



KEMENTERIAN SEKRETARIAT NEGARA RI
SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN

Katalog: 4207002



BADAN PUSAT STATISTIK



LAPORAN

**INDEKS KHUSUS PENANGANAN *STUNTING*
2018-2019**



LAPORAN

**INDEKS KHUSUS PENANGANAN *STUNTING*
2018-2019**

LAPORAN

INDEKS KHUSUS PENANGANAN *STUNTING*

2018-2019

ISBN	978-602-438-359-6
No. Publikasi	04230.2004
Katalog BPS	4207002
Ukuran Buku	18,2 cm x 25,7 cm
Jumlah Halaman	xvi + 54 halaman
Naskah	Subdirektorat Statistik Kesehatan dan Perumahan
Gambar Kulit	Subdirektorat Statistik Kesehatan dan Perumahan Artem Beliaikin (<i>unsplash</i>)
Diterbitkan oleh	©Badan Pusat Statistik, Jakarta – Indonesia
Dicetak oleh	Badan Pusat Statistik, Jakarta – Indonesia

Dilarang mengumumkan, mendistribusikan, mengomunikasikan, dan/atau menggandakan sebagian atau seluruh isi buku ini untuk tujuan komersial tanpa izin tertulis dari Badan Pusat Statistik

TIM PENYUSUN

Badan Pusat Statistik

Suhariyanto, Margo Yuwono, Adi Lumaksono, Gantjang Amannullah, Hasnani Rangkuti, Sapta Hastho Ponco, Siswi Puji Astuti, Amalia Noviani, Eva Yugiana, Hanin Rahma Septina, Hardianto, Ketut Krisna, Mayang Sari, Rizqi Nafi' Syari'ati.

Sekretariat Wakil Presiden

Abdul Mu'is, Siti Alfiah, Indira Oktoviani, Novika Widyasari, Yunida Zakia, Iing Mursalin, Purnawan, Lucy Widasari, Lindawati Wibowo, Real Rahadinnal, Rohidin Sudarno, Elan Satriawan, Sudarno Sumarto, Ardi.


KATA PENGANTAR BPS

Stunting atau kerdil adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang diakibatkan kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Dampak dari *stunting* bukan hanya terhadap pertumbuhan fisik, tetapi juga pada fungsi penting tubuh lainnya, seperti perkembangan otak dan sistem kekebalan tubuh. Balita *stunting* berpotensi memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, lebih rentan terhadap penyakit, dan di masa depan dapat berisiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Oleh karena itu, pemerintah menjadikan percepatan penurunan *stunting* sebagai salah satu program prioritas nasional.

Laporan Indeks Khusus Penanganan *Stunting* (IKPS) ini merupakan tindak lanjut dari inisiasi penyusunan IKPS pada tahun 2018 dengan melakukan berbagai penyempurnaan dalam variabel, metodologi, dan pengukuran indeks tersebut berdasarkan masukan para pakar di bidang kesehatan, gizi, pendidikan, dan sebagainya. Laporan ini menyajikan angka IKPS tahun 2018 dan 2019, beserta rangkaian pembentukan variabel dan penentuan metodologinya agar dapat menjadi pembelajaran dan masukan untuk pembangunan kesehatan anak di Indonesia, khususnya pada permasalahan *stunting*. Penyusunan laporan ini sekaligus untuk memenuhi target *Disbursement Linked Indicators* (DLI) ke-8 tahun 2020 yang menjadi tanggung jawab Badan Pusat Statistik (BPS) dan Sekretariat Wakil Presiden (Setwapres) sesuai perjanjian kerja sama program *Investing in Early Years* (INEY) antara Pemerintah Indonesia dengan Bank Dunia.

Ucapan terima kasih diucapkan pada berbagai pihak yang telah memberi sumbangan dan masukan dalam penyusunan buku ini. Penyelesaian laporan ini juga tidak terlepas dari dukungan UNICEF dalam memberikan *technical assistance*. Semoga buku ini bisa memberikan manfaat bagi upaya percepatan penurunan *stunting*.

Jakarta, 30 September 2020
Kepala Badan Pusat Statistik



Dr. Suhariyanto

KATA PENGANTAR SETWAPRES

Dengan mengucapkan puji syukur kepada Tuhan YME, Laporan Indeks Khusus Penanganan *Stunting* (IKPS) tahun 2018-2019 bisa kami sajikan. Laporan IKPS merupakan instrumen penting untuk mengukur kinerja pelaksanaan program percepatan pencegahan *stunting* di tingkat pusat dan daerah yang saat ini menjadi prioritas Pemerintah Indonesia. Perhitungan IKPS akan dilaporkan setiap tahun sehingga bisa dilakukan perkembangan capaian, baik secara nasional, provinsi, maupun kabupaten.

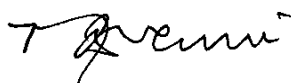
Laporan IKPS ini adalah hasil kerja sama antara Sekretariat Wakil Presiden RI bersama dengan Badan Pusat Statistik (BPS), Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), dan Tim Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (TP2AK). Proses penyusunan IKPS 2018-2019 ini dilakukan melalui serial workshop, mulai dari perbaikan IKPS 2017 melalui diskusi internal, diskusi dengan *World Bank*, berbagai pakar sesuai bidang yang menjadi indikator IKPS, dan juga melalui diskusi dengan kementerian dan lembaga terkait.

Di dalam laporan IKPS ini, para pembaca dapat melihat IKPS nasional, 34 provinsi, dan 63 kabupaten/kota. Untuk IKPS kabupaten/kota, tidak seluruh kabupaten/kota dapat disajikan IKPS-nya, karena secara statistik memang tidak memungkinkan keluarnya hasil IKPS yang reliabel. Namun, meskipun demikian tetap masih dapat disajikan beberapa indikator penyusun IKPS, yang datanya reliabel, sehingga perkembangan kinerja program dalam beberapa bidang tertentu bisa diketahui.

Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah terlibat dalam proses perhitungan IKPS dan penyusunan laporan hasil IKPS. Semoga laporan IKPS ini membantu Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah untuk membuat program intervensi percepatan pencegahan *stunting* yang lebih efektif dan efisien.

Jakarta, 30 September 2020

Kepala Sekretariat Wakil Presiden RI



Mohammad Oemar

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR BPS.....	v
KATA PENGANTAR SETWAPRES.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.3 Manfaat.....	4
BAB 2 TINJAUAN LITERATUR.....	5
2.1 Kerangka Kerja Konseptual Determinan Anak Kurang Gizi	5
2.2 Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stranas <i>Stunting</i>).....	9
2.3 <i>Investing in Nutritional and Early Years (INEY)</i>	12
2.4 Upaya Penyempurnaan IKPS	13
2.4.1 Studi Pustaka	15
2.4.2 Diskusi Pakar	19
BAB III METODOLOGI.....	21
3.1 Konsep dan Definisi Variabel.....	21
3.2 Sumber Data	26
3.3 Normalisasi Indikator.....	27
3.4 Bobot tiap dimensi	29
3.5 <i>Relative Standard Error</i>	29
BAB IV ANALISIS INDEKS KHUSUS PENANGANAN <i>STUNTING</i>	31
4.1 Analisis IKPS Nasional	31
4.2 Analisis IKPS Provinsi	34

4.3 Analisis IKPS Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen dan Prioritas <i>Stunting</i>	40
BAB V PENUTUP	45
DAFTAR PUSTAKA	47
LAMPIRAN	49

<https://www.bps.go.id>

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Indikator Determinan Anak Kurang Gizi.....	7
Tabel 2.2	Indikator Pelayanan Gizi Konvergen Pada Anak 0 – 23 Bulan.....	10
Tabel 2.3	Rancangan Indikator IKPS yang Disempurnakan	14
Tabel 2.4	Perbandingan Indikator IKPS 2017 dan IKPS yang Disempurnakan	15
Tabel 3.1	Dimensi dan Indikator dalam IKPS	22
Tabel 3.2	Nilai Minimal dan Maksimal Indikator Penyusun IKPS.....	28
Tabel 3.3	Bobot pada Masing-Masing Dimensi.....	29
Tabel 4.1	Nilai Indeks Menurut Dimensi Penyusun IKPS Nasional, 2018-2019.....	33
Tabel 4.2	Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE Indikator Penyusun IKPS<25 Persen, 2018-2019	41
Tabel 4.3	Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen untuk Seluruh Indikator Penyusun IKPS Tahun 2018-2019 yang Menjadi Prioritas <i>Stunting</i> 2020	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Kerja Konseptual Determinan Anak Kurang Gizi (UNICEF).....	6
Gambar 2.2 Kerangka Penyebab <i>Stunting</i> di Indonesia	11
Gambar 2.3 <i>Investing in Nutritional and Early Years (INEY) Framework</i>	12
Gambar 4.1 IKPS Nasional, 2018 – 2019.....	31
Gambar 4.2 Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Nasional, 2018-2019	32
Gambar 4.3 IKPS Menurut Provinsi, 2018.....	35
Gambar 4.4 IKPS Menurut Provinsi, 2019.....	37
Gambar 4.5 Perubahan IKPS Menurut Provinsi, 2018-2019.....	38
Gambar 4.6 Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Provinsi Gorontalo, 2018-2019	39
Gambar 4.7 Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Provinsi Kepulauan Riau, 2018-2019	40
Gambar 4.8 Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Cianjur, Provinsi Jawa Barat, 2018-2019.....	43
Gambar 4.9 Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Sambas, Provinsi Kalimantan Barat, 2018-2019	44

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	IKPS Menurut Provinsi, 2018-2019.....	51
Lampiran 2	IKPS Menurut Kabupaten/Kota dengan RSE<25% dan Prioritas <i>Stunting</i> , 2018-2019	52
Lampiran 3	Persentase Balita <i>Stunting</i> Menurut Provinsi, 2018-2019	54

<https://www.bps.go.id>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stunting atau kerdil adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang diakibatkan kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak disebut *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya.

Stunting menunjukkan bahwa asupan nutrisi/gizi yang diterima kurang optimal tidak hanya berdampak pada pertumbuhan, tetapi juga untuk fungsi penting tubuh lainnya, seperti perkembangan otak dan sistem kekebalan tubuh. Perkembangan fisik dan mental yang terjadi sejak konsepsi hingga anak berusia 24 bulan menentukan potensi individu dalam hal risiko morbiditas dan mortalitas, prestasi sekolah, potensi pendapatan, kekuatan fisik hingga risiko penyakit kronis (Bloem, *et.al.*, 2013). Balita yang mengalami *stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan anak menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat berisiko pada menurunnya tingkat produktivitas (100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (*Stunting*)).

Beberapa tahapan dilakukan dalam penyusunan IKPS, diantaranya membangun kerangka pemikiran penurunan *stunting* (berdasarkan *framework* dari UNICEF dalam Strategi Nasional *Stunting*), menunjukkan bahwa kurangnya asupan gizi dan penyakit infeksi berulang adalah dua penyebab langsung (*direct cause*) dari *stunting*. Dua faktor langsung penyebab *stunting* ini bergantung pada faktor-faktor yang mendasarinya (*underlying cause*) yakni akses ke makanan, praktik perawatan, layanan kesehatan, dan kebersihan lingkungan (air dan sanitasi), yang semuanya terkait dengan penyebab dasar (*basic cause*) di tingkat individu dan rumah tangga, seperti pendidikan dan pendapatan, serta faktor sosial, termasuk situasi ekonomi, peran gender, kebijakan pemerintah, dll. (100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (*Stunting*), 2017).

Dalam kurun waktu 5 (lima) tahun, Indonesia telah berhasil menurunkan angka *stunting* dari 37,2 persen pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 30,8 persen pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Dalam RPJMN 2020-2024, pemerintah telah menargetkan angka *stunting* turun menjadi 14 persen pada tahun 2024. Diperlukan peran berbagai

pihak untuk dapat mencapai target tersebut, mengingat pada tahun 2019 masih terdapat 27,7 persen balita yang mengalami *stunting* di Indonesia.

Meskipun telah berhasil diturunkan, namun angka prevalensi *stunting* pada balita di Indonesia masih merupakan salah satu yang tertinggi di dunia. Indonesia menempati peringkat 108 dari 132 negara yang diurutkan berdasarkan prevalensi *stunting* balita terendah hingga tertinggi (IFPRI, 2015). Berdasarkan laporan tersebut pula, Indonesia merupakan negara dengan prevalensi *stunting* pada balita tertinggi ketiga di antara negara-negara ASEAN, setelah Timor Leste dan Laos PDR.

Konsekuensi ekonomi dari *stunting* cukup besar. Sekitar 11 persen dari beban kesehatan terkait dengan malnutrisi (Robert E Black, 2008). Perkiraan konservatif biaya malnutrisi di suatu negara adalah 2 persen hingga 3 persen dari PDB (Horton, 1999). Bappenas memperkirakan kerugian yang akan ditanggung Indonesia apabila prevalensi *stunting* pada anak balita tidak dapat ditekan dapat mencapai sekitar 2 hingga 3 persen dari Produk Domestik Bruto (PDB) atau sekitar Rp300 triliun setiap tahunnya (catatan: PDB Indonesia pada tahun 2017 sekitar Rp13.000 triliun) (Bappenas, 2018). Jumlah tersebut mencakup biaya penanganan *stunting* dan potensi hilangnya pendapatan sebagai akibat rendahnya produktivitas penduduk yang tumbuh dengan kondisi *stunting*. Selain itu, diperkirakan bahwa pendapatan rata-rata individu yang *stunting* adalah 20 persen lebih rendah daripada seseorang dengan tinggi rata-rata. Pada akhirnya secara luas *stunting* akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan. (Ringkasan 100 Kabupaten/Kota Prioritas *Stunting*, TNP2K). Dalam rangka mempercepat penurunan angka *stunting*, pemerintah meluncurkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil pada tahun 2018, yang bertujuan sebagai panduan untuk mendorong terjadinya kerja sama antarlembaga untuk memastikan konvergensi seluruh program/kegiatan terkait pencegahan anak kerdil (*stunting*). Kerja sama ini diperlukan utamanya untuk meningkatkan cakupan dan kualitas intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif.

Pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu prioritas dalam program pembangunan nasional. Arah kebijakan dan strategi RPJMN 2020-2024 menyebutkan perihal meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) salah satunya melalui percepatan perbaikan gizi masyarakat dalam bentuk percepatan penurunan angka *stunting*. Pemerintah Indonesia mencanangkan percepatan penanganan *stunting* melalui dua kerangka besar intervensi yaitu Intervensi Gizi Spesifik dan Intervensi Gizi Sensitif. Intervensi Gizi Spesifik merupakan intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30 persen penurunan *stunting*. Kerangka kegiatan intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya *stunting* seperti asupan makanan, infeksi,

status gizi ibu, penyakit menular, dan kesehatan lingkungan. Oleh karena itu, intervensi ini umumnya dilakukan pada sektor kesehatan. Intervensi ini juga bersifat jangka pendek dimana hasilnya dapat dicatat dalam waktu relatif pendek.

Intervensi Gizi Sensitif dilakukan melalui berbagai pembangunan di luar sektor kesehatan dan berkontribusi 70 persen terhadap penurunan *stunting*. Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah keluarga dan masyarakat yang dilakukan melalui berbagai program dan kegiatan yang umumnya makro dan dilakukan secara lintas Kementerian dan Lembaga (K/L). Kegiatan intervensi gizi sensitif yang dilakukan seperti peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi, peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan, peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak, serta peningkatan akses pangan bergizi. Upaya penurunan *stunting* akan lebih efektif apabila intervensi gizi spesifik dan sensitif dilakukan secara terintegrasi atau terpadu.

Dalam rangka pelaksanaan program prioritas nasional percepatan penurunan *stunting*, dalam Rancangan Peraturan Presiden disebutkan bahwa BPS bertanggung jawab untuk menyusun analisis kinerja penurunan *stunting* melalui Indeks Khusus Penanganan Stunting (IKPS). Penyusunan IKPS juga merupakan target *Disbursement Linked Indicator* (DLI) 8 dari Perjanjian Kerja Sama Pemerintah RI dengan Bank Dunia mengenai penanganan *stunting*. DLI 8 merupakan salah satu dari 12 DLI yang terdapat dalam *Proposal Appraisal Document* (PAD) antara Pemerintah Indonesia dengan Bank Dunia. PAD ini merupakan dokumen resmi negara yang berisi besaran pinjaman lunak (*Soft Loan*) dalam bentuk *Program for Result* (*P for R*) sebesar US\$400 juta. Sesuai target DLI 8, BPS telah mengeluarkan publikasi metodologi penghitungan IKPS pada tahun 2018. Selanjutnya, BPS diharuskan mengeluarkan laporan IKPS sebanyak dua kali, yaitu pada September 2020 dan September 2021.

1.2 Tujuan

Percepatan penanganan *stunting* dilaksanakan melalui dua kerangka besar intervensi yaitu Intervensi Gizi Spesifik dan Intervensi Gizi Sensitif. Untuk melakukan pemantauan intervensi percepatan pencegahan *stunting*, maka diperlukan sebuah instrumen khusus. Instrumen tersebut harus dapat mengukur sejauh mana rumah tangga sasaran telah menerima berbagai intervensi. Instrumen khusus ini digunakan untuk membandingkan bagaimana perkembangan cakupan-cakupan intervensi terhadap rumah tangga sasaran, baik secara nasional hingga kabupaten/kota.

BPS telah mengeluarkan IKPS yang disusun menggunakan data Susenas 2017 sebagai sebuah panduan metodologi. Dimensi yang diukur meliputi kesehatan, nutrisi, akses pangan, perumahan, dan perlindungan sosial yang disusun untuk level nasional dan provinsi. Berdasarkan hasil pembahasan melalui rapat dan *workshop* serta saran dan

masukannya dari pakar untuk penghitungan IKPS 2018-2019 berbeda dengan dengan IKPS 2017. IKPS ini merupakan bentuk penyempurnaan dari IKPS sebelumnya. Penyempurnaan tersebut dalam aspek variabel yang digunakan, metodologi, dan penyajian laporan.

Tujuan dari penyusunan laporan untuk menginformasikan mengenai hasil penghitungan IKPS, dan memenuhi tujuan DLI 8. Penyusunan IKPS ini diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan data dan informasi bagi pemerintah untuk memantau kinerja pemerintah dalam penanganan *stunting*. BPS bekerjasama dengan Setwapres menyusun laporan analisis penurunan *stunting* secara statistik melalui IKPS. Selain itu, laporan ini diharapkan dapat menyajikan berbagai informasi yang dapat membantu dalam membuat kebijakan dalam penanganan *stunting* dan menjelaskan manfaat IKPS untuk K/L dan Pemerintah Daerah.

1.3 Manfaat

Dicanangkannya Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* dan *stunting* sebagai salah satu prioritas dalam program pembangunan nasional menunjukkan atensi besar pemerintah pada pencegahan dan penurunan *stunting*. IKPS digunakan sebagai instrumen untuk mengevaluasi berbagai program penanganan *stunting* sesuai amanat Rancangan Peraturan Presiden. IKPS merupakan bagian dari monitoring dan evaluasi sebagai salah satu indeks yang bisa dipantau secara regular untuk melihat implementasi dari program terkait dengan penanganan *stunting*. IKPS tidak hanya bermanfaat untuk K/L di pusat saja juga dapat digunakan untuk memantau kinerja pemerintah daerah yaitu pemerintah kabupaten/kota.

Stunting merupakan *outcome* berbagai kebijakan. IKPS diharapkan dapat bermanfaat untuk mengetahui dan melihat kebijakan apa yang telah dilakukan dan menangkap skenario apa yang bisa dilakukan untuk penurunan angka *stunting*. Jika IKPS baik, diharapkan memiliki *outcome* yang baik (walau masih banyak faktor lain yang memengaruhi penurunan *stunting* yang tidak tercakup di IKPS). IKPS setiap tahunnya dapat dijadikan panduan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan pelaksanaan program dan dengan IKPS dapat dilihat variasi pelaksanaan program antardaerah. IKPS juga bisa menjembatani kepentingan K/L dalam pelaksanaan penanganan *stunting*.

BAB 2

TINJAUAN LITERATUR

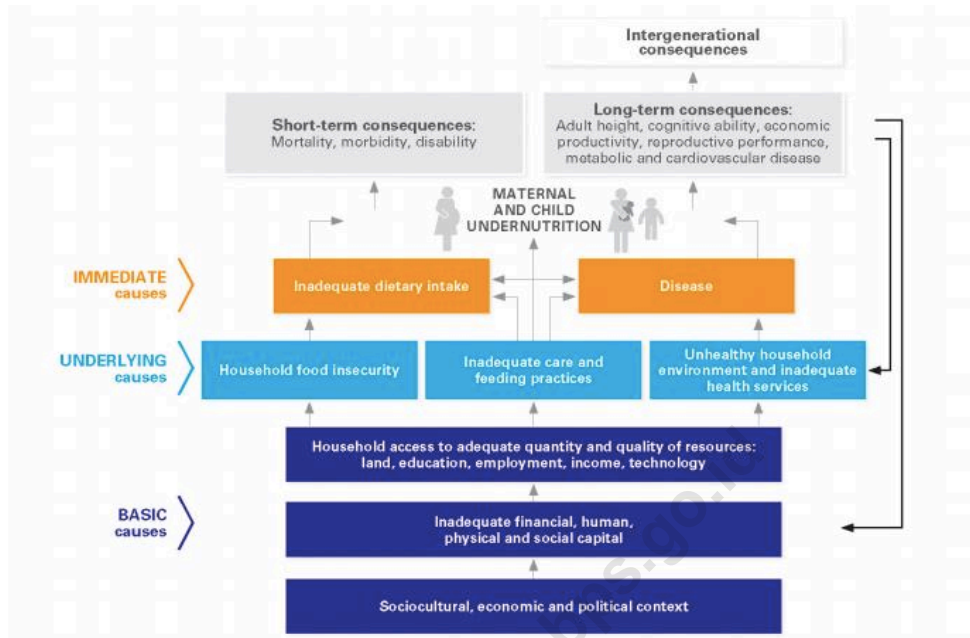
IKPS disusun dalam rangka pemenuhan DLI 8 yang merupakan kesepakatan antara Pemerintah Indonesia dan Bank Dunia serta untuk menyediakan data dan informasi bagi pemerintah dalam memantau perkembangan penanganan *stunting* di Indonesia. Pada tahun 2018, BPS telah menyusun panduan metodologi IKPS. Upaya penyempurnaan penyusunan IKPS tahun 2018 dan 2019 dilakukan sesuai dengan kaidah keilmuan dengan melakukan kajian literatur terkait *stunting* serta konsultasi bersama para pakar multidisiplin. Bagian ini akan menjelaskan landasan pemilihan dimensi dan indikator yang digunakan dalam menyusun IKPS tahun 2018 dan 2019.

2.1 Kerangka Kerja Konseptual Determinan Anak Kurang Gizi

Sejak lebih dari dua dekade lalu, UNICEF telah menyatakan bahwa anak kurang gizi tidak hanya disebabkan oleh kekurangan makanan yang cukup dan bergizi, tetapi juga oleh penyakit yang berulang, pengasuhan buruk, dan kurangnya akses ke fasilitas kesehatan dan sosial lainnya. Setelah mengidentifikasi berbagai jenis penyebab dari kekurangan gizi, pada tahun 2015 UNICEF menyusun kerangka kerja konseptual determinan anak kurang gizi dengan memasukkan juga konsekuensi dan dampak dari kekurangan gizi (UNICEF, 2015).¹ Gambar 2.1 menyajikan kerangka kerja konseptual determinan anak kurang gizi yang disusun UNICEF.

¹ UNICEF. (2015). UNICEF's Approach to Scaling Up Nutrition for Mothers and Their Children. Discussion paper. Program Division UNICEF, New York, June 2015.

Gambar 2.1
Kerangka Kerja Konseptual Determinan Anak Kurang Gizi (UNICEF)



Sumber: UNICEF (2015)

Menurut UNICEF, kekurangan makanan dan penyakit adalah penyebab langsung kekurangan gizi. Sementara di sisi lain, makanan dan penyakit juga memiliki faktor penyebab, yaitu kekurangan makanan pada rumah tangga, pengasuhan dan makanan untuk anak yang kurang memadai, serta lingkungan yang tidak sehat, termasuk kurangnya akses ke fasilitas kesehatan.

Kerangka kerja konseptual ini juga menunjukkan faktor dasar dari kekurangan gizi adalah proses dan struktur sosial yang mengabaikan hak dasar manusia dan melanggengkan kemiskinan, serta membatasi bahkan menghilangkan akses masyarakat rentan ke sumber daya penting. Faktor sosial, ekonomi, dan politik sebagai faktor dasar dapat memberikan dampak jangka panjang terhadap status gizi ibu dan anak. Lebih dari itu, kekurangan gizi kronis dapat mengarah pada kemiskinan dan pada akhirnya membuat lingkaran setan (Bank Dunia dalam UNICEF, 2015). Kerangka kerja konseptual yang disusun UNICEF diturunkan menjadi 45 indikator terukur yang menjelaskan kejadian anak kurang gizi. Indikator-indikator tersebut disajikan dalam Tabel 2.1.

Tabel 2.1
Indikator Determinan Anak Kurang Gizi

<i>Life Stage</i>	<i>Dimension</i>	<i>Indicators</i>	
(1)	(2)	(3)	
Child	<i>Nutritional Status</i>	1	<i>Children who are stunted (height-for-age z-score <-2) (%)</i>
		2	<i>Children who are wasted (weight-for-height z-score<-2) (%)</i>
		3	<i>Children who are severely wasted (weight-for-height z-score<-3) (%)</i>
		4	<i>Children aged 6-59 months who are anaemic (Hemoglobin level <110g/L)(%)</i>
	<i>Infant and Young Child Feeding Practices</i>	5	<i>Children born in the last 24 months who were put to the breast within one hour of birth (%)</i>
		6	<i>Infants 0-5 months of age who are fed exclusively with breast milk (%)</i>
		7	<i>Children 12-15 months of age who are fed breast milk (%)</i>
		8	<i>Children 20-23 months of age who are fed breast milk (%)</i>
		9	<i>Infants 6-8 months of age who receive solid, semi-solid or soft foods (%)</i>
		10	<i>Children 6-23 months of age who receive foods from 4 or more food groups (%)</i>
		11	<i>Proportion of breastfed and non-breastfed children 6-23 months of age who receive solid, semi-solid, or soft foods minimum number of times or more (%)</i>
		12	<i>Children 6-23 months of age who receive a minimum acceptable diet (%)</i>
		13	<i>Proportion of children 6-23 months of age who receive an iron-rich food or iron-fortified food that is specially designed for infants and young children, or that is fortified in the home (%)</i>
Child	<i>Micronutrient supplementation</i>	14	<i>Children aged 6-59 months who received a vitamin A does in the past 6 months (%)</i>
		15	<i>Households using iodized salt (%)</i>
	<i>Health/ Diseases</i>	16	<i>Children aged 12-23 months fully immunized (BCG, measles, Hep B, 3+ polio/DPT) (%)</i>
		17	<i>Children who had diarrhoea in the last 2 weeks preceding the survey (%)</i>

Life Stage	Dimension	Indicators	
(1)	(2)	(3)	
		18	Children aged under-five with diarrhoea in the last 2 weeks who received oral rehydration salt (ORS)& zinc (%)
Mothers	Nutritional status	19	Pregnant women aged 15-49 years who are anaemic (hemoglobin <110 g/L) (%)
		20	Non-pregnant women aged 15-49 years who are anaemic (hemoglobin <120 g/L) (%)
	Micronutrient supplementation	21	Women taking 90+ iron folic acid tablets during their last pregnancy (%)
		22	Women who received iron folic acid tablets during their last pregnancy (%)
	Maternity Care	23	Mothers who had at least four antenatal care visits (%)
		24	Births assisted by a doctor/nurse/midwife, other health personnel (%)
		25	Institutional births (%)
Adolescents	Nutritional status	26	Adolescent girls aged 12-19 years who are anaemic (Hb<120 g/L for 12-19 years) (%)
	Micronutrient supplementation	27	Adolescent girls who received iron folic acid supplement last week (%)
		28	Adolescent girls who consumed iron folic acid supplement last week (%)
Household	WASH	29	Population using improved drinking water sources (%)
		30	Households practicing open defecation (%)
		31	Population using improved sanitation facility (%)
	ECD	32	Distribution of children 0-6 years old attending preschool (%) - by type of preschool, age etc
	Family planning	33	Total unmet need for family planning (%) among currently married women 15-49 years
	Smoking & alcohol consumption	34	Women aged 15-49 years who use any kind of tobacco (%)
		35	Men aged 15-49 years who use any kind of tobacco (%)
		36	Women aged 15-49 years who consume alcohol (%)
		37	Men aged 15-49 years who consume alcohol (%)
	Child	Protection	38

<i>Life Stage</i>	<i>Dimension</i>	<i>Indicators</i>	
(1)	(2)	(3)	
Maternal	<i>Education</i>	39	<i>Distribution of women aged 15-49 years by highest level of schooling attended or completed (%)</i>
	<i>Protection</i>	40	<i>Women aged 20-24 years married by age 18 years (%)</i>
		41	<i>Women aged 15-19 years who were already mothers or pregnant at the time of the survey (%)</i>
	<i>Empowerment</i>	42	<i>Currently married women aged 15-49 years who usually participate in household decisions (%)</i>
		43	<i>Ever-married women who have every experienced spousal violence (%)</i>
		44	<i>Ever-married women who have experienced violence during pregnancy (%)</i>
Household	<i>Poverty</i>	45	<i>2-3 relevant indicators</i>

Sumber: UNICEF (2015)

Kerangka kerja konseptual dan turunan indikatornya yang disusun UNICEF menunjukkan bahwa determinan kekurangan gizi adalah multifaktor. Oleh karena itu, upaya pemantauan kekurangan gizi juga harus memasukkan berbagai indikator agar mampu mengumpulkan informasi yang komprehensif sehingga dapat mendukung perumusan kebijakan yang lebih baik.

2.2 Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stranas *Stunting*)

Upaya Pemerintah Indonesia dalam pencegahan *stunting* diawali dengan bergabungnya Indonesia dalam gerakan *Scaling Up Nutrition* (SUN) tahun 2011. Gerakan SUN diluncurkan tahun 2010 dengan prinsip dasar bahwa semua warga negara memiliki hak untuk mendapatkan akses terhadap makanan yang memadai dan bergizi. Bergabungnya Indonesia dalam gerakan tersebut menunjukkan komitmen pemerintah terhadap pencegahan *stunting* telah ada sejak lama.

Komitmen pemerintah kembali diwujudkan pada 2013 dalam bentuk Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) melalui Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gernas PPG dalam kerangka 1000 HPK. Sebagai bagian dari Gernas PPG, pemerintah menyusun Kerangka Kebijakan dan Panduan Perencanaan dan Penganggaran Gernas 1000 HPK. Selain itu, indikator dan target pencegahan *stunting* telah dimasukkan sebagai sasaran pembangunan nasional yang tertuang dalam RPJMN 2015 – 2019.

Berbagai program terkait pencegahan *stunting* telah diselenggarakan namun belum efektif dan belum terjadi dalam skala yang memadai. Kesimpulan tersebut merupakan hasil kajian yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan Bank Dunia. Kajian ini menemukan bahwa sebagian besar ibu hamil dan anak berusia di bawah dua tahun tidak memiliki akses yang memadai terhadap layanan dasar, padahal tumbuh kembang anak sangat tergantung pada akses terhadap intervensi gizi spesifik dan sensitif, terutama saat 1000 HPK.

Pendekatan gizi yang terpadu atau konvergen sangat penting dilakukan untuk mencegah *stunting* dan masalah gizi (TNP2K 2018)². Tabel 2.2 memuat daftar indikator pelayanan gizi konvergen pada anak 0 – 23 bulan yang secara simultan seharusnya dapat diakses oleh anak. Indikator pelayanan gizi konvergen ini merupakan komponen dari Proyek INEY yang dibiayai Bank Dunia di Indonesia (dijelaskan di bagian selanjutnya).

Tabel 2.2
Indikator Pelayanan Gizi Konvergen Pada Anak 0 – 23 Bulan

Sektor Program/Pelayanan	Indikator	
(1)	(2)	
Kesehatan	1	Imunisasi Dasar
Gizi	2	ASI Eksklusif
	3	Keragaman Makanan
Air Minum dan Sanitasi	4	Air Minum
	5	Sanitasi
Pendidikan	6	Pendidikan Anak Usia Dini
Pertanian	7	Skor Kerawanan Pangan
Perlindungan Sosial	8	Akta Kelahiran

Sumber: Bank Dunia (2018)

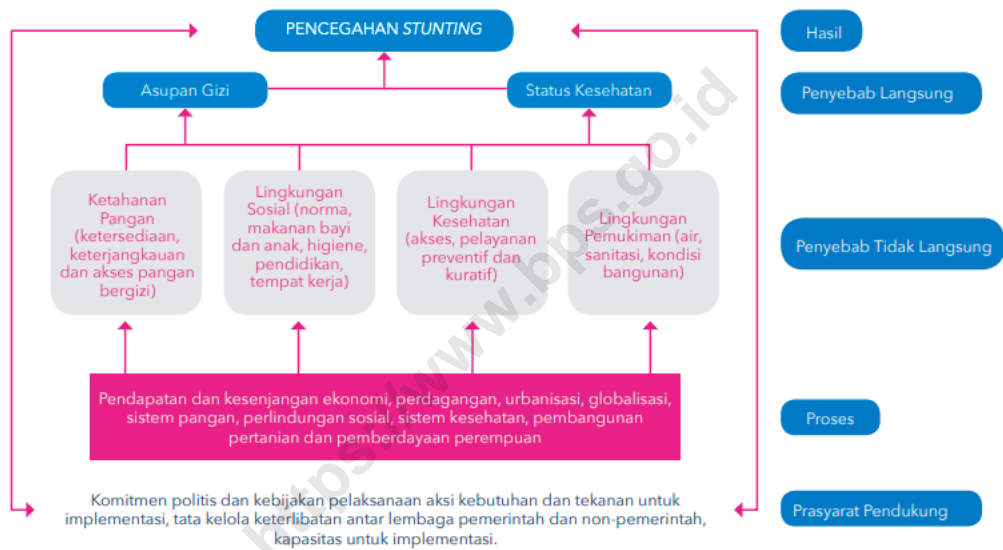
Sebagai salah satu tindak lanjut dari temuan Kementerian Kesehatan dan Bank Dunia serta sebagai implementasi dari komitmen yang kuat dari presiden dan wakil presiden, disusunlah Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stranas *Stunting*). Stranas *Stunting* disusun untuk memastikan semua pihak di semua tingkatan dapat bekerja sama untuk mempercepat pencegahan *stunting* (TNP2K 2018)³.

² Paparan Elan Satriawan – TNP2K “Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting* 2018 - 2024”, Jakarta, 22 November 2018.

³ Sekretariat Wakil Presiden RI dan Kemenko PMK. 2018. Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil Periode 2018 - 2024. Jakarta: Penulis.

Stranas *Stunting* mengadopsi kerangka penyebab masalah gizi, yaitu “*The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition*” yang disusun UNICEF; “*The Underlying Drivers of Malnutrition*” yang disusun IFPRI; dan “*Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia*” yang disusun Bappenas.⁴ Ketiga kerangka tersebut diadopsi menjadi Kerangka Penyebab *Stunting* di Indonesia sebagaimana disajikan dalam Gambar 2.2.

Gambar 2.2
Kerangka Penyebab *Stunting* di Indonesia



Sumber: TNP2K (2018)

Kerangka di atas menjelaskan titik berat pencegahan *stunting* di Indonesia ada pada penanganan penyebab masalah gizi, baik langsung maupun tidak langsung. Adapun penyebab langsung meliputi faktor yang berhubungan dengan ketahanan pangan khususnya akses terhadap pangan bergizi (makanan), lingkungan sosial yang terkait dengan praktik pemberian makanan bayi dan anak (pengasuhan), akses terhadap pelayanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (kesehatan), serta kesehatan lingkungan yang meliputi tersedianya sarana air bersih dan sanitasi (lingkungan). Sementara penyebab tidak langsung meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan.

⁴ *Ibid.*

Selain memuat identifikasi penyebab langsung dan tidak langsung, kerangka ini juga memuat prasyarat pendukung yang diperlukan untuk mengatasi masalah gizi penyebab *stunting*, yaitu: a) Komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; b) Keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan c) Kapasitas untuk melaksanakan.

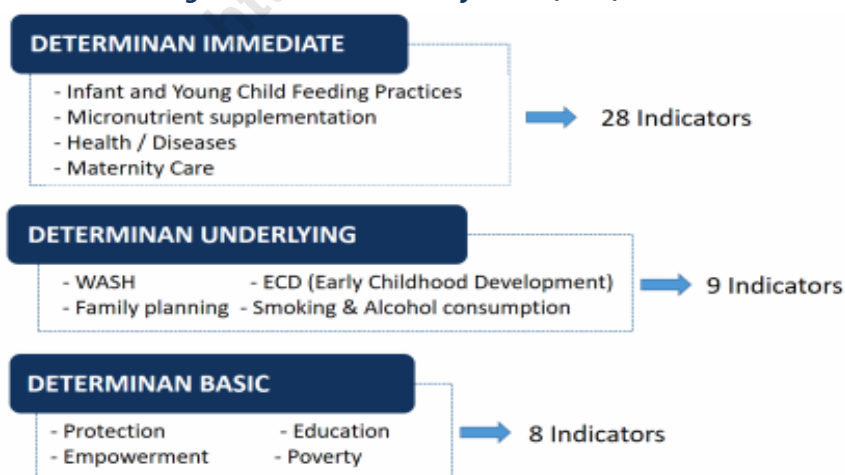
Dari Kerangka Penyebab *Stunting* di Indonesia dapat disimpulkan bahwa upaya penanganan *stunting*, termasuk monitoringnya harus mencakup faktor-faktor penyebab, baik langsung maupun tidak langsung.

2.3 Investing in Nutritional and Early Years (INEY)

Investing in Nutritional and Early Years (INEY) adalah proyek yang dibayai oleh Bank Dunia dan *Global Financing Facility* (GFF) untuk mendukung pemerintah Indonesia dalam percepatan penanggulangan *stunting*. Sasaran dari proyek ini adalah wanita hamil, anak usia di bawah dua tahun dan orang tuanya. Proyek INEY memberikan dukungan dalam peningkatan kualitas dan akses terhadap layanan kesehatan, nutrisi, air, dan sanitasi.⁵

Kerangka determinan *stunting* yang menjadi acuan dalam proyek ini terdiri atas tiga domain determinan dan total 45 indikator. Kerangka dibangun dengan pendekatan pembiayaan Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk intervensi gizi sensitif dan spesifik yang terdiri atas sektor kesehatan, air, sanitasi, pendidikan, dan kepemilikan akta kelahiran. Selengkapnya dapat dilihat pada Gambar 2.3.

Gambar 2.3
Investing in Nutritional and Early Years (INEY) Framework



Sumber: Bank Dunia (2018)

⁵ <http://pubdocs.worldbank.org/en/812741527869079028/Project-Stories-Global-Financing-Facility-Womens-Childrens-Health.pdf>

Proyek INEY didanai dengan mekanisme *Program for Results (P for R)* dengan 4 (empat) area keberhasilan (*result area*) dan 10 (sepuluh) *Disbursement Linked Indicator (DLI)* yang harus dicapai hingga akhir masa proyek tahun 2022. Pada DLI ke-8, yaitu "*Kinerja Kabupaten/Kota dalam Menetapkan Target Intervensi Gizi Prioritas Tahunan*", perlu disusun sebuah instrumen yang mampu memberikan informasi perkembangan kinerja secara tahunan. Indeks Khusus Penanganan *Stunting* (IKPS) disusun untuk memantau perkembangan penanganan *stunting* di Indonesia (BPS 2018).⁶ IKPS pertama kali diinisiasi pada tahun 2018 untuk memotret status penanganan *stunting* tahun 2017. IKPS dibangun sebagai bahan evaluasi kebijakan penanganan *stunting* di Indonesia.

2.4 Upaya Penyempurnaan IKPS

Upaya penyempurnaan IKPS dilakukan oleh Badan Pusat Statistik dan Sekretariat Wakil Presiden RI sebagai penanggung jawab DLI 8. Penyempurnaan diperlukan agar IKPS dapat lebih mampu mengukur perkembangan penanganan *stunting* sehingga upaya-upaya untuk mencapai target RPJMN dan SDGs dapat lebih fokus. Upaya yang dilakukan dalam rangka penyempurnaan IKPS mencakup peninjauan kembali terhadap indikator dan domain penyusun IKPS 2017 melalui studi pustaka dan diskusi bersama para pakar.

Dalam peninjauan kembali terhadap indikator dan domain penyusun IKPS, prinsip yang dipedomani adalah kesesuaian IKPS dengan kerangka kerja determinan *stunting*, yaitu yang disusun UNICEF dan telah diadopsi dalam Stranas *Stunting* serta kesesuaiannya dengan target pada Proyek INEY. Meskipun demikian, penentuan indikator dan dimensi harus memenuhi kaidah SMART, yaitu *Specific, Measurable, Achievable, Realistic, dan Timely and Simplicity*.

Selain kaidah SMART, penentuan indikator dan dimensi juga harus mempertimbangkan ketersediaan data setiap tahunnya dan cakupannya agar dapat diestimasi hingga level kabupaten/kota. Dengan memperhatikan syarat-syarat tersebut, BPS dan Setwapres merancang indikator dan dimensi IKPS yang disempurnakan sebagaimana disajikan dalam Tabel 2.3.

⁶ Badan Pusat Statistik. (2018). Indeks Khusus Penanganan Stunting Tahun 2017. Jakarta: Penulis.

Tabel 2.3
Rancangan Indikator IKPS yang Disempurnakan

No.	Dimensi	Indikator
(1)	(2)	(3)
1	Kesehatan	Imunisasi
		Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan
		Keluarga Berencana (KB) Modern
2	Gizi	ASI Eksklusif
		Makanan Pendamping (MP) ASI
3	Perumahan	Air Minum Layak
		Sanitasi Layak
4	Pangan	Mengalami Kerawanan Pangan
		Ketidakcukupan Konsumsi Pangan
5	Pendidikan	Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)
6	Perlindungan Sosial	Pemanfaatan Jaminan Kesehatan
		Penerima KPS/KKS

Sumber: Hasil Diskusi BPS – Setwapres (Maret 2020)

Rancangan IKPS yang disempurnakan memuat 6 (enam) dimensi dan 12 variabel atau lebih banyak daripada yang dipakai pada 2017. Penambahan dimensi dan indikator ini bertujuan agar IKPS dapat lebih mampu memotret upaya-upaya yang telah dilakukan dalam penanganan *stunting*. Jika IKPS 2017 dibentuk dari 5 (lima) dimensi, maka pada IKPS yang disempurnakan ditambahkan satu dimensi yaitu Pendidikan dengan indikator yang dipakai adalah Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD). Diikutsertakannya dimensi Pendidikan dalam IKPS didasarkan pada Indikator Pelayanan Gizi Konvergen yang disusun Bank Dunia (Tabel 2.2). Dari 8 (delapan) indikator pelayanan, hanya indikator pendidikan yang belum masuk dalam IKPS 2017.

Selain sebagai upaya penyempurnaan, dimasukkannya indikator PAUD dalam IKPS juga sesuai dengan kerangka kerja INEY (Gambar 2.3). Dalam kerangka kerja INEY, perkembangan anak usia dini (*Early Childhood Development/ECD*) masuk sebagai salah satu *underlying determinant* yang berpengaruh terhadap penanganan *stunting*. Selengkapnya, Tabel 2.4 membandingkan dimensi/domain dan indikator IKPS 2017 dan yang disempurnakan.

Tabel 2.4
Perbandingan Indikator IKPS 2017 dan IKPS yang Disempurnakan

Dimensi	Indikator	
	IKPS 2017	IKPS yang Disempurnakan
(1)	(2)	(3)
Kesehatan	1. Imunisasi	1. Imunisasi 2. Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan 3. Keluarga Berencana (KB) Modern
Gizi/Nutrisi	2. ASI Eksklusif 3. Makanan Pendamping (MP-ASI) 4. Ketidacukupan Konsumsi Pangan	4. ASI Eksklusif 5. Makanan Pendamping (MP) ASI
Pangan/Akses Pangan	5. Kerawanan Pangan	6. Mengalami Kerawanan Pangan 7. Ketidacukupan Konsumsi Pangan
Perumahan	6. Akses Air Minum Layak 7. Akses Sanitasi Layak	8. Air Minum Layak 9. Sanitasi Layak
Perlindungan Sosial	8. Akta Kelahiran	10. Pemanfaatan Jaminan Kesehatan 11. Penerima KPS/KKS
Pendidikan	-	12. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)

Sumber: BPS 2018 dan Hasil Diskusi BPS – Setwapres 2020

2.4.1 Studi Pustaka

Studi Pustaka dilakukan terhadap penelitian-penelitian yang telah ada sebelumnya dan relevan dengan tujuan penyempurnaan IKPS dengan tujuan untuk memperkuat justifikasi pemilihan indikator yang dipakai untuk menyusun IKPS. Subbagian ini hanya akan membahas beberapa penelitian yang paling relevan dengan upaya penyusunan IKPS.

Penelitian yang dilakukan oleh Titaley *et al.*⁷ menyelidiki determinan *stunting* pada anak usia 0 – 2 tahun di Indonesia menggunakan data Riskesdas 2013. Penelitian ini menemukan bahwa peluang seorang anak untuk menjadi *stunted* meningkat bila:

1. Tinggal di rumah tangga dengan jumlah balita lebih dari 3 orang;
2. Tinggal di rumah tangga dengan jumlah ART lebih dari 7 orang;
3. Anak dari ibu yang saat hamil melakukan kunjungan ke faskes kurang dari 4 kali;
4. Berjenis kelamin laki-laki;
5. Berusia 12 – 23 bulan; dan
6. Berat badan saat lahir < 2.500 gram (BBLR).

Selain itu, semakin miskin rupa (yang dilihat dari *wealth index*), semakin besar peluangnya untuk *stunted*. Demikian juga dengan anak-anak di luar Pulau Jawa dan Bali memiliki peluang yang lebih tinggi untuk menjadi *stunted*.

Dengan melihat determinan *stunting* dari hasil penelitian tersebut, dapat dirumuskan beberapa poin penting sebagai berikut:

1. Semakin banyak balita dalam rumah tangga dan semakin banyak jumlah ART terkait dengan distribusi makanan yg tidak optimal. Akibatnya anak berpeluang lebih besar untuk mengalami *stunting*.
2. Semakin banyak balita juga menandakan minimnya jarak antarkelahiran. Hal ini mengakibatkan pemberian ASI dan MP-ASI tidak optimal.
3. Rumah tangga yang lebih sejahtera mampu mengakses sumber air yang lebih baik, makanan berkualitas, mengakses fasilitas kesehatan, dan memiliki fasilitas sanitasi yang lebih baik. Sebagai hasilnya, peluang anak dari rumah tangga yang lebih sejahtera untuk mengalami *stunting* lebih rendah daripada anak dari rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan lebih rendah. Tingkat kesejahteraan juga terkait erat dengan keamanan pangan dan kecukupan nutrisi anak di rumah tangga tersebut.
4. Bayi BBLR disebabkan di antaranya karena ibu mengalami kekurangan pangan dan gizi saat hamil.
5. *Stunting* seharusnya dicegah bahkan sejak sebelum terjadinya pembuahan (prakonsepsi), karenanya penting untuk memastikan kualitas kesehatan

⁷ Titaley CR, Ariawan I, Hapsari D, Muasyaroh A, Dibley MJ. Determinants of the Stunting of Children Under Two Years Old in Indonesia: A Multilevel Analysis of the 2013 Indonesia Basic Health Survey. *Nutrients*. 2019;11(5):1106. Published 2019 May 18. doi:10.3390/nu11051106

perempuan. Meskipun demikian, kualitas kesehatan ibu masih dapat ditingkatkan dengan asupan pangan dan gizi yang cukup dan baik selama hamil.

6. Peluang anak mengalami *stunting* meningkat ketika usia 12 – 23 bulan diakibatkan pemberian ASI dan MP-ASI yang tidak optimal. Hal tersebut diperparah dengan sanitasi yang buruk.

Dari penelitian ini dapat dirumuskan beberapa indikator yang penting untuk masuk dalam IKPS di antaranya indikator terkait Keluarga Berencana (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*), ASI dan MP-ASI, kecukupan pangan (FIES dan PoU), akses air dan sanitasi, dan tingkat kesejahteraan rumah tangga.

Penelitian yang dilakukan oleh Semba, R.D. *et al.* di Indonesia menemukan bahwa anak-anak yang tidak menerima imunisasi lebih berisiko untuk mengalami malnutrisi (kekurangan gizi) dan anemia serta memiliki angka kesakitan penyakit menular yang lebih tinggi. Anak-anak yang tidak diimunisasi ini juga berisiko tinggi mengalami kekurangan gizi akut.⁸

Sebagai salah satu bentuk dari malnutrisi, kejadian *stunting* pada anak dengan demikian juga disebabkan karena tidak terpenuhinya kebutuhan imunisasi pada anak. Oleh karena itu, IKPS memasukkan imunisasi sebagai salah satu indikator yang diukur.

Lestari, Hasanah, dan Nugroho (2018) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa *stunting* memiliki hubungan signifikan secara statistik dengan variabel ASI. Penelitian ini menemukan bahwa pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi prevalensi *stunting* pada anak balita.⁹

Adapun Aguayo dan Menon (2016) mengemukakan tiga faktor penting yang menyebabkan *stunting* pada anak di Asia Selatan, yaitu: 1) kekurangan gizi pada dua tahun pertama kehidupan; 2) kekurangan gizi pada wanita sebelum dan selama kehamilan; dan 3) buruknya praktik dan kondisi sanitasi di rumah tangga dan lingkungan.¹⁰

Penelitian lain yang juga dikaji dalam proses perumusan indikator IKPS yang Disempurnakan terkait pengaruh faktor maternal terhadap *stunting*. Martorell 2012 dalam Phiri 2014 menyimpulkan bahwa ibu yang mengalami *stunting* saat masa kecilnya

⁸ Semba, R. D., de Pee, S., Berger, S. G., Martini, E., Ricks, M. O., & Bloem, M. W. (2007, January). Malnutrition and Infectious Disease Morbidity Among Children Missed by The Childhood Immunization Program in Indonesia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 38(1).

⁹ Lestari, E.D., Hasanah, F., Nugroho, N.A. (2018) Correlation between non-exclusive breast feeding and low birth weight to *stunting* in children. *Paediatrica Indonesiana*, 58 (3), 123—127. doi:10.14238/pi58.3.2018.123-7

¹⁰ Aguayo, V., & Menon, P. (2016). Stop *Stunting*: improving child feeding, women's nutrition, and household sanitation in South Asia. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 3—11. doi:10.1111/mcn.12283.

akan menghasilkan anak *stunted* juga karena gen *stunting* dapat diwariskan.¹¹ Penelitian ini mengkaji berbagai penelitian sebelumnya tentang pengaruh faktor ibu terhadap peluang anak untuk mengalami *stunting*. Hasil uji dalam penelitian ini menunjukkan bahwa faktor ibu, yaitu berat badan, tinggi alamiahnya, BMI, dan tingkat pendidikan memengaruhi pertumbuhan anak. Beberapa poin penting lainnya dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Setidaknya 15 penelitian menunjukkan bahwa tinggi badan ibu berpengaruh terhadap peluang anak untuk mengalami *stunting*. Semakin besar tinggi alamiah ibu, semakin kecil risiko relatif anaknya menjadi *stunted*. Ibu dengan tinggi <145 cm paling berisiko melahirkan anak *stunted*.
2. Ibu yang *underweight* juga meningkatkan risiko anak menjadi *stunted*. Namun hal ini dapat diintervensi dengan makanan yang cukup dan bergizi.
3. Setidaknya 25 penelitian menunjukkan tingkat pendidikan ibu juga memengaruhi status *stunting* anak.
4. Kesehatan mental ibu, pengalaman kekerasan yg dialami ibu, dan otonomi ibu dalam ruta menjadi faktor-faktor yang patut dipertimbangkan dalam menjelaskan kasus *stunting*.

Hasil penelitian ini menegaskan kembali pentingnya faktor maternal dalam *stunting* pada anak. Dalam konteks penyusunan IKPS, faktor-faktor maternal belum dapat diakomodasi untuk masuk sebagai indikator penyusun IKPS. Hal ini dikarenakan tujuan dari IKPS yang ingin menangkap dampak dari program dan intervensi penanganan *stunting* dalam waktu yang relatif tidak panjang.

Sebagaimana kita pahami, intervensi pada ibu memberikan *rate of return* yang sepadan dalam waktu yang relatif lama. Sementara di sisi lain, pemerintah memiliki kebutuhan untuk monitoring dan evaluasi tahunan. Selain itu, indikator terkait ibu belum tersedia datanya secara lengkap dan berkelanjutan. Untuk pertimbangan yang sama, beberapa indikator yang terbukti signifikan secara statistik turut berpengaruh terhadap *stunting* seperti Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan jenis kelamin belum dapat dimasukkan dalam IKPS yang Disempurnakan. Meskipun demikian, pengetahuan terkait pengaruh faktor-faktor tersebut dapat memperkaya pemahaman tentang *stunting*.

¹¹ Phiri, Thokozani 2014. "Review of Maternal Effects on Early Childhood Stunting." Grand Challenges Canada Economic Returns to Mitigating Early Life Risks Project Working Paper Series, 2014-18. https://repository.upenn.edu/gcc_economic_returns/18.

2.4.2 Diskusi Pakar

Dengan berdasarkan kepada kerangka kerja UNICEF (Gambar 2.1 dan Tabel 2.1), penguatan melalui studi pustaka dari penelitian-penelitian sebelumnya, BPS dan Setwapres merumuskan indikator IKPS yang Disempurnakan sebanyak 12 indikator dalam 6 (enam) dimensi (Tabel 2.4). Untuk memperkuat pemilihan indikator pembentuk IKPS, pada awal Juni 2020 dilakukan konsultasi kepada 18 pakar dari berbagai bidang keilmuan yang terkait dengan *stunting*.

Beberapa poin penting yang diputuskan dari hasil diskusi bersama para pakar adalah sebagai berikut:

1. IKPS adalah indikator proksi yang bertujuan untuk mengukur keberhasilan penanganan pencegahan *stunting* di tingkat kabupaten/kota, provinsi, dan nasional. Oleh karena itu, indikator penyusun IKPS disederhanakan namun penting dan sensitif untuk perbaikan program.
2. Indikator IKPS dibangun dengan memperhatikan ketersediaan data saat ini pada Susenas dan memenuhi kaidah SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Timely and Simplicity*).
3. Beberapa indikator yang juga penting untuk diukur dalam penanganan *stunting* namun datanya belum tersedia secara konsisten dan berkelanjutan dapat dikaji untuk penyempurnaan IKPS selanjutnya maupun pengembangan Susenas ke depan.
4. Seluruh pakar menyetujui rancangan IKPS yang Disempurnakan yang terdiri atas 6 (enam) dimensi dan 12 indikator.

Setelah melakukan kajian literatur dan diskusi bersama para pakar serta mempertimbangkan ketersediaan data dan tujuan yang ingin dicapai, IKPS yang Disempurnakan disusun atas 6 (enam) dimensi dan 12 variabel. Penjelasan dan definisi tiap-tiap dimensi dan indikator dijelaskan pada bagian selanjutnya.

BAB III

METODOLOGI

IKPS merupakan indikator komposit yang disusun dari beberapa variabel/indikator. Ada beberapa tahapan yang diperlukan untuk menghitung IKPS, yaitu menentukan variabel/indikator penyusun IKPS beserta definisinya, melakukan normalisasi indikator, penentuan bobot setiap dimensi kemudian penghitungan indeks. Dalam bab ini akan dijelaskan masing-masing tahapan penghitungan IKPS tersebut.

3.1 Konsep dan Definisi Variabel

IKPS merupakan indikator yang diperlukan untuk mengukur capaian penanganan *stunting* oleh K/L dan kabupaten/kota. Karena fungsi IKPS tersebut, dalam menentukan dimensi dan indikator penyusun IKPS harus memenuhi prinsip SMART yaitu *Specific, Measurable, Achievable, Realistic, dan Timely and Simplicity*. Secara rinci prinsip SMART sebagai dasar penentuan dimensi dan indikator penyusun IKPS dapat dijelaskan sebagai berikut:ol

1. *Specific* (spesifik/khusus): penentuan indikator penyusun IKPS harus berdasarkan tujuan yang spesifik dan jelas.
2. *Measurable* (terukur): indikator yang digunakan harus indikator yang bisa diukur.
3. *Achievable* (dapat tercapai): IKPS harus bisa dicapai, sehingga indikator penyusunnya adalah indikator-indikator yang bisa dicapai/digunakan.
4. *Realistic* (sesuai): indikator penyusun IKPS harus sesuai dengan tujuan penyusunan IKPS.
5. *Timely and Simplicity* (jangka waktu dan sederhana): penyusunan IKPS memiliki jangka waktu tertentu yang harus dicapai, dan juga harus memenuhi prinsip kesederhanaan.

Berdasarkan prinsip SMART di atas, terbentuklah 6 (enam) dimensi dan 12 indikator yang menyusun IKPS sebagai berikut:

Tabel 3.1
Dimensi dan Indikator dalam IKPS

No	Dimensi/Indikator	Keterangan
(1)	(2)	(3)
Dimensi Kesehatan		
1	Imunisasi	Persentase anak usia 12 – 23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap
2	Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan	Persentase Wanita Pernah Kawin (WPK) usia 15 – 49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan
3	Keluarga Berencana (KB) Modern	Proporsi perempuan usia reproduksi (15 – 49 tahun) atau pasangannya yang aktif secara seksual dan ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern
Dimensi Gizi		
4	ASI Eksklusif	Persentase bayi usia kurang dari 6 (enam) bulan yang mendapatkan ASI eksklusif
5	Makanan Pendamping (MP) ASI	Persentase anak usia 6 – 23 bulan yang mendapatkan makanan pendamping ASI
Dimensi Perumahan		
6	Air Minum Layak	Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sumber air minum layak
7	Sanitasi Layak	Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak dan berkelanjutan
Dimensi Pangan		
8	Mengalami Kerawanan Pangan	Prevalensi penduduk yang mengalami kerawanan pangan sedang atau parah (<i>Food Insecurity Experience Scale (FIES)</i>)
9	Ketidakcukupan Konsumsi Pangan	Prevalensi populasi yang tidak mengalami kecukupan konsumsi pangan (<i>Prevalence of Undernourishment (PoU)</i>)
Dimensi Pendidikan		
10	Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)	Angka Partisipasi Kasar (APK) PAUD 3 – 6 tahun

No	Dimensi/Indikator	Keterangan
(1)	(2)	(3)
Dimensi Perlindungan Sosial		
11	Pemanfaatan Jaminan Kesehatan	Persentase penduduk yang memanfaatkan JKN/Jamkesda
12	Penerima KPS/KKS	Persentase rumah tangga yang menerima KPS/KKS (penduduk 40% terbawah)

Berikut ini adalah definisi dari masing-masing indikator penyusun IKPS 2020:

A. Dimensi Kesehatan

Dimensi kesehatan terdiri dari 3 (tiga) indikator yaitu imunisasi, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, dan Keluarga Berencana (KB) Modern.

1. Imunisasi

Indikator imunisasi yang digunakan adalah persentase anak usia 12 – 23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap. Anak usia 12 – 23 bulan dikatakan menerima imunisasi dasar lengkap jika sudah menerima 1 (satu) kali imunisasi BCG, 3 (tiga) kali imunisasi DPT, 3 (tiga) kali imunisasi polio, 1 (satu) kali imunisasi campak, dan 3 (tiga) kali imunisasi hepatitis B. Persentase anak usia 12 – 23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap adalah perbandingan antara banyaknya anak usia 12 – 23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap dengan banyaknya anak usia 12 – 23 bulan.

2. Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan

Indikator yang digunakan adalah persentase WPK usia 15 – 49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan. Tenaga kesehatan terlatih adalah tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan seperti dokter kandungan, dokter umum, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya yang memiliki kemampuan klinis kebidanan sesuai standar. Yang dimaksud dengan fasilitas kesehatan adalah RS pemerintah/RS swasta, rumah bersalin/klinik, puskesmas, puskesmas pembantu (pustu), praktik nakes, dan polindes/poskesdes.

3. Keluarga Berencana (KB) modern

Indikator Keluarga Berencana (KB) modern yang digunakan adalah proporsi perempuan usia reproduksi (15 – 49 tahun) atau pasangannya yang aktif secara seksual dan ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern. Yang termasuk alat kontrasepsi metode modern adalah sterilisasi wanita/tubektomi/MOW, sterilisasi

pria/vasektomi/MOP, IUD/AKDR/spiral, suntikan, susuk KB/implan, pil, kondom pria/karet KB, dan intravag/kondom wanita/diafragma.

B. Dimensi Gizi

Dimensi gizi terdiri dari 2 (dua) indikator yaitu ASI eksklusif dan makanan pendamping (MP) ASI.

4. ASI Eksklusif

Indikator ASI eksklusif yang digunakan adalah persentase bayi usia kurang dari 6 (enam) bulan yang mendapatkan ASI eksklusif. ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (PP No. 33 tahun 2012). Pada penghitungan IKPS, bayi berusia kurang dari 6 (enam) bulan dikatakan mendapatkan ASI eksklusif jika bayi saat ini masih diberi ASI dan sejak lahir sampai 24 jam terakhir hanya mendapat ASI saja dan tidak pernah diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI.

5. Makanan Pendamping (MP) ASI

Indikator makanan pendamping (MP) ASI yang digunakan adalah persentase anak usia 6 – 23 bulan yang mendapatkan makanan pendamping ASI. Makanan pendamping ASI (MP-ASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada anak yang berusia 6 bulan sampai 23 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI. Bayi usia 6 – 23 bulan dikatakan mendapatkan makanan pendamping jika dalam 24 jam terakhir, bayi tersebut makan/minum minimal satu dari beberapa jenis makanan/minuman yang disebutkan dalam pertanyaan di Susenas.

C. Dimensi Perumahan

6. Air Minum Layak

Indikator air minum layak yang digunakan adalah persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sumber air minum layak. Rumah tangga dikatakan memiliki akses air minum layak (*access to improved water*) yaitu jika sumber air minum utama yang digunakan adalah leding, air terlindungi, dan air hujan. Air terlindungi mencakup sumur bor/pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung. Bagi rumah tangga yang menggunakan sumber air minum berupa air kemasan, maka rumah tangga dikategorikan memiliki akses air minum layak jika sumber air untuk mandi/cuci berasal dari leding, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan.

7. Sanitasi Layak

Indikator sanitasi layak yang digunakan adalah persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak dan berkelanjutan. Rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak adalah rumah tangga yang memiliki fasilitas tempat Buang Air Besar (BAB) yang digunakan sendiri atau bersama rumah tangga tertentu (terbatas), menggunakan jenis kloset leher angsa, dan tempat pembuangan akhir tinja di tangki septik atau IPAL atau bisa juga di lubang tanah jika wilayah tempat tinggalnya di perdesaan.

D. Dimensi Pangan

8. Mengalami Kerawanan Pangan

Yang dimaksud dengan mengalami kerawanan pangan adalah prevalensi penduduk yang mengalami kerawanan pangan sedang atau parah (*Food Insecurity Experience Scale (FIES)*). Tingkat keparahan kerawanan pangan dihitung menggunakan *Food Insecurity Experience Scale (FIES)* berdasarkan skala referensi global. Indikator yang dimasukkan dalam penghitungan IKPS adalah prevalensi penduduk yang mengalami kerawanan pangan sedang atau parah. Orang yang mengalami tingkat kerawanan pangan sedang biasanya akan makan makanan berkualitas rendah dan jika terpaksa, pada waktu-waktu tertentu sepanjang tahun, juga mengurangi jumlah makanan dari yang biasanya mereka makan. Sementara mereka yang mengalami tingkat kerawanan pangan yang parah akan mengalami hari-hari tanpa makan akibat kekurangan uang atau sumber daya lain untuk mendapatkan makanan.

Untuk penghitungan IKPS, estimasi FIES hanya tersedia untuk level nasional. BPS belum melakukan estimasi untuk level provinsi dan kabupaten/kota karena memerlukan studi yang lebih mendalam. Sehingga, penghitungan IKPS level provinsi dan kabupaten/kota tanpa menyertakan indikator ini.

9. Ketidacukupan Konsumsi Pangan

Yang dimaksud dengan ketidacukupan konsumsi pangan adalah prevalensi populasi yang tidak mengalami kecukupan konsumsi pangan (*Prevalence of Undernourishment (PoU)*). PoU merupakan salah satu indikator SDGs (indikator 2.1.1) yang terdapat di dalam target 2.1 yaitu pada tahun 2030, menghilangkan kelaparan dan menjamin akses bagi semua orang, khususnya orang miskin dan mereka yang berada dalam kondisi rentan, termasuk bayi, terhadap makanan yang aman, bergizi, dan cukup sepanjang tahun. Proporsi penduduk yang tidak mengalami kecukupan konsumsi pangan adalah persentase penduduk dengan konsumsi makanan yang tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan minimum energi untuk hidup sehat dan aktif sesuai umur, jenis kelamin, dan kondisi fisiknya.

Untuk penghitungan IKPS, estimasi PoU hanya tersedia untuk level nasional dan level provinsi. BPS belum melakukan estimasi untuk level kabupaten/kota karena memerlukan studi yang lebih mendalam. Karena adanya keterbatasan dalam penghitungan FIES dan PoU untuk level kabupaten/kota, maka dalam penghitungan IKPS level kabupaten/kota hanya terdiri dari 5 (lima) dimensi (tanpa dimensi gizi) dan 10 indikator (tanpa FIES dan PoU).

E. Dimensi Pendidikan

10. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)

Indikator pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) yang digunakan adalah Angka Partisipasi Kasar (APK) PAUD 3 – 6 tahun. APK PAUD adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang masih bersekolah di PAUD (tanpa memandang usia penduduk tersebut) dengan jumlah penduduk berumur 3 – 6 tahun.

F. Dimensi Perlindungan Sosial

11. Pemanfaatan Jaminan Kesehatan

Indikator pemanfaatan jaminan kesehatan yang digunakan adalah persentase penduduk yang memanfaatkan JKN/Jamkesda. Penduduk yang memanfaatkan jaminan kesehatan JKN/Jamkesda adalah penduduk yang memiliki JKN (BPJS kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) atau BPJS kesehatan non-PBI/mandiri) atau jamkesda serta menggunakan JKN/Jamkesda untuk rawat jalan maupun rawat inap dalam setahun terakhir.

12. Penerima KPS/KKS

Indikator penerima KPS/KKS yang digunakan adalah persentase rumah tangga yang menerima KPS/KKS (penduduk 40 persen terbawah). Rumah tangga dikatakan memiliki KPS/KKS jika salah satu anggota rumah tangga memiliki KKS Combo yang dapat digunakan sebagai media penyaluran bantuan sosial dan subsidi, baik yang dapat menunjukkan kartu KPS/KKS maupun tidak.

3.2 Sumber Data

IKPS dihitung menggunakan data-data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas). Susenas adalah survei berbasis rumah tangga yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik untuk menyediakan data empiris yang dapat mencerminkan keadaan sosial ekonomi masyarakat. Susenas mengumpulkan berbagai informasi seperti keterangan kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, akses terhadap makanan, perumahan, pengeluaran rumah tangga dan lain sebagainya. Data-data yang dihasilkan dari Susenas dapat dimanfaatkan untuk perencanaan dan evaluasi program pembangunan nasional,

perencanaan dan evaluasi program sektoral K/L, penyediaan indikator SDGs dan RPJMN, serta penyediaan data bagi *UN Agency*, LSM, perusahaan, akademisi, dan pengguna data lainnya.

Susenas dilaksanakan dua kali dalam setahun yaitu pada bulan Maret dan bulan September setiap tahunnya. Pencacahan Susenas Maret mencakup 300.000 rumah tangga sampel pada tahun 2018 dan 320.000 rumah tangga sampel pada tahun 2019 untuk menghasilkan data yang dapat diestimasi hingga level kabupaten/kota. Adapun pencacahan Susenas September mencakup 75.000 rumah tangga sampel untuk menghasilkan data yang dapat diestimasi pada level nasional dan provinsi.

Pada tahun 2018, Susenas diintegrasikan dengan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk menghasilkan data *stunting* yang dapat didisagregasi menurut kondisi sosial ekonomi. Terdapat beberapa pertanyaan Susenas yang pada tahun 2018 dimasukkan ke dalam Riskesdas seperti ASI dan MP-ASI. Sehingga dalam penghitungan IKPS tahun 2018, sumber data yang digunakan untuk indikator ASI dan MP-ASI adalah data integrasi Susenas Maret 2018 dan Riskesdas Tahun 2018.

3.3 Normalisasi Indikator

Langkah selanjutnya yang dilakukan dalam menghitung indeks setelah menentukan dimensi dan indikator yang digunakan yaitu normalisasi indikator. Normalisasi indikator adalah proses penskalaan nilai indikator sehingga semua indikator memiliki rentang dan arah yang sama. Ada dua hal yang dilakukan dalam normalisasi indikator untuk penghitungan IKPS yaitu:

1. Menentukan nilai minimal dan maksimal sehingga semua indikator memiliki rentang yang sama,
2. Merubah arah indikator sehingga semua indikator memiliki arah yang sama.

Penentuan nilai minimal dan nilai maksimal dilakukan untuk menghitung skor setiap indikator penyusun IKPS. Nilai minimal dan maksimal untuk masing-masing indikator diperoleh dari target RPJMN 2020-2024, Rancangan Perpres tentang Percepatan Penurunan *Stunting*, dan masukan/kesepakatan para pakar. Tabel di bawah ini menampilkan besarnya nilai minimal dan nilai maksimal untuk masing-masing indikator penyusun IKPS.

Tabel 3.2
Nilai Minimal dan Maksimal Indikator Penyusun IKPS

No	Dimensi	Indikator	Nilai Minimal	Nilai Maksimal	Dasar Penentuan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Kesehatan	Imunisasi	0	90	RPJMN 2020-2024
		Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan	0	100	Kesepakatan Pakar
		Keluarga Berencana (KB) Modern	0	80	Kesepakatan Pakar
2	Gizi	ASI Eksklusif	0	80	Rancangan Perpres dan Kesepakatan Pakar
		Makanan Pendamping (MP) ASI	0	80	Kesepakatan Pakar
3	Perumahan	Air Minum Layak	0	100	Rancangan Perpres dan Kesepakatan Pakar
		Sanitasi Layak	0	100	Kesepakatan Pakar
4	Pangan	Mengalami Kerawanan Pangan	0	60	Kesepakatan Pakar
		Ketidakcukupan Konsumsi Pangan	0	60	Kesepakatan Pakar
5	Pendidikan	Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)	0	90	Kesepakatan Pakar
6	Perlindungan Sosial	Pemanfaatan Jaminan Kesehatan	0	80	Kesepakatan Pakar
		Penerima KPS/KKS	0	80	Kesepakatan Pakar

Proses normalisasi lainnya adalah merubah arah indikator sehingga semua indikator memiliki arah yang sama. Dari 12 indikator penyusun IKPS, 10 indikator memiliki arah positif sedangkan 2 (dua) indikator memiliki arah negatif yaitu mengalami kerawanan pangan (*Food Insecurity Experienced Scale/FIES*) dan ketidakcukupan konsumsi pangan (*Prevalence of Undernourishment/PoU*). Dua indikator yang memiliki arah berbeda tersebut dilakukan normalisasi sehingga memiliki arah yang sama dengan indikator lainnya.

Proses normalisasi indikator dihitung menggunakan persamaan berikut:

$$SX_i = \frac{X_i - X_{min}}{X_{max} - X_{min}} \times 100$$

Keterangan:

SX_i adalah nilai indikator yang sudah dinormalisasi

X_i adalah nilai indikator (empiris)

X_{min} adalah nilai minimal indikator yang ditetapkan

X_{max} adalah nilai maksimal indikator yang ditetapkan.

3.4 Bobot tiap dimensi

Dalam menghitung suatu indeks, masing-masing dimensi penyusun indeks dapat memiliki bobot yang sama (*equal weighting*) ataupun berbeda. Bobot yang sama menunjukkan bahwa setiap dimensi memiliki tingkat kepentingan yang sama dalam membentuk suatu indeks, sebaliknya bobot yang berbeda di setiap dimensi menunjukkan bahwa suatu dimensi lebih penting dibandingkan dengan dimensi lainnya.

Pada penghitungan IKPS ini, pembobotan untuk tiap dimensi menggunakan *equal weighting* berdasarkan hasil rapat tanggal 13 Agustus 2020 yang dihadiri perwakilan dari Sekretariat Wakil Presiden (Setwapres), TP2AK, TNP2K, BPS, dan Bank Dunia. Seperti sudah disebutkan sebelumnya bahwa IKPS terdiri dari 6 (enam) dimensi penyusunnya, sehingga bobot untuk masing-masing dimensi adalah 1/6.

Tabel 3.3
Bobot pada Masing-Masing Dimensi

No.	Dimensi	Bobot
(1)	(2)	(3)
1	Kesehatan	1/6
2	Gizi	1/6
3	Perumahan	1/6
4	Pangan	1/6
5	Pendidikan	1/6
6	Perlindungan Sosial	1/6

3.5 Relative Standard Error

Dalam suatu survei terdapat kesalahan (*error*) yang terdiri dari *sampling error* dan *non sampling error*. *Sampling error* merupakan kesalahan akibat teknik pengambilan

sampel dalam suatu survei, sedangkan *non sampling error* merupakan kesalahan selain teknik pengambilan sampel dalam suatu survei, seperti kesalahan dalam proses wawancara, kesalahan pada tahapan pengolahan data, dan sebagainya. Besarnya *sampling error* salah satunya dapat diukur menggunakan *Relative Standar Error (RSE)* dari suatu estimasi.

RSE merupakan suatu alat yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat presisi dari suatu nilai estimasi. RSE adalah rasio dari nilai *standard error* dengan nilai estimasi dari suatu variabel/indikator yang dinyatakan dalam persentase (%). Dalam teori statistik, analisis RSE dibedakan menjadi dua yaitu untuk RSE kurang dari 25 persen dan untuk RSE sama dengan atau lebih dari 25 persen. Estimasi suatu indikator dapat dikatakan tepat menggambarkan nilai yang sebenarnya jika memiliki nilai RSE kurang dari 25%, sebaliknya jika memiliki RSE sama dengan atau lebih dari 25% maka dianggap tidak presisi. RSE yang tinggi (sama dengan atau lebih dari 25%) merupakan suatu indikasi bahwa sampel tidak mencukupi, sehingga estimasi indikator yang dihasilkan sebaiknya tidak digunakan.

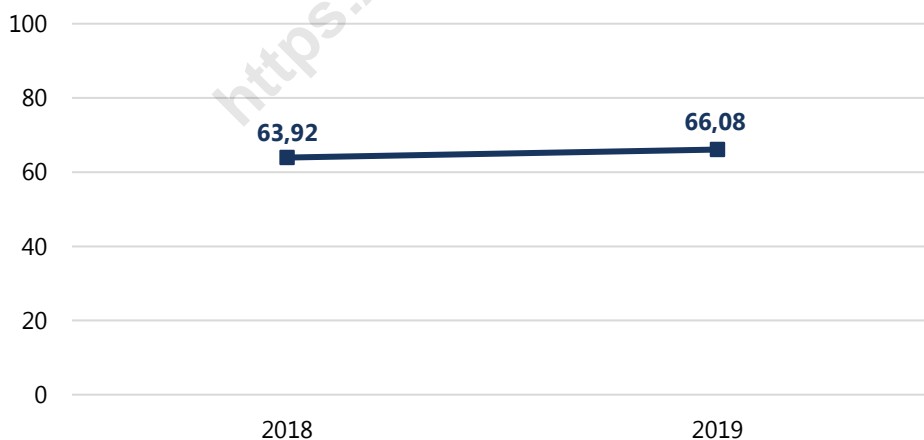
BAB IV

ANALISIS INDEKS KHUSUS PENANGANAN *STUNTING*

4.1 Analisis IKPS Nasional

Stunting merupakan salah satu masalah kesehatan yang menjadi prioritas pemerintah. Salah satu upaya yang dilakukan untuk percepatan penurunan *stunting* adalah pemantauan dan evaluasi melalui Indeks Khusus Penanganan *Stunting* (IKPS). IKPS merupakan indeks yang digunakan untuk mengetahui seberapa baik penanganan *stunting* di Indonesia. Nilai IKPS berkisar dari 0 sampai 100, di mana semakin tinggi nilai IKPS menunjukkan semakin baik penanganan *stunting* di wilayah tersebut. Penghitungan IKPS menghasilkan nilai IKPS tahun 2019 sebesar 66,08 dan IKPS tahun 2018 sebesar 63,92. Jika dibandingkan pada kedua tahun tersebut, terjadi peningkatan nilai IKPS sebesar 2,16 poin dari tahun 2018 ke tahun 2019.

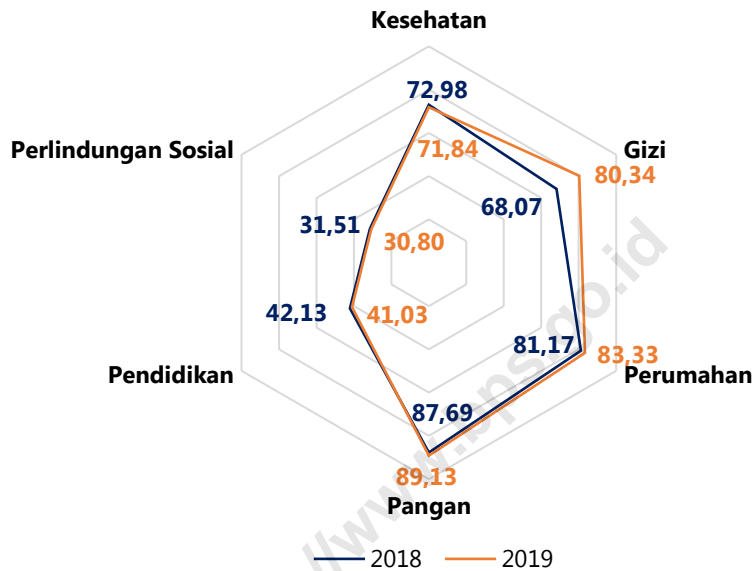
Gambar 4.1
IKPS Nasional, 2018 – 2019



IKPS terdiri dari enam dimensi penyusunnya, yaitu dimensi kesehatan, dimensi gizi, dimensi perumahan, dimensi pangan, dimensi pendidikan dan dimensi perlindungan sosial. Gambar 4.2. menunjukkan capaian indeks pada masing-masing dimensi penyusun IKPS nasional tahun 2018 dan 2019. Pada tahun 2019, dimensi pangan merupakan dimensi dengan capaian indeks tertinggi yaitu 89,13. Sebaliknya, capaian indeks terendah

adalah pada dimensi perlindungan sosial yaitu 30,80. Sama halnya dengan kondisi tahun 2019, dimensi pangan merupakan dimensi dengan capaian indeks tertinggi pada tahun 2018 yaitu 87,69 dan dimensi perlindungan sosial merupakan dimensi dengan capaian indeks terendah pada tahun 2018 yaitu 31,51.

Gambar 4.2
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Nasional, 2018-2019



Jika dibandingkan kondisi pada tahun 2018 dan 2019, terjadi peningkatan nilai indeks pada tiga dimensi penyusun IKPS yaitu dimensi gizi, perumahan dan pangan. Peningkatan indeks yang cukup tinggi terjadi pada dimensi gizi, yaitu dari 68,07 pada tahun 2018 menjadi 80,34 pada tahun 2019. Sebaliknya, tiga dimensi yang lain mengalami penurunan nilai indeks pada tahun 2019 yaitu dimensi kesehatan, pendidikan dan perlindungan sosial. Di antara ketiga dimensi yang mengalami penurunan tersebut, dua di antaranya perlu menjadi perhatian dikarenakan nilai indeksnya yang cukup rendah serta terjadinya penurunan indeks pada tahun 2019 dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu dimensi pendidikan dan perlindungan sosial.

Setelah melihat capaian indeks pada masing-masing dimensi penyusun IKPS, perlu dilihat juga indeks untuk indikator-indikator penyusun pada masing-masing dimensi sebagaimana disajikan pada Tabel 4.1. Pada tahun 2019, indikator dengan nilai indeks tertinggi adalah mengalami kerawanan pangan (90,97), diikuti air minum layak (89,27), dan ketidakcukupan konsumsi pangan (87,30). Adapun indikator dengan nilai indeks terendah adalah penerima KPS/KKS (25,11), diikuti pemanfaatan jaminan kesehatan (36,49) dan pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) (41,03).

Selain melihat indeks pada masing-masing indikator, Tabel 4.1. juga dapat menunjukkan kenaikan maupun penurunan indeks dari tahun 2018 ke 2019. Terdapat 7 (tujuh) indikator yang mengalami kenaikan indeks dari tahun 2018 ke 2019, sedangkan 5 (lima) indikator lainnya mengalami penurunan. Indikator dengan kenaikan tertinggi adalah ASI eksklusif dengan kenaikan sebesar 27,91 poin. Kenaikan yang cukup tinggi ini menunjukkan adanya perbaikan perilaku masyarakat tentang pentingnya memberikan ASI eksklusif kepada bayi, dan pada akhirnya berpeluang untuk menurunkan prevalensi *stunting*. Adapun indikator dengan kenaikan nilai terendah adalah ketidacukupan konsumsi pangan dengan kenaikan sebesar 0,48 poin.

Yang perlu menjadi perhatian adalah 5 (lima) indikator yang mengalami penurunan indeks yaitu imunisasi dengan penurunan sebesar 3,43 poin, keluarga berencana (KB) modern dengan penurunan sebesar 3,19 poin, makanan pendamping (MP) ASI dengan penurunan sebesar 3,37 poin, Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dengan penurunan sebesar 1,10 poin, serta penerima KPS/KKS dengan penurunan sebesar 3,53 poin. Kelima indikator yang mengalami penurunan indeks tersebut dapat dijadikan fokus intervensi pemerintah dalam usaha percepatan penurunan *stunting* di tahun mendatang.

Tabel 4.1
Nilai Indeks Menurut Dimensi Penyusun IKPS Nasional, 2018-2019

Dimensi/Indikator	Estimasi			Indeks		
	2018	2019	Selisih	2018	2019	Selisih
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Kesehatan				72,98	71,84	-1,14
Imunisasi	58,42	55,33	-3,09	64,91	61,48	-3,43
Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Fasilitas Kesehatan	82,64	85,86	3,22	82,64	85,86	3,22
Keluarga Berencana (KB) Modern	57,10	54,55	-2,55	71,38	68,19	-3,19
Gizi				68,07	80,34	12,27
ASI Eksklusif	44,36	66,69	22,33	55,45	83,36	27,91
Makanan Pendamping (MP) ASI	64,55	61,85	-2,70	80,69	77,32	-3,37
Perumahan				81,17	83,33	2,16
Air Minum Layak	87,75	89,27	1,52	87,75	89,27	1,52
Sanitasi Layak	74,58	77,39	2,81	74,58	77,39	2,81
Pangan				87,69	89,13	1,44
Mengalami Kerawanan Pangan	6,86	5,42	-1,44	88,57	90,97	2,40

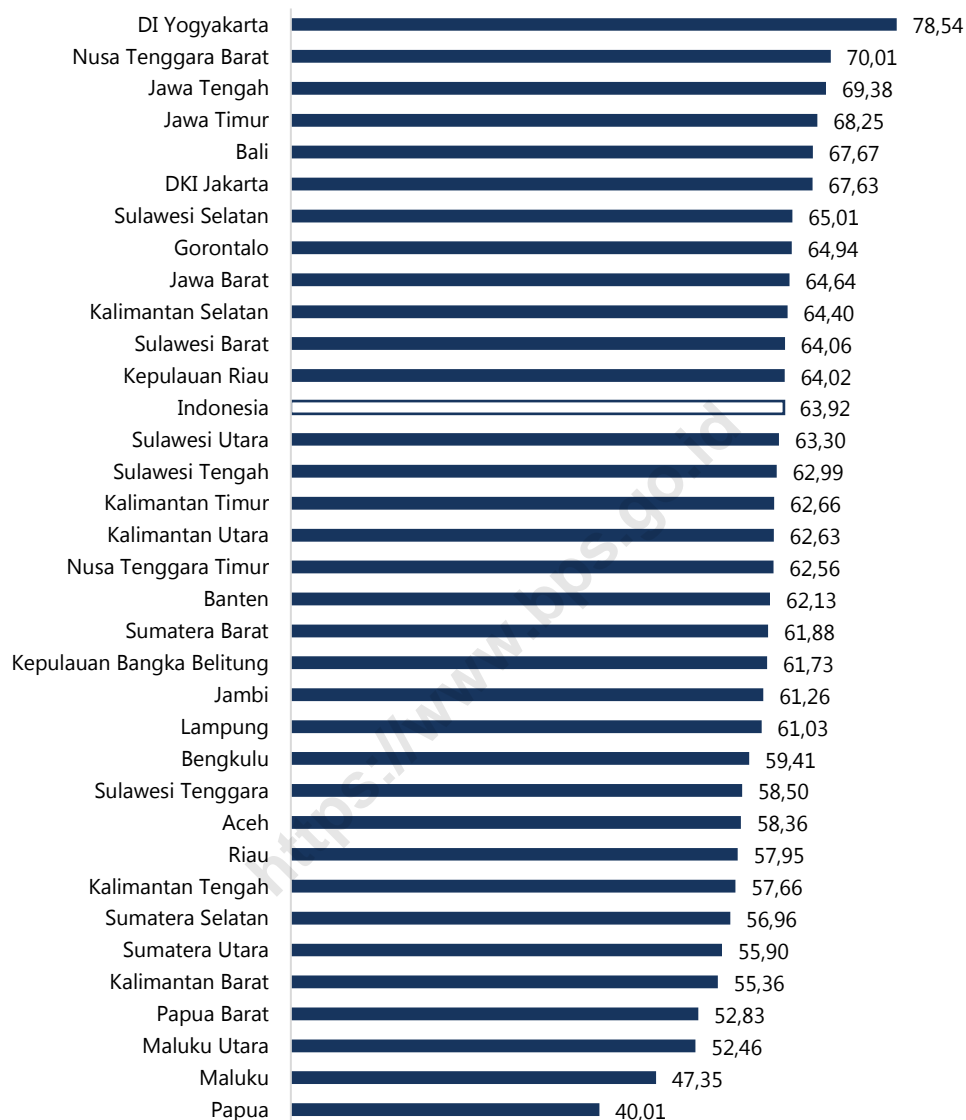
Dimensi/Indikator	Estimasi			Indeks		
	2018	2019	Selisih	2018	2019	Selisih
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Ketidakcukupan Konsumsi Pangan	7,91	7,62	-0,29	86,82	87,30	0,48
Pendidikan				42,13	41,03	-1,10
Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)	37,92	36,93	-0,99	42,13	41,03	-1,10
Perlindungan Sosial				31,51	30,80	-0,71
Pemanfaatan Jaminan Kesehatan	27,50	29,19	1,69	34,38	36,49	2,11
Penerima KPS/KKS	22,91	20,09	-2,82	28,64	25,11	-3,53
IKPS				63,92	66,08	2,16

IKPS merupakan bagian tidak terpisahkan dari upaya percepatan penurunan *stunting*. Semakin tinggi capaian IKPS, peluang menurunnya prevalensi *stunting* semakin besar. Dari penjelasan nilai indeks pada masing-masing dimensi dan indikator penyusun IKPS menunjukkan adanya beberapa indikator yang masih harus ditingkatkan lagi untuk meningkatkan capaian IKPS di tahun berikutnya, yang pada akhirnya berpotensi untuk menurunkan prevalensi *stunting*. Indikator yang masih harus menjadi perhatian adalah indikator-indikator penyusun dimensi pendidikan dan perlindungan sosial yang memiliki nilai indeks paling kecil di antara indikator lainnya.

4.2 Analisis IKPS Provinsi

IKPS pada level nasional mencapai 63,92 pada tahun 2018. Dari angka tersebut, provinsi dengan capaian angka IKPS di atas angka nasional sebanyak 12 provinsi dan sisanya masih di bawah angka nasional. Provinsi dengan capaian IKPS tertinggi pada tahun 2018 adalah DI Yogyakarta yaitu sebesar 78,54 sementara yang terendah adalah Provinsi Papua (40,01). Selengkapnya dapat dilihat pada Gambar 4.3.

Gambar 4.3
IKPS Menurut Provinsi, 2018



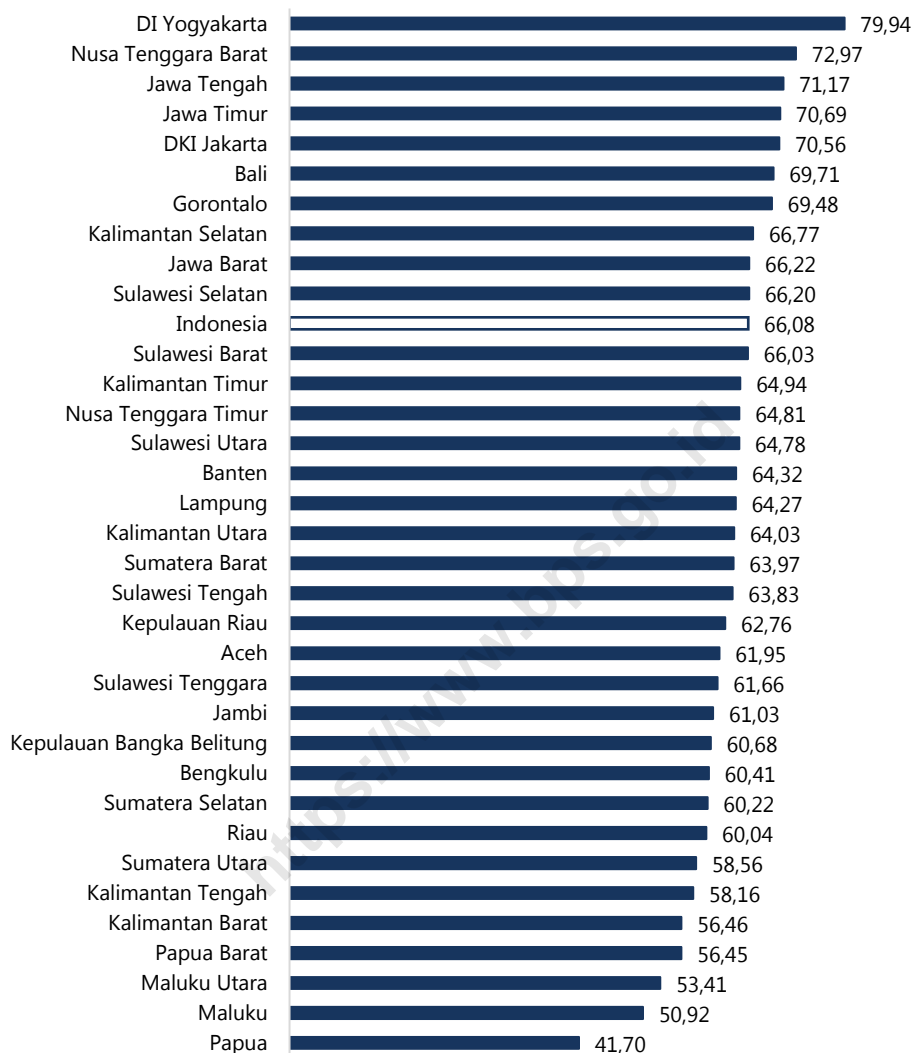
Dari gambar di atas tampak bahwa provinsi-provinsi dengan capaian IKPS pada peringkat atas terletak di wilayah Indonesia Bagian Barat dan setengah sisanya terletak di wilayah Indonesia Bagian Tengah. Tidak ada satupun provinsi di wilayah Indonesia Bagian Timur yang mencapai IKPS di atas nasional. Sebaliknya, empat provinsi dengan IKPS terendah di tahun 2018 seluruhnya adalah provinsi yang terletak di wilayah Indonesia Bagian Timur.

Jika diperhatikan lebih jauh, capaian IKPS tahun 2018 antara DI Yogyakarta (peringkat tertinggi) dan Nusa Tenggara Barat (peringkat ke-2) terpaut lebih dari delapan poin. Sementara dengan Jawa Tengah (peringkat ke-3), meskipun sama-sama di Pulau Jawa, selisih IKPS keduanya hampir sebesar 10 poin. Kemudian jika dibandingkan dengan IKPS Provinsi Papua, selisihnya mencapai 38,53 poin atau hampir setengah dari capaian IKPS DI Yogyakarta di tahun tersebut. Hal ini mengindikasikan masih adanya ketimpangan penanganan *stunting* di level provinsi antarwilayah di Indonesia.

Pada tahun 2019, capaian IKPS nasional meningkat sebanyak 2,16 poin menjadi sebesar 66,08. Provinsi DI Yogyakarta masih bertahan di posisi pertama sebagai daerah dengan capaian angka IKPS tertinggi, yaitu sebesar 79,94, sementara Provinsi Papua masih berada di posisi terakhir dengan IKPS mencapai 41,70. Selisih keduanya mencapai 38,24 poin atau sedikit lebih baik daripada kondisi tahun sebelumnya.

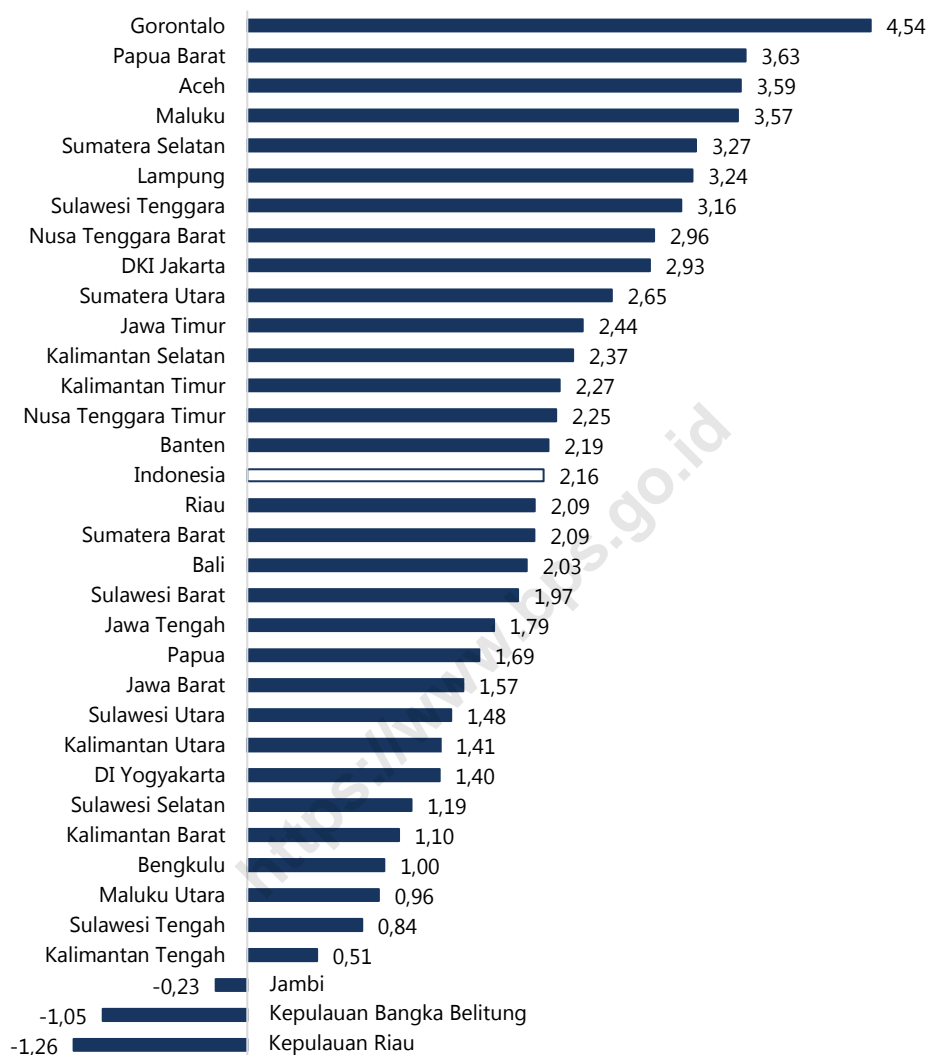
Dalam periode satu tahun, tidak terjadi perubahan yang mencolok pada peringkat tiga besar IKPS tertinggi dan terendah. Posisi tiga besar provinsi dengan IKPS tertinggi pada 2019 masih diisi DI Yogyakarta, Nusa Tenggara Barat, dan Jawa Tengah. Sementara posisi tiga besar terendah masih diisi Papua, Maluku, dan Maluku Utara. IKPS menurut provinsi tahun 2019 selengkapnya dapat dilihat pada Gambar 4.4.

Gambar 4.4
IKPS Menurut Provinsi, 2019



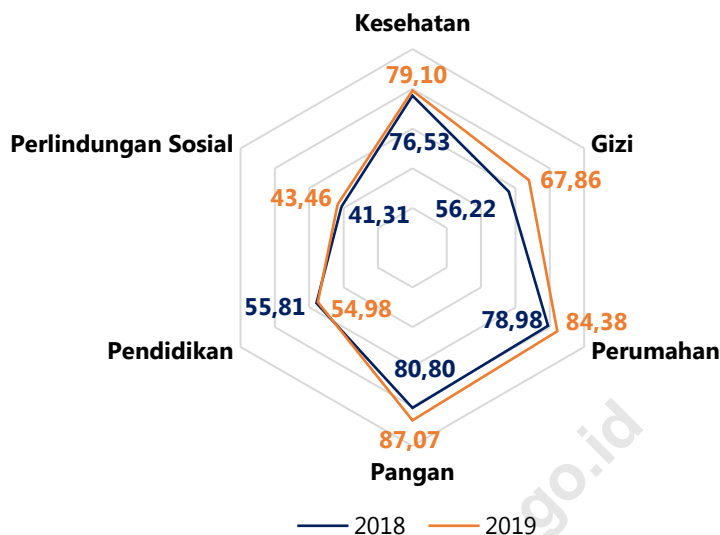
Jika dibandingkan antara tahun 2018 dan 2019, sebanyak 31 provinsi mengalami peningkatan IKPS sementara tiga sisanya mengalami penurunan, yaitu Jambi, Kepulauan Bangka Belitung, dan Kepulauan Riau. Sebanyak 15 provinsi mengalami kenaikan IKPS yang lebih besar daripada kenaikan IKPS nasional. Gorontalo tercatat sebagai provinsi dengan peningkatan terbesar yaitu sebanyak 4,54 poin, sementara Provinsi Kepulauan Riau mengalami penurunan IKPS terbesar yaitu sebanyak 1,26 poin. Selengkapnya dapat dilihat pada Gambar 4.5.

Gambar 4.5
Perubahan IKPS Menurut Provinsi, 2018-2019



Untuk lebih memahami dinamika perubahan IKPS di level provinsi, perlu dilihat perubahan nilai indeks pada masing-masing dimensi penyusunnya. Gambar 4.6 menunjukkan perubahan nilai indeks pada masing-masing dimensi penyusun IKPS Gorontalo, provinsi dengan peningkatan IKPS terbesar dalam periode 2018-2019.

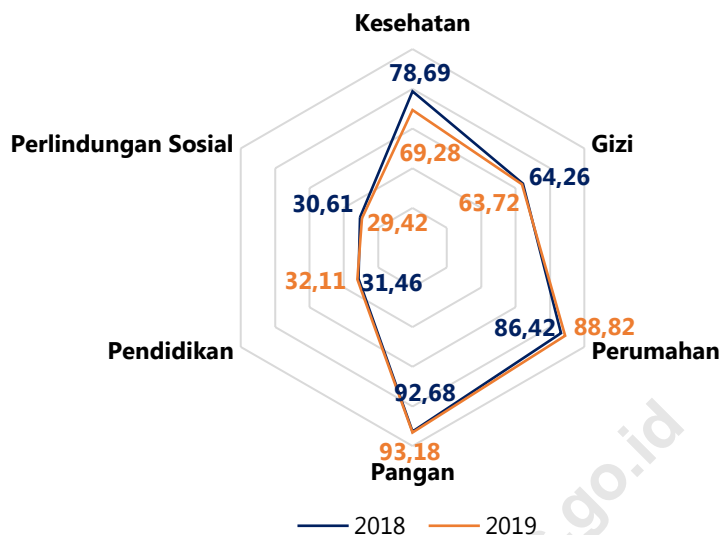
Gambar 4.6
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Provinsi Gorontalo, 2018-2019



Dalam periode 2018-2019, dari enam dimensi penyusun IKPS Provinsi Gorontalo, hanya dimensi Pendidikan yang mengalami penurunan sementara sisanya mengalami peningkatan. Dimensi Pendidikan turun tipis sebesar 0,83 poin yang mengindikasikan turunnya kinerja dalam hal ini capaian APK PAUD usia 3-6 tahun di Kepulauan Riau. Akan tetapi di periode yang sama terjadi peningkatan yang cukup besar pada lima dimensi lainnya. Peningkatan terbesar terjadi pada dimensi Gizi yaitu sebesar 11,64 poin. Perbaikan kinerja yang terpotret dari peningkatan nilai indeks pada lima dari enam dimensi IKPS mendorong peningkatan IKPS Provinsi Gorontalo secara keseluruhan sebesar 4,54 poin.

Gambar 4.7 menunjukkan perubahan nilai indeks pada masing-masing dimensi penyusun IKPS Kepulauan Riau, provinsi dengan penurunan IKPS terbesar dalam periode 2018-2019. Dari enam dimensi, sebanyak tiga di antaranya mengalami peningkatan nilai indeks, yaitu Perumahan, Pangan, dan Pendidikan. Sementara dimensi yang mengalami penurunan yaitu Perlindungan Sosial, Kesehatan, dan Gizi.

Gambar 4.7
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Provinsi Kepulauan Riau, 2018-2019



Jika kita perhatikan lebih jauh, penurunan IKPS Provinsi Kepulauan Riau disebabkan karena perubahan pada dimensi yang mengalami penurunan jauh lebih besar daripada perubahan pada dimensi yang mengalami peningkatan. Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun IKPS menurun, tidak selalu berarti tidak ada peningkatan kinerja dalam penanganan *stunting*. Ke depannya pemerintah daerah di Kepulauan Riau perlu berupaya lebih keras terutama pada dimensi Perlindungan Sosial, Kesehatan, dan Gizi serta mempertahankan dan meningkatkan kinerja pada dimensi Perumahan, Pangan, dan Pendidikan.

4.3 Analisis IKPS Kabupaten/Kota dengan RSE < 25 Persen dan Prioritas *Stunting*

Seperti yang telah dibahas pada bagian sebelumnya, IKPS disusun dari 12 indikator yang terbagi ke dalam enam dimensi. Namun demikian, pada level kabupaten/kota, penyusunan IKPS hanya didasarkan pada 10 indikator yang terbagi ke dalam lima dimensi, yaitu dimensi kesehatan, gizi, perumahan, pendidikan, dan perlindungan sosial. Dua indikator yang tidak termasuk dalam penyusunan IKPS level kabupaten/kota adalah indikator kerawanan pangan dan ketidakcukupan konsumsi pangan. Alasan dibalik tidak dimasukkannya kedua indikator dalam penyusunan IKPS terkait dengan level penyajian kedua indikator, dimana indikator kerawanan pangan hanya disajikan pada level nasional sedangkan indikator ketidakcukupan konsumsi pangan hanya disajikan hingga level provinsi.

Semakin rendah level penyajian data, semakin sedikit jumlah sampel yang digunakan untuk menghasilkan estimasi indikator wilayah tersebut. Oleh karena itu, semakin rendahnya level penyajian data seringkali diiringi dengan kenaikan *Relative Standard Error* (RSE). RSE merupakan ukuran presisi suatu estimasi relatif terhadap estimasinya (BPS, 2020). Nilai RSE yang tinggi merupakan indikasi bahwa jumlah sampel tidak cukup untuk menggambarkan kondisi yang sebenarnya. Apabila nilai RSE suatu indikator ≥ 25 persen, pengguna data harus berhati-hati dalam menggunakan nilai estimasi dari indikator tersebut.

Tabel 4.2
Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE Indikator Penyusun IKPS <25 Persen, 2018-2019

Dimensi/Indikator	2018	2019
(1)	(2)	(3)
Kesehatan		
Imunisasi	364	410
Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan	476	501
Keluarga Berencana (KB) modern	496	501
Gizi		
ASI eksklusif	185	386
Makanan pendamping (MP) ASI	461	497
Perumahan		
Air minum layak	509	509
Sanitasi layak	503	502
Pendidikan		
Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)	478	490
Perlindungan Sosial		
Pemanfaatan jaminan kesehatan	504	511
Penerima KPS/KKS	399	387

Dari Tabel 4.2 terlihat bahwa sebagian besar indikator penyusun IKPS pada level kabupaten/kota telah memiliki RSE <25 persen. Hal ini menandakan indikator-indikator tersebut mampu menggambarkan kondisi kabupaten/kota bersangkutan. Namun demikian, untuk indikator imunisasi, ASI eksklusif, dan penerima KPS/KKS, masih banyak kabupaten/kota dengan nilai RSE ≥ 25 persen.

Walaupun pada level kabupaten/kota sebagian besar indikator penyusun IKPS telah memiliki RSE <25 persen, namun hanya 63 dari 514 kabupaten/kota yang memiliki nilai RSE seluruh indikator penyusun IKPS <25 persen baik untuk tahun 2018 maupun 2019 (Tabel 4.3). Dengan demikian, hanya IKPS di wilayah-wilayah ini yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan pengambilan kebijakan terkait upaya

percepatan penurunan *stunting* di wilayah masing-masing karena telah memenuhi kaidah dari segi statistik.

Tabel 4.3
Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen untuk Seluruh Indikator
Penyusun IKPS Tahun 2018-2019 yang Menjadi Prioritas *Stunting* 2020

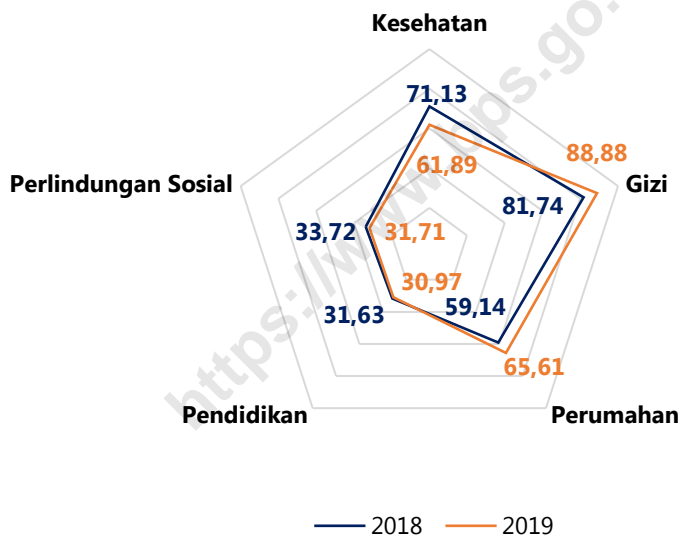
Wilayah	Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen	Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen yang Menjadi Prioritas <i>Stunting</i> 2020	Nama Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen yang Menjadi Prioritas <i>Stunting</i> 2020
(1)	(2)	(3)	(4)
Sumatera	8	4	Banyuasin, Kaur, Tanggamus, Karimun
Jawa	26	15	Cianjur, Ciamis, Karawang, Bandung Barat, Kota Depok, Banyumas, Magelang, Klaten, Grobogan, Blora, Pekalongan, Brebes, Gunung Kidul, Sidoarjo, Nganjuk
Bali dan Nusa Tenggara	16	14	Lombok Barat, Lombok Tengah, Lombok Timur, Sumbawa, Bima, Lombok Utara, Sumba Timur, Timor Tengah Selatan, Timor Tengah Utara, Belu, Flores Timur, Sumba Tengah, Sumba Barat Daya, Nagekeo
Kalimantan	4	1	Sambas
Sulawesi	8	5	Gowa, Sinjai, Kolaka, Majene, Mamuju
Maluku dan Papua	1	1	Sorong
Indonesia	63	40	

Seperti yang telah diketahui bersama, *stunting* merupakan masalah yang kompleks. Oleh karena itu, intervensi *stunting* memerlukan konvergensi program/intervensi dan upaya sinergis dari K/L, pemerintah daerah serta dunia usaha/masyarakat (TNP2K, 2017). Untuk memastikan konvergensi program/intervensi dan sinergitas upaya intervensi *stunting*, pemerintah menetapkan kabupaten/kota prioritas penanganan *stunting*. Dari 260 kabupaten/kota prioritas *stunting* yang ditetapkan untuk tahun 2020, sebanyak 40 kabupaten/kota diantaranya merupakan bagian dari 63 kabupaten/kota dengan nilai RSE seluruh indikator penyusun IKPS<25

persen baik untuk tahun 2018 maupun 2019 (Tabel 4.3). Adapun daftar lengkap kabupaten/kota mana saja yang memiliki RSE<25 persen untuk seluruh indikator penyusun IKPS tahun 2018-2019, baik yang termasuk maupun yang tidak termasuk kabupaten/kota prioritas *stunting*, disajikan pada tabel lampiran.

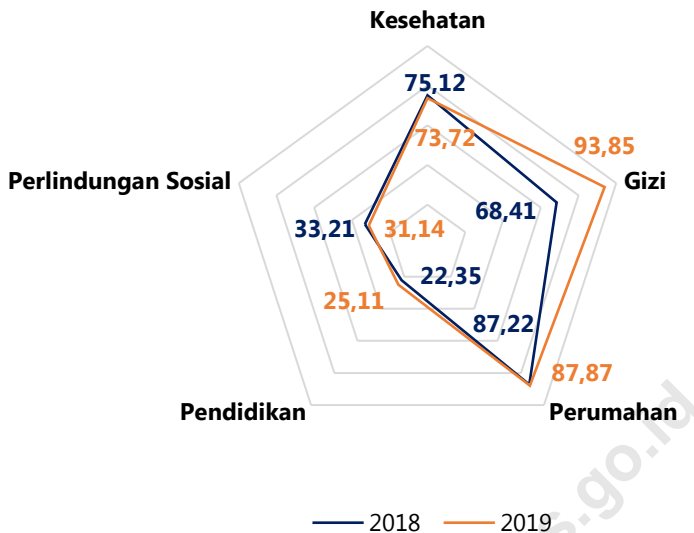
Berikut akan dijelaskan simulasi hasil dari penghitungan IKPS untuk dua kabupaten/kota dengan nilai RSE seluruh indikator penyusun IKPS<25 persen baik untuk tahun 2018 maupun 2019, yang merupakan kabupaten/kota prioritas *stunting* tahun 2020. Untuk mewakili kabupaten/kota di Pulau Jawa dipilih Kabupaten Cianjur, Provinsi Jawa Barat dan untuk mewakili kabupaten/kota di luar Pulau Jawa dipilih Kabupaten Sambas, Provinsi Kalimantan Barat.

Gambar 4.8
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Cianjur, Provinsi Jawa Barat, 2018-2019



Pada tahun 2018, capaian IKPS Kabupaten Cianjur sebesar 55,47 dan naik menjadi 55,81 pada tahun 2019. Peningkatan IKPS ini merupakan efek dari lebih besarnya peningkatan indeks pada dimensi gizi dan perumahan dibandingkan penurunan indeks pada ketiga dimensi lainnya (kesehatan, pendidikan, dan perlindungan sosial) (Gambar 4.8). Sebagai salah satu kabupaten/kota prioritas *stunting*, kenaikan capaian indeks baik pada dimensi gizi dan perumahan maupun IKPS secara keseluruhan meningkatkan optimisme bagi upaya percepatan penurunan *stunting* di wilayah tersebut. Adapun bagi dimensi dengan capaian indeks pada tahun 2019 yang lebih rendah dari tahun 2018 mengindikasikan masih dibutuhkannya upaya lebih besar untuk menggiatkan intervensi penurunan *stunting* pada dimensi-dimensi tersebut.

Gambar 4.9
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Sambas,
Provinsi Kalimantan Barat, 2018-2019



Seperti yang telah diketahui, walaupun tidak serta merta tercermin dari perubahan angka prevalensi *stunting* anak balita di suatu wilayah, namun IKPS menggambarkan kinerja K/L serta pemerintah daerah dalam upaya mempercepat penurunan *stunting* di wilayahnya masing-masing. Oleh karena itu kenaikan capaian IKPS Kabupaten Sambas dari 57,26 pada tahun 2018 menjadi 62,34 pada tahun 2019 sebagaimana ditunjukkan pada tabel lampiran diharapkan akan meningkatkan semangat dan kinerja berbagai pihak dalam upaya mengatasi masalah *stunting* di wilayah tersebut.

Apabila dilihat menurut dimensi penyusun IKPS, terlihat bahwa ada kenaikan capaian indeks pada tiga dimensi, yaitu dimensi gizi, perumahan, dan pendidikan (Gambar 4.9). Adapun dua dimensi lainnya yaitu dimensi kesehatan dan perlindungan sosial, terlihat capaian indeks untuk tahun 2019 lebih rendah daripada indeks pada tahun 2018. Hal ini mengisyaratkan dibutuhkan upaya lebih besar dan intervensi yang lebih tepat sasaran terutama pada kedua dimensi tersebut untuk mengatasi masalah *stunting* di Kabupaten Sambas.

BAB V

PENUTUP

Indeks Khusus Penanganan *Stunting* (IKPS) disusun dalam rangka pemenuhan target DLI 8 yang merupakan kesepakatan antara Pemerintah Indonesia dan Bank Dunia serta sebagai instrumen bagi pemerintah dalam memantau perkembangan penanganan *stunting* di Indonesia. Penyempurnaan penyusunan IKPS tahun 2018 dan 2019 meliputi penyempurnaan variabel, metodologi, dan pengukuran indeks melalui kajian literatur terkait *stunting* serta konsultasi bersama para pakar multidisiplin. Dari hasil kajian dan konsultasi tersebut, IKPS yang disempurnakan disusun dari 12 indikator yang dikelompokkan dalam 6 (enam) dimensi.

Enam dimensi penyusun IKPS adalah dimensi kesehatan, gizi, perumahan, pangan, pendidikan, dan perlindungan sosial. Seluruh dimensi memberikan bobot yang sama terhadap IKPS dan dihitung menggunakan metode rata-rata aritmatika. Dari hasil penghitungan didapatkan IKPS Nasional pada tahun 2018 sebesar 63,92 dan meningkat sebesar 2,16 poin pada tahun 2019 menjadi 66,08.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., De Onis, M., Ezzati, M., et.al. . (2008). *Maternal and Child Undernutrition Study Group*. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The lancet*, 371(9608), 243-260.
- Bloem, et al. (2013). Key Strategies to Further Reduce Stunting in Southeast Asia: Lessons from the ASEAN Countries Workshop. *Food and nutrition bulletin*. 34. S8-16. 10.1177/15648265130342S103
- BPS. (2020). Relatif Standard Error (RSE). Diakses dari <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/1333>.
- Horton, S. (1999). Opportunities for investments in nutrition in low-income Asia.
- International Food Policy Research Institute (IFPRI). (2016). *Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030*. Washington DC: International Food Policy Research Institute.
- TNP2K. (2017). 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting): Ringkasan. Jakarta: TNP2K.
- TNP2K. (2017). 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (*Stunting*). Jakarta: TNP2K.

LAMPIRAN

<https://www.bps.go.id>

Lampiran 1
IKPS Menurut Provinsi, 2018-2019

Provinsi	2018	2019
(1)	(2)	(3)
Aceh	58,36	61,95
Sumatera Utara	55,90	58,56
Sumatera Barat	61,88	63,97
Riau	57,95	60,04
Jambi	61,26	61,03
Sumatera Selatan	56,96	60,22
Bengkulu	59,41	60,41
Lampung	61,03	64,27
Kep. Bangka Belitung	61,73	60,68
Kep. Riau	64,02	62,76
DKI Jakarta	67,63	70,56
Jawa Barat	64,65	66,22
Jawa Tengah	69,38	71,17
DI Yogyakarta	78,54	79,94
Jawa Timur	68,25	70,69
Banten	62,13	64,32
Bali	67,67	69,71
Nusa Tenggara Barat	70,01	72,97
Nusa Tenggara Timur	62,56	64,81
Kalimantan Barat	55,36	56,46
Kalimantan Tengah	57,66	58,16
Kalimantan Selatan	64,40	66,77
Kalimantan Timur	62,66	64,94
Kalimantan Utara	62,63	64,04
Sulawesi Utara	63,30	64,78
Sulawesi Tengah	63,00	63,83
Sulawesi Selatan	65,01	66,21
Sulawesi Tenggara	58,50	61,66
Gorontalo	64,94	69,48
Sulawesi Barat	64,06	66,03
Maluku	47,35	50,91
Maluku Utara	52,46	53,42
Papua Barat	52,83	56,45
Papua	40,01	41,70
Indonesia	63,92	66,08

Lampiran 2
IKPS Menurut Kabupaten/Kota dengan RSE<25% dan Prioritas Stunting, 2018-2019

Kabupaten/Kota	2018	2019	Prioritas Stunting
(1)	(2)	(3)	(4)
1307. Kab. Agam	59,65	62,66	
1371. Kota Padang	58,46	63,65	
1607. Kab. Banyu Asin	53,15	53,91	✓
1704. Kab. Kaur	51,93	57,06	✓
1706. Kab. Mukomuko	59,30	59,05	
1802. Kab. Tanggamus	60,50	55,09	✓
1808. Kab. Tulangbawang	59,47	57,74	
2101. Kab. Karimun	63,47	58,38	✓
3203. Kab. Cianjur	55,47	55,81	✓
3207. Kab. Ciamis	68,56	66,26	✓
3215. Kab. Karawang	61,03	57,24	✓
3217. Kab. Bandung Barat	62,37	61,84	✓
3218. Kab. Pangandaran	60,24	60,46	
3271. Kota Bogor	62,39	63,95	
3276. Kota Depok	64,45	64,57	✓
3302. Kab. Banyumas	67,16	69,81	✓
3308. Kab. Magelang	70,11	72,19	✓
3310. Kab. Klaten	73,55	74,66	✓
3315. Kab. Grobogan	66,46	66,27	✓
3316. Kab. Blora	74,05	69,27	✓
3323. Kab. Temanggung	67,72	67,86	
3326. Kab. Pekalongan	69,95	67,98	✓
3328. Kab. Tegal	66,25	70,46	
3329. Kab. Brebes	64,49	66,27	✓
3403. Kab. Gunung Kidul	82,30	76,84	✓
3471. Kota Yogyakarta	69,64	81,99	
3504. Kab. Tulungagung	69,36	69,98	
3515. Kab. Sidoarjo	65,08	71,69	✓
3517. Kab. Jombang	72,17	72,45	
3518. Kab. Nganjuk	68,47	70,33	✓
3520. Kab. Magetan	74,67	70,98	
3522. Kab. Bojonegoro	73,19	76,23	
3525. Kab. Gresik	73,94	73,07	
3672. Kota Cilegon	66,06	70,26	
5201. Kab. Lombok Barat	69,04	70,41	✓
5202. Kab. Lombok Tengah	66,87	66,10	✓
5203. Kab. Lombok Timur	67,25	68,59	✓
5204. Kab. Sumbawa	69,96	73,04	✓

Kabupaten/Kota	2018	2019	Prioritas Stunting
(1)	(2)	(3)	(4)
5206. Kab. Bima	56,23	60,91	✓
5208. Kab. Lombok Utara	63,42	68,23	✓
5271. Kota Mataram	66,80	72,78	
5302. Kab. Sumba Timur	58,60	61,30	✓
5304. Kab. Timor Tengah Selatan	53,89	52,73	✓
5305. Kab. Timor Tengah Utara	65,60	73,26	✓
5306. Kab. Belu	62,60	62,28	✓
5309. Kab. Flores Timur	73,19	69,52	✓
5316. Kab. Sumba Tengah	60,64	64,30	✓
5317. Kab. Sumba Barat Daya	43,21	47,19	✓
5318. Kab. Nagekeo	65,85	65,33	✓
5371. Kota Kupang	56,19	62,45	
6101. Kab. Sumbas	57,26	62,34	✓
6304. Kab. Barito Kuala	58,79	59,39	
6474. Kota Bontang	73,52	71,35	
6571. Kota Tarakan	55,32	62,31	
7306. Kab. Gowa	61,90	59,35	✓
7307. Kab. Sinjai	66,19	66,59	✓
7314. Kab. Sidenreng Rappang	64,46	62,75	
7322. Kab. Luwu Utara	55,69	65,80	
7403. Kab. Konawe	62,86	59,95	
7404. Kab. Kolaka	51,08	55,28	✓
7601. Kab. Majene	62,52	69,67	✓
7604. Kab. Mamuju	61,16	60,25	✓
9107. Kab. Sorong	58,15	65,45	✓

✓ : Kabupaten/Kota Prioritas *Stunting* Tahun 2020

Lampiran 3
Persentase Balita *Stunting* Menurut Provinsi, 2018-2019

Provinsi (1)	2018 (2)	2019 (3)
Aceh	37,10	34,18
Sumatera Utara	32,40	30,11
Sumatera Barat	29,90	27,47
Riau	27,40	23,95
Jambi	30,10	21,03
Sumatera Selatan	31,70	28,98
Bengkulu	28,00	26,86
Lampung	27,30	26,26
Kep. Bangka Belitung	23,40	19,93
Kep. Riau	23,60	16,82
DKI Jakarta	17,60	19,96
Jawa Barat	31,10	26,21
Jawa Tengah	31,20	27,68
DI Yogyakarta	21,40	21,04
Jawa Timur	32,80	26,86
Banten	26,60	24,11
Bali	21,80	14,42
Nusa Tenggara Barat	33,50	37,85
Nusa Tenggara Timur	42,60	43,82
Kalimantan Barat	33,30	31,46
Kalimantan Tengah	34,00	32,30
Kalimantan Selatan	33,10	31,75
Kalimantan Timur	29,20	28,09
Kalimantan Utara	26,90	26,25
Sulawesi Utara	25,50	21,18
Sulawesi Tengah	32,30	31,26
Sulawesi Selatan	35,70	30,59
Sulawesi Tenggara	28,70	31,44
Gorontalo	32,50	34,89
Sulawesi Barat	41,60	40,38
Maluku	34,00	30,38
Maluku Utara	31,40	29,07
Papua Barat	27,70	24,58
Papua	33,10	29,36
Indonesia	30,80	27,67

Sumber: Kementerian Kesehatan, Riskesdas 2018;
BPS dan Kementerian Kesehatan, Integrasi Susenas Maret 2019 dan SSGBI 2019

DATA

MENCERDASKAN BANGSA



BADAN PUSAT STATISTIK

Jl. dr. Sutomo No. 6-8 Jakarta 10710

Telp: (021) 3841195, 3842508, 3810291-4; Fax: (021) 3857046

Homepage: <http://www.bps.go.id>; email: bpsHQ@bps.go.id

