



DIS-AGREGASI KONTRIBUSI RUMAH TANGGA MISKIN PADA ANGKA STUNTING DI DI KOTA BENGKULU

Djonet Santoso¹, Titiek Kartika Hendrastiti²

¹ Prodi Administrasi Publik, FISIP Universitas Bengkulu

² Prodi Administrasi Publik, FISIP Universitas Bengkulu

ARTICLE INFORMATION

Received: "Month 00, 00" Revised: "Month 00, 00" Accepted: "Month 00, 00" Available online: "Month 00, 00"

CORRESPONDENCE

E-mail: dsantoso@unib.ac.id, titiek_kartika@unib.ac.id

ABSTRACT

Indonesia sedang menghadapi tantangan besar terkait kualitas sumber daya manusia dengan prevalensi balita stunting sebesar 9,5 persen pada tahun 2021. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis upaya pemerintah daerah dalam penanggulangan stunting di Kota Bengkulu. Masalah penelitian yang diketengahkan dalam penelitian ini adalah bagaimana peta dis-agregasi keluarga miskin transient dan kronis dalam menyumbang angka stunting di Kota Bengkulu? Berapa persen kontribusi keluarga miskin transient pada angka anak stunting di Kota Bengkulu? Penelitian untuk mengetahui peta dis-agregasi belum pernah dilakukan. Penelitian-penelitian sebelumnya hanya sampai pada kesimpulan bahwa anak-anak penderita stunting adalah anak-anak yang berasal dari keluarga miskin. Tidak ada penjelasan lanjutan mengenai apakah dari keluarga miskin transient atau kronis? Dengan metode deskriptif kualitatif, penelitian ini mencatat bahwa dari total jumlah anak penderita stunting di Kota Bengkulu, 60 persen berasal dari rumah tangga miskin kronis. Data ini menunjukkan bahwa meskipun dalam kondisi yang lebih baik dari rumah tangga miskin kronis, rumah tangga miskin transient memberi kontribusi yang cukup signifikan pada angka stunting di Kota Bengkulu, yaitu sebesar 40 persen. Dengan demikian fokus dan strategi penanganan masalah stunting oleh pemerintah khususnya Pemerintah Kota Bengkulu tidak cukup hanya pada rumah tangga miskin kronis saja tetapi sebaiknya memasukkan rumah tangga miskin transient ke dalamnya.

KEYWORDS

Stunting, Kebijakan Publik, Miskin Transient



PENDAHULUAN

Stunting merupakan sebuah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu yang cukup lama, hal ini menyebabkan adanya gangguan di masa pertumbuhan tubuh yakni mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal. Jika dikaitkan dengan anak-anak stunting, maka stunting adalah kondisi gagal pertumbuhan pada anak (pertumbuhan tubuh dan otak) akibat kekurangan gizi dalam waktu yang lama. Sehingga, anak lebih pendek atau perawakan pendek dari anak normal seusianya dan memiliki keterlambatan dalam berpikir. Umumnya disebabkan asupan makan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1995/MENKES/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak (PSG) disebutkan bahwa pada usia empat tahun tinggi badan anak laki-laki sewajarnya adalah berkisar pada angka 94,9-111,7 cm. Maka jika tinggi dari anak laki-laki pada usia empat tahun kurang dari 94,9 cm dapat dikatakan bahwa anak tersebut tidak tumbuh sesuai dengan pertumbuhan yang seharusnya. Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2017 menunjukkan prevalensi balita stunting di Indonesia masih tinggi, yakni 29,6 persen di atas batasan yang ditetapkan WHO (20 persen). Tahun 2015 Indonesia tertinggi ke-2 dibawah Laos untuk jumlah anak stunting. Angka prevalensi stunting tahun 2017 merupakan hasil pembagian jumlah kasus stunting anak pada tahun tersebut per jumlah anak pada tahun 2017. Indonesia merupakan negara nomor empat dengan

angka stunting tertinggi di dunia. Lebih kurang sebanyak 9 juta atau 37 persen balita Indonesia mengalami stunting (kerdil). Dengan berbagai usaha melalui program dan kegiatan penanganan masalah *stunting*, pada tahun 2021 angkanya menurun menjadi 14 juta atau 9,5 persen.

Berdasarkan data balita pendek yang disampaikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu 2015-2017 dapat terlihat terjadinya peningkatan angka stunting yang cukup signifikan yaitu dari 18,1 persen pada tahun 2015 menjadi 29,5 persen pada tahun 2017. Peningkatan ini menunjukkan adanya masalah stunting yang serius di Provinsi Bengkulu. Angka stunting Kota Bengkulu juga mengalami kenaikan yang cukup memprihatinkan dari 10 persen pada tahun 2015 menjadi 23,5 persen pada tahun 2017. Selaras dengan capaian kinerja nasional, Provinsi Bengkulu berhasil menurunkan angka *stunting* sampai dengan tahun 2021 menjadi 6,3 persen. Penurunan angka ini mengindikasikan keberhasilan program dan kegiatan penanganan masalah *stunting* di Bengkulu. Hanya saja, capaian ini tidak dibarengi dengan usaha yang sungguh-sungguh untuk mendis-agregasi, mengurai, data kondisi keluarga anak-anak penderita *stunting*. Dalam perspektif kemiskinan, rumah tangga miskin mana yang memberi kontribusi dominan pada angka *stunting*, apakah rumah tangga miskin kronis atau apakah rumah tangga miskin *transient*?

Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan dari penelitian sebelumnya, yaitu penanganan masalah keluarga miskin *transient*. Masalah penelitian yang diketengahkan dalam penelitian ini adalah bagaimana peta dis-agregasi keluarga miskin *transient* dan kronis dalam

menyumbang angka stunting di Kota Bengkulu? Berapa persen kontribusi keluarga miskin transient pada angka anak stunting di Kota Bengkulu? Penelitian untuk mengetahui peta dis-agregasi belum pernah dilakukan. Penelitian-penelitian sebelumnya hanya sampai pada kesimpulan bahwa anak-anak penderita stunting adalah anak-anak yang berasal dari keluarga miskin. Tidak ada penjelasan lanjutan mengenai apakah dari keluarga miskin *transient* atau kronis.

Tidak ada kebijakan publik yang mengatur secara spesifik tentang penanganan *stunting*, apalagi tentang perbedaan penanganan kasus *stunting* anak-anak dari keluarga miskin kronis dan keluarga miskin *transient*. Beberapa kebijakan publik yang ada berisi berbagai penanganan kesehatan anak yang menjadi landasan penyusunan program-program penanganan *stunting*. Dalam UU No. 36 Tahun 2009 terdapat kebijakan dan strategi yang mengatur pola asuh, dimana pola asuh merupakan salah satu alasan mengapa stunting bisa terjadi. Pemerintah juga menerbitkan peraturan yaitu Peraturan Pemerintah (PP) No.33 Tahun 2012 tentang Air Susu Ibu Eksklusif. Ada juga Peraturan Presiden (Perpres) No.42 Tahun 2013 yang berfokus pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Perpres ini mengedepankan upaya bersama antara pemerintah dan masyarakat melalui penggalangan partisipasi dan kepedulian pemangku kepentingan secara terencana dan terkoordinasi untuk percepatan perbaikan gizi masyarakat. Selain itu Perpres No. 42 Tahun 2013 ini juga mengatur mengenai peta jalan percepatan perbaikan gizi yang terdiri dari empat komponen utama yang meliputi advokasi, penguatan lintas sektor, pengembangan program spesifik dan sensitif, serta pengembangan pangkalan data. Intervensi gizi baik yang bersifat spesifik maupun sensitif perlu dilakukan secara bersama-sama oleh kementerian/lembaga serta

pemangku kepentingan lainnya. Kebijakan publik yang lain diantaranya Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No.23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi. Peraturan ini berisi mengenai upaya perbaikan gizi yang dilakukan oleh pemerintah dimana di dalamnya termasuk tugas dan tanggung jawab pemerintah untuk menjamin perbaikan gizi masyarakat. Berikutnya ada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Permenkes No. 39/2016 ini berisi tentang program Indonesia sehat, dimana di dalamnya terdapat berbagai macam program yang mengatur mengenai perbaikan gizi di Indonesia. Program penanganan masalah *stunting* disusun berlandaskan berbagai peraturan tersebut. Karena tidak ada peraturan yang spesifik, maka program penanganan *stunting* tidak menjelaskan perbedaan penanganan latar belakang ekonomi keluarga anak-anak dengan masalah *stunting*. Fakta ini mendorong munculnya kekhawatiran mengenai efektifitas program.

Menurut Van Metter dan Van Horn dalam Agustino (2019, h. 133-135) ada 6 variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi kebijakan publik, antara lain ukuran dan tujuan kebijakan, sumber daya, karakteristik agen pelaksana, sikap atau kecenderungan (*disposition*) para pelaksana, komunikasi antar organisasi dan aktivitas pelaksana, serta Ekonomi, Sosial dan Politik. Merilee S. Grindle dalam Subarsono (2015, h. 93) menyampaikan argumentasi bahwa keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh dua variabel besar, yakni isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi (*context of implementation*). Dua argumentasi ini secara tegas menyatakan bahwa isi kebijakan merupakan penentu efektifitas implementasinya. Jika ukuran dan tujuan kebijakan jelas di dalam konten

kebijakannya, maka efektivitas implementasinya akan terukur.

Secara lebih sederhana Nugroho (2017, h. 774) menyampaikan empat tahapan implementasi kebijakan, antara lain sebagai berikut:

1. Sosialisasi Kebijakan, penyebaran isi atau substansi suatu kebijakan yang telah dibuat sebagai pemahaman bagi pihak terkait atau kelompok sasaran (0 - 6 bulan).
2. Perencanaan, yaitu cara agar sebuah kebijakan mencapai tujuan (penerapan kebijakan tanpa sanksi 6 bulan - 1 tahun) .
3. Pelaksanaan, cara agar sebuah kebijakan mencapai tujuan (penerapan dengan sanksi).
4. Evaluasi, menyangkut penilaian kebijakan mencakup substansi, implementasi dan dampak.

Berdasarkan beberapa teori implementasi kebijakan yang telah diungkapkan oleh para ahli maka teori yang cocok digunakan dalam penelitian ini adalah teori dari Rian Nugroho. Bagaimana pemahaman tentang *stunting* dikomunikasikan ke petugas di setiap tingkatan administrasi, dan bagaimana pemahaman tersebut sosialisasikan ke masyarakat luas. Kualitas komunikasi antar petugas inilah sesungguhnya menjadi penentu keberhasilan implementasi kebijakan penanganan *stunting* secara substantif. Sementara perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi adalah implementasi teknis terukur untuk menghitung efektivitas program.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang dipilih dalam penelitian ini adalah metode deskriptif kualitatif. Sebagai bagian dari metode kualitatif, pendekatan deskriptif kualitatif mencakup konstruksi realitas sosial dan

makna budaya, fokus pada proses interaktif, kejadian-kejadian, otensitas, tidak bebas nilai, teori dan data terintegrasi, situasional atau kontekstual, dan keterlibatan peneliti (Creswell, 2013). Unit analisis sebagai sumber data adalah rumah tangga dengan karakteristik rentan miskin. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik *depth interview*, observasi, dan penelusuran dokumen. Penelitian ini dilaksanakan di tiga Puskesmas di Kota Bengkulu, yaitu Puskesmas di Kecamatan Ratu Samban, Puskesmas di Kecamatan Muara Bangkahulu, dan Puskesmas di Kecamatan Selebar.

HASIL DAN PEMBAHASAN

disepakati.

Menggunakan argumentasi Van Metter dan Van Horn dalam Agustino (2019, h. 133-135), penelitian ini mencatat bahwa program-program penanganan *stunting* mengabaikan enam variabel yang saling berkaitan. Implementasi program penanganan *stunting* dapat diukur tingkat keberhasilannya jika dan hanya jika ukuran dan tujuan dari kebijakan memang terukur dan jelas sasaran pemanfaatnya, dan sesuai dengan sosio-kultur yang ada di tingkat pelaksana kebijakan. Kejelasan ukuran dan tujuan akan memudahkan agen pelaksana mengelola sumber daya untuk tujuan efektivitas.

Penelitian ini juga mencatat bahwa argumentasi Merilee S. Grindle dalam Subarsono (2015, h. 93) yang menekankan isi kebijakan (*content of policy*) yang harus memudahkan para pelaksana di lapangan. Sekurangnya ada dua variabel isi kebijakan oleh Grindle yang tidak dimuat dalam kebijakan publik yang diacu untuk program penanganan *stunting*, yaitu kepentingan kelompok sasaran, dan derajat perubahan yang diinginkan. Kepentingan kelompok sasaran yang terpengaruhi oleh kebijakan

menyangkut sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau target groups termuat dalam isi kebijakan. Sementara derajat perubahan yang diinginkan, yaitu sejauh mana perubahan yang diinginkan dari adanya sebuah kebijakan. Derajat perubahan yang ingin dicapai menunjukkan seberapa besar perubahan yang hendak atau ingin dicapai melalui adanya sebuah implementasi kebijakan harus memiliki skala yang jelas. Jika sasaran pemanfaat tidak diindikasikan secara jelas dalam kebijakan, bagaimana pengukuran efektivitas bisa dilakukan?

Penelitian ini mencatat bahwa sosialisasi mengenai program penanganan *stunting* telah dilakukan oleh pihak puskesmas kepada masyarakat di wilayah kerja masing-masing, baik secara informal maupun formal. Hanya saja, sosialisasi formal oleh pihak puskesmas tidak dilaksanakan secara rutin dan terstruktur dalam periode satu tahun. Selama masa pandemi Covid-19, sosialisasi tersebut tidak dapat dilakukan sama sekali. Pihak puskesmas menjelaskan bahwa pada masa pandemi Covid-19 tidak boleh ada kerumunan massa. Pihak Puskesmas menjelaskan bahwa walaupun tidak bisa melaksanakan sosialisasi secara formal, mereka melakukan sosialisasi secara informal melalui kunjungan-kunjungan pada acara-acara khusus seperti posyandu setiap bulan. Sosialisasi yang dilakukan oleh pihak puskesmas hanya sekedar memberitahukan masyarakat mengenai pencegahan *stunting* maupun pemeriksaan anak yang harus dilakukan setiap bulan. Di sisi lain, semua informan yang dihubungi memberikan pernyataan yang hampir sama bahwa mereka kurang mengetahui mengenai waktu dan periode sosialisasi yang dilakukan oleh puskesmas. Jikapun ada kegiatan sosialisasi, informan jarang mengikuti sosialisasi yang diadakan oleh puskesmas. Untuk itu pada akhirnya informan kurang mengetahui kegiatan sosialisasi yang dilakukan oleh puskesmas

tersebut diadakan berapa kali dalam kurun waktu satu tahun.

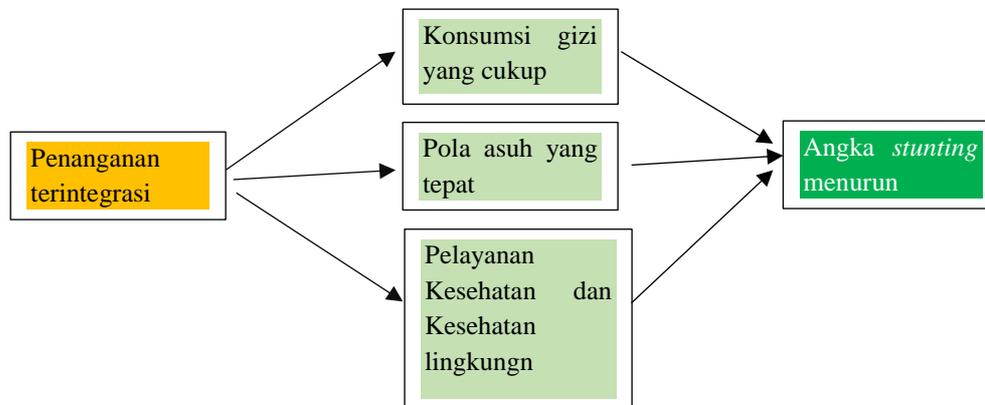
Dengan menggunakan indikator garis kemiskinan perkotaan oleh BPS periode bulan September 2020 yaitu sebesar Rp. 509.487 per bulan per orang, hasil penelitian mencatat bahwa sebagian besar anak-anak yang didiagnosa penderita *stunting* berasal dari rumah tangga miskin kronis, yaitu sebesar 60 persen. Sisanya, sebesar 40 persen datang dari rumah tangga miskin *transient*. Meskipun secara fisik mereka memiliki rumah yang meragukan untuk disebut rumah keluarga miskin kronis, tetapi fakta penghasilan mereka dibagi jumlah jiwa terindikasikan di bawah garis kemiskinan.

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan balita yang se-umur. Balita *stunting* termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi calon ibu/remaja, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita yang *stunting* di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal sehingga dapat mempengaruhi kualitas sumber daya manusia di masa depan.

Dalam upaya penurunan *stunting*, pemerintah telah menetapkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*stunting*) yang bertujuan untuk mempercepat penurunan *stunting* dalam kerangka kebijakan dan institusi yang ada. Terdapat 5 (lima) pilar dalam strategi nasional tersebut, yaitu: 1) komitmen dan visi kepemimpinan; 2) kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku; 3) konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa; 4) gizi dan ketahanan pangan; dan 5) pemantauan dan evaluasi. Strategi ini diselenggarakan di semua tingkatan pemerintah dengan

melibatkan berbagai institusi pemerintah yang terkait maupun pihak non pemerintah seperti swasta, masyarakat, dan komunitas.

Model intervensi pencegahan *stunting* terintegrasi



Permasalahan penelitian ini adalah tidak adanya data dis-agregasi rumah tangga asal anak-anak penderita masalah *stunting*. Secara teori, jika strategi penanganan *stunting* dibedakan antara rumah tangga miskin kronis dan rumah tangga miskin *transient* maka akan dapat dicapai hasil yang lebih efektif. Pilar ke-3 yaitu konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa serta peran para pihak seharusnya mampu memilah data sampai ke data karakteristik rumah tangga. Data yang akurat dan *real time* diperlukan agar perencanaan dan pelaksanaan program dapat disusun secara tepat dan angka *stunting* dapat diturunkan secara efektif. Dengan data yang signifikan maka pelaksanaan aksi konvergensi penurunan *stunting* melalui 8 (delapan) aksi konvergensi yakni (1) analisis situasi, (rencana kegiatan), (3) rembuk *stunting*, (4) Peraturan Walikota (Perwali) Peran Kelurahan, (5) pembinaan Kader Pembangunan Manusia, (6) sistem manajemen kelurahan, (7) pengukuran dan publikasi data *stunting*, dan (8) review kinerja tahunan. Delapan aksi konvergensi tersebut dilakukan mulai dari proses perencanaan, penganggaran, implementasi, pemantauan, dan evaluasi program/kegiatan. Pelaksanaan aksi

konvergensi bisa dilakukan melalui intervensi gizi spesifik (kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya *stunting* seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan) dan sensitif (upaya-upaya untuk mencegah dan mengurangi masalah gizi secara tidak langsung, yang pada umumnya dilakukan oleh sektor non kesehatan) dengan sasaran Rumah Tangga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) yang dapat mengakses layanan 20 indikator penurunan *stunting* secara lengkap (konvergen) di lokus *stunting* dengan menyelaraskan berbagai sumberdaya yang dimiliki.

Dalam pelaksanaan konvergensi penurunan *stunting* beberapa tahun terakhir banyak kendala yang dihadapi mulai dari data cakupan pengukuran/penimbangan balita di posyandu/Faskes di Bengkulu yang diinput melalui aplikasi Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (E-PPGM) masih di bawah 80 persen dimana jumlah balita yang diukur pada bulan penimbangan Februari 2021 baru mencapai 64,19 persen. Kabupaten/kota lokus yang telah dibinapun masih terdapat kasus balita *stunting* begitu juga dengan desa diluar

lokus stunting yang ditetapkan oleh pemerintah daerah provinsi. Hal ini juga diperparah dengan adanya kondisi pandemic Covid-19 yang secara langsung juga mempengaruhi kinerja penanganan *stunting*. Hal lainnya yang mempengaruhi adalah belum digunakannya satu sistem data yang menjadi acuan bersama untuk melakukan aksi konvergen pada lokus yang telah ditetapkan yang tentunya setelah melalui analisis yang kuat berdasarkan data hasil penimbangan balita yang dapat dipertanggungjawabkan.

Upaya untuk penurunan *stunting* ini perlu dilakukan penguatan dengan dukungan semua pihak baik pemerintah, swasta, perguruan tinggi maupun masyarakat melalui intervensi spesifik maupun sensitif. Upaya penanggulangan *stunting* haruslah dilakukan secara komprehensif dan bersinergi antara pemerintah pusat, pemerintah provinsi, dan pemerintah kabupaten/kota. Pembagian tugas ini harus jelas dan dipahami oleh pemerintah di masing-masing tingkatan sehingga tidak terjadi tumpang tindih dan tujuan pengelolaan masalah *stunting* bisa lebih efektif dicapai.

Permasalahan inti tidak dimuatnya secara spesifik pembedaan penanganan masalah *stunting* antara anak-anak dengan latar belakang keluarga miskin kronis dan keluarga miskin *transient* dalam isi kebijakan pemerintah pusat seharusnya bisa diatasi dengan inisiatif pelaksana untuk melakukan pemilahan sasaran penerima manfaat. Dengan inisiatif tersebut, pemerintah kota bisa merumuskan kebijakan daerah yang secara terukur mendukung upaya percepatan pencegahan *stunting* di wilayah masing-masing. Pemerintah Kota bisa menyiapkan sistem manajemen data yang terkait dengan pencegahan *stunting*. Dengan sasaran yang terukur, pemerintah daerah bisa memberi bantuan tenaga teknis dan pelatihan untuk

memperkuat kapasitas pelaksana dalam melaksanakan Aksi Konvergensi/ Aksi Integrasi. Pemerintah Kota bisa memastikan intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif tepat lokasi kelurahan dan tepat kelompok sasaran. Peran ini dilakukan pada waktu evaluasi rancangan peraturan daerah tentang APBD kota.

KESIMPULAN

Masalah penelitian yang diketengahkan dalam penelitian ini adalah bagaimana peta dis-agregasi keluarga miskin *transient* dan kronis dalam menyumbang angka *stunting* di Kota Bengkulu? Berapa persen kontribusi keluarga miskin *transient* pada angka anak *stunting* di Kota Bengkulu? Dengan metode deskriptif kualitatif, penelitian ini mencatat bahwa dari total jumlah anak penderita *stunting* di Kota Bengkulu, 60 persen berasal dari rumah tangga miskin kronis. Data ini menunjukkan bahwa meskipun dalam kondisi yang lebih baik dari rumah tangga miskin kronis, rumah tangga miskin *transient* memberi kontribusi yang cukup signifikan pada angka *stunting* di Kota Bengkulu, yaitu sebesar 40 persen. Dengan demikian focus penanganan masalah *stunting* oleh pemerintah khususnya Pemerintah Kota Bengkulu tidak cukup hanya pada rumah tangga miskin kronis saja tetapi sebaiknya memasukkan rumah tangga miskin *transient* ke dalamnya.



DAFTAR PUSTAKA

Agustino, Leo. 2019. *Dasar-dasar kebijakan publik*. Bandung : CV ALFABETA.

Creswell, John W. 2013. *Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 3rd ed. Thousand Oaks California: Sage Publications. Achmad Fawaid (penterjemah). 2013. "Research design: Pendekatan kualitatif, kuantitatif, dan mixed". Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Nugroho, Riant. 2009. *Kebijakan publik: formulasi, implementasi, dan evaluasi*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.

Subarsono, Agustinus. 2015. *Analisis kebijakan public: Konsep, teori dan aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.