



**TAHUN
2022**

**LAPORAN HASIL
PENELITIAN MODEL
PENCEGAHAN STUNTING
KABUPATEN PURWOREJO**





**TAHUN
2022**

**LAPORAN HASIL
PENELITIAN MODEL
PENCEGAHAN STUNTING
KABUPATEN PURWOREJO**



EXECUTIVE SUMMARY

Pembangunan sumber daya manusia masih menjadi arus utama kebijakan inklusif dunia. Isu strategis dan arah kebijakan pembangunan menjadikan pembangunan sumber daya manusia sebagai target utama pembangunan berkelanjutan. Sebagai pangkal pembangunan, sumber daya manusia yang berkualitas merupakan prioritas dalam proses penciptaan skala ekonomi yang berkelanjutan secara jangka panjang dan berkeadilan. Sayangnya, isu prevalensi *stunting* sedang gencar dikaji dan didiskusikan berbagai forum di dunia dan Indonesia. Isu *stunting* merambah bukan hanya sekedar isu kesehatan, akan tetapi juga merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan ekonomi, sosial, dan budaya. Oleh karena itu, penurunan *stunting* merupakan salah satu prioritas kebijakan dalam proses pembangunan sumber daya manusia di Indonesia.

Provinsi Jawa Tengah memiliki kinerja yang baik dalam proses penurunan prevalensi *stunting*. Hal ini terlihat pada Gambar 1.2 yang menunjukkan 21 kabupaten/kota di Jawa Tengah berada di bawah angka *stunting* provinsi. Sedangkan, 14 sisanya berada di atas angka *stunting* provinsi. Secara spesifik, Kabupaten Purworejo merupakan salah satu kabupaten dengan prevalensi *stunting* terendah di Provinsi Jawa Tengah, yaitu terendah ke 5 setelah Kabupaten Grobogan, Kota Magelang, Kabupaten Wonogiri, dan Kota Salatiga. Prevalensi *stunting* Kabupaten Purworejo sebesar 15,7% pada 2021 lalu. Dibandingkan dengan wilayah perkotaan lainnya, Kota Surakarta (20,4%), Kota Semarang (21,3%), dan Kota Tegal (23,9%), Kabupaten Purworejo memiliki prevalensi *stunting* yang cukup rendah. Hal ini disinyalir atas dasar kinerja kebijakan bidang kesehatan yang tepat sasaran sehingga mampu menekan prevalensi *stunting* seminim mungkin.

Beberapa hal tersebut yang mendasari pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan oleh Bidang Litbang BAPPEDALITBANG Kabupaten Purworejo. Metode penelitian yang digunakan adalah multinomial regresi, matriks SWOT, dan *quantitative strategic planing matrix* (QSPM). Ketiga metode digunakan untuk memperoleh analisis yang komprehensif tentang determinan *stunting* di Kabupaten Purworejo. Berikutnya, penyusunan model kebijakan dan prioritas program kegiatan dapat disusun berdasarkan kalkulasi QSPM. Penelitian dilakukan pada 250 balita usia 24 bulan hingga 36 bulan yang telah memenuhi kriteria sampel dan tujuan penelitian melalui metode pemilihan sampel *multi-stage random sampling*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Karakteristik rumah tangga melalui variabel Ln Status Ekonomi, pengeluaran pangan anak, usia menikah orangtua, tinggi badan ibu, nutrisi ibu hamil, penggunaan alat kontrasepsi KB, dan akses informasi berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan pencegahan risiko *stunting* di Kabupaten Purworejo. Karakteristik individu melalui variabel konsumsi suplemen, komponen pertumbuhan lainnya (LD, LK, dan LILA), dan gestasi berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan pencegahan risiko *stunting* di Kabupaten Purworejo. Karakteristik lingkungan melalui variabel

status polusi rumah tangga berpengaruh negatif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan pencegahan risiko *stunting* di Kabupaten Purworejo. Karakteristik layanan kesehatan melalui variabel peran posyandu berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan pencegahan risiko *stunting* di Kabupaten Purworejo.

Dalam deskripsi yang simulatif, model yang tersusun dari 42 variabel independen berpengaruh sebesar 95,2% terhadap variabel dependen status tinggi badan balita. Sedangkan, 4,8% sisanya dipengaruhi oleh variabel lain di luar model yang dianalisis.

Wilayah pegunungan, selain status ekonomi dan pangan anak sebagaimana analisis di tingkat kabupaten, pendidikan ibu (β 0,641 sig. 0,091 < α 0,10) juga berpengaruh signifikan terhadap tingginya angka *stunting* di wilayah pegunungan. Hal ini menegaskan adanya pengaruh tingkat pendidikan ibu yang berkisar antara SD-SMP di wilayah pegunungan memberikan kontribusi besar atas kejadian *stunting* di wilayah tersebut. Hal lainnya adalah tingkat paritas tinggi sebagai konsekuensi rendahnya tingkat pendidikan ibu. Paritas berpengaruh negatif signifikan terhadap status tinggi badan balita di wilayah pegunungan. Wilayah pegunungan memiliki tingkat paritas tinggi dari 5 anak hingga 13 anak dalam satu keluarga. Terlebih, jarak kelahiran antar anak relatif sempit yaitu kurang dari 2 tahun karena rendahnya penggunaan alat kontrasepsi (program KB). Hal ini yang menyebabkan pemenuhan nutrisi anak tidak tercapai dengan baik, juga status pemberian nutrisi seperti ASI eksklusif, ASI tuntas, dan MPASI-PMT yang kurang memadai. Oleh karena itu status ASI dan MPASI juga berpengaruh signifikan terhadap tumbuh kembang balita, terutama penyintas *stunting*.

Wilayah dataran rendah/pesisir memiliki faktor yang unik dan khusus jika dibandingkan dengan wilayah lainnya. Salah satunya adalah pola konsumsi *junkfood* yang cukup tinggi. Hal ini menyebabkan tingkat *stunting* di wilayah tersebut meningkat akibat konsumsi *junkfood*. Masalah dataran rendah/pesisir lainnya adalah akses air minum dan status polusi yang tinggi. Air minum menjadi masalah di beberapa wilayah dataran rendah/ pesisir. Masalah akses air minum (air bersih) distimulus oleh faktor alam yang hanya menyediakan air untuk pertanian dan perikanan. Sedangkan, air bersih untuk keperluan konsumsi relatif terbatas. Faktor lingkungan lainnya adalah status polusi yang menjadi ciri masyarakat kelas bawah. Konsumsi rokok hampir terjadi di semua wilayah. Hanya saja, status polusi akibat konsumsi rokok lebih tinggi di wilayah pedesaan karena faktor pendidikan dan sosial masyarakat. Terakhir, pengetahuan ibu tentang pemberian vitamin A dan obat cacing sepertinya belum merata di wilayah pedesaan. Hal ini tampak pada pemberian vitamin A dan obat cacing yang kurang dari standar 6 bulan sekali.

Wilayah Perkotaan, tinggi badan ibu juga menjadi masalah pada wilayah perkotaan. Sama halnya dengan wilayah lain, TB ibu menjadi salah satu faktor penyebab balita *stunting* karena pewarisan materi genetika. Berikutnya, nutrisi ibu hamil dan pola nutrisi rumah tangga merupakan faktor yang cukup dominan menentukan tumbuh kembang balita. Masalah spesifik di perkotaan lainnya adalah

masalah lingkungan seperti ketersediaan air bersih dan pengelolaan sampah. *Supply* dari penyedia air bersih yang tidak mampu menyediakan air berkualitas menjadi salah satu faktornya. Sedangkan, pengelolaan sampah merupakan masalah klasik wilayah perkotaan yang menyebabkan penurunan kualitas lingkungan.

Dari jabaran tersebut, rekomendasi kebijakan terbagi menjadi 4 pilar. Pilar 1 Peningkatan Kualitas Kesehatan Rumah Tangga dengan prioritas pertama Pemberian Suplementasi Mikronutrien pada Remaja, WUS, dan Ibu Hamil. Pilar 2 Peningkatan Kualitas dan Pola Pangan Rumah Tangga dengan prioritas pertama Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Jaring Pengaman Sosial Tepat Sasaran. Pilar 3 Penguatan dan Pemerataan Layanan Kesehatan melalui prioritas 1 Optimalisasi Safari KB dalam Peningkatan Keikutsertaan Keluarga Berencana. Sedangkan pilar 4 Peningkatan Daya Dukung Kelembagaan dan Inovasi Teknologi yaitu prioritas 1 Penggunaan Bibit Unggul Pangan Pokok Bernutrisi Tinggi. Selain itu, terdapat prioritas kebijakan lain seperti konvergensi pencegahan *stunting* di tingkat desa, sosialisasi pola pangan rumah tangga, PMT balita, dan alternatif program kegiatan sebagai turunannya.

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Ruang Lingkup Penelitian	11
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	11
1.4 Tujuan Penelitian.....	12
1.5 Manfaat Penelitian.....	13
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	 14
2.1 Kerangka Teori	14
A. Pengertian <i>Stunting</i>	14
B. Epidemiologi <i>Stunting</i>	17
C. Diagnosis <i>Stunting</i>	18
D. Dampak <i>Stunting</i>	21
2.2 Tinjauan Pustaka	22
A. Faktor Rumah Tangga.....	22
B. Faktor Individu.....	23
C. Faktor Lingkungan	25
D. Faktor Kebijakan dan Layanan Kesehatan.....	26
 BAB III METODE PENELITIAN	 30
3.1 Jenis dan Desain Penelitian.....	30
3.2 Sampel dan Data Penelitian	31
3.3 Jenis dan Definisi Operasional Variabel.....	31
3.4 Metode Dan Teknik Analisis	34
A. Analisis Statistik Deskriptif	34
B. Analisis Multinomial Regresi Linier Berganda.....	34
3.5 Metode Matriks SWOT dalam Penyusunan Model Kebijakan	37
A. Analisis Matrik EFE dan IFE	37
B. Analisis Matrik SWOT	38
C. Analisis <i>Quantitative Strategic Planning Matrix</i> (QSPM).....	40

BAB IV GAMBARAN UMUM & KARAKTERISTIK SAMPEL	42
4.1 Gambaran Umum Wilayah Studi.....	42
A. Lokasi Penelitian.....	42
B. Gambaran Umum <i>Stunting</i> Berbasis Wilayah.....	44
4.2 Karakteristik Sampel Penelitian	49
A. Karakteristik Rumah Tangga	50
B. Karakteristik Individu.....	55
C. Karakteristik Lingkungan.....	60
D. Karakteristik Layanan Kesehatan	62
E. Karakteristik Kebijakan Kesehatan	64
 BAB V ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN	 68
5.1 Statistik Deskriptif Data Penelitian.....	68
A. Karakteristik Rumah Tangga	68
B. Karakteristik Individu.....	71
C. Karakteristik Lingkungan.....	72
D. Karakteristik Layanan Kesehatan	73
E. Karakteristik Kebijakan Kesehatan	74
5.2 Analisis Multinomial Regresi Tingkat Kabupaten.....	74
A. Uji Asumsi Klasik Data Penelitian	75
B. Analisis Model Signifikansi Simultan	76
C. Analisis Signifikansi Parsial.....	78
D. Analisis Koefisien Determinasi.....	86
5.3 Pembahasan Analisis Tingkat Kabupaten.....	87
A. Karakteristik Rumah Tangga	87
B. Karakteristik Individu.....	90
C. Karakteristik Lingkungan.....	92
D. Karakteristik Layanan Kesehatan	93
E. Karakteristik Kebijakan Kesehatan	94
5.4 Analisis Wilayah.....	95
A. Wilayah Pegunungan.....	95
B. Wilayah Dataran Rendah/Pesisir	98
C. Wilayah Perkotaan	100

BAB VI REKOMENDASI MODEL KEBIJAKAN	103
6.1 Faktor Strategis Penentu Strategi dan Arah Kebijakan	104
A. Faktor Internal.....	104
B. Faktor Eksternal.....	107
6.2 Strategi dan Arah Kebijakan Pencegahan Stunting	110
A. Peningkatan Kualitas Kesehatan Rumah Tangga.....	115
B. Peningkatan Kualitas dan Pola Pangan Rumah Tangga.....	119
C. Penguatan dan Pemerataan Layanan Kesehatan	124
D. Peningkatan Daya Dukung Kelembagaan dan Inovasi Teknologi.....	129
6.3 Rekomendasi Kebijakan dan Program Prioritas Tingkat Kabupaten.....	131
6.4 Strategi dan Arah Kebijakan Pencegahan Stunting Berbasis Wilayah.....	133
A. Wilayah Pegunungan.....	133
B. Wilayah Dataran Rendah/Pesisir.....	134
C. Wilayah Perkotaan.....	135
 BAB VII PENUTUP	 137
 DAFTAR PUSTAKA.....	 140
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan sumber daya manusia masih menjadi arus utama kebijakan inklusif dunia. Isu strategis dan arah kebijakan pembangunan menjadikan pembangunan sumber daya manusia sebagai target utama pembangunan berkelanjutan. Sebagai pangkal pembangunan, sumber daya manusia yang berkualitas merupakan prioritas dalam proses penciptaan skala ekonomi yang berkelanjutan secara jangka panjang dan berkeadilan (Chen & Lin, 2021). Pergeseran pembangunan ekonomi telah berubah dari semula berorientasi pada pertumbuhan bergeser pada orientasi terhadap kesejahteraan dan pemerataan. Orientasi yang semata pada pertumbuhan ekonomi yang seringkali menyebabkan ketimpangan yang semakin curam. Oleh karena itu, sumber daya manusia merupakan orientasi yang terbaik dalam rangka menciptakan dampak pertumbuhan sekaligus keberlanjutan karena proses regenerasi (Syed Rahim, 2021).

Pembangunan sumber daya manusia terbagi menjadi dua yaitu pengendalian kuantitas (populasi penduduk) dan pengembangan kualitas kapasitas sumber daya manusia. pengendalian populasi penduduk telah dilakukan dalam berbagai skema kebijakan seperti program keluarga berencana (KB) yang terbukti efektif menekan laju pertumbuhan populasi. Berikutnya, pengembangan kualitas kapasitas sumber daya manusia yang masih menjadi pekerjaan rumah bagi Indonesia, sebagai negara berkembang. Faktor kesehatan dan pendidikan merupakan dua hal yang terus digalakkan sebagai upaya peningkatan kualitas kapasitas sumber daya manusia Indonesia. Di bidang kesehatan, isu prevalensi *stunting* sedang gencar dikaji dan

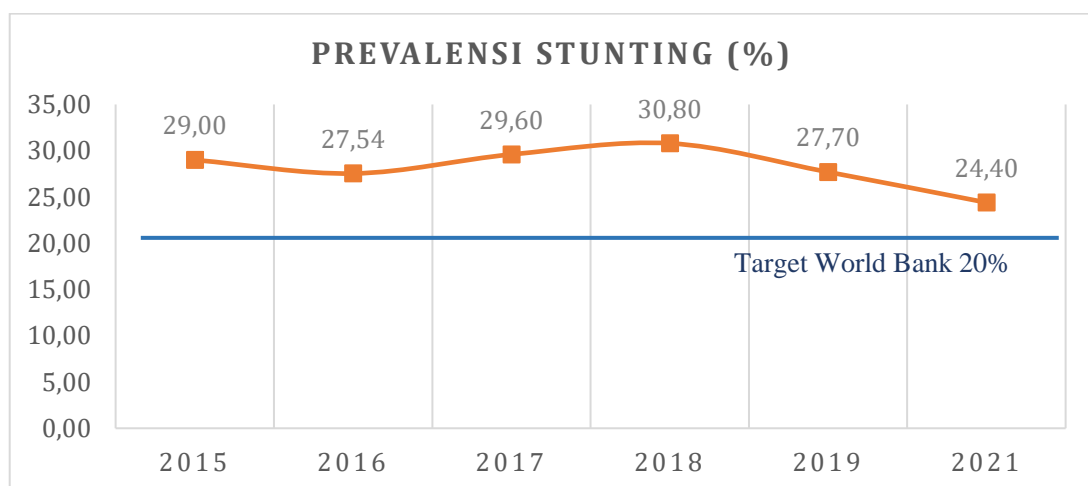
didiskusikan berbagai forum di dunia dan Indonesia. Isu *stunting* merambah bukan hanya sekedar isu kesehatan, akan tetapi juga merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan ekonomi, sosial, dan budaya. Oleh karena itu, penurunan *stunting* merupakan salah satu prioritas kebijakan dalam proses pembangunan sumber daya manusia di Indonesia.

Percepatan penurunan *stunting* sangat penting dilakukan mengingat *stunting* merupakan ancaman besar yang dapat merugikan negara secara berkala dan berjangka. Penanganan *stunting* perlu dilakukan secara cepat, tepat dan efektif sehingga dapat menghindari dampak besar yang dapat merugikan generasi penerus bangsa di masa mendatang. Selain memberikan dampak terhadap terhambatnya tumbuh kembang balita (pengaruh utama pada perkembangan otak), dampak yang lebih besar atau permasalahan ekonomi makro adalah bahwa *stunting* merupakan ancaman yang nyata bagi ekonomi nasional dan bonus demografi tahun 2030 mendatang.

Dalam kerangka pembangunan sumber daya manusia, *stunting* merupakan permasalahan fundamental yaitu sumber daya manusia yang normal jelas lebih baik dibandingkan dengan sumber daya manusia yang mengalami *stunting* baik dari faktor fisik, kecerdasan, perilaku sosial, dan kreativitas (Belete, 2021). WHO (2018) menjelaskan bahwa *stunting* atau gagal tumbuh adalah permasalahan kekurangan gizi kronis yang disebabkan adanya pemberian asupan gizi yang tidak memadai dalam kurun waktu yang lama. Hal ini biasanya dimulai sejak janin hingga 1.000 hari pertama kehidupan (HPK). Balita sangat pendek (*severely stunted*) dan balita pendek (*stunted*) adalah balita yang memiliki ukuran tinggi badan (TB/U) atau ukuran panjang badan (PB/U) menurut umur berada dibawah standar baku yang ditetapkan oleh World Health Organization-Multicentre Growth Reference Study (WHOMGRS), dimana nilai

Z-score kurang dari -3 standar deviasi (*severely stunted*) dan kurang dari -2 standar deviasi (*stunted*).

Stunting dampak besar bagi individu yang mengalaminya, di samping juga turut memberikan dampak yang besar terhadap pembangunan dan perekonomian negara. *Stunting* dalam jangka panjang bagi perekonomian negara dapat menimbulkan potensi kerugian ekonomi sebesar dua hingga tiga persen dari Produk Domestik Bruto (PDB) per tahun. Jika pada tahun 2017 PDB Indonesia sebesar Rp. 13.000 triliun, maka perkiraan potensi kerugian dapat mencapai Rp. 390 triliun per tahun akibat adanya *stunting*. *Stunting* juga dapat mengurangi 10% dari total pendapatan masyarakat seumur hidup, dapat memperburuk adanya kesenjangan atau kemiskinan, mempengaruhi produktivitas pasar kerja, dan menghambat pertumbuhan ekonomi suatu negara (McGovern, Krishna, Aguayo, & Subramanian, 2017).

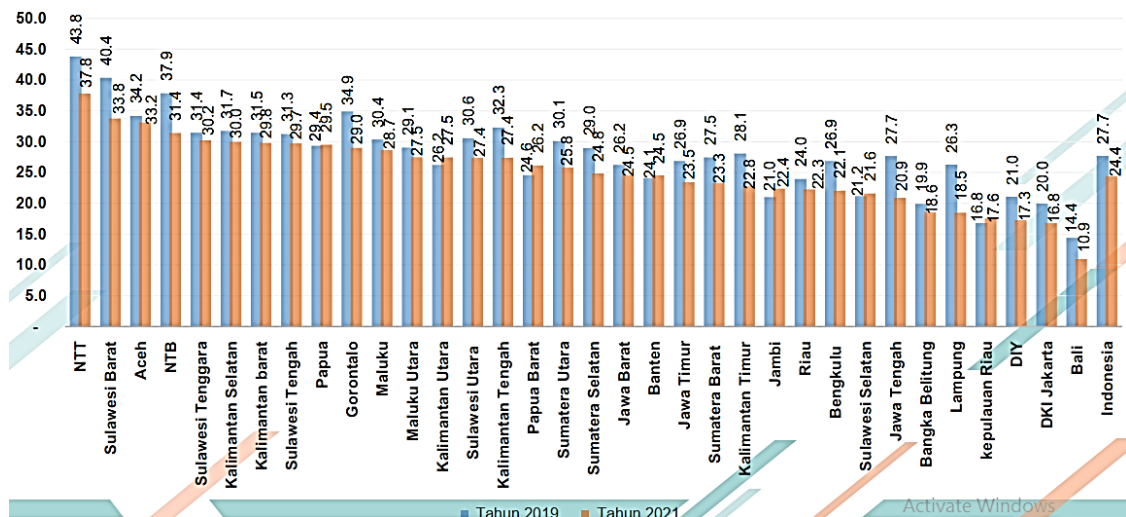


Gambar 1.1 Prevalensi balita *stunting* di Indonesia tahun 2015-2021

Sumber: Kementerian Kesehatan (2021)

Berdasarkan Gambar 1.1, prevalensi stunting di Indonesia mengalami fluktuasi dari tahun 2015 hingga tahun 2021. Kenaikan prevalensi stunting terjadi pada tahun

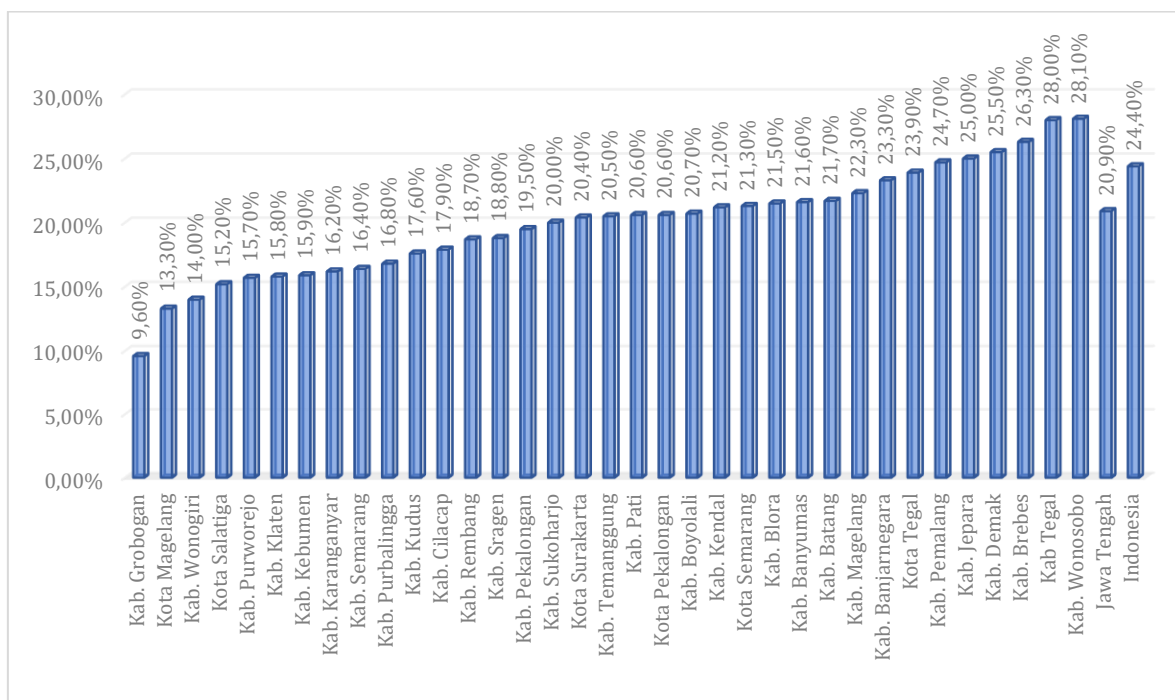
2018 mencapai 30,8% menurun di tahun 2019 menjadi 27,2%. Upaya penurunan prevalensi stunting ini nampaknya belum berjalan optimal mengingat penurunannya hanya 4,60% selama 6 tahun terakhir (2015-2021). Hal ini yang menyebabkan stunting di Indonesia masih berada di atas target yang telah ditetapkan oleh World Health Organization (WHO) yaitu 20%. Kinerja penurunan prevalensi *stunting* ini kemudian diganjar dengan posisi Indonesia sebagai peringkat ke 5 dengan populasi balita *stunting* tertinggi di dunia, di bawah India, China, Nigeria dan Pakistan (Cameron et al, 2021). Secara populasi, balita stunting Indonesia sebanyak 8,9 juta dengan rasio 1 dari 3 balita di Indonesia mengalami pertumbuhan yang tidak maksimal. Oleh karena itu, pemerintah menjadikan percepatan penanganan *stunting* salah satu program prioritas nasional sebagai sasaran perencanaan pembangunan nasional yang turut dipertegas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Bidang Kesehatan Tahun 2015-2019 dan tertuang dalam RPJMN Tahun 2020-2024.



Gambar 1.2 Prevalensi balita *stunting* di Indonesia menurut Provinsi

Sumber: Kementerian Kesehatan (2021)

Secara geografis, tingginya prevalensi *stunting* Indonesia didominasi oleh kawasan timur Indonesia. Tertinggi yaitu Nusa Tenggara Timur (43,8%) disusul Sulawesi Barat (40,4%) di tahun 2019. Kinerja penurunan prevalensi *stunting* masih didominasi oleh Pulau Jawa dan Bali. Sepanjang tahun 2019 hingga 2021, 5 provinsi di Pulau Jawa menempati posisi terbaik dibawah prevalensi *stunting* nasional. Provinsi Jawa Tengah merupakan daerah dengan kinerja penurunan prevalensi *stunting* terbaik di Indonesia. Ketika Indonesia menurun 3,10% (2019-2021), Provinsi Jawa Tengah mampu menekan prevalensi *stunting* sebesar 6,80% (2019-2021). Angka statistik tersebut mengindikasikan terdapat perkembangan yang signifikan dari penanganan *stunting* akibat implementasi kebijakan kesehatan yang tepat sasaran dan efektif menurunkan prevalensi *stunting* di Provinsi Jawa Tengah.



Gambar 1.2 Prevalensi balita *stunting* di Indonesia menurut Provinsi

Sumber: Kementerian Kesehatan (2021)

Provinsi Jawa Tengah memiliki kinerja yang baik dalam proses penurunan prevalensi *stunting*. Hal ini terlihat pada Gambar 1.2 yang menunjukkan 21 kabupaten/kota di Jawa Tengah berada di bawah angka *stunting* provinsi. Sedangkan, 14 sisanya berada di atas angka *stunting* provinsi. Secara spesifik, Kabupaten Purworejo merupakan salah satu kabupaten dengan prevalensi *stunting* terendah di Provinsi Jawa Tengah, yaitu terendah ke 5 setelah Kabupaten Grobogan, Kota Magelang, Kabupaten Wonogiri, dan Kota Salatiga. Prevalensi *stunting* Kabupaten Purworejo sebesar 15,7% pada 2021 lalu. Dibandingkan dengan wilayah perkotaan lainnya, Kota Surakarta (20,4%), Kota Semarang (21,3%), dan Kota Tegal (23,9%), Kabupaten Purworejo memiliki prevalensi *stunting* yang cukup rendah. Hal ini disinyalir atas dasar kinerja kebijakan bidang kesehatan yang tepat sasaran sehingga mampu menekan prevalensi *stunting* seminim mungkin.

Permasalahan dalam percepatan penurunan *stunting* ini tidak hanya berfokus pada balita yang bertubuh pendek dan sangat pendek saja, tetapi permasalahan lain seperti: a) bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah atau kurang dari 2500 gram/BBLR, di mana pada tahun 2013 mengalami kenaikan dari 5,7% menjadi 6,2% tahun 2018; b) panjang badan lahir bayi kurang dari 48cm pada tahun 2013 mengalami kenaikan dari angka 20,2% menjadi 22,7% di tahun 2018; dan c) balita usia 1-2 tahun yang mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) mengalami penurunan dari 59,2% pada tahun 2013 menjadi 57,9% di tahun 2018, sedangkan untuk balita yang tidak imunisasi pada tahun 2013 dari 8,7% meningkat sebesar 9,25% pada tahun 2018 (TNP2K, 2018).

Prevalensi *stunting* perlu ditarik ke belakang untuk mengamati dan mengukur faktor-faktor yang mempengaruhinya. Setidaknya terdapat 5 faktor yang mempengaruhi terjadinya *stunting* bagi balita. Keenam faktor ini antara lain

karakteristik rumah tangga, karakteristik individu, karakteristik lingkungan, karakteristik layanan kesehatan, dan kebijakan kesehatan (Waghmare, Chauhan, & Sharma, 2022; Bayih, Arega, & Motbainor, 2022; Moniaga et al, 2019; Cameron et al, 2021). Permasalahan ini secara umum antara lain: pendapatan dan kesenjangan ekonomi; tidak terpenuhinya jaminan sosial secara merata dan menyeluruh terutama masyarakat yang miskin dan rentan miskin; kurangnya pemahaman dan pengetahuan tentang bahaya *stunting*; kurangnya pemberdayaan perempuan; kurangnya kepedulian dari elit politik yang turut menentukan intervensi anggaran dalam penanggulangan *stunting*; sistem kesehatan; sistem pendidikan; sistem pangan; faktor lingkungan seperti kurangnya sanitasi dan air bersih yang layak; tidak memberlakukan perilaku hidup sehat dan bersih seperti kebiasaan merokok keluarga (orang tua) yang tinggal serumah dengan balita; tidak maksimalnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar; faktor pertumbuhan ekonomi dan faktor lainnya (Kementerian Kesehatan, 2021).

Faktor rumah tangga menjadi faktor pertama dan utama yang dianalisis mengingat kehamilan, kelahiran, dan 1000 HPK bertumpu pada kondisi rumah tangga. Kondisi rumah tangga ini meliputi pendidikan orang tua, status ekonomi, tingkat pendapatan, pola pangan, kesehatan ibu, usia menikah orang tua, dan faktor fisik lainnya (Ayelign & Zerfu, 2021). Karakteristik rumah tangga ini mempengaruhi pola pangan, ketersediaan pangan, dan akses pangan yang ditandai dengan kemampuan rumah tangga dalam menyediakannya dari tingkat pendapatan tertentu (*marginal propensity to consume*) (Wendt et al, 2021). Wendt et al (2021) juga mengungkapkan bahwa bukan hanya status ekonomi akan tetapi status sosial dari rumah tangga seperti kepemimpinan perempuan dalam rumah tangga dan status pekerjaan ibu rumah tangga. Terakhir, di luar ekonomi dan status sosial, faktor rumah tangga yang menjadi

kunci dalam tumbuh kembang balita adalah tingkat kesehatan, taraf pendidikan, pengetahuan, dan usia pernikahan orang tua (Cao, Xie, & Jia, 2022). Lanjutnya, orang tua yang sehat (misalnya tanpa asap rokok), usia pernikahan yang dianjurkan, dan taraf pendidikan dan pengetahuan yang cukup dapat meningkatkan potensi tumbuh kembang balita yang lebih baik karena pola asuh dan penyediaan berbagai asupan terhadap ibu hamil dan 1000 HPK balita.

Selain karakteristik rumah tangga, karakteristik individu balita mengambil peran penting dalam status kejadian *stunting* pada balita selama 1000 HPK. Randel, Gray, & Grace (2020) menjelaskan bahwa *stunting* seringkali terjadi sejak kelahiran balita karena masalah nutrisi dan faktor eksternal seperti virus. Karakteristik individu balita di mulai sejak balita berada dalam kandungan selama proses kehamilan berupa perkembangan bobot mingguan dan intensitas detak jantung (Jaacks et al, 2019). Pasca kelahiran, kondisi balita juga turut menentukan perkembangannya seperti status tinggi badan, berat badan, usia kelahiran (dalam minggu), dan proses persalinan. Saleh et al (2021) menambahkan analisis bahwa kondisi perkembangan bayi yang disebabkan oleh faktor internal seperti genetika dan faktor eksternal mengisyaratkan penanganan yang responsif dan proaktif. Penanganan yang dimaksud adalah pemberian nutrisi maupun perlakuan yang segera diambil selama proses kehamilan, persalinan dan pengasuhan jika terdapat perkembangan bayi yang tidak sebagaimana mestinya.

Berikutnya, faktor lingkungan merupakan faktor eksternal yang mempengaruhi terjadinya *stunting* pada balita. Karakteristik lingkungan ini biasanya berupa tempat tinggal, ketersediaan sanitasi dan air bersih yang layak, pengelolaan sampah, dan intensitas polusi (Vilcins, Sly, & Jagals, 2018). Salah satu faktor yang secara langsung menyebabkan *stunting* adalah *Water Sanitation And Hygiene* (WASH), yaitu

kepemilikan jamban dan *hygiene* berupa kebiasaan mandi dan cuci tangan, pengelolaan pembuangan, kualitas fisik air minum, dan sumber air minum (Fregonese et al, 2017). Lingkungan yang sehat serta perilaku hidup sehat dari masyarakat dapat memperbaiki kualitas hidup masyarakat sehingga dapat meningkatkan status kesehatan ibu dan balita. Masyarakat yang hidup di lingkungan yang sehat memiliki kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan masyarakat yang tidak tinggal di lingkungan yang kurang sehat. Masyarakat yang tinggal di lingkungan yang baik yaitu masyarakat yang memiliki pengelolaan sampah yang baik, tersedianya air bersih yang layak, serta adanya akses untuk pembuangan tinja dan pengolahan air limbah (Budge, Parker, & Hutching, 2021). Ketidaktersediaan air bersih dan sanitasi yang buruk (60%) dan gizi buruk (40%) adalah salah satu faktor utama penyebab *stunting* (Fregonese et al, 2017).

Survey yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistika (2021) juga menunjukkan bahwa sampai saat ini konsumsi rokok masih sangat tinggi (berada dibawah pangan pokok beras) di Indonesia terutama pada keluarga miskin dan rentan miskin. Konsumsi rokok ini bahkan melebihi belanja makanan bergizi seperti telur, susu, dan daging ayam (BPS, 2021). Jika hal tersebut dihilangkan (belanja rokok), maka untuk belanja makanan bergizi bagi keluarga miskin dan rentan miskin akan menjadi lebih besar, dan ini menjadi salah satu syarat utama menghindari tingginya angka *stunting*. Penelitian lain juga menemukan bahwa balita-balita mengalami pertumbuhan lebih lambat dalam berat dan tinggi badan akibat orang tua perokok kronis dan perokok *transien*, dibandingkan yang tinggal di rumah tangga tanpa orang tua perokok (Cao, Xie, & Jia, 2022), dengan probabilitas mengalami *stunting* 5,5% lebih tinggi (Chuntling et al, 2016). Kesehatan lingkungan salah satunya udara mendorong perkembangan balita. Rendahnya intensitas sakit ringan (seperti batuk dan gangguan pernafasan lain)

akan mendukung perkembangan tinggi dan berat badan balita dari nutrisi yang dikonsumsi dari pada memproduksi imun untuk mengurangi penyakit.

Berbagai upaya penanganan dan pencegahan *stunting* telah dilakukan oleh pemerintah. Layanan kesehatan juga didorong sedekat mungkin dengan masyarakat dalam rangka memberikan dukungan terhadap pencegahan terjadinya *stunting*. Karakteristik layanan kesehatan bagi setiap individu ibu dan balita berbeda, sehingga mempengaruhi terjadinya *stunting* (Mulu, Mohammed, Woldie, & Shitu, 2022). Karakteristik layanan kesehatan yang dimaksud adalah ketersediaan dan keterjangkauan (akses) layanan kesehatan bagi ibu dan balita. Dalam konteks ini, layanan seperti posyandu, poli desa (polindes), penggerak PKK (penggerak kesejahteraan keluarga), akses terhadap puskesmas dan rumah sakit, ketersediaan bidan desa, dan imunisasi dan vaksinasi (Bridgman & Fintel, 2022). Di samping itu, layanan kesehatan berupa informasi dan pendidikan masyarakat terkait kehamilan, persalinan, dan gizi ibu dan balita juga menjadi bagian dalam layanan kesehatan masyarakat (Wendt et al, 2021). Semakin dekat ibu dan balita terhadap akses layanan kesehatan, maka semakin tinggi pula upaya pencegahan *stunting* yang dapat dilakukan. Ibu dapat melakukan pemantauan dan pencegahan secara berkala sejak dini (usia perkawinan) melalui akses layanan kesehatan yang dekat dengannya.

Terakhir, upaya pencegahan dan penanganan *stunting* menjadi satu paket kebijakan publik bidang kesehatan sehingga efektivitasnya perlu diukur. Karakteristik kebijakan publik perlu dianalisis dan diukur keberhasilannya terhadap pencegahan dan penanganan *stunting*. Berbagai kebijakan yang dapat diukur melalui penelitian ini adalah dengan adanya kebijakan pemberian vitamin, makanan tambahan, imunisasi, dan vaksinasi terhadap balita penyintas *stunting* (Quamme & Iversen, 2022). Yang paling penting adalah analisis kebijakan ini perlu mengisolasi variabel lain yang

mungkin mempengaruhi terjadinya kasus *stunting* bagi balita. Oleh karena itu, analisis kebijakan bidang kesehatan menggunakan metode riset yang tepat yaitu dengan membuat dua kelompok sampel (kelompok balita *stunting* dan normal) yang diukur bersamaan sehingga selisih perkembangan perbaikan kondisi kelompok balita *stunting* dapat menjadi argumentasi tentang keberhasilan kebijakan kesehatan yang dilakukan (Freeman et al, 2022).

1.2 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini meliputi 5 analisis utama yaitu (1) pengaruh karakteristik rumah tangga; (2) pengaruh karakteristik individu; (3) pengaruh karakteristik lingkungan; (4) pengaruh karakteristik layanan kesehatan; dan (5) pengaruh karakteristik kebijakan bidang kesehatan, terhadap pencegahan *stunting* di Kabupaten Purworejo. Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Purworejo dengan menganalisis dua kelompok sampel yaitu kelompok balita penyintas *stunting* dan anak normal.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Faktor penyebab *stunting* sangat banyak, jika dikelompokkan berdasarkan sumber masalahnya terbagi menjadi 5 antara lain faktor karakteristik rumah tangga, individu, lingkungan, layanan kesehatan, dan kebijakan kesehatan. Dalam rangka mengukur pengaruhnya, maka berbagai faktor tersebut harus diukur sehingga dapat menemukan gambaran yang jelas tentang faktor yang paling berpengaruh sehingga rekomendasi dan rumusan kebijakan lebih strategis dan tepat sasaran menyasar faktor yang dimaksud. Oleh karena itu, pertanyaan penelitian yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- (1) Apakah karakteristik rumah tangga berpengaruh terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo?
- (2) Apakah karakteristik individu berpengaruh terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo?
- (3) Apakah karakteristik lingkungan berpengaruh terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo?
- (4) Apakah karakteristik layanan kesehatan berpengaruh terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo?
- (5) Apakah karakteristik kebijakan kesehatan berpengaruh terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo?
- (6) Bagaimana gambaran umum *stunting* dan determinannya di Kabupaten Purworejo?
- (7) Bagaimana model pencegahan *stunting* Kabupaten Purworejo?

1.4 Tujuan Penelitian

Berdasarkan pertanyaan penelitian diatas, maka tujuan pelaksanaan penelitian ini antara lain:

- (1) Mengkaji dan mengetahui pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo.
- (2) Mengkaji dan mengetahui pengaruh karakteristik individu terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo.
- (3) Mengkaji dan mengetahui pengaruh karakteristik lingkungan terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo.
- (4) Mengkaji dan mengetahui pengaruh karakteristik layanan kesehatan terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo.

- (5) Mengkaji dan mengetahui pengaruh karakteristik kebijakan kesehatan terhadap pencegahan terjadinya kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo.
- (6) Mengkaji dan mengetahui gambaran umum *stunting* dan determinannya di Kabupaten Purworejo.
- (7) Mengkaji dan mengetahui model pencegahan *stunting* Kabupaten Purworejo.

1.5 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian yang hendak dicapai dalam penyusunan analisis penelitian ini adalah:

- (1) Manfaat praktis yaitu memberikan rekomendasi arah kebijakan kepada pemerintah daerah Kabupaten Purworejo terkait upaya pencegahan *stunting* melalui kebijakan dan penganggaran yang tepat sasaran sebagai program yang implementatif.
- (2) Manfaat birokratis yaitu memberikan rekomendasi alternatif kebijakan, program, dan kegiatan organisasi perangkat daerah (OPD) terkait dalam upaya pencegahan *stunting* secara kooperatif dan integratif antar OPD.
- (3) Manfaat teoritis yaitu menambah khasanah keilmuan baru terkait determinan *stunting* yang dianalisis secara komprehensif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

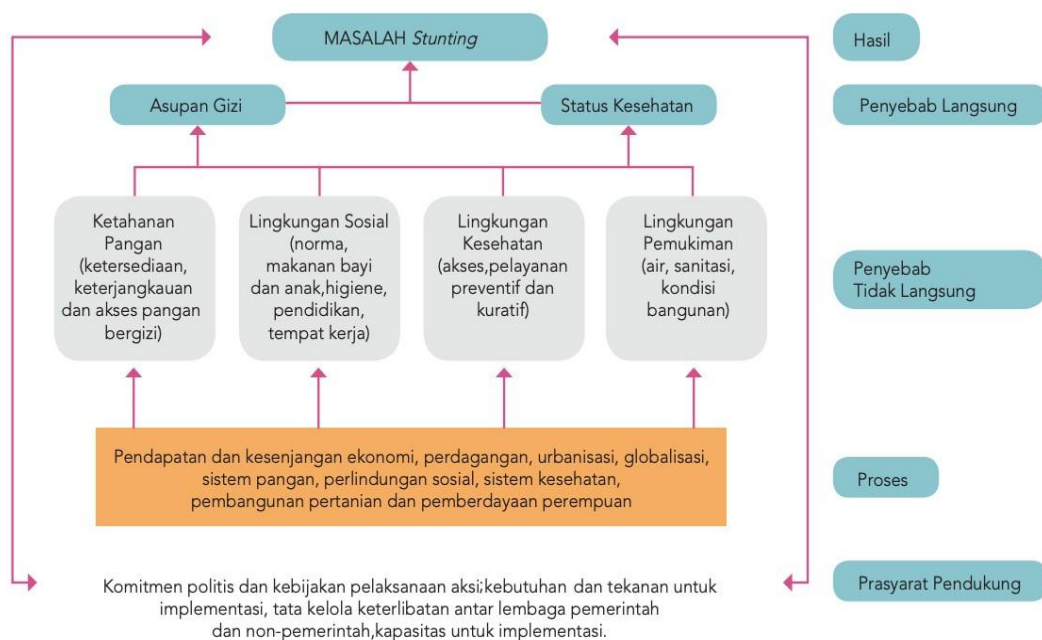
3.1 Kerangka Teori

A. Pengertian *Stunting*

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada 1.000 Hari Pertama Kelahiran pada anak di bawah lima tahun yang diakibatkan karena kekurangan gizi kronis (Kementerian Kesehatan, 2021). Kondisi gagal tumbuh disebabkan karena terjadinya infeksi berulang kurangnya asupan gizi, dan pengaruh oleh pola asuh orang tua (terutama ibu) yang tidak maksimal pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (WHO, 2013). Adanya gambaran gizi anak penyebab *stunting* yang dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi dan lingkungan, juga merupakan indikator kesehatan anak yang kekurangan gizi kronis. Anak yang mengalami *stunting* merupakan anak dengan indikator status gizi *under* Tinggi Badan/TB sama dengan atau kurang dari -2 standar deviasi di bawah rata-rata standar dari anak normal (UNICEF, 2016; WHO, 2018).

Penanggulangan balita pendek paling efektif dilakukan pada 1.000 HPK yaitu pada anak usia 0-30 bulan, ibu hamil, dan ibu menyusui, karena *stunting* terjadi sejak janin hingga anak berusia dua tahun. Periode ini disebut sebagai “periode emas” dan “periode kritis” atau “*window of opportunity*” (Waghmare, Chauhan, & Sharma, 2022). *Stunting* merupakan permasalahan gizi di Indonesia yang harus dituntaskan secara bersama-sama oleh semua elemen masyarakat. Menurut Bapennas (2020) bahwa faktor penyebab masalah gizi kronis *stunting* pada anak di Indonesia secara langsung dikarenakan status kesehatan masyarakat dan rendahnya asupan gizi. Penyebab permasalahan *stunting* secara langsung menitikberatkan pada masalah gizi, yang berkaitan dengan pemberian makanan bayi dan anak (pengasuhan), faktor yang

berhubungan dengan lingkungan sosial, akses kesehatan untuk pencegahan, faktor ketahanan pangan khususnya akses terhadap pangan bergizi (makanan), dan akses kesehatan lingkungan (TNP2K, 2018), dan juga tertuang dalam *“The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition”* (UNICEF, 2016) dan *The Underlying Drivers of Malnutrition* (McGovern, Krishna, Aguayo, & Subramanian, 2017).



Gambar 2.1. Kerangka Konseptual Penyebab *Stunting*

Sumber: Bappenas (2020)

Penyebab secara tidak langsung masalah *stunting* dipengaruhi karena berbagai faktor seperti sistem kesehatan, jaminan sosial, sistem ketahanan pangan, pertanian, pembangunan, pemberdayaan perempuan, faktor perdagangan, globalisasi, urbanisasi, pendapatan dan kesenjangan ekonomi (TNP2K, 2018). Permasalahan *stunting* yang terjadi pada usia dini terutama pada periode emas atau pada 1.000 HPK,

akan memberikan dampak pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Menurut Cameron et al (2021) bahwa balita *stunting* menyebabkan 55 juta *Disability-Adjusted Life Years* dan berkontribusi terhadap 15% kematian anak balita di dunia setiap tahun. Dampak yang ditimbulkan selain dampak buruk karena masalah gizi dan status kesehatan terutama pada periode kehamilan, dalam jangka pendek dampak yang dihasilkan dapat berupa gagal tumbuh, terganggunya perkembangan otak, gangguan pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan gangguan metabolisme. Sedangkan akibat jangka panjang adalah kualitas kerja yang tidak kompetitif, kekebalan tubuh menurun sehingga jadi mudah sakit, menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, dan berisiko tinggi terhadap penyakit diabetes dan stroke (Kementerian Kesehatan, 2021).

Melihat dampak yang dapat ditimbulkan dengan adanya *stunting*, berbagai upaya dilakukan sebagai langkah dalam percepatan penurunan *stunting*. Anak usia 0-24 bulan dan ibu hamil merupakan sasaran prioritas dengan langkah yang dilakukan terbagi ke dalam dua intervensi gizi yaitu intervensi spesifik gizi dan intervensi sensitif gizi (Kementerian Kesehatan, 2018). Pertama, intervensi spesifik gizi, yang terdiri dari: a) intervensi pendukung, yaitu yang berfokus pada masalah gizi dan kesehatan; b) intervensi prioritas, merupakan intervensi utama yang dilakukan terutama pada sasaran yang terkena dampak paling besar; dan c) intervensi prioritas yang disesuaikan dengan kondisi tertentu seperti pada kondisi darurat bencana (TNP2K, 2018). Kedua adalah intervensi sensitif gizi, yang terdiri dari peningkatan akses pangan bergizi; peningkatan kualitas dan akses terhadap pelayanan gizi kesehatan; dan peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi layak. Dengan sasaran intervensi adalah keluarga dan masyarakat terutama yang miskin dan rentan miskin (Balitbangkes, 2015).

Selain upaya intervensi percepatan penurunan *stunting* di atas, pemerintah melakukan upaya penurunan *stunting* melalui Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* tahun 2018-2024, dengan tujuan sebagai berikut (Balitbangkes, 2015):

1. Memperkuat konvergensi dan sinergi antara pemerintah baik pusat, daerah dan desa terhadap program/kegiatan yang dilakukan.
2. Meningkatkan akses terhadap ketahanan pangan dan makanan bergizi.
3. Memastikan upaya penanggulangan *stunting* menjadi prioritas baik pemerintah pusat hingga daerah dengan melibatkan semua pihak disemua tingkatan.
4. Memastikan peningkatan akuntabilitas dan mutu layanan, percepatan pembelajaran, serta peningkatan monitoring dan evaluasi.
5. Perubahan perilaku masyarakat dan meningkatkan kesadaran publik untuk mencegah *stunting*.

B. Epidemiologi Stunting

Berdasarkan data dari WHO dan Bank Dunia pada tahun 2012, angka kejadian *stunting* pada anak berusia di bawah 5 tahun mencapai 165 juta anak (UNICEF, 2016). Prevalensi ini sudah menurun sebesar 35% dibandingkan angka kejadian *stunting* pada tahun 1990, dengan rata-rata penurunan sebesar 2,1% tiap tahun. Indonesia adalah salah satu dari 36 negara di dunia yang memberikan 90% kontribusi masalah gizi dunia. Indonesia menempati peringkat kelima dunia dengan prevalensi *stunting* tertinggi (WHO, 2013). *Sustainable Development Goals* (SDGs) menargetkan untuk mengakhiri semua jenis malnutrisi pada tahun 2030 dan mengurangi angka *stunting* pada anak di bawah 5 tahun sebanyak 40% pada tahun 2025. Riset Kesehatan Dasar

2018 mencatat prevalensi *stunting* nasional mencapai 30,8%, menurun sebesar 6,4% dibandingkan riset sebelumnya yaitu tahun 2013 (37,2%). Artinya pertumbuhan yang tidak maksimal diderita oleh sekitar 8 juta anak Indonesia, atau satu dari tiga anak Indonesia mengalami *stunting* (Kementerian Kesehatan, 2021).

Prevalensi *Stunting* sebesar 30,8% tersebut terdiri dari 11,5% anak dengan pertumbuhan sangat pendek dan 19,3% anak dengan pertumbuhan pendek. Provinsi Aceh menempati peringkat ketiga prevalensi *stunting* tertinggi nasional dan pada anak baduta merupakan yang tertinggi, yaitu sebesar 37,9% (Kementerian Kesehatan, 2021). Pada penelitian sebelumnya mencatat prevalensi *stunting* yang dilakukan pengukuran antropometri dengan kurva pertumbuhan anak Indonesia di Kabupaten Aceh Tenggara dari 141 anak berusia 1 - 60 bulan adalah sebesar 36,2%, lebih rendah dibandingkan dengan pengukuran menggunakan WHO *Growth Standards* 2006, yaitu sebesar 46,8%. Hal ini merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berat dimana prevalensi *stunting* disuatu daerah adalah sebesar 30-39% dan masalah yang serius apabila prevalensi *stunting* $\geq 40\%$ (UNICEF, 2016).

C. Diagnosis *Stunting*

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter yang merupakan ukuran tunggal dari ukuran tubuh manusia. Penilaian indeks PB/U atau TB/U adalah indikator utama untuk mengetahui seorang anak mengalami *stunting* atau normal. Pengukuran tinggi badan atau panjang badan pada anak dapat dilakukan dengan alat pengukur tinggi/panjang badan dengan presisi 0,1 cm (Bridgman & Fintel, 2022). Tinggi badan merupakan ukuran antropometri yang menggambarkan pertumbuhan skeletal. Dalam keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring pertambahan usia. Pertumbuhan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap

masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Indikator PB/U atau TB/U memberikan informasi masalah pertumbuhan yang sifatnya kronik sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, misalnya kemiskinan, perilaku hidup sehat dan pola asuh/pemberian makanan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi lebih pendek (Moniaga et al, 2019).

Kurva pertumbuhan digunakan secara universal di seluruh dunia dalam pemantauan pertumbuhan yang menggambarkan kesehatan dan status nutrisi pada anak. Tenaga kesehatan menggunakan kurva pertumbuhan secara rutin untuk mengevaluasi pertumbuhan dan perkembangan pasien, peneliti menggunakan kurva pertumbuhan untuk memahami tentang pertumbuhan dan hubungannya dengan berbagai macam faktor prediktor dan konsekuensinya (Cao, Xie, & Jia, 2022), sedangkan perencanaan kesehatan menggunakan kurva pertumbuhan untuk menilai kesehatan dan kesejahteraan penduduk secara keseluruhan, masing-masing memiliki kebutuhan yang berbeda-beda dalam menggunakan kurva pertumbuhan.

Kurva pertumbuhan yang lengkap biasanya terdiri dari beberapa jenis kurva dan parameter yang membandingkan dengan berbagai variabel. Berat badan dan tinggi badan merupakan parameter yang paling sering digunakan dalam menilai pertumbuhan anak. Berdasarkan penelitian Onis dkk pada tahun 2004 melaporkan bahwa dari 178 negara dari seluruh dunia, 154 negara diantaranya menggunakan kurva pertumbuhan berat badan dibandingkan usia, sementara setengahnya menggunakan kurva pertumbuhan tinggi badan berdasarkan usia. Kurva pertumbuhan yang digunakan dalam pemantauan pertumbuhan anak adalah WHO *Growth Standards* 2006. Kurva ini didesain sebagai standar bukan hanya sebagai rujukan, karena tidak seperti kurva yang telah ada sebelumnya, populasi yang dipilih

untuk digunakan sebagai rujukan adalah populasi yang tidak mempunyai masalah gizi atau kesehatan, status sosial ekonomi baik, berasal dari keluarga yang menjalankan pola hidup sehat dan mendapatkan ASI (Randell, Gray, & Grace, 2020). Meskipun demikian, WHO *Growth Standards* 2006 tidak selalu tepat untuk menilai pertumbuhan anak karena perbedaan ras, demografis dan pola tumbuh yang berbeda pada masing-masing negara di dunia (WHO, 2018).

Kurva pertumbuhan anak Indonesia adalah kurva yang memiliki data referensi pertumbuhan anak Indonesia berdasarkan pengukuran antropometri anak Indonesia. Data referensi diambil secara potong lintang dari 34.800 anak dengan rentang usia 0 sampai dengan 18 tahun yang terbagi dalam 17.229 anak laki-laki dan 17.571 anak perempuan dari 7 provinsi yang berbeda-beda dan mewakili pertumbuhan anak di masing-masing provinsinya (Balitbangkes, 2015). Penggunaan kurva pertumbuhan anak Indonesia dinilai penting dan mewakili referensi pertumbuhan anak Indonesia dikarenakan data referensi yang diambil mewakili perbedaan etnik, status sosio-ekonomi dan geografis pada masing-masing anak Indonesia. Penilaian antropometri berdasarkan kurva pertumbuhan anak Indonesia mengalami kondisi *stunting* apabila penilaian PB/U atau TB/U di bawah persentil 10. Suatu penelitian sebelumnya dijumpai kurva pertumbuhan anak Indonesia memiliki spesifisitas sebesar 98,66% dan sensitivitas sebesar 75,75% dibandingkan dengan WHO *Growth Standards* 2006. Hal ini dinilai bahwa kurva pertumbuhan anak Indonesia dapat dijadikan suatu alat diagnostik dalam menilai kondisi *stunting* pada populasi anak di Indonesia, dimana kurva pertumbuhan anak Indonesia memiliki referensi pertumbuhan anak yang sesuai dengan kondisi demografis, sosio-ekonomi dan karakteristik pertumbuhan di masing-masing daerah di Indonesia (Cameron et al, 2021).

D. Dampak *Stunting*

Stunting adalah masalah gizi utama yang akan berdampak pada kehidupan sosial dan ekonomi dalam masyarakat, dampak *stunting* dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme tubuh (Bayih, Arega, & Motbainor, 2022). Sedangkan dampak *stunting* jangka panjang yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit tidak menular seperti diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi dan pendapatan per kapita suatu negara (Saleh et al, 2021).

Anak balita *stunting* cenderung akan sulit mencapai potensi pertumbuhan dan perkembangan yang optimal baik secara fisik maupun psikomotorik. Gangguan perkembangan adalah kondisi anak tidak mampu mencapai tugas perkembangan pada waktu diperkirakan. Gangguan dapat terjadi pada banyak area perkembangan, misalnya pada motorik, bahasa, sosial, atau berpikir (Fregonese et al, 2017). Grantham-McGregor menyimpulkan bahwa perkembangan motorik dan kognitif berhubungan erat dengan status gizi yang dinilai berdasarkan tinggi badan berdasarkan usia. *Stunting* menyebabkan terhambatnya perkembangan motorik kasar maupun halus, karena pada anak *stunting* terjadi keterlambatan kematangan sel-sel saraf terutama di bagian cerebellum yang merupakan pusat koordinasi gerak motorik (Jaacks et al, 2019).

3.2 Tinjauan Pustaka

A. Faktor Rumah Tangga

Anak pada keluarga dengan tingkat ekonomi rendah lebih berisiko mengalami *stunting* karena kemampuan pemenuhan gizi yang rendah, yang akan meningkatkan risiko terjadinya malnutrisi (Ayelign & Zerfu, 2021). Besarnya pendapatan yang diperoleh atau diterima rumah tangga dapat menggambarkan kesejahteraan suatu masyarakat. Namun demikian, data pendapatan yang akurat sulit diperoleh, sehingga dilakukan pendekatan melalui pengeluaran rumah tangga. Di negara berkembang, pemenuhan kebutuhan makanan masih menjadi prioritas utama. Keluarga dengan pendapatan rendah biasanya memiliki rasa percaya diri yang kurang dan memiliki akses yang terbatas untuk berpartisipasi pada pelayanan kesehatan dan gizi seperti Posyandu, Bina Keluarga Balita dan Puskesmas (Wendt et al, 2021). Menurut Kusumawati dkk, pendapatan keluarga rendah dapat meningkatkan 3,93 kali risiko balita dengan *stunting* yang lebih besar.

Tingkat pendidikan orang tua yang rendah juga disinyalir meningkatkan risiko malnutrisi pada anak. Tingkat pendidikan yang tinggi akan meningkatkan status ekonomi rumah tangga, hal ini erat kaitannya dengan perolehan lapangan pekerjaan dan penghasilan yang lebih besar sehingga akan meningkatkan daya beli akan kebutuhan rumah tangga yang lebih baik (Cao, Xie, & Jia, 2022). Tingkat pendidikan orang tua juga akan berpengaruh terhadap pengetahuan orang tua terkait gizi dan pola pengasuhan anak, dimana pola asuh yang tidak tepat akan meningkatkan risiko kejadian *stunting*. Menurut Semba dkk, tingkat pendidikan orang tua pada tingkat dasar akan menurunkan faktor risiko balita dengan *stunting* sebesar 3% dibandingkan orang tua yang tidak berpendidikan.

Jumlah anggota keluarga dalam rumah tangga juga memengaruhi angka kejadian *stunting* pada anak. Berdasarkan penelitian Fikadu dkk pada tahun 2014 di Afrika melaporkan bahwa faktor risiko anak dengan *stunting* akan lebih tinggi pada keluarga dengan jumlah anggota lebih dari lima orang dalam satu rumah, dibandingkan dengan keluarga yang berjumlah dua hingga empat orang. Hal ini dikaitkan dengan kemampuan dalam pemenuhan nutrisi yang tidak adekuat kepada jumlah anggota keluarga yang lebih banyak dan juga berbanding lurus dengan tingkat pendidikan dan status ekonomi keluarga (Sahn & Younger, 2005). Periode yang lebih singkat pada pemberian ASI eksklusif dan pemberian MPASI yang tidak adekuat juga ikut berperan serta dalam pemenuhan nutrisi yang tidak adekuat terhadap anggota keluarga yang lebih banyak.

B. Faktor Individu

Panjang badan lahir menggambarkan pertumbuhan linier bayi selama dalam kandungan. Ukuran linier yang rendah menunjukkan keadaan gizi yang kurang akibat kekurangan energi dan protein yang diderita ibu pada masa lampau (Jaacks et al, 2019). Bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari persentil 10 untuk masa kehamilan dapat merupakan bayi *small for gestational age* (SGA) atau bayi yang mengalami IUGR (*intrauterine growth restriction*). Bayi SGA disebabkan faktor konstitusi, misalkan bayi prematur, faktor etnis, paritas atau indeks massa tubuh ibu. Sedangkan bayi IUGR lebih sering disebabkan karena faktor penyakit dari janin, ibu atau plasenta dengan tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi.

Di negara berkembang, kurang gizi pada saat pra kelahiran dan ibu hamil berdampak pada lahirnya anak dengan IUGR. Kondisi IUGR hampir separuhnya terkait

dengan status gizi ibu. Kekurangan energi secara kronis ini menyebabkan ibu hamil tidak mempunyai cadangan zat gizi yang adekuat untuk menyediakan kebutuhan fisiologis kehamilan, sehingga zat gizi pada janin berkurang, akibatnya pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat (Saleh et al, 2021).

Intrauterine growth restriction dibagi menjadi dua tipe, yaitu tipe I (tipe simetris, tipe proporsional atau *stunting*) dimana gangguan terjadi pada awal kehamilan tampak pertumbuhan otak dan tulang terganggu. Sedangkan tipe II (tipe asimetris, *disproporsional* atau *wasting*) adalah tipe IUGR dimana terjadi pada akhir kehamilan, pertumbuhan jantung, otak dan tulang tampak paling sedikit terpengaruh, sedangkan ukuran hati, dan timus sangat berkurang. Sebanyak 20-30% di antara bayi dengan IUGR merupakan tipe *stunting*, ditandai dengan penurunan ukuran semua organ karena gangguan pada fase hiperplasia. Sisanya sebanyak 70-80% merupakan IUGR tipe *wasting* yang ditandai dengan penurunan ukuran organ tetapi ukuran kepala tetap normal (Randell, Gray, & Grace, 2020). Penanganan sedini mungkin sangat diperlukan dalam menangani *stunting*, karena *stunting* pada anak usia dini bersifat *reversible*.

Asupan nutrisi berkaitan dengan kandungan zat gizi yang terkandung di dalam makanan. Dikenal dua jenis nutrisi yang terkandung di dalam makanan, yaitu makronutrien dan mikronutrien. Makronutrien merupakan nutrisi yang menyediakan kalori atau energi, diperlukan untuk pertumbuhan, metabolisme, dan fungsi tubuh lainnya. Makronutrien ini diperlukan tubuh dalam jumlah yang besar, terdiri dari karbohidrat, protein, dan lemak (Jaacks et al, 2019). Mikronutrien adalah nutrisi atau zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah yang sedikit. Meskipun dibutuhkan dalam jumlah yang sedikit, zat gizi ini memungkinkan tubuh untuk memproduksi

enzim, hormon, dan zat kimia lainnya yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan. Termasuk kedalamnya adalah vitamin dan mineral.

C. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan berdampak erat terhadap perkembangan balita terutama dari sisi epidemiologis yaitu potensi penyebaran penyakit lingkungan. Faktor sanitasi dan kebersihan lingkungan, misalnya, mempunyai pengaruh terhadap kesehatan ibu hamil dan tumbuh kembang anak, karena anak usia di bawah 2 tahun rentan terhadap berbagai infeksi dan penyakit (Fregonese et al, 2017). Menurut WHO dan UNICEF, sanitasi dibagi menjadi dua kriteria, yaitu *improved* dan *unimproved*. Dikategorikan sebagai *improved* apabila penggunaan sarana pembuangan kotoran bersifat pribadi, jenis kloset latrine dan tempat pembuangan akhir tinja berupa tangki septik atau sarana pembuangan air limbah (SPAL).

United Nations Children's Fund melaporkan 51 juta penduduk melakukan praktik buang air besar sembarangan. Indonesia merupakan negara kedua tertinggi di dunia yang melakukan praktik buang air besar sembarangan (Vilcins, Sly, & Jagals, 2018). Tiga puluh sembilan persen dari rumah tangga tidak menggunakan fasilitas sanitasi yang baik. Air dan sanitasi sangat berhubungan dengan pertumbuhan tinggi badan anak. Rendahnya kondisi sanitasi dan kebersihan lingkungan akan memicu gangguan saluran pencernaan, yang membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan terhadap perlawanan tubuh menghadapi infeksi. Berdasarkan hasil riset semakin sering seorang anak menderita diare, maka semakin besar ancaman *stunting* untuknya. Selain itu, saat anak sakit, lazimnya selera makan akan berkurang, sehingga asupan gizi semakin rendah (Budge, Parker, & Hutching, 2021).

Air memegang peran yang sangat penting dalam kehidupan, terutama untuk kebutuhan minum dan kebersihan. Berdasarkan data global, diperkirakan 88% kematian dari 1,8 juta anak akibat diare disebabkan oleh penyediaan air yang tidak aman, sanitasi dan higienitas yang buruk. Kriteria sumber air minum menurut WHO dan UNICEF terdiri dari sumber air minum *improved* dan *unimproved*. Sumber air minum *improved* yang dimaksud adalah air minum yang terlindung meliputi air ledeng, keran umum, hidran umum, terminal air, penampungan air hujan (PAH) atau mata air dan sumur terlindung, sumur bor atau pompa, yang jaraknya minimal 10 meter dari pembuangan kotoran, penampungan limbah, dan pembuangan sampah. Tidak termasuk air kemasan, air dari penjual keliling, air yang dijual melalui tangki, air sumur dan mata air tidak terlindung (Bayih, Arega, & Motbainor, 2022).

Balita yang mengonsumsi air minum yang tidak layak dapat meningkatkan risiko anak tersebut terkena penyakit infeksi. Penyakit infeksi terutama ditandai dengan gangguan gastrointestinal sehingga asupan balita tersebut tidak memenuhi kebutuhannya. Kondisi seperti ini yang nantinya akan berimplikasi buruk terhadap pertumbuhan anak dan menimbulkan implikasi serius terhadap penurunan kualitas sumber daya manusia suatu bangsa di masa yang akan datang.

D. Faktor Kebijakan dan Layanan Kesehatan

Kebijakan dan regulasi yang dikeluarkan pemerintah terkait upaya penanggulangan gizi buruk kemudian ditiadakan dan diinterpretasikan ke dalam rangkaian program dan kegiatan yang dilakukan oleh tiap-tiap kementerian/lembaga terkait disesuaikan dengan tugas pokok dan fungsinya sebagai wujud dari intervensi pemerintah (Freeman et al, 2022). Intervensi yang dilakukan pemerintah

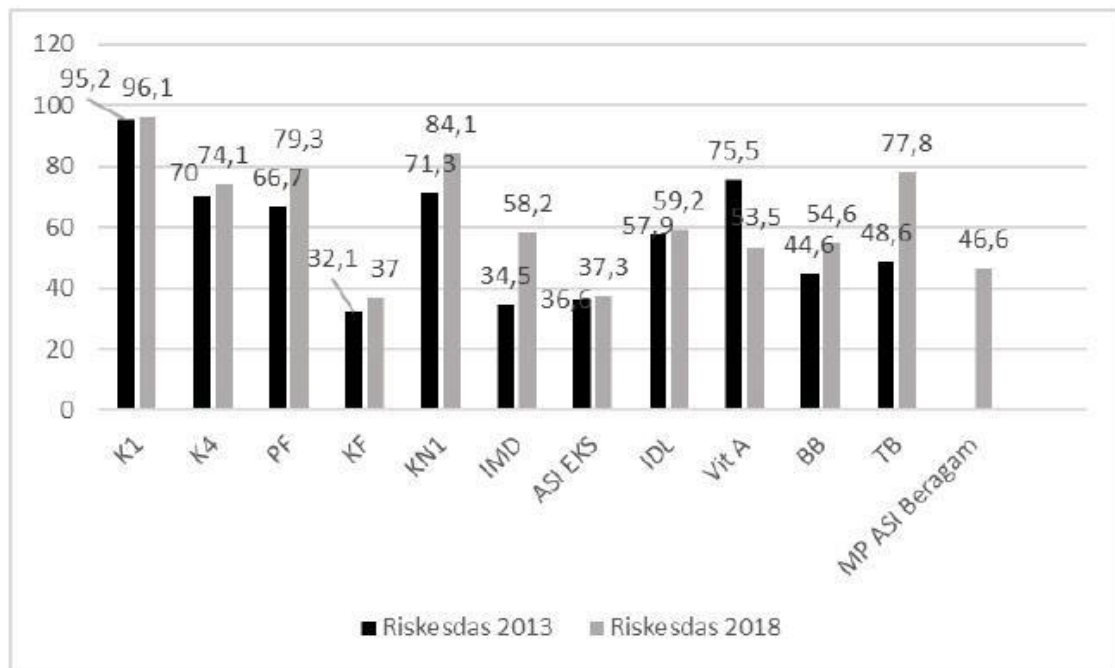
dikelompokkan menjadi intervensi sensitif dan intervensi spesifik. Intervensi gizi spesifik dilakukan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes) melalui Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) (TNP2K 2017). Intervensi gizi sensitif dilakukan oleh sektor lain di luar kesehatan, seperti Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional, Kementerian Pertanian,

Kementerian Sosial, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, dimana kerjasama lintas sektor ini telah diatur dalam Perpres No. 02 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi. Intervensi spesifik yang diberikan pemerintah dapat dikelompokkan berdasarkan sasaran program, yaitu : (1) Sasaran ibu hamil dilakukan melalui perlindungan ibu hamil terhadap kekurangan zat besi, asam folat, dan kekurangan energi dan protein kronis; perlindungan terhadap kekurangan iodium, dan perlindungan terhadap malaria; (2) Sasaran ibu menyusui dan anak usia 0-6 bulan, dilakukan melalui dorongan pemberian IMD/Inisiasi menyusui dini (pemberian kolostrum ASI), memberikan edukasi kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif, pemberian imunisasi dasar, pantau tumbuh kembang bayi/balita setiap bulan, dan penanganan bayi sakit secara tepat; (3) Sasaran ibu menyusui dan Anak usia 7- 23 bulan, dilakukan melalui dorongan pemberian ASI hingga usia 23 bulan didampingi oleh pemberian Makanan Pendamping-ASI (MP-ASI), penyediaan dan pemberian obat cacing, pemberian suplementasi zink, fortifikasi zat besi ke dalam makanan, perlindungan terhadap malaria, pemberian imunisasi, pencegahan dan pengobatan diare (TNP2K, 2018).

Selain itu, intervensi sensitif dilakukan melalui berbagai program kegiatan, di antaranya penyediaan akses air bersih, penyediaan akses terhadap sanitasi salah satunya melalui program STBM, fortifikasi bahan pangan oleh Kementerian Pertanian, penyediaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), penyediaan Jaminan

Persalinan Universal (Jampersal), pemberian pendidikan pengasuhan pada orang tua, pemberian pendidikan anak usia dini universal oleh kementerian pendidikan dan kebudayaan, Keluarga Berencana (KB), pemberian edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi remaja, pengentasan kemiskinan dan peningkatan ketahanan pangan dan gizi (Bappenas, 2020; TNP2K, 2018).

Secara global capaian yang berhasil dilakukan pemerintah dari serangkaian intervensi yang dilakukan bisa dilihat dari hasil akhir yang diperoleh berupa penurunan prevalensi stunting, yaitu prevalensi balita sangat pendek menurun dari 18% di tahun 2013 menjadi 11.5% di tahun 2018, sedangkan prevalensi balita pendek mengalami kenaikan 0.1% dari angka 19.2% menjadi 19.3%. Berdasarkan angka tersebut dapat dikatakan bahwa pemerintah cukup berhasil menekan angka stunting sehingga tidak mengalami kenaikan yang berarti dan menurun sebesar 6.5%. Sementara itu untuk capaian indikator intervensi gizi spesifik tahun 2018, dimana terlihat bahwa hampir semua capaian indikator meningkat jika dibandingkan dengan data pada tahun 2013 (Kementerian Kesehatan, 2018). Hal ini tentu saja menjadi indikator capaian kinerja positif bagi pemerintah, meskipun demikian kinerja pemerintah perlu terus ditingkatkan mengingat beberapa capaian indikator masih belum mengalami kenaikan yang signifikan.



Gambar 2.1 Capaian Indikator Intervensi Gizi Spesifik Tahun 2013 dan 2015

Sumber : Kementerian Kesehatan (2018)

Keterangan :

K1 (kunjungan pertama ibu hamil)

K4 (kunjungan ke empat ibu hamil)

PF (Persalinan Fasyankes)

KF (Kunjungan Fasyankes)

KN1 (Kunjungan Neonatal 1)

IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

ASI Eks (Asi Eksklusif)

IDL (Imunisasi Dasar Lengkap)

Vit. A (Pemberian Vit. A)

BB (Pengukuran Berat Badan)

TB (Pengukuran Tinggi Badan)

MP ASI Beragam (Makanan Pendamping ASI Beragam)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian dengan metode kuantitatif. Metode kuantitatif adalah penelitian sistematis yang menggunakan model-model matematika dan statistika untuk menjabarkan fenomena (Collis & Hussey, 2014). Selain itu, penelitian ini juga menggunakan pendekatan deskriptif untuk menjelaskan hasil perhitungan kuantitatif sehingga penjelasan terkait hasil dapat diuraikan (Collis & Hussey, 2014). Tujuan penelitian kuantitatif deskriptif adalah untuk membuat analisis matematis, deskripsi, gambaran yang sistematis, faktual, dan akurat dari berbagai fenomena yang diteliti. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan pengaruh faktor karakteristik rumah tangga, individu, lingkungan, layanan kesehatan, dan kebijakan terhadap tumbuh kembang anak dalam kasus *stunting* di Kabupaten Purworejo. Desain penelitian deskriptif digunakan untuk penggambaran komprehensif semua variabel. Selain itu, desain penelitian konfirmatori (*confirmatory reseacrh*) digunakan untuk melihat hubungan antar variabel dari vektor yang telah ditentukan (Collis & Hussey, 2014).

Unit analisis penelitian ini adalah balita usia 3 tahun sampai dengan 4 tahun yang telah melewati masa 1000 HPK di Kabupaten Purworejo. Data diperoleh dengan teknik survey dan *indepht interview* yaitu pencatatan data secara langsung (tatap muka) dengan rumah tangga dan balita sebagai unit analisisnya.

3.2 Sampel dan Data Penelitian

Populasi data pada penelitian ini adalah seluruh balita maksimal usia 3 tahun di Kabupaten Purworejo. Data yang digunakan adalah data dalam 1 runtut waktu terutama untuk menangkap fenomena 1000 HPK pada balita. Sampel yang digunakan sebanyak 250 balita dengan komposisi yang proporsional antara balita normal dan balita penyintas *stunting*. Data dengan banyak individu dan satu periode waktu disebut *cross section* (Collis & Hussey, 2014). Metode penentuan sampel menggunakan metode *Stratified Random Sampling*, yaitu metode pengacakan berjenjang berdasarkan tingkat daerah yaitu kecamatan dan desa. Berikutnya, beberapa desa yang terpilih akan diacak kembali berdasarkan populasi balita sesuai kriteria yang ditentukan (Collis & Hussey, 2014).

3.3 Jenis dan Definisi Operasional Variabel

Data sekunder dari beberapa sumber direkapitulasi untuk diolah secara statistik menggunakan STATA dan IBM SPSS. Penelitian ini menguji pengaruh faktor-faktor terhadap perkembangan balita dan kejadian *stunting* di Kabupaten Purworejo. Variabel dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Dependen

Variabel	Indikator Pengukur
<i>Stunting</i>	
<i>Stunted</i>	Tinggi badan menurut umur (TB/U)
<i>Underweight</i>	Berat badan menurut umur (BB/U)

Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel Independen

Variabel	Indikator Pengukur
Karakteristik Rumah Tangga	
Status Ekonomi	Total pendapatan rumah tangga
Pola Pangan	Total pengeluaran konsumsi dan nutrisi anak
Usia Menikah Orangtua	Usia menikah ayah dan ibu
Pendidikan Ibu	Lama belajar pendidikan formal (tahun)
Pola Asuh	Pengasuhan oleh ibu, keluarga, atau ART
Paritas	Jumlah anak dan selisih usia anak
Riwayat Melahirkan	Status riwayat melahirkan normal dan caesar
Tinggi Badan Ibu	Tinggi badan ibu
LILA	Lingkar lengan atas kiri ibu saat hamil
Riwayat Kesehatan Remaja	Skoring riwayat kesehatan fisik dan reproduksi ibu saat remaja
Riwayat Penggunaan KB	Skoring riwayat penggunaan KB orangtua sebelum kelahiran balita
Akses Informasi	Skoring kepemilikan dan akses teknologi informasi rumah tangga
Karakteristik Individu	
Intensitas Pemeriksaan Kehamilan	Skoring pemeriksaan ibu hamil pada layanan kesehatan
HB Saat Hamil	Skoring/nilai HB ibu saat hamil
Konsumsi Suplemen	Skoring intensitas pemberian suplemen
Tinggi Bayi Lahir	Tinggi bayi lahir dan saat ini
Berat Bayi Lahir	Berat bayi lahir dan saat ini
Komponen Partumbuhan Lainnya	Skoring komponen pertumbuhan balita berupa lingkar lengan, kepala, dan dada

Gestasi	Usia kehamilan ketika anak lahir
Riwayat Penyakit	Riwayat penyakit di 1000 HPK
ASI Eksklusif	Status ASI eksklusif
Pola Nutrisi Anak	Skoring pola nutrisi pada anak selama 1000 HPK
Riwayat Penyakit Ibu Hamil	Skoring riwayat penyakit yang diderita ibu hamil
Karakteristik Lingkungan	
Status Sanitasi	Skoring status sanitasi rumah tangga
Ketersediaan Air Bersih	Skoring ketersediaan, kualitas, dan akses air bersih
Pengelolaan Sampah dan Limbah	Skoring pengelolaan sampah dan limbah RT
Kualitas Tempat Tinggal	Skoring status kualitas tempat tinggal
Status Polusi	Keberadaan anggota keluarga perokok
Karakteristik Layanan Kesehatan	
Akses Layanan Kesehatan Terdekat	Jarak rumah dengan layanan kesehatan
Peran Tenaga Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan	Skoring interaksi bidan desa dan Faskes dengan rumah tangga
Peran Kader Posyandu	Skoring interaksi PKK dengan rumah tangga
Layanan Ibu dan Balita	Skoring status layanan ibu dan balita
Pijat Bayi	Intensitas pijat bayi (tradisional, klinik, dsb)
Akses Vitamin dan Obat	Status Pemberian Vitamin A dan Obat Cacing
Karakteristik Kebijakan Kesehatan	
Pemberian Makanan Tambahan	Skoring akses makanan tambahan
Imunisasi & Vaksinasi	Status imunisasi balita
Jaminan Kesehatan Ibu dan Anak	Keterjangkauan jaminan kesehatan ibu dan anak

Penyuluhan-Pendidikan Keluarga	Skoring penyuluhan dan pendidikan keluarga
--------------------------------	--

3.4 Metode Dan Teknik Analisis

A. Analisis Statistik Deskriptif

Analisis statistik deskriptif digunakan dalam penelitian ini untuk mendapatkan gambaran variabel yang dianalisis antara lain karakteristik rumah tangga, individu, lingkungan, layanan sosial, dan kebijakan pemerintah bidang kesehatan. Variabel turunan yang diteliti dapat dideskripsikan secara umum tentang kondisi dari masing-masing variabel.

B. Analisis Multinomial Regresi Linier Berganda

Analisis pengaruh pada umumnya menggunakan metode regresi linier berganda. Hubungan pengaruh karakteristik rumah tangga, individu, lingkungan, layanan kesehatan, dan kebijakan kesehatan terhadap kejadian *stunting* di Kabupaten Purworejo dalam penelitian ini dianalisis menggunakan metode multinomial regresi linier berganda. Menurut Gujarati & Porter (2013), multinomial regresi linier berganda mengestimasi pengaruh lebih dari satu variabel independen terhadap variabel dependen melalui hubungan linier secara statistik dengan karakteristik data bervariasi (bukan binary atau dummy). Sebelum melakukan analisis regresi linier berganda, data yang akan dianalisis harus memenuhi uji asumsi klasik. Persamaan model regresi linier berganda dengan data *cross section* adalah sebagai berikut:

$$Y_i = \alpha + \beta_1 X1_i + \beta_2 X2_i + \dots + \beta_k XK_i + e \quad (1)$$

Keterangan

Y_i : Variabel dependen data *cross section*

α : Konstanta

$\beta_1, \beta_2 \dots \beta_k$: Koefisien regresi variabel independen

$X1_i, X2_i, \dots XK_i$: Variabel independen data *cross section*

e : *Standard error*

Adapun dalam penelitian ini, model persamaan matematis multinomial regresi linier berganda adalah sebagai berikut:

$$Y_i = c + \beta_1 T'_i + \beta_2 U'_i + \beta_3 V'_i + \beta_4 W'_i + \beta_5 X'_i + e \quad (2)$$

Keterangan:

Y_i = Kejadian *Stunting*

c = Konstanta

T'_i = Vektor Karakteristik Rumah Tangga

U'_i = Vektor Karakteristik Individu

V'_i = Vektor Karakteristik Lingkungan

W'_i = Vektor Karakteristik Layanan Kesehatan

X'_i = Vektor Karakteristik Kebijakan Pemerintah

β_1, \dots, β_5 = Koefisien persamaan model

e = standard error

Interpretasi hasil dan pembahasan uji hipotesis dilakukan dalam beberapa bagian, antara lain:

a. Uji Model (Uji F)

Uji F adalah pembuktian model yang diestimasi layak atau baik untuk dapat dilanjutkan pada uji parsial (Algifari, 2015). Uji F mengawali analisis regresi untuk membuktikan bahwa pemilihan seluruh variabel independen yang diestimasi sudah tepat. Uji F menggunakan tingkat signifikansi sebesar 5% atau 0,05 dan uji $F_{hitung} > F_{tabel}$. Prosedur dan penyimpulan Uji F dilakukan dengan cara:

- 1) $F_{hitung} > F_{tabel}$, rumus F_{tabel} yaitu nilai pada cell k ; N.
- 2) $Sig. F < 0,05$, maka variabel independen berpengaruh signifikan secara simultan terhadap variabel dependen.

b. Uji Signifikansi Parsial (Uji P Value)

Uji signifikansi parsial (Uji P Value) adalah pengujian signifikan pengaruh setiap variabel independen terhadap variabel dependen. Tujuan uji parsial adalah untuk melanjutkan analisis uji model (Uji F) bahwa setiap variabel independen memiliki pengaruh signifikan terhadap variabel dependen. Pengujian signifikansi parsial dilakukan dengan menggunakan tingkat signifikansi sebesar 0,05 ($\alpha = 5\%$) atau tingkat keyakinan sebesar 0,95.

c. Uji Hipotesis

Uji hipotesis dilakukan dengan menganalisis pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Hubungan keduanya dilihat dari nilai coefficients betha (koefisien setiap variabel) hasil estimasi STATA dan IBM SPSS. Pengambilan keputusan uji hipotesis dijabarkan sebagai berikut:

Hipotesis nul diterima : $\beta > 0$ (sig. $< 0,05$) terdapat pengaruh positif signifikan variabel independen terhadap variabel dependen.

Hipotesis alternatif diterima: : $\beta < 0$ (sig. > 0,05) tidak terdapat pengaruh positif signifikan variabel independen terhadap variabel dependen.

d. Uji Koefisien Determinasi (R^2)

Koefisien determinasi (R^2) adalah mengukur kemampuan model yaitu kombinasi variabel independen dalam mempengaruhi variabel dependen. Nilai koefisien determinasi (R^2) biasanya bernilai antara nol hingga satu. Nilai R^2 mendekati nol menandakan bahwa variabel independen yang diestimasi tidak kuat mempengaruhi variabel dependen. Sebaliknya, jika nilai R^2 mendekati satu berarti variabel independen yang diestimasi kuat mempengaruhi variabel dependen (Purnomo, 2016). Misalnya dengan nilai koefisien determinasi (R^2) 0,725 yang berarti bahwa 72,5 persen variabel dependen dipengaruhi oleh seluruh variabel independen dalam model yang diestimasi, sedangkan sisanya dipengaruhi oleh variabel lain diluar model yang diestimasi.

3.5 Metode Matriks SWOT dalam Penyusunan Model Kebijakan

A. Analisis Matrik EFE dan IFE

Langkah awal dalam menentukan strategi pengembangan komoditas dengan mengidentifikasi faktor eksternal dan internal yang sekiranya mempengaruhi dalam penentuan strategi. Kemudian data faktor yang telah diperoleh kemudian dikelompokkan menjadi faktor internal (kekuatan dan kelemahan) dan faktor eksternal (peluang dan ancaman) (Gurel & Tat, 2017). Setelah itu, faktor-faktor tersebut ditabulasikan ke dalam matrik EFE dan Matrik IFE seperti pada tabel 2 berikut.

Tabel 3.3 Matrik EFE dan IFE

Faktor Kunci Sukses	Bobot	Peringkat	Skor
Eksternal			
Peluang:			
1.			
2.			
Ancaman:			
1.			
2.			
Total	1,00		
Internal			
Kekuatan:			
1.			
2.			
Kelemahan:			
1.			
2.			
Total	1,00		

Langkah kerja dalam penentuan faktor eksternal dan pembobotan yaitu membuat daftar peluang, ancaman, kekuatan dan kelemahan kemudian memberikan bobot pada tiap faktor. Nilai pembobotan berkisar antara nilai 0 bagi faktor yang dinilai tidak penting, hingga nilai 1 bagi faktor yang dinilai sangat penting. Selanjutnya memberikan rating atau peringkat dengan kisaran nilai 1-4 yang didasarkan atas tingkat kepentingan dan respon. Setelah itu, mengkalikan bobot dengan rating sehingga menghasilkan skor (Gurel & Tat, 2017).

B. Analisis Matrik SWOT

Langkah selanjutnya adalah melakukan analisis SWOT. Dalam matrik SWOT alternatif formula strategi dilakukan dengan melakukan perbandingan berpasangan. Perbandingan berpasangan adalah suatu teknik membandingkan suatu komponen dengan komponen yang lain dalam satu kategori yang sama (Gurel & Tat, 2017). Matrik

SWOT membantu dalam melakukan perbandingan berpasangan, antara kekuatan, peluang, kelemahan dan ancaman seperti pada tabel berikut.

Tabel 3.4 Matrik SWOT

Alternatif Faktor-faktor Strategis		Faktor Internal	
		Kekuatan	Kelemahan
		1. 2.	1. 2.
Faktor Eksternal	Peluang	STRETEGI SO	STRATEGI WO
	1.	1.	1.
	2.	2.	2.
	Ancaman	STRATEGI ST	STRATEGI WT
	1.	1.	1.
	2.	2.	2.

Sumber: Gurel & Tat (2017)

Berdasarkan matrik SWOT seperti tabel 3, dapat dikembangkan beberapa alternatif strategi dalam pencegahan stunting sebagai berikut (Gurel & Tat, 2017).

1. Strategi ST (*Strength- Threats*), yaitu dengan menggunakan kekuatan yang ada untuk menghindari dan mengatasi ancaman dalam rangka pencegahan stunting.
2. Strategi SO (*Strength-Opportunities*), yaitu dengan menggunakan kekuatan yang ada untuk memanfaatkan peluang yang ada dalam rangka pencegahan stunting.
3. Strategi WO (*Weaknesses-Opportunities*), yaitu dengan menggunakan peluang yang dimiliki untuk mengatasi kelemahan dalam rangka pencegahan stunting.

4. Strategi WT (*Weaknesses-Threats*), yaitu suatu upaya meminimumkan kelemahan dan menghindari ancaman dalam rangka pencegahan stunting.

C. Analisis *Quantitative Strategic Planning Matrix* (QSPM)

QSPM merupakan alat analisis yang digunakan untuk mengevaluasi strategi alternatif secara objektif berdasarkan pada faktor-faktor kunci eksternal dan internal. Data yang ada dimasukkan dalam tabel yang telah dipersiapkan dan selanjutnya dianalisa (Gurel & Tat, 2017). Selanjutnya untuk menentukan startegi yang paling sesuai maka dilanjutkan dengan analisa dengan menggunakan tabel analisis strategi dengan langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut (Gurel & Tat, 2017):

Langkah 1: Daftarkan peluang atau ancaman kunci eksternal dan kekuatan atau kelemahan internal dalam kolom kiri QSPM.

Langkah 2: Berikan nilai atau bobot untuk setiap faktor (identik dengan nilai yang diberikan pada matrik IFE dan EFE).

Langkah 3: Memeriksa (pencocokan) matrik dan mengidentifikasi strategi alternatif yang harus dipertimbangkan untuk ditetapkan.

Langkah 4: Menetapkan nilai daya tarik atau *Attractive Score* (AS), yaitu 1=tidak memiliki daya tarik; 2=daya tariknya rendah; 3= daya tariknya sedang; 4=daya tariknya tinggi.

Langkah 5: Menghitung total nilai daya tarik yang merupakan hasil perkalian bobot dengan nilai daya tarik dalam setiap baris. Semakin tinggi total nilai daya tarik, semakin menarik strategi tersebut.

Tabel 3.5 Matriks *Quantitative Strategic Planning Matrix*

Faktor-faktor Kunci Sukses	Bobot	Alternatif Strategi					
		Strategi 1		Strategi 2		Strategi Ke-n	
		AS	TAS	AS	TAS	AS	TAS
Peluang							
Ancaman							
Kekuatan							
Kelemahan							
Jumlah							

Sumber: Gurel & Tat (2017)

BAB IV

GAMBARAN UMUM & KARAKTERISTIK SAMPEL

4.1 Gambaran Umum Wilayah Studi

A. Lokasi Penelitian

Prevalensi *Stunting* merupakan masalah serius dalam konteks pembangunan sumber daya manusia. Pada penelitian *stunting* di Kabupaten Purworejo, wilayah studi mencakup keseluruhan wilayah dengan pemilihan lokasi penelitian sesuai tujuan penelitian dan kaidah metodologis. Lokasi penelitian dipilih berdasarkan metode *multi-stage random sampling* yaitu pengacakan berjenjang untuk menentukan lokasi penelitian. Hal ini dilakukan untuk memenuhi asumsi probabilitas bahwa setiap elemen dalam populasi memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi sampel penelitian (Collis & Hussey, 2014). Pengacakan dilakukan dari tingkat kecamatan untuk menentukan lokasi penelitian yang akan dipilih.

Tabel 4.1 Daftar Kecamatan di Kabupaten Purworejo

No.Urut	Kecamatan
1	Grabag
2	Ngombol
3	Purwodadi
4	Bagelen
5	Kaligesing
6	Purworejo
7	Banyuurip
8	Bayan
9	Kutoarjo
10	Butuh

No.Urut	Kecamatan
11	Pituruh
12	Kemiri
13	Bruno
14	Gebang
15	Loano
16	Bener

Nomor urut kecamatan berdasarkan nomenklatur pada Badan Pusat Statistika Kabupaten Purworejo. Nomor urut kemudian diacak menggunakan alat pengacak microsoft excel berdasarkan rumus “=randbetween(1; 16)”. Nomor-nomor yang muncul secara acak merupakan nomor kecamatan yang terpilih sebagai sampel penelitian. Sebagaimana tabel 4.2 berikut, lokasi penelitian ditentukan secara acak (*probability sampling*) tanpa pertimbangan dan kriteria tertentu.

Tabel 4.2 Randomize Kecamatan Lokasi Penelitian

Randomize =randbetween(1;16)	Kecamatan	Jumlah Desa
15	Loano	3
14	Gebang	5
1	Grabag	3
10	Butuh	5
4	Bagelen	4
3	Purwodadi	3
9	Kutoarjo	6
12	Kemiri	3
Jumlah	8 kecamatan	32

Pemilihan desa dan kelurahan juga didasarkan pada pengacakan yang disesuaikan dengan beberapa faktor. Faktor ketersediaan data balita *stunting* di kelurahan tersebut dan kriteria lain yang direkomendasikan oleh tenaga kesehatan dan kader posyandu dari kecamatan dan desa setempat.

B. Gambaran Umum *Stunting* Berbasis Wilayah

Gambaran umum *stunting* berdasarkan basis wilayah tertentu dapat menggambarkan sebagian kondisi dan karakteristik fenomena yang terjadi. Paling tidak, gambaran ini dapat menjadi indikasi awal tentang kemungkinan kejadian pada suatu wilayah berdasarkan kondisi geografis tertentu (*potential phenomenon*). Kondisi geografis dimaksud seperti kondisi alam, lanskap permukaan bumi, akses transportasi, basis ekonomi, dan infrastruktur penunjang lainnya.

Tabel 4.3 Populasi Total, Populasi Riset, dan Sampel Riset

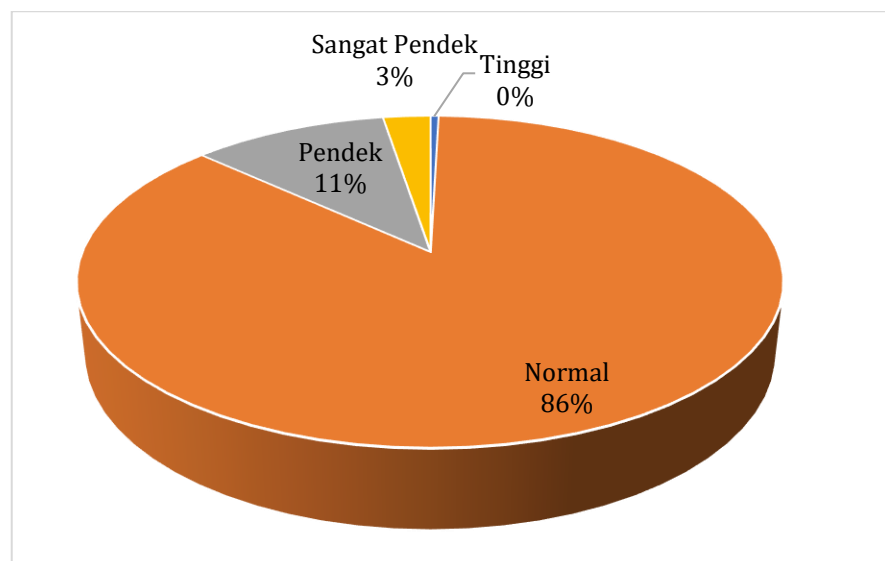
	KRITERIA	FREKUENSI
Populasi Makro	Balita U 0-59 bulan	31.717
Populasi Riset	Balita U 24-36 bulan	7.199
Sampel Riset	Balita U 24-36 bulan	250

Persentase Sampel 3,47% (keterwakilan populasi)

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo (2022)

Populasi balita *stunting* di Kabupaten Purworejo sebanyak 31.717 yaitu balita dengan usia 0 – 59 bulan (atau 1 – 5 tahun). Pada penelitian ini, populasi penelitian yang digunakan adalah balita usia 24 – 36 bulan (2 – 3 tahun). Hal ini berdasarkan pemenuhan kriteria sebagaimana tujuan penelitian, antara lain:

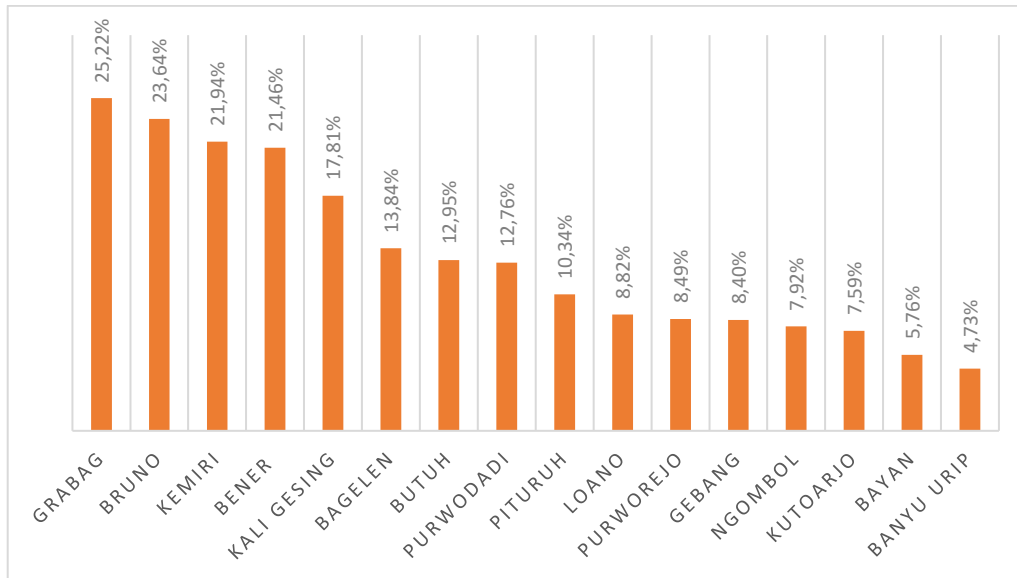
- 1) Kriteria ASI eksklusif 6 bulan pada balita sehingga minimum usia balita sampel 6 bulan.
- 2) Kriteria MPASI dan ASI tuntas 2 tahun pada balita sehingga minimum usia balita sampel 24 bulan.
- 3) Menghindari *recall* yang terlalu lama sehingga dibatasi pada usia maksimal 36 bulan.



Gambar 4.1 Komposisi Balita Usia 24-36 bulan di Kabupaten Purworejo tahun 2022

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo (2022)

Proporsi balita *stunting* usia 24-36 bulan di Kabupaten Purworejo sekitar 14% atau telah proporsional dengan populasi *stunting* total sebesar 15%. Dengan semikian, populasi penelitian telah representatif sesuai dengan kriteria dan tujuan penelitian untuk mengukur faktor-faktor determinan *stunting*.



Gambar 4.2 Rasio Balita *Stunting* Usia 24-36 bulan menurut Kecamatan di Kabupaten Purworejo tahun 2022

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo (2022)

Tabel 4.4 Jumlah, Rasio, dan Populasi *Stunting* Balita Usia 24-36 bulan menurut Kecamatan di Kabupaten Purworejo tahun 2022

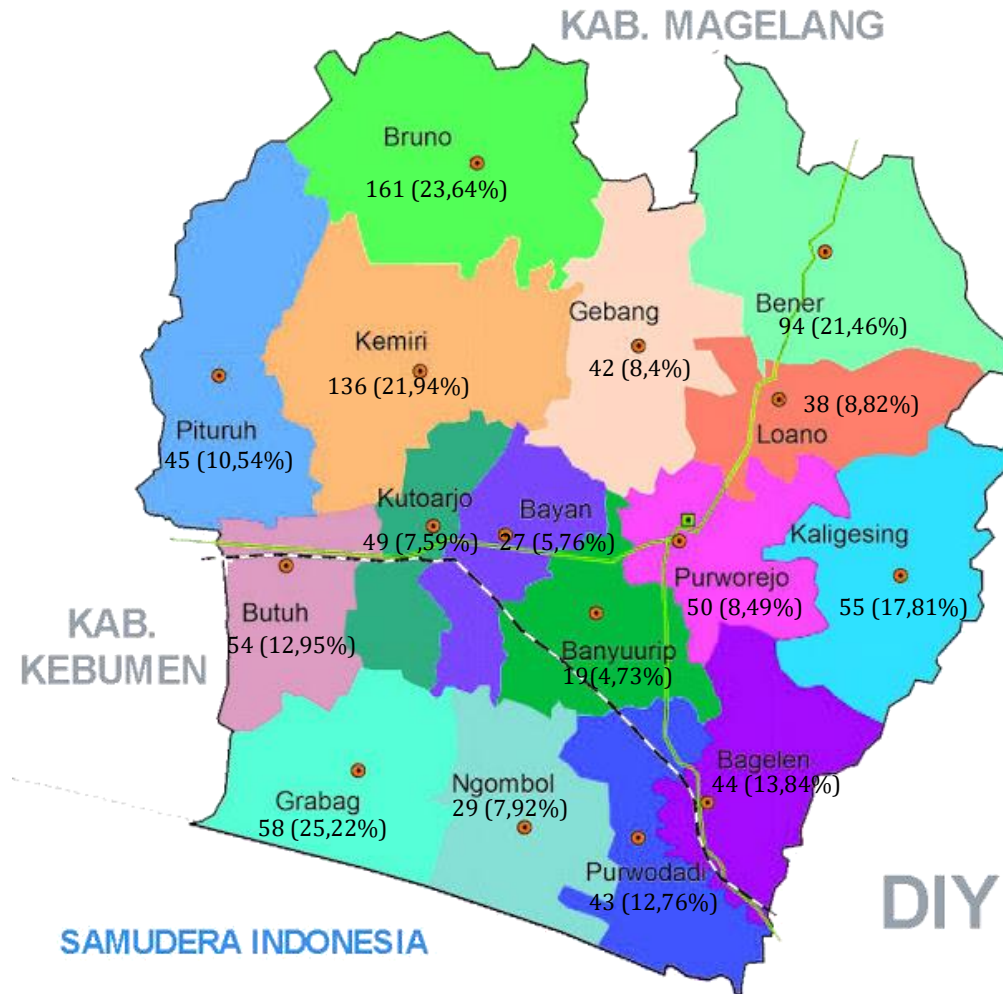
KECAMATAN	STUNTING	POPULASI	RASIO STUNTING
GRABAG	58	230	25,22%
BRUNO	161	681	23,64%
KEMIRI	136	620	21,94%
BENER	94	438	21,46%
KALI GESING	57	320	17,81%
BAGELEN	44	318	13,84%
BUTUH	54	417	12,95%
PURWODADI	43	337	12,76%
PITURUH	45	435	10,34%
LOANO	38	431	8,82%
PURWOREJO	50	589	8,49%
GEBANG	42	500	8,40%
NGOMBOL	29	366	7,92%
KUTOARJO	49	646	7,59%
BAYAN	27	469	5,76%
BANYU URIP	19	402	4,73%

Keterangan: Kecamatan lokasi penelitian (Kecamatan Sampel)

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo (2022)

Sebaran balita *stunting* terdapat di seluruh kecamatan di Kabupaten Purworejo meskipun dalam jumlah dan intensitas yang berbeda. Jumlah balita *stunting* paling banyak terjadi pada Kecamatan Bruno (161 balita), Kemiri (136 balita), dan Bener (94 balita). Akan tetapi, Kecamatan Bruno dan Kemiri memang memiliki jumlah populasi balita *stunting* yang banyak yaitu berturut-turut 681 balita dan 620 balita. Jika kedua data disilangkan menjadi intensitas rasio maka Kecamatan Bruno menempati posisi sebagai rasio tertinggi kedua sebesar 23,64% dari populasi. Rasio *stunting* tertinggi adalah Kecamatan Grabag yaitu 25,22% (58 balita) dari populasi 230 balita. Sedangkan, Kemiri menjadi wilayah dengan rasio tertinggi ketiga dengan 21,94% atau jumlah terbanyak kedua yaitu 136 balita.

Penanda kecamatan sampel menunjukkan sebaran yang cukup merata pada penelitian ini. Hasil pengacakan secara alamiah memperoleh wilayah dengan balita *stunting* dan tingkat intensitas rasio yang bervariasi. Terpilih kecamatan dengan rasio tertinggi Kecamatan Grabag dan Kecamatan Kemiri. Sedangkan pada wilayah dengan jumlah dan intensitas *stunting* sedang terpilih wilayah Kecamatan Bagelen, Butuh, Purwodadi, dan Loano. Sisanya merupakan wilayah dengan jumlah dan rasio *stunting* rendah yaitu Kecamatan Gebang dan Kutoarjo. Kecamatan terakhir yang menjadi sampel adalah Kecamatan Bruno yang masuk ke dalam analisis deskriptif meskipun tidak menjadi bagian dari sampel penelitian. Hal ini karena asumsi probabilitas yang harus dipenuhi pengacakan tanpa intervensi dan pertimbangan kriteria tertentu. Akan tetapi, Kecamatan Bruno menjadi salah satu wilayah studi deskriptif atas masukan beberapa pihak karena keberadaan jumlah *stunting* yang tinggi dengan kondisi geografis yang relatif berbeda meskipun intensitas rasionya tidak yang tertinggi.



Gambar 4.3 Peta Sebaran Jumlah dan Rasio Balita Stunting Usia 24-36 Bulan di Kabupaten Purworejo

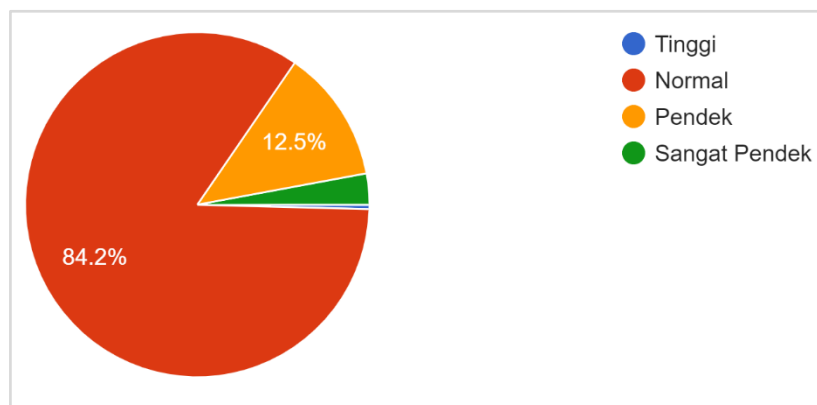
Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo (2022) diilustrasikan

Peta sebaran jumlah dan rasio balita *stunting* Kabupaten Purworejo menunjukkan adanya perbedaan tipologi wilayah. Rasio *stunting* yang relatif rendah terjadi di sekitar dataran rendah wilayah pusat Kabupaten Purworejo seperti Kecamatan Purworejo, Kutoarjo, Bayan, dan Banyuurip. Wilayah dengan jumlah dan rasio *stunting* tertinggi berada di wilayah terluar Kabupaten Purworejo seperti Kabupaten Kemiri, Bruno, Bener, dan Grabag. Meskipun demikian, terdapat simpangan bahwa wilayah terluar dengan jumlah dan rasio *stunting* yang rendah juga terdapat di wilayah Kecamatan Ngombol, Loano, dan Gebang. Oleh karena itu, hal ini dapat

disimpulkan bahwa pusat kejadian *stunting* tidak dapat diidentikkan dengan wilayah terluar, hanya saja kedekatan dengan pusat Kabupaten menjadi potensi penurunan atau penekanan jumlah *stunting*. Peta sebaran jumlah dan rasio *stunting* sebagaimana gambar 4.1 tersebut juga menunjukkan lokasi penelitian yang tersebar cukup merata dan proporsional dari wilayah pusat kabupaten, dataran tinggi, terluar, hingga wilayah pesisir.

4.2 Karakteristik Sampel Penelitian

Survey dan pengambilan data telah dilakukan pada 9 kecamatan yaitu sebanyak 240 responden dengan keterwakilan 3,47% dari total populasi penelitian. Sampel memiliki komposisi yang relatif representatif dari populasi total maupun populasi penelitian yaitu 14% - 15% balita *stunting*.



Gambar 4.4 Komposisi Responden berdasarkan Status *Stunting*

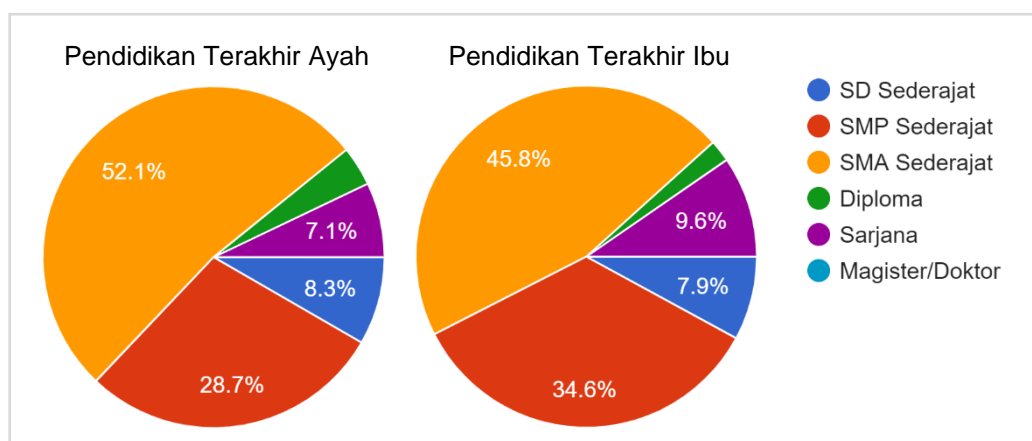
Sumber: Data Primer (2022)

Responden penelitian ini sebanyak 84,2% balita normal sedangkan 15,4% adalah balita *stunting*. Komposisi ini linier dengan komposisi populasi total dan populasi penelitian. Tujuan linieritas komposisi sampel dengan populasi adalah

memastikan keterwakilan karakteristik sampel terhadap populasi dapat dipenuhi. Linieritas tersebut juga menjadi asumsi representatif dan menghindari adanya bias data yang dapat menyebabkan analisis data tidak menemukan slope dan rendahnya koefisien determinasi.

A. Karakteristik Rumah Tangga

Karakteristik rumah tangga dalam model (vektor rumah tangga) diukur menggunakan 14 variabel, antara lain status ekonomi, pengeluaran pangan balita, usia menikah ayah dan ibu, pendidikan ayah dan ibu, pola asuh, paritas, riwayat paritas, TB ibu, LILA ibu hamil, anemia masa remaja, kesehatan reproduksi, nutrisi ibu hamil, KB, dan akses informasi. Keempat belas variabel memiliki pengaruh tersendiri sehingga gambaran umum data responden ini menjadi data pendukung tentang keragaan responden menurut vektor karakteristik rumah tangga. Beberapa data dan variabel diilustrasikan dalam diagram dan grafik berikut ini.

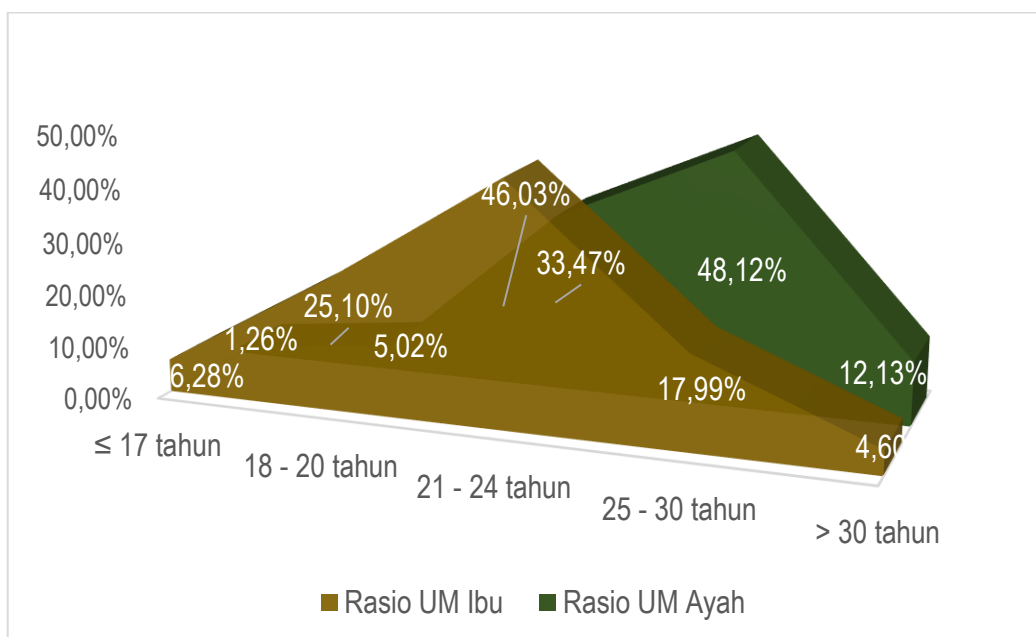


Gambar 4.5 Pendidikan Terakhir Ayah dan Ibu Responden

Sumber: Data Primer (2022)

Responden memiliki kriteria pendidikan terakhir ayah paling banyak pada jenjang SMA sederajat 52,1%. Hal ini menandakan bahwa tingkat pendidikan yang

relatif baik dari responden, meskipun terdapat terdapat 37% ayah responden yang tidak menuntaskan pendidikan wajib 12 tahun. Hal dapat ditelusuri dari beberapa faktor misalnya faktor ekonomi dan akses pendidikan. Faktor ekonomi ditengarai menjadi unsur utama ketidaktuntasan pendidikan wajib 12 tahun karena tuntutan seorang laki-laki untuk segera bekerja. Sedangkan akses pendidikan yang relatif jauh terjadi pada beberapa wilayah seperti Kecamatan Loano, Bener, dan Gebang bahkan Kecamatan Bruno belum memiliki SMA Negeri. Dari sisi ibu, pendidikan wajib 12 tahun yang tidak dituntaskan sejumlah 44,5% responden. Selain alasan ekonomi dan akses pendidikan, faktor budaya perempuan tidak perlu berpendidikan tinggi juga berkontribusi dalam penuntasan wajib belajar 12 tahun ini.

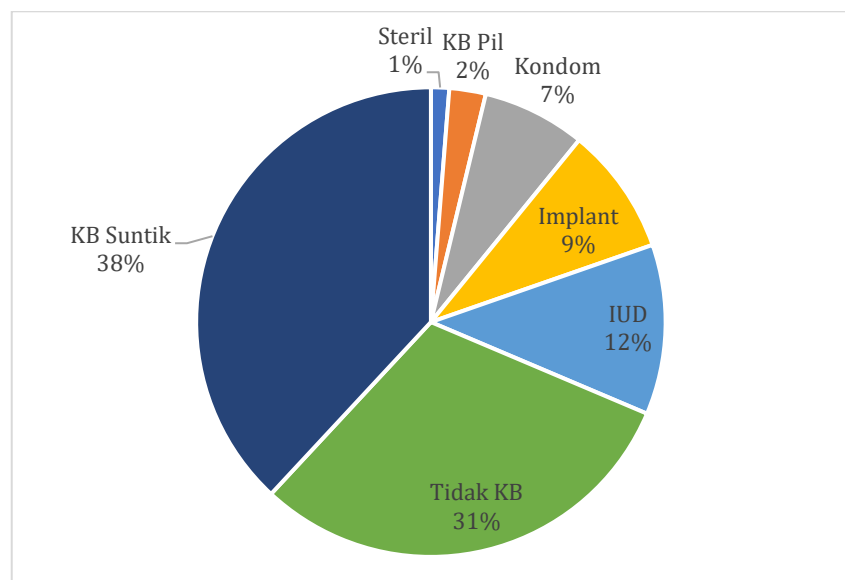


Gambar 4.6 Usia Menikah Ayah dan Ibu Responden

Sumber: Data Primer (2022)

Gambar 4.5 menunjukkan bahwa pendidikan terakhir responden SD-SMP sebanyak 37% ayah dan 44,5% ibu. Pendidikan terakhir ini mengindikasikan kemajuan bukan hanya pemerataan akses pendidikan dan faktor ekonomi, melainkan

kemajuan budaya dan berpikir masyarakat. Dengan jumlah ibu 44,5% berpendidikan terakhir SD-SMP, maka tidak heran jika angka pernikahan dini cukup banyak di Kabupaten Purworejo. Sedikitnya, terdapat 19% ibu menikah dibawah usia 19 tahun bahkan pernikahan usia 13-14 tahun masih marak terjadi. Berkebalikan dengan itu, menikah dini bagi ayah cukup rendah, diprediksikan karena faktor pekerjaan sehingga usia ayah lebih tua untuk menikah. Sedangkan, terdapat 24% ayah yang menikah pada usia lebih dari 28 tahun.

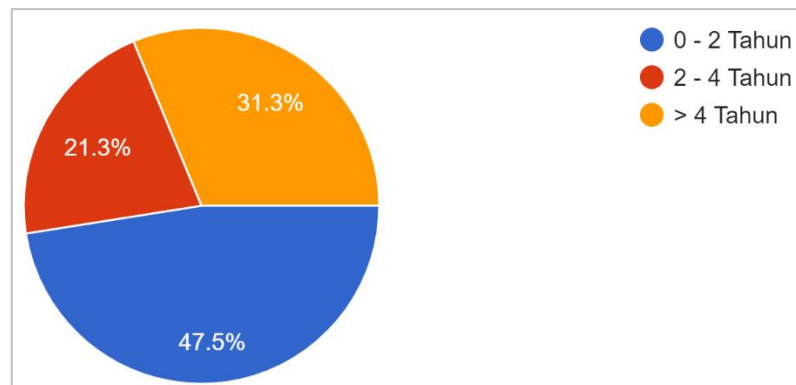


Gambar 4.7 Penggunaan Alat Kontrasepsi KB oleh Responden

Sumber: Data Primer (2022)

Usia menikah ibu yang dini dan usia menikah ayah yang terlampau dewasa (sebagaimana gambar 4.6) dimungkinkan terdapat budaya patriarki yang relatif tinggi. Hal ini dibuktikan oleh adanya penggunaan alat kontrasepsi KB bahwa 31% pasangan orangtua balita tidak menggunakan alat kontrasepsi KB. Beberapa kasus yang ditemui menunjukkan bahwa para ayah tidak mau dan tidak mengijinkan ibu untuk menggunakan alat kontrasepsi. Alasan-alasan yang muncul antara lain kekhawatiran

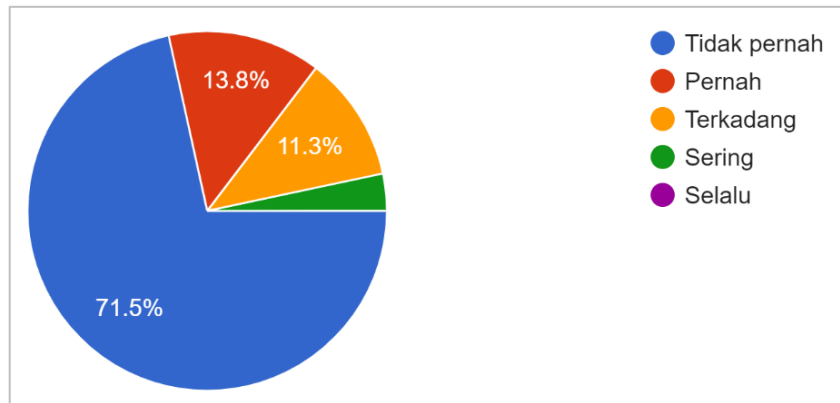
tentang dampak kesehatan, keyakinan agama, persepsi seksual, dan kemajuan berpikir yang belum tercapai. Meskipun demikian, data responden memperlihatkan telah adanya kesadaran menggunakan alat kontrasepsi untuk merencanakan dan mengatur kehamilan pada 69% pasangan.



Gambar 4.8 Rata-Rata Jarak Kelahiran Responden

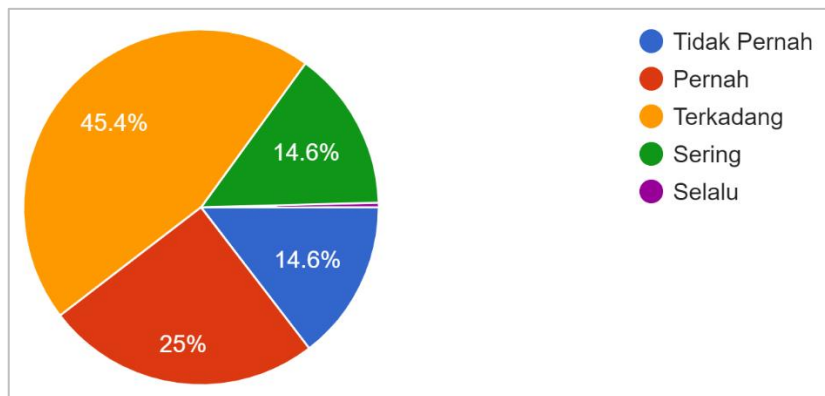
Sumber: Data Primer (2022)

Kesadaran penggunaan alat kontrasepsi untuk mengatur dan merencanakan kehamilan berimbas pada rata-rata jarak kelahiran yang dialami oleh responden, ibu. 31% responden yang tidak menggunakan alat kontrasepsi KB menyebabkan jarak kelahiran yang terjadi rata-rata kurang dari 2 tahun (< 2 tahun). Hal ini dialami oleh 47,5% responden yang berarti bukan hanya tidak menggunakan alat kontrasepsi KB akan tetapi sebagian pengguna alat kontrasepsi kurang memiliki pengetahuan dan kemampuan yang memadai dalam menggunakan alat kontrasepsi. Oleh karena itu, angka kelahiran dengan jarak dekat (< 2 tahun) cukup banyak yaitu 47,5%.



Gambar 4.9 Gejala Anemia yang dialami Ibu saat Remaja

Sumber: Data Primer (2022)



Gambar 4.10 Intensitas Ibu mengakses Informasi Kesehatan Ibu dan Anak

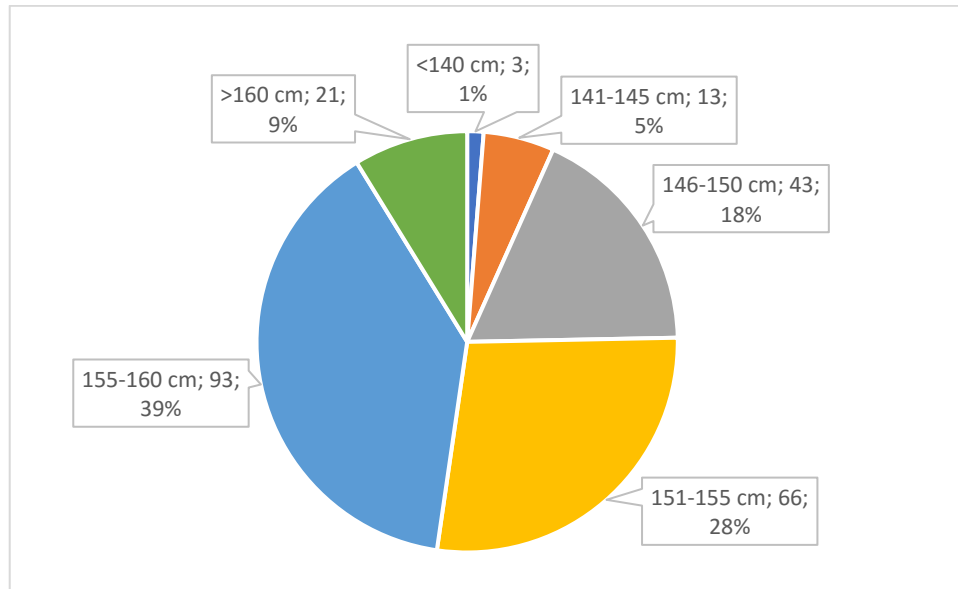
Sumber: Data Primer (2022)

Faktor lain yang menjadi perhatian adalah kesehatan ibu terutama pada gejala anemia. Dari survey yang dilakukan, sejumlah 28,5% responden mengalami gejala anemia ketika remaja. Level gejala anemia ini bervariasi yaitu dari pernah mengalami sebanyak 13,8%, terkadang 11,3%, dan sering mengalami anemia 3,4%. Kesehatan ibu mengenai kadar hemoglobin (HB) pada masa remaja berperan besar terhadap kesehatan ibu ketika fase kehamilan dan melahirkan. Hal ini dapat menjadi penyebab-penyebab adanya balita yang lahir dan tumbuh dengan status *stunting* atau normal karena tumbuh kembang yang berkontribusi oleh ibu. Disamping itu, semangat belajar

ibu tentang kesehatan ibu dan anak relatif rendah. Hal ini tampak pada intensitas ibu menggunakan alat komunikasi elektronik untuk menambah wawasan dan pengetahuan tentang kesehatan. Sebanyak 14,6% responden mengaku tidak pernah mengakses informasi kesehatan sedangkan 25% pernah mengakses yang berarti intensitas rendah. Di samping itu, terdapat 45,4% responden yang mengakses informasi kesehatan dalam taraf sedang. Hal ini disebabkan oleh banyak faktor seperti ketersediaan sinyal internet dimana 6,7% responden tidak dicakupi oleh sinyal internet dan 22,1% responden merasa sinyal internet yang kurang lancar atau kesulitan mencari sinyal. Hal lain yang menyebabkan adalah motivasi belajar, budaya literasi kesehatan, dan kondisi sosial masyarakat setempat.

B. Karakteristik Individu

Karakteristik individu ini berkenaan dengan ciri yang melekat individu balita baik fisik maupun perilaku. Penentu balita *stunting* bervariasi dari sisi karakteristik individu. Hal ini dimulai sejak balita dalam kandungan dan kemungkinan faktor-faktor yang mempengaruhi. Salah satu faktor yang paling besar dalam penentu status balita *stunting* adalah tinggi badan ibu yang mewariskan materi genetika pada tinggi badan balita. Menurut Kementerian Kesehatan (2022), tinggi ideal wanita Indonesia berkisar antara 155 cm hingga 159 cm. Tinggi badan ibu dibawah angka ideal 155 cm berpotensi mewariskan materi genetika *stunting* pada balita. Terlebih jika tinggi badan ayah juga tidak ideal maka risiko *stunting* pada balita juga lebih tinggi. Selain itu, faktor pola makan berupa variasi nutrisi dan kualitas pangan rumah tangga juga berpengaruh. Pada fase kehamilan, pemeriksaan pada fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan juga diperlukan pada tahap ini. Terakhir, tumbuh kembang balita ditentukan pada 1000 HPK yaitu awal kehamilan hingga 24 bulan usia balita. Di fase balita 0-24 bulan atau 36 bulan, peran pengasuhan seperti inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif, ASI tuntas 2 tahun, dan Makanan Pendamping ASI.



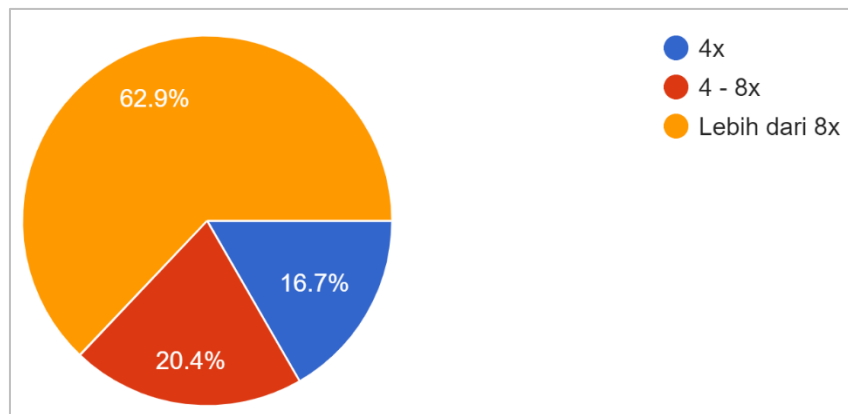
Gambar 4.11 Tinggi Badan Ibu Responden

Sumber: Data Primer (2022)

Tinggi badan ibu responden di Kabupaten Purworejo tidak ideal. Jumlah ibu yang memiliki tinggi badan ideal hanya 48% sedangkan separuh lebih (52%) memiliki tinggi badan tidak ideal (< 155 cm). Hasil survey menyimpulkan bahwa tinggi badan ibu 151-155 cm sebanyak 66 responden (28%), tinggi badan ibu 146-150 cm sebanyak 43 responden (18%), sedangkan ibu dengan tinggi badan kurang dari 150 cm sebanyak 16 responden atau setara 6%. Faktor tinggi badan ibu yang tidak ideal ini meningkatkan risiko *stunting* pada balita, terlebih jika ditambah dengan tinggi badan ayah yang pendek. Sebenarnya, pewarisan materi genetika dapat diminimalisir risikonya dengan pemberian nutrisi berimbang sehingga tumbuh kembang balita yang dasarnya pendek tidak dapat diakselerasi dengan pemberian nutrisi.

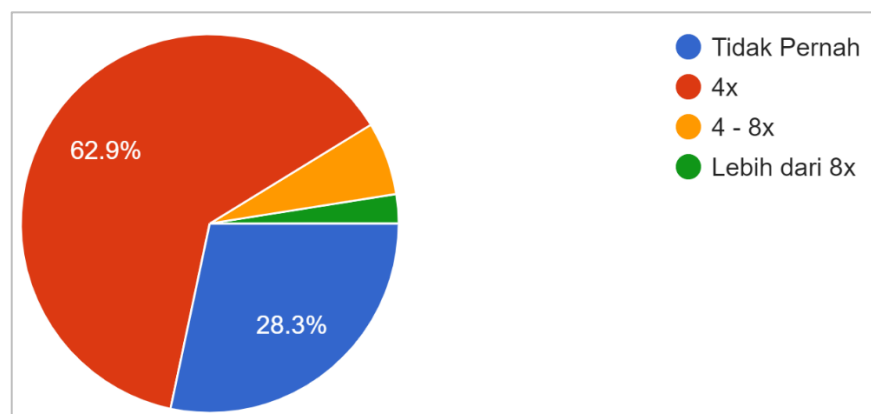
Pada fase kehamilan, responden melakukan pemeriksaan minimum pada bidan atau puskesmas setempat. Capaian yang diperoleh data relatif baik yaitu mencakup 62,9% responden melakukan pemeriksaan pada bidan lebih dari 8 kali sehingga dapat disimpulkan bahwa pemeriksaan dilaksanakan rutin tiap bulan. Sedangkan yang

kurang rutin (pemeriksaan 4x-8x) selama kehamilan sebanyak 20,4%. Hal ini menjadi perhatian bahwa ibu hamil tidak rutin menjalankan pemeriksaan pada bidan setiap bulan. Terakhir, ibu hamil melakukan periksa kehamilan ≤ 4 kali sebanyak 16,7% responden. Hal ini menjadi salah satu faktor penyebab *stunting* karena deteksi dini pada kesehatan balita tidak optimal.



Gambar 4.12 Jumlah Pemeriksaan Ibu Hamil pada Bidan atau Puskesmas

Sumber: Data Primer (2022)

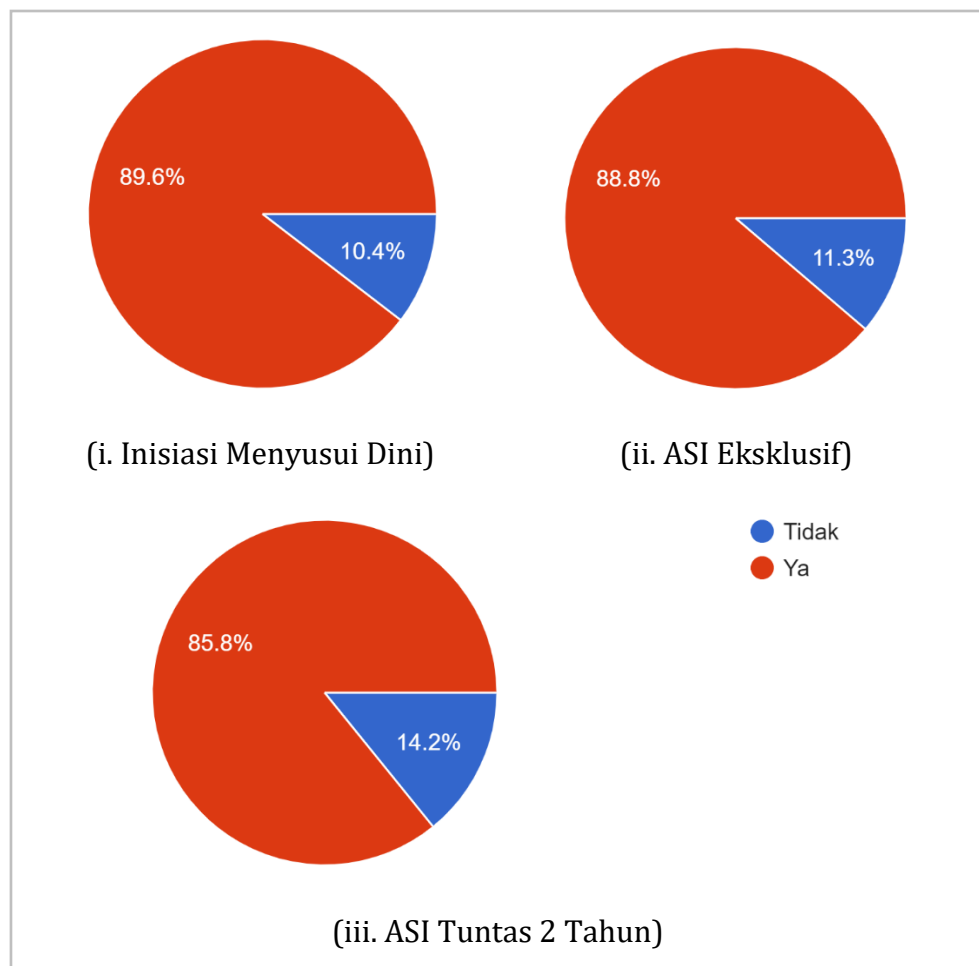


Gambar 4.13 Jumlah Pemeriksaan Ibu Hamil pada Dokter Kandungan

Sumber: Data Primer (2022)

Pemeriksaan kehamilan lainnya adalah pada dokter kandungan untuk memperinci kondisi kehamilan baik kesehatan ibu maupun bayi. Hasil survey memaparkan adanya pola

perilaku pemeriksaan pada dokter kandungan yang baik yaitu 62,9% responden telah melakukan pemeriksaan kandungan 1x-4x. Hanya saja, terdapat standar minimum pemeriksaan pada dokter kandungan minimal 1x yang tidak dipenuhi oleh ibu yaitu sebanyak 28,3% responden tidak pernah melakukan pemeriksaan pada dokter kandungan.

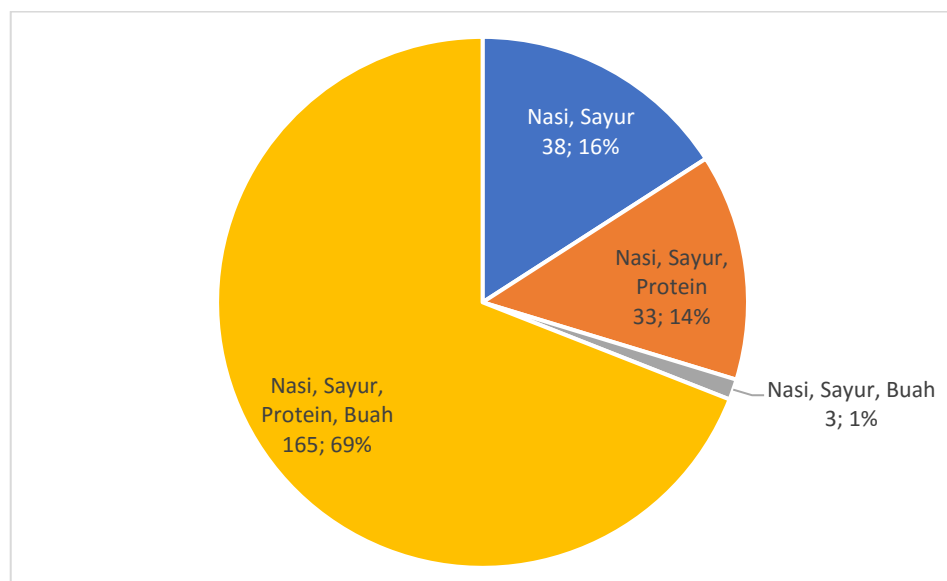


Gambar 4.13 Status Inisiasi Menyusui Dini, ASI Eksklusif, dan ASI Tuntas Responden

Sumber: Data Primer (2022)

Status IMD, ASI eksklusif, dan ASI tuntas Kabupaten Purworejo sangat baik yaitu diatas 85% jika menurut responden penelitian ini. Responden 89,6% menyatakan telah menuntaskan IMD. Hal ini juga mendasari responden 88,8% menuntaskan ASI eksklusif 6 bulan bagi balita. Sedangkan ASI tuntas 2 tahun dilaksanakan oleh 85,8%

responden. Meskipun, rasio penuntasan IMD, ASI eksklusif, dan ASI tuntas terus menurun dari 89,6% menjadi 88,8%, hingga 85,8%, akan tetapi hal ini telah menjadi capaian yang sangat baik bagi tumbuh kembang balita. Persoalan lain adalah pekerjaan rumah berupa persentase responden yang tidak melaksanakan IMD yaitu 10,4% yang ditengarai dipicu oleh pertolongan persalinan oleh dukun atau non tenaga medis sehingga kurang pemahaman tentang IMD. Rasio ibu yang tidak melakukan ASI eksklusif juga cukup banyak sekitar 11,3% dengan alasan faktor pekerjaan dan pengetahuan ibu. Sedangkan rasio ibu yang tidak melakukan ASI tuntas sebanyak 14,2% diduga karena budaya sosial masyarakat dan jarak kehamilan yang terlalu rapat. Jika dibandingkan dengan data sebelumnya, 47,5% responden mengalami jarak kehamilan < 2 tahun sehingga ASI eksklusif balita sebelumnya menjadi tidak tuntas.



Gambar 4.14 Pola Konsumsi Rumah Tangga Responden

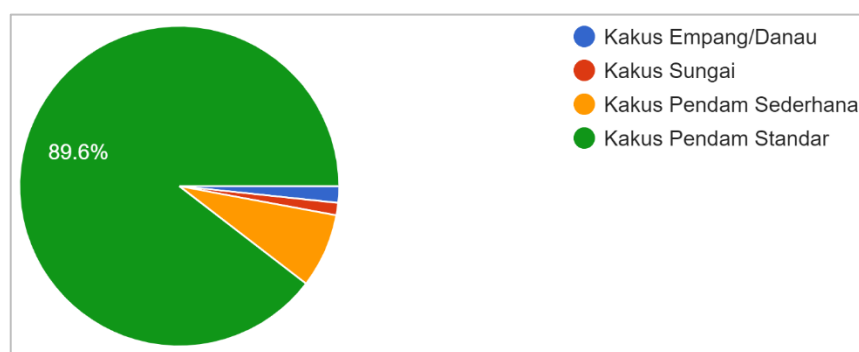
Sumber: Data Primer (2022)

Selain IMD dan ASI, faktor pola konsumsi rumah tangga juga menjadi kontributor utama dalam capaian status tinggi badan balita. Responden penelitian ini

mengaku mengkonsumsi pangan lengkap berimbang sebanyak 165 responden atau 69%. Capaian ini cukup baik, meskipun masih terdapat 16% responden yang mengaku hanya mengkonsumsi nasi dan sayur. Sedangkan sisanya, 15% responden mengkombinasikan antara nasi, sayur, buah, dan protein.

C. Karakteristik Lingkungan

Karakteristik lingkungan dalam penelitian ini didefinisikan sebagai ciri kondisi lingkungan sekitar balita yang diperkirakan mempengaruhi tumbuh kembang balita. Pada kondisi rumah seperti lantai, dinding, dan penerangan sangat baik yaitu mencapai 95% diklasifikasikan pada rumah layak huni. Artinya, 95% lebih responden memiliki rumah layak huni berupa lantai bersih (keramik atau semen), dinding rapi (tembok atau bata), dan penerangan sinar matahari yang cukup.

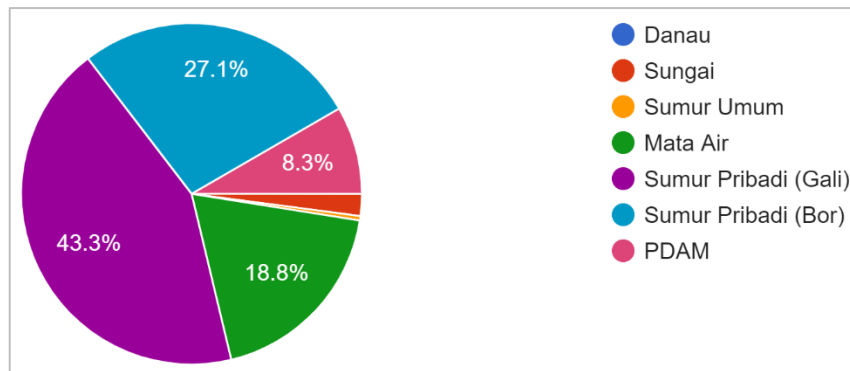


Gambar 4.15 Jenis Kakus Responden

Sumber: Data Primer (2022)

Hal baik serupa juga terjadi pada kondisi kakus responden yang mayoritas 97,1% memiliki kakus pendam yaitu 89,6% kakus pendam standar dan 7,5% kakus pendam sederhana. Sedangkan sisanya 2,9% menggunakan kakus umum yaitu kakus sungai dan danau. Status sanitasi rumah tangga di sebagian besar responden telah

dilakukan cukup baik. Kekurangan pola perilaku pembuangan limbah rumah tangga terjadi pada pembuangan sampah yaitu 95% masih membuang secara konvensional di pekarangan dan dan dibakar sebagai metode pemusnahan.

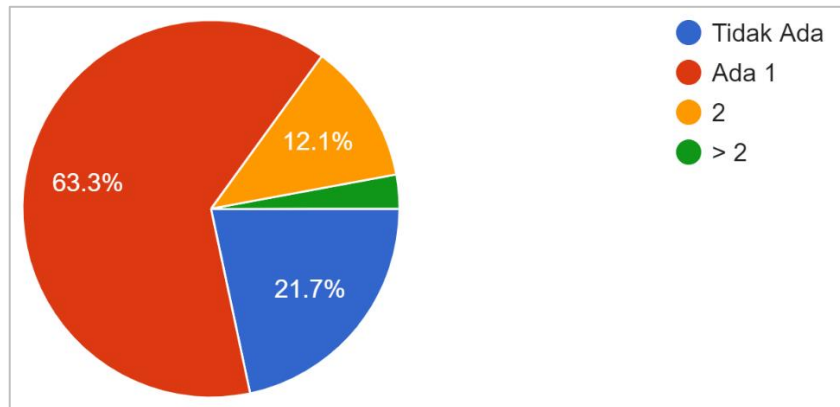


Gambar 4.16 Sumber Air Bersih Responden

Sumber: Data Primer (2022)

Sumber air bersih responden dapat diklasifikasi sangat baik. Kepemilikan sumber air bersih pribadi 88,7% baik dari sumur maupun PDAM. Sedangkan 18,8% responden memiliki sumber mata air untuk keperluan aktivitas sehari-hari dengan sumber yang bersih dan berkualitas baik. Hanya sekitar 2,5% responden yang memanfaatkan air sungai dan danau untuk keperluan sehari-hari. Oleh karena itu, kemungkinan sanitasi dan sumber air sebagai penyumbang kejadian *stunting* pada balita sangat kecil. Hal ini didasarkan pada kualitas perumahan, sanitasi, dan sumber air yang baik.

Permasalahan lingkungan di Kabupaten Purworejo adalah perilaku merokok rumah tangga yang masih sangat tinggi. Sebanyak 78,3% responden memiliki anggota keluar perokok. Bahkan, 15% responden diantara memiliki jumlah anggota keluarga perokok 2 atau lebih (sebagaimana gambar 4.17). Hal ini menjadi dasar menguatnya faktor polusi di rumah tangga yang menyebabkan balita berisiko *stunting*.

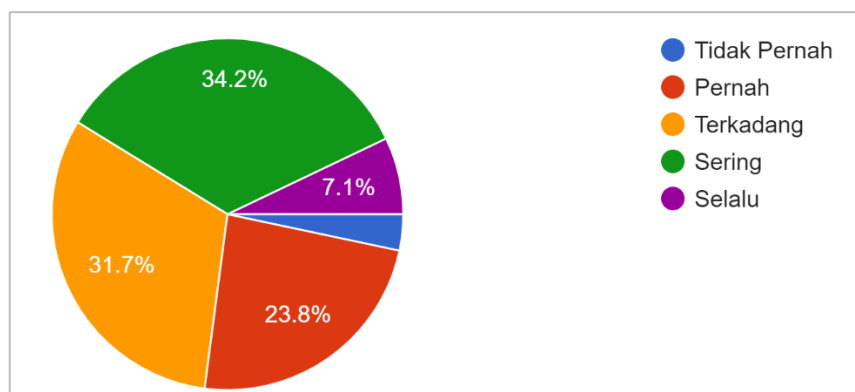


Gambar 4.17 Jumlah Anggota Keluarga Perokok Responden

Sumber: Data Primer (2022)

D. Karakteristik Layanan Kesehatan

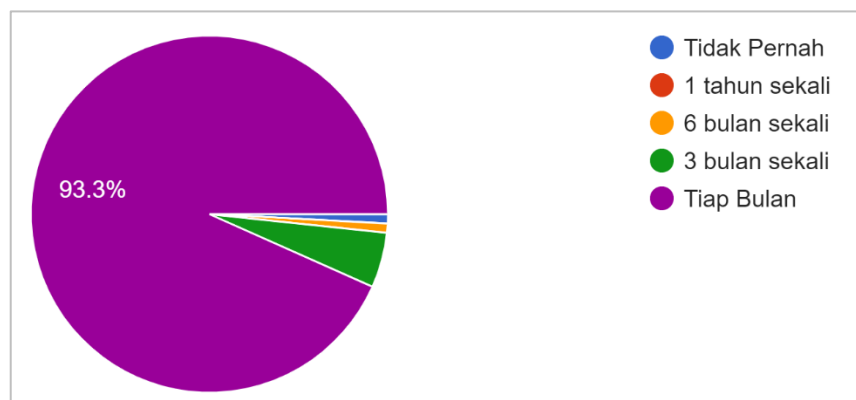
Keberadaan layanan kesehatan berperan penting dalam proses pencegahan dan penanganan *stunting*. Peran tersebut berupa konsultasi dan pemberian tindakan (*treatment*) bagi balita yang berisiko atau penyintas *stunting*. Aktivitas interaksi ibu dengan faskes dan bidan merupakan kunci layanan kesehatan. Karena bidan dan posyandu dapat memberikan bimbingan pencegahan atau penanganan *stunting* dan pemberian nutrisi tambahan bagi balita *stunting*. Layanan kesehatan ini meliputi program konsultasi/pendampingan, pemberian suplemen, dan imunisasi.



Gambar 4.18 Intensitas Ibu Mengikuti Pelatihan/Kelas Kesehatan Ibu Anak

Sumber: Data Primer (2022)

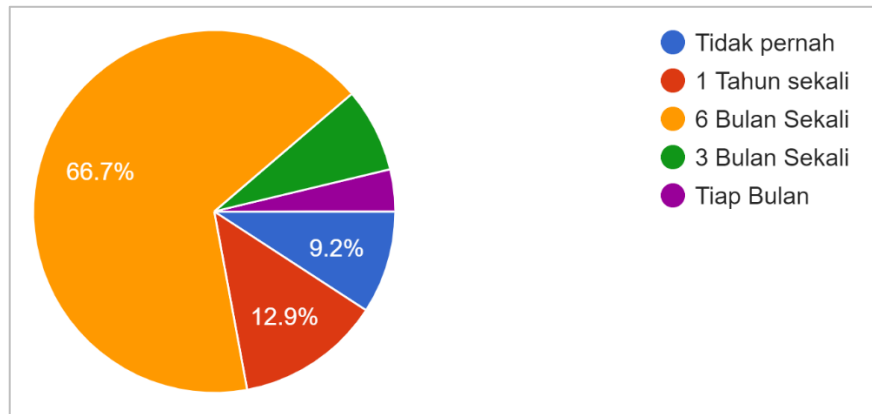
Capaian partisipasi program posyandu dan bidan sudah sangat baik, sebanyak 41,3% ibu sering dan selalu mengikuti program kelas dan konsultasi kesehatan ibu dan anak. Beberapa program ini diantaranya kelas ibu hamil dan menyusui dan prosyandu. Di samping itu, 31,7% responden mengikuti kelas dan konsultasi kesehatan pada intensitas sedang. Sedangkan sebanyak 23,8% responden mengaku jarang mengikuti program kelas dan konsultasi kesehatan ibu. Sisanya, 2,9% responden tidak pernah mengikuti program kelas dan konsultasi kesehatan ibu. Capaian ini cukup baik pada tingkat 73% responden mengikuti program kelas dan konsultasi kesehatan ini dengan baik.



Gambar 4.19 Intensitas Ibu Mengikuti Posyandu

Sumber: Data Primer (2022)

Capaian program posyandu sangat baik di Kabupaten Purworejo. Sebanyak 93,3% responden mengikuti posyandu secara rutin tiap bulan. Hanya 6,7% yang tidak rutin mengikuti posyandu. Kesadaran masyarakat tentang pentingnya posyandu dalam memantau tumbuh kembang anak sudah cukup tinggi. Di samping itu, peran posyandu untuk memberikan *treatment* bagi anak normal maupun *stunting* sangat dipahami oleh masyarakat.



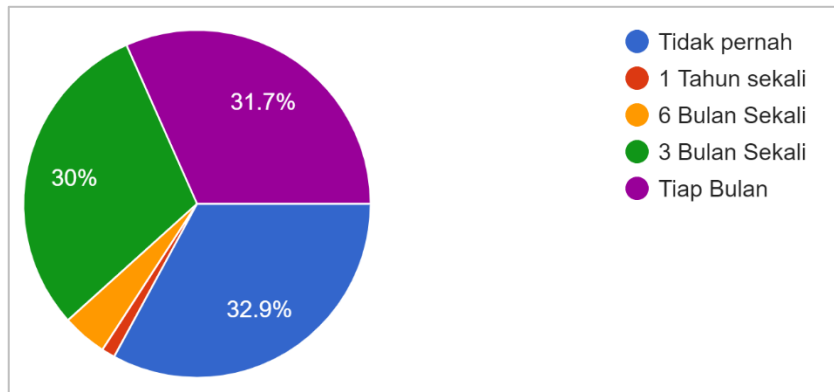
Gambar 4.20 Intensitas Balita Menerima Vitamin A dan Obat Cacing

Sumber: Data Primer (2022)

Layanan kesehatan posyandu yang kurang dioptimalkan adalah pada intensitas balita menerima vitamin A dan obat cacing. Standar vitamin A dan obat cacing diberikan kepada balita adalah 6 bulan sekali (minimal). Akan tetapi terdapat 12,9% responden yang mendapat vitamin A dan obat cacing setahun sekali. Sedangkan, terdapat 9,2% responden yang tidak pernah menerima vitamin A dan obat cacing. Oleh karena itu, pemberian vitamin A dan obat cacing minimal 6 bulan sekali bagi balita perlu digalakkan lebih intensif dan ekstensif lagi kedepan.

E. Karakteristik Kebijakan Kesehatan

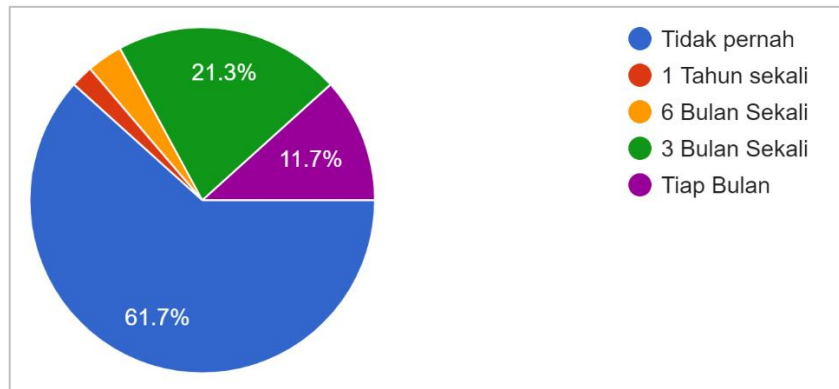
Kebijakan pemerintah bidang kesehatan merupakan upaya untuk mengoptimalkan tumbuh kembang balita. Di samping itu, kebijakan ini juga bertujuan mengurangi risiko *stunting* bagi balita yang terindikasi berisiko *stunting*. Kebijakan pemerintah untuk peningkatan kesehatan ibu dan anak biasanya dilakukan dengan berbagai mekanisme seperti pemberian makanan tambahan, imunisasi, dan jaminan kesehatan.



Gambar 4.22 Intensitas Penerimaan Makanan dan Suplemen Tambahan pada Ibu Hamil

Sumber: Data Primer (2022)

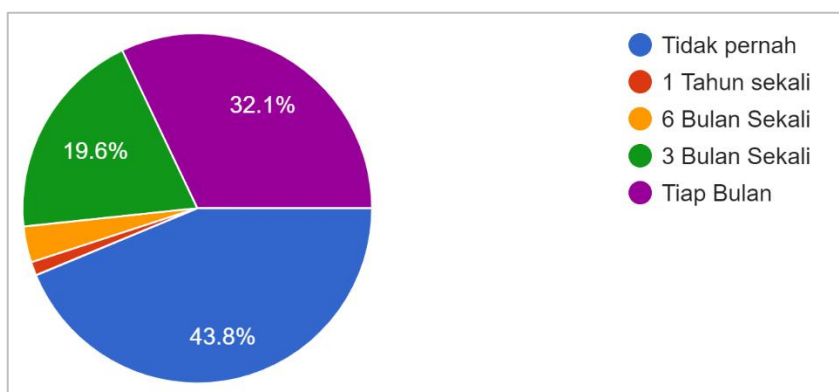
Pada dasarnya pemberian makanan tambatan dan suplemen merupakan program pemerintah di bidang kesehatan untuk meningkatkan konsumsi nutrisi ibu dan anak. Selama hamil, ibu disarankan untuk mengonsumsi makanan tambahan sebanyak 2-3 keping per hari (Kementerian Kesehatan, 2022). Dengan demikian, intensitas ibu menerima dan mengonsumsi makanan tambahan semakin sering maka semakin baik. Gambar 4.22 menunjukkan bahwa ibu menerima makanan tambahan tiap bulan sebanyak 31,7% responden dan tiap 3 bulan sebanyak 30%. Akan tetapi yang menjadi perhatian adalah 32,9% responden menyatakan bahwa tidak pernah menerima makanan tambahan selama kehamilan. Meskipun demikian, hal ini bergantung pada program pemerintah yaitu ketersediaan anggaran, persediaan, dan kebijakan pelaksanaan PMT (pemberian makanan tambahan). Oleh karena itu, PMT kemungkinan bisa lebih banyak, atau bahkan tidak pernah diberikan sesuai implementasi kebijakan pemerintah.



Gambar 4.23 Intensitas Penerimaan Makanan dan Suplemen Tambahan pada Ibu Menyusui

Sumber: Data Primer (2022)

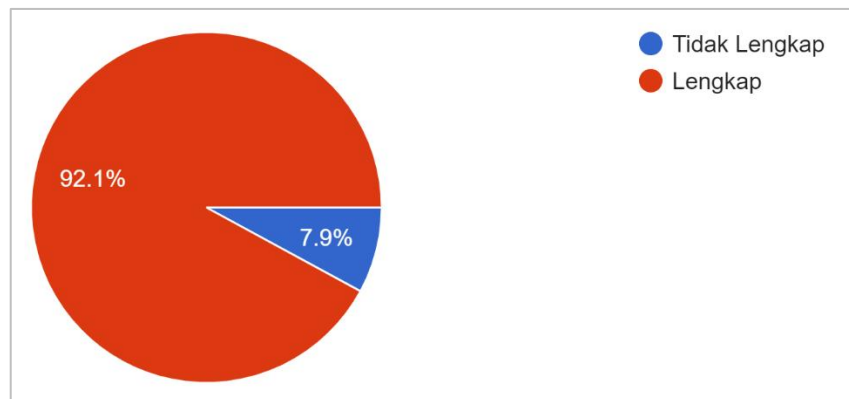
Hal serupa terjadi pada fase ibu menyusui, bahwa sebanyak 61,7% responden tidak pernah menerima makanan tambahan selama poses menyusui (pasca kelahiran). Angka ini cukup banyak, sehingga alasan-alasan rendahnya PMT ini perlu ditelusuri baik karena faktor kebijakan atau penetrasi yang tidak merata. Di sisi lain, 11,7% responden menerima PMT tiap bulan dan 21,3% responden menerima PMT tiap 3 bulan sekali.



Gambar 4.24 Intensitas Penerimaan Makanan dan Suplemen Tambahan pada Balita

Sumber: Data Primer (2022)

Meskipun berbeda dengan PMT pada ibu hamil dan menyusui, PMT pada balita juga tidak pernah diterima respon yaitu sebanyak 43,8% responden Angka ini cukup banyak, sehingga alasan-alasan rendahnya PMT pada balita ini perlu ditelusuri baik karena faktor kebijakan atau penetrasi yang tidak merata. Di sisi lain, 32,1% responden menerima PMT tiap bulan dan 19,6% responden menerima PMT tiap 3 bulan sekali.



Gambar 4.25 Status Imunisasi Balita Responden

Sumber: Data Primer (2022)

Imunisasi dasar lengkap pada balita bertujuan melakukan preventif atas kemungkinan dan risiko penyakit menular. Capaian imunisasi di Kabupaten Purworejo sangat baik karena telah mencapai 92,1% responden dengan status imunisasi lengkap. Sisanya sebanyak 7,9% responden memiliki status imunisasi tidak lengkap yang perlu digiatkan lagi kedepan. Hal ini dilakukan agar risiko *stunting* dan kekurangan gizi akibat penyakit menular dapat ditekan semaksimal mungkin.

BAB V

ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN

5.1 Statistik Deskriptif Data Penelitian

Statistik deskriptif atau yang disebut juga *central tendency* merupakan pendekatan statistik untuk menjelaskan *trend* atau kecenderungan data penelitian. Wooldridge (2010) menjelaskan bahwa statistik deskriptif menggambarkan kondisi umum data untuk dapat memberikan kesimpulan awal dalam penelitian. Menurutnya, statistik deskriptif terdiri dari *mean* (rata-rata), *median*, *modus*, *minimum*, *maximum*, *standard deviation*, *skewness*, dan *qurtosis*. Akan tetapi, penelitian ini hanya menggunakan *mean*, nilai minimum, nilai maksimum, dan standar deviasi, karena *skewness* dan *qurtosis* tentang distribusi data akan dijelaskan dalam uji normalitas data.

A. Karakteristik Rumah Tangga

Vektor karakteristik rumah tangga terdiri atas 14 variabel dengan pengukuran berbeda-beda (multinomial). Dalam konteks ini, variabel-variabel mengenai kondisi rumah tangga, orangtua, dan lingkungan sosial ekonomi keluarga dijabarkan secara umum dan sederhana untuk mengambil langkah-langkah penelitian berikutnya. Variabel pertama dalam analisis deskriptif di bagian ini adalah status tinggi balita yang dihitung berdasarkan rumus tinggi badan dibagi usia (TB/U). Pada tabel 5.1, status tinggi balita bernilai minimum pada nilai 1,6852 dengan nilai maksimum 6,2500. Rata-rata data status tinggi balita sebesar 3,3303 yang berarti tepat berada di tengah sehingga *central tendency* kemungkinan berada di tengah distribusi frekuensi data. Terakhir, nilai standar deviasi bernilai 0,9369 yang menjelaskan bahwa nilai ini tidak

lebih dari rata-ratanya sehingga dapat disimpulkan simpangan (deviasi) tidak melebihi nilai rata-rata.

Tabel 5.1 Statistik Deskriptif Data Vektor Karakteristik Rumah Tangga

Descriptive Statistics					
Variables	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Status Tinggi Balita (TB/U)	239	1,6852	6,2500	3,330335	,9369404
Ln Status Ekonomi	239	13,82	15,52	14,6436	,36394
Pangan Anak	239	400000,00	1850000,00	826631,7992	330924,75216
U.M. Ayah	239	13,00	44,00	26,0586	4,46517
U.M. Ibu	239	14,00	40,00	22,4184	3,67490
Pend. Ibu	239	1,00	5,00	2,7155	,98870
Pend. Ayah	239	1,00	5,00	2,7280	,93333
Pola Asuh	239	2,00	5,00	4,8745	,43111
Paritas	239	-1,00	6,00	3,4937	1,48344
Riwayat Paritas	239	2,00	5,00	4,5397	,69018
TB Ibu	239	135,00	180,00	153,8937	5,44308
LILA Ibu Hamil	239	18,00	40,00	26,5640	4,46848
Anemia Remaja Ibu	239	1,00	4,00	1,3264	,80582
Kesehatan Reproduksi	239	4,00	13,00	8,6611	1,50705
Nutrisi Ibu Hamil	239	2,00	6,00	3,7406	1,26011
KB	239	1,00	7,00	4,0293	2,20846
Akses Informasi	239	4,00	12,00	8,0502	1,62361

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Variabel status ekonomi ditransformasikan ke dalam bentuk logaritma natural (LN) karena permasalahan *range* data dan interval kelas yang cukup jauh. Hal ini ditengarai oleh adanya ketimpangan pendapatan rumah tangga dari hanya Rp.500.000 dengan Rp.5.500.000. Oleh karena itu, logaritma natural memperpendek interval kelas dan range data menjadi satuan yang lebih kecil. Ln status ekonomi menunjukkan nilai minimum 13,82. Nilai maksimum variabel ini berada di angka 15,52 dengan nilai rata-rata 14,64. Rata-rata berada di tengah distribusi data dengan cenderung meninggi yang

berarti bahwa pendapatan rumah tangga kemungkinan rata-rata dan modus berada di angka Rp.2.000.000 hingga Rp.3.000.000. Sedangkan nilai standar deviasi 0,3639 yang berarti bahwa standar deviasi berada dibawah nilai rata-rata sehingga data disimpulkan kemungkinan berdistribusi normal.

Variabel pengeluaran pangan untuk anak memiliki nilai rata-rata 826.631 yang berarti mendekati nilai minimum. Hal ini berarti kecenderungan data berkumpul atau terpusat ke arah nilai minimumnya. Akan tetapi, nilai standar deviasi 330.924 mengindikasikan bahwa data kemungkinan berdistribusi normal karena berada dibawah nilai rata-rata. Berikutnya, variabel usia menikah ayah nilai rata-rata sebesar 26,05 atau mendekati nilai maksimumnya. Sedangkan, nilai standar deviasi berada di nilai 4,46 menunjukkan adanya potensi data berdistribusi normal pada data variabel tersebut. Hal ini juga terjadi pada data variabel usia menikah ibu nilai rata-rata yaitu 22,41 sehingga mendekati nilai minimumnya. Nilai standar deviasi sebesar 3,67 ($<$ rata-rata) mengindikasikan bahwa kemungkinan data variabel berdistribusi normal.

Variabel pendidikan ibu memiliki nilai rata-rata 2,71 (SMP sederajat) yang berarti mendekati nilai minimum. Hal ini berarti kecenderungan data berkumpul atau terpusat ke arah nilai minimumnya. Akan tetapi, nilai standar deviasi 0,98 mengindikasikan bahwa data kemungkinan berdistribusi normal karena berada dibawah nilai rata-rata. Berikutnya, variabel pendidikan ayah nilai rata-rata sebesar 2,72 (SMP sederajat) atau mendekati nilai minimumnya. Sedangkan, nilai standar deviasi berada di nilai 0,93 menunjukkan adanya potensi data berdistribusi normal pada data variabel tersebut. Hal ini juga terjadi pada data variabel pola asuh nilai rata-rata yaitu 4,87 sehingga mendekati nilai maksimumnya (diasuh oleh Ibu). Nilai standar deviasi sebesar 0,43 ($<$ rata-rata) mengindikasikan bahwa kemungkinan data variabel berdistribusi normal.

Variabel paritas, riwayat paritas, dan kesehatan reproduksi memiliki nilai rata-rata berarti mendekati nilai maksimum. Hal ini berarti kecenderungan data berkumpul atau terpusat ke arah nilai maksimumnya. Akan tetapi, nilai standar deviasi mengindikasikan data kemungkinan berdistribusi normal karena berada dibawah nilai rata-rata. Sebaliknya, data variabel tinggi badan Ibu, LILA ibu hamil, anemia remaja Ibu, dan nutrisi ibu hamil bernilai rata-rata mendekati nilai minimumnya. Sedangkan, nilai standar deviasi berada dibawah nilai rata-rata sehingga berpotensi distribusi normal pada data variabel tersebut. Data variabel yang nyaris di tengah nilai rata-ratanya adalah KB dan akses informasi. Sedangkan, nilai standar deviasi kurang dari rata-rata sehingga mengindikasikan kemungkinan data variabel berdistribusi normal.

B. Karakteristik Individu

Tabel 5.2 Statistik Deskriptif Data Vektor Karakteristik Individu

Descriptive Statistics					
Variables	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Intensitas Periksa	239	2,00	12,00	6,5858	2,40971
HB Ibu Hamil	239	7,00	15,00	11,5066	1,48658
Konsumsi Suplemen	239	6,00	18,00	11,7155	4,22709
PB Lahir	239	34,00	56,00	47,9590	4,14533
BB Lahir	239	1700,00	4100,00	3046,3180	787,92105
Komp. Lain	239	55,00	88,00	72,5397	4,49994
Gestasi	239	28,00	47,00	38,0209	2,29806
Riwayat Sakit	239	2,00	5,00	3,7950	1,14304
Status ASI-MPASI	239	6,00	21,00	18,5481	2,83266
Pola Nutrisi Balita	239	1,00	7,00	4,5523	1,54362
Junkfood	239	1,00	4,00	2,4854	,74388

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa variabel HB ibu hamil, PB lahir, BB lahir, komponen pertumbuhan lain, status ASI dan MPASI dan riwayat sakit, memiliki nilai

rata-rata mendekati nilai maksimum. Hal ini berarti kecenderungan data berkumpul atau terpusat ke arah nilai maksimumnya. Akan tetapi, nilai standar deviasi mengindikasikan data kemungkinan berdistribusi normal karena berada dibawah nilai rata-rata. Sebaliknya, data variabel intensitas pemeriksaan kehamilan dan konsumsi suplemen bernilai rata-rata mendekati nilai minimumnya. Sedangkan, nilai standar deviasi berada dibawah nilai rata-rata sehingga berpotensi distribusi normal pada data variabel tersebut. Data variabel yang nyaris di tengah nilai rata-ratanya adalah gestasi dan pola nutrisi balita. Sedangkan, nilai standar deviasi kurang dari rata-rata sehingga mengindikasikan kemungkinan data variabel berdistribusi normal.

C. Karakteristik Lingkungan

Tabel 5.3 Statistik Deskriptif Data Vektor Karakteristik Lingkungan

Descriptive Statistics					
Variables	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sanitasi	239	5,00	12,00	10,0293	1,17179
Air Bersih/ Minum	239	4,00	12,00	7,5230	1,38665
Handling Sampah	239	3,00	9,00	5,2552	,91539
Kualitas Tempat Tinggal	239	9,00	16,00	12,8912	1,19377
Status Polusi	239	4,00	17,00	10,0335	3,37298

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Pada tabel 5.3, variabel sanitasi memiliki nilai rata-rata mendekati nilai maksimum. Hal ini berarti kecenderungan data berkumpul atau terpusat ke arah nilai maksimumnya. Akan tetapi, nilai standar deviasi mengindikasikan data kemungkinan berdistribusi normal karena berada dibawah nilai rata-rata. Sebaliknya, data variabel pengelolaan sampah dan status polusi bernilai rata-rata mendekati nilai minimumnya.

Sedangkan, nilai standar deviasi berada dibawah nilai rata-rata sehingga berpotensi distribusi normal pada data variabel tersebut. Data variabel yang nyaris di tengah nilai rata-ratanya adalah status air bersih dan kualitas tempat tinggal. Sedangkan, nilai standar deviasi kurang dari rata-rata sehingga mengindikasikan kemungkinan data variabel berdistribusi normal.

D. Karakteristik Layanan Kesehatan

Tabel 5.4 Statistik Deskriptif Data Vektor Karakteristik Layanan Kesehatan

Descriptive Statistics					
Variables	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Akses Faskes	239	,00	4,00	1,1329	,65321
Peran Nakes/ Faskes	239	6,00	20,00	12,7029	3,61713
Peran Posyandu	239	7,00	15,00	11,8326	1,42207
Layanan KIA	239	3,00	6,00	4,9874	,61138
Pijat Bayi	239	1,00	5,00	2,8577	1,39200
Vit.A Obat Cacing	239	1,00	5,00	2,8410	,83505

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa variabel layanan kesehatan ibu dan anak, pijat bayi dan vitamin A obat cacing memiliki nilai rata-rata mendekati nilai maksimum. Hal ini berarti kecenderungan data berkumpul atau terpusat ke arah nilai maksimumnya. Akan tetapi, nilai standar deviasi mengindikasikan data kemungkinan berdistribusi normal karena berada dibawah nilai rata-rata. Sebaliknya, data variabel akses kesehatan dan peran tenaga kesehatan bernilai rata-rata mendekati nilai minimumnya. Sedangkan, nilai standar deviasi berada dibawah nilai rata-rata sehingga berpotensi distribusi normal pada data variabel tersebut. Data variabel yang nyaris di tengah nilai rata-ratanya adalah peran posyandu. Sedangkan, nilai standar deviasi kurang dari rata-rata sehingga mengindikasikan kemungkinan data variabel berdistribusi normal.

E. Karakteristik Kebijakan Kesehatan

Tabel 5.5 Statistik Deskriptif Data Vektor Karakteristik Kebijakan Kesehatan

Descriptive Statistics					
Variables	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
PMT	239	3,00	15,00	8,4268	3,69787
Imunisasi	239	,00	1,00	,8033	,39830
Jamkes	239	2,00	10,00	5,1297	1,97354
Penyuluhan	239	1,00	5,00	3,9623	1,10511

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Pada tabel 5.5, variabel imunisasi dan penyuluhan kesehatan memiliki nilai rata-rata mendekati nilai maksimum. Hal ini berarti kecenderungan data berkumpul atau terpusat ke arah nilai maksimumnya. Akan tetapi, nilai standar deviasi mengindikasikan data kemungkinan berdistribusi normal karena berada dibawah nilai rata-rata. Sebaliknya, data variabel jaminan kesehatan bernilai rata-rata mendekati nilai minimumnya. Sedangkan, nilai standar deviasi berada dibawah nilai rata-rata sehingga berpotensi distribusi normal pada data variabel tersebut. Data variabel yang nyaris di tengah nilai rata-ratanya adalah pemberian makanan tambahan (PMT). Sedangkan, nilai standar deviasi kurang dari rata-rata sehingga mengindikasikan kemungkinan data variabel berdistribusi normal.

5.2 Analisis Multinomial Regresi Tingkat Kabupaten

Pada dasarnya, analisis regresi linier mengungkap hubungan linieritas 2 atau lebih variabel untuk melihat kecenderungan secara rata-rata. Penggunaan metode ini telah jamak dilakukan dalam berbagai kepentingan riset terutama untuk mengukur determinasi variabel model dalam satu fungsi linier. Jenis metode regresi pun beragam bergantung pada tujuan penelitian, jenis data, dan jenis fungsi matematis. Pada

penelitian ini, multinomial regresi digunakan karena berbagai paduan data variabel yang berbentuk rasio, nominal, dan binary (*dummy*) dalam satu model fungsi linier. Tujuan penelitian ini menggunakan metode tersebut adalah untuk mengukur determinan *stunting* dari karakteristik rumah tangga, individu, lingkungan, layanan kesehatan, dan kebijakan kesehatan.

A. Uji Asumsi Klasik Data Penelitian

Dalam analisis multinomial regresi, pemenuhan uji asumsi klasik perlu dilakukan sebagai salah satu syarat *goodness of fit* dan *omitted bias* sehingga model dapat memberikan representasi optimal terhadap data dan fenomena. Terdapat empat uji data yang dilakukan yaitu uji normalitas, uji multikolinearitas, uji heteroskedastisitas, dan uji autokorelasi.

Tabel 5.6 Uji Asumsi Klasik Data Penelitian

NO.	JENIS UJI	METODE	KRITERIA	LUARAN PENELITIAN	SIMPULAN
1	Normalitas	<i>Kolmogorof-Smirnov</i>	Assymp. 2 tailed > 0,05	0,820	Lolos Uji
2	Multikolinearitas	<i>Tolerance Value</i> <i>Variance Inflation</i> <i>Factor</i>	Tolerance > 0,05 VIF < 10	Tolerance > 0,05 VIF < 10	Lolos Uji
3	Heteroskedastisitas	<i>Spearman 'rho</i>	Korelasi Absolute Residual > 0,05	> 0,05	Lolos Uji
4	Autokorelasi	<i>Durbin Watson</i>	dL < DW < 4-du	2,116	Lolos Uji

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Uji asumsi klasik diringkas dalam tabel 5.6 diatas. Hal ini didasarkan pada kriteria dalam teori ekonometrika dengan luaran perhitungan di bagian lampiran. *Pertama*, uji normalitas dengan metode *kolmogorof-smirnov* menguji distribusi data

menunjukkan nilai *assymptothic 2-tailed* sebesar 0,820. Hal ini melebihi kriteria uji normalitas dengan standar minimum 0,50*assymp. 2 tailed*, sehingga data dinyatakan lolos uji atau berdistribusi normal. *Kedua*, uji multikolinearitas menggunakan metode *tolerance value* ($> 0,05$) dan *variance inflation factor* (< 10) pada hasil regresi. Luaran hasil regresi menunjukkan bahwa seluruh variabel memenuhi kriteria tersebut sehingga seluruh variabel disimpulkan terbebas dari gejala multikolinearitas.

Ketiga, uji heteroskedastisitas dengan metode *spearman 'rho* yaitu mengukur korelasi bivariat *absolute residual* terhadap variabel independen. Luaran regresi menunjukkan seluruh variabel memiliki *sig. 2 tailed* lebih dari 0,05 ($< 0,05$) sehingga data lolos uji heteroskedastisitas. *Terakhir*, uji autokorelasi menggunakan metode *Durbin Watson* yaitu membandingkan nilai DW pada luaran regresi dengan tabel DW. Kriteria tabel DW dengan $n = 239$, $k > 5$ sehingga du adalah 1,571 dan dL sebesar 1,78 berarti $4 - 1,78$ adalah 2,22. Maka kriteria DW adalah 1,571 s.d 2,220 yang berarti dengan luaran regresi DW 2,116 terletak diantara kriteria sehingga data disimpulkan tidak mengalami gejala autokorelasi.

Serangkaian uji asumsi klasik tersebut mendapati seluruh variabel lolos uji asumsi klasik. Pemenuhan uji data ini menyimpulkan bahwa data siap untuk dianalisis menggunakan metode multinomial regresi. Setidaknya, uji ini menjamin bahwa model yang dibangun atas kombinasi beberapa variabel dapat memenuhi signifikansi model regresi.

B. Analisis Model Signifikansi Simultan

Analisis model signifikansi simultan menjelaskan tentang kombinasi variabel independen berpengaruh atau tidak terhadap variabel dependen secara simultan

(bersamaan) (Wooldridge, 2010). Penelitian ini mengkomodir pengaruh kombinasi 42 variabel independen terhadap variabel dependen status tinggi balita (TB/U).

Tabel 5.7 Luaran Regresi ANOVA

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	200,689	42	4,778	113,644	,000 ^b
	Residual	8,241	196	,042		
	Total	208,930	238			
<p>a. Dependent Variable: Status Tinggi Balita (TB/U)</p> <p>b. Predictors: (Constant), Penyuluhan, Pola Nutrisi Balita, Anemia Remaja Ibu, Air Bersih/ Minum, TB Ibu, BB Lahir, Riwayat Paritas, Riwayat Sakit, PB Lahir, Pola Asuh, Sanitasi, U.M. Ayah, Akses Faskes, Handling Sampah, Kualitas Tempat Tinggal, HB Ibu Hamil, Vit.A Obat Cacing, Kesehatan Reproduksi, Layanan KIA, Gestasi, Pijat Bayi, U.M. Ibu, Paritas, Status ASI-PMT, Peran Posyandu, Junkfood, PMT, Jamkes, Pend. Ayah, LILA Ibu Hamil, Pangan Anak, Intensitas Periksa, Pend. Ibu, Imunisasi, Peran Nakes/ Faskes, Akses Informasi, Nutrisi Ibu Hamil, Komp. Lain, KB, Status Polusi, Konsumsi Suplemen, Ln Status Ekonomi</p>						

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Analisis model ini dilakukan dengan 2 pendekatan yaitu perbandingan F_{hitung} dengan F_{tabel} dan signifikansi $< 0,005 (\alpha)$. *Pertama*, nilai F_{tabel} pada penelitian ini berada pada cell (k; n-k) yaitu 42; 239-42 sehingga cell 42;197. Nilai F_{tabel} pada cell 42; 197 adalah 1,50 maka nilai F_{hitung} 113,664 lebih besar dari F_{tabel} (1,50). Signifikansi model ini juga dibuktikan oleh nilai sig. pada luaran regresi ANOVA sebesar $0,000 < 0,05$ sehingga disimpulkan signifikan. Ujung dari analisis model ini adalah bahwa kombinasi seluruh variabel independen (karakteristik rumah tangga, individu, lingkungan, layanan kesehatan, dan kebijakan kesehatan) dalam model berpengaruh signifikan secara serempak atau simultan terhadap variabel status tinggi badan balita. Model telah teridentifikasi berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen status tinggi

badan balita. Berikutnya, analisis parsial masing-masing variabel perlu diperdalam dan rinci untuk memberikan gambaran variabel-variabel yang berpengaruh dan tidak berpengaruh secara statistik.

C. Analisis Signifikansi Parsial

Analisis signifikansi parsial bertujuan mengidentifikasi variabel-variabel dalam model yang secara spesifik mempengaruhi variabel dependen (Wooldridge, 2010), yaitu status tinggi badan balita dalam penelitian ini. Analisis signifikansi parsial dapat dilakukan dengan salah satu dari 2 metode yang ada yaitu analisis T_{hitung} dan $P-value$ (sig.). Pada penelitian ini, analisis signifikansi parsial dilakukan dengan analisis $P-value$ (sig.) pada masing-masing variabel dengan mempertimbangkan arah pengaruh koefisien (β) (Wooldridge, 2010). Variabel independen dinyatakan berpengaruh jika $sig. > 0,05$ (lebih dari $\alpha 0,05$) (Wooldridge, 2010).

Signifikansi pada model regresi menandakan bahwa setiap perubahan nilai variabel independen akan merubah nilai variabel dependen dengan kemungkinan error sesuai signifikansi atau α (alpha). Wooldridge (2010) menjelaskan bahwa signifikan pada variabel independen berarti variabel tersebut memiliki koefisien yang sebenarnya berbeda dari nol dengan meyakinkan (sesuai sig.). Sedangkan, variabel independen yang tidak signifikan berarti koefisien sesungguhnya bernilai nol (tidak bernilai). Hanya saja, definisi tidak signifikan ini perlu dipahami sebagai suatu gejala statistik linieritas bukan fenomena aktual.

Tabel 5.8 Luaran Multinomial Regresi

Vector	Variable	Coefficient	Sig.
	(Constant)	17,295	,000
Karakteristik Rumah Tangga	Ln Status Ekonomi***	1,239***	,000
	Pangan Anak***	3,128E-6***	,000
	U.M. Ayah**	,009**	,038
	U.M. Ibu**	,011**	,045
	Pend. Ibu	,003	,889
	Pend. Ayah	,020	,363
	Pola Asuh	,040	,298
	Paritas*	-,002*	,085
	Riwayat Paritas	-,035	,124
	TB Ibu*	,005*	,097
	LILA Ibu Hamil	-,005	,238
	Anemia Remaja Ibu	-,014	,436
	Kesehatan Reproduksi	-,003	,803
	Nutrisi Ibu Hamil**	,052**	,030
	KB**	,016**	,028
	Akses Informasi*	,006*	,087
Karakteristik Individu	Intensitas Pemeriksaan Kehamilan	,002	,870
	HB Ibu Hamil	-,013	,207
	Konsumsi Suplemen**	,027**	,025
	PB Lahir	,002	,551
	BB Lahir	-2,649E-5	,151
	Komponen Pertumbuhan Lain*	,008*	,086
	Gestasi*	,005*	,052
	Riwayat Sakit	,005	,752
	Status ASI-PMT	,002	,753
	Pola Nutrisi Balita	-,014	,508
	Junkfood	,012	,648
Karakteristik Lingkungan	Sanitasi	,008	,592
	Air Bersih/ Minum	,012	,342
	Handling Sampah	-,016	,331
	Kualitas Tempat Tinggal	-,008	,590
	Status Polusi***	-,039***	,002
Karakteristik Layanan Kesehatan	Akses Faskes	-,005	,839
	Peran Nakes/ Faskes	,002	,750
	Peran Posyandu*	,004*	,073
	Layanan KIA	,016	,561
	Pijat Bayi	,018	,153
	Vit.A Obat Cacing	,006	,773
Karakteristik Kebijakan Kesehatan	PMT	,001	,816
	Imunisasi	-,030	,620
	Jamkes	,013	,357
	Penyuluhan	,002	,907

Keterangan: ***Significant in Level α 1%; **Significant in Level α 5%; *Significant in Level α 10%

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Variabel tidak signifikan masih tetap memiliki arti untuk dapat dijelaskan sebagai bagian dari hasil metodologis. Sebagai contoh, jika variabel pemberian bantuan keuangan tunai pemerintah pada masyarakat tidak berpengaruh pada peningkatan konsumsi pangan masyarakat, bukan berarti tidak ada pemberian bantuan pemerintah. Akan tetapi, terjadi anomali data yaitu pemberian bantuan keuangan dapat meningkatkan konsumsi pangan tetapi juga dapat menurunkan konsumsi pangan di sampel yang lain. Misalnya, hal ini disebabkan oleh momentum hari raya atau kenaikan sekolah sehingga konsumsi pangan relatif menurun dan konsumsi barang tekstil meningkat di beberapa segmen sampel. Hal ini yang kemudian menyebabkan data menjadi anomali (negatif sebagian sampel dan positif sebagian sampel) sehingga *slope* pada interaksi antar variabel tidak dapat membentuk hubungan linieritas baik positif maupun negatif.

1) Karakteristik Rumah Tangga

Karakteristik menjadi vektor paling banyak berkontribusi terhadap status tinggi badan balita. Hal ini tampak pada 9 variabel yang berpengaruh signifikan terhadap status tinggi badan balita dari total 14 variabel yang diukur. Simpulan awal dapat dijelaskan bahwa karakteristik rumah tangga menjadi faktor utama dan pertama dalam mendukung status tinggi badan balita dan mencegah risiko *stunting*. Oleh karena itu, model pencegahan kedepan perlu mendapat perhatian sebagai strategi utama percepatan penurunan angka *stunting*.

Pertama, variabel Ln Status Ekonomi berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini dijustifikasi dari nilai sig. 0,000 ($< \alpha$ 0,01***) pada variabel Ln Status Ekonomi sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 1%.

Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 1,239. Hal ini berarti setiap kenaikan 1% status ekonomi (pendapatan total rumah tangga) dapat meningkatkan 1,239% status tinggi badan balita.

Kedua, variabel pengeluaran pangan anak berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini diinterpretasikan dari nilai sig. 0,000 ($< \alpha 0,01^{***}$) pada variabel pengeluaran pangan anak sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 1%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 3,128E-6. Hal ini berarti setiap kenaikan Rp.1 pengeluaran untuk pangan anak dapat meningkatkan 0,000003128 status tinggi badan balita.

Ketiga, variabel usia menikah ayah berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini dijustifikasi dari nilai sig. 0,038 ($< \alpha 0,05^{**}$) pada variabel usia menikah ayah sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 5%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,009. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 tahun usia menikah ayah dapat meningkatkan 0,009 status tinggi badan balita.

Keempat, variabel usia menikah ibu berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini dilihat dari nilai sig. 0,045 ($< \alpha 0,05^{**}$) pada variabel usia menikah ibu sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 5%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,011. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 tahun usia menikah ibu dapat meningkatkan 0,011 status tinggi badan balita.

Kelima, variabel paritas berpengaruh negatif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan meningkatkan risiko *stunting*. Pengaruh signifikan ini dijustifikasi dari nilai sig. 0,085 ($< \alpha 0,1^*$) pada variabel paritas sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 10%. Arah pengaruh negatif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai -0,002. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 unit paritas (jumlah anak lahir dan jarak kelahiran yang dekat) dapat menurunkan 0,002 status tinggi badan balita atau meningkatkan risiko *stunting*.

Keenam, variabel tinggi badan ibu berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini disimpulkan dari nilai sig. 0,097 ($< \alpha 0,1^*$) pada variabel tinggi badan ibu sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 10%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,005. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 cm tinggi badan ibu dapat meningkatkan 0,005 (TB/U) status tinggi badan balita.

Ketujuh, variabel nutrisi ibu hamil berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini dijustifikasi dari nilai sig. 0,030 ($< \alpha 0,05^*$) pada variabel nutrisi ibu hamil sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 5%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,052. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 skor nutrisi (variasi makanan dan tablet Fe) dapat meningkatkan 0,052 status tinggi badan balita.

Kedelapan, variabel penggunaan alat kontrasepsi KB berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini dijelaskan oleh nilai sig. 0,028 ($< \alpha 0,05^{**}$) pada

variabel penggunaan alat kontrasepsi KB sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 5%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,016. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 skor penggunaan alat kontrasepsi dapat meningkatkan 0,016 status tinggi badan balita.

Terakhir, variabel akses informasi berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini disimpulkan dari nilai sig. 0,087 ($< \alpha 0,1^{**}$) pada variabel akses informasi sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 10%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,006. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 skor akses informasi dapat meningkatkan 0,006 terhadap status tinggi badan balita.

2) Karakteristik Individu

Pada bagian kedua ini, karakteristik individu merupakan vektor kedua dengan variabel independen paling banyak yang berpengaruh terhadap status tinggi balita. Vektor karakteristik individu ini berkontribusi 3 variabel independen (konsumsi suplemen, komponen pertumbuhan lain, dan gestasi) yang berpengaruh terhadap status tinggi balita dan penurunan *stunting*. *Pertama*, variabel konsumsi suplemen ibu hamil berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini dijustifikasi dari nilai sig. 0,025 ($< \alpha 0,05^{**}$) pada variabel konsumsi suplemen ibu hamil sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 5%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,027. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 intensitas suplemen

ibu hamil (Fe, Kalsium, dan Asam Folat) dapat meningkatkan 0,027 status tinggi badan balita.

Kedua, variabel komponen pertumbuhan lain (lingkar kepala, lingkar dada, dan lingkar lengan) berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini diinterpretasikan dari nilai sig. 0,086 ($< \alpha 0,1^*$) pada variabel komponen pertumbuhan lain sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 10%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,008. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 cm komponen pertumbuhan lainnya dapat meningkatkan 0,008 status tinggi badan balita.

Terakhir, variabel gestasi berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini disimpulkan berdasarkan nilai sig. 0,052 ($< \alpha 0,1^{**}$) pada variabel gestasi sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 10%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,005. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 minggu usia kehamilan (gestasi) dapat meningkatkan 0,005 status tinggi badan balita.

3) Karakteristik Lingkungan

Vektor karakteristik lingkungan terdiri dari variabel status sanitasi, air bersih, pengelolaan sampah, kualitas tempat tinggal, dan status polusi. Dari kelima variabel tersebut yang berpengaruh signifikan hanya variabel status polusi. Variabel status polusi berpengaruh negatif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini dijustifikasi dari nilai sig. 0,002 ($< \alpha 0,01^{**}$) pada variabel status polusi

sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 1%. Arah pengaruh negatif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai -0,039. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 tahun usia menikah ayah dapat menurunkan 0,039 status tinggi badan balita.

4) Karakteristik Layanan Kesehatan

Sejalan dengan vektor karakteristik lingkungan, vektor karakteristik layanan kesehatan berkontribusi terhadap model dengan 1 variabel independen yang mempengaruhi. Variabel ini adalah peran posyandu yang diukur dengan aktivitas posyandu, bidan desa, dan partisipasi ibu-balita dalam posyandu. Variabel peran posyandu berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan penurunan *stunting*. Pengaruh signifikan ini diinterpretasikan dari nilai sig. 0,073 ($< \alpha 0,1^*$) pada variabel peran posyandu sehingga variabel ini berpengaruh signifikan di level error 10%. Arah pengaruh positif disimpulkan dari nilai koefisien β bernilai 0,004. Hal ini berarti setiap kenaikan 1 skor peran posyandu dapat meningkatkan 0,004 status tinggi badan balita.

5) Karakteristik Kebijakan Kesehatan

Karakteristik kebijakan kesehatan merupakan vektor yang tidak berpengaruh terhadap status tinggi badan balita. Karakteristik kebijakan kesehatan diukur dengan 4 variabel yaitu pemberian makanan tambahan (PMT), imunisasi, jaminan kesehatan, dan penyuluhan kesehatan ibu-anak. Keempat variabel memiliki nilai signifikansi lebih dari $\alpha 0,1$ sebagai ambang batas maksimal sig. atau error level yang dapat ditoleransi. Oleh karena itu,

simpulan karakteristik kebijakan kesehatan ini berakhir pada seluruh variabel yang diukur tidak berpengaruh terhadap variabel dependen status tinggi balita.

D. Analisis Koefisien Determinasi

Pada bagian ini, multinomial regresi hendak menguatkan argumentasi tentang kemampuan model dalam menjelaskan fenomena *stunting* di Kabupaten Purworejo. Wooldridge (2010) menjelaskan bahwa koefisien determinasi atau *R-squared* merupakan analisis tentang kemampuan suatu model matematis menjelaskan suatu fenomena tertentu. Dengan kata lain, nilai koefisien determinasi merupakan seberapa besar pengaruh kombinasi sejumlah variabel independen terhadap variabel dependen. Nilai koefisien determinasi bernilai antara 0 hingga mendekati 1, semakin mendekati 1 maka semakin kuat kombinasi variabel independen berpengaruh terhadap variabel dependen.

Tabel 5.9 Luaran Regresi *Model Summary*

Model Summary ^b										
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	R Square Change	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson
						F Change	df1	df2		
1	,980 ^a	,961	,952	,2050522	,961	113,644	42	196	,000	2,116

a. Predictors: (Constant), Penyuluhan, Pola Nutrisi Balita, Anemia Remaja Ibu, Air Bersih/ Minum, TB Ibu, BB Lahir, Riwayat Paritas, Riwayat Sakit, PB Lahir, Pola Asuh, Sanitasi, U.M. Ayah, Akses Faskes , Handling Sampah, Kualitas Tempat Tinggal, HB Ibu Hamil, VitA Obat Cacing, Kesehatan Reproduksi, Layanan KIA, Gestasi, Pijat Bayi, U.M. Ibu, Paritas, Status ASI-PMT, Peran Posyandu, Junkfood, PMT, Jamkes, Pend. Ayah, LILA Ibu Hamil, Pangan Anak, Intensitas Periksa , Pend. Ibu, Imunisasi, Peran Nakes/ Faskes, Akses Informasi, Nutrisi Ibu Hamil, Komp. Lain, KB, Status Polusi, Konsumsi Suplemen, Ln Status Ekonomi

b. Dependent Variable: Status Tinggi Balita (TB/U)

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Nilai *adjusted R-squared* pada tabel 5.9 *model summary* menunjukkan nilai 0,952 sehingga disimpulkan bahwa 42 variabel independen dalam model berpengaruh

sangat kuat terhadap variabel dependen status tinggi badan balita. Dalam deskripsi yang simulatif, 42 variabel independen berpengaruh sebesar 95,2% terhadap variabel dependen status tinggi badan balita. Sedangkan, 4,8% sisanya dipengaruhi oleh variabel lain di luar model yang dianalisis.

5.3 Pembahasan Analisis Tingkat Kabupaten

A. Karakteristik Rumah Tangga

Stunting merupakan kejadian tumbuh kembang yang lambat pada balita dengan pengaruh berbagai faktor. Sumber utama faktor penyebabnya adalah karakteristik rumah tangga yang menjadi asal mula balita dilahirkan, hidup, dan berkembang. Variabel pertama yang berpengaruh signifikan adalah variabel tinggi badan ibu. Tinggi badan ibu merupakan pewarisan materi genetika dari ibu pada balita. Pada kondisi normal setiap generasi akan meningkat tinggi badannya 1-5 cm dari tinggi badan ibu (Yaya et al, 2022). Pewarisan materi genetik ini akan ters turun temurun karena hubungan DNA genetika antara ibu dan anak. Oleh karena itu, ibu dengan tinggi badan ideal berpotensi melahirkan dan merawat anak dengan tinggi badan idel. Sebaliknya, jika ibu memiliki tinggi badan pendek, maka berpotensi menurunkan materi genetika tinggi badan pendek (*stunting*) pada anaknya.

Berikutnya, risiko *stunting* ditopang oleh kondisi sosial masyarakat misalnya angka menikah dini. Semakin muda usia menikah ibu dan ayah akan mempengaruhi kesehatan balita. Hal ini berkenaan dengan kedewasaan berpikir orang tua dalam mengelola keluarga terutama berkenaan dengan melahirkan keturunan seperti merencanakan dan mengelola kehamilan. Selain itu, usia menikah orang tua yang terlampau muda misalnya 13-14 tahun menyebabkan paksaan kehamilan pada fisik ibu hamil yang sebenarnya belum matang dan siap untuk hamil dan melahirkan (Jaacks

et al, 2019). Risiko-risiko yang muncul dapat beragam mulai dari bayi lahir meninggal atau bahkan bayi lahir dan tumbuh *stunting* karena faktor kesehatan yang minim sejak dalam kandungan (Walker et al, 2015).

Selama proses kehamilan, nutrisi dan energi ibu hamil akan dioptimalkan sepenuhnya untuk tumbuh kembang janin yang ada dalam kandungan. Persoalan paritas seperti jarak kehamilan yang terlampau dekat akan meningkatkan risiko balita *stunting*. Jarak kelahiran kurang 2 tahun artinya anak sebelumnya belum menyelesaikan ASI tuntas 2 tahun sehingga nutrisi dasarnya tidak terpenuhi maksimal (Mulu, Mohammed, Woldie, & Shitu, 2022). Di samping itu, kondisi paritas dengan jarak yang terlampau dekat dapat menyebabkan perubahan pola dan komposisi pangan yang diberikan pada anak sebelumnya. Hal ini dapat berakibat pada nutrisi anak sebelumnya yang tidak terpenuhi. Kejadian ini seringkali terjadi, bahkan beberapa kasus di Kabupaten Purworejo pun demikian. Anak ke 3 atau ke 4 mengalami *stunting* karena di usia 1 tahun balita ternyata ibu telah hamil lagi anak ke 4 atau ke 5. Anak sebelumnya pasti akan kekurangan nutrisi baik dari ASI maupun MP ASI yang tidak lagi intensif atas asuhan Ibu seperti biasanya. Pendeknya jarak paritas ini biasanya ditentukan oleh penggunaan alat kontrasepsi KB. Sebagaimana bagian sebelumnya, terdapat 31% keluarga responden yang tidak menggunakan alat kontrasepsi sehingga jarak kelahiran sangat dekat yaitu < 2 tahun. Alat kontrasepsi merupakan metode modern untuk merencanakan dan mengelola kehamilan. Modernitas ini terkadang tidak dapat diterima oleh sebagian masyarakat karena alasan sosial, budaya, patriarki, bahkan keyakinan beragama (Sahn & Younger, 2005).

Faktor lainnya yang mempengaruhi meningkatnya prevalensi *stunting* adalah nutrisi rumah tangga yang direpresentasikan oleh kombinasi pangan antara karbohidrat, protein, vitamin, mineral, dan nutrisi lainnya. Nutrisi ibu dan rumah

tangga menjadi salah satu kendali untuk menangani dan mengurangi risiko *stunting*. Hal ini berupa perbaikan nutrisi rumah tangga sehingga tumbuh kembang ibu dan balita dapat optimal (Bayih, Arega, & Motbainor, 2022). Bahkan untuk kasus-kasus tertentu, balita berisiko *stunting* karena tinggi badan ibu pendek yang akan diwariskan, akan dapat diminimalisir risikonya dengan pemenuhan nutrisi selama kehamilan dan setelah kelahiran (Randell, Gray, & Grace, 2020). Nutrisi ini akan membantu balita untuk tumbuh optimal menjadi balita normal meskipun berangkat dari lahir sebagai penyintas *stunting*.

Meskipun demikian, status ekonomi menjadi penentu kemampuan rumah tangga dalam menyediakan pangan dengan nutrisi yang cukup bagi keluarga. Rumah tangga dengan status ekonomi yang baik akan mampu memilih berbagai alternatif pola pangan sehingga nutrisi bagi ibu dan balita dapat dikelola dengan optimal (Belete, 2021). Status ekonomi rumah tangga merupakan batasan anggaran (*budget constrain*) bagi rumah tangga untuk membuat kombinasi dari preferensi konsumsi yang akan diputuskan. Sedangkan, kombinasi pangan yang dipilih merupakan kemampuan rumah tangga dalam berpikir mengelola sumber daya ekonomi yang dimiliki untuk didistribusikan pada pos pengeluaran pangan anak dan rumah tangga. Dengan semikian, kemampuan rumah tangga dalam mengelola pengeluaran pangan untuk anak akan berpengaruh positif terhadap status tinggi badan balita dan pencegahan *stunting*.

Terakhir, pengetahuan tentang kesehatan dan nutrisi rumah tangga diperoleh dari berbagai sumber, salah satunya adalah *internet resources*. Akses informasi yang terbuka dapat memberikan kesempatan bagi individu maupun rumah tangga untuk belajar dan memahami kesehatan ibu dan anak. Selain itu, informasi mengenai nutrisi pangan yang terbaik bagi keluarga juga dapat ditelusuri dari jejaring digital. Termasuk, akses informasi berperan membangun pola pikir dan cara pandang orangtua dalam

mengatur paritas dan anak (Beckstead et al, 2020). Meskipun demikian, akses informasi saja tidak cukup untuk menunjang tumbuh kembang balita, akan tetapi motivasi dan keinginan orang tua untuk belajar menjadi penentu akses informasi dimanfaatkan untuk meningkatkan status tinggi badan balita.

Beberapa variabel dalam karakteristik rumah tangga tidak berpengaruh terhadap status tinggi badan balita. Penyebabnya dari berbagai hal seperti anomali data secara statistik, beda karakteristik responden, dan perilaku sosial masyarakat. Tingkat pendidikan orangtua tidak berpengaruh bisa jadi disebabkan oleh representasi pemahaman dan kemampuan orangtua bukan sekedar dari pendidikan formal. Beberapa kejadian, orangtua dengan pendidikan formal rendah akan tetapi memiliki motivasi tinggi untuk belajar sehingga mengakses berbagai informasi mengenai kesehatan ibu-balita dan nutrisi keluarga sehingga perilakunya lebih sehat (Daines et al, 2020). Sedangkan, anemia pada remaja ibu dan kesehatan reproduksi tidak berpengaruh diduga terjadi karena faktor *recall* data yang terlalu jauh (Mulu, Mohammed, Woldie, & Shitu, 2022). Rata-rata usia Ibu pada saat penelitian berkisar antara 30 hingga 40 tahun. Artinya, ibu melakukan pengingatan kejadian 10 hingga 20 tahun lalu ketika ibu masih remaja.

B. Karakteristik Individu

Pada fase kehamilan, Ibu yang mengonsumsi suplemen tambahan berpotensi melahirkan anak yang tinggi karena kandungan Fe, kalsium, dan asam folat. Ketiganya membantu menguatkan kandungan, mendukung tumbuh kembang tulang dan fisik janin, dan menumbuhkan otak sehingga kecerdasan anak dapat meningkat (Popkin, Richards, & Montiero, 1996). Perkembangan janin selama kehamilan terbukti paling efektif untuk membentuk struktur fisik agar tumbuh kembang dan imunitas balita

selama 1000 HPK atau setelah kelahiran berjalan baik. Oleh karena itu, suplemen tambahan bagi ibu hamil menjadi sangat penting terutama bagi ibu dengan kehamilan yang berisiko keguguran atau melahirkan bayi *stunting*. Bagi ibu berisiko, suplemen tambahan ini dapat diberikan secara intensif untuk mengurangi risiko *stunting*.

Faktor berikutnya yang berpengaruh positif adalah komponen pertumbuhan lainnya yaitu terdiri dari lingkaran lengan, lingkaran dada, dan lingkaran kepala bayi lahir. Ini merupakan komponen dampak atas nutrisi dan suplemen yang dikonsumsi ibu hamil (Freeman et al, 2022). Ibu hamil dengan konsumsi suplemen tambahan akan melahirkan bayi dengan komponen pertumbuhan yang ideal. Idealitas komponen pertumbuhan ini yang menjadi ciri kesehatan bayi sehingga dapat tumbuh optimal dan menurunkan risiko terjangkit penyakit.

Variabel gestasi juga berpengaruh terhadap *stunting* atau status tinggi badan balita. Gestasi merupakan usia kehamilan di fase persalinan, sehingga usia kehamilan yang relatif pendek atau disebut juga prematur berisiko melahirkan balita *stunting* (Mulu, Mohammed, Woldie, & Shitu, 2022). Bayi dengan gestasi pendek atau prematur lahir dalam keadaan pendek dan tidak normal. Oleh karena itu, kemampuan tumbuh kembang balita prematur juga tidak normal atau tidak akan optimal seperti balita pada umumnya karena faktor fisik yang tidak normal (Vilcins, Sly, & Jagals, 2018).

Selain variabel yang berpengaruh signifikan, beberapa variabel juga tidak berpengaruh terhadap status tinggi badan balita. Status ASI dan MPASI tidak berpengaruh terhadap status tinggi badan balita karena balita *stunting* telah mendapatkan cukup banyak *treatment* dari bidan, tenaga kesehatan, posyandu, maupun puskesmas. ASI dan MPASI bagi balita *stunting* barangkali hanya menambah beberapa cm saja. Sedangkan bagi balita normal, ASI dan MPASI juga diperhatikan sehingga tumbuh kembang balita normal dan balita *stunting* menjadi anomali karena

keduanya menerima ASI dan MPASI sedangkan terjadi perbedaan karakteristik sampel atau responden.

Variabel lain yang tidak berpengaruh adalah pola nutrisi balita. Perilaku pola nutrisi balita tidak dapat diisolasi dampaknya terhadap status tinggi badan balita. Hal ini karena balita normal telah memiliki pola pangan dan berangkat dari bayi lahir dengan panjang badan normal. Sedangkan, balita *stunting* berangkat dari bayi lahir pendek sehingga pola pangan nutrisinya pun tidak dapat menyamai dan melampaui balita yang lahir dengan tinggi badan normal (Popkin, Richards, & Montiero, 1996). Secara statistik, seharusnya balita *stunting* memiliki skor pola nutrisi pangan tinggi akan tetapi datanya anomali karena pengaruh terhadap status tinggi badan balita belum optimal atau menyamai balita lahir normal.

C. Karakteristik Lingkungan

Vektor karakteristik lingkungan mendukung kondisi kesehatan rumah tangga terutama ibu dan balita. Kecenderungan kualitas lingkungan yang sehat akan meningkatkan kesehatan ibu dan balita sehingga pertumbuhan balita dapat optimal (Budge, Parker, & Hutching, 2021). Sebaliknya, kondisi lingkungan buruk akan menyebabkan berbagai masalah kesehatan baik penyakit menular maupun tidak menular sehingga menghambat pertumbuhan balita. Variabel berpengaruh dari vektor karakteristik lingkungan adalah status polusi rumah tangga yang diukur dengan keberadaan anggota keluarga peroko dan intensitas polusi-limbah rokok. Keberadaan anggota keluarga perokok menyebabkan terjadinya risiko penyakit pernafasan dan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) sejak ibu pra konsepsi (sebelum hamil), ibu hamil, hingga balita (Cao, Xie, & Jia, 2022). Ibu dan balita yang terpapar asap dan limbah rokok dapat secara gradual memperburuk kondisi kesehatan keduanya.

Terlebih lagi, balita dengan intensitas terpapar polusi rokok yang tinggi dapat mengidap berbagai penyakit yang kemudian berdampak pada pertumbuhan balita. Pertumbuhan balita yang terhambat inilah menjadi asal usul utama pengaruh negatif status polusi terhadap status tinggi badan balita dan meningkatkan risiko *stunting*.

Di Kabupaten Purworejo, kondisi lingkungan rumah tangga sudah sangat cukup baik seperti status sanitasi, ketersediaan air bersih, dan kualitas tempat tinggal layak. Ketiganya tidak berpengaruh terhadap status tinggi badan balita karena balita normal dan balita *stunting* memiliki nilai aktual ketiga variabel yang relatif sama. Banyak balita *stunting* juga telah memiliki rumah layak, sanitasi yang baik, dan sumber air bersih yang berkualitas. Sebagai kebutuhan dasar minimum, kualitas lingkungan tersebut menjadi pemenuhan yang dilakukan oleh hampir seluruh rumah tangga. Oleh karena itu, data menjadi bias dan tidak memenuhi hubungan linieritas terhadap variabel dependen status tinggi balita.

D. Karakteristik Layanan Kesehatan

Layanan kesehatan merupakan salah satu pilah untuk mengawal kesehatan ibu dan balita sejak sebelum kehamilan hingga balita tumbuh. Layanan kesehatan menyajikan berbagai fasilitas seperti konsultasi gizi, kesehatan, program kontrasepsi, dan lain sebagainya. Dalam konteks ini, layanan kesehatan yang berpengaruh terhadap status tinggi balita adalah peran posyandu. Posyandu telah memegang peran utama dan penting dalam melakukan pendampingan langsung terhadap tumbuh kembang balita. Hal ini sejalan dengan penelitian Bridgman & Fintel (2022) bahwa layanan kesehatan memiliki peran utama dalam mendampingi tumbuh kembang balita melalui pemantauan status gizi (tinggi dan berat badan), pemberian vaksinasi, makanan tambahan, vitamin dan obat, dan konsultasi kesehatan (Wendt et al, 2021). Kabupaten

Purworejo memiliki peran posyandu yang relatif tinggi yang tampak pada partisipasi ibu pada posyandu yang tinggi. Sedangkan, balita *stunting* terkadang memiliki *social barrier* untuk ke posyandu karena emosi sosial dan faktor lain yang menyebabkan.

E. Karakteristik Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan vektor variabel yang paling anomali pada penelitian ini. Kebijakan kesehatan yang merata bahkan cenderung intensif dan tepat sasaran pada balita *stunting* menyebabkan anomali data semakin besar. Insignifikansi pemberian makanan tambahan (PMT) terhadap status tinggi badan balita. Meskipun PMT dilaksanakan akan tetapi pemerataan pemberian PMT pada balita normal dan *stunting* menyebabkan *slope* linieritas PMT terhadap status tinggi badan balita tidak tercipta (Waghmare, Chauhan, & Sharma, 2022). Sedangkan, PMT yang intensif dan lebih banyak pada balita *stunting* belum mampu mengoptimalkan pertumbuhan balita *stunting* sehingga besarnya nilai PMT balita *stunting* yang tidak mengoptimalkan tumbuh kembang balita menjadi bias dan anomali dengan perkembangan balita normal dengan insentif PMT standar (Mulu, Mohammed, Woldie, & Shitu, 2022).

Hal serupa terjadi pada variabel imunisasi dan jaminan kesehatan ibu dan balita. Imunisasi dasar lengkap juga dilakukan pada balita *stunting* meskipun pertumbuhannya tidak sejalan dengan balita normal. Sedangkan, di lain sisi, terdapat kecenderungan balita tidak imunisasi karena beberapa alasan seperti keyakinan agama, faktor sosial, dan sebagainya. Padahal balita yang tidak imunisasi kecenderungan tumbuh normal, sehingga data menjadi bias dalam model regresi. Jaminan kesehatan ibu dan balita juga berkontribusi dalam penurunan *stunting*. *Stunting* yang terjadi pada masyarakat miskin dan rentan cenderung telah menerima

jaminan kesehatan dari pemerintah sebagai bantalan sosial untuk melindungi mereka dari dampak-dampak kemiskinan seperti *stunting* dan gizi buruk.

5.4 Analisis Wilayah

Analisis wilayah didasarkan pada pembagian wilayah yang diduga memiliki karakteristik wilayah, geografis, dan tipologi sosial ekonomi yang sama. Pembagian wilayah diklasifikasi menjadi beberapa kelompok yaitu wilayah pegunungan, wilayah perkotaan, dan wilayah dataran rendah/pesisir. Dalam penelitian ini, kecamatan yang menjadi sampel adalah 9 kecamatan yang terdiri dari Kecamatan Bruno, Gebang, Loano, Butuh, Grabag, Kemiri, Kutoarjo, Purwodadi, dan Bagelen. Wilayah pegunungan dikelompokkan antara Kecamatan Bruno, Gebang, dan Loano. Wilayah perkotaan merupakan kelompok Kecamatan Kutoarjo dan Purwodadi. Sedangkan, wilayah dataran rendah/pesisir merupakan kelompok Kecamatan Grabag, Butuh, Bagelen, dan Kemiri. Sebagai catatan, analisis wilayah ini mengabaikan seluruh uji asumsi klasik sehingga analisis ini hanya berfokus pada prediksi model struktural.

A. Wilayah Pegunungan

Wilayah pegunungan memiliki tipologi sosial ekonomi berupa masyarakat petani, buruh, dan pekerja harian. Kondisi geografis menuntut masyarakat untuk mengoptimalkan sumber daya alam yang ada seperti sanitasi dari sumber mata air, bahan bakar alam (kayu), dan pemanfaatan sumber daya alam lainnya. Secara terminologis, masyarakat pegunungan identik dengan status ekonomi rendah namun didukung oleh kearifan lokal yang kuat (Moniaga et al, 2019). Dalam konteks analisis *stunting*, wilayah pegunungan merupakan daerah rentan atau berisiko *stunting* bagi anak yang lahir dan tumbuh di wilayah ini. Hal ini berdasarkan analisis Fregonese et al

(2017) yang menyebutkan bahwa wilayah dengan akses ekonomi dan layanan kesehatan yang rendah berpotensi meningkatkan angka *stunting* wilayah, terlebih lagi di wilayah tersebut memiliki lingkungan yang buruk karena rendahnya kualitas sumber daya manusia (ilmu pengetahuan).

Tabel 5.10 Luaran Multinomial Regresi Wilayah Pegunungan

Variables	Coeficient	t	Sig.
(Constant)	-3,830	-,232	,819
Ln Status Ekonomi	,238**	,370	,016
Pangan Anak	2,718E-7*	,515	,061
Pend. Ibu	,641*	1,784	,091
Paritas	-,189**	-,942	,035
Riwayat Paritas	,761**	2,353	,030
KB	,093*	1,930	,093
Intensitas Periksa	,367*	1,983	,063
Status ASI-PMT	,204**	2,450	,025
Sanitasi	,414**	1,601	,012
Status Polusi	-,057*	-,430	,067
Vit.A OC	,826**	2,557	,020
Imunisasi	3,194*	1,942	,068

a. Dependent Variable: Status Tinggi Badan Balita TB/U

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Wilayah pegunungan memiliki beberapa ciri khusus sebagai entitas sosial ekonomi yang melekat padanya. Selain status ekonomi dan pangan anak sebagaimana analisis di tingkat kabupaten, pendidikan ibu (β 0,641 sig. 0,091 < α 0,10) juga berpengaruh signifikan terhadap tingginya angka *stunting* di wilayah pegunungan. Hal ini menegaskan adanya pengaruh tingkat pendidikan ibu yang berkisar antara SD-SMP di wilayah pegunungan memberikan kontribusi besar atas kejadian *stunting* di wilayah tersebut. Hal lainnya adalah tingkat paritas tinggi sebagai konsekuensi rendahnya

tingkat pendidikan ibu. Paritas berpengaruh negatif signifikan terhadap status tinggi badan balita di wilayah pegunungan. Wilayah pegunungan memiliki tingkat paritas tinggi dari 5 anak hingga 13 anak dalam satu keluarga. Terlebih, jarak kelahiran antar anak relatif sempit yaitu kurang dari 2 tahun. Hal ini yang menyebabkan pemenuhan nutrisi anak tidak tercapai dengan baik, juga status pemberian nutrisi seperti ASI eksklusif, ASI tuntas, dan MPASI-PMT yang kurang memadai. Oleh karena itu status ASI dan MPASI juga berpengaruh signifikan terhadap tumbuh kembang balita, terutama penyintas *stunting*.

Permasalahan di wilayah pegunungan cenderung lebih banyak dan kompleks. Pemeriksaan yang tidak kontak langsung dengan dokter juga menjadi salah satu sebabnya. Akan tetapi, hal yang paling besar pengaruhnya adalah penggunaan alat kontrasepsi KB yang rendah di wilayah pegunungan. Penggunaan alat kontrasepsi berpengaruh positif signifikan terhadap tinggi badan balita. Hal ini karena rendahnya jumlah rumah tangga pengguna alat kontrasepsi menyebabkan paritas tinggi dan jarak kelahiran yang sempit. Faktor-faktor ini menjadi perhatian utama di wilayah pegunungan karena sosial ekonomi masyarakat yang belum tereduksi dengan baik. Oleh karena itu, kampanye masif dan edukasi berkala menjadi bagian yang terintegrasi dari upaya pencegahan *stunting* di wilayah pegunungan.

Berikutnya, faktor lingkungan dan kondisi alam menjadi faktor alamiah yang mendukung berbagai kejadian *stunting* di wilayah pegunungan. Penelitian ini menyimpulkan bahwa sanitasi (terutama status kepemilikan kakus dan kualitasnya) yang buruk mendukung terjadinya balita *stunting*. Balita *stunting* terjadi dengan transmisi penyakit baik langsung pada balita maupun pada ibu hamil dan menyusui. Terlebih lagi, balita yang tidak mendapatkan perlindungan langsung berupa imunisasi dan vaksin lebih rentan mengalami *stunting*. Balita yang tidak menjalani imunisasi

dasar lengkap berisiko 3,19 kali lipat mengalami *stunting* dari pada balita dengan imunisasi dasar lengkap. Selain itu, status vitamin dan obat cacing yang kurang menyebabkan adanya peningkatan risiko penyakit dan menurunkan kemampuan tumbuh kembang balita.

B. Wilayah Dataran Rendah/Pesisir

Wilayah berikutnya adalah kelompok kecamatan di dataran rendah dan pesisir. Wilayah ini terdiri dari Kecamatan Kemiri, Grabag, Butuh, dan Bagelen. Dataran rendah pedesaan dan pesisir memiliki karakteristik wilayah rentan miskin dengan daya dukung lingkungan yang tidak selalu memadai terutama pedesaan mendekati perkotaan atau yang biasa disebut *outer* (Belete, 2021). Wilayah dataran rendah/pesisir memiliki pola kemiripan dengan wilayah pegunungan dalam konteks kondisi ekonomi. Keduanya sama-sama merupakan kantung-kantung kemiskinan dengan berbagai masalah sosial struktural (Mulu, Mohammed, Woldie, & Shitu, 2022). Hanya saja, wilayah pegunungan memiliki akses yang lebih sulit meskipun dukungan sumber daya alam yang kaya. Berbanding terbalik dengan wilayah dataran rendah dan pesisir, disini akses terhadap berbagai hal lebih mudah hanya saja dukungan sumber daya alam relatif terbatas.

Kasus *stunting* juga banyak terjadi di wilayah dataran rendah dan pesisir misalnya di wilayah Kecamatan Grabag dengan rasio 25,22% balita *stunting* dan Kecamatan Kemiri 21,94%. Kecamatan Grabag merupakan wilayah pesisir akan tetapi bukan penghasil perikanan tangkap utama. Sedangkan, Kecamatan Kemiri berdekatan dengan Kutoarjo dan Kota Purworejo hanya saja permasalahan pendidikan dan lingkungan relatif rumit sehingga kejadian *stunting* lebih banyak. Wilayah ini memiliki

masalah yang cukup kompleks bukan karena faktor alam akan tetapi faktor sosial yang membutuhkan perhatian dan formulasi kebijakan khusus.

Tabel 5.11 Luaran Multinomial Regresi Wilayah Dataran Rendah/Pesisir

Variables	Coefficient	t	Sig.
(Constant)	11,135	1,757	,083
Ln Status Ekonomi	0,1279*	,545	,059
Pangan Anak	1,338E-7**	,756	,045
Komp. Lain	,014*	1,864	,066
Junkfood	-,331**	-2,135	,036
Air Bersih/ Minum	,189*	1,768	,081
Status Polusi	-,022*	-,385	,070
Vit.A OC	,339**	2,449	,016

a. Dependent Variable: Status Tinggi Badan Balita TB/U

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Wilayah dataran rendah/pesisir memiliki faktor yang unik dan khusus jika dibandingkan dengan wilayah lainnya. Salah satunya adalah pola konsumsi *junkfood* yang cukup tinggi. Hal ini menyebabkan tingkat *stunting* di wilayah tersebut meningkat akibat konsumsi *junkfood*. Persoalan *junkfood* di kelompok rumah tangga miskin memang lumrah terjadi terutama di dataran rendah dan pinggiran kota. Akses yang mudah dan sumber daya alam yang lemah menyebabkan konsumsi *junkfood* relatif tinggi sebagai alternatif konsumsi rumah tangga. Penggunaan bahan kimia sintetis menyebabkan masalah pada tumbuh kembang otak, organ pencernaan, dan tulang. Di samping itu, konsumsi *junkfood* berlebih menyebabkan kecanduan dan masalah psikis pada balita. Oleh karena itu, edukasi pola pangan sehat lengkap berimbang perlu dilakukan dalam rangka mengurangi dominasi konsumsi *junkfood*.

Masalah dataran rendah/pesisir lainnya adalah akses air minum dan status polusi yang tinggi. Air minum menjadi masalah di beberapa wilayah dataran rendah/pesisir. Masalah akses air minum (air bersih) distimulus oleh faktor alam yang hanya menyediakan air untuk pertanian dan perikanan. Sedangkan, air bersih untuk keperluan konsumsi relatif terbatas. Faktor lingkungan lainnya adalah status polusi yang menjadi ciri masyarakat kelas bawah. Konsumsi rokok hampir terjadi di semua wilayah. Hanya saja, status polusi akibat konsumsi rokok lebih tinggi di wilayah pedesaan karena faktor pendidikan dan sosial masyarakat. Terakhir, pengetahuan ibu tentang pemberian vitamin A dan obat cacing sepertinya belum merata di wilayah pedesaan. Hal ini tampak pada pemberian vitamin A dan obat cacing yang kurang dari standar 6 bulan sekali. Hal ini yang menyebabkan kejadian *stunting* yang relatif banyak di dataran rendah/pesisir akibat rendahnya kecukupan pemberian vitamin A dan obat cacing pada balita.

C. Wilayah Perkotaan

Wilayah perkotaan bisa jadi merupakan wilayah yang memiliki beda relatif jauh dengan karakter dua wilayah sebelumnya. Wilayah perkotaan didominasi oleh akses dekat dan pendidikan yang memadai sehingga sosial ekonomi masyarakat relatif baik. Persoalan yang biasanya muncul di wilayah perkotaan adalah ketimpangan dan kemiskinan ekstrim. Sistem dan siklus ekonomi cenderung menggeser kaum marginal secara alamiah. Hal ini menyebabkan kemiskinan ekstrim sering terjadi hingga berdampak pada *stunting* sebagai turunan atas kondisi rumah tangga miskin dan kualitas lingkungan yang buruk (Sahn & Younger, 2005). Wilayah perkotaan di Kabupaten Purworejo terdiri dari Kecamatan Kutoarjo dan Kecamatan Purwodadi

yang menjadi sampel dalam penelitian ini. Analisis kedua kecamatan ini menyajikan informasi menarik sebagai potret kejadian *stunting* di wilayah perkotaan.

Tabel 5.12 Luaran Multinomial Regresi Wilayah Perkotaan

Variables	Coefficient	t	Sig.
(Constant)	-4,044	-,344	,739
Ln Status Ekonomi	,185*	,492	,096
Pangan Anak	2,443E-7*	,550	,076
TB Ibu	,080*	2,157	,059
Nutrisi Ibu Hamil	,567**	2,318	,046
Komp. Lain	,043*	2,112	,064
Pola Nutrisi Balita	,426*	2,057	,070
Air Bersih/ Minum	,383**	3,213	,011
Handling Sampah	1,144***	4,165	,002
Status Polusi	-,075**	-,919	,038
Peran Nakes/ Faskes	,237**	2,592	,029
a. Dependent Variable: Status Tinggi Badan Balita TB/U			

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Pertama, tinggi badan ibu juga menjadi masalah pada wilayah perkotaan. Sama halnya dengan wilayah lain, TB ibu menjadi salah satu faktor penyebab balita *stunting* karena pewarisan materi genetika. *Kedua*, nutrisi ibu hamil dan pola nutrisi merupakan faktor yang cukup dominan menentukan tumbuh kembang balita. Tumbuh kembang balita dimulai sejak janin dalam kandungan ibu sehingga pola pangan rumah tangga, ibu hamil, hingga balita tumbuh berpengaruh besar terhadap nutrisi balita. Nutrisi rumah tangga yang diberikan dengan baik akan memperbaiki masalah genetika akibat TB ibu yang pendek. Dukungan nutrisi yang cukup dapat menstimulus tumbuh kembang fisik dan otak sehingga dapat mengurangi risiko balita *stunting*. Oleh karena itu, edukasi pola pangan sehat lengkap berimbang pada rumah tangga menjadi sangat

penting di wilayah perkotaan. Sedangkan, pemberian makanan tambahan bagi ibu dan balita merupakan program yang tepat bagi rumah tangga miskin ekstrim di perkotaan.

Masalah spesifik di perkotaan lainnya adalah masalah lingkungan seperti ketersediaan air bersih dan pengelolaan sampah. Ketersediaan air bersih bisa jadi berasal dari kondisi alam dan lingkungan yang tidak mendukung. *Supply* dari penyedia air bersih yang tidak mampu menyediakan air berkualitas menjadi salah satu faktornya. Sedangkan, pengelolaan sampah merupakan masalah klasik wilayah perkotaan yang menyebabkan penurunan kualitas lingkungan. Pengelolaan sampah yang dibuang sembarangan atau dibakar di wilayah perkotaan akan memperburuk kondisi lingkungan dan udara. Akibatnya, kualitas lingkungan yang menurun menyebabkan tumbuh kembang balita menjadi terhambat. Hambatan ini didasarkan pada persebaran penyakit yang beragam dan intensif di wilayah perkotaan dengan kualitas lingkungan yang buruk. Terakhir, status polusi udara akibat konsumsi rokok rumah tangga semakin menambah catatan merah kondisi lingkungan perkotaan.

BAB VI

REKOMENDASI MODEL KEBIJAKAN

Rekomendasi model kebijakan pencegahan stunting Kabupaten Purworejo disusun dengan pendekatan *External Factor Evaluation* (EFE), *Internal Factor Evaluation* (IFE) dan Analisis SWOT. Faktor yang disusun berdasarkan hasil analisis statistik deskriptif dan analisis regresi, yang kemudian dilakukan *mix and match* dengan data kualitatif hasil *In-Depth Interview*. Tahap akhir dalam menyusun rekomendasi kebijakan adalah menentukan prioritas rencana kebijakan. Hal ini perlu dilakukan karena pada dasarnya bahwa setiap kebijakan atau keputusan memiliki *constraint* atau keterbatasan. Pendekatan yang digunakan untuk menyusun prioritas kebijakan dengan *Quantitative Strategic Planning Matrix* (QSPM).

Model kebijakan pencegahan stunting Kabupaten Purworejo berbasis pada 4 pilar utama, antara lain: 1) Peningkatan kualitas kesehatan rumah tangga; 2) Peningkatan kualitas dan pola pangan rumah tangga; 3) Penguatan dan pemerataan layanan kesehatan; 4) Peningkatan daya dukung kelembagaan dan inovasi teknologi. Bab ini akan menjelaskan proses penyusunan 4 pilar utama dalam kebijakan pencegahan stunting, serta rekomendasi strategi dan arah kebijakan prioritas.



Gambar 6.1 Model Pencegahan *Stunting* Kabupaten Purworejo

Sumber: Ilustrasi Peneliti

6.1 Faktor Strategis Penentu Strategi dan Arah Kebijakan

Faktor strategis penentu model kebijakan dianalisis dengan pendekatan *Internal Factor Evaluation* (IFE) dan *External Factor Evaluation* (EFE). Faktor strategis ditentukan berdasarkan *mix and match* hasil analisis statistik deskriptif, analisis regresi dan analisis kualitatif hasil *In-Depth Interview*. Hasil *mix and match* diperoleh 37 faktor strategis yang dianggap berpengaruh terhadap penentu penyusunan strategi dan arah kebijakan, yang terdiri dari 11 faktor kekuatan dan kelemahan, 6 faktor peluang dan 9 faktor ancaman.

A. Faktor Internal

Faktor kekuatan yang dimiliki Kabupaten Purworejo dalam menyusun strategi kebijakan pencegahan stunting antara lain: 1) Pola konsumsi pangan rumah tangga relatif baik; 2) Frekuensi pemeriksaan ibu hamil pada bidan, puskesmas, dokter sudah

tinggi; 3) Angka ibu dalam inisiasi menyusui dini sudah tinggi; 4) Angka ibu yang memberikan ASI eksklusif sudah tinggi; 5) Angka gejala anemia pada remaja relatif rendah; 6) Angka ibu yang memberikan ASI tuntas 2 tahun sudah tinggi; 7) Pendidikan terakhir ayah relatif tinggi; 8) Angka kepemilikan air bersih dan sanitasi pribadi relatif tinggi; 9) Angka partisipasi ibu dalam mengikuti pelatihan/kelas kesehatan ibu anak tinggi; 10) Peran posyandu dan bidan dalam melakukan layanan kesehatan sudah relatif baik; 11) Jarak rumah warga dengan layanan kesehatan relatif dekat.

Dalam menyusun kebijakan, bukan hanya mempertimbangkan kekuatan yang dimiliki, namun juga mempertimbangkan kelemahan yang ada. Hasil analisis pada bagian-bagian sebelumnya, kemudian dirangkum, bahwa Kabupaten Purworejo memiliki 11 faktor kelemahan dalam pencegahan stunting. Kelemahan yang dimiliki antara lain: 1) Wanita yang tidak menyelesaikan pendidikan wajib 12 tahun masih relatif tinggi; 2) Fasilitas pendidikan belum merata, khususnya di wilayah pedesaan; 3) Pernikahan dini wanita relatif tinggi; 4) Penduduk yang tidak mengikuti program KB masih relatif tinggi; 5) Pengetahuan tentang makanan penambah ASI masih kurang baik; 6) Angka kelahiran jarak dekat kurang dari 2 tahun masih relatif tinggi; 7) Minat ibu dalam mengetahui informasi kesehatan masih relatif rendah; 8) Tinggi badan ibu kurang dari 150 cm masih tinggi; 9) Jumlah anggota keluarga yang merokok relatif tinggi; 10) Kepala keluarga tidak memiliki pekerjaan tetap; 11) Kepemilikan JKN warga masih relatif rendah.

Tabel 6.1 Hasil Analisis Matriks *Internal Factor Evaluation* (IFE)

No.	Faktor	Bobot	Rating	Skor
Kekuatan				
1	Pola konsumsi pangan rumah tangga relatif baik	0,043	3	0,130
2	Frekuensi pemeriksaan ibu hamil pada bidan, puskesmas, dokter sudah tinggi	0,050	4	0,198
3	Angka ibu dalam inisiasi menyusui dini sudah tinggi	0,047	4	0,188
4	Angka ibu yang memberikan ASI eksklusif sudah tinggi	0,049	4	0,195
5	Angka gejala anemia pada remaja relatif rendah	0,047	4	0,189
6	Angka ibu yang memberikan ASI tuntas 2 tahun sudah tinggi	0,049	4	0,195
7	Pendidikan terakhir ayah relatif tinggi	0,036	2	0,072
8	Angka kepemilikan air bersih dan sanitasi pribadi relatif tinggi	0,039	3	0,117
9	Angka partisipasi ibu dalam mengikuti pelatihan/kelas kesehatan ibu anak tinggi	0,047	4	0,186
10	Peran posyandu dan bidan dalam melakukan layanan kesehatan sudah relatif baik	0,047	3	0,141
11	Jarak rumah warga dengan layanan kesehatan relatif dekat	0,043	2	0,087
Sub Total		0,497		1,698
Kelemahan				
1	Wanita yang tidak menyelesaikan pendidikan wajib 12 tahun masih relatif tinggi	0,046	3	0,137
2	Fasilitas pendidikan belum merata, khususnya di wilayah pedesaan	0,046	3	0,137
3	Pernikahan dini wanita relatif tinggi	0,043	2	0,085
4	Penduduk yang tidak mengikuti program KB masih relatif tinggi	0,049	4	0,196
5	Pengetahuan tentang makanan penambah ASI masih kurang baik	0,048	4	0,193
6	Angka kelahiran jarak dekat kurang dari 2 tahun masih relatif tinggi	0,047	4	0,189
7	Minat ibu dalam mengetahui informasi kesehatan masih relatif rendah	0,045	2	0,090
8	Tinggi badan ibu kurang dari 150 cm masih tinggi	0,046	3	0,138
9	Jumlah anggota keluarga yang merokok relatif tinggi	0,041	2	0,082
10	Kepala keluarga tidak memiliki pekerjaan tetap	0,048	4	0,191
11	Kepemilikan JKN warga masih relatif rendah	0,045	3	0,136
Sub Total		0,503		1,574
TOTAL		1,000		3,272

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Hasil analisis matrik IFE menunjukkan bahwa skor kekuatan tertinggi adalah faktor frekuensi pemeriksaan ibu hamil pada bidan, puskesmas, dokter sudah tinggi. Pada Bab sebelumnya telah dibahas bahwa kesadaran ibu hamil untuk datang pemeriksaan ke tenaga kesehatan sudah sangat baik. Meskipun masih ditemukan beberapa ibu hamil juga datang ke dukun beranak untuk membantu persalinan, tanpa didampingi oleh tenaga kesehatan saat hamil dan persalinan.

Skor tertinggi dalam faktor kelemahan adalah tingginya jumlah penduduk yang tidak mengikuti program KB. Rendahnya keikutsertaan program KB akan mempengaruhi jumlah anak dalam keluarga. Jika jumlah anak banyak, sedangkan kondisi ekonomi rumah tangga rendah, maka akan mempengaruhi pola dan kualitas pangan rumah tangga. Selain itu, apabila jarak antar anak kurang dari 2 tahun juga akan menyebabkan peluang terjadinya stunting semakin tinggi.

B. Faktor Eksternal

Faktor peluang yang dimiliki Kabupaten Purworejo dalam menyusun strategi kebijakan pencegahan stunting antara lain: 1) Penerimaan dana desa dari pemerintah pusat; 2) Akses informasi melalui jaringan internet semakin meluas; 3) Berkembangnya penelitian mengenai penyediaan benih atau bibit produktivitas tinggi; 4) Berkembangnya penelitian mengenai benih komoditas pangan dengan kandungan mikronutrien tinggi (Biofortifikasi); 5) Adanya dana Corporate Social Responsibility dalam pembangunan daerah; 6) Bertambahnya program bantuan pemerintah untuk masyarakat miskin.

Selain mempertimbangkan peluang yang dimiliki, penyusunan model kebijakan juga mempertimbangkan faktor ancaman yang akan dihadapi. Hasil analisis pada bagian-bagian sebelumnya, kemudian dirangkum, bahwa Kabupaten Purworejo

memiliki 9 faktor ancaman dalam pencegahan stunting. Faktor ancaman yang dimiliki antara lain: 1) Pemberian bantuan makanan dan suplemen tambahan pada ibu hamil yang tidak tepat waktu dan sasaran; 2) Pemberian bantuan makanan dan suplemen tambahan pada ibu menyusui yang tidak tepat waktu dan sasaran; 3) Pemberian bantuan makanan dan suplemen tambahan pada balita yang tidak tepat waktu dan sasaran; 4) Peningkatan inflasi yang menyebabkan daya beli masyarakat terhadap pangan Beragam, Bergizi, Seimbang dan Aman (B2SA) menurun; 5) Perubahan pola pangan atau meningkatnya minat konsumsi junkfood bagi remaja; 6) Konversi lahan pertanian ke non pertanian yang dapat menyebabkan menurunnya ketersediaan pangan rumah tangga; 7) Terjadinya bencana yang menyebabkan kerawanan pangan transien; 8) Perubahan iklim yang menyebabkan gagal panen dan berdampak pada ketersediaan pangan bagi warga; 9) Pertambahan penduduk yang tidak terkendali.

Tabel 6.2 Hasil Analisis Matriks *External Factor Evaluation* (EFE)

No.	Faktor	Bobot	Rating	Skor
Peluang				
1	Penerimaan dana desa dari pemerintah pusat	0,062	4	0,250
2	Akses informasi melalui jaringan internet semakin meluas	0,068	3	0,205
3	Berkembangnya penelitian mengenai penyediaan benih atau bibit produktivitas tinggi	0,068	3	0,205
4	Berkembangnya penelitian mengenai benih komoditas pangan dengan kandungan mikronutrien tinggi (Biofortifikasi)	0,070	3	0,211
5	Adanya dana Corporate Social Responsibility dalam pembangunan daerah	0,070	3	0,209
6	Bertambahnya program bantuan pemerintah untuk masyarakat miskin	0,066	4	0,263
Sub Total		0,405		1,342

No.	Faktor	Bobot	Rating	Skor
Ancaman				
1	Pemberian bantuan makanan dan suplemen tambahan pada ibu hamil yang tidak tepat waktu dan sasaran	0,074	4	0,294
2	Pemberian bantuan makanan dan suplemen tambahan pada ibu menyusui yang tidak tepat waktu dan sasaran	0,074	4	0,294
3	Pemberian bantuan makanan dan suplemen tambahan pada balita yang tidak tepat waktu dan sasaran	0,074	4	0,294
4	Peningkatan inflasi yang menyebabkan daya beli masyarakat terhadap pangan Beragam, Bergizi, Seimbang dan Aman (B2SA) menurun	0,068	2	0,135
5	Perubahan pola pangan atau meningkatnya minat konsumsi <i>junkfood</i> bagi remaja	0,064	2	0,127
6	Konversi lahan pertanian ke non pertanian yang dapat menyebabkan menurunnya ketersediaan pangan rumah tangga	0,059	2	0,118
7	Terjadinya bencana yang menyebabkan kerawanan pangan transien	0,058	1	0,058
8	Perubahan iklim yang menyebabkan gagal panen dan berdampak pada ketersediaan pangan bagi warga	0,058	1	0,058
9	Pertambahan penduduk yang tidak terkendali	0,068	3	0,205
Sub Total		0,595		1,585
TOTAL		1,000		2,927

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Hasil analisis matriks EFE menunjukkan bahwa faktor peluang yang memiliki skor tertinggi dalam mempengaruhi penentuan kebijakan stunting adalah bertambahnya program bantuan pemerintah untuk masyarakat miskin. Ini sesuai dengan hasil analisis regresi bahwa status ekonomi atau kemiskinan di Kabupaten Purworejo sangat mempengaruhi terhadap kondisi stunting. Artinya, pencegahan stunting dengan menurunkan angka kemiskinan melalui bantuan pemerintah menjadi pertimbangan utama dalam menyusun kebijakan pencegahan stunting.

Skor tertinggi faktor ancaman dalam upaya pencegahan stunting di Kabupaten Purworejo adalah pemberian bantuan makanan dan suplemen tambahan untuk ibu

hamil, ibu menyusui dan balita yang tidak tepat waktu dan sasaran. Ketidaktepatan dalam penyaluran bantuan akan menyebabkan *in-efficiency* dalam pencegahan stunting. Oleh karena itu, kebijakan yang disusun harus komprehensif, agar ancaman tersebut tidak terjadi dalam upaya pencegahan stunting di Kabupaten Purworejo.

6.2 Strategi dan Arah Kebijakan Pencegahan Stunting

Strategi dan arah kebijakan pencegahan stunting disusun dengan menggunakan pendekatan Strategi SWOT. Strategi SWOT disusun berdasarkan hasil analisis IFE dan EFE yang dilakukan sebelumnya. Hasil 37 faktor strategis disusun dalam matriks SWOT sebagaimana disajikan dalam tabel berikut ini:

Faktor Internal									
Kekuatan (s)					Kelemahan (w)				
1	Pola konsumsi pangan rumah tangga relatif baik				1	Wanita yang tidak menyelesaikan pendidikan wajib 12 tahun relatif tinggi			
2	Frekuensi pemeriksaan ibu hamil pada bidan, puskesmas, dokter sudah tinggi				2	Fasilitas pendidikan belum merata, khususnya di wilayah pedesaan			
3	Angka ibu dalam inisiasi menyusui dini sudah tinggi				3	Pernikahan dini wanita relatif tinggi			
4	Angka ibu yang memberikan ASI eksklusif sudah tinggi				4	Penduduk yang tidak mengikuti program KB masih relatif tinggi			
5	Angka gejala anemia pada remaja relatif rendah				5	Pengetahuan tentang makanan penambah ASI masih kurang baik			
6	Angka ibu yang memberikan ASI tuntas 2 tahun sudah tinggi				6	Angka kelahiran jarak dekat kurang dari 2 tahun masih relatif tinggi			
7	Pendidikan terakhir ayah relatif tinggi				7	Minat ibu dalam mengetahui informasi kesehatan masih relatif rendah			
8	Angka kepemilikan air bersih dan sanitasi pribadi relatif tinggi				8	Tinggi badan ibu kurang dari 150 cm masih tinggi			
9	Angka partisipasi ibu dalam mengikuti pelatihan/kelas kesehatan ibu anak tinggi				9	Jumlah anggota keluarga yang merokok relatif tinggi			
10	Peran posyandu dan bidan dalam melakukan layanan kesehatan relatif baik				10	Kepala keluarga tidak memiliki pekerjaan tetap			
11	Jarak rumah warga dengan layanan kesehatan relatif dekat				11	Kepemilikan JKN warga masih relatif rendah			
1	Pemberian Suplementasi Mikronutrien pada Remaja, WUS, dan Ibu Hamil				7	Pengendalian Perilaku Merokok Rumah Tangga			
2	Pemberian Makanan Tambahan bagi Ibu Hamil dan Balita Kurus				8	Optimalisasi Safari KB dalam Peningkatan Keikutsertaan Keluarga Berencana			
3	Gerakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)				9	Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa			
4	Pemeriksaan Kehamilan sesuai standar				10	Penggunaan Sistem Aplikasi Online dalam Surveilans Gizi			
5	Penguatan Peran Posyandu & Imunisasi								
6	Penggunaan Bibit Unggul Pangan Pokok Bernutrisi Tinggi								
11	Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Jaring Pengaman Sosial Tepat Sasaran				15	Fasilitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)			
12	Sosialisasi Pola Konsumsi Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman (B2SA)				16	Promosi dan Konseling Menyusui & Pemberian Makanan Tambahan (PMT)			
13	Revitalisasi Program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)				17	Revitalisasi Tata Laksana Gizi Buruk			
14	Penerapan Sistem Pertanian Agroforestry sebagai Pendukung Ketersediaan Pangan Beragam				18	Sosialisasi pencegahan pernikahan dini melalui budaya dan tokoh setempat			
						Activate Windows			
						Go to Settings to activate Windows.			

Hasil analisis matriks SWOT didapatkan 18 strategi kebijakan pencegahan stunting. Strategi pencegahan stunting di Kabupaten Purworejo antara lain: 1) Pemberian Suplementasi Mikronutrien pada Remaja, WUS, dan Ibu Hamil; 2) Pemberian Makanan Tambahan bagi Ibu Hamil dan Balita Kurus; 3) Gerakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM); 4) Pemeriksaan Kehamilan sesuai standar; 5) Penguatan Peran Posyandu & Imunisasi; 6) Penggunaan Bibit Unggul Pangan Pokok Bernutrisi Tinggi; 7) Pengendalian Perilaku Merokok Rumah Tangga; 8) Optimalisasi Safari KB dalam Peningkatan Keikutsertaan Keluarga Berencana; 9) Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa; 10) Penggunaan Sistem Aplikasi Online dalam Surveilans Gizi; 11) Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Jaring Pengaman Sosial Tepat Sasaran; 12) Sosialisasi Pola Konsumsi Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman (B2SA); 13) Revitalisasi Program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL); 14) Penerapan Sistem Pertanian Agroforestry sebagai Pendukung Ketersediaan Pangan Beragam; 15) Fasilitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); 16) Promosi dan Konseling Menyusui & Pemberian Makanan Tambahan (PMT); 17) Revitalisasi Tata Laksana Gizi Buruk; 18) Sosialisasi pencegahan pernikahan dini melalui budaya dan tokoh setempat.

Delapan belas strategi tersebut kemudian dikelompokkan dalam 4 pilar utama, antara lain: 1) Peningkatan kualitas kesehatan rumah tangga; 2) Peningkatan kualitas dan pola pangan rumah tangga; 3) Penguatan dan pemerataan layanan kesehatan; 4) Peningkatan daya dukung kelembagaan dan inovasi teknologi. Penyusunan strategi dalam 4 pilar utama tersebut juga mempertimbangkan strategi pencegahan dan percepatan stunting pada tingkat nasional, yaitu strategi intervensi spesifik, intervensi sensitif dan intervensi penunjang, yang kemudian disesuaikan dengan karakteristik Kabupaten Purworejo. Sehingga tidak terjadi kontradiksi antara strategi yang disusun

pada tingkat nasional dengan daerah. Sedangkan penyesuaian sesuai karakteristik daerah bertujuan agar strategi yang disusun implementatif, konstruktif dan akseleratif.

Agar model kebijakan yang diimplementasikan efektif, perlu dilakukan analisis prioritas. Analisis prioritas model kebijakan menggunakan pendekatan *Quantitative Strategic Planning Matrix* (QSPM). Hasil analisis matriks QSPM diperoleh 4 strategi prioritas pertama, antara lain: 1) Pemberian Suplementasi Mikronutrien pada Remaja, WUS, dan Ibu Hamil; 2) Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Jaring Pengaman Sosial Tepat Sasaran; 3) Optimalisasi Safari KB dalam Peningkatan Keikutsertaan Keluarga Berencana; 4) Penggunaan Bibit Unggul Pangan Pokok Bernutrisi Tinggi. Hasil analisis matriks QSPM dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

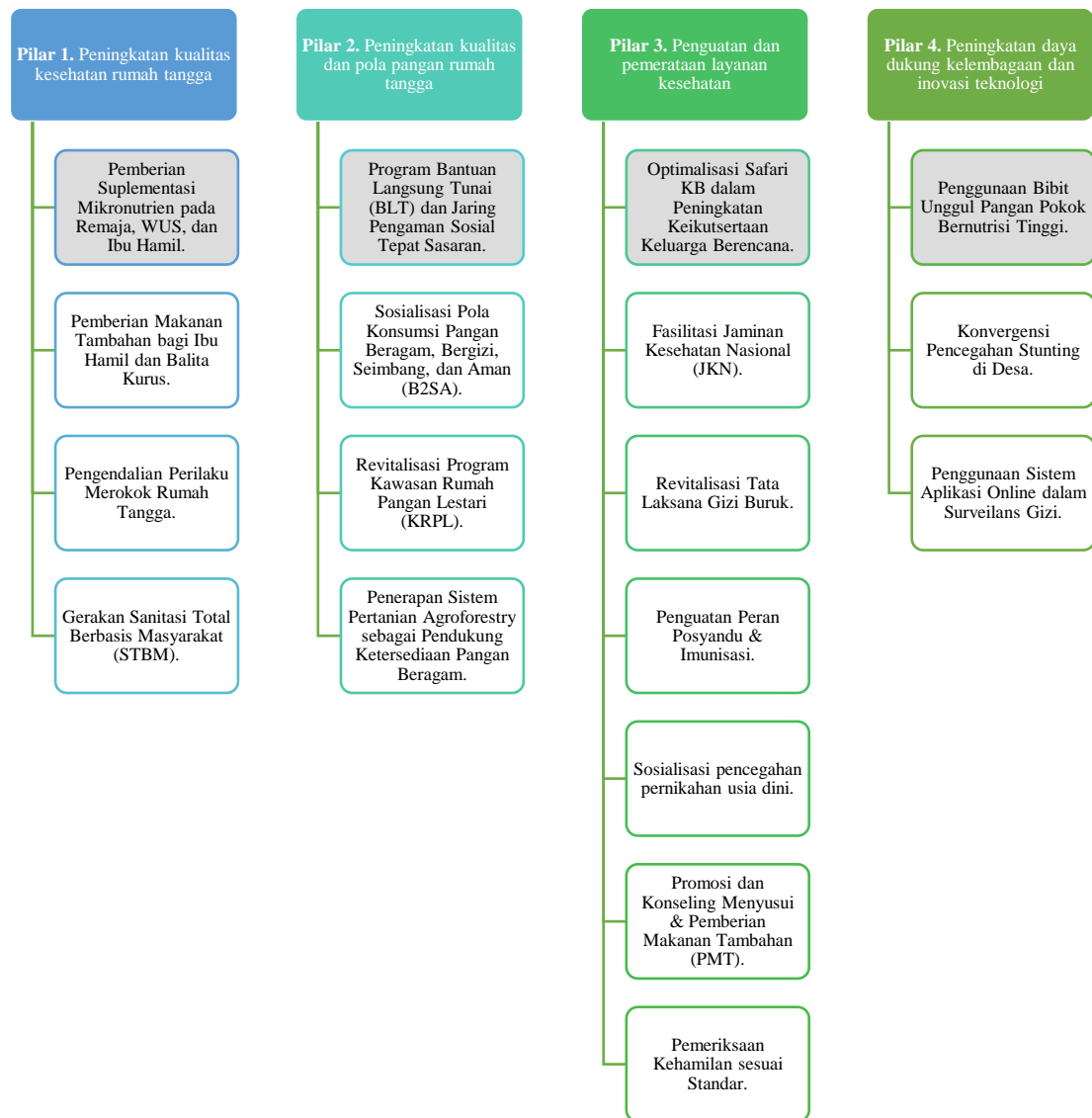
Tabel 6.3 Hasil Analisis Matriks QSPM

Prioritas	Strategi	Skor
Prioritas 1	1. Pemberian Suplementasi Mikronutrien pada Remaja, WUS, dan Ibu Hamil.	5,014
	2. Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Jaring Pengaman Sosial Tepat Sasaran.	4,763
	3. Optimalisasi Safari KB dalam Peningkatan Keikutsertaan Keluarga Berencana.	4,262
	4. Penggunaan Bibit Unggul Pangan Pokok Bernutrisi Tinggi.	4,254
Prioritas 2	5. Pemberian Makanan Tambahan bagi Ibu Hamil dan Balita Kurus	3,973
	6. Sosialisasi Pola Konsumsi Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman (B2SA)	3,551
	7. Fasilitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	3,502
	8. Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa	3,449
	9. Revitalisasi Tata Laksana Gizi Buruk	3,416
	10. Penguatan Peran Posyandu & Imunisasi	3,312
	11. Sosialisasi pencegahan pernikahan dini melalui budaya dan tokoh setempat	3,204
	12. Pengendalian Perilaku Merokok Rumah Tangga	3,130
	13. Revitalisasi Program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)	3,113
Prioritas 3	14. Promosi dan Konseling Menyusui & Pemberian Makanan Tambahan (PMT)	3,078
	15. Pemeriksaan Kehamilan sesuai standar	3,065

Prioritas	Strategi	Skor
	16. Penggunaan Sistem Aplikasi Online dalam Surveilans Gizi	3,043
	17. Penerapan Sistem Pertanian Agroforestry sebagai Pendukung Ketersediaan Pangan Beragam	3,025
	18. Gerakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)	2,900

Sumber: Kalkulasi Peneliti

Hasil analisis matriks QSPM menjadi dasar arah rekomendasi model kebijakan pencegahan stunting Kabupaten Purworejo. Strategi prioritas pertama juga telah mewakili 4 pilar utama pencegahan stunting Kabupaten Purworejo. Strategi prioritas ini diharapkan dapat mewujudkan kebijakan yang implementatif, konstruktif dan akseleratif. Adapun klasterisasi strategi prioritas berdasarkan 4 pilar utama dapat dilihat pada bagan alur dibawah ini.



Gambar 6.2 Bagan Alur Strategi dan Arah Kebijakan Prioritas

Sumber: Ilustrasi Peneliti

A. Peningkatan Kualitas Kesehatan Rumah Tangga

□ Prioritas 1

1. *Pemberian Suplementasi Mikronutrien pada Remaja, WUS dan Ibu Hamil*

Suplementasi mikronutrien terdiri dari suplementasi kalsium untuk ibu hamil serta suplementasi kapsul vitamin A, suplementasi taburia, dan suplementasi zinc. Taburia merupakan tambahan multivitamin dan mineral untuk memenuhi kebutuhan

gizi dan tumbuh kembang balita usia 6-59 bulan dengan prioritas balita usia 6-24 bulan. Taburia mengandung 12 macam vitamin dan 4 jenis mineral yang sangat dibutuhkan untuk tumbuh kembang dan mencegah terjadinya anemia pada balita.

Pemberian suplementasi zinc dan zat besi pada banyak penelitian terbukti mampu meningkatkan nafsu makan balita. Pemberian suplementasi zinc meningkatkan rerata frekuensi makan dari 4,16 menjadi 4,8 kali per hari. Sedangkan suplementasi zinc dan zat besi mampu meningkatkan rerata frekuensi makan dari 4,1 menjadi 5 kali per hari. Hal ini berarti pemberian suplementasi zinc bersama dengan zat besi mampu meningkatkan frekuensi makan lebih banyak (Rerksuppaphol & Rerksuppaphol, 2016). Selain dari frekuensi makan, peningkatan nafsu makan juga dapat dilihat dengan adanya peningkatan asupan energi.

Kualitas kesehatan remaja menjadi kunci dalam mencegah stunting. Pencegahan masalah gizi pada anak usia remaja bisa dilakukan dengan menjaga pola hidup sehat dan makan makanan bergizi seimbang. Hal ini dapat dicapai dengan melakukan intervensi gizi spesifik dan sensitif oleh seluruh pihak terkait agar para remaja yang akan menjadi orang tua dapat menghasilkan generasi yang unggul dan sehat.

Di Indonesia angka remaja putri yang mengalami anemia masih cukup tinggi yaitu seperlima remaja putri di Indonesia mengalami anemia. Jika anemia saat remaja dibiarkan saja maka akan berlanjut pada anemia dalam kehamilan sehingga beresiko melahirkan bayi stunting. Resiko anemia pada remaja dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu kurangnya makan makanan bergizi, kehilangan darah saat menstruasi sehingga dibutuhkan tablet tambah darah (TTD) setiap minggu khususnya saat dan setelah menstruasi.

Kenyataannya, banyak kasus stunting yang berawal dari adanya masalah di fase remaja calon orang tua, seperti: anemia pada remaja putri (karena menstruasi) yang

tak segera diatasi. Pengaruh orang tua sangat besar, terkait pola asuh dan kebiasaan makan. Pernikahan dini bisa menjadi penyebab stunting karena ketidaksiapan fisik dan mental remaja untuk melakukan asah, asih, asuh pada anak mereka.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 90,8% remaja tidak mengonsumsi tablet penambah darah. Sebanyak 9,2% remaja rutin mengonsumsi tablet penambah darah dengan rata rata konsumsi 10 tablet/bulan. Sebanyak 75% Responden dalam penelitian ini tidak mengetahui kadar HB saat remaja dan 71,5% remaja tidak mengalami tanda gejala anemia seperti 5L (letih, lemah, lesu, lunglai, lelah). Rendahnya angka anemia pada remaja putri dalam responden ini karena 58,8% rata rata lama haid sekitar 6-7 hari dan 95% responden mengatakan mengalami siklus haid yang teratur dengan ganti pembalut sebanyak 3x/hari. Sebanyak 44,6% tidak mengeluhkan nyeri haid, 50% responden mengatakan nyeri haid namun masih bisa beraktivitas dan 5,4% responden mengonsumsi obat nyeri.

Saat hamil, janin memperoleh asupan nutrisi untuk tumbuh kembangnya hanya dari ibu. Sayangnya, ibu hamil sering mengalami mual muntah di awal kehamilan sehingga asupan makanan berkurang. Kontrol kehamilan yang tak rutin juga rentan membuat ibu tak bisa memantau kondisi janin. Ini belum termasuk ibu hamil yang masih menyusui anak sebelumnya, sehingga nutrisi yang dikonsumsi harus dibagi 3 (untuk ibu, anak, dan janin). Jika ibu kurang gizi, janin pun berisiko terganggu pertumbuhannya di dalam kandungan, sehingga berisiko mengalami stunting sejak lahir. Ibu hamil harus dipastikan kebutuhan asam folat, kalsium dan zat besi tercukupi. Pembentukan otak bayi berlangsung di minggu-minggu awal kehamilan. Jangan sampai kurang gizi menyebabkan janin lahir stunting.

□ **Prioritas 2**

1. Pemberian Makanan Tambahan bagi Ibu Hamil dan Balita Kurus

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dilakukan kepada ibu hamil yang mengalami Kurang Energi Kronik (KEK). Identifikasi dilakukan dengan cara mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA) dan dinyatakan berisiko apabila LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu yang mengalami KEK berisiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR). Sehingga, untuk mencukupi kebutuhan gizi ibu hamil KEK diberikan Makanan Tambahan Ibu Hamil. Sementara itu, PMT Balita diberikan pada balita kurus usia 6-59 bulan yang indikator Berat Badan (BB) menurut Panjang Badan (PB)/Tinggi Badan (TB) kurang dari minus 2 standar deviasi ($< -2\text{ SD}$) yang tidak rawat inap dan tidak rawat jalan.

2. Pengendalian Perilaku Merokok Rumah Tangga

Tingginya jumlah perokok dalam rumah tangga menjadi salah satu perihai yang perlu diperhatikan. Pasalnya, rokok dapat menjadi salah satu penyebab menurunnya kesehatan seseorang, khususnya ibu hamil dan balita. Apabila merokok telah menjadi budaya dalam masyarakat setempat, setidaknya perilaku merokok dapat dikendalikan melalui sosialisasi secara massif. Contoh langkah yang dapat dilakukan adalah dengan sosialisasi bahwa perokok sebaiknya tidak berdekatan dengan ibu hamil, balita atau anggota keluarga lain yang tidak merokok, melalui acara *merti deso* atau posyandu.

3. Gerakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) adalah pendekatan untuk merubah perilaku higiene dan sanitasi melalui pemberdayaan dengan metode pemicuan. Tujuan STBM adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku higiene

dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat yang meliputi 3 komponen yaitu penciptaan lingkungan yang mendukung, peningkatan kebutuhan sanitasi, peningkatan penyediaan sanitasi dan pengembangan inovasi sesuai dengan konteks wilayah.

Kondisi Sanitasi Total adalah kondisi ketika suatu komunitas: 1) Tidak buang air besar sembarangan; 2) Mencuci tangan pakai sabun; 3) Mengelola air minum dan makanan yang aman; 4) Mengelola sampah dengan aman; dan 5) Mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman.

B. Peningkatan Kualitas dan Pola Pangan Rumah Tangga

□ Prioritas 1

1. Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Jaring Pengaman Sosial Tepat

Sasaran

Pemberian BLT dapat memberikan dampak positif terhadap kondisi status ketahanan pangan dan gizi bagi rumah tangga penerima, khususnya dalam aspek asupan kalori dan protein per kapita/hari. BLT juga berdampak positif terhadap pengeluaran pangan per kapita dan pangsa pengeluaran pangan. Selain itu, BLT berdampak pada perubahan pangsa pengeluaran pangan di mana terjadi pergeseran konsumsi pangan dari kelompok pangan umbi-umbian, pangan hewani, buah dan sayur menuju kelompok padi-padian, makanan dan minuman jadi. Perubahan preferensi konsumsi rumah tangga cenderung menuju ke pangan yang memiliki nilai gizi lebih baik, daripada sebelum menerima BLT. Namun, pemberian BLT saja tidak cukup untuk memberikan makanan yang cukup dan bergizi bagi rumah tangga penerima. Perlu ada kombinasi antara bantuan langsung tunai dengan program jaring

pengaman sosial lainnya yang bertujuan untuk meningkatkan ketahanan pangan dan status gizi rumah tangga miskin (Amrullah, Pullaila, Hidayah, & Rusyiana, 2020).

□ **Prioritas 2**

1. *Sosialisasi Pola Konsumsi Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman (B2SA)*

Setiap individu membutuhkan energi yang cukup untuk menjalankan aktivitasnya sehari-hari. Energi tersebut bisa kita dapatkan dari makanan yang dikonsumsi. Setiap produk pangan memiliki berbagai komponen gizi yang terkandung di dalamnya. Komponen gizi tersebut dibutuhkan oleh tubuh setiap individu dalam jumlah tertentu. Karena kebutuhan tubuh setiap individu akan komponen gizi berbeda, maka sekarang kita mengenal istilah Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman (B2SA).

Pangan beragam dan bergizi artinya terdapat lebih dari satu macam jenis pangan dalam piring sekali makan sehingga dapat memenuhi komponen gizi secara lengkap. Seimbang artinya pangan mengandung komponen-komponen yang cukup secara kuantitas, cukup secara kualitas, dan mengandung berbagai zat gizi (karbohidrat, lemak, protein, vitamin dan mineral) yang diperlukan tubuh. Komponen yang tidak kalah penting dari produk pangan adalah aspek keamanannya. Suatu produk pangan yang aman harus bebas dari cemaran fisik, kimia, dan mikrobiologi. Keamanan dari setiap makanan yang dikonsumsi perlu diperhatikan agar terhindar dari dampak negatif yang mungkin ditimbulkan suatu produk pangan.

Sebelumnya masyarakat mengenal konsep 4 sehat 5 sempurna. Konsep ini diperkenalkan oleh Prof. Poerwo Soedarmo pada tahun 1950 yang sering disebut Bapak Gizi Indonesia. Slogan “Empat Sehat Lima Sempurna” berisikan lima kelompok makanan yaitu (1) Makanan Pokok, (2) Lauk Pauk, (3) Sayur-sayuran, (4) Buah-

buahan, dan (5) Susu. Namun seiring dengan perkembangan zaman, konsep 4 sehat 5 sempurna tidak lagi relevan sehingga muncul konsep baru yakni pedoman gizi seimbang yang diwujudkan melalui konsumsi Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman (B2SA). Hal ini disebabkan tidak ada satupun jenis makanan yang dapat memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh secara lengkap, sehingga diperlukan kombinasi asupan berbagai jenis makanan dengan porsi tertentu sesuai dengan usia, jenis kelamin, berat badan dan kondisi fisiologis tertentu. Konsep Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman juga memiliki kelebihan yakni implementasinya dapat memanfaatkan potensi produk pangan yang dihasilkan oleh daerah. Misalnya jika suatu daerah merupakan sentra penghasil jagung, maka jagung tersebut dapat menggantikan beras sebagai bahan pangan sumber karbohidrat.

Dalam hal ini, pemerintah pusat mendukung konsep pangan beragam, bergizi, seimbang, dan aman (B2SA) melalui berbagai kebijakan. Pemerintah pusat telah menerbitkan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 22 Tahun 2009 tentang Kebijakan Percepatan Penganekaragaman Konsumsi Pangan Berbasis Sumberdaya Lokal. Perpres ini sudah ditindaklanjuti, dengan Peraturan Menteri Pertanian Nomor 43 Tahun 2009 tentang Gerakan Percepatan Penganekaragaman Konsumsi Pangan (P2KP) Berbasis Sumberdaya Lokal sebagai acuan yang lebih operasional dalam implementasinya. Peraturan tersebut merupakan acuan untuk mendorong upaya penganekaragaman konsumsi pangan dengan cepat melalui basis kearifan lokal serta kerja sama terintegrasi antara pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pencegahan stunting dalam jangka panjang, tidak hanya dilakukan kepada balita saja, melainkan perlu adanya upaya perbaikan gizi ibu saat hamil. Karena faktor penyebab stunting diantaranya adalah kekurangan nutrisi sejak anak berada dalam kandungan. Pemberian gizi yang cukup seharusnya sudah dimulai, bahkan sejak anak

masih berada di dalam kandungan, hingga usia dua tahun (Ekayanthi & Suryani, 2019). Berkenaan dengan itu, pemerintah perlu melakukan sosialisasi Pola Konsumsi Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman (B2SA) kepada masyarakat, agar masyarakat mengetahui yang seharusnya dikonsumsi.

2. Revitalisasi Program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)

Program-program yang bertujuan untuk meningkatkan pertumbuhan sektor pertanian dan meningkatkan ketahanan pangan merupakan komponen penting dalam program Percepatan Perbaikan Gizi 1000 HPK. Program tersebut memastikan ketersediaan pangan bergizi dengan harga terjangkau untuk semua golongan masyarakat. Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) berfungsi sebagai basis ketahanan pangan. Program ini menitikberatkan kegiatannya pada pemberdayaan kelompok wanita tani dengan memanfaatkan pekarangan rumah sebagai lahan tanam untuk semua jenis tanaman yang bernilai gizi konsumsi keluarga. Sehingga, keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pangannya dengan tanaman yang ada di pekarangan rumah.

3. Penerapan Sistem Pertanian Agroforestry sebagai Pendukung Ketersediaan Pangan Beragam

Agroforestry (Wana Tani) adalah manajemen pemanfaatan lahan secara optimal dan lestari, dengan cara mengkombinasikan kegiatan kehutanan dan pertanian pada unit pengolahan sosial, ekonomi dan budaya masyarakat. Sistem pemanfaatan lahan *agroforestry* memiliki beberapa manfaat, diantaranya: 1) Membantu penggunaan lahan secara optimal sehingga dapat memperbaiki kebutuhan hidup masyarakat; 2) Meningkatkan daya dukung ekologi manusia terutama di daerah pedesaan; 3)

Agroforestry juga bisa dimanfaatkan untuk menjamin dan memperbaiki kebutuhan pangan, serta 4) Meningkatkan persediaan pangan pada tiap musim, sehingga petani dapat memperoleh tambahan penghasilan untuk kebutuhan sehari-hari (Rimbakita, 2022; Jamnadass, et al., 2013). *Agroforestry* terdiri dari 3 komponen, antara lain kehutanan, pertanian, dan peternakan. Berdasarkan 3 komponen tersebut, *agroforestry* dibagi ke dalam 4 jenis pola tanam, antara lain: 1) *Agrisilvikulture* adalah kombinasi antara komponen kehutanan dan pertanian; 2) *Agropasture* adalah kombinasi antara komponen pertanian dan peternakan; 3) *Silvopasture* adalah kombinasi antara komponen kehutanan dan peternakan; 4) *Agrosilvipasture* adalah kombinasi antara komponen pertanian, kehutanan, dan peternakan.

Kabupaten Purworejo memiliki luas lahan 103.482 hektar, sedangkan luas wilayah hutannya mencapai 48.765 hektar, atau sekitar 47,12 persen (Badan Pusat Statistik, 2022). Data tersebut menunjukkan bahwa integrasi hutan dan pertanian dapat menjadi salah satu solusi pengembangan pertanian, khususnya dalam penyediaan pangan, di Kabupaten Purworejo. Hasil penelitian menunjukan bahwa 7.731 hektar atau sekitar 7,47 persen termasuk dalam kategori sesuai jika diterapkan sebagai lahan pengembangan *agroforestry*. Sedangkan 5.715 hektar atau sekitar 5,56 persen masuk dalam kategori sedang untuk lahan penerapan *agroforestry*. Berdasarkan data tersebut, lokasi terluas untuk pengembangan *agroforestry* ada di Kecamatan Kemiri, dengan area seluas 2.578 hektar. Produk pertanian unggulan setempat yang direkomendasikan adalah kambing etawa (PE) dalam pola *agrosilvipasture*, tanaman penghasil obat (temulawak, kajibeling, lempuyang) dibawah tegakan pinus dalam pola *silvofarmaka*, dan papaya, manggis, dan durian dikombinasikan kayu sengon (*Paraserianthes falcataria*) dalam pola *agrosilvikulture* (Widiyanto & Suhartono, 2017).

C. Penguatan dan Pemerataan Layanan Kesehatan

□ Prioritas 1

1. *Optimalisasi Safari KB dalam Peningkatan Keikutsertaan Keluarga Berencana*

Pelayanan kesehatan dalam Keluarga Berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas melalui upaya promotif, preventif, pelayanan, dan pemulihan termasuk perlindungan efek samping, komplikasi, dan kegagalan alat kontrasepsi dengan memperhatikan hak-hak reproduksi, serta pelayanan infertilitas. Melalui KB, masyarakat jadi bisa mengatur jarak kehamilannya sehingga lebih mudah untuk memastikan ketercukupan gizi anak.

KB pasca persalinan adalah upaya strategis dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan *Total Fertility Rate*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasangan usia subur banyak yang tidak menggunakan alat kontrasepsi dengan berbagai alasan diantaranya mengalami beberapa efek samping, belum sempat ke pelayanan kesehatan untuk menggunakan alat kontrasepsi. Dari hasil penelitian didapatkan hasil bahwa mayoritas responden sebesar 37,9% responden menggunakan KB Suntik. KB suntik merupakan alat kontrasepsi yang paling diminati oleh pasangan usia subur selain mudah untuk menggunakan juga mudah dihentikan sewaktu waktu sehingga angka *drop out* KB dengan menggunakan metode KB suntik tinggi. *Drop out* KB yang tinggi dapat menyebabkan *unmeet need pregnancy* atau kehamilan yang tidak diinginkan. Untuk menurunkan *unmeet need pregnancy* maka pasangan usia subur seharusnya beralih ke metode kontrasepsi jangka panjang dan bisa digunakan setelah melahirkan, mengingat jarak melahirkan antara anak 1 dan anak ke 2 hanya berjarak kurang lebih 2 tahun. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelayanan keluarga berencana memberikan nilai sig (p-value): 0,072 artinya

pengaturan jarak kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi mampu menurunkan angka kejadian stunting.

□ **Prioritas 2**

1. *Fasilitasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diimplementasikan mulai tahun 2014 ditujukan untuk memberikan perlindungan bagi seluruh penduduk agar dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa hambatan finansial. Bagi penduduk miskin dan hampir miskin, pemerintah memberikan bantuan iuran agar seluruh masyarakat tercakup dalam layanan JKN. Dengan adanya jaminan kesehatan, ibu hamil maupun bayi dan balita dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas secara tepat waktu, seperti pemeriksaan kehamilan, imunisasi serta pengobatan penyakit atau infeksi. Hal ini tentunya akan berkontribusi dalam upaya penurunan stunting melalui peningkatan status kesehatan ibu dan balita.

Dari hasil penelitian 39,6% memiliki jaminan BPJS kesehatan. Sebesar 22,5% jaminan kesehatan KIS dan 36,3% tidak memiliki jaminan kesehatan, sedangkan anak balita sebesar 61,7% tidak memiliki jaminan kesehatan. Rendahnya keikutsertaan jaminan kesehatan ini dipengaruhi oleh banyak faktor salah satunya adalah faktor ekonomi karena harus melakukan pembayaran iuran bulan kesehatan.

2. *Revitalisasi Tata Laksana Gizi Buruk*

Balita dengan status gizi buruk perlu ditangani segera dengan intervensi pemulihan yang dapat dilakukan dengan metode pendekatan individual maupun pendekatan masyarakat. Secara umum, balita gizi buruk tanpa penyakit penyerta cukup ditangani dengan pemberian makanan tambahan untuk mengejar

pertumbuhannya. Sementara, pada balita gizi buruk yang memiliki penyakit penyerta harus dilakukan pengobatan penyakitnya terlebih dahulu untuk selanjutnya diberikan makanan tambahan.

Di daerah-daerah dengan jumlah kasus gizi buruk yang tinggi didirikan Pusat Pemulihan Gizi (*Therapeutic Feeding Center/TFC*). Di TFC, balita gizi buruk akan diberikan perawatan dan pemberian makanan tambahan secara intensif sesuai dengan usia dan kondisinya dengan melibatkan peran serta aktif orang tua. Agar orang tua bersedia untuk membawa balita gizi buruk ke TFC, beberapa daerah menyediakan kompensasi sebesar upah harian untuk menggantikan hari kerja yang hilang selama mendampingi anak di TFC. Hal lain yang penting adalah upaya untuk menjaga kontinuitas perawatan dan pemberian makanan bergizi saat anak kembali ke rumah.

□ **Prioritas 3**

1. *Sosialisasi Pencegahan Pernikahan Usia Dini*

Angka pernikahan usia dini cukup tinggi, khususnya di wilayah pedesaan. Pernikahan di usia dini dapat menjadi faktor tidak langsung penyebab terjadinya stunting. Pada usia muda, kesiapan mental seseorang dalam berumah tangga belum terkondisikan. Apalagi seseorang harus memiliki anak pada usia muda. Pengetahuan yang terbatas akan mempengaruhi pola asuh kepada anak. Lebih lanjut, pekerjaan yang dimiliki juga masih *serabutan*. Kondisi ekonomi yang buruk akan mempengaruhi kualitas dan pola pangan, baik anak maupun orang tua. Oleh karena itu, sosialisasi pencegahan pernikahan usia dini perlu dilakukan secara masif. Program yang dapat dilakukan, diantaranya memberikan penyuluhan melalui sekolah.

2. Penguatan Peran Posyandu dan Imunisasi

Posyandu merupakan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang diselenggarakan secara berkala setiap satu bulan sekali oleh masyarakat dengan dukungan petugas kesehatan. Kegiatan di Posyandu dikenal dengan sistem lima meja, terdiri atas: (1) Pendaftaran, (2) Penimbangan, (3) Pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS), (4) Pelayanan kesehatan, dan (5) Penyuluhan. Posyandu merupakan garda terdepan dari pelayanan kesehatan dan gizi kepada ibu hamil dan anak balita.

Mengikuti posyandu dengan melakukan penimbangan secara rutin merupakan salah satu deteksi dini penilaian masalah gizi pada anak. Masalah gizi berpengaruh pada otak dan organ tubuh yang lainnya. Hal ini bisa diantisipasi dengan melakukan penimbangan secara rutin ke posyandu. Dengan mengikuti posyandu secara rutin pertumbuhan anak balita terpantau sehingga tidak menderita gizi kurang atau gizi buruk. Dengan mengikuti posyandu anak balita akan mendapatkan vitamin A, obat cacing. Posyandu juga sebagai wahana mendapatkan informasi yang benar terkait kesehatan ibu dan anak melalui penyuluhan yang diberikan oleh pihak puskesmas.

Kegiatan utama yang dilakukan di posyandu meliputi pemantauan kesehatan ibu dan anak, pelayanan KB, pelayanan imunisasi, pemberian gizi tambahan. Kegiatan pengembangan lainnya adalah Bina Keluarga Balita (BKB), Tanaman Obat Keluarga (TOGA), Bina Keluarga Lansia (BKL), Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) untuk menuju posyandu terintegrasi. Apabila kegiatan posyandu berjalan dengan baik maka akan memberikan kontribusi yang besar dalam menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak balita dan khususnya pada pencegahan stunting (Buku Pintar Stunting, 2021). Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga kesehatan di dapatkan informasi bahwa posyandu di setiap wilayah dilakukan sesuai dengan jadwal, namun belum semua wilayah melaksanakan posyandu terintegrasi.

3. *Pemeriksaan Kehamilan Sesuai Standar*

Pemeriksaan kehamilan (*Antenatal care*) dilakukan selama minimal 4 kali selama masa kehamilan, yaitu satu kali pada trimester 1, satu kali pada trimester 2 dan dua kali pada trimester 3. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan dan dicatat di buku KIA. Selain itu, ibu hamil juga harus mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) untuk menghindari tetanus neonatorium. Pada saat pemeriksaan kehamilan pertama, ibu hamil akan ditanyai mengenai status imunisasi tetanusnya. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar memiliki perlindungan terhadap infeksi tetanus.

4. *Promosi dan Konseling Menyusui serta Pemberian Makanan Tambahan (PMT)*

Untuk mencegah stunting, terdapat standar ideal (*golden standard*) yang direkomendasikan oleh WHO, yaitu: (1) pemberian ASI eksklusif sejak bayi lahir sampai usia 6 bulan; (2) pemberian MP-ASI mulai usia 6 bulan; dan (3) lanjutan pemberian ASI sampai bayi berusia 2 tahun atau lebih. Pemberian ASI eksklusif (bayi diberikan ASI saja tanpa tambahan apapun) pada bayi usia 0-6 bulan sangat penting tidak saja untuk meningkatkan status gizi tetapi juga untuk kelangsungan hidup (*survival*) bayi. Untuk itu, diperlukan promosi dan edukasi untuk memberikan ASI eksklusif melalui berbagai cara baik pertemuan langsung (konseling menyusui oleh tenaga kesehatan terlatih) maupun promosi di media massa cetak dan elektronik. Pemberian ASI Eksklusif diatur oleh Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012.

Setelah pemberian ASI secara eksklusif selama usia 0-6 bulan, selanjutnya bayi mulai dikenalkan dengan makanan pendamping ASI (MP-ASI) dengan tetap memberikan ASI lanjutan sampai dengan usia 2 tahun atau lebih. Pemberian MP-ASI mulai usia 6 bulan menjadi sangat penting mengingat pada usia 6-11 bulan kontribusi

ASI pada pemenuhan kebutuhan gizi hanya dua per tiga sedangkan sepertiganya harus dipenuhi dari MP-ASI. Seiring bertambahnya usia, kehadiran MP-ASI menjadi semakin penting. Pada saat bayi berusia 12-23 bulan, dua per tiga pemenuhan kebutuhan gizi berasal dari MP-ASI.

Hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian MP-ASI adalah kuantitas dan kualitasnya memenuhi prinsip gizi seimbang agar tidak cenderung tinggi karbohidrat tetapi juga memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, vitamin dan mineral. MP-ASI ada yang bersifat pabrikan dan ada yang berbasis pangan lokal. Keduanya dapat diberikan, namun MP-ASI berbasis pangan lokal akan lebih berkelanjutan karena memanfaatkan pangan yang ada di masyarakat.

D. Peningkatan Daya Dukung Kelembagaan dan Inovasi Teknologi

□ Prioritas 1

1. *Penggunaan Bibit Unggul Pangan Pokok Bernutrisi Tinggi*

Kabupaten Purworejo memiliki luas lahan sawah sebesar 29.575 hektar atau 28,57 persen dari total luas wilayah kabupaten (Badan Pusat Statistik, 2022). Kondisi geografis ini menjadi kekuatan Kabupaten Purworejo untuk pemenuhan pangan bagi penduduknya. Kekuatan ini dapat dimanfaatkan untuk menghasilkan padi bernutrisi tinggi atau Beras Biofortifikasi. Biofortifikasi merupakan salah satu inovasi dalam meningkatkan mutu gizi beras. Atau, upaya fortifikasi mineral penting melalui perakitan varietas. Padi ini sesuai ditanam pada lahan sawah irigasi pada ketinggian 0-600 meter dpl (Majumder, Datta, & Datta, 2019). Adapun rata-rata ketinggian di Kabupaten Purworejo 70 meter dpl.

Keuntungan biofortifikasi antara lain: (1) Dapat dikembangkan pada bahan makanan pokok; (2) Lebih murah dan menguntungkan dari segi budi daya karena

benih yang telah terfortifikasi hanya diperlukan sekali di awal penggunaan, selanjutnya benih dari pertanaman berikutnya dapat dikembangkan lebih lanjut oleh petani lain; (3) bermanfaat bagi masyarakat konsumen rawan gizi; dan (4) produksi tinggi dan ramah lingkungan. Badan Litbang Pertanian telah menciptakan varietas padi dengan kandungan Zn rata-rata 29,54 ppm yang dilepas Menteri Pertanian dengan nama **Padi IR Nutri Zinc** (Berdasarkan Surat Keputusan Nomor: 168/HK.540/C/01/2019) (Indrasari & Kristamtini, 2018; Direktorat Jenderal Tanaman Pangan, 2020; Majumder, Datta, & Datta, 2019).

□ **Prioritas 2**

1. *Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa*

Dana desa dapat digunakan untuk menanggulangi stunting. Untuk memastikan stunting menjadi isu prioritas dalam perencanaan di tingkat desa, kepala desa merekrut Kader Pembangunan Manusia (KPM). KPM merupakan kader masyarakat yang bertugas untuk memfasilitasi aksi konvergensi penurunan stunting di tingkat desa. Pengertian konvergensi intervensi pada sasaran adalah bahwa setiap ibu hamil, ibu menyusui, ibu nifas, dan anak usia 0-23 bulan mendapatkan akses layanan atau intervensi yang diperlukan untuk penanganan stunting secara terintegrasi.

KPM mengajak peran serta atau partisipasi masyarakat dan lembaga dalam proses perencanaan, pelaksanaan kegiatan dan pemantauan; serta berkoordinasi dengan pelaku program dan lembaga lainnya seperti bidan desa, petugas puskesmas lainnya (ahli gizi, perawat, sanitarian), guru PAUD dan aparat desa.

2. *Penggunaan Sistem Aplikasi Online dalam Surveilans Gizi*

Surveilans gizi berfungsi untuk memberikan informasi keadaan gizi masyarakat dan faktor yang mempengaruhinya secara cepat, akurat, dan berkelanjutan sehingga dapat digunakan untuk menetapkan kebijakan gizi maupun penanggulangan masalah gizi. Surveilans dapat dilakukan melalui aplikasi elektronik pencatatan dan pelaporan gizi berbasis masyarakat (e-PPGBM/ <https://sigiziterpadu.kemkes.go.id/ppgbm/index.php/Dashboard>). Dengan adanya sistem surveilans yang kuat, anak yang kurang gizi maupun stunting dapat memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkannya dengan cepat. Termasuk jika membutuhkan perawatan lebih lanjut dengan dirujuk ke rumah sakit di tingkat Kabupaten.

6.3 Rekomendasi Kebijakan dan Program Prioritas Tingkat Kabupaten

Rekomendasi kebijakan dan program prioritas disusun berdasarkan analisis matriks SWOT dan perhitungan QSPM yang didasarkan pada analisis multinomial regresi. Tabel berikut mengungkap daftar program kegiatan prioritas yang dapat dioptimalkan sebagai upaya pencegahan *stunting* di Kabupaten Purworejo. Program ini merupakan susunan program sesuai analisis di tingkat kabupaten (makro). Sedangkan, analisis wilayah dapat menggunakan program ini sebagai alternatif dengan intensitas berbeda di masing-masing wilayah, kecamatan, dan desa.

Tabel 6.3 Rekomendasi Program Kegiatan Prioritas

Strategi Prioritas	Rekomendasi Program Kegiatan Alternatif
Pemberian suplementasi mikronutrien pada remaja, WUS, dan ibu hamil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status kesehatan remaja melalui sekolah. 2. Pemberian suplemen mikronutrien kepada remaja melalui sekolah 3. Pemberian suplemen mikronutrien kepada ibu hamil melalui posyandu. 4. Melakukan kerjasama dengan perusahaan yang memproduksi suplemen mikronutrien untuk memberikan bantuan suplemen melalui kegiatan <i>Corporate Social Responsibility</i>.
Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan jaring pengaman sosial tepat sasaran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi data dan proses distribusi dalam pelaksanaan program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan jaring pengaman sosial lainnya. 2. Melakukan analisis <i>social impact</i> dari Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan jaring pengaman sosial yang telah dilakukan sebelumnya. 3. Melakukan kerjasama dengan perusahaan untuk memberikan bantuan, baik konsumtif maupun produktif, kepada masyarakat miskin melalui <i>Corporate Social Responsibility</i>. 4. Melakukan kerjasama dengan lembaga filantropi untuk memberikan bantuan, baik konsumtif maupun produktif, kepada masyarakat miskin. 5. Membuat kegiatan <i>corporate gathering</i> bagi perusahaan yang berada di wilayah Kabupaten Purworejo agar dapat meningkatkan perolehan bantuan sosial bagi masyarakat miskin, khususnya program pencegahan stunting. 6. Membuat kegiatan <i>CSR (Corporate Social Responsibility) Awards</i>, untuk meningkatkan kepedulian perusahaan dalam memberikan bantuan kepada masyarakat miskin, khususnya stunting.
Optimalisasi safari KB dalam peningkatan keikutsertaan keluarga berencana.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan insentif bagi masyarakat yang bersedia mengikuti program KB. 2. Membuat <i>KB Awards</i> bagi desa yang berhasil meningkatkan jumlah penggunaan KB.
Penggunaan bibit unggul pangan pokok bernutrisi tinggi.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan demplot padi biofortifikasi kepada kelompok tani di wilayah pertanian sawah. 2. Melakukan kerjasama dengan Bulog dalam penyerapan dan distribusi hasil panen padi biofortifikasi.

Sumber: Kalkulasi Peneliti

6.4 Strategi dan Arah Kebijakan Pencegahan Stunting Berbasis Wilayah

Analisis multinomial regresi sejalan dengan hasil perhitungan *quantitative strategic planning matrix* (QSPM) dan analisis SWOT. Analisis faktor yang berpengaruh linier dengan perhitungan skor rencana kebijakan prioritas. Oleh karena itu, rekomendasi model kebijakan wilayah ini didasarkan pada pertimbangan tersebut. Rekomendasi kebijakan per wilayah memenuhi analisis multinomial regresi dan memilih satu atau lebih dari kebijakan prioritas yang di hitung pada tingkat kabupaten. Rekomendasi kebijakan per wilayah bisa jadi berbeda di masing-masing wilayah bergantung pada signifikansi analisis multinomial regresi yang disesuaikan dengan program prioritas kabupaten.

A. Wilayah Pegunungan

Wilayah pegunungan identik dengan kemiskinan ekstrim dan jumlah paritas tinggi. Maka, kebijakan yang relevan dengannya adalah prioritas pada daya beli dan pola pangan. Berikutnya, kebijakan pengendalian tingkat paritas juga dilakukan agar pemenuhan status ASI dan MPASI bisa tercapai dengan baik. Kawasan pegunungan dalam penelitian ini adalah Kecamatan Bruno, Gebang, dan Loano di Kabupaten Purworejo.

❖ Prioritas 1

- 1) Program Bantuan Langsung Tunai dan Jaring Pengaman Sosial Tepat Sasaran
- 2) Optimalisasi Safari KB dalam Peningkatan Keikutsertaan Program Keluarga Berencana

❖ Prioritas 2

- 1) Pemberian Vitamin A dan Obat Cacing Balita

- 2) Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa
- 3) Promosi dan Konseling Menyusui dan Pemberian Makanan Tambahan
- 4) Revitalisasi Tata Laksana Gizi Buruk

❖ Prioritas 3

- 1) Derakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)
- 2) Pengendalian Perilaku Merokok Rumah Tangga

B. Wilayah Dataran Rendah/Pesisir

Wilayah dataran rendah memiliki kriteria pola sosial tradisional dengan tingkat kemiskinan yang relatif tinggi. Biasanya, masalah lebih kompleks karena sumber daya alam yang tidak memadai. Oleh karenanya, faktor ekonomi yang rendah dan kualitas lingkungan buruk menjadi dua hal yang berkontribusi besar bagi masalah kesehatan seperti *stunting*. Kecamatan Butuh, Grabag, Kemiri, dan Bagelen merupakan wilayah Kabupaten Purworejo yang menjadi sampel dalam penelitian ini sebagai wilayah dataran rendah/pesisir. Beberapa kejadian khusus di wilayah ini seperti tingginya konsumsi *junkfood*, sulitnya akses air bersih, dan kurangnya suplemen mikronutrien ibu hamil sehingga komponen pertumbuhan janin/bayi rendah. Dengan demikian, prioritas kebijakan untuk pencegahan *stunting* di wilayah ini antara lain:

❖ Prioritas 1

- 1) Pemberian Suplemen Mikronutrien bagi Remaja, WUS, dan Ibu Hamil
- 2) Program Bantuan Langsung Tunai dan Jaring Pengaman Sosial Tepat Sasaran

❖ Prioritas 2

- 1) Sosialisasi Pola Konsumsi Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman
- 2) Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa

3) Pemberian Vitamin A dan Obat Cacing Balita

❖ Prioritas 3

- 1) Derakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) terutama ketersediaan air bersih konsumsi
- 2) Pengendalian Perilaku Merokok Rumah Tangga

C. Wilayah Perkotaan

Wilayah perkotaan merupakan potret kemajuan pendidikan dan sistem sosial. Hanya saja, kemiskinan ekstrim pasti ada di perkotaan sebagai fenomena alamiah siklus ekonomi. Berikutnya, kondisi lingkungan yang buruk juga menyumbang terjadinya masalah kesehatan. Wilayah perkotaan di Kabupaten Purworejo terpilih sampel Kecamatan Kutoarjo dan Kecamatan Purwodadi dalam penelitian ini. Permasalahan utama yang muncul adalah akses air bersih yang sulit, rendahnya konsumsi suplemen mikronutrien ibu hamil, dan buruknya pengelolaan sampah. Oleh karena itu, program kebijakan di wilayah perkotaan mengarah efektif pada masalah-masalah utama tersebut.

❖ Prioritas 1

- 1) Pemberian Suplemen Mikronutrien bagi Remaja, WUS, dan Ibu Hamil
- 2) Program Bantuan Langsung Tunai dan Jaring Pengaman Sosial Tepat Sasaran

❖ Prioritas 2

- 1) Revitalisasi Program Kawasan Rumah Pangan Lestari
- 2) Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa
- 3) Sosialisasi Pola Konsumsi Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman

❖ Prioritas 3

- 1) Gerakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) terutama ketersediaan air bersih konsumsi
- 2) Pengendalian Perilaku Merokok Rumah Tangga

BAB VII

PENUTUP

7.1 Simpulan

Prevalensi *stunting* di Kabupaten Purworejo dipengaruhi oleh berbagai faktor. Dalam perhitungan multinomial regresi terhadap 5 vektor karakteristik (42 variabel), terdapat beberapa simpulan sebagai berikut:

1. Kombinasi seluruh variabel independen secara serempak (simultan) berpengaruh signifikan terhadap variabel dependen status tinggi badan balita di Kabupaten Purworejo.
2. Karakteristik rumah tangga melalui variabel Ln Status Ekonomi, pengeluaran pangan anak, usia menikah orangtua, tinggi badan ibu, nutrisi ibu hamil, penggunaan alat kontrasepsi KB, dan akses informasi berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan pencegahan risiko *stunting* di Kabupaten Purworejo.
3. Karakteristik individu melalui variabel konsumsi suplemen, komponen pertumbuhan lainnya (LD, LK, dan LILA), dan gestasi berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan pencegahan risiko *stunting* di Kabupaten Purworejo.
4. Karakteristik lingkungan melalui variabel status polusi rumah tangga berpengaruh negatif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan pencegahan risiko *stunting* di Kabupaten Purworejo.
5. Karakteristik layanan kesehatan melalui variabel peran posyandu berpengaruh positif signifikan terhadap status tinggi badan balita dan pencegahan risiko *stunting* di Kabupaten Purworejo.

6. Wilayah pegunungan, variabel status ekonomi, pengeluaran pangan anak, pendidikan ibu, riwayat paritas, penggunaan alat kontrasepsi KB, intensitas pemeriksaan kehamilan, status ASI-MPASI, status sanitasi, pemberian vitamin A-Obat Cacing, dan imunisasi berpengaruh positif terhadap status tinggi badan balita. Tingkat paritas dan status polusi berpengaruh negatif terhadap status tinggi balita.
7. Wilayah dataran rendah/pesisir, variabel status ekonomi, pengeluaran pangan anak, pendidikan ibu, komponen pertumbuhan lain, sumber air bersih, dan pemberian vitamin A dan obat cacing berpengaruh positif terhadap status tinggi badan balita. Pola konsumsi junkfood dan status polusi berpengaruh negatif terhadap status tinggi balita.
8. Wilayah perkotaan, variabel status ekonomi, pengeluaran pangan anak, tinggi badan ibu, nutrisi rumah tangga, komponen pertumbuhan lain, pola nutrisi balita, sumber air bersih/minum, pengelolaan sampah, dan peran tenaga kesehatan berpengaruh positif terhadap status tinggi badan balita. Status polusi berpengaruh negatif terhadap status tinggi balita.

7.2 Rekomendasi

- PILAR 1: Peningkatan Kualitas Kesehatan Rumah Tangga
 - Prioritas 1
 - 1) Pemberian Suplementasi Mikronutrien pada Remaja, WUS, dan Ibu Hamil
 - Prioritas 2
 - 1) Pemberian Makanan Tambahan bagi Ibu Hamil dan Balita Kurus
 - 2) Pengendalian Perilaku Merokok Rumah Tangga
 - 3) Gerakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)
- PILAR 2: Peningkatan Kualitas dan Pola Pangan Rumah Tangga
 - Prioritas 1

- 1) Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Jaring Pengaman Sosial Tepat Sasaran

Prioritas 2

- 1) Sosialisasi Pola Konsumsi Pangan Beragam, Bergizi, Seimbang, dan Aman (B2SA)
- 2) Revitalisasi Program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL)
- 3) Penerapan Sistem Pertanian Agroforestry sebagai Pendukung Ketersediaan Pangan Beragam

□ PILAR 3: Penguatan dan Pemerataan Layanan Kesehatan

Prioritas 1

- 1) Optimalisasi Safari KB dalam Peningkatan Keikutsertaan Keluarga Berencana

Prioritas 2

- 1) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- 2) Revitalisasi Tata Laksana Gizi Buruk

Prioritas 3

- 1) Pemeriksaan Kehamilan sesuai Standar
- 2) Promosi dan Konseling Menyusui & Pemberian Makanan Tambahan (PMT)
- 3) Penguatan Peran Posyandu & Imunisasi

□ PILAR 4: Peningkatan Daya Dukung Kelembagaan dan Inovasi Teknologi

Prioritas 1

- 1) Penggunaan Bibit Unggul Pangan Pokok Bernutrisi Tinggi

Prioritas 2

- 1) Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa
- 2) Penggunaan Sistem Aplikasi Online dalam Surveilans Gizi

DAFTAR PUSTAKA

- Algifari. (2015). *Analisis Regresi Untuk Bisnis Dan Ekonomi*. Yogyakarta: BPFE.
- Amrullah, E., Pullaila, A., Hidayah, I., & Rusyiana, A. (2020). Dampak Bantuan Langsung Tunai Terhadap Ketahanan Pangan Rumah Tangga di Indonesia. *Jurnal Agro Ekonomi*, 77-90.
- Ayelign, A., & Zerfu, T. (2021). Household, dietary and healthcare factors predicting childhood stunting in Ethiopia. *Heliyon Journal*, 7 (2021) e06733.
- Badan Pusat Statistik. (2022, Oktober 5). *Luas Lahan Sawah di Kabupaten Purworejo Tahun 2014-2018*. Diambil kembali dari <https://purworejokab.bps.go.id/https://purworejokab.bps.go.id/statictable/2019/12/26/84/luas-lahan-sawah-di-kabupaten-purworejo-ha-2014-2018.html>
- Badan Pusat Statistik. (2022, September 10). *Luas Penggunaan Lahan dan Luas Hutan (Hektar) Tahun 2018-2020*. Diambil kembali dari <https://jateng.bps.go.id/https://jateng.bps.go.id/indicator/60/712/1/luas-penggunaan-lahan-dan-luas-hutan.html>
- Balitbangkes. (2015). *Pendek (stunting) di Indonesia, Masalah dan Solusinya*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan.
- Bappedalitbang Kabupaten Purworejo. (2022). *Data Survey Model Pencegahan Stunting*. Purworejo: Bappedalitbang Kabupaten Purworejo.
- Bappenas. (2020). *Bedah Anggaran Kesehatan*. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian PPN/Bappenas.
- Bayih, M. T., Arega, Z., & Motbainor, A. (2022). Nutritional status of 6–59 months of age children is not significantly varied of age children gardening practices in Zege, North West Ethiopia, 2020: community based comparative study. *BMC Pediatrics*, (2022) 22:221.

- Beckstead et al, E. (2020). Using technology to access health information: greater WASH knowledge/behaviors in Indonesian mothers. *European Journal of Public Health*, 30 (5).
- Belete, G. Y. (2021). Children's multidimensional deprivation, monetary, poverty and undernutrition in Ethiopia. *Rev Econ Household*, 114-132-138.
- BPS. (2021). *Komoditas Pengeluaran Konsumsi Sebagai Kontributor Garis Kemiskinan*. Jakarta: BPS RI.
- Bridgman, G., & Fintel, D. v. (2022). Stunting, double orphanhood and unequal access to public services in democratic South Africa. *Economics and Human Biology*, 44 (2022) 101076.
- Budge, S., Parker, A., & Hutching, P. T. (2021). Impact of contaminated household environment on stunting in children aged. *Nutrition Reviews*, 77 *4): 240-253.
- Cameron et al, L. (2021). Childhood stunting and cognitive effects of water and sanitation in Indonesia. *Economics and Human Biology*, 40, 100944.
- Cao, S., Xie, M., & Jia, C. (2022). Household second-hand smoke exposure and stunted growth among Chinese school-age children. *Environmental Technology & Innovation*, 27 (2022) 102521.
- Chen, B., & Lin, J. Y. (2021). Development Strategy, Resource Misallocation and Economic Performance. *Structural Change and Economic Dynamics*, 59, 612-634.
- Chuntling et al, L. (2016). Community-Based Health Financing and Child Stunting in Rural Rwanda. *Am Journal Public Health*, Vol. 106.
- Collis, J., & Hussey, R. (2014). *Business Research: A Practical Guide fo Undergraduate & Postgraduate Student*. London: Sffron House.
- Daines et al, C. (2020). Exposure to a National Communication Campaign to Prevent Stunting in Indonesia. *European Journal of Public Health*, 30 (5).

- Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo. (2022). *Data Balita Usia 0-59 bulan di Kabupaten Purworejo*. Kabupaten Purworejo: Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo.
- Direktorat Jenderal Tanaman Pangan . (2020). *Petunjuk Pelaksanaan Budidaya Padi Biofortifikasi*. Jakarta: Kementerian Pertanian.
- Ekayanthi, N., & Suryani, P. (2019). Edukasi Gizi pada Ibu Hamil Mencegah Stunting pada Kelas Ibu Hamil. *Jurnal Kesehatan*, 312-319.
- Freeman et al, T. (2022). Advancing Indigenous self-determination and health equity: lessons from a failed Australian public policy. *SSM-Quantitative Research in Health*, -.
- Fregonese et al, F. (2017). Impact of contaminated household environment on stunting in children aged 12-59 months in Burkina Faso. *Communicable Diseases Journal*, 71: 356-363.
- Gurel, E., & Tat, M. (2017). SWOT Analysis: A Theoretical Review. *The Journal of International Social Research*, 10 (51), 994-1006.
- Indrasari, S., & Kristamtini. (2018). Biofertilisasi Mineral Fe dan Zn pada Beras: Perbaikan Mutu Gizi Bahan Pangan melalui Pemuliaan Tanaman. *Jurnal Litbang Pertanian*, 9-16.
- Jaacks et al, L. M. (2019). Association of prenatal pesticide exposures with adverse pregnancy Association of prenatal pesticide exposures with adverse pregnancy. *Environmental International Journal*, 133 (2019) 105243.
- Jamnadass, R., Place, F., Torquebiau, E., Malézieux, E., Liyama, M., Silesh, G., . . . Dawson, I. (2013). Agroforestry, Food and Nutritional Security. *World Agroforestry Centre*, 1-15.
- Kementerian Kesehatan. (2018). *Situasi balita pendek (stunting) di Indonesia*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan.

- Kementerian Kesehatan. (2021). *Buku Saku Hasil Studi Status Gizi (SSDI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2022, Oktober 08). *Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Diambil kembali dari Kementerian Kesehatan: <http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/page/14/apakah-berat-badan-anda-sudah-ideal-berikut-ini-tabel-berat-badan-yang-disarankan-untuk-wanita>
- Kementerian Kesehatan. (2022, Oktober 08). *Ini Cara Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Ibu Hamil, Balita dan Anak Sekolah*. Diambil kembali dari Kementerian Kesehatan: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20170615/4721406/cara-pemberian-makanan-tambahan-pmt-ibu-hamil-balita-dan-anak-sekolah/>
- Majumder, S., Datta, K., & Datta, S. K. (2019). Rice Biofortification: High Iron, Zinc, and Vitamin-A to Fight against “Hidden Hunger”. *Agronomy*, 1-22.
- McGovern, M. E., Krishna, A., Aguayo, V. M., & Subramanian, S. (2017). A review of the evidence linking child stunting to economic outcomes. *International Journal of Epidemiology*, 1-21.
- Moniaga et al, J. V. (2019). Map-type Modelling and Analysis of Children Stunting Case Data in Indonesia with Interactive Multimedia Method. *Procedia Computer Science*, 157 (2019) 530-536.
- Mulu, N., Mohammed, B., Woldie, H., & Shitu, K. (2022). Determinants of stunting and wasting in street children in Northwest Ethiopia: A community-based study. *Nutrition Journal*, 94 (2022) 111532.
- Popkin, B., Richards, M., & Montiero, C. (1996). Stunting is Associated with Overweight in Children of Four Nation That Ar Undergoing the Nutrition Transition. *Community and International Nutrition*, 3009-3016.

- Purnomo, R. A. (2016). *Analisis Statistik Ekonomi dan Bisnis dengan SPSS*. Ponorogo: Wade Group.
- Quamme, S. H., & Iversen, P. O. (2022). Prevalence of child stunting in Sub-Saharan Africa and its risk factors. *Clinical Nutrition Open Science*, 42 (2022) 49-61.
- Randell, H., Gray, C., & Grace, K. (2020). Stunted from the start: Early life weather conditions and child undernutrition in Ethiopia. *Social Science & Medicine*, 261 (2020) 113234.
- Rerksuppaphol, S., & Rerksuppaphol, L. (2016). Effect of Zinc Plus Multivitamin Supplementation on Growth in School Children. *Pediatrics International*, 1193-1199.
- Rimbakita. (2022, September 7). *Agroforestri (Pengertian, Manfaat, Tujuan, Keunggulan & Kelemahan)*. Diambil kembali dari Rimba Kita: <https://rimbakita.com/agroforestri/>
- Sahn, D. E., & Younger, S. D. (2005). Improvements in children's health: Does inequality matter? *Journal of Economic Inequality*, 3: 125-143.
- Saleh et al, A. (2021). Role of maternal in preventing stunting: a systematic review. *Gac Sanit*, 35 (52): 5576-5582.
- Syed Rahim, e. (2021). Do natural resources abundance and human capital development promote economic growth? A study on the resource curse hypothesis in Next Eleven countries. *Resources, Environment and Sustainability*, 4, 100018.
- TNP2K. (2018). *Strategi nasional percepatan pencegahan anak kerdil (stunting) periode 2018-2024*. Jakarta: Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
- UNICEF. (2016). *Child stunting, hidden hunger and human capital in South Asia: Implications for sustainable development post 2015*. New York: UNICEF.
- Vilcins, D., Sly, P. D., & Jagals, P. (2018). Environmental Risk Factors Associated with Child Stunting: A Systematic Review of the Literature. *Annals of Global Health*, 84 (4), pp. 551-562.

- Waghmare, H., Chauhan, S., & Sharma, S. K. (2022). Prevalence and determinants of nutritional status among woman and children in Pakistan. *BMC Public Health*, (2022) 22:766.
- Walker et al, S. P. (2015). Early Childhood Stunting Is Associated with Lower Developmental Levels in the Subsequent Generation of Children. *The Journal of Nutrition* , doi:10.3945/jn.114.200261.
- Wendt et al, A. (2021). Are children in female-headed households at a disadvantage? An analysis of immunization coverage and stunting prevalence: in 95 low- and middle-income countries. *SSM - Population Health*, 15 (2021) 100888.
- WHO. (2013). *Childhood Stunting: Challenges and Opportunity*. Geneva: WHO.
- WHO. (2018). *Reducing stunting in children: equity considerations for achieving the Global Nutrition Targets 2025*. Geneva: World Health Organization.
- Widiyanto, A., & Suhartono. (2017). Kesesuaian Lahan Untuk Sistem Agroforestry Di Kabupaten Purworejo Berdasarkan Potensi Pertanian Setempat. *AGRICORE (Jurnal Agribisnis dan Sosial Ekonomi Pertanian)*, 306-310.
- Wooldridge, J. (2010). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. New York: MIT.
- Yaya et al, S. (2022). Household structure, maternal characteristics, and children's stunting in sub-Saharan Africa: evidence from 35 countries. *International Health*, 14: 381-389.

LAMPIRAN

INTERVENSI GIZI SPESIFIK PER-FASE

Dalam rangka meningkatkan kesehatan rumah tangga untuk melahirkan sumber daya yang berkualitas diperlukan program yang panjang dan menyeluruh dalam siklus kehidupan mulai dari remaja sampai dengan balita. Dibawah ini adalah model kebijakan yang mencakup pada aspek kehidupan yang beresiko menimbulkan stunting.

A. Fase Remaja

Kualitas kesehatan remaja menjadi kunci dalam mencegah stunting. Pencegahan masalah gizi pada anak usia remaja bisa dilakukan dengan menjaga pola hidup sehat dan makan makanan bergizi seimbang. Hal ini dapat dicapai dengan melakukan intervensi gizi spesifik dan sensitif oleh seluruh pihak terkait agar para remaja yang akan menjadi orang tua dapat menghasilkan generasi yang unggul dan sehat. Untuk mewujudkan remaja yang berkualitas hal yang harus dilakukan adalah dengan:

1. Minum tablet Tambah Darah

Di Indonesia angka remaja putri yang mengalami anemia masih cukup tinggi yaitu seperlima remaja putri di Indonesia mengalami anemia. Jika anemia saat remaja dibiarkan saja maka akan berlanjut pada anemia dalam kehamilan sehingga beresiko melahirkan bayi stunting. Resiko anemia pada remaja dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu kurangnya makan makanan bergizi, kehilangan darah saat menstruasi sehingga dibutuhkan tablet tambah darah (TTD) setiap minggu khususnya saat dan setelah menstruasi.

Kenyataannya, banyak kasus stunting yang berawal dari adanya masalah di fase remaja calon orang tua, seperti: anemia pada remaja putri (karena menstruasi) yang tak segera diatasi. Pengaruh orang tua sangat besar, terkait pola asuh dan kebiasaan makan. Pernikahan dini bisa menjadi “lingkaran setan” penyebab stunting karena ketidaksiapan fisik dan mental remaja untuk melakukan asah, asih, asuh pada anak mereka.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 90,8% remaja tidak mengkonsumsi tablet penambah darah. Sebanyak 9,2% remaja rutin mengkonsumsi tablet penambah darah dengan rata rata konsumsi 10

tablet/bulan. Sebanyak 75% Responden dalam penelitian ini tidak mengetahui kadar HB saat remaja dan 71,5% remaja tidak mengalsmi tanda gejala anemia seperti 5L (letih, lemah, lesu, lunglai, lelah). Rendahnya angka anemia pada remaja putri dalam responden ini karena 58,8% rata rata lama haid sekitar 6-7 hari dan 95% responden mengatakan mengalami siklus haid yang teratur dengan ganti pembalut sebanyak 3x/hari. Sebanyak 44,6% tidak mengeluhkan nyeri haid, 50% responden mengatakan nyeri haid namun masih bisa beraktivitas dan 5,4% responden mengkonsumsi obat nyeri.

2. Perbaikan status gizi pada remaja dengan Kekurangan Energi Kronis (KEK)

Remaja banyak melakukan cara diet yang salah sehingga menyebabkan kurang gizi karena diet yang tak tepat, faktor ekonomi, dan pola makan tak sehat, juga media sosial dan pertemanan dalam membentuk citra tubuh ideal, serta kehamilan tak diinginkan dan pernikahan dini.

Hasil penelitian ini menunjukkan Sebanyak 97,1% remaja tidak melakukan diet dan mengkonsumsi nasi, sayur, buah dan protein setiap harinya. Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden saat remaja mengkonsumsi makan makanan sehat sehingga kemungkinan besar tidak mengalami anemia saat remaja, namun pemberian TTD tetaplah penting mengingat 95% remaja mengatakan mengalami siklus menstruasi yang rutin.

B. Fase Pra Konsepsi

Masa sebelum pembuahan merupakan masa yang penting bagi cikal bakal kondisi kesehatan janin kelak. Kurangnya pengetahuan, kesibukan bekerja, kebiasaan merokok, dan pola makan tak sehat sebelum menikah dapat membuat kualitas sperma dan sel telur tak prima. Untuk ini, idealnya calon pengantin sudah dalam keadaan sehat minimal 3 bulan sebelum pembuahan. Pada fase pranikah ini pula, perencanaan keluarga sering terlewat. Akibatnya, pasangan muda rentan “kesundulan” dan pontang-panting membesarkan dua atau lebih balita sekaligus. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa banyaknya ibu yang mengalami kehamilan diluar rencana “kesundulan”. Responden dalam penelitian ini 40,8% merupakan anak ke 2 dari pasangan suami istri dan 42,1% responden memiliki jumlah anak 2. Hal yang harus dilakukan dalam fase pra konsepsi adalah

- a. Perbaiki Pola Makan Pola makan menyangkut jenis, jumlah, dan frekuensi makan;
- b. Zat gizi untuk calon ayah dan ibu: Vitamin E Menebalkan dinding rahim untuk wanita dan meningkatkan kemampuan sperma untuk bergerak pada pria;
- c. Zat Besi Berfungsi untuk mencegah anemia yang berisiko melahirkan anak dengan berat badan lahir rendah;
- d. Zinc Menjaga teratnya siklus ovulasi pada wanita dan menjaga kualitas sperma pada pria;
- e. Asam Folat Berfungsi dalam pembentukan otak dan saraf penyusunnya untuk janin. Jika kekurangan, dapat mengganggu perkembangan otak dan intelegensi bayi ketika lahir;
- f. Hindari makan makanan tinggi gula, minyak, garam, juga minuman bersoda atau mengandung alcohol;
- g. Olahraga minimal 30 menit sehari untuk menjaga berat badan ideal;
- h. Cek kesehatan pranikah Pemeriksaan kesehatan untuk calon pengantin bisa mendeteksi lebih dini adanya penyakit yang bisa memengaruhi kualitas keturunan, sehingga bisa segera dilakukan intervensi;
- i. Merencanakan keluarga berapa banyak anak yang diinginkan, jarak kehamilan selanjutnya dan termasuk masalah pengasuhan anak kelak. Responden dalam penelitian ini merupakan paritas ke 2 dan pasangan suami istri berencana memiliki 2 orang anak saja namun karena di usia reproduktif mereka yang tidak menggunakan alat kontrasepsi sehingga beberapa responden mengalami unmeet need pregnancy dan bahkan mengalami “kesundulan” sampai 3 x dengan jumlah paritas sebanyak 5;
- j. Usia ideal menikah Menurut BKKBN, usia ideal untuk menikah adalah minimal usia 21 untuk wanita dan 25 untuk pria. Alasannya, menikah tak hanya urusan reproduksi, namun juga membutuhkan kematangan berpikir agar bisa menghadapi suka duka berumah tangga dengan sikap dewasa. Orangtua Responden dalam penelitian ini mayoritas merupakan usia reproduktif yaitu antara 20-35tahun. Dari hasil regresi yang didapatkan dalam penelitian ini nilai *sig* 0,017 menunjukkan bahwa usia menikah ibu berpengaruh positif terhadap stunting karena pernikahan dini pada ibu berpotensi menyebabkan resiko kehamilan yang tinggi yang berpotensi dan merupakan factor penyebab dari

stunting, sedangkan usia menikah ayah tidak terlalu memberikan dampak yang signifikan karena terhadap kejadian stunting.

C. Ibu Hamil

1. Rutin melakukan pemeriksaan kehamilan

Melakukan kunjungan ANC rutin minimal 6x meliputi K1 pada saat TM I, K2 pada saat TM II, K3 dan K4 pada saat TM III dengan melakukan kunjungan minimal 1 x ke dokter spesialis kandungan. Pada saat kunjungan pemeriksaan kehamilan layanan yang dapat diberikan pada ibu hamil meliputi penimbangan BB dan pengukuran TB, imunisasi Tetanus Toxoid jika diperlukan, pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) untuk menentukan taksiran berat janin, pemberian TTD minimal 90 tablet selama kehamilan, layanan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dan KB Pasca salin. Penilaian status gizi dengan mengukur LILA, penilaian kesejahteraan janin dengan pengukuran denyut jantung janin (DJJ).

Saat hamil, janin memperoleh asupan nutrisi untuk tumbuh kembangnya hanya dari ibu. Sayangnya, ibu hamil sering mengalami mual muntah di awal kehamilan sehingga asupan makanan berkurang. Kontrol kehamilan yang tak rutin juga rentan membuat ibu tak bisa memantau kondisi janin. Ini belum termasuk ibu hamil yang masih menyusui anak sebelumnya, sehingga nutrisi yang dikonsumsi harus dibagi 3 (untuk ibu, anak, dan janin). Jika ibu kurang gizi, janin pun berisiko terganggu pertumbuhannya di dalam kandungan, sehingga berisiko mengalami stunting sejak lahir. Ibu hamil harus dipastikan kebutuhan asam folat, kalsium dan zat besi tercukupi. Pembentukan otak bayi berlangsung di minggu-minggu awal kehamilan. Jangan sampai kurang gizi menyebabkan janin lahir stunting.

Dari hasil penelitian didapatkan hasil bahwa 62,9% responden lebih dari 8x melakukan pemeriksaan kehamilan dan sebanyak 62,9% responden melakukan 4 x pemeriksaan ke dokter kandungan hanya 16,7% yang melakukan pemeriksaan kehamilan sebanyak 4x. Dari hasil penelitian didapatkan data 22,9% responden lahir di usia kehamilan 39 minggu. Sebesar 12,5% lahir di usia kehamilan 36 minggu.

2. Minum tablet Tambah Darah minimal 90 tablet

Tingginya kepatuhan mengkonsumsi tablet penambah darah membuat angka kejadian anemia pada responden kecil yaitu 68,3% responden tidak mengalami anemia

3. Pemberian makanan ibu hamil dengan KEK

Mayoritas responden dalam penelitian ini memiliki lila normal yaitu 23,5 cm sebesar 8,8%, lila 24 cm sebesar 12,9%. Namun terdapat beberapa ibu yang mengalami KEK dengan lila < 23,5 cm yaitu bervariasi antara 19 cm-23 cm dengan prosentase kurang dari 10%. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden menyampaikan bahwa saat hamil jika mereka mengalami KEK maka mendapat suplemen dan makanan tambahan dari puskesmas berupa biskuit dan susu. Sebesar 30% responden mengatakan 3 bulan sekali mendapatkan makanan dan suplemen tambahan selama hamil. Nutrisi berperan penting dalam kehamilan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nilai sig (p-value) sebesar 0,000 artinya ada pengaruh nutrisi ibu hamil terhadap kejadian stunting. Perlu adanya intervensi pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil khususnya ibu hamil dengan KEK.

4. Mengkonsumsi vitamin (kalsium, asam folat)

Sebesar 24,6% responden mengkonsumsi kalsium sebanyak 90 tablet dan sebesar 15,8% mengkonsumsi asam folat sebanyak 90 tablet. Mengkonsumsi asam folat dan kalsium selama kehamilan sangat penting karena peningkatan kebutuhan kalsium selama hamil meningkat sehingga ibu harus mendapatkan tambahan kalsium selama kehamilan untuk pertumbuhan tulang janin. Pemberian asam folat sangat penting untuk mencegah spina bifida pada bayi.

5. Mengatasi kekurangan iodium

Dari hasil penelitian didapatkan data 94,2% responden mengkonsumsi garam beryodium.

6. Menanggulangi kecacingan pada ibu Hamil

7. Melindungi ibu hamil dari Malaria.

8. Mengikuti program kelas ibu hamil

9. Pendampingan ibu hamil resiko tinggi

Pendampingan resiko tinggi stunting dilakukan massif 8-10x selama kehamilan terintegrasi dengan tim ANC Puskesmas. Responden dalam penelitian ini mayoritas menikah di usia reproduktif antara 20-25 tahun. Namun terdapat

responden yang menikah kurang dari 20 tahun yaitu diusia 14 tahun sebanyak 0,4%, 17 tahun 3,3% responden, 19 tahun 12,1% responden.

10. Pendampingan ketat pada janin resiko stunting yaitu TBJ tidak sesuai kehamilan

D. Ibu Bersalin

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan

Responden dalam penelitian ini 72,5% riwayat melahirkan normal dan 20% yang pernah melahirkan dengan normal dan spontan. Dari hasil wawancara dengan tenaga kesehatan di dapatkan data bahwa masih terdapat beberapa ibu hamil yang melahirkan di tolong oleh dukun. Di beberapa wilayah kecamatan seperti Bruno dukun masih memegang peranan penting dalam melakukan pertolongan persalinan dengan alasan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang cukup jauh.

2. KIE 1000 hari pertama kehidupan

Masa 1000 HPK adalah masa sejak pertama kali terbentuknya janin dalam kandungan (pembuahan), atau 280 hari selama kehamilan hingga 720 hari pada dua tahun pertama kehidupan buah hati. Fase ini disebut juga “periode emas” karena pada masa ini terjadi pertumbuhan otak yang sangat pesat. 1000 HPK adalah masa di mana perkembangan otak sangat pesat, yaitu mencapai 70% pada saat usia anak 2 tahun kemudian berkembang sampai 90% pada usia 5 tahun. Jika pada 1000 HPK anak kekurangan nutrisi yang diperlukan otak untuk berkembang semestinya, maka sejumlah kecerdasan yang harusnya dimilikinya pun akan terhambat, sehingga pemulihan stunting akan lebih baik hasilnya jika dilakukan dalam 2 tahun pertama usia anak. Semakin lama dibiarkan maka anak akan semakin sulit mengejar ketertinggalan.

3. KIE Metode Kontrasepsi Jangak Panjang (KB Pasca Salin)

KB pasca persalinan adalah upaya strategis dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Total Fertility Rate. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasangan usia subur banyak yang tidak menggunakan alat kontrasepsi dengan berbagai alasan diantaranya mengalami beberapa efek samping, belum sempat ke pelayanan kesehatan untuk menggunakan alat kontrasepsi. Dari hasil penelitian di dapatkan hasil bahwa mayoritas responden sebesar 37,9% responden menggunakan KB Suntik. KB

suntik merupakan alat kontrasepsi yang paling diminati oleh pasangan usia subur selain mudah untuk menggunakan juga mudah dihentikan sewaktu waktu sehingga angka drop out kb dengan menggunakan metode Kb suntik tinggi. Drop out KB yang tinggi dapat menyebabkan *unmeet need pregnancy* atau kehamilan yang tidak diinginkan. Untuk menurunkan *unmeet need pregnancy* maka pasangan usia subur seharusnya beralih ke metode kontrasepsi jangka panjang dan bisa digunakan setelah melahirkan, mengingat jarak melahirkan antara anak 1 dan anak ke 2 hanya berjarak kurang lebih 2 tahun. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelayanan keluarga berencana memberikan nilai sig (p-value): 0,072 artinya pengaturan jarak kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi mampu menurunkan angka kejadian stunting.

E. Ibu Menyusui

Pada enam bulan pertama, ASI menjadi sumber utama gizi bayi. Namun, berbagai tantangan muncul sehingga ibu tidak bisa memberikan ASI Eksklusif seperti ASI sedikit, ibu harus bekerja, tak ada dukungan keluarga. Ibu menyusui yang kekurangan gizi dan bayi yang tak mendapat ASI bisa menyebabkan bayi kekurangan gizi yang dapat mengganggu tumbuh kembangnya. Program yang dapat dilakukan untuk mencegah stunting sejak fase menyusui dengan cara:

1. Melakukan IMD dan pemberian kolostrum

Lakukan IMD selama 3 menit-1 jam sebagai salah satu bentuk bonding attecmen antara anak dan orangtua. Selain itu pemberian kolostrum pada bayi baru lahir dapat mencegah penyakit. pemberian ASI sejak dini melalui IMD juga baik untuk mencegah gangguan produksi ASI dan membuat ibu lebih percaya diri dalam menyusui. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 89,6% responden melakukan IMD dan memberikan kolostrum pada bayi baru lahir.

2. Memberikan ASI eksklusif dan PMT setelah 6 bulan

Pemberian ASI Eksklusif dapat mencegah terjadinya stunting karena dengan pemberian ASI Eksklusif dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi kurang dari 6 bulan. Selain itu dengan pemberian ASI Eksklusif dapat meningkatkan derajat kesehatan bayi. Pemberian PMT dilakukan pada bayi yang lebi dari 6 bulan sesuai dengan syarat dalam pemberian makanan

pendamping ASI meliputi pemberian yang tepat waktu, cukup nutrisi dan energy dengan menu seimbang, higienis dan aman dalam penyimpanan, penyiapan dan pemberian MP ASI serta tepat cara pemberiannya. Pemberian ASI saja sampai 6 bulan mampu memenuhi kebutuhan gizi bayi, namun setelah 6 bulan ASI tidak mampu memenuhi sehingga pemberian ASI ditambah dengan MP ASI jika tidak diberikan MP ASI maka bayi beresiko terjadi stunting karena nutrisi yang dibutuhkan bayi tidak terpenuhi.

Ketercapaian ASI Eksklusif sebesar 88,8% dan pemberian PMT setelah 6 bulan sebesar 96,7% dan ibu juga melanjutkan dengan menyusui sampai dengan 2 tahun sebesar 85,8%. Terdapat 57,9% responden yang masih minum susu formula setelah 2 tahun. Sebanyak 90% responden mengatakan bahwa anak diasuh oleh ibunya sendiri dan 8,8% diasuh oleh nenek. Pola asuh sangat berkaitan dengan pemberian ASI eksklusif sampai dengan MP ASI. Tidak sedikit pengasuhan yang dilakukan oleh nenek karena ditinggal ibunya bekerja di luar rumah bahkan diluar kota sehingga tidak memberikan ASI eksklusif dan MP ASI secara tepat dengan beraneka alasan seperti tidak tahu cara menyiapkan, kesulitan menyuapi, malas memasak, anak tidak mau makan atau sulit makan, dll. Berdasarkan hasil penelitian banyak orangtua yang menitipkan anak mereka pada neneknya sehingga pengasuhan keseharian lebih banyak dengan nenek daripada ibu kandungnya dengan alasan faktor ekonomi karena harus bekerja di luar kota. Dari hasil penelitian 61,7% responden menerima dan mengonsumsi makanan dan suplemen tambahan selama menyusui.

F. Bayi dan Balita

Terdapat beberapa faktor risiko bayi dan balita berpotensi mengalami stunting sehingga diperlukan skrining awal bayi baru lahir dengan risiko stunting meliputi BBLR, lahir premature, PB kurang dari 48 cm, tidak mendapatkan ASI eksklusif, tidak mendapatkan MPASI, tidak mendapatkan imunisasi dasar lengkap, mengalami sakit kronis seperti ISPA, cacingan, diare, mengalami gizi kurang, mengalami gizi buruk, berat badan dan tinggi badan tidak sesuai usia. Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa 18,3% responden sering menderita diare, 54,6% responden menderita batuk pilek, 45% responden sering demam. Kondisi

sakit yang di derita responden berpotensi lebih tinggi bayi dn balita untuk mengalami stunting.

Program yang bisa dilakukan untuk mencegah stunting pada bayi dan balita adalah dengan :

1. Pemberian ASI sampai 2 tahun dan Memberikan MP ASI setelah 6 bulan
Dari hasil penelitian di dapatkan keberhasilan asi eksklusif tinggi hal ini karena mayoritas ibu bekerja sebagai IRT sehingga bisa menyusui bayinya secara on demand atau kapanpun bayi mau menyusui.
2. Memberikan makanan gizi seimbang dalam MP ASI
Dari hasil penelitian di dapatkan data bahwa 69,2% balita makan 3x / hari dan 15% responden makan 2-3x/hari. Jenis makanan yang dikonsumsi bervariasi yaitu 95,8% mengkonsumsi protein, 99,6% mengkonsumsi karbohidrat, 97,5% mengkonsumsi sayur, 68,8% mengkonsumsi buah dan 72,1% mengkonsumsi susu. Dari hasil penelitian ini bisa diambil kesimpulan bahwa bayi dan balita sudah makan makanan yang seimbang. Dalam memberikan MP Asi sebesar 53,7% kadang kadang orangtua memberikan makanan junk food dan fast food seperti nugget yang telah di awetkan.
3. Kunjungan posyandu secara rutin
Mengikuti posyandu dengan melakukan penimbangan secara rutin merupakan salah satu deteksi dini penilaian masalah gizi pada anak. Masalah gizi berpengaruh pada otak dan organ tubuh yang lainnya. Hal ini bisa diantisipasi dengan melakukan penimbangan secara rutin ke posyandu. Dengan mengikuti posyandu secara rutin pertumbuhan anak balita terpantau sehingga tidak menderita gizi kurang atau gizi buruk. Dengan mengikuti posyandu anak balita akan mendapatkan vitamin A, obat cacing. Posyandu juga sebagai wahana mendapatkan informasi yang benar terkait kesehatan ibu dan anak melalui penyuluhan yang diberikan oleh pihak puskesmas.
Kegiatan utama yang dilakuakn di posyandu meliputi pemantauan kesehatan ibu dan anak, pelayanan KB, pelayanan imunisasi, pemberian gizi tambahan. Kegiatan pengembangan lainnya adalah Bina Keluarga Balita (BKB), Tanaman Obat Keluarga (TOGA), Bina Keluarga Lansia (BKL), Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) untuk menuju posyandu terintegrasi. Apabila kegiatan posyandu berjalan dengan baik maka akan memberikan kontribusi yang besar

dalam menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak balita dan khususnya pada pencegahan stunting (Buku Pintar Stunting, 2021). Berdasarkan hasil wawancara dengan tenaga kesehatan di dapatkan informasi bahwa posyandu di setiap wilayah dilakukan sesuai dengan jadwal namun belum semua wilayah melaksanakan posyandu terintegrasi.

4. Skening awal faktor resiko stunting

Mencegah stunting sangatlah penting karena kekurangan gizi kronis pada masa awal pertumbuhan pertumbuhan menjadi cikal bakal tumbuh kembang yang buruk. Beberapa di antaranya adalah anak akan memiliki kecerdasan yang rendah (di bawah rata-rata), kurangnya sistem kekebalan tubuh, dan lebih berisiko terkena penyakit ketika dewasa (Fliping Book, demi keluarga pahami langkah penting cegah stunting, 2021). Factor resiko bayi dan balita yang mengalami stunting BBLR, premature, PB kurang dari 48 cm, tidak asi eksklusif, riwayat orangtua/keluarga dengan stunting, dll. Dari hasil penelitian di dapatkan hasil bahwa balita yang berasal dari keluarga dengan riwayat stunting baik orangtua maupun nenek/kakeknya berpotensi lebih besar mengalami stunting. Dari hasil penelitian mayoritas tinggi badan ibu berkisar antara 150cm-160 cm, masi ada minoritas ibu dengan tinggi badan 142 sebesar 1,4%. Dari hasil penelitian di dapatkan mayoritas 25% panjang badan responden adalah 49 cm. Prosentase bayi yang lahir dengan panjang badan <48 cm tergolong cukup tinggi yaitu sebesar 22,1%, panjang badan 47 cm sebesar 17,5%, panjang badan 46 cm sebesar 4,6%. Terdapat bayi dengan panjang badan 43 cm dan 45 cm sebesar 3,3%. Panjang badan bayi <48 cm merupakan salah satu factor resiko bayi akan mengalami stunting. Dari hasil regresi yang di dapatkan dalam penelitian ini tinggi badan ibu memberikan pengaruh yang positif terhadap kejadian stunting dengan sig (p-value) 0,096, sehingga ibu dengan tinggi badan < 145 cm berpotensi melahirkan bayi stunting .

Mayoritas Lila bayi baru lahir yaitu 58% dengan Lila 10 cm dan 24,2 % responden dengan Lila 11 cm. Lila normal pada bayi baru lahir adalah > 11 cm. Lila < 11 cm sangat berkaitan erat dengan berat badan bayi baru lahir yang < 2500 gram. Mayoritas responden yaitu 39,2% dengan lingkar kepala 32 cm,

namun terdapat 6,3% responden dengan lingkar kepala 30 cm. Sebesar 20,4% responden lingkar dada sebesar 30 cm.

Berat badan bayi baru lahir, Lila, lingkar kepala, lingkar dada memiliki hubungan yang positif. Semakin besar berat badan bayi maka Lila, lingkar kepala dan lingkar dada akan semakin besar. Dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden memiliki berat badan lahir normal sehingga Lila, lingkar kepala dan lingkar dada juga normal.

5. Pemberian kalsium bagi balita resiko stunting

Melakukan intervensi pemberian tambahan kalsium bagi balita yang berpotensi stunting sebagai salah satu upaya mencegah factor resiko terhadap stunting. Kalsium berhubungan erat dengan faktor pertumbuhan. Kekurangan konsumsi kalsium untuk jangka panjang menyebabkan struktur tulang yang tidak sempurna. Kurangnya asupan kalsium pada anak-anak akan meningkatkan risiko fraktur tulang pada anak, sehingga anak tidak dapat mencapai pertumbuhan tulang secara optimal. Pola asupan kalsium yang kurang pada anak dapat mengalami stunting.

6. Imunisasi dasar lengkap dan vitamin A

Imunisasi adalah metode meningkatkan kekebalan tubuh sehingga anak tidak mudah terpapar infeksi, infeksi dapat menurunkan nafsu makan dan asupan gizi pada anak sehingga dapat menurunkan kerja growth-hormon dan menyebabkan pertumbuhan terganggu salah satunya stunting. Balita yang diberi imunisasi lengkap dapat menurunkan resiko terpapar infeksi. Dari hasil penelitian di dapatkan bahwa 92,1% balita mendapatkan imunisasi lengkap sehingga menurunkan factor resiko terhadap stunting.

7. Pemberian obat cacing

Cacingan berdampak pada penurunan asupan zat gizi semisal karbohidrat, protein dan kehilangan darah. Cacingan pada anak usia sekolah menyebabkan kondisi fisik yang lemah dan memiliki resiko yang tinggi untuk terinfeksi penyakit sehingga dapat menyebabkan mal nutrisi asupan gizi kronis sehingga anak bisa terkena stunting. Dari hasil penelitian 66,7% responden rutin mengkonsumsi obat cacing setiap 6 bulan.

8. Penyuluhan atau Sosialisasi Bahaya Rokok

Orang tua perokok menyebabkan stunting pada anak. Ditemukan bukti statistik yang sangat kuat dan konsisten bahwa anak-anak dari keluarga/orang

tua perokok cenderung mengalami stunting terus menerus. Kemungkinan stunting anak perokok >5.5% disbanding dengan anak bukan perokok. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 63,3% terdapat 1 anggota keluarga yang merokok dan 12,1% terdapat 2 anggota keluarga yang merokok. Sebesar 21,7% anggota keluarga tidak merokok. Tingginya angka konsumsi rokok meningkatkan factor resiko terjadinya stunting. Tingginya konsumsi rokok di dalam rumah membuat 42,5% balita berinteraksi dengan perokok.

LAMPIRAN LUARAN REGRESI

Uji Normalitas

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Unstandardized Residual
N		239
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	,0000000
	Std. Deviation	,18608187
Most Extreme Differences	Absolute	,040
	Positive	,040
	Negative	-,031
Test Statistic		,040
Asymp. Sig. (2-tailed)		,820 ^{c, d}

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. This is a lower bound of the true significance.

Uji Autokorelasi, Signifikansi Model, Adjusted R-Squared

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,980 ^a	,961	,952	,2050522	,961	113,644	42	196	,000	2,116

a. Predictors: (Constant), Penyuluhan, Pola Nutrisi Balita, Anemia Remaja Ibu, Air Bersih/ Minum, TB Ibu, BB Lahir, Riwayat Paritas, Riwayat Sakit, PB Lahir, Pola Asuh, Sanitasi, U.M. Ayah, Akses Faskes , Handling Sampah, Kualitas Tempat Tinggal, HB Ibu Hamil, Vit.A Obat Cacing, Kesehatan Reproduksi, Layanan KIA, Gestasi, Pijat Bayi, U.M. Ibu, Paritas, Status ASI-PMT, Peran Posyandu, Junkfood, PMT, Jamkes, Pend. Ayah, LILA Ibu Hamil, Pangan Anak, Intensitas Periksa , Pend. Ibu, Imunisasi, Peran Nakes/ Faskes, Akses Informasi, Nutrisi Ibu Hamil, Komp. Lain, KB, Status Polusi, Konsumsi Suplemen, Ln Status Ekonomi

b. Dependent Variable: Status Tinggi Balita (TB/U)

Multinomial Regresi dan Multikolinearitas

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	17,295	2,677		6,460	,000		
	Ln Status Ekonomi	1,239	,183	,481	6,764	,000	,740	2,148
	Pangan Anak	3,128E-6	,000	1,105	6,349	,000	,844	2,689
	U.M. Ayah	,009	,004	-,041	2,091	,038	,533	1,878
	U.M. Ibu	,011	,005	,042	2,020	,045	,463	2,161
	Pend. Ibu	,003	,022	,003	,139	,889	,365	2,738
	Pend. Ayah	,020	,021	,020	,912	,363	,440	2,275
	Pola Asuh	,040	,038	,018	1,045	,298	,653	1,531
	Paritas	-,002	,013	-,004	-2,190	,085	,486	2,058
	Riwayat Paritas	-,035	,023	-,026	-1,545	,124	,732	1,367
	TB Ibu	,005	,003	,030	1,665	,097	,601	1,663
	LILA Ibu Hamil	-,005	,005	-,026	-1,183	,238	,412	2,425
	Anemia Remaja Ibu	-,014	,018	-,012	-,781	,436	,813	1,230
	Kesehatan Reproduksi	-,003	,011	-,004	-,250	,803	,627	1,595
	Nutrisi Ibu Hamil	,052	,024	,070	2,181	,030	,197	5,072
	KB	,016	,015	,037	2,090	,028	,172	5,810
	Akses Informasi	,006	,017	,010	1,834	,087	,233	4,283
	Intensitas Periksa	,002	,009	,004	,164	,870	,349	2,866
	HB Ibu Hamil	-,013	,010	-,021	-1,266	,207	,744	1,345
	Konsumsi Suplemen	,027	,012	,123	2,254	,025	,067	4,874
	PB Lahir	,002	,004	,010	,597	,551	,782	1,278
	BB Lahir	-2,649E-5	,000	-,022	-1,442	,151	,843	1,186
	Komp. Lain	,008	,006	,040	1,933	,086	,225	4,449
	Gestasi	,005	,007	,011	2,065	,052	,655	1,527
	Riwayat Sakit	,005	,015	,006	,317	,752	,613	1,631
	Status ASI-PMT	,002	,006	,006	,315	,753	,566	1,766
	Pola Nutrisi Balita	-,014	,021	-,023	-,663	,508	,161	6,200
	Junkfood	,012	,026	,009	,458	,648	,468	2,139
	Sanitasi	,008	,015	,010	,054	,592	,602	1,661
	Air Bersih/ Minum	,012	,013	,018	,095	,342	,562	1,779
	Handling Sampah	-,016	,017	-,016	-,974	,331	,748	1,337
	Kualitas Tempat Tinggal	-,008	,014	-,010	-,539	,590	,639	1,565
	Status Polusi	-,039	,013	-,140	-3,119	,002	,099	9,065
	Akses Faskes	-,005	,024	-,003	-,204	,839	,736	1,359
	Peran Nakes/ Faskes	,002	,006	,008	,319	,750	,335	2,984
	Peran Posyandu	,004	,013	,007	1,993	,073	,551	1,815
	Layanan KIA	,016	,027	,010	,583	,561	,625	1,599
	Pijat Bayi	,018	,012	,027	1,435	,153	,589	1,699
	VitA Obat Cacing	,006	,020	,005	,288	,773	,664	1,507
	PMT	,001	,005	,005	,232	,816	,504	1,984
	Imunisasi	-,030	,060	-,013	-,497	,620	,308	3,243
	Jamkes	,013	,014	,027	,924	,357	,238	4,204
	Penyuluhan	,002	,016	,002	,117	,907	,590	1,693

a. Dependent Variable: Status Tinggi Balita (TB/U)

Statistik Deskriptif

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Status Tinggi Balita (TB/U)	239	1,6852	6,2500	3,330335	,9369404
Ln Status Ekonomi	239	13,82	15,52	14,6436	,36394
Pangan Anak	239	400000,00	1850000,00	826631,7992	330924,7522
U.M. Ayah	239	13,00	44,00	26,0586	4,46517
U.M. Ibu	239	14,00	40,00	22,4184	3,67490
Pend. Ibu	239	1,00	5,00	2,7155	,98870
Pend. Ayah	239	1,00	5,00	2,7280	,93333
Pola Asuh	239	2,00	5,00	4,8745	,43111
Paritas	239	-1,00	6,00	3,4937	1,48344
Riwayat Paritas	239	2,00	5,00	4,5397	,69018
TB Ibu	239	135,00	180,00	153,8937	5,44308
LILA Ibu Hamil	239	18,00	40,00	26,5640	4,46848
Anemia Remaja Ibu	239	1,00	4,00	1,3264	,80582
Kesehatan Reproduksi	239	4,00	13,00	8,6611	1,50705
Nutrisi Ibu Hamil	239	2,00	6,00	3,7406	1,26011
KB	239	1,00	7,00	4,0293	2,20846
Akses Informasi	239	4,00	12,00	8,0502	1,62361
Intensitas Periksa	239	2,00	12,00	6,5858	2,40971
HB Ibu Hamil	239	7,00	15,00	11,5066	1,48658
Konsumsi Suplemen	239	6,00	18,00	11,7155	4,22709
PB Lahir	239	9,00	84,00	47,9590	4,14533
BB Lahir	239	90,00	13300,00	3046,3180	787,92105
Komp. Lain	239	55,00	88,00	72,5397	4,49994
Gestasi	239	21,00	47,00	38,0209	2,29806
Riwayat Sakit	239	2,00	5,00	3,7950	1,14304
Status ASI-PMT	239	6,00	21,00	18,5481	2,83266
Pola Nutrisi Balita	239	1,00	7,00	4,5523	1,54362
Junkfood	239	1,00	4,00	2,4854	,74388
Sanitasi	239	5,00	12,00	10,0293	1,17179
Air Bersih/ Minum	239	4,00	12,00	7,5230	1,38665
Handling Sampah	239	3,00	9,00	5,2552	,91539
Kualitas Tempat Tinggal	239	9,00	16,00	12,8912	1,19377
Status Polusi	239	4,00	17,00	10,0335	3,37298
Akses Faskes	239	,00	4,00	1,1329	,65321
Peran Nakes/ Faskes	239	6,00	20,00	12,7029	3,61713
Peran Posyandu	239	7,00	15,00	11,8326	1,42207
Layanan KIA	239	3,00	6,00	4,9874	,61138
Pijat Bayi	239	1,00	5,00	2,8577	1,39200
Vit.A Obat Cacing	239	1,00	5,00	2,8410	,83505
PMT	239	3,00	15,00	8,4268	3,69787
Imunisasi	239	,00	1,00	,8033	,39830
Jamkes	239	2,00	10,00	5,1297	1,97354
Penyuluhan	239	1,00	5,00	3,9623	1,10511
Valid N (listwise)	239				

Luaran Multinomial Regresi Wilayah Pegunungan

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-3,830	16,528		-,232	,819		
	Ln Status Ekonomi	,238	,643	,131	,370	,016	,106	9,477
	Pangan Anak	2,718E-7	,000	,165	,515	,061	,130	7,718
	U.M. Ayah	-,072	,074	-,276	-,975	,343	,165	6,067
	U.M. Ibu	,147	,111	,427	1,325	,202	,128	7,840
	Pend. Ayah	-,537	,413	-,413	-1,300	,210	,131	7,614
	Pend. Ibu	,641	,359	,515	1,784	,091	,159	6,299
	Pola Asuh	-,530	,544	-,223	-,974	,343	,251	3,976
	Paritas	-,189	,200	-,203	-,942	,036	,285	3,510
	Riwayat Paritas	,761	,324	,470	2,353	,030	,332	3,016
	TB Ibu	-,015	,048	-,076	-,306	,763	,214	4,666
	LILA Ibu Hamil	-,050	,039	-,338	-1,287	,214	,192	5,217
	Anemia Remaja Ibu	-,977	,759	-,620	-1,287	,214	,057	17,502
	Kesehatan Reproduksi	-,342	,225	-,440	-1,523	,145	,159	6,301
	Nutrisi Ibu Hamil	-,308	,291	-,260	-1,057	,305	,219	4,558
	KB	,093	,101	,016	,093	,093	,436	2,295
	Akses Informasi	-,223	,195	-,268	-1,141	,269	,240	4,168
	Intensitas Periksa	0,366991	,185	,672	1,983	,063	,115	8,671
	HB Ibu Hamil	-,052	,110	-,121	-,474	,641	,203	4,936
	Konsumsi Suplemen	,140	,100	,449	1,402	,178	,129	7,737
	PB Lahir	,103	,121	,194	,848	,408	,254	3,939
	BB Lahir	-4,746E-5	,000	-,059	-,180	,859	,123	8,144
	Komp. Lain	,014	,044	,363	,327	,748	,011	92,855
	Gestasi	-,016	,038	-,299	-,428	,674	,027	36,916
	Riwayat Sakit	,131	,254	,127	,516	,612	,220	4,541
	Status ASI-PMT	0,204897	,084	,492	2,450	,025	,329	3,039
	Pola Nutrisi Balita	,134	,372	,107	,360	,723	,151	6,626
	Junkfood	,951	,946	,662	1,006	,328	,031	32,662
	Sanitasi	,414	,258	,496	1,601	,013	,138	7,244
	Air Bersih/ Minum	-,049	,188	-,061	-,262	,796	,246	4,072
	Handling Sampah	,170	,272	,146	,625	,540	,243	4,114
	Kualitas Tempat Tinggal	,169	,252	,184	,668	,512	,174	5,740
	Status Polusi	,057	,133	,120	,430	,067	,170	5,881
	Akses Faskes	,322	,363	,241	,885	,388	,179	5,594
	Peran Nakes/ Faskes	,070	,093	,234	,750	,463	,136	7,377
	Peran Posyandu	,228	,235	,251	,969	,345	,197	5,085
	Layanan KIA	,013	,582	,006	,022	,983	,181	5,526
	Pijat Bayi	-,095	,250	-,116	-,380	,708	,143	7,004
	VitA OC	,826	,323	,668	2,557	,020	,194	5,158
	PMT	-,073	,082	-,235	-,887	,387	,189	5,287
	Imunisasi	3,194366	1,645	,521	1,942	,068	,184	5,429
	Jamkes	-,178	,116	-,411	-1,532	,143	,184	5,439
	Penyuluhan	-,321	,243	-,353	-1,321	,203	,186	5,375

a. Dependent Variable: Status Tinggi Badan Balita TB/U

Luaran Multinomial Regresi Wilayah Dataran Rendah/Pesisir

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	11,135	6,336		1,757	,083		
	Ln Status Ekonomi	0,127931	,235	,079	,545	,059	,348	2,874
	Pangan Anak	1,338E-7	,000	,098	,756	,045	,435	2,301
	U.M. Ayah	-,044	,031	-,220	-1,402	,165	,296	3,373
	U.M. Ibu	,041	,036	,181	1,127	,263	,284	3,524
	Pend. Ayah	,018	,132	,020	,138	,891	,331	3,025
	Pend. Ibu	,116	,135	,114	,866	,389	,424	2,358
	Pola Asuh	-,252	,308	-,098	-,817	,416	,510	1,962
	Paritas	-,082	,103	-,097	-,795	,429	,485	2,060
	Riwayat Paritas	,065	,170	,045	,386	,701	,531	1,883
	TB Ibu	-,012	,022	-,063	-,564	,574	,580	1,724
	LILA Ibu Hamil	-,013	,017	-,106	-,782	,437	,398	2,510
	Anemia Remaja Ibu	,202	,133	,173	1,511	,135	,559	1,789
	Kesehatan Reproduksi	-,001	,081	-,001	-,009	,993	,470	2,127
	Nutrisi Ibu Hamil	-,056	,134	-,057	-,420	,676	,392	2,550
	KB	-,023	,056	-,046	-,416	,678	,595	1,680
	Akses Informasi	-,002	,083	-,004	-,028	,977	,427	2,342
	Intensitas Periksa	-,037	,066	-,099	-,557	,579	,231	4,326
	HB Ibu Hamil	,009	,006	,176	1,515	,134	,543	1,843
	Konsumsi Suplemen	-,009	,032	-,035	-,278	,782	,473	2,116
	PB Lahir	-,004	,020	-,022	-,192	,848	,563	1,777
	BB Lahir	,000	,000	-,102	-,863	,391	,525	1,906
	Komp. Lain	,014	,008	,437	1,864	,066	,133	7,525
	Gestasi	-,014	,012	-,317	-1,171	,245	,099	10,054
	Riwayat Sakit	-,189	,114	-,235	-1,660	,101	,363	2,757
	Status ASI-PMT	-,001	,045	-,003	-,025	,980	,469	2,133
	Pola Nutrisi Balita	-,036	,136	-,041	-,261	,794	,290	3,454
	Junkfood	-,331	,155	-,264	-2,135	,036	,477	2,094
	Sanitasi	-,010	,114	-,012	-,092	,927	,399	2,509
	Air Bersih/ Minum	,189	,107	,274	1,768	,081	,304	3,285
	Handling Sampah	-,086	,115	-,084	-,748	,457	,578	1,730
	Kualitas Tempat Tinggal	,071	,088	,092	,802	,425	,556	1,798
	Status Polusi	,022	,058	,054	,385	,070	,374	2,677
	Akses Faskes	,048	,195	,028	,248	,805	,563	1,776
	Peran Nakes/ Faskes	,062	,047	,232	1,308	,195	,231	4,324
	Peran Posyandu	-,056	,083	-,092	-,676	,501	,394	2,535
	Layanan KIA	,230	,197	,155	1,165	,247	,411	2,431
	Pijat Bayi	-,135	,087	-,211	-1,546	,126	,393	2,546
	VitA OC	-,339	,139	-,302	-2,449	,016	,478	2,090
	PMT	,060	,037	,235	1,633	,106	,352	2,840
	Imunisasi	-,273	,399	-,075	-,683	,496	,613	1,632
	Jamkes	,033	,049	,087	,667	,507	,430	2,328
	Penyuluhan	,064	,117	,075	,545	,587	,381	2,624

a. Dependent Variable: Status Tinggi Badan Balita TB/U

Luaran Multinomial Regresi Wilayah Perkotaan

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-4,044	11,745		-,344	,739		
	Ln Status Ekonomi	,185	,377	,086	,492	,096	,190	5,261
	Pangan Anak	2,443E-7	,000	,121	,550	,076	,121	8,287
	U.M. Ayah	-,039	,040	-,188	-,964	,360	,154	6,496
	U.M. Ibu	,029	,037	,143	,778	,456	,174	5,736
	Pend. Ayah	,078	,337	,070	,232	,822	,065	15,426
	Pend. Ibu	,139	,255	,131	,545	,599	,101	9,894
	Pola Asuh	-,055	,341	-,026	-,160	,876	,215	4,646
	Paritas	,191	,220	,226	,870	,407	,087	11,524
	Riwayat Paritas	-,130	,247	-,092	-,524	,613	,188	5,321
	TB Ibu	,080	,037	,453	2,157	,059	,133	7,538
	LILA Ibu Hamil	,027	,034	,169	,809	,439	,134	7,464
	Anemia Remaja Ibu	,110	,157	,094	,699	,502	,323	3,099
	Kesehatan Reproduksi	-,205	,134	-,306	-1,527	,161	,146	6,868
	Nutrisi Ibu Hamil	-,567	,245	-,466	-2,318	,046	,144	6,921
	KB	-,003	,093	-,006	-,035	,973	,210	4,757
	Akses Informasi	,061	,187	,075	,327	,751	,112	8,902
	Intensitas Periksa	-,001	,134	-,002	-,006	,995	,063	15,888
	HB Ibu Hamil	-,001	,154	-,001	-,004	,997	,143	6,992
	Konsumsi Suplemen	,000	,055	,002	,008	,994	,152	6,562
	PB Lahir	,161	,117	,255	1,369	,204	,169	5,934
	BB Lahir	,001	,000	,230	1,370	,204	,208	4,797
	Komp. Lain	-,043	,020	-,874	-2,112	,064	,034	29,267
	Gestasi	-,036	,026	-,613	-1,411	,192	,031	32,287
	Riwayat Sakit	-,109	,169	-,116	-,644	,536	,180	5,557
	Status ASI-PMT	,027	,058	,087	,470	,650	,173	5,796
	Pola Nutrisi Balita	,426	,207	,447	2,057	,070	,124	8,077
	Junkfood	-,264	,324	-,170	-,814	,437	,135	7,429
	Sanitasi	,816	,233	,834	3,501	,671	,103	9,700
	Air Bersih/ Minum	,383	,119	,509	3,213	,011	,233	4,294
	Handling Sampah	1,144	,275	,910	-4,165	,002	,122	8,167
	Kualitas Tempat Tinggal	-,111	,175	-,110	-,635	,541	,196	5,106
	Status Polusi	,075	,081	,135	,919	,038	,273	3,664
	Akses Faskes	-,060	,385	-,037	-,157	,879	,107	9,341
	Peran Nakes/ Faskes	-,237	,091	-,771	-2,592	,029	,066	15,139
	Peran Posyandu	-,073	,156	-,098	-,466	,652	,133	7,518
	Layanan KIA	-,593	,428	-,359	-1,385	,199	,087	11,451
	Pijat Bayi	-,091	,221	-,105	-,412	,690	,091	11,037
	VitA OC	-,352	,230	-,246	-1,530	,160	,226	4,428
	PMT	,007	,060	,024	,111	,914	,126	7,946
	Imunisasi	,159	,522	,050	,304	,768	,213	4,697
	Jamkes	,040	,097	,094	,416	,687	,114	8,773
	Penyuluhan	,347	,320	,307	1,084	,307	,073	13,676

a. Dependent Variable: Status Tinggi Badan Balita TB/U