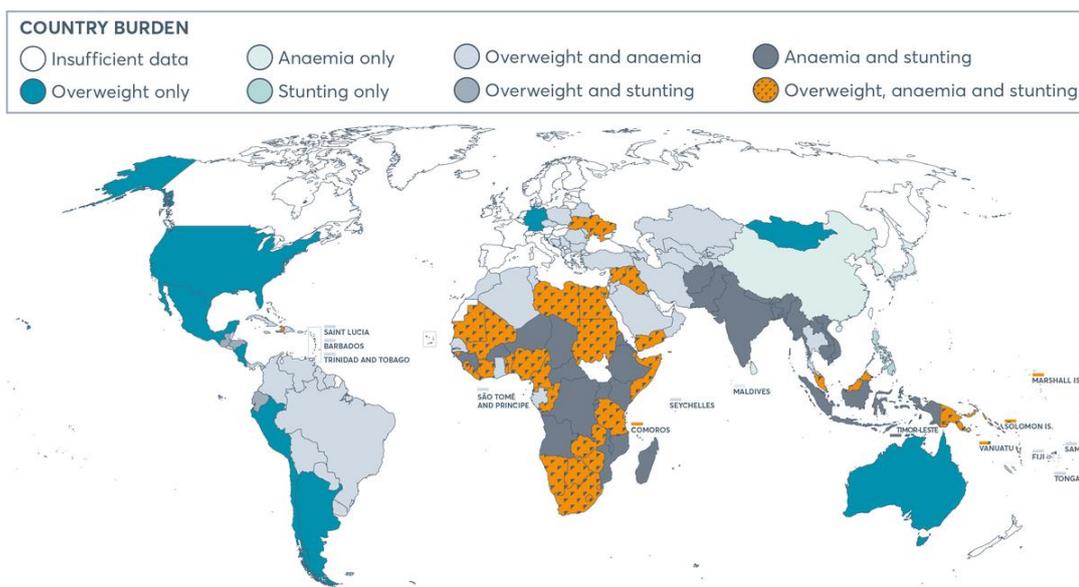


Gambar 1.1. Ilustrasi Triple Burden Malnutrition. Sumber : Global Nutrition Report 2015

Hampir setengah dari semua kematian pada anak di bawah usia 5 tahun dapat disebabkan oleh kurang gizi. Ini berarti, menurut data UNICEF di tahun 2016 sekitar 3 juta jiwa anak-anak hilang sia-sia dalam setahun. Hanya sebagian kecil dari anak-anak ini yang meninggal dalam situasi bencana seperti kelaparan ataupun perang. Dalam sebagian besar kasus, kondisi kurang gizi mematikan dengan lebih halus, menghambat pertumbuhan anak-anak, menghilangkan vitamin dan mineral esensial, dan membuat mereka lebih rentan terhadap penyakit. Malnutrisi adalah pelanggaran terhadap hak anak untuk bertahan hidup dan berkembang, yang konsekuensinya sering tidak terlihat sampai akhirnya terlambat untuk ditangani.

Malnutrisi di Indonesia dikenal sebagai gizi buruk adalah lebih dari sekadar kekurangan makanan. Hal itu adalah kombinasi dari faktor-faktor tidak cukupnya kebutuhan protein, energi dan nutrisi

mikro, infeksi penyakit, praktik perawatan dan pemberian makanan yang buruk, layanan kesehatan yang tidak memadai serta pemenuhan air dan sanitasi yang buruk. Kekurangan gizi kronis di awal kehidupan menyebabkan *stunting* yang mencegah pertumbuhan tubuh dan otak anak-anak untuk mencapai potensi penuh mereka. Kerusakan yang disebabkan oleh *stunting* tidak dapat dipulihkan dan memiliki konsekuensi yang panjang, mulai dari berkurangnya pembelajaran dan kinerjanya di sekolah, hingga pendapatan yang lebih rendah di masa depan. Secara global, menurut WHO, terdapat 144 juta anak di bawah 5 tahun mengalami *stunting* di tahun 2019. Anak-anak ini sering berasal dari keluarga termiskin yang menjadikannya sebagai penanda utama kemiskinan dan ketidaksetaraan.



Gambar 1.2. Country Burden Map. Sumber : WHO Global Health Observatory 2019

Meskipun biasanya dijelaskan secara terpisah, *stunting*, *underweight* dan *wasting* sering hidup berdampingan pada anak-anak dengan berbagai ukuran kegagalan antropometrik yang memiliki risiko morbiditas dan mortalitas. Analisis data pada 53.767 anak-anak di Afrika, Asia dan Amerika Latin menunjukkan bahwa kematian pada mereka yang *stunting* dan *underweight* tiga kali lebih besar dari pada anak-anak bergizi baik; risiko ini naik menjadi 12 kali lipat pada anak-anak yang mengalami *stunting*, *underweight* dan *wasting*.

Wasting atau hilangnya massa otot, dalam keadaan yang paling menyeramkan adalah anak-anak yang kondisi tubuhnya tinggal kulit dan tulang. *Wasting* adalah kondisi paling menakutkan yang timbul dari kekurangan gizi akut dan menimbulkan ancaman langsung untuk anak dapat bertahan hidup. Pada tahun 2019, UNICEF mencatatkan bahwa 47 juta anak di bawah usia 5 tahun mengalami *wasting*.

Selain permasalahan *stunting*, *wasting* adapula obesitas menyebar di berbagai wilayah dunia dunia, tantangan malnutrisi dengan cepat pun berubah. Kelebihan gizi atau *overnutrition*, yang umumnya berbentuk *overweight* dan obesitas, kini meningkat di hampir setiap negara di dunia dan dialami oleh setidaknya 38,3 juta anak di bawah usia 5 tahun di seluruh dunia.

Banyak negara sekarang menghadapi '*triple burden of malnutrition*' atau tiga beban bertumpuk yang harus diatasi dari adanya malnutrisi. Tiga beban seperti disebutkan di awal ialah kekurangan gizi (*undernutrition*) kemudian kekurangan gizi mikro (*micronutrient deficiencies*) di satu sisi, dan kelebihan berat badan (*overweight*) serta obesitas (*obesity*) di sisi yang lain. Permasalahan ini tidak terletak pada ujung spektrum yang berlawanan antara kelaparan ke obesitas, pada kenyataannya jauh lebih kompleks. Banyak fakta yang menunjukkan bahwa kurang gizi dan kelebihan gizi sering ditemui secara berdampingan di negara yang sama, komunitas yang sama dan bahkan di dalam individu yang sama. Anak-anak yang mengalami *stunting*, misalnya, mereka akan menghadapi risiko lebih besar untuk menjadi kelebihan berat badan pada saat dewasa.

Penyebab adanya kekurangan gizi, kelebihan berat badan (*overweight*), dan obesitas adalah hal yang serupa dan memiliki keterkaitan. Kemiskinan, kurangnya akses pengetahuan pada pola makan yang memadai, rendahnya kualitas makanan yang diberikan pada bayi dan anak, asupan makanan dan minuman yang tidak sehat oleh anak dapat menyebabkan kekurangan gizi, kelebihan berat badan (*overweight*) dan obesitas.

1.1. *Stunting*, Tolok Ukur Indeks Pembangunan Manusia

Stunting memiliki konsekuensi ekonomi yang menentukan baik bagi lelaki ataupun perempuan secara individu, dalam keluarga dan masyarakat. Ada bukti yang menunjukkan hubungan antara perawakan orang dewasa yang lebih pendek dan *outcome*-nya dalam pasar tenaga kerja dengan pendapatan yang lebih rendah, banyak dijumpai pada mereka yang berperawakan lebih pendek, produktivitasnya juga lebih buruk¹. Diperkirakan anak-anak yang *stunting*, penghasilannya 20% lebih sedikit pada saat dewasa dibandingkan dengan individu yang tidak mengalami *stunting*². Perkiraan Bank Dunia pada tahun 2006, kehilangan 1% pada tinggi badan orang dewasa karena mengalami *stunting* pada masa kanak-kanak berkait dengan hilangnya 1,4% produktivitas ekonomi.

¹John Hoddinot, "The Economic Rationale for Investing in Stunting Reduction", in *Maternal and Child Nutrition*, ed. John Hoddinot et al., (John Wiley and Son: 2013). DOI: 10.1111/mcn.12080.

²Sally Grantham-McGregor et al., *Developmental Potential in The First 5 Years for Children in Developing Countries*, (Centre for International Child Health, Institute of Child Health, University College London, UK:2007), <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2807%2960032-4>.

Banyak hal yang menunjukkan bahwa anak-anak yang *stunting* menderita gangguan perkembangan perilaku di awal kehidupannya. Mereka lebih kecil kemungkinannya untuk mendaftar di sekolah ataupun terlambat mendaftar ke sekolah. Mereka mempunyai kecenderungan untuk meraih nilai lebih rendah, dan kemampuan kognitifnya lebih buruk daripada anak-anak yang tidak mengalami *stunting*. Efek merusak dari adanya *stunting* diperburuk oleh interaksi sosial yang gagal dilakukan anak-anak *stunting*. Mereka sering menunjukkan keterlambatan pengembangan keterampilan motorik seperti merangkak dan berjalan, bersikap apatis, dan menunjukkan perilaku eksploratif yang kurang, semuanya mengurangi interaksi mereka dengan lingkungan.

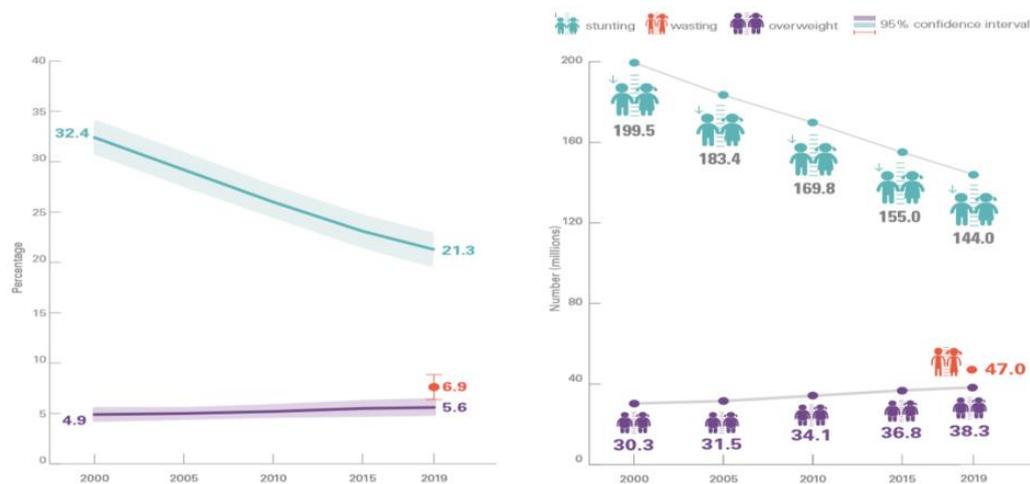


Gambar 1.3. Human Development Index Illustration

HCI (*Human Capital Index*) atau Indeks Pembangunan Manusia, mengukur jumlah modal manusia yang dapat diperoleh seorang anak yang lahir pada saat ini ketika nantinya mereka sampai pada usia 18 tahun. HCI melihat produktivitas dari generasi pekerja berikut dengan tolok ukur pendidikan lengkap dan kesehatan lengkap. Hal itu terlihat dari lima indikator, yakni probabilitas hidup pada anak usia lima tahun, jumlah tahun sekolah yang diharapkan dari seorang anak, nilai ujian yang diharmonisasikan sebagai ukuran kualitas pembelajaran, tingkat kelangsungan hidup orang dewasa (fraksi anak berusia 15 tahun yang akan bertahan hidup hingga usia 60 tahun), dan tingkat proporsi dari anak-anak yang tidak mengalami *stunting*. Tinggi badan digunakan sebagai penanda dimensi modal manusia seperti halnya kemampuan kognitif, keterampilan sosial yang diperoleh pada masa remaja, hasil sekolah, atau kesehatan umum.

1.2. Tingkat Pergerakan *Stunting* Dunia

Peningkatan kesadaran akan besarnya pengaruh *stunting* dan konsekuensi dari dampaknya yang begitu menghancurkan masa depan anak telah menjadikan sebagai prioritas utama kesehatan global. Hal itu juga menjadi fokus perhatian dunia internasional dengan target pengurangan secara global yang ditetapkan untuk tahun 2025 dan seterusnya. Grafik di bawah ini adalah data pergerakan anak-anak *stunting*, *wasting* dan *overweight* di dunia yang telah dirilis bersama tiga lembaga dunia, UNICEF, WHO dan WORLD BANK, sampai dengan tahun 2019.



PRESENTASE ANAK STUNTING, WASTING DAN OVERWEIGHT SELAMA 2000-2019.

JUMLAH ANAK STUNTING, WASTING DAN OVERWEIGHT SELAMA 2000-2019.

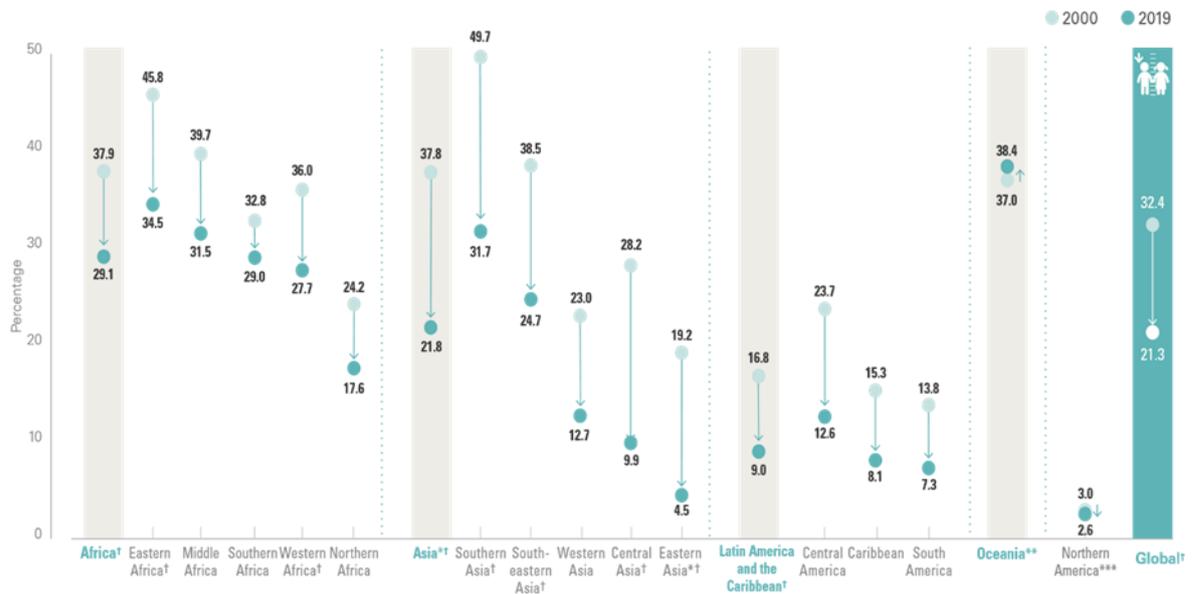
Grafik 1.1 Persentase Dan Jumlah Anak-Anak Dunia Di Bawah Usia 5 Tahun Dengan Stunting, Wasting Dan Overweight Tahun 2000-2019 Secara Keseluruhan Di Dunia . Sumber UNICEF, WHO Dan World Bank Group Joint Malnutrition Estimates Edisi 2020.

Secara global, pada tahun 2019 diperkirakan terdapat sejumlah 144 juta anak di bawah usia 5 tahun menderita *stunting*. Dari tahun ke tahun, penurunan jumlah anak penderita *stunting* belum memperlihatkan tercapainya target pengurangan penderita *stunting* pada tahun 2025 dan seterusnya. Pada Grafik 1, tahun 2000, *stunting* dialami oleh 32,4% dari keseluruhan populasi anak di dunia, atau setara dengan 199,5 juta anak. Dalam kurun waktu hampir 20 tahun, dari tahun 2000 sampai dengan tahun 2019, terjadi penurunan sebesar 11,1%. Persentase penurunan rata-rata jumlah anak *stunting* tiap tahunnya hanya sebesar 0,55% secara global.

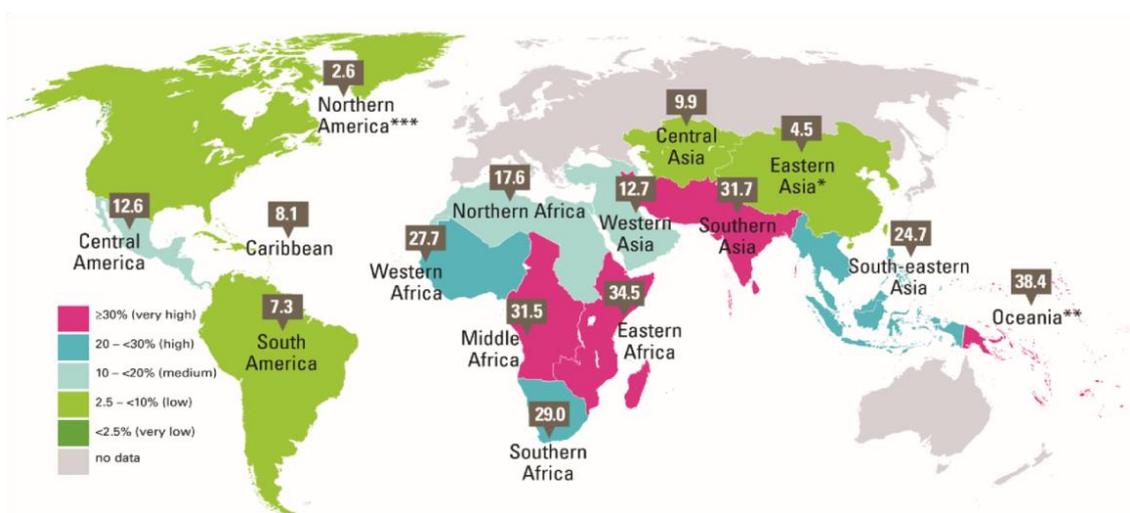
Di benua Afrika, penurunan terjadi sebesar 8%, sedangkan benua Asia secara keseluruhan terjadi penurunan sebesar 16%. Amerika Latin dan Kepulauan Karibia mengalami penurunan sebesar 7,8%, di Amerika Utara menurun sebesar 0,4%, sedangkan di wilayah Oceania terjadi kenaikan anak penderita *stunting* sebesar 1,4%. Majelis Kesehatan Dunia pada tahun 2012 telah menargetkan penurunan yang dramatis, targetnya jumlah anak *stunting* pada tahun 2025 agar berada di angka 100 juta, tetapi dengan besarnya jumlah anak *stunting* saat ini, dunia yang dalam situasi sedang menjangkitnya wabah dan ancaman depresi ekonomi, target pengurangan jumlah anak penderita *stunting* semakin berat dicapai.

Hampir dua dari lima anak *stunting* di dunia saat ini berada di Asia Selatan. Dari 144 juta anak *stunting* di dunia, sejumlah 55,9 juta diantaranya berada di Asia Selatan. Di Asia Tenggara terdapat sejumlah 13,9 juta anak, 4,1 juta anak berada di Asia Timur, di Asia Barat terdapat 3,4 juta anak, dan di Asia Tengah terdapat sejumlah 800 ribu anak. Meskipun masih menjadi wilayah

dengan jumlah anak *stunting* yang tinggi, wilayah Asia dalam dua dekade terakhir telah mengalami penurunan secara drastis. Pada tahun 2000 terdapat 136,6 juta anak dengan *stunting*, kemudian menurun menjadi 78,2 juta. Penurunan anak dengan *stunting* paling tinggi terjadi di Asia Selatan, dari 90,2 juta anak pada tahun 2000 menurun menjadi 55,9 juta pada tahun 2019. Dalam persentase, capaian penurunan paling tinggi terjadi di Asia Tengah sebesar 18,3% dalam dua dekade dan diikuti Asia Timur sebesar 14,7%.



Grafik 1.2. Disparitas Penurunan Anak Stunting Di Benua/Sub-Benua, 2000-2019. Sumber: UNICEF, WHO, World Bank Group Joint Malnutrition Estimates, Edisi 2020. Catatan: *Asia Dan Eastern Asia Tidak Termasuk Japan; **Oceania Tidak Termasuk Australia Dan New Zealand; ***Northern America Sub-Regional Estimasi Berdasar Dari Data United States. Tidak Tersedia Estimasi Untuk Benua Atau Sub-Benua Di Eropa Atau Australia Dan New Zealand. †Representasi Dari Benua/Sub-Benua Dimana Terjadi Perubahan Signifikan Secara Statistic.



Gambar 1.4. Persentase anak dengan *stunting* dibawah usia 5 tahun pada 2019 di dunia berdasar benua. sumber UNICEF, WHO, World Bank Group joint malnutrition estimates, edisi 2020.

Afrika adalah wilayah yang justru mengalami kenaikan angka jumlah anak dengan *stunting* dalam kurun waktu hampir 20 tahun ini. Dari data yang sebelumnya pada tahun 2000, secara keseluruhan di Afrika terdapat 49,7 juta anak *stunting*, kemudian mengalami kenaikan menjadi 57,5 juta anak pada tahun 2019. Angka kenaikan tertinggi terjadi di wilayah Afrika Barat, dari 14,8 juta pada tahun 2000 menjadi 17,8 juta anak. Kenaikan berikutnya terjadi di wilayah Afrika Timur dan wilayah Afrika Tengah yang mengalami kenaikan sejumlah 2 juta anak yang mengalami *stunting*. Kenaikan di Afrika Timur terjadi dari 21,1 juta anak menjadi 23,1 juta anak. Afrika Tengah dari jumlah 7 juta anak menjadi 9,5 juta anak yang mengalami *stunting*. Kenaikan angka anak dengan *stunting* di Afrika memang tidak mencerminkan besarnya prevalensi anak yang mengalami *stunting* di benua tersebut. Secara keseluruhan, di wilayah Afrika justru mengalami penurunan prevalensi anak yang mengalami *stunting*, dari 37,9% pada tahun 2000 menjadi 29,1% pada tahun 2019.

Pergerakan angka anak dengan *stunting* di wilayah Amerika Latin dan Kepulauan Karibia secara keseluruhan mengalami penurunan, dari 9,5 juta anak turun menjadi 4,7 juta anak. Persentase penurunannya sebesar 7,8% dalam dua dekade ini. Untuk wilayah Amerika Utara dan Eropa, tidak tampak data yang jelas. Termasuk Australia, New Zealand dan Jepang.

Tabel 1.1. Estimasi Prevalensi Malnutrisi

	Stunting		Wasting and Severe Wasting		Overweight	
	2000	2019	2019	2019	2000	2019
	% stunted (moderate and severe)	% stunted (moderate and severe)	% wasted (moderate and severe)	% wasted (severe)	% overweight (moderate and severe)	% overweight (moderate and severe)
Global	32.4 [30.9-34.0]	21.3 [19.7-22.8]	6.9 [5.7-8.2]	2.1 [1.6-2.6]	4.9 [4.3-5.5]	5.6 [4.9-6.4]
United Nations Regions						
Less Developed	35.7	23.1	7.6	2.3	4.5	5.0

Regions ¹	[34.0-37.4]	[21.4-24.8]	[6.2-8.9]	[1.8-2.9]	[4.0-5.0]	[4.3-5.7]
Africa	37.9	29.1	6.4	1.8	5.0	4.7
	[35.6-40.2]	[26.8-31.4]	[5.4-7.5]	[1.4-2.1]	[4.1-5.9]	[3.5-6.0]
Eastern Africa	45.8	34.5 [30.7-38.5]	5.3	1.1	4.8	3.7
	[41.2-50.5]		[3.8-7.4]	[0.8-1.5]	[3.7-6.2]	[2.9-4.6]
Middle Africa	39.7	31.5 [26.4-37.0]	6.7	2.2	4.3	5.1
	[34.1-45.6]		[5.1-8.7]	[1.7-2.9]	[2.9-6.4]	[3.3-7.6]
Northern Africa	24.2	17.6	7.2	3.1	8.4	11.3
	[18.1-31.6]	[11.6-25.7]	[3.6-13.9]	[1.6-6.2]	[4.8-14.4]	[5.6-21.5]
Southern Africa	32.8	29.0	3.3	0.9	10.2	12.7
	[28.7-37.2]	[25.5-32.8]	[2.2-4.8]	[0.6-1.2]	[7.1-14.4]	[8.6-18.3]
Western Africa	36.0	27.7	7.5	1.8	3.0	1.9
	[33.1-39.1]	[23.8-32.0]	[6.5-8.6]	[1.5-2.2]	[2.3-4.0]	[1.4-2.5]
Asia ²	37.8	21.8	9.1	2.9	4.0	4.8
	[35.5-40.2]	[19.3-24.3]	[6.9-11.3]	[2.1-3.8]	[3.3-4.7]	[3.8-5.8]
Central Asia	28.2	9.9	2.4	0.6	9.6	6.2
	[21.5-36.0]	[7.9-12.3]	[1.6-3.6]	[0.2-1.6]	[5.9-15.2]	[3.3-11.3]
Eastern Asia ²	19.2	4.5	1.7	0.4	6.4	6.3
	[17.8-20.6]	[4.1-4.9]	[1.6-1.8]	[0.4-0.4]	[5.8-7.1]	[5.5-7.2]
Southern Asia	49.7	31.7	14.3 [10.4-19.3]	4.4	2.4	2.5
	[45.6-53.9]	[27.3-36.4]		[3.1-6.2]	[1.5-4.1]	[1.5-4.4]

South-eastern Asia	38.5 [32.7-44.7]	24.7 [18.7-31.9]	8.2 [5.9-11.4]	3.6 [1.7-7.6]	3.2 [2.5-4.0]	7.5 [4.3-12.6]	
Western Asia	23.0 [16.0-31.8]	12.7 [6.2-24.0]	3.7 [1.5-8.7]	1.1 [0.4-2.8]	6.7 [4.9-9.2]	8.4 [4.6-15.0]	
Latin American and Caribbean	16.8 [13.3-20.2]	9.0 [6.1-11.8]	1.3 [0.8-1.7]	0.3 [0.2-0.4]	6.6 [5.5-7.7]	7.5 [6.7-8.4]	
Caribbean	15.3 [7.5-28.7]	8.1 [3.5-17.8]	2.9 [2.1-4.0]	0.9 [0.8-1.1]	5.1 [3.9-6.5]	7.0 [3.6-13.2]	
Central America	23.7 [16.6-32.8]	12.6 [8.0-19.3]	0.9 [0.7-1.0]	0.2 [0.2-0.3]	5.9 [4.7-7.3]	6.9 [5.9-8.2]	
South America	13.8 [10.4-18.0]	7.3 [4.3-11.9]	5 1.3 [0.8-2.3]	5 0.2 [0.1-0.5]	5 7.1 [5.7-8.9]	7.9 [6.9-9.1]	5
Oceania ³	37.0 [20.2-57.6]	38.4 [21.9-58.1]	9.5 [5.9-15.0]	3.6 [2.8-4.5]	4.7 [3.3-6.5]	9.4 [6.1-14.4]	
More Developed Regions	-	-	-	-	-	-	
Australia and New Zealand ⁴	0.8	-	-	-	8.7 [0.0-22.4]	20.7 [4.8-36.5]	
Europe	-	-	-	-	-	-	

Northern America ⁴	3.0	2.6	0.4	0.0	6.7	8.9
					[6.4-6.9]	[8.6-9.2]
UNICEF Regions						
East Asia and Pacific	24.2	11.0	3.7	1.4	5.0	6.8
	[19.1-29.3]	[6.9-15.1]	[2.2-5.2]	[0.3-2.5]	[4.1-6.0]	[4.1-9.5]
Europe and Central Asia ⁶	-	-	-	-	-	-
Eastern Europe and Central Asia	20.2	7.7	2.0	0.5	8.2	10.8
	[16.4-24.5]	[6.4-9.1]	[1.4-2.9]	[0.3-0.9]	[5.8-11.6]	[7.7-15.0]
Western Europe	-	-	-	-	-	-
Latin America and Caribbean	16.8	9.0	1.3	0.3	6.6	7.5
	[13.3-20.2]	[6.1-11.8]	[0.8-1.7]	[0.2-0.4]	[5.5-7.7]	[6.7-8.4]
Middle East and North Africa	22.9	14.3	6.7	2.7	8.9	11.0
	[17.5-29.3]	[9.0-21.9]	[4.1-10.8]	[1.4-5.1]	[6.6-12.0]	[6.6-17.8]
North America ⁴	3.0	2.6	0.4	0.0	6.7	8.9
					[6.4-6.9]	[8.6-9.2]
South Asia	51.3	33.2	14.8	4.5	2.4	2.5
	[49.6-53.0]	[31.2-35.3]	[11.3-19.2]	[3.3-6.2]	[1.4-4.0]	[1.5-4.2]
Sub-Saharan	43.1	32.7	6.9	1.8	4.4	3.1

Africa	[39.7-46.5]	[30.5-34.9]	[6.0-7.9]	[1.5-2.1]	[3.5-5.3]	[2.4-3.8]	
East and Southern Africa	45.6 [39.9-51.4]	32.7 [30.6-35.0]	5.6 [4.1-7.7]	1.3 [0.9-1.8]	4.6 [3.5-6.2]	3.7 [2.6-5.1]	
West and Central Africa	40.4 [37.2-43.7]	32.7 [29.0-36.6]	8.2 [7.4-9.1]	2.3 [1.9-2.8]	4.2 [3.2-5.5]	2.6 [2.0-3.2]	
WHO Regions							
African Region	42.3 [38.6-46.2]	32.5 [29.8-35.3]	6.4 [5.2-7.8]	1.6 [1.2-2.2]	4.6 [3.8-5.5]	3.1 [2.4-3.9]	
Region of the Americas	11.1 [5.7-20.5]	6.3 [3.8-10.3]	0.8 [0.5-1.4]	0.1 [0.0-0.4]	6.7 [6.1-7.5]	7.3 [6.1-8.7]	
South-East Asia Region	49.6 [45.8-53.3]	31.0 [26.9-35.4]	14.7 [11.3-18.9]	4.6 [3.3-6.2]	2.4 [1.4-4.1]	3.0 [1.3-6.5]	
Eastern Mediterranean	34.1 [25.1-44.5]	24.2 [15.6-35.5]	7.5 [5.9-9.4]	3.0 [2.2-4.0]	6.0 [4.3-8.4]	5.7 [3.5-9.3]	
Europe Region	-	-	-	-	-	-	
Western Pacific Region	20.8 [16.9-25.2]	6.2 [3.4-11.1]	2.1 [1.4-3.2]	0.5 [0.3-0.8]	5.6 [4.1-7.6]	6.2 [5.4-7.1]	
World Bank Income							

Low income	47.4 [43.6-51.2]	34.1 [31.6-36.7]	6.6 [5.3-8.2]	1.6 [1.2-2.0]	3.6 [2.6-4.9]	2.7 [2.1-3.5]	
Middle Income	35.2 [31.9-38.6]	21.1 [18.6-23.7]	7.5 [4.7-10.4]	2.3 [1.4-3.2]	5.3 [4.5-6.2]	6.2 [5.1-7.4]	
Lower-middle income	45.6 [40.4-51.0]	30.1 [26.4-34.0]	10.9 [7.1-16.3]	3.4 [2.3-5.2]	4.3 [3.3-5.6]	4.7 [3.5-6.4]	
Upper-middle income	18.9 [16.8-21.1]	6.0 [4.0-8.8]	1.8 [1.5-2.2]	0.4 [0.3-0.6]	6.9 [5.6-8.3]	8.8 [7.2-10.8]	
High income	3.4 [2.2-5.1]	5 2.8 [2.1-3.8]	0.5 [0.3-1.1]	5 0.0 [0.0-0.1]	5 5.4 [3.8-7.6]	5 7.6 [4.7-12.0]	5
World Bank Regions							
East Asia and Pacific	24.2 [19.1-29.3]	11.0 [6.9-15.1]	3.7 [2.2-5.2]	1.4 [0.3-2.5]	5.0 [4.1-6.0]	6.8 [4.1-9.5]	
Europe and Central Asia	-	-	-	-	-	-	
Latin America and Caribbean	16.8 [13.3-20.2]	9.0 [6.1-11.8]	1.3 [0.8-1.7]	0.3 [0.2-0.4]	6.6 [5.5-7.7]	7.5 [6.7-8.4]	
Middle East and North Africa	22.8 [17.4-29.3]	14.3 [9.0-21.9]	6.8 [4.1-10.8]	2.7 [1.4-5.1]	8.9 [6.6-12.1]	11.0 [6.6-17.8]	
North	3.0	2.6	0.4	0.0	6.7	8.9	

America ⁴					[6.4-6.9]	[8.6-9.2]
	51.3	33.2	14.8	4.5	2.4	2.5
South Asia	[49.6-53.0]	[31.2-35.3]	[11.3-19.2]	[3.3-6.2]	[1.4-4.1]	[1.5-4.2]
Sub-Saharan Africa	42.9	33.0	6.8	1.7	4.4	3.0
	[39.6-46.3]	[30.7-35.3]	[5.6-8.2]	[1.3-2.3]	[3.7-5.3]	[2.4-3.7]

Tabel di atas memperlihatkan data anak yang mengalami *wasting* dan akibat lain dari keadaan gizi buruk atau malnutrisi, yaitu *overweight* pada anak-anak atau obesitas. Sedikit mengenai *wasting* pada anak-anak, kondisi *wasting* adalah ancaman yang diterima oleh anak-anak dikarenakan adanya asupan nutrisi yang buruk atau karena pengaruh penyakit. Anak-anak yang mengalami *wasting* disertai dengan pelemahan imunitas, rentan mengalami keterlambatan perkembangan dalam jangka panjang, dan menghadapi risiko kematian yang meningkat, terutama ketika *wasting* diderita sangat parah. Anak-anak ini membutuhkan makanan, perawatan, dan perawatan yang mendesak untuk bertahan hidup. Pada tahun 2019, ada 47 juta anak di bawah usia 5 tahun mengalami *wasting*. Sementara secara global, ada 38,3 juta anak-anak dengan *overweight*, meningkat 8 juta sejak tahun 2000. Munculnya *overweight* dan obesitas telah diakibatkan, setidaknya sebagian oleh makanan olahan lebih besar lagi karena adanya akses pada makanan instan, yang diikuti dengan rendahnya tingkat aktivitas fisik.

Tabel 1.2. ANGKA (dalam juta) PENDERITA MALNUTRISI

	Stunting		Wasting and Severe Wasting		Overweight	
	2000	2019	2019	2019	2000	2019
Global	number stunted (moderate and severe)	number stunted (moderate and severe)	number wasted (moderate and severe)	Number wasted (severe)	number overweight (moderate and severe)	number overweight (moderate and severe)

						severe)
	199.5	144.0	47.0	14.3	30.3	38.3
	[190.0-209.0]	[133.6-154.5]	[38.7-55.3]	[11.1-17.5]	[26.8-33.8]	[32.9-43.6]
United Nations Regions						
Less Developed Regions ¹	196.3	140.9	46.2	14.2	24.8	30.6
	[187.0-205.5]	[130.6-151.2]	[37.9-54.4]	[11.1-17.4]	[22.0-27.6]	[26.2-35.0]
Africa	49.7	57.5	12.7	3.5	6.5	9.3
	[46.7-52.8]	[53.0-62.0]	[10.7-14.8]	[2.8-4.2]	[5.3-7.8]	[6.9-11.8]
Eastern Africa	21.1	23.1	3.6	0.7	2.2	2.5
	[19.0-23.3]	[20.6-25.8]	[2.6-4.9]	[0.5-1.0]	[1.7-2.8]	[2.0-3.1]
Middle Africa	7.0	9.5	2.0	0.7	0.8	1.5
	[6.0-8.0]	[8.0-11.2]	[1.5-2.6]	[0.5-0.9]	[0.5-1.1]	[1.0-2.3]
Northern Africa	5.0	5.1	2.1	0.9	1.8	3.3
	[3.8-6.6]	[3.4-7.5]	[1.1-4.0]	[0.5-1.8]	[1.0-3.0]	[1.6-6.3]
Southern Africa	1.9	2.0	0.2	0.1	0.6	0.9
	[1.7-2.1]	[1.7-2.2]	[0.1-0.3]	[0.0-0.1]	[0.4-0.8]	[0.6-1.2]
Western Africa	14.8	17.8	4.8	1.1	1.2	1.2
	[13.6-16.0]	[15.3-20.6]	[4.2-5.5]	[0.9-1.4]	[0.9-1.6]	[0.9-1.6]
Asia ²	136.6	78.2	32.6	10.5	14.4	17.2
	[128.0-					[13.5-

	145.1	[69.1-87.3]	[24.6-40.6]	[7.5-13.6]	[12.0-16.9]	20.9	
Central Asia	1.7	0.8	0.2	0.1	0.6	0.5	
	[1.3-2.1]	[0.6-1.0]	[0.1-0.3]	[0.0-0.1]	[0.3-0.9]	[0.3-0.9]	
Eastern Asia ²	18.4	4.1	1.5	0.4	6.1	5.7	
	[17.1-19.7]	[3.7-4.5]	[1.5-1.6]	[0.3-0.4]	[5.5-6.8]	[5.0-6.5]	
Southern Asia	90.2	55.9	25.2	7.8	4.4	4.5	
	[82.6-97.7]	[48.2-64.2]	[18.4-34.2]	[5.5-11.0]	[2.7-7.3]	[2.6-7.7]	
South-eastern Asia	21.0	13.9	4.7	2.0	1.7	4.2	
	[17.9-24.4]	[10.5-18.0]	[3.3-6.4]	[0.9-4.3]	[1.4-2.2]	[2.5-7.1]	
Western Asia	5.3	3.4	1.0	0.3	1.6	2.3	
	[3.7-7.4]	[1.7-6.5]	[0.4-2.4]	[0.1-0.8]	[1.1-2.1]	[1.2-4.1]	
Latin American and Caribbean	9.5	4.7	0.7	0.1	3.8	3.9	
	[7.6-11.5]	[3.2-6.2]	[0.4-0.9]	[0.1-0.2]	[3.1-4.4]	[3.5-4.3]	
Caribbean	0.6	0.3	0.1	0.0	0.2	0.2	
	[0.3-1.1]	[0.1-0.6]	[0.1-0.1]	[0.0-0.0]	[0.2-0.2]	[0.1-0.5]	
Central America	3.9	2.0	0.1	0.0	1.0	1.1	
	[2.8-5.4]	[1.3-3.1]	[0.1-0.2]	[0.0-0.0]	[0.8-1.2]	[0.9-1.3]	
South America	5.0	2.4	50.4	50.1	52.6	2.6	5
	[3.8-6.5]	[1.4-3.9]	[0.2-0.7]	[0.0-0.2]	[2.1-3.2]	[2.2-2.9]	

Oceania ³	0.5 [0.2-0.7]	0.6 [0.3-0.9]	0.1 [0.1-0.2]	0.1 [0.0-0.1]	0.1 [0.0-0.1]	0.1 [0.1-0.2]
More Developed Regions	-	-	-	-	-	-
Australia and New Zealand ⁴	0.0 -	-	-	-	0.1 [0.0-0.3]	0.4 [0.1-0.7]
Europe						
Northern America ⁴	0.7	0.6	0.1	0.0	1.4 [1.4-1.5]	1.9 [1.9-2.0]
UNICEF Regions						
East Asia and Pacific	38.1 [30.1-46.1]	16.9 [10.6-23.2]	5.7 [3.4-8.0]	2.1 [0.5-3.8]	7.9 [6.5-9.4]	10.4 [6.3-14.6]
Europe and Central Asia ⁶	-	-	-	-	-	-
Eastern Europe and Central Asia	3.9 [3.2-4.8]	1.6 [1.4-2.0]	0.4 [0.3-0.6]	0.1 [0.1-0.2]	1.6 [1.1-2.3]	2.3 [1.6-3.2]
Western Europe	-	-	-	-	-	-
Latin America and	9.5	4.7	0.7	0.1	3.8	3.9

Caribbean	[7.6-11.5]	[3.2-6.2]	[0.4-0.9]	[0.1-0.2]	[3.1-4.4]	[3.5-4.3]
Middle East and North Africa	8.5 [6.5-10.9]	7.1 [4.4-10.8]	3.3 [2.0-5.4]	1.3 [0.7-2.5]	3.3 [2.4-4.5]	5.4 [3.2-8.8]
North America ⁴	0.7	0.6	0.1	0.0	1.4 [1.4-1.5]	1.9 [1.9-2.0]
South Asia	90.1 [87.1-93.1]	56.1 [52.7-59.6]	25.1 [19.1-32.5]	7.7 [5.6-10.5]	4.2 [2.5-7.1]	4.2 [2.5-7.1]
Sub-Saharan Africa	49.5 [45.6-53.4]	57.0 [53.2-60.8]	12.1 [10.4-13.8]	3.1 [2.6-3.7]	5.1 [4.1-6.1]	5.4 [4.2-6.6]
East and Southern Africa	27.1 [23.7-30.6]	28.0 [26.1-29.9]	4.8 [3.5-6.6]	1.1 [0.8-1.5]	2.8 [2.1-3.7]	3.1 [2.2-4.4]
West and Central Africa	22.4 [20.6-24.2]	29.0 [25.8-32.4]	7.3 [6.6-8.1]	2.0 [1.7-2.5]	2.3 [1.8-3.0]	2.3 [1.8-2.9]
WHO Regions						
African Region	47.2 [43.0-51.4]	55.3 [50.7-60.1]	10.9 [8.9-13.3]	2.8 [2.1-3.7]	5.1 [4.2-6.1]	5.3 [4.1-6.7]
Region of the	8.6	4.6	0.6	0.1	5.2	5.3

Americas	[4.4-15.9]	[2.8-7.6]	[0.4-1.0]	[0.0-0.3]	[4.7-5.8]	[4.5-6.4]
South-East Asia Region	90.6 [83.8-97.4]	52.6 [45.6-60.1]	24.9 [19.1-32.1]	7.7 [5.7-10.5]	4.4 [2.5-7.5]	5.0 [2.3-11.0]
Eastern Mediterranean Region	22.4 [16.5-29.2]	20.6 [13.3-30.3]	6.4 [5.0-8.0]	2.6 [1.9-3.5]	4.0 [2.8-5.5]	4.9 [3.0-7.9]
Europe Region	-	-	-	-	-	-
Western Pacific Region	25.9 [21.1-31.4]	7.5 [4.1-13.3]	2.6 [1.7-3.9]	0.6 [0.4-1.0]	7.0 [5.1-9.5]	7.4 [6.5-8.5]
World Bank Income						
Low income	38.0 [35.0-41.0]	39.7 [36.8-42.8]	7.7 [6.2-9.6]	1.8 [1.4-2.4]	2.9 [2.1-3.9]	3.2 [2.4-4.1]
Middle Income	164.2 [148.5-180.]	104.1 [91.7-116.5]	37.1 [23.2-51.1]	11.4 [7.0-15.9]	24.7 [20.8-28.7]	30.8 [25.2-36.4]
Lower-middle income	130.1 [115.-145.4]	93.2 [82.0-105.2]	33.8 [22.1-50.5]	10.6 [7.0-16.1]	12.3 [9.5-15.9]	14.6 [10.7-20.0]
Upper middle	34.2 [30.4-	11.0	3.3	0.8	12.4	16.1 [13.2-

income	38.3]	[7.4-16.1]	[2.8-4.0]	[0.6-1.0]	[10.2-15.0]	19.7]	
High income	2.3	5 1.9	0.4	5 0.0	53.7	5 5.2	5
	[1.5-3.6]	[1.4-2.6]	[0.2-0.7]	[0.0-0.1]	[2.6-5.2]	[3.2-8.2]	
World Bank Regions							
East Asia and Pacific	38.2	17.0	5.7	2.2	8.0	10.4	
	[30.2-46.2]	[10.6-23.3]	[3.4-8.0]	[0.5-3.8]	[6.5-9.5]	[6.3-14.6]	
Europe and Central Asia	-	-	-	-	-	-	
Latin America and Caribbean	9.5	4.7	0.7	0.1	3.8	3.9	
	[7.6-11.5]	[3.2-6.2]	[0.4-0.9]	[0.1-0.2]	[3.1-4.4]	[3.5-4.3]	
Middle East and North Africa	8.5	7.1	3.3	1.3	3.3	5.4	
	[6.5-11.0]	[4.5-10.9]	[2.1-5.4]	[0.7-2.5]	[2.5-4.5]	[3.3-8.8]	
North America ⁴	0.7	0.6	0.1	0.0	1.4	1.9	
					[1.4-1.5]	[1.9-2.0]	
South Asia	90.1	56.1	25.1	7.7	4.2	4.2	
	[87.1-93.1]	[52.7-59.6]	[19.1-32.5]	[5.6-10.5]	[2.5-7.1]	[2.5-7.1]	
Sub-Saharan Africa	49.2	57.5	11.8	3.0	[2.3-5.1	5.2	
	[45.4-53.1]	[53.6-61.5]	[9.8-14.2]	4.0]	[4.2-6.1]	[4.2-6.5]	

Keterangan Tabel :

1. Ditampilkan hanya estimasi untuk wilayah kurang berkembang; wilayah lebih berkembang tidak ditampilkan karena cakupan populasi tidak mencukupi.
2. Asia kecuali Japan; Asia Timur kecuali Japan.
3. Oceania kecuali Australia dan New Zealand.
4. Estimasi Amerika Utara diturunkan dengan menerapkan model efek-campuran dengan sub-wilayah sebagai efek tetap; untuk pengerdilan, wasting dan severe wasting, data hanya tersedia untuk Amerika Serikat, mencegah estimasi standart errors (dan tingkat kepercayaan). Estimasi Australia dan Selandia Baru hanya didasarkan pada data Australia yang menerapkan regresi linier; untuk *stunting*, hanya dua titik data yang tersedia, dan dengan demikian estimasi standart errors (dan tingkat kepercayaan) tidak dimungkinkan. Rincian lebih lanjut tentang metodologi dijelaskan dalam 'de Onis M. et al. Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015'. JAMA vol. 291, 2004:2600-6. Pemilihan model didasarkan pada yang paling cocok. Cakupan populasi rendah berurutan; tafsirkan dengan cermat.
5. Europe Timur and Asia Tengah kecuali Russia

1.3. Kondisi Malnutrisi di Indonesia

Indonesia walaupun merupakan negara yang kaya akan pangan, masih saja sebagian masyarakatnya kurang mengonsumsi makanan yang beragam untuk kebutuhan gizinya. Menurut Kepala Badan Ketahanan Pangan (BKP) Kementerian Pertanian, Agung Hendriadi, pola konsumsi masyarakat Indonesia masih rendah terutama pada protein hewani dan sayur-sayuran. Hanya 5% masyarakat Indonesia yang mengonsumsi buah dan sayur yang cukup, yang idealnya mencapai 5 porsi per hari³.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), secara umum konsumsi sayuran dan buah-buahan yang dianjurkan untuk hidup sehat adalah 400 gram per orang per hari, yang terdiri dari 250 gram sayur (setara dengan 2 porsi atau 2 gelas sayur setelah dimasak dan ditiriskan) dan 150 gram buah. Asupan buah itu setara dengan 3 buah pisang ambon ukuran sedang atau 1 potong pepaya ukuran sedang atau 3 buah jeruk ukuran sedang. Angka rata-rata konsumsi buah dan sayur di Indonesia dalam lima tahun terakhir berada pada kisaran separuh lebih sedikit dari standar dunia, atau rata-rata sekitar 250 gram per kapita per hari.

Secara umum konsumsi beras dan sejenisnya yang dikenal sebagai sereal, kemudian lemak dan minyak nabati sudah melebihi batas aman. Sedangkan konsumsi buah-buahan, sayuran, bahkan daging sebagai protein masih rendah. Pola konsumsi yang belum cukup menggembarakan ini

³Agung Hendriadi, *Food Production for Family Nutrition Improvement*. Presentasi pada WIDYAKARYA NASIONAL PANGAN DAN GIZI XI, 4 July 2018.

terlihat dari perbandingan beberapa temuan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang berlangsung dari tahun 2013 hingga 2018⁴.

Pola konsumsi yang relatif masih buruk itu membuat Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, mencatat 30,8% balita di Indonesia mengalami *stunting*. Angka ini masih tinggi karena berada di bawah ambang batas yang ditetapkan WHO, yakni sebesar 20%. Di sisi lain, sebagai sebuah proses yang berjalan, sebenarnya telah terjadi penurunan yang cukup signifikan, mengingat dalam pendataan sebelumnya pada tahun 2013, angka *stunting* di Indonesia masih berada di 37,2%.

Indonesia mengalami kondisi beban ganda gizi buruk. Selain *stunting*, yang perlu mendapat perhatian adalah proporsi obesitas. Pada orang dewasa, tren obesitas terlihat semakin meningkat. Dari Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, diketahui obesitas pada orang dewasa mencapai sebesar 10,5%, kemudian pada tahun 2013 menjadi 14,8% dan kembali naik pada tahun 2018 menjadi 21,8%. Sementara itu obesitas pada anak turun dari 11,8% pada tahun 2013 menjadi 8% pada tahun 2018.

Saat ini, jumlah anak balita di Indonesia berjumlah sekitar 22,4 juta. Setiap tahun, setidaknya ada 5,2 juta perempuan di Indonesia yang hamil. Dari mereka, rata-rata bayi yang lahir setiap tahun berjumlah 4,9 juta anak. Berdasarkan survei terakhir, 3 dari 10 balita di Indonesia mengalami *stunting* atau memiliki tinggi badan lebih rendah dari standar usianya⁵. Secara detil Riskesdas 2018 menunjukkan *stunting* pada anak di Indonesia walaupun ada beberapa indikasi perbaikan, namun angkanya tetap tinggi di wilayah paling timur dan paling barat Indonesia. Angka terendah 17,7% di terdapat di DKI Jakarta dan angka tertinggi 42,6% berada di Nusa Tenggara Timur.

Angka *Wasting* (hilangnya masa otot) juga merupakan tantangan gizi utama yang mempengaruhi 10,2% anak balita. Anak-anak yang mengalami *wasting* memiliki risiko kematian 11,6 kali lebih besar daripada anak-anak yang bergizi baik dan mereka yang bertahan hidup dapat terus mengalami masalah perkembangan sepanjang hidup mereka.

Kurang berat atau *underweight* (berat badan menurut usia di bawah standar), yang mencerminkan baik *stunting* maupun *wasting*, dialami oleh 17,7% anak balita. Berat Badan Lahir Rendah/BBLR (<2.500 gram), yang menjadi indikasi kekurangan gizi ibu, mempengaruhi 6,2% bayi, sementara 48,9% wanita hamil mengalami anemia.

⁴Badan Ketahanan Pangan Kementerian Pertanian, *Direktori Konsumsi Pangan 2019*, (BKP:2019) <http://bkp.pertanian.go.id/storage/app/media/PPID%202019/PRINT%20DIREKTORI%20KONSUMSI%20PANGAN%202019.pdf> hal. 3 dan 4, diakses 16 September 2020.

⁵Bagus Satrio Utomo, *Bersama Cegah Stunting*, Majalah Warta Kesmas Edisi 02 Tahun 2018, (Kemenkes RI:2018) hal. 6.

Meskipun terdapat perbaikan dalam Pemberian Makan pada Bayi dan Anak (PMBA) dengan tingkat pemberian ASI eksklusif sebesar 52%, sebagian besar bayi masih diberi susu menggunakan botol serta praktik pemberian makanan pendamping yang tidak memadai. Berita lain yang tidak menggembirakan adalah saat ini dari 21,8% orang dewasa mengalami obesitas, suatu peningkatan yang sangat cepat dan terutama terjadi pada perempuan⁶.

1.4. Komitmen Dunia dalam Pemberantasan *Stunting*

Pada tahun 2012, *The World Health Assembly Resolution 65.6* mengesahkan rencana implementasi komprehensif tentang nutrisi ibu, bayi, dan anak, yang menetapkan enam target nutrisi global untuk 2025. Ringkasan kebijakan ini mencakup target pertama, yaitu: pengurangan 40% dalam jumlah anak di bawah 5 tahun yang terhambat pertumbuhannya dengan menargetkan penurunan jumlah anak yang mengalami *stunting* menjadi 100 juta anak pada tahun 2025.

1.5. *Stunting* Policy Brief

Malnutrisi dapat bermanifestasi dalam berbagai rupa, namun cara untuk melakukan pencegahan sebenarnya identik satu sama lain, diantaranya adalah dengan;

- Pemberian nutrisi pada ibu yang cukup sebelum dan selama kehamilan dan menyusui.
- Memberikan ASI secara optimal dalam dua tahun pertama kehidupan bayi serta memberikan makanan bergizi, beragam dan aman pada anak usia dini
- Lingkungan yang sehat, termasuk akses ke kesehatan dasar, air, layanan kebersihan dan sanitasi dan peluang untuk aktivitas fisik yang aman.

Tiga hal tersebut adalah kunci utama untuk menuju dunia di mana anak-anak bebas dari segala bentuk kekurangan gizi.

Terlepas dari peluang tersebut, UNICEF, WHO, World Bank, *Global and Regional Child Malnutrition*, mengungkapkan bahwa kondisi saat ini masih jauh dari dunia tanpa kekurangan gizi. Perkiraan bersama lembaga dunia tersebut, yang diterbitkan pada Maret 2020, mencakup indikator *stunting*, *wasting*, *severe wasting* dan *overweight* di antara anak-anak usia di bawah 5 tahun. Ternyata berdasarkan survey yang telah dilakukan, kemajuannya ternyata tidak memadai

⁶Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputan Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, *Pembangunan Gizi di Indonesia:Kajian Sektor Kesehatan*, (Kementerian PPN/Bappenas:2019) hal. xiv.

target Majelis Kesehatan Dunia (*World Health Assembly*) yang ditetapkan pada tahun 2025 dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang ditetapkan pada tahun 2030.

Peningkatan gizi anak-anak membutuhkan pemrograman nutrisi multi-sektoral yang efektif dan berkelanjutan dalam jangka panjang dan banyak negara sudah bergerak ke arah yang benar. Pengumpulan data reguler sangat penting untuk memantau dan menganalisis kemajuan negara, regional, dan global di masa mendatang. Pembuat kebijakan harus mempertimbangkan untuk memprioritaskan tindakan berikut untuk mencapai pengurangan 40% jumlah anak balita dengan sindrom *stunting*:

- Meningkatkan identifikasi, pengukuran dan pemahaman *stunting* dan Meningkatkan cakupan kegiatan pencegahan *stunting*;
- Menetapkan kebijakan dan / atau memperkuat intervensi untuk meningkatkan gizi dan kesehatan ibu, dimulai dengan anak perempuan remaja;
- Mengimplementasikan intervensi untuk peningkatan praktik pemberian ASI eksklusif dan pemberian makanan tambahan;
- Memperkuat intervensi berbasis masyarakat, termasuk peningkatan air, sanitasi dan kebersihan, untuk melindungi anak-anak dari penyakit diare dan malaria, cacing usus dan penyebab infeksi subklinis lingkungan.

Untuk mencapai target global tahun 2025, tiap negara harus mulai dengan menganalisis situasi untuk menentukan berapa banyak anak yang berusia di bawah 5 tahun yang mengalami *stunting* dan menilai faktor-faktor penentu *stunting* dalam konteks geografis dan sosial tertentu, sehingga tindakan untuk mengatasinya dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

Nutrisi yang tidak memadai adalah salah satu dari banyak penyebab *stunting*. Kegagalan pertumbuhan sering dimulai dalam rahim dan berlanjut setelah kelahiran, sebagai cerminan dari praktik pemberian ASI di bawah optimal, dan pemberian makanan pelengkap dan kontrol infeksi yang tidak memadai. Oleh karena itu, fokus pada jendela penting 1000 hari dari kehamilan wanita hingga ulang tahun kedua anaknya, menjadi sangat penting.

Berbagai tindakan yang dapat diambil di berbagai bidang untuk mengurangi tingginya tingkat *stunting*.

- Pertama, meningkatkan praktik pemberian ASI yang optimal sebagai kunci untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan anak yang sehat. Inisiasi dini dan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan memberikan perlindungan terhadap adanya infeksi gastrointestinal, yang dapat menyebabkan penipisan nutrisi yang parah dan

karenanya menjadi *stunting*. ASI juga merupakan sumber utama nutrisi selama terjadinya infeksi. Penelitian di rangkaian miskin sumber daya telah menghubungkan pemberian ASI non-eksklusif dengan hasil pertumbuhan yang lebih buruk, karena ASI tidak diberikan, atau diganti, dengan makanan yang kurang bergizi yang sering juga membuat bayi terpapar infeksi diare. Demikian pula, pemberian ASI lanjutan pada tahun kedua berkontribusi signifikan terhadap asupan nutrisi utama yang kurang dalam diet komplementer berkualitas rendah di rangkaian miskin sumber daya.

- Kedua, di antara intervensi paling efektif untuk mencegah *stunting* selama periode pemberian makanan pendamping ASI adalah meningkatkan kualitas diet anak-anak. Bukti menunjukkan bahwa keragaman makanan yang lebih besar dan konsumsi makanan dari sumber hewani dikaitkan dengan peningkatan pertumbuhan linier. Sementara solusi-solusi ini belum dicoba sebagai intervensi terprogram berskala besar yang berdiri sendiri, penilaian pertanian yang sensitif terhadap nutrisi mengakui diversifikasi makanan dan pendapatan melalui pertanian keluarga sebagai jalur yang memungkinkan pertanian dan sistem pangan dapat meningkatkan nutrisi dan mengurangi *stunting*. Analisis terbaru menunjukkan bahwa rumah tangga dengan pola makan yang beragam, termasuk makanan pendamping yang diperkaya, mengalami peningkatan asupan gizi dan pengurangan *stunting*.
- Ketiga, karena *stunting* atau kegagalan tumbuh kembang terjadi dari beberapa faktor rumah tangga, lingkungan, sosial ekonomi dan budaya, pengurangan gagal kembang mengharuskan intervensi nutrisi langsung, diintegrasikan dan diimplementasikan bersamaan dengan intervensi nutrisi penting. Misalnya, pencegahan munculnya infeksi memerlukan praktik rumah tangga seperti membiasakan mencuci tangan dengan sabun, yang keberhasilannya tergantung pada perubahan perilaku untuk mengadopsi kebiasaan tersebut (budaya), ketersediaan air bersih (pasokan air), dan keterjangkauan sabun (status sosial ekonomi). Demikian pula, ketersediaan makanan berkualitas tinggi (persediaan makanan) dan keterjangkauan makanan kaya nutrisi (status sosial ekonomi) akan memengaruhi kemampuan keluarga untuk menyediakan makanan yang sehat dan mencegah *stunting* pada anak.
- Terakhir, di tingkat program, faktor-faktor kontekstual spesifik harus dipertimbangkan, untuk menentukan komposisi yang tepat dari intervensi gizi-spesifik dan gizi penting yang

paling mungkin berhasil. Faktor kontekstual yang penting termasuk besarnya beban *stunting*, kemampuan rumah tangga, kompleksitas rantai makanan dan kapasitas sistem dalam pemberian layanan.

1.6. Kilas Balik MDGs ke SDGs

Isu kemiskinan telah banyak disadari pada saat ini sebagai penyebab utama kekurangan gizi dalam konteks global. Upaya memberantas kemiskinan adalah isu yang penting bagi dunia saat ini. Penanganan persoalan kemiskinan harus dimengerti dan dipahami sebagai persoalan kompleks. Dua dekade berlalu, dunia merespon persoalan kemiskinan dengan menyepakati pertemuan pada September 2000 dengan sebuah deklarasi yang dikenal sebagai *The Millennium Development Goals* (MDG's). Salah satu target utamanya adalah mengurangi jumlah penduduk miskin di dunia hingga 50% pada tahun 2015.

Millennium Development Goals (MDGs), selanjutnya disahkan dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Millenium Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) pada bulan September 2000. Sebanyak 189 negara anggota PBB yang sebagian besar diwakili oleh kepala pemerintahan sepakat untuk mengadopsi Deklarasi Milenium. Deklarasi Millennium adalah sebuah *review* atau tinjauan atas kebijakan pembangunan yang dikeluarkan oleh *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) pada pertengahan tahun 1990 yang kemudian dimasukkan kedalam Tujuan Pembangunan Internasional (Internasional Development Goals) tahun 2000 dan direvisi menjadi Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) pada KTT Milenium PBB. MDGs memiliki 8 tujuan, 18 target, dan 48 indikator yang telah disusun oleh konsensus para ahli dari sekertariat PBB, Dana Moneter Internasional (IMF), Organisasi untuk Pembangunan dan Kerjasama Ekonomi (OECD) dan Bank Dunia.

Deklarasi ini menghimpun komitmen para pemimpin dunia yang tidak pernah ada sebelumnya untuk menangani isu perdamaian, keamanan, pembangunan, hak asasi dan kebebasan fundamental dalam satu paket. Dalam konteks inilah, negara-negara anggota PBB kemudian mengadopsi Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs). Setiap tujuan memiliki satu atau beberapa target beserta indikatornya. MDGs menempatkan pembangunan manusia sebagai fokus utama pembangunan dan memiliki tenggat waktu dengan kemajuan yang terukur. MDGs didasarkan pada konsensus dan kemitraan global, sambil menekankan tanggung jawab negara berkembang

untuk melaksanakan pekerjaan rumah mereka, sedangkan negara maju berkewajiban mendukung upaya tersebut.

Singkat kata, era MDGs telah dianggap selesai pada tahun 2015 dan menurut catatan PBB program ini telah berhasil mengurangi penduduk miskin dunia hampir setengahnya. Sebagai kelanjutannya pada saat ini disebut sebagai era SDGs (Sustainable Development Goals). Tujuan atau haluan baru ini merupakan hasil dari pertemuan perwakilan 193 negara anggota PBB pada tanggal 2 Agustus 2015 di New York. Hasil pertemuan tersebut mengadopsi secara keseluruhan dokumen berjudul "Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development". Dokumen SDGs itu dicetuskan untuk meneruskan dan memantapkan capaian-capaian MDGs pada masa sebelumnya. Tak lama kemudian, pada tanggal 25-27 September 2015 di markas PBB (Perserikatan Bangsa-Bangsa), New York, Amerika Serikat pengesahan dokumen SDGs (Sustainable Development Goals) yang juga dihadiri perwakilan dari 193 negara diberlangsungkan.

1.7. SDGs, Upaya Dunia Membuat Regulasi Lawan Kemiskinan

Konsep SDGs lahir pada kegiatan Konferensi mengenai Pembangunan Berkelanjutan yang dilaksanakan oleh PBB di Rio de Janeiro tahun 2012. Tujuan yang ingin dicapai dalam pertemuan tersebut adalah membangun tujuan bersama yang universal yang mampu memelihara keseimbangan tiga dimensi pembangunan berkelanjutan: lingkungan, sosial dan ekonomi. Dalam menjaga keseimbangan tiga dimensi pembangunan tersebut, SDGs memiliki 5 pondasi utama yakni manusia, planet, kesejahteraan, perdamaian, dan kemitraan dengan tiga tujuan mulia di tahun 2030 berupa mengakhiri kemiskinan, mencapai kesetaraan dan mengatasi perubahan iklim. Kemiskinan, masih menjadi isu yang penting dan utama mendahului dua capaian lainnya.

Untuk mencapai tiga hal tersebut tersebut, disusunlah 17 Tujuan Global berikut ini:

1. Mengakhiri kemiskinan dalam segala bentuk di manapun berada
2. Mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan nutrisi yang lebih baik dan mendukung pertanian berkelanjutan
3. Memastikan kehidupan yang sehat dan mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia
4. Memastikan pendidikan yang inklusif dan berkualitas setara, juga mendukung kesempatan belajar seumur hidup bagi semua

5. Mencapai kesetaraan gender dan memberdayakan semua perempuan dan anak perempuan
6. Memastikan ketersediaan dan manajemen air bersih yang berkelanjutan dan sanitasi bagi semua
7. Memastikan akses terhadap energi yang terjangkau, dapat diandalkan, berkelanjutan dan modern bagi semua
8. Mendukung pertumbuhan ekonomi yang inklusif dan berkelanjutan, tenaga kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak bagi semua
9. Membangun infrastruktur yang tangguh, mendukung industrialisasi yang inklusif dan berkelanjutan dan membantu perkembangan inovasi
10. Mengurangi ketimpangan didalam dan antar negara
11. Membangun kota dan pemukiman yang inklusif, aman, tangguh dan berkelanjutan
12. Memastikan pola konsumsi dan produksi yang berkelanjutan
13. Mengambil aksi segera untuk memerangi perubahan iklim dan dampaknya
14. Mengkonservasi dan memanfaatkan secara berkelanjutan sumber daya laut, samudra dan maritim untuk pembangunan yang berkelanjutan
15. Melindungi, memulihkan dan mendukung penggunaan yang berkelanjutan terhadap ekosistem daratan, mengelola hutan secara berkelanjutan, memerangi desertifikasi (penggurunan), dan menghambat dan membalikkan degradasi tanah dan menghambat hilangnya keanekaragaman hayati
16. Mendukung masyarakat yang damai dan inklusif untuk pembangunan berkelanjutan, menyediakan akses terhadap keadilan bagi semua dan membangun institusi-institusi yang efektif, akuntabel dan inklusif di semua level
17. Memperkuat ukuran implementasi dan merevitalisasi kemitraan global untuk pembangunan yang berkelanjutan

SDGs menyatakan “tidak ada pemiskinan” (*no poverty*) sebagai poin utama prioritas. Dunia telah bersepakat untuk meniadakan kemiskinan dalam bentuk apapun di seluruh dunia, tanpa terkecuali. Pengentasan kemiskinan akan sangat terkait dengan tujuan global lainnya, yakni dunia tanpa kelaparan, kesehatan yang baik dengan kesejahteraan, pendidikan berkualitas, kesetaraan gender, air bersih dan sanitasi, energi bersih dan terjangkau; dan seterusnya sebagaimana yang tertuang dalam dokumen SDGs.

Permasalahan kemiskinan beserta dampak yang diturunkannya telah menjadi hal prioritas yang mesti segera ditangani. Kemiskinan mengindikasikan adanya ketidakmampuan orang untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar yang pada akhirnya membawa dampak ke berbagai permasalahan lainnya. Kemiskinan akan mewariskan generasi yang kekurangan gizi, rentan terhadap penyakit, serta tidak mampu menikmati pendidikan. Pada akhirnya kemiskinan akan mewariskan generasi yang menjadi penyandang masalah sosial, bahkan menjadi sumber masalah sosial. Jika kemiskinan itu terjadi dalam sebuah keluarga, disitu ada anak-anak yang kemungkinan

besar akan menghadapi permasalahan sampai pada risiko kelaparan, kekurangan gizi, hingga pada permasalahan kesehatan yang bahkan jiwanya pun akan terancam.



Gambar 1.5. SDGs (Sustainable Development Goals). Sumber UN SDGS.

Di antara target capaian yang menjadi prioritas tujuan SDGs adalah mengakhiri kelaparan dan memastikan tersedianya akses bagi seluruh rakyat. Khususnya bagi mereka yang miskin dan berada dalam situasi rentan, termasuk di dalamnya bayi, terhadap pangan yang aman, bernutrisi dan berkecukupan sepanjang tahun dengan mengakhiri segala macam bentuk malnutrisi. Diharapkan pada tahun 2025 juga tercapai target-target yang sudah disepakati secara internasional tentang gizi buruk dan penelantaran pada anak balita. Target ini harus mengatasi kebutuhan nutrisi untuk para remaja putri, ibu hamil dan menyusui, dan manula. Di dalam target ini termasuk pengurangan sebesar 40% jumlah anak di bawah usia 5 tahun yang terhambat pertumbuhannya atau mengalami *stunting*, dengan menargetkan penurunan angkanya menjadi 100 juta anak pada tahun 2025.



BAB 2

SEJARAH PENANGANAN GIZI DI INDONESIA

2.1. Masa Kolonial Hindia Belanda

Sejarah modern penanganan kesehatan masyarakat di Indonesia bermula pada awal abad 19. Waktu itu Indonesia masih bernama Hindia Belanda yang berada di bawah kepemimpinan Herman Willem Daendels. Dia adalah gubernur jenderal yang terkenal dengan proyek pembuatan jalan pos sepanjang Anyer sampai ke Banyuwangi, yang membentang hingga sepanjang pantai utara pulau Jawa.

Pemerintahan HW Daendels pada tahun 1808, mendirikan fasilitas kesehatan yang hanya diperuntukkan bagi kepentingan militernya. Rumah sakit itu bernama Jawatan Kesehatan Militer (*Militair Geneeskundige Dienst/MGD*). Pendiariannya dilakukan di tiga kota besar pulau Jawa, yaitu Batavia, Semarang dan Surabaya. Sampai tahun 1818, pegawai sipil harus menggunakan izin khusus agar dapat dirawat di rumahsakit tentara.⁷

Pelayanan kesehatan yang diperuntukkan kepada warga sipil baru dimulai pada tahun 1809 dengan didirikannya rumah sakit untuk warga sipil *Stadsverband* pada tahun 1819 di Salemba, Jakarta. Pembangunan selanjutnya dilakukan di kota Semarang pada tahun 1826 dan di Surabaya pada tahun 1845.

Secara resmi peraturan pemerintah Hindia Belanda mengenai pelayanan kesehatan sipil baru muncul pada tahun 1820. Peraturan itu ditandai adanya pelatihan untuk tenaga *Vaccinateur* Cacar yang kemudian diperbantukan di tiap karesidenan yang melayani vaksinasi terbatas hanya untuk lingkungan warga Belanda yang ada di Hindia Belanda. Dalam perjalanan kemudian terjadi penyatuan jawatan kesehatan tentara dan sipil pada tahun 1827, namun pada tahun 1882 terjadi pemisahan kembali. Jawatan Kesehatan Sipil tetap berada di bawah pimpinan kepala Jawatan Kesehatan Tentara.

⁷Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia*, Jilid I (Depkes RI, Jakarta:1978), hal. 29.

Dr. Willem Bosch, pemimpin Jawatan Kesehatan Militer/Sipil pada saat itu adalah orang yang memprakarsai pendirian sekolah untuk pendidikan dokter yang didirikan pada 1 Januari 1851 di Weltevreden (sekarang Jakarta Pusat). Sekolah ini mendidik tenaga dokter yang akan ditugaskan sebagai dokter pembantu (*hulp-geneesheer*). Pada tahun 1902, sekolah ini berubah nama menjadi STOVIA (*School tot Opleiding van Inlandsche Artsen*).



Gambar 2.1. Kelas di School Tot Opleiding Van Indische Artsen. Sumber : Liputan6/Stovia-Kampus

Pada tahun 1880-an mulai banyak berdiri rumah sakit umum untuk sipil, baik yang diprakarsai oleh pemerintah Hindia Belanda, dari pihak swasta, atau pun dari para misionaris. Masa itu, pelayanan kesehatan yang diberikan pemerintah Hindia Belanda kepada warga sipil belum sepenuhnya baik. Bahkan bisa dikatakan sangat buruk seperti diungkapkan Dr. G.W. Kiewiet de Jonge. Pada tahun 1890, keadaan rumah sakit digambarkan oleh de Jonge, lebih menyerupai tempat penampungan orang-orang dengan gangguan kejiwaan, pelacur, pekerja paksa dan narapidana. Tidak ada upaya peningkatan kualitas kesehatan pada masyarakat. Program yang benar-benar dilakukan hanya berupa vaksinasi cacar yang sebenarnya telah lama berlangsung sejak masa Letnan Gubernur Stamford Raffles (zaman penguasaan kerajaan Inggris) pada tahun 1811-1816.

2.2. Masa Politik Etis

Kebijakan Politik Etis yang disampaikan Ratu Wilhelmina di depan parlemen Belanda pada tahun 1901, berpengaruh pada perubahan kebijakan yang diterapkan di Hindia Belanda. Pada masa pemerintahan Gubernur Jendral Alexander WF Idenburg, Pemerintah Belanda melakukan pemisahan Jawatan Kesehatan Sipil dan Jawatan Kesehatan Tentara pada tahun 1911. Instansi Kesehatan Sipil (*Burgerlijke Geneeskundige Diens/BGD*) berada di bawah satu departemen yang membidangi pendidikan dan ibadah yaitu *Departement van onderwijs en eeredienst*. Pelayanan kesehatan sipil (*Burgerlijke Geneeskundige Diens*) berubah menjadi Pelayanan kesehatan rakyat (*Dienst der Volksgezondheid/DVG*) pada tahun 1925. Perubahan arah kebijakan pemerintah Hindia Belanda, perkembangan ilmu pengetahuan, pendirian fasilitas pembuatan vaksin dan obat, penambahan fasilitas kesehatan yang berupa rumah sakit, poliklinik dan pendidikan pada tenaga kesehatan serta adanya subsidi yang diberikan kepada instansi kesehatan menjadikan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada rakyat membaik. Upaya preventif dan pemberantasan penyakit banyak mengalami kemajuan. Diawali dengan pendirian “*parc vaccinogene*” di Batu Tulis tahun 1879 dan keberhasilan Dr. Schuckink Kool membuat vaksin sendiri pada tahun 1884. Dengan penyempurnaan pola pemberian vaksin yang lebih sistematis pada tahun 1917, Hindia Belanda dinyatakan terbebas dari wabah cacar.

Penanganan terhadap penderita lepra yang pernah dipaksa diasingkan di penampungan khusus seperti Pulau Seribu (*leprozerie*) pada tahun 1897, dihapus pada tahun 1932 atas desakan Dr. J.B Sitanala yang waktu itu menjabat sebagai Kepala Dinas Pemberantasan Kusta. Saat itu telah dilakukan upaya pemberantasan yang lebih humanis dengan pendekatan eksploratif, yaitu melakukan pendataan terhadap penderita dan menggali pemahaman rakyat mengenai penyakit dan penderita kusta. Pengobatan pada penderita dilakukan dengan menyediakan klinik khusus kusta dan melakukan pemisahan penderita kusta dengan membuat rumah tersendiri. Meskipun begitu tempat pengasingan (*leprozerie*) tetap dibuka dan penderita kusta bisa masuk tanpa ada paksaan.

Pendirian Biro Malaria Pusat pada tahun 1924, menandai kesadaran yang melihat penyakit ini sebagai ancaman kesehatan yang mematikan. Banyak riset yang kemudian dilakukan untuk menanggulangi penyakit tersebut. Upaya penanganan dilakukan dengan cara pemberantasan jentik nyamuk, pembunuhan nyamuk dewasa, pencegahan kontak dan Kininisasi atau pemberian pil Kina pada kasus Epidemii.

Wabah penyakit Pes atau Sampar yang menjangkit sejak tahun 1911 awalnya ditemukan di Malang. Wabah itu ternyata merambah sampai ke hampir seluruh pulau Jawa. Pada tahun 1915 dibentuk dinas khusus pemberantasan Pes. Pemerintah Hindia Belanda antara tahun 1911 hingga 1935 telah melakukan perbaikan terhadap ratusan ribu rumah, untuk memutus siklus perkembangan penyakit Pes. Pada tahun 1934 dilakukan vaksinasi Pes dan berhasil menurunkan jumlah kematian.

Wabah Kolera, menjangkit tiap tahun sampai dengan tahun 1920. Penyakit ini pertama dikenal pada tahun 1821. Vaksin Kolera ditemukan pada tahun 1911. Pada tahun 1927, wabah Kolera terakhir menjangkit di Tanjung Priok.

Pemberantasan penyakit Tuberculosis (TBC) baru dilakukan secara sistematis setelah tahun 1930 dengan pendekatan simtomatis dan perbaikan gizi. Sebuah yayasan swasta dengan bantuan pembiayaan dan tenaga dari pemerintah Hindia Belanda secara khusus menangani Tuberculosis yaitu SCVT, kepanjangan dari "*Stichting der Centrale Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose*", yang berdiri pada tahun 1918 dan banyak mendirikan poliklinik di kota-kota besar.

Pada tahun 1911 pemerintah Hindia Belanda membentuk komisi kebersihan atau *Hygiene Commissie* setelah berjangkitnya wabah kolera. Komisi kebersihan bertugas untuk melakukan vaksinasi secara besar-besaran, menyediakan air minum dan menganjurkan kepada rakyat untuk memasak air dan membubuhinya dengan *kaliumpermanganat* yang diberikan secara cuma-cuma. Dan pada tahun 1920 dibentuk biro "*propagandist*" atau propaganda pada pelayanan kesehatan masyarakat yang bertugas memberikan pendidikan tentang kesehatan dan praktik higienies kepada rakyat melalui media penerbitan, pamflet, pembuatan dan pemutaran filem namun dihentikan pada tahun 1923 karena keterbatasan anggaran. Dinas Higiene dibentuk pada tahun 1924, Program pertamanya adalah upaya pemberantasan cacung tambang dan penyakit perut yang dilakukan di Banten. Program tersebut berubah menjadi "*medisch hygienische propaganda*" yang bertugas untuk menanamkan praktik higienies pada masyarakat dan tidak berhenti dengan pemberantasan cacung tambang, tapi juga melakukan penyuluhan ke sekolah-sekolah dan memberikan pengobatan kepada anak-anak yang sakit.

Ada dua pendekatan yang berbeda dalam penanganan kesehatan masyarakat pada kisaran tahun 1924 dan 1939. Perbedaan itu terlihat dalam pendekatan Pemerintah Hindia Belanda yang cenderung otoriter berbanding terbalik dengan inisiatif Rockefeller Foundation, pihak ketiga di luar pemerintah, yang menggunakan pendidikan kesehatan kepada masyarakat untuk

mengkampanyekan pentingnya *hygiene* atau kebersihan. Kampanye pemberantasan cacing tambang yang dilakukan oleh Rockefeller Foundation di Jawa adalah bagian dari kampanye yang dilakukan di seluruh dunia. Kampanye dilakukan dari Eropa, Asia, Afrika, Karibia, dan pulau-pulau Pasifik seperti Fiji hingga Amerika Selatan. Di Hindia Belanda, kampanye cacing tambang berlangsung selama lima belas tahun dari 1924-1939 di bawah kepemimpinan J.L. Hydrick. Salah satu bentuk dari kampanye cacing tambang adalah munculnya unit kesehatan pedesaan kecil, yang berfokus pada kebersihan preventif. Hydrick memvisualisasikan kebersihan preventif sebagai tumpuan yang akan menjadi dasar perawatan medis. Mendidik masyarakat tentang kebiasaan higienis akan memastikan pemanfaatan yang efisien dari fasilitas kesehatan yang tersedia, sehingga mengurangi biaya untuk penanggulangan penyakit. Berbeda dengan pendekatan Rockefeller Foundation yang menggunakan pendidikan kesehatan untuk mencegah cacing tambang, pelayanan kesehatan rakyat pemerintah kolonial Hindia Belanda bersikeras pada penggunaan *Chenopodium* (obat cacing) sebagai pengobatan wajib bagi pasien cacing tambang. Bahkan setelah diresmikannya Pelayanan Kesehatan Masyarakat pada tahun 1924, Pemerintah Hindia Belanda masih enggan melancarkan kampanye pendidikan kesehatan di pedesaan karena beban biaya finansial yang sangat besar dan alasan risiko mengganggu adat setempat.

Kampanye kesehatan masyarakat yang dilakukan pemerintah Hindia Belanda saat itu menggunakan pendekatan teknosentris yang sempit, seperti penggunaan *salvarsan* (sejenis arsenik) untuk menyembuhkan Frambusia atau Patek. Pemerintah Hindia Belanda ingin memperlihatkan pada masyarakat teknologi pengobatan barat yang ampuh penanganannya. Pendekatan persuasif tidak dilakukan. Pada penanganan kasus Pes petugas pemerintah Hindia Belanda menusuk limpa mayat untuk mendeteksi penularan kuman. Razia rumah secara besar-besaran untuk memberantas tikus yang membawa bibit Pes malah terkesan otoriter dan semena-mena. Hal ini memicu pertentangan cukup besar dari rakyat Hindia Belanda. Di sisi lain, Rockefeller Foundation mengambil jalan yang berbeda dengan mempromosikan pendekatan pendidikan kesehatan masyarakat yang berusaha menumbuhkan kebiasaan higienis di desa. Walaupun demikian, pendekatan penanganan masalah kesehatan baik yang dilakukan secara otoriter dari pemerintah Kolonial Hindia Belanda maupun pendekatan pendidikan kesehatan masyarakat dari Rockefeller Foundation, belum cukup mampu untuk menyelesaikan persoalan sosial ekonomi yang sebenarnya menjadi penyebab pokok kesehatan buruk yang dialami rakyat.⁸

⁸Viveek Neelakantan "Health and Medicine in Soekarno Era Indonesia: Social Medicine, Public Health and Medical Education, 1949 to 1967" (Unit for the History and Philosophy of Science University of Sydney, 2004), hal. 44.

Pada tahun 1933, pemerintah Hindia Belanda membuat sebuah program percontohan di Kabupaten Purwokerto. Kegiatannya meliputi :

1. Penanganan wabah dengan melakukan berbagai tindakan karantina, seperti: isolasi, observasi, desinfeksi, penyelidikan epidemiologi, dan lain-lain tindakan perlindungan.
2. Tindakan-tindakan preventif terhadap penyakit-penyakit rakyat, seperti: membuat bangunan-bangunan *assainering*/penyehatan terhadap malaria; pembuatan kakus untuk penanganan penyakit cacing tambang dan lain-lain penyakit perut, termasuk pengamatan dan penyuluhan penggunaannya; pengawasan air minum, perusahaan-perusahaan es, minuman, susu.
3. Mengadakan kursus dukun bayi untuk mengurangi banyaknya kematian bayi dan anak.
4. Memberikan pendidikan kesehatan kepada rakyat, termasuk mengadakan kursus-kursus kesehatan untuk guru-guru sekolah dan perkumpulan-perkumpulan wanita.

Upaya pemberantasan penyakit beri-beri yang dianggap sebagai penyebab turunnya produktivitas pekerja perkebunan dan menurunnya mobilitas tentara, membuat pemerintah kolonial Belanda mengirimkan Prof. C.A. Pekelharing dan Dr C. Winkler ke Hindia Belanda pada tahun 1880.⁹ Mereka mendirikan "Laboratorium voor Pathologische Anatomie en Bacteriologie" (Laboratorium Anatomi Patologi dan Bakteriologi) pada tahun 1887. Laboratorium ini kemudian menjadi Laboratorium Kesehatan Pusat yang nantinya akan berkembang menjadi Lembaga Eijkman, sebagai tanda penghargaan atas jasa-jasa direktur pertamanya, Dr Christiaan Eijkman. Di Bandung dibangun laboratorium yang khusus menangani penyakit Cacar, dikenal juga dengan nama Lembaga Pasteur. Setelah itu bermunculan laboratorium lainnya. Pada tahun 1906 di Medan ada "Centraal Laboratorium" (Laboratorium Pusat) yang didirikan oleh perusahaan perkebunan. Laboratorium-laboratorium Daerah (*Gewestelijk Laboratorium*) di Medan, Semarang, Surabaya dan Makasar, yang didirikan pemerintah Hindia Belanda pada tahun 1911.

2.3. Instituut Voor de Volkvoeding

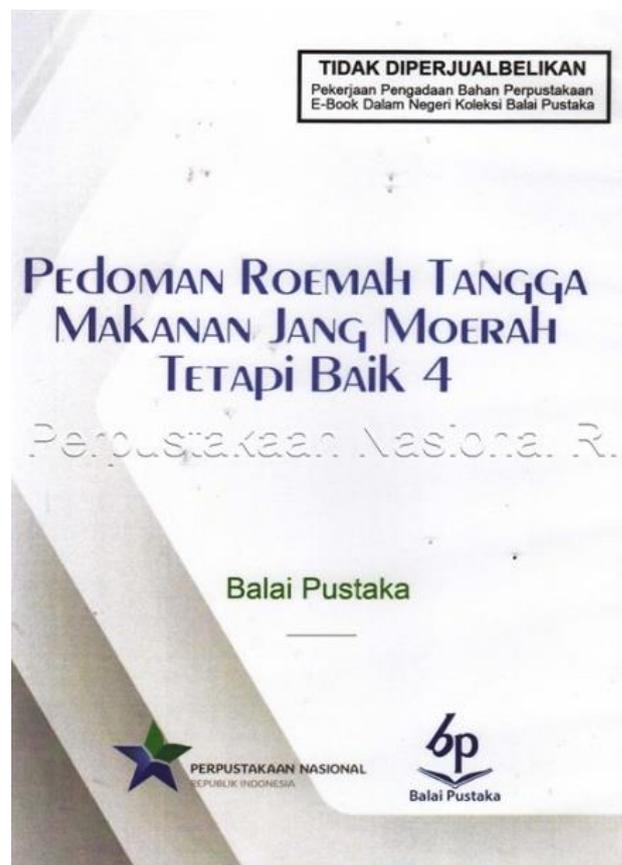
Kerja-kerja penelitian yang berlangsung di Lembaga Eijkman semakin menemukan keberhasilannya saat diketemukannya "vitamin". Dari kerja-kerja ini juga berkembang penelitian-penelitian tentang nutrisi dan penyakit defisiensi *xerophthalmia* dan lain sebagainya.¹⁰ Salah satu riset yang dilakukan adalah survey gizi atau agronomi yang dilakukan oleh Van Veen, Ochse Terra dan kawan-kawannya antara tahun 1933 - 1939 di daerah Pacet, Kutowinangun, Gunung Kidul, Lamongan, Pemalang dan Seram. Survei tersebut bertujuan untuk membandingkan keadaan

⁹Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Op. Cit., hal. 63.

¹⁰Ibid., hal. 65

masyarakat berdasarkan konsumsi bahan makanan pokok (beras, beras jagung, beras galek dan sagu), serta kemampuan ekonomi dan keadaan lingkungan berdasarkan tempat-tempat tersebut.

Krisis ekonomi yang mendera dunia pada 1930-an, menyita perhatian pemerintah kolonial Hindia Belanda terhadap pangan dan gizi. Krisis ekonomi yang berdampak pada munculnya gizi buruk membuat pemerintah kolonial Hindia Belanda mendirikan Lembaga Makanan Rakyat atau *Instituut Voor de Volkvoeding* (IVV) pada 1934. Lembaga ini melakukan riset-riset terkait pengaruh gizi terhadap kesehatan serta mencari pangan alternatif. Konsultan pertanian untuk pendidikan GA van de Mol menulis *Gezonde Voeding* (Makanan Sehat) yang menyerukan agar keluarga Eropa di Hindia Belanda beralih ke pangan lokal yang dikonsumsi rakyat Hindia Belanda, yang lebih kaya sayuran dan buah-buahan ketimbang daging, sebagai alternatif. Tokoh perempuan-pejuang Chailan Sjamsu Datuk Tumenggung, lewat *Boekoe Masak-Masakan* (1940), mendorong masyarakat aktif memanfaatkan bahan-bahan makanan lokal seperti jagung, ketela, ubi, dan sagu.¹¹ Daftar menu makanan sehat pun kemudian dikeluarkan oleh *Instituut Voor de Volkvoeding* (IVV) yang dikenal dengan sebutan *Voedings Tabellen* pada tahun 1940.



Gambar 2.2. Buku yang di terbitkan IVV Sumber : Arsip Perpunas)

¹¹M. Fazil Pamungkas, "Stunting dan Sejarahnya di Indonesia", <https://historia.id/sains/articles/stunting-dan-sejarahnya-di-indonesia-D8JbR>, diakses pada 5 September 2020.

Konferensi internasional yang diinisiasi League of Nations Health Organisation (LNHO) berlangsung di Bandung, Hindia Belanda pada 1937. Kontribusi LNHO meliputi sirkulasi internasional penemuan medis, pembentukan biro intelijen epidemiologi untuk pengumpulan dan penyebaran data tentang penyakit menular, standarisasi produksi vaksin internasional, perluasan batas-batas kedokteran sosial dengan studi yang berkaitan dengan nutrisi, perumahan, kebersihan pedesaan dan persediaan air, dan memberikan bantuan teknis kepada pemerintah yang membutuhkan bantuan eksternal untuk menekan epidemi, melakukan survei kesehatan, mengevaluasi layanan kesehatan serta memberi nasihat tentang sanitasi pelabuhan dan mengatur ulang administrasi kesehatan. Konferensi tersebut membahas masalah kesehatan pedesaan dari berbagai sudut disiplin ilmu, melibatkan tenaga medis dan petugas sanitasi, arsitek, ilmuwan, dan pakar pertanian. Selskar Gunn, seorang perwakilan dari Rockefeller Foundation berpendapat bahwa pengembangan kebijakan medis terkait erat dengan kemajuan dalam industri dan pertanian. Pandangan tentang pembangunan pedesaan juga dipaparkan oleh Andrija Štampar, seorang sarjana kedokteran sosial Yugoslavia terkemuka dan Ludwik Rajchman, seorang ahli bakteriologi Polandia, yang juga adalah Direktur Medis di Liga Bangsa-Bangsa. Direktur medis LBB memberikan kesempatan Selskar Gunn mengartikulasikan gagasannya tentang kesehatan masyarakat sebagai sarana untuk memajukan pembangunan pedesaan pada pertemuan tentang kebersihan pedesaan yang diselenggarakan oleh LNHO di Bandung.¹² Pemerintah Hindia Belanda bermaksud menyampaikan hasil dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan rakyat yang efisien di kabupaten Purwokerto, salah satu kabupaten di Jawa Tengah sebagai contoh penyelenggaraan sistem kesehatan di wilayah jajahan. Raden Kodijat (seorang dokter kabupaten) mewakili Hindia Belanda dalam pertemuan itu.

Konferensi Bandung membahas masalah kebersihan pedesaan dari perspektif interdisipliner yang melibatkan kolaborasi profesional medis dengan petugas kebersihan, arsitek, insinyur, ilmuwan, dan ahli pertanian. Konferensi tersebut mengakui bahwa di negara-negara Timur, pengobatan preventif merupakan cara yang efektif dari segi biaya untuk meningkatkan kesehatan. Pendekatan semacam itu akan melibatkan penelusuran penyebab sosio-ekonomi dari kesehatan yang buruk, misalnya, Konferensi mengakui korelasi kelebihan penduduk dengan tingginya angka kematian bayi di Timur.

¹²Viveek Neelakantan, Op. Cit., hal. 38

Pola makan yang buruk, standar hidup yang rendah, dan undang-undang pertanahan yang menindas dianggap sebagai faktor penyebab malnutrisi yang menyebabkan kematian bayi. Penelitian ilmiah tentang gizi, dan demonstrasi nilai gizi bahan makanan tertentu melalui ceramah desa, dapat membantu mengurangi masalah malnutrisi di beberapa negara Asia. Konferensi tersebut mengakui bahwa kesehatan yang baik adalah bagian dari kesejahteraan penduduk secara keseluruhan. Penyediaan layanan kesehatan yang terdesentralisasi ke daerah pedesaan (dengan fokus pada pencegahan penyakit) kemungkinan besar akan terbukti sebagai ukuran kesehatan masyarakat yang hemat biaya. Tetapi, pertama-tama masyarakat pedesaan harus dididik melalui demonstrasi kebersihan yang praktis. Konferensi LNHO Bandung adalah pertemuan internasional yang membawa perubahan besar dalam memandang kesehatan masyarakat sebagai hal penting bagi pembangunan pedesaan dan peran penduduk desa sebagai ujung tombak pengembangannya.¹³

2.4. Masa Pendudukan Jepang



Gambar 2.3. Gambaran kondisi gizi pekerja Romusha. Sumber Kompas/KerjaRodi dan Romusha

Antara tahun 1942 hingga 1945, Indonesia berada pada masa peralihan. Terjadi perubahan dari kekuasaan pemerintahan kolonial Belanda menjadi negara yang diduduki Jepang. Hal tersebut terjadi setelah Belanda menyerah tanpa syarat kepada Jepang pada tanggal 8 maret 1942. Pada masa ini tidak ada perkembangan di bidang kesehatan, kecuali kemunduran besar-besaran. Setengah dari hasil panen rakyat harus disetorkan kepada tentara Jepang. Akibatnya rakyat mengalami kelaparan dan kematian di mana-mana. Sebagai upaya menjawab permasalahan kelaparan yang muncul, pemerintah pendudukan Jepang memerintahkan rakyat makan dari sumber pangan alternatif pengganti beras.

¹³Ibid., hal. 39

Antara tahun 1942 hingga 1945, Indonesia berada pada masa peralihan. Terjadi perubahan dari kekuasaan pemerintahan kolonial Belanda menjadi negara yang diduduki Jepang. Hal tersebut terjadi setelah Belanda menyerah tanpa syarat kepada Jepang pada tanggal 8 maret 1942. Pada masa ini tidak ada perkembangan di bidang kesehatan, kecuali kemunduran besar-besaran. Setengah dari hasil panen rakyat harus disetorkan kepada tentara Jepang. Akibatnya rakyat mengalami kelaparan dan kematian di mana-mana. Sebagai upaya menjawab permasalahan kelaparan yang muncul, pemerintah pendudukan Jepang memerintahkan rakyat makan dari sumber pangan alternatif pengganti beras. Resep-resep baru pelengkap seperti Bubur Perjuangan, Bubur Asia Raya, dan Roti Asia adalah beberapa bentuk propaganda Jepang untuk menyelesaikan krisis pangan.¹⁴

Penelitian mengenai pangan dilakukan hanya sekali, saat terjadi peristiwa kematian mendadak yang dialami oleh banyak warga di desa Tumpakrejo dan desa Arjosari, Malang. Dalam laporan penelitian yang dilakukan oleh Dr. R Kodiyat dan Dr. Moh. A. Hanafiah S.M, muncul kesimpulan bahwa kematian-kematian yang terjadi diakibatkan oleh keracunan *bongkreng* atau *menjes*, yaitu sejenis makanan olahan yang terbuat dari bahan fermentasi ampas kelapa, ampas kedelai atau kacang.¹⁵

2.5. Masa Kemerdekaan Indonesia

Program atau kebijakan pemerintah terkait pangan dan kesehatan masyarakat praktis belum bisa diselenggarakan oleh pemerintah Republik Indonesia yang masih bersifat darurat. Setelah proklamasi kemerdekaan tanggal 17 Agustus 1945, pemerintah Republik Indonesia praktis mengalami masa-masa revolusioner yang berlangsung hingga tahun 1949. Satu kebijakan yang tercatat pada saat itu dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah maklumat No. 2/Um/45 tertanggal 27 Oktober 1945, yang menginstruksikan, agar tenaga manusia maupun fasilitas dari Dinas Kesehatan Daerah memberikan bantuan yang seluas-luasnya dan sebaik-baiknya kepada Tentara Keamanan Rakyat (TKR) bagian kesehatan.¹⁶

¹⁴M. Fazil Pamungkas, Op. Cit.

¹⁵Departemen Kesehatan RI, Op. Cit., hal. 74

¹⁶Ibid., hal. 79

2.6. Masa Republik Indonesia Serikat

Selepas penandatanganan perjanjian antara pemerintah Indonesia dan pemerintah Belanda dalam Konferensi Meja Bundar yang dilaksanakan di Den Hag Belanda, Negara Indonesia berubah menjadi Republik Indonesia Serikat yang terdiri dari negara-negara bagian dan negara otonom. Perubahan dalam bentuk ini ternyata hanya berlangsung delapan bulan. Tanggal 10 Agustus 1950 dalam konferensi di Yogyakarta, muncul pernyataan kembalinya negara-negara bagian menjadi Negara Kesatuan Republik Indonesia.



Gambar 2.4. RIS. Upacara penyerahan dan penandatanganan kedaulatan di Jakarta. Sumber Antarafoto

Johannes Leimena merupakan pemikir paling berpengaruh dalam bidang kesehatan masyarakat pada masa kepemimpinan Presiden Soekarno. Leimena menjabat sebagai Menteri Kesehatan sejak tahun 1947 sampai 1956 (kecuali dalam kabinet pertama Ali Sastroamidjojo 1953-1955). Dia berupaya mencapai kesesuaian antara visi Sukarno tentang kesehatan yang berkaitan dengan pembangunan bangsa dan definisi kesehatan dari WHO. Sebagai pemikir eklektik, ia berusaha mengevaluasi model kesehatan masyarakat dari berbagai negara dan menyesuaikan model tersebut dengan kondisi Indonesia. Leimena berpendapat bahwa pembangunan kesehatan dan sosial ekonomi masyarakat saling menguatkan satu sama lain. Dengan kata lain, tingkat pembangunan sosial dan ekonomi yang optimal hanya dapat dicapai dengan adanya kesehatan yang baik. Leimena terkenal dengan pendapatnya yang menyebutkan bahwa penyakit dan kemiskinan merupakan lingkaran setan. Orang yang sakit menjadi miskin dan pemiskinannya memperparah penyakitnya. Meningkatkan kondisi sosial-ekonomi masyarakat dengan sendirinya

akan menjamin perkembangan standar kesehatan dasar. Bangsa yang sehat tercermin dari kesejahteraan fisik dan mental penduduknya. Karena perawatan kuratif mahal dan hanya tersedia pada bagian yang sangat kecil dari populasi yang tinggal di daerah perkotaan, Leimena sangat menekankan pada pekerjaan profilaksis-kebersihan (pencegahan dini), terutama di daerah pedesaan, yang dihuni oleh hampir 90% dari masyarakat Indonesia. Dia mengkonseptualisasikan desa sebagai unit administrasi mandiri, yang mampu mendanai kegiatan kesehatannya sendiri. Penduduk desa akan didekati tidak hanya untuk pekerjaan kebersihan yang bersifat pencegahan, tetapi juga dilakukan tindakan kesehatan kuratif seperti misalnya pengobatan pada penderita *frambusia* dengan metode pengobatan barat di mana hasil nyata dari pengobatan langsung terlihat pada penderita.¹⁷

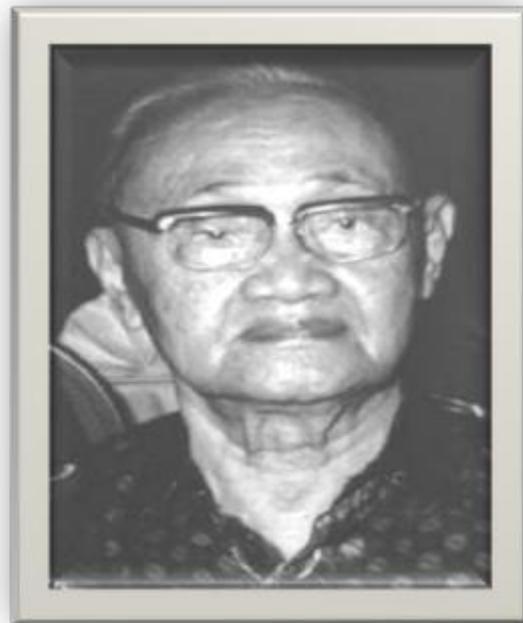
Inti pemikiran Leimena tentang kesehatan tertuang dalam dokumen Rencana Bandung atau “Bandung Plan” yang dirumuskan tahun 1951. Sebuah program ambisius yang berusaha mengintegrasikan kegiatan kesehatan preventif dan kuratif melalui pembentukan poliklinik desa dan puskesmas kecamatan di bawah arahan dokter kabupaten. Pada tahun 1953, setahun sebelum perluasan Rencana Bandung di seluruh Indonesia, WHO menawarkan kepada Leimena untuk mempelajari organisasi kesehatan masyarakat di Norwegia, Inggris, Yugoslavia, Mesir, India dan Singapura. Pemikiran Leimena tentang kesehatan dipengaruhi oleh sistem kesehatan Norwegia yang bertujuan meningkatkan standar hidup masyarakat melalui nutrisi dan memperbaiki kondisi mereka di tempat kerja.¹⁸ Dalam bukunya *Public Health in Indonesia: Problems and Planning* yang diterbitkan pada tahun 1956, Leimena mengemukakan bahwa kegiatan kesehatan yang dilakukan tanpa memperbaiki kondisi sosial dan ekonomi dapat menciptakan ketidakseimbangan dalam masyarakat. Sebagai Menteri Distribusi Publik pada tahun 1958, Leimena menganggap bahwa makanan bergizi dalam jumlah dan kualitas yang memadai sangat penting bagi kesehatan ibu hamil dan anak-anak juga dapat memastikan produktivitas pekerja. Leimena melihat persoalan nutrisi sebagai persoalan kelangkaan. Ia berpendapat, untuk mengatasi kekurangan gizi dan kalori, Indonesia perlu mewujudkan swasembada beras. Konsumsi beras per kapita Indonesia adalah 84 kg sebelum Perang Dunia II dan 93 kg pada akhir 1950-an. Namun, negara ini mengalami pertumbuhan populasi 1,7 hingga 2% per tahun pada akhir 1950-an yang melampaui produksi pangannya. Indonesia mengompensasi kekurangan produksi berasnya melalui impor. Leimena berpendapat bahwa Indonesia bisa swasembada beras dengan memaksimalkan produksi dan distribusi untuk memberi makan penduduk yang terus bertambah.

¹⁷Viveek Neelakantan, Op. Cit., hal. 52-53.

¹⁸Ibid. hal. 54.

Ia membayangkan membangun kapasitas produksi beras Indonesia melalui intensifikasi penanaman padi di pulau Jawa dan pertanian lahan kering ekstensif di luar Jawa, misalnya Kalimantan dan Sumatera, sebagai sarana untuk mencapai kemampuan berdiri di atas kaki sendiri.¹⁹

Pada tahun 1951, untuk menyelaraskan kebijakan pangan dan gizi pemerintah membentuk bentuk Panitia Negara Perbaikan Makanan yang bertugas memberikan pertimbangan dalam masalah makanan dan kesehatan dengan menentukan kebijakan pangan yang memenuhi persyaratan gizi. Kepanitiaan tersebut dilanjutkan menjadi Dewan Bahan Makanan yang kedudukannya setingkat dengan kementerian. Di daerah dibentuk Panitia Negara Perbaikan Makanan Daerah yang merupakan gabungan dari dinas-dinas pemerintah daerah dan masyarakat yang bertugas memberikan pendidikan gizi secara teori dan praktek.



Gambar 2.5. Lembaga Eijkman dan Prof Poorwo Soedarmo. Sumber Antarafoto

Menteri Kesehatan Dokter Johannes Leimena mengangkat Prof. Poorwo Soedarmo sebagai kepala Lembaga Makanan Rakyat (LMR), yang sebelumnya lebih dikenal sebagai *Instituut Voor Volksvoeding* (IVV) yang merupakan bagian dari Lembaga Penelitian Kesehatan yang dikenal sebagai Lembaga Eijkman. Pada tahun 1951, Lembaga Makanan Rakyat mendirikan Sekolah Juru Penerang Makanan, yang menandai dimulainya pengkaderan tenaga gizi Indonesia. Sekolah itu merintis berbagai program gizi nasional berupa penyuluhan gizi, pendidikan tenaga gizi, dan

¹⁹Ibid. hal. 55.

penanggulangan masalah gizi. Istilah Gizi dan Ilmu Gizi baru dikenal di Indonesia sebagai terjemahan kata "Nutrition" dan "Nutrition Science". Pertama kali istilah itu dikenalkan oleh Prof. Djuned Puspongoro, dalam pidato pengukuhan sebagai guru besar ilmu penyakit anak di Fakultas Kedokteran UI tahun 1952. Setelahnya, secara resmi kata atau istilah gizi digunakan sebagai terjemahan dari "Nutrition". Pengesahan kata Gizi dan Ilmu Gizi sebagai terjemahan dari Nutrition dan Nutrition Science, dilakukan oleh Lembaga Bahasa Indonesia UI pada tahun 1957, di masa kepemimpinan DR. Haryati Soebadio.²⁰

Lembaga Makanan Rakyat juga mempelopori dibentuknya Lembaga Teknologi Makanan Departemen Pertanian dan membuka jurusan teknologi makanan di fakultas pertanian ataupun fakultas teknologi makanan. Penelitian-penelitian terkait dengan penyempurnaan daftar makanan, angka baku kecukupan gizi, masalah dan perbaikan gizi pun dilakukan. Kekurangan tenaga ahli gizi membuat Lembaga Makanan Rakyat juga membuka sekolah ahli diet di Jakarta dan Sekolah Juru Penerang Makanan di Pasar Minggu. Dengan pertimbangan bahwa tugas memberikan penerangan perbaikan gizi di Indonesia hanya bisa dilakukan oleh tenaga dari dalam negeri yang memiliki pengetahuan yang cukup tentang masyarakat Indonesia dan kondisi sosial masyarakat Indonesia. Lulusan dari kedua sekolah tersebut menjadi tenaga pelopor yang ditugaskan ke berbagai kementerian dan kelompok masyarakat untuk memberikan penerangan mengenai gizi. Dalam perkembangannya, pada 1 maret 1957, didirikan Akademi Pendidikan Nutrisionis di Bogor. Lembaga pendidikan tersebut bekerja sama dengan Fakultas Pertanian dan Kehewan di Bogor guna melakukan penelitian-penelitian yang mampu meningkatkan aspek produksi dalam upaya peningkatan gizi. Lulusan dari akademi tersebut ditugaskan ke Lembaga Makanan Rakyat, Dinas Kesehatan Provinsi dan Rumah Sakit Umum Pusat.²¹

Penelitian-penelitian yang dilakukan di Lembaga Pasteur, Lembaga Eijkman, Lembaga Makanan Rakyat ataupun Lembaga Ilmu Pengetahuan, pada saat itu mengutamakan penelitian gizi rakyat, kebersihan/hygiene sosial, kesejahteraan ibu dan anak serta kesehatan masyarakat desa. Usaha kesehatan di sekolah dilakukan dengan memberikan perbaikan gizi, kegiatan kebersihan lingkungan sekolah, pemeriksaan kesehatan, vaksinasi, imunisasi, dan pengobatan ringan. Usaha peningkatan kesehatan masyarakat dilakukan pemerintah dengan memberikan bimbingan teknis dan bantuan yang melibatkan partisipasi dari masyarakat secara bersama-sama dan swadaya

²⁰Tim Penyusun Naskah Akademik Sistem Pendidikan Tenaga Gizi, "Naskah Akademik Sistem Pendidikan Tenaga Gizi" (AIPGI dan PERSAGI, Jakarta, 2014), hal. 3.

²¹ Ibid. hal.35

untuk mewujudkan kesehatan masyarakat. Masyarakat dibekali petunjuk praktis mengenai kesehatan dan pengetahuan kesehatan yang diajarkan oleh petugas kesehatan desa. Petugas kesehatan juga mendatangi rumah warga, memberikan petunjuk langsung mengenai makanan, minuman, kebersihan dan pengobatan. Upaya perbaikan makanan rakyat dilakukan dengan cara membantu ibu-ibu menyusun menu makanan sehat sesuai dengan kemampuan rumah tangganya dengan petunjuk praktis yang telah di buat oleh ahli gizi dari hasil penelitian yang telah dilakukan. Daftar menu makanan sehat terus dilakukan pengembangan serta penelitian untuk penyempurnaan isi dalam daftar bahan makanan sehat tersebut. Masyarakat disarankan untuk menanam tanaman yang bermanfaat di pekarangan dan menggalakkan pemeliharaan unggas dan sumber protein hewani lainnya.

Sarana kesehatan masyarakat diperluas dengan dibangunnya pusat kesehatan masyarakat di tingkat kecamatan, dengan Balai Kesejahteraan Ibu dan anak serta poliklinik berada di dalamnya. Pusat kesehatan masyarakat percontohan di dirikan di beberapa tempat. Diantaranya, kecamatan Cikarang di Bekasi, Kecamatan Mojosari di Jawa Timur, Kecamatan Salaman di Magelang, Kecamatan Bojongloa di Bandung, Kecamatan Kasemen di Denpasar, Kecamatan Metro di Lampung, Indrapura di Sumatera Utara, Kotaraja di Banda Aceh, Godean di Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta, dan Barabai di Kalimantan Selatan. Pusat kesehatan masyarakat tersebut menjadi tempat tenaga kesehatan dilatih sebelum ditugaskan menjadi tenaga penerang kesehatan masyarakat.

Pendidikan gizi yang diberikan kepada masyarakat umum dilakukan oleh ahli gizi melalui bagian Kesejahteraan Ibu dan Anak di tingkat provinsi. Diteruskan di tingkat kabupaten, dilakukan oleh Juru Penerang Makanan yang mendampingi bidan untuk memberikan pendidikan gizi kepada Ibu. Penerangan gizi kepada masyarakat umum juga dilakukan melalui media pers dan radio yang diselenggarakan oleh berbagai organisasi. Slogan “Empat Sehat Lima Sempurna” diperkenalkan, setiap tahun diadakan hari gizi atau pekan gizi nasional yang dilakukan secara serentak dengan tema yang telah di tentukan oleh Lembaga Makanan Rakyat sesuai dengan peristiwa aktual yang sedang terjadi, semisal Pekan Olahraga Nasional, hari Ibu, Ganefo, dan Asian games. Pelaksanaan hari gizi tersebut melibatkan partisipasi masyarakat dengan tujuan mempopulerkan ilmu gizi kepada masyarakat. Pelaksanaan program kegiatan tersebut juga bekerjasama dengan kementerian pertanian untuk program peningkatan produksi pangan.

Kerjasama antar lembaga pendidikan kementerian dan organisasi masyarakat mempercepat proses transformasi pengetahuan mengenai gizi kepada rakyat. Panitia Perbaikan Makanan Rakyat Daerah menjadi organisasi paling aktif dalam melakukan penyuluhan gizi secara praktik. Perekrutan kader dari berbagai golongan masyarakat sangat berpengaruh bagi kelancaran program. Organisasi wanita, guru, pegawai pemerintah daerah, pekerja sosial dan lain sebagainya adalah kunci keberhasilan penyuluhan gizi pada masyarakat.²² Panitia Perbaikan Makanan Rakyat menjadikan daerah Giritontro yang berada di kabupaten Wonogiri, Jawa Tengah menjadi proyek percontohan nasional untuk program perbaikan makanan rakyat. Daerah Giritontro yang sebelumnya tandus, berubah menjadi daerah yang makmur. Dengan memberikan pengetahuan tentang makanan dan gizi serta kesejahteraan keluarga, masyarakat Giritontro mulai bergotong royong dengan membuat teras bertingkat di perbukitan, menanaminya dengan pisang dan kacang-kacangan, melakukan gerakan pemerah susu kambing untuk memenuhi kebutuhan protein serta membuat kolam-kolam ikan di pekarangan ataupun sekolah, membuat peternakan kecil untuk memelihara unggas, kelinci ataupun kambing. Dengan makanan pokok berupa *gaplek*, masyarakat Giritontro sudah tidak lagi kekurangan gizi.

2.7. Masa Demokrasi Terpimpin / Periode 1960-1965

Awal tahun 1960 pemerintah membuat program diversifikasi pangan dengan nama Operasi Makmur. Tujuannya meningkatkan produksi pangan bukan beras. Operasi yang dilakukan merupakan program gabungan dari berbagai kementerian. Diluncurkan pula gerakan mengganti beras dengan jagung sebagai bagian dari program Revolusi Makanan Rakyat (RMR). Gerakan ini didukung dengan penyuluhan gizi yang waktu itu disebut sebagai Operasi Buta Gizi. Operasi Buta Gizi dilanjutkan programnya menjadi Usaha Perbaikan Gizi keluarga di tahun-tahun setelahnya. Kampanye itu diluncurkan dalam jamuan makan di Istana Bogor pada 12 Juli 1964 di mana beras tidak dijadikan menu yang disajikan dalam jamuan.

2.8. Masa Transisi 1966 - 1970

Periode setelah tahun 1965 dalam sejarah Republik Indonesia kerap dinamakan sebagai periode transisi. Tanggal 1 Agustus 1966 Kabinet Ampera dibentuk oleh Presidium Kabinet, yang dipimpin oleh Jenderal Suharto atas persetujuan Presiden Sukarno. Dalam situasi yang buruk, pelaksanaan program “Sapta Usaha Kesehatan” yang digagas pemerintah mengenai pangan, sandang, perumahan, medik preventif, medik kuratif, obat-obatan dan pendidikan belum sepenuhnya

²²Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia*, Jilid II (Depkes RI, Jakarta:1980), hal. 139.

dapat terlaksana. Upaya kesehatan yang dilakukan hanyalah pembinaan dan peningkatan pemberantasan wabah penyakit.²³ Terlebih adalah upaya pemberantasan penyakit cacar.

Pada kesempatan rapat kerja inspektur kesehatan nasional yang dilaksanakan 14-16 September 1966, menteri kesehatan Prof. dr. G.A Siwabessy menyampaikan garis besar kebijakan departemen kesehatan dengan tujuan pokok yaitu stabilisasi sosial politik dan stabilisasi sosial ekonomi dengan empat tahapan yaitu penyelamatan, rehabilitasi, konsolidasi dan stabilisasi. Tahapan tersebut bertujuan untuk menghilangkan rasa acuh rakyat dan membangkitkan kembali rasa kepercayaan rakyat pada pemerintah dan aparat pemerintah lainnya. Membuka kembali hubungan dengan negara tetangga dan lembaga internasional berkait dengan program departemen kesehatan. Pada tanggal 14 November 1967, bersama WHO dan UNICEF, Menteri Kesehatan menetapkan rencana induk usaha kesehatan secara integral di Indonesia. Rencana itu ditandatangani bersama pada 29 Januari 1969. Setiap tahun disusun rencana kegiatan tertentu dengan menguraikan sasaran secara kuantitatif dan geografis. Rencana kegiatan tahunan ini dipergunakan sebagai dasar mendapatkan bantuan dari WHO dan UNICEF.

Indonesia masuk kembali ke dalam keanggotaan PBB pada tahun 1967. Program bantuan dari UNICEF untuk usaha perbaikan gizi kembali berjalan. Kegiatan penanganan gizi disempurnakan organisasinya dan dikenal dengan istilah Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPKG) yang diperluas ke seluruh Indonesia. Pada tahun 1967 diadakan pelatihan-pelatihan ilmu gizi yang pertama. Pada tahun 1968, LIPI memprakarsai workshop yang membahas masalah pangan di Indonesia, workshop ini di hadiri oleh akademisi dan ahli dari berbagai disiplin ilmu yang berasal dari Indonesia dan *National Academy of Sciences* dari Amerika Serikat. Pada tahun 1968 *workshop on food* yang selanjutnya menjadi Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG), dilaksanakan secara periodik setiap 4 tahun sekali semenjak tahun 1973 dan diselenggarakan oleh LIPI.

Pada tanggal 6 Juni 1968, sebuah kabinet baru dibentuk dengan nama Kabinet Pembangunan, yang bertugas menyusun dan melaksanakan rencana pembangunan lima tahun yang dimulai pada 1 April 1969 dan berakhir pada 31 maret 1974. Pembangunan lima tahunan ini dirancang berdasar pada pembangunan jangka panjang selama 25 tahun yang tercantum dalam garis besar haluan negara (GBHN) yang dikoordinasikan oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS).

²³Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia*, Jilid III (Depkes RI, Jakarta: 1980), hal. 7.

2.9. Masa Orde Baru / Periode 1970-1990

Prioritas usaha perbaikan gizi pada periode 1970 sampai 1990 diberikan kepada bidang pendidikan dan penelitian gizi dengan mengembangkan Program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK). Program juga mengutamakan usaha pendidikan/penyuluhan gizi dan penelitian gizi dengan kerjasama dengan Universitas/Lembaga-lembaga Penelitian. Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPKG) telah berkembang di 8 Provinsi yang meliputi 39 Kabupaten, 239 Kecamatan dan 1.582 Desa. UPGK melakukan pelatihan tentang masalah gizi dan hubungannya dengan aspek-aspek kehidupan lainnya bagi 19.285 orang petugas dari berbagai instansi (3.285 petugas Departemen Kesehatan dan 16.000 petugas dari instansi lain). Usaha untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat terhadap masalah gizi juga dilakukan melalui kegiatan-kegiatan seminar, latihan-latihan, penerbitan buku-buku, pembuatan selebaran, bimbingan teknis, konsultasi dan penyuluhan di desa-desa. Untuk kegunaan tersebut telah disebarluaskan sebanyak 169.000 selebaran, 30.000 poster dan 5.390 buku. Penyuluhan gizi di desa-desa, mencapai kurang lebih 533.000 pengunjung.

Pemerintah memajukan berbagai macam penelitian gizi seperti penelitian anemia gizi, gizi anak sekolah, penelitian bahan makanan, teknologi, bahan-bahan peragi, *alfatoxin*, serta pola konsumsi makanan yang dilakukan di daerah Bogor, Pontianak, Samarinda dan Mataram. Hasil-hasil penelitian ini telah dipublikasikan dalam bentuk buku/majalah oleh Balai Penelitian Gizi Bogor dan sebagian telah disampaikan pada konferensi internasional yang diadakan di Belanda, Inggris, Jepang, Belgia, Filipina dan India. Survei penyakit gondok endemik dilakukan terhadap 2009 orang di Sumatera Utara, 3537 orang di Sumatera Barat dan 3831 orang di Jawa Timur.

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 125/1975 dan No. 114/1975, dibentuk Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan yang sebelumnya adalah Direktorat Jenderal Farmasi, yang bertugas dalam bidang pengawasan obat, makanan dan kosmetika berdasar kebijakan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Dalam tahun 1975/1976, dilakukan pembangunan laboratorium pemeriksaan obat dan makanan di pusat dan daerah. Usahnya dilaksanakan melalui projek-projek peningkatan keamanan obat, makanan dan minuman, kosmetika, narkotika dan bahan obat berbahaya, serta obat tradisional. Tujuan pembangunan laboratorium tersebut adalah pemeriksaan dan pengawasan terhadap obat-obatan, makanan, minuman dan kosmetika yang beredar.

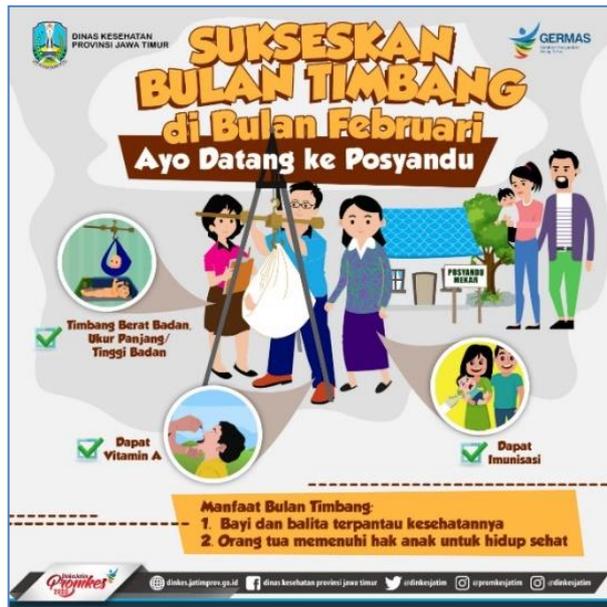
Usaha Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dilakukan pada berbagai macam penyakit dan cara pemberantasannya, pengobatan, serta mengenai penyelenggaraan program kesehatan masyarakat di desa dan berbagai kegiatan lainnya. Adapun dalam penelitian gizi, kegiatan yang telah dilaksanakan dalam tahun 1975 diantaranya penelitian pemberian pil zat besi, masalah gondok, masalah energi pada pekerja dan masalah asam amino.

Beberapa hasil yang dapat dicatat dari usaha ini adalah pencegahan defisiensi Vitamin A meliputi sekitar 300 ribu anak-anak pra-sekolah, pencegahan gondok endemik di Sumatera Barat, Sumatera Utara, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Bali. Berbagai kegiatan penyuluhan dan usaha perbaikan menu makanan rakyat sesuai dengan Instruksi Presiden No. 14 tahun 1974 juga dilakukan. Pada Juli 1974 diselenggarakan Konferensi Kerja Nasional Perbaikan Menu Makanan Rakyat. Peserta terdiri dari wakil-wakil Kesejahteraan Rakyat Provinsi, pimpinan harian Badan Perbaikan Gizi Daerah (BPGD), Departemen-departemen, organisasi masyarakat dan Universitas, dengan peninjau-peninjau dari FAO, UNICEF, WHO, UNDP, UNESCO dan World Bank.

Dalam proyek pencegahan defisiensi vitamin A, kegiatan yang dilakukan berupa pemberian vitamin A kepada 453 ribu lebih anak-anak umur 1 - 4 tahun. Sampai dengan Oktober 1975 kegiatan ini telah dilakukan di 3 provinsi, yaitu Jawa Tengah, Jawa Timur dan Jawa Barat, disertai dengan pengumpulan data pokok dari 35 kecamatan baru. Dilakukan penyuntikan Lipiodol terhadap 300 ribu penduduk sebagai upaya pencegahan gondok endemik dalam tahun 1975. Dalam rangka penanggulangan gizi anak pra-sekolah, suatu Lokakarya Standarisasi Anthropometrik Gizi Anak Pra-Sekolah telah diselenggarakan pada tanggal 29 Mei 1975 di Jakarta, yang membahas masalah penanggulangan gizi anak pra-sekolah.

Pengumpulan *baseline data* dilakukan di 10 propinsi yang meliputi 24 kabupaten (50 kecamatan). Sasaran proyek pembinaan gizi dalam tahun 1978 adalah peningkatan pelaksanaan proyek-proyek gizi baik di pusat maupun di daerah. Pelaksanaan bimbingan gizi intensif, penyebaran bacaan tentang gizi, penyuluhan dan kursus-kursus gizi dilakukan di beberapa provinsi, dan merupakan kegiatan yang telah dilaksanakan sampai tahun 1978.

2.10. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)



Gambar 2.6. Leaflet mengenai Bulan Timbang Februari di Posyandu. Sumber Dinkes Jatim

Untuk meningkatkan kesehatan perempuan dan anak-anak, Pada 1986 pemerintah membuat program Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), yang kemudian dibentuk di desa-desa. Posyandu mempunyai lima program, yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), peningkatan gizi, penanggulangan diare, dan imunisasi. Dalam perkembangannya Posyandu juga dimanfaatkan untuk pelayanan ibu hamil, lansia, serta promosi dan distribusi vitamin A, garam yodium, dan suplemen gizi lainnya. Posyandu menjadi deteksi dini terhadap kasus-kasus kekurangan gizi pada ibu, bayi dan anak-anak. Posyandu berperan memberikan vaksin dan makanan suplemen tambahan kepada bayi dan anak-anak.

Posyandu berperan memberikan vaksin dan makanan suplemen tambahan kepada bayi dan anak-anak. Posyandu menjadi garda terdepan dalam upaya pengendalian dan pencegahan berbagai penyakit di masyarakat dengan adanya sosialisasi tentang kesehatan dan pemberian imunisasi pada anak. Program peningkatan gizi dilakukan melalui kegiatan penyuluhan gizi masyarakat, gerakan sadar gizi atau program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), pembinaan dan peningkatan keadaan gizi kelompok atau dikenal dengan Usaha Perbaikan Gizi Institusi (UPGI), upaya fortifikasi bahan pangan atau memperkaya mutu gizi bahan makanan (misal dengan garam yodium, vitamin A dan zat besi), serta peningkatan penerapan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG) atau kegiatan pemantauan perkembangan keadaan gizi masyarakat.

2.11. Periode 1990-2000

Keberhasilan swasembada beras yang tercapai pada tahun 1984 membawa dampak nyata yaitu meningkatnya pendapatan petani, dan terpenuhinya kebutuhan pangan serta meningkatnya kualitas gizi masyarakat. Sampai dengan 1990-an, swasembada pangan beras dapat terus dipertahankan. Bahkan penyediaan pangan lainnya yang berasal dari palawija, hortikultura, peternakan dan perikanan juga turut meningkat. Pada akhir Pembangunan Jangka Panjang I, disamping pengadaan dan harga beras yang makin stabil, keadaan pangan dan gizi penduduk juga semakin baik. Ketersediaan beras meningkat dari rata-rata 96,47 kilogram per orang per tahun

pada tahun 1968 menjadi 148,85 kilogram per orang per tahun pada tahun 1994. Ketersediaan pangan yang cukup tersebut menjadikan Indonesia tergolong sebagai negara berkembang yang memiliki ketahanan pangan yang baik berdasarkan penilaian Badan Pangan Dunia (FAO).

Persediaan energi rata-rata juga meningkat dari 2.035 kilokalori per orang per hari menjadi 2.933 kilokalori per orang per hari pada kurun waktu yang sama. Keadaan gizi rakyat juga semakin baik, yang dicerminkan antara lain dengan berat badan anak balita dalam kurun waktu 14 tahun antara tahun 1978 dan 1992 meningkat rata-rata 0,5 kilogram dan tinggi badan anak sekolah bertambah rata-rata 2,3 centimeter. Sementara itu kebutaan akibat kekurangan vitamin A telah tertanggulangi.²⁴

Pada tahun 1993, program perbaikan gizi yang mengadopsi ketetapan yang dihasilkan dalam Konferensi Pangan Sedunia yang diselenggarakan oleh Organisasi Pangan dan Pertanian Dunia (FAO) diluncurkan. Dalam konferensi pangan sedunia yang berlangsung di Roma pada tahun 1992, isu mengenai gizi telah menjadi pembahasan penting. Dunia telah menghadapi pola makan yang berubah, banyak negara tidak lagi bermasalah dengan kekurangan gizi dan anak-anak yang kurus, melainkan kelebihan berat badan dan/atau obesitas. Dalam konferensi tersebut ditetapkan semua negara berkembang yang menggunakan pedoman “*basic four*” didorong untuk menyempurnakannya menjadi “*nutrition guide for balance diet*” atau Pedoman Gizi Seimbang (PGS).²⁵

Program diversifikasi pangan dibuat pada tahun 1994. Program ini merupakan program pokok yang ditujukan untuk menggali dan meningkatkan penyediaan berbagai komoditas pangan sehingga terjadi penganekaragaman konsumsi pangan oleh masyarakat. Untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan berbagai kegiatan, antara lain peningkatan usaha diversifikasi pangan baik diversifikasi horizontal maupun diversifikasi vertikal. Diversifikasi secara horizontal dilaksanakan melalui pemanfaatan sumber daya yang beraneka ragam sehingga penyediaan pangan non beras dan sumber protein cukup tersedia. Sementara itu diversifikasi secara vertikal dilaksanakan melalui pengembangan berbagai hasil olahan pangan.

²⁴Sekretariat Negara Republik Indonesia, “*Pidato Kenegaraan Presiden Republik Indonesia Soeharto, Di Depan Sidang Dewan Perwakilan Rakyat 16 Agustus 1995*”, (Bappenas-Jakarta, 1995), hal. 14

²⁵M.F Mukhti, “*Penting Memahami Stunting*”, <https://historia.id/sains/articles/penting-memahami-stunting-vqje0>, diakses pada 5 September 2020.

Salah satu bentuk kegiatannya adalah pemanfaatan pekarangan serta Gerakan Sadar Pangan Dan Gizi (GSPG). Pelaksanaan program tersebut telah menyalurkan bantuan paket teknologi pemanfaatan pekarangan sebanyak 25 ribu paket untuk 1100 Kelompok Wanita Tani (KWT) dan penyediaan paket pembinaan kebun sekolah dasar pada 307 sekolah dasar yang tersebar di seluruh Indonesia. Penyuluhan dan penyebarluasan informasi mengenai diversifikasi pangan dan gizi dalam kegiatan GSPG dilakukan melalui kunjungan kepada anggota Kelompok Tani Wanita juga melalui media.

Untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan petani dan nelayan, produsen pangan olahan, pedagang kecil dan menengah di bidang pangan, juga untuk mengembangkan kemampuan petugas pemerintah di bidang analisis harga, produksi, distribusi dan perdagangan serta pengolahan pangan, pada tahun 1995 telah dilaksanakan pelatihan dan penyuluhan pangan dan gizi bagi 100 orang pendidik sekolah dasar dan menengah, pelatihan 100 orang pedagang makanan jajanan, 189 orang pelatih teknis di tingkat propinsi, 760 orang petugas penyuluhan, dan pelatihan 810 orang kader pangan dan gizi. Kegiatan tersebut telah meningkatkan kemampuan dan keterampilan masyarakat maupun aparat pemerintah.

Pemerintah melaksanakan Gerakan Memasyarakatkan Aku Cinta Makanan Indonesia (GEMA ACMI) Dalam rangka menggali dan mengembangkan makanan tradisional, yang juga merupakan tindak lanjut dari peringatan Hari Pangan Sedunia ke XII tahun 1994 di Jakarta. Pelaksanaan kegiatan GEMA ACMI bertujuan untuk menggali kekayaan makanan dan pangan Indonesia serta membudayakan masyarakat untuk lebih menikmati dan mencintai makanan Indonesia. Pada tahun 1995 telah dihasilkan pedoman umum GEMA ACMI yang disusun berdasarkan kajian di lima propinsi, yaitu: D.I. Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, D.I. Yogyakarta dan Sulawesi Selatan.

Upaya perbaikan gizi dilaksanakan melalui satu program pokok, yaitu Program Perbaikan Gizi, yang ditunjang oleh program pendidikan dan pelatihan gizi; program pengawasan makanan dan minuman; program penelitian dan pengembangan gizi; dan program diversifikasi pangan, serta program pembangunan lainnya di sektor pendidikan, kependudukan dan keluarga sejahtera, agama, industri, dan perdagangan. Program tersebut dilaksanakan melalui kegiatan (1) penyuluhan gizi masyarakat; (2) usaha perbaikan gizi keluarga (UPGK); (3) usaha perbaikan gizi institusi (UPGI); (4) upaya fortifikasi bahan pangan, dan (5) peningkatan penerapan sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG).

Penyuluhan gizi masyarakat ditujukan untuk memasyarakatkan pengetahuan gizi secara luas, menanamkan sikap dan perilaku yang mendukung kebiasaan hidup sehat dengan mengonsumsi makanan yang bermutu gizi seimbang bagi seluruh keluarga dan masyarakat baik di perkotaan maupun di pedesaan. Mendorong penganekaragaman konsumsi pangan, dan melestarikan serta mengembangkan keanekaragaman makanan tradisional, serta memasyarakatkan pedoman umum gizi seimbang (PUGS). Kegiatan penyuluhan gizi masyarakat dilaksanakan melalui ceramah-ceramah umum, pameran, berbagai perlombaan di desa yang didukung oleh penyampaian pesan-pesan dan informasi melalui media masa cetak dan elektronik serta media tradisional. Pada tahun 1995 telah disusun konsep buku pedoman yaitu pedoman umum gizi seimbang (PUGS) yang berisikan 13 pesan penting untuk masyarakat luas mengenai cara membiasakan diri untuk memilih dan mengonsumsi makanan bernilai gizi seimbang yang tidak membahayakan kesehatan. Sebelum disebarluaskan kepada masyarakat, pada tahun 1995 PUGS disebar secara terbatas kepada petugas penyuluh gizi, baik yang berasal dari pemerintah maupun swasta. Sejalan dengan itu telah diadakan pelatihan pemanfaatan PUGS kepada 52 orang yang akan menjalankan dan mengembangkan penyuluhan gizi dari kalangan pemerintah dan masyarakat.

UPGK adalah gerakan sadar gizi yang bertujuan memacu masyarakat terutama di pedesaan agar mampu mencukupi kebutuhan gizinya melalui pemanfaatan aneka ragam pangan sesuai kemampuan ekonomi keluarga dan lingkungan setempat. Melalui UPGK diharapkan terjadi peningkatan pemahaman dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi bagi kesehatan dan kesejahteraan keluarga, serta masyarakat semakin aktif berperan untuk menanggulangi masalah kekurangan gizi. Sasarannya adalah seluruh anggota keluarga di pedesaan terutama wanita pranikah, ibu hamil, ibu menyusui, bayi, dan anak balita. Kegiatan UPGK meliputi penyuluhan gizi masyarakat pedesaan, pelayanan gizi di posyandu, dan peningkatan pemanfaatan lahan pekarangan.

Pada tahun 1995 telah dilaksanakan kegiatan penyuluhan secara teratur pada 30 ribu orang kader dari berbagai kelompok masyarakat. Salah satu kelompok masyarakat yang sangat potensial untuk menyebarkan penyuluhan gizi di pedesaan adalah kelompok wanita pengajian dan organisasi wanita keagamaan yang melaksanakan kegiatan kelangsungan hidup, pengembangan dan perlindungan ibu dan anak (KHPPIA) di bawah binaan Departemen Agama dan Departemen Kesehatan. Sampai dengan tahun 1995 secara keseluruhan telah dibina sebanyak 82.943 kelompok KHPPIA dari seluruh Indonesia. Selain itu, pada tahun 1995 melalui kelompok petani dan nelayan dilatih 100 kontak tani nelayan andalan (KTNA) untuk menyebarkan penyuluhan

gizi kepada kelompok tani binaannya masing-masing di seluruh provinsi. Pelayanan gizi di posyandu merupakan salah satu kegiatan UPGK yang bertujuan untuk melayani gizi ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan anak balita, yang dilaksanakan oleh para kader PKK atau kader gizi dengan dibantu oleh tenaga teknis kesehatan. Posyandu dikelola oleh lembaga kemasyarakatan setempat terutama oleh PKK dengan pembinaan dari berbagai sektor terutama sektor kesehatan dan keluarga berencana (KB). Jumlah posyandu yang melakukan kegiatan pelayanan gizi telah mencapai 250.262 buah pada tahun 1995 dengan cakupan 25.026.200 anak balita pada periode tersebut.

Kegiatan pelayanan gizi di posyandu meliputi pemantauan tumbuh kembang anak melalui penimbangan berat badan anak secara teratur dengan menggunakan kartu menuju sehat (KMS), penyuluhan gizi ibu dan anak, pemberian kapsul vitamin A kepada anak balita, pemberian tablet zat besi kepada ibu hamil, dan pemberian kapsul iodium kepada penduduk yang tinggal di daerah endemik. Dalam penyuluhan gizi ditekankan pentingnya pemberian Air Susu Ibu (ASI) kepada bayi, dan pemberian makanan tambahan pendamping ASI.

Dalam rangka penanggulangan Gangguan Akibat Kurang Iodium (GAKI), mulai tahun 1993 untuk daerah rawan GAKI dibagikan kapsul iodium kepada ibu hamil melalui posyandu dan kepada anak sekolah dasar melalui sekolahnya masing-masing. Pada tahun 1995 tercatat sebanyak 12,4 juta penduduk yang memperoleh kapsul. Pemberian kapsul iodium merupakan pengganti dari suntikan preparat iodium yang pada waktu-waktu sebelumnya telah diberikan melalui puskesmas. Penanggulangan GAKI dengan pemberian kapsul iodium diharapkan ditunjang dengan pemakaian garam beriodium oleh masyarakat dalam konsumsinya sehari-hari. Untuk itu pada tahun 1995 upaya produksi, distribusi dan pengawasan garam beriodium lebih ditingkatkan dengan diterbitkannya Keppres No.69 tahun 1994 tentang pengadaan garam beriodium.

Dalam rangka menanggulangi masalah anemia gizi besi (AGB), pada tahun 1995 cakupan pemberian tablet besi bagi ibu hamil yang berisiko tinggi sekitar 2,5 juta ibu hamil. Pemberian tablet zat besi ini juga dilakukan melalui posyandu dan diutamakan bagi ibu-ibu hamil yang tinggal di desa tertinggal. Untuk mempermudah masyarakat mendapatkan tablet zat besi secara mandiri disediakan tablet zat besi pada pos obat desa (POD) dan warung-warung yang ada di perdesaan. Untuk menanggulangi AGB pada anak balita, pada tahun 1995 dilakukan uji coba pemberian sirup

zat besi bagi anak balita.²⁶ Oleh karena efektivitas jangka panjang penanggulangan AGB sangat tergantung pada peningkatan konsumsi bahan pangan yang kaya akan zat besi, maka pemberian tablet zat besi didukung oleh kegiatan penyuluhan gizi yang dilaksanakan secara intensif.

Dalam hal penanggulangan kurang vitamin A (KVA), Indonesia telah berhasil menanggulangi masalah kebutaan akibat kurang vitamin A. Sejak 1992 kebutaan akibat kurang vitamin A bukan lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Dalam rangka mempertahankan dan melestarikan keberhasilan penanggulangan kebutaan akibat KVA, dalam tahun-tahun selanjutnya pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi kepada anak balita dan ibu nifas terus dilanjutkan. Dalam rangka terus mengupayakan penurunan prevalensi kurang energi protein (KEP) pada balita, melalui penyuluhan dan pelayanan gizi di posyandu, pada tahun 1995 dengan swadaya masyarakat digalakkan pemberian makanan tambahan pendamping ASI untuk bayi dan makanan anak balita dengan menggunakan tempe dan ikan sebagai sumber protein. Selain itu digalakkan pula keterpaduan antara upaya intensifikasi pemanfaatan pekarangan dengan kegiatan penyuluhan gizi dan pemberian makanan tambahan di posyandu.

Kegiatan lain dari UPGK adalah pemanfaatan lahan pekarangan. Kegiatan ini bertujuan untuk mendorong keluarga agar lebih produktif memanfaatkan lahan pekarangannya guna memperbaiki konsumsi pangan dan menambah pendapatan keluarga. Sektor pertanian yang mendukung kegiatan UPGK dalam pemanfaatan lahan pekarangan dilaksanakan dengan memberikan sarana produksi yang merupakan bagian dari paket penyuluhan gizi kepada keluarga petani sasaran dan kepada sekolah-sekolah dasar (SD) tertentu. Pada tahun 1995 telah diberikan sarana produksi sebanyak 25.000 paket untuk 25 ribu kepala keluarga melalui 1.100 kelompok wanita tani (KWT) termasuk KWT di daerah transmigrasi dan desa tertinggal. Selain itu diberikan juga paket untuk kebun sekolah pada 307 SD di 718 desa dan 212 kecamatan dari 100 kabupaten yang tersebar di seluruh Indonesia. Sebagai bagian dari penyuluhan dan pelatihan pemanfaatan pekarangan, kepada KWT diberikan pengetahuan dan keterampilan tentang cara-cara pengolahan dan penyimpanan bahan makanan sehingga tahan lama dengan tetap bernilai gizi.

UPGI adalah upaya pembinaan dan peningkatan keadaan gizi kelompok masyarakat di suatu lembaga atau institusi seperti sekolah, pusat pelatihan olahraga, rumah sakit, pabrik, perusahaan, lembaga pemasyarakatan, dan panti perawatan. UPGI bertujuan untuk memacu peningkatan produktivitas kerja buruh, prestasi belajar anak didik dan prestasi olahraga, mempercepat

²⁶ Sekretariat Negara Republik Indonesia, "Pidato Kenegaraan Presiden Republik Indonesia Soeharto, Di Depan Sidang Dewan Perwakilan Rakyat 16 Agustus 1995", (Bappenas-Jakarta, 1995), BAB V, hal. V/40

penyembuhan, dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan kelompok yang bernaung pada lembaga yang bersangkutan. Sasarannya secara langsung adalah pemilik institusi, pengelola maupun pelaksana pelayanan gizi. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pekerja pabrik, anak sekolah, penderita di institusi kesehatan, transmigran, olahragawan, warga di panti sosial, calon jemaah haji, dan warga binaan di rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan lainnya. Pelaksanaan kegiatan UPGI dilakukan dalam bentuk pembinaan teknis, pelatihan gizi, penyuluhan gizi, dan intervensi gizi. Kegiatan UPGI di institusi lainnya, diberikan berupa pelatihan penyelenggaraan makanan masal yang sehat terhadap 375 orang pengelola makanan di pusat pelatihan olah raga, pabrik, lembaga pemasyarakatan, panti sosial, jasa boga, dan pondok pesantren di 9 kota.

Upaya fortifikasi bahan pangan adalah upaya memperkaya mutu gizi bahan makanan dengan menambahkan zat gizi tertentu yang dibutuhkan masyarakat untuk menanggulangi masalah gizi yang masih menjadi masalah gizi masyarakat. Pada tahun 1994 telah dikeluarkan Keppres No. 69 tahun 1994 tentang pengharusan iodisasi garam, sehingga semua garam yang beredar sudah mengandung iodium. Untuk merintis pelaksanaan Keppres tersebut, antara lain dilakukan penyusunan konsep peraturan untuk memberlakukan standar nasional Indonesia (SNI) untuk kualitas garam dan kualitas garam beriodium, serta membentuk komite nasional mengenai garam. Oleh karena upaya iodisasi garam erat kaitannya dengan kegiatan produksi dan perdagangan garam, maka pada tahun 1994 dilakukan penelitian ekonomi dan perdagangan garam. Selain itu, pada tahun 1995 juga diuji coba fortifikasi vitamin A pada beras di NTT Dan dilakukan peninjauan dengan industri jamu untuk fortifikasi zat besi pada produk jamu.²⁷

Sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG) adalah kegiatan pemantauan perkembangan keadaan gizi masyarakat, yang bertujuan untuk (a) memberikan isyarat dini tentang kemungkinan timbulnya kekurangan pangan yang terjadi di suatu wilayah atau daerah tertentu; (b) menyediakan informasi tentang perkembangan penyediaan dan konsumsi pangan serta keadaan gizi masyarakat yang berguna bagi perencanaan, pengelolaan dan evaluasi program pangan dan gizi di daerah; dan (c) meningkatkan kemampuan daerah dalam memecahkan masalah pangan dan gizi berdasarkan keadaan setempat. Mulai tahun 1995, SKPG dibagi atas tiga sistem yaitu sistem kewaspadaan produksi dan penyediaan pangan (SKPP) yang dilaksanakan oleh Departemen Pertanian; sistem kewaspadaan distribusi pangan (SKDP) yang dilaksanakan oleh BULOG; dan sistem kewaspadaan konsumsi pangan dan status gizi (SKKG) yang dilaksanakan oleh

²⁷ Ibid. hal. 39

Departemen Kesehatan. Ketiga sistem tersebut dikoordinir oleh Kantor Menteri Negara Urusan Pangan dan digunakan sebagai dasar bagi perencanaan, pengelolaan dan evaluasi program pangan dan perbaikan gizi.

Kegiatan SKKG yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan meliputi pemantauan status gizi balita sekali setahun, pengukuran tinggi badan anak baru masuk sekolah, pemantauan konsumsi gizi masyarakat tingkat kecamatan, dan pemantapan jaringan informasi pangan dan gizi. Pemantauan status gizi (PSG) terbagi atas dua, yaitu pertama adalah dengan memadukan pengumpulan data tentang status gizi anak balita ke dalam kegiatan SUSENAS yang dilakukan oleh BPS, untuk memberikan gambaran keadaan gizi anak balita di tingkat nasional dan propinsi. Kedua, kegiatan PSG tingkat kecamatan yang dilakukan melalui pengumpulan dan pengolahan data di tingkat posyandu (PSG Posyandu) sehingga memberikan gambaran keadaan gizi anak balita tingkat desa sampai dengan tingkat kabupaten. PSG sebagai bagian dari SUSENAS dilaksanakan sekali dalam tiga tahun, kecuali pada tahun 1986 dan 1987 yang merupakan uji coba. Hasilnya hanya memberikan gambaran keadaan gizi anak balita secara nasional. Pengumpulan dan pengolahan data PSG-SUSENAS telah dilakukan sebanyak empat kali, yaitu pada tahun 1986, 1987, 1989, dan tahun 1992.

Data berikutnya akan dikumpulkan dan diolah pada SUSENAS tahun 1995. Pada tahun 1995 PSG dipusatkan untuk data tingkat desa dan kabupaten dengan mengumpulkan data dari posyandu, dan telah dilaksanakan di seluruh Indonesia. Untuk itu telah terdata berat badan 25 juta anak balita dari 250 ribu posyandu. Hasil sementara menunjukkan bahwa berat badan anak balita dalam kurun waktu 14 tahun antara tahun 1978 dan 1992 meningkat rata-rata 0,5 kilogram. Di samping PSG Posyandu, pada tahun 1995 dilakukan pula pengukuran tinggi badan anak baru sekolah (TBABS) yang mencakup 18.224 sekolah dasar dan madrasah di seluruh Indonesia. Dari pengukuran TBABS ini diketahui bahwa secara umum tinggi badan anak laki-laki baru masuk sekolah adalah rata-rata 114,9 cm dan perempuan 114,0 cm. Berdasarkan baku rujukan (NCHS - WHO) pencapaian tinggi anak laki-laki dan anak perempuan baru mencapai 91% dan 90,6% dari standar normal, yang berarti bahwa secara nasional status gizi anak masih perlu ditingkatkan. Pada umumnya anak yang tinggal di perkotaan mempunyai tinggi badan yang lebih baik dibandingkan dengan anak yang tinggal di perdesaan. Hal tersebut terkait dengan lebih tingginya prevalensi gangguan pertumbuhan pada anak sekolah di perdesaan daripada anak di perkotaan, yaitu masing-masing 32% dan 18%.

Sebagai bagian dari kegiatan SKKG, pada tahun 1995 telah dimantapkan jaringan informasi pangan dan gizi (JIPG). Jaringan ini merupakan kerjasama antar pusat informasi dari Departemen Kesehatan, Departemen Pertanian, Kantor Menteri Negara Urusan Pangan, Bulog, lembaga-lembaga penelitian, BPS dan universitas, mengenai pangan dan gizi di tingkat nasional dan propinsi. Kegiatannya adalah untuk saling memberikan data atau informasi tentang pangan dan gizi untuk berbagai keperluan, terutama untuk penyusunan kebijaksanaan, perencanaan dan penyusunan program pangan dan gizi. Selain itu telah diterbitkan dan disebarluaskan 3 jenis buku Info Pangan dan Gizi, Lembar Berita JIPG, dan buku Pedoman JIPG sebanyak 18.000 eksemplar. Buku-buku tersebut disebarluaskan kepada Pemerintah Daerah, pengelola program di pusat dan daerah, perguruan tinggi dan lembaga penelitian.

2.12. Periode Reformasi

Tahun 2011 Pemerintah telah ikut ambil bagian dalam gerakan global yang dinamai *Scaling Up Nutrition Movement* (SUN Movement) di bawah koordinasi sekretaris jenderal Perserikatan Bangsa-Bangsa. Bentuk keseriusan pemerintah ditandai dengan keluarnya Peraturan Presiden No. 42/2013 tentang Percepatan Perbaikan Gizi. Prioritas diarahkan pada 1.000 hari pertama kehidupan, yakni 270 hari selama kehamilan dan 730 hari dari kelahiran sampai anak usia 2 tahun, yang dikenal dengan sebutan Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan atau disingkat Gerakan 1000 HPK. Fokusnya pada ibu hamil, ibu menyusui, dan anak usia 0-23 bulan.

2.13. Strategi Komunikasi Kelembagaan Pemerintah dalam Penanganan Gizi

Upaya percepatan perbaikan gizi masyarakat melalui penguatan peran lintas sektor dalam rangka intervensi sensitif dan spesifik yang didukung oleh peningkatan kapasitas Pemerintah pusat, Provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan rencana aksi pangan dan gizi, seperti yang tertuang dalam perpres no.2 tahun 2015 tentang RPJMN, berdasarkan UU no.36 tahun 2009 tentang kesehatan, UU no.18 tahun 2012 tentang pangan, Pemerintah membentuk gugus tugas Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) yang didasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gernas PPG dan terbitnya Peraturan Presiden no.83 tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi.

Pemerintah melaksanakan Rencana Aksi Pangan dan Gizi dengan 5 Pilar aksi, diantaranya, perbaikan gizi masyarakat terutama pada ibu pra hamil, ibu hamil dan anak, peningkatan aksesibilitas pangan yang beragam, peningkatan pengawasan mutu dan keamanan pangan, peningkatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan penguatan kelembagaan pangan dan gizi²⁸.

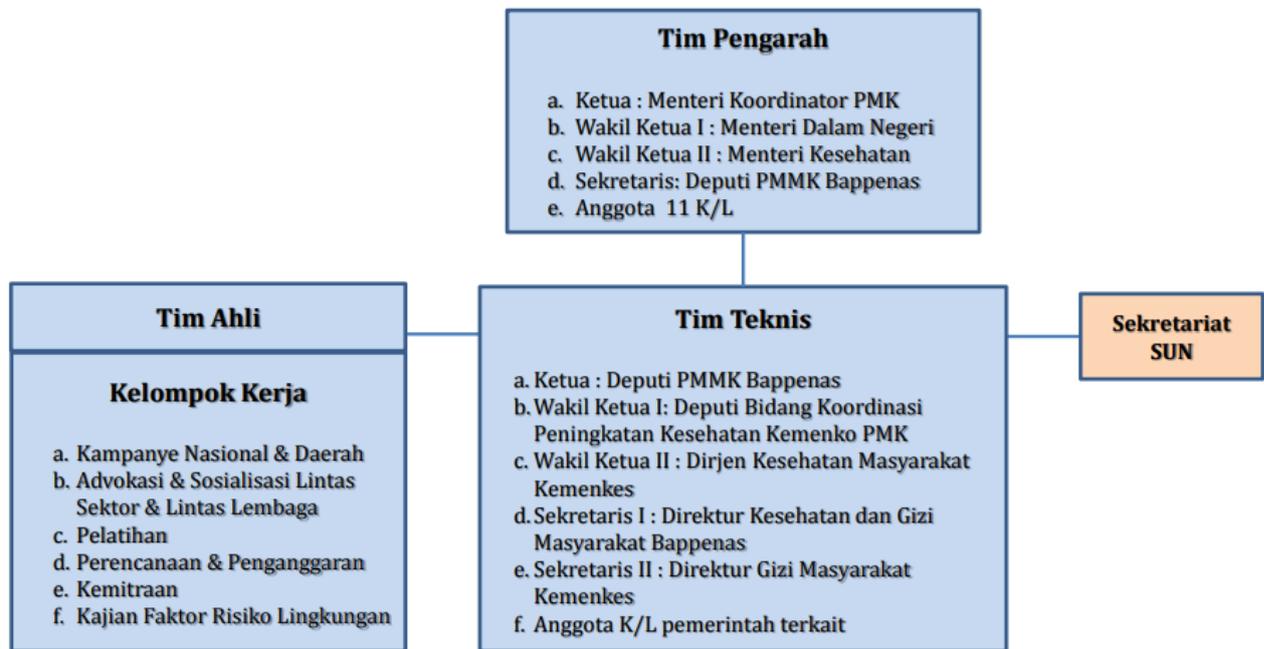
Upaya perbaikan gizi masyarakat dilakukan dengan intervensi spesifik dan sensitif, dimana intervensi spesifik secara umum dilakukan oleh sektor kesehatan untuk melakukan pencegahan dan pengurangan secara langsung melalui kegiatan berupa imunisasi, Pemberian Makanan Tambahan pada Ibu hamil dan balita, serta monitoring pertumbuhan balita di posyandu. Dengan sasaran khusus adalah Ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan. Bentuk intervensi sensitif, yang dilakukan secara tidak langsung dalam upaya pencegahan dan pengurangan gangguan pada umumnya berupa kegiatan pembangunan non kesehatan, antara lain di sektor Pekerjaan Umum, Pertanian, BKKBN, Pendidikan, Sosial dan lainnya dengan bentuk kegiatan berupa penyediaan air bersih, penanggulangan kemiskinan dan kesetaraan gender.

Tujuan dilakukannya intervensi terintegrasi terhadap percepatan perbaikan gizi adalah mengintegrasikan seluruh intervensi kesehatan/spesifik dan intervensi non-kesehatan/sensitif serta mengimplementasikan pendekatan HITS yaitu pendekatan Holistik, Integratif, Tematik dan Spasial juga Money follow Program percepatan perbaikan gizi. Faktor determinan pangan dan gizi sangat kompleks dan saling berkaitan dalam upaya perbaikan gizi dan upaya penurunan *stunting*, penanganan yang dilakukan dengan intervensi spesifik secara langsung hanya berpengaruh sebesar 30% pada penurunan *stunting* itupun jika cakupannya mencapai 90%. Sedangkan 70% sisanya dipengaruhi oleh program intervensi sensitif yang dilaksanakan dari berbagai sektor.²⁹

Pembentukan Gernas PPG bertujuan untuk percepatan perbaikan gizi masyarakat dengan prioritas Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). Dengan tujuan khusus untuk meningkatkan komitmen pemangku kepentingan, meningkatkan kemampuan pengelolaan program dan koordinasi antar sektor serta memperkuat implementasi gizi yang bersifat langsung dan tidak langsung. Yang selanjutnya dibentuk Gugus Tugas Gernas Percepatan Perbaikan Gizi.

²⁸Subandi Sardjoko, Deputi Menteri PPN/Kepala Bappenas, "*Pokok-Pokok Kebijakan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG)*", (paparan disampaikan pada lokakarya PDGMI, Jakarta, 12 November 2016) hal. 28

²⁹Kementerian PPN/Bappenas, "*Salinan Peraturan Menteri PPN/Bappenas Nomor 1 Tahun 2018, tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi*", (JDih Bappenas/PPN: 2018) hal. 23, <http://jdih.bappenas.go.id/data/peraturan/Peraturan-Menteri-PPN-1-Tahun-2018.pdf>



Gambar 2.7. Struktur Gugus Tugas Gernas PPG. Sumber Gambar Dari Paparan RAN PG Bappenas 2017

Peran kementerian dan kelembagaan pemerintah dalam percepatan perbaikan gizi masyarakat disesuaikan dengan tugas pokok masing-masing kementerian dan kelembagaan pemerintah, yang dapat digambarkan sebagaimana berikut;



Gambar 2.8. Peran Kementerian Dan Kelembagaan Pemerintah Dalam RAN PG. Sumber Gambar Dari Paparan RAN PG Bappenas 2017

Tabel. 2.1. Peran Kementerian dan kelembagaan pemerintah dalam RAN PG

Intervensi spesifik		Intervensi sensitif
KemenKes	<ul style="list-style-type: none"> • Pemberian Tablet Tambah Darah untuk remaja putri, calon pengantin, ibu hamil • Promosi ASI Eksklusif • Promosi Makanan Pendamping-ASI • Promosi makanan berfortifikasi termasuk garam beryodium • Promosi dan kampanye Tablet Tambah Darah • Suplemen gizi mikro (Taburia) • Suplemen gizi makro (PMT) • Kelas Ibu Hamil • Promosi dan kampanye gizi seimbang dan perubahan perilaku • Pemberian obat cacing • Tata Laksana Gizi Kurang/Buruk • Suplementasi vitamin A • Jaminan Kesehatan Nasional 	KemenDikBud
		KemenPerin
		KemenSos
Kemendagri	<ul style="list-style-type: none"> • Nomor Induk Kependudukan • Akta kelahiran • Fasilitasi program dan kegiatan gizi dalam APBD 	BKKBN
Kemendesa	<ul style="list-style-type: none"> • Penganggaran Dana Desa untuk kegiatan gizi 	
KemenKeu	<ul style="list-style-type: none"> • Dana Insentif Daerah 	
Kementan	<ul style="list-style-type: none"> • Ketahanan pangan • Pemanfaatan Pekarangan Rumah Tangga 	
BPOM	<ul style="list-style-type: none"> • Keamanan pangan • Monitoring pangan terfortifikasi di lapangan secara berkala 	
		Kemenag

Secara Khusus Kementerian Kominfo bersama dengan Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak berperan dalam advokasi, sosialisasi dan kampanye terkait program percepatan perbaikan gizi masyarakat.

Gugus Tugas Gernas PPG juga akan dibentuk di provinsi dan kabupaten/kota, berperan mulai dari penyusunan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Tim terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis. Tim Pengarah dari unsur Pimpinan Daerah dan Pimpinan Perangkat daerah yang bertugas memberikan arahan penyusunan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Tim teknis terdiri dari perangkat daerah dan unit pelaksana teknis yang terkait dalam proses RAD PG. Tim teknis di ketuai oleh Kepala Bappeda dengan sekretaris Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Instansi Ketahanan Pangan. Tim Teknis beranggotakan Kepala dinas teknis/ kepala instansi dari sektor kesehatan, pertanian, ketahanan pangan, kelautan perikanan, pendidikan, kominfo, PUPR, Desa, PDT dan Transmigrasi, Ketenagakerjaan, Menpora, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, BKKBN dan BPOM. Dimana keanggotaan dari Tim Pengarah dan tim teknis dapat disesuaikan dengan situasi dan kebutuhan daerah.

Tim Teknis bertanggung jawab terhadap kegiatan penyusunan RAD-PG; Melakukan penyusunan RAD-PG mulai dari membuat jadwal sampai *draft* untuk disampaikan kepada Tim Pengarah, Menyampaikan *draft* RAD-PG kepada tim pengarah untuk proses lebih lanjut, Mensosialisasikan RAD-PG kepada seluruh pemangku kepentingan, Mengordinasikan dan melakukan pelaksanaan RAD-PG. Menjalankan strategi untuk peningkatan efektifitas pelaksanaan sesuai masukan Tim Pengarah, Mengordinasikan dan melaksanakan pemantauan dan evaluasi. Menyiapkan laporan hasil pemantauan dan evaluasi.

2.14. Strategi Komunikasi Kementerian dan Kelembagaan Pemerintah



Gambar 2.9. Pilar Percepatan Pencegahan Stunting.

Sumber Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) 2018-2024

Pada RPJMN 2015-2019 dan tercantum dalam strategi nasional percepatan pencegahan *stunting* (stranas *stunting*) 2018-2024, strategi pemerintah dalam mengkomunikasikan kebijakan penanganan gizi berada di bawah peran Kementerian Kesehatan dan Kementerian Komunikasi dan Informasi berdasar pada pilar kedua percepatan pencegahan *stunting* untuk menjalankan kampanye nasional yang berfokus pada pemahaman, perubahan perilaku, komitmen politik dan akuntabilitas. Kementerian Kesehatan fokus pada kampanye perubahan perilaku dan Kementerian Komunikasi dan Informasi melakukan diseminasi informasi layanan masyarakat terkait pola hidup bersih dan sehat, serta fokus pada kampanye percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*.³⁰ Strategi Kementerian Kesehatan untuk pencapaian pilar kedua percepatan pencegahan *stunting* meliputi, kampanye perubahan perilaku bagi masyarakat umum, komunikasi antar pribadi sesuai konteks sasaran, advokasi berkelanjutan kepada pengambil keputusan dan pengembangan kapasitas pengelola program. Dalam pelaksanaan kampanye perubahan perilaku,

³⁰Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku dalam Percepatan Pencegahan Stunting di Indonesia*, (Kemenkes RI:2018), hal. 7

Kementerian Kesehatan menentukan strategi komunikasi perubahan perilaku dan menyusun rencana aksi komunikasi perubahan perilaku.

Strategi komunikasi Kementerian Kesehatan dilakukan dengan penyusunan program intervensi spesifik, menentukan kelompok sasaran yang terdiri dari kelompok primer yang tergabung didalamnya adalah Rumah tangga dengan 1000 HPK, tenaga kesehatan dan kader, kemudian kelompok sekunder yang berpotensi untuk melahirkan mencegah dan megoreksi *stunting* di masa mendatang dan kelompok penyedia layanan kesehatan serta selanjutnya adalah kelompok tersier adalah pihak-pihak yang terlibat sebagai lingkungan pendukung. Pendekatan komunikasi yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan adalah dengan kampanye publik dengan pemanfaatan media massa dan sosial media, melakukan advokasi kebijakan dengan sasaran kelompok tersier, mobilisasi sosial dengan menekankan upaya kolektif dan pemberdayaan untuk menciptakan lingkungan sosial politik yang mendukung program, sasarannya adalah kelompok tersier. Komunikasi perubahan sosial melalui komunikasi antar pribadi, dialog masyarakat, dan kampanye media massa/sosial media pada semua kelompok sasaran dan komunikasi perubahan perilaku dengan pemanfaatan komunikasi individu yang secara strategis sebagai media promosi dengan sasaran semua kelompok.³¹

Rencana aksi komunikasi perubahan perilaku dalam tingkat nasional kegiatan utama menggunakan platform Kampanye Gerakan Nasional Masyarakat Hidup Sehat (Germas) berdasarkan Instruksi Presiden no.1 tahun 2017 dengan penguatan kegiatan berupa peningkatan keterlibatan kelompok sasaran dalam Germas dan melakukan pengembangan model kegiatan Germas untuk setiap kelompok sasaran dalam mengimplementasikan pesan-pesan. Melakukan peningkatan kapasitas kader dan tenaga layanan kesehatan untuk memotivasi kelompok sasaran primer tentang praktik makan gizi seimbang, melakukan pola asuh yang benar pada balita termasuk pemberian MP ASI yang benar. Memotivasi praktik konsumsi makan gizi seimbang sesuai untuk setiap kelompok sasaran.



Gambar 2.10. Leaflet Isi Piringku Dalam Rangka Hari Gizi Nasional. Sumber dari P2PTM Kemenkes

³¹Ibid, hal. 22

Kementerian Kesehatan sebagai pelaksana utama komunikasi perubahan perilaku melakukan koordinasi di lingkup Kementerian Kesehatan, melakukan koordianasi lintas kementerian/lembaga dengan menetapkan standar pesan-pesan kunci dan memberikan panduan dan pedoman strategi komunikasi perubahan perilaku bagi seluruh kementerian dan lembaga terkait. Berkoordinasi dengan Kementerian Kominfo terkait materi edukasi dan berkoordinasi dengan tim komunikasi kantor sekretariat wakil presiden untuk pengarusutamaan pesan-pesan kunci. Berkoordinasi dengan pemerintah daerah untuk memastikan pemenuhan standar pelayanan minimal di bidang kesehatan, berkomitmen untuk melakukan komunikasi perubahan perilaku, serta memberikan dukungan pelaksanaan komunikasi perubahan perilaku di daerah dengan memberikan bantuan teknis dan bimbingan teknis untuk memperkuat kapasitas dan memastikan pemerintah daerah, menyiapkan sistem manajemen data dengan pendekatan komunikasi perubahan perilaku pada kelompok sasaran.

Dalam implementasi strategi komunikasi, Kementerian Kesehatan menyusun modul pelatihan komunikasi untuk meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dan membuat alat bantu/media Komunikasi Informasi dan Edukasi berupa leaflet, poster, video, food model dan lainnya. Meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan untuk memotivasi sasaran primer dan melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan komunikasi perubahan perilaku.



Gambar 2.11. Konsep Ekologi Sosial Komunikasi Perubahan Perilaku.

Sumber Buku pedoman strategi komunikasi perubahan perilaku dalam percepatan pencegahan *stunting* (Kemenkes RI: 2018).

2.15. Rencana Aksi Komunikasi Perubahan Perilaku Kemenkes RI³²

Tabel 2.2 . Matrik Rencana Aksi Komunikasi Perubahan Perilaku Kementerian Kesehatan

Pendekatan Komunikasi	Kelompok Sasaran	Saluran Komunikasi	Bentuk Kegiatan	Materi Komunikasi
Advokasi Kebijakan	<p>Tingkat Nasional: 23 kementerian / lembaga</p> <p>Tingkat Daerah: pemerintah provinsi, kabupaten/ kota</p>	<p>Tingkat Nasional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rembuk <i>stunting</i> • Supervisi bimbingan teknis terpadu <p>Tingkat Daerah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tim penanggulangan kemiskinan daerah • Rembuk Stunting Provinsi • Rembuk Stunting Kabupaten • Rembuk Stunting Desa • Lokakarya mini • Kelompok kerja (pokja) 	<p>Audiensi/pertemuan koordinasi dengan pembuat kebijakan terkait secara rutin,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesuai sektor/area keahlian • Sesuai tingkatan jabatan/posisi • Sesuai konteks dan kebutuhan lokal 	<p>Lembar fakta</p> <p>Analisis kebijakan</p> <p>Risalah kebijakan</p>
Kampanye Publik	<p>Kelompok Primer</p> <p>Kelompok Sekunder</p> <p>Kelompok Tersier</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paid media • Owned media • Earned media • Acara kreatif 	<p>Paid media:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radio dan TV talk show • billboard • iklan di media sosial • iklan layanan masyarakat • advertorial • penyampaian pesan lewat figur publik (influencer) • sms blast • kemitraan dengan media (liputan khusus, liputan investigasi, infografis, foto humanis); • Owned media: • newsletter • majalah • sosial media (facebook, instagram, twitter, blog, website, youtube) milik institusi <p>Earned media:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kunjungan kantor media • kolom opini • konferensi pers • diskusi media 	<p>Materi visual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logo kampanye • Aplikasi logo: poster, pin, gelang, payung, gelas, stiker, kaos, tas, dan sebagainya • Materi tulisan • Siaran pers • Lembar fakta • Kolom opini • Infografis • Konten sosial media • Advertorial • Infografis • Poster/e-flyer • Konten sms • Konten billboard, dan sebagainya • Materi audio visual • Video edukasi • Video iklan layanan masyarakat • Video testimoni • Video dokumentasi

³²*ibid* hal. 28

			<ul style="list-style-type: none"> • wawancara individu/kelompok) • pelatihan untuk jurnalis • kompetisi jurnalistik, dan sebagainya Acara kreatif: • tarian masal (flash mob) • festival bebas <i>stunting</i> nasional • festival kuliner bergizi, dan sebagainya 	<ul style="list-style-type: none"> • Stok foto untuk berbagai materi edukasi dan promosi • Talk-show • Program serial TV
Mobilisasi Sosial dan Komunikasi Perubahan Sosial (via komunikasi antar pribadi)	Kelompok Primer Kelompok Sekunder Kelompok Tersier	<p>Kelompok Primer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kelas ibu hamil ▪ Kelompok ibu menyusui ▪ Kelas ibu baduta ▪ Posyandu ▪ Puskesmas ▪ Praktik bidan ▪ Klinik ibu bersalin ▪ Perkumpulan informal ibu/ arisan/pengajian/ persekutuan doa <p>Kelompok sekunder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kader pembangunan manusia ▪ Posyandu ▪ PAUD ▪ Komunitas agama ▪ Program kesehatan organisasi keagamaan (NU, Muhammadiyah) ▪ Kelompok pemuda di masyarakat (karang taruna) <p>Kelompok Tersier</p> <ul style="list-style-type: none"> • RT • RW • PKK • Kader Pembangunan Manusia (KPM) • Dinas kesehatan • Dinas terkait (PUPR, dinas pemberdayaan masyarakat dan desa (DPM-Desa) 	<p>Kelompok Primer dan Sekunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi program melalui pertemuan warga, workshop • Mobil keliling • Lomba kreatif: jingle, yel-yel • Kuis cerdas cermat • Komik • Kelas memasak untuk pengenalan gizi dari pangan lokal • Pemanfaatan lahan sekitar rumah • Acara kreatif sesuai dengan konteks lokal • Jambore kader kesehatan • pemberian penghargaan untuk kader • Lomba kader kesehatan <p>Kelompok Tersier: Rapat koordinasi antara kementerian/ lembaga dan antar-Organisasi Perangkat Daerah (OPD) dan Sosialisasi tentang <i>stunting</i> kepada kementerian/ lembaga dan Organisasi Perangkat Daerah (OPD)</p>	<p>Masyarakat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materi edukasi yang menarik (poster, sticker, gelang, gelas, topi, baju, tas, balon) • Video edukasi • Jingle <i>stunting</i> Petugas Pelayan Kesehatan • Modul pelatihan komunikasi perubahan perilaku • Lembar balik • Video edukasi • Aplikasi berbasis teknologi

2.16 Strategi Komunikasi Kementerian Kominfo Pencegahan Stunting dan Intervensi Gizi

Tabel 2.3. Matrik Strategi Komunikasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat serta Pencegahan Stunting dan intervensi Gizi Kementerian Kominfo RI

Segmentasi	Kondisi Aktual	Target	Pesan Kunci	Strategi Media
Remaja/ Calon Pengantin	<ul style="list-style-type: none"> Kondisi remaja, terutama putri, rentan menghasilkan anak <i>stunting</i>, perlu perhatian gizi berimbang; Perempuan rentan kehabisan darah saat menstruasi, sehingga membutuhkan makanan bergizi. Selain itu, membiasakan minum penambah darah. Penundaan Perkawinan atau kehamilan sampai usia 20 tahun 	<ul style="list-style-type: none"> Remaja Calon pengantin 	Gizi Seimbang dan Pola hidup sehat Sejak Remaja “Jaga Makanmu, Jaga Masa Depanmu” Gizi Seimbang : 50% (buah dan sayur), 30% (makanan pokok) dan 20% (lauk pauk) “Masa Muda : Hidup Sehat, Banyak Karya”	<ol style="list-style-type: none"> Digital Campaign (ads, kuis, microsite) Menargetkan pada remaja target <i>stunting</i> terutama DKI dan Jawa (37 Kabupaten) Community Event Kelas menulis, kompetisi kreatif, diskusi bebas remaja Radio Promotion Ads (Lokal – Segmen Remaja) Kerjasama dengan Kemenkes Pemberian materi promosi kesehatan Kerjasama dengan BKKBN Forum kerjasama dan penyebaran informasi melalui Generasi terencana
Fase kehamilan	Peningkatan mutu Antenatal care dalam penerapan 10T, Seluruh Ibu Hamil melaksanakan Kelas Ibu Hamil, Peningkatan cakupan dan <i>compliance</i> tablet tambah darah, Pemberian makanan tambahan kepada seluruh Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> Ibu hamil Bidan 	Pesan General <ul style="list-style-type: none"> Makan Yang Bergizi dan Konsumsi Multivitamin Rajin Periksa kesehatan ke Posyandu Hidup bersih dengan menjaga higienitas dan sanitasi 	<ol style="list-style-type: none"> Digital Campaign (ads, kuis, microsite) Menargetkan pada orang tua muda, aktivis kesehatan dan media online lokal Forum Edukasi dan konsultasi Stunting Forum komunitas yang berisikan pesan sederhana, edukatif dan aplikatif Advertorial (media Cetak lokal) PSA melalui Televisi (TVRI, Swasta, dialog) Program dan Iklan Radio (RRI, PRSSNI, dialog) Program Kemitraan <ol style="list-style-type: none"> Kemenag-Bimas Islam : Pemasangan poster 1.000 desa & Penyuluhan Informasi Publik (PIP) Dit Lini Lapangan – BKKBN : Sosialisasi Bersama dengan program Kampung KB Dit Gizi Balita dan IBU – BKKBN : kampanye Gizi Seimbang Dinas Kominfo : Forum koordinasi sosialisasi Stunting melalui jejaring, terutama NTB, NTT dan Papua Produksi konten dan penyebaran bersama komunitas EPEN-CUPEN untuk wilayah Papua Forum Media lokal
Bayi 0-5 Bulan	Inisiasi Menyusui Dini (IMD), ASI Eksklusif, pelayanan Kunjungan Neonatus (KN) ¹ , dan pelayanan SDIDTK	<ul style="list-style-type: none"> Orang Tua Ibu (70%) Bapak (30%) Tenaga Kesehatan TOGA/TOMA /TODA Pemerintah daerah Jurnalis 	Pesan Spesifik “ASI EKSLUSIF”	
Bayi 6-23 Bulan	MPASI dan Vitamin			
Bayi 24-59 Bulan	Vitamin A, SDIDTK, PAUDHI dan makanan tambahan			
Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) atau pendek	Pelayanan kesehatan lengkap dan stimulasi dini			

Kementerian Kominfo yang berperan dalam melakukan diseminasi informasi layanan masyarakat terkait pola hidup bersih dan sehat serta fokus pada kampanye percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* dalam implementasi strategi komunikasi pola hidup bersih dan sehat membuat program kegiatan sosialisasi PHBS bernama GenBest 19 dengan sasaran masyarakat umum dan khususnya remaja sebagai generasi muda. Selain dengan melakukan sosialisasi secara langsung dengan sasaran sosialisasi yang diproyeksikan untuk menjadi agen komunikasi perilaku hidup bersih dan sehat serta pencegahan *stunting*, Kementerian Kominfo juga melakukan diseminasi informasi melalui media massa dan sosial media dengan memasang advertorial di media dan melibatkan *influencer* sebagai agen komunikasi.

Untuk strategi komunikasi yang dilakukan oleh sektor kementerian dan kelembagaan pemerintah lainnya terkait penanganan gizi secara umum dilakukan terkait program yang menjadi kewenangan dari kementerian dan kelembagaan tersebut. Kementerian Kelautan dan Perikanan melakukan kampanye Gemarikan yaitu gerakan memasyarakatkan makan ikan yang dilakukan terutama di daerah yang tingkat konsumsi ikannya rendah untuk mendorong perubahan pola makan dan peningkatan konsumsi makanan bergizi.

Kementerian Pertanian mengampanyekan program diversifikasi pangan, untuk mendorong konsumsi yang beragam pada bahan makanan. Kementerian Agama memberikan program bimbingan pranikah untuk membekali calon pasangan suami istri lebih memahami pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat sebagai calon orang tua. Dalam tabel berikut, disertakan strategi komunikasi yang dilakukan oleh kementerian dan kelembagaan pemerintah yang lain

Tabel 2.4 Kegiatan Utama kementerian dan kelembagaan dalam Germas

Kementerian/ Kelembagaan	Kegiatan Utama
Kementerian Pertanian	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengawasi keamanan dan mutu pangan segar yang tidak memiliki kandungan pestisida berbahaya ▪ Meningkatkan produksi buah dan sayur dalam negeri dan mendorong pemanfaatan pekarangan rumah untuk menanam sayur dan buah ▪ Kampanye Gerakan Diversifikasi ekspose UMKM Pangan Lokal dan Buah Nusantara.
Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meningkatkan kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), mendorong sekolah sebagai KTR, dan mendorong sekolah ramah anak ▪ Meningkatkan kegiatan aktivitas fisik/ olahraga di sekolah dan satuan pendidikan secara eksternal dan ekstrakurikuler serta penyediaan sarana sanitasi sekolah ▪ Meningkatkan pendidikan keluarga untuk hidup sehat
Kementerian Agama	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melaksanakan sosialisasi bimbingan kesehatan pra-nikah untuk mendorong perilaku hidup sehat dan peningkatan status gizi calon pengantin serta mendorong pelaksanaan kegiatan rumah ibadah bersih dan sehat ▪ Memperkuat fungsi Pos Kesehatan Pesantren dan Upaya Kesehatan Madrasah dan mendorong madrasah sebagai KTR dan Madrasah Ramah Anak ▪ Meningkatkan kegiatan aktivitas fisik/olahraga di madrasah dan penyediaan sarana sanitasi madrasah
Kementerian Kelautan dan Perikanan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meningkatkan dan memperluas Gerakan Memasyarakatkan Makan Ikan (Gemarikan) pada masyarakat ▪ Mengawasi mutu dan keamanan hasil perikanan
Kementerian PUPR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Memfasilitasi penyediaan air bersih dan sanitasi dasar pada fasilitas umum
Kementerian Perdagangan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meningkatkan promosi makanan dan minuman sehat termasuk sayur dan buah produksi dalam negeri
Kementerian Pemberdayaan Perempuan & Perlindungan Anak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meningkatkan komunikasi, informasi dan edukasi Germas bagi keluarga, perempuan, dan anak
BP POM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sosialisasi Pelabelan Gizi Pangan Olahan <ul style="list-style-type: none"> - Dengan penerapan Desain monokrom informasi nilai gizi pada label produk makanan, sebagai <i>highlight</i> dari beberapa zat gizi yang terkait dengan PTM seperti energi, lemak, lemak jenuh, gula, dan garam. - Pencantuman logo “Pilihan Lebih Sehat” pada produk yang telah memenuhi kriteria untuk menjadi pilihan produk yang lebih sehat berdasarkan kandungan gula, garam, atau lemaknya. Untuk tahap awal baru diberlakukan untuk produk minuman siap konsumsi dan mi/pasta instan.
Kementerian Dalam Negeri	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengoordinasikan dan memfasilitasi Pemda dalam pelaksanaan kegiatan Germas
Kementerian Keuangan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melakukan kajian kemungkinan adanya skema insentif bagi daerah yang melaksanakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
Kemenko PMK	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mengoordinasikan pelaksanaan Germas yang dilaksanakan kementerian/lembaga teknis.



BAB 3

KEBIJAKAN PENANGANAN STUNTING DI INDONESIA

3.1. Indonesia Bersiap Menghadapi Tantangan Bonus Demografi

Sejak lama berkembang berbagai narasi tentang Indonesia yang mendapatkan bonus demografi. Apa sesungguhnya bonus demografi itu? Bonus demografi adalah keuntungan ekonomis yang disebabkan oleh penurunan proporsi penduduk muda yang mengurangi besarnya biaya investasi untuk pemenuhan kebutuhannya sehingga sumber daya dapat dialihkan kegunaannya untuk memacu pertumbuhan ekonomi dan peningkatan kesejahteraan keluarga³³.

Untuk memberikan penjelasan atas definisi di atas, bisa dilihat proyeksi kependudukan Indonesia hingga tahun 2035. Badan Pusat Statistik (BPS) membuat proyeksi pertumbuhan jumlah penduduk Indonesia hingga 2035. Pada tahun 2020 jumlah penduduk Indonesia menurut BPS berjumlah 271,066 juta jiwa. Jumlah ini diperkirakan akan meningkat pada tahun 2025 menjadi 284,82 juta jiwa, dan pada tahun 2030 diperkirakan meningkat sejumlah 296,4 juta jiwa, dan pada tahun 2035 diproyeksikan menjadi 305,65 juta jiwa³⁴.

Pada tahun 2020 penduduk Indonesia jika dikelompokkan berdasarkan umur, ada sebanyak 66,07 juta jiwa yang masuk kategori usia belum produktif (0-4) tahun, dan 18,2 juta jiwa merupakan penduduk usia sudah tidak produktif (65+ tahun). Sementara angka usia produktif tercatat sebanyak 185,34 juta jiwa. Dari 269,6 juta jiwa penduduk Indonesia pada 2020 itu terdapat 135,34 juta jiwa laki-laki dan 134,27 juta jiwa perempuan. Dengan mengacu data ini, maka penduduk Indonesia usia produktif terlihat mempunyai proporsi yang sangat besar yakni, 68,7% dari total populasi

Berpijak pada data kependudukan tahun 2020, pada tahun 2035 diproyeksikan penduduk usia 0-14 tahun akan mengalami penurunan yang signifikan dengan melihat pada 2010 proporsi dari penduduk Indonesia yang berusia 0-14 tahun sebesar 28,6% dan pada 2035 turun menjadi 21,5%. Selanjutnya terjadi pergeseran pada usia 65 tahun keatas. Penduduk yang berusia 65 tahun ke

³³ Heryanah, *Agieng Population dan Bonus Demografi Kedua Indonesia*, Jurnal Populasi BPS 2015 Vol. 23, hal 7.

³⁴ <https://www.bps.go.id/statictable/2014/02/18/1274/proyeksi-penduduk-menurut-provinsi-2010---2035.html>

atas mengalami kenaikan yang signifikan, dari proporsi sebesar 5% pada 2010 diperkirakan naik menjadi 10,5% pada 2035. Sementara kelompok usia produktif, pada rentang 15 – 64 tahun, di tahun 2035 berjumlah 64% dari total jumlah penduduk 2035.

Namun untuk mendalami apakah hanya kategori kelompok umur saja sebagai variabel untuk menjelaskan bonus demografi? Secara teoritis dan praktis tentu kelompok umur saja tidak cukup. Kelompok umur besar pada segmen usia produktif tidak cukup menjadi satu-satunya penjelasan Indonesia mendapat bonus demografi. Hal lain yang harus diperiksa adalah, *dependency ratio*, tingkat produktivitas pada usia produktif, dan kompetitifnya Indonesia pada pasar tenaga kerja global.

Dependency ratio atau rasio ketergantungan adalah perbandingan antara jumlah penduduk umur 0-14 tahun, ditambah dengan jumlah penduduk 65 tahun ke atas (keduanya disebut dengan istilah bukan angkatan kerja) dibandingkan dengan jumlah penduduk usia 15-64 tahun (angkatan kerja)³⁶. Angka *dependency ratio* merupakan salah satu indikator demografi yang penting. Semakin tingginya persentase *dependency ratio* menunjukkan semakin tingginya beban yang harus ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai hidup penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Sedangkan persentase *dependency ratio* yang semakin rendah menunjukkan semakin rendahnya beban yang ditanggung penduduk yang produktif untuk membiayai penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi.

Proyeksi yang dibuat oleh Bappenas menggambarkan *dependency ratio* atau rasio ketergantungan penduduk Indonesia menunjukkan kecenderungan menurun. Pada tahun 2010 rasio ketergantungan penduduk Indonesia berada pada angka 50,5, selanjutnya tahun 2015 turun menjadi 48,6. Pada tahun 2020 diperkirakan turun menjadi 47,7, dan pada tahun 2025 akan turun lagi menjadi 47,2. Jika dilihat tren penurunannya perkiraan selanjutnya pada tahun 2030 akan menjadi 46,9 dan pada tahun 2035 akan turun menjadi 47,3³⁷.

Bila melihat proyeksi yang dibuat oleh Bappenas tersebut menunjukkan angka *dependency ratio* turun, namun tingkat penurunannya tidak signifikan dibandingkan dengan rentang waktu yang dijalani. Pada tahun 2010 *dependency ratio* Indonesia sebesar 50,5 yang menjelaskan bahwa setiap angkatan kerja dengan rentang usia 15-64 tahun menanggung 51 orang yang dianggap

³⁵ Heryanah Heryanah, "Ageing Population dan Bonus Demografi Kedua di Indonesia", diakses dari <https://jurnal.ugm.ac.id/populasi/article/view/15692>, <https://doi.org/10.22146/jp.15692>, tanggal 5 September 2020, jam 10.34.

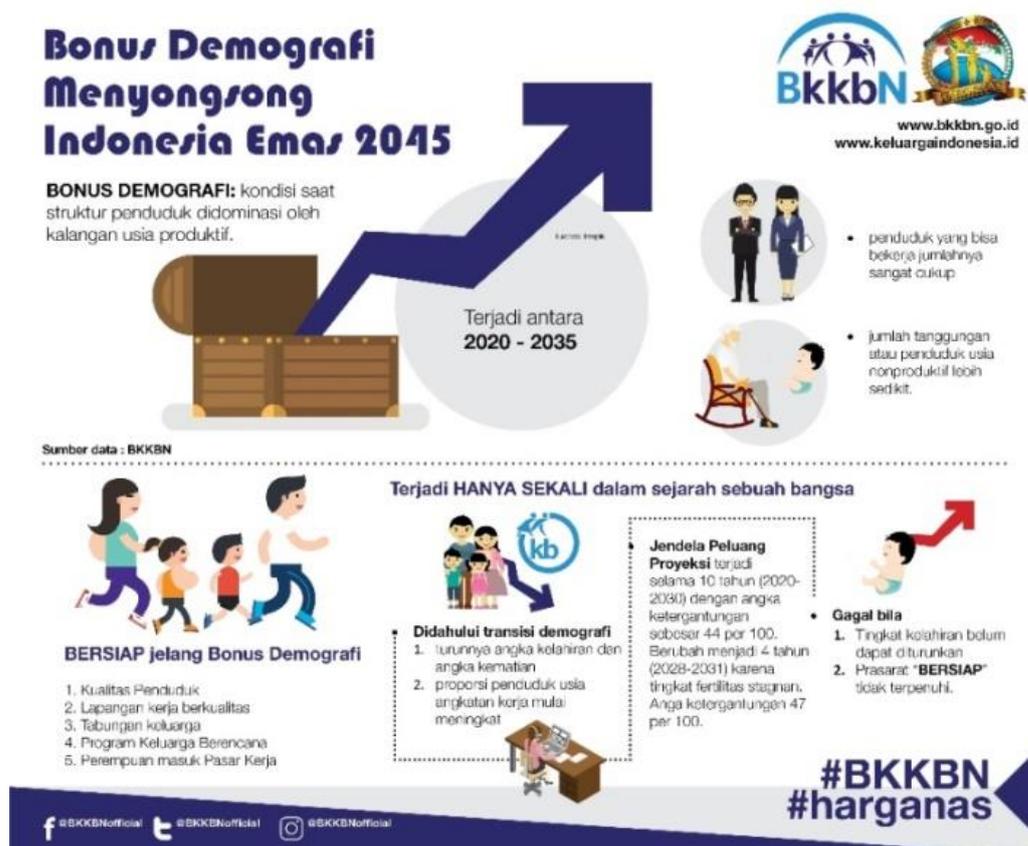
³⁶ Badan Pusat Statistik, Sitem Informasi Rujukan Statistik, "Rasio Ketergantungan", diakses dari <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/95>, tanggal 5 September 2020, jam 10.36.

³⁷ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, "Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035", (Jakarta: Bappenas, 2013) hal. 35.

belum dan tidak produktif karena usia. Mengacu proyeksi Bappenas tersebut, sampai tahun 2035, usia warga negara yang berada dalam usia produktif menanggung 47 orang.

Data ini menjelaskan dalam kurun waktu 25 tahun, kemampuan Indonesia menurunkan angka *dependency ratio* dari 51 orang ke 47 orang. Melihat angka ini sesungguhnya kurang begitu menggembirakan. Berkaca dari proyeksi ini, tantangan ke depan adalah membuat lompatan penurunan *dependency ratio* penduduk secara signifikan. Tentu ada banyak hal terutama di sektor hulu yang harus diperbaiki oleh pemerintah kedepan.

Beberapa hal yang patut menjadi perhatian dalam kebijakan pembangunan untuk memperbaiki *dependency ratio* antara lain, memaksimalkan kebijakan wajib (*mandatory*) untuk anggaran kebijakan bidang pendidikan sebesar 20% dari total pendapatan negara, serta mandatori anggaran kesehatan 10% dari pendapatan APBD Provinsi dan Kabupaten/Kota. Keberhasilan pembangunan Indeks Pembangunan Manusia yang ditopang oleh sektor pendidikan dan kesehatan akan menjadi modal penting, khususnya pada lompatan pengurangan *dependency ratio*.



Gambar 3.1. Penjelasan Bonus Demografi Indonesia pada tahun 2045. Sumber Gambar dari BKKBN

Tantangan kedua dari bonus demografi adalah tingkat keberkerjaan dari kelompok penduduk di usia produktif. Merujuk pada data BPS, per Februari 2019 dari 136,18 juta angkatan kerja, sebanyak 6,8 juta menganggur, artinya sebanyak 5,01% angkatan kerja mengalami pengangguran. Angka ini relatif sedikit turun jika dibandingkan pada Februari 2018, dari total angkatan kerja sebanyak 133,93 juta sebanyak 6,87 juta atau (5,1%) menganggur³⁸.

Dari angkatan kerja yang menganggur, jika dilihat dari tingkat pendidikannya didominasi oleh lulusan SMA dan SMK sebanyak 3,06 juta (45%), sementara untuk lulusan diploma dan universitas sebanyak 1,1 juta (16%)³⁹. Besarnya angka pengangguran pada angkatan kerja di lulusan SMA dan SMK seiring dengan meningkatnya angka lulusan tingkat pendidikan pada level SMA dan SMK. Namun pasar tenaga kerja berkemampuan rendah untuk menyerap angkatan kerja pada lulusan ini. Kemungkinan besar dari membesarnya angka pengangguran terhadap lulusan SMA dan SMK selain populasi ini paling besar pada jenjang angkatan kerja, struktur ekonomi Indonesia relatif paling tidak kompatibel dengan jenjang ini. Jenjang lulusan SMA dan SMK dari sisi keahlian memang serba tanggung. Mereka tidak bersedia masuk kelompok pekerja kasar seperti lulusan SMP kebawah, namun masuk kategori *skillfull* seperti lulusan perguruan tinggi kompetensinya belum memadai. Jika diperdalam lagi angkatan kerja yang menganggur berdasarkan data per Februari 2019 pada kelompok umur, proporsi terbesar justru pada pada kelompok umur 15-19 tahun sebanyak 25,87%, sementara usia 20-24 tahun sebanyak 15,62%, dan kelompok umur 25-29 tahun yang menganggur sebanyak 7,18%⁴⁰.

Mencermati data ini sesungguhnya ada banyak hal yang bisa dibaca. Kelompok umur 15 -29 tahun adalah kategori muda, dan secara perbandingan kelompok umur ini yang paling besar dalam populasi penduduk Indonesia. Kelompok umur ini pada angkatan kerja mencapai 37,8 juta, baik yang bekerja maupun yang menganggur. Jumlah ini setara dengan 27,6% dari total populasi angkatan kerja⁴¹.

³⁸ Badan Pusat Statistik, "Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas Menurut Jenis Kegiatan", diakses dari <https://www.bps.go.id/indicator/6/529/1/penduduk-berumur-15-tahun-ke-atas-menurut-jenis-kegiatan.html>, tanggal 5 September 2020, jam 10.42.

³⁹ Badan Pusat Statistik, "Pengangguran Terbuka Menurut Pendidikan Tertinggi yang Damatkan", diakses pada <https://www.bps.go.id/statictable/2009/04/16/972/pengangguran-terbuka-menurut-pendidikan-tertinggi-yang-ditamatkan-1986---2019.html>, tanggal 5 September 2020, jam 10.45.

⁴⁰ Badan Pusat Statistik, "Tingkat Pengangguran Terbuka berdasarkan kelompok Umur", diakses pada <https://www.bps.go.id/indicator/6/1180/1/tingkat-pengangguran-terbuka-berdasarkan-kelompok-umur.html>, tanggal 5 September 2020, jam 10.47.

⁴¹ Badan Pusat Statistik, "Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas Menurut Golongan Umur dan Jenis Kegiatan Selama Seminggu yang Lalu, 2008 – 2019", diakses pada <https://www.bps.go.id/statictable/2016/04/04/1904/penduduk-berumur-15-tahun-ke-atas-menurut-golongan-umur-dan-jenis-kegiatan-selama-seminggu-yang-lalu-2008---2019.html>, tanggal 5 September 2020, jam 10.49.

Pada usia rentang 15-29 tahun adalah irisan antara usia sekolah dan kuliah dengan usia pemuda memulai karir dalam bekerja. Bila rentang usia ini dalam angkatan kerja terdapat jumlah yang menganggur paling banyak, maka terdapat dua hal yang membuat mereka kehilangan kesempatan emas, yakni tidak bisa melanjutkan jenjang pendidikan lebih tinggi, dan memulai karir atau usaha sebagai bekal pengalaman kerja.

Tantangan yang ketiga adalah melihat kompetensi tenaga kerja, terutama di usia produktif. Sebab kompetensi bekerja dan produktivitasnya adalah modal penting bagi sebuah negara untuk berkompetisi dalam pasar tenaga kerja global, sekaligus pendorong kemajuan ekonomi negara.

Berdasarkan *Global Human Capital Index* yang dikeluarkan oleh *World Economic Forum* (WEF) 2017, peringkat SDM Indonesia berada pada posisi 65 dari 130 negara, tertinggal dibandingkan Malaysia (peringkat 33), Thailand (peringkat 40), dan Vietnam (peringkat 64). Meskipun produktivitas tenaga kerja Indonesia mengalami peningkatan, yaitu dari 81,9 juta rupiah/orang pada tahun 2017 menjadi 84,07 juta rupiah/orang pada tahun 2018, produktivitas tenaga kerja Indonesia masih tertinggal dibandingkan dengan Singapura dan Malaysia. Selain itu, pertumbuhan PDB Indonesia sebesar 4,9% di tahun 2017, hanya 0,6% yang bersumber dari *Total Factor Productivity* (TFP). Sisanya 2,8% pertumbuhan ekonomi bersumber dari modal kapital dan 1,5 persen dari modal manusia⁴².

Saat ini proporsi pekerja berkeahlian menengah dan tinggi di Indonesia hanya sekitar 39,57% (Sakernas Agustus, 2018), lebih rendah dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Sementara itu, pekerja masih didominasi lulusan SMP ke bawah (58,77% atau 72,88 juta orang), sedangkan Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) lulusan pendidikan menengah dan tinggi mencapai 7,79%. Informasi pasar kerja andal yang belum tersedia dan keterlibatan industri yang rendah, menyebabkan masih terjadinya mismatch antara penyediaan layanan pendidikan, termasuk pendidikan dan pelatihan vokasi, dengan kebutuhan pasar kerja⁴³.

Atas berbagai tantangan tersebut, pemerintah Indonesia telah mendesain berbagai program terpadu berikut sasaran dan targetnya. Beberapa pilar pokok yang menjadi agenda kerja pembangunan pemerintah pada peningkatan kualitas sumber daya manusia, agar kualitas hidup, keahlian, kesejahteraan, peningkatan produktivitas dan daya saing menjadi lebih baik, terlihat dalam beberapa poin di bawah ini di antaranya adalah;

⁴² Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, "Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional IV 2020-2024", (Jakarta: Bappenas, 2019) hal. 94.

⁴³ Ibid.

1. Perlindungan Sosial Bagi Seluruh Penduduk Indonesia

Program perlindungan sosial didesain sebagai mesin stabilisator bila terjadi kontraksi ekonomi dan sosial. Melalui program ini diharapkan sebagian warga negara Indonesia yang berada pada garis kemiskinan tetap mendapatkan standar kehidupan layak. Pada tahun 2019 proporsi warga negara Indonesia yang miskin dan hampir miskin, yang tercukupi oleh program perlindungan sosial, mencapai 78%. Pemerintah menargetkan pada tahun 2024 kelompok warga ini mampu direngkuh oleh program perlindungan sosial hingga 98%⁴⁴. Warga miskin yang selama ini mendapatkan bantuan iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2019 mencapai 96,6 juta penduduk. Pemerintah menargetkan peningkatan cakupan bantuan iuran jaminan JKN untuk keluarga miskin pada tahun 2024 mencapai 112,9 juta penduduk. Selain itu pemerintah juga menargetkan persentase rumah tangga dengan lanjut usia yang memperoleh bantuan sosial jumlahnya meningkat dari tahun 2018 sebesar 18,9% menjadi 25% pada tahun 2024⁴⁵. Pemerintah juga menargetkan peningkatan jumlah kepesertaan BPJS Tenaga Kerja untuk pekerja formal dan informal. Pada tahun 2018 kepesertaan pekerja formal pada BPJS Ketenagakerjaan mencapai 40%, pada tahun 2024 pemerintah menargetkan meningkat menjadi 70%. Untuk pekerja informal, kepesertaanya pada tahun 2018 mencapai 5 persen, dan pemerintah menargetkan menjadi 30%⁴⁶.

2. Pemenuhan Layanan Dasar

Berbagai pembangunan terpadu untuk pemenuhan layanan dasar telah ditetapkan oleh pemerintah. Melalui RPJMN 2020-2024 pemerintah juga telah menetapkan capaian pada layanan dasar. Ada banyak target yang ingin dicapai oleh pemerintah melalui program pemenuhan layanan dasar ini, baik pendidikan, kesehatan, maupun tenaga kerja. Namun tim peneliti tidak menguraikan semua target. Peneliti hanya mengurangi target yang terkait dengan topik penulisan pada buku ini, yakni menyangkut tiga beban bertumpuk demografi Indonesia, *stunting*, *wasting* dan obesitas, serta angka kematian bayi dan ibu.

⁴⁴ Ibid., hal. 96

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid., hal. 97

Target penurunan angka kematian ibu per 100.000 kelahiran turun dari *baseline* (2015) dari 305 menjadi 183 pada tahun 2024. Angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup dari *baseline* (2017) 24 menjadi 16 pada tahun 2024.⁴⁷

Target penurunan prevalensi *stunting* dari *baseline* (2018) 30,8% menjadi 14% pada tahun 2024. Penurunan prevalensi *wasting* dari angka *baseline* (2018) sebesar 10,2persen menjadi 7% pada tahun 2024. Target penurunan prevalensi obesitas pada penduduk diatas 18 tahun keatas dari angka *baseline* (2018) sebesar 21,8persen. Pada tahun 2024 pemerintah hanya menargetkan tidak terjadi kenaikan dari angka 21,8%⁴⁸.

3. Peningkatan Kualitas Anak, Perempuan dan Pemuda

Untuk target pembangunan pada anak anak, perempuan dan pemuda, pemerintah menargetkan Indeks Komposit Pembangunan anak meningkat dari angka 61,9 pada tahun 2017 menjadi 81,46 pada tahun 2024. Pemerintah juga menargetkan penurunan prevalensi kekerasan terhadap perempuan, dari *baseline* 2016 pada posisi 9,40 menjadi turun, namun tidak di targetkan pada angka tertentu⁴⁹.

4. Pengentasan Kemiskinan

Indikator utama yang menjadi sasaran pada penurunan kemiskinan hingga tahun 2024 adalah kemudahan akses keluarga miskin terhadap layanan keuangan, modal, pelatihan, dan lahan. Untuk Persentase rumah tangga miskin dan rentan yang memiliki aset produktif (layanan keuangan, modal, lahan, pelatihan) dari *baseline* 2018 sebesar 27,9% menjadi 40%⁵⁰. Untuk program redistribusi lahan, pemerintah menargetkan pada program Jumlah bidang tanah yang didistribusikan 750.000 pada tahun 2019 menjadi 7.750.000 pada tahun 2024. Dan Jumlah bidang tanah yang dilegalisasi 6.286.087 pada tahun 2019 menjadi 56.286.087 pada tahun 2024⁵¹.

5. Peningkatan Produktivitas dan Daya Saing.

Untuk meningkatkan daya saing bagi tenaga kerja Indonesia, pemerintah menargetkan persentase angkatan kerja berpendidikan menengah ke atas meningkat dari 41,2% pada tahun

⁴⁷ Ibid., hal 97

⁴⁸ Kirana Pritasari, "Arah Kebijakan dan Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat 2020-2024", presentasi disampaikan dalam Rakerkesnas 2020, hal. 9, diakses pada [https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/Rakerkesnas-2020/Pleno%20Arah%20dan%20kebijakan%20Program%20Kesehatan%20Masyarakat%20tahun%202020%20-%202024%20\(Ditjen%20Kesmas\).pdf](https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/Rakerkesnas-2020/Pleno%20Arah%20dan%20kebijakan%20Program%20Kesehatan%20Masyarakat%20tahun%202020%20-%202024%20(Ditjen%20Kesmas).pdf).

⁴⁹ Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, Op. Cit., hal. 99

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Ibid.

2018 menjadi 52,1% pada tahun 2024. Selain itu, pemerintah juga mematok peningkatan proporsi pekerja berkeahlian menengah dan tinggi dari 39,57% pada tahun 2018 menjadi 50% pada tahun 2024⁵².

3.2. Stunting dan Masa Depan Indonesia.

Masa depan bangsa sangat bergantung pada generasi penerusnya. Bila generasi penerusnya kurang gizi, penyakit, pendidikan rendah dan rentan gangguan kesehatan, maka masa depan bangsa cenderung akan tertinggal. Negara maju membutuhkan modal sosial generasi sehat, berpendidikan tinggi, kreatif, dan memiliki etos kerja.

Bila melihat kondisi Indonesia dengan 27,67% balitanya masih mengalami *stunting*, situasi ini menunjukkan ancaman terhadap pembangunan sumber daya manusia kedepan. WHO membuat indikator 20% sebagai acuan angka tinggi *stunting* di suatu negara. Indonesia pada tahun 2019, masih menunjukkan tingginya angka *stunting* yang berada di atas ambang batas atas yang digariskan WHO.

Keadaan ini merupakan tantangan bagi bangsa Indonesia ke depan. Perlu ada komitmen yang kuat dan berkelanjutan dari para pemimpin di pusat dan daerah untuk mengatasi masalah ini. Ironisnya tidak banyak pemimpin pemerintahan yang paham tentang *stunting*. Jika paham saja tidak, akan sulit untuk diharapkan membuat berbagai kebijakan sistematis dan kolaboratif.

Adalah hal patut disyukuri bersama, upaya percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* telah dilaksanakan sejak masa pemerintahan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono dan, komitmen itu dilanjutkan dengan kuat oleh Presiden Joko Widodo. Tantangan ke depan adalah membangun komitmen politik yang kuat bagi kepala pemerintahan di daerah. Sebab tanpa dukungan kebijakan politik yang kuat, akan sangat sulit menjalankan kebijakan teknokrasi dalam upaya percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*.

3.3. Sepertiga balita mengalami *stunting*, hanya lebih baik dari Laos, Kamboja dan Timor Leste

Badan PBB yang mengurus anak, UNICEF merilis laporan tentang jumlah dan prosentase prevalensi *stunting*, *wasting* dan *overweight*. Pada tahun 2000 angka prevalensi *stunting* seluruh

⁵² Ibid.

dunia mencapai 199,5 juta anak, atau 32,4%. Namun pada tahun 2019 ada perkembangan positif, angka *stunting* dunia turun menjadi 144 juta atau 21,3%⁵³.



Gambar 3.4. 4 Negara Prevalensi Stunting Tertinggi di Asean. Sumber Unicef

Jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga, dimana PDB, dan pendapatan rata-rata penduduknya di bawah Indonesia, namun prevalensi *stunting* Indonesia ternyata tidak kalah tinggi dengan negara-negara tetangga tersebut. Pemutakhiran data *stunting* di tiap tiap negara berbeda. Sehingga sajian data yang disampaikan oleh Bank Dunia tidak memiliki kesamaan tahun di tiap-tiap negara.

Meskipun dalam rilis data dari tiap-tiap negara tentang angka prevalensi *stunting* berbeda-beda, namun selisih tahunnya tidak terlalu lama, sehingga meskipun tidak sama persis angka tahunnya, setidaknya memberikan gambaran perbandingan dari tiap-tiap negara.

⁵³ UNICEF, "UNICEF DATA: Monitoring the situation of children and woman," diakses pada <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>, tanggal 5 September 2020, jam 11.08.

Angka prevalensi *stunting* Malaysia pada tahun 2016 mencapai 20,7%. Pakistan pada tahun 2018 mencapai 37,6%. Philipina pada tahun 2018 mencapai 30,3%. Singapura angka prevalensi *stunting* rilis terakhir pada tahun 2000 hanya 4,4%. Negara pecahan Indonesia, yakni Timor Leste pada tahun 2013 angka prevalensi *stunting*-nya sangat tinggi, mencapai 51,7%. Sedangkan Vietnam pada tahun 2017 angka prevalensi *stunting*-nya mencapai 23,8%⁵⁴.

Masih di kawasan ASEAN, Myanmar yang merilis data prevalensi *stunting* terbaru pada tahun 2016 yang mencapai 29,4%. Sedang Laos angka prevalensi *stunting* pada tahun 2017 mencapai 33,1% sementara Kamboja angka prevalensi *stunting*-nya pada tahun 2015 mencapai 32,4%, sedangkan Indonesia pada tahun 2018 angka prevalensi *stunting*-nya mencapai 30,80%⁵⁵.

Bercermin dari angka tersebut, sebagai kelompok negara G 20, dengan GDP per kapita pada tahun 2017 sebesar 4.130,6 USD per tahun, atau setara Rp. 4,8 juta per bulan, sementara Laos dengan GDP per kapita pada tahun 2017 hanya 1.730,4 USD per tahun atau setara Rp. 2,01 juta, Kamboja dengan GDP per kapita 1.135.2 USD per tahun atau setara Rp. 1,32 juta per bulan⁵⁶, namun ternyata angka prevalensi *stunting* Indonesia masih setara dengan negara-negara lower income countries.

Tingginya angka *stunting* di Indonesia ini menjadi perhatian khusus pemerintah. Pemutakhiran data menjadi modal penting sebagai basis intervensi terhadap pencegahan dan penanganan *stunting*, sekaligus evaluasi atas aksi cegah *stunting* selama ini.

Jika pada tahun 2018 data *stunting* yang dihasilkan dari data Riskesdas menunjukkan angka sebesar 30,8%. Maka pada tahun 2019 pemerintah telah melakukan pengintegrasian data dalam identifikasi *stunting*. Hasilnya, integrasi data Studi Status Gizi Balita di Indonesia (SSGBI) dan Sistem Statistik Nasional (SSN), memperlihatkan prevalensi *stunting* pada tahun 2019 menjadi 27,67%, atau turun 3,1%⁵⁷.

⁵⁴ The World Bank, "Prevalence of Stunting" diakses pada <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.STNT.ZS>, tanggal 5 September 2020, jam 11.10

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Databoks Katadata; PDB Perkapita Indonesia di ASEAN, diakses pada <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/01/29/ditingkat-asean-pdb-per-kapita-indonesia-di-bawah-malaysia-dan-thailand>, tanggal 5 September 2020, jam 11.15

⁵⁷ Doddy Izwardi, "Studi Status Gizi Balita Terintegrasi, Susenas 2019", paparan disampaikan pada Rakerkesnas 2020, diakses pada [https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/Rakerkesnas-2020/02-Side-event/SE_08/Studi%20Status%20Gizi%20Balita%20Terintegrasi%20SUSENAS%202019%20\(Kapus%20Litbang%20UKM\).pdf](https://www.kemkes.go.id/resources/download/info-terkini/Rakerkesnas-2020/02-Side-event/SE_08/Studi%20Status%20Gizi%20Balita%20Terintegrasi%20SUSENAS%202019%20(Kapus%20Litbang%20UKM).pdf), hal 20.

Jika melihat angka prevalensi *stunting* memang terlihat adanya penurunan. Angka tahun 2019 memperlihatkan hasil sebesar 27,67% yang artinya dari seluruh populasi bayi dibawah lima tahun yang ada di seluruh Indonesia, sebanyak 27,67 persennya mengalami gagal tumbuh kembang. Penurunan itu sendiri sebenarnya tidak terlalu signifikan jika melihat angka penurunan dari tahun 2018.

Tantangan ke depan, pemerintah membutuhkan kolaborasi dengan banyak pihak. Target di dalam RPJMN tahun 2024, mematok penurunan *stunting* pada angka 14%, artinya rata rata 2,7% per tahun penurunannya. Namun, tahun 2020 adalah tahun yang tidak menggembirakan bagi pembangunan kesehatan dunia. Tahun 2020 ini adalah tahun saat dunia sedang dilanda pandemi Covid19. Dampak yang pasti muncul dari pandemi ini adalah, menurunnya tingkat kesejahteraan global akibat terhentinya pertumbuhan ekonomi, bahkan merosot atau minus, yang selanjutnya akan membuat peningkatan angka kemiskinan dan tentu saja pengangguran.

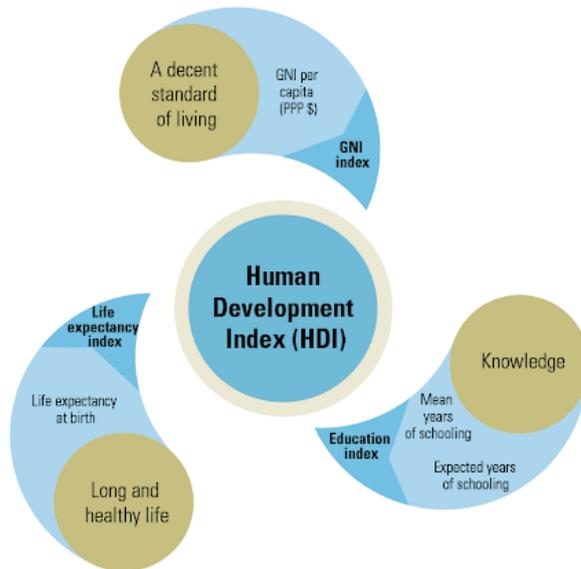
Membesarnya angka kemiskinan dan pengangguran berpotensi pada merosotnya standar hidup layak dan sehat yang akan dialami oleh sebagian rakyat Indonesia. Menteri Keuangan dengan Bappenas telah membuat perkiraan, akibat dampak pandemic Covid19, jumlah orang miskin diperkirakan akan naik berkisar antara 1,89 sampai 4,86 juta penduduk. Sementara jumlah pengangguran diperkirakan akan naik menjadi 2,92 sampai 5,23 juta penduduk⁵⁸.

Merosotnya standar hidup layak dan sehat, sebagai hubungan paralel terhadap risiko yang dialami oleh keluarga miskin adalah kekurangan gizi yang mengakibatkan *stunting* dan *wasting*. Meskipun sebenarnya bukan hanya kemiskinan yang mengakibatkan merosotnya standar hidup layak. Berkait dengan dampak pandemi hingga beberapa waktu terakhir ini, tentu akan membuat pengaruh yang buruk seperti potensi peningkatan angka prevalensi *stunting*. Karena itu, selain pemerintah harus mampu mengatasi pandemi yang masih berlangsung, pemerintah juga harus mulai memitigasi risiko terhadap kemungkinan peningkatan *stunting* akibat makin besarnya jumlah orang yang menjadi miskin akibat banyak faktor yang terkait.

⁵⁸ Kementerian Keuangan, "Covid-19: Dampak, Penanganan, Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN), dan Usulan Perubahan Perpres 54 Tahun 2020", hal. 5, diakses pada https://www.kemenkeu.go.id/media/15323/v922-skema-pemulihan-ekonomi-nasional_media.pdf.

3.4. Kecenderungan Anak Indonesia Kalah dalam Kompetisi Sains dan Matematika di Luar Negeri

Kerja keras pemerintah bersama segenap kelompok masyarakat dalam upaya penurunan *stunting* membutuhkan keterlibatan banyak pihak. Oleh karenanya pemerintah senantiasa terbuka bagi siapapun untuk berkontribusi bagi upaya penurunan prevalensi *stunting*.



Gambar 3.2. Human Development Index Concept. Sumber gambar dari UNDP

Tingginya *stunting* di suatu negara berkorelasi dengan risiko rendahnya kualitas sumber daya manusianya. Namun tidak perlu juga gegabah membuat asumsi dengan variabel tunggal bahwa hanya karena *stunting*, maka akan muncul keadaan yang berkorelasi dengan rendahnya indeks pembangunan manusia. Tentu ada faktor-faktor lain yang sangat berhubungan terhadap rendahnya indeks pembangunan manusia di suatu negara, misalnya tingkat pendidikan, tingkat harapan hidup, tingkat kesejahteraan, dan beberapa faktor lainnya. Namun ada profil data menarik yang bisa dicermati dari Badan PBB untuk pembangunan dunia, *United Nation Development Program* (UNDP). UNDP membuat pemeringkatan indeks pembangunan manusia terhadap 189 negara di berbagai benua. UNDP membuat *cluster* beberapa negara tersebut, yakni: (1) Cluster Very High Human Development. *Cluster* ini terdapat 62 negara, (2) Cluster High Human Development. *Cluster* ini terdapat 53 negara, (3) Cluster Medium Human Development. *Cluster* ini terdapat 36 negara dan (4) Cluster Low Human Development. Pada *cluster* ini terdapat 35 negara⁵⁹.

⁵⁹ United Nations Development Programme, "Human Development Index and Its Components", diakses pada <http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components-1>, tanggal 5 September 2020, jam 11.20

Pada tahun 2018, Indonesia masuk *cluster high human development*, dengan peringkat indeks pembangunan manusianya pada peringkat 111 dari 189 negara. Peringkat Indonesia ini masih jauh dibawah Singapura pada peringkat 9, Brunei Darussalam pada peringkat 43, Malaysia yang berada pada peringkat 61, Thailand pada peringkat 77. Bahkan ternyata masih lebih baik Filipina pada peringkat 106. Posisi Indonesia hanya lebih baik dari Vietnam yang berada pada posisi 118 yang masuk pada *cluster medium human development*⁶⁰.



Gambar 3.3. Human Development Index Indonesia pada tahun 2019. Sumber Gambar dari Akurat.co Lebih ke bawah lagi ada Myanmar yang masuk pada *cluster medium human development* pada peringkat 145. Laos, berada pada peringkat 140, Kamboja pada peringkat 146, dan Timor Leste pada peringkat 131⁶¹. Keempat negara ini masuk dalam kategori peringkat bawah dalam negara dengan indeks pembangunan manusia. Pada sisi yang lain prevalensi *stunting* di keempat negara ini sangat tinggi. Keempat negara ini juga termasuk dalam kategori *lower income countries*.

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Ibid.

Pararelitas data yang saling berhubungan antara rendahnya tingkat kesejahteraan di suatu negara, dengan tingginya *stunting* dan rendahnya indeks pembangunan manusia menjadi cermin bahwa *stunting* menjadi kontributor besar bagi kemajuan suatu negara.

Jika mencermati data lain, khususnya dalam peringkat kompetisi antar negara ditingkat anak-anak, negara-negara dengan prevalensi *stunting* tinggi, indeks pembangunan manusianya rendah, dan tingkat kesejahteraan yang terlihat dari GDP rata-rata menunjukkan negara tersebut cenderung kalah dalam kompetisi. Pada Kompetisi Matematika Pelajar ASEAN (*South East Asian Mathematics Competition*) yang dilaksanakan setiap tahun, Indonesia, atau negara negara dengan angka *stunting* tinggi tidak pernah menjuarai kompetisi tersebut. Sejak kompetisi ini dijalankan pada tahun 2001 sampai 2020 atau dua puluh kali kompetisi, pelajar Hongkong menjuarai sebanyak sebelas kali, pelajar Singapura menjuarai sebanyak empat kali, pelajar Vietnam menjuarai sebanyak tiga kali, pelajar Malaysia dan Philipina menjuarai masing-masing sebanyak satu kali⁶².

Pelajar-pelajar Indonesia, dan beberapa negara seperti Myanmar, Kamboja, Laos dan Timur Leste tidak satupun memenangi kompetisi bergengsi ini. Pada ajang olimpiade fisika dunia yang dilaksanakan sejak tahun 1967 sampai sekarang, peringkat Indonesia tidak lebih baik dari Thailand dan Vietnam. Pada olimpiade fisika dunia tahun 2019, peringkat pertama diduduki China, disusul Rusia, Korea Selatan dan Taiwan. Peringkat Indonesia pada urutan ke enam belas, sementara Vietnam pada peringkat tiga belas dan Thailand peringkat dua belas. Negara tetangga dengan peringkat yang selalu baik di duduki oleh Singapura. Pada olimpiade fisika tahun 2018, Singapura menduduki peringkat ke sembilan, dan pada tahun 2019 lebih baik, dengan menduduki peringkat ke tujuh⁶³. Bahkan dalam ranking universitas di tingkat 20 besar Asia, universitas di Indonesia tidak ada satupun masuk dalam kategori 20 besar. Univesitas Nasional Singapura menduduki peringkat pertama pada tahun 2019. Disusul Universitas Hongkong, peringkat ketiga Universitas Teknologi Nanyang, Singapura, peringkat keempat Universitas Tshinghua, China. Pencapaian tertinggi universitas di Indonesia berturut-turut adalah Universitas Indonesia yang menduduki peringkat 57, kemudian Institut Teknologi Bandung (ITB) di peringkat 73, dan disusul oleh Universitas Gajah Mada menduduki peringkat 74⁶⁴.

⁶² South East Asian Mathematic Competitions, diakses pada https://en.wikipedia.org/wiki/South_East_Asian_Mathematics_Competition, tanggal 5 September 2020, jam 13.10.

⁶³ WawamuStats Channel, "Top 20 Country by International Physics Olympiad Gold Medal", diakses pada https://www.youtube.com/watch?v=qw_M7kV3GLY, tanggal 5 September 2020, jam 13.40

⁶⁴ QS Asia University Ranking, diakses pada <https://www.topuniversities.com/university-rankings/asian-university-rankings/2019>, tanggal 5 September 2020, jam 13.56

Dari studi yang dilakukan oleh Levitsky & Strupp (1995), mereka mencatat kerentanan terhadap “prefrontal cortex⁶⁵”, terhadap anak-anak yang kekurangan gizi mendapat skor yang buruk pada tes perhatian, kefasihan dan memori kerja yang konsisten dengan hal ini. Gizi kurang kronis merusak lobus oksipital dan korteks motorik yang menyebabkan keterlambatan evolusi kecerdasan motorik⁶⁶. Penelitian Brown & Pollitt (1996) memperlihatkan kekurangan gizi mengakibatkan perkembangan ketrampilan motorik terlambat, seperti kemampuan merangkak, dan berjalan. Pada saat yang sama terjadi kelesuan, dan peningkatan pada resiko penyakit⁶⁷.

Berbagai studi dan data di atas memperlihatkan hubungan kausalitas antara *stunting* dengan rendahnya tingkat intelegensi anak serta tumbuh kembangnya. Selain itu, dampak *stunting* tidak semata mata memberi gangguan terhadap tumbuh kembang intelegensi anak. Beberapa studi malah memperlihatkan keterkaitan antara *stunting* dan gangguan kesehatan dalam jangka panjang.

Selama ini konstruksi berfikir pada umumnya hanya melihat hubungan kausalitas antara obesitas dengan berbagai penyakit berat seperti jantung, diabetes, stroke, dan hipertensi dengan kondisi obesitas. Penelitian Ricardo dan Bhutta tahun 2013 menyebutkan balita *stunting* berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%) kematian anak balita di dunia dan menyebabkan 55 juta anak kehilangan masa hidup sehat setiap tahun⁶⁸.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Hult et al. (2010) melaporkan peningkatan risiko diabetes dan hipertensi di antara anak-anak dengan janin yang terpapar kelaparan dibandingkan dengan kelompok segera sebelum dan segera terhindar dari kelaparan⁶⁹. Studi longitudinal terhadap angka kelahiran di New Delhi yang dilanjutkan hingga usia 32 tahun, menemukan bahwa anak-anak yang lebih kurus pada masa bayi dengan indeks massa tubuh (BMI) kurang dari 15 cenderung mengalami peningkatan gangguan toleransi glukosa atau diabetes pada usia 32 (Bhargava et al. 2004)⁷⁰.

⁶⁵ Bagian otak manusia yang membedakan dengan hewan. Fungsi dari otak bagian ini adalah untuk berpikir, melakukan penilaian, merencanakan, memutuskan sesuatu (memecahkan masalah), mengontrol emosi dan tubuh, kecerdasan, konsentrasi, memahami diri sendiri (kesadaran diri), empati pada orang lain, kepribadian dan juga moral/ perilaku. Orang-orang yang punya kepribadian dewasa adalah orang yang punya prefrontal cortex yang tumbuh dengan baik. Kajian ini disampaikan oleh Daniel J Siegel dalam bukunya; *The Whole Brain Child*, (Constable & Robinson, Ltd: London, 2012) hal. 40

⁶⁶ The economic rationale for investing instunting reduction dalam <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12080>, diakses 5 September 2020, iam 14.12

⁶⁷ Ibid.

⁶⁸ Black, Robert E, Cesar G Victora, Susan P Walker, Zulfi qar A Bhutta, Parul Christian, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Sally Grantham-McGregor, Joanne Katz, Reynaldo Martorell, Ricardo Uauy and Maternal and Child Nutrition Study Group†. 2013. "Maternal and child undernutrition and overweight in lowincome and middle-income countries." *The Lancet*

⁶⁹ Loc cit.

⁷⁰ Ibid.

Bahkan melalui studi multi-negara mereka menggunakan data COHORTS (Brasil, Guatemala, India, Filipina, Afrika Selatan) oleh Victora et al. (2008) melaporkan bahwa berat badan lahir yang lebih rendah dan kekurangan gizi yang lebih besar pada masa kanak-kanak merupakan faktor risiko untuk konsentrasi glukosa yang tinggi, tekanan darah dan profil lipid yang berbahaya setelah mengontrol BMI dan tinggi badan⁷¹.

Pakar kesehatan masyarakat di Indonesia juga sepakat atas korelasi antara *stunting* dengan beberapa penyakit kardiovaskular, bahkan lebih dari itu. Salah satunya disampaikan pakar dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Prof. dr. Endang L. Achadi, M.PH, Dr. PH. Ia mengatakan kekurangan gizi yang dialami anak saat masa 1.000 hari pertama kehidupan, yaitu sejak dalam kandungan hingga dua tahun sangat berpengaruh pada perkembangan berbagai fungsi organ di dalam tubuh, mulai dari jantung, ginjal, otak, dan lainnya yang terhambat saat masa pertumbuhan. Hal itulah, katanya, yang menyebabkan anak tersebut memiliki risiko lebih tinggi memiliki penyakit yang berkaitan dengan gangguan kesehatan pada organ tubuh, seperti hipertensi, gagal ginjal, jantung koroner, dan juga diabetes melitus⁷².

3.5. Dampak *stunting* terhadap tingkat produktivitas ekonomi dan potensi kerugian ekonomi

Pada sub bab sebelum ini telah dijelaskan perspektif dampak *stunting* terhadap penurunan intelegensia anak anak dan remaja, serta dampaknya terhadap kesehatan mereka dalam jangka panjang. Penelusuran lebih lanjut menyajikan beberapa studi yang melihat dampak *stunting* terhadap penurunan Produk Domestik Bruto (PDB) pada suatu negara.

Studi yang dilakukan oleh Yaya S, Uthman OA, Kunnuji M, et al. (2018) yang dilakukan di negara-negara kawasan sub sahara Afrika dalam rentang 1987 dan 2016 memperlihatkan kecenderungan itu. Studi ini menyajikan beberapa penemuan; (1) prevalensi menurun seiring dengan meningkatnya pertumbuhan PDB per kapita, (2) tidak ada hubungan signifikan antara PDB per kapita dan anak *stunting* di sub sahara Afrika, (3) pertumbuhan ekonomi yang meningkat mempengaruhi secara positif kehidupan anak anak dalam rumah tangga kaya, tetapi tidak dari mereka yang berasal dari rumah tangga miskin⁷³.

⁷¹ Ibid.

⁷² Ratna Puspita, "Pakar: Anak Stunting Berisiko Gangguan Jantung Saat Dewasa", diakses pada <https://republika.co.id/berita/qe50sp428/pakar-anak-stunting-berisiko-gangguan-jantung-saat-dewasa>, tanggal 5 September 2020, jam 14.24

⁷³ Yaya S, Uthman OA, Kunnuji M, et al. Does economic growth reduce childhood *stunting*? A multicountry analysis of 89 Demographic and Health Surveys in sub-Saharan Africa. *BMJ Global Health* 2020;5:e002042. doi:10.1136/bmjgh-2019-002042.

Agar mendapatkan perspektif yang lebih luas, perlu dicermati hasil studi yang dilakukan oleh Smith and Haddad yang menggunakan data agregat dari 63 negara yang berpenghasilan rendah. Studi ini dilakukan dari tahun 1970 hingga 1996. Dari studi ini terjelaskan bahwa ada hubungan yang kuat antara pertumbuhan ekonomi nasional dengan prevalensi *stunting*. Pertumbuhan ekonomi nasional berdampak pada penurunan *stunting*⁷⁴.

Studi yang sama menguatkan studi-studi sebelumnya. Dalam artikel di jurnal *Economies*, Sebastian Mery (2018) menuliskan Peningkatan PDB per kapita sebesar 10% mengurangi prevalensi *stunting* anak sebesar 2,7%. Dengan kata lain, pertumbuhan ekonomi cukup berpihak pada kaum miskin. Bisa diperkirakan bahwa peningkatan persentase pada anak prevalensi *stunting* menghasilkan penurunan 0,4% dalam PDB per kapita. Sampel yang diambil dari studi ini mencapai 74 negara dengan melalui obeservasi dari tahun 1984 sampai 2014⁷⁵.

Kajian lain dari Bank Dunia juga memperlihatkan dampak *stunting* terhadap PDB perkapita di beberapa kawasan. Bank Dunia memperkirakan bahwa, secara rata-rata, penalti pendapatan per kapita akibat *stunting* adalah sekitar 7%, artinya pendapatan per kapita di negara berkembang akan lebih tinggi 7% jika tidak ada *stunting* saat ini. Di kawasan Afrika dan Asia Selatan dikenakan penalti yang lebih besar: sekitar 9-10 % dari PDB per kapita⁷⁶. Bila data ini simulasi dengan PDB rata rata pada tahun 2018 sesuai asumsi dari kajian ini menunjukkan, PDB Perkapita mencapai Rp56,0 Juta atau US\$3 927,0, atau setara Rp. 4,6 juta per bulan⁷⁷. Jika tidak ada pinalti 7% dikarenakan *stunting*, maka seharusnya pendapata rata rata penduduk Indonesia mencapai Rp. 4,922 juta. Masih pada kajian yang sama yang ditulis oleh Martinez dan Fernández (2008) memperkirakan biaya berat badan lahir rendah dan berat badan kurang dari anggota angkatan kerja saat ini mengakibatkan hilangnya produktivitas antara 2% dan 11% PDB. Serupa dengan kajian Martinez dan Fernandez, kajian yang dilakukan oleh Steckel dan Horton (2013), yang menggunakan data historis tentang tren tinggi badan orang dewasa untuk memperkirakan biayanya *stunting* orang dewasa di abad ke-20 menjadi sekitar 8% dari PDB⁷⁸.

⁷⁴ Vollmer. Sebastian dkk. Association between economic growth and early childhood undernutrition: evidence from 121 Demographic and Health Surveys from 36 low-income and middle-income countries. www.thelancet.com/lancetgh Vol 2 April 2014

⁷⁵ Mery. Sebastian, "How Much Does Economic Growth Contribute to Child Stunting Reductions?". *Economies*, 2018, diakses pada <https://www.mdpi.com/2227-7099/6/4/55/htm>, tanggal 5 September 2020, jam 14.32

⁷⁶ Wagstaff and Gallaso. The Aggregate Income Losses from Childhood Stunting and the Returns to a Nutrition Intervention Aimed at Reducing Stunting. 2018

⁷⁷ Badan Pusat Statistik, "Ekonomi Indonesia 2018 tumbuh 5,17 persen", diakses pada

[https://www.bps.go.id/pressrelease/2019/02/06/1619/ekonomi-indonesia-2018-tumbuh-5-17-persen.html#:~:text=Perekonomian%20Indonesia%20tahun%202018%20yang,atau%20US\\$243%20927%20C0](https://www.bps.go.id/pressrelease/2019/02/06/1619/ekonomi-indonesia-2018-tumbuh-5-17-persen.html#:~:text=Perekonomian%20Indonesia%20tahun%202018%20yang,atau%20US$243%20927%20C0), tanggal 5 September 2020, jam

14.50

⁷⁸ Wagstaff and Gallaso, Op. Cit.

Bila studi Martinez dan Fernandez (2008) disimulasikan terhadap struktur ekonomi saat ini, maka biaya sebagai akibat kehilangan produktivitas akibat wasting dan *stunting* adalah Rp. 296,74 triliun sampai Rp. 1.632, 11 triliun. Dengan mengacu studi dari Steckel dan Horton (2013), maka ongkos yang dibayar untuk penanganan *stunting* mengacu pada PDB tahun 2018 sebesar Rp. Rp14.837,4 triliun⁷⁹, maka biaya yang harus dibayar karena tingginya angka prevalensi *stunting* adalah Rp. 1.186 triliun. Terlihat betapa besar sekali ongkos yang harus dibayar akibat wasting dan *stunting* pada potensi kerugian secara ekonomi. Padahal, selama ini pemerintah telah cukup berusaha keras untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi. Berbagai jalan telah ditempuh, melalui pembangunan infrastruktur besar besaran, pemangkasan perizinan, rasionalisasi birokrasi, termasuk memperbesar belanja pembangunan dengan membuat kebijakan defisit fiskal yang terus ekspansif. Seluruh effort itu seolah tidak sebanding dengan harga yang harus dibayar jika melihat kerugiannya secara ekonomi.

Untuk memberikan gambaran lebih rinci lagi dari dampak *stunting* secara ekonomi di level provinsi, sangat menarik mencermati kajian dari para peneliti di Institute Pertanian Bogor. Kajian ini dibuat pada tahun 2013, dengan melihat dampak ekonomi di beberapa provinsi di Indonesia. Hasil estimasi potensi kerugian ekonomi akibat *stunting* ini merupakan hasil kerugian ekonomi pada balita *stunting* dengan asumsi tidak adanya perbaikan gizi. Besar rata-rata potensi kerugian ekonomi pada balita *stunting* di 32 provinsi di Indonesia tahun 2013 yaitu Rp 96 miliar-Rp 430 miliar, jika nilai ini dilihat dalam persentase terhadap PDRB maka besar potensi kerugian pada penurunan produktivitas 2% sampai 9% yaitu sekitar 0,15-0,67% dari rata-rata Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) provinsi-provinsi yang ada di Indonesia⁸⁰.

Besar potensi kerugian ekonomi akibat *stunting* pada balita secara nasional, karena penurunan produktivitas 2% sampai 9% yaitu Rp 3.057 miliar-Rp 13.758 miliar atau 0,04%-0,16% dari total PDB Indonesia tahun 2013. Provinsi yang memiliki rentang tertinggi potensi nilai kerugian ekonomi yaitu Provinsi Jawa Tengah sebesar Rp 435 miliar-Rp 1.957 miliar atau persentase kehilangan potensi ekonomi akibat penurunan produktivitas terhadap PDRB provinsinya sekitar 0,08% pada penurunan produktivitas 2% dan 0,35% penurunan produktivitas 9%, sedangkan provinsi yang kehilangan potensi ekonomi terendah adalah Provinsi Kepulauan Riau dengan kehilangan potensi ekonomi sekitar Rp 3 miliar sampai Rp 11 miliar

⁷⁹ Loc cit. Badan Pusat Statistik.

⁸⁰ Sarah, dkk. Potensi Kerugian Ekonomi Karena Stunting Pada Balita Indonesia tahun 2013. Jurnal Gizi Pangan, Volume 11, Nomor 3, November 2016

pada penurunan produktivitas 2% dan 9% atau 0,003% dan 0,01% terhadap PDRB provinsinya tahun 2013/81.

3.6. Mengenal intervensi spesifik dan sensitif dan peta aktornya sebagai strategi cegah dan turunkan *stunting*

Untuk mencegah dan menurunkan *stunting*, pemerintah menggunakan pendekatan intervensi spesifik dan sensitif. Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya *stunting* seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Intervensi spesifik ini umumnya diberikan oleh sektor kesehatan. Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik:

1. Intervensi prioritas, yaitu intervensi yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas;
2. Intervensi pendukung, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait *stunting* dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
3. Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk untuk kondisi darurat bencana (program gizi darurat)⁸².

Kenapa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) menjadi momen krusial dan harus diintervensi lebih spesifik? 1.000 HPK merupakan masa yang paling kritis dalam tumbuh kembang anak. Di Indonesia, gangguan pertumbuhan terbesar terjadi pada periode ini. Sebanyak 48,9% ibu hamil menderita anemia dan sebagian lainnya mengalami gangguan Kurang Energi Kronis (KEK). Akibatnya, prevalensi bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) masih tinggi, yaitu sekitar 6,2%. BBLR merupakan salah satu penyebab utama *stunting*. Pemberian ASI, makanan, dan pola asuh pada periode 0-23 bulan yang tidak tepat mengganggu tumbuh kembang anak. Riskesdas (2013) mencatat bahwa penurunan tumbuh kembang anak merupakan akibat dari buruknya pola makan bayi dan anak. Hal ini menyebabkan peningkatan prevalensi *stunting* dari 29% (0-6 bulan), ke 39% (6-11 bulan), dan menjadi 42% (usia 24-35 bulan). Namun, *stunting* tidak hanya dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil dan anak selama 1.000 HPK, tetapi juga dipengaruhi oleh gizi ibu pada periode sebelumnya, terutama pada periode pra konsepsi yaitu wanita usia subur dan remaja⁸³.

⁸¹ ibid

⁸² Bappenas. Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten Kota. 2018. Hal 5

⁸³ TP2AK. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil 2018-2024

Selain anak pada usia 1000 HPK, kelompok sasaran intervensi spesifik juga adalah anak usia 24-59 bulan, wanita usia subur (WUS), dan remaja putri. Sebab kelompok ini yang masih sangat mungkin memberi kontribusi bagi tumbuhnya *stunting*. Kelompok diatas baduta dan dibawah balita adalah fase masa tumbuh yang sepenuhnya belum memiliki kekebalan tumbuh secara sempurna. WUS dan remaja putri adalah kelompok yang bakal menjalani masa kehamilan dan melahirkan. Oleh sebab itu suplementasi sehat perlu dipastikan berjalan dengan baik.

Taba 3.1. Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Penurunan Stunting

Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas Sesuai Kondisi Tertentu
Kelompok Sasaran 1000 HPK			
Ibu Hamil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/Kurang Energi Kronik {KEK} ▪ Suplemen tablet tambah darah 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementasi kalsium ▪ Pemeriksaan kehamilan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perlindungan dari malaria ▪ Pencegahan HIV
Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promosi dan konseling menyusui ▪ Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) ▪ Tata laksana gizi buruk ▪ Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus ▪ Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suplementasi kapsul vitamin A ▪ Suplementasi taburia ▪ Imunisasi ▪ Suplementasi Zinc untuk pengobatan diare ▪ Manajemen terbaru balita sakit (MTBS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pencegahan kecacingan
Kelompok Sasaran Usia Lainnya			
Remaja Putri dan wanita usia subur	Suplementasi tablet tambah darah		
Anak usia 25-59 bulan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tata laksana gizi buruk ▪ Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus ▪ Pemantauan dan promosi pertumbuhan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Splumentasi kapsul vitamin A ▪ Suplementasi taburia ▪ Suplementasi zinc untuk pengobata diare ▪ Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) 	Pencegahan kecacingan

Sumber: Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* 2018-2024

Berbeda dengan intervensi spesifik yang, intervensi sensitif lebih banyak dilakukan oleh kementerian diluar kementerian kesehatan. Intervensi sensitif adalah intervensi yang dilakukan oleh banyak kementerian, lembaga dan masyarakat yang menopang tujuan intervensi spesifik. Intervensi gizi sensitif mencakup: (a) Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi; (b) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan; (c) Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; (c); serta (d) Peningkatan akses pangan bergizi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar Kementerian Kesehatan⁸⁴.

Sasaran dari intervensi sensitif percepatan penurunan *stunting* adalah keluarga, dan lingkungan pendukungnya. Sebab bila intervensi spesifik dapat dikerjakan dengan baik, tanpa dukungan atau lingkungan yang menopang, maka intervensi tersebut tidak akan berjalan optimal. Oleh karena itu, intervensi spesifik dan sensitif adalah dua pendekatan yang tidak boleh dipisahkan satu sama lain. Apa saja bentuk intervensi sensitif, tabel dibawah ini merinci berbagai bentuk intervensi sensitif yang menjadi program pemerintah.

Tabel 3.2. Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Penurunan Stunting

Jenis Intervensi	Program / Kegiatan Intervensi
Peningkatan dan penyediaan air minum dan sanitasi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akses air minum yang aman ▪ Akses air sanitasi yang layak
Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akses pelayanan Keluarga Berencana (KB) ▪ Akses Jaminan Kesehatan (JKN) ▪ Akses bantuan uang tunai untuk keluarga miskin (PKH)
Peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktek pengasuhan, serta gizi ibu dan anak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penyebarluasan informasi melalui berbagai media ▪ Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi ▪ Penyediaan konseling pengasuhan untuk orang tua ▪ Penyediaan akses pendidikan anak usia dini (PAUD), promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh kembang anak ▪ Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja. ▪ Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
Peningkatan akses pangan bergizi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Akses bantuan pangan non tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu ▪ Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu, minyak goreng) ▪ Akses kegiatan kawasan rumah pangan lestari (KRPL) ▪ Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan.

Sumber: Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* 2018-2024

⁸⁴ ibid

Hingga tahun 2019 pemerintah telah menjalankan berbagai program perbaikan gizi terhadap 6,8 juta balita dari 23,6 juta sebagaimana data dari BPS. Namun khusus program intervensi spesifik cegah *stunting*, pemerintah mengintervensi sebanyak 372.929 baduta (bayi dibawah dua tahun), dan melalui intervensi sensitif sebanyak 838.407 bayi diatas dua tahun, sedangkan sebanyak 288.956 balita kurus untuk sasaran makanan tambahan di seluruh Indonesia⁸⁵.

Mencegah dan menurunkan *stunting* dengan intervensi spesifik dan sensitif diperlukan kolaborasi banyak sektor dan pihak, sebab banyak faktor yang mengakibatkan *stunting* tetap ada. Atas dasar kebutuhan untuk menangani *stunting* dari banyak pihak inilah pemerintah merumuskan strategi konvergensi program menurunkan prevalansi *stunting*.

Konvergensi program dapat dibedakan pada dua kategori, yakni konvergensi program didalam instansi pemerintah, baik pusat dan daerah, serta konvergensi program antara pemerintah dengan berbagai *stakeholder*. Pada tingkat pemerintahan, pemerintah telah merumuskan kerangka kerja yang terintegrasi dengan merumuskan lima pilar penurunan *stunting* terintegrasi. Kelima pilar terintegrasi ini dirumuskan melalui Rapat Koordinasi Tingkat Menteri berikutnya tanggal 9 Agustus 2017, memutuskan Lima Pilar Pencegahan Stunting

Pilar 1: Komitmen dan Visi Kepemimpinan baik di pusat dan daerah untuk menurunkan dan cegah *stunting*. Pilar kesatu ini menjadi tanggungjawab Tim Nasional Percepatan Penurunan Kemiskinan (TNP2K) dan Kantor Wakil Presiden
Pilar 2: Kampanye nasional dan perubahan perilaku. Pelaksanaan pilar kedua ini lead sektornya Kementerian Komunikasi dan Informasi dan Kementerian Kesehatan.

Pilar 3: Konvergensi program pemerintah pusat dan daerah dan desa. Untuk memastikan pilar ketiga ini berjalan, maka Bappenas dan Kementerian Dalam Negeri menjadi penanggung jawab dalam implementasinya. Pilar 4: Ketahanan pangan dan gizi. Pilar keempat ini menjadi penanggungjawab utamanya adalah Kementerian Pertanian dan Kementerian Kesehatan. Pada pailar 5, yang mengakut pemantauan dan evaluasi menjadi tanggung jawab Kantor Wakil Presiden dan TNP2K kembali.

⁸⁵ Iswardi. Kebijakan dan Strategi Penanggulangan Stunting di Indonesia. Kemenkes. 2019

Sementara untuk sinergi multi aktor antara pemerintah dan berbagai kelompok masyarakat dapat dipetakan, melalui peran mereka masing masing untuk aksi penurunan *stunting* antara lain;

1. Para pelaku usaha

Pengembangan produk barang dan jasa yang mendukung pola hidup dan konsumsi gizi yang sehat. Para pelaku usaha, khususnya pada sektor makanan dan minuman, serta ritail ritail sampai pedagang eceran menjadi actor penting untuk mendukung pola konsumsi sehat masyarakat, terutama pada kelompok rentan, ibu hamil dan balita dibawah dua tahun. Pemberdayaan masyarakat melalui program cegah *stunting* melalui berbagai dukungan pendanaan lewat *Corporate Social Responsibility*.

2. Organisasi profesi dan akademisi

Organisasi profesi dan akademisi memiliki keunggulan pada kemampuannya merumuskan konsep dan monitoring serta evaluasi atas pelaksanaan program. Organisasi profesi dan akademisi dapat berkontribusi besar dalam membantu mengupayakan ketepatan desain dan implimentasi program cegah *stunting*, terutama ditingkat pemerintah daerah dan desa yang secara jarak lebih dekat dan berhubungan langsung dengan kelompok masyarakat.

3. Media massa

Media massa menjadi kekuatan strategis sebagai penyebar informasi ditengah tengah masyarakat. Bahkan dengan arus informasi yang sedemikian besar, kekuatan media massa sangat strategi dalam membentuk cara pandang ditengah tengah masyarakat. Kediaan media massa, termasuk pegiat pegiat media sosial dalam memberi literasi publik tentang *stunting* dan aksi pencegahannya amat penting.

4. Lembaga swadaya masyarakat

Lembaga swadaya masyarakat adalah bagian dari masyarakat sendiri. Ada banyak potensi yang dimiliki oleh lembaga swadaya masyarakat. Ada yang memiliki keunggulan pada jaringannya ditengah tengah masyarakat yang luas, ada pula yang memiliki kemampuan untuk mengadvokasi masalah masalah rakyat, dan

pendampingan terhadap masyarakat. Peran lembaga swadaya masyarakat amat berguna bisa dikontribusikan untuk membangun awareness publik, terutama dalam pelaksanaan program spesifik dan sensitif, terutama dalam mendorong partisipasi masyarakatnya.

5. Badan-badan PBB

Sebagai organisasi global, badan-badan PBB dapat berperan strategis dalam upaya memberikan berbagai dukungan terhadap pemerintah dan masyarakat diberbagai negara. Seperti yang telah selama ini dilakukan, dukungan itu dapat dikuatkan kembali, seperti (1) dukungan pembiayaan yang telah dikerjakan oleh banyak badan PBB, seperti Bank Dunia, UNICEF, WHO, dan UNDP. (2) dukungan asistensi kebijakan dan pembentukan komitmen global seperti Sustainable development Goals (SDG's), (3) dukungan data, monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan program penurunan *stunting*, serta beberapa program lainnya yang bisa dikembangkan diberbagai negara.

6. Parlemen

Kewenangan parlemen adalah pada sisi anggaran dan pengawasan. Tanpa komitmen politik ditingkat parlemen, akan sulit bagi pemerintah untuk mendapatkan persetujuan anggaran dalam pelaksanaan program cegah dan turunkan *stunting*. Selain itu parlemen juga memiliki kewenangan mengawasi atas pelaksanaan program dan penggunaan anggaran yang dilaksanakan oleh pemerintah sebagai mekanisme *check and balance*.

Intervensi spesifik dan sensitif butuh di orkestrasi sedemikian rupa. Bila kerangka konseptual dalam membagi peran para pihak untuk menjalankan intervensi spesifik dan sensitive itu berjalan optimal, maka pemerintah sangat yakin target penurunan *stunting* hingga 14% pada 2024 bisa terealisasi, bahkan mungkin melampaui dari target penurunannya.

3.7. Strategi Penanganan Terpadu Kepada Kelompok Rentan

Kelompok rentan yang menyumbang tumbuhnya *stunting* adalah kelompok yang telah dijelaskan pada fokus utama intervensi spesifik diatas, yakni ibu hamil dan balita dibawah usia dua tahun (baduta). Pemerintah telah memberikan perhatian khusus pada kelompok ini, sebab bila salah asuh, dan lingkungan tidak mendukung, pada dua fase yang dijalani oleh kelompok rentan inilah *stunting* bisa terjadi.

Pada kelompok ibu hamil, intervensi terpadu baik spesifik maupun sensitif perlu dilakukan secara intensif, terlebih lagi bagi kelompok ibu hamil di daerah angka *stunting* tinggi, keluarga miskin dan lingkungan perumahan tidak layak {kumuh}, serta ibu hamil dengan kelompok umur tertentu.

Kajian menarik dilakukan oleh Diana dan Nuraeni (2019) dalam melakukan penelitian terhadap ibu hamil yang kemudian melahirkan anak *stunting* dan ibu hamil yang kemudian melahirkan anak tidak *stunting*. Penelitian ini dilakukan di Tasikmalaya, dengan mengambil sample masing masing 105 ibu hamil dengan anak *stunting* dan 105 ibu hamil dengan anak tidak *stunting*⁸⁶.

Hasil temuannya; (1) ibu hamil dengan anak *stunting* rata rata memiliki tinggi badan kurang dari 150 cm, sedangkan ibu hamil dengan anak tidak *stunting* memiliki tinggi badan lebih dari 150 cm. Tinggi badan merupakan antropometri yang mengindikasikan masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari pengaruh defisiensi zat gizi yang berlangsung relatif lama⁸⁷. Peluang ibu pendek menurut penelitian ini lebih besar 5 kali lipat melahirkan anak *stunting* daripada ibu dengan tinggi badan lebih dari 150 cm.

(2) ibu hamil pada usia antara dibawah 20 tahun dan diatas 37 tahun memiliki kerentanan terhadap anak lahir dengan kondisi *stunting*. Meskipun ini bukan variabel tunggal, namun dalam rentang usia ini memberikan peluang dua kali lebih beresiko anak mengalami *stunting*. (3) Ibu hamil dari keluarga miskin yang mengalami asupan kurang gizi berpeluang melahirkan anak *stunting* 4 kali lipat dari ibu hamil dengan asupan gizi seimbang. Kemiskinan menjadi faktor berpengaruh terhadap kemampuan konsumsi makanan gizi seimbang karena

⁸⁶ Diana dan Nuraeni. Karakteristik Ibu Hamil dan Kaitannya Dengan Kejadian Stunting Pada Balita di Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya. Jurnal Media Informasi. Vol 15 No 1 tahun 2019

⁸⁷ Supariasa IDN, Bachyar B, Ibnu F. Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC; 2002. pp 18-188

rendahnya daya beli keluarga. Salah satu intervensi spesifik untuk mencegah *stunting* adalah pemberian ASI untuk anak usia 0-23 bulan.

Pemberian ASI eksklusif ini memberikan manfaat kepada ibu menyusui sekaligus bayinya. Uraian dari manfaat untuk keduanya terurai pada tabel dibawah ini;

Tabel 3.3. Manfaat Pemberian ASI eksklusif ini memberikan manfaat kepada ibu menyusui sekaligus bayinya

Manfaat Bagi Ibu Menyusui	Manfaat Bagi Bayi
1. Terjalin kasih sayang.	1. Sebagai nutrisi lengkap.
2. Membantu menunda kehamilan (KBalami).	2. Meningkatkan daya tahan tubuh.
3. Mempercepat pemulihan kesehatan.	3. Meningkatkan kecerdasan mental dan emosional yang stabil serta spiritual yang matang diikuti perkembangan sosial yang baik.
4. Mengurangi risiko perdarahan dan kanker payudara.	4. Mudah dicerna dan diserap.
5. Lebih ekonomis dan hemat.	5. Gigi, langit-langit dan rahang tumbuh secara sempurna.
6. Mengurangi resiko penyakit kardiovaskuler.	6. Memiliki komposisi lemak, karbohidrat, kalori, protein dan Vitamin.
7. Secara sikologi memberikan kepercayaan diri.	7. Perlindungan penyakit infeksi meliputi otitis media akut, daire dan saluran pernafasan.
8. Memiliki efek perilaku ibu sebagai ikatan ibu dan bayi	8. Perlindungan alergi karena dalam ASI mengandung antibodi.
9. Memberikan kepuasan ibu karena kebutuhan bayi dapat dipenuhi.	9. Memberikan rangsang intelegensi dan saraf.
	10. Meningkatkan kesehatan dan kepandaian secara optimal

Untuk takaran ASI perah pada bayi berdasarkan usia bayi dengan komposisi sebagai berikut;

Tabel 3.4. Takaran Asi Perah Pada Bayi Berdasarkan Usia Bayi Dengan Komposisi

Umur	Kebutuhan dalam ml	Pemberian
1 hari	5-7 ml sekali minum	Setiap 2 jam sekali
3 hari	22-27 ml	8-12 x/ hari
1 minggu	45-60 ml sekali minum Atau 400-600 / hari	8-12 x/ hr
1 bulan	80-150 ml sekali minum	8-12 x/ hari 1,5 – 2 jam sekali pada siang, 3 jam sekali pada malam hari
6 bulan	720 ml / har	720 ml/ hari ditambah asi perah
7 bulan	875 ml/ hari	93 % dari asupan gizi / hari + MPASI
1 tahun	550 ml / hari	550 ml / hari + MPASI

Pemerintah telah melakukan berbagai langkah untuk intervensi terpadu terhadap kelompok ibu hamil. Intervensi spesifiknya dengan memberikan tablet tambah darah. Bahkan program tablet tambah darah telah menjangkau tidak saja ibu hamil tetapi juga remaja putri yang telah mengalami menstruasi.

Pemerintah juga telah membuat kebijakan kewajiban pemberian ASI eksklusif sejak 2012. Pemerintah telah menerbitkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif. Aturan ini merupakan penjabaran dari Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 129, ayat 1 “Pemerintah bertanggung jawab menetapkan kebijakan dalam rangka menjamin hak bayi untuk mendapatkan ASI secara eksklusif”. Dan ayat 2; “ketentuan lebih lanjut sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah”.

Berpijak dari pedoman ini, pemerintah merumuskan pemahaman tentang asi eksklusif. Bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, air jeruk, madu, air teh, air putih dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi dan tim, selama 6 bulan⁸⁸.

Komposisi ASI keluar dengan beberapa fase; (1) dihari ke-1 sampai ke-3 kelahiran bayi, berwarna kekuningan, kental. Kolostrum mengandung zat gizi dan antibody lebih tinggi daripada ASI matur. Kandungan gizi antara lain protein 8,5%, lemak 2,5%, sedikit karbohidrat 3,5%, garam dan mineral 0,4%, air 85,1 %. (2) pada hari ke 4 sampai hari ke 10 kelahiran bayi. Kadar protein semakin rendah sedangkan kadar lemak, karbohidrat semakin tinggi, dan volume meningkat. (3) hari ke-10 sampai seterusnya. Kadar karbohidrat ASI relatif stabil. Komponen laktosa (karbohidrat) adalah kandungan utama dalam ASI sebagai sumber energi untuk otak⁸⁹.

⁸⁸ Mufdilah, dkk. Buku Pedoman Pemberdayaan Ibu Menyusui Pada Program Asi Eksklusif. 2017

⁸⁹ Ibid hal 9

Agar saat pemberian ASI eksklusif oleh ibu berjalan dengan baik, komposisi ASInya memenuhi gizi tinggi sebagaimana yang diuraikan diatas, maka dukungan keluarga sangat penting. Dukungan keluarga itu dalam bentuk:

1. Dukung ibu dalam pemberian ASI eksklusif.
2. ASI adalah makanan yang terbaik untuk bayi.
3. Dukung ibu untuk memenuhi nutrisi dengan mengkonsumsi makan-makanan bergizi.
4. Pastikan ibu mendapat istirahat cukup.
5. Ciptakan suasana rumah yang tenang dan damai⁹⁰

Bila asupan gizi ibu tercukupi dan dukungan keluarga untuk menopang psikologi ibu juga baik, maka ibu menyusui juga harus mengerti tata cara menyusui dengan benar. Beberapa langkah menyusui dengan benar adalah sebagai berikut;

1. Cuci tangan dengan sabun menggunakan air bersih yang mengalir.
2. Keluarkan sedikit ASI dan oleskan pada puting dan areola sekitarnya.
3. Letakkan bayi menghadap perut ibu atau payudara, mulailah menyusui dari payudara yang terakhir belum dikosongkan
4. Jika payudara besar, pegang payudara dengan ibu jari dan jari lainnya menopang bagian payudara.
5. Rangsang bayi menggunakan jari yang didekatkan ke sisi mulut bayi (bisa menggunakan kelingking).
6. Dekatkan dengan cepat kepala bayi ke payudara ibu, kemudian masukkan puting dan areola ke mulut bayi.
7. Setelah payudara yang dihisap terasa kosong, lepaskan isapan bayi dengan menekan dagu ke bawah atau jari kelingking ibu ditempelkan ke mulut bayi. Susui berikutnya mulai dari payudara yang belum terkosongkan.
8. Keluarkan sedikit ASI dan oleskan pada puting dan areola sekitarnya, kemudian biarkan kering dengan sendirinya (jangan dilap).
9. Sendawakan bayi.
10. Selalu minum air putih minimal 1 gelas setelah menyusui⁹¹.

⁹⁰ Ibid hal 11

Untuk memberikan dukungan pemenuhan gizi ibu dan anak pada usia 1000 HPK, dukungan masyarakat juga sangat diperlukan. Masyarakat sangat penting untuk memberikan itu, setidaknya dengan pemantauan kondisi ibu dan bayi melalui posyandu, pemerintah memiliki data memadai untuk mengambil langkah langkah intervensi lanjutan melalui tenaga medis.

Pos pelayanan terpadu (Posyandu) sebagai ujung tombak kesehatan ibu dan anak dalam konteks *stunting* juga perlu direvitalisasi. Pemerintah melihat ada beberapa hal dalam posyandu yang perlu diperbaiki kualitasnya, misalnya : 1. masih rendahnya posyandu yang berstrata mandiri, 2 tingkat kesadaran para ibu untuk mengajak balita ke posyandu masih rendah, 3 kelayakan tempat untuk menjadi posyandu belum memadai, 4 pelatihan Kader hanya dilakukan satu tahun sekali dan hanya berupa sosialisasi yang bersumber dari puskesmas atau dinas kesehatan setempat.

Pemerintah sejak tahun 2011 telah membuat Kebijakan Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Meskipun posyandu adalah upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat, namun perlu standarisasi, dan kompetensi tenaga pengelolanya. Sesuai kebijakan umum pengelolaan posyandu, beberapa hal telah diatur⁹²;

- Pemerintah desa atau kelurahan adalah Pembina posyandu di wilayahnya. Minimal dalam satu kelurahan atau desa terdapat satu posyandu. Pemerintah desa atau kelurahan membentuk pokja posyandu. Pokja Posyandu adalah kelompok kerja yang tugas dan fungsinya mempunyai keterkaitan dalam pembinaan, penyelenggaraan/ pengelolaan Posyandu yang berkedudukan di desa/ kelurahan. Kedudukan Posyandu terhadap Pokja adalah sebagai satuan organisasi yang mendapat binaan aspek administratif, keuangan, dan program dari Pokja.
- Puskesmas adalah unit pelaksana teknis sinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab melaksanakan pembangunan kesehatan di kecamatan. Kedudukan Posyandu terhadap Puskesmas adalah sebagai wadah pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang secara teknis medis dibina oleh Puskesmas.
- Struktur organisasi Posyandu ditetapkan oleh musyawarah masyarakat pada saat pembentukan Posyandu. Struktur organisasi tersebut bersifat fleksibel, sehingga dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, kondisi, permasalahan dan kemampuan sumberdaya. Struktur organisasi minimal terdiri dari ketua, sekretaris, dan bendahara serta kader Posyandu yang merangkap sebagai anggota.

⁹¹ Ibid hal 13-14

⁹² Kemenkes. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. 2011

1. Kriteria pengelola posyandu:
 2. Diutamakan berasal dari para dermawan dan tokoh masyarakat setempat.
 3. Memiliki semangat pengabdian, berinisiatif tinggi dan mampu memotivasi masyarakat.
 4. Bersedia bekerja secara sukarela bersama masyarakat.
- Kader posyandu adalah Kader Posyandu yang selanjutnya disebut kader adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan Posyandu secara sukarela.
 - Sebelum melaksanakan tugasnya, kepada pengurus dan kader terpilih perlu diberikan orientasi dan pelatihan. Orientasi ditujukan kepada pengurus Posyandu dan pelatihan ditujukan kepada kader Posyandu yang keduanya dilaksanakan oleh Puskesmas sesuai dengan pedoman orientasi dan pelatihan yang berlaku. Pada waktu menyelenggarakan orientasi pengurus, sekaligus disusun rencana kerja (*Plan of Action*) Posyandu yang akan dibentuk, lengkap dengan waktu dan tempat penyelenggaraan, para pelaksana dan pembagian tugas serta sarana dan prasarana yang diperlukan.
 - Kegiatan utama posyandu ada 5 (lima) yakni Kesehatan Ibu dan anak (KIA), KB, imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare. Jika kegiatan tersebut ditambah sesuai dengan kesepakatan masyarakat misalnya kesehatan lingkungan, pencegahan penyakit menular, Bina Keluarga Balita (BKB) dan Pembinaan Anak Usia Dini (PAUD).
 - Pada saat ini telah dikenal beberapa kegiatan tambahan Posyandu yang telah diselenggarakan antara lain:
 1. Bina Keluarga Balita (BKB).
 2. Kelas Ibu Hamil dan Balita.
 3. Penemuan dini dan pengamatan penyakit potensial Kejadian Luar Biasa (KLB), misalnya: Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), Demam Berdarah Dengue (DBD), gizi buruk, Polio, Campak, Difteri, Pertusis, Tetanus Neonatorum.
 4. Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).
 5. Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa (UKGMD).
 6. Penyediaan air bersih dan penyehatan lingkungan pemukiman (PAB- PLP).
 7. Program diversifikasi pertanian tanaman pangan dan pemanfaatan pekarangan, melalui Taman Obat Keluarga (TOGA).
 8. Kegiatan ekonomi produktif, seperti: Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga (U P2K), usaha simpan pinjam.
 9. Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin), Tabungan Masyarakat (Tabu mas).
 10. Kesehatan lanjut usia melalui Bina Keluarga Lansia (BKL).
 11. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR).

12. Pemberdayaan fakir miskin, komunitas adat terpencil dan penyandang masalah kesejahteraan sosial.

Khusus untuk daerah-daerah dengan angka *stunting* tinggi, posyandu dijadikan ujung tombak untuk mendorong inisiasi dan partisipasi masyarakat dalam penanganan dan pencegahan *stunting*. Beberapa daerah seperti yang diuraikan di Bab 5 dibawah telah menjadikan posyandu sebagai ujung tombak penanganan dan pencegahan *stunting*.

Kebutuhan penopang lainnya untuk percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* adalah akses air bersih. Data dari *Water Sanitation Program* (WSP) World Bank tahun 2008 menunjukkan bahwa masih tingginya angka kematian bayi dan balita, serta kurang gizi sangat terkait dengan masalah kelangkaan air bersih dan sanitasi. Banyak cara sederhana dapat dilakukan untuk mengurangi resiko diare, diantaranya dengan cuci tangan dengan air bersih dan sabun. Telah dibuktikan bahwa cuci tangan dengan air bersih dan sabun mengurangi kejadian diare 42—47%. Dengan demikian program air bersih dan sanitasi tidak diragukan sangat sensitif terhadap pengurangan resiko infeksi.

Sanitasi buruk biasanya berkorelasi dengan kawasan pemukiman penduduk yang kurang layak dan sehat. Pada tahun 2018 Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat (PUPERA) menetapkan target 100-0-100, yaitu 100% akses air minum, 0% permukiman kumuh, dan 100% akses sanitasi yang layak. Peningkatan kualitas lingkungan permukiman tersebut tidak hanya dilakukan di daerah perkotaan, namun juga daerah perdesaan, bahkan hingga daerah perbatasan⁹³.

Capaian kinerja pembangunan sektor sanitasi dan air layak minum adalah adanya peningkatan kontribusi pemenuhan sanitasi yang layak bagi masyarakat pada tahun 2018 adalah sebesar 69,06 %, lebih tinggi bila dibandingkan dengan capaian tahun 2017 (67,54%). Hal ini terjadi karena pada tahun 2018 sebagian besar output tercapai sesuai target dan bahkan ada yang melebihi 100% seperti: Peraturan Pengembangan Penyehatan lingkungan Permukiman yang ditargetkan menghasilkan 4 NSPK tercapai 4 NSPK (100%); Pembinaan dan Pengawasan Pengembangan Penyehatan Lingkungan Permukiman yang ditargetkan dilakukan di 507 kabupaten/kota tercapai 507 kabupaten/kota (100%); Sistem Pengelolaan Air Limbah yang ditargetkan melayani 424.998 KK tercapai 481.008 KK (113,18%); Sistem

⁹³ Laporan Akuntabilitas Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat 2018.

Penanganan Persampahan semula yang ditargetkan melayani sejumlah 1.613.620 KK tercapai 1.791.060 KK (110,99%); serta Sistem Pengelolaan Drainase yang semula ditargetkan mengurangi genangan sebesar 420 Ha tercapai 607,89 (144,74%)⁹⁴.

Pada tahun 2019, Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat meningkatkan target capaian 100% untuk akses air minum layak dan akses sanitasi layak dari capaian 2018 sebesar 73,60% dan akses sanitasi layak 69,06% di seluruh kawasan Indonesia, terutama yang memang menjadi daerah prioritas, yakni kawasan tidak layak, terpencil dan perbatasan.

Indikator 100% yang dimaksud diatas ialah, Indonesia bisa memenuhi 85% Standart Pelayanan Minimum (SPM) dan 15% memenuhi kebutuhan dasar. “Dalam memenuhi SPM di sektor air minum setidaknya setiap warga bisa mendapatkan akses sebanyak 60 liter/orang/detik. Sedangkan, untuk sektor sanitasi yaitu tersedianya sistem air limbah setempat sebesar 60%, tersedianya sistem air limbah skala komunitas/kawasan/kota sebesar 5%, tersedianya fasilitas pengurangan sampah di perkotaan sebesar 20% dan adanya sistem penanganan sampah di perkotaan sebesar 70%.

Dalam perhitungan Bappenas (2019) untuk mencapai target itu, pemerintah membutuhkan investasi yang sangat besar. Untuk mencapai 100% akses di sektor air minum setidaknya dibutuhkan dana sebesar Rp 275 Triliun. Sementara, untuk sektor sanitasi kebutuhan investasi yang dibutuhkan ialah sebesar Rp 294 Triliun⁹⁵. Tantangannya memang tidak mudah, tapi dengan *effort* yang besar tentu kita bisa memenuhi target tersebut, terlebih jika banyak pihak, terutama swasta ikut andil bagian dari investasi ini.

3.8. Perhitungan analisis biaya manfaat dalam upaya menurunkan gagal kembang (*stunting*) di Indonesia.

Pemerintah telah menetapkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) 2020-2024. Sesuai target dalam RPJMN 2020-2024 pemerintah telah menargetkan penurunan prevalensi *stunting* secara bertahap dengan mengacu pada *baseline* tahun 2018 dan 2019. Angka prevalensi *stunting* pada tahun 2018 pada posisi 30,80%, dan pada tahun 2019 pada

⁹⁴ *ibid*

⁹⁵ http://www.ampl.or.id/read_article/2019-100-masyarakat-indonesia-terlayani-akses-air-minum-dan-sanitasi-layak/37949

posisi 27,67%. Pada tahun 2024 pemerintah menargetkan penurunan prevalensi *stunting* pada angka 14% (skenario optimis) dan 19% (skenario pesimis)⁹⁶.

Target yang telah ditetapkan tentu merupakan sebuah gambaran kualitas kehidupan masyarakat Indonesia di masa datang yang perkembangannya telah dihitung melalui analisis manfaat atas biaya (Benefit Cost Analysis). Agar lebih mudah bisa digambarkan bahwa pembiayaan atau alokasi anggaran yang dilakukan pemerintah untuk menurunkan kondisi gagal kembang pada anak-anak Indonesia adalah sebuah pengeluaran dana atau investasi yang tidak akan terbuang percuma.

Ada nilai Manfaat (Benefit Cost Ratio) dalam perhitungan ekonomi untuk menentukan sebuah investasi yang bisa diperkirakan nilainya akan berlipat di masa depan. Itulah sebenarnya yang disebut dengan investasi yang benar-benar bermanfaat.

Untuk memahami perhitungan ekonomis atau *economic rational* dari investasi yang dilakukan dalam menurunkan angka *stunting* di Indonesia, sebuah penelitian dari John Hoddinott dan kawan pada tahun 2013 memberikan sebuah *framework* atau gambaran langkah-langkah apa yang harus dilakukan pada siklus hidup manusia agar upaya menurunkan kejadian gagal kembang anak (*stunting*) bisa menghasilkan peningkatan produktivitas di usia dewasa atau berkurangnya risiko penyakit kronis di usia tua⁹⁷.

Ada enam gambaran tindakan (*framework*) yang harus dilakukan untuk mencapai target di masa depan. Pertama, pada masa 1000 hari pertama, kedua, pada masa di bawah lima tahun, ketiga, pada masa kanak-kanak hingga menjelang remaja, keempat, pada usia remaja (*adolescence*), kelima, pada usia dewasa atau masa bereproduksi, menjadi orang tua, dan keenam, pada usia tua.

Keenam-enamnya sebenarnya terkait semua dengan risiko yang dihadapi manusia pada periode kunci awal hidupnya. Risiko itu seperti telah dijelaskan di berbagai tulisan di awal adalah kurangnya asupan makanan berkualitas (gizi baik mikro dan makro), kemudian risiko infeksi penyakit, komplikasi di masa kehamilan dan melahirkan, dan yang terakhir adalah risiko dari kurangnya stimulasi (pengasuhan yang benar) dan perawatan (*nurture*).

⁹⁶ Kemenkeu. Pokok Pokok Kebijakan Fiskal 2021. Hal 35

⁹⁷ John Hoddinott et al., Op. Cit., hal 70

Berdasarkan gambaran tindakan ini, orang tua anak akan mampu mengambil keputusan apa yang terbaik atau investasi yang terbaik bagi anak. Tindakan yang benar pada 1000 hari pertama yang penting akan berdampak pada kemampuan anak pada masa pra sekolah. Peran pemerintah dalam memberikan pelayanan maksimal pada usia di bawah tiga tahun akan membuat anak akan memiliki kesehatan yang cukup, daya pikir yang kuat, kepedulian terhadap lingkungan (*socio-emotional*), dan kemampuan diri yang baik (fungsi eksekutif). Ketika hal itu berlanjut sampai pada usia menjelang remaja akan berdampak pada prestasi dalam pendidikan yang tinggi. Pada perkembangannya sampai usia jelang dewasa (*adolescence*) akan mampu membuat seorang menjadi kompetitif. Siap kerja, siap bekerja sama, dan siap memasuki usia produktif. Selanjutnya di masa dewasa, fokus pengembangan kesiapan saat memasuki usia produktif, berumahtangga, mempersiapkan generasi selanjutnya. Jika semua hal itu bisa berlanjut sampai usia tua maka akan bisa bertahan terhadap risiko penyakit kronis, bahkan kematian dini.

John Hoddinot dan kawan-kawan yang melakukan penelitian nilai ekonomis investasi penurunan *stunting*, telah melakukan perhitungan analisis biaya manfaat terhadap 17 negara yang diperkirakan mempunyai keterbatasan anggaran dalam kebijakan ini. Negara-negara itu yang terbanyak adalah kelompok Sub-Sahara Afrika, disusul kelompok Asia Selatan, kelompok Asia Timur (lebih tepat Asia Tenggara), dan kelompok Timur Tengah dan Afrika Utara. Dari perbandingan di antara negara-negara tersebut memperlihatkan Rasio Biaya Manfaat yang nilai positifnya harus lebih dari 1. Semua negara itu nilainya melebihi, mulai dari yang paling rendah yakni Republik Demokratik Kongo antara 3,5 sampai 3,8, disusul di bagian tengah yakni Bangladesh yang jatuh pada angka 17,9 hingga 18,4 sampai dengan yang tertinggi yakni Indonesia yang nilainya adalah antara 47,7 hingga 47,9 yang dibulatkan menjadi 48.

Penjelasan mudahnya, setiap 1 dolar yang dikeluarkan untuk program penurunan *stunting* di Indonesia akan berkembang menjadi 48 dolar nilai keuntungan yang diberikan bagi pertumbuhan ekonomi secara agregat. Jika pada saat ini Indonesia menganggarkan Rp. 60 triliun untuk program penurunan *stunting* maka dalam satu generasi ke depan akan memberi nilai tambah hingga 2880 triliun rupiah bagi produk domestik bruto di masa yang tidak terlalu lama.



Genbest

Generasi Bersih dan Sehat

BAB 4

KEBIJAKAN DAN STRATEGI KOMUNIKASI KEMENTERIAN KOMINFO TERKAIT STUNTING

Sistem apapun dalam bernegara yang menjadi pilihan, tetap membutuhkan kebijakan dan strategi komunikasi publik yang tepat. Dalam negara otoriter seperti pada masa orde baru, komunikasi publik oleh pemerintah terhadap rakyat cenderung satu arah (*one way*), demikian pula dalam strategi pembangunan secara luas, bersifat *top down*. Dalam negara otoriter, komunikasi publik disertai dengan seperangkat aparatus untuk memastikan pesan-pesan yang dikomunikasikan berjalan nyata dilapangan. Bahkan untuk memastikan pesan-pesan tersebut berjalan nyata, seperangkat aparatus yang digunakan tidak segan-segan untuk berhadapan secara keras dengan kelompok-kelompok masyarakat yang menentang. Negara otoriter tidak memerlukan dialog dengan rakyat. Kehendaknya adalah dianggap sebagai penjelmaan “kepentingan umum”.

Berbeda dengan masa orde baru, saat ini Indonesia memilih jalan demokrasi. Prinsip demokrasi adalah menghargai kebebasan pendapat dan berorganisasi. Rakyat adalah subyek yang berbicara dan pemerintah merepresentasikan suara rakyat tersebut dalam kebijakan publik. Komunikasi publik dalam kerangka demokrasi adalah komunikasi publik yang bersifat kesederajatan. Komunikasi kesederajatan adalah antara komunikator dan komunikan (penerima pesan) bisa dalam posisi yang bergantian, saling memberikan respon yang produktif.

Atas pemahaman ini, maka syarat yang dibutuhkan dalam komunikasi publik di ruang publik adalah tumbuhnya akal sehat, penalaran sebagai alat takar. Oleh karena itu konten program, strategi komunikasi, dan hubungan resiprokal antara komunikator dan komunikan menjadi unsur penting. Bila unsur-unsur tersebut kurang terpenuhi, maka syarat komunikasi publik yang berkualitas pada alam demokrasi menjadi defisit (tidak bermutu).

John Fiske (1990) telah mengingatkan, bahwa untuk membangun komunikasi publik dalam alam demokrasi, seorang komunikator harus memahami secara utuh keadaan komunikan,

sehingga bagaimana mengirimkan, dan mengemas pesan agar pesan diterima dengan efisien, akurat, dan berdampak pada perubahan pada alam demokrasi jauh lebih rumit.⁹⁸

Pada alam demokrasi, komunikasi publik lebih banyak menghadapi tantangan. Konten komunikasi dalam alam demokrasi membutuhkan landasan akademis, dan rasionalitas yang teruji, termasuk mampu menangkap persoalan-persoalan yang dihadapi rakyat dan merumuskannya menjadi bahasa komunikasi publik yang efektif. Alam demokrasi juga menghadapi komunikasi publik dalam pluralitas kepentingan yang tercermin dari beragamnya komunikator dan kelompok-kelompok kepentingan. Atas tujuan pesan yang sama, seorang komunikator harus mampu mengemasnya secara berbeda karena beragamnya komunikator.

Tantangan komunikasi publik dalam alam demokrasi juga menghadapi kenyataan dengan terbagi baginya kewenangan pemerintahan, baik di pusat maupun daerah. Terbagi-baginya kewenangan baik secara horizontal antara kementerian dan lembaga, tetapi vertikal yakni instansi di pusat dengan instansi di daerah tidak mudah membangun konsolidasi. Meskipun begitu, hal ini jangan dianggap sebagai permakluman untuk permisif terhadap target kerja. Saat ini banyak tantangan tentang kewenangan yang terbagi. Sekadar membandingkan strategi komunikasi pada masa orde baru, Departemen Penerangan menjadi satu-satunya produsen informasi resmi yang bisa dikeluarkan atas sikap dan kebijakan pemerintah, selain komunikasi langsung yang dibuat oleh presiden dan pembantunya di istana, seperti menteri sekretaris kabinet.

Berbeda dengan masa orde baru, kini setiap instansi pemerintahan baik pusat maupun daerah memiliki juru bicara atau *Public Relation* (PR) masing-masing. Produsen informasi dalam jajaran pemerintahan terbagi bagi pula. Tentu pilihan-pilihan bentuk pelembagaan komunikasi publik ini ada keuntungan dan kelemahannya masing-masing.

Atas latar belakang perjalanan komunikasi publik pemerintah, terutama paska orde baru inilah, Presiden Joko Widodo perlu memperbaiki strategi komunikasi publik dari instansi pemerintah. Presiden Joko Widodo menerbitkan Instruksi Presiden (Inpres) No 9 tahun 2015 tentang Pengelolaan Komunikasi Publik. Melalui inpres ini Presiden Joko Widodo ingin

⁹⁸ John Fiske, *Introduction to Communication Studies*, London and New York, Routledge, 1990 hal. 32

menempatkan kebijakan komunikasi bertumpu pada Kementerian Komunikasi dan Informasi (Kementerian Kominfo). Artinya Kementerian Kominfo sebagai *leading sektor* dalam komunikasi publik pemerintah pada alam demokrasi.

Inpres No 9 tahun 2015 adalah langkah pemerintah untuk membangun narasi tunggal komunikasi publik dari pemerintah. Hal ini tentu dilatar belakangi banyak kejadian dengan banyaknya petugas hubungan kemasyarakatan (humas) dimasing-masing kementerian dan lembaga yang terkadang menimbulkan narasi berbeda antar kementerian dan lembaga dalam komunikasi publik. Untuk menopang implementasi dari tujuan narasi tunggal itulah Inpres No 9 tahun 2015 memerintahkan agar kementerian/ lembaga dan pemda menyampaikan data dan informasi terkait dengan pelaksanaan tugas dan fungsi kepada Menteri Komunikasi dan Informatika secara berkala.

Pada saat yang sama, Inpres No 9 tahun 2015 memerintahkan kepada Kementerian Kominfo untuk, (1) mengoordinasikan perencanaan, penyiapan dan pelaksanaan komunikasi publik terkait dengan kebijakan dan program pemerintah, (2) melakukan kajian terhadap data dan informasi yang disampaikan kementerian dan lembaga pemerintah non kementerian; (3) melakukan media monitoring dan menganalisis konten media terkait dengan kebijakan dan program pemerintah; (4) menyusun narasi tunggal terkait dengan kebijakan dan program pemerintah kepada publik sesuai arahan Presiden; (5) melaksanakan diseminasi dan edukasi terkait kebijakan dan program pemerintah melalui seluruh saluran komunikasi yang tersedia; (6) melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan komunikasi publik; (7) dapat mengundang dan mengikutsertakan Menteri, Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Kementerian, dan/atau pihak lain dalam merumuskan materi informasi yang akan dikomunikasikan kepada publik.

Dalam rangka mengemban instruksi presiden inilah Kementerian Kominfo merumuskan kebijakan komunikasi publik dengan desain yang pas, khususnya dalam kerangka Government Public Relation (GPR), dengan mempertimbangkan berbagai tantangan yang ada.

4.1. Meletakkan Government Public Relation Sebagai Strategi Non Birokratis Pada Isu-isu Prioritas Pemerintah.

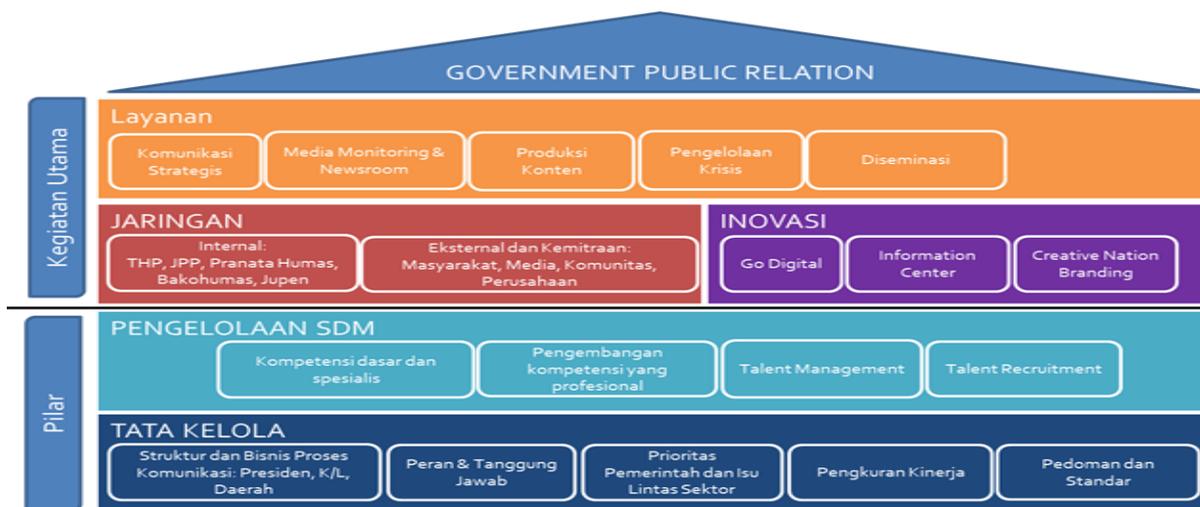
Komunikasi dalam pemerintahan demokratik menjadi instrumen penting. Sebab komunikasi sendiri adalah pilar dasar demokrasi. Pemerintahan demokratik memerlukan strategi komunikasi yang berbeda dengan pemerintahan otoriter seperti orde baru. Melalui *Government Public Relation* (GPR) yang telah mendapatkan mandat pada Inpres No 9 tahun 2015, saat ini perlu merumuskan strategi komunikasi yang akurat, cepat dan dialogis terutama pada isu-isu yang menjadi perhatian publik, dan prioritas program pemerintah.

Pada masa demokrasi dan banjirnya arus informasi saat ini, pemerintah bukan lagi satu-satunya sumber informasi, pemerintah juga tidak memiliki keistimewaan seperti orde baru yang bisa memonopoli arus informasi, dan bila ada yang berbeda dengan kepentingan pemerintah bisa di bredel. Saat ini dan tren kedepan ada dua sumber arus informasi, yakni informasi yang disajikan oleh media massa konvensional, seperti, koran, majalah, televisi, dan radio.

Menguatnya penggunaan sosial media seiring dengan penetrasi internet dan beragamnya platform media sosial dalam beragam bentuk, seperti; jejaring sosial, perpesanan dan blog telah menjelma menjadi sumber arus informasi baru. Dua kanal informasi ini dapat diproduksi dengan cepat, sehingga masyarakat mendapatkan banjir informasi. Banyaknya kanal informasi ini kerap kali memunculkan narasi yang berbeda diantara lembaga-lembaga pemerintahan, sebab satu isu didekati dengan pendekatan sektoral yang berbeda, apalagi media konvensional memiliki motif kebijakan redaksi dengan *framing* yang berbeda-beda pula, termasuk motif politik dari para pengguna media sosial yang mengunggah informasi tersebut.

Atas dasar kenyataan itu, maka kebutuhan untuk membangun manajemen informasi sesuai kebutuhan *Government Public Relation* (GPR) menjadi keniscayaan. Tujuan dari *Government Public Relation* (GPR) adalah membangun struktur komunikasi yang terintegrasi sehingga memberikan dampak perubahan perilaku di masyarakat kearah yang lebih baik. Strategi untuk menjalankan *Government Public Relation* (GPR); (1) koordinasi dan kerjasama yang lebih baik antar kementerian, lembaga dan pemda, (2) penyampaian pesan positif kepada publik, dan (3) meningkatkan kepercayaan publik melalui pesan-pesan yang akurat.

Secara konseptual, Kementerian Kominfo menjabarkan *Government Public Relation (GPR)* sebagaimana dalam framework dibawah ini;



Gambar 4.1. Konsep Government Public Relation (GPR)

Kegiatan utama dari *Government Public Relation (GPR)* adalah memberikan layanan, penyediaan jaringan dan inovasi. Dalam kegiatan pemberian layanan, kegiatan penopangnya antara lain;

1. Komunikasi strategis, Kegiatan ini merumuskan *agenda building* dalam komunikasi publik tiap tahunnya. Sehingga dalam menyusun rencana kerja tahunan dapat berangkat dari *turning point* yang obyektif, serta menyusun agenda agenda kerja yang mampu menjawab masalah dan tantangan komunikasi kedepan oleh Kementerian Kominfo.
2. Media Monitoring dan Newsroom, kegiatan ini melakukan monitoring atas pemberitaan berbagai media, baik media konvensional maupun media sosial. Media monitoring diolah dan disusun dalam news room yang keluarannya disampaikan kepada jajaran pengambil keputusan di Kementerian Kominfo. Data keluaran dari news room menjadi dasar per pengambilan kebijakan di Kementerian Kominfo dalam memberikan respon komunikasi publik.
3. Produksi konten, Pengelolaan database isu dan *content creation* dilakukan oleh panel ahli content development dilakukan oleh panel ahli, dan internal. Penajaman rencana konten dilaksanakan melalui workshop konten informasi digital secara rutin.
4. Pengelolaan krisis, Krisis center dibentuk bila Kementerian Kominfo memandang penting sebagai dukungan informasi publik terhadap berbagai kejadian luar biasa,

seperti bencana alam berskala besar yang membawa korban dalam jumlah banyak, atau kejadian kejadian lain yang *magnitude*-nya sangat besar tetapi berada diluar rencana kerja yang telah direncanakan.

5. Kegiatan Diseminasi, yakni mengkampanyekan isu-isu prioritas, seperti; Memupuk kebhinekaan, pencegahan *stunting*, pencegahan radikalisme, bermedia sosial tanpa *hoax*. Selain mengkampanyekan isu isu prioritas yang menjadi perhatian publik, kegiatan diseminasi juga menyampaikan program program prioritas pemerintah seperti; digital ekonomi, pariwisata, pembangunan infrastruktur, kedaulatan energi dan pangan, dan bidang bidang lainnya. Selain itu pada kegiatan diseminasi ini memberikan porsi pada diseminasi pada *event* yang dibuat oleh pemerintah seperti *sail* tahunan, hari hari besar keagamaan, dan hari hari besar nasional.

Untuk kanal diseminasi, Kementerian Kominfo telah memiliki banyak saluran komunikasi. Kanal komunikasi yang telah terbentuk antara lain;

1. Forum Merdeka Barat 9 adalah forum komunikasi dan diskusi dengan wartawan dari berbagai media terkemuka nasional. Segmennya adalah diseminasi gagasan, rencana, dan capaian program pemerintah dan sikap komunikasi pemerintah atas beberapa hal yang menjadi isu publik. Diskusi ini digelar setiap seminggu sekali.
2. Indonesia.go.id merupakan portal informasi yang menggambarkan Indonesia secara utuh. Baik dalam bentuk data dan angka juga dalam bentuk gambar foto dan video. Portal disajikan secara mudah namun informasi yang disajikan memenuhi harapan masyarakat terhadap kebutuhan informasi.
3. Indonesiabaik.id adalah upaya menggelorakan semangat menuju Indonesia yang lebih baik. Banyak yang Indonesia punya, banyak pula yang Indonesia lakukan. Semua harus disampaikan dan perlu disebarakan agar masyarakat mengetahui perkembangan yang menggembirakan.
4. Jurnal Dialog Kebijakan Publik adalah media tulisan dalam bentuk jurnal yang dikelola oleh Kementerian Kominfo dengan berbagai topik menyangkut ulasan akademik dari berbagai kebijakan dan program pembangunan yang dijalankan oleh pemerintah.

5. Komunika adalah jurnal komunikasi, media dan informatika yang dikelola oleh Balai Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Penelitian (BPSDMP), Balitbang Kementerian Kominfo.
6. Infopublik.id adalah portal berita yang dikelola oleh Direktorat Jenderal Informasi dan Komunikasi Publik, Kementerian Kominfo.
7. Jaringan Pemberitaan Pemerintah (JPP) adalah *newsroom* tempat untuk menggodok semua informasi yang bersumber dari semua kementerian dan lembaga. Newsroom ini nantinya akan menjadi dapur untuk mengolah informasi melalui JPP
8. Gen Posting adalah pembentukan Generasi *Positive Thinking*. Gen Posting diharapkan mampu melahirkan generasi muda positif, kreatif, sekaligus inspiratif di medsos. Hal itu dilakukan dengan memproduksi konten positif lalu melanjutkan dengan pola sharing atau viral. Gerakan ini menyasar kaum milenial yang sudah menganggap media sosial sebagai bagian kebudayaan sehari-hari
9. Hand Book of Indonesia adalah buku panduan berbagai pihak, khususnya dunia internasional untuk melihat Indonesia secara utuh dari beragam bidang dan kekayaan yang dimiliki oleh Indonesia.
10. Aplikasi Sakuin singkatan dari Saku Informasi. Aplikasi tersebut dapat diunduh di toko aplikasi Play Store. Isi dari aplikasi ini adalah tentang pemerintahan, namun ada pula buku seputar diabetes, serta buku seputar sejarah dan warisan budaya Indonesia. Selain itu terdapat karya komik anak bangsa dengan sejumlah judul menghibur, seperti "Emak Super" dan "Lokanatha," yang di dalamnya terdapat pesan sosial, juga terdapat sejumlah judul untuk anak-anak yang kaya akan pesan moral.
11. GPR TV, GPR TV adalah akses informasi mengenai program-program pemerintah kepada seluruh masyarakat terutama yang berada di daerah pelosok dan perbatasan yang selama ini tidak bisa menjangkau channel-channel TV nasional. GPR TV dapat ditonton di platform televisi satelit Ninmedia dan aplikasi KUGO.

Untuk kegiatan pengembangan jaringan antara lain;**Kegiatan internal**

Kegiatan internal dalam pengembangan jaringan antara lain membangun jaringan kelembagaan di internal pemerintahan, baik pusat dan daerah. Jaringan ini kemudian resmi dilembagakan bernama Bakohumas (Badan Koordinasi Humas) pemerintah. Bakohumas ini beranggotakan 696 kementerian, lembaga dan pemerintah daerah. Selain Bakohumas, dilakukan juga pembentukan jaringan juga untuk mencermati informasi di media sosial. Kementerian Kominfo mengordinasikan satgas medsos yang beranggotakan 412 anggota dari 265 kementerian, lembaga dan pemda.

Kegiatan eksternal

Kegiatan eksternal ditujukan untuk membangun jaringan komunikasi dan kanal-kanal strategis yang memberikan dukungan bagi komunikasi strategis yang dijalankan oleh pemerintah. Capaian dari pembentukan jaringan komunikasi eksternal ini, Kementerian Kominfo telah bermitra dengan 505 blogger aktif, media media komunitas sebanyak 463 di 18 provinsi, 4.475 Kelompok Informasi Masyarakat (KIM) diberbagai daerah di seluruh Indoensia, dan jaringan ASEAN Blogger sebanyak 10 orang.

Untuk kegiatan pengembangan inovasi menopang agenda kementerian sektor seperti digital ekonomi, pembentukan pusat informasi, dan memaksimalkan *creative nation branding*. Tujuan *creative nation branding* adalah membangkitkan produktivitas ekonomi pada dunia digital untuk anak anak muda, sebagaimana visi yang telah dijanjikan oleh Presiden Joko Widodo.

Visi Presiden Joko Widodo untuk membangun Sumber Daya Manusia yang unggul dan visi untuk menjadikan Indonesia sebagai *The Digital Energy of Asia*. Kementerian Kominfo memelopori Gerakan Nasional 1000 *Startup* Digital mempersembahkan program “Ignite the Nation-Gerakan Nasional 1000 *Startup* Digital Satu Indonesia” yang merupakan gerakan masif yang bertujuan mengobarkan rasa patriotisme kaum muda, digital millennial bangsa ini. Melalui gerakan yang akan membangun bangsa dengan mimpi untuk menggerakkan Indonesia melalui solusi berbasis karya, teknologi, dan inovasi ini diharapkan tercipta

berbagai solusi digital inovatif bagi negeri yang bermula dari 1000 mimpi, 1000 ide, 1000 karya dan 1000 solusi .

Untuk menopang kegiatan utama Government Public Relation (GPR) diatas, dibutuhkan sumber daya manusia dan organisasi yang kompeten dan memadai. Guna menopang hal ini, Kementerian Kominfo telah menyiapkan daya dukung yang terdiri dari dua bagian;

- Pengelolaan Sumber daya manusia.

Untuk memenuhi kebutuhan sumber daya manusia ini, Kementerian Kominfo menyiapkan kebutuhan kompetensi dasar dan spesialis terhadap tenaga yang ada, dukungan pengembang kompetensi profesional, baik di dalam negeri maupun luar negeri, melakukan *talent management* dan *talent recruitment*.

- Tata kelola

Komunikasi publik akan berjalan dengan optimal bila dilaksanakan dengan tata kelola dan organisasi yang tepat. Untuk memenuhi kebutuhan ini, Kementerian Kominfo telah membentuk struktur dan bisnis proses komunikasi pemerintah, dari mulai presiden, kementerian hingga ke pemerintah daerah, termasuk peran dan tanggungjawabnya masing masing. Tidak hanya menyusun alur kerja dari strategi komunikasi publik, Kementerian Kominfo juga menyiapkan metoda pengukuran kinerja serta pedoman dan standar kerja.

4.2. Kominfo Dalam Pusaran Penanganan *Stunting*

Apa itu kampanye nasional perubahan perilaku? Komunikasi perubahan perilaku adalah proses intervensi terhadap individu atau kelompok masyarakat untuk memberikan pengetahuan agar pengetahuan itu membentuk kesadaran dan pola hidup baru yang berbeda sebelum mereka mendapatkan pengetahuan itu. Transmisi pengetahuan baru itu dapat dilakukan melalui berbagai sarana komunikasi, baik melalui media massa dengan beragam jenisnya, media sosial, maupun komunikasi antar pribadi.

Komunikasi nasional perubahan perilaku untuk percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* menyangkut intervensi terhadap pola hidup masyarakat cegah *stunting*, terutama terhadap kelompok beresiko. Muara akhir dari kampanye nasional percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* adalah tumbuhnya budaya hidup baru ditengah-tengah masyarakat yang bisa menghindarkan pada kelahiran bayi *stunting*.



Gambar 4.2. Salah satu siswi SMA antusias mengikuti kegiatan sosialisasi *stunting* di Ende tahun 2019
Sumber Dit. IKPMK Kominfo

Sebagaimana yang telah kami jelaskan di bab sebelumnya, kampanye hanyalah satu pilar dari kelima pilar pencegahan *stunting*. Meskipun sebagai salah satu pilar aksi percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*, namun pilar kampanye nasional ini tetap membutuhkan kolaborasi banyak pihak.

Kampanye nasional percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* tidak bisa dikerjakan oleh satu atau dua lembaga. Masalah *stunting* menyangkut berbagai faktor sebagaimana yang kami uraikan sebelumnya. Konvergensi merupakan kata kunci dalam percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*.

Pada tanggal 18 Januari 2018 Menteri PPN/Kepala Bappenas menetapkan Peraturan No.1 tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi, yang didalamnya Kementerian Komunikasi dan Informatika diharapkan berperan dalam Program Pengembangan Informasi

dan Komunikasi Publik kegiatan terkait pangan dan gizi dengan, melalui kegiatan Pengembangan Kemitraan Lembaga Komunikasi. Indikator kinerja dari program ini adalah jumlah sosialisasi terkait *stunting* pada media cetak, elektronik, dan media sosial (Melalui radio nasional, infografis, videografis, banner website, media cetak, PSA di Televisi).

Kementerian Komunikasi dan Informatika telah mendapatkan mandat untuk menjadi *lead sektor* pilar ke dua aksi percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*, dan komitmen dan instruksi itu ditegaskan kembali oleh Presiden Joko Widodo. Dalam Rapat Terbatas pada 5 April 2018. Presiden Joko Widodo memberikan instruksi kepada Kementerian Komunikasi dan Informatika untuk menjadi Koordinator Kampanye Nasional Pencegahan *Stunting* 2018. Sedangkan seluruh kegiatan Percepatan Pencegahan *Stunting* dikoordinir oleh Setwapres yang berada di bawah Kantor Wakil Presiden. Keterlibatan banyak kementerian dan lembaga pada pelaksanaan percepatan pencegahan *stunting* pada tahun 2018. Menindaklanjuti instruksi tersebut, maka jumlah kelembagaan yang dilibatkan pun bertambah, dari 11 Kementerian dan 2 lembaga pada tahun 2017, menjadi 23 kementerian dan lembaga di tahun 2018, yaitu:

1. Sekretariat Wakil Presiden
2. Sekretariat Kabinet
3. Tim Nasional Penanggulangan Kemiskinan
4. Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia dan Kebudayaan
5. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional /Bappenas
6. Kementerian Keuangan
7. Kementerian Dalam Negeri
8. Kementerian Kesehatan
9. Kementerian Pertanian
10. Kementerian Kelautan dan Perikanan
11. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
12. Kementerian Ristek Dikti
13. Kementerian Perindustrian
14. Kementerian Perdagangan
15. Kementerian Sosial
16. Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat
17. Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi
18. Kementerian Negara Koperasi Usaha Kecil dan Menengah
19. Kementerian Agama
20. Kementerian Komunikasi dan Informatika

21. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
22. Badan Pengawas Obat dan Makanan
23. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.

Khusus terkait dengan *stunting*, Kementerian Kominfo menjalankan salah satu pilar strategi penanganan *stunting* yaitu Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku. Kampanye dibagi 2 skala, yaitu kampanye Skala Nasional dan Skala Daerah Prioritas. Diseminasi informasi terencana, dengan target utama yaitu ibu usia produktif, remaja putri, komunitas, serta pengambil keputusan lokal, dilakukan secara nasional dan pada 100 kabupaten/kota prioritas *stunting*. Luasnya wilayah yang menjadi area kampanye perubahan perilaku, pada tahun 2018 sebanyak 1000 desa pada 100 kabupaten/kota prioritas, dan pada tahun 2019 bertambah menjadi 1600 desa pada 160 kabupaten/kota prioritas. Untuk pelaksanaan program 2020 meliputi 260 kabupaten/kota di seluruh Indonesia.⁹⁹

Tantangan bagi Kementerian Kominfo adalah melakukan Kampanye Nasional Percepatan Penurunan dan Pencegahan *Stunting* dalam ruang lingkup yang lebih luas. Kampanye nasional untuk mendorong perubahan perilaku sebagai strategi mempercepat penurunan dan pencegahan *stunting* menjadi sangat strategis. Pengalaman dari beberapa negara, kampanye nasional perubahan perilaku memberikan kontribusi besar bagi penurunan prevalensi *stunting*.

Di Peru, media-media besar memberikan dukungan untuk upaya pemerintah dan mengajak rakyat untuk mengubah perilaku agar tidak beresiko memiliki anak *stunting*. Di Bangladesh dan India kampanye perubahan perilaku untuk pengurangan *stunting* digencarkan di komunitas-komunitas. Sementara di Vietnam muncul pelarangan iklan pengganti susu pengganti ASI yang berpengaruh terhadap promosi pemberian ASI eksklusif.

Pemerintah telah menyusun strategi nasional kampanye perubahan perilaku untuk percepatan penurunan *stunting*. Bersama dengan 23 kementerian dan lembaga lainnya, Kementerian Kominfo mengacu pada empat strategi kampanye perubahan perilaku untuk percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*. Keempat strategi itu adalah :

1. Kampanye perubahan perilaku bagi masyarakat umum yang konsisten dan berkelanjutan; dengan memastikan pengembangan pesan, pemilihan saluran

⁹⁹ TNP2K. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stuntin 2018-2024. Jakarta

- komunikasi, dan pengukuran dampak yang efektif, efisien, tepat sasaran, dan berkelanjutan.
2. Komunikasi antar pribadi sesuai konteks sasaran; dengan memastikan pengembangan pesan sesuai kebutuhan kelompok sasaran.
 3. Advokasi berkelanjutan kepada pengambil keputusan; dengan memastikan terselenggaranya penjangkauan yang sistematis.
 4. Pengembangan kapasitas penyelenggara; dengan memberikan pengetahuan dan pelatihan bagi penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku yang efektif dan efisien¹⁰⁰.

Khusus untuk strategi kedua dalam strategi kampanyenya lebih banyak perannya diambil oleh Kementerian Kesehatan, tanpa mengurangi perannya pada ketiga strategi lainnya. Kementerian Kesehatan memiliki tenaga kesehatan seperti bidan, perawat dan dokter hingga ke seluruh pelosok tanah air yang bertugas di seluruh kecamatan di Indonesia. Sehingga strategi komunikasi antar pribadi melalui konseling, sosialisasi tatap muka secara lebih intensif dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memang menjadi tanggungjawab Kementerian Kesehatan.

Atas keempat strategi tersebut, Kementerian Kominfo membuat peta aktor yang menjadi target sasaran komunikasi. Aktor pertama adalah para pembuat kebijakan, khususnya pemerintah daerah, dan pemerintah desa, kedua organisasi layanan masyarakat, seperti pendamping desa, pendamping sosial, penyuluh agama, serta organisasi organisasi kemasyarakatan dan keagamaan. Aktor ketiga tokoh-tokoh masyarakat, agama dan masyarakat luas.

Dari ketiga kelompok aktor tersebut Kementerian Kominfo menyusun metoda kampanye, konten, saluran komunikasi, dan target capaian secara berbeda-beda. Pada tingkat pemerintah daerah, masih banyak pemimpin pemerintahan di daerah dan desa baru mendengar kata *stunting*. Istilah kata *stunting* saja baru mereka dengar apalagi tentang penyebab dan bahayanya. Maka sangat tidak mungkin untuk mengharapkan pemerintah setempat dapat menyusun kebijakan dan program untuk penurunan dan pencegahan *stunting* dengan efektif.

Rata-rata secara nasional, pada saat ini pemerintah daerah telah memiliki pengetahuan tentang *stunting*, yang kurang ada di pemerintahan desa. Meskipun rata-rata penyelenggara

¹⁰⁰ *ibid*

pemerintahan di daerah mengetahui tentang *stunting*, termasuk penyebab dan bahayanya, namun belum menjadikan pemahaman itu untuk diwujudkan dalam program prioritas di daerah apalagi desa.

Kendalanya tentu sangat beragam, selain kepala daerah memiliki prioritas pada sektor yang lain, daya dukung anggaran dan sumber daya lainnya masih sangat terbatas, apalagi terhadap daerah-daerah yang porsi APBD nya terkonsentrasi besar untuk pembiayaan rutin. Karena sempitnya ruang fiskal daerah itu membuat program percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* di daerah belum optimal.

Menghadapi kenyataan seperti ini tentu intervensi komunikasi dengan inisiasi Kantor Sekretariat Wakil Presiden membuat rapat koordinator nasional yang melibatkan kepala daerah, khususnya daerah-daerah yang menjadi prioritas nasional percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*, termasuk koordinasi lintas kementerian seperti Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Keuangan, Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat dan Kementerian Pertanian agar mampu mengatasi masalah masalah yang sifatnya non kampanye.

Namun tidak semua pemerintah daerah menjadi “weakness” dalam menghadapi *stunting*. Banyak juga pemerintah daerah yang memiliki inisiatif, dan program program sangat baik bagi upaya percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* di daerahnya. Beberapa pemerintah daerah seperti Kabupaten Bualemo, Kabupaten Sikka, dan Kabupaten Klaten adalah sedikit contoh pemerintah daerah memiliki prakarsa dan kebijakan yang baik bagi upaya percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*. Pelajaran dari daerah daerah ini bisa dilihat pada Bab 5 dibawah.

Kementerian Kominfo intensif berkolaborasi dengan beberapa daerah bagi upaya percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*, di antaranya bekerja sama dengan Dinas Kominfo di 30 kabupaten se-Indonesia melaksanakan Forum GenBest. Forum GenBest berbentuk kegiatan sosialisasi terhadap pelajar SMA untuk mendapatkan literasi tentang pencegahan *stunting*. Pemerintah mengharapkan alumni Forum GenBest ini menjadi agen penggerak literasi cegah *stunting* pada komunitas di sekolah dan luar sekolahnya. Penggambaran dan evaluasi atas pelaksanaan Forum GenBest bisa dilihat uraiannya pada Bab 6 dibawah.

Terhadap aktor kedua, berbagai kelompok yang memberikan layanan terhadap masyarakat, Kementerian Kominfo menggunakan berbagai kanal komunikasi seperti sosialisasi langsung ke tokoh tokoh masyarakat, berbagai organisasi keagamaan seperti pondok pesantren, gereja, termasuk serta bekerja sama dengan kementerian terkait seperti Kementerian Agama, Kementerian Sosial, dan Kementerian Desa.

Melalui kerja kolaboratif ini, Kementerian Kominfo memproduksi berbagai konten komunikasi bersama, mulai dalam bentuk konten ceramah ceramah keagamaan dan adat yang memberikan sisipan pesan pola hidup untuk cegah *stunting*, termasuk produksi bersama kanal komunikasi seperti buku, flyer, termasuk konten untuk media sosial, baik dalam produksi maupun penyebaran. Telah banyak konten *key opinion leader* yang menjadi produk-produk komunikasi hasil kolaborasi ini.

Kelompok ketiga yang menjadi sasaran adalah masyarakat luas, khususnya di daerah yang menjadi program prioritas percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*. Untuk menyasar kelompok ketiga ini, Kementerian Kominfo menggunakan banyak kanal komunikasi. Detil penggambaran atas penggunaan kanal komunikasi bisa dilihat uraiannya pada subbab di bawah.

Ke depan masih banyak tantangan yang harus dikerjakan oleh Kementerian Kominfo dalam upaya menguatkan kampanye nasional ini. Terlebih target daerah yang menjadi sasaran prioritas percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* hingga 2024 makin banyak. Pemerintah terus menargetkan grafik penurunan prevalensi *stunting* secara eksponensial.

Belajar atas berbagai strategi kampanye nasional yang telah Kementerian Kominfo lakukan beberapa tahun ini, telah banyak pelajaran yang bisa dipetik. Hal itu akan menjadi pengayaan bagi Kementerian Kominfo untuk melaksanakan berbagai program kampanye pada tahun-tahun mendatang, termasuk pelibatan dan kolaborasi dengan berbagai pihak di desa dan daerah sebagai mitra strategis, sehingga kerja-kerja kampanye nasional lebih berdampak luas.

4.3. Strategi Komunikasi Penanganan Prevalensi *Stunting*

Merujuk pada Inpres No 9 tahun 2015 dan tanggung jawab Kementerian Kominfo pada pelaksanaan pilar kedua tentang kampanye nasional perubahan perilaku untuk percepatan

pengecahan *stunting*, Kementerian Kominfo telah melakukan banyak hal, dengan seluruh capaian dan tantangan tantangan baru ke depannya.

Pada tahun 2017, Kementerian Komunikasi dan Informatika telah melaksanakan kegiatan Sosialisasi Pencegahan *Stunting* melalui media online/Kampanye digital, Forum Dialog, Dialog interaktif dan advertorial media cetak. Untuk kegiatan sosialisasi pencegahan *stunting* melalui media online (Kampanye Digital) pada tahun 2017 antara lain:

- Artikel di Media Online (Native Ads) mencapai total view sebanyak 37.223.
- Kerja sama dengan Influencer/Key Opinion Leader di Media Sosial
- Instagram dan YouTube dengan Total Engagement sebanyak 161.546 per Desember 2017.
- Penggunaan tagar #sadarstunting telah berhasil mencapai 4.631.928 reach sampai dengan Desember 2017.
- Capaian Social Media Ads pada platform Facebook, Instagram, dan YouTube mencapai 8.697.153 reach.



Strategi Komunikasi Kampanye Pencegahan Stunting



Gambar 4.3. Strategi komunikasi kampanye pencegahan *stunting*
 Sumber paparan Dirjen IKP

Kampanye cegah *stunting* melalui media online pada tahun 2017 ini adalah langkah awal masuk ke dunia digital. Untuk masuk ke dunia digital, program-program yang dilakukan pemerintah menjadi sangat terukur dalam melihat pencapaiannya, karena dengan teknologi digital semua yang dikampanyekan bisa dilihat.

Tantangan kedepan adalah mengembangkan akun dan platform digital yang kuat. Harapannya pengembangan ini semakin memiliki kemampuan pengayaan yang kuat. Namun pemerintah menyadari, bahwa masyarakat Indonesia, apalagi kelompok yang rentan *stunting*, terutama keluarga miskin akan sangat sulit mendadapat akses informasi tentang cegah *stunting* bila hanya bertumpu pada media daring atau *online*.

Pada tahun 2018 Kementerian Kominfo telah melaksanakan berbagai program kampanye dan peningkatan literasi publik untuk cegah *stunting*. Program 2018 disusun berdasarkan evaluasi dan kebutuhan pengembangan program pada tahun 2017.

Direktorat Jendral Informasi Komunikasi Publik (IKP), Kementerian Kominfo melaksanakan diseminasi informasi layanan masyarakat terkait pola hidup bersih dan sehat sebagai bentuk dukungan Program Pencegahan *Stunting* 2018, dengan melakukan kegiatan *above the line* (ATL), *below the line* (BTL) dan *through the line* (TTL) sekaligus.

Strategi pendekatan Kementerian Kominfo dalam melakukan kampanye penurunan dan cegah *stunting* melalui konsep *lifecyle campaign*. Secara konseptual mengikuti pola konsumsi dan hidup kelompok yang rawan terkena *stunting*.

Program *lifecyle campaign* dilaksanakan menyeluruh pada tahun 2018, seperti terlihat dalam tabel dibawah ini;

Tabel 4.1. Program lifecyle campaign

Segmentasi	Kondisi Aktual	Target	Pesan Kunci	Strategi Media
Remaja Calon Pengantin	<ul style="list-style-type: none"> •Kondisi remaja, terutama putri, rentang menghasilkan anak <i>stunting</i>, perlu perhatian gizi berimbang •Perempuan rentan kehabisan darah saat menstruasi sehingga membutuhkan makanan bergizi. Selain itu membiasakan minum penambah darah •Penundaan perkawinan atau kehamilan sampai usia 20 tahun 	<ul style="list-style-type: none"> • Remaja • Calon Pengantin 	<p>Gizi seimbang dan pola hidup sehat sejak remaja</p> <p><i>“Jaga makananmu, jaga masa depanmu”</i></p> <p>Gizi seimbang 50% (buah dan sayur), 30% makanan pokok dan 20% lauk pauk.</p> <p><i>“masa muda hidup sehat dan banyak berkarya”</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Digital campaign (ads, kuis, microsite) Menargetkan pada remaja target <i>stunting</i> terutama DKI Jakarta dan Jawa 37 Kabupaten 2. Community Event Kelas menulis, kompetisi kreatif, diskusi bebas remaja 3. Radio Promotion Ads Radio lokal, segmen remaja 4. Kerjasama dengan Kemenkes Pemberian materi promosi kesehatan 5. Bekerjasama dengan BKKBN Forum kerjasama dan penyebaran informasi melalui generasi terencana
1000 Hari Pertama Kelahiran (HPK)				
Fase Kehamilan	Peningkatan mutu Antenatal Care dalam penerapan 10T, seluruh ibu hamil melaksanakan kelas ibu hamil, peningkatan cakupan dan compliance tablet tambah darah, pemberian makanan tambahan kepada seluruh ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> • Ibu hamil • bidan 	<p>Pesan General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Makan yang bergizi dan konsumsi multivitamin • Rajin periksa kesehatan ke Posyandu • Hidup bersih dengan menjaga higienitas dan sanitasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Digital campaign (ads, kuis, microsite) Menargetkan pada orang tua muda, aktivis kesehatan dan media online local 2. Forum Edukasi dan Konsultasi Stunting Forum komunitas yang berisikan pesan sederhana, edukatif dan aplikatif 3. Advetorial (Media Cetak Lokal) 4. PSA melalui televise (TVRI ,TV Swasta, Dialog) 5. Program dan Iklan Radio (RRI, PRSSNI dan Dialog) 6. Program Kemitraan

				<p>a. Kemenag-Bimas Islam: pemasangan poster 1000 desa dan Penyuluhan Informasi Publik (PIP)</p> <p>b. Dit Lini Lapangan BKKBN: Sosialisasi bersama dengan Program Kampung KB</p> <p>c. Dit Gizi Balita dan Ibu-BKKBN: Kampanye Gizi Seimbang</p> <p>d. Dinas Kominfo: Forum Koordinasi Sosialisasi <i>Stunting</i> melalui jejaring terutama NTB, NTT dan Papua</p> <p>7. Produksi konten dan penyebaran bersama Komunitas EPEN-CUPEN untuk wilayah Papua</p> <p>8. Forum Media Lokal</p>
Bayi 0 – 5 bulan	Iniasi Menyusui Dini (IMD), Asi eksklusif, Penataan Kunjungan Neonatus (KN1), dan Pelayanan SDIDTK	<ul style="list-style-type: none"> • Orang Tua, Ibu 70% dan Bapak 30% • Tenaga Kesehatan • Tokoh Agama, Masyarakat dan Daerah • Pemerintah Daerah • Jurnalis 	Pesan Spesifik “ASI EKSLUSIF”	
Bayi 6 – 23 bulan	MPASI dan Vitamin		Pesan Spesifik “Makanan tambahan bayi dan rajin kontrol ke dokter	
Bayi 24- 59 bulan	Vitamin A, SDIDTK, PAUDHI dan makanan tambahan			
Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) atau pendek	Pelayanan kesehatan lengkap dan stimulasi dini	Orang tua	Pesan Spesifik “Menerima dan membantu tumbuh kembangnya”	Kampanye secara umum

Dari strategi kampanye *lifecycle* diatas, Kementerian Kominfo menurunkannya menjadi program aksi yang disertai dengan target capaian, gambaran kegiatan, waktu pelaksanaan dan angka pencapaian. Program aksi ini menggunakan bauran strategi yakni metoda promosi *above the line*, *below the line* dan *through the line* sekaligus. Dengan bauran metoda ini diharapkan capaian program dan dampaknya lebih optimal. Strategi itu terumuskan dalam tabel dibawah ini;

Tabel 4.2. Program Aksi Ini Menggunakan Bauran Strategi Yakni Metoda Promosi Above The Line

No	Strategi	Time Line	Key Result Area (KRA)	Sasaran
1	Below The Line (BTL)			
	a. Penempatan poster di posyandu dan sekolah SMP dan SMA	Juli - Agustus	a. Tercapainya 100 Penyuluh Agama serta 1000 Kampung KB dan mobil unit penerangan BKKBN b. Penempelan pada posyandu 1000 desa, 100 SMA pada 100 Kabupaten dan SMP apda 578 Kecamatan.	Anak remaja sekolah dan ibu yang diperiksa ke posyandu
	b. Penyebaran video kreatif ke SMA daerah prioritas penanganan	Juli- Agustus	a. Tercapainya kerjasama dengan Pustekom Kemendikbud dengan memanfaatkan bersama jaringan pendidikan nasional b. 100 SMA daerah prioritas penanganan <i>stunting</i>	Anak remaja sekolah (preventif)
	c. Advetorial Media Cetak/ Online Lokal	Juli – September	1,4 juta pembaca pada media lokal favorit masyarakat.	Pemasangan advertorial pada 28 Kabupaten/ Kota
	d. Forum Tatap Muka (Forum Interaktif, Flash Bloging, dan Program Broadcasting Development Unit (DBU)	Juli – Oktober	<ul style="list-style-type: none"> • 300 konten blogger menulis konten <i>stunting</i> • 3000 peserta dengan target 60% memahami dan 40% melakukan call action. (Penanganan khusus untuk daerah Papua Barat seperti; Tembrauw dan Sorong Selatan) bekerjasama dengan BKKBN 	<ul style="list-style-type: none"> • Flash Bloging di lima kabupaten. • Aktivitas forum kreatif dan interaktif pada 30 kota dengan melibatkan seminal lokal
	e. Pertunjukkan rakyat dan tabliqh akbar	Juli- Nopember	a. Target 42.000 audien pertunra dan 1.500 tabliqh akbar b. Amplifikasi konten melalui penayangan di Youtube.	Target 14 kota/kabupaten melakukan pertunra dan 1 kabupaten di Lampung Timur

				melaksanakan tabligh akbar
2	Above The Line (ATL)			
	a. Placement di PRSSNI	Juli – November	Kerjasama penayangan pada 100 radio dengan average 1000 spot per bulan.	Target 100 kabupaten prioritas pda tahun 2018
	b. Kerjasama dengan RRI	Juli – November	Aktivitas placement 60 spot per bulan dan DBU pada daerah perbatasan	Wilayah <i>stunting</i> daerah 3 T
	c. Kerjasama dengan TVRI	Juli – November	Aktivitas placement 60 spot per bulan	Wilayah <i>stunting</i> daerah 3 T
	d. PSA pada tv nasional	Juli – November	Secara akumulatif sebanyak 440 spot pada acara SES CDA	Nasional
	e. Kerjasama dengan Jaringan Radio Komunitas Indonesia (JRKI) untuk pembuatan paket informasi dan penyebaran	Agustus	Kerjasama pembuatan sandiwarra dengan bahasa lokal pada daerah prevalensi <i>stunting</i> tinggi	Prioritas Lombok Utara, Timor Tengah Selatan, Ngada, Blora, Bondowoso, dan Bandung Barat
3	Through The Line (TTL)			
	a. Penyusunan film pendek dan video kreatif	Juli	a. Lima jumlah video b. Call to action pada website promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Target untuk remaja dan ibu muda • Pesan kunci (ajakan ke posyandu, konsumsi makanan bergizi, minum vitamin penambah daerah)
	b. Digital Ads	Juli – November	<ul style="list-style-type: none"> • 10,3 juta reach (20% engagement) • Click to action (gizinggi.org, cegahstunting.id, dll) 	3 provinsi prioritas (Lampung, Jawa Barat, Jawa Tengah) 27 kab/kota
	c. Official Account LINE, Kaskus dan Owned media	Agustus – November	<ul style="list-style-type: none"> • LINE reach 253.352 subs dengan average monthly page 100.000 • Kaskus (Forum Indonesia Update) reach monthly page 1.000.000 (artikel JPP, kaskus infograpich, dll) 	<ul style="list-style-type: none"> • LINE: pelajar dan mahasiswa pda kategori usia 15-17 dan 18 -23 tahun • Kaskus Project; target usia 18-35 tahun, remaja dewasa muda, sub urban dan urban
	d. Buzzering program	Juni – November	14,3 juta reach (21% engagement)	Nitizen yang kritis konstruktif
4.	Riset dan Monev			
	Melakukan riset persepsi dan komunikasi	Juli- Nopember	Target dari riset persepsi: a. Mengidentifikasi keunikan masalah dan	<ul style="list-style-type: none"> • Masyarakat desa/ pedukuhan target <i>stunting</i>

			penyelesaian terkait komunikasi tiap daerah b. Identifikasi prosentase persepsi masyarakat terhadap informasi <i>stunting</i> dan isu terkait lainnya (sanitasi, pola hidup, dsb)	<ul style="list-style-type: none"> • Regulator dan eksekutor bidang kesehatan dan komunikasi • Aktivistis kepemudaan
--	--	--	--	--

Dari agenda diatas, maka Direktorat Informasi dan Komunikasi Publik (IKP) Kementerian Komunikasi dan Informatika melakukan monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan program. Hasil monitoring dan evaluasi atas pelaksanaan program terlihat dalam tabel dibawah ini;

Tabel 4.3. Melakukan Monitoring Dan Evaluasi Atas Pelaksanaan Program

No	Aktivitas Desiminasi	Coverage Daerah	Jangkauan (orang)
NASIONAL			
1	Media Placement (Televisi, Radio, dan Media Cetak,	Nasional (54 spot dan 6 media)	4,2 juta
2	Media Relation	Nasional (10 top media online)	500.882 view
3	Kampanye Digital	Nasional	27,85 juta
4	Pembuatan kontens (grafis, text, video, audio dan komik)	Nasional dan daerah (62 konten)	Tidak ada
5	Digital signane	JabodetabeK	Rata rata 100.000/day
DAERAH KABUPATEN/KOTA PRIORITAS			
1	Forum Dialog	36 lokasi	3.822 orang
2	Dialog interaktif melalui radio	20 lokasi	117.992 pendengar
3	Advetorial media cetak lokal	14 kali	888.360 pembaca
4	Pemasangan Billboard	12 lokasi	1,1 viewer
5	Pemasangan rol banner " <i>stunting</i> "	10 lokasi	97 roll/ standing banner
6	Penempelan poster pada desa prioritas	33 kab	Masing masing 10 desa prioritas
7	Pertunjukan rakyat	3 lokai	1.970 penonton
8	PSA melalui televisi	2 daerah	190 spot
9	PSA radio	6 lokasi	kabupaten
10	Medsos Advertisement	25 titik	64.549 nitizen

Program kampanye digital juga secara intens menjadi perhatian khusus oleh Kementerian Kominfo. Berdasarkan survei persepsi yang dilakukan oleh Kementerian Kominfo pada tahun 2018 dan 2019, media sosial menjadi rujukan utama masyarakat sebagai sumber informasi setelah televisi. Berpijak pada rekomendasi survei ini, Kementerian Kominfo membuat website generasi sehat bernama <https://genbest.id/>. Tampilan website GenBest seperti terlihat dalam preview dibawah ini;



Gambar 4.4. Website Genbest <https://genbest.id/> .

Selain website, Kementerian Kominfo juga mendeseminasikan informasi konten GenBest melalui Facebook dan Instagram dengan alamat; (<https://www.facebook.com/genbestid/>) dan (<https://www.instagram.com/genbestid/>). Tampilan Facebook dan Instagram GenBest terlihat dalam preview dibawah ini :



Gambar 4.5. Tampilan konten diseminasi informasi mengenai stunting di Facebook dan Instagram GenBest

Khusus untuk pelaksanaan program kampanye digital pada Program GenBest, dengan basis website, sosial mediana pada genbest.id pada tahun 2019 dan 2020 mengalami perkembangan yang menggembirakan. Pada tahun 2019 genbest.id mendapatkan pageviews sebanyak 74.506, dan pada tahun 2020 meningkat menjadi 192.428 views atau meningkat 38,7%.

Tren peningkatan juga terjadi pada media sosial [genbest](http://genbest.id). Pada facebook dan instagram GenBest pada tahun 2019 mendapatkan *reach* 13.990.253 dan *engagement* 798.567, pada tahun 2020 *reach* dan *engagement* meningkat menjadi 47.247.798 untuk *reach* dan 1.357.358 untuk *engagement*.

Sementara beberapa program lainnya seperti survei persepsi, kami letakkan terpisah dalam bab 6 sebagai bagian dari strategi untuk mengevaluasi dari seluruh program kampanye yang dilakukan oleh kementerian/lembaga dan pemda di daerah prioritas.

4.4. Langkah Nyata Kementerian Kominfo Perang Melawan *Stunting*

Upaya percepatan penurunan dan pencegahan *stunting* telah banyak diulas sebagai kerja kolaborasi banyak pihak. Bahkan kerja kampanye untuk mendorong *awareness*, peningkatan literasi dan perubahan perilaku untuk cegah *stunting* yang dilakukan Kementerian Kominfo telah melibatkan banyak pihak. Pelibatan itu mulai dari proses awal produksi konten, diseminasi dan kemitraan program program kegiatan, baik dengan kementerian, lembaga dan pemda maupun dengan kelompok profesional, pegiat media dan media sosial serta organisasi kemasyarakatan dan keagamaan, sebagaimana yang sebagiannya telah diuraikan di sub bab diatas.

Beberapa kegiatan yang berkolaborasi dengan kementerian, lembaga dan pemerintah daerah antara lain;

1. Bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan menyusun materi promosi kesehatan sebagai konten kampanye bersama.
2. Bekerja sama dengan BKKBN dalam pembentukan Forum kerjasama dan penyebaran informasi melalui Generasi terencana, Sosialisasi Bersama dengan program Kampung KB dan kampanye gizi seimbang untuk kalangan ibu muda
3. Bekerja sama dengan Ditjen Bimas Islam Kementerian Agama dalam bentuk Pemasangan poster 1.000 desa dan Penyuluhan Informasi Publik (PIP), serta kaderisasi 100 penyuluh agama yang memahami tentang *stunting* serta mempromosikan pencegahan *stunting*
4. Bekerja sama dengan Pustekkom Kemdikbud dengan memanfaatkan bersama Jaringan Pendidikan Nasional dengan penyebaran video kreatif untuk menambah literasi anak remaja tentang cegah *stunting*
5. Bekerja sama dengan Pemerintah Kabupaten Lampung Timur dalam pelaksanaan Pertunjukkan Rakyat yang menyosialisasikan pecegahan *stunting*.
6. Bekerja sama dengan Dinas Kominfo dalam bentuk pembentukan Forum koordinasi sosialisasi *Stunting* melalui jejaring, terutama NTB, NTT dan Papua.
7. Bekerja sama dengan Radio Republik Indonesia (RRI) terkait aktivitas *placement* Iklan Layanan Masyarakat 60 Spot per bulan dan DBU pada daerah perbatasan.
8. Bekerja sama dengan TVRI untuk aktivitas Placement ILM 60 Spot per bulan terutama di daerah 3 T (terluar, terpencil, dan tertinggal).
9. Bekerja sama dengan berbagai pemerintah daerah terutama di Sikka, Boalemo, dan Klaten dalam upaya kampanye intensif berbasis kearifan lokal untuk cegah *stunting*.

Untuk kerja sama dengan berbagai lembaga di luar pemerintahan untuk menopang tanggung jawab Kementerian Kominfo dalam melaksanakan pilar kedua, yakni kampanye nasional perubahan perilaku untuk penurunan dan pencegahan *stunting*, Kementerian Kominfo telah bekerjasama dengan banyak pihak, baik perusahaan media, kelompok masyarakat, dan kalangan profesional. Bentuk bentuk kerjasama itu antara lain;

1. Bekerja sama dengan Jaringan Radio Komunitas untuk produksi konten cegah *stunting* dengan khazanah budaya lokal sekaligus diseminasi konten tersebut dalam media siar mereka.
2. Bekerja sama dengan kalangan profesional untuk melaksanakan Kelas menulis, kompetisi kreatif, diskusi bebas remaja dengan tema pencegahan *stunting*.
3. Bekerja sama dengan kalangan profesional untuk membuat dan diseminasi aplikasi anak sehat, sebagai media aplikasi yang digunakan oleh masyarakat luas untuk mencatatkan pertumbuhan anak dan ibu sebagai indikator ibu dan anak sehat.
4. Bekerja sama dengan media cetak dan online lokal di 28 kabupaten/kota yang memiliki angka *stunting* paling tinggi secara nasional. Kerjasama ini dalam bentuk pemasangan advetorial
5. Bekerja sama dengan PRSSNI penayangan pada 100 radio dengan *average* atau rata-rata 1.000 spot per bulan di 100 kabupaten/kota yang menjadi prioritas penurunan dan pencegahan *stunting* nasional.
6. Bekerja sama dengan beberapa TV Nasional dalam bentuk advertorial sebanyak 440 spot.
7. Bekerja sama dengan *filmmaker* untuk pembuatan film pendek dengan tema cegah *stunting*. Target untuk remaja dan ibu muda. Pesan kunci (ajakan ke posyandu, konsumsi makanan bergizi, minum vitamin penambah darah).
8. Bekerja sama dengan pegiat media sosial untuk produksi konten, dan desiminasi sebagaimana yang telah di uraikan pada sub bab c di atas.
9. Bekerjasama dengan profesional dalam bentuk pelaksanaan riset persepsi tentang aksi cegah *stunting*, terutama di daerah-daerah yang menjadi prioritas *stunting* untuk melihat dampak dari tingkat intervensi dari berbagai kampanye nasional cegah *stunting* sebagaimana mandat pada pilar kedua.



BAB 5

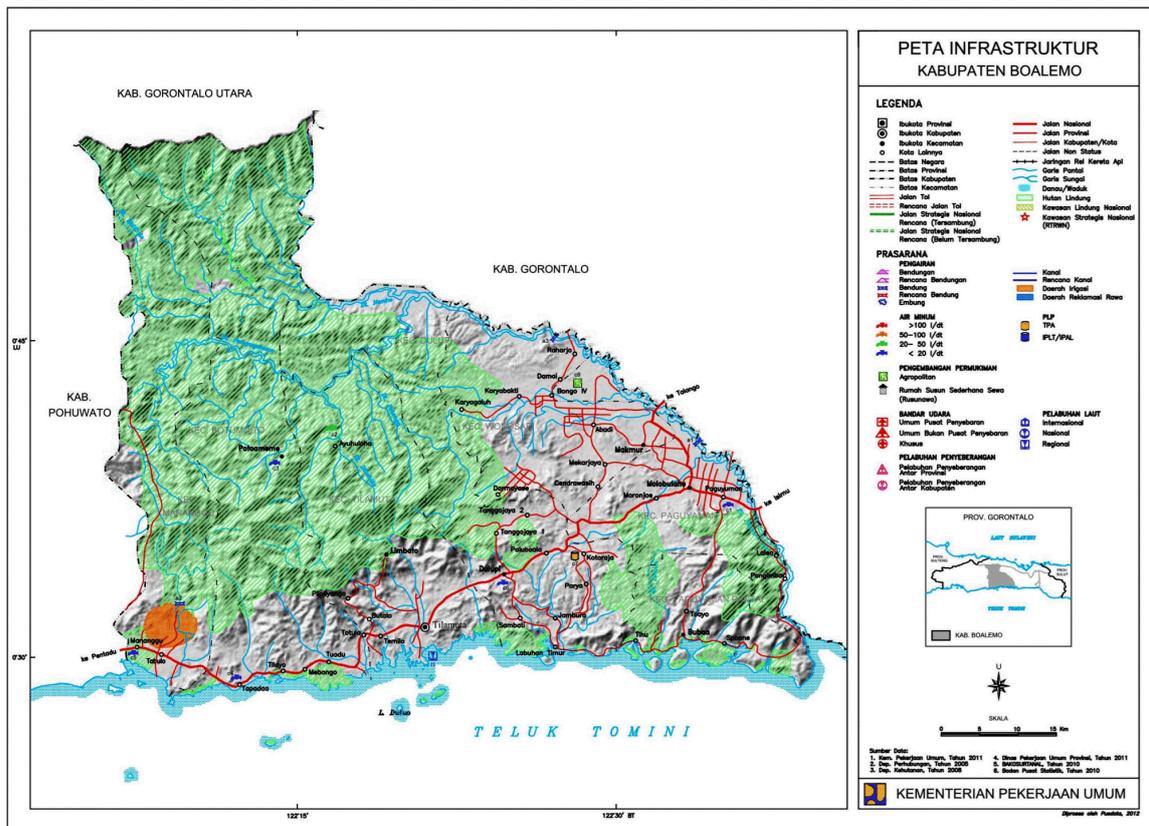
BELAJAR DARI BOALEMO, SIKKA DAN KLATEN

Stunting atau kekerdilan pada pertumbuhan anak telah menjadi isu nasional. Upaya penanganan dan pencegahannya telah menjadi program prioritas pemerintah Indonesia. Saat ini 27,76% anak di Indonesia mengalami *stunting*. Pemerintah Indonesia menargetkan penekanan angka tingkat prevalensi *stunting* mencapai angka 14% pada tahun 2024. Upayanya adalah dengan melibatkan lintas sektor untuk menanggulangi permasalahan ini. Terdapat 23 kementerian dan kelembagaan negara yang turut andil. Pemerintah daerah, sebagaimana yang diatur dalam UU No. 23 Tahun 2014 mempunyai peranan besar dalam pencapaian target pelaksanaan program prioritas pemerintah. Program penanganan dan pencegahan *stunting* yang dilaksanakan oleh beberapa pemerintah daerah seperti di antaranya Pemerintah Kabupaten Boalemo, Pemerintah Kabupaten Sikka dan Pemerintah Kabupaten Klaten ternyata mampu menekan angka kasus *stunting* yang terjadi di wilayahnya dengan baik. Berikut ini, adalah upaya-upaya pemerintah daerah tersebut dalam penanganan dan pencegahan *stunting* di daerahnya.

5.1. Kabupaten Boalemo, Gorontalo

Kabupaten Boalemo adalah kabupaten yang beribukota di Tilamuta. Kabupaten ini berada dalam wilayah pemerintahan Provinsi Gorontalo, yang memiliki perbatasan laut Sulawesi di sebelah utara dan Teluk Tomini di sebelah selatan. Kekayaan laut yang terkandung di dalamnya menyumbang sumber pendapatan ekonomi masyarakatnya. Komoditas laut unggulan kabupaten ini di antaranya adalah produksi perikanan tangkap ikan tuna, ikan kerapu tikus dan ikan layang. Kabupaten ini juga memiliki sektor wisata alam berupa Taman Laut Pulau Nimba. Di sektor pertanian dan perkebunan, selain menghasilkan komoditas pangan berupa padi, palawija dan jagung, Kabupaten Boalemo juga menghasilkan jambu mete, kelapa dan kopi robusta.¹⁰¹

¹⁰¹ Badan Pusat Statistik Kabupaten Boalemo, *Kabupaten Boalemo dalam Angka 2019*, (Boalemo:BPS Kabupaten Boalemo, 2019) hal. 180) <https://boalemokab.bps.go.id/publication/download.html>



Gambar 5.1. Peta Kabupaten Boalemo. Sumber Gambar dari Pemkab Boalemo

Kabupaten Boalemo merupakan pemekaran dari Kabupaten Gorontalo berdasarkan UU No.50 tahun 1999 dan UU no.10 tahun 2000 tentang pembentukan Kabupaten Boalemo. Saat ini Kabupaten Boalemo mempunyai penduduk sejumlah kurang lebih 147 ribu jiwa.

Kabupaten Boalemo pada pemerintahan periode 2017 - 2022 berdasarkan Perda No. 6 Tahun 2017 tentang RPJMD Kabupaten Boalemo 2017 – 2022, telah menetapkan Kabupaten Boalemo melalui sebuah motto yakni, “Kabupaten yang Damai, Cerdas, Sejahtera dalam Suasana yang Religius Tahun 2022”. Terdapat empat misi pembangunan dalam visi Kabupaten Boalemo yang tertuang dalam perda tersebut. Di antaranya adalah Mewujudkan Kabupaten Boalemo yang Damai, Mewujudkan Kabupaten Boalemo yang Cerdas, Mewujudkan Kabupaten Boalemo yang Sejahtera, dan Mewujudkan Kabupaten Boalemo yang Religius.

Salah satu tujuan pembangunan Kabupaten Boalemo dalam bidang kesehatan dan kesejahteraan dalam mewujudkan misi pertama pembangunan ditetapkan dengan mewujudkan suasana kenyamanan atas pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat dengan sasaran meningkatkan pemenuhan kebutuhan pangan, meningkatnya derajat kesehatan

masyarakat serta meningkatkan kualitas lingkungan hidup dan pengelolaan hutan diluar kawasan. Dalam perwujudan tujuan dan sasaran pembangunan tersebut, rumusan strategi yang ditetapkan pemerintah Kabupaten Boalemo adalah,

- Penguatan ketahanan pangan wilayah.
- Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.
- Menjaga keseimbangan lingkungan yang optimal.
- Menciptakan kawasan permukiman yang nyaman.
- Penyediaan infrastruktur wilayah yang fungsional, berkualitas dan representatif.

Arah kebijakan untuk mencapai semua itu adalah dengan mewujudkan kedaulatan pangan, mewujudkan masyarakat yang sehat, mewujudkan lingkungan hidup yang bersih, lestari, asri dan nyaman, pemenuhan penataan kawasan perumahan dan permukiman, dan peningkatan layanan infrastruktur publik.

Program pembangunan yang ditetapkan berdasarkan strategi dan arah kebijakan untuk mencapai visi misi pembangunan pertama, yakni pembangunan dengan tujuan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan masyarakat yang sehat di antaranya adalah

- Program Upaya Kesehatan Masyarakat,
- Program Pengembangan Lingkungan Sehat,
- Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan Dan Anak,
- Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Anak Balita serta Program Perbaikan Gizi Masyarakat.
- Program pembangunan dalam mewujudkan kedaulatan pangan adalah Program Peningkatan Ketahanan Pangan (Pertanian/Perkebunan),
- Program Pengelolaan Ruang Terbuka Hijau (RTH),
- Program Pengembangan Kinerja Pengelolaan Air Minum dan Air Limbah,
- Program Lingkungan Sehat Perumahan untuk mewujudkan Lingkungan Hidup yang Bersih, Lestari, Asri dan Nyaman, Pemenuhan Penataan Kawasan Perumahan dan Permukiman.
- Perwujudan peningkatan layanan infrastruktur publik pemerintah Kabupaten Boalemo menetapkan Program Peningkatan Jalan dan Jembatan,
- Program Rehabilitasi/Pemeliharaan Jalan dan Jembatan
- Program Pengembangan dan Pengelolaan Jaringan Irigasi Rawa dan Jaringan Pengairan Lainnya.

Kabupaten Boalemo merupakan salah satu kabupaten yang menjadi titik lokus prioritas penanganan *stunting* yang ditetapkan oleh pemerintah pusat. Dengan target penurunan tingkat prevalensi *stunting* yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat sebesar 19%, pada tahun 2019 Pemerintah Kabupaten Boalemo telah mampu menekannya menjadi sebesar 15,5%.

Pada tahun 2020, Pemerintah Kabupaten Boalemo telah menetapkan 16 desa yang menjadi prioritas penanganan *stunting*. Beberapa desa itu di antaranya adalah desa Tangga Jaya, Tutulo, Lahumbo, Teniloo, Balate Jaya, Bongo Tua, Bualo, Girisa, Sariipi, Mohunggo, Bongo Nol, Rumbia, Kotaraja, Tabongo, Bukit Karya dan Patoameme. Desa-desa tersebut menjadi desa prioritas penanganan *stunting* karena tingkat prevalensi *stunting*-nya berada di atas angka 34%.



Gambar 5.2. Penandatanganan Komitmen Penurunan dan Rembug Stunting di Boalemo tahun 2019
Sumber Gambar dari Pemkab Boalemo

Dengan dukungan Direktorat Jenderal Bina Pembangunan Daerah Kementerian Dalam Negeri, Pemerintah Kabupaten Boalemo menyusun 8 aksi intervensi penurunan *stunting*. Pemerintah Kabupaten Boalemo memulainya dengan melakukan analisis situasi program penurunan *stunting* kemudian dilanjutkan dengan penyusunan rencana kegiatan penurunan *stunting*, dilanjutkan dengan melakukan rembug *stunting*, menerbitkan peraturan bupati mengenai peran desa, melakukan pembinaan kader pembangunan manusia, pengelolaan

sistem manajemen data *stunting*, pengukuran dan publikasi data *stunting* dan melakukan review kinerja tahunan.

Regulasi yang telah dikeluarkan oleh Pemerintah Kabupaten Boalemo dalam rangka penanganan *stunting* meliputi,

1. Keputusan Bupati Boalemo Nomor 188 tahun 2018, tentang pembentukan kelompok kerja penanganan dan pencegahan *stunting* Kabupaten Boalemo.
2. Keputusan Bupati Boalemo Nomor 533 tahun 2018, tentang Tim Pengarah dan Tim Teknis RAD dan Gizi Kabupaten Boalemo periode 2018 – 2022.
3. Peraturan Bupati Boalemo Nomor 2 tahun 2019, tentang tata cara pembagian dan penetapan rincian Dana Desa Kabupaten Boalemo Tahun Anggaran 2019.
4. Peraturan Bupati Boalemo Nomor 36 tahun 2019, tentang pembentukan tim koordinasi percepatan penurunan *Stunting* Kabupaten Boalemo.
5. Keputusan Bupati Nomor 265 tahun 2019, tentang penetapan nama desa prioritas pencegahan dan penanganan *Stunting* serta Intervensi Gizi Spesifik dan Sensitif di Kabupaten Boalemo tahun 2019.
6. Keputusan Bupati Nomor 266 tahun 2019, tentang pembentukan tim koordinasi percepatan penurunan *Stunting* Kabupaten Boalemo.
7. Peraturan Bupati Nomor 39 tahun 2019, tentang percepatan pencegahan *stunting* terintegrasi di Kabupaten Boalemo.

Percepatan pencegahan *stunting* terintegrasi di Kabupaten Boalemo ditandai dengan ditandatanganinya Peraturan Bupati Nomor 36 tahun 2019 pada tanggal 24 Mei 2019. Dengan adanya regulasi tersebut Pemerintah Kabupaten Boalemo, dengan tujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat dan kualitas sumber daya manusia, melakukan pencegahan *stunting* yang dimaksudkan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan keluarga dan masyarakat melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi dan peningkatan system kewaspadaan pangan dan gizi.

Aksi bersama dan terobosan pencegahan *stunting* dilakukan melalui 5 pilar percepatan pencegahan *stunting*. Pilar tersebut di antaranya adalah komitmen dan visi pimpinan daerah, kampanye dengan fokus pada pemahaman, perubahan perilaku, komitmen politik dan akuntabilitas. Konvergensi, koordinasi dan konsolidasi program nasional, daerah dan masyarakat. Mendorong kebijakan *nutritional food security* serta pemantauan dan evaluasi.

Bappeda Kabupaten Boalemo memegang wewenang dan tanggungjawab pencegahan *stunting* yang berada berada di Kabupaten Boalemo dengan dibantu oleh tim percepatan pencegahan *stunting* yang dibentuk berdasarkan surat keputusan bupati. Tim percepatan pencegahan *stunting* terdiri dari unsur pemerintah, masyarakat, akademisi, praktisi dan pelaku usaha. Tugas dari tim pencegahan *stunting* adalah melakukan koordinasi dan komunikasi efektif lintas program dan lintas sektor dalam upaya pencegahan *stunting*. Mengkaji dan menganalisis permasalahan *stunting* dan perbaikan gizi serta merencanakan tujuan, sasaran, prioritas, staretgi dan program pencegahan *stunting*. Melaksanakan pemetaan peran lintas sektor terkait pencegahan *stunting* serta mengalokasikan dan melaksanakan program dalam bentuk kegiatan yang berkelanjutan. Memonitor dan mengevaluasi program serta mensosialisasikan ke kecamatan sampai dengan tingkat desa.

Pendekatan yang dilakukan dalam pencegahan *stunting* dengan strategi edukasi kesehatan dan gizi melalui kemandirian keluarga, dengan melakukan intervensi perubahan perilaku dengan upaya promotif dan preventif pada individu dan masyarakat yang menyentuh langsung sasaran utamanya yaitu keluarga. Edukasi yang diberikan untuk peningkatan kemampuan keluarga untuk untuk mengenali, menilai dan melakukan tindakan secara mandiri didampingi tenaga kesehatan dan *community provider* secara berkala, kontinyu dan terintegrasi. Indikator dari kemandirian keluarga diukur dengan sejauh mana keluarga menyadari pentingnya kesehatan dan gizi, sejauh mana mengetahui apakah anggota keluarganya mengalami masalah kesehatan dan gizi dan mengetahui apa yang harus dilakukan serta pemanfaatan dan upaya untuk mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan. Pendekatan lainnya adalah dengan melakukan gerakan masyarakat hidup sehat. Gerakan tersebut untuk mensinergiskan upaya promotif dan preventif masalah *stunting* dengan produktivitas masyarakat. Gerakan tersebut dilaksanakan melalui peningkatan aktivitas fisik, perilaku hidup sehat, penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi. peningkatan percepatan dan deteksi dini penyakit, peningkatan kualitas lingkungan dan peningkatan edukasi hidup sehat. Gerakan tersebut di kampanyekan oleh Dinas Kesehatan dan seluruh organisasi perangkat daerah. Gerakan 1000 HPK yang dilakukan melalui penandatanganan pakta integritas oleh pemerintah daerah, masyarakat dan pemangku kepentingan terkait, melakukan kampanye di berbagai media, pemberian penghargaan bagi

masyarakat yang peduli pencegahan *stunting* serta kegiatan lainnya yang mendukung. Gerakan 1000 HPK berada dibawah koordinasi Dinas Kesehatan.

Dalam pelaksanaan pencegahan *stunting*, pemerintah daerah melakukan penajaman sasaran wilayah intervensi yang berdasarkan pada tingginya angka kejadian *stunting*, memprioritaskan upaya perbaikan manajemen layanan kesehatan bagi akses rumah tangga dengan 1000 HPK. Selain itu memprioritaskan alokasi sumber daya yang dikelola bagi peningkatan cakupan layanan, fokus dalam implementasi dan efektifitas percepatan pencegahan *stunting* dan pengukuran target pencapaian yang lebih terkendali dan dapat dijadikan dasar perluasan.

Pada tahun 2020 ditetapkan sejumlah 16 desa yang menjadi prioritas penanganan *stunting*, di antaranya Desa Tangga Jaya, Tutulo, Lahumbo, Teniloo, Balate Jaya, Bongo Tua, Bualo, Girisa, Saripi, Mohunggo, Bongo Nol, Rumbia, Kotaraja, Tabongo, Bukit Karya dan Patoameme. Desa-desa tersebut menjadi desa prioritas penanganan *stunting* dengan tingkat prevalensi berada di atas angka 34%.

Kebijakan operasional Kabupaten Boalemo dalam rangka menurunkan kejadian *stunting* meliputi Target penurunan prevalensi *Stunting* tahun 2019 sebesar 17 %, *Zero Stunting* bayi yang dilahirkan tahun 2019, Pejabat di lingkungan Pemerintah Kabupaten Boalemo mempunyai wilayah binaan dalam penurunan *stunting*, evaluasi secara berjenjang terhadap program penanganan *stunting*, SOPD terkait program penurunan *stunting* wajib mengalokasi anggaran program *stunting* tahun 2020, rencana aksi daerah dari setiap SOPD tahun 2020 dalam program penurunan *stunting*, Intervensi 1000 HPK bagi semua SOPD terkait terhadap sasaran dalam program penurunan *stunting* dan pembentukan Desa Tanggap *Stunting*.

Intervensi yang dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Boalemo dalam menekan *stunting* dilakukan dengan melakukan intervensi spesifik dan intervensi sensitif, intervensi spesifik dengan sasarannya adalah ibu dan anak dengan 1000 HPK yang bersifat jangka pendek dan dilakukan di sektor kesehatan dengan melakukan kegiatan pemberian Tablet Tambah Darah untuk remaja putri, calon pengantin, ibu hamil (suplementasi besi folat), melakukan promosi dan kampanye Tablet Tambah Darah, membuat kelas ibu hamil, pemberian kelambu berinsektisida dan pengobatan bagi ibu hamil yang positif malaria, pemberian suplementasi vitamin A, promosi ASI eksklusif, promosi makanan pendamping ASI, pemberian suplemen

gizi mikro (Taburia), pemberian suplemen gizi makro (PMT), melakukan promosi makanan berfortifikasi termasuk garam beryodium dan besi, promosi dan kampanye gizi seimbang dan perubahan perilaku, tata laksana gizi kurang/buruk, pemberian obat cacing dan Zinc untuk manajemen diare. Sedangkan untuk intervensi gizi sensitif yang bersifat jangka panjang dengan sasaran masyarakat umum dilakukan kegiatan pembangunan di dalam sektor kesehatan maupun di luar sektor kesehatan.

Intervensi gizi sensitif yang dilakukan Pemerintah Kabupaten Boalemo di sektor kesehatan meliputi, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan, penyediaan air bersih dan sanitasi, memberikan pendidikan gizi pada masyarakat, melakukan Imunisasi, pengendalian terhadap penyakit malaria, pengendalian penyakit TB, pengendalian penyakit HIV/AIDS, memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi serta gizi pada remaja, memberikan Jaminan Kesehatan Nasional dan Jaminan Persalinan (Jampersal), Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga (PIS PK), Nusantara Sehat (Tenaga Ahli Gizi dan Tenaga Promosi Kesehatan, Tenaga Kesling) dan pemberlakuan akreditasi pada Puskesmas dan RS.

Pemerintah Kabupaten Boalemo, melalui Dinas Kesehatan melakukan peningkatan peran dan tugas Tim Penggerak PKK melalui program PKK, peningkatan peran Kader Kesehatan dan kelompok Dasa Wisma dengan memberikan pelatihan pendataan dan pembinaan kelompok keluarga dengan dibekali materi mengenai kesehatan dan gizi, pola asuh anak serta Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Penguatan Posyandu untuk mencegah dan menurunkan kejadian *stunting* dilakukan dengan memperbanyak kegiatan pembinaan melalui kunjungan ke rumah-rumah serta melakukan pengawalan dan pemantauan tumbuh kembang anak pada 1000 HPK.

Selain itu kader pembangunan manusia melakukan monitoring dan memastikan rumah tangga yang memiliki ibu hamil, ibu menyusui dan balita terutama anak usia 0-23 bulan untuk mendapatkan 5 (lima) pelayanan utama. Layanan tersebut berupa layanan kesehatan dan gizi ibu dan anak, layanan konseling kesehatan dan gizi, layanan air bersih dan sanitasi yang baik, jaminan kesehatan sosial dan pendidikan anak usia dini/PAUD.¹⁰²

¹⁰²Alimudin, "Kebijakan Pemerintah Boalemo Dalam Penurunan Prevalensi Stunting", (Dinkes Boalemo: 2019) paparan disampaikan pada Sosialisasi Genbest 19, Boalemo, 5 November 2019, hal. 26.

Layanan utama yang di dapatkan oleh ibu hamil, ibu menyusui dan balita terutama anak usia 0-23 bulan tersebut memiliki 14 indikator layanan kesehatan. Indikator tersebut diantaranya adalah setiap ibu hamil diperiksa oleh bidan minimal 4 kali pemeriksaan selama masa kehamilan, mendapatkan tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan, setiap baduta (bayi dibawah dua tahun) diukur berat dan tinggi badannya secara rutin setiap bulan oleh tenaga kesehatan terlatih, setiap Ibu yang melahirkan (termasuk bayinya) mendapatkan perawatan nifas dari bidan atau dokter minimal 3 kali perawatan selama 42 hari setelah melahirkan, setiap bayi usia 12 bulan kebawah mendapatkan imunisasi lengkap sesuai dengan standar Kementerian Kesehatan, setiap orang tua/pengasuh yang memiliki bayi usia 0-2 tahun mengikuti kegiatan konseling gizi minimal sebulan sekali, setiap ibu hamil dan atau memiliki anak 0-2 tahun dari keluarga rentan mendapat kunjungan konseling terpadu (perawatan kehamilan,Gizi,IMD,PMBA) minimal 1 bulan sekali, setiap rumah tangga dengan ibu hamil dan menyusui atau yang memiliki anak usia 0-2 tahun mendapatkan jaminan layanan kesehatan dan jaminan sosial, memiliki akses atas air minum yang layak dan memiliki jamban keluarga, setiap anak usia 0 – 2 tahun memilki akte kelahiran, setiap orang tua/pengasuh yang memiliki anak usia 0 sampai di bawah 3 tahun mengikuti kegiatan parenting dalam layanan PAUD minimal sebulan sekali dan setiap anak usia 3-6 tahun aktif mengikuti minimal 80% jadwal layanan PAUD.

Pemerintah Kabupaten Boalemo dalam upaya penanganan *stunting* melakukan peningkatan kepedulian pemahaman masyarakat dan pemerintah desa serta meningkatkan hubungan kerjasama dan koordinasi lintas sektor di tingkat desa dengan melakukan Fokus Group Discussion (FGD) penanganan dan pencegahan *stunting*. Kegiatan FGD tersebut melibatkan camat dan perangkat kecamatan, seluruh kepala desa, Ketua Tim Penggerak PKK Desa, Kaur Pembangunan dan Tenaga pendamping profesional kecamatan.¹⁰³ Dalam upaya meningkatkan kapasitas dan kualitas sumber daya manusia di desa dalam penanganan *stunting* serta meningkatkan alokasi APBDes untuk kegiatan terkait gizi dalam penanganan *stunting*, Pemerintah Kabupaten Boalemo melakukan pembentukan tim teknis

¹⁰³Jufri & Jacob, "Dinkes Boalemo Gelar FGD Penanganan dan Pencegahan Stunting" <https://dinkes.gorontaloprov.go.id/dinkes-boalemo-gelar-fgd-penanganan-dan-pencegahan-stunting>, diakses pada 22 Agustus 2020

penanggulangan *stunting* tingkat kabupaten serta pembentukan Desa Tanggap *Stunting*¹⁰⁴, yang didalamnya terdapat satuan tugas (satgas) desa tanggap *stunting*.

Satgas Desa Tanggap *Stunting* bertugas memberikan edukasi dan informasi terkait pencegahan dan penanganan *stunting* di masing-masing wilayah desa untuk meningkatkan kepedulian dan pemahaman masyarakat sekaligus perangkat desanya.¹⁰⁵ Kepada Satgas Desa Tanggap *Stunting*, diberikan bimbingan teknis terkait tugas dan perannya dalam penanganan *stunting*. Dalam penggunaan alokasi Dana Desa untuk penanganan *stunting*, Pemerintah Kabupaten Boalemo mengarahkan pengaturan penggunaan alokasi dana desa untuk pencegahan *stunting* melalui Peraturan Bupati No 2 tahun 2019. Pemerintah Kabupaten Boalemo mewajibkan setiap pejabat Satuan Organisasi Perangkat Daerah (SOPD) untuk melakukan pembinaan 1 wilayah lokus *stunting* yang berada di kabupaten Boalemo, setiap SOPD di lingkungan Pemerintah Kabupaten Boalemo diwajibkan mempunyai rencana aksi yang terkait dengan program penurunan *stunting* dan memiliki program intervensi 1000 HPK.¹⁰⁶

Berbagai program untuk memberikan dukungan terhadap penanganan dan pencegahan *stunting* dilakukan Pemerintah Kabupaten Boalemo, di antaranya adalah dengan 14 Program Damai, 14 program ASN dan Masyarakat Beramal, serta kegiatan Boalemo Melayani Warga (BMW). 14 Program Damai diantaranya berupa bantuan yang diberikan secara cuma-cuma kepada masyarakat, mulai pemberian benih ikan dan pupuk, pembangunan jalan usaha tani, bantuan makanan tambahan bagi keluarga pasien di rumah Sakit, bantuan beras, serta kemudahan layanan BPJS. Program ASN dan Masyarakat Beramal dilakukan dengan memberikan santunan kepada warga yang dilakukan oleh ASN.¹⁰⁷

Kampanye gerakan memasyarakatkan makan ikan “Gemarikan” juga dilakukan oleh Dinas Kelautan dan Perikanan untuk meningkatkan ketahanan pangan dan gizi masyarakat sebagai rangkaian pencegahan dan menurunkan *stunting*, kampanye tersebut dilaksanakan di tiap

¹⁰⁴Kisman Abubakar, “Dinkes Canangkan DTS, Bupati Darwis: Ini Demi Masa Depan Kecerdasan Anak”, <https://dm1.co.id/dinkes-canangkan-dts-bupati-darwis-ini-demi-masa-depan-kecerdasan-anak>, diakses pada 22 Agustus 2020

¹⁰⁵Mufakris Guma, “Seruan Rensi Makuta, Wujudkan Boalemo Bebas *Stunting*”, <https://hargo.co.id/berita/seruan-rensi-makuta-wujudkan-boalemo-bebas-stunting.html>, diakses pada 22 Agustus 2020

¹⁰⁶ Alimudin, Op.Cit., hal. 22

¹⁰⁷Yadin, “14 Program Unggulan Pemerintahan Damai Terus Digencarkan”, <https://hulondalo.id/14-program-unggulan-pemerintahan-damai-terus-digencarkan>, diakses pada 22 Agustus 2020.

kecamatan dengan target peserta didik dari jenjang sekolah dasar hingga sekolah menengah atas beserta guru pendidik.¹⁰⁸

Dalam upaya membangun peran serta generasi muda untuk ikut dalam pencegahan dan penanganan *stunting*, Pemerintah Kabupaten Boalemo melibatkan siswa dari berbagai sekolah menengah, mahasiswa dari berbagai perguruan tinggi, anggota ikatan bidan, pegiat komunitas serta pendamping siswa dalam kegiatan forum sosialisasi GenBest. Dalam forum sosialisasi tersebut, para generasi muda dibekali pengetahuan mengenai *stunting* dan besarnya pengaruh perilaku hidup sehat dan bersih sebagai upaya pencegahan *stunting* demi terwujudnya generasi emas. Dengan diadakannya forum sosialisasi GenBest, pengetahuan generasi muda mengenai *stunting* dan kesehatan meningkat sehingga mereka mampu menjadi agen informasi dan komunikasi yang aktif dalam mensosialisasikan dan mengkomunikasikan pencegahan *stunting* kepada teman-teman sebaya, melalui tatap muka maupun melalui media sosial di lingkungannya.¹⁰⁹

Pada tahun 2020 ini, pemerintah Kabupaten Boalemo menargetkan tingkat prevalensi *stunting* berada diangka 9%¹¹⁰ dan berdasarkan Surat Edaran Bupati Boalemo No.5/bappeda/III/2019 dan Peraturan Bupati No. 39 tahun 2019 Pemerintah Kabupaten Boalemo beserta seluruh elemen kesehatan, unsur Forkopimda, dunia usaha, organisasi masyarakat melakukan deklarasi “Cegah *stunting* menuju Boalemo zero new cases of *stunting*”. Deklarasi tersebut berisikan poin-poin antara lain, pembuatan regulasi untuk pencegahan dan penanganan *stunting*, penggalangan komitmen semua sektor dan seluruh lapisan masyarakat/akademisi/dunia usaha dan organisasi kemasyarakatan untuk melakukan pencegahan *stunting*, menggalakkan perilaku hidup sehat dan bersih, pemenuhan kebutuhan gizi melalui seribu HPK, kepastian setiap bayi mendapatkan ASI eksklusif dan ASI lanjutan, Pemberian Makanan Pendamping ASI Sehat dan pemantauan terhadap tumbuh kembang anak serta pemberian imunisasi dasar secara lengkap melalui posyandu.¹¹¹

¹⁰⁸Zulkifli Tampolo, “Galakkan Gemarikan Guna Memerangi Stunting Di Boalemo”, <https://hargo.co.id/berita/galakkan-gemarikan-guna-memerangi-stunting-di-boalemo>, diakses 9 Agustus 2019.

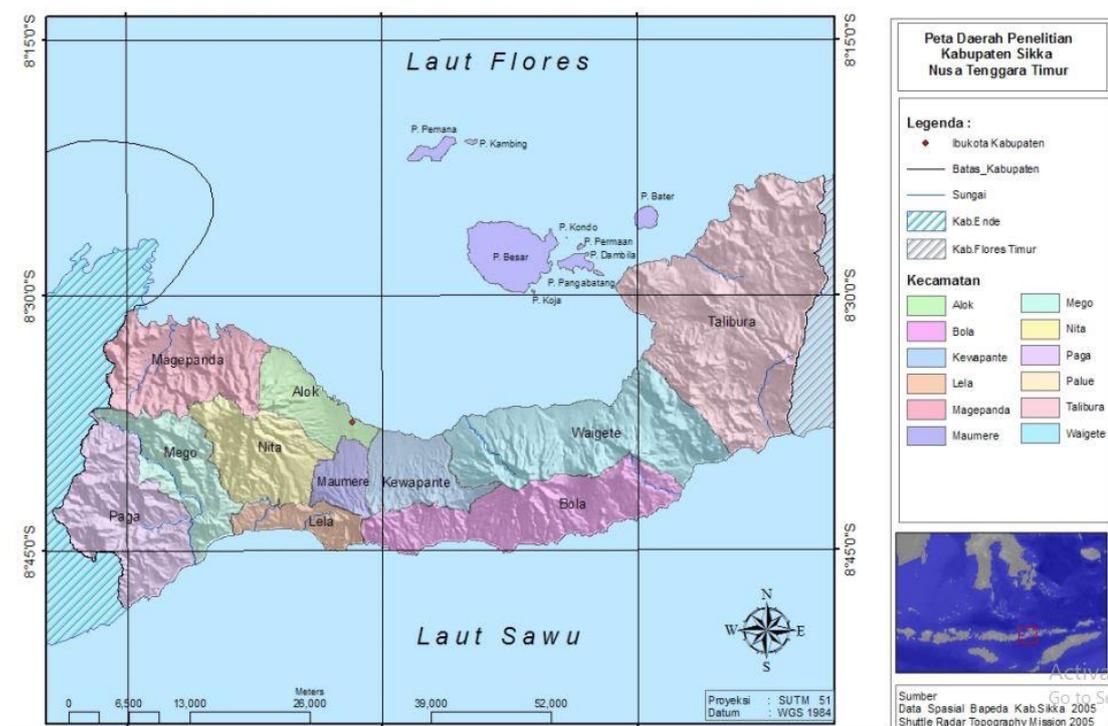
¹⁰⁹“Lewat Genbest Kementerian kominfo Ajak Generasi Muda Boalemo Cegah Stunting”, <http://infopublik.id/kategori/nusantara/371441/lewat-genbest-kementerian-kominfo-ajak-generasi-muda-boalemo-cegah-stunting>, diakses pada 22 Agustus 2020.

¹¹⁰Rusdi Aneta, “Pemda Boalemo Deklarasikan Cegah Stunting”, <https://rri.co.id/gorontalo/sosial/800019/pemda-boalemo-deklarasikan-cegah-stunting>, diakses pada 22 Agustus 2020.

¹¹¹“Boalemo Menuju Zero New Cases Of Stunting”, <https://dm1.co.id/boalemo-menuju-zero-new-cases-of-stunting>, diakses pada 22 Agustus 2020.

5.2. Kabupaten Sikka, Nusa Tenggara Timur

Nusa Tenggara Timur, sebuah provinsi yang berada di sisi tenggara negeri ini, wilayahnya terdiri dari gugusan kepulauan yang jumlahnya lebih dari lima ratus pulau, dengan 3 pulau besar yang diantaranya adalah pulau flores, pulau sumba dan pulau timur barat. Sunda kecil, dulu pernah dikenalkan sebagai namanya, memiliki warisan sejarah dari jaman purba yang bernama komodo, satu-satunya jenis reptile raksasa di dunia yang hanya ada di pulau komodo. Alamnya yang cantik, sabana yang hampir berada di setiap kepulauannya, kekayaan laut dan tradisi nelayannya, letaknya yang berada dalam perbatasan langsung dengan Australia, cuacanya yang tropis dengan suhu tertinggi 32,3°C dan suhu terendah adalah 23.7°C, yang memiliki curah hujan antara 600 – 3500 mm rata-rata dalam setahun, dengan hari hujan yang lebih sedikit dibanding wilayah yang berada dekat dengan garis katulistiwa. Mata pencaharian penduduknya beragam, pertanian, perkebunan, peternakan, perikanan, dan lainnya. Provinsi dengan jumlah penduduk sebesar 5,456,2000 jiwa pada tahun ini¹¹², pernah berada dalam masa yang kurang menguntungkan sewindu yang lalu, dimana tingkat prevalensi *stunting* pada anak-anaknya lebih dari setengah populasinya.



Gambar 5.3. Peta Kabupaten Sikka. Sumber Gambar dari Bappeda Sikka

¹¹²BPS Provinsi Nusa Tenggara Timur, "Provinsi Nusa Tenggara Timur Dalam Angka 2020", (NTT: BPS NTT, 2020) Hal.515

Kabupaten Sikka dalam RPJMD Tahun 2018-2023, memuat visi dan misi pembangunan daerah yaitu “Terpenuhinya hak-hak dasar masyarakat menuju Sikka bahagia 2023”. Visi yang tertuang dalam RPJMD tersebut dijabarkan bahwa Pemenuhan hak dasar adalah upaya untuk memenuhi hak pokok yang dibawa oleh manusia sejak lahir yang secara kodrat melekat pada setiap manusia dan tidak dapat diganggu gugat. Hak dasar merupakan anugerah Tuhan Yang Maha Esa yang meliputi, Hak atas pendidikan, Hak atas kesehatan, Hak perempuan dan anak, Hak atas kependudukan, Hak atas pekerjaan, Hak atas perumahan, Hak atas lingkungan yang berkelanjutan. Sedangkan untuk Bahagia adalah keadaan atau perasaan senang dan tentram dari masyarakat Sikka karena terpenuhinya aspek kesehatan, pendidikan, pekerjaan, pendapatan rumah tangga, keharmonisan keluarga, ketersediaan waktu luang, hubungan sosial, kondisi rumah dan aset, keadaan lingkungan dan kondisi keamanan.

Misi dalam RPJMD Kabupaten Sikka adalah mewujudkan kehidupan masyarakat yang berkualitas dan mewujudkan reformasi birokrasi, dengan 9 misi pembangunan diantaranya;

1. Mewujudkan daya saing Kabupaten Sikka yang unggul sebagai pusat perdagangan dan pengembangan industri pengolahan untuk mencapai Kabupaten Sikka yang lebih makmur dan sejahtera,
2. Menjadikan Kabupaten Sikka sebagai salah satu pusat pendidikan berkualitas di Flores,
3. Mempertahankan dan mengembangkan budaya luhur Kabupaten Sikka sehingga menjadi salah satu tujuan wisata utama di Indonesia Bagian Timur,
4. Mewujudkan Kabupaten Sikka yang menerapkan prinsip-prinsip *good governance*, berkeadilan, demokratis dan berlandaskan hukum,
5. Mewujudkan Kabupaten Sikka yang aman, tertib, bersatu dan damai,
6. Mewujudkan pembangunan prasarana dan sarana khususnya fasilitas umum dan penyediaan barang publik yang berkualitas dan berkeadilan,
7. Mewujudkan Kabupaten Sikka yang nyaman dan ramah lingkungan,
8. Mewujudkan masyarakat Kabupaten Sikka yang bermoral, beretika, beradab, berbudaya dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa,
9. Mewujudkan Kabupaten Sikka Sehat.

Misi pembangunan ke 9 Kabupaten Sikka, dalam mewujudkan Kabupaten Sikka sehat, ditandai dengan meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat yang diukur dari rendahnya angka kematian bayi, meningkatnya usia harapan hidup, dan rendahnya tingkat prevalensi penyakit menular termasuk HIV/AIDS. Meningkatnya kualitas dan jangkauan layanan

kesehatan serta perlindungan terhadap kesehatan terutama bagi kelompok masyarakat berpenghasilan rendah. Meningkatnya kebersihan dan kesehatan lingkungan perumahan serta ketersediaan sarana dan prasarana kebersihan rumah tangga serta rendahnya tingkat penyalahgunaan narkoba dan napza.

Dalam mewujudkan hal tersebut, arah kebijakan pemerintah daerah Kabupaten Sikka yang mencakup kelompok sasaran (target group), tempat (lokus) dan dimensi pada tahun 2018-2023 adalah;

1. Akselerasi pemenuhan layanan kesehatan ibu Antenatal, Natal dan Postnatal, melalui peningkatan pelayanan kesehatan ibu, Keluarga Berencana, peningkatan peran serta masyarakat, penguatan puskesmas dan jaringannya, pembentukan brigade sehat reaksi cepat.
2. Akselerasi pemenuhan layanan kesehatan bayi dan balita, melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), stimulasi dan deteksi intervensi dini tumbuh kembang anak, Imunisasi dan ASI eksklusif.
3. Peningkatan pengendalian penyakit dan penanganan kesehatan lingkungan, melalui peningkatan layanan kesehatan guna pengurangan angka kesakitan, pengendalian pencemaran dan atau perusakan lingkungan, penanganan kawasan kumuh.
4. Percepatan pemberian jaminan kesehatan bagi keluarga tidak mampu, melalui Pemberian KIS atau Kartu Sikka Sehat dengan jangka waktu terbatas bagi yang belum memperolehnya.

Untuk melaksanakan program pembangunan peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat. Program pembangunan daerah Kabupaten Sikka dijabarkan menjadi Program Prioritas Kabupaten Sikka tahun 2018-2023. Program prioritas tersebut diantaranya adalah Upaya Kesehatan Masyarakat, Perbaikan Gizi Masyarakat, Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular, Standarisasi Pelayanan Kesehatan, Pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas/ puskemas pembantu dan jaringannya. Peningkatan pelayanan kesehatan anak balita, peningkatan keselamatan ibu melahirkan dan anak, perlindungan anak dan KB, pengendalian pencemaran dan perusakan lingkungan hidup, pengembangan lingkungan sehat, kemitraan peningkatan pelayanan kesehatan dan lingkungan sehat perumahan.

Dalam upaya penanganan *stunting*, Pemerintah Kabupaten Sikka dalam kurun waktu yang relatif singkat mampu menekan angka prevalensi *stunting*. Beberapa waktu lalu data prevalensi *stunting* diumumkan berdasarkan data yang dikeluarkan Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) bahwa Kabupaten Sikka tingkat prevalensi *stunting* dicatatkan di angka 22,6% dengan jumlah 4.709 anak pada tahun 2020.¹¹³ Prestasi ini merupakan hasil penurunan yang hampir menyamai capaian selama lima tahun penanganan *stunting* di tahun-tahun sebelumnya.



Gambar 5.4. Pertemuan Gubernur dan Pemda Sikka dalam rangka penanganan Stunting.

Sumber gambar dari sikkakab.go.id/

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi NTT, drg. Dominggus Minggu Mere menyatakan berdasar data Riskesdas pada tahun 2013 tingkat prevalensi *stunting* berada di angka 51%, pada tahun 2018 dalam jangka waktu 5 tahun, tingkat prevalensi *stunting* tersebut menurun menjadi 42%.¹¹⁴ Penurunan prevalensi *stunting* yang mencengangkan juga terjadi di Kabupaten Sikka, dari tingkat prevalensi *stunting* yang cukup tinggi di angka 41% pada tahun 2013, menurun menjadi 33% pada tahun 2018.

Pemerintah Kabupaten Sikka dalam upaya pencegahan dan penanganan *stunting*, melalui Badan Perencanaan dan Pengembangan dan Penelitian (Bapelitbang) Kabupaten Sikka melaksanakan Workshop Pencegahan Stunting pada pertengahan tahun 2019. Workshop

¹¹³Konten Redaksi Florespedia, "*Kasus Stunting Di Sikka Capai 4.709 Kasus*", <https://kumparan.com/florespedia/kasus-stunting-di-sikka-capai-4-709-kasus>, diakses 18 agustus 2020

¹¹⁴Ebed De Rosary, "*Tekan Stunting Di Sikka Perlu Sinergi Berbagai Pihak*", <https://www.cendananews.com/2019/08/tekan-stunting-di-sikka-perlu-sinergi-berbagai-pihak>, diakses 18 Agustus 2018

tersebut dilakukan dalam rangka penyamaan persepsi, pengumpulan data dan pembuatan perencanaan dengan stakeholder terkait. Workshop tersebut membahas 8 aksi penanganan *stunting*, Kedelapan aksi tersebut antara lain, pertama, analisa situasi. Kedua, menyusun rencana kerja. Ketiga, rembug *stunting*. Keempat, pembahasan dan penyusunan Peraturan Bupati. Kelima, pembangunan manusia. Keenam, manajemen data. Ketujuh, pengukuran dan publikasi. Aksi kedelapan, penilaian kinerja.

Aksi satu dan dua sebagai penanggung jawab adalah Bapelitbang. Aksi ketiga oleh Sekdakab Sikka dan Bapelitbang. Aksi keempat terkait peran desa dan pembangunan manusia oleh Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa (PMD) Kabupaten Sikka. Aksi keenam tentang Manajemen Data oleh Bapelitbang dan Dinas Kesehatan. Aksi ketujuh oleh Dinas Kesehatan untuk evaluasi terkait naik turunnya angka *stunting*. Aksi kedelapan oleh Bapelitbang terkait penilaian pelaksanaan aksi konvergensi ke tingkat kecamatan sampai dengan desa.¹¹⁵

Pemerintah Kabupaten Sikka dalam menjalankan 8 aksi penanganan *stunting*, khususnya dalam aksi ketiga adalah melalui aksi rembug *stunting*. Kegiatan rembug *stunting* bertujuan untuk membangun kapasitas dan komitmen Perangkat Daerah, Kepala desa dan Lurah untuk merencanakan, mengimplementasikan, memantau dan mengevaluasi intervensi – intervensi yang konvergen untuk menurunkan angka *stunting* di Kabupaten Sikka.¹¹⁶ Penanganan dan penurunan *stunting* memerlukan integrasi antara intervensi spesifik yang dilakukan oleh sektor kesehatan dan intervensi sensitif yang dilakukan oleh sektor non kesehatan, Wakil Bupati Sikka menyatakan bahwa hal penting yang harus dilakukan agar semua proses penanggulangan *stunting* bisa berjalan sukses yakni komitmen bersama, kampanye, konvergensi program, akses pangan bergizi dan monitoring program.¹¹⁷

Bupati Kabupaten Sikka, Fransiskus Roberto Diogo menyatakan bahwa pengaruh pencegahan melalui intervensi spesifik berupa tindakan yang dilakukan dengan pendekatan perbaikan pangan dan gizi hanya berpengaruh 30% terhadap penurunan angka prevalensi *stunting*. Selebihnya adalah tindakan pencegahan tidak langsung melalui intervensi sensitif yang dilakukan oleh sektor pendukung lainnya, berupa perbaikan fasilitas kesehatan,

¹¹⁵Redaksi, "Bapelitbang Gelar Workshop Pencegahan Stunting Di Sikka", <http://www.suaraflores.net/bapelitbang-gelar-workshop-pencegahan-stunting-di-sikka>, diakses 18 Agustus 2020

¹¹⁶Konten Redaksi Florespedia, "Turunkan Angka Stunting Di Sikka Pemkab Adakan Rembuk Stunting", <https://kumparan.com/florespedia/turunkan-angka-stunting-di-sikka-pemkab-adakan-rembuk-stunting>, diakses 18 Agustus 2020

¹¹⁷Ibid.

jaminan sosial, sanitasi yang layak, ketersediaan air bersih, akses pada makanan yang sehat dan lain-lain.¹¹⁸ Terkait intervensi spesifik yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan adalah meliputi penyusunan anggaran, sosialisasi mengenai *stunting* dan melakukan pendampingan kepada masyarakat yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sampai ke tingkat desa.

Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan mengenai Program Keluarga Sadar Gizi, program tersebut bertujuan untuk pengurangan angka *stunting* hingga Kabupaten Sikka terbebas dari kasus *stunting*. Kegiatan pelatihan program keluarga sadar gizi pada tenaga kesehatan dilakukan agar tenaga kesehatan dapat memahami tentang konsep keluarga sadar gizi. Disisi lain agar tenaga kesehatan dapat memahami materi pemantuan pertumbuhan, materi ASI eksklusif, materi makan beranekaragam, materi tentang garam beryodium dan materi tentang suplemen sesuai anjuran.¹¹⁹ Program Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Selain pelatihan mengenai Keluarga Sadar Gizi, Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka juga memberikan penguatan kapasitas Pendamping Ibu Hamil (PIH) yang berada di setiap puskesmas di Kabupaten Sikka. Penguatan kapasitas Pendamping Ibu Hamil tersebut bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan tentang tanda bahaya pada ibu hamil dan bayi baru lahir. Meningkatkan pengetahuan PIH tentang program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), meningkatkan pengetahuan PIH tentang perawatan ibu hamil, ibu nifas dan bayi baru lahir di rumah, dan meningkatkan pengetahuan PIH tentang peran suami dalam mendukung ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.¹²⁰

Upaya peningkatan pengetahuan masyarakat terkait penanganan *stunting* sebagai bentuk intervensi sensitif juga dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Sikka melalui Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Peningkatan pengetahuan tersebut dilakukan dengan kegiatan sosialisasi materi dan media komunikasi, informasi dan edukasi (KIE), tujuan dari program tersebut adalah peningkatan ketrampilan dan pengetahuan masyarakat terkait pengasuhan dan tumbuh kembang anak pada seribu hari pertama kehidupan, juga meningkatkan kesadaran keluarga pada gizi. Hal tersebut dilakukan

¹¹⁸ Ebed de Rosari, Op. Cit. diakses 14 September 2020

¹¹⁹ Redaksi, "Pelatihan Kadarzi Bagi Nakes Strategi Dinkes Sikka Atasi Masalah Stunting", <http://www.suaraflores.net/pelatihan-kadarzi-bagi-nakes-strategi-dinkes-sikka-atasi-masalah-stunting>, diakses 18 Agustus 2020.

¹²⁰ Redaksi, "Dinkes Sikka Lakukan Penguatan Kapasitas Pendamping Ibu Hamil", <http://www.suaraflores.net/dinkes-sikka-lakukan-penguatan-kapasitas-pendamping-ibu-hamil>, diakses 18 Agustus 2020.

secara langsung kepada sasaran penanggulangan *stunting*, yang diantaranya remaja putri, calon ibu, ibu yang memiliki bayi dibawah dua tahun, ibu hamil dan pasangan suami istri. Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan juga dilakukan melalui program keluarga sadar gizi, pembinaan pada kelompok Bina Keluarga Balita (BKB) dan kelompok Bina Keluarga Balita Holistik Integratif (BKB HI).¹²¹

Pembekalan pengetahuan pada remaja putri sebagai calon ibu juga dilakukan sebagai salah satu sasaran penanggulangan dan pencegahan *stunting*. Pemerintah Kabupaten Sikka bersama Kementerian Kominfo melakukan sosialisasi GenBest dengan sasarannya adalah remaja, sebagai generasi milenial yang dianggap mampu menjadi agen komunikasi untuk mensosialisasikan dan mengkomunikasikan pencegahan *stunting* di lingkungan sebayanya melalui tatap muka ataupun media sosial.¹²² Untuk membekali remaja milenial tersebut, sebagai agen komunikasi dalam perannya untuk pencegahan *stunting* di Kabupaten Sikka, Persatuan Ahli Gizi (Persagi) Kabupaten Sikka mengajak remaja milenial untuk mengenali *stunting* dan dampaknya. DPP KBPPPA Kabupaten Sikka menyampaikan tantangan, harapan serta permasalahan yang di hadapi oleh generasi milenial sekarang ini.

Memberikan pemahaman mengenai karakteristik remaja sehingga mereka mampu mengenali diri sendiri, bahwa masa muda adalah masa dengan semangat yang meluap-luap, senang berkumpul dengan sebayanya, mempunyai rasa ingin tahu yang besar dan memiliki tingkat emosi yang masih labil serta sedang berada dalam masa dimana mulai mengenal perasaan cinta. Dalam masa-masa tersebut, remaja rentan untuk berperilaku hidup tidak sehat. Perilaku tidak sehat yang bisa terjadi diantaranya adalah dalam hal seksualitas dan narkoba, perilaku tersebut membuat remaja beresiko terkena penyakit HIV/AIDS dan terjadi kehamilan yang tidak direncanakan. Saat ini, remaja di hadapkan pada situasi dimana media semakin permisif, teman sebaya yang mulai liberal, lingkungan sosial masyarakat yang semakin individualistik, sekolah yang kompetitif serta jika kondisi tersebut di tambah dengan situasi dalam keluarga yang kurang intim membuat remaja terganggu masa transisinya menuju ke kedewasaan. Dimana, masa depan remaja dihadapkan pada keharusan untuk

¹²¹Wall Abulat, "Ibu Hamil, Baduta, dan Remaja Sikka Perangi Stunting", <http://fiorespos.co.id/berita/detail/ibu-hamil-baduta-dan-remaja-putri-sikka-perangi-stunting>, diakses 18 Agustus 2020.

¹²²Eginus Mo'a, "Remaja Sikka Sepakat Jadi Agen Pencegahan Stunting", <https://kupang.tribunnews.com/2019/08/07/remajaSikka-sepakat-jadi-agen-pencegahan-stunting>, diakses 14 September 2020.

melanjutkan sekolah ke jenjang yang lebih tinggi, mendapatkan pekerjaan, memulai untuk berkeluarga, dan menjadi bagian dari masyarakat.

Remaja-remaja tersebut juga dikenalkan pada program Gen-re, program yang dikembangkan oleh BKKBN dengan fokus kegiatannya adalah penyediaan informasi mengenai kesehatan reproduksi serta pendewasaan usia perkawinan yang seluas-luasnya. Kampanye perencanaan kehidupan berkeluarga untuk membantu remaja bersiap menghadapi masa kedewasaan dengan lebih terencana.¹²³ Pengetahuan mengenai *stunting* diberikan secara menyeluruh, menanamkan pemahaman kepada remaja bahwa persoalan gizi adalah mengenai investasi jangka panjang, dan upaya pencegahan *stunting* akan berdampak pada pertumbuhan ekonomi dan sosial mereka di masa yang akan datang. Remaja di ajak untuk mulai mengenali *stunting* dan penderitanya, dampak yang diakibatkan dari adanya *stunting* secara ekonomi dan sosial, faktor penyebab terjadinya *stunting*, serta upaya yang dilakukan untuk pencegahan keberadaan *stunting*. Diantaranya adalah ajakan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat, dorongan untuk mengakses makanan dengan kecukupan gizi seimbang, penghentian perkawinan anak, memperhatikan konsumsi makanan bergizi pada seribu HPK dan menekankan manfaat ASI dan makanan pendamping asi bagi bayi dan juga keluarga.¹²⁴

Di Kabupaten Sikka pada tahun 2020, 4.709 anak yang mengalami *stunting*, 32 anak di antaranya dirawat di Rumah Pemulihan Stunting. Program tersebut merupakan upaya dari Pemerintah Kabupaten Sikka untuk memperbaiki gizi anak.

Kepala Dinas kesehatan Kabupaten Sikka, menyatakan bahwa metode tersebut di adopsi dari Kolombia yang saat ini juga diterapkan di Bangladesh dan India. Metode pemulihan ini lebih ditekankan dengan memberikan keseimbangan gizi berupa protein dan karbohidrat pada anak yang mengalami *stunting*. Kedepannya, ketika program ini berhasil, Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka akan mengembangkannya di semua desa dan kelurahan.¹²⁵ Program rumah pemulihan tersebut sudah berjalan selama dua bulan, hal tersebut merupakan komitmen pemerintah daerah dalam upaya menurunkan angka prevalensi *stunting*. Saat ini di

¹²³ Agustina Maria Hiladin Carwayu, "Masalah, Tantangan Dan Harapan Generasi Muda", DPP KBPPPA SIKKA, 2019 (paparan disampaikan pada Sosialisasi Genbest 19, Maumere, 7 Agustus 2019) Hal. 25.

¹²⁴ B.M Klotildis Gandut, "Cegah Stunting Untuk Generasi Sikka Sehat, Cerdas & Produktif", PERSAGI SIKKA, 2019 (paparan disampaikan pada Sosialisasi Genbest 19, Maumere, 7 Agustus 2019) Hal.15-31.

¹²⁵ Vicky da Gomez, "Metode Kolombia Jadi Pilot Project Pencegahan Stunting di Sikka", <http://suarasikka.com/metode-kolombia-jadi-pilot-project-pencegahan-stunting-di-sikka>, diakses 18 Agustus 2020

Kabupaten Sikka terdapat 4.709 anak dengan *stunting*, angka yang tergolong tinggi menurut dinas kesehatan. Penurunan prevalensi *stunting* di Kabupaten Sikka tidak serta merta terjadi begitu saja. Dengan capaian angka penurunan yang secara dramatis terjadi dalam kurun waktu 2 tahun, dari tahun 2018 sampai tahun 2020, sebesar 10.4%, Pemerintah Kabupaten Sikka telah melakukan kerja panjang.

Program lain yang telah diluncurkan oleh Pemerintah Kabupaten Sikka, untuk menekan angka *stunting* yang dalam tahun 2022 ditargetkan 0% dengan P4K, yaitu program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi bagi ibu hamil. Pelaksanaan P4K di fasilitasi bidan desa dalam rangka meningkatkan peran aktif suami dari ibu hamil, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman. Memberikan stiker atau label bendera di setiap rumah ibu hamil, agar terdata, tercatat dan dilaporkan keadaan ibu hamil oleh bidan. Dengan melibatkan peran aktif dari berbagai unsur masyarakat, mulai dari kader kesehatan, dukun, tokoh masyarakat dan masyarakat secara umum di sekitar tempat ibu hamil tinggal. Dalam stiker ibu hamil tersebut, tercatat data dari ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping, transportasi yang digunakan menuju fasilitas kesehatan dan calon pendonor darah.¹²⁶ Pemerintah Kabupaten Sikka juga memberikan perlindungan jaminan kesehatan kepada seluruh warga miskin yang berada di Kabupaten Sikka, melalui Program Kartu Sikka Sehat ataupun Kartu Indonesia Sehat.¹²⁷

Program lainnya terkait penanganan *stunting* di Kabupaten Sikka di antaranya pelatihan inovasi pengembangan sumber daya manusia bagi kepala desa dan kader pembangunan manusia oleh Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Pemerintahan Desa (PMD).¹²⁸ Kegiatan tersebut untuk mendorong penggunaan alokasi anggaran dana desa yang diprioritaskan untuk kegiatan pendukung program pencegahan *stunting*, serta keterpaduan perencanaan antara desa dan Pemerintah Kabupaten dalam penanganan *stunting*. Dalam pelatihan tersebut melibatkan kepala desa, Badan Perwakilan Desa, koordinator kabupaten tenaga ahli professional pendamping desa. Di sektor pendidikan, setiap desa di dorong untuk

¹²⁶Alexander P Taum, "Pemkab Sikka Canangkan Bebas Stunting dan Kematian Ibu Bayi", <https://mediaindonesia.com/read/detail/277832-2022-pemkab-sikka-canangkan-bebas-stunting-dan-kematian-ibu-bayi>, Diakses 18 Agustus 2020.

¹²⁷ Gabriel Langga, "100 Persen Warga Sikka Terlindungi Jaminan Kesehatan", <https://mediaindonesia.com/read/detail/332156-100-persen-warga-miskin-di-sikka-terlindungi-jaminan-kesehatan>, diakses pada 18 Agustus 2020.

¹²⁸Hironimus, "Pelatihan Inovasi Pengembangan Sumber Daya Manusia", <https://sikkakab.go.id/265-pelatihan-inovasi-pengembangan-sumber-daya-manusia->, diakses pada 18 Agustus 2020.

mengalokasikan anggaran dana desa untuk penambahan insentif honor guru PAUD serta pengalokasian untuk PMT.

Untuk meningkatkan kualitas gizi rakyat, Dinas Pertanian Kabupaten Sikka menggalakkan budidaya tanaman kelor di berbagai wilayah Kabupaten Sikka, daun kelor merupakan tanaman yang mempunyai kekayaan nutrisi dan juga bernilai secara ekonomi. Program KOTAKU, program kota tanpa kumuh yang bertujuan untuk memberikan pelayanan dasar terkait penyediaan air minum universal, pengadaan sanitasi yang baik dan membebaskannya dari lingkungan kumuh.¹²⁹ Sejumlah desa yang menjadi dampingan Yayasan Plan Internasional Indonesia dengan Program MATA KAIL (Mari Kita Kreatif Agar Ikan Lestari), diantaranya desa Watumilok, Waiara, Kolisia, Kolisia B, Magepanda, Reroroja, Nangahale, Darat Pantai, Wailamung dan Lewomada, mengalokasikan Dana Desa untuk intervensi penanganan *stunting*. Intervensi dari alokasi Dana Desa tersebut dilakukan dengan pemberian makanan bergizi seimbang, sehat dan aman serta melakukan kegiatan lainnya berupa kampanye promosi produksi dan konsumsi berkelanjutan (*sustainable consumption and production/SCP*) di sektor pengolahan ikan untuk mengatasi *stunting*. Kegiatan kampanye tersebut akan dilaksanakan di 10 desa dampingan Program MATA KAIL YPII.¹³⁰ Kegiatan kampanye tersebut dilakukan oleh kader posyandu di bawah bimbingan kepala desa dan melibatkan Kader Pembangunan Manusia (KPM) Desa dan Tenaga kesehatan desa di 10 desa tersebut.

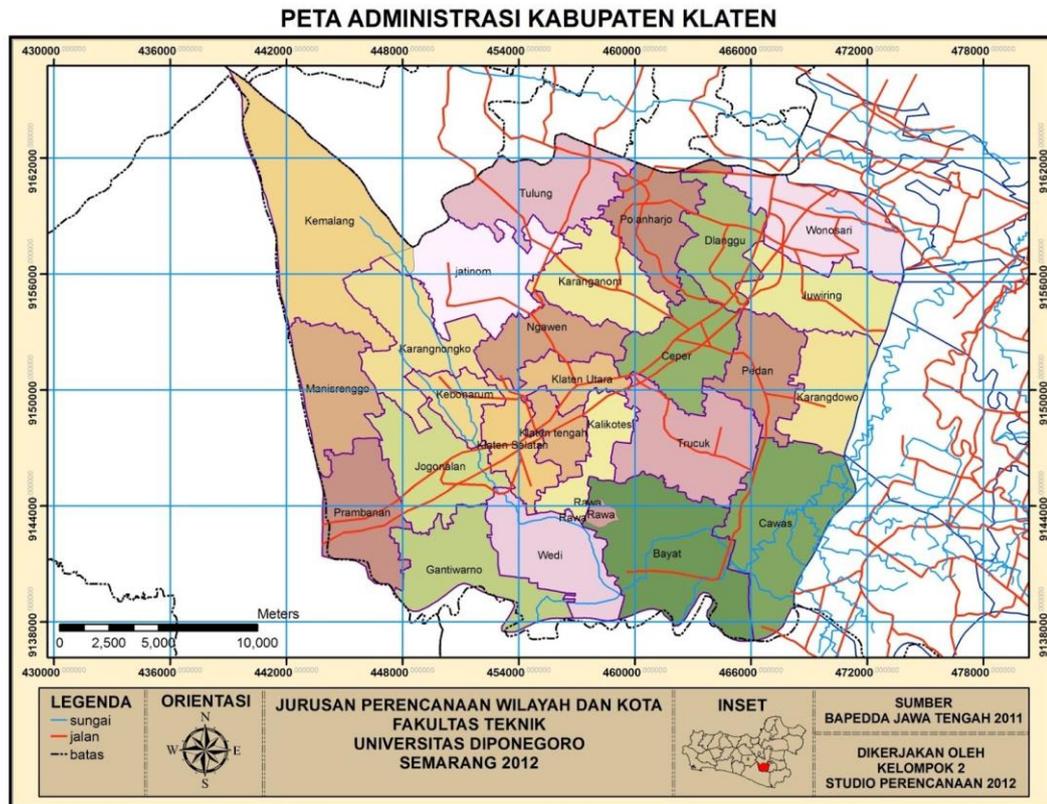
5.3. Kabupaten Klaten, Jawa Tengah

Setelah sekelumit cerita tentang Kabupaten Sikka dengan segala upaya dan komitmen pemerintah daerah serta keterlibatan masyarakatnya untuk menargetkan zero *stunting* pada tahun 2022, berikut adalah profil Kabupaten Klaten yang menghadapi persoalan yang sama. Kabupaten Klaten adalah wilayah yang bercirikan budaya agraris. Tempatnya berada di wilayah Provinsi Jawa Tengah dan berbatasan langsung dengan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Kabupaten Klaten mempunyai sejarah kebudayaan yang panjang dengan ditandai keberadaan kompleks Candi Prambanan. Candi yang didirikan pada abad 9 Masehi berdasarkan Prasasti Siwagrha ini, merupakan salah satu situs warisan dunia yang dilindungi

¹²⁹Petrus Popi, "Program Kotaku Tingkatkan Akses Pelayanan Dasar", <https://ekorannt.com/2019/11/18/program-kotaku-tingkatkan-akses-pelayanan-dasar->, diakses pada 18 Agustus 2020.

¹³⁰Redaksi, "Desa Dampingan Plan Di Sikka Siap Alokasikan Dana Desa Atasi Stunting", <https://matanews.net/2020/09/04/desa-dampingan-plan-di-sikka-siap-alokasikan>, diakses 12 September 2020.

oleh UNESCO. Candi Prambanan secara administratif masuk di wilayah desa Bokoharjo, kecamatan Prambanan, yang masuk wilayah Kabupaten Sleman di Daerah Istimewa Yogyakarta. Tetapi, pintu masuk menuju Candi Prambanan berada di wilayah administratif Desa Tlogo, yang berada di wilayah Kecamatan Prambanan di Kabupaten Klaten Provinsi Jawa Tengah.



Gambar 5.5. Peta Kabupaten Klaten/ Sumber Gambar dari F.Teknik Undip 2012

Kabupaten dengan jumlah penduduk 1,1 juta jiwa pada tahun ini, mempunyai persentase jumlah penduduk miskin sebesar 12,28% dengan pendapatan per kapita per bulan sebesar Rp.405.537,- pada tahun 2019. Angka tersebut jauh menurun dibandingkan yang terjadi pada tahun 2012, dimana angka kemiskinan pada saat itu adalah sebesar 16,71%.¹³¹ Kabupaten dengan suhu rata-rata berada di angka 28°C - 30°C ini, mempunyai lahan yang subur dengan lahan sawah seluas 33.398 Ha yang berarti setengah dari wilayah Kabupaten

¹³¹Biro Pusat Statistik, "Kabupaten Klaten Dalam Angka 2020", (BPS Kab. Klaten: 2020) hal.87.

Klaten adalah lahan pertanian dan terkenal dengan produksi berasnya yang berada di wilayah Kecamatan Delanggu.

Tingkat prevalensi *stunting* pada tahun 2013 di Kabupaten Klaten sebesar 31,3%, angka tersebut berdasar data hasil dari Riskesdas dan pada tahun 2019 berada di angka 29,6%. Kabupaten Klaten memiliki 10 desa prioritas penanganan *stunting* berdasarkan data yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat melalui Bappenas, yaitu; Desa Randusari dan Sanggrahan di Kecamatan Prambanan, Desa Sumyang, Granting, dan Titang di Kecamatan Jogonalan, Desa Tibayan dan Kayumas di Kecamatan Jatinom, Desa Keprabon di Kecamatan Polanharjo, Desa Gemblegan di Kecamatan Kalikotes, serta Desa Butuhan di Kecamatan Delanggu.

Kabupaten Klaten berupaya memberikan perlindungan hukum yang kuat pada penduduk yang sedang berada pada kondisi reproduksi. Kebijakan Kabupaten Klaten didasari kesadaran untuk memberikan kesempatan bagi bayi atau anak yang lahir untuk mendapatkan hak dasarnya, yakni mendapatkan kontak kulit dengan ibunya segera setelah lahir dan Inisiasi Menyusui Dini bagi ibu untuk memberikan ASI kepada bayinya di manapun berada. Kabupaten Klaten menerbitkan Peraturan Daerah No.7 tahun 2008 tentang IMD dan ASI Eksklusif. Tujuan dari diterbitkannya peraturan daerah tersebut adalah untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta mencegah kejadian *stunting* pada anak balita dan meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah terhadap pemberian kontak kulit ibu dan bayi segera setelah lahir dan ASI. Dalam implementasi peraturan daerah tersebut terbentuk Kelompok Pendukung ASI (KP ASI) di Kabupaten Klaten. Kabupaten Klaten adalah kabupaten yang pertama kali mencetuskan peraturan daerah mengenai IMD dan ASI Eksklusif. Selanjutnya untuk mengoptimalkan peraturan daerah tersebut di pada tahun 2013 diterbitkan Peraturan Bupati No 12 tahun 2013 tentang pelaksanaan program inisiasi menyusui dini dan air susu ibu eksklusif. Dari terbitnya perbup tersebut setiap fasilitas kesehatan dan ruang umum diharuskan memiliki ruang laktasi dengan standar yang telah ditetapkan. Fasilitas kesehatan diharuskan menyediakan tenaga kesehatan untuk memberikan konseling laktasi dan adanya pelarangan pada fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan untuk mempromosikan dan menganjurkan membeli susu formula, membekali ibu bersalin dengan produk susu formula baik secara langsung ataupun tidak langsung. Penyebarluasan program IMD dan ASI eksklusif dalam Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) melalui, 1). optimaslisasi posyandu dan desa siaga. 2) Pembentukan kader,

motivator, konselor dan fasilitator ASI. 3) Pembentukan KP ASI dan Kelas Ibu Hamil. 4) fasilitasi gerakan masyarakat pendukung IMD dan ASI Eksklusif. Promosi lainnya menggunakan media massa dan pemanfaatan potensi budaya, kegiatan sosial dan kegiatan keagamaan.

RPJMD perubahan Kabupaten Klaten pada tahun 2018 yang diatur dalam Perda No.13 tahun 2018 tentang perubahan atas Perda No. 5 Tahun 2016 tentang RPJMD Kabupaten Klaten Tahun 2016-2021 menyebutkan permasalahan pembangunan pada aspek pelayanan umum dasar. Dalam RPJMD perubahan Kabupaten Klaten disebutkan permasalahan di bidang kesehatan, bahwa di Kabupaten Klaten masih terdapat balita dengan gizi buruk dan *stunting*. Visi Kabupaten Klaten 2016-2021 adalah mewujudkan “Kabupaten Klaten yang maju, mandiri dan berdaya saing”, dengan 8 misi pembangunan daerah dan salah satunya adalah mewujudkan sumber daya manusia yang cerdas, sehat dan berbudaya. Dalam perwujudan sumber daya manusia yang cerdas, sehat dan berbudaya, dimana masyarakat yang cerdas disertai kesehatan yang terjamin dengan tetap mengedepankan budaya ketimuran merupakan sebuah konsep besar, dimana pemerintah harus memegang peran utama guna mewujudkan keberhasilannya.

Salah satu cara yang dapat dilakukannya melalui pemberdayaan dan kemandirian. Pemberdayaan adalah proses tata pelaksanaan pembangunan yang mampu menggiring pemahaman masyarakat terhadap nilai-nilai kejuangan, cara mencapai tingkat kesejahteraan lahir dan batin dengan tetap bersendi pada budaya ketimuran. Kemandirian adalah lingkup independesi kelompok masyarakat dikarenakan pengembangan kecerdasan yang dimiliki. Dengan demikian akan semakin rendah tingkat ketergantungan kepada pihak lain, untuk mencapai keberhasilan program pembangunan yang telah ditargetkan. Pencapaian atas misi tersebut salah satunya ditandai dengan meningkatnya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) komponen usia harapan hidup khususnya tercapainya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita dan Prevalensi Gizi Buruk.



Gambar 5.6. Salah satu cara Kabupaten Klaten untuk menurunkan angka stunting dengan mengedukasi kader Posyandu. Sumber gambar dari klatenkab.go.id

Arah kebijakan pembangunan Kabupaten Klaten di bidang kesehatan diantaranya adalah 1). Peningkatan kapasitas bidan dan bidan desa. 2) Monitoring dan evaluasi Penerapan Perbub KIA. 3) Penjaringan Kesehatan/ skrining anak usia pendidikan dasar. 4) Optimalisasi skrining kesehatan pada usia 15-59 tahun terutama Wanita Usia Subur. 5) Optimasilasi Pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Penyakit tidak menular (Posbindu). 6) Fasilitasi pembentukan Posyandu lansia. 7) Peningkatan skrining, promotif, preventif dan pelayanan kuratif pada penderita penyakit dan 8) Pemberdayaan kader kesehatan. Program pembangunan dalam urusan kesehatan diantaranya adalah Upaya Kesehatan Masyarakat yang mencakup pelayanan kepada ibu hamil, ibu nifas, pelayanan kesehatan pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan balita, skrining kesehatan pada anak pendidikan dasar (penjaringan kesehatan), kunjungan pada bayi, penanganan Bayi dengan Berat Badan Lahir rendah (BBLR) dan pencegahan anemia pada wanita usia subur. Pengawasan obat dan makanan dengan melakukan pengawasan dan pemeriksaan jajanan anak di sekolah serta melakukan pengawasan kepada apotik, toko obat dan tempat penjualan makanan. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dengan pembentukan desa siaga aktif, pembentukan posyandu mandiri, promosi PHBS.

Perbaikan gizi masyarakat mencakup perawatan pada balita penderita gizi buruk, bayi mendapatkan ASI eksklusif, penanganan *stunting*, *wasting*, *underweight*, obesitas, serta peningkatan partisipasi posyandu. Pengembangan lingkungan sehat mencakup pengembangan desa Open Defecation Free (ODF), pemberian tablet tambah darah bagi remaja, dan melakukan pengelolaan limbah medis dan non medis. Standarisasi pelayanan kesehatan dengan melakukan akreditasi puskesmas dan RSUD. Pelayanan kesehatan penduduk miskin mencakup pelayanan rujukan pasien masyarakat miskin. Pengadaan, Peningkatan dan Perbaikan prasarana sarana Puskesmas/Pustu dan Jaringannya, Peningkatan Kesehatan Reproduksi Remaja.

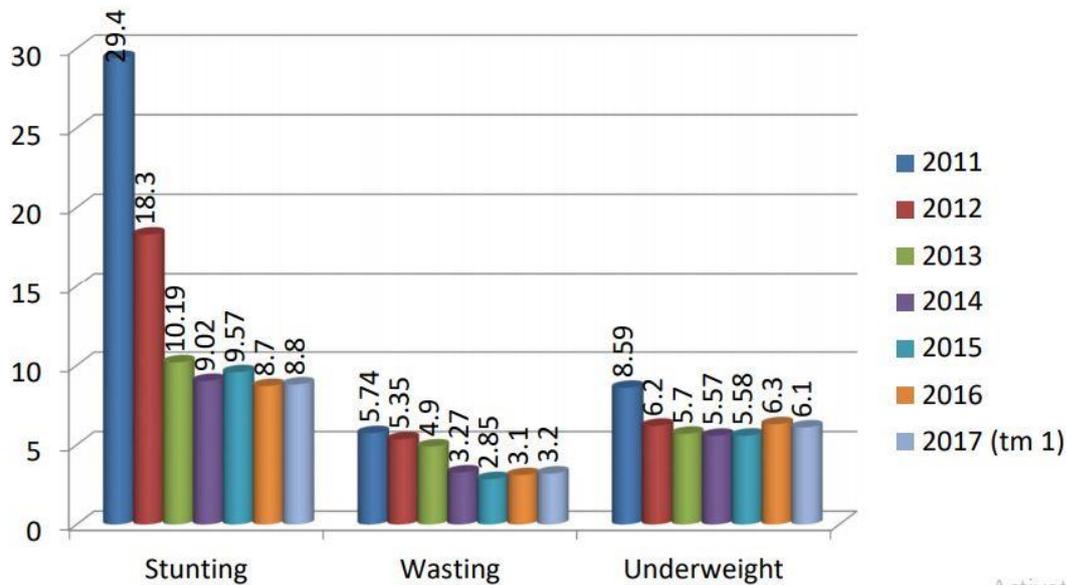


Gambar 5.7. Kunjungan Bupati dan Intervensi Gizi di Klaten. Sumber gambar dari klatenkab.go.id

Pemerintah Kabupaten klaten menerbitkan Peraturan Bupati Klaten No. 4 Tahun 2019 tentang Upaya Perbaikan Gizi Di Kabupaten Klaten. Peraturan bupati tersebut dimaksudkan untuk memberikan jaminan kepada setiap orang untuk memiliki akses pelayanan gizi, informasi dan pendidikan gizi, akses terhadap pangan yang beragam, bergizi, seimbang dan aman serta didapatkannya prioritas penanganan masalah pangan dan gizi pada kelompok rawan gizi. penerbitan peraturan bupati tersebut bertujuan untuk meningkatkan status gizi perorangan maupun masyarakat, melalui; perbaikan pola konsumsi pangan, perbaikan perilaku sadar gizi, perbaikan mutu pelayanan gizi, peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi, peningkatan koordinasi antar program dan peningkatan koordinasi antar sektor/lembaga serta peningkatan intervensi gizi. Sasaran dari upaya perbaikan gizi adalah

bayi, anak balita, anak pra sekolah, anak usia sekolah, remaja, Pasangan Usia Subur (PUS), ibu hamil, ibu menyusui, usia produktif, lanjut usia dan kelompok tertentu.

Tren Masalah Gizi di Kab. Klaten



Gambar 5.8. Tren Masalah Gizi (Stunting, Wasting dan Underweight) Kab. Klaten. Sumber gambar dari paparan *stunting* di Klaten oleh dr. sri sundari Unwidha 2018

Upaya perbaikan gizi dilakukan dengan kegiatan surveilans gizi yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan terlatih dibawah tanggungjawab perangkat daerah bidang kesehatan. Kegiatan surveilans gizi dilakukan secara periodik dengan mengumpulkan data, penyelidikan epidemiologi, pengolahan dan analisis data dan diseminasi informasi serta tindak lanjutnya. Perbaikan gizi mikro meliputi penanggulangan masalah GAKY, memastikan pemberian suplementasi vitamin A pada setiap ibu dan balita. Serta penderita campak, gizi buruk, kasus xerophthalmia dan kasus lain yang memerlukan pemberian vitamin A. Penanggulangan anemia gizi besi pada ibu hamil, ibu nifas, remaja dan wanita usia subur dengan cara konseling dan atau suplementasi tablet tambah darah dan memastikan pemberian mikro nutrient lain yang diperlukan sesuai kasus. Perbaikan gizi mikro dilakukan melalui konseling, penyuluhan, penganeekaragaman konsumsi pangan, suplementasi dan fortifikasi yang didukung dengan upaya advokasi yang efektif yang dilaksanakan oleh perangkat daerah bidang kesehatan dan jaringannya.

Perbaikan gizi makro meliputi setiap bayi yang baru lahir mendapatkan ASI eksklusif terkecuali dengan indikasi medis. Diadakannya kegiatan kawal ASI bagi bayi usia 0 – 6 bulan dalam upaya peningkatan cakupan ASI eksklusif, pemberian ASI lanjutan sampai anak usia 2 tahun atau lebih, mengawal pemberian makan ibu hamil, ibu menyusui dan makanan pendamping ASI (MPASI) untuk bayi mulai usia 6 (enam) bulan yang memenuhi kaidah Pemberian Makan Bayi dan Anak. Pembentukan wadah bagi remaja untuk mempermudah akses perbaikan gizi serta pendampingan untuk kelangsungan kegiatannya dan peningkatan pengetahuan dan keterampilan pola pemberian makan anak. Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi Ibu hamil yang kurang energi kronis, anemia dan balita *stunting*, *wasting* dan *underweight* dengan mempertimbangkan kebijakan institusi.

Peningkatan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga melalui upaya pemenuhan kesehatan dan gizi. Setiap sarana pelayanan kesehatan, tempat-tempat umum dan perkantoran/instansi, baik milik pemerintah daerah maupun swasta wajib menyediakan ruang laktasi guna mendukung keberhasilan Program Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif serta pada kasus gizi buruk mendapatkan perawatan sesuai tatalaksana kasus gizi buruk. Upaya perbaikan gizi makro dilakukan di berbagai sarana pelayanan kesehatan, Posyandu, Posbindu dan disertai dengan adanya upaya peningkatan penyadaran gizi masyarakat. Dalam pelaksanaannya di ikuti upaya KIE kepada masyarakat menuju keluarga sadar gizi, dalam pelaksanaannya diikuti dengan koordinasi lintas program dan lintas sektoral.

Lingkup dalam upaya perbaikan gizi lainnya adalah lingkup Perbaikan Gizi Klinik, meliputi peningkatan kualitas pelayanan gizi bagi pasien, peningkatan proses asuhan gizi terstandar dan penyelenggaraan penelitian dan pengembangan gizi terapan. Lingkup Perbaikan Gizi Institusi, yang bertujuan untuk penyediaan makanan berkualitas baik serta memenuhi gizi, bervariasi dan dapat diterima. Pembinaan penyelenggaraan makanan banyak pada perbaikan gizi institusi dilakukan secara periodik oleh perangkat daerah bidang kesehatan dan jaringannya. Lingkup revitalisasi posyandu, ditekankan pada strategi pendekatan bersumber daya masyarakat dan melibatkan peran serta masyarakat. Penyelenggaraan posyandu dilakukan oleh kader yang telah dilatih. Pembinaan posyandu dilakukan bersama antara perangkat daerah bidang kesehatan, TP PKK, bidang pemberdayaan masyarakat dan desa serta bidang sosial. Lingkup pengawasan mutu dan keamanan pangan oleh dinas terkait, mendorong teknologi pengawet dan pewarna makanan yang aman serta memenuhi

syarat kesehatan dan terjangkau oleh produsen makanan dan jajanan dalam skala usaha kecil dan menengah, setiap produsen makanan wajib menyelenggarakan system pengawasan mutu makanan.

Dalam lingkup system kewaspadaan pangan dan gizi dilaksanakan oleh Tim Pangan dan Gizi (TPG), diselenggarakan secara teratur dan terus-menerus untuk perumusan kebijakan, perencanaan, penentuan tindakan dan evaluasi bidang pangan dan gizi dilakukan melalui kegiatan analisis situasi pangan dan gizi berdasarkan data dan survei khusus. Sistem ini bertujuan untuk menyediakan data dan informasi situasi pangan yang mempengaruhi status gizi pada skala rumah tangga, desa/kelurahan, kecamatan dan kabupaten, serta bertujuan untuk mengetahui daerah rawan dan mengantisipasi terjadinya rawan pangan dan gizi.

TPG terdiri dari unsur kesehatan, perencanaan, pembinaan kesejahteraan keluarga, pertanian, perikanan, ketahanan pangan, statistik, koperasi, pendidikan, keluarga berencana, sosial, tokoh agama, tokoh masyarakat dan unsur lain yang terkait. TPG memiliki tugas dan fungsi merumuskan dan menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan produksi pangan dan perbaikan gizi, mengoordinasikan dan menggerakkan TPG serta masyarakat dalam melaksanakan program pangan dan gizi. Melaksanakan kegiatan penanggulangan dengan melibatkan lembaga swadaya masyarakat, melakukan pelatihan kepada jenjang dibawahnya dalam rangka pengumpulan data maupun peningkatan produksi serta ketersediaan pangan dan perbaikan gizi sekaligus untuk penentuan daerah rawan pangan dan gizi. TPG juga melakukan pemantauan masalah pangan dan gizi, pemantauan penyaluran bantuan Pangan dan Gizi. Laporan perkembangan situasi rawan pangan dan gizi keluarga yang dilakukan secara berkala, atau sewaktu-waktu ada masalah krisis pangan kepada pejabat secara berjenjang serta menetapkan prioritas dan sasaran program peningkatan produksi pangan dan gizi. TPG mengadakan pertemuan koordinasi berkala untuk membahas permasalahan dalam pelaksanaan TPG dan tindak lanjut pemecahannya, berdasarkan laporan kelompok kerja.

Dalam lingkup tata laksana gizi buruk, kegiatan yang dilakukan adalah pelacakan kasus gizi buruk. Pelacakan tersebut merupakan kegiatan investigasi yang dilakukan secara langsung terhadap setiap balita dengan indikator gizi untuk menentukan tindakan yang cepat dan tepat. Indikator kasus gizi buruk yaitu apabila ditemukan balita dengan status gizi sangat

kurus berdasarkan indikator berat badan menurut tinggi/panjang badan. Indikator masalah gizi lain apabila ditemukan balita dengan status gizi sangat pendek berdasarkan indikator tinggi/panjang badan menurut umur dan gizi buruk berdasarkan indikator berat badan menurut umur. Dalam temuan kasus balita dengan gizi buruk tersebut, tenaga gizi dan tim asuhan gizi di wilayah setempat memiliki keharusan untuk memantau perkembangan status gizinya secara periodic dengan melibatkan forum kesehatan wilayah. Penanganan terhadap kasus gizi buruk tersebut melibatkan antar program dan antar sektor/lembaga dengan perawatan terhadap kasus gizi buruk dilaksanakan oleh Tim Asuhan Gizi atau tim sejenis di wilayah setempat. Sedangkan balita kasus gizi buruk yang tidak membutuhkan rawat inap dilakukan perawatan di pos pemulihan gizi berbasis masyarakat, Poliklinik Kesehatan Desa, Puskesmas atau rumah sakit. Puskesmas, Perangkat Daerah yang membidangi kesehatan, rumah sakit, dan lintas sektor terkait wajib melakukan koordinasi penanganan dan umpan balik perkembangan kasus gizi buruk.

Peraturan bupati tersebut merupakan penegasan komitmen keseriusan pemerintah Kabupaten Klaten untuk menekan angka *stunting* serta merupakan upaya perbaikan gizi masyarakat. Pemerintah Kabupaten Klaten telah melakukan berbagai upaya pencegahan kemunculan *stunting*, seperti yang telah dilakukan oleh Dinas Pertanian Ketahanan Pangan Dan Perikanan pada tahun 2018. Mereka dengan meluncurkan program diversifikasi pangan, peningkatan ketahanan pangan, dan pemeliharaan ternak kecil untuk konsumsi yang bisa berupa ayam ataupun bebek oleh masyarakat. Selain program tersebut, juga telah dilakukan pembagian bibit pohon buah-buahan. Dinas Pertanian Ketahanan Pangan Dan Perikanan menilai faktor kemiskinan tidak menjadikan terjadinya kasus *stunting*, tetapi lebih pada kesalahan pola makan yang tidak memenuhi gizi seimbang.¹³²

Dinas Kesehatan Kabupaten Klaten juga menilai adanya perubahan gaya hidup dalam mengkonsumsi makanan yang terjadi di Kabupaten Klaten. Diantaranya adalah kebiasaan makan di luar rumah dan konsumsi panganan olahan yang meningkat, konsumsi makanan yang tidak bergizi seimbang dengan tingginya minyak/lemak, gula, karbohidrat, serta rendahnya konsumsi sayur maupun buah dan pangan hewani, serta ancaman keamanan

¹³²Taufik Sidik Prakoso, "10 Desa Klaten Jadi Prioritas Penanganan Stunting, Mana Saja?", <https://m.solopos.com/10-desa-klaten-jadi-prioritas-penanganan-stunting-mana-saja>, diakses 21 Agustus 2020.

pangan karena banyaknya industri makanan rumah tangga yang terjadi di Kabupaten Klaten turut mempengaruhi keberadaan *stunting*.¹³³

Pemerintah Kabupaten Klaten mengkampanyekan program SMART yaitu Semangat Mencegah Anemia Remaja Terpadu. Kampanye tersebut secara khusus ditujukan pada anak usia remaja. Secara umum program tersebut juga mengkampanyekan agar masyarakat mengkonsumsi jamu herbal. Terutama jamu yang terbuat dari bahan tanaman jenis lengkuas merah dan tamulawak, kedua jenis tanaman tersebut dapat membantu meningkatkan daya tahan tubuh. Selain jamu, juga menganjurkan kepada masyarakat untuk mengkonsumsi tanaman jenis kelor, jenis tanaman ini dapat meningkatkan kadar hemoglobin darah sehingga dapat mencegah terjadinya anemia. Dalam jangka panjang, anemia pada calon ibu dapat meningkatkan potensi kelahiran dengan *stunting*. Adanya peluang ekonomi yang dihasilkan dari kampanye program SMART tersebut, Pemerintah Kabupaten Klaten juga berkomitmen untuk membantu proses perijinan untuk pendirian usaha jamu dan juga melakukan pengawasan terhadap produksinya, sehingga produknya aman untuk di konsumsi.¹³⁴

Program lain di bidang layanan kesehatan, Pemerintah Kabupaten Klaten membuat program Public Safety Center (PSC) yang diberi nama “matur dokter”, dengan aplikasi online yang bisa diunduh oleh warga Kabupaten Klaten. Aplikasi tersebut membantu masyarakat untuk mendapat layanan kesehatan dengan kemudahan akses, kecepatan penanganan, terutama kegawatdaruratan, juga untuk mendapatkan layanan konsultasi kesehatan sehari-hari. Puskesmas sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), memberikan layanan kesehatan secara holistic meliputi peningkatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, pencegahan penyakit, penyembuhan dan pemulihan. Dalam kegiatan promotif, terkait pencegahan *stunting*, yang ditujukan kepada masyarakat terutama remaja putri, petugas promotif kesehatan menyampaikan materi-materi kesehatan menggunakan pendekatan yang lebih kasual, melalui permainan ular tangga dan pemutaran film yang bertemakan tentang *stunting* yang di produksi sendiri oleh tim promotif puskesmas sendiri.¹³⁵

¹³³Sri Sundari Indriastuti, “*Stunting Di Klaten*”, Dinkes Kabupaten Klaten, 2018

¹³⁴Hanang Andre, “*Bupati Klaten Perkenalkan Jamu Untuk Cegah Stunting*,” <https://surakartadaily.com/2020/02/bupati-klaten-perkenalkan-jamu-untuk-cegah-stunting/>, diakses 21 Agustus 2020.

¹³⁵Fitri Maryati, “*Penyuluhan Menggunakan Permainan Ular Tangga*,” <http://dinkes.klatenkab.go.id/promkes/2020/01/15/penyuluhan-menggunakan-permainan-ular-tangga-puskesmas-kayumas/>, diakses 21 Agustus 2020.

Pemerintah Kabupaten Klaten memiliki program bernama JUWITA 1000 HARTA¹³⁶. Program tersebut dijalankan sejak tahun 2013, yang merupakan program pelayanan kesehatan berdasarkan Peraturan Daerah No. 7 tahun 2008 dan Perbup No.12 tahun 2013. Saat ini disempurnakan program layanannya berdasarkan Peraturan Bupati no.4 tahun 2019 dengan tujuan untuk menekan angka *stunting*, menurunkan persentase ibu hamil kurang energy kronik, meningkatkan inisiasi menyusui dini pada ibu serta pemberian ASI eksklusif pada bayi.

Sejak tahun 2013 telah dirintis kegiatan yang berupa pemberian Tablet Tambah Darah, kelas ibu hamil dan wisuda ibu hamil yang berkomitmen untuk mengawal 1000 HPK, kelas Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), konseling kader Posyandu, serta klinik laktasi. Saat ini dikembangkan program layanan untuk memfasilitasi konseling pengantin, serta melakukan kunjungan rumah untuk anak yang beresiko tinggi.

Juwita 1000 Harta adalah bentuk pengawalan untuk pemenuhan gizi sejak remaja atau calon pengantin, ibu hamil serta bayi sampai usia 2 tahun. Program ini bersifat lintas program, yang didalamnya melibatkan Program KIA, kesehatan lingkungan dan kesehatan reproduksi, serta melibatkan dinas-dinas terkait. Diantaranya, dinas pendidikan, Kemenag, pemerintah desa dan pemerintah kecamatan.

Di desa, upaya penurunan angka *stunting* dilakukan dengan membentuk Kelompok Anak Balita Ibu Sehat (KABISAT), dengan kegiatan pemantauan pertumbuhan bagi balita, konseling tentang gizi dan balita, serta praktek bersama tata cara pembuatan MPASI balita sesuai dengan rekomendasi gizi seimbang.

Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa, dalam upaya mendorong penekanan angka *stunting*, memberikan pelatihan serta bimbingan kepada kader posyandu. Terutama terkait pengalokasian dana desa untuk perwujudan posyandu berintegrasi, serta membekali kader posyandu mengenai rumah desa sehat yang berfungsi untuk mencegah *stunting*.¹³⁷

Program lainnya berupa pelatihan dan peningkatan kapasitas dilakukan oleh kedinasan, diantaranya Pelatihan Tumbuh Kembang (Tumbang) untuk tenaga kesehatan, pelatihan untuk Fasilitator/Konselor PMBA, Pelatihan Motivator PMBA, Pelatihan PMBA untuk

¹³⁶ Hesty Kartyka dewi, "Juwita 1000 Harta (Juwiring Tanggap 1000 HPK)", <http://dinkes.klatenkab.go.id/promkes/2019/11/14/juwita-1000-harta-juwiring-tanggap-1000-hari-pertama-kehidupan/>, diakses pada 21 Agustus 2020.

¹³⁷ Viktor Mahrizal, "2600 Kader Posyandu Bertekad Cegah Stunting", <https://jogja.tribunnews.com/2019/11/28/2600-kader-posyandu-bertekad-cegah-stunting>, diakses pada 21 Agustus 2020.

Penyuluh Pertanian Lapangan kaitannya PMBA dengan pemanfaatan lahan, pelatihan Supportive Supervision PMBA, pelatihan PAUD Holistik Integratif, pelatihan Konselor Sebaya untuk Remaja, pelatihan KB Pasca Persalinan dan peningkatan Kapasitas tenaga kesehatan dalam tata laksana Gizi Buruk.

Dari program pelatihan dan peningkatan kapasitas tersebut, di pos-pos layanan kesehatan masyarakat mulai dari tingkat desa, setidaknya sudah ada 1 kader terlatih diantara 2.469 kader PMBA dan sudah memiliki bidan desa terlatih untuk melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak. Di setiap puskesmas memiliki ahli gizi, nutrisionis dan bidan koordinasi yang terlatih. Untuk sasaran remaja dan kader remaja, terdapat 51 konselor sebaya terlatih yang terpadu dengan PMBA, dan tersebar di seluruh Kabupaten Klaten. Penyuluh pertanian lapangan juga dilatih untuk meningkatkan pengetahuannya tentang PMBA.

Ketersediaan sumber daya manusia yang mumpuni dalam hal penanganan pangan dan gizi, pengalaman kesuksesan dalam menjalankan program ASI, pengintegrasian kegiatan antar lembaga dan antar tingkat pemerintahan dalam rangka perbaikan gizi di lapangan, komitmen Pemerintah Kabupaten Klaten dengan di terbitkannya Peraturan Bupati No.4 tahun 2019 tentang Upaya Perbaikan Gizi di Kabupaten Klaten serta dukungan kebijakan dan anggaran dari pemerintah pusat, Kabupaten Klaten dapat melakukan percepatan penurunan angka *stunting*.



BAB 6

EVALUASI NASIONAL PENANGANAN STUNTING

Penanganan dan pencegahan *stunting* adalah salah satu program strategis pemerintah, yang melibatkan banyak kementerian dan lembaga dibawah koordinasi langsung wakil presiden. Maka keterlibatan Kementerian Komunikasi dan Informasi dalam hal ini menjadi sangat penting, terutama menjadi pihak yang bertanggungjawab untuk mendiseminasikan pemahaman publik tentang penanganan dan pencegahan *stunting*. Kominfo telah menyusun dan melaksanakan berbagai kegiatan untuk mendorong tumbuhnya kesadaran publik terkait pencegahan dan penanganan *stunting*. Selama tahun 2017, Kominfo telah membuat serangkaian kegiatan. Fokus kegiatan untuk menerjemahkan pilar kedua dari rencana aksi nasional pencegahan dan penanganan *stunting* yang berfokus pada 100 (seratus) kabupaten.

Kegiatan yang telah berjalan adalah sosialisasi kepada para pihak yang dianggap menjadi simpul penting di desa atau kelurahan. Sosialisasi dilakukan kepada para tenaga medis seperti bidan, tenaga perawat, kepala desa, perangkat desa, pendamping desa, penyuluh pertanian, dan pendamping Program Keluarga Harapan (PKH). Sosialisasi ini telah dilakukan di 15 (lima belas) titik di seluruh Indonesia, terutama di kabupaten/kota yang menjadi fokus program pencegahan dan penanganan *stunting*. Penyebaran pemahaman publik tentang *stunting* juga dilakukan oleh Kementerian Kominfo melalui siaran radio dalam bentuk dialog interaktif diberbagai kota dan juga melakukan berbagai penayangan iklan advertorial di berbagai media massa seperti Media Indonesia dan Kompas.

Sosialisasi ini telah dilakukan di 15 (lima belas) titik di seluruh Indonesia, terutama di kabupaten/kota yang menjadi fokus program pencegahan dan penanganan *stunting*. Penyebaran pemahaman publik tentang *stunting* juga dilakukan oleh Kementerian Kominfo melalui siaran radio dalam bentuk dialog interaktif diberbagai kota dan juga melakukan berbagai penayangan iklan advertorial di berbagai media massa seperti Media Indonesia dan Kompas.

Upaya peningkatan literasi tentang *stunting* juga disemaikan melalui media sosial seperti instagram, facebook, dan twitter yang dikelola oleh Kominfo serta membuat aplikasi Anak Sehat yang memuat beragam penjelasan tentang kesehatan hingga pencegahan. Hal itu belum termasuk endorser yang selama ini menjadi mitra Kominfo di media sosial. Upaya melibatkan partisipasi generasi milenial untuk turut dalam aksi nasional pencegahan dan penanganan *stunting* juga dilakukan dalam Forum Sosialisasi Generasi Bersih dan Sehat (GenBest) dan diharapkan melalui forum tersebut remaja mendapatkan informasi mengenai *stunting* dan pencegahannya sejak dini serta mengetahui arti penting menerapkan gaya hidup sehat demi generasi penerus yang sehat. Upaya pencegahan dan penanganan *stunting* bekerjasama dengan seluruh lapisan masyarakat dengan mengawali perilaku bersih dan sehat (PHBS).

6.1. Potret pemahaman remaja terhadap *stunting* hasil monitoring dan evaluasi kegiatan GenBest 2019

Untuk melihat tingkat keberhasilan Program GenBest 2019, Direktorat Informasi dan Komunikasi PMK, Kementerian Kominfo menyusun pra dan post test terhadap seluruh peserta Sosialisasi GenBest 2019. Pra dan post test ini berupa pertanyaan seputar tentang *stunting* sebelum mereka terlibat dan sesudah terlibat pada Sosialisasi GenBest 2019.

Kegiatan pokok tersebut dilaksanakan melalui Sosialisasi Generasi Bersih dan Sehat 2019 di 30 (tiga puluh) lokasi prioritas *stunting*. Secara umum, data dan informasi utama yang dikumpulkan pada responden, yang merupakan peserta GenBest adalah sebagai berikut:

- Pemahaman tentang *Stunting*, baik dari pengertian *stunting*, penyebab terjadinya *stunting*, dampak dari *stunting*, dan pencegahan *stunting* itu sendiri pada kondisi waktu sebelum dan sesudah diberi penyuluhan oleh narasumber (*pretest* dan *posttest*).
- Persepsi responden terhadap evaluasi materi dan kualitas penyajian materi selama mengikuti penyuluhan *stunting*.
- Identifikasi tingkat pelayanan pada pra penyelenggaraan, pelaksanaan kegiatan, relevansi materi, dan komitmen diseminasi informasi.

Program kegiatan sosialisasi GenBest dilaksanakan di kota/kabupaten prioritas penanganan *stunting* di sejumlah provinsi, kegiatan sosialisasi dibagi dalam 2 (dua) tipe forum sesuai usia sasaran peserta, yaitu format resmi : dilaksanakan untuk sasaran ibu – ibu dengan perkiraan

usia 26 – 38 tahun, dan format milenial dilaksanakan untuk sasaran remaja putri usia minimal 15 tahun. Diantaranya dilaksanakan di kota/kabupaten sebagai berikut :

Kota/Kabupaten lokasi sosialisasi GenBest 19

Tabel 6.1. Daerah pelaksanaan sosialisasi GenBest

No.	Kabupaten/kota	No.	Kabupaten/Kota
1	Aru	14	Karawang
2	Bangka	15	Kediri
3	Bantul	16	Klaten
4	Bengkulu Utara	17	Lebak
5	Boalemo	18	Majalengka
6	Bone	19	Malaka
7	Buleleng	20	Manggarai
8	Demak	21	Muaraenim
9	Ende	22	Nagakeo
10	Gianyar	23	Nunukan
11	Indramayu	24	Pahuwato
12	Kampar	25	Sumedang
13	Kapuas	26	Tanjung jabung timur

6.1.1 Metodologi

Pengumpulan data dari kegiatan Sosialisasi GenBest 2019 dengan objek kajian yang menjadi sampel kriteria pada evaluasi sosialisasi ini khususnya adalah pelajar putri dengan minimal usia 15 tahun dan umumnya adalah tenaga kesehatan, perwakilan aparatur desa dan lainnya. Dengan lokasi kajian yang tersebar di 26 (duapuluh enam) titik lokasi pelaksanaan sosialisasi seperti yang disebutkan dalam tabel di atas dalam kurun waktu tahun 2019.

Entri data dilakukan di setiap titik oleh petugas entri data, kemudian dilakukan verifikasi dan validasi oleh supervisor dari Direktorat Informasi dan Komunikasi Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. Dilakukan pembersihan data, dan setelah data benar-benar dinyatakan valid, selanjutnya dilakukan analisis data.

Analisis data yang dilakukan meliputi analisis deskriptif dan pengujian hipotesis *compare analysis*. Gambaran Pemahaman mengenai *stunting*, persepsi mengenai kualitas materi dan narasumber serta evaluasi identifikasi pra penyelenggaraan dilakukan analisis deskriptif frekuensi yang disajikan dalam bentuk gambar diagram, tabel-tabel dan grafik.

Terdapat 4 (empat) skala kuantifikasi dari hasil jawaban pengetahuan responden pada variabel pengetahuan yang sudah ditentukan bobot jawabannya yaitu,

Table 6.2. Skala Kuantifikasi Dari Hasil Jawaban

Jawaban	Nilai
Tidak Jawab	1
Salah	2
benar Tidak Lengkap	3
Benar	4

Cara mengetahui kategori baik, cukup baik, rendah dan sangat rendah untuk mengukur pemahaman, sikap, pendapat dan persepsi seseorang atau kelompok orang tentang fenomena sosial, Menurut Redi Panuju (2015:45) terlebih dahulu harus menentukan nilai indeks minimum, maksimum dan interval serta jarak interval sebagai berikut:

- Nilai indeks minimum adalah skor minimum dikali bobot pertanyaan dibagi jumlah pertanyaan serta jumlah responden dan dikali 100%.
- Nilai indeks maksimum adalah skor tertinggi dikali bobot pertanyaan dibagi jumlah pertanyaan serta jumlah responden dan dikali 100%.
- Interval adalah selisih nilai indeks maksimum dengan nilai indeks minimum.
- Jarak interval adalah interval dibagi jumlah jenjang yang diinginkan, dimana dalam kajian ini adalah 4 (empat) jenjang.

Dari langkah-langkah tersebut diterjemahkan sebagai berikut,

Table 6.a.1 nilai indeks minimum, indeks maksimum, interval dan jarak interval

		Nilai
Indeks minimum	$(1/5+4/4) : 5 \times 100\%$	24 %
Indeks maksimum	$(5/5+ 16/4) : 5 \times 100\%$	100 %
Interval	Indeks maks – indeks min	76 %
Jarak Interval	Interval : Jenjang	19 %

Yang kemudian dihasilkan interval dengan 4 (empat) kategori penilaian sebagai berikut,

Table 6.a.2 interval kategori penilaian

Kategori	Rentang Interval
Sangat Kurang	24% - <43%
Kurang	43% - <62%
Cukup	62% - <81%
Baik	81% - 100%

Untuk menentukan tingkat pemahaman responden masuk dalam salah satu kategori dalam table 6.a.2, terlebih dahulu ditentukan nilai skor yang dihasilkan dari perkalian bobot jawaban dan jumlah responden yang memberikan jawaban kemudian jumlah tersebut dijadikan persentase terhadap hasil perkalian dari nilai skor tertinggi.

Untuk menguji perbedaan median dari 2 (dua) sampel yang berpasangan digunakan uji statistik non-parametrik *Wilcoxon Match Pairs Test*, dengan skala pengukuran variable ordinal. Dengan kriteria uji, jika Z lebih dari 1,96% (5%) atau p-value $< \alpha$ (0,05); terima H_1 atau terdapat peningkatan Pemahaman antara Sebelum dan Sesudah Penyuluhan secara signifikan.

Data diperoleh dengan menyebarkan kuesioner yang dilakukan oleh tim pelaksana kegiatan Sosialisasi GenBest, dalam kuesioner tersebut berisikan beberapa item pernyataan menyangkut pemahaman *stunting* dan gizi buruk, evaluasi terhadap kualitas materi dan penyampaian materi oleh narasumber, serta identifikasi pra pelaksanaan kegiatan kepada orang yang relevan serta untuk mendukung kajian evaluasi yang menjadi responden. Data-data yang telah diperoleh dalam pelaksanaan kegiatan Sosialisasi GenBest dari seluruh lokasi tersebut dikelompokkan menjadi satu. Berikut akan dibahas mengenai gambaran Pemahaman *stunting*, gizi serta efektivitas kegiatan penyuluhan Generasi Bersih dan Sehat Tahun 2019 secara umum, dari pelaksanaan kegiatan Sosialisasi GenBest di kota/kabupaten yang menjadi titik prioritas *stunting*.

Berikut ini adalah gambaran umum mengenai demografi responden yang dikaji berdasarkan rentang usia serta pekerjaan responden;

Table 6.a.3 Tabel Demografi Usia Responden

No	Demografi Responden	jumlah	usia 15-17		usia 18 - 20		usia 20-25		usia >25	
			Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%
1	Aru	133	89	66.92%	4	3.01%	8	6.02%	32	24.06%
2	Bangka	138	76	55.07%	17	12.32%	23	16.67%	22	15.94%
3	Bantul	280	22	7.86%	84	30.00%	158	56.43%	16	5.71%
4	Bengkulu Utara	132	48	36.36%	29	21.97%	33	25.00%	22	16.67%
5	Bolaemo	139	52	37.41%	14	10.07%	22	15.83%	51	36.69%
6	Bone	153	85	55.56%	19	12.42%	27	17.65%	22	14.38%
7	Buleleng	125	5	4.00%	13	10.40%	14	11.20%	93	74.40%
8	Demak	139	1	0.72%	3	2.16%	22	15.83%	113	81.29%
9	Ende	185	62	33.51%	37	20.00%	40	21.62%	46	24.86%
10	Gianyar	91	36	39.56%	32	35.16%	18	19.78%	5	5.49%
11	Indramayu	144	38	26.39%	33	22.92%	50	34.72%	23	15.97%
12	Kampar	141	52	36.88%	17	12.06%	39	27.66%	33	23.40%
13	Kapuas	150	60	40.00%	31	20.67%	24	16.00%	35	23.33%
14	Karawang	106	45	42.45%	18	16.98%	21	19.81%	22	20.75%
15	Kediri	144	14	9.72%	42	29.17%	58	40.28%	30	20.83%
16	Klaten	166	44	26.51%	22	13.25%	72	43.37%	28	16.87%
17	Lebak	148	56	37.84%	44	29.73%	20	13.51%	28	18.92%
18	Majalengka	102	49	48.04%	33	32.35%	7	6.86%	13	12.75%
19	Malaka	128	46	35.94%	10	7.81%	15	11.72%	57	44.53%
20	Manggarai	131	36	27.48%	32	24.43%	26	19.85%	37	28.24%
21	Muara enim	128	60	46.88%	22	17.19%	23	17.97%	23	17.97%
22	Nagakeo	146	51	34.93%	10	6.85%	28	19.18%	57	39.04%
23	Nunukan	141	61	43.26%	29	20.57%	30	21.28%	21	14.89%
24	Pahuwato	156	51	32.69%	14	8.97%	38	24.36%	53	33.97%
25	Sumedang	120	43	35.83%	58	48.33%	14	11.67%	5	4.17%
26	Tanjung Jabung timur	143	100	69.93%	18	12.59%	9	6.29%	16	11.19%
	Jumlah	3709	1282	34.56%	685	18.47%	839	22.62%	903	24.35%

No	Kab./Kota	Pengajar		Ibu Rumah Tangga		ASN		Pegawai Swasta		Pelajar/ Mahasiswa		Aparatur Desa		Tenaga Kesehatan		Wartawan		Wiraswasta		Lainnya				
		Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%			
1	Aru	133	1.5%	2	1.5%	1	0.8%			40	30.1%	5	3.8%	17	12.8%			1	0.75%	67	48.9%			
2	Bangka	138	0.7%	1	0.7%					80	58.0%	4	2.9%	19	13.8%			2	1.45%	32	23.2%			
3	Bantul	280	6.4%	18	6.4%				10	3.6%	146	52.1%			28	10.0%			10	3.57%	68	24.3%		
4	Bengkulu Utara	132							2	1.5%	88	66.7%			14	10.6%			13	9.85%	14	10.6%		
5	Bojonegara	139	3	2.2%	13	9.4%	1	0.7%	2	1.4%	67	48.2%	13	9.4%	15	10.8%	7	5.0%	1	0.72%	17	12.2%		
6	Bone	153	3	2.0%	13	8.5%	1	0.7%	2	1.3%	67	43.8%	13	8.5%	15	9.8%	7	4.6%	1	0.65%	31	20.3%		
7	Buleleng	125	55	44.0%	3	2.4%	7	5.6%	9	7.2%	13	10.4%	8	6.4%	14	11.2%			3	2.40%	13	10.4%		
8	Demak	139	38	27.3%	4	2.9%			13	9.4%	4	2.9%	30	21.6%	20	14.4%			3	2.16%	27	19.4%		
9	Ende	185	4	2.2%	6	3.2%	1	0.5%	6	3.2%	106	57.3%	4	2.1%	18	9.7%			4	2.16%	36	18.9%		
10	Gianyar	91			4	4.4%			8	8.8%	71	78.0%							2	2.20%	6	6.6%		
11	Indramayu	144	1	0.7%					11	7.6%	81	56.3%	3	2.1%	7	4.9%			4	2.78%	37	25.7%		
12	Kampar	141	2	1.4%			3	2.1%			87	61.7%	3	2.1%	17	12.1%			1	0.71%	28	19.9%		
13	Kepuas	150	6	4.0%			4	2.7%	3	2.0%	83	55.3%	5	3.3%	10	6.7%	7	4.7%			6	5.7%	9	8.5%
14	Kerawang	106	11	10.4%	1	0.9%			4	3.8%	69	65.1%	6	5.7%					4	2.8%	3	2.1%		
15	Kediri	144	11	7.6%	2	1.4%			32	22.2%	79	54.9%	2	1.4%	11	7.6%			4	2.8%	3	2.1%		
16	Klaten	166	3	1.8%	3	1.8%					84	50.6%	2	1.2%	17	10.3%					46	27.7%		
17	Lebak	148	16	10.8%	3	2.0%			4	2.7%	103	69.6%	7	4.7%					5	3.4%	10	6.8%		
18	Majalengka	102	4	3.9%							84	82.4%	7	6.9%					2	2.0%	5	4.9%		
19	Malaka	128	5	3.9%	8	6.3%	2	1.6%	5	3.9%	49	38.3%	2	1.6%	15	11.7%	10	7.8%	1	0.8%	31	21.9%		
20	Manggarai	131	6	4.6%	7	5.3%			1	0.8%	59	45.0%	7	5.3%	13	9.9%			2	1.5%	36	26.0%		
21	Muarasinim	128	4	3.1%					2	1.6%	57	44.5%	3	2.3%	16	12.5%			5	3.9%	41	32.0%		
22	Nagako	146	2	1.4%	5	3.4%	2	1.4%	2	1.4%	64	43.8%			10	6.9%	5	3.4%	3	2.1%	53	34.3%		
23	Nunukan	141	2	1.4%	2	1.4%			2	1.4%	76	53.9%			17	12.1%					42	27.0%		
24	Pahuwato	156	1	0.6%	2	1.3%					58	37.2%	10	6.4%	34	21.8%	6	3.9%	2	1.3%	43	23.7%		
25	Sumedang	120	3	2.5%	4	3.3%					109	90.8%	1	0.8%							3	2.5%		

Table 6.a.4 Tabel Demografi Pekerjaan

Pada tabel 6.a.4 terlihat bahwa rentang usia responden pada kegiatan sosialisasi GenBest 19 yang tersebar di 26 titik lokasi ini dari total 3709 responden sebagian besar memiliki rentang usia 15-17 tahun yaitu sebanyak 34,56%, selanjutnya pada rentang usia 20-25 tahun yaitu sebanyak 22,62%, pada rentang usia lebih dari 25 tahun sebanyak 24,35%, dan pada rentang usia 18-20 tahun hanya 18,47%. Sedangkan untuk demografi pekerjaan responden pada table 6.a.2 sebagian besar yang mengikuti kegiatan ini sebagai pelajar/mahasiswa yaitu sebanyak 1906 responden atau 51,4%, sisanya berasal dari kategori pekerjaan responden sebagai karyawan swasta, ANS, wiraswasta, aparatur desa dan lainnya.

6.1.2 Pemahaman Tentang Stunting Pada Pre-test

Variabel mengenai pemahaman tentang *stunting* dilakukan untuk melihat seberapa jauh pemahaman/ pengetahuan responden mengenai *stunting*. Menggunakan teknik survey-experimental dengan soal kuesioner yang memiliki kunci jawaban sesuai dengan standar Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), untuk melihat gambaran pemahaman responden mengenai *stunting* baik di kondisi sebelum dan sesudah diberi materi penyuluhan oleh narasumber mengenai *Stunting* menggunakan Analisis Deskriptif. Adapun hasil analisa deskriptif ini berupa persentase disajikan dalam bentuk tabel-tabel dan grafik.

a. Kondisi Pre-test

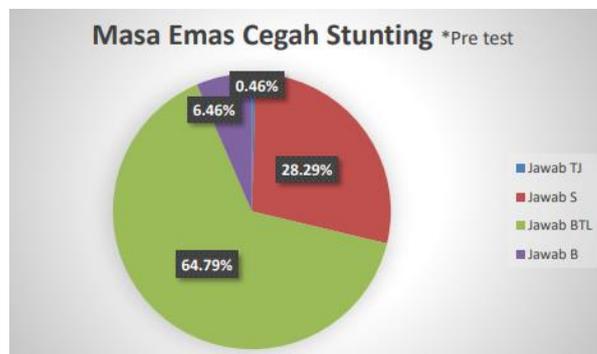
Kondisi *pre-test* adalah gambaran awal dari pemahaman responden terkait arti *stunting*, masa emas pencegahan *stunting*, penyebab *stunting*, dampak dari *stunting*, dan pencegahan *stunting* itu sendiri, pemahaman responden mengenai *stunting* sebelum diberi materi penyuluhan oleh narasumber dalam sosialisasi GenBest 2019.

b. Pemahaman responden terkait Pengertian Stunting

Dari kondisi *pre-test* dihasilkan persentase jawaban responden mengenai pengertian *stunting*, dari seluruh 3669 data responden yang tercatat memberikan jawaban diketahui bahwa terdapat 67.1% responden yang menjawab benar tidak lengkap (BTL) yaitu sejumlah 2.462 responden, 17.55% responden menjawab benar, dan 14.88% responden menjawab salah. Responden yang tidak memberikan jawaban sejumlah 0,46%.

c. Pemahaman responden terkait masa emas pencegahan Stunting

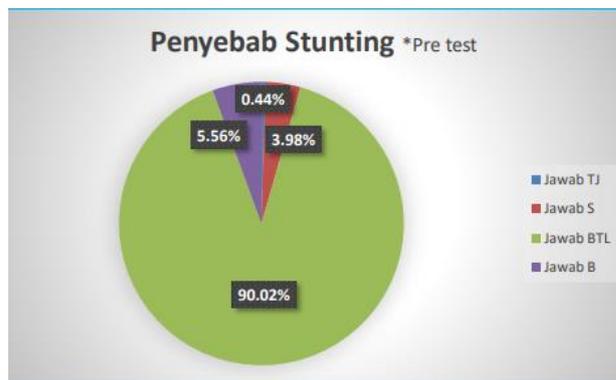
Pada point pertanyaan masa emas untuk mencegah terjadinya *stunting* pada balita, didapatkan gambaran mengenai jawaban responden seperti diagram pada gambar 6.a.2, bahwa terdapat 6.46% jawaban responden adalah benar, 64.79% jawaban responden benar tetapi tidak lengkap, menjawab salah sebesar 28.29% dan tidak memberikan jawabana sebesar 0.46%.



Gambar 6.a.1 Persentase pemahanan responden pada masa emas cegah *stunting* pre-test

d. Pemahaman Responden Terkait Penyebab terjadinya Stunting

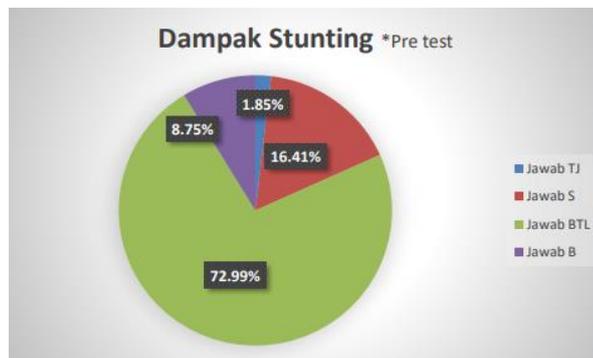
Pada kategori pertanyaan penyebab terjadinya *stunting*, didapatkan gambaran bahwa 90.02% responden menjawab *benar tidak lengkap*, menjawab *benar* sebesar 5,56% dan 3.98% menjawab *salah* dan 0,44% tidak menjawab.



Gambar 6.a.2 Persentase pemahanan responden pada penyebab terjadinya *stunting* pre-test

e. Pemahaman responden terkait dampak dari terjadinya Stunting

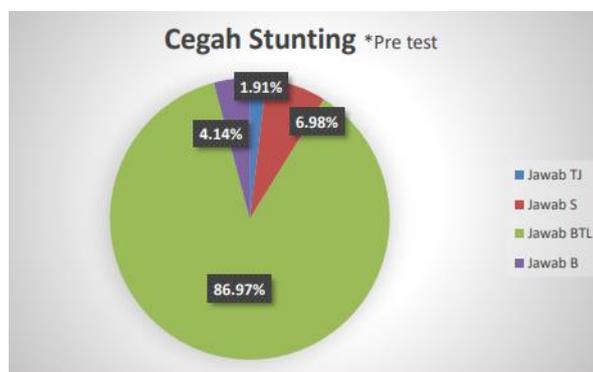
Sedangkan untuk dampak *stunting* pada balita, jawaban responden digambarkan dalam diagram pada gambar 6.a.3 diatas, bahwa terdapat 72.99% jawaban reponden adalah benar tidak lengkap, 16.41% menjawab salah, 8.75% menjawab dengan benar dan sisanya 1.85% tidak memberikan jawaban.



Gambar 6.a.3 Persentase pemahaman responden pada dampak *stunting* pre-test

f. Pemahaman responden terkait pencegahan terjadinya Stunting

Pada kategori pertanyaan pencegahan *stunting* pada balita, didapatkan jawaban dari responden sebesar 86.97% menjawab benar tidak lengkap, menjawab benar sebesar 4.14%. Responden memberikan jawaban salah sebesar 6.98% dan yang tidak memberikan jawaban sebesar 1.91% yang digambarkan dalam gambar 6.a.4.



Gambar 6.a.4 Persentase pemahaman responden pada pencegahan *stunting* pre-test

g. Penilaian Pre-test

Hasil dari skoring untuk penilaian pemahaman responden mengenai *stunting* pada saat pre-test disajikan dalam tabel 6.a.5 berikut dengan nilai persentase berdasarkan kabupaten/kota yang menjadi titik lokasi sosialisasi GenBest 19. Seluruh titik lokasi kegiatan, tingkat pemahaman responden tentang *stunting* sebelum dilakukan penyuluhan berada pada kategori cukup. Dimana hasil penilaian pada saat pre-test skornya berada diantara rentang 62% - 81%.

Dengan skor penilaian paling rendah di lokasi kegiatan yang berada di Gianyar dengan nilai 62%, berikutnya di titik lokasi Lebak dengan nilai 68.3% dan di titik lokasi Buleleng yang berada di angka 69% dan Kerawang dengan angka 69.8%. Di titik lokasi Gianyar, tingkat pemahaman terkait pengertian *stunting* dan pencegahan terjadinya *stunting*

berada dalam kategori kurang, dengan nilai angka sebesar 59% dan 52%. Di titik lokasi Kerawang, pemahaman responden berada di kategori kurang pada pencegahan *stunting* yaitu sebesar 58%.

Tabel 6.a.6 Hasil Skoring Pre-test sosialisasi GenBest 2019

No	Kabupaten/Kota	Indicator	Arti <i>Stunting</i>		Masa Emas Pencegahan <i>Stunting</i>		Penyebab <i>Stunting</i> Pada Balita		Dampak <i>Stunting</i> Pada Balita		Pencegahan <i>Stunting</i>		Hasil	
			Skor	%	Skor	%	Skor	%	Skor	%	Skor	%	Skor	%
1	Aru	133	390	73.30	370	69.50	391	73.50	394	74.10	396	74.40	1941	73.00
2	Bangka	138	443	80.30	386	69.90	453	82.10	429	77.70	427	77.40	2138	77.50
3	Bantul	280	824	73.60	780	69.60	834	74.50	798	71.30	834	74.50	4070	72.70
4	Bengkulu Utara	132	422	79.90	376	71.20	428	81.10	394	74.60	400	75.80	2020	76.50
5	Bolaemo	139	396	71.20	390	70.10	414	74.50	400	71.90	419	75.40	2019	72.60
6	Bone	153	449	73.40	445	72.70	455	74.30	441	72.10	457	74.70	2247	73.40
7	Buleleng	136	502	74	384	71	396	73	347	64	341	63	1970	69
8	Demak	139	397	71.40	379	68.20	413	74.30	400	71.90	429	77.20	2018	72.60
9	Ende	185	555	75.00	521	70.40	555	75.00	554	74.90	556	75.10	2741	74.10
10	Gianyar	87	226	52	213	61	251	72	205	59	238	68	1133	62
11	Indramayu	144	398	69.10	376	65.30	421	73.10	407	70.70	451	78.30	2053	71.30
12	Kampar	141	451	80.00	411	72.90	450	79.80	453	80.30	429	76.10	2194	77.80
13	Kapuas	150	455	75.80	422	70.30	439	73.20	441	73.50	462	77.00	2219	74.00
14	Karawang	101	358	71	301	75	299	74	292	72	231	57	1481	69.80
15	Kediri	144	425	73.80	386	67.00	428	74.30	404	70.10	434	75.30	2077	72.10
16	Klaten	164	477	72.70	436	66.50	486	74.10	470	71.60	489	74.50	2358	71.90
17	Lebak	142	441	62	384	68	425	75	412	73	376	66	2038	68.30
18	Majalengka	51	221	87	159	78	153	75	148	73	147	72	828	77.30
19	Malaka	144	398	69.10	376	65.30	421	73.10	407	70.70	451	78.30	2053	71.30
20	Manggarai	132	380	72.00	354	67.00	388	73.50	370	70.10	379	71.80	1871	70.90
21	Muara enim	128	403	78.70	361	70.50	414	80.90	394	77.00	379	74.00	1951	76.20
22	Nagakeo	146	433	74.10	397	68.00	428	73.30	400	68.50	423	72.40	2081	71.30
23	Nunukan	141	411	72.90	402	71.30	423	75.00	391	69.30	421	74.60	2048	72.60
24	Pahuwato	156	452	72.40	429	68.80	467	74.80	442	70.80	453	72.60	2243	71.90
25	Sumedang	120	453	76	335	70	348	73	338	70	311	65	982	71
26	Tanjung Jabung timur	143	447	78.10	399	69.80	453	79.20	459	80.20	430	75.20	2188	76.50
		3669	11207	76.36	10172	69.31	11033	75.18	10590	72.16	10763	73.34	53629	73.08

Tingkat pemahaman *stunting* paling cukup baik diantara seluruh titik lokasi adalah di Kampar dengan nilai 77.8%. Selanjutnya, di Bangka dengan angka 77.5%, di Majalengka dengan angka 77.3% serta 76.5% untuk masing-masing Bengkulu Utara dan Tanjung Jabung Timur serta 76.2% untuk tingkat pemahaman di Muara Enim.

6.1.3 Pemahaman Tentang *Stunting* Pada Post-test

Pemahaman responden mengenai arti *stunting* pada kondisi Pretest terlihat bahwa dari 26 titik lokasi, hampir semua titik berada pada ketegori cukup baik, dalam rentang nilai antara 61%-81%. terkecuali di kabupaten Gianyar yang berada di kategori kurang, yaitu 52% dan kabupaten Buleleng di angka 56%. Untuk pemahaman responden mengenai masa emas

pengecahan *stunting*, dari 26 titik lokasi semua berada pada kategori cukup baik dengan Gianyar yang memiliki nilai terendah yaitu 61%. Pemahaman responden pada penyebab terjadinya *stunting*, di semua titik mempunyai pemahaman yang cukup baik, terkecuali di kabupaten Buleleng yang berada di kategori kurang dengan angka 58%. Untuk dampak *stunting* pada balita, nilai pemahaman responden di kabupaten Gianyar dan kabupaten Buleleng berada pada kategori kurang, dengan masing-masing nilai berada pada 59% dan 51%. Sedangkan di lokasi lain berada pada kategori cukup baik, yaitu berada di dalam rentang 61%-81%. Sedangkan pemahaman responden dalam pencegahan *stunting*, kabupaten Karawang dan kabupaten Buleleng berada pada kategori kurang, dengan nilai masing-masing adalah 57% dan 50%.

a. Kondisi Post-Test

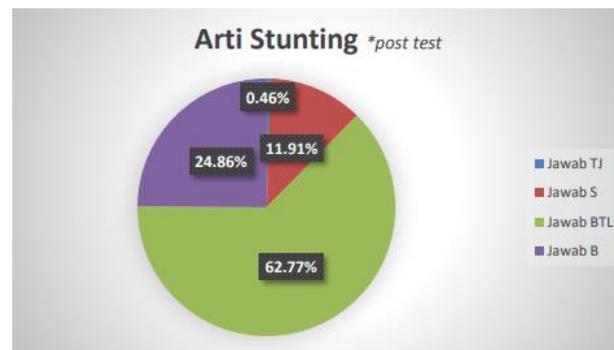
Kondisi Post-test adalah pemahaman responden yang telah diberi materi penyuluhan oleh narasumber selama ± 120 menit terkait arti *stunting*, mas emas pencegahan, penyebab terjadinya *stunting*, dampak dari *stunting*, dan pencegahan *stunting*. Dalam memberikan jawaban atas pertanyaan pada saat post-test di dapatkan gambaran mengenai pemahaman responden sebagai berikut.

Dari hasil penyuluhan yang dilakukan melalui serangkaian post-test, didapatkan gambaran pemahaman responden mengenai *stunting* dari masing-masing titik lokasi pelaksanaan sosialisasi GenBest sebagaimana pada tabel berikut, yang didalamnya memuat hasil persentase post-test dari responden pada kegiatan tersebut.

b. Pemahaman responden terkait pengertian *stunting*

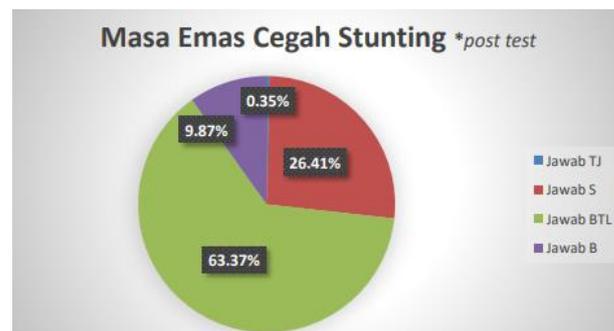
Pemahaman responden mengenai pengertian *stunting* terlihat bahwa dari 3669 responden, pada jawaban mengenai arti *stunting* sebagian besar jawaban dari responden adalah menjawab benar tetapi tidak lengkap, yaitu sebanyak 62.77%, selanjutnya pada kategori menjawab benar sebanyak 24.86%, terdapat responden yang menjawab salah pada pertanyaan arti *stunting* yaitu 11.91% dan tidak memberikan jawaban sebesar 0.46% responden. Dibandingkan pada saat pre-test, terjadi peningkatan jumlah pada jawaban benar dari pertanyaan pengertian *stunting* yang di berikan oleh responden, dari hasil sebelumnya sebesar 17.55% pada saat pre test. Penurunan jumlah

jawaban salah juga terjadi, dari yang sebelumnya sebesar 14.88% jumlah jawaban responden.



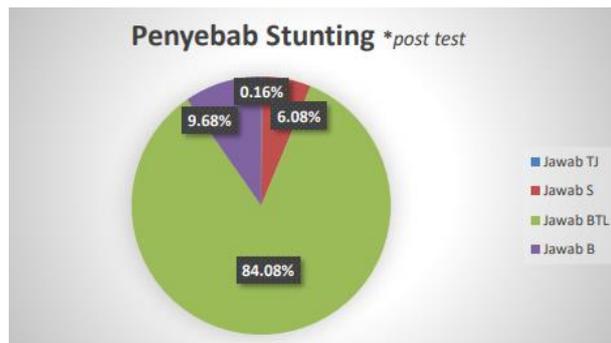
Gambar 6.a.5 Persentase pemahaman responden pada pengertian *stunting* post-test

c. Pemahaman responden terkait masa emas pencegahan *stunting*



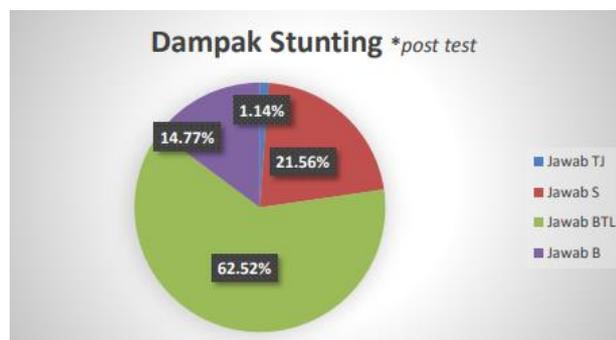
Gambar 6.a.6 Persentase pemahaman responden pada masa emas pencegahan *stunting* post-test
 Pada diagram gambar 6.a.6 diperlihatkan persentase jawaban yang diberikan oleh 3669 responden mengenai masa emas untuk melakukan pencegahan terjadinya *stunting*. Tampak bahwa responden yang menjawab benar dengan tidak lengkap sebesar 63.37%, sedangkan jawaban benar di berikan oleh 9.87% responden. Jawaban salah sebesar 26.41% dan terdapat 0.35% responden tidak memberikan jawaban. Jumlah responden yang memberikan jawaban salah pada pertanyaan masa emas pencegahan *stunting* menurun dari 28.29% jumlah jawaban responden pada saat pretest.

d. *Pemahaman responden terkait penyebab terjadinya stunting*



Gambar 6.a.7 Persentase pemahaman responden pada penyebab terjadinya *stunting* post-test. Responden yang memberikan jawaban dari pertanyaan terkait penyebab terjadinya *stunting* disajikan dalam diagram gambar 6.a.7. berikut. Responden yang memberikan jawaban dengan benar mengenai penyebab terjadinya *stunting* pada saat post-test sebesar 9.68% dari 3669 responden yaitu sejumlah 355 responden, jumlah ini meningkat dibandingkan pada saat pretest yang sebesar 5.56% jumlah jawaban benar. Untuk jawaban yang benar tetapi tidak lengkap merupakan jawaban terbesar yang diberikan responden pada saat mengisi kuesioner yaitu sebesar 84.08% dari 3669 responden. Responden yang tidak memberikan jawaban sebesar 0.16%, sedangkan responden yang memberikan jawaban dengan salah sebesar 6.08% dari total jumlah responden.

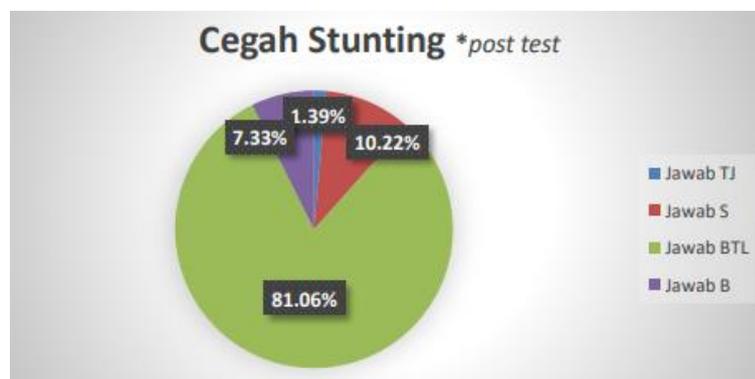
e. *Pemahaman responden terkait dampak dari terjadinya stunting*



Gambar 6.a.8 Persentase pemahaman responden pada dampak *stunting* pada balita post-test. Untuk jumlah jawaban dari responden terkait pertanyaan dampak dari terjadinya *stunting*, pada diagram gambar 6.a.8 diperlihatkan bahwa jumlah responden yang memberikan jawaban dengan benar adalah sebesar 14.77% dari 3669 responden. Jumlah tersebut meningkat dibanding jumlah jawaban pada saat pretest yang sebesar 8.77% responden.

Responden yang memberikan jawaban benar tetapi tidak lengkap sebesar 62.52% dan 21.56% dari jumlah responden memberikan jawaban salah terkait dampak *stunting* pada balita yang bertambah dari sebelumnya sejumlah 16.41% responden yang menjawab salah pada saat dilakukan pretest. Terdapat 1.14% responden tidak memberikan jawaban pada sesi pertanyaan tersebut.

f. Pemahaman responden terkait pencegahan terjadinya *stunting*



Gambar 6.a.9 Persentase pemahaman responden pada pencegahan *stunting* post-test. Dari pertanyaan terkait pencegahan *stunting* yang diberikan pada saat post test, dari diagram gambar 6.a.9 di perhatikan jumlah responden yang menjawab pertanyaan dengan benar tetapi tidak lengkap adalah sebesar 81.06% dari jumlah responden. responden yang memberikan jawaban dengan benar sebesar 7.33% dan jawaban salah diberikan oleh responden sebesar 10.22% dari jumlah responden. sebesar 1.39% tidak memberikan jawaban dari pertanyaan terkait pencegahan *stunting* pada kuesioner yang diberikan pada saat post test.

g. Penilaian Post-test

Secara umum, gambaran mengenai hasil post-test di tiap titik lokasi berada dalam kategori cukup baik, dimana nilainya berada dalam rentang 62%-81%. Di titik lokasi Buleleng, Bangka, Gianyar, Kampar, Lebak, Majalengka dan Tanjung Jabung Timur responden memiliki pemahaman arti *stunting* yang berada pada kategori *baik*, yaitu di dalam rentang nilai 81%-100%. Selebihnya dari titik lokasi yang lain mengenai pemahaman responden terhadap arti *stunting* berada dalam rentang nilai yang *cukup baik* dalam nilai 62%-81%. Untuk pemahaman responden mengenai masa emas untuk pencegahan *stunting*, hasilnya berada dalam kategori *cukup baik* dalam rentang nilai 62%-81% dengan nilai terendah di Kediri dengan nilai angka 63.9%

Tabel 6.a.4 Hasil Skoring Post-test sosialisasi GenBest 2019

No	Kabupaten/Kota	T	Arti <i>Stunting</i>		Masa Emas Pencegahan <i>Stunting</i>		Penyebab <i>Stunting</i> Pada Balita		Dampak <i>Stunting</i> Pada Balita		Pencegahan <i>Stunting</i>		Skor	%
			Skor	%	Skor	%	Skor	%	Skor	%	Skor	%		
1	Aru	133	389	73.10	386	72.60	397	74.60	404	75.90	393	73.90	1969	74.00
2	Bangka	138	450	81.50	390	70.70	477	86.40	425	77.00	433	78.40	2175	78.80
3	Bantul	280	868	77.50	802	71.60	832	74.30	816	72.90	858	76.60	4176	74.60
4	Bengkulu Utara	132	406	76.90	362	68.60	444	84.10	370	70.10	410	77.70	1992	75.50
5	Bolaemo	139	407	73.20	404	72.70	412	74.10	409	73.60	427	76.80	2059	74.10
6	Bone	153	451	73.70	446	72.90	458	74.80	425	69.40	456	74.50	2236	73.10
7	Buleleng	136	488	90	399	73	400	74	362	67	316	58	1965	72.2
8	Demak	139	398	71.60	368	66.20	410	73.70	399	71.80	428	77.00	2003	72.10
9	Ende	185	561	75.80	518	70.00	552	74.60	551	74.50	558	75.40	2740	74.10
10	Gianyar	87	325	93	252	72	259	74	213	61	208	60	1257	72.20
11	Indramayu	144	421	73.10	400	69.40	430	74.70	423	73.40	429	74.50	2103	73.00
12	Kampar	141	464	82.30	388	68.80	489	86.70	391	69.30	443	78.50	2175	77.10
13	Kapuas	150	462	77.00	418	69.70	432	72.00	423	70.50	463	77.20	2198	73.30
14	Karawang	101	352	87	313	77	301	75	273	68	231	57	1470	72.80
15	Kediri	144	447	77.60	368	63.90	431	74.80	421	73.10	441	76.60	2108	73.20
16	Klaten	164	502	76.50	455	69.40	477	72.70	476	72.60	516	78.70	2426	74.00
17	Lebak	142	480	85	390	69	422	74	440	77	358	63	2090	73.60
18	Majalengka	51	186	91	152	75	135	66	189	93	124	61	786	77.130
19	Malaka	144	421	73.10	400	69.40	430	74.70	423	73.40	429	74.50	2103	73.00
20	Manggarai	132	372	70.50	371	70.30	388	73.50	375	71.00	391	74.10	1897	71.90
21	Muara enim	128	389	76.00	389	76.00	425	83.00	399	77.90	393	76.80	1995	77.90
22	Nagakeo	146	444	76.00	432	74.00	426	72.90	430	73.60	445	76.20	2177	74.60
23	Nunukan	141	408	72.30	400	70.90	413	73.20	402	71.30	434	77.00	2057	72.90
24	Pahuwato	156	468	75.00	442	70.80	468	75.00	442	70.80	483	77.40	2303	73.80
25	Sumedang	120	418	87	338	70	354	74	335	70	295	61	1740	72.5
26	Tanjung Jabung timur	143	471	82.30	391	68.40	465	81.30	458	80.10	437	76.40	2222	77.70
		3669	11207	76.36	10172	69.31	11033	75.18	10590	72.16	10763	73.34	54422	74.16

Responden sosialisasi GenBest 2019 yang mempunyai pemahaman dalam kategori baik mengenai penyebab terjadinya *stunting* diantaranya, di titik lokasi kegiatan yang berada di Bangka dengan nilai 86.4%, Bengkulu utara dengan nilai 84.1%, Kampar dengan nilai 86.7%, dan Muara Enim dengan nilai 83%. Pemahaman penyebab terjadinya *stunting* yang berada dalam kategori cukup dengan nilai terendah adalah 66% yang berada di Majalengka.

Pemahaman dampak *stunting* pada balita, semua titik lokasi kegiatan GenBest berada dalam kategori memiliki pemahaman yang cukup baik dengan nilai yang berada di dalam rentang 62%-81%, hanya di Majalengka yang memiliki pemahaman yang baik dengan nilai sebesar 93%. Pemahaman responden untuk pencegahan terjadinya *stunting*, responden di titik lokasi Kerawang memiliki pemahaman yang berada dalam kategori kurang dengan nilai sebesar 57% dan titik lokasi yang lainnya berada dalam kategori pemahaman yang cukup baik.

6.1.4 Perbandingan hasil penilaian pada saat pre-test dan post-test

No	Kabupaten/Kota	responden		Pre Test			Post Test		selisih
1	Aru	133	665	1941	72.97%	665	1969	74.02%	1.05%
2	Bangka	138	690	2138	77.46%	690	2175	78.80%	1.34%
3	Bantul	280	1400	4070	72.68%	1400	4176	74.57%	1.89%
4	Bengkulu Utara	132	660	2020	76.52%	660	1992	75.45%	-1.06%
5	Bolaemo	139	695	2019	72.63%	695	2059	74.06%	1.44%
6	Bone	153	765	2247	73.43%	765	2236	73.07%	-0.36%
7	Buleleng	136	680	1938	71.25%	680	1965	72.24%	0.99%
8	Demak	139	695	2018	72.59%	695	2003	72.05%	-0.54%
9	Ende	185	925	2741	74.08%	925	2740	74.05%	-0.03%
10	Gianyar	87	435	1103	63.39%	435	1257	72.24%	8.85%
11	Indramayu	144	720	2053	71.28%	720	2103	73.02%	1.74%
12	Kampar	141	705	2194	77.80%	705	2175	77.13%	-0.67%
13	Kapuas	150	750	2219	73.97%	750	2198	73.27%	-0.70%
14	Karawang	101	505	1463	72.43%	505	1470	72.77%	0.35%
15	Kediri	144	720	2077	72.12%	720	2108	73.19%	1.08%
16	Klaten	164	820	2358	71.89%	820	2426	73.96%	2.07%
17	Lebak	142	710	2029	71.44%	710	2090	73.59%	2.15%
18	Majalengka	51	255	799	78.33%	255	786	77.06%	-1.27%
19	Malaka	144	720	2053	71.28%	720	2103	73.02%	1.74%
20	Manggarai	132	660	1871	70.87%	660	1897	71.86%	0.98%
21	Muara enim	128	640	1951	76.21%	640	1995	77.93%	1.72%
22	Nagakeo	146	730	2081	71.27%	730	2177	74.55%	3.29%
23	Nunukan	141	705	2048	72.62%	705	2057	72.94%	0.32%
24	Pahuwato	156	780	2243	71.89%	780	2303	73.81%	1.92%
25	Sumedang	120	600	1743	72.63%	600	1740	72.50%	-0.12%
26	Tanjung Jabung timur	143	715	2188	76.50%	715	2222	77.69%	1.19%

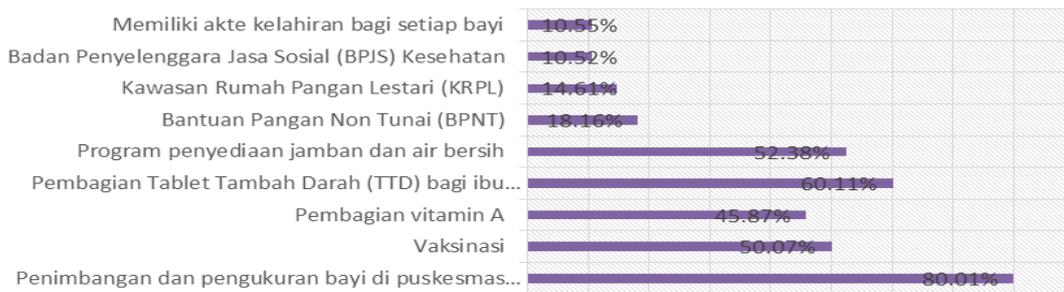
Tabel 6.a.7 Perbandingan hasil pre test dan pos test

Pengetahuan responden tentang kegiatan pemerintah yang terkait mengenai pencegahan *stunting* diukur menggunakan Teknik *post experimental* dengan soal kuesioner yang memiliki kunci jawaban disesuaikan dengan standar Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), dimana kegiatan penanganan *stunting* memiliki hubungan erat dengan kegiatan pemerintah yaitu Penimbangan dan pengukuran bayi, vaksinasi, pembagian tablet tambah darah (TTD) bagi ibu hamil, program penyediaan jamban dan air bersih.

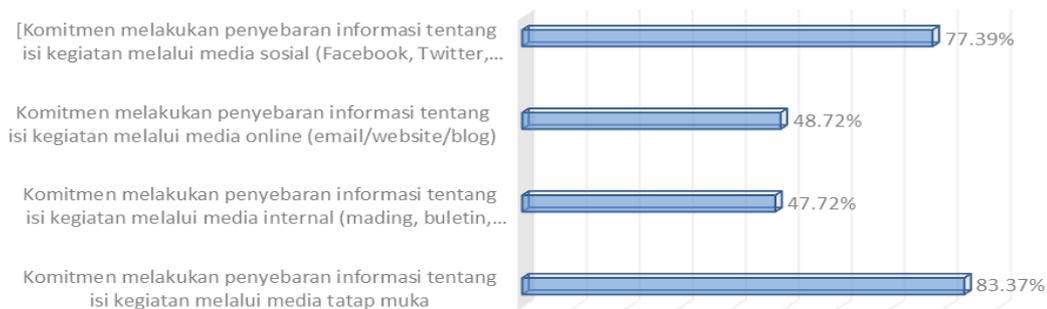
Terlihat pada gambar 6.a.10 mengenai jawaban responden terhadap kegiatan Pemerintah yang terkait pencegahan *stunting*, hampir seluruhnya menjawab Penimbangan dan pengukuran bayi di puskesmas dan posyandu yaitu sebanyak 80.01%. Jawaban tertinggi kedua adalah pembagian Tablet Tambah darah sebesar 60.11%, selanjutnya program penyediaan jamban dan air bersih sebesar 52.38%, dan 50.07% menjawab vaksinasi.

Jawaban untuk kawasan rumah pangan lestari diberikan oleh sebesar 14.61% responden, sedangkan jawaban bantuan pangan non tunai di berikan oleh 18.16% responden. Sedangkan masih terdapat responden yang menjawab opsi yang tidak benar mengenai kegiatan Pemerintah yang terkait pencegahan *stunting* yaitu Pembagian vitamin A sebanyak 45,87%, selanjutnya Badan Penyelenggaraan Jasa Sosial (BPJS) Kesehatan sebanyak 10,52%, serta Memiliki akte kelahiran bagi setiap bayi yaitu sebanyak 10,55%.

Program Pemerintah Terkait Pencegahan Stunting



Gambar 6.a.10 Jawaban Responden terhadap Kegiatan Pemerintah Terkait Pencegahan Stunting
Komitmen Responden



Gambar 6.a.11 Komitmen Responden terhadap penyebaran informasi kegiatan Pada diagram gambar 6.a.11 memperlihatkan komitmen responden untuk melakukan sebaran informasi terkait pelaksanaan kegiatan sosialisasi GenBest 19, komitmen untuk melakukan sebaran informasi isi kegiatan melalui media tatap muka adalah yang tertinggi sebesar 83.37% dan komitmen melakukan penyebaran informasi melalui media sosial diantaranya facebook, twitter ataupun Instagram menjadi pilihan yang dilakukan responden dengan besaran 77.39%. Komitmen untuk melakukakn penyebaran informasi kegiatan melalui media online berupa email, website ataupun blog diberikan sebesar 48.72% responden. Sedangkan untuk komitmen penyebaran melalui media internal yang berupa mading, bulletin dan lainnya diberikan oleh 47.72% responden.

6.1.5 Evaluasi pelaksanaan kegiatan Sosialisasi GenBest 19

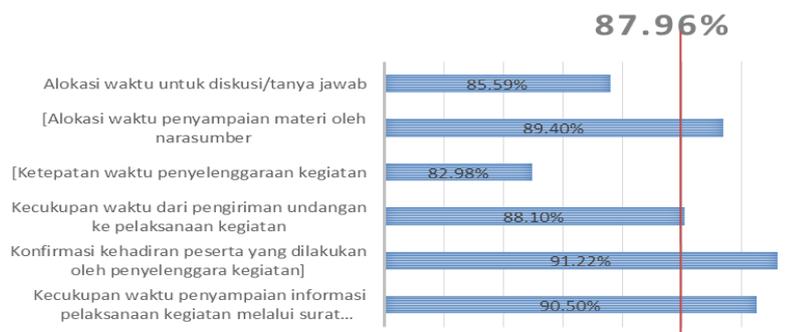
Tabel 6.a.8 skor kategori kontinum dengan rentang 4 level kategori yang berasal dari skala 3 opsi

Kategori	Presentase
Sangat Kurang Baik	33% - 50%
Kurang Baik	50,1% - 66%
Baik	66,1% – 83%

Pada sub bahasan ini akan dilakukan identifikasi tingkat pelayanan pada pra penyelenggaraan, pelaksanaan kegiatan, relevansi materi dan komitmen diseminasi informasi yang diselenggarakan Tahun 2019 di Malaka sesuai dengan standar sekretariat Ditjen Informasi dan Komunikasi Publik (IKP). Adapun hasil analisa deskriptif ini berupa frekuensi dan persentase disajikan dalam bentuk grafik sedangkan analisis kategori menggunakan skor kategori kontinum dengan rentang 4 level kategori yang berasal dari skala 3 opsi jawaban menjadi :

a. Persiapan pelaksanaan kegiatan

Pada sub evaluasi persiapan pelaksanaan kegiatan ini mencakup 6 indikator yaitu Kecukupan waktu penyampaian informasi pelaksanaan kegiatan melalui surat undangan/fax/telepon/email, Konfirmasi kehadiran peserta yang dilakukan oleh penyelenggara kegiatan, Kecukupan waktu dari pengiriman undangan sampai pada pelaksanaan kegiatan, Ketepatan waktu penyelenggaraan kegiatan, Alokasi waktu penyampaian materi oleh narasumber, dan Alokasi waktu untuk diskusi/tanya jawab, yang dijabarkan melalui gambar grafik berikut.



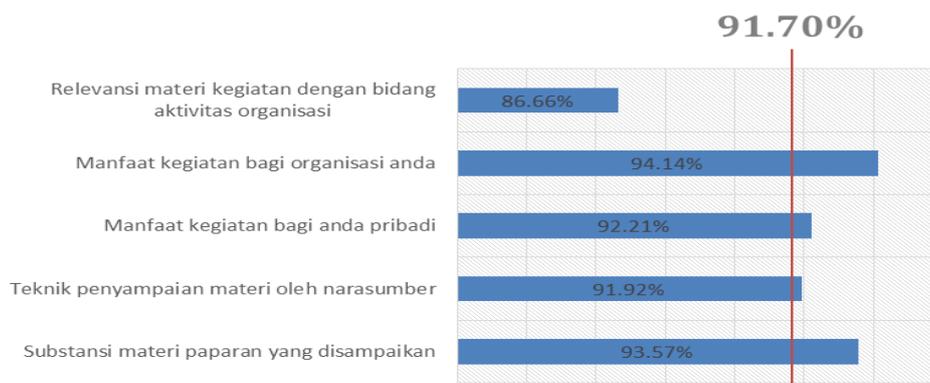
Gambar 6.a.12 Persepsi Responden terhadap Sub Evaluasi Persiapan Pelaksanaan Kegiatan Terlihat pada gambar 6.a.12 mengenai persepsi responden terhadap sub evaluasi persiapan pelaksanaan kegiatan Generasi Bersih Dan Sehat 2019 terkait sosialisasi

Stunting Gizi Buruk di 26 titik lokasi kegiatan, secara keseluruhan mendapatkan skor rata-rata sebesar 87.96% yang artinya pada Sub Evaluasi Persiapan Pelaksanaan Kegiatan secara keseluruhan menurut responden sudah berjalan dengan sangat baik, dimana konfirmasi kehadiran peserta yang dilakukan oleh penyelenggara merupakan indikator paling baik menurut responden yang mengikuti kegiatan ini yaitu sebesar 91.22%. Sedangkan indikator ketepatan waktu penyelenggaraan kegiatan terkategori yang paling dirasa kurang baik menurut responden dengan skor nilai 82.98%.

b. Narasumber dan Materi

Pada sub evaluasi Narasumber dan Materi ini mencakup 5 indikator yaitu, Substansi materi paparan yang disampaikan, Teknik penyampaian materi oleh narasumber, manfaat kegiatan ini bagi anda pribadi, manfaat penyelenggaraan kegiatan ini bagi organisasi anda dan Relevansi materi penyelenggaraan kegiatan ini dengan bidang aktivitas organisasi yang akan dijabarkan melalui grafik indeks persepsi secara keseluruhan.

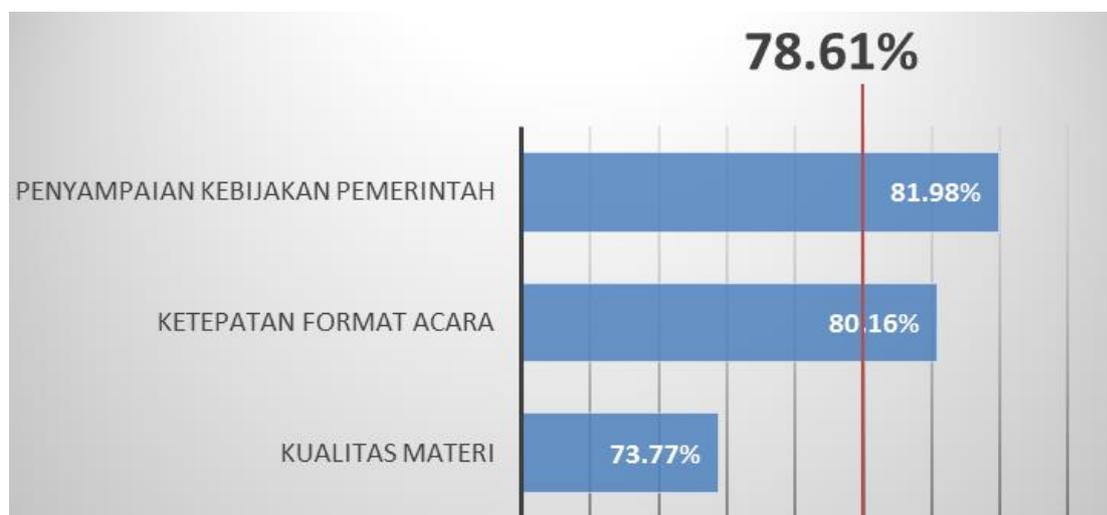
Dalam grafik gambar 6.a.13 diatas memperlihatkan bahwa persepsi responden secara keseluruhan terhadap narasumber dan materi yang disampaikan mempunyai nilai rata-rata 91.7% yang berarti berada dalam rentang >83%, masuk dalam kategori sangat baik. Dengan persepsi manfaat kegiatan bagi organisasi sebesar 94.14% dan bagi pribadi sebesar 92.21%, serta substansi materi dan tehnik penyampaian materi nilainya 93.57% dan 91.92%. sedangkan untuk relevansi kegiatan dengan aktivitas organisasi di angka 86.66%.



Gambar 6.a.13 Persepsi Responden terhadap sub-evaluasi narasumber dan materi

c. Pemahaman dan Persepsi Responden

Pada sub evaluasi ini akan ditanyakan mengenai pemahaman dan persepsi responden pada kegiatan Sosialisasi *Stunting* Gizi Buruk melalui GenBest 2019 di Malaka, adapun 2 (dua) indikator pemahaman dan persepsi sudah dijelaskan pada halaman sebelumnya dengan teknik *survey experimental*, (Pengetahuan Informasi tentang Kebijakan Pemerintah yang terkait kegiatan, serta Pemahaman topik), maka berikut akan dijelaskan persepsi responden mengenai indikator kualitas materi yang disampaikan, ketepatan format acara, serta persepsi mengenai penyampaian kebijakan prioritas Pemerintah.



Gambar 6.a.14 Persepsi Responden terhadap Sub pemahaman dan persepsi Terlihat pada gambar 6.a.14 mengenai persepsi responden terhadap sub Pemahaman dan Persepsi terhadap kegiatan sosialisasi GenBest 2019 terkait sosialisasi *Stunting* dan Gizi Buruk, secara keseluruhan mendapatkan skor rata-rata sebesar 78.61% yang berarti pada sub evaluasi pemahaman dan persepsi secara keseluruhan menurut responden adalah baik, dimana penyampaian kebijakan prioritas pemerintah merupakan indikator paling baik menurut responden yang mengikuti kegiatan ini yaitu sebesar 81.98%.

6.1.6 Potensi komunikasi di daerah prioritas *stunting*

Kementerian Kominfo melakukan monitoring dan evaluasi (monev) dalam bentuk survei persepsi masyarakat pada *stunting* yang dilakukan 2 tahap pelaksanaan survei, yang pertama pada bulan Desember 2018 dilakukan di 60 titik kota/kabupaten dan yang kedua oktober 2019 di 30 kota/kabupaten prioritas penanganan *stunting*. Dari hasil survei persepsi didapatkan gambaran akses media yang dikonsumsi oleh masyarakat dan pola hidup terkait kesehatan masyarakat.

a. Media Komunikasi *Stunting*

Hasil dari serangkaian survei persepsi yang dilakukan pada Desember 2019 dan pada bulan Oktober 2019 di dapatkan informasi terbaru perkembangan media yang diakses oleh masyarakat. Survei dilakukan dengan metode random sampling di 60 daerah pada tahap I dan 30 daerah pada tahap II di kota/kabupaten prioritas penanganan *stunting*, dengan responden sebesar 2,222 sample pada survei tahap I dan sejumlah 1,111 sample pada tahap II. Sample diambil menggunakan metode slovin dengan nilai confidence 95% dan margin of error 3%. Sebaran sampel ditentukan secara proporsional dengan menggunakan metode stratified cluster sampling.¹³⁸

b. Demografi responden

Demografi responden memberikan pengetahuan tentang karakteristik dari responden yang menjadi sampel dalam survei persepsi. Variable demografi responden meliputi 7 indikator diantaranya Gender, Usia, Suku, Agama, Pendidikan, Pekerjaan dan Pendapatan. Indikator demografi responden ditunjukkan dengan gambar diagram. Informasi mengenai demografi responden untuk mengembangkan hubungan sebab akibat antara pertumbuhan penduduk dengan bermacam aspek sosial.¹³⁹

Responden dalam survei tersebut, komposisi berdasarkan gender atau jenis kelamin terdiri masing-masing 50% untuk perempuan dan laki-laki. Proporsi yang sama dan berimbang menunjukkan bahwa survey tersebut mewakili semua populasi dan tidak tersegmen pada jenis kelamin tertentu dengan rentang usia responden yang terbesar adalah di kalangan usia 30 – 39 tahun sebesar 30.5% dari jumlah sampel diikuti rentang usia 40-49 tahun sebesar 24.9%. Dalam indikator asal suku dari responden, Suku Jawa adalah responden yang terbesar sejumlah 40.68% dan Suku Sunda yang sebesar 22.91% menjadi responden terbesar kedua. Responden yang berasal dari Suku Melayu sebesar 4.73%, Suku Batak 2,88%, Suku Bugis sebesar 3.78%, Suku Madura 3.15%, 2,21% dari Suku Banjar, 1.98% dari Suku Dayak dan 1.94% dari Suku Minang. Responden beragama Islam dengan jumlah paling besar yaitu 86.63%, Protestan dengan 5.73% sedangkan Katolik 5.22% dan responden sebesar 2.30% beragama Hindu.

¹³⁸ Laporan survey Persepsi Masyarakat Tentang Stunting tahap II tahun 2019, Kementerian kominfo, 2019

¹³⁹ Lembaga Demografi FE UI. 2007. Dasar-dasar Demografi. Jakarta : Lembaga Penerbit FE UI.

Tabel 6.b.1 Demografi Responden Survey Stunting Tahap I
Kementerian Kominfo

ket.	qty.	ket.	qty.	ket.	qty.
Agama		Pendidikan		Pendapatan	
Islam	86.63%	Tidak Sekolah	2.21%	<1 juta	30.57%
Protestan	5.76%	SD	27.41%	1 - 1.5 Juta	19.62%
Katolik	5.22%	SMP	22.23%	1.5 - 2 Juta	19.96%
Budha	0.09%	SMA	39.60%	2 -2.5 Juta	14.75%
Hindu	2.30%	Diploma-S1	7.74%	2.5 - 3 Juta	8.24%
		S2-S3	27.00%	> 3 juta	6.85%
Gender		Pekerjaan		Suku	
Laki-laki	50.00%	IRT	26.87%	Jawa	40.68%
Perempuan	50.00%	Wiraswasta	20.30%	Sunda	22.91%
		ASN	2.52%	Melayu	4.73%
Rentang Usia		Pedagang	10.13%	Batak	2.88%
<2o	3.50%	TNI/POLRI	0.23%	Madura	3.15%
2o-29	17.60%	Petani/nelayan	19.17%	Sasak	0.47%
3o-39	30.50%	Buruh	9.41%	Boti	0.24%
4o-49	24.90%	Lainnya	11.39%	Minang	1.94%
5o-59	15.70%			Bugis	3.78%
>6o	7.80%			Dayak	1.98%
				Tionghoa	0.14%
				Ambon	0.05%
				Banjar	2.21%
				Lainnya	14.85%

Tingkat pendidikan responden terbesar adalah dengan jenjang pendidikan terakhir sekolah menengah atas yang sebesar 39.6% selanjutnya 27.41% adalah responden berpendidikan terakhir Sekolah Dasar. Sekolah Menengah Pertama sebesar 22.23% dan 7.74% tidak memiliki tingkat pendidikan.

Indikator demografi pekerjaan responden yang terbesar sejumlah 26.87% adalah Ibu Rumah Tangga selanjutnya sebesar 20.3% bekerja di sektor Wiraswasta. 19.17% responden bekerja sebagai Petani dan Nelayan, 10.13% responden bekerja sebagai Pedagang, 9.41% atau 209 responden bekerja sebagai Buruh dan 11.39% responden bekerja diluar kelompok profesi tersebut. Demografi pendapatan responden hasil survei diketahui bahwa persentase terbesar 30.57% adalah responden yang memiliki penghasilan tiap bulan <1 juta rupiah, selanjutnya 19.96% responden memiliki penghasilan tiap bulan antara 1–2 juta rupiah. Untuk responden yang memiliki penghasilan tiap bulan antara 1-1.5 juta rupiah sebesar 19.62% dan responden memiliki penghasilan tiap bulan 2-2.5 juta rupiah adalah 14.75%.

Responden sebesar 8.24% memiliki penghasilan tiap bulan sebesar 2.5–3 juta rupiah. Survei persepsi masyarakat mengenai *stunting* tahap kedua yang dilakukan oleh Kementerian kominfo untuk menggali informasi dan mendapatkan perkembangan dilakukan pada bulan oktober 2019 dengan besaran sampling 1,111 responden dan tersebar di 30 kota/kabupaten prioritas penanganan *stunting*.

Dengan metodologi yang sama pada pelaksanaan survei tahap I di dapatkan demografi responden yang ditunjukkan pada tabel 6.b.2 Demografi responden survey persepsi II Kementerian kominfo tahun 2019. Pada survey tahap ke II, demografi responden berdasarkan jenis kelamin adalah 50.9% atau 565 responden Perempuan dan 49.1% atau 546 responden berjenis kelamin Laki-Laki, terdapat selisih 1.8% tetapi tidak terlalu signifikan. Untuk indikator demografi usia responden, persentase usia terbesar adalah 27.2% responden pada rentang usia 30 - 39 tahun, sebesar 25.7% responden berada pada rentang usia 40-49 tahun, 21.0% responden berada pada rentang usia 20-29 tahun, 15.9% responden berada pada rentang usia 50-59 tahun, 8.2% atau 91 responden berada pada rentang usia lebih dari 60 tahun, dan persentase paling sedikit sebesar 2.0% atau 22 responden berada pada rentang usia kurang dari 20 tahun.

Tabel 6.b.2 Demografi Responden Survey persepsi *stunting* tahap II Kementerian Kominfo tahun 2019

ket.	qty.	ket.	qty.	ket.	qty.
Agama		Pendidikan		Pendapatan	
Islam	83.90%	Tidak Sekolah	4.60%	<1 juta	47.10%
Protestan	1.40%	SD	37.40%	1 - 1.5 Juta	22.20%
Katolik	8.50%	SMP	23.10%	1.5 - 2 Juta	13.10%
Budha	0.30%	SMA	30.00%	2 -2.5 Juta	8.70%
Hindu	5.90%	Diploma-S1	4.70%	2.5 - 3 Juta	6.70%
Konghucu	0.20%	S2-S3	0.30%	> 3 juta	2.20%
Gender		Pekerjaan		Suku	
Laki-laki	50.90%	IRT	30.40%	Jawa	37.10%
Perempuan	49.10%	Wiraswasta	17.10%	Sunda	23.60%
		ASN	6.40%	Melayu	4.90%
Rentang Usia		Pedagang	6.40%	Batak	0.40%
<20	2.00%	TNI/POLRI	0.10%	Minang	2.70%

20-29	21.00%	Petani/nelayan	18.40%	Bugis	3.90%
30-39	27.20%	Buruh	16.80%	Dayak	0.60%
40-49	25.70%	Lainnya	9.20%	Tionghoa	0.60%
50-59	15.90%			Banjar	1.30%
>60	8.20%			Lainnya	25.00%

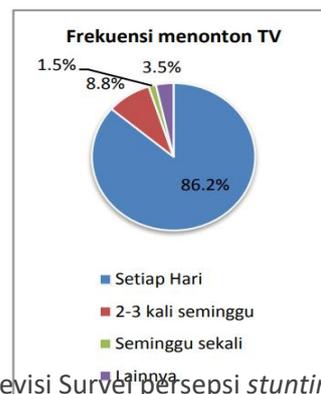
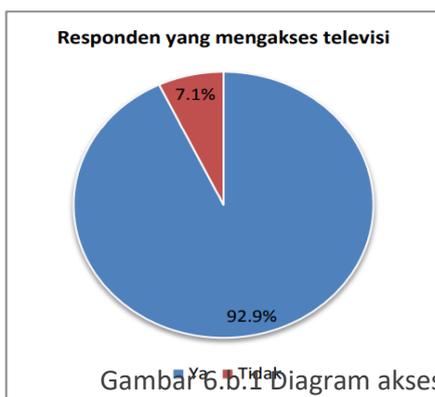
Persentase berdasarkan indikator demografi asal suku responden, hasil survei menunjukkan Suku Jawa merupakan asal suku responden yang terbesar dengan persentase 37.1% sedang terbesar kedua adalah 23.6% dari suku sunda. Demografi asal suku 4.9% berasal dari Suku Melayu, 3.9% atau 43 responden berasal dari Suku Bugis, 2.7% atau 30 responden berasal dari Suku Minang, 1.3% atau 14 responden berasal dari Suku Banjar, 0.6% atau 7 responden berasal dari Suku Dayak, 0.6% atau 7 responden berasal dari Suku Tionghoa, 0.4% atau 4 responden berasal dari Suku Batak. Sebesar 25% berasal dari suku-suku lainnya. Demografi agama responden, tertinggi adalah responden yang beragama Islam dengan persentase 83.90% selanjutnya adalah penganut agama Katolik sebesar 8.50% dan persentase 5.90% adalah penganut agama Hindu. Indikator demografi berdasar pendidikan, pekerjaan dan pendapatan responden, tingkat pendidikan responden terbesar adalah responden dengan tingkat pendidikan sekolah dasar (SD) sebesar 37.4% dan selanjutnya 30.0% responden memiliki tingkat pendidikan terakhir Sekolah Menengah Atas (SMA). tingkat pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (SMP) 23.1% responden sedangkan 4.7% responden memiliki tingkat pendidikan terakhir Diploma sampai Starta I. Pekerjaan responden terbesar 30.4% responden bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga, 18.4% responden bekerja sebagai Petani atau Nelayan, 17.1% responden bekerja sebagai Wiraswasta, 16.8% responden bekerja sebagai Buruh, 6.4% responden bekerja sebagai Pedagang dan 9.2% responden bekerja diluar kelompok profesi tersebut. Tingkat pendapatan responden paling banyak dalam survey tersebut adalah 47.1% responden yang memiliki pendapatan kurang dari 1 juta, selanjutnya 22.2% responden berpendapatan antara Rp 1- 1.5 juta, disusul 13.1% responden memiliki pendapatan sebesar 1.5–2 juta. 8.7% responden berpendapatan 2-2.5 juta, 6.7% responden berpendapatan sebesar 2.5– 3 juta dan persentase paling 2.2% responden memiliki penghasilan tiap bulan sebesar lebih dari 3 juta.

c. Akses Media oleh Masyarakat

Dari hasil survei persepsi yang dilakukan pada 2 tahap, tahap pertama pada bulan desember tahun 2018 dan tahap kedua pada bulan oktober tahun 2019 berdasar adanya beragam media informasi, diantaranya media televisi, media radio, media cetak, media online dan media lainnya didapatkan gambaran mengenai sumber media yang diakses oleh masyarakat untuk mendapatkan berbagai informasi. Hasil dari survey persepsi masyarakat ditunjukkan dengan gambar diagram, grafik dan tabel.

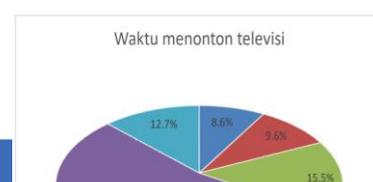
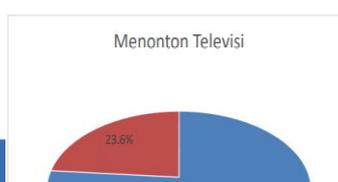
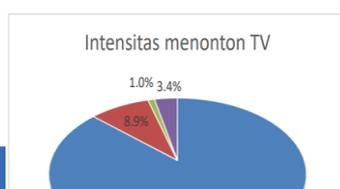
1) Media televisi

Akses media televisive masih menjadi pilihan sebagian besar masyarakat di Indonesia, baik pada saat dilakukan survey persepsi pada tahap pertama ataupun kedua. Meskipun ada kecenderungan menurun dikarenakan adanya sumber informasi yang lain yang berkembang. Pada tahap I survey pesepsi, akses media televisive digambarkan bahwa dari 92.9% responden yang mengakses televisi, mayoritas dari mereka atau 86.2% (1781) menonton televisi selama setiap hari, kemudian ada 8.8% (182) responden yang menonton acara televisi selama 2 sampai 3 kali dalam seminggu. Selain itu, masih ada 1.5% (30) responden yang mengakses acara televisi hanya sekali dalam seminggu dan 3.5% (72) responden sisanya mengakses televisi dalam frekuensi lainnya atau jarang mengakses televisi.



Gambar 6.1.1 Diagram akses media televisi Survei persepsi *stunting* tahap I

Pada Survei tahap II dengan jumlah sampel 1.111 responden, gambaran akses media televisi oleh masyarakat sebesar 76,4% responden yang mengakses televisi, mayoritas dari mereka 86,6% atau 707 responden menonton televisi selama setiap hari, kemudian ada 8,9% atau 73 responden yang menonton acara televisi selama 2 sampai 3 kali dalam seminggu. Selain itu, masih ada 1,0% atau 8 responden yang mengakses acara televisi hanya sekali dalam



seminggu dan 3,4% atau 28 responden sisanya mengakses televisi dalam frekuensi lainnya atau jarang mengakses televisi.

Gambar 6.b.2 diagram akses media televisi Survei persepsi *stunting* tahap II

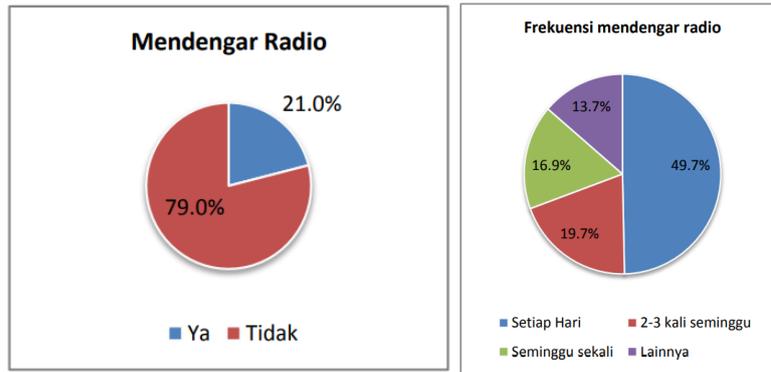
Intensitas mengakses media televisi dari 76,4% responden yang mengakses televisi, mayoritas responden menonton televisi pada malam hari (pukul 18.00 – 24.00) sejumlah 53,6% responden, 15,5% responden atau 125 responden menonton televisi pada sore hari (pukul 15.00 – 17.00), 9,6% atau 77 responden menonton televisi pada siang hari (pukul 11.00 – 14.00) dan 8,6% atau 69 responden pada pagi hari (pukul 05.00 – 11.00). Kemudian sejumlah 12,7% atau 102 responden menonton televisi pada waktu lainnya artinya tidak pasti kapan waktu menonton televisinya.

Tabel 6.b.3. Stasiun TV pilihan masyarakat Survey persepsi *stunting* tahap I

Indosiar	24.2%	ANTV	8.2%	TVRI	3.4%
SCTV	17.5%	Metro TV	6.5%	GTV	3.3%
RCTI	15.3%	Trans TV	5.4%	Net TV	0.9%
TV One	9.8%	MNC TV	4.7%	Kompas TV	0.8%

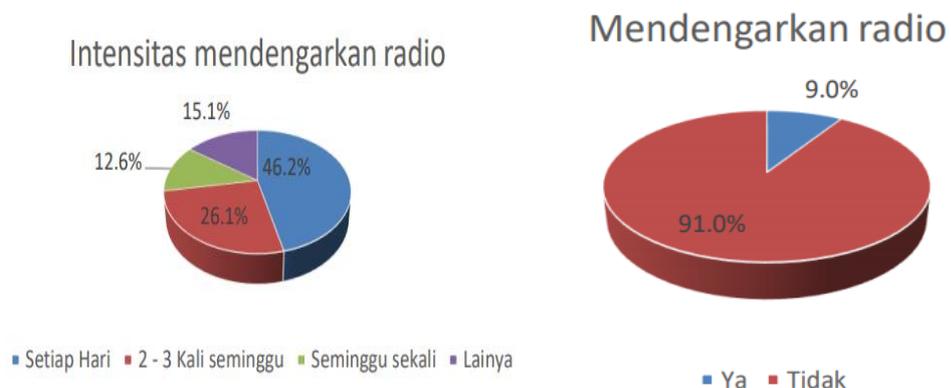
Untuk stasiun televisi yang menjadi pilihan masyarakat berdasarkan hasil survey persepsi pada tahap II, dari 12 stasiun televisi, Indosiar adalah stasiun televisi yang tertinggi menjadi pilihan responden dengan jumlah 24.2%, selanjutnya SCTV dengan 17.5%, RCTI dengan 15.3%, TV one sebesar 9.8%, Antevision 8.2%, Metro tv sebesar 6.5%, Trans tv sebesar 5.4%, MNC tv 4.7%, TVRI menjadi pilihan 3.4% responden, GTV sebesar 3.3%, Net TV sebesar 0.9% dan Kompas TV sebesar 0.8%.

2) Akses Media Radio



Gambar 6.b.3 diagram akses media radio Survei persepsi *stunting* tahap I

Radio menjadi media yang kurang familiar di kalangan masyarakat Indonesia saat ini. Fakta ini ditunjukkan dengan hasil survei persepsi pada tahap I ataupun pada tahap II, yang mengungkap bahwa pada pelaksanaan survei tahap I hanya 21.0% (467) responden yang mengakses radio dalam keseharian mereka sedangkan sebagian besar masyarakat atau 79.0% (1755) tidak mengakses radio atau tidak menjadikan radio sebagai media informasi mereka. Mayoritas masyarakat yang masih mengakses radio tinggal di Kabupaten/Kota Nabire, Sorong, Majalengka, Subang, Tulungagung, buleleng, dan Kupang. Dari 21.0% responden yang mengatakan mendengarkan radio, intensitas frekuensi mereka dalam mendengarkan radio dapat dilihat dari diagram di bawah ini. Dari 21.0% responden yang mendengarkan radio, 49.7% (232) dari mereka mengakses acara radio selama setiap hari. Kemudian, 19.7% (92) responden mendengar acara radio selama 2 sampai 3 kali seminggu, 16.9% (79) responden mengakses radio selama sekali dalam seminggu, dan 13.7% (64) responden sisanya mengakses radio dalam frekuensi lainnya atau jarang mendengarkan radio. Kemudian, dari 49.7% masyarakat yang mengakses radio setiap hari, sebagian besar dari mereka tinggal di daerah Nabire, Sorong, Majalengka, Subang, dan Buleleng.

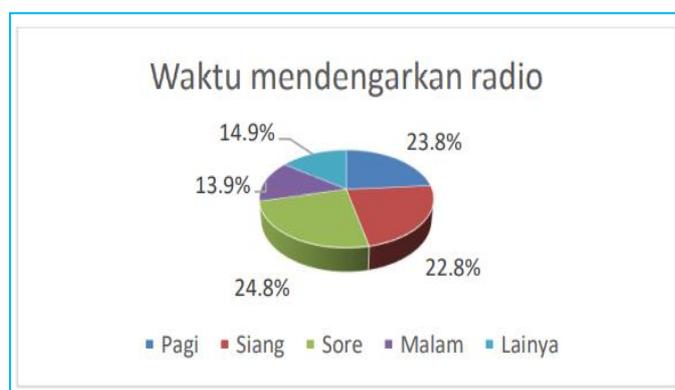


Gambar 6.b.4 diagram akses media radio Survei persepsi *stunting* tahap II

Pada Survei tahap II, hasil survei mengungkapkan bahwa hanya 9,0% atau 96 responden yang mengakses radio dalam keseharian mereka sedangkan sebagian besar masyarakat atau 91,0% atau 975 responden tidak mengakses radio atau tidak menjadikan radio sebagai media informasi mereka. Sebaran dari 9,0% responden yang mengakses radio berada di daerah Klaten 30,0% responden, Kepulauan Aru 30,0% responden, Bantul 29,1% responden, Kota Kediri 21,7% responden, Solok 20,0% responden, Muara Enim 17,5% responden, Sumedang 15,0% responden, Kampar 11,4% responden, Bone 11,4% responden, Pohuwato 10,0% responden, Belu 10,0% responden, Sika 5,0% responden, Nagekeo 5,0% responden, Nunukan 5,0% responden, Pekalongan 3,9% responden, Indramayu 2,9% responden, Lebak 2,9% responden, Demak 1,7% responden terkecil di Karawang dengan 1,3% responden.

Tabel 6.B.4 Sebaran Akses Media Radio Survey Persepsi Stunting Tahap II Kementerian kominfo Tahun 2019

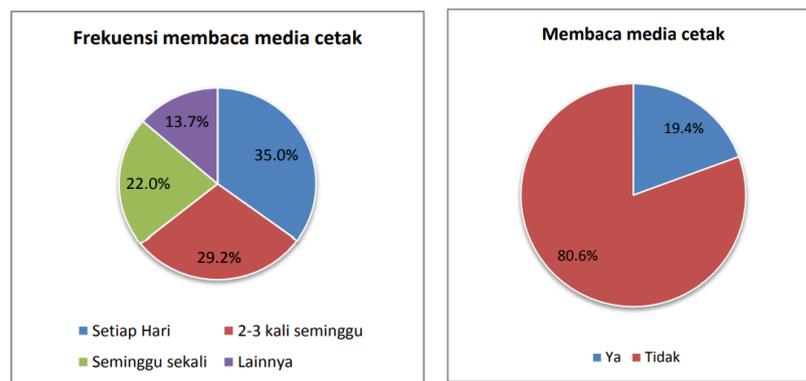
Klaten	30,0%	Muara enim	17,5%	Belu	10,0%	Indramayu	2,9%
Kepulauan Aru	30,0%	Sumedabng	15,0%	Sikka	5,0%	Lebak	2,9%
Bantul	29,1%	Kampar	11,4%	Nagekeo	5,0%	Demak	1,7%
Kota Kediri	21,7%	Bone	11,4%	Nunukan	5,0%	Karawang	1,3%
Solok	20,0%	Pohuwato	10,0%	Pekalongan	3,9%	Indramayu	2,9%



Gambar 6.b.5 diagram waktu akses media radio Survei persepsi *stunting* tahap II

Waktu mendengarkan radio masyarakat, 24,8% responden mendengarkan radio pada sore hari (pukul 15.00 – 17.00) dari 9,0% responden yang mengakses radio. sejumlah 23,8% responden mendengarkan radio pada pagi hari (pukul 05.00 – 11.00), 22,8% responden mendengarkan radio pada malam hari (pukul 18.00 – 24.00) dan sejumlah 14,9% responden mendengarkan radio dalam waktu lainnya atau tak menentu.

3) Akses Media Massa Cetak



Gambar 6.b.6 diagram akses media cetak Survey persepsi *stunting* tahap I

Persentase responden yang mengakses atau membaca media cetak seperti koran, tabloid, dan buletin terlihat pada diagram di bawah. Media cetak menjadi sumber informasi yang kurang dikonsumsi di kalangan masyarakat yang menjadi sampel dalam survei ini. Statistik menunjukkan bahwa sebanyak 80.6% (1791) responden tidak membaca media cetak dalam kehidupan mereka sehari-hari. hanya 19.4% (431) responden yang masih mempunyai kebiasaan mengakses media cetak. Dari 19.4% masyarakat yang membaca media cetak, mayoritas dari mereka berkediaman di daerah Kabupaten/Kota Sorong, Nabire, Kotawaringin Timur, Subang, Kupang, dan Simalungun.

Dari 19.4% responden yang mengatakan mengakses atau membaca media cetak, intensitas frekuensinya terlihat pada gambar di atas. Dari 19.4% responden, hanya 35.0% (151) yang mempunyai kebiasaan membacanya setiap hari. Kemudian, persentase responden yang mengakses media cetak 2 sampai 3 kali seminggu sebesar 29.2% (126) sedangkan 22.0% (95) responden hanya mengakses media cetak selama satu kali dalam seminggu. Sisanya 13.7%

(59) responden mengakses media cetak dalam frekuensi lainnya atau jarang membaca media cetak.



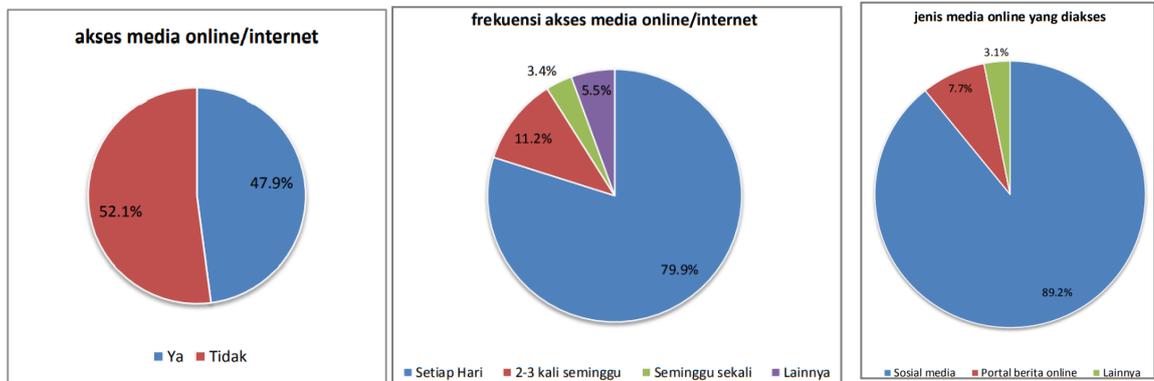
Gambar 6.b.7 diagram akses media cetak Survei persepsi *stunting* tahap II

Pada tahap kedua survei persepsi, media cetak hanya diakses oleh 9,7% atau 103 responden. Dari 9,7% responden yang mengatakan mengakses atau membaca media cetak, intensitas frekuensinya terlihat pada gambar di atas. Dari angka presentase responden yang membaca media cetak, hanya 36,5% atau 35 responden yang mempunyai kebiasaan membacanya setiap hari.

Kemudian, persentase responden yang mengakses media cetak seminggu sekali sebesar 25,0% atau 24 responden sedangkan 24,0% atau 23 responden hanya mengakses media cetak selama 2 – 3 kali dalam seminggu. Sisanya 14,6% atau 14 responden mengakses media cetak dalam frekuensi lainnya atau jarang membaca media cetak.

4) Akses Media Online

Media Online atau internet menjadi media dengan jumlah pengguna terbesar kedua setelah media televisi, dan menunjukkan tren pengguna yang terus naik dari tahun ke tahun. Jumlah persentase responden yang mengakses media Online atau Internet terlihat pada diagram di bawah ini.



Gambar 6.b.8 diagram akses media online Survei persepsi *stunting* tahap I

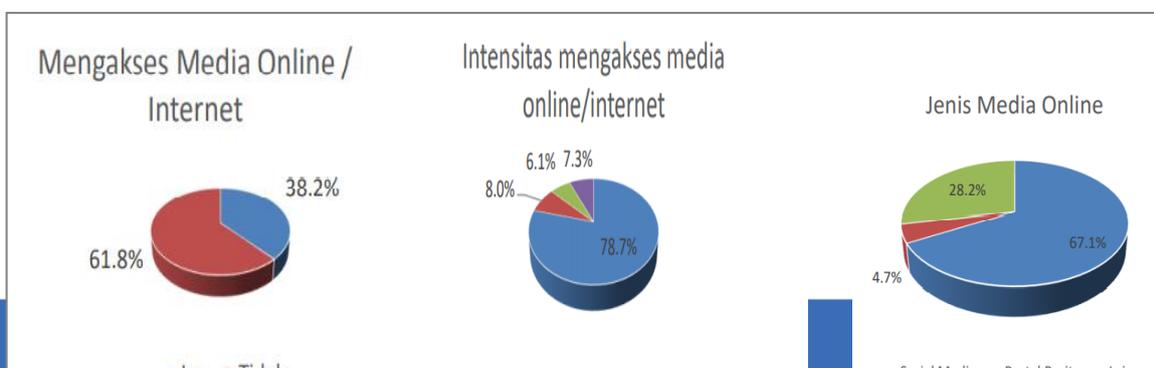
Masyarakat yang mengakses media online/internet memiliki persentase hampir sama walaupun jumlah responden yang tidak mengakses media online masih sedikit lebih banyak. Responden yang tidak mengakses media online adalah sebesar 52.1% (1157), sedangkan responden yang mengakses media online atau internet sebesar 47.9% (1065). Hal ini cukup tinggi mengingat media online adalah media yang lumayan baru dikalangan masyarakat. Daerah mayoritas masyarakatnya mengakses media online atau internet adalah Bekasi, Kampar, Kutai Barat, Lampung Timur, Surabaya, Sidoarjo, Banyuwangi, Kediri, Bogor, Wonogiri, Banjarnegara, Bantul, Garut, Mamasa, Kota Sorong, Nabire, Bone, Kotawaringin Timur, Majalengka, Sumedang, Subang, Kupang, Nunukan, dan Aceh Timur berdasarkan hasil survey pada tahap I.

Dari 47.9% responden yang mengatakan mengakses media online atau media berbasis internet, intensitas frekuensinya terlihat pada gambar berikut, dari 47.9% responden yang mengakses media online atau internet, 79.9% (851) responden membuka dan menggunakan media online atau internet setiap hari. Hanya 11.2% (119) yang mengakses media online atau internet selama 2 sampai 3 kali seminggu dan 3.4% (36) responden mengakses internet atau media online selama satu kali dalam seminggu. Sisanya 5.5% (59) responden mengakses

media online atau internet dalam frekuensi lainnya atau jarang mengakses media online atau internet. Responden yang mengakses media online setiap hari mayoritas tinggal di daerah Kabupaten/kota Bekasi, Kampar, Kutai Barat, Surabaya, Sidoarjo, Banyuwangi, Kediri, Bogor, Banjarnegara, Bantul, Kota Sorong, Nabire, Bone, Kotawaringin Timur, Majalengka, Sumedang, Subang, Nunukan, dan Aceh Timur. Mayoritas responden dalam survei pada tahap I ini menyatakan bahwa mereka menggunakan internet paling sering untuk membuka sosial media. Fakta ini ditunjukkan dengan 89.2% (950) responden paling sering membuka sosial media seperti *facebook*, *twitter*, *Instagram*, dan lain sebagainya dibandingkan dengan media online lainnya.

Disisi lain, portal berita online cukup tidak terlalu familiar di mata masyarakat yaitu hanya diakses oleh 7.7% (82) responden. Sedangkan sisanya 3.1% (33) responden mengakses jenis media online lainnya seperti youtube dan lain sebagainya. Dari jumlah 7.7% yang sering membuka portal berita online, mayoritas dari mereka tinggal di daerah Lampung Timur, Surabaya, dan Bogor. Tetapi presentase responden yang sering mengakses portal berita online di daerah tersebut tidak mencapai 50% dari jumlah sampel masing-masing daerah. Penggunaan sosial media seperti facebook, twiter dan Instagram bisa menjadi sarana sosialisasi yang efektif. Tetapi segemen ini masih belum banyak dijamah jika melihat sangat sedikit konten tentang *stunting* di media tersebut.

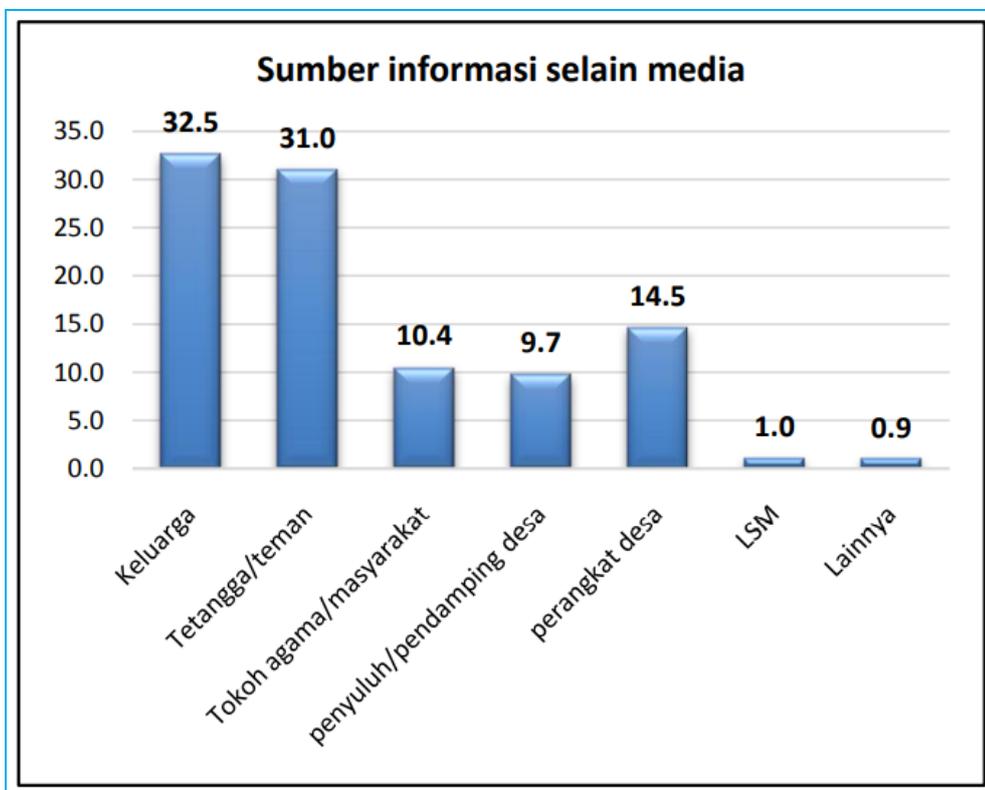
Pada survei tahap II, pengguna media online sebesar 38,2% responden yang mengatakan mengakses media berbasis internet, intensitas frekuensinya terlihat pada gambar di atas. Frekuensi penggunaan media online atau internet di kalangan masyarakat juga tinggi. Dari hasil wawancara yang dilakukan 78,7% atau 325 responden yang mengakses media online atau internet dilakukan setiap hari. Hanya 8,0% atau 33 responden yang mengakses media online atau internet selama 2 sampai 3 kali seminggu dan 6,1% atau 25 responden mengakses internet atau media online selama satu kali dalam seminggu. Sisanya 7,3% atau 30 responden mengakses media online atau internet dalam frekuensi lainnya atau jarang-jarang mengakses media online atau internet.



Gambar 6.b.9 diagram akses media online Survei persepsi *stunting* tahap II

Mayoritas responden sebesar 67,1% atau 438 responden paling sering membuka sosial media seperti facebook, twitter, Instagram, dan lain sebagainya dibandingkan dengan media online lainnya. Disisi lain, portal berita online tidak terlalu familiar di mata masyarakat yaitu hanya diakses oleh 4,7% atau 31 responden. Sedangkan sisanya 28,2% atau 184 responden mengakses jenis media online lainnya seperti youtube dan lain sebagainya.

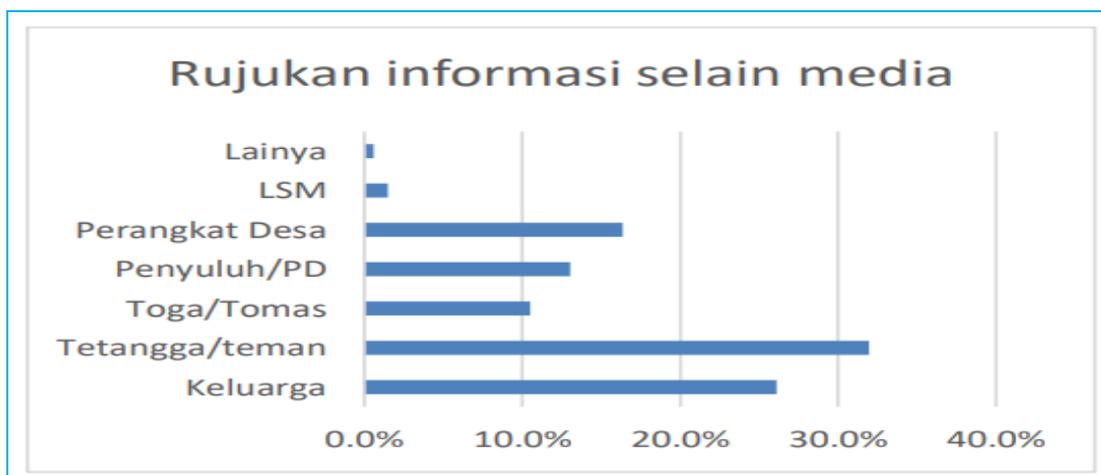
5) Sumber Informasi Selain Media



Gambar 6.b.10 akses sumber informasi selain media Survey persepsi *stunting* tahap I

Sumber informasi selain media informasi yang telah disebutkan diatas, masyarakat masih mengandalkan sumber konvensional seperti dari keluarga, teman, dan tokoh masyarakat. Detil persentase sumber informasi selain media terlihat pada grafik di bawah ini. Mayoritas

masyarakat memperoleh informasi bersumber dari keluarga dan teman/tetangga. Detailnya, presentase responden yang mendapat informasi dari keluarga yaitu 32.5% (1341) sedangkan responden yang mengandalkan teman/tetangga sebagai sumber informasi yaitu 31.0% (1276). Kemudian, tokoh agama atau masyarakat sekitar menjadi sumber informasi dari 10.4% (430) responden. Hal ini hampir sama dengan persentase responden yang memperoleh informasi dari penyuluh atau pendamping desa yaitu sebesar 9.7% (399) responden. Perangkat desa juga diandalkan oleh masyarakat sebagai sumber informasi yaitu sebesar 14.5% (599) responden. Sisanya 1.0% (40) sumber informasi responden adalah Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan 0.9% (37) responden mendapat informasi dari sumber-sumber lainnya



Gambar 6.b.11 akses sumber informasi lain. Sumber: Survey persepsi *stunting* tahap II

Selain mendapatkan informasi dari televisi, radio, media cetak, dan media online, mayoritas masyarakat banyak memperoleh informasi dari keluarga dan teman/tetangga. Detailnya, presentase responden yang mendapat informasi dari teman/tetangga sebagai sumber informasi yaitu 32,0% atau 589 responden, keluarga sejumlah 26,1% atau 481 responden. Kemudian, Perangkat desa juga diandalkan oleh masyarakat sebagai sumber informasi yaitu sebesar 16,3% atau 301 responden. Persentase responden yang memperoleh informasi dari penyuluh atau pendamping desa yaitu sebesar 13,0% atau 240 responden. Selanjutnya, tokoh agama atau masyarakat sekitar menjadi sumber informasi dari 10,5% atau 193 responden. Sisanya 1,5% atau 27 responden mendapatkan sumber informasi dari Lembaga

Swadaya Masyarakat (LSM) dan 0,6% atau 11 responden mendapat informasi dari sumber-sumber lainnya.

6.2 Langkah penanganan pencegahan *stunting* ke depan

Angka prevalensi *stunting* di Indonesia adalah 27,76% pada tahun 2019 merupakan angka yang masih jauh dari angka yang direkomendasikan oleh WHO yang besarnya adalah 20%. Tingginya angka prevalensi *stunting* berpengaruh pada momentum terjadinya bonus demografi yang akan disambut Indonesia. Dalam upaya percepatan penurunan dan pencegahan *stunting*, melihat perkembangan pemahaman masyarakat terhadap *stunting* dan potensi akses media dari masyarakat, Kementerian Kominfo menyusun langkah strategi komunikasi untuk kampanye pencegahan *stunting* yang akan dilaksanakan pada kurun waktu 2020 -2024.

Dalam kampanye percepatan pencegahan *stunting*, Kementerian kominfo mengelompokkan target audience kampanye *stunting* menjadi 2 kelompok sasaran. Kelompok pertama adalah intended group, kelompok sasaran yang terdiri dari ibu hamil, ibu menyusui dan remaja putri. Kelompok kedua adalah vulnerable group yang merupakan masyarakat secara umum di lokasi prioritas *stunting*. Selanjutnya dilakukan penyusunan pesan kunci yang mudah dipahami dan cerna oleh 2 kelompok sasaran tersebut. Strategi yang digunakan untuk diseminasi konten adalah melalui komunikasi multi platform dan membedakan medium komunikasi menjadi 3 medium komunikasi yaitu Above the Line (ATL), Below The Line (BTL) dan through The Line (TTL) dan dilakukan peningkatan peran pemerintah daerah.

Pesan-pesan yang disampaikan dalam kampanye percepatan dan pencegahan *stunting* adalah ajakan untuk selalu menjaga kebersihan tubuh terutama tangan dan pentingnya mengkonsumsi makanan dengan asupan gizi yang cukup, memberikan informasi terkait pentingnya masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) bagi bayi dan memberikan kelengkapan informasi wawasan seputar isu terjadinya *stunting* dengan menggunakan pendekatan aplikasi berbasis web dan mobile.

Strategi diseminasi konten kampanye percepatan pencegahan *stunting*, Kementerian Kominfo menggunakan komunikasi multi platform. Dimulai dengan penyusunan pesan-pesan kunci dan narasi inti kampanye, pesan kunci yang menjadi point dari kampanye

percepatan pencegahan *stunting* tersebut dalam bentuk ajakan untuk selalu menjaga kebersihan tubuh terutama tangan dan pentingnya asupan gizi yang cukup dalam makanan. Penyampaian pesan kunci menekankan untuk selalu mencuci tangan dengan memakai sabun yang di kemas dalam 5 momen wajib Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS) yaitu sebelum menyiapkan makanan, sebelum makan dan menyusui, setelah BAB dan BAK, setelah memegang hewan dan benda kotor, setelah membersihkan tubuh anak.



Gambar 6.b.12 5 Momen Wajib Cuci Tangan Pakai Sabun. Sumber : DJIKP Kominfo

Ajakan untuk pencegahan pada masa emas pencegahan 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dengan 8 pesan kunci agar anak tumbuh dan berkembang menjadi anak sehat dan cerdas. Diantaranya ibu hamil dan menyusui harus mengkonsumsi makanan bergizi, memeriksakan kehamilan setidaknya 4 kali ke bidan, posyandu ataupun puskesmas, melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD), memberikan ASI eksklusif setidaknya selama 6 bulan, melanjutkan

pemberian ASI sampai dengan usia anak 2 tahun dan melengkapinya dengan Makanan Pendamping ASI, melakukan penimbangan berat badan anak, stimulasi anak sesuai tahap tumbuh kembang anak dan mengatur jarak kelahiran dengan metode Keluarga Berencana (KB).



Gambar 6.b.13 Hal yang harus dilakukan ibu sepanjang 1000 HPK untuk mencegah anak stunting. Sumber DJIKP Kominfo

Komunikasi dilakukan dengan penguatan pada asset mandiri sebagai pusat informasi diantaranya Website, Media sosial dan aplikasi mobile dengan kelengkapan wawasan pengetahuan terkait *stunting* yang dapat diakses oleh target sasaran kampanye percepatan pencegahan *stunting*. Diseminasi konten dengan menggunakan media elektronik dan digital, diantaranya membuat program *Public Service Announcement (PSA)* pada televisi swasta ataupun TVRI, melakukan advertorial pada media cetak, portal berita, sosial media ads dan melalui kerjasama dengan influencer. Sosialisasi berbasis tatap muka dengan masyarakat terutama di daerah prioritas *stunting* untuk menjadikan masyarakat tersebut sebagai agen komunikasi percepatan pencegahan *stunting*. Kampanye melalui radio, menggunakan pendekatan Bahasa local serta pengungkapan cerita individu tentang keberhasilan mengatasi *stunting* dalam keluarganya.

Strategi Komunikasi Kementerian Kominfo membedakan medium komunikasi menjadi 3, yaitu Above The Line (ATL), Below The Line (BTL) dan Through The Line (TTL). Pada medium komunikasi ATL, Kementerian Kominfo mengoptimalkan kampanye pada publikasi media

massa dengan melakukan pendekatan humanis dengan mengangkat tema pengalaman hidup individu untuk membangkitkan empati masyarakat dengan mengungkap keberhasilan masyarakat di daerah prioritas *stunting* dalam menanggulangi *stunting*.

Medium komunikasi BTL, dengan mengadakan forum sosialisasi dan advokasi di daerah prioritas *stunting* melalui sosialisasi GenBest 19 disertai dengan penggalian kearifan local daerah dalam konteks pemenuhan gizi seimbang dengan meminta narasumber untuk membahas lebih dalam terkait keanekaragaman pangan local yang kaya gizi namun masih jarang dikonsumsi. Medium komunikasi through The Line (TTL), melakukan kampanye digital dengan jangkauan 40 juta hashtag #SadarStunting. Pengembangan pusat informasi berbasis website dengan nama genbest.id, sedangkan untuk aplikasi mobile dengan nama aplikasi anak sehat yang dapat diunduh menggunakan sistem operasi android.

Situs genbest.id lebih ditekankan pada sasaran remaja putri untuk mendapatkan informasi seputar kesehatan sedangkan untuk aplikasi mobile anak sehat untuk sasaran ibu hamil dan menyusui. Aplikasi anak sehat terdiri dari 6 fitur diantaranya Pemantauan Perkembangan dan Kesehatan Ibu Saat Kehamilan, Pemantauan Pertumbuhan Anak melalui KMS Digital, Pengingat Jadwal Imunisasi, *games* unik tentang pola hidup sehat, informasi perilaku hidup bersih dan sehat dalam bentuk infografik dan videografik dan sebaran wilayah *stunting* di Indonesia.

Dalam strategi peningkatan peran pemerintah daerah untuk percepatan pencegahan *stunting*, Kementerian Kominfo melakukan kolaborasi dengan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) sektoral diantaranya dinas kesehatan, dinas pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak, dan dinas terkait lainnya. Melakukan rapat koordinasi yang intensif dalam penyusunan pedoman kampanye komunikasi percepatan pencegahan *stunting* dengan dinas kominfo. Dan melakukan peningkatan kerjasama indentifikasi permasalahan dengan melakukan analisa SWOT di daerah terkait isu *stunting*. Menindaklanjuti intervensi yang telah dilakukan di titik lokasi daerah prioritas *stunting* pada tahun sebelumnya dan melakukan penentuan program intervensi di lokasi prioritas yang belum optimal



BAB 7

PENUTUP

Kampanye global untuk menurunkan jumlah anak yang pertumbuhannya kerdil atau dalam bahasa Inggris disebut sebagai *stunting* sebenarnya masih relatif baru. Jika dihitung sejak resolusi Majelis Kesehatan Dunia 65.6 (The World Health Assembly) pada tahun 2012, praktis belum ada satu dekade dalam perjalannya. Sekalipun demikian inisiatif global untuk mengatasi gizi buruk, sebenarnya tercatat dalam dokumen sejarah sejak Deklarasi Roma untuk Ketahanan Pangan Dunia (*Rome Declaration on World Security*) yang ditetapkan pada tahun 1996. Forum yang diselenggarakan oleh *Food and Agriculture Organization* (FAO) atau Organisasi Pangan dan Pertanian Dunia ini memastikan pentingnya hak untuk mendapatkan makanan yang sehat dan bergizi bagi semua orang. Termasuk juga di dalamnya adalah memastikan bahwa setiap orang bisa mendapatkan makanan yang cukup.

Jika direfleksikan kembali inisiatif global untuk mengatasi gizi buruk (malnutrisi) dengan perjalanan sejarah bangsa Indonesia, sebenarnya ada sedikit kesesuaian. Setelah Deklarasi Roma, kerja-kerja konsolidasi untuk membuat sinergi global, atau melibatkan kerjasama antar bangsa, baru bisa menetas ketika muncul deklarasi The Millenium Development Goals (MDGs) di bulan September tahun 2000. Pun demikian dengan perjalanan bangsa Indonesia, setelah mengalami krisis ekonomi yang berujung pada krisis multidimensi pada tahun 1998, praktis baru pada tahun 2000-an atau setelah proses pembenahan ekonomi dan stabilisasi kehidupan politik mulai menunjukkan langkah-langkah pemulihannya, penataan kembali peran negara dalam meningkatkan kualitas kesejahteraan penduduk Republik Indonesia mulai menunjukkan geraknya membangun kesejahteraan umum 'bata demi bata', alias satu persatu dibangun kembali.

Ada perbedaan yang cukup signifikan untuk membandingkan antara program-program pembangunan kesejahteraan sebelum 2000-an dengan pembangunan setelah munculnya penyatuan global dengan MDGs yang kemudian berlanjut dengan SDGs. Perbedaannya adalah pada kerangka kerja mendunia atau global *framework* yang didukung dengan kemudahan kordinasi akibat dari kemajuan teknologi komunikasi dan teknologi komputer

berjejaring dunia yang lazimnya kemudian dikenal sebagai internet. Hal itu lah yang sedikit banyak membuat target-target yang sebenarnya sangat ambisius, untuk mengurangi hampir separuh jumlah anak di seluruh dunia yang mengalami gizi buruk, dianggap telah memenuhi capaian pada tahun 2015.

Bangsa Indonesia masih harus berbenah untuk mengurangi jumlah anak di seluruh Indonesia yang mengalami 'gagal kembang'. Upaya itu cukup berat karena angka sebesar 27,7% anak di seluruh Indonesia jika dihitung dengan besarnya jumlah anak yang berumur di bawah lima tahun pada saat ini berarti ada sekitar 3 dari 10 anak balita mengalami 'gagal kembang'. Sementara standar kecukupan gizi dunia berada pada angka 20 atau 2 dari 10 anak saja yang (diperbolehkan) mengalami kekurangan gizi. Ini adalah sebuah kerja besar yang harus mampu dikerjakan bersama-sama oleh semua pemangku kepentingan yang sekarang sedang berkiprah di dalam Republik Indonesia.

Presiden Joko Widodo, dalam sebuah pertemuan dengan para pemimpin dunia usaha di bulan September 2019, pernah mengatakan bahwa dia menginginkan agar prevalensi *stunting* berada di angka 14% pada tahun 2024. Keinginan yang kuat dari pucuk pimpinan pengambil kebijakan negeri ini tentu saja tidak akan berarti banyak jika seluruh jajaran pengambil keputusan, seluruh pemangku kepentingan, hingga sektor-sektor masyarakat tidak bergerak bersama dalam satu kerangka besar kerja bahu membahu memenuhi kecukupan gizi bagi anak Indonesia dalam waktu yang tidak lama. Kerjasama multidisiplin, multisektor, dan lintas kementerian adalah hal yang harus mampu diorkestrasi dengan segala kompleksitasnya.

Para pendiri bangsa yang bahu membahu membentuk Negara Kesatuan Republik Indonesia di pertengahan abad 20, sebenarnya mempunyai bekal yang relatif cukup dalam membaca pengalaman sejarah membangun kesehatan masyarakat dan meningkatkan kesejahteraan rakyat. Pengalaman berharga di Zaman Kolonial Hindia Belanda, mengajarkan banyak hal. Salah satunya adalah pentingnya sains atau ilmu pengetahuan dalam meningkatkan kemampuan pelayanan kesehatan serta memenuhi kebutuhan pangan dan gizi bagi penduduk sebuah negara kepulauan tropis yang oleh Stamford Raffles dia katakan sebagai "kepulauan tropis terbaik di dunia".

Saat ilmu pengetahuan menjadi cahaya penerang bagi pembangunan kesejahteraan umum, bumi Indonesia sebenarnya mempunyai sumbangsih yang besar bagi kesejahteraan dunia. Penemuan Vitamin B Complex oleh Christiaan Eijkman, saat dia meneliti penyakit 'beri-beri' di Jakarta pada tahun 20-an telah memberinya Hadiah Nobel. Hingga hari ini harus diakui Indonesia masih belum bisa menunjukkan prestasi untuk menyamai capaian tertinggi dalam kemajuan pembangunan kemanusiaan yang diakui seluruh dunia.

Politik Etis yang berlangsung di Hindia Belanda pada masa 30-an melahirkan satu generasi perintis pergerakan kebangsaan Indonesia yang pada akhirnya mampu menjadi para pembangun republik. Sebagian besar di antara para perintis itu adalah para pekerja kesehatan mulai dari mantri hingga dokter. Dari kerja-kerja penelitian, perawatan, terapi, eksperimen pengobatan, hingga propaganda kesehatan di pelosok maka kemudian terbentuk satu semangat kebangsaan bersama yang kemudian menjadi seperti virus yang menular kepada kelompok kebangsaan yang lain yang kemudian melahirkan dinamika sejarah hingga berujung pada proklamasi kemerdekaan.

Sayangnya, seperti juga saat berkaca dari sejarah pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia, yang mengalami pasang surut di zaman pendudukan Jepang hingga masa revolusi, ternyata memberikan pelajaran bahwa membangun kesejahteraan masyarakat di wilayah yang jumlah penduduknya termasuk di dalam lima besar dunia, tidak bisa hanya dengan ambisi semata. Banyak pelajaran yang sangat berharga pada masa Orde Baru, saat Indonesia berada pada masa kekuasaan Presiden Suharto. Bagaimana cara yang ditempuh Suharto untuk mencukupi kebutuhan rakyat bisa dijadikan pelajaran yang berharga. Ide-ide swasembada pangan, pengaturan ketat dan sentralistik bahan pangan dan logistik, pengerahan aparatus negara hingga tingkat RT dan RW, pelaksanaan pos pelayanan terpadu (posyandu) yang rutin di lingkungan terkecil, sampai dengan manajemen tunjangan gizi bagi pegawai negeri adalah hal-hal yang harus menjadi referensi dalam membangun Indonesia yang lebih tangguh kesejahteraannya di masa depan.

Bagian keempat dalam buku ini mengajarkan bahwa pembangunan kesejahteraan bangsa memerlukan kebijakan dan strategi komunikasi publik yang tepat. Biarlah pengalaman masa Orde Baru mengajarkan bahwa kebijakan komunikasi publik yang satu arah sudah tidak lagi bisa efektif di zaman keterbukaan global dan iklim demokrasi seperti saat ini. Prinsip-prinsip

menghargai kebebasan berpendapat dan kebebasan berorganisasi serta kebebasan individu adalah hal yang menjadi pertimbangan bagi pemerintahan di mana pun saat ini. Publik sudah relatif terbuka pemahamannya terhadap berbagai hal yang menyangkut hak-hak dirinya sebagai warga negara.

Komunikasi yang tertata dari pengambil kebijakan akan mampu menumbuhkan iklim yang menumbuhkan akal sehat, atau penalaran sebagai alat takar. Hal-hal apapun yang dikeluarkan pemerintah dalam hubungannya dengan komunikasi publik harus mempertimbangkan respon, masukan, pertimbangan, hingga analisis sistematis yang akan mampu melahirkan terobosan perubahan kebijakan berikutnya. Pengambil kebijakan saat ini adalah sebuah lembaga yang harus memperbaharui dirinya agar mampu membuat perencanaan yang sistematis dan terorganisasi rapi, mampu menggunakan data dan informasi dari berbagai pihak yang bisa diandalkan, mampu melakukan pengawasan dan evaluasi yang menyeluruh dan efektif, mampu mengkampanyekan program-program prioritas yang menunjukkan pentingnya peran lembaga negara, dan mampu menguji apakah program-program yang telah dilakukan telah mendapatkan masukan balik yang berharga bagi efektivitas program selanjutnya. Kerangka kerja atau *framework* yang komprehensif didukung dengan penataan program yang konvergen akan bisa memberikan landasan yang kuat untuk melangkah di masa depan, dengan kualitas sumber daya manusia yang lebih baik menuju bonus demografi 2030.

PUSTAKA

- Agung Hendriadi, *Food Production for Family Nutrition Improvement*. Presentasi pada WIDYAKARYA NASIONAL PANGAN DAN GIZI XI, 4 July 2018.
- Agustina Maria Hiladin Carwayu, *"Masalah, Tantangan Dan Harapan Generasi Muda"*, DPP KBPPPA SIKKA, 2019 (paparan disampaikan pada Sosialisasi Genbest 19, Maumere, 7 Agustus 2019) Hal. 25.
- Alexander P Taum, *"Pemkab Sikka Canangkan Bebas Stunting dan Kematian Ibu Bayi"*, <https://mediaindonesia.com/read/detail/277832-2022-pemkab-sikka-canangkan-bebas-stunting-dan-kematian-ibu-bayi>, Diakses 18 Agustus 2020.
- Alimudin, *"Kebijakan Pemerintah Boalemo Dalam Penurunan Prevalensi Stunting"*, (Dinkes Boalemo: 2019) paparan disampaikan pada Sosialisasi Genbest 19, Boalemo, 5 November 2019, hal. 26.
- B.M Klotildis Gandut, *"Cegah Stunting Untuk Generasi Sikka Sehat, Cerdas & Produktif"*, PERSAGI SIKKA, 2019 (paparan disampaikan pada Sosialisasi Genbest 19, Maumere, 7 Agustus 2019) Hal.15-31.
- Badan Ketahanan Pangan Kementerian Pertanian, *Direktori Konsumsi Pangan 2019*, (BKP:2019) <http://bkp.pertanian.go.id/storage/app/media/PPID%202019/PRINT%20DIREKTORI%20KONSUMSI%20PANGAN%202019.pdf> hal. 3 dan 4, diakses 16 September 2020.
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Boalemo, *Kabupaten Boalemo dalam Angka 2019*, (Boalemo:BPS Kabupaten Boalemo, 2019) hal. 180) <https://boalemokab.bps.go.id/publication/download.html>
- Bagus Satrio Utomo, *Bersama Cegah Stunting*, Majalah Warta Kesmas Edisi 02 Tahun 2018, (Kemenkes RI:2018) hal. 6.
- Bappenas. Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten Kota. 2018. Hal 5
- Beppenas. Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035 Jakarta. Hal 35
- Beppenas. Rencana Pembangunan Jangka Menengah IV 2020-2024. Hal 94
- Biro Pusat Statistik, *"Kabupaten Klaten Dalam Angka 2020"*, (BPS Kab. Klaten: 2020) hal.87.
- Black, Robert E, Cesar G Victora, Susan P Walker, Zulfi qar A Bhutta, Parul Christian, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Sally Grantham-McGregor, Joanne Katz, Reynaldo Martorell, Ricardo Uauy and Maternal and Child Nutrition Study Group†. 2013. "Maternal and child undernutrition and overweight in lowincome and middle-income countries." the lancet
- BPS Provinsi Nusa Tenggara Timur, *"Provinsi Nusa Tenggara Timur Dalam Angka 2020"*, (NTT: BPS NTT, 2020) Hal.515
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Op. Cit. hal. 63.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia*, Jilid I (Depkes RI, Jakarta:1978), hal. 29.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia*, Jilid II (Depkes RI, Jakarta:1980), hal. 139.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Sejarah Kesehatan Nasional Indonesia*, Jilid III (Depkes RI, Jakarta:1980), hal. 7.

- Diana dan Nuraeni. Karakteristik Ibu Hami dan Kaitannya Dengan Kejadian Stunting Pada Balita di Kecamatan Tamansari Kota Tasikmalaya. *Jurnal Media Informasi*. Vol 15 No 1 tahun 2019
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Pedoman Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku dalam Percepatan Pencegahan Stunting di Indonesia*, (Kemenkes RI:2018), hal. 7
- Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kedeputan Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, *Pembangunan Gizi di Indonesia:Kajian Sektor Kesehatan*, (Kementerian PPN/Bappenas:2019) hal. xiv.
- Ebed De Rosary, “Tekan Stunting Di Sikka Perlu Sinergi Berbagai Pihak”, <https://www.cendananews.com/2019/08/tekan-stunting-di-sikka-perlu-sinergi-berbagai-pihak>, diakses 18 Agustus 2018
- Eginius Mo’a,”Remaja Sikka Sepakat Jadi Agen Pencegahan Stunting”, <https://kupang.tribunnews.com/2019/08/07/remajaSikka-sepakat-jadi-agen-pencegahan-stunting>, diakses 14 September 2020.
- Fitri Maryati, “Penyuluhan Menggunakan Permainan Ular Tangga”, <http://dinkes.klatenkab.go.id/promkes/2020/01/15/penyuluhan-menggunakan-permainan-ular-tangga-puskesmas-kayumas/>, diakses 21 Agustus 2020.
- Gabriel Langga, “100 Persen Warga Sikka Terlindungi Jaminan Kesehatan”, <https://mediaindonesia.com/read/detail/332156-100-persen-warga-miskin-di-sikka-terlindungi-jaminan-kesehatan>, diakses pada 18 Agustus 2020.
- Hanang Andre, “Bupati Klaten Perkenalkan Jamu Untuk Cegah Stunting”, <https://surakartadaily.com/2020/02/bupati-klaten-perkenalkan-jamu-untuk-cegah-stunting>, diakses 21 Agustus 2020.
- Heryanah, *Agieng Population dan Bonus Demografi Kedua Indonesia*, *Jurnal Populasi BPS* 2015 Vol. 23, hal 7.
- Hesty Kartyka dewi, “Juwita 1000 Harta (Juwiring Tanggap 1000 HPK)”, <http://dinkes.klatenkab.go.id/promkes/2019/11/14/juwita-1000-harta-juwiring-tanggap-1000-hari-pertama-kehidupan/>, diakses pada 21 Agustus 2020.
- Hironimus, “Pelatihan Inovasi Pengembangan Sumber Daya Manusia”, <https://sikkakab.go.id/265-pelatihan-inovasi-pengembangan-sumber-daya-manusia->, diakses pada 18 Agustus 2020.
- <http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components-1>
- http://www.ampl.or.id/read_article/2019-100-masyarakat-indonesia-terlayani-akses-air-minum-dan-sanitasi-layak/37949
- <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>
- <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.STNT.ZS>
- <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/01/29/ditingkat-asean-pdb-per-kapita-indonesia-di-bawah-malaysia-dan-thailand>
- <https://databoks.katadata.co.id/datapublish/2019/09/13/jumlah-penduduk-indonesia-diproyeksikan-mencapai-270-juta-pada-2020>
- <https://dm1.co.id/dinkes-canangkan-dts-bupati-darwis-ini-demi-masa-depan-kecerdasan-anak>, diakses pada 22 Agustus 2020
- https://en.wikipedia.org/wiki/South_East_Asian_Mathematics_Competition
- https://kominfo.go.id/content/detail/20612/siaran-pers-no-147hmkominfo082019-tentang-ignite-the-nation-kobarkan-semangat-digital-millennials-indonesia-di-bulan-kemerdekaan/0/siaran_pers

- <https://republika.co.id/berita/qe50sp428/pakar-anak-stunting-berisiko-gangguan-jantung-saat-dewasa>
- [https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/95#:~:text=Rasio%20Ketergantungan%20\(Defendancy%20Ratio\)%20adalah,64%20tahun%20\(angkatan%20kerja\).](https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/95#:~:text=Rasio%20Ketergantungan%20(Defendancy%20Ratio)%20adalah,64%20tahun%20(angkatan%20kerja).)
- https://www.bappenas.go.id/files/9215/0397/6050/Siaran_Pers_Peer_Learning_and_Knowledge_Sharings_Workshop.pdf
- <https://www.bps.go.id/indikator/6/1180/1/tingkat-pengangguran-terbuka-berdasarkan-kelompok-umur.html>
- <https://www.bps.go.id/indikator/6/529/1/penduduk-berumur-15-tahun-ke-atas-menurut-jenis-kegiatan.html>
- <https://www.bps.go.id/pressrelease/2019/02/06/1619/ekonomi-indonesia-2018-tumbuh-5-17-persen.html#:~:text=Perekonomian%20Indonesia%20tahun%202018%20yang,atau%20US%243%20927%20C0.>
- <https://www.bps.go.id/statictable/2009/04/16/972/pengangguran-terbuka-menurut-pendidikan-tertinggi-yang-ditamatkan-1986---2019.html>
- <https://www.bps.go.id/statictable/2014/02/18/1274/proyeksi-penduduk-menurut-provinsi-2010---2035.html>
- <https://www.bps.go.id/statictable/2016/04/04/1904/penduduk-berumur-15-tahun-ke-atas-menurut-golongan-umur-dan-jenis-kegiatan-selama-seminggu-yang-lalu-2008---2019.html>
- <https://www.topuniversities.com/university-rankings/asian-university-rankings/2019>
- https://www.youtube.com/watch?v=qw_M7kV3GLY. Intervention Aimed at Reducing Stunting. 2018
- Infopublik. "Lewat Genbest Kementerian kominfo Ajak Generasi Muda Boalemo Cegah Stunting", <http://infopublik.id/kategori/nusantara/371441/lewat-genbest-kementerian-kominfo-ajak-generasi-muda-boalemo-cegah-stunting>, diakses pada 22 Agustus 2020.
- Iswardi. Kebijakan dan Strategi Penanggulangan Stunting di Indonesia. Kemenkes. 2019
- John Fiske, *Introduction to Communication Studies*, London and New York, Routledge, 1990 hal. 32
- John Hoddinot, "The Economic Rationale for Investing in Stunting Reduction", in *Maternal and Child Nutrition*, ed. John Hoddinot et al., (John Wiley and Son: 2013). DOI: 10.1111/mcn.12080.
- John Hoddinott et al., Op. Cit., hal 70
- Jufri & Jacob, "Dinkes Boalemo Gelar FGD Penanganan dan Pencegahan Stunting" <https://dinkes.gorontaloprov.go.id/dinkes-boalemo-gelar-fgd-penanganan-dan-pencegahan-stunting>,
- Kemenkes, Studi Status Gizi Balita Terintegrasi, 2019 hal 18.
- Kemenkes. Arah Kebijakan dan Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat 2020-2024. Hal 9
- Kemenkes. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. 2011
- Kemenkeu. Pokok Pokok Kebijakan Fiskal 2021. Hal 35
- Kemenkeu. Program Pemulihan Ekonomi Nasional 2020. Hal 5
- Kementerian PPN/Bappenas, "Salinan Peraturan Menteri PPN/Bappenas Nomor 1 Tahun 2018, tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi", (JDIH Bappenas/PPN: 2018) hal. 23, <http://jdih.bappenas.go.id/data/peraturan/Peraturan-Menteri-PPN-1-Tahun-2018.pdf>
- Kisman Abubakar, "Dinkes Canangkan DTS, Bupati Darwis: Ini Demi Masa Depan Kecerdasan Anak",
- Konten Redaksi Florespedia, "Kasus Stunting Di Sikka Capai 4.709 Kasus", <https://kumparan.com/florespedia/kasus-stunting-di-sikka-capai-4-709-kasus>, diakses 18 agustus 2020

- Konten Redaksi Florespedia, *"Turunkan Angka Stunting Di Sikka Pemkab Adakan Rembuk Stunting"*, <https://kumparan.com/florespedia/turunkan-angka-stunting-di-sikka-pemkab-adakan-rembuk-stunting>, diakses 18 Agustus 2020
- Kornelis Kaha, *"Pemkab Sikka Siapkan Rumah Pemulihan Stunting Bagi Anak-anak"*, www.antaraneews.com/pemkab-sikka-siapkan-rumah-pemulihan-stunting-bagi-anak-anak, Diakses pada 18 agustus 2020.
- Laporan Akuntabilitas Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat 2018.
- Laporan survey Persepsi Masyarakat Tentang Stunting tahap II tahun 2019, Kementerian kominfo, 2019
- Lembaga Demografi FE UI. 2007. Dasar-dasar Demografi. Jakarta : Lembaga Penerbit FE UI.
- M. Fazil Pamungkas, *"Stunting dan Sejarahnya di Indonesia"*, <https://historia.id/sains/articles/stunting-dan-sejarahnya-di-indonesia-D8JbR>, diakses pada 5 September 2020.
- M.F Mukhti, *"Penting Memahami Stunting"*, <https://historia.id/sains/articles/penting-memahami-stunting-vqje0> diakses 5 September 2020.
- Mery. Sebastian. How Much Does Economic Growth Contribute to Child Stunting Reductions?. Economies. 2018
- Mufakris Guma, *"Seruan Rensi Makuta, Wujudkan Boalemo Bebas Stunting"*, <https://hargo.co.id/berita/seruan-rensi-makuta-wujudkan-boalemo-bebas-stunting.html>, diakses pada 22 Agustus 2020
- Mufdilah, dkk. Buku Pedoman Pemberdayaan Ibu Menyusui Pada Program Asi Eksklusif. 2017
- Petrus Popi, *"Program Kotaku Tingkatkan Akses Pelayanan Dasar"*, <https://ekoranntt.com/2019/11/18/program-kotaku-tingkatkan-akses-pelayanan-dasar->, diakses pada 18 Agustus 2020.
- Redaksi, *"Dinkes Sikka Lakukan Penguatan Kapasitas Pendamping Ibu Hamil"*, <http://www.suaraflores.net/dinkes-sikka-lakukan-penguatan-kapasitas-pendamping-ibu-hamil>, diakses 18 Agustus 2020.
- Redaksi, *"Bapelitbang Gelar Workshop Pencegahan Stunting Di Sikka"*, <http://www.suaraflores.net/bapelitbang-gelar-workshop-pencegahan-stunting-di-sikka>, diakses 18 Agustus 2020
- Redaksi, *"Desa Dampungan Plan Di Sikka Siap Alokasikan Dana Desa Atasi Stunting"*, <https://matanews.net/2020/09/04/desa-dampungan-plan-di-sikka-siap-alokasikan>, diakses 12 September 2020.
- Redaksi, *"Pelatihan Kadarzi Bagi Nakes Strategi Dinkes Sikka Atasi Masalah Stunting"*, <http://www.suaraflores.net/pelatihan-kadarzi-bagi-nakes-strategi-dinkes-sikka-atasi-masalah-stunting>, diakses 18 Agustus 2020.
- Redaksi. *"Boalemo Menuju Zero New Cases Of Stunting"*, <https://dm1.co.id/boalemo-menuju-zero-new-cases-of-stunting>, diakses pada 22 agustus 2020.
- Rusdi Aneta, *"Pemda Boalemo Deklarasikan Cegah Stunting"*, <https://rri.co.id/gorontalo/sosial/800019/pemda-boalemo-deklarasikan-cegah-stunting>, diakses pada 22 Agustus 2020.
- Sally Grantham-McGregor et al., *Developmental Potential in The First 5 Years for Children in Developing Countries*, (Centre for International Child Health, Institute of Child Health, University College London, UK:2007), <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2807%2960032-4>.

- Sarah, dkk. Potensi Kerugian Ekonomi Karena Stunting Pada Balita Indonesia tahun 2013. *Jurnal Gizi Pangan*, Volume 11, Nomor 3, November 2016
- Sekretariat Negara Republik Indonesia, “*Pidato Kenegaraan Presiden Republik Indonesia Soeharto, Di Depan Sidang Dewan Perwakilan Rakyat 16 Agustus 1995*”, (Bappenas-Jakarta, 1995), hal. 14
- Sri Sundari Indriastuti, “*Stunting Di Klaten*”, Dinkes Kabupaten Klaten, 2018
- Subandi Sardjoko, Deputy Menteri PPN/Kepala Bappenas, “*Pokok-Pokok Kebijakan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG)*”, (paparan disampaikan pada lokakarya PDGMI, Jakarta, 12 November 2016) hal. 28
- Supariasa IDN, Bachyar B, Ibnu F. Penilaian Status Gizi. Jakarta: EGC; 2002. pp 18-188
- Taufik Sidik Prakoso, “*10 Desa Klaten Jadi Prioritas Penanganan Stunting, Mana Saja?*”, <https://m.solopos.com/10-desa-klaten-jadi-prioritas-penanganan-stunting-mana-saja>, diakses 21 Agustus 2020.
- The economic rationale for investing instunting reduction dalam <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/mcn.12080>
- Tim Penyusun Naskah Akademik Sistem Pendidikan Tenaga Gizi, “Naskah Akademik Sistem Pendidikan Tenaga Gizi” (AIPGI dan PERSAGI, Jakarta, 2014), hal. 3.
- TNP2K. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) 2018-2024. Jakarta
- Vicky da Gomez, “*Metode Kolombia Jadi Pilot Project Pencegahan Stunting di Sikka*”, <http://suarasikka.com/metode-kolombia-jadi-pilot-project-pencegahan-stunting-di-sikka>, diakses 18 Agustus 2020
- Viktor Mahrizal, “*2600 Kader Posyandu Bertekad Cegah Stunting*”, <https://jogja.tribunnews.com/2019/11/28/2600-kader-posyandu-bertekad-cegah-stunting>, diakses pada 21 Agustus 2020.
- Viveek Neelakantan “*Health and Medicine in Soekarno Era Indonesia: Social Medicine, Public Health and Medical Education, 1949 to 1967*” (Unit for the History and Philosophy of Science University of Sydney, 2004), hal. 44.
- Vollmer. Sebastian dkk. Association between economic growth and early childhood undernutrition: evidence from 121 Demographic and Health Surveys from 36 low-income and middle-income countries. www.thelancet.com/lancetgh Vol 2 April 2014
- Wagstaff and Gallaso. The Aggregate Income Losses from Childhood Stunting and the Returns to a Nutrition
- Wall Abulat, “*Ibu Hamil, Baduta, dan Remaja Sikka Perangi Stunting*”, <http://florespos.co.id/berita/detail/ibu-hamil-baduta-dan-remaja-putri-sikka-perangi-stunting>, diakses 18 Agustus 2020.
- Yadin, “*14 Program Unggulan Pemerintahan Damai Terus Digencarkan*”, <https://hulondalo.id/14-program-unggulan-pemerintahan-damai-terus-digencarkan>, diakses pada 22 Agustus 2020.
- Yaya S, Uthman OA, Kunnuji M, et al. Does economic growth reduce childhood *stunting*? A multicountry analysis of 89 Demographic and Health Surveys in sub-Saharan Africa. *BMJ Global Health* 2020;5:e002042. doi:10.1136/bmjgh-2019-002042.
- Zulkifli Tampolo, “*Galakkan Gemarikan Guna Memerangi Stunting Di Boalemo*”, <https://hargo.co.id/berita/galakkan-gemarikan-guna-memerangi-stunting-di-boalemo>, diakses 9 Agustus 2019