REKONSTRUKSI KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN *STUNTING* PUSKESMAS MELALUI AKSI INTEGRASI BERSAMA STAKEHOLDER PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH BERBASIS KEADILAN

Oleh :
RETNO WIDHIASTUTI
NIM : 10301800084

DISERTASI

Untuk memperoleh gelar Doktor dalam Bidang Ilmu Hukum Pada Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA)

PROGRAM DOKTOR (S3) ILMU HUKUM (PDIH)
FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG (UNISSULA)
SEMARANG
TAHUN 2022

LEMBAR PENGESAHAN UJIAN DISERTASI

REKONSTRUKSI KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN *STUNTING* PUSKESMAS MELALUI AKSI INTEGRASI BERSAMA STAKEHOLDER PEMERINTAHAN PROVINSI JAWA TENGAH BERBASIS KEADILAN

Oleh :
RETNO WIDIHASTUTI
NIM.10301800084

Untuk memperoleh gelar Doktor dalam Bidang Ilmu Hukum Pada Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA)

Untuk memenuhi salah satu syarat ujian
guna memperoleh gelar Doktor dalam Ilmu Hukum
Telah disetujui oleh Promotor dan Co-Promotor pada tanggal seperti tertera di bawah ini
Semarang, 2022

PROMOTOR	CO- PROMOTOR
Prof.Dr.Mahmutarom HR.,S.H.,M.H	**Dr.dr.Setyo Trisnadi, Sp.K.F,S.H**
NIDN: 0618035901	**NIDN: 0613066402**

Mengetahui
Ketua Program Doktor Ilmu Hukum
Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA)

Prof.Dr. Anis Mashdurohatun, S.H.,M.Hum
NIDN. 06-2105-7002

PERNYATAAN ORIGINALITAS PENELITIAN

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Karya tulis saya, disertasi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Doktor baik Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung Semarang (UNISSULA) maupun perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri tanpa bantuan pihak lain selain Tim Promotor dan masukan dari Tim Penelaah.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasin orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar Pustaka
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku pada perguruan tinggi ini.

Semarang, Februari 2023

Yang Membuat Pernyataan

Retno Widhiastuti, S.H.,M.H
NIM. 10301800084

MOTTO

Allah Ta'ala berfirman,

"Dan (ingatlah) ketika Rabbmu memaklumkan, “Sesungguhnya jika kamu bersyukur, niscaya Aku akan menambah (nikmat) kepadamu, tetapi jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), maka pasti azab-Ku sangat berat."

(QS. Ibrahim: 7)

Surat Al ’Ashr,

“Demi masa, Sesungguhnya manusia itu benar-benar berada dalam kerugian. Kecuali orang-orang yang beriman dan mengerjakan amal sholih, saling menasihati supaya menaati kebenaran dan saling menasihati supaya tetap di atas kesabaran” **(QS. Al-’Ashr [103]: 1-3).**

“Langkah kecil itu lebih baik walau setapak dengan tertatih-tatih, dari pada langkah besar dalam angan-angan.”

“Genggamlah keyakinan dan jangan pernah kita lepaskan indahnya kehidupan Bukan terletak dari banyaknya kesenangan, tetapi terletak pada rasa syukur kita yang tidak pernah putus kepada Allah”

“Para ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah memberikan makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara yang ma’ruf”, (QS. Al-Baqarah [2]: 233)

PERSEMBAHAN

Disertasi ini dipersembahkan untuk:

Kuperesembahkan untuk Allah Subhanahu Wa Ta"ala Yang Maha Segalanya, Ibunda tersayang Samijati dan Suamiku tercinta MHD Rusydi Spd.SKp.MH.Kes dan kakakku Adi Suryono, ST, anak-anakku Aprilia Rizki Maharani, Fariz Akhdan Al Hazmi dan Muhammad Rizky Firmansyah serta teman teman Puskesmas Demak III dan Almamaterku UNISSULA yangku banggakan

PERNYATAAN ORISINILITAS DISERTASI

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya tulis saya, disertasi ini, adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana, magister, dan/atau doktor), baik di Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing/Tim Promotor dan masukan Tim Penelaah/Tim Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademis berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

RETNO WIDHIASTUTI

NIM 10301800084

ABSTRAK

Adanya isu-isu di bidang kesehatan terutama masalah *stunting* (gizi buruk) sangat berpengaruh terhadap kualitas generasi ke depan, penanganan *stunting* masih parsial belum optimal; dan masih minimnya regulasi yang mengatur percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* antara stakeholder pemerintah yang ada didaerah.Adanya permasalahan dan tujuan kebijakan *stunting*, adalah peneliti dapat menganalisis kebijakan *stunting* yang belum terkondisikan, kelemahan-kelemahan kebijakan dan rekontruksi kebijakan *stunting* melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintah pada Provinsi Jawa Tengah berbasis Keadilan

Lokasi penelitian dipilih di Jawa Tengah yang memiliki angka *stunting* yaitu di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora. Metode pendekatan penelitian ini adalah *socio legal* dengan analisa data *deskritif* kualitatif dalam satu penelitian, dengan menggunakan paradigm *constructivism* dan pengumpulan data dari kuesioner, wawancara dan studi pustaka. Pembahasan dilakukan secara *komprehensif* dengan menilai kebijakan *stunting* dengan cara mengukur kebijakan sebelum dan sesudah adanya kebijakan dengan menggunakan aplikasi PES (*Policy Environment Score*) yang mempunyai tujuan mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan disuatu negara dapat mendukung suatu program atau kebijakan.

Hasil penelitian kebijakan *stunting* di daerah masih banyak kelemahan-kelemahan, bila dinilai subtansi hukum didapatkan payung hukum masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, rekontruksi yang diusulkan kebijakan *stunting* dari PERBUP menjadi PERDA karena PERDA sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yg bersifat memaksa.Dinilai struktur hukum didapatkan kejelasan pelaku penanggung jawab, pelaksana dan monev di daerah/ provinsi masih kurang. Rekontruksi yang diusulkan kebijakan perlu dilakukan analisis lingkungan strategis kebijakan yaitu *Policy Environment Score* (PES). Dinilai budaya hukum didapatkan masih rendahnya pengetahuan tentang *stunting* dan masih masyarakat belum menerima anaknya kategori *stunting* karena belum ada pedoman dan panduan bagi desa/ masyarakat/ swasta tentang *stunting*. Rekontruksi yang diusulkan adanya pedoman /panduan bagi desa/masyarakat dan swasta tentang *stunting* serta petunjuk teknis penentuan *stunting* pada masyarakat.Kesimpulan rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah yang selama ini dilaksanakan masih belum optimal karena masih dalam bentuk PERBUP, maka peneliti mengusulkan kebijakan PERBUP menjadi PERDA yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yang memaksa, serta kebijakan *stunting* merupakan masalah multi dimensi, maka penanganannya harus *multiaktor* dan tanggung jawab dilakukan secara holistik dengan bekerjasama dengan para stakeholder.

Kata Kunci : Rekonstruksi, kebijakan tumbuh kembang anak, *multisekto*r

ABSTRACT

The existence of issues in the health sector, especially the problem of stunting (malnutrition) greatly affects the quality of future generations, the handling of stunting is still partially not optimal; and the lack of regulations governing the acceleration of stunting prevention and handling among local government stakeholders. The existence of problems and the objectives of stunting policies is that researchers can analyze unconditioned stunting policies, policy weaknesses and stunting policy reconstruction through integration actions with government stakeholders in Central Java Province based on Justice.

The research location was chosen in Central Java which has stunting rates, namely in Demak Regency, Wonosobo Regency and Blora Regency. The research approach method is socio legal with qualitative descriptive data analysis in one study, using the constructivism paradigm and collecting data from questionnaires, interviews and literature studies. The discussion is carried out comprehensively by assessing stunting policies by measuring policies before and after policies using the PES (Policy Environment Score) application which has the aim of measuring how much influence the policy environment in a country can support a program or policy.

The results of the research on stunting policies in the regions still have many weaknesses, if it is assessed that the legal substance is obtained, the legal umbrella is still in the form of a regent/mayor regulation. the legal structure obtained clarity of actors in charge, implementers and monev in the region/province is still lacking. The reconstruction of the proposed policy requires an analysis of the strategic policy environment, namely the Policy Environment Score (PES). It is assessed that the legal culture is still low in knowledge about stunting and the community still has not accepted their child in the stunting category because there are no guidelines and guidelines for the village/community/private sector regarding stunting.The proposed reconstruction includes guidelines/ guidelines for villages/ communities and the private sector regarding stunting as well as technical guidelines for determining stunting in the community. The researcher proposes the PERBUP policy to become a PERDA which is legally binding and has coercive legal sanctions, and the stunting policy is a multi-dimensional problem, so the handling must be multi-actor and the responsibility is carried out holistically in collaboration with stakeholders.

Keywords: Reconstruction, child development policy, *multi-sector*

RINGKASAN

A. Latar Belakang

Penulisan disertasi ini dilatarbelakangi adanya data pada tahun 2018 menunjukan bahwa 30,8% anak balita di Indonesia mengalami *stunting*. Meskipun prevalensi tersebut telah mengalami penurunan dari 37,2% di tahun 2013, tetap saja prevalensinya menunjukkan bahwa 1 dari 3 anak Indonesia mengalami kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama. Serta Kabupaten Demak menjadi salah satu kabupaten dari 16 kabupaten /kota di Propinsi Jateng yang ditetapkan menjadi lokus penanganan *Stunting* 2020.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan penurunan prevalensi *stunting* di tingkat Nasional hanya sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Dengan masih adanya *stunting*, Pemerintah mencanangkan percepatan dalam melakukan penurunan dan pencegahan *stunting* dan menargetkan menurunkan prevalensi *stunting* hingga 14% pada tahun 2024.

Adanya isu-isu di bidang kesehatan terutama masalah *stunting* (gizi buruk) sangat berpengaruh terhadap kualitas generasi ke depan, penanganan *stunting* masih parsial, sebagian belum terstruktur, dan sebagian belum optimal; dan kurangnya kesadaran pentingnya pencegahan dan penanganan *stunting* serta masih minimnya regulasi yang mengatur percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* antara stakeholder pemerintah yang ada didaerah.

Stunting merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2030.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 s/d 2018 dari 100 Kabupaten Propinsi Jawa Tengah, terdapat prioritas penanganan *stunting* tingkat nasional, yang terdiri dari 7 kabupaten Jawa Tengah data *stunting* antara lain: Kabupaten Wonosobo, Kabupaten Klaten, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Blora,

Kabupaten Demak, Kabupaten Pemalang dan Kabupaten Brebes. Dan dari 7 kabupaten yang ada di propinsi Jawa Tengah, peneliti mengambil 3 kabupaten yaitu kabupaten Wonosobo, Kabupaten Blora dan Kabupaten Demak. Dari setiap kabupaten/ kota ditetapkan 10 lokus *stunting* desa untuk menjadi 1000 desa prioritas penanganan *stunting*. Adapun data jumlah balita *stunting* di Kabupaten Wonosobo sebesar 41,12 %, Kabupaten Blora 55,06 % dan Kabupaten Demak 50,28 %.

B. Permasalahan

Untuk menganalisis dan memecahkan peristiwa hukum keterkaitan latar belakang permasalahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* tersebut, maka dalam penelitian ini disusun sebagai berikut :

1. Mengapa kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintah Provinsi Jawa Tengah saat ini belum terkondisikan?
2. Apa kelemahan-kelemahan dalam mengelola kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah saat ini?
3. Bagaimana rekonstruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintah pada Provinsi Jawa Tengah berbasis Keadilan?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian yang dilakukan nantinya diarahkan pada beberapa hal sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui dan mengalisis kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini yang belum terkondisikan.
2. Untuk mengalisis dan menemukan kelemahan-kelemahan dalam mengelola kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini.
3. Untuk menganalisis serta menemukan jawaban atas upaya yang seharusnya

dilakukan ke depan untuk rekonstruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan.

D. Metodologi Penelitian

1. Paradigma Penelitian

Dalam menggunakan paradigma peneliti tertarik mengangkatnya dengan paradigma *constructivism.* Dipilihnya paradigma *constructivism* dengan mempertimbangkan bahwa hukum adalah realitas sosial, maka kebenarannya tergantung bagaimana masyarakat melakukan interpretasi. Selain itu melalui paradigm *constructivism* peneliti ingin melakukan telaah secara objektif terkait data-data yang secara akurat, kemudian dikonstruksikan melalui konsep hukum yang tinggal diuji lagi kekuatannya.

Paradigma *konstrutifisme* ini menekankan pada pengetahuan yang didapat dari pengalaman atau penulisan yang kemudian dikonstruksikan sejauh pengalaman atau penulisan yang dimilikinya. Proses konstruksi ini akan berjalan terus menerus karena ditemukannya suatu paham yang baru, yang kemudian dapat dijadikan landasan untuk merumuskan suatu sistem atau regulasi berupa peraturan perundang-undangan yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

2. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian *socio legal research*. Kajian *socio legal research* merupakan kajian yang "memadukan" kajian hukum doktrinal dengan kajian sosial. Perpaduan ini dilandasi oleh keyakinan bahwa aturan hukum tidak pernah bekerja di ruang hampa. Aturan hukum bekerja di ruang yang penuh dengan sistem nilai, kepentingan yang dapat dominan, tidak netral. Oleh karena itu di dalam kajian *socio legal research* dilakukan studi tekstual terhadap Pasal-Pasal dalam peraturan hukum. Selanjutnya dilakukan analisis secara tajam apakah aturan-aturan itu di dalam masyarakat dapat mewujudkan keadilan, kestabilan hidup dan kesejahteraan di dalam masyarakat. Untuk itulah

dilakukan penelitian sosial yang untuk akurasi dan pencapaian kebenarannya didasarkan pada paradigma. Penelitian sosial itu lalu bisa disimpulkan aturan-aturan hukum itu dapat memberikan keadilan atau tidak.

3. Sifat Penelitian

Sifat penelitian yang penulis gunakan adalah bersifat *deskritif analitis* adalah menggambarkan peraturan-peraturan yang berlaku (hukum positif) yang kemudian dihubungkan dengan teori-teori hukum.

Penelitian diskritif yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk memberikan gambaran atau penjelasan secara konkrit tentang keadaan objek atau masalah yang diteliti tanpa mengambil kesimpulan secara umum. Spesifikasi penelitian diskritif oleh Soerjono Soekamto dijelaskan bahwa penelitian deskritif adalah suatu penelitian yang dimaksudkan untuk memberikan data yang seteliti mungkin dengan manusia, keadaan atau gejal-gejala lainnya, serta hanya menjelaskan keadaan objek masalahnya tanpa bermaksud mengambil kesimpulan yang berlaku umum.

Dari segi sifatnya, penelitian diskriptif analitis yaitu analisa data yang dilakukan tidak keluar dari lingkup permasalahan dan berdasarkan teori atau konsep yang bersifat umum diaplikasikan untuk menjelaskan tentang seperangkat data dengan seperangkat data yang lainnya.

4. Motode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan adalah *Critical thinking. Critical thinking* adalah kemampuan untuk berpikir jernih dan rasional, memahami hubungan logis antar gagasan. Kemampuan ini akan sangat penting bagi generasi muda nusantara ini karena kedepan mereka akan menghadapi situasi dan kondisi yang penuh dengan ketidak pastian dan hal itu sudah jelas terlihat dihadapan kita. *Critical Thinking* (berpikir kritis) adalah kegiatan berpikir yang dilakukan dengan mengoperasikan potensi intelektual untuk menganalisis, membuat pertimbangan dan mengambil keputusan secara tepat dan melaksanakanya secara benar. Beberapa prinsip yang harus dikembangkan dalam Deep Dialogue/Critical Thinking, antara

lain adalah adanya komunikasi dua arah dan prinsip saling memberi yang terbaik, menjalin hubungan kesederajatan dan keberadaban serta empatisitas yang tinggi. Fokus kajian Deep Dialogue/Critical Thinking dalam pembelajaran dikonsentrasikan dalam mendapatkan pengetahuan dan pengalaman melalui dialog secara mendalam dan berpikir kritis.

Menurut Satjipto Rahardjo dalam hukum modern merupakan respon terhadap sistem produksi ekonomi baru (kapitalis), karena sistem yang lama sudah tidak dapat lagi melayani perkembangan-perkembangan yang merupakan dampak dari bekerjanya sistem ekonomis kapitalis tersebut. Dengan bertolak dari pemikiran yang demikian, hukum modern perlu dikritisi dan di rekonstruksi dengan upaya mencari nilai-nilai hukum yang bersumber dari rasa keadilan masyarakat Indonesia.

5. Lokasi penelitian

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah" dilakukan dengan menggunakan tehnik *non random sampling* yaitu *purposive sampling*, penarikan sampel bertujuan dilakukan dengan cara mengambil subyek didasarkan pada tujuan tertentu. Pengambilan sampel dilakukan pada daerah lokus *stunting* yang ada di daerah Jawa Tengah. Adapun peneliti memilih lokasi *stunting* dan mengambil 3 sampel, dikarenakan tahun 2020 terdapat 3 daerah di Jawa Tengah yang memiliki angka bayi *stunting* yang cukup tinggi, antara lain Kabupaten Wonosobo dengan 27,17%, disusul Banjarnegara dengan 24,31 %, dan Kabupaten Rembang dengan 24,15 % balita. Adapun sampel yang digunakan di lokus *stunting* ada 3 tempat yaitu wilayah daerah Propinsi Jawa tengah yaitu di kabupaten Demak, kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora.

6. Sumber Data Penelitian

Sumber data penelitian terdiri dari sumber data primer dan sumber data sekunder, sumber data primer dan sekunder peneliti uraikan sebagai berikut :

a. Sumber data primer yaitu data yang diperoleh langsung melalui sumber

di lapangan penelitian. Sumber data primer memungkinkan peneliti menemukan data/hasil penelitian secara otentik dari sumber yang dipercaya. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari nara sumber *stakeholder* berupa kebijakan penanggulanan *stunting* di berbagai instansi Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah.

b. Sumber data sekunder yaitu sumber data yang meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tertier yang kesemuanya dapat ditemukan melalui peraturan perundang-undangan, buku-buku, tulis-tulisan, koran, majalah dan sumber data tertulis lainnya yang diperoleh dari hasil studi pustaka, studi dokumentasi dan studi arsip. Bahan hukum primer yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat. Bahan hukum sekunder terdiri dari rancangan peraturan perundang-undangan, Hasil karya ilmiah para pakar, baik yang telah diterbitkan atau yang belum atau tidak diterbitkan tetapi terdokumentasi dalam lembaga perpustakaan tertentu,hasil penelitian, baik yang telah dipublikasikan maupun yang belum dan hasil seminar dan diskusi. Sedangkan Bahan hukum tertier dalam hal ini terdiri dari *ensiklopedi*, Kamus-kamus hukum dan kamus umum.

7. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dalam penelitian "Kebijakan pencegahan dan penanggulangan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan" dengan kuesioner (*offline*), wawancara (*online*) dan studi Pustaka, yang kemudian akan dianalisa menggunakan aplikasi PES (*Policy Environment Score)* merupakan aplikasi untuk mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah dapat mendukung suatu program atau kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting.*Metode wawancara yang dipakai adalah bebas terpimpin untuk melakukan penelaahan data secara langsung melalui sumber- Sumber data melalui wawancara peneliti temukan dari pihak-pihak yang berkaitan dengan penelitian yang dilakukan. Pihak-pihak yang peneliti wawancarai di antaranya adalah:

a. Instansi Dinas Kesehatan
b. Instansi Dinas Pertanian dan Pangan
c. Instansi Dinas Sosial dan Perlindungan Anak

Studi pustaka/dokumentasi adalah ditujukan untuk memperoleh data langsung dari tempat penelitian, meliputi buku-buku yang relevan, peraturan, laporan kegiatan, foto-foto, dan data yang relevan penelitian.

8. Analisis Data

Analisis data yang peneliti gunakan adalah deskriptif *kualitatif*. Analisis secara *kualitatif* dalam hal ini adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain.

Dalam analisis secara *kualitatif*, peneliti diharapkan menganalisisnya dengan mengkombinasikan setiap permasalahan yang ada dalam 'Kebijakan penanggulangan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah dengan metode yang dianalisa menggunakan aplikasi PES (*Policy Environment Score)* merupakan aplikasi untuk mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah dapat mendukung suatu program atau kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.

Dalam masa pandemi ini penulis dalam pengumpulan data didapat dari wawancara *online*, kuosiener secara *offline* dan studi pustaka sehingga didapat data yang kemudian dianalisa secara kualitatif dengan mengaitkan tuntutan nilai keadilan dalam pencegahan dan penanggulangan *stunting***.**

E. Kerangka Teori

Kerangka teori yang dibangun dalam disertasi ini dilandasi pada 3 (tiga) tataran teori, yaitu :

1. *Grand theory* adalah teori keadilan.

2. *Middle theory* adalah teori Hukum Negara Kesejahteraan, teori Tumbuh dan Kembang Anak, Teori Aplikasi PES dan Teori Hukum *Lawrence Meir*

Friedman.

3. *Applied theory* adalah teori Hukum *Progresif.*

F. Simpulan

1. Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintah Provinsi Jawa Tengah saat ini belum terkondisikan.

Negara Indonesia termasuk salah satu negara yang mempunyai permasalahan gizi, salah satunya adalah *stunting. Stunting* merupakan salah satu keadaan malnutrisi kronis yang berhubungan dengan ketidakcukupan zat gizi masa lalu. *Stunting* bila diukur sebagai status gizinya dapat dengan memperhatikan tinggi atau panjang badan, umur, dan jenis kelamin balita. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya.

Menurut *World Health Organization* (WHO), masalah kesehatan masyarakat dapat dianggap buruk jika prevalensi *stunting* lebih dari 20 persen. Artinya, jika secara Nasional mencapai angka tersebut maka masalah *stunting* di Indonesia tergolong kronis.

Kondisi *stunting* di Indonesia saat ini, dengan adanya kebijakan *stunting* yaitu Kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, masih tinggi dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018) yang sasaran prioritas seribu hari pertama kehidupan. Seribu hari pertama kehidupan adalah fase kehidupan yang dimulai sejak terbentuknya janin dalam kandungan sampai anak berusia 2 (dua) tahun.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan penurunan prevalensi stunting balita di tingkat Nasional sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Global Nutrition Report 2016 mencatat bahwa prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara.Target penurunan prevalensi *stunting* di Indonesia diselaraskan dengan target global, yaitu target World Health Assembly (WHA) untuk menurunkan prevalensi *stunting* sebanyak 40% pada tahun 2025 dari kondisi tahun 2013. Selain itu, target tujuan pembangunan berkelanjutan/*Sustainable*

Development Goals (TPB/SDGs) adalah menghapuskan semua bentuk kekurangan gizi pada tahun 2030. Untuk itu, diperlukan upaya percepatan penurunan *stunting* dari kondisi saat ini agar prevalensi *stunting* balita turun menjadi 19.4% pada tahun 2024. Dengan masih adanya *stunting*, Pemerintah mencanangkan percepatan dalam melakukan penurunan dan pencegahan *stunting* dan menargetkan menurunkan prevalensi *stunting* hingga 14% pada tahun 2024.

Masih adanya *stunting* di Indonesia, kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi diganti dengan kebijakan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* yang sasarannya lebih luas yaitu remaja, calon pengantin, ibu hamil, ibu menyusui dan anak berusia 0 (nol) - 59 (lima puluh Sembilan) bulan.

Dengan adanya kebijakan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*, berdasarkan hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Kementerian Kesehatan, prevalensi balita *stunting* sebesar 24,4% pada 2021. Artinya, hampir seperempat balita Indonesia mengalami *stunting* pada tahun lalu. Namun, demikian, angka tersebut lebih rendah dibanding 2020 yang diperkirakan mencapai 26,9%. Pemerintah menargetkan *stunting* di Indonesia akan turun menjadi hanya 14% pada 2024. Maka upaya pemerintah memasukkan *stunting* menjadi salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2030.

Dengan adanya kebijakan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*, berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021 yang dilaksanakan Kementerian Kesehatan, angka prevalensi *stunting* di Indonesia pada 2021 sebesar 24,4%, atau menurun 6,4% dari angka 30,8% pada 2018. Maka upaya pemerintah memasukkan *stunting* menjadi salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk

pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2030.

Kondisi *stunting* di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora berdasarkan hasil Riskesdas 2013 s/d 2018 data jumlah balita *stunting* di Kabupaten Wonosobo sebesar 41,12 %, Kabupaten Blora 55,06 % dan Kabupaten Demak 50,28 %.

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* pada Tahun 2018-2020 masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting* dan payung hukum dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah dalam melakukan perencanaan dan penganggaran. Untuk Kabupaten Wonosobo, Kabupaten Blora dan Kabupaten Demak, kebijakan masih dalam bentuk Peraturan Bupati.

2. Kelemahan-kelemahan dalam mengelola kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah saat ini.

Pemerintah sudah mengupayakan berbagai cara pencegahan dan penanganan *stunting,* akan tetapi hasil pelaksanaan masih ada sedikit program/ kegiatan yang mengalami kendala atau kelemahan dalam pencegahan dan penangan *stunting* di masa pandemi terutama dalam perencanaan (P1), pelaksanaan (P2) dan evaluasi (P3). Adanya isu-isu terkait permasalahan *stunting* yang masih parsial, peneliti meneliti kebijakan *stunting* di Indonesia dengan cara mengukur kebijakan sebelum dan sesudah adanya kebijakan *stunting*. Peneliti menggunakan sampel tiga Kabupaten yaitu Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora.

Dalam upaya penguatan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah, peneliti menilai kebijakan *stunting* dengan aplikasi PES (*Policy Environment Score*) yang mempunyai tujuan mengukur seberapa beasr pengaruh lingkungan kebijakan

disuatu negara dapat mendukung suatu program atau kebijakan.

Analisis lingkungan strategi kebijakan dengan menggunakan metode pengumpulan data dari kuesioner *offline* (*https://rb.gy/dpf71h*), wawancara *online* dan studi Pustaka. Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan masih banyak kelemahan-kelemahan dilihat dari subtansi hukum, struktur hukum dan budaya hukum.

a. Kelemahan-kelemahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas dilihat Subtansi Hukum

1) Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 didapatkan masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting dan* payung hukum dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah dalam melakukan perencanaan dan penganggaran.

   Berdasarkan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa kebijakan/ payung hukum masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota.

   Hasil rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan berbasis keadilan, adalah payung hukum yang masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah/ provinsi, maka rekontruksi kebijakan daerah dari PERBUP menjadi PERDA tentang pencegahan dan penanganan *stunting.* PERDA merupakan sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yg bersifat memaksa. Sedangkan PERBUP adalah peraturan yang dikeluarkan oleh bupati atas wewenangnya dalam daerah otonom terkait suatu hal demi kepentingan masyarakat dan secara tertulis. Kalau PERDA Kabupaten adalah segala macam peraturan daerah kabupaten yg dibuat oleh DPRD kabupaten bersama Bupati mengenai suatu hal, dan sama-sama masuk dalam Hirarki perundangan yg sifat hukumnya mengikat dan mempunya sanksi hukum yg

bersifat memaksa.

2) Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 didapatkan belum ada panduan yang menjadi acuan/pedoman bagi PEMDA dalam melaksanakan kemitraan dalam percepatan penurunan *stunting*.

   Berdasarkan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa pedoman/ panduan dalam pelaksanaan kemitraan penurunan *stunting* tingkat desa/ masyarakat/ swasta masih kurang.

   Hasil rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan berbasis keadilan, adalah mengusulkan pedoman/ panduan dalam pelaksanaan kemitraan penurunan *stunting* tingkat desa/ masyarakat/ swasta.

b. Kelemahan-kelemahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas dilihat Struktur Hukum

Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 dan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa didapatkan struktur organisasi pelaksanaan penurunan organisasi di daerah sudah ada, akan tetapi pelaksanaan kegiatan masih belum optimal karena pandemi dan kejelasan pelaku penanggung jawab, pelaksana dan monev di daerah/ provinsi masih kurang. Adapun kegiatan yang masih kurang adalah rembug *stunting* tingkat kecamatan/ desa, sosialisasi/ penyuluhan terkait *stunting* di desa/ masyarakat/ swasta. Rekontruksi Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintah berbasis keadilan, adalah mengusulkan Pedoman/ Panduan terkait pelaksanaan kegiatan *stunting* didesa/ masyarakat/swasta dan diusulkan pengukuran kebijakan analisis lingkungan strategis kebijakan (salah satu pendekatan dalam melakukan analisis lingkungan kebijakan adalah *Policy Environment Score* (PES). Kebijakan *stunting* yang ada di Indonesia diukur dengan cara mengukur kebijakan sebelum dan sesudah adanya

kebijakan *stunting*. Dalam upaya penguatan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan, peneliti menilai kebijakan *stunting* dengan aplikasi PES (*Policy Environment Score*) yang mempunyai tujuan mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan disuatu negara dapat mendukung suatu program atau kebijakan.

c. **Kelemahan-kelemahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas dilihat Budaya Hukum**

Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 dan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa didapatkan masih rendahnya pengetahuan tentang *stunting* dan masih ada orang tua yang belum menerima anaknya kategori *stunting* karena belum ada pedoman dan panduan bagi desa/ masyarakat/ swasta tentang *stunting.* Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintah berbasis keadilan, adalah mengusulkan Pedoman/ Panduan *stunting* didesa/ masyarakat/ swasta.

3. Rekonstruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintah pada Provinsi Jawa Tengah berbasis Keadilan

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas antara lain : QS. Al-Baqarah Ayat 233 yang artinya ”Dan ibu-ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama dua tahun penuh, bagi yang ingin menyusui secara sempurna, Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 B ayat (2) ditegaskan bahwa: *“Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi”*, Undang- Undang Dasar 1945 Pasal 34 ditegaskan bahwa “*fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara*”. artinya terhadap anak *stunting* Negara harus bertanggung jawab untuk menyejahterakan masyarakat khususnya keluarga yang tidak berkecukupan, Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang

Kesehatan, Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1997 tentang Peradilan Anak, Undang-undang Pangan, bahkan diatur pula dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* serta Peraturan Bupati yang ada di daerah dan Peraturan Desa.

Sebelum adanya kebijakan *stunting* pada tahun 2013 yaitu Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting* dan belum ada komitmen bersama dalam upaya penurunan *stunting*, maka status *stunting* di Indonesia terutama pada balita pendek cenderung statis. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi balita pendek di Indonesia sebesar 36,8%. Pada tahun 2010, terjadi sedikit penurunan menjadi 35,6%. Namun prevalensi balita pendek kembali meningkat pada tahun 2013 yaitu menjadi 37,2%. Setelah adanya kebijakan pemerintah Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, maka tahun 2017 prevalensi balita pendek kembali masih meningkat menjadi 29,6%.

Kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, belum dapat mengakomodasi upaya pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* secara efektif dan kebijakan itu diganti dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*. Setelah adanya kebijakan baru, berdasarkan hasil SSGI tahun 2021 angka stunting secara Nasional mengalami penurunan sebesar 1,6 persen per tahun dari 27.7 persen tahun 2019 menjadi 24,4 persen tahun 2021. Hampir sebagian besar dari 34 provinsi menunjukkan penurunan dibandingkan tahun 2019.

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintah pada Provinsi Jawa Tengah sesuai Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting.* Strategi Nasional Percepatan Penurunan *Stunting* adalah langkah-langkah berupa 5 (lima) pilar yang berisikan kegiatan untuk percepatan

penurunan *stunting* dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan melalui pencapaian target Nasional prevalensi *stunting* yang diukur pada anak berusia di bawah 5 (lima) tahun. Pencapaian target Nasional prevalensi *stunting* target yang harus dicapai sebesar l4% (empat belas persen) pada tahun 2024. Adapun sasarannya remaja, calon pengantin; ibu hamil;ibu menyusui; dan anak berusia 0 (nol) - 59 (lima puluh sembilan) bulan. Saat ini tahun 2021 bila dibandingkan dengan negara Asia Tenggara prevalensi *stunting* di Indonesia (24,4%) lebih baik dibandingkan Myanmar (35%), tetapi masih lebih tinggi dari Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%).

Simpulan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah selama ini dilaksanakan masih belum optimal karena masih dalam kebijakan Peraturan Bupati (PERBUP) maka peneliti mengusulkan rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah menjadi Peraturan Daerah (PERDA) yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi yang bersifat memaksa. Adapun sanksi penyelenggara pemerintah daerah apabila sudah menerapkan kebijakan *stunting* pada PERDA tidak dilakukan, maka penyelenggara pemerintah daerah provinsi atau kabupaen/kota akan mendapatkan sanksi adminitratif berdasarkan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja pasal 252 dimana Kepala Daerah dan anggota DPRD berupa tidak dibayarkan hak keuangan selama 3 (tiga) bulan. Secara keseluruhan *stunting* merupakan masalah multidimensi, maka penanganannya harus multiaktor, dalam pelaksanaannya perlu adanya aturan khusus yang mengatur tentang *stunting* dengan muatan hukum dan penyelenggaraan perlindungan anak penderita *stunting* merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama yakni negara, masyarakat, keluarga dan orang tua yang meliputi perlindungan yuridis, ekonomi, sosial dan budaya. Oleh karena itu, dalam pemenuhan hak dasar anak, maka tanggung jawab tersebut dilakukan secara holistik dengan bekerjasama dengan para stakeholder.

G. Implikasi

1. Implikasi Teoritis

Wawasan baru dalam bidang kesehatan, bahwa isu-isu di bidang kesehatan terutama masalah *stunting* (gizi buruk) antara lain adanya *stunting* sangat berpengaruh terhadap kualitas generasi ke depan. Adanya isu-isu terhadap penanganan *stunting* masih parsial, sebagian belum terstruktur, dan sebagian belum optimal, menurut Satjipto Rahardjo hukum modern kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia perlu dikritisi dan di rekonstruksi dengan upaya mencari nilai-nilai hukum yang bersumber dari rasa keadilan masyarakat Indonesia. Kebijakan penanganan *stunting* masih parsial dan belum optimal, maka perlu dilakukan dengan menganalisa kebijakan dengan aplikasi *Policy Environment Score* (PES), yang mempunyai tujuan mengukur seberapa besar pengaruh kebijakan *stunting* mempengaruhi lingkungan dan kebijakan yang ada apakah ada perubahan sebelum dan sesudah adanya kebijakan. Diharapkan dengan aplikasi PES dapat mengukur, menilai pelaksanaan kegiatan instansi pemerintah meliputi P1 (perencanaan), P2 (pelaksanaan) dan P3 (monitoring dan evaluasi). PES didesain untuk merefleksikan tingkatan dari dukungan dan perubahan yang terjadi selama kurun waktu 1-3 tahun sebagai hasil dari aktifitas kebijakan (*policy activity*).

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan masih banyak kelemahan-kelemahan dilihat dari subtansi hukum, struktur hukum dan budaya hukum, antara lain:

a. Subtansi hukum

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa payung hukum yang masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah/ provinsi, maka rekontruksi kebijakan daerah dari PERBUP menjadi PERDA tentang pencegahan dan penanganan *stunting.* PERDA merupakan sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yg bersifat memaksa. Sedangkan PERBUP adalah peraturan yang dikeluarkan oleh bupati atas wewenangnya dalam daerah otonom terkait

suatu hal demi kepentingan masyarakat dan secara tertulis. Kalau PERDA Kabupaten adalah segala macam peraturan daerah kabupaten yg dibuat oleh DPRD kabupaten bersama Bupati mengenai suatu hal, dan sama-sama masuk dalam Hirarki perundangan yg sifat hukumnya mengikat dan mempunya sanksi hukum yg bersifat memaksa.

b. Struktur hukum

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa struktur organisasi pelaksanaan penurunan *stunting* sudah ada, akan tetapi pelaksanaan kegiatan masih belum optimal karena pandemi dan kejelasan pelaku penanggung jawab, pelaksana dan monev di daerah/ provinsi masih kurang. Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan adalah mengusulkan Pedoman/ Panduan terkait pelaksanaan kegiatan *stunting* didesa/masyarakat/swasta.

c. Budaya Hukum

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa masih rendahnya pengetahuan tentang *stunting* dan masih ada orang tua yang belum menerima anaknya kategori *stunting* karena belum ada pedoman dan panduan bagi desa/ masyarakat/ swasta tentang *stunting*. Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan stakeholder pemerintah dengan mengusulkan Pedoman/ Panduan terkait pelaksanaan kegiatan *stunting* didesa/masyarakat/swasta.

2. Implikasi Praktis

Adanya isu-isu di bidang kesehatan terutama masalah *stunting* (gizi buruk) antara lain adanya *stunting* sangat berpengaruh terhadap kualitas generasi ke depan. Adanya isu-isu terhadap penanganan *stunting* masih parsial, sebagian belum terstruktur, dan sebagian belum optimal, banyak faktor yang mempengaruhi antara lain dilihat dari yuridis, ekonomi, sosial, budaya, pendidikan dan lingkungan. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya aturan khusus yang mengatur tentang *stunting* dengan muatan hukum dan penyelenggaraan perlindungan anak penderita *stunting* merupakan kewajiban dan tanggung jawab

bersama yakni negara, masyarakat, keluarga dan orang tua. Secara yuridis harus ada aturan kebijakan *stunting* dan kebijakan sebagian besar masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah/ provinsi, maka rekontruksi kebijakan daerah dari PERBUP menjadi PERDA tentang pencegahan dan penanganan *stunting.* PERDA merupakan sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yg bersifat memaksa. Secara ekonomi banyak masyarakat yang anaknya *stunting*, sebagian besar faktor ekonomi yang kurang karena kurang asupan makanan. Secara sosial masih banyak masyarakat yang masih sedikit mengenal *stunting*. Secara budaya masih ada masyarakat yang anaknya diasuh oleh orang lain.

3. Implikasi Filosifis

Secara filosofis bahwa negara kita berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, dimana nilai- nilai luhur dalam mewujudkan keadilan, kesejahteraan, dan kebahagiaan manusia harus di junjung tinggi. Masih adanya isu-isu terhadap penanganan *stunting* masih parsial, sebagian belum terstruktur, dan sebagian belum optimal, menurut Satjipto Rahardjo hukum modern kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia perlu dikritisi dan di rekonstruksi dengan upaya mencari nilai-nilai hukum yang bersumber dari rasa keadilan masyarakat Indonesia. Adapun caranya dengan mengukur kebijakan di bidang Kesehatan dengan aplikasi PES. Dari hasil analisa kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah selama ini dilaksanakan masih belum optimal karena masih dalam kebijakan Peraturan Bupati (PERBUP) maka peneliti mengusulkan rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah menjadi Peraturan Daerah (PERDA) yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi yang bersifat memaksa.

4. Implikasi Yuridis

Beranjak dari hukum progresif bahwa hukum untuk manusia, bukan sebaliknya. Hukum dibuat dengan tujuan untuk kemasalahatan umat manusia, sehingga hukum harus berpihak kepada manusia yang mendapatkan ketidakadilan dari segelintir orang yang tidak bertanggung jawab. Simpulan

rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah yang selama ini dilaksanakan masih belum optimal karena masih dalam bentuk PERBUP, maka peneliti mengusulkan rekontruksi kebijakan Perbup menjadi Perda yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yang memaksa. Adapun sanksi penyelenggara pemerintah daerah apabila sudah menerapkan kebijakan *stunting* PERDA tidak dilakukan, maka penyelenggara pemerintah daerah provinsi atau kabupaen/kota akan mendapatkan sanksi adminitratif berdasarkan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja pasal 252 dimana Kepala Daerah dan anggota DPRD berupa tidak dibayarkan hak keuangan selama 3 (tiga) bulan.

5. Implikasi Sosiologis

Secara empiris bahwa faktor *stunting* bisa di mulai dari remaja sampai anak usia 2 tahun. Adanya peristiwa hukum dan gejala-gejalanya, sehingga perlu budaya taat hukum dari kedua pelaku tersebut. Hukum sebagai alat rekayasa sosial sudah seharusnya mewujudkan cita hukum. Cita hukum *(recht idee)* mengandung arti bahwa pada hakekatnya hukum sebagai aturan tingkah laku masyarakat berakar pada gagasan, rasa, karsa dan fikiran dari masyarakat itu sendiri. Jadi cita hukum itu adalah gagasan, karsa, cipta dan pikiran berkenaan dengan hukum atau persepsi tentang makna hukum yang terdiri atas tiga unsur: keadilan, kemanfaatan *(doelmatigheid)* dan kepastian hukum.

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah adalah masalah multi dimensi, maka penanganannya harus multiaktor. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya aturan muatan hukum dinilai dari subtansi, struktural dan budaya hukum, serta penyelenggaraan perlindungan anak penderita *stunting* merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama yakni negara, masyarakat, keluarga dan orang tua yang meliputi perlindungan yuridis, ekonomi, sosial, budaya, pendidikan dan lingkungan. Oleh karena itu, dalam pemenuhan hak dasar anak, maka tanggung jawab tersebut dilakukan secara holistik dengan bekerjasama dengan para stakeholder.

H. Saran

1. Bagi Pemerintahan

Sebagai bahan rujukan pemerintah bahwa kebijakan percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* Pemerintah/ Propinsi / Daerah perlu di lakukan pengukuran kebijakan sebelum atau sesudah kebijakan ditetapkan dan dapat mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah dapat mendukung suatu program atau kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting,* dan perlu advokasi pemerintah ke provinsi/ daerah terkait kebijakan *stunting* serta rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah menjadi Peraturan Daerah (PERDA) yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi yang bersifat memaksa. Diharapkan angka *stunting* menurun sesuai kebijakan *stunting* tahun 2021 dan capaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2025 yaitu penurunan angka *stunting* hingga 40% serta Menurut World Health Organization (WHO), masalah kesehatan masyarakat dapat dianggap buruk jika prevalensi *stunting* lebih dari 20 persen, artinya, jika secara Nasional mencapai angka tersebut maka masalah *stunting* di Indonesia tergolong kronis.

2. Bagi Stakeholder

Sebagai bahan pengetahuan dasar dan ketrampilan sesuai profesi dan kewenangan dalam pencegahan dan penanganan *stunting* bagi steakeholder yang ada di instansi provinsi Jawa Tengah, dengan cara mendukung dan melaksanakan kebijakan daerah terkait *stunting* dengan cara membuat perencanaan (kebijakan, aturan), pelaksanaan serta monitoring evaluasi di suatu pemerintah/organisasi.

3. Bagi Kabupaten

Sebagai bahan rujukan bagi daerah/ kota bahwa kebijakan percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* daerah melalui aksi integrasi pemerintah perlu adanya perubahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah dari Peraturan Bupati (PERBUP) menjadi Peraturan Daerah (PERDA) dan melakukan advokasi dan monev terkait pelaksanaan kegiatan di tiap OPD/ organisasi serta membuat panduan *stunting* bagi desa, organisasi/ swasta.

4. Bagi Masyarakat

Sebagai bahan bagi masyarakat untuk mengerti, memahami dan aktiv bahwa kebijakan percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* daerah perlu adanya keikutsertaan masyarakat untuk mendukung, mengerti, memahami dan aktiv dalam upaya penurunan *stunting.*

5. Bagi Akademis

Sebagai bahan pengetahuan dan memperkuat penelitian selanjutnya, dengan topik yang sama dalam perpektif yang berbeda khususnya mengenai efektifitas dan efisiensi kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*. melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah yang diukur dengan aplikasi PES (*Policy Environment Score)* merupakan aplikasi untuk mengukur kebijakan sebelum dan setelah kebijakan, dengan adanya kebijakan yang ada apakah adanya perubahan angka *stunting*. Dan Kebijakan stunting perlu dilakukan rekontruksi karena selama ini pelaksanaan belum optimal, karena masih dalam kebijakan Peraturan Bupati (PERBUP) maka peneliti mengusulkan rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah menjadi Peraturan Daerah (PERDA) yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi yang bersifat memaksa. Dan jika penyelenggara pemerintahan daerah provinsi atau kota/ kabupaten yang masih memberlakukan PERDA yang tidak sesuai dengan ketentuan, maka sanksi administrasi bagi kepala daerah dan anggota DPRD berupa tidak dibayarkan hak keuangan selama 3 bulan.

SUMMARY

A. Background

This dissertation was written against the background of data in 2018 showing that 30.8% of children under five in Indonesia were stunted. Although the prevalence has decreased from 37.2% in 2013, the prevalence still shows that 1 in 3 Indonesian children are malnourished in the long term. The results of the Basic Health Research (Riskesdas) in 2018 showed a decrease in the prevalence of *stunting* at the national level by only 6.4% over a 5-year period, from 37.2% (2013) to 30.8% (2018). With *stunting* still persisting, the Government has launched an acceleration in reducing and preventing *stunting* and is targeting to reduce *stunting* prevalence to 14% by 2024.

The existence of issues in the health sector, especially the problem of *stunting* (malnutrition) greatly affects the quality of future generations, the handling of *stunting* is still partial, some are not structured, and some are not optimal; and the lack of awareness of the importance of *stunting* prevention and treatment as well as the lack of regulations governing the acceleration of *stunting* prevention and handling among local government stakeholders.

Stunting is one of the targets of the Sustainable Development Goals (SDGs) which is included in the 2nd sustainable development goal, namely eliminating hunger and all forms of malnutrition by 2030 and achieving food security. The target set is to reduce the *stunting* rate to 40% by 2025.

Based on the results of Riskesdas 2013 to 2018 from 100 districts of Central Java Province, there are priorities for handling *stunting* at the national level, which consists of 7 Central Java districts *stunting* data, including: Wonosobo Regency, Klaten Regency, Grobogan Regency, Blora Regency, Demak Regency, Regency Pemalang and Brebes Regency. And from 7 districts in the province of Central Java, the researchers took 3 districts, namely Wonosobo, Blora and Demak districts. Demak. From each district/city, 10 village *stunting* loci are assigned to become 1000 priority villages for *stunting* handling. The data on the number of *stunting* toddlers in Wonosobo Regency is

41.12%, Blora Regency 55.06% and Demak Regency 50.28%.

B. Problem

To analyze and solve legal events related to the background of the *stunting* prevention and handling policy problem, this research is structured as follows:

1. Why is the policy for preventing and handling *stunting* at the Puskesmas through integration actions with stakeholders from the Central Java Provincial government not yet conditioned?
2. What are the weaknesses in managing the *stunting* prevention and handling policies of the Puskesmas through integration actions with the current Central Java Provincial Government stakeholders?
3. How is the reconstruction of policies for preventing and handling *stunting* at the Puskesmas through integration actions with government stakeholders in the Province of Central Java based on justice?

C. Research Objectives

The purpose of this research will be directed at several things as follows:

1. To find out and analyze policies for preventing and handling *stunting* through integration actions with stakeholders of the current Central Java Provincial Government that have not been conditioned.
2. To analyze and find weaknesses in managing *stunting* prevention and handling policies through integration actions with stakeholders of the current Central Java Provincial Government.
3. To analyze and find answers to the efforts that should be made in the future for the reconstruction of policies on prevention and handling of *stunting* in Puskesmas through integration actions with stakeholders of the Central Java Provincial Government based on justice.

D. Research Methodology

1. Research Paradigm

In using the paradigm, researchers are interested in lifting it with the constructivism paradigm. The constructivism paradigm was chosen by considering that the law is a social reality, so the truth depends on how society interprets it. In addition, through the constructivism paradigm, the

researcher wants to conduct an objective study of accurate data, which is then constructed through legal concepts whose strength is only to be tested.

This constructivist paradigm emphasizes knowledge gained from experience or writing which is then constructed as far as experience or writing has. This construction process will run continuously because of the discovery of a new understanding, which can then be used as the basis for formulating a system or regulation in the form of laws and regulations that can be applied in everyday life.

2. Type of Research

The type of research conducted is socio legal research. The study of socio legal research is a study that "integrates" doctrinal legal studies with social studies. This combination is based on the belief that the rule of law never works in a vacuum. The rule of law works in a space full of value systems, interests that can be dominant, not neutral. Therefore, in the study of socio legal research, a textual study is carried out on the articles in the legal regulations. Furthermore, a sharp analysis is carried out whether these rules in society can realize justice, stability of life and prosperity in society Public. For this reason, social research is carried out which is based on paradigms for accuracy and attainment of truth. The social research can then conclude that legal rules can provide justice or not.

3. Nature of Research

The nature of the research that the author uses is descriptive analytical, which describes the applicable regulations (positive law) which is then linked to legal theories. Discretive research is a research that aims to provide a concrete description or explanation of the state of the object or problem under study without drawing general conclusions. The specification of descriptive research by Soerjono Soekamto explained that descriptive research is a research that is intended to provide data that is as accurate as possible with humans, circumstances or other symptoms, and only explains the state of the object of the problem without intending to draw generally accepted conclusions.

In terms of its nature, descriptive analytical research is data analysis that is carried out not outside the scope of the problem and based on general theories or concepts applied to explain a set of data with other data sets.

4. Approach Method

The approach method used is Critical thinking. Critical thinking is the ability to think clearly and rationally, to understand logical relationships between ideas. This ability will be very important for the young generation of this archipelago because in the future they will face situations and conditions that are full of uncertainty and this is clearly visible in front of us. Critical Thinking (critical thinking) is a thinking activity carried out by operating the intellectual potential to analyze, make judgments and make appropriate decisions and implement them correctly. Several principles that must be developed in Deep Dialogue/Critical Thinking, among others, are the existence of two-way communication and the principle of giving the best to each other, establishing a relationship of equality and civility as well as high empathy. The focus of the Deep Dialogue/Critical Thinking study in learning is concentrated in gaining knowledge and experience through deep dialogue and critical thinking.

According to Satjipto Rahardjo, modern law is a response to the new (capitalist) economic production system, because the old system can no longer serve developments that are the impact of the working of the capitalist economic system. Starting from this thought, modern law needs to be criticized and reconstructed by seeking legal values that originate from the sense of justice of the Indonesian people.

5. Research location

The policy for preventing and handling *stunting* at the Puskesmas through integration actions with stakeholders from the Central Java Provincial Government was carried out using a non-random sampling technique, namely purposive sampling, the sampling was aimed at taking subjects based on certain goals. Sampling was carried out at the *stunting* locus area in Central Java. The researchers chose *stunting* locations and

took 3 samples, because in 2020 there are 3 regions in Central Java that have a fairly high number of *stunting* babies, including Wonosobo Regency with 27.17%, followed by Banjarnegara with 24.31%, and Rembang Regency with 24.15% under five. The samples used at the *stunting* locus were 3 places, namely the Central Java Province, namely in Demak Regency, Wonosobo Regency and Blora Regency.

1. Research Data Sources

Research data sources consist of primary data sources and secondary data sources, primary and secondary data sources, researchers describe as follows:

a. Primary data sources are data obtained directly through sources in the research field. Primary data sources allow researchers to find authentic research data/results from trusted sources. The primary data in this study were obtained from stakeholder sources in the form of *stunting* prevention policies in various Central Java Provincial Government agencies.

b. Secondary data sources are data sources that include primary legal materials, secondary legal materials and tertiary legal materials, all of which can be found through laws and regulations, books, writings, newspapers, magazines and other written data sources obtained from the study results. literature, documentation studies and archive studies. Primary legal materials are binding legal materials. Secondary legal materials consist of draft laws and regulations, the results of scientific works of experts, either published or unpublished or unpublished but documented in certain library institutions, research results, both published and unpublished and the results of seminars and discussions. While tertiary legal materials in this case consist of encyclopedias, legal dictionaries and general dictionaries.

7. Data Collection Method

The method of data collection in the research "Policy on prevention and control of *stunting* in health centers through integration actions with

stakeholders of the Central Java Provincial government based on justice" with questionnaires (offline), interviews (online) and library studies, which will then be analyzed using the PES (Policy Environment Score) application is an application to measure how much influence the policy environment in an area can support a *stunting* prevention and handling program or policy. The interview method used is free to be guided to conduct a study of the data directly through data sources through interviews, researchers found from parties related to the research carried out. The parties that the researcher interviewed include:

a. Department of Health

b. Department of Agriculture and Food

c. Social Service and Child Protection Agency

Literature/documentation studies are aimed at obtaining data directly from the research site, including relevant books, regulations, activity reports, photographs, and research-relevant data.

8. Data Analysis

The data analysis that the researcher uses is descriptive qualitative. Qualitative analysis in this case is an effort made by working with data, organizing data, sorting it into manageable units, synthesizing it, looking for and finding patterns, finding out what is important and what is learned, and deciding what to tell. to other people.

In a qualitative analysis, researchers are expected to analyze it by combining every problem that exists in the '*Stunting* prevention policy at the Puskesmas through integration actions with stakeholders of the Central Java Provincial government with the method analyzed using the PES (Policy Environment Score) application, which is an application to measure how much influence the environment has. policies in an area can support a *stunting* prevention and management program or policy.

During this pandemic, the authors collected data from online interviews, offline questionnaires and literature studies so that data were obtained which were then analyzed qualitatively by linking the demands of

the value of justice in the prevention and control of *stunting*.

E. Theoretical Framework

The theoretical framework built in this dissertation is based on 3 (three) levels of theory, namely:

1. Grand theory is a theory of justice.
2. Middle theory is the Welfare State Law theory, Child Growth and Development theory, PES Application Theory and Lawrence Meir Friedman Legal Theory.
3. Applied theory is the theory of Progressive Law.

F. Conclusion

1. The policy for preventing and dealing with stunting at the Puskesmas through integration actions with stakeholders from the Central Java Provincial government has not yet been conditioned.

Indonesia is one of the countries that have nutritional problems, one of which is stunting. Stunting is a state of chronic malnutrition associated with past nutritional deficiencies. Stunting can be measured as nutritional status by taking into account the height or length of the body, age, and gender of the toddler. Children are classified as stunting if their length or height is below minus two standard deviations of length or height of children their age.

According to the World Health Organization (WHO), public health problems can be considered bad if the prevalence of stunting is more than 20 percent. That is, if nationally it reaches this number, the stunting problem in Indonesia is classified as chronic.

The current state of stunting in Indonesia, with the stunting policy, namely the Presidential Regulation Policy Number 42 of 2013 concerning the National Movement for the Acceleration of Nutrition Improvement, is still high from 37.2% (2013) to 30.8% (2018) which is the priority target for the first thousand days. life. The first thousand days of life is a phase of life starting from the formation of the fetus in the womb until the child is 2 (two) years old.

The results of the 2018 Basic Health Research (Riskesdas) show a decrease in the prevalence of stunting under five at the national level by 6.4%

over a 5-year period, from 37.2% (2013) to 30.8% (2018). The 2016 Global Nutrition Report notes that the prevalence of stunting in Indonesia is ranked 108 out of 132 countries. The target for reducing stunting prevalence in Indonesia is aligned with the global target, namely the World Health Assembly (WHA) target to reduce stunting prevalence by 40% in 2025 from the previous year. 2013. In addition, the target of the Sustainable Development Goals (TPB/SDGs) is to eliminate all forms of malnutrition by 2030. For this reason, efforts are needed to accelerate the reduction of stunting from current conditions so that the prevalence of stunting in children under five falls to 19.4% in 2013. 2024. With stunting still occurring, the Government has launched an acceleration in reducing and preventing stunting and is targeting to reduce stunting prevalence to 14% by 2024.

There is still stunting in Indonesia, the policy of Presidential Regulation Number 42 of 2013 concerning the National Movement for the Acceleration of Nutrition Improvement was replaced with a policy of Presidential Regulation Number 72 of 2021 concerning the Acceleration of Stunting Reduction which targets a wider range of teenagers, prospective brides, pregnant women, breastfeeding mothers and children aged 0 (zero) - 59 (fifty nine) months.

With the policy of Presidential Regulation Number 72 of 2021 concerning the Acceleration of Stunting Reduction, based on the results of the Indonesian Nutrition Status Study (SSGI) of the Ministry of Health, the prevalence of stunting under five children is 24.4% in 2021. This means that almost a quarter of Indonesian children under five experienced stunting last year. However, this figure is lower than 2020 which is estimated to reach 26.9%. The government targets stunting in Indonesia to decrease to only 14% by 2024. So the government's efforts to include stunting as one of the targets of the Sustainable Development Goals (SDGs) which are included in the 2nd sustainable development goal, namely eliminating hunger and all forms of malnutrition by 2030 and achieving food security. The target set is to reduce the stunting rate to 40% by 2030.

With the policy of Presidential Regulation Number 72 of 2021 concerning the Acceleration of Stunting Reduction, based on the results of the 2021 Indonesian Nutrition Status Survey (SSGI) conducted by the Ministry of Health, the stunting prevalence rate in Indonesia in 2021 was 24.4%, or decreased by 6.4% from the number is 30.8% in 2018. So the government's efforts to include stunting as one of the targets of

the Sustainable Development Goals (SDGs) which are included in the 2nd sustainable development goal, namely eliminating hunger and all forms of malnutrition by 2030 and achieving food security. The target set is to reduce the stunting rate to 40% by 2025.

The stunting condition in Demak Regency, Wonosobo Regency and Blora Regency based on the results of Riskesdas 2013 to 2018 data on the number of stunting toddlers in Wonosobo Regency was 41.12%, Blora Regency 55.06% and Demak Regency 50.28%.

There are still many regions that do not have a legal umbrella in accelerating stunting prevention and the legal umbrella in the form of regent/mayor regulations, is considered not too strong as a basis for regions in planning and budgeting. For Wonosobo Regency, Blora Regency and Demak Regency, The policy is still in the form of a Regent Regulation.

2. **Weaknesses in managing policies for preventing and handling stunting in Puskesmas through integration actions with stakeholders from the current Central Java Provincial Government.**

The government has tried various ways to prevent and handle stunting, but the results of the implementation are that there are still a few programs/activities that experience obstacles or weaknesses in preventing and handling stunting during the pandemic, especially in planning (P1), implementation (P2) and evaluation (P3). The existence of issues related to stunting problems that are still partial, researchers examine stunting policies in Indonesia by measuring policies before and after the stunting policy. The researcher used a sample of three regencies, namely Demak Regency, Wonosobo Regency and Blora Regency.

In an effort to strengthen policies on prevention and handling of stunting in Puskesmas through the integration of government stakeholders, researchers assess stunting policies with the PES (Policy Environment Score) application which has the aim of measuring how much influence the policy environment in a country can support a program or policy.

Analysis of the policy strategy environment using data collection methods from offline questionnaires (https://rb.gy/dpf71h), online interviews and library studies. The policy for preventing and handling stunting at the

Puskesmas through the integration of government stakeholders still has many weaknesses seen from the legal substance, legal structure and legal culture.

a. Weaknesses in the prevention and handling of stunting in Puskesmas are seen as legal substances

1) Based on the achievement report of the implementation of the national strategy for the acceleration of stunting prevention for the 2018-2020 period, it was found that there are still many regions that do not have a legal umbrella in accelerating stunting prevention and the legal umbrella in the form of regent/mayor regulations, is considered not too strong as a basis for regions in do planning and budgeting.

Based on the results of data collection in Demak Regency, Wonosobo Regency and Blora Regency, it was found that the policy/legal umbrella was still in the form of a regent/mayor regulation.

Results of the reconstruction of stunting prevention and management policies in Indonesia through integration action with government stakeholders based on justice, is a legal umbrella that is still in the form of a regent/mayor regulation, considered not too strong as a basis for the region/province, then the reconstruction of regional policies from PERBUP to PERDA on stunting prevention and handling. PERDA is legally binding and has coercive legal sanctions. While PERBUP is a regulation issued by the regent on his authority in an autonomous region related to a matter for the benefit of the community and in writing. The Regency Regional Regulations are all kinds of Regency Regional Regulations made by the Regency DPRD together with the Regent regarding a matter, and both are included in the Hierarchy of Laws which are legally binding and have coercive legal sanctions.

2) Based on the report on the achievements of the implementation of the national strategy for the acceleration of stunting prevention for the 2018-2020 period, it was found that there was no guideline that became a reference/guideline for local governments in implementing partnerships in accelerating stunting reduction.

Based on the results of data collection in Demak Regency, Wonosobo

Regency and Blora Regency, it was found that guidelines/guidelines in implementing stunting reduction partnerships at village/community/private level are still lacking.

The result of the reconstruction of stunting prevention and handling policies in Indonesia through integration actions with justice-based government stakeholders is to propose guidelines/guidelines in implementing stunting reduction partnerships at village/community/private levels.

b. Weaknesses in the prevention and handling of stunting at the Puskesmas in terms of the legal structure

Based on the report on the achievements of the implementation of the national strategy for the acceleration of stunting prevention for the 2018-2020 period and the results of data collection in Demak Regency, Wonosobo Regency and Blora Regency, it was found that the organizational structure for implementing organizational reduction in the regions already existed, but the implementation of activities was still not optimal because pandemic and the clarity of the responsible actors, implementers and monev in the regions/provinces is still lacking. The activities that are still lacking are the stunting discussion at the subdistrict/village level, socialization/outreach related to stunting in the village/community/private sector. Policy Reconstruction of stunting prevention and management in Indonesia through integration actions with government stakeholders based on justice, is to propose Guidelines/ Guidelines related to the implementation of stunting activities in the village/community/private sector and proposed policy measurement of policy strategic environmental analysis (one approach in conducting policy environment analysis is the Policy Environment Score (PES). The stunting policy in Indonesia is measured by measuring the policy before and after the stunting policy.In an effort to strengthen the stunting prevention and handling policy of the Puskesmas through the integration of government stakeholders, the researchers assessed the stunting policy with the PES (Policy Environment Score) application which has the aim of measuring how much the influence of the policy environment in a country can support a program or policy.

c. Weaknesses in the prevention and handling of stunting in Puskesmas are seen as legal culture

Based on the report on the achievements of the implementation of the national strategy for the acceleration of stunting prevention for the 2018-2020 period and the results of data collection in Demak Regency, Wonosobo Regency and Blora Regency, it was found that there was still low knowledge about stunting and there were still parents who had not accepted their child in the stunting category because they had not there are guidelines and guidelines for the village/community/private sector on stunting. Reconstruction of stunting prevention and handling policies in Indonesia through integration actions with justice-based government stakeholders, is to propose stunting guidelines /guidelines in the village/ community/private sector.

3. Reconstruction of policies on prevention and handling of stunting in Puskesmas through integration actions with government stakeholders in Central Java Province based on justice

The policies for preventing and handling stunting at the Puskesmas include: QS. Al-Baqarah Paragraph 233 which means "And mothers should breastfeed their children for two full years, for those who want to breastfeed perfectly, the 1945 Constitution of the Republic of Indonesia Article 28 B paragraph (2) affirms that: children have the right to survive, grow and develop and are entitled to protection from violence and discrimination", Article 34 of the 1945 Constitution affirms that "the poor and neglected children are cared for by the state". This means that for stunting children, the state must be responsible for their welfare society, especially families who are not well off, Law Number 4 of 1979 concerning Child Welfare, Law Number 23 of 2002 concerning Child Protection, Law Number 36 of 2009 concerning Health, Law Number 3 of 1997 concerning Juvenile Justice, The Food Law is even regulated in Law Number 39 of 1999 concerning Human Rights, Presidential Regulation Number 72 of 2021 concerning Acceleration of Stunting Reduction as well as Regent Regulations in the regions and Village Regulations.

Prior to the stunting policy in 2013 namely Presidential Regulation

Number 42 of 2013 concerning the National Movement for the Acceleration of Nutrition Improvement, there were still many regions that did not have a legal umbrella in accelerating stunting prevention and there was no joint commitment to stunting reduction efforts, the status of stunting in Indonesia, especially in short toddlers tend to be static. Based on the results of the Basic Health Research (Riskesdas) in 2007, the prevalence of stunting in Indonesia was 36.8%. In 2010, there was a slight decrease to 35.6%. However, the prevalence of stunted toddlers increased again in 2013 to 37.2%. After the government policy of Presidential Regulation Number 42 of 2013 concerning the National Movement for the Acceleration of Nutrition Improvement, in 2017 the prevalence of stunted toddlers still increased to 29.6%.

The policy of Presidential Regulation Number 42 of 2013 concerning the National Movement for the Acceleration of Nutrition Improvement, has not been able to accommodate efforts to implement the acceleration of stunting reduction effectively and the policy was replaced with Presidential Regulation of the Republic of Indonesia Number 72 of 2021 concerning the Acceleration of Stunting Reduction. After the new policy, based on the results of the 2021 SSGI, the national stunting rate decreased by 1.6 percent per year from 27.7 percent in 2019 to 24.4 percent in 2021. Most of the 34 provinces showed a decline compared to 2019.

The policy for preventing and handling health center stunting is through integration actions with government stakeholders in Central Java Province in accordance with Presidential Regulation Number 72 of 2021 concerning the Acceleration of Stunting Reduction. The National Strategy for Accelerating Stunting Reduction is steps in the form of 5 (five) pillars containing activities to accelerate stunting reduction in the context of achieving sustainable development goals through achieving the National target of stunting prevalence measured in children under 5 (five) years of age. Achievement of the National target of stunting prevalence target that must be achieved is 14% (fourteen percent).

in 2024. The targets are teenagers, prospective brides; pregnant women; nursing mothers; and children aged 0 (zero) - 59 (fifty nine) months. Currently in 2021 when compared to Southeast Asian countries the prevalence of stunting in Indonesia (24.4%) is better than Myanmar (35%), but still higher than Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) and Singapore (4%).

The conclusion of the policy of preventing and handling stunting in Puskesmas through the integration of government stakeholders so far has not been optimal because it is still in the policy of the Regent's Regulation (PERBUP). The law is binding and has coercive sanctions. The sanctions for local government administrators if the stunting policy in the PERDA is not carried out, then the provincial or district/city government administrators will receive administrative sanctions based on Law Number 11 of 2020 concerning Job Creation Article 252 in which the Regional Head and DPRD members are not paid. financial rights for 3 (three) months. Overall stunting is a multidimensional problem, so its handling must be multi-actor, in its implementation it is necessary to have special rules governing stunting with legal content and the implementation of protection for children with stunting is a shared obligation and responsibility, namely the state, community, family and parents which includes legal protection, economic, social and cultural. Therefore, in fulfilling the basic rights of children, these responsibilities are carried out holistically in collaboration with stakeholders.

G. Implication

1. Theoretical Implications

New insights in the health sector, that issues in the health sector, especially the problem of *stunting* (malnutrition), including *stunting*, greatly affect the quality of future generations. According to Satjipto Rahardjo, modern law on *stunting* prevention and handling policies in Indonesia needs to be criticized and reconstructed by seeking legal values that originate from the sense of justice of the Indonesian people. . The *stunting* management policy is still partial and not optimal, so it is necessary to analyze the policy with the Policy Environment Score (PES)

application, which has the aim of measuring how much influence the *stunting* policy affects the environment and whether there are changes before and after the policy. It is hoped that the PES application can measure, assess the implementation of government agency activities including P1 (planning), P2 (implementation) and P3 (monitoring and evaluation). PES is designed to reflect the level of support and change that occurs over a period of 1-3 years as a result of policy activity.

The policy for preventing and handling *stunting* at the Puskesmas through the integration of government stakeholders still has many weaknesses seen from the legal substance, legal structure and legal culture, including:

a. Legal substance

From the results of the study, it was found that the legal umbrella, which was still in the form of regent/mayor regulations, was considered not too strong as a basis for regions/provinces, so the reconstruction of regional policies from PERBUP to PERDA on *stunting* prevention and handling. PERDA is legally binding and has coercive legal sanctions. While PERBUP is a regulation issued by the regent on his authority in an autonomous region related to a matter for the benefit of the community and in writing. If the Regency PERDA is all kinds of district regulations made by the district parliament with the regent regarding a matter, and both are included in the hierarchy of laws which are legally binding and have coercive legal sanctions.

b. Legal structure

From the results of the study, it was found that the organizational structure for implementing *stunting* reduction already exists, but the implementation of activities is still not optimal due to the pandemic and the clarity of the responsible actors, implementers and monitoring and evaluation in the regions/provinces is still lacking. Reconstruction of *stunting* prevention and handling policies in Indonesia through integration actions with government stakeholders is to propose Guidelines/Guidelines related to the implementation of *stunting*

activities in the village/community/private sector.

c. Legal Culture

From the results of the study, it was found that knowledge about stunting is still low and there are still parents who have not accepted their child in the stunting category because there are no guidelines and guidelines for villages/ community/ private sectors regarding stunting. Reconstruction of stunting prevention and handling policies in Indonesia through integration actions with government stakeholders by proposing Guidelines /Guidelines related to the implementation of stunting activities in the village/community/private sector.

2. Practical Implications

The existence of issues in the health sector, especially the problem of stunting (malnutrition), among others, stunting is very influential on the quality of future generations. The existence of issues regarding the handling of stunting is still partial, some are not structured, and some are not optimal, many influencing factors are seen from the juridical, economic, social, cultural, educational and environmental aspects. In its implementation, it is necessary to have special rules governing stunting with legal content and the implementation of protecting children with stunting is a shared obligation and responsibility, namely the state, society, family and parents. Juridically there must be rules on stunting policies and most of the policies are still in the form of regent/mayor regulations, considered not too strong as a basis for regions/provinces, so the reconstruction of regional policies from PERBUP to PERDA on stunting prevention and handling. PERDA is legally binding and has coercive legal sanctions. Economically, many people have stunted children, most of the economic factors are lacking due to lack of food intake. Socially, there are still many people who are still little familiar with stunting. Culturally, there are still people whose children are being cared for by other people.

3. Philosophical Implications

Philosophically, our country is based on Pancasila and the 1945 Constitution of the Republic of Indonesia, where noble values in realizing justice, welfare, and human happiness must be upheld. According to Satjipto Rahardjo, modern law on stunting prevention and handling policies in Indonesia needs to be criticized and reconstructed by seeking legal values that stem from a sense of community justice. Indonesia. The method is to measure policies in the health sector with the PES application. From the results of the analysis of the policy for preventing and handling stunting at the Puskesmas through the integration of government stakeholders, so far it is still not optimal because it is still under the Regent's Regulation (PERBUP) policy, the researcher proposes the reconstruction of a policy for preventing and handling stunting in the Puskesmas through the integration of government stakeholders into a Regional Regulation (PERDA). which are legally binding and have coercive sanctions.

4. Juridical Implications

Moving on from progressive law that the law is for humans, not the other way around. Laws are made with the aim of benefiting mankind, so the law must side with humans who get injustice from a handful of irresponsible people. The conclusion is that the reconstruction of policies for preventing and handling stunting in health centers through the integration of government stakeholders that has been implemented so far is still not optimal because it is still in the form of PERBUP, the researchers propose the reconstruction of the Perbup policy into a Regional Regulation that is legally binding and has coercive legal sanctions. The sanctions for local government administrators if the PERDA stunting policy is not implemented, then the provincial or district/city government administrators will receive administrative sanctions based on Law Number 11 of 2020 concerning Job Creation Article 252 where the Regional Head and DPRD members are not paid the right finance for 3 (three) months.

5. Sociological Implications

Empirically, the stunting factor can start from teenagers to children aged 2 years. There are legal events and their symptoms, so a law-abiding culture is needed from the two actors. Law as a tool of social engineering should realize the ideals of law. The ideal of law (recht idee) implies that in essence the law as a rule of community behavior is rooted in the ideas, feelings, intentions and thoughts of the community itself. So the ideals of law are ideas, intentions, creativity and thoughts regarding law or perceptions of the meaning of law which consists of three elements: justice, expediency (doelmatigheid) and legal certainty.

The policy of preventing and handling public health center stunting through the integration of government stakeholders is a multi-dimensional problem, so the handling must be multi-actor. In its implementation, it is necessary to have legal content rules assessed from the substance, structural and legal culture, and the implementation of protection for children with stunting is a shared obligation and responsibility, namely the state, community, family and parents which includes legal, economic, social, cultural, educational protection. and the environment. Therefore, in fulfilling the basic rights of children, these responsibilities are carried out holistically in collaboration with stakeholders.

H. Suggestion

1. For Government

As a reference for the government that the policy of accelerating the prevention and handling of stunting by the Government/ Province/ Regional government needs to measure the policy before or after the policy is established and can measure how much influence the policy environment in an area can support a program or policy for preventing and handling stunting, and it is necessary government advocacy to the provinces/regions related to stunting policies and the reconstruction of policies on prevention and handling of stunting in Puskesmas through the integration of government stakeholders into Regional

Regulations (PERDA) which are legally binding and have coercive sanctions. It is expected that the stunting rate will decrease according to the stunting policy in 2021 and the achievement of the Sustainable Development Goals (SDGs) target in 2025, namely a reduction in the stunting rate to 40% and According to the World Health Organization (WHO), public health problems can be considered bad if the prevalence of stunting is more than 20 percent. , meaning that if nationally it reaches this number, the stunting problem in Indonesia is classified as chronic.

2. Share Stakeholders

As material for basic knowledge and skills according to the profession and authority in the prevention and handling of stunting for stakeholders in Central Java provincial agencies, by supporting and implementing regional policies related to stunting by making plans (policies, rules), implementation and monitoring evaluations in an area. government/organization.

3. For the District

As a reference material for regions/cities that the policy of accelerating the prevention and handling of regional stunting through government integration actions, it is necessary to change policies for preventing and handling Puskesmas stunting through government stakeholder integration actions from Regent Regulations (PERBUP) to Regional Regulations (PERDA) and conducting advocacy and monitoring and evaluation. related to the implementation of activities in each OPD/organization as well as making stunting guidelines for villages, organizations/private sectors.

4. For the Community

As material for the community to understand, understand and be active that the policy to accelerate the prevention and handling of regional stunting requires community participation to support, understand, understand and be active in stunting reduction efforts.

5. For Academics

As material for knowledge and strengthening further research, with the same topic in a different perspective, especially regarding the effectiveness

and efficiency of policies in stunting prevention and management. through integration actions with stakeholders of the Central Java Provincial Government as measured by the PES (Policy Environment Score) application, which is an application to measure policies before and after the policy, with existing policies whether there is a change in stunting rates. And the stunting policy needs to be reconstructed because so far the implementation has not been optimal, because it is still in the Regent's Regulation (PERBUP) policy, the researchers propose the reconstruction of a policy for preventing and handling stunting in Puskesmas through the integration of government stakeholders into a Regional Regulation (PERDA) which is legally binding and has sanctions. coercive. And if the administration of the provincial or city/district government still enforces a PERDA that is not in accordance with the provisions, then the administrative sanction for the regional head and DPRD members is in the form of not paying financial rights for 3 months.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin, puji syukur kami haturkan kepada Allah SWT, Tuhan Semesta Alam yang Maha Raman dan Rahim, sholawat serta salam senantiasa tercurah dan dilimpahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW, beserta segenap keluarga, para sahabat, dan seluruh umatnya. Penulis menyadari, hamya dengan rahmat dan karunia Allah SWT, dan atas niat kesungguhan serta pencarian ridha Illahi, semua telah di mudahkan dalam segala urusan yang telah penulis uraikan dalam tulisan disertasi ini, sekalipun dengan keterbatasan kemampuan penulis dokter di Puskesmas Demak III, sekaligus sebagai hamba Allah SWT yang senantiasa bermunajah memohon untuk menyelesaikan penelitian dan penulisan disertasi yang berjudul "**Rekonstruksi Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* Puskesmas Melalui Aksi Integrasi Bersama Stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Berbasis Keadilan** "

Ide penulisan ini didasari dari pengalaman penulis sebagai dokter puskesmas yang melihat bahwa percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* belum dikelola dengan baik, masih ada kendala yang dihadapi antar lain: belum efektifnya program-program pencegahan *stunting*, belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif di semua tingkatan terkait dengan perencanaan dan penganggaran, penyelenggaraan, dan pemantauan dan evaluasi, belum efektif dan efisiennya pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana, keterbatasan kapasitas dan kualitas penyelenggaraan program, dan masih minimnya advokasi, kampanye, dan diseminasi terkait

stunting, dan berbagai upaya pencegahannya, dan masih minimnya regulasi yang mengatur percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* antara stakeholder pemerintah yang ada didaerah.

Keprihatinan ini telah mendorong peulis mencoba menggali nilai –nilai keadilan dari sumber yang ada di bumi ini, yang berdasarkan Pancasila dengan sedikit pembahasan keadilan berdasarkan nilai-nilai relegius yang dipadukan dengan konsep teori-teori keadilan secara akademis yang lebih mendukung ke arah terjadinya rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintah Provinsi Jawa Tengah berbasis Keadilan.

Penulis menyadari keterbatasan yang ada pada diri penulis, baik dari aspek ilmu agama, hukum, serta ilmu filsafat dan ilmu –ilmu kemasyarakatan yang telah berkembang demikian pesat. Kebingungan penulis pada awal mengikuti Program Doktor Ilmu Hukum di Unissula ini menjadi bukti dan merupakan kenyataan yang tak terabaikan, bukti penulis benar-benar berangkat dari nol basar, dari yang semula hanya berkaca normatif hingga akhirnya bisa melihat kenyataan secara *sosiologis* bahwa hukum tidak sekedar teks-teks tertulis melainkan hukum adalah kemulian yang dikarunikan Allah SWT, kepada dan untuk kebahagian, kemakmuran dan kesejahteraan manusia, untuk itu penulis menyadari bahwa keberadaan hukum kesehatan juga harus mampu mengejawantahkan konsep hukum Illahiyah, bahwa hukum untuk rahmatan lil'alamin. Ilmu datang tidak begitu saja tiba-tiba, semua ada awalnya dan dimulai dari ketidaktahuan penulis. Tanpa kemurahan Allah, tanpa perantara,

tanpa guru dan tanpa teman beserta keikutsertaan banyak pihak yang telah memberikan kesempatan niscaya penulisan disertasi ini terselesaikan. Oleh karena ini selain rasa syukur kehadirat Allah SWT, sudah seharusnya penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Ir. Prabowo Setiyawan, M.T., Ph.D., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang, yang telah memberi kesempatan kepada Penulis selama studi lanjut di Program Doktor (S3) Ilmu Hukum (PDIH) UNISSULA Semarang;
2. Prof. Dr. H. Gunarto, S.H., S.E., Akt., M.Hum., selaku Dekan Fakultas Hukum Universitas Islam Sultan Agung (UNISSULA) Semarang, yang telah membantu dan memberi kemudahan kepada penulis selama studi lanjut di PDIH Unissula Semarang;
3. Ketua Program Doktor (S3) Ilmu Hukum (PDIH) Dr. Anis Masdurohatun, SH., M.Hum., beserta staff pengajar dan staff administrasi yang memberikan bantuan dan kemudahan Penulis untuk mengikuti pendidikan di Program Doktor (S3) Ilmu Hukum Semarang;
4. Sekretaris Program Doktor (S3) Ilmu Hukum (PDIH) Dr. Sri Endah Wahyuningsih, SH.,M.Hum.;
5. Prof.Dr.Mahmutarom HR.,S.H.,M.H selaku Promotor dan penguji yang dengan sabar memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan disertasi ini, sehingga disertasi ini dapat terselesaikan sebagaimana mestinya;

6. Dr.dr.Setyo Trisnadi, Sp.K.F,S.H selaku co-Promotor dan penguji yang dengan sabar dan telah meluangkan waktunya memberikan arahan dan masukan sehingga proposal disertasi ini dapat selesai sebagaimana mestinya;
7. Guvrin Heru Putranto, SKM,MM selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Demak yang memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan disertasi ini;
8. Segenap Civitas Akademika Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang dengan semangat kebersamaannya telah membantu Penulis dalam mengikuti perkuliahan dan menyusun proposal disertasi tepat pada waktunya;
9. Teman-teman seprofesi dokter yang telah membantu penulis dalam mengumpulkan data dan berdiskusi untuk menyelesaikan disertasi ini.
10. Almarhum Bapakku Sriyanto,BA dan Ibuku tercinta Samijati yang telah membesarkan, mendidik dan mengasuhku serta senantiasa memberikan kasih sayangnya dan do'a restunya sejak lahir hingga dewasa, utamanya selalu membimbing dan meningkatkan untuk selalu beriman dan berta'wa kepada Allah SWT.
11. Suamiku tercinta MHD Rusydi Spd.,SKp.,MH.Kes dan kakakku Adi Suryono, ST, anak-anakku Aprilia Rizki Maharani, Fariz Akhdan Al Hazmi dan Muhammad Rizky Firmansyah yang penuh kasih sayang pengertian dan kesediaannya untuk berkorban menjadi ispirasi.

Ucapan terimakasih juga penulis sampaikan kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, namun jasa baiknya menjadi faktor penentu dalam keberhasilan penulis dan penyelesaian disertai ini.Akhirnya penulis menyadari bahwa tulian ini masih jauh dari sempurna untuk dapat dikatakan karya disertasi. Kami senantiasa berdoa semoga Allah SWT Yang Maha Sempurna memberikan kesempurnaan dalam manfaat dan kepentingan bagi sesama dalam pengembangan ilmu hukum dan bagi kepentingan bersama dalam khasanah lainnya. Oleh karena itu semua kritik dan saran bagi penyempurnaan tulisan ini sangat penuh penulis harapkan. Semoga Allah SWT mengampuni segala dosa kesalahan kita.

Semarang, September 2022

Penulis,

Retno Widhiastuti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL ..... **ii**
LEMBAR PENGESAHAN UJIAN DISERTASI ..... **iii**
LEMBAR PERSETUJUAN PROMOTOR DAN CO-PROMOTOR ..... **iv**
MOTTO ..... **v**
PERSEMBAHAN ..... **vi**
PERNYATAAN ORISINILITAS DISERTASI ..... **vii**
ABSTRAK ..... **viii**
ABSTRACT ..... **ix**
RINGKASAN ..... **x**
SUMMARY ..... **xxxi**
KATA PENGANTAR ..... **i**
DAFTAR ISI ..... **vi**
DAFTAR GAMBAR ..... **xi**
DAFTAR TABEL ..... **xii**
DAFTAR RAGAAN ..... **xiv**
DAFTAR GRAFIK ..... **xv**
DAFTAR SINGKATAN ..... **xvi**
BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang 1
B. Rumusan Masalah 16
C. Tujuan Penelitian 17
D. Kegunaan Penelitian 17
1. Kegunaan secara teoritis 17
2. Kegunaan secara praktis 19
E. Kerangka Teori 20
1. Teori Keadilan Sebagai *Grand Theory* 22
2. Teori Negara Kesejahteraan sebagai *Middle Theory* 32
3. Teori Konsep PES (*PolicyEnvironment Score*) sebagai *Middle Theory* 36
4. Teori Konsep dan Tumbuh Kembang pada Anak sebagai *Middle*

Theory 40
5. Teori Hukum Lawrence Meir Friedman sebagai *Middle Theory*.....49
6. Teori Hukum Progresif sebagai *Applied Theory*.....51
F. Kerangka Pemikiran.....54
G. Orisinalitas Penelitian 76
H. Metode Penelitian.....78
1. Paradigma Penelitian.....81
2. Jenis Penelitian.....84
3. Sifat Penelitian 85
4. Motode Pendekatan.....86
5. Lokasi penelitian 88
6. Sumber Data Penelitian.....89
7. Metode Pengumpulan Data 92
8. Analisis Data 94
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....98
A. Sejarah berdirinya Puskesmas sebagai Pelayanan Dasar di Masyarakat 98
B. Dasar Hukum Pelayanan Puskesmas di Masyarakat 107
1. pengertian Puskesmas.....107
2. Prinsip penyelenggaraan, tugas, fungsi dan wewenang 109
3. Persyaratan 113
4. Manajeman Puskesmas.....115
C. Puskesmas bagian dari Pelayanan Publik sebagai Garda Terdepan Pelayanan Kesehatan.....129
D. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* 134
1. Sistem dan Komponen Kebijakan 134
2. Isi Kebijakan *(Policy Content)* 135
3. Lingkungan Kebijakan *(Policy Environment)*.....136
4. Aktor atau Pemangku Kepentingan Kebijakan *(Policy Stakeholder)* 136
5. *Stunting*.....140

BAB III KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN *STUNTING* PUSKESMAS MELALUI AKSI INTEGRASI BERSAMA STAKEHOLDER PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH YANG BELUM TERKONDISIKAN 151

A. Kondisi *Stunting* di Indonesia 151

B. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia 166

1. Kabupaten Demak.....173
2. Kabupaten Wonosobo 182
3. Kabupaten Blora.....192

C. Hasil Kuesioner Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting*.....198

1. Kabupaten Demak.....199
2. Kabupaten Wonosobo 221
3. Kabupaten Blora.....243

D. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dalam Perspektif Keadilan 263

E. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dalam Perspektif Islam..... 270

BAB IV KELEMAHAN-KELEMAHAN DALAM MENGELOLA KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN *STUNTING* PUSKESMAS MELALUI AKSI INTEGRASI BERSAMA STAKEHOLDER PEMERINTAHAN PROVINSI JAWA TENGAH SAAT INI 277

A. Kelemahan - Kelemahan dalam Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia 277

1. Kelemahan-Kelemahan Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dari Aspek Subtansi Hukum 285
2. Kelemahan-Kelemahan Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dari Aspek Struktur Hukum.....294
3. Kelemahan-Kelemahan Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dari Aspek Budaya Hukum.....297

B. Faktor – Faktor Penyebab Belum Terkondisikannya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia dan upaya penanggulangannya .301

1. Faktor – Faktor Penyebab Belum Terkondisikannya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia dilihat dari aspek Subtansi Hukum dan upaya penanggulangannya.....302
2. Faktor – Faktor Penyebab Belum Terkondisikannya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia dilihat dari aspek Sruktural Hukum dan upaya penanggulangannya.....304
3. Faktor – Faktor Penyebab Belum Terkondisikannya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia dilihat dari aspek Budaya Hukum dan upaya penanggulangannya 313

BAB V REKONTRUKSI KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN *STUNTING* PUSKESMAS MELALUI AKSI INTEGRASI STAKEHOLDER PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH BERBASIS KEADILAN 318

A. Perbandingan Sebelum dan Sesudah Adanya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* Puskesmas Melalui Aksi Integrasi Bersama Stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Berbasis Keadilan 318
   1. Kebijakan *Stunting* Sebelum dan Sesudah Adanya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* ditinjau dari Subtansi Hukum 325
   2. Kebijakan *stunting* sebelum dan sesudah adanya pencegahan dan penanganan *stunting* ditinjau dari Struktur Hukum..... 327
   3. Kebijakan *stunting* sebelum dan sesudah adanya pencegahan dan penanganan *stunting* ditinjau dari Budaya Hukum 330
B. Hasil Rekontruksi Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* Puskesmas Melalui Aksi Integrasi Bersama Stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Berbasis Keadilan 331
   1. Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah berdasarkan Subtansi Hukum 342
   2. Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah berdasarkan Struktur

Hukum 344
3. Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah berdasarkan Budaya Hukum 345
C. Rekapan Hasil Rekontruksi Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* Puskesmas Melalui Aksi Integrasi Bersama Stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Berbasis Keadilan 346
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN 349
A. Simpulan.....349
B. Saran 357
C. Implikasi 359
DAFTAR PUSTAKA 367
LAMPIRAN.....373

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Kerangka Pemikiran Evaluasi 36
Gambar 2.1 Siklus Manajemen Puskesmas.....118
Gambar 2.2 Hubungan Komponen dalam Sistem Kebijakan.....134
Gambar 2.3 Segitiga Kebijakan *(Triangle of Health Policy)* (Walt dan Gilson, 1994) 137
Gambar 3.1 Distribusi Geografis Prevalensi *Stunting* menurut Provinsi.....154
Gambar 3.2 Peta Adminitrasi Kabupaten Demak Tahun 2019.....173
Gambar 3. 3 Peta Batas Wilayah Kabupaten Wonosobo 182
Gambar 3.4 Kondisi Geografis Kabupaten Blora 193

DAFTAR TABEL

Tabe l .1 Data Negara dengan jumlah balita tertinggi mengalami *stunting*.....1
Tabe l.2 Data *Stunting* Bulan Oktober 2019 9
Tabe l.3 Data balita pendek dan sangat pendek bulan Agustus 2020..... 10
Tabe l.4 Pola Pangan Harapan 12
Tabel 3. 1 Kabupaten/Kota Prioritas Penanganan *Stunting* Nasional Jawa Tengah.....171
Tabel 3. 2 10 Desa di Kabupaten Wonosobo Berdasarkan 1000 Desa Prioritas Nasional Penanganan *Stunting*.....183
Tabel 3.3 Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Demak 202
Tabel 3.4 Analisis Setelah Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Demak.....205
Tabel 3.5 Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan PerlindunganKabupaten Demak.....208
Tabel 3.6 Analisis Setelah Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan PerlindunganKabupaten Demak.....211
Tabel 3.7 Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Demak 214
Tabel 3.8 Analisis Setelah Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Demak 217
Tabel 3.9 Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo 222
Tabel 3.10 Analisis Setelah Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo 224
Tabel 3.11 Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan AnakKabupaten Wonosobo.....227
Tabel 3.12 Analisis Setelah Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Kabupaten Wonosobo 230
Tabel 3.13 Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Wonosobo 234

Tabel 3.14 Analisis Setelah Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Wonosobo 236
Tabel 3.15 Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Blora 243
Tabel 3.16 Analisis Setelah Kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Blora 246
Tabel 3.17 Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Kabupaten Blora.....249
Tabel 3.18 Analisis Setelah Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Kabupaten Blora 252
Tabel 3.19 Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Blora.....255
Tabel 3.20 Analisis Setelah Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Blora.....258

DAFTAR RAGAAN

Skema 1 : Kerangka Pemikiran Evaluasi 37
Skema 2 : Kerangka Konseptual Disertasi.....61
Skema 3 : Kerangka Konseptual Disertasi.....62

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1 Prevalensi *Stunting* Desa Lokus Kabupaten Demak
Tahun 2019-2020 180
Grafik 3.2 Perbandingan Prevalensi *Stunting* Kabupaten Demak
Tahun 2013-2021 181
Grafik 3.3 Prevalensi *Stunting* Kabupaten Demak Berdasarkan EPPGBM
Tahun 2019-2021 181
Grafik 3.4 Prevalensi *Stunting* Kabupaten Demak Berdasarkan Penimbangan Serentak oleh Dinas Kesehatan
Tahun 2019-2021 182
Grafik 3.5 Prevalensi Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) 186
Grafik 3.6 Perkembangan Prevalensi dan Jumlah Bayi BBLR
Kabupaten Wonosobo Tahun 2014-2018 186
Grafik 3.7 Perkembangan persentase balita gizi buruk dan kurang
di Kabupaten Wonosobo 187
Grafik 4. 1 Tren Penurunan Prevalensi *Stunting* Nasional 2007 – 2019 283

DAFTAR SINGKATAN

RAN-PG	: Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
PES	: Policy Environment Score
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
GERMAS	: Gerakan Masyarakat Hidup Sehat
BP	: Balai Pengobatan
BKIA	: Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
UKK	: Upaya Kesehatan Kerja
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
SP2TP	: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu
JPS-BK	: Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
SIMPUS	: Sistem Informasi Manajemen Puskesmas
QA	: Quality Assurance
SPMKK	: Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu yang mempunyai masalah gizi yang cukup berat, banyaknya kasus adalah gizi kurang pada anak balita. Masalah gizi bisa terjadi pada anak usia masuk sekolah baik pada laki dan perempuan. Masalah gizi pada usia sekolah dapat menyebabkan rendahnya kualiatas tingkat pendidikan, tingginya angka absensi dan tingginya angka putus sekolah. Keadaan anak dengan malnutrisi kronis merupakan dampak dari status gizi jangka waktu pendek maupun jangka waktu lama. [1] Pada tahun 2018, ditetapkan 100 kabupaten di 34 provinsi sebagai lokasi prioritas penurunan *stunting*. Jumlah ini akan bertambah sebanyak 60 kabupaten pada tahun berikutnya. Dengan adanya kerjasama lintas sektor ini diharapkandapatmenekanangka *stunting* diIndonesiasehinggadapattercapai target *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2025 yaitu penurunan angka *stunting* hingga 40%. Menurut World Health Organization (WHO), masalah kesehatan masyarakat dapat dianggap buruk jika prevalensi *stunting* lebih dari 20 persen. Artinya, jika secara Nasional mencapai angka tersebut maka masalah *stunting* di Indonesia tergolong kronis.

[1] Sulastri D, 2012, *Faktor determinan kejadian stunting pada anak usia sekolah di kecamatan lubuk kilangan Kota Padang*, J Kesehat - Maj Kedokt Andalas, h.36(1):39–50

Tabel 1.1
Data Negara dengan jumlah balita tertinggi mengalami *stunting.*

Rangking	Negara	*Stunting*	Jumlah anak yang terhambat	Persentase Negara Dunia (195,1 Milyar)
1	India	48	60788	31,2%
2	China	15	12,685	6,5%
3	Nigeria	41	10,158	5,2%
4	Pakistan	42	9,868	5,1%
5	Indonesia	37	7,688	3,9%
6	Bangladesh	43	7219	3,7%
7	Ethiopia	51	6,768	3,5

Sumber data dari Riskesda tahun 2018

Pada tabel 1 Indonesia masuk dalam urutan ke-5 negara dengan *stunting,* sehingga menjadi salah satu permasalahan gizi adalah *stunting*. *Stunting* merupakan salah satu keadaan malnutrisi kronis yang berhubungan dengan ketidakcukupan zat gizi masa lalu. *Stunting* bila diukur sebagai status gizinya dapat dengan memperhatikan tinggi atau panjang badan, umur, dan jenis kelamin balita. Kebiasaan tidak mengukur tinggi atau panjang badan balita di masyarakat menyebabkan kejadian *stunting* sulit disadari. Hal ini kadang menyebabkan masyarakat kadang kurang mengerti banyak faktor yang menyebabkan *stunting*.[2]

Masalah gizi buruk (*stunting*) bukan hal yang baru karena sejak dahulu pemerintah telah mengambil kebijakan melalui program penanggulangan masalah

[2] Safitri CA, Nindya TS, *Hubungan Ketahanan Pangan dan Penyakit Diare dengan Stunting pada Balita, Surabaya: hal.* 13-48

stunting di Indonesia. Selain itu, pemerintah telah melindungi hak anak seperti hak untuk hidup, hak sehat, hak untuk tumbuh kembang layaknya manusia pada umumnya sebagaimana yang diatur dalam UUD 1945 Pasal 28 B ayat (2) ditegaskan bahwa: "Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi"

Kebijakan Nasional penurunan *stunting* sebagai komitmen percepatan perbaikan gizi diwujudkan dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang mengintegrasikan pelayanan kesehatan, terutama kesehatan ibu, anak dan pengendalian penyakit dengan pendekatan berbagai program dan kegiatan yang dilakukan lintas sektor. Implementasi perbaikan gizi juga dituangkan ke dalam RAN-PG 2015-2019.

Kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi belum dapat mengakomodasi upaya pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* secara efektif sehingga perlu diganti dengan kebijakan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting.*Adapun kebijakan yang lama dan baru yang membedakan prioritas, tanggung jawab, sasaran dan strategi percepatan penurunan *stunting*.

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. (kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun).[3]

[3] Kementrian Keuangan, 2018, *Kondisi Stunting di Indonesia*, h.04.

Gangguan pertumbuhan pada *stunting* merupakan salah satu indikator status gizi, dimana panjang badan atau tinggi badan berdasarkan umur kurang dari -2 SD, sedangkan anak-anak dikatakan sangat terhambat pertumbuhannya/ *severely stunted* jika PB/ U atau TB/ U dibawah -3 SD dari standar median pertumbuhan anak.[4]

Periode 1000 HPK Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK) merupakan periode emas pertumbuhan anak, dimulai sejak dari fase kehamilan (270 hari) hingga anak berusia 2 tahun (730 hari). Periode emas ini termasuk dalam pertumbuhan otak, namun pada masa ini juga sangat rentan terjadi berbagai gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Kurang gizi sebagai penyebab langsung, khususnya pada balita berdampak jangka pendek meningkatnya morbiditas. Bila masalah ini bersifat kronis, maka akan mempengaruhi fungsi kognitif yakni tingkat kecerdasan yang rendah dan berdampak pada kualitas sumberdaya manusia. Pada kondisi berulang (dalam siklus kehidupan) maka anak yang mengalami kurang gizi diawal kehidupan (periode 1000 HPK) memiliki risiko penyakit tidak menular pada usiadewasa.[5]

Masalah *stunting* memiliki dampak yang cukup serius; antara lain, jangka pendek terkait dengan morbiditas dan mortalitas pada bayi/balita, jangka menengah terkait dengan intelektualitas dan kemampuan kognitif yang rendah,

[4] Sudirman H, 2008, *Stunting atau Pendek: Awal perubahan Patologis atau Adaptasi Karena Perubahan Sosial Ekonomi yang Berkepanjangan, Media Litbang Kesehatan*, Jakarta, XVIII: 33-42.

[5] Black RE, Allen,LH., Bhutta, ZA., Caulfield, LE., de Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C., Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences.* Lancet. 2008;371:243-60.

dan jangka panjang terkait dengan kualitas sumber daya manusia dan masalah penyakit degeneratif di usia dewasa.

Balita *stunting* termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita *stunting* di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal. *Stunting* sendiri berdampak pada tingkat kecerdasan, kerentanan terhadap penyakit, menurunkan produktifitas dan kemudian menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan ketimpangan.

Pada tahun 2020 terdapat 3 daerah di Jawa Tengah yang memiliki angka bayi *stunting* yang cukup tinggi, antara lain Kabupaten Wonosobo dengan 27,17%, disusul Banjarnegara dengan 24,31 %, dan Kabupaten Rembang dengan 24,15 % balita. Pada tahun 2020 Kabupaten Demak angka *stunting* 7,71 %, jumlah tersebut menunjukkan terjadi penurunan signifikan angka *stunting* dibanding tahun 2018 sebanyak 26,1%. Namun demikian Pemkab Demak memandang masih perlu langkah terobosan agar semua balita terbebas dari *stunting.* Penyebab dominan dalam kasus Jawa Tengah disebabkan kurangnya pengetahuan tentang kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan. Selain itu, 60 persen anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan ASI eksklusif dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima makanan pengganti ASI. Dilihat dari sisi ibu bahwa 1 dari 3 ibu hamil di Jawa Tengah mengalami anemia dan kurang mampu mengakses makanan bergizi.

Stunting merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs)[6] yang termasuk pada tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2025. Dalam rangka mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas. Program prioritas nasional yang masuk dalam standar instrumen akreditasi Puskesmas edisi ke-2 tahun 2019 yang terdiri dari AKI-AKN (Angka Kematian Ibu-Angka Kematian Anak), TB (*Tuberculosis*), Imunisasi, *Stunting,* dan PTM (Penyakit Tidak Menular).

Sejak tanggal 11 Maret 2020 WHO sebagai Organisasi Kesehatan Dunia tahun 2020 menyatakan Coronavirus-19 (COVID) sebagai pandemi dunia, maka secara otomatis mengumumkan pada dunia bahwa coronavirus sebagai wabah penyakit yang menjangkit masyarakat dunia adalah Covid-19. Awal mula virus dan penyakit ini dikota Wuhan Cina sejak Desember 2019. Dari hasil penelitian menyebutkan bahwa *Coronavirus* merupakan zoonosis atau virus yang ditularkan antara hewan dan manusia.

Di Indonesia sendiri menetapkan COVID-19 sebagai bencana nasional pada tanggal 14 Maret 2020. Kasus COVID-19 di Indonesia mengalami peningkatan sehingga memerlukan upaya komprehensif dalam penatalaksanaan kasus dan upaya

[6] Adalah tujuan pembangunan berkelanjutan atau dalam bahasa Inggris dikenal sebagai *Sustainable Development Goals disingkat* SDGs, 17 tujuan dengan 169 capaian yang terukur dan tenggat yang telah ditentukan PBB sebagai agenda dunia pembangunan untuk kemaslahatan manusia dan planet bumi.

memutus rantai penularan.[7] Penetapan Covid sebagai wabah nasional merupakan peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat Indonsesia yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.

Pada masa pandemi berdampak pada banyak hal, termasuk kesehatan dan tumbuh kembang anak terutama *stunting*. Kondisi dunia saat ini bisa meningkatkan risiko *stunting* pada anak, termasuk di Indonesia. Bukan tanpa alasan, risiko *stunting* pada anak bisa meningkatkan karena terbatasnya akses layanan kesehatan dan makanan sehat untuk anak. Hal itu kemudian menyebabkan anak mungkin mengalami malnutrisi atau kekurangan gizi. Tentu saja, hal ini akan meningkatkan risiko *stunting* atau gangguan tumbuh kembang anak. *Stunting* terjadi karena masalah gizi kronis yang kemudian memicu anak memiliki tinggi badan di bawah angka normal alias kerdil.

Dampak pandemi yang terjadi tahun 2020, Pelayanan kesehatan Puskesmas tetap menjadi garda terdepan dalam menghadapi masalah kesehatan di masyarakat kota akibat Covid-19. Puskesmas yang selama ini menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan untuk menjangkau masyarakat diwilayah kerjanya semakin penting perannya untuk penanggulangan Covid-19. Peran Puskesmas memiliki tugasdanfungsimenyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan dalam rangka pemenuhan standar pelayanan minimal bagi masyarakat yang tidak boleh ditinggalkan selamamasa

[7] Kementrian Kesehatan, 2020, *Petunjuk teknis Pelayanan Puskesmas Pada Masa Pandemi Covid-19,* Jakarta:h.1

pandemi ini berlangsung, sehingga program kegiatan puskesmas tetap berjalan salah satunya *stunting*.

Peraturan Presiden Nomor 18 tahun 2020 tentang RPJPM 2020 – 2024, didalam RPJPM disebutkan bahwa upaya percepatan penurunan *stunting* menjadi salah satu dari proyek prioritas dan mayor project percepatan penurunan *stunting* kematian ibu dan *stunting*. Adapun upaya yang dilakukan mengembangkan sistem jaminan gizi dan tumbuh kembang anak melalui percepatan pemberian jaminan asupan gizi sejak dalam kandungan, memperbaiki pola asuh keluarga dan memperbaiki fasilitas air bersih dan sanitasi lingkungan yang mendukung tumbuh kembang anak.

Menurut Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, Pelayanan Puskesmas merupakan bagian dari pelayanan Publik dan merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang menyelenggarakan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) dan UKP (Upaya Kesehatan Perseorangan) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya diwilayah kerjanya salah satunya adalah pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas.

Puskesmas Demak III merupakan Puskesmas yang ada di perkotaan, mempunyai luas wilayah 18,78 km dengan jumlah penduduk 38.218 jiwa tepatnya di jalan Cempaka Raya No. 5 Katonsari, Demak terdiri 5 desa dan 1 kelurahan yaitu desa Kalikondang, Katonsari, Donorojo, Mangunjiwan, Cabean dan Tempuran. Dari ke enam desa tersebut desa Donorojo merupakan desa yang memiliki angka kasus *stunting* tertinggi dibanding desa lainnya. Pada tahun 2018 desa Donorojo

salah satu desa wilayah Puskesmas Demak III menjadi lokus *stunting* dengan jumlah 50 balita. Dengan banyaknya 50 balita *stunting*, banyaknya ibu-ibu yang tidak menerima anaknya *stunting*. Dan pada awal tahun 2019 desa Donorojo data *stunting* turun menjadi 39 balita dan bulan oktober 2019 menjadi 24 balita *stunting*. Walaupun sudah terjadi penurunan *stunting* yang ada di desa Donorojo, namun masih ada balita yang mengalami kesakitan akibat *stunting* sehingga percepatan dan penanganan *stunting* tetap berjalan dan dalam monitoring program *stunting* wilayah Puskemas Demak III.[8]

Tabel 1.2
Data *Stunting* Bulan Oktober 2019

No	Desa	Jumlah Balita	Status Gizi		Jumlah
			Sangat Pendek	Pendek	
1	Kalikondang	625	10	10	20
2	Katonsari	628	1	2	3
3	Donorojo	346	5	19	24
4	Mangunjiwan	692	4	7	11
5	Cabean	616	3	7	10
6	Tempuran	360	0	6	6
	Jumlah	3267	23	51	74

Data diatas tabel 3, total balita yang tercakup dalam wilayah kerja Puskemas Demak III sebanyak 3.267 balita dimana 23 diantara termasuk kategori balita sangat pendek, dan 51 balita termasuk kategori pendek. Dan total balita dengan perawakan pendek dan sangat pendek sebanyak 74 balita.

[8] Puskesmas Demak III, 2019, *Profil Balita Stunting Puskesmas Demak III*, h.04.

Kabupaten Demak menjadi salah satu kabupaten dari 16 kabupaten /kota di Propinsi Jateng yang ditetapkan menjadi lokus penanganan *Stunting* 2020. Kabupaten Demak juga masuk dalam 100 kabupaten/ kota zona merah *Stunting* Nasional, hal ini diketahui dari hasil Rikesda tahun 2013, angka *Stunting* Kabupaten Demak adalah 50,28 (kategori serius), dan pada tahun 2018 turun menjadi 26,10. Penurunan angka *Stunting* masih menjadi permasalahan yang harus diselesaikan karena adanya *Stunting* dapat menyebabkan kesakitan dan kematian pada anak. Dengan adanya masuk tertinggi di Jawa Tengah.Pemda menargetkan kasus *stunting* turun sebesar 20 persen pada tahun 2021. Penanganan *stunting* di Kabupaten Demak mempunyai banyak kendala, adapun kendala itu bisa dari masyarakat, desa maupun stakeholder.

Adapun data hasil rekapitulasi data balita pendek dan sangat pendek (*stunting)* lokus intervensi desa *stunting* di Dinas Kabupaten bulan Agustus tahun 2020 sebagai berikut:

Tabel 1.3
Data balita pendek dan sangat pendek bulan Agustus 2020

No	Desa	Jumlah Balita	Status Gizi					
			Sangat Pendek	%	Pendek	%	Jumlah	%
1	Bumirejo	409	5	1,22	19	4,65	24	5,87
2	Guntur	567	14	2,47	93	16,40	107	18,87
3	Sidomulyo	335	7	2,09	26	7,76	33	9,85
4	Kedungori	258	0	0,00	19	7,36	19	7,36
5	Sambiroto	135	6	4,44	10	7,41	16	11,85
6	Boyolali	110	0	0,00	15	13,64	15	13,64
7	Gedangalas	258	11	4,26	19	7,36	30	11,63
8	Donorojo	344	5	1,45	27	7,85	30	8,72
9	Kembangan	261	12	4,60	58	22,22	70	26,82
10	Betahwalang	562	22	3,91	76	13,52	98	17,44
Jumlah		3.239	82	2,53	362	11,18	442	13,65

Dari data tabel.4 adalah data balita pendek dan sangat pendek pada bulan Agustus 2020 yang ada di Kabupaten Demak. Dengan adanya lokus *stunting* Pemerintah Kabupaten Demak mengeluarkan regulasi Peraturan Bupati Demak Nomor 11 Tahun 2019 tentang Penurunan Prevalensi Balita Pendek (*Stunting*) di Kabupaten Demak.

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang mengatur penyelenggaraan upaya perbaikan gizi masyarakat meliputi: arah, tujuan, dan strategi perbaikan gizi masyarakat. Tujuan perbaikan gizi adalah meningkatkan mutu gizi perorangan dan masyarakat. Terdapat empat strategi perbaikan gizi masyarakat, yaitu: 1) Perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang; 2) Perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan; 3) Peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan 4) Peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi. Undang-Undang No. 18 tahun 2012 tentang Pangan menyebutkan bahwa status gizi masyarakat merupakan salah satu pertimbangan dalam pembangunan pangan dan mewajibkan pemerintah pusat dan pemerintah daerah menyusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi (RAPG) setiap lima tahun.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual, faktor-faktor yang memperberat keadaan ibu hamil, dikatakan bahwa terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering melahirkan, dan terlalu dekat jarak kelahiran. *Stunting* dapat dipengaruhi sekitar 20% pada bayi BBLR , disebabkan

pada ibu usia kehamilan terlalu muda (dibawah20tahun).[9]

Stunting penyebabnya bisa dari malnutrisi, malnutrisi sebenarnya bisa diartikan sebagai nutrisi anak kurang cukup atau bahkan kelebihan. Keduanya sama-sama menimbulkan masalah kesehatan dan mengganggu perkembangan si kecil. Malnutrisi bisa termasuk gizi kurang (*undernutrition*) dan gizi lebih (*overnutrition*). Gizi kurang biasanya disebabkan oleh ketidakcukupan asupan nutrisi sesuai dengan kebutuhan harian anak.[10] Salah satunya pengaturan pola komsumsi pangan masyarakat Indonesia masih di dominasi oleh padi-padian dan konsumsi pangan hewani dan sayur serta buah-uahan masih rendah. Dari data skor PPH (Pola Pangan Harapan) di dapat dibawah ini:

Tabel l.4
Pola Pangan Harapan

Jenis Makanan	**Hasil (%)**
Padi-Padian	25 %
Pangan Hewani	15,49 %
Kacang-Kacangan	9,81%
Sayur dan Buah	21,74%

Sumber data dari Kementrian Pertanian th 2017

Dari tabel 5 didapatkan bahwa padi-padian menduduki rangking tertinggi, sehingga secara garis beras penduduk Indonesia lebih banyak mengkomsumsi padi-padian dari pada sayur dan buah-buahan. Dengan pola makan yang sedikit sayur

[9] Kementrian Kesehatan RI, 2018, *Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*, Jakarta:hal.4
[10] Internet Hello sehat, 2019, *Malnutrisi*, https://hellosehat.com,penyakit malnutrisi.

dan buah akan mempengaruhi kesehatan, sehingga banyak muncul permasalahan gizi.

Pelayanan kesehatan Puskesmas merupakan salah satu bagian pelayanan yang bersifat publik (*publik goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, antara lain meliputi promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, dan peningkatan kesehatan keluarga. Diharapkan pelayanan puskesmas memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, yang merupakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi pelayanan kesehatan dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien, konsumen ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat.[11]

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah pasal 12 (1), disebutkan bahwa urusan pelayanan dasar yang merupakan pelayanan publik untuk memenuhi kebutuhan dasar warga negara hanya terbatas di beberapa instansi pemerintah. Adapun instansi yang memberikan pelayanan dasar antara lain instansi pendidikan, kesehatan, pekerjaan umum dan penataan ruang, perumahan rakyat dan kawasan permukiman, ketentraman, ketertiban umum, dan pelindungan masyarakat, dan sosial.

Kebijakan percepatan penurunan *stunting* sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas bahwa Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan

[11] Imbalo S Pohan, 2003, *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta, h.18-19.

upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Kebijakan Nasional penurunan *stunting* sebagai komitmen percepatan perbaikan gizi diwujudkan dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang mengintegrasikan pelayanan kesehatan, terutama kesehatan ibu, anak dan pengendalian penyakit dengan pendekatan berbagai program dan kegiatan yang dilakukan lintas sektor. Implementasi perbaikan gizi juga dituangkan ke dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2015-2019. Namun Kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi belum dapat mengakomodasi upaya pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* secara efektif sehingga perlu diganti dengan kebijakan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting.*Adapun kebijakan yang lama dan baru yang membedakan prioritas, tanggung jawab, sasaran dan strategi percepatan penurunan *stunting*.

Dari beberapa Undang-Undang yang ada, bahwa permasalahan percepatan pencegahan *stunting* melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan belum dikelola dengan baik, hal ini banyak kendala-kendala dalam menurunkan *stunting*. Adapun kendala yang dihadapi:

1. Belum efektifnya program-program pencegahan *stunting*;
2. Belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif di semua tingkatan terkait dengan perencanaan dan penganggaran, penyelenggaraan, dan pemantauan dan evaluasi;
3. Belum efektif dan efisiennya pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya

dan sumber dana;

4. Keterbatasan kapasitas dan kualitas penyelenggaraan program; dan
5. Masih minimnya advokasi, kampanye, dan diseminasi terkait *stunting*, dan berbagai upaya pencegahannya;dan
6. Masih minimnya regulasi yang mengatur percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* antara stakeholder pemerintah yang ada didaerah.

Penanggulangan *stunting* tercakup dalam RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah) tahun 2015 – 2019, disebutkan bahwa menurunkan prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak bawah usia 2 tahun menjadi 28 % dengan melibatkan lintas sektor. Kerjasama dilintas sektor melalui pemanfaatan informasi surveilans gizi berbasis tehnologi. Adapun hal yang dilakukan oleh surveilans gizi terkait:

1. Real time (laporan kasus *washing, stunting*, dan *obesity*).
2. Rutin (status gizi balita dan kinerja program gizi serta determinan yang mempengaruhi).
3. Survey cepat (pemantauan status gizi, penataan konsumsi gizi ibu hamil dan balita).

Dari berbagai permasalahan yang ada maka penulis memilih beberapa fakta yang melatar belakangi penelitian ini, fakta-fakta tersebut adalah sebagai berikut:

1. Belum terkondisikan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini;
2. Kelemahan-kelemahan dalam mengelola kebijakan pencegahan dan

penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini;

3. Belum adanya kebijakan dan panduan terpadu yang mengatur pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah.

B. Rumusan Masalah

Dari ketiga argumentasi tersebut diatas menunjukan bahwa dalam menyelesaikan permasalahan *stunting* di Puskesmas, yaitu dengan membuat kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah.

Untuk menganalisis dan memecahkan peristiwa hukum keterkaitan latar belakang permasalahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* tersebut, maka dalam penelitian ini disusun sebagai berikut :

1. Mengapa kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintah Provinsi Jawa Tengah saat ini belum terkondisikan?
2. Apa kelemahan-kelemahan dalam mengelola kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah saat ini?
3. Bagaimana rekonstruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintah pada Provinsi Jawa Tengah berbasis Keadilan?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian yang dilakukan nantinya diarahkan pada beberapa hal sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui dan mengalisis kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini yang belum terkondisikan.
2. Untuk mengalisis dan menemukan kelemahan-kelemahan dalam mengelola kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini.
3. Untuk menganalisis serta menemukan jawaban atas upaya yang seharusnya dilakukan ke depan untuk rekonstruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan.

D. Kegunaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam rangka penyusunan disertasi oleh penulis diharapkan memiliki 2 (dua) kegunaan, yakni kegunaan secara teoritis dan praktis, yakni:

1. Kegunaan secara teoritis

a. Penulis berharap hasil penelitian ini dapat menemukan teori baru atau konsep baru yang merupakan sinergis, kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan.

b. Penulis berharap hasil penelitian ini dapat menjadikan bahan rujukan Pemerintahan dalam menurunkan angka *stunting* melalui pengukuran kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan.
c. Penulis berharap hasil penelitian ini dapat menjadikan bahan rujukan bagi stakeholder pemerintahan dalam menurunkan angka *stunting* melalui kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan.
d. Penulis berharap hasil penelitian ini dapat menjadikan bahan rujukan Puskesmas dalam menurunkan angka *stunting* melalui kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan.

Dengan pemahaman ini maka akan ditemukan teori-teori, asas-asas, kebijakan dalam mengukur sebelum dan setelah adanya kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan dalam ruang lingkup hukum kesehatan. Adapun garis merah yang ditarik dari proposisi ini ialah "*Kebijakan Pencegahan dan penanganan stunting Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan"*

Konsep ini menjadi tolok ukur atau landasan pondasi yang mendasari upaya dalam menurunkan angka *stunting* dengan cara mengukur kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas sebelum dan setelah adanya kebijakan yang ada disuatu daerah dan instansi pemerintahan, apakah adanya perubahan penurunan *stunting* setelah adanya kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* .

2. Kegunaan secara praktis

a. Bagi Pemerintahan, dapat digunakan sebagai rujukan dari hasil penelitian ini, dapat menambah pengetahuan dan memberikan rekomendasi dan memperjelas pada Dinas Propinsi Jawa Tengah, maka dalam kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas perlu adanya aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintah yang dapat dianalisa menggunakan aplikasi PES (*Policy Environment Score)* merupakan aplikasi untuk mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah dapat mendukung suatu program atau kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.

b. Bagi masyarakat dan stakeholder penelitian ini dapat digunakan sebagai rujukan bahwa kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas perlu aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan.

c. Bagi Akademis, penelitian ini dapat digunakan untuk memperkuat penelitian selanjutnya, dengan topik yang sama dalam perpektif yang berbeda khususnya mengenai efektifitas dan efisiensi kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*. melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah yang diukur dengan

aplikasi PES (*Policy Environment Score)* merupakan aplikasi untuk mengukur kebijakan sebelum dan setelah kebijakan, dengan adanya kebijakan yang ada apakah adanya perubahan angka *stunting.*

E. Kerangka Teori

Dalam teori Kamus Besar Bahasa Indonesia disebutkan, bahwa teori (1). Pendapat yang didasarkan pada penelitian dan penemuan, didukung oleh data dan argumentasi; (2). Penyelidikan eksperimental yang mampu menghasilkan fakta berdasarkan ilmu pasti, logika, metodologi, argumentasi; (3). Asas dan hukum umu yang menjadi dasar suatu kesenian atau ilmu pengetahuan; (4). Pendapat, cara dan aturan untuk melakukan sesuatu.

Keneth R. Hoover mengemukakan fungsi teori dalam penelitian, yaitu.[12]:

1. Teori menyedikan pola-pola bagi interprestasi data;
2. Teori mengaitkan antara satu studi dengan studi lainnya;
3. Teori memberikan kerangka dimana konsep-konsep memperoleh keberatian yang khusus;
4. Teori membuka kemungkinan untuk nenafsirkan makna yang lebih luas dari temuan - temuan, baik bagi si peneliti sendiri maupun bagi orang lain.

Perbedan antar ilmu hukum dogmatis dengan teori hukum adalah ilmu hukum positif / dogmatis membahas persoalan hukum dengan beracuan kepada peraturan hukum positif yang berlaku, sehingga bersifat sangat" apa adanya" (*das Sein*), tetapin sebaiknya teori hukum tidak menganalisa hukum dengan acuan

[12] Kenneth R. Hoover, 1990, *The Element of social Scientific Thinking*, terjemahan, Yogyakarta: Tiara Wacana, h.29

kepada hukum positif/ dogmatis yang berlaku. Teori hukum mengacu kepada dalil-dalil teoritisnya melalui suatu penalaran yang mendalam, sehingga berbeda dengan ilmu hukum positip, teori hukum lebih melihat hukum sebagai "apa semestinya" (*das Sollen)*. Dengan perkataan lain, yang dicari oleh ilmu hukum adalah validitas suatu aturan hukum dan tindakan hukum, sedangkan teori hukum lebih mencari kebenaran dan pencapaian keadilan dari suatu aturan hukum dan tindakan hukum, sedangkan teori hukum lebih mencari kebenaran dan pencapaian keadilan dari suatu aturan atau kaidah hukum. Disamping itu, karena teori berbicara tentang hubungan antar manusia, maka teori hukum akan berfokus pada manusia.

Kerangka teori yang dibangun dalam disertasi ini dilandasi pada 3 (tiga) tataran teori, yaitu :

1. *Grand theory* adalah teori keadilan.
2. *Middle theory* adalah teori Hukum Negara Kesejahteraan, teori Tumbuh dan Kembang Anak, dan Teori Hukum Lawrence Meir Friedman.
3. *Applied theory* adalah teori Hukum *Progresif*.

Keterpilihan dari ketiga teori tersebut dilatarbelakangi bahwa kebijakan pencegahan dan pengendalian penyakit di Puskesmas dalam penanggulangan penyakit melalui lintas program dan lintas sektor. Kebijakan penanganan khususnya *stunting* melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintah Provinsi Jawa Tengah belum terkondisikan. Maka dengan adanya aksi integrasi dengan *stakeholder* Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dapat dijadikan panduan bagi Dinas Pemerintah Provinsi Jawa Tengah dalam menurunkan penyakit di Puskesmas khususnya *stunting.*

Berikut ini adalah penjelasan ketiga sub teori:

1. Teori Keadilan Sebagai *Grand Theory*

Makna Keadilan merupakan hasil interaksi antara harapan dan kenyataan yang ada, yang perumusannya dapat menjadi pedoman dalam kehidupan individu maupun kelompok. Dari aspek etimologi kebahasan, kata adil dari bahasa arab adalah yang mengandung makna *tengah* atau *pertengahan.* Dari makna ini kata adala kemudian disinonimkan dengan *wasth* yang menurunkan kata *wasith*, yang berarti penengah atau orang yang berdiri di tengah yang mengisyaratkan sikap yang adil. Kata adil disinonimkan dengan *inshaf* yang berarti sadar, kareana orang yang adil adalah orang yang sanggup berdiri di tengah tanpa *a priori* memihak. Orang yang demikian adalah orang yang selalu menyadari persoalan yang dihadapi itu dalam konteksnya yang menyeluruh, sehingga sikap atau keputusan yang diambil berkenan dengan persoalan itu pun menjadi tepat dan benar.[13]

Makna Keadilan menurut ilmu *fikh*, adil merupakan sifat yang dituntut dari para saksi dalam pengadilan, sehingga kesaksiannya dapat dipercaya. Adil dalam bahasa Arab adalah nomina augentic (ISMFAIL-Bahasa Arab) yang berasal dari kata benda "adala" yang mempunyai arti"

a. Tegak lurus atau meluruskan;
b. Untuk duduk lurus atau langsung;
c. Untuk menjadi sama atau menyamakan; atau
d. Untuk menyeimbangkan atau bobot pengimbang.

[13] Mahmutarom, 2016, *Rekontruksi Konsep Keadilan*, Penerbit Undip: Semarang, h.02.

Makna Keadilan menurut Islam, keadilan sangat menjadi perhatian serius untuk diwujudkan. Baik dalam ranah sosial, hukum dan ekonomi, keadilan adalah pondasi utama yang menjadi faktor ketaqwaan seorang muslim. Al-Qur`an menggunakan term (*al-`Adl)* dan (*al-Qisht)* untuk pengertian keadilan. Dilihat dari akar katanya, term *al-`Adl* terdiri dari huruf *`ain*, *dal* dan *lam*. Maksud yang terkandung didalamnya ada dua macam, yaitu lurus dan bengkok. Makna ini bertolak belakang antara satu dan lainnya. Intinya ialah persamaan atau al-*musawah*[14].Sayyid Quthb menafsirkan keadilan bersifat *mutlak* yang berarti meliputi keadilan yang menyeluruh diantara semua manusia, bukan keadilan diantara sesama kaum muslimin dan terhadap ahli kitab saja.

Keadilan merupakan hak setiap manusia mukmin ataupun kafir, teman ataupun lawan, orang berkulit putih ataupun berkulit hitam orang arab ataupun orang *ajam* (non arab)[15].

Beberapa ayat Al Quran yang menyatakan tentang kewajiban berperilaku adil diantaranya dalam firman Allah SWT:

a. Katakanlah, "Tuhanku memerintahkan menjalankan *al-qisth* (keadilan)" (Surah al-A'raf/7: 29);
b. Sesungguhnya Allah memerintahkan berlaku adil dan berbuat ihsan (kebajikan) (Surah al-Nahl/16: 90);

[14] Abi al-Husain Ahmad Ibn Faris Ibn Zakariyya, 1979, (Selanjutnya disebut Ibn Faris) *Mu`jam Maqayis al-Lughah*, Juz V, t.tp : Dar al-Fikr, h. 246.
[15] Sayyid Quthb, 1412 H/1992 M, *Fi Zhilal al-Qur*`an, Jilid II, Dar al-Syuruq, Kairo, Cet. XVII, h. 690.

c. Sesungguhnya Allah telah menyuruh kamu menyampaikan amanat kepada yang berhak menerimanya dan (menyuruh kamu apabila menetapkan hukum diantara manusia supaya kamu menetapkan dengan adil). Sesungguhnya Allah memberi pengajaran yang sebaik-sebaiknya kepadamu. Sesungguhnya Allah adalah Maha Mendengar lagi Maha Melihat. (Surah al-Nisa/4: 58).

Undang-Undang tidak memberikan ukuran khusus untuk membedakan antara yang benar dan adil tindakan. Oleh karena itu dilimpahkan pada ulama untuk menunjukkan prinsip-prinsip yang mendasari keadilan yang akan menjadi pedoman untuk membedakan antara yang benar dan adil tindakan. Meskipun prinsip-prinsip ini belum dibawa bersama-sama dan berkorelasi menjadi sebuah teori yang koheren dari keadilan hukum, mereka dapat dikelompokkan menjadi dua kategori, masing-masing merangkul aspek yang berbeda dari keadilan.

Aspek-aspek tersebut dapat disebut substantif dan prosedural, dan makna keadilan di setiap aspek tentu bervariasi dari satu ke yang lain .

a. Kategori pertama terdiri dari unsur-unsur keadilan yang mungkin terdapat dalam substansi hukum. Tapi bukankah hukum, yang hanya satu set aturan regulasi yang menentukan berapa banyak elemen keadilan substansinya harus berisi; anggota parlemen memutuskan berapa banyak (dalam kualitas dan kuantitas) harus berisi Syariat, yang terdiri dari hukum yang diambil dari wahyu dan kebijaksanaan (*qur'an* dan tradisi) serta dari sumber derivatif (konsensus dan analogi), dianggap mengandung keadilan yang ditetapkan oleh legislator ilahi. Para ulama, dalam perdebatan besar tentang keadilan, menunjukkan unsur-unsur keadilan yang mengandung hukum

b. Aspek kedua adalah keadilan prosedural. Bisa dibayangkan bahwa hukum sistem tertentu mungkin benar-benar tanpa unsur keadilan substantif, namun ia memiliki aturan prosedur yang diamati dengan ukuran tertentu koherensi, keteraturan, dan tidak memihak, yang merupakan apa yang disebut peradilan formal. Proses hukum, prosedur yang dikenal ahli hukum Barat, merupakan aspek keadilan formal. Aturan prosedural keadilan, bagaimanapun, bervariasi dari satu sistem hukum yang lain; tetapi masing-masing sistem, jika pernah dapat diterima oleh suatu masyarakat tertentu, harus mengembangkan aturan prosedural sendiri, termasuk aplikasi yang berimbang mereka, sesuai dengan adat istiadat dan kebiasaan sosial masyarakat itu. Semakin maju aturan-aturan prosedural, semakin tinggi kualitas peradilan formal terungkap dalam sistem hukum tertentu. Setiap kali aturan ini diabaikan atau tidak tepat diterapkan, prosedural dalam keadilan muncul. Ketidakadilan hukum mungkin juga terjadi dari hasil keputusan dianggap bertentangan dengan yang terakhir atau semangat hukum. Tapi ini semacam keadilan jatuh, tegasnya, dari kategori keadilan substantif.

Dua kategori keadilan dalam perwujudannya menurut Madjid Khadduri menjadi sebuah bentuk dari ciri implementasi keadilan yang sesungguhnya. Pada tahap pertama yaitu keadilan subtansi, akan mengulas tentang nilai-nilai yang terkadung dalam sebuah aturan. Pada tahap kedua yaitu keadilan prosedural merupakan upaya mewujudkan keadilan melalui mekanisme yang dijalankan baik seperti halnya yang dijalankan oleh pengadilan atau melalui instrument lembaga lainnya.

Makna Keadilan menurut Plato,[16] keadilan dapat terwujud apabila negara dipimpin oleh para filosof, karena apabila negara dipimpin oleh yang cerdik, pandai dan bijaksana, maka akan lahir suatu keadilan yang sesungguhnya. Oleh karena itu tanpa hukum sekalipun, jika negara dipimpin oleh para aristokrat, maka masyarakat akan bahagia dengan terciptanya keadilan. Namun apabila negara tidak dipimpin oleh para aristokrat, maka keadilan tidak mungkin dapat diwujudkan tanpa adanya hukum. Dalam kondisi negara tidak dipimpin oleh aristokrat, maka hukum dibutuhkan untuk menghadirkan keadilan dalam kondisi ketidakadilan.[17] Pemikiran Plato dalam bukunya *Politicos (The Statement)* dan *Nomoi (The Law)*, berpandangan bahwa penyelenggaraan suatu pemerintah yang baik yaitu pemerintah yang diatur oleh hukum. Hukum bukanlah semata-mata ditujukan untuk memelihara ketertiban dan menjaga stabilitas negara, melainkan juga sebagai instrumen penguasa untuk mendidik moral warga sehingga menjadi warga negara yang ideal.[18] Bagi Plato keadilan dan hukum merupakan substansi dari suatu masyarakat untuk membuat dan menjaga kesatuannya. Dalam suatu masyarakat yang adil setiap orang melaksanakan pekerjaannya menurut sifat dasar yang paling cocok baginya. Pendapat Plato itu merupakan suatu konsepsi tentang keadilan

[16] Plato lahir sekitar 427 SM - meninggal sekitar 347 SM adalah seorang filsuf dan matematikawan Yunani, penulis *philosophical dialogues* dan pendiri dari Akademi Platonik di Athena, sekolah tingkat tinggi pertama di dunia barat. Ia adalah murid Socrates. Pemikiran Plato pun banyak dipengaruhi oleh Socrates. Plato adalah guru dari Aristoteles. Karyanya yang paling terkenal ialah Republik. Dia juga menulis 'Hukum' dan banyak dialog di mana Socrates adalah peserta utama. (lihat dalam http://id.wikipedia.org/wiki/Plato)

[17] Bernard, dkk., 2010, *Teori hukum : Strategi Tertib Manusia Lintas Ruang dan Generasi*, Genta Publishing, Yogyakarta, h. 40-41.

[18] Muhammad Yusuf, 2013, *Merampas Aset Koruptor, Solusi Pemberantasan Korupsi di Indonesia*, Kompas, Jakarta, h. 36.

moral yang dasarnya adalah keselarasan. Keadilan timbul karena pengaturan atau penyesuaian yang memberi tempat yang selaras kepada aspek-aspek yang membentuk masyarakat.

Makna Keadilan menurut John Rawls bahwa keadilan adalah kebajikan utama dari hadirnya institusi-institusi sosial *(social institution).* Akan tetapi, kebajikan bagi seluruh masyarakat tidak dapat mengesampingkan atau menggugat rasa keadilan dari setiap orang yang telah memperoleh rasa keadilan. Khususnya masyarakat lemah pencari keadilan. Lebih lanjut John Rawls menegaskan pandangannya terhadap keadilan bahwa program penegakan keadilan yang berdimensi kerakyatan haruslah memperhatikan dua prinsip keadilan yaitu:

a. Pertama, memberi hak dan kesempatan yang sama atas kebebasan dasar yang paling luas seluas kebebasan yang sama bagi setiap orang;
b. Kedua, mampu mengatur kembali kesenjangan sosial ekonomi yang terjadi sehingga dapat memberi keuntungan yang bersifat timbal balik *(reciprocal benefits).* Bagi setiap orang, baik mereka yang berasal dari kelompok beruntung maupun tidak beruntung.

Dalam bukunya, *A Theory of Justice*, John Rawls bermaksud mengembangkan suatu konsep dan praktik yang menghasilkan asas-asas keadilan. Persoalan keadilan, dalam pandangannya, akan timbul jika suatu masyarakat menilai lembaga-lembaga dan praktik-praktiknya dengan tujuan menyeimbangkan kepentingan-kepentingan yang sah saling bersaing, dan juga ketika tuntutan-tuntutan yang diajukan masyarakat saling bertentangan. Teori keadilan Rawls memiliki konsepsi keadilan yang disebut dengan *Justice as Fairness*. *Justice as*

Fairness memiliki terdiri dari dua prinsip keadilan. Rawls merumuskan dua prinsip keadilannya sebagai berikut:

a. Setiap orang memiliki hak sama sejauh yang dapat dicakup keseluruhan sistem kesamaan kemerdekaan fundamental yang setara bagi kemerdekaan semua warga yang lain;
b. Perbedaan sosial dan ekonomi hendaknya diatur sedemikian rupa sehingga memberikan manfaat bagi mereka yang berkedudukan paling tidak beruntung, dan juga harus bertalian dengan jabatan serta posisi yang terbuka bagi semua orang berdasarkan kesetaraan kesempatan yang layak.

Prinsip keadilan yang pertama menyangkut distribusi dari kebebasan-kebebasan dasar yang perlu disebarkan secara merata untuk setiap orang. Kebebasan-kebebasan itu termasuk dalam pengertian *primary goods*, artinya ada pemenuhan hak seluruh warga negara tanpa terkecuali. Sedangkan prinsip keadilan yang kedua berkenaan dengan kekuasaan jabatan, kedudukan, sosial, penghasilan dan kekayaan. Menurut Rawls, bukan suatu ketidakadilan apabila ada manfaat-manfaat lebih besar yang diperoleh kelompok yang termarjinalkan asal dengan itu keadaan mereka yang tidak beruntung bisa menjadi lebih baik.

Makna Keadilan menurut Hans Kelsen[19] berpandangan bahwa suatu tata sosial adalah tata yang adil. Pandangan ini bermakna bahwa tata tersebut mengatur

[19] Ide mengenai Teori Hukum Murni (*the Pure Theory of Law*) diperkenalkan oleh seorang filsuf dan ahli hukum terkemuka dari Austria yaitu Hans Kelsen (1881-1973). Kelsen lahir di Praha pada 11 Oktober 1881. Keluarganya yang merupakan kelas menengah Yahudi pindah ke Vienna. Pada 1906, Kelsen mendapatkan gelar doktornya pada bidang hukum. Kelsen memulai kariernya sebagai seorang teoritisi hukum pada awal abad ke-20. Oleh Kelsen, filosofi hukum yang ada pada waktu itu dikatakan telah terkontaminasi oleh ideologi politik dan moralitas di satu sisi, dan telah mengalami reduksi karena ilmu pengetahuan di sisi yang lain. Kelsen menemukan bahwa dua pereduksi ini telah melemahkan hukum. Oleh karenanya, Kelsen mengusulkan sebuah bentuk

perbuatan manusia dengan tata cara yang dapat memberikan kebahagiaan bagi seluruh masyarakat. Keadilan adalah kebahagiaan sosial yang tidak bisa ditemukan manusia sebagai individu dan berusaha mencarinya dalam masyarakat. Oleh karena itu, kerinduan manusia pada keadilan pada hakekatnya adalah kerinduan terhadap kebahagiaan. Keadilan tersebut hanya dapat diperoleh dari tatanan. Menurut Hans Kelsen hukum yang dapat memberikan keadilan adalah tatanan hukum yang positif, yaitu tatanan yang dapat bekerja secara sistematis. Dengan demikian, keadilan adalah keadilan yang sudah tertuang dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku.[20] Kelsen melihat bahwa keadilan adalah sesuatu yang sangat subjektif. Dia berpendapat bahwa apa yang dimaksudkan dengan istilah keadilan adalah sesuatu yang bermakna hadirnya sebuah kondisi social dimana setiap orang mendapatkan kepuasan dan kebahagiaan secara umum. Keadilan adalah sesuatu hal yang memiliki makna yang sangat identik dengan kebahagiaan umum.[21]

Diantara teori-teori itu antara lain: teori keadilan Plato dalam bukunya *Republict,* teori keadilan Aristoteles dalam bukunya *Nicomachean Ethics* dan *Republict,* teori keadilan sosial John Rawls dalam bukunya *a theory of justice* serta teori hukum dan keadilan Hans Kelsen dalam bukunya general *theory of law and state.*

---

kemurnian teori hukum yang berupaya untuk menjauhkan bentuk-bentuk reduksi atas hukum. Yurisprudensi ini dikarakterisasikan sebagai kajian kepada hukum, sebagai satu objek yang berdiri sendiri, sehingga kemurnian menjadi prinsip-prinsip metodolgikal dasar dari filsafatnya. Perlu dicatat bahwa paham anti-reduksionisme ini bukan hanya merupakan metodoligi melainkan juga substansi. Kelsen meyakini bahwa jika hukum dipertimbangkan sebagai sebuah praktik normatif, maka metodologi yang reduksionis semestinya harus dihilangkan. Akan tetapi, pendekatan ini tidak hanya sebatas permasalahan metodologi saja. (lihat dalam http://id.wikipedia.org/wiki/Teori_Hukum_Murni)

[20] Anthon F. Susanto, 2010, *Dekonstruksi Hukum ; Eksplorasi Teks dan Model Pembacaan*, Genta Publishing, Yoyakarta, hlm. 89

[21] Hans Kelsen, 1971, *General Theory of Law and State* , Russel, New York, h.67.

Makna Keadilan menurut Keadilan Pancasila termaktub dalam sila kelima Pancasila, yakni Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Menghadapi era globalisasi ekonomi, ancaman bahaya laten terorisme, komunisme dan fundamentalisme merupakan sebuah tantangan tersendiri bagi bangsa Indonesia. Disamping itu yang patut diwaspadai adalah pengelompokan suku bangsa di Indonesia yang kini semakin kuat. Ketika bangsa ini kembali dicoba oleh pengaruh asing untuk dikotak-kotakan tidak saja oleh konflik vertikal tetapi juga oleh pandangan terhadap ke Tuhanan Yang Maha Esa. Keadilan sosial merupakan salah satu butir dalam Pancasila. 45 butir pengamalan Pancasila seperti yang tertuang dalam P4 (Pedoman Penghayatan dan Pengamalan Pancasila) pada Tap MPR No. I/MPR/2003. Keadilan Sosial Bagi Seluruh Rakyat Indonesia adalah sebagai berikut:[22]

a. Mengembangkan perbuatan yang luhur, yang mencerminkan sikap dan suasana kekeluargaan dan kegotongroyongan;
b. Mengembangkan sikap adil terhadap sesama;
c. Menjaga keseimbangan antara hak dan kewajiban;
d. Menghormati hak orang lain;
e. Suka memberi pertolongan kepada orang lain agar dapat berdiri sendiri;
f. Tidak menggunakan hak milik untuk usaha-usaha yang bersifat pemerasan terhadap orang lain;
g. Tidak menggunakan hak milik untuk hal-hal yang bersifat pemborosan dan gaya hidup mewah;

[22] *Ibid.*

h. Tidak menggunakan hak milik untuk bertentangan dengan atau merugikan kepentingan umum;
i. Suka bekerja keras;
j. Suka menghargai hasil karya orang lain yang bermanfaat bagi kemajuan dan kesejahteraan bersama;
k. Suka melakukan kegiatan dalam rangka mewujudkan kemajuan yang merata dan berkeadilan social

Teori keadilan ini merupakan *grand theory* (teori utama) yang akan Penulis gunakan sebagai dasar analisa hasil penelitian, Dengan membandingkan keadilan dari berbagai macam teori, secara keseluruhan mengandung arti sama yaitu keadilan merupakan kesamaan, kebersamaan, kekeluargaan dan kegotong royongan. Keadilan menurut Islam sendiri merupakan persamaan (*musawah*), tidak ada diskriminasi, selalu mewujudkan kebahagian individu dan kelompok.[23]

Menjawab permasalahan dalam penelitian ini tentang kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini yang belum terkondisikan. Teori Keadilan ini juga akan penulis gunakan sebagai dasar rekonstruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* melalui aksi integrasi dengan stakeholder di wilayah Puskesmas, sehingga penulis menggunakan teori ***Keadilan Pancasila*** terutama sila ke-5 keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yang mencerminkan sikap suasana kekeluargaan dan kegotong royongan, artinya permasalahan *stunting* merupakan masalah bersama, tidak hanya masalah pada

[23] Ibit 17

dinas kesehatan akan tetapi melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Propinsi Jawa Tengah. Dengan menggunakan asas kekeluargaan dan kegotongroyongan maka penanggulangan penyakit dan atau khususnya *stunting* yang ada di Puskesmas akan menurun serta akan memberikan kesejahteraan, kebahagian dan menciptakan generasi penerus yang bermutu dan berkwalitas.

2. Teori Negara Kesejahteraan sebagai *Middle Theory*

Teori Negara Kesejahteraan *(Welfare State)* tersebut sering kali dimaknai berbeda oleh setiap orang maupun Negara. Namun, teori tersebut secara garis besar setidaknya mengandung 4 (empat) makna yaitu:

a. Sebagai kondisi sejahtera ***(well-being)***, dimana kesejahteraan sosial *(social welfare)* sebagai kondisi terpenuhinya kebutuhan material dan non-material. Kondisi sejahtera terjadi manakala kehidupan manusia aman dan bahagia karena kebutuhan dasar akan gizi, kesehatan, pendidikan, tempat tinggal, dan pendapatan dapat dipenuhi serta manakala manusia memperoleh perlindungan dari resiko-resiko utama yang mengancam kehidupannya;
b. Sebagai pelayanan sosial, umumnya mencakup lima bentuk, yakni jaminan sosial *(social security)*, pelayanan kesehatan, pendidikan, perumahan dan pelayanan sosial personal *(personal social services)*;
c. Sebagai tunjangan sosial, kesejahteraan sosial yang diberikan kepada orang miskin. Karena sebagian besar penerima kesejahteraan adalah masyarakat miskin, cacat, pengangguran yang kemudian keadaan ini menimbulkan konotasi negatif pada istilah kesejahteraan, seperti kemiskinan, kemalasan, ketergantungan, dan lain sebagainya;

d. Sebagai proses atau usaha terencana, sebuah proses yang dilakukan oleh perorangan, lembaga-lembaga sosial, masyarakat maupun badan-badan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kehidupan melalui pemberian pelayanan sosial dan tunjangan sosial.[24]

Pengertian tentang Negara Kesejahteraan *(Welfare State)* tidak dapat dilepaskan dari empat definisi kesejahteraan di atas. Negara Kesejahteraan sangat erat kaitannya dengan kebijakan sosial *(social policy)*, yang mencakup strategi dan upaya-upaya pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan warganya, terutama melalui perlindungan sosial *(social protection)* yang mencakup jaminan sosial (baik berbentuk bantuan sosial dan asuransi sosial) maupun jaring pengaman sosial *(social safety net)*.

Indonesia adalah salah satu penganut konsep negara hukum yang meterial yang juga mengadopsi konsep-konsep negara *welfare state*, dan secara implisit bisa dijumpai pada penjelasan umum UUD'45, serta jika ditelisik secara keseluruhan isi dari UUD'45 dapat ditarik keseimpulan bahwa negara Indonesia merupakan negara hukum yang material atau negara dengan konsep *walfare state* dimana negara mempunyai tanggung jawab mutlak untuk memajukan kesejahteraan umum dan mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh warga negaranya.

Dalam implementasinya, Pemerintah Indonesia berusaha menciptakan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia sebagaimana yang telah diamanatkan dalam UUD 1945 yang secara tegas mengamanatkan kesejahteraan sosial sebagai

[24] https://kumparan.com/bathara-kresno/konsep-welfare-state-theory-maksimalkan-peran-pemerintah

prioritas tertinggi kebijakan publik negeri ini. Kesejahteraan sosial tersebut tertuang dalam UUD 1945 yang diantaranya menyatakan, bahwa perekonomian berdasarkan atas asas kekeluargaan, membiayai pendidikan dasar, mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu serta menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Pemerintah Indonesia secara jelas diamanatkan untuk menempatkan kepentingan masyarakat di atas kepentingan orang per orang.

Kebijakan penanggulangan *stunting* erat kaitannya dengan Negara kesejateraan, karena Pemerintah Indonesia sendiri berusaha menciptakan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia sebagaimana yang telah diamanatkan dalam UUD 1945 yang secara tegas mengamanatkan kesejahteraan sosial sebagai prioritas tertinggi kebijakan publik negara ini. Dalam menciptakan kesejahteraan yang berkaitan dengan *stunting*, banyak kendala yang harus direkonstruksi.

Adapun kendala-kendala dalam penanggulangan *stunting* yang ada saat ini meliputi:

a. Belum efektifnya program-program pencegahan *stunting*;
b. Belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif di semua tingkatan- terkait dengan perencanaan dan penganggaran, penyelenggaraan, dan pemantauan dan evaluasi;
c. Belum efektif dan efisiennya pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana;
    1) Keterbatasan kapasitas dan kualitas penyelenggaraan program; dan

2) Masih minimnya advokasi, kampanye, dan diseminasi terkait *stunting*, dan berbagai upaya pencegahannya.

Dengan adanya kendala-kendala yang ada saat ini maka peneliti merekontruksi kebijakan pencegahanan dan penanganan *stunting* di puskesmas melalui aksi integrasi stekeholder dengan cara mengukur kebijakan sebelum dan setelah ada kebijakan Dimana kebijakan berisi/ memuat aturan dalam menyelesaikan kendala-kendala penanggulangan penyakit khususnya *stunting*. Dengan adanya kebijakan penanggulangan *stunting* melalui aksi integrasi stekeholder akan terbentuk suatu kebersamaan, kekeluargaan dan kegotong royongan yang akan menurunkan angka *stunting* dan menciptakan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Disamping itu, melalui kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Propinsi Jawa Tengah dapat memberikan:

a. Pengetahuan dasar dan ketrampilan sesuai profesi dan kewenangan dalam pencegahan dan penanganan *stunting* bagi steakeholder yang ada di instansi provinsi Jawa Tengah.
b. Dapat mengukur kebijakan sebelum dan setelah ada kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Propinsi Jawa Tengah;
c. Mendapatkan pelayanan kesehatan dalam masa pandemi dengan mengetahui kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder*;

d. Proses yang dilakukan oleh instansi, lembaga-lembaga sosial, maupun badan-badan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kehidupan melalui pemberian pelayanan sosial dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.

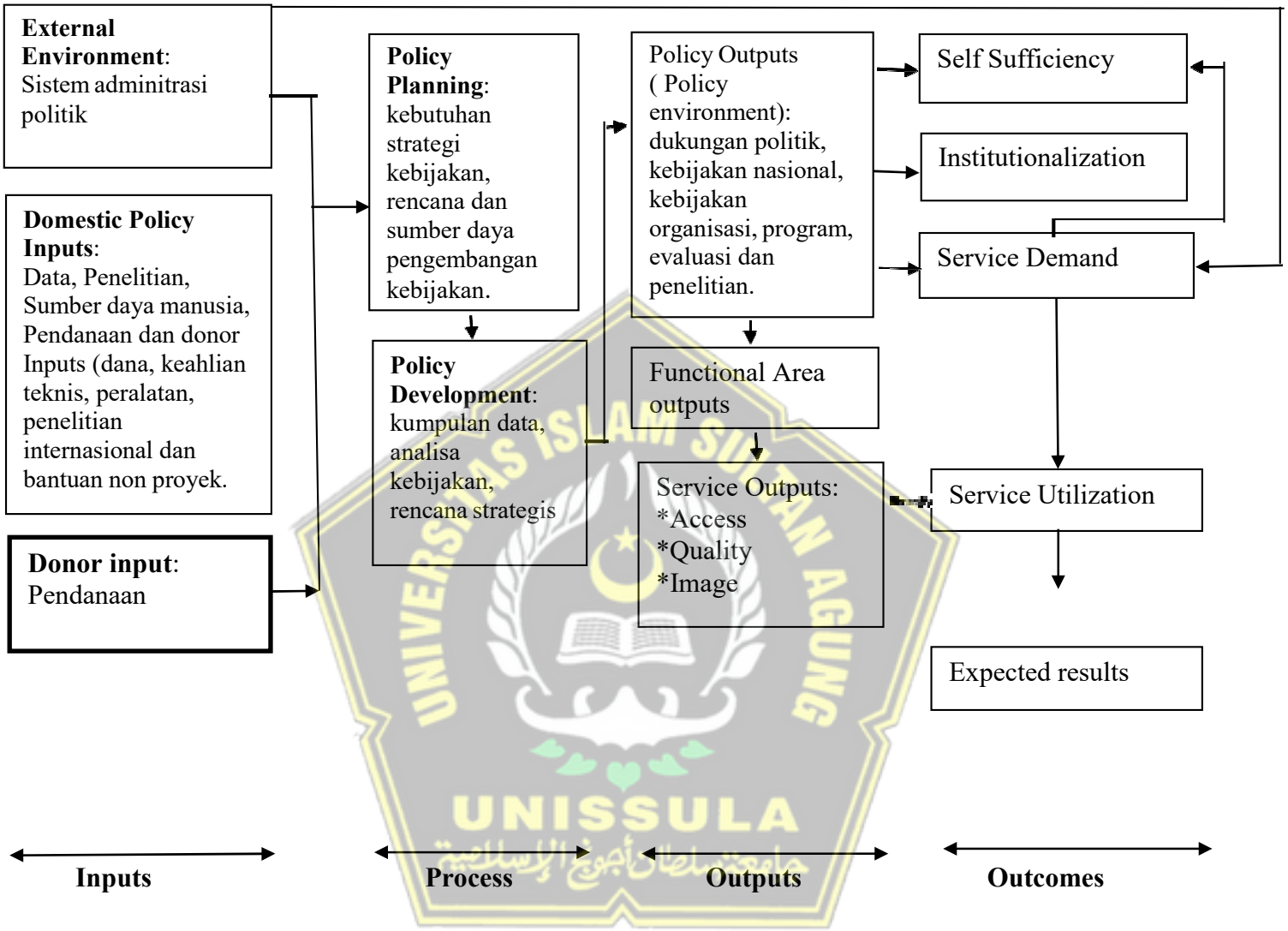
3. Teori Konsep PES (*PolicyEnvironment Score*) sebagai *Middle Theory*

Policy Environment Score merupakan untuk mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah/negara dapat mendukung suatu program atau kebijakan. Lingkupnya tidak hanya berlaku untuk lingkup makro atau negara, namun juga bisa di terapkan di tingkat lokal dengan menggunakan indiaktor yang sesuai dengan karakeristik khusus setiap daerah. PES didesain untuk merefleksikan tingkatan dari dukungan dan perubahan yang terjadi selama kurun waktu 1-3 tahun sebagai hasil dari aktifitas kebijakan (*policy activity*). Penilaian yang diberikan dalam bentuk angka atau skor pada pelaksanaan PES yang mempunyai dua tujuan yaitu:

a. Untuk mengindikasikan status terkini dari lingkungan kebijakan, termasuk elemen yang terkuat maupun yang terlemah.
b. Untuk mengevaluasi dampak dari aktivitas kebijakan.

Konsep nilai yang diperoleh dari *Policy Environment Score* terhadap lingkungan kebijakan memperoleh indikator dari kondusif tidaknya lingkungan kebijakan ekternal atau internal. Yang dinilai sebagai lingkungan internal adalah faktor-faktor yang melekat pada pembuat kebijakan seperti dukungan politik, kebijakan nasional, kebijakan operasional, sumber daya, komponen program maupun evaluasi dan penelitian. Secara detail konsep dan operasionalisasi metode PES ini di gambarkan dalam kerangka pikir evaluasi terhadap lingkungan kebijakan.

Skema 1
Kerangka Pemikiran Evaluasi



Dalam kerangka pikir penjabaran diatas sebagai acuan dalam menganalisis lingkungan kebijakan terdapat tiga input yang diperlukan dalam proses pengembangan kebijakan meliputi:

a. Lingkungan ekternal
b. Input sumber daya nasional kebijakan
c. Input dari donor

Lingkungan ekternal meliputi: sistem politik adminitratif suatu negara dan domestic policy input meliputi: data-data yang tersedia, penelitian yang ada, sumber daya staf, peralatan dan pendanaan dalam negeri.

Input donor dalam pengembangan kebijakan meliputi: para ahli, peralatan, dana, penelitian internasional, dialog kebijakan, pendampingan projek atau program dan kondisi yang kondusif untuk pinjaman dan hibah.

Lingkungan kebijakan mengalami perubahan seiring waktu sepanjang proses pengembangan kebijakan. Perubahan yang terjadi dapat merupakan bagian dari perencanaan kebijakan berdasarkan penilaian terhadap lingkungan kebijakan untuk memetakan kebutuhan program dan analisis situasi ketersediaan input bagi pengembangan kebijakan lebih lanjut. Banyak aktivitas pengembangan kebijakan atau intervensi kebijakan dirancang untuk menguatkan dukungan kebijakan / program. Sebagai bentuk dukungan terhadap pengembangan program pada tingkat nasional, intervensi kebijakan biasanya diarahkan untuk menguatkan lingkungan operasional kebijakan.

Dimensi dari lingkungan kebijakan merupakan output dari proses pengembangan kebijakan, meliputi:

a. Dukungan Politik

   Dukungan politik baik nasional, regional dan lokal mempunyai peran penting dalam lingkungan kebijakan karena merupakan faktor penentu keberhasilan kebijakan. Dukungan atau komitmen politik pemerintah sangat penting untuk keberhasilan implementasi kebijakan. Komitmen politik biasanya identik dengan dukungan sumber daya dan bantuan dalam

mengordinasikan, melaksanakan dan mempertahankan intervensi kesehatan masyarakat, termasuk dukungan apabila diperlukan adanya perubahan kebijakan.

b. Kebijakan nasional/ formulasi kebijakan

Kebijakan ini meliputi adanya pernyataan resmi dan berbagai perangkat institusional misalnya tujuan formal dari suatu program, yang dibutuhkan pada tahap formulasi dari kebijakan (kebijakan nasional, rencana pengembangan), pajak, serta insentif material yang dirancang untuk mempengaruhi keputusan.

c. Kebijakan Operasional

Terdiri dari tiga subdimensi yang secara langsung terkait dengan pelaksanaan program nasional:

1) Struktur organisasi
2) Regulasi yang baik akan pula secara langsung mempengaruhi area fungsional dari program.
3) Sumber daya

   Meliputi: finansial, material dan sumber daya manusia

d. Kompnen program

Komponen program disini dimaksudkan secara eksplisit menangkap gambaran komponen program spesifik yang tercantum dari kebijakan formal.

e. Evaluasi dan Penelitaian

Untuk melihat apakah aktivitas yang ada sekarang telah mendukung proses dari formulasi kebijakan. Evaluasi diukur dalam PES karena merupakan lingkungan internal yang dapat dipengaruhi oleh efektivitas kebijakan.

4. Teori Konsep dan Tumbuh Kembang pada Anak sebagai *Middle Theory*

a. Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya jumlah dan besarnya sel di seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur. Dan perkembangan adalah bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tumbuh, kematangan dan belajar. Pertumbuhan dan perkembangan berjalan menurut norma-norma tertentu. Walaupun demikian seorang anak dalam banyak hal tergantung kepada orang dewasa, misalnya mengkunsumsi makanan, perawatan, bimbingan, perasaan aman, pencegahan penyakit dan sebaginya. Oleh karena itu semua orang-orang yang mendapat tugas mengawasi anak harus mengerti persoalan anak yang sedang tumbuh dan berkembang. Banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan, diantaranya adlah faktor lingkungan. Bila lingkungan karena suatu hal menjadi buruk, maka keadaan tersebut hendaknya diubah (dimodifikasi) sehingga pertumbuhan dan perkembangan anak dapat berjalan dengan sebaik-baiknya.

b. Mengapa Tumbuh Kembang Anak harus di pelajari

1) Sebagai alat ukur dalam asuhan keperawatan

2) Diperlukan untuk mengetahui yang normal dalam rangka mendeteksi defiasi dari normal

3) Memepelajari tumbuh kembang memberikan guide line untuk menilai rata-rata atau perubahan fisik, intelektual, soaial dan emosional yang normal

4) Mengetahui perkembangan fisik, intelektual, sosial, emosional merupakan penuntun bagi perawat dalam mengkaji tingkat fungsional anak dan penyesuaiannya terhadap penyakit dan dirawat di rumah sakit.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak**.** Proses pertumbuhan dan perkembangan anak, tidak selamanya berjalan sesuai yang diharapkan. Hal ini disebabkan karena banyak faktor yang mempengaruhinya, baik faktor yang dapat diubah / dimodifikasi yaitu faktor keturunan, maupun faktor yang tidak dapat diubah / dimodifikasi yaitu faktor lingkungan. Apabila ada faktor lingkungan yang menyebabkan gangguan terhadap proses tumbuh kembang anak, maka faktor tersebut perlu diubah (dimodifikasi). Beberapa aktor yang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak tersebut adalah sebagai berikut:

1) faktor keturunan (*herediter*),

a) seks: kecepatan pertumbuhan dan perkembangan pada seorang anak wanita berbeda dengan anak laki-laki;

b) ras: anak keturunan bangsa Eropa lebih tinggi dan besar dibandingkan dengan anak keturunan bangsa Asia.

2) Faktor lingkungan

a) Lingkungan eksternal;

1. Kebudayaan: kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan adat kebiasaan dan tingkah laku dalam merawat dan mendidik anak;
2. Status sosial ekonomi keluarga: keadaan sosial ekonomi keluarga dapat mempengaruhi pola asuhan terhadap anak. Misalnya orang tua yang mempunyai pendidikan cukup mudah menerima dan menerapkan ide-ide utuk pemberian asuhan terhadap anak;
3. Nutrisi; untuk tumbuh kembang, anak memerlukan nutrisi yang adekuat yang didapat dari makan yang bergizi. Kekurangan nutrisi dapat diakibatkan karena pemasukan nutrisi yang kurang baik kualitas maupun kuantitas, aktivitas fisik yang terlalu aktif, penyakit-penyakit fisik yang menyebabkan nafsu makan berkurang, gangguan absorpsi usus serata keadaan emosi yang menyebabkan berkurangnya nafsu makan;
4. Penyimpangan dari keadaan normal disebabkan karena adanya penyakit atau kecelakaan yang dapat menggangu proses pertumbuhan dan perkembangan anak;
5. Olahraga: olahraga dapat meningkatkan sirkulasi, aktivitas fisiologi, dan menstimulasi terhadap perkembangan otot-otot;

6. Urutan anak dalam keluarganya kelahiran anak pertama menjadi pusat perhatian keluarga, sehingga semua kebutuhan terpenuhi baik fisik, ekonomi, maupun sosial.

b) lingkungan internal

1. Intelegensi: pada umumnya anak yang mempunyai intelegensi tinggi, perkembangannya akan lebih baik jika dibandingkan dengan yang mempunyai intelegensi kurang;
2. Hormone: ada tiga hormon yang mempengaruhi pertumbuhan anak yaitu: somatotropin, hormon yang mempengaruhi jumlah sel untuk merangsang sel otak pada masa pertumbuhan, berkurangnya hormon ini dapat menyebabkan *gigantisme*; hormon tiroid, mempengaruhi pertumbuhan, kurangnya hormon ini dapat menyebabkan *kreatinisme;* hormon *gonadotropin*, merangsang testosteron dan merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi *spermatozoa*. Sedangkan estrogen merangsang perkembangan seks sekunder wanita dan produksi sel telur. Kekurangan hormon *gonadotropin* ini dapat menyebabkan terhambatnya perkembangan seks;
3. Emosi: hubungan yang hangat dengan orag lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya serta guru akan memberi pengaruh pada perkembangan emosi, sosial dan intelektual anak. Pada saat anak berinteraksi dengan keluarga maka akan mempengaruhi interaksi

anak di luar rumah. Apabila kebutuhan emosi anak tidak dapat terpenuhi.

4. Pelayanan kesehatan yang ada disekitar lingkungan dengan adanya pelayanan kesehatan disekitar lingkungan anak dapat mempengaruhi tunbuh kembang anak, karena dengan anak diharapkan dapat terkontrol perkembangannya dan jika ada masalah dapat segera diketahui sedini mungkin serta dapat dipecahkan /dicari jalan keluarnya dengan cepat.

d. Perkembangan

Perkembangan (*development*) adalah perubahan secara berangsur-angsur dan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh, meningkatkan dan meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan, kematangan atau kedewasaan (*maturation*), dan pembelajaran (*learning*). Perkembangan manusia berjalan secara progresif, sistematis dan berkesinambungan dengan perkembangan di waktu yang lalu. Perkembangan terjadi perubahan dalam bentuk dan fungsi kematangan organ mulai dari aspek fisik, intelektual, dan emosional. Perkembangan secara fisik yang terjadi adalah dengan bertambahnya sempurna fungsi organ. Perkembangan intelektual ditunjukan dengan kemampuan secara simbol maupun abstrak seperti berbicara, bermain, berhitung. Perkembangan emosional dapat dilihat dari perilaku sosial lingkungan anak.

1) Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang

Setiap manusia mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda-beda antara satu dengan manusia lainnya, bisa dengan cepat bahkan lambat, tergantung pada individu dan lingkungannya. Proses tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor-faktor di antaranya :

2) Faktor herediter/ genetik

Faktor herediter pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual. Merupakan faktor keturunan secara genetik dari orang tua kepada anaknya. Faktor ini tidak dapat berubah sepanjang hidup manusia, dapat menentukan beberapa karkteristik seperti jenis kelamin, ras, rambut, warna mata, pertumbuhan fisik, dan beberapa keunikan sifat dan sikap tubuh seperti temperamen. Faktor ini dapat ditentukan dengan adanya intensitas dan kecepatan dalam pembelahan sel telur, tingkat sensitifitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang. Potensi genetik yang berkualitas hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan yang positif agar memperoleh hasil yang optimal.

3) Faktor lingkungan/ eksternal

Lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi individu setiap hari mulai lahir sampai akhir hayatnya, dan sangat mempengaruhi tercapinya

atau tidak potensi yang sudah ada dalam diri manusia tersebut sesuai dengan genetik. Faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu :

a) Lingkungan pranatal (faktor lingkungan ketika masih dalam kandungan);
b) Faktor prenatal yang berpengaruh antara lain gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin atau zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio; dan
c) Lingkungan postnatal (lingkungan setelah kelahiran).

Lingkungan postnatal dapat di golongkan menjadi :

a. Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan fungsi metabolism;
b. Lingkungan fisik, meliputi sanitasi, cuaca, keadaan rumah, dan radiasi;
c. Lingkungan psikososial, meliputi stimulasi, motivasi belajar, teman sebaya, stress, sekolah, cinta kasih, interaksi anak dengan orang tua; dan
d. Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pekerjaan atau pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, stabilitas rumah tangga, kepribadian orang tua.

4) Faktor status sosial ekonomi

Status sosial ekonomi dapat berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Anak yang lahir dan dibesarkan dalam lingkungan status sosial yang tinggi

cenderung lebih dapat tercukupi kebutuhan gizinya dibandingkan dengan anak yang lahir dan dibesarkan dalam status ekonomi yang rendah.

5) Faktor nutrisi

Nutrisi adalah salah satu komponen penting dalam menunjang kelangsungan proses tumbuh kembang. Selama masa tumbuh kembang, anak sangat membutuhkan zat gizi seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan air. Apabila kebutuhan tersebut tidak di penuhi maka proses tumbuh kembang selanjutnya dapat terhambat.

6) Faktor kesehatan

Status kesehatan dapat berpengaruh pada pencapaian tumbuh kembang. Pada anak dengan kondisi tubuh yang sehat, percepatan untuk tumbuh kembang sangat mudah. Namun sebaliknya, apabila kondisi status kesehatan kurang baik, akan terjadi perlambatan.

e. Pola Pertumbuhan dan Perkembangan

Pola pertumbuhan dan perkembangan terjadi secara terus menerus. Pola ini dapat merupakan dasar bagi semua kehidupan manusia, petunjuk urutan dan langkah dalam perkembangan anak ini sudah ditetapkan tetapi setiap orang mempunyai keunikan secara individu. Pertumbuhan fisik dapat dilihat secara lebih nyata, namun sebenarnya disertai pula dengan pertumbuhan psikososial anak dan diikuti dengan hal-hal dibawah ini:

1) *Directional trends*: pertumbuhan dan perkembangan berjalan secara teratur, berhubungan dengan petunjuk atau gradien atau reflek dari perkembangan fisik dan maturasi dari fungsi *neuromuscular*.

Prinsip-prinsip ini meliputi:

a) *Cephalocandal* atau *Head to tail direction* (dari arah kepala ke kaki) misalnya: mengangkat kepala, duduk kemudian mengangkat dada dan menggerakkan ekstremitas bagian bawah;

b) *Proximadistal* atau *near to far direction* (menggerakkan anggota gerak yang paling dekat dengan pusat dan pada anggota gerak yang lebih jauh dari pusat misalnya: bahu dulu baru jari-jari;

c) *Mass to specific* atau *simple to complex*: (menggerakkan daerah yang lebih sederhana dulu baru kemudian yang lebih komplex) misalnya: mengangkat nahu dulu baru kemudian menggerakkan jari-jari yang lebih sulit atau melambaikan tangan baru bisa memainkan jari.

2) *Sequential trends*: semua dimensi tumbuh kembang dapat diketahui maka *sequence* dari tumbuh kembang tersebut dapat diprediksi, dimana hal ini berjalan secara teratur dan kontinyu. Semua anak yang normal melalui setiap tahap ini. Setiap fase dipengaruhi oleh fase sebelumnya. Misal: tengkurap – merangkak – berdiri – berjalan.

3) Masa *sensitif:* pada waktu-waktu yang terbatas selama proses tumbuh kembang dimana anak berinteraksi terutama dengan lingkungan yang ada, kejadian yang spesifik. Masa-masa tersebut adalah sebagai berikut:

a) Masa kritis: yaitu masa yang apabila tidak dirangsang/berkembang maka hal ini tidak akan dapat digantikan pada masa berikutnya.

b) Masa sensitif: mengarah pada perkembangan dan mikroorganisme. Misalnya pada saat perkembangan otak, ibunya menderita flu maka kemungkinan anak tersebut akan hydrocepallus/encepalitis.

c) Masa optimal: yaitu suatu masa diberikan rangsangan optimal maka akan mencapai puncaknya. Misalnya: anak usia 3 tahun saat perkembangan otak dirangsang dengan bacaan-bacaan/gizi yang tinggi, maka anak tersebut dapat mencapai tahap perkembangan yang optimal.

Perkembangan ini berjalan secara pasti dan tepat, tetapi tidak sama untuk setiap anak. Misalnya: ada yang lebih dulu bicara baru jalan atau sebaliknya ada yang badannya lebih dulu berkembang kemudian subsistemnya dan sebaliknya.

1. **Teori Hukum Lawrence Meir Friedman sebagai *Middle Theory***

Lawrence Meir Friedman mengatakan bahwa berhasil atau tidaknya penegakan hukum bergantung pada: Substansi Hukum, Struktur Hukum/Pranata Hukum dan Budaya Hukum. Secara rinci dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Substansi Hukum: Dalam teori Lawrence Meir Friedman hal ini disebut sebagai sistem Substansial yang menentukan bisa atau tidaknya hukum itu dilaksanakan. Substansi juga berarti produk yang dihasilkan oleh orang yang berada dalam sistem hukum yang mencakup keputusan yang mereka keluarkan, aturan baru yang mereka susun. Substansi juga mencakup hukum yang hidup (*living law*), bukan hanya aturan yang ada dalam kitab undang-undang (*law books*). Sebagai negara yang masih menganut sistem *Cicil Law* Sistem atau sistem Eropa Kontinental (meski sebagaian peraturan perundang-

undangan juga telah menganut *Common Law* Sistem atau *Anglo Sexon*) dikatakan hukum adalah peraturan-peraturan yang tertulis sedangkan peraturan-peraturan yang tidak tertulis bukan dinyatakan hukum. Sistem ini mempengaruhi sistem hukum di Indonesia. Salah satu pengaruhnya adalah adanya asas Legalitas dalam KUHP. Dalam Pasal 1 KUHP ditentukan "tidak ada suatu perbuatan pidana yang dapat di hukum jika tidak ada aturan yang mengaturnya". Sehingga bisa atau tidaknya suatu perbuatan dikenakan sanksi hukum apabila perbuatan tersebut telah mendapatkan pengaturannya dalam peraturan perundang-undangan;

b. Struktur Hukum/Pranata Hukum: Dalam teori *Lawrence Meir Friedman* hal ini disebut sebagai sistem Struktural yang menentukan bisa atau tidaknya hukum itu dilaksanakan dengan baik. Struktur hukum berdasarkan UU Nomor 8 Tahun 1981 meliputi; mulai dari Kepolisian, Kejaksaan, Pengadilan dan Badan Pelaksana Pidana (Lapas). Kewenangan lembaga penegak hukum dijamin oleh undang-undang. Sehingga dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya terlepas dari pengaruh kekuasaan pemerintah dan pengaruh-pengaruh lain. Terdapat adagium yang menyatakan "*fiat justitia et pereat mundus*" (meskipun dunia ini runtuh hukum harus ditegakkan). Hukum tidak dapat berjalan atau tegak bila tidak ada aparat penegak hukum yang kredibilitas, kompeten dan independen. Seberapa bagusnya suatu peraturan perundang-undangan bila tidak didukung dengan aparat penegak hukum yang baik maka keadilan hanya angan-angan. Lemahnya mentalitas aparat penegak hukum mengakibatkan penegakkan hukum tidak berjalan

sebagaimana mestinya. Banyak faktor yang mempengaruhi lemahnya mentalitas aparat penegak hukum diantaranya lemahnya pemahaman agama, ekonomi, proses rekruitmen yang tidak transparan dan lain sebagainya. Sehingga dapat dipertegas bahwa faktor penegak hukum memainkan peran penting dalam memfungsikan hukum. Kalau peraturan sudah baik, tetapi kualitas penegak hukum rendah maka akan ada masalah. Demikian juga, apabila peraturannya buruk sedangkan kualitas penegak hukum baik, kemungkinan munculnya masalah masih terbuka;

c. Budaya Hukum: Kultur hukum menurut *Lawrence M Friedman* adalah sikap manusia terhadap hukum dan sistem hukum-kepercayaan, nilai, pemikiran, serta harapannya. Kultur hukum adalah suasana pemikiran sosial dan kekuatan sosial yang menentukan bagaimana hukum digunakan, dihindari, atau disalahgunakan. Budaya hukum erat kaitannya dengan kesadaran hukum masyarakat. Semakin tinggi kesadaran hukum masyarakat maka akan tercipta budaya hukum yang baik dan dapat merubah pola pikir masyarakat mengenai hukum selama ini. Secara sederhana, tingkat kepatuhan masyarakat terhadap hukum merupakan salah satu indikator berfungsinya hukum.

2. **Teori Hukum Progresif sebagai *Applied Theory***

Istilah hukum progresif di sini adalah istilah hukum yang diperkenalkan oleh Satjipto Rahardjo, yang dilandasi asumsi dasar bahwa hukum adalah untuk manusia. Hukum progresif bermakna hukum yang peduli terhadap kemanusiaan sehingga bukan sebatas dogmatis belaka. Secara spesifik hukum progresif antara lain bisa disebut sebagai hukum yang pro rakyat dan hukum yang berkeadilan.

Lahirnya hukum progresif dalam khazanah pemikiran hukum, berkaitan dengan upaya mengkritisi realitas pemahaman hukum yang sangat positivistik.

Memahami istilah progresivisme dalam konteks hukum progresif dapat dijabarkan sebagai berikut:

1) *Progresivisme* bertolak dari pandangan bahwa pada dasarnya manusia adalah baik, dengan demikian hukum progresif mempunyai kandungan moral yang kuat. Progresivisme ingin menjadikan hukum sebagai institusi yang bermoral;
2) Hukum progresif mempunyai tujuan berupa kesejahteraan dan kebahagiaan manusia, maka sebagai konsekuensinya hukum selalu dalam proses menjadi. Oleh karena itu hukum progresif selalu peka terhadap perubahan masyarakat disegala lapisan;
3) Hukum progresif mempunyai watak menolak status quo ketika situasi ini menimbulkan kondisi sosial yang dekanden dan korup. Hukum progresif memberontak terhadap status quo, yang berujung pada penafsiran hukum yang progresif;
4) Hukum progresif mempunyai watak yang kuat sebagai kekuatan pembebasan dengan menolak status *quo*. Paradigma "hukum untuk manusia' membuatnya merasa bebas untuk mencari dan menemukan format, pikiran, asa, serta aksi yang tepat untuk mewujudkannya. [25]

Dalam *Applied theory* penulis menggunakan teori hukum progresif, dimana hukum dibentuk untuk manusia bukan manusia untuk hukum, bahwa penanggulangan *stunting* yang awalnya hanya dilakukan di Puskesmas saja, dengan

[25] https://yuokysurinda.wordpress.com/2016/01/18/teori-tentang-hukum-progresif/

merekonstruksi kebijakan penanggulangan penyakit di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Propinsi Jawa Tengah berbasis keadilan dalam pelaksanaannya menggunakan asas kekeluargaan dan kegotongroyongan, yang ada dalam sila ke-5 Pancasila "Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia" maka secara teori hukum progresif bahwa hukum bertujuan mengantarkan manusia kepada kehidupan yang adil, sejahtera, dan membuat manusia bahagia.

Setiap teori ilmiah, baik yang sudah mapan maupun yang masih dalam proses kematangan, memiliki landasan filosofis. Ada tiga landasan filosofis pengembangan ilmu termasuk hukum yaitu ontologis, epistemologis dan aksiologis. Landasan ontologis ilmu hukum artinya hakikat kehadiran ilmu hukum itu dalam dunia ilmiah. Artinya apa yang menjadi realitas hukum sehingga kehadirannya benar-benar merupakan sesuatu yang substansial.[15]

Landasan epistemologis ilmu hukum artinya cara-cara yang dilakukan di dalam ilmu hukum sehingga kebenarannya bisa dipertanggung jawabkan secara ilmiah. Kemudian landasan aksiologis ilmu hukum artinya manfaat dan kegunaan apa saja yang terdapat dalam hukum itu sehingga kehadirannya benar-benar bisa dirasakan manfaatnya oleh masyarakat.

Landasan ontologis hukum progresif lebih terkait dengan persoalan realitas hukum yang terjadi di Indonesia. Masyarakat mengalami krisis kepercayaan terhadap peraturan hukum yang berlaku. Hukum yang ada dianggap sudah tidak mampu mengatasi kejahatan kerah putih (*white colar crime*) seperti korupsi, sehingga masyarakat mengimpikan teori hukum yang lebih adekuat. Ketika kehausan masyarakat akan kehadiran hukum yang lebih baik itu sudah

berakumulasi, maka gagasan tentang hukum progresif ibarat gayung bersambut. Persoalannya adalah substansi hukum progresif itu sendiri seperti apa, belum ada hasil pemikiran yang terprogram secara ilmiah.

Landasan epistemologis hukum progresif lebih terkait dengan dimensi metodologis yang harus dikembangkan untuk menguak kebenaran ilmiah. Selama ini metode kasuistik dalam istilah logika lebih dekat dengan pengertian induktif lebih mendominasi bidang hukum. Kasus pelanggaran hukum tertentu yang dikaitkan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku-dicari dalam pasal-pasal hukum yang tertulis, menjadikan dimensi metodologis belum berkembang secara optimal.

F. Kerangka Pemikiran

Kebijakan penanggulangan *stunting* melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintah Provinsi Jawa Tengah merupakan langkah kerjasama lintas sektor antara tenaga kesehatan dengan *stekeholder* pemerintah Provinsi Jawa Tengah. Adapun alur penelitian yang dilakukan penulis sebagai berikut:

Penemuan kasus penyakit khususnya *stunting* yang ada di lingkungan Puskesmas dilakukan kerjasama tenaga kesehatan lintas program dan lintas sektor baik dalam gedung dan luar gedung. *Stunting* adalah suatu kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. (kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun).

Dengan adanya aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintah Provinsi Jawa Tengah dengan puskesmas, yang selama ini hanya dilakukan kerjasama lintas program dan sektor saja, dengan adanya aksi integrasi ini diharapkan terjadi penurunan *stunting*.

Di masa pandemi ini penulis menggunakan metode mengumpulkan data dari hasil wawancara, kuesioner dan observasi secara *offline,* hasil dari pengumpulan data akan diolah dengan menggunakan konsep aplikasi PES dengan cara mengukur seberapa pengaruh kebijakan sebelum dan sesudah adanya kebijakan *stunting* yang ada di pemerintahan Provinsi Jawa Tengah.

Pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting* melalui aksi integrasi dengan stakeholder pemerintah yang hasilnya mendapatkan data kegiatan pelaksanaan instansi pemerintah yang terdiri dari P1, P2, P3. Selanjutnya data P1, P2, P3 akan diukur melalui metode PES. Skore PES merupakan hasil dari tabulasi per tahun sebelum dan sesudah ditetapkan kebijakan, untuk melihat support terhadap berlangsungnya kebijakan.

Beberapa yang perlu menjadi perhatian untuk mengevaluasi sebuah kebijakan, yakni sebagai berikut:

a. Output digunakan untuk mengetahui konsekuensi langsung yang dirasakan oleh kelompok sasaran sebagai akibat dari implementasi kebijakan.
b. Akses, berkaitan dengan beberapa mudah kelompok sasaran mendapatkan layanan dari implementasi sebuah kebijakan.
c. Cakupan, tentang apa saja yang menjadi kelompok sasaran dan

perbandingan jumlah kelompok sasaran yang telah mendapat layanan dengan total kelompok sasaran dapat pula menganalisa frekuensi untuk mengetahui seberapa sering sekelompok sasaran memperoleh layanan kebijakan.

d. Bias, menganalisa potensi terjadinya "penyimpangan" atau ketidaktepatan implementasi kebijakan.
e. Ketepatan layanan, berkaitan tentang apakah pelayanan yang diberikan dilakukan tepat waktu atau tidak.
f. Akutanbilitas, menggali tentang aspek pertanggungjawaban implementasi kebijakan.
g. Kesesuaian program dengan kebutuhan, menganalisa apakah kebujakan yang diimplementasikan telah sesuai dengan apa yang diperlukan atau menjadi kebutuhan masyarakat.
h. Outcome, yaitu digunakan untuk mengukur dampak suatu kebijakan.

Kebijakan merekonstruksi baru peneliti menggunakan tiga teori, yaitu teori keadilan ini merupakan *grand theory* (teori utama) yang akan penulis gunakan sebagai dasar analisa hasil penelitian, Dengan membandingkan keadilan dari berbagai macam teori, secara keseluruhan mengandung arti sama yaitu keadilan merupakan kesamaan, kebersamaan, kekeluargaan dan kegotong royongan. Keadilan menurut Islam sendiri merupakan persamaan (*musawah*), tidak ada diskriminasi, selalu mewujudkan kebahagian individu dan kelompok.[26]

[26] Ibit 17

Kebijakan penanggulangan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Jawa Tengah, menggunakan *Keadilan Pancasila*, terutama sila ke-5 keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yang mencerminkan sikap suasana kekeluargaan dan kegotong royongan, artinya permasalahan *stunting* merupakan masalah bersama, tidak hanya masalah pada pada dinas kesehatan akan tetapi merupakan aksi integrasi dengan seluruh instansi pemerintahan Provinsi Jawa Tengah. Dengan kekeluargaan dan kegotong royongan maka penanggulangan penyakit dan atau khususnya *stunting* yang ada di Puskesmas akan menurun serta akan memberikan kesejahteraan, kebahagian dan menciptakan generasi penerus yang bermutu dan berkwalitas.

Nilai-nilai keadilan pancasila yang terdapat sila ke-5 yang berbunyi " keadilan sosial bagi seluruh raktyat Indonesia" dapat dijadikan pandangan hidup bangsa Indonesia yang dapat mempersatukan kita, serta memberi petunjuk dalam mencapai kesejahteraan dan kebahagiaan lahir dan batin dalam masyarakat kita yang beraneka ragam sifatnya. Sila ke-5 dalam pancasila terutama butir ke-1 yang berbunyi" mengembangkan perbuatan yang luhur, yang mencerminkan sikap dan suasana kekeluargaan dan kegotongroyongan" Nilai yang mencerminkan sikap dan suasana kekeluargaan dan kegotongroyongan dapat dijadikan kebijakan penanggulangan penyakit di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan seluruh intansi pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan.

Dalam *Middle theory* penulis menggunakan teori hukum negara kesejahteraan, Teori Hukum Lawrence Meir Friedman**,** konsep PES (*Policy Environment Score*) dan teori Tumbuh dan Kembang pada Anak.

Teori Hukum Negara Kesejahteraan digunakan bahwa dalam upaya-upaya pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan bagi warga negara Indonesia, dalam menurunkan angka *stunting* diperlukan kerjasama setiap program, lintas sektor dan para stakeholder dengan cara melakukan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi dengan stakeholder pemerintah

Teori Konsep PES (*Policy Environment Score*) digunakan untuk mengukur kebijakan perencanaan (P1), pelaksanaan (P2) dan evaluasi (P3) seberapa pengaruh kebijakan sebelum dan sesudah adanya kebijakan, melalui aplikasi PES, dimana hasil skore PES dalam bentuk tabulasi per tahun sebelum dan sesudah ditetapkan kebijakan, yang bertujuan untuk melihat support terhadap berlangsungnya kebijakan. Adapun hasil Konsep PES (*Policy Environment Score*).

Teori konsep dan tumbuh kembang pada anak bertujuan untuk sebagai alat ukur dalam asuhan keperawatan, mengetahui yang normal dalam rangka mendeteksi defiasi dari normal, mempelajari tumbuh kembang memberikan *guide line* untuk menilai rata-rata atau perubahan fisik, intelektual, soaial dan emosional yang normal dan mengetahui perkembangan fisik, intelektual, sosial, emosional merupakan penuntun bagi perawat dalam mengkaji tingkat fungsional anak dan penyesuaiannya terhadap penyakit dan dirawat di rumah sakit.

Dalam *applied theory* penulis menggunakan teori hukum progresif, dimana hukum dibentuk untuk manusia bukan manusia untuk hukum, bahwa penanggulangan *stunting* yang awalnya hanya dilakukan di puskesmas bekerja sama dengan pemegang program dan lintas sektor, dengan merekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan

stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan menggunakan asas kekeluargaan dan kegotongroyongan, yang ada dalam sila ke-5 Pancasila "Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia" maka secara teori hukum progresif bahwa hukum bertujuan mengantarkan manusia kepada kehidupan yang adil, sejahtera, dan membuat manusia bahagia.

Permasalahan yang telah diajukan pada bagian perumusan masalah dalam desertasi ini, akan dikaji dan dianalisa secara kritis dengan menggunakan beberapa teori sebagai unit maupun pisau analisis, baik yang bersifat mikro maupun makro.[27]

1. **Kerangka Konseptual**

   Kerangka konseptual merupakan konsep dasar atau landasan berfikir yang berkaitan dengan konsep yang terkandung dalam judul penelitian, yang dijabarkan dalam permasalahan dan tujuan penelitian. [28]

Konsep ini penulis ungkapkan dalam kajian kerangka pikir studi yang akan dijadikan pedoman dalam rangka mengumpulkan data dan bahan - bahan hukum yang dibutuhkan dalam penelitian, untuk menjawab permasalahan dan tujuan penelitian.

[27] Teori yang bersifat mikro lebih menekankan pada aspek prilaku manusia, sementara teori makro lebih menekankan pada aspek – aspek struktural (kelembagaan) dan fungsional (efektifitas).Periksa, Sarjipto Rahardjo, 1998, Teori dan "*Metode dalam Sosiologi Hukum", Hukum Adat dan Modernisasi Hukum*,ed.M. Syamsudin dkk, Jogjakarta, Sinar Grafika, hal.143-151

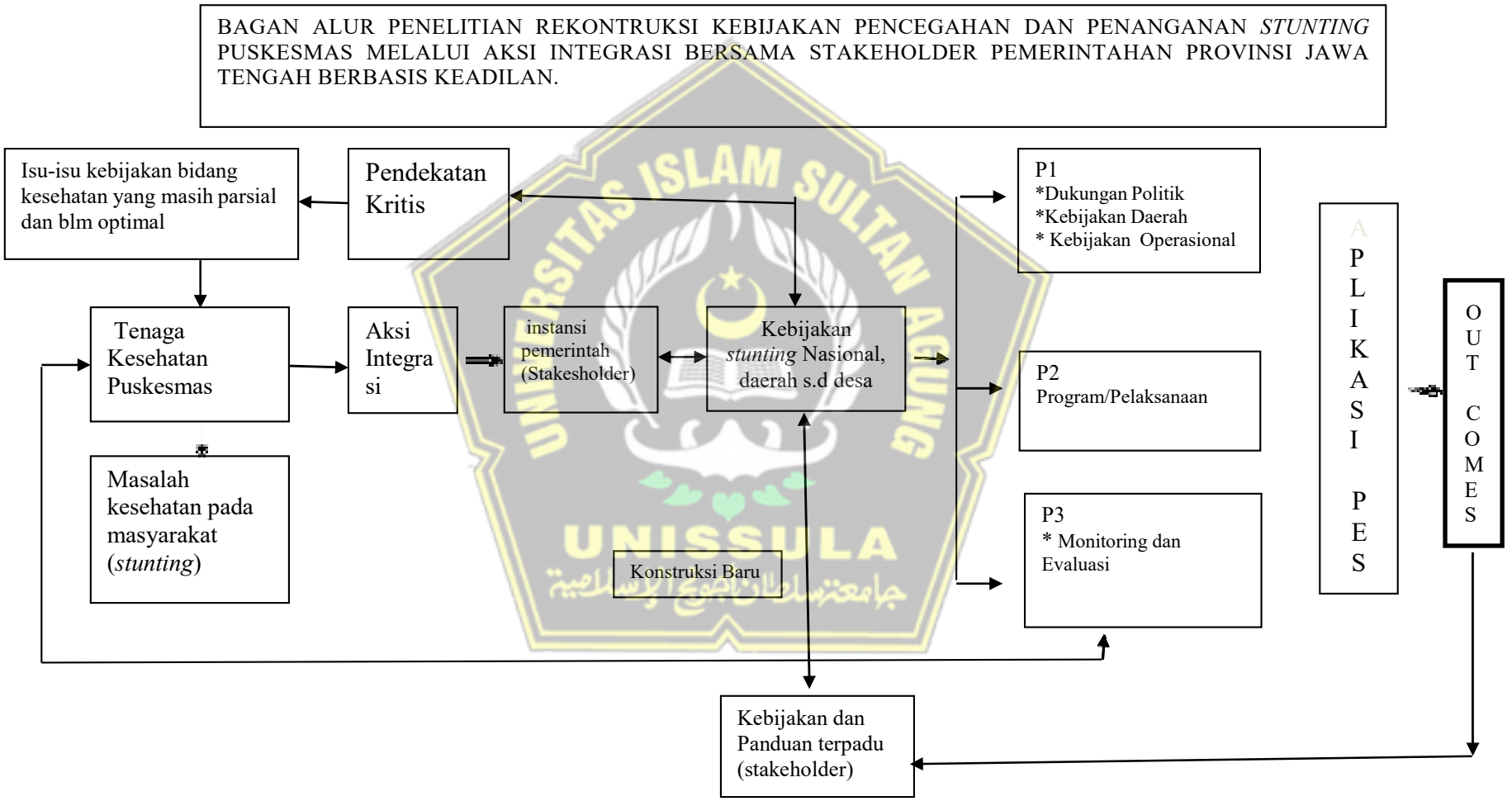
[28] Paulus Hadisoeprakto,dkk, 2009, *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis*, semaran: UNDIP, h.18-19

Konsep dasar diperoleh setelah dilakukan penelusuran bahan-bahan hukum yang dibutuhkan dalam penelitian yang berupa kajian pustaka menyangkut permasalahan dan tujuan dari penelitian.[29]

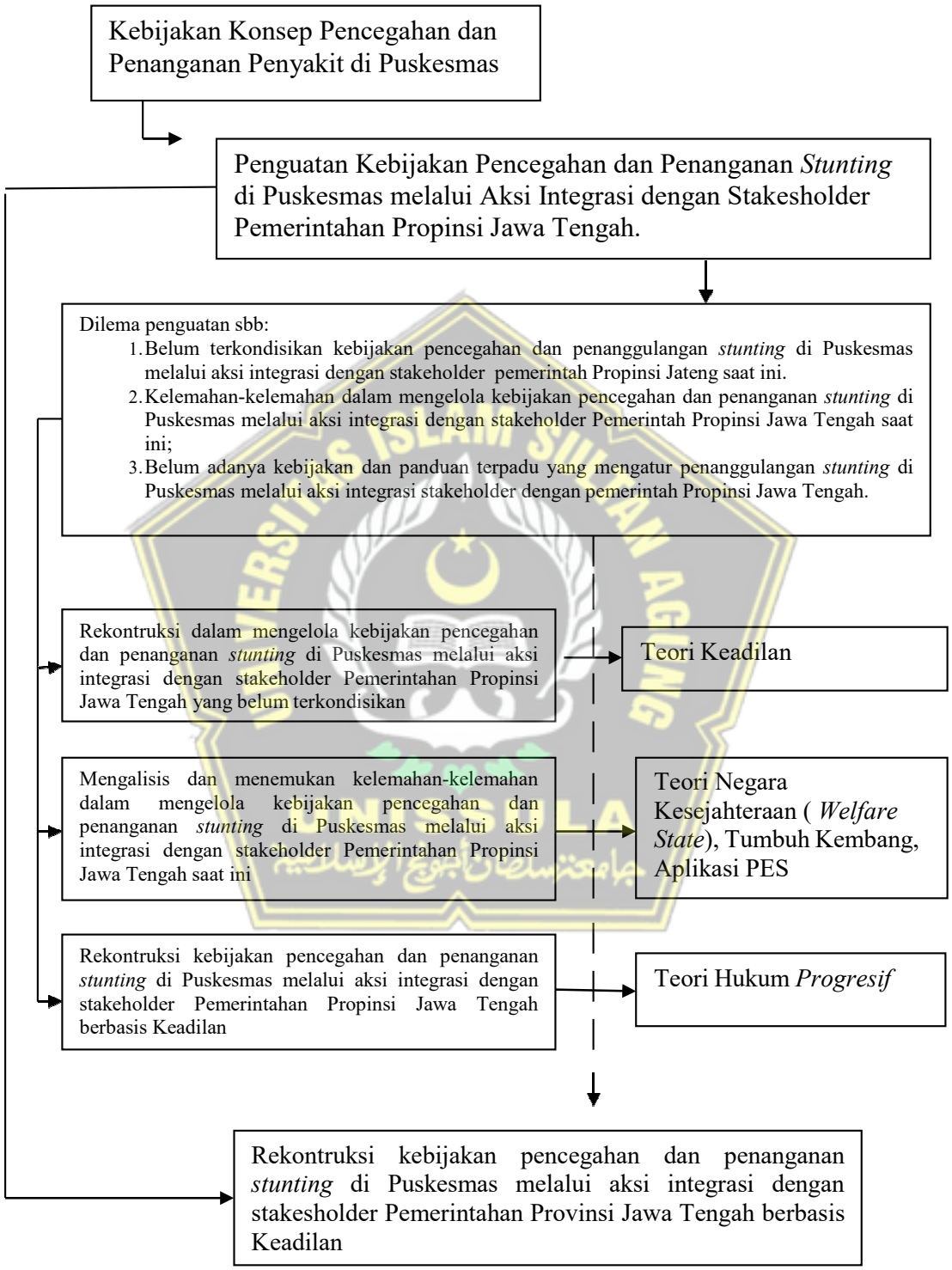
Selanjutnya kerangka konseptual penulisan ini dapat di gambarkan dalam ragaan kerangka dibawah ini:

[29] Rusdi Malik,2000, *Penemu Afana Dalam Hukum*, Jakarta: Trisakti, h.15

Skema 2
Kerangka Konseptual Disertasi



Skema 3
Kerangka Konseptual Disertasi



Skema 1:

Adanya isu-isu di bidang kesehatan di masa pandemi ini terutama masalah *stunting* (gizi buruk) di kabupaten demak, antara lain Demak merupakan zona merah prevalensi *stunting*; adanya *stunting* sangat berpengaruh terhadap kualitas generasi ke depan, penanganan *stunting* masih parsial, sebagian belum terstruktur, dan sebagian belum optimal; dan kurangnya kesadaran pentingnya pencegahan dan penanganan *stunting* serta masih minimnya regulasi yang mengatur percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* antara stakeholder pemerintah yang ada didaerah.

Menurut Satjipto Rahardjo dalam hukum modern merupakan respon terhadap sistem produksi ekonomi baru (kapitalis), karena sistem yang lama sudah tidak dapat lagi melayani perkembangan-perkembangan yang merupakan dampak dari bekerjanya sistem ekonomis kapitalis tersebut. Dengan bertolak dari pemikiran yang demikian, hukum modern perlu dikritisi dan di rekonstruksi dengan upaya mencari nilai-nilai hukum yang bersumber dari rasa keadilan masyarakat Indonesia.[30]

Puskesmas merupakan bentuk pelayanan publik di bidang kesehatan yang memberikan pelayanan dasar baik UKP dan UKM. Salah satu kegiatan puskesmas memberikan pelayanan gizi, yang memantau pertumbuhan dan perkembahan gizi pada anak. Tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat dan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan, melalui program gizi sudah dilakukan kerjasama

[30] Mahmutarom, 2016, *Rekontruksi Konsep Keadilan (studi tentang perlingdungan korban tindak pidana terhadap nyawa menurut hukum isla, kontruksi masyarakat dan instrument internasional*), Penerbit: Undip cetakan ke-3, Semarang, h.20.

lintas program dengan lintas sektor. Masalah kesehatan merupakan masalah bersama, maka itu perlu adanya kerja tenaga kesehatan dengan lintas sektor maupun stakeholder pemerintah. Program ini terkait *stunting*, karena *stunting* merupakan salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs)[31] Dalam rangka mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas. Dan *stunting* juga memiliki dampak yang cukup serius; antara lain, jangka pendek terkait dengan morbiditas dan mortalitas pada bayi/balita, jangka menengah terkait dengan intelektualitas dan kemampuan kognitif yang rendah, dan jangka panjang terkait dengan kualitas sumber daya manusia dan masalah penyakit degeneratif di usia dewasa.

Kerjasama yang dilakukan di masa pandemi ini, perlu adanya upaya pencegahan dan penanganan *stunting* yang selama pandemi ini *stunting* pada anak kurang mendapatkan perhatian bagi tenaga kesehatan puskesmas maupun pemerintah. Dengan melakukan pengukuran kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* masa pandemi yang dilakukan oleh puskesmas melalui aksi integrasi dengan steakeholder menggunakan metode mengukur secara *online* pada Provinsi Jawa Tengah berbasis Keadilan adalah maka kasus *stunting* akan menurun. Hal ini merupakan suatu upaya mencari kontruksi yang ideal dengan cara mengukur permasalahan tersebut akan dianalisa menggunakan aplikasi PES (*Policy Environment Score).* Diharapkan dengan aplikasi PES dapat

[31] Adalah tujuan pembangunan berkelanjutan atau dalam bahasa Inggris dikenal sebagai *Sustainable Development Goals disingkat* SDGs, 17 tujuan dengan 169 capaian yang terukur dan tenggat yang telah ditentukan PBB sebagai agenda dunia pembangunan untuk kemaslahatan manusia dan planet bumi.

mengukur, menilai pelaksanaan kegiatan instansi pemerintah meliputi P1 (perencanaan), P2 (pelaksanaan) dan P3 (monitoring dan evaluasi). PES didesain untuk merefleksikan tingkatan dari dukungan dan perubahan yang terjadi selama kurun waktu 1-3 tahun sebagai hasil dari aktifitas kebijakan (*policy activity*).

Skema 2:

Selanjutnya pada kerangka konseptual pemikiran studi ini dapat penulis gambarkan arah dalam pembahasan disertasi adalah **pertama** yaitu pada permasalahan mengapa kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini belum terkondisikan, akan dianalisa menggunakan **teori Keadilan.** Dalam UUD 1945 Amandemen pasal 34 ayat(3) yang isinya disebutkan bahwa" Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak" artinya bahwa pemerintah menyediakan dan menfasilitasi pelayanan kesehatan salah satunya puskesmas yang merupakan kesatuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Puskesmas merupakan salah satu bentuk pelayanan publik yang memberikan pelayanan dasar dalam bentuk *preventive* dan *promotive* dalam upaya

pencegahan dan penangan *stunting* melalui aksi integrasi dengan stakeholder pemerintahan akan menurunkan angka *stunting.*

Kebijakan penanggulangan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Jawa Tengah, menggunakan *Keadilan Pancasila*, terutama sila ke-5 keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yang mencerminkan sikap suasana kekeluargaan dan kegotong royongan, artinya permasalahan *stunting* merupakan masalah bersama, tidak hanya masalah pada pada dinas kesehatan akan tetapi merupakan aksi integrasi dengan seluruh instansi pemerintahan Provinsi Jawa Tengah. Dengan kekeluargaan dan kegotong royongan maka penanggulangan penyakit dan atau khususnya *stunting* yang ada di Puskesmas akan menurun serta akan memberikan kesejahteraan, kebahagian dan menciptakan generasi penerus yang bermutu dan berkwalitas.

Peneliti disini menggunakan teori keadilan yang terdapat dalam nilai-nilai dalam pancasila, khususnya nilai keadilan yang terdapat sila ke-5 yang berbunyi " keadilan sosial bagi seluruh raktyat Indonesia". Nilai keadilan yang terdapat sila ke-5 dapat dijadikan pandangan hidup bangsa Indonesia yang dapat mempersatukan kita, serta memberi petunjuk dalam mencapai kesejahteraan dan kebahagiaan lahir dan batin dalam masyarakat kita yang beraneka ragam sifatnya. Sila ke-5 dalam pancasila terutama butir ke-1 yang berbunyi" mengembangkan perbuatan yang luhur, yang mencerminkan sikap dan suasana kekeluargaan dan kegotongroyongan" Nilai yang mencerminkan sikap dan suasana kekeluargaan dan kegotongroyongan dapat dijadikan kebijakan penanggulangan penyakit di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan seluruh intansi pemerintahan Provinsi

Jawa Tengah berbasis keadilan.

Teori ***Keadilan Pancasila*** terutama sila ke-5 keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, pada ayat (1) yang berbunyi mengembangkan perbuatan yang luhur, yang mencerminkan sikap dan suasana kekeluargaan dan kegotong-royongan. Dengan mencerminkan sikap suasana kekeluargaan dan kegotong royongan, artinya permasalahan *stunting* merupakan masalah bersama, tidak hanya masalah pada dinas kesehatan akan tetapi melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintah Propinsi Jawa Tengah. Dengan menggunakan asas kekeluargaan dan kegotongroyongan maka penanggulangan penyakit dan atau khususnya *stunting* yang ada di Puskesmas akan menurun angka kesakitan dan kematian.

Permasalahan **kedua** yaitu bagaimana kelemahan-kelemahan dalam mengelola kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintah Provinsi Jawa Tengah saat ini, akan dianalisa dengan menggunakan **Teori Negara Kesejahteraan** dan Teori Hukum Lawrence Meir Friedman. Teori Negara Kesejahteraan *(Welfare State)* tersebut sering kali dimaknai berbeda oleh setiap orang maupun Negara. Namun, teori tersebut secara garis besar setidaknya mengandung 4 (empat) makna yaitu:

a. Sebagai kondisi sejahtera ***(well-being)***, dimana kesejahteraan sosial *(social welfare)* sebagai kondisi terpenuhinya kebutuhan material dan non-material. Kondisi sejahtera terjadi manakala kehidupan manusia aman dan bahagia karena kebutuhan dasar akan gizi, kesehatan, pendidikan, tempat tinggal, dan pendapatan dapat dipenuhi serta manakala manusia memperoleh perlindungan dari resiko-resiko utama yang mengancam kehidupannya;

b. Sebagai pelayanan sosial, umumnya mencakup lima bentuk, yakni jaminan sosial *(social security)*, pelayanan kesehatan, pendidikan, perumahan dan pelayanan sosial personal *(personal social services)*;
c. Sebagai tunjangan sosial, kesejahteraan sosial yang diberikan kepada orang miskin. Karena sebagian besar penerima kesejahteraan adalah masyarakat miskin, cacat, pengangguran yang kemudian keadaan ini menimbulkan konotasi negatif pada istilah kesejahteraan, seperti kemiskinan, kemalasan, ketergantungan, dan lain sebagainya;
d. Sebagai proses atau usaha terencana, sebuah proses yang dilakukan oleh perorangan, lembaga-lembaga sosial, masyarakat maupun badan-badan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kehidupan melalui pemberian pelayanan sosial dan tunjangan sosial.[32]

Pengertian tentang Negara Kesejahteraan *(Welfare State)* tidak dapat dilepaskan dari empat definisi kesejahteraan di atas. Negara Kesejahteraan sangat erat kaitannya dengan kebijakan sosial *(social policy)*, yang mencakup strategi dan upaya-upaya pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan warganya, terutama melalui perlindungan sosial *(social protection)* yang mencakup jaminan sosial (baik berbentuk bantuan sosial dan asuransi sosial) maupun jaring pengaman sosial *(social safety net)*.

Indonesia adalah salah satu penganut konsep negara hukum yang meterial yang juga mengadopsi konsep-konsep negara *welfare state*, dan secara implisit bisa

[32] https://kumparan.com/bathara-kresno/konsep-welfare-state-theory-maksimalkan-peran-pemerintah

dijumpai pada penjelasan umum UUD'45, serta jika ditelisik secara keseluruhan isi dari UUD'45 dapat ditarik keseimpulan bahwa negara Indonesia merupakan negara hukum yang material atau negara dengan konsep *walfare state* dimana negara mempunyai tanggung jawab mutlak untuk memajukan kesejahteraan umum dan mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh warga negaranya.

Dalam implementasinya, Pemerintah Indonesia berusaha menciptakan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia sebagaimana yang telah diamanatkan dalam UUD 1945 yang secara tegas mengamanatkan kesejahteraan sosial sebagai prioritas tertinggi kebijakan publik negeri ini. Kesejahteraan sosial tersebut tertuang dalam UUD 1945 yang diantaranya menyatakan, bahwa perekonomian berdasarkan atas asas kekeluargaan, membiayai pendidikan dasar, mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia, memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu serta menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Pemerintah Indonesia secara jelas diamanatkan untuk menempatkan kepentingan masyarakat di atas kepentingan orang per orang.

Kebijakan penanggulangan *stunting* erat kaitannya dengan Negara kesejateraan, karena Pemerintah Indonesia sendiri berusaha menciptakan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia sebagaimana yang telah diamanatkan dalam UUD 1945 yang secara tegas mengamanatkan kesejahteraan sosial sebagai prioritas tertinggi kebijakan publik negara ini. Dalam menciptakan kesejahteraan yang berkaitan dengan *stunting*, banyak kendala yang harus direkonstruksi. Adapun kendala-kendala dalam penanggulangan *stunting* yang ada saat ini meliputi:

a. Belum efektifnya program-program pencegahan *stunting*;
b. Belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif di semua tingkatan terkait dengan perencanaan dan penganggaran, penyelenggaraan, dan pemantauan dan evaluasi;
c. Belum efektif dan efisiennya pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana;
d. Keterbatasan kapasitas dan kualitas penyelenggaraan program; dan
e. Masih minimnya advokasi, kampanye, dan diseminasi terkait *stunting*, dan berbagai upaya pencegahannya;dan
f. Masih minimnya regulasi yang mengatur percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* antara stakeholder pemerintah yang ada didaerah.

Dengan adanya kendala-kendala yang ada saat ini maka peneliti mengukur kebijakan sebelum dan sesudah kebijakan yang ada di instansi pemerintahan dengan mengukur kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* melalui aksi integrasi stekeholder. Dimana kebijakan berisi/ memuat aturan dalam menyelesaikan kendala-kendala penanggulangan penyakit khususnya *stunting*. Dengan adanya mengukur kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi stekeholder akan mengetahui perencanaan, pelaksanaan dan monev di instansi pemerintah. Dengan mengetahui pelaksanaan kegiatan di instansi pemerintahan maka akan terbentuk suatu kebersamaan, kekeluargaan dan kegotong royongan dalam upaya menurunkan angka *stunting* dan menciptakan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Metode ini menggunakan pengukuran secara *offline* melalui aplikasi PES,

digunakan sistem *online* disebabkan negara Indonesia sejak 14 Maret 2020 dinyatakan masa pandemi covid-19. Dalam upaya pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Propinsi Jawa Tengah dapat memberikan:

a. Pengetahuan dasar dan ketrampilan sesuai profesi dan kewenangan dalam pencegahan dan penanganan *stunting* bagi steakeholder yang ada di instansi provinsi Jawa Tengah.
b. Dapat mengukur kebijakan sebelum dan setelah ada kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Propinsi Jawa Tengah;
c. Mendapatkan pelayanan kesehatan dalam masa pandemi dengan mengetahui kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder*.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan Puskesmas dalam hal ini *stunting* dengan cara mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara Puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya terutama di instansi pemerintah.

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di instansi pemerintah yang belum terkondisikan dapat dianalisa menggunakan teori negara kesejahteran

(*Walfare State*).

Dalam UUD 1945 pasal 34 (1) yang berbunyi " Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan umum yang layak". Dalam pasal 34 dijelaskan pemerintah menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan salah satunya puskesmas sebagai fasilitas pelayanan dasar yang pada prinsipnya penyelenggaraan puskesmas terdiri dari:

a. Paradigma sehat;

   Berdasarkan prinsip paradigma sehat, Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

b. Pertanggungjawaban wilayah;

   Berdasarkan prinsip pertanggungjawaban wilayah Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

c. Kemandirian masyarakat;

   Berdasarkan prinsip kemandirian masyarakat Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

d. Pemerataan;

   Berdasarkan prinsip ketersediaan akses pelayanan kesehatan Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya

secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan.

e. Teknologi tepat guna; dan

Berdasarkan prinsip teknologi tepat guna Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

f. Keterpaduan dan kesinambungan.

Berdasarkan prinsip keterpaduan dan kesinambungan Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas

Dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 54 (1) yang berbunyi "Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif". Dari Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa Pemerintah Indonesia sendiri berusaha menciptakan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia. Menciptakan negara kesejahteraan bangsa Indonesia juga dapat dilihat dalam tujuan negara Indonesia didalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara RI 1945 aline IV. Adapun tujaun negara Republik Indonesia adalah:

a. Melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia;

b. Memajukan kesejahteraan umum;

c. Mencerdaskan kehidupan bangsa; dan

d. Ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Permasalahan **ketiga** tentang bagaimana rekonstruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan pada Provinsi Jawa Tengah berbasis Keadilan adalah sebuah upaya mencari kontruksi yang ideal dengan cara mengukur kebijakan sebelum dan sesudah adanya kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* menggunakan analisa PES dan teori Hukum Progresif. Teori hukum progresif, dimana hukum dibentuk untuk manusia bukan manusia untuk hukum, bahwa penanggulangan *stunting* yang awalnya hanya dilakukan di puskesmas bekerja sama dengan pemegang program dan lintas sektor, dengan merekontruksi kebijakan penanggulangan penyakit di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan menggunakan asas kekeluargaan dan kegotongroyongan, yang ada dalam sila ke-5 Pancasila "Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia" maka secara teori hukum progresif bahwa hukum bertujuan mengantarkan manusia kepada kehidupan yang adil, sejahtera, dan membuat manusia bahagia.

Istilah hukum progresif di sini adalah istilah hukum yang diperkenalkan oleh Satjipto Rahardjo, yang dilandasi asumsi dasar bahwa hukum adalah untuk manusia. Hukum progresif bermakna hukum yang peduli terhadap kemanusiaan sehingga bukan sebatas dogmatis belaka. Secara spesifik hukum progresif antara

lain bisa disebut sebagai hukum yang pro rakyat dan hukum yang berkeadilan. Lahirnya hukum progresif dalam khazanah pemikiran hukum, berkaitan dengan upaya mengkritisi realitas pemahaman hukum yang sangat positivistik.

Memahami istilah progresivisme dalam konteks hukum progresif dapat dijabarkan sebagai berikut:

a. *Progresivisme* bertolak dari pandangan bahwa pada dasarnya manusia adalah baik, dengan demikian hukum progresif mempunyai kandungan moral yang kuat. Progresivisme ingin menjadikan hukum sebagai institusi yang bermoral;
b. Hukum progresif mempunyai tujuan berupa kesejahteraan dan kebahagiaan manusia, maka sebagai konsekuensinya hukum selalu dalam proses menjadi. Oleh karena itu hukum progresif selalu peka terhadap perubahan masyarakat disegala lapisan;
c. Hukum progresif mempunyai watak menolak status quo ketika situasi ini menimbulkan kondisi sosial yang dekanden dan korup. Hukum progresif memberontak terhadap status quo, yang berujung pada penafsiran hukum yang progresif;
d. Hukum progresif mempunyai watak yang kuat sebagai kekuatan pembebasan dengan menolak status *quo*. Paradigma "hukum untuk manusia' membuatnya merasa bebas untuk mencari dan menemukan format, pikiran, asa, serta aksi yang tepat untuk mewujudkannya. [33]

[33] https://yuokysurinda.wordpress.com/2016/01/18/teori-tentang-hukum-progresif/

G. Orisinalitas Penelitian

Berdasarkan penelaahan dan kajian secara komperhensif, terdapat penelitian-penelitian sebelumnya sebagai pembanding terhadap penelitian yang akan dilakukan. Penulis berusaha melacak beberapa penelitian terdahulu yang berkaitan dengan judul penelitian yang dapat dijadikan dasar orisinalitas penelitian, antara lain:

No	Penulis	Judul	Hasil Temuan	Unsur Kebaruan
1.	Ni Ketut Aryastami, dan Ingan Tarigan: Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan ,dan Badan Litbang Kementerian Kesehatan RI, 2017	Kajian Kebijakan dan Penanggulangan Masalah Gizi *Stunting* di Indonesia	Prevalensi Balita *stunting* di Indonesia cukup tinggi. Distribusinyapun tidak merata, antara desa kota maupun antar provinsi. Hasil- hasil survey yang pernah dilakukan di Indonesia dari tahun 1992 hingga 2013, atau selama sekitar 20 tahun, penurunan prevalensi *stunting* hanya sebesar 4%. Bahkan proporsi sekitar 37% tampak stagnan dari tahun 2006 hingga 2013.	1. Mencegah masalah *stunting* dibutuhkan upaya yang bersifat holistik dan saling terintegrasi. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 harus disikapi dengan koordinasi yang kuat di tingkat pusat dan aturan main dan teknis yang jelas di tingkat provinsi, kabupaten/kota, hingga pelaksana ujung tombak. Diseminasi informasi dan advocacy perlu dilakukan oleh unit teknis kepada *stake holders* lintas sektor dan pemangku kepentingan lain pada tingkatan yang sama. 2.Perlu penguatan sistem agar 1000 HPK dapat menjadi bagian dari budaya dan kehidupan sosial di masyarakat (misal: ibu merasa malu bila tidak memberikan ASI secara eksklusif kepada bayinya).

2.	Zilda Oktarina1 dan Trini Sudiarti Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok, 2013	Faktor Risiko *Stunting* Pada Balita (24—59 Bulan) Di Sumatera	1.proporsi balita dengan tingkat asupan lemak yang rendah mengalami *stunting* lebih banyak dibandingkan proporsi balita dengan asupan lemak cukup. Secara statistik, hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara asupan lemak dengan kejadian *stunting* pada balita. 2.Balita yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi rendah lebih banyak mengalami *stunting* dibandingkan balita dari keluarga dengan status ekonomi. 3.Balita dari keluarga yang memiliki sumber air minum tidak terlindung lebih banyak mengalami *stunting* dibandingkan balita dari keluarga yang memiliki sumber air minum terlindung. Studi membuktikan bahwa terdapat hubungan antara sumber air minum dengan kejadian *stunting* balita	Dinas Kesehatan dan instansi-instansi terkait di empat provinsi sebaiknya meningkatkan pemberian informasi dan sosialisasi kepada masyarakat mengenai *stunting* misalnya melalui media booklet atau penyuluhan dan membuat kebijakan-kebijakan dalam 1 000 hari kehidupan anak dalam rangka memperbaiki status gizi ibu hamil, ibu menyusui, dan anak balita.

H. Metode Penelitian

Manusia pada dasarnya mempunyai sifat rasa keingintahuan yang besar. Untuk memperoleh keingintahuan tersebut memerlukan "alat" yang bernama pengetahuan metodologi penelitian.

Metodologi merupakan alat, sarana, cara menemukan khasanah keilmuanbaru, didalamnya mempunyai fungsi dan kegunaan sendiri untuk mempermudah jalannya penelitian, sehingga hal ini perlu diketahui baik dari pengertian metodologi, penelitian, urgennya dan ruang lingkup penelitian tersebut.

Metode adalah cara kerja yang bersistem dan teratur untuk memudahkan pelaksanaan suatu kegiatan guna mencapai tujuan yang ditentukan, sedangkan penelitian adalah pemeriksaan yang teliti; penyelidikan adalah kegiatan mengumpulan, pengolahan, analisis dan penyajian data yang dilakukan secara sistematis dan objektif untuk memecahkan suatu persoalan atau menguji suatu hipotesis untuk mengembangkan prinsip-prinsip umum.

Pengertian metode, berasal dari kata *metodos* (yunani) yang dimaksud adalah cara atau menuju suatu jalan. Metode merupakan kegiatan ilmiah yang berkaitan dengan suatu cara kerja (sistematik) untuk memahami suatu objek atau objek penelitian, sebagai upaya untuk menemukan jawaban yang dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah dan tremasuk keabsahannya. Metode secara luas dianggap sebagai esensi dari pendekatan ilmiah untuk penelitian.

Metode penelitian berasal dari kata " metode" yang artinya cara yang tepat untuk melakukan sesuatu, dan " penelitian" adalah suatu kegiatan untuk mencari, mencatat merumuskan dan menganalisis sampai menyusun laporannya. Sedangkan

menurut Mardalis metode adalah suatu cara teknis yang dilakukan dalam proses penelitian, sedangkan itu diartikan sebagai upaya dalam bidang ilmu pengetahuan yang dijalankan untuk memperoleh fakta-fakta dan prinsip-prinsip dengan sadar hati dan sistematis untuk mewujudkan kebenaran.[34]

Metode penelitian merupakan suaru rangkaian langkah-langkah yang dilakukan secara berencannna dan sistematis guna mendapatkan suatu pemecahan terhadap masalah yang diajukan, sedangkan metodologi penelitian adalah prosedur atau cara yang digunakan dalam suatu penelitian.

Penelitian ini merupakan kegiatan ilmiah yang berkaitan dengan analisis dan kontruksi yang dilakukan secara metodologis, sistematis, dan konsisten.
Oleh karena dengan kegiatan yang sostematis dan terkontrol maka akan mudah dan hasil yang memuaskandalam sebuah penelitian.
Untuk memenuhi tersebut, peneliti mempunyai ciri-ciri yang mengacu pada :[35]

1. Objektifitas dalam penyajian yang diskritif, sistematis, dan analitis bertindak sesuai dengan fakta dan kondisi pada saat ini.
2. Serba relative, bahwa kebenaran ilmiah yang diajukan bukanlah hal yang mutlak dan hasilnya dimungkinkan dapat dibantah atau diuji.
3. Skeptis, adanya keraguan atas pernyataan yang belum memiliki kekuatan dasar-dasar pembuktian.

[34] Mardalis,1995, *Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal*, Jakarta: Bumi Aksara, h.24
[35] Rosady Ruslam,2008, *Public Relations dan Komunikasi*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, h.24

4. Netral, dalam mengungkapkan fakta yang sesunggungnya tidak berkaitan dengan nilai-nilai baik atau buruk.
5. Sederhana, tidak terlalu rumit dalam kerangka berfikir, perumusan pernyataandan pembuktiannya tetap berdasarkan kebenaran ilmiah.

Manusia pada dasarnya memiliki kodrat ingin tahu segala sesuatu yang terjadi disekelilingnya. Untuk memenuhi hasrat tersebut manusia selalu mencari, meneliti, menelaah hal yang dipertanyakan. Hasrat ingin tahu tadi bisa dipenuhi dan diketemukan melalui metodologi penelitian atau cara yang sistematis dan terkontrol.[36]

Metode penelitian diperlukan ketat dikontrol percobaan, dengan kontrol yang sangat besar dan kelompok eksperimen, sehingga seseorang bisa melihat dengan jelas perbedaan yang intervensi tertentu mungkin membuat. Tapi ini pada gilirannya diperlukan artikulasi sangat berhati-hati dari hipotesisyang akan diuji. Dalam buku Sukardi, mereka memerlukan alat untuk dapat memecahkan problem keterasingan tersebut. Alat intrument yang hendak dibahas secara luas dan sistematik adalah metodologi penelitian yang biasanya berisi tentang cara-cara menggunakan beberapa metode pendekatan untuk memecahkan masalah yang dihadapi.

Penelitian hukum dilakukan untuk mencari pemecahan atas isu hukum yang timbul. Oleh karena itulah, penelitian hukum merupakan suatu penelitian di dalam

[36] Sukardi, 2003, *Metodologi Penelitian Pendidikan Kompentensi dan Prakteknya*, Jakarta: Bumi Aksara, h..2

kerangka *know how* di dalam hukum. Hasil yang di capai adalah untuk memberikan preskripsi apa yang seyogyanya atas isu yang diajukan.[37]

1. Paradigma Penelitian

Dalam metode penelitian terdapat istilah paradigma penelitian. Paradigma memiliki peranan penting dalam sebuah penelitian. Konsep paradigma yang diperkenalkan oleh Kuhn kemudian dipopulerkan oleh Robert Friedrichs dalam sosiologi. Anton Tabah (2002)[38] menjelaskan bahwa definisi (terminologi) paradigma dari konsep Thomas Kuhn's mengandung makna antara lain :

a. Konstalasi komitmen dalam komuinitas ilmuwan berkenaan dengan asumsi dasar, orientasi dasar dan model dasar yang perlu dioperasionalkan;
b. Seluruh konstelasi tentang kepercayaan, nilai-nilai teknik sebagai model interpretatif, model penjelasan dan model pemahaman konsep-konsep;
c. Paradigma memberi acuan, kiblat dan pedoman dalam menentukan cara melihat persoalan dan cara menyelesaikannya;
d. Paradigma juga bisa berarti konstalasi komitmen intelektual dijadikan kerangka keyakinan bersama yang dianut oleh masyarakat;
e. Paradigma juga menyediakan kerangka referensi untuk membangun suatu model masyarakat untuk memperbaharuhi tatanan lama yang diapndang kurang relevan lagi;
f. Paradigma juga sebuah model ideal yang memberi cara bagaimana fenomena dijelaskan di lain pihak menjadi dasar untuk penyelesaian permasalahan-

[37] Peter Mahmud Marzuki, 2009, *Penelitian Hukum*, Kencana, Jakarta, h. 41
[38] Anton Tabah, 2002, *Polri Dalam Transisi Demokrasi*, Mitra Hardhasuma, Jakarta, h.38-39

permasalahan sekaligus model teori ideal untuk menjelaskan fenomena-fenomena juga sebuah framework untuk konsep-konsep dan prosedur-prosedur suatu kerja dan aktifitasnya distrukturisasikan; sedangkan;

g. Menurut Jurgen Mittelstroone, diartikan Paradigma adalah sebuah cara melihat sesuatu asumsi yang disepakati dan menjadi wawasan sebuah era (jaman);
h. Paradigma juga wacana membangun sebuah visi tentang masyarakat ke depan sesuai dengan nilai-nilai baru yang disepakati dari perkembangan idealnya. Misal: visi *Civil Society* dengan wacana baru yaitu: (a) melawan absolutisme negara; (b) konsep kesejahteraan rakyat; (c) konsep hukum panglima; (d) pemberdayaan masyarakat; dan (e) membedakan antara kehidupan sosial dengan kehidupan negara;
i. Paradigma juga merupakan konsep dasar yang dianut oleh masyarakat tertentu.

Dalam menggunakan paradigma peneliti tertarik mengangkatnya dengan paradigma *constructivism.* Dipilihnya paradigma *constructivism* dengan mempertimbangkan bahwa hukum adalah realitas sosial, maka kebenarannya tergantung bagaimana masyarakat melakukan interpretasi. Selain itu melalui paradigm *constructivism* peneliti ingin melakukan telaah secara objektif terkait data-data yang secara akurat, kemudian dikonstruksikan melalui konsep hukum yang tinggal diuji lagi kekuatannya.

Paradigma *konstrutifisme* ini menekankan pada pengetahuan yang didapat dari pengalaman atau penulisan yang kemudian dikonstruksikan sejauh pengalaman atau penulisan yang dimilikinya. Proses konstruksi ini akan berjalan terus menerus

karena ditemukannya suatu paham yang baru, yang kemudian dapat dijadikan landasan untuk merumuskan suatu sistem atau regulasi berupa peraturan perundang-undangan yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.[39]

Teori *konstruktifisme* dibangun berdasarkan teori yang ada sebelumnya, yaitu konstruksi pribadi atau konstruksi *personal construct*) oleh George Kelly. Dia menyatakan bahwa orang memahami pengalamannya dengan cara mengelompokkan berbagai peristiwa menurut kesamaannya dan membedakan berbagai hal melalui perbedaannya.

Constructivism adalah pendekatan secara teoritis pada awalnya untuk ilmu komunikasi yang dikembangkan tahun 1970-an oleh Jesse Deli dan rekan-rekan sejawatnya. *Constructivism* menyatakan bahwa individu melakukan interprestasi dan bertindak menurut berbagai konseptual yang ada dalam pikirannya. Menurut *Constructivism* realitas tidak menunjukan dirinya dirinya dalam bentuk yang kasar, tetapi harus disaring terlebih dahulu melalui bagaimana cara seseorang melihat sesuatu.[40]

Paradigma *konstruktifisme* ialah paradigma yang melihat kebenaran suatu realitas sosial sebagai hasil konstruksi sosial, dan kebenaran suatu realitas sosial bersifat relatif. Paradigma *konstruktifisme* ini berada dalam *perspektif interpretivisme* (penafsiran) yang terbagi dalam tiga jenis, yaitu interaksi *simbolik,*

[39]Jawade Hafidzh,2014,*Reformasi Kebijakan Hukum Birokrasi Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah dalam Mencegah Terjadinya Tindak Pidana Korupsi di Indonesia*, Disertasi,Semarang, h.7.
[40]Morissan, 2009, *Teori Komunikasi Organisasi*, Jakarta: Ghalia Indonesia, h.7

fenomenologis dan *hermeneutik*. Paradigma *konstruktifisme* dalam ilmu sosial merupakan kritik terhadap paradigma positivis.

Menurut paradigma *konstruktifisme* realitas sosial yang diamati oleh seseorang tidak dapat digeneralisasikan pada semua orang, seperti yang biasa dilakukan oleh kaum positivis. Konsep mengenai konstruksionis diperkenalkan oleh *sosiolog interpretative*, Peter L Berger bersama Thomas Luckman. Dalam konsep kajian komunikasi, teori konstruksi sosial bisa disebut berada diantara teori fakta sosial dan defenisi sosial. [41]

2. Jenis Penelitian

Jenis penelitian dalam Ilmu Hukum ada dua yaitu penelitian hukum normatif dan penelitian hukum empiris. Menurut Peter Mahmud Marzuki [42]bahwa penelitian hukum normatif adalah "suatu proses untuk menemukan suatu aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, maupun doktrin-doktrin hukum guna menjawab isu hukum yang dihadapi". Adapun penelitian hukum sosiologis atau empiris menurut Mukti Fajar dan Yulianto Achmad[43] yang mencakup penelitian terhadap identifikasi hukum dan penelitian terhadap efektifitas hukum.

Dalam disiplin hukum mempunyai ruang lingkup sangat luas, sehingga mengharuskan seorang peneliti dapat memilih jenis penelitian, apakah penelitian hukum doctrinal atau non-doktrinal. Pada kontek awal, hukum dimaknai *ius contitutum*, artinya bahwa hukum menjadi objek kajian terkutat pada *law os in the*

[41]*Ibid*.
[42] Peter Mahmud Marzuki, 2010, Penelitian Hukum, Jakarta: Kencana, h.35
[43] Mukti Fajar dan Yulianto Achmad, 2010, Dualisme Penelitian Hukum, Normatif dan Empiris, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, h.153

books. Dengan mendalami hal yang demikian, maka hukum berorientasi pada hukum perundang-undangan atau hukum positip.

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian *socio legal research*. Kajian *socio legal research* merupakan kajian yang "memadukan" kajian hukum doktrinal dengan kajian sosial. Perpaduan ini dilandasi oleh keyakinan bahwa aturan hukum tidak pernah bekerja di ruang hampa. Aturan hukum bekerja di ruang yang penuh dengan sistem nilai, kepentingan yang dapat dominan, tidak netral. Oleh karena itu di dalam kajian *socio legal research* dilakukan studi tekstual terhadap Pasal-Pasal dalam peraturan hukum. Selanjutnya dilakukan analisis secara tajam apakah aturan-aturan itu di dalam masyarakat dapat mewujudkan keadilan, kestabilan hidup dan kesejahteraan di dalam masyarakat. Untuk itulah dilakukan penelitian sosial yang untuk akurasi dan pencapaian kebenarannya didasarkan pada paradigma. Penelitian sosial itu lalu bisa disimpulkan aturan-aturan hukum itu dapat memberikan keadilan atau tidak.[44]

3. Sifat Penelitian

Sifat penelitian yang penulis gunakan adalah bersifat *deskritif analitis* adalah menggambarkan peraturan-peraturan yang berlaku (hukum positif) yang kemudian dihubungkan dengan teori-teori hukum.

Penelitian diskritif yaitu suatu penelitian yang bertujuan untuk memberikan gambaran atau penjelasan secara konkrit tentang keadaan objek atau masalah yang diteliti tanpa mengambil kesimpulan secara umum. Spesifikasi penelitian diskritif

[44] Fx.Adji Samekto, *Menempatkan Paradigma Penelitian Dalam Pendekatan Hukum Non-Doktrinal dan Penelitian Dalam Ranah Sosio-Legal*, Pedoman Bagi Mahasiswa S3 Ilmu Hukum UNDIP.

oleh Soerjono Soekamto[45] dijelaskan bahwa penelitian deskritif adalah suatu penelitian yang dimaksudkan untuk memberikan data yang seteliti mungkin dengan manusia, keadaan atau gejal-gejala lainnya, serta hanya menjelaskan keadaan objek masalahnya tanpa bermaksud mengambil kesimpulan yang berlaku umum.

Dari segi sifatnya, penelitian diskriptif analitis yaitu analisa data yang dilakukan tidak keluar dari lingkup permasalahan dan berdasarkan teori atau konsep yang bersifat umum diaplikasikan untuk menjelaskan tentang seperangkat data dengan seperangkat data yang lainnya.[46]

Analisis deskritif diawali dengan mengelompokkan data dan informasi yang sama menurut sub aspek dan selanjutnya melakukan interprestasi untuk memberikan makna terhadap tiap subaspek dan hubungannya satu sama lain. Kemudian setelah itu dilakukan analisis atau interprestasi keseluruhan aspek untuk memahami makna hubungan antara aspek yang satu dengan lainnya dan dengan keseluruhan aspek yang menjadi pokok permasalahan penelitian yang dilakukan secara induktif sehingga memberikan gambaran hasil secara utuh. [47]

4. Motode Pendekatan

Metode pendekatan yang digunakan adalah *Critical thinking. Critical thinking* adalah kemampuan untuk berpikir jernih dan rasional, memahami hubungan logis antar gagasan. Kemampuan ini akan sangat penting bagi generasi

[45] Soerjono Soekamto, 1981, *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta: UI Press, h.10
[46] Bambang Sunggono,1997, *Penelitian Hukum*, Jakarta: Raja Grafindo, h. 38
[47] Bahder Johan Nasutoin, 2008, *Metode Penelitian Ilmu Hukum*, Bandung: Penerbit CV Mandar Maju, h.174

muda nusantara ini karena kedepan mereka akan menghadapi situasi dan kondisi yang penuh dengan ketidak pastian dan hal itu sudah jelas terlihat dihadapan kita.

Konsep ini bermula dari hakikat dialog yakni percakapan antar orang dalam masyarakat atau kelompok yang bertujuan bertukar ide, informasi dan pengalaman. *Deep Dialogue* (dialog mendalam) dapat diartikan bahwa percakapan antara orang-orang harus diwujudkan dalam hubungan yang interpersonal, saling terbuka, jujur dan mengandalkan kebaikan, *Critical Thinking* (berpikir kritis) adalah kegiatan berpikir yang dilakukan dengan mengoperasikan potensi intelektual untuk menganalisis, membuat pertimbangan dan mengambil keputusan secara tepat dan melaksanakanya secara benar[48]. Beberapa prinsip yang harus dikembangkan dalam Deep Dialogue/Critical Thinking, antara lain adalah adanya komunikasi dua arah dan prinsip saling memberi yang terbaik, menjalin hubungan kesederajatan dan keberadaban serta empatisitas yang tinggi. Fokus kajian Deep Dialogue/Critical Thinking dalam pembelajaran dikonsentrasikan dalam mendapatkan pengetahuan dan pengalaman melalui dialog secara mendalam dan berpikir kritis.

Menurut Satjipto Rahardjo dalam hukum modern merupakan respon terhadap sistem produksi ekonomi baru (kapitalis), karena sistem yang lama sudah tidak dapat lagi melayani perkembangan-perkembangan yang merupakan dampak dari bekerjanya sistem ekonomis kapitalis tersebut. Dengan bertolak dari pemikiran yang demikian, hukum modern perlu dikritisi dan di rekonstruksi dengan upaya

[48] https://eprints.uny.ac.id/23879/4/4.BAB%20II.pdf

mencari nilai-nilai hukum yang bersumber dari rasa keadilan masyarakat Indonesia.[49]

Dengan melakukan pemetaan wacana keagamaan, mulai diperkenalkan *Islam Emamansipatoris* yang pada perspektif dasarnya tidak dapat lepas dari sejarah teori kritis dengan rujukan beragam sehingga disebut *Islam Kritis*. *Kritisme* ada dua elemen, pertama realita material yang muncul dalam bentuk sebuah pemikiran yang mempertanyakan ideology hegemonik yang bertolak pada kehidupan riil dan materiil atau mempertanyakan hegemoni bertolak pada realitas empiric. Kedua, visi trasformatif, yakni memiliki komitmen pada perubahan struktur (relasi-relasi), baik relasi kekuasaan dalam dunia produktif (majikan buruh), maupun relasi politik (penguasa rakyat).

5. Lokasi penelitian

Sesuai dengan judul latar belakang dan permasalahan di atas, maka dalam rangka mencari dan menemukan serta mengumpulkan data-data, penelitian ini dilakukan pada domain-domain sebagaimana diuraikan di atas, adalah penelitian tentang " Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah" dilakukan dengan menggunakan tehnik *non random sampling* yaitu *purposive sampling*, penarikan sampel bertujuan dilakukan dengan cara mengambil subyek didasarkan pada tujuan tertentu.[50]

[49] Ibid 2
[50] Ronny Hanitijo,1988, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Jakarta:Ghalia Indonesia, h.23

Pengambilan sampel dilakukan pada daerah lokus *stunting* yang ada di daerah Jawa Tengah. Adapun peneliti memilih lokasi *stunting* dan mengambil 3 sampel, dikarenakan tahun 2020 terdapat 3 daerah di Jawa Tengah yang memiliki angka bayi *stunting* yang cukup tinggi, antara lain Kabupaten Wonosobo dengan 27,17%, disusul Banjarnegara dengan 24,31 %, dan Kabupaten Rembang dengan 24,15 % balita. Adapun sampel yang digunakan di lokus *stunting* ada 3 tempat yaitu wilayah daerah Propinsi Jawa tengah yaitu di kabupaten Demak, kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora.

Dengan mengkritisi kebijakan yang menjadi tempat penelitian akan mendapatkan data, yang nantinya data dapat dijadikan ukuran untuk merekonstruksi kebijakan baru melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan, adapun metode analisa yang digunakan peneliti menggunakan aplikasi PES (*Policy Environment Score)* yang merupakan aplikasi untuk mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah dapat mendukung suatu program atau kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting.*

6. Sumber Data Penelitian

Dalam penelitian pada umumnya dibedakan antara data yang diperoleh secara langsung dari masyarakat dan dari bahan-bahan pustaka. Yang diperoleh langsung dari masyarakat dinamakan data primer (atau data dasar), sedangkan yang diperoleh dari bahan-bahan pustaka lazimnya dinamakan data sekunder.[51]

[51] Soerjono Soekamto dan Sri Mamudji, 2011, *Penelitian Hukum Normatif, Suatu Tinjauan Singkat*, Jakarta: Raja Grafindo Persada, h.12

Sumber data penelitian terdiri dari sumber data primer dan sumber data sekunder, sumber data primer dan sekunder peneliti uraikan sebagai berikut :

a. Sumber data primer yaitu data yang diperoleh langsung melalui sumber di lapangan penelitian. Sumber data primer memungkinkan peneliti menemukan data/hasil penelitian secara otentik dari sumber yang dipercaya. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari nara sumber *stakeholder* berupa kebijakan penanggulanan *stunting* di berbagai instansi Pemerintah Daerah Provinsi Jawa Tengah.
b. Sumber data sekunder yaitu sumber data yang meliputi bahan hukum primer, bahan hukum sekunder dan bahan hukum tertier yang kesemuanya dapat ditemukan melalui peraturan perundang-undangan, buku-buku, tulis-tulisan, koran, majalah dan sumber data tertulis lainnya yang diperoleh dari hasil studi pustaka, studi dokumentasi dan studi arsip. Bahan hukum primer yaitu bahan-bahan hukum yang mengikat. Bahan hukum sekunder terdiri dari rancangan peraturan perundang-undangan, Hasil karya ilmiah para pakar, baik yang telah diterbitkan atau yang belum atau tidak diterbitkan tetapi terdokumentasi dalam lembaga perpustakaan tertentu, hasil penelitian, baik yang telah dipublikasikan maupun yang belum dan hasil seminar dan diskusi. Sedangkan Bahan hukum tertier dalam hal ini terdiri dari *ensiklopedi*, Kamus-kamus hukum dan kamus umum, Bibliografi. Metode ini di gunakan untuk

mendapatkan data berupa dokumen yaitu arsip-arsip yang dibutuhkan untuk penelitian ini[52].

Data sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang telah ada. Data sekunder dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti buku, laporan, jurnal dan lain-lain.[53]

Pada penelitian hukum, data sekunder meliputi bahan hukum primer, sekunder, dan tersier.

1) Bahan hukum primer, yaitu bahan hukum yang mengikat, meliputi:
   a). Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;
   a) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
   b) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
   c) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
   d) Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran;
   e) Permenkes Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi;
   f) Peraturan Gubenur Jawa Tengah Nomor 17 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Ibu dan Anak di Propinsi Jawa Tengah;
   g) Peraturan Gubenur Jawa Tengah Nomor 56 Tahun 2011 tentang Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu;
   h) Peraturan Bupati Demak Nomor 11 Tahun 2019 tentang Penurunan Prevalensi Balita Pendek (*Stunting*) di Kabupaten Demak.

[52] Suharsimi Arikunto, 1998, *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*, Rineka Cipta, Jakarta, h. 236.
[53] Sugiyono,2006, *Statistik Untuk Penelitian*, Bandung: Alfabeta, h.25

2) Bahan hukum sekunder, yaitu buku-buku di bidang hukum, kesehatan, dan keperawatan, serta data dari instansi lokasi penelitian, yaitu
   a) Intrumen Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan Pada Balita dan Anak Prasekolah, Departemen Kesehatan RI tahun 2005;
   b) Pedoman, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak ditingkat Pelayanan Kesehatan Dasar, Departemen Kesehatan tahun 2005;
   c) Pedoman Pelayanan Gizi di Puskesmas, Kementrian Kesehatan RI Direktorat Jendral Bina Gizi dan KIA tahun 2014.
   d) Surat Edaran Gubenur Jawa Tengah tentang Pencegahan *Stunting.*
3) Bahan hukum tersier, yaitu bahan hukum yang memberi petunjuk atau penjelasan terhadap bahan hukum primer dan bahan hukum sekunder, yaitu kamus hukum, ensiklopedia, dan kamus bahasa Indonesia.

7. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data ialah teknik atau cara-cara yang dapat digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data. Metode (cara atau teknik) menunjuk suatu kata yang abstrak dan tidak diwujudkan dalam benda, tetapi hanya dapat dilihat penggunaannya melalui: angket, wawancara, pengamatan, ujian (tes), dokumentasi, dan lainnya. Peneliti dapat menggunakan salah satu atau gabungan tergantung dari masalah yang dihadapi.

Pengambilan data yang dihimpun langsung oleh peneliti disebut sumber primer, sedangkan apabila melalui tangan kedua disebut sumber sekunder.

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya.

Metode pengumpulan data dalam penelitian "Kebijakan pencegahan dan penanggulangan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan" akan dianalisa menggunakan aplikasi PES (*Policy Environment Score)* merupakan aplikasi untuk mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah dapat mendukung suatu program atau kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.

Adapun aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah" meliputi:

a. Wawancara adalah suatu cara pengumpulan data yang digunakan untuk memperoleh informasi langsung dai sumbernya. Wawancara ini digunakan untuk mengetahui hal-hal dari narasumber secara lebih mendalam serta jumlah responden sedikit. Alat yang digunakan yaitu dengan daftar pertanyaan (*questionnaire*). Wawancara dalam penelitian yang berlangsung secara *online*/ *virtual* dengan mendapatkan data/ mendengarkan secara langsung informasi-informasi atau keterangan-keterangan.[54]

Metode wawancara yang dipakai adalah bebas terpimpin untuk melakukan penelaahan data secara langsung melalui sumber-sumber yang dapat dipercaya.

[54] Cholid Narbuko dan Abu Achmadi, 2001, *Metodologi Penelitian*, Bumi Aksara, Jakarta, h. 81.

Dalam wawancara, pewawancara hanya membuat pokok-pokok pertanyaan yang akan diteliti, selanjutnya dalam proses wawancara berlangsung mengikuti situasi pewawancara harus pandai mengarahkan yang diwawancarai apabila ternyata ia menyimpang. Sementara itu, pengambilan sampel melalui *purposive nonrandom sampling*. *Purposive nonrandom sampling* diartikan sebagai pengambilan sampel secara bertujuan. Sumber data melalui wawancara peneliti temukan dari pihak-pihak yang berkaitan dengan penelitian yang dilakukan. Pihak-pihak yang peneliti wawancarai di antaranya adalah:

a. Instansi Dinas Kesehatan
b. Instansi Dinas Pertanian dan Pangan
c. Instansi Dinas Sosial
d. Instansi Dinas Pengendalian Penduduk dan KB

b. Pengamatan (*observation*) yaitu melakukan pengamatan secara langsung ke objek penelitian untuk melihat dari dekat kegiatan yang dilakukan. Apabila objek penelitian bersifat perilaku dan tindakan manusia, fenomena alam (kejadian-kejadian yang ada di alam sekitar), proses kerja, dan penggunaan responden kecil.
c. Studi pustaka/dokumentasi adalah ditujukan untuk memperoleh data langsung dari tempat penelitian, meliputi buku-buku yang relevan, peraturan, laporan kegiatan, foto-foto, dan data yang relevan penelitian.

8. Analisis Data

Analisis data yang peneliti gunakan adalah deskriptif *kualitatif*. Analisis secara *kualitatif* dalam hal ini adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja

dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain[55].

Dalam analisis secara *kualitatif*, peneliti diharapkan menganalisisnya dengan mengkombinasikan setiap permasalahan yang ada dalam 'Kebijakan penanggulangan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah dengan metode yang dianalisa menggunakan aplikasi PES (*Policy Environment Score)* merupakan aplikasi untuk mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah dapat mendukung suatu program atau kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting.*

Dalam masa pandemi ini penulis dalam pengumpulan data didapat dari wawancara dan kuosiener secara *online* sehingga didapat data yang kemudian dianalisa secara kualitatif dengan mengaitkan tuntutan nilai keadilan dalam pencegahan dan penanggulangan *stunting*. Dalam analisis data kualitatif prosesnya berjalan sebagai berikut :

a. Mencatat yang menghasilkan catatan lapangan, dengan hal itu diberi kode agar sumber datanya tetap ditelusuri;
b. Mengumpulkan, memilah-milah, mengklasifikasikan, mensintesiskan, membuat ikhtisar dan membuat indeksnya;

[55] Lexi J. Moleong, 2007, *Metode Penelitian Kualitatif,* Remaja Rosdakarya, Bandung, hlm 248

c. Berpikir, dengan jalan membuat agar kategori data itu mempunyai makna, mencari dan menemukan pola dan hubungan-hubungan, dan temuan-temuan umum[56].

9. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan disertasi, akan peneliti uraikan dengan terdiri dari 6 (enam) BAB sebagai berikut:

BAB I : Pendahuluan, berisi: Latar Belakang, Rumusan Permasalahan, Tujuan dan Kegunaan Penelitian, Kerangka Teori, Kerangka Pemikiran, Metode Penelitian dan Sistematika Penulisan.

BAB II : Tinjauan Pustaka, berisi: Puskesmas, Manajeman Puskesmas, Kebijakan, Penyakit *Stunting,* Pertumbuhan dan Perkembangan pada Anak.

BAB III : Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah yang belum terkondisikan.

BAB IV : Kelemahan-kelemahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini

BAB V : Rekonstruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan Provinsi Jawa Tengah berbasis keadilan.

[56] Lexi J. Moleong, *Ibid*

Bab VI : Penutup, berisi kesimpulan, Implikasi dan saran-saran yang merupakan hasil penelitian disertasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sejarah berdirinya Puskesmas sebagai Pelayanan Dasar di Masyarakat

Awal berdirinya Puskesmas disingkat dengan Pusat Kesehatan Masyarakat merupakan unit pelaksana teknis (UPT) Dinas Kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja UPT. Sebagai unit fungsional pelayanan kesehatan terdepan dalam unit pelaksana teknis dinas Kesehatan kabupaten/kota, tugasnya adalah menyelenggarakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan Pembangunan Kesehatan. Maksudnya adalah sebagai penyelenggara upaya kesehatan seperti melaksanakan upaya penyuluhan, pencegahan dan penanganan kasus-kasus penyakit di wilayah kerjanya, secara terpadu dan terkoordinasi. Sementara pertanggung jawaban secara keseluruhan ada di Dinkes dan sebagian ada di Puskesmas.

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda pada abad ke-16. Kesehatan masyarakat di Indonesia pada waktu itu dimulai dengan adanya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu.Kolera masuk di Indonesia tahun 1927 dan tahun 1937 terjadi wabah kolera eltor di Indonesia. Kemudian pada tahun 1948 cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan mulai berkembang di Indonesia. Sehingga berawal dari wabah kolera tersebut maka pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat. Kemudian pada September 1959, wabah malaria masuk ke Malang. Puskesmas telah menjadi tonggak periode

perjalanan sejarah Dinas Kesehatan Kabupaten di Indonesia. Konsep Puskesmas sendiri diterapkan di Indonesia pada tahun 1969. Perihal diterapkannya konsep Puskesmas ini, pada awal berdirinya, sedikit sekali perhatian yang dicurahkan Pemerintah di Kabupaten pada pembangunan di bidang Kesehatan. Sebelum konsep Puskesmas diterapkan, dalam rangka memberikan pelayanan terhadap masyarakat maka dibangunlah Balai Pengobatan (BP), Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA), yang tersebar di kecamatan-kecamatan. Unit tersebut berdiri sendiri-sendiri tidak saling berhubungan dan langsung melaporkan kegiatannya kepada Kepala Dinas Kesehatan, umumnya unit tersebut dipimpin oleh seorang Mantri (perawat) senior yang pendidikannya bisa Pembantu Perawat atau Perawat. Sejalan dengan diterapkannya konsep Puskesmas di Indonesia tahun 1969, maka mulailah dibangun Puskesmas di beberapa wilayah yang dipimpin oleh seorang Dokter Wilayah (Dokwil) yang membawahi beberapa Kecamatan, sedang di tingkat kabupaten ada Dokter Kabupaten (Dukabu) yang membawahi Dokwil. Pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas tersebut adalah pelayanan kesehatan menyeluruh (*komprehensif*) yang meliputi pelayanan: pengobatan (*kuratif*), upaya pencegahan (*preventif*), peningkatan kesehatan (*promotif*) dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*). Masalah-masalah kesehatan yang ditemukan juga sedemikian banyak, antara lain: penyakit-penyakit menular masih merajalela dengan *incidence* dan prevalence yang tinggi. Status gizi terutama pada golongan rawan anak-anak di bawah lima tahun dan ibu hamil atau menyusui masih belum memuaskan. Air minum yang sehat, pembuangan kotoran dan sanitasi perumahan yang sangat tidak memadai. Hal tersebut erat kaitannya dengan kemiskinan yang dicerminkan oleh

rendahnya tingkat pendidikan, penghasilan perkapita, produksi perkapita dan konsumsi perkapita (termasuk konsumsi dalam bidang sanitasi, gizi dan pelayanan kesehatan). Selain hal tersebut masalah ketenagaan, khususnya dokter, perawat gigi, nutrisionis, jumlahnya juga masih terbatas. Disadari bahwa tanpa partisipasi masyarakat secara memadai, tidaklah mungkin keinginan atau tuntutan (*demand*) masyarakat yang semakin meningkat di bidang kesehatan. Untuk itu pada tahun 1976 dikembangkanlah konsep Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Jadi PKMD bisa dikatakan perpanjangan konsep dari Puskesmas. PKMD adalah bagian integral dari Pembangunan Desa secara keseluruhan. Usaha-usaha PKMD jika dilihat dari kepentingan masyarakat merupakan kegiatan swadaya masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui perbaikan status kesehatan. Jika dilihat dari kepentingan Pemerintah maka PKMD merupakan usaha untuk memperluas jangkauan pelayanan kesehatan baik oleh Pemerintah maupun oleh swasta sebagai "*Health Provider*" dengan peran serta aktif dari masyarakat sendiri. Diharapkan dengan pelaksanaan PKMD akan menyediakan pelayanan untuk perbaikan hygiene perorangan, kesehatan lingkungan, perbaikan taraf gizi, pengembangan kesadaran untuk hidup sehat, penyuluhan kesehatan, pelayanan *kuratif* dan *preventif* termasuk kesejahteraan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Imunisasi, Pemberantasan Penyakit Menular, Usaha Kesehatan Sekolah dan lain sebagainya sesuai dengan kebutuhan setempat. Dengan adanya pelaksanaan PKMD, banyak contoh-contoh di desa dimana masyarakat secara bergotong-royong mengatasi problema kesehatan, seperti : pembuatan kakus (WC), pemasangan pipa bambu untuk mendatangkan air bersih,

taman gizi, pertolongan pertama pada kecelakaan, pengobatan ringan, mengenal dan melaporkan adanya penyakit menular, penyuluhan dalam bidang kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana dan sebagainya. Pembangunan Kesehatan di Indonesia telah mengacu kepada Undang-undang Kesehatan, Sistem Kesehatan Nasional (SKN); Rencana Pokok Program Pembangunan Bidang Kesehatan (RP3JPK). Sistem Kesehatan nasional telah ditetapkan untuk digunakan sebagai sumbangan bagi peningkatan penyelenggaraan pembangunaan Nasional dan sebagai pedoman bagi penyelenggaraan upaya kesehatan di seluruh Indonesia dalam menjalankan tugas-tugas pembangunan di bidang kesehatan. Sedangkan RP3JPK merupakan pedoman bagi penyusunan rencana lima tahunan dan juga rencana tahunan di bidang kesehatan baik dalam bentuk program-program dan proyek pembangunan maupun dalam bentuk kegiatan rutin. Selanjutnya dalam rangka meng operasionalkan kebijakan Pemerintah Pusat (Departemen Kesehatan) di Kabupaten, maka berdirilah Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten yang bertugas melaksanakan pembinaan, pengembangan, pengawasan dan penertiban upaya kesehatan di Kabupaten serta Kecamatan. Segala urusan yang dilimpahkan oleh Pemerintah Pusat kepada pejabat-pejabatnya di daerah tetap menjadi tanggung jawab Pemerintah Pusat baik mengenai perencanaan, pelaksanaan maupun pembiayaan. Adapun hubungan fungsional antara Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten dengan Dinas Kesehatan Kabupaten meliputi :

1. Pengarahan perencanaan program desentralisasi;
2. Penyelenggaraan administrasi kepegawaian;
3. Pengawasan yang menyeluruh; dan

4. Hubungan teknis kesehatan.

Keberhasilan Program Kesehatan secara nyata dapat dilihat dari semakin meningkatnya kualitas upaya Pelayanan Rujukan yang diketahui dari meningkatnya strata/score Puskesmas dan RSUD dimana untuk Puskesmas yang terakriditasi secara penuh dan RSUD type B. Peran serta segenap masyarakat dan kerja sama lintas sektoral dan PKK dalam upaya pembangunan Kesehatan cukup besar. Terbukti dengan semakin memasyarakatnya Posyandu dan tercapainya target-target program Kesehatan khususnya Imunisasi/UCI, Kesejahteraan Ibu dan Anak (KIA), Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM), Pembinaan Kesehatan Lingkungan (PKL), Gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), Upaya Kesehatan Rujukan, Penyuluhan Obat Generik, dan lain-lain. Keberhasilan program pembangunan Kesehatan merupakan "hasil upaya terobosan" sebagaimana tercermin dalam ungkapan "Gerakan Utama" yaitu :

1. Gemas Immunisasi (Gerakan Masal Immunisasi), memanfaatkan semua potensi sarana sektoral /lintas program dan lintas sektoral serta masyarakat yang ada untuk mencapai target Imunisasi /UCI;
2. Gerakan Momentum, memanfaatkan hari-hari besar Nasional / Instansi / Organisasi untuk pencapaian target program Kesehatan terutama UCI, KIA dan Kesehatan Lingkungan pada hari ABRI, Bhayangkara, HKN, HKS, HUT Korpri, Bulan Bhakti LKMD, hari Ibu dll
3. Gerakan Catat Lapor, meningkatkan kualitas pencatatan dan pelaporan kegiatan program Kesehatan yang dilaksanakan Kandepkes, dinkesda,

RSUD, Gudang farmasi dan Puskesmas, dengan komputerisasi serta peningkatan pengetahuan dan ketrampilan analisa data dan visualisasi data.

4. Gerakan Penghijauan Puskesmas, untuk meningkatkan keberhasilan Program Kesehatan / Strata Puskesmas menjadi strata maju (hijau).
5. Gerakan Taat, mentaati semua pedoman dan petunjuk program kesehatan / prioritasnya, yang diberikan tingkat atas (Pusat/Tingkat I/ Tingkat II).
6. Gerakan Waskat Program, melaksanakan Monitoring dan Evaluasi program secara ketat dengan feed back report / supervisi oleh atasan langsung masing-masing program.
7. Gerakan Porselinisasi Puskesmas, meningkatkan kualitas kebersihan ruang Pelayanan Kesehatan (ruang pengobatan, ruang KIA, KB, Kamar Kecil, ruang tunggu dan sebagainya). Dimaksudkan agar supaya kebersihan dan sterilitas ruang relatif lebih terjamin.
8. Shock Therapi dan Kasih Sayang, memberikan penghargaan dan petunjuk agar supaya potensi yang ada pada masing-masing petugas kesehatan dapat lebih ditingkatkan lagi.
9. Gerakan Cinta Segitiga Emas:
   a) Cinta Imunisasi;
   b) Cinta Ibu dan Anak; dan
   c) Cinta JPKM / Dana Sehat / Pos Obat Desa;
10. Gerakan Puskesmas Jaya (Jalan Raya), meningkatkan fungsi Puskesmas di sepanjang jalan yang rawan kecelakaan, dengan pelayanan gawat darurat selama 24 jam dan fasilitas khusus Ambulance jalan raya.

11. Gerakan Puskesmas Bersih Hatinya, gerakan Puskesmas Bersih, Sehat, Indah dan Nyaman dimaksudkan agar secara fisik dan non fisik, kualitas sarana dan prasarana Puskesmas (Fisik) dan kualitas manusianya (Non Fisik) sesuai dengan yang dimaksudkan di dalam nama gerakan yaitu senantiasa bersih hatinya.
12. Gerakan Puskesmas Wisata, meningkatkan kualitas Puskesmas di daerah wisata sedemikian rupa sehingga dapat mengantisipasi berbagai masalah Kesehatan yang timbul, yang pada gilirannya dapat memberikan pelayanan Kesehatan yang baik pada wisatawan.
13. Gerakan Desa Sehat, Meningkatkan keberhasilan program Kesehatan dengan peran nyata LKMD melalui desa percontohan Kesehatan di setiap wilayah kerja Puskesmas.
14. Gerakan Senyum Puskesmas, yaitu gerakan dimana petugas Puskesmas baik Dokter maupun karyawan lain, diharapkan lebih ramah, baik hati, atensi (perhatian) pada pasien dan memperhatikan etika Kedokteran maupun etika Keperawatan, Kebidanan serta memperhatikan norma agama dan adat istiadat setempat.

Di Indonesia pernah terjadi Krisis Moneter 1997 yang memberikan dampak *negative* kepada masyarakat, khususnya keluarga miskin. Banyak diantara mereka yang kehilangan pekerjaan, sehingga daya beli merosot tajam, tidak mampu berobat ke Puskesmas dan banyak pula yang tidak mampu mendapatkan pelayanan keluarga berencana. Apabila hal tersebut didiamkan berlarut-larut, maka tidak mustahil masa depan generasi mendatang akan sangat memprihatinkan. Oleh karena itu, untuk

meminimkan dampak negatif krisis tersebut, pemerintah telah meluncurkan program “JPS-BK” (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan). Dalam kaitan menunjang pengentasan kemiskinan dilaksanakan pula pemberian “Kartu Sehat ” bagi penduduk tidak mampu untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara Cuma-Cuma. Pada periode 2001 sampai sekarang salah satu peristiwa penting yang terjadi pada periode ini adalah diberlakukannya Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah. Adanya Undang-Undang tersebut membawa implikasi dimana pola sentralistik dalam pengambilan keputusan maupun dalam pembiayaan berubah menjadi pola desentralisasi, yaitu pemberian kewenangan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan di daerah dengan pendekatan lokal spesifik yaitu lebih memperhatikan dan memanfaatkan potensi yang dimiliki sehingga Pemerintah Daerah harus dapat menyelesaikan sendiri permasalahan di daerah. Sesuai dengan pergeseran paradigma di bidang kesehatan dan sejalan dengan penerapan desentralisasi sekaligus untuk menghadapi berbagai tantangan yang terkait dengan era globalisasi dan informasi yang menuntut transparansi dan akuntabilitas. Puskesmas Ideal dibangun sebagai “salah satu terobosan” di bidang pengembangan fungsi dan institusi Puskesmas yang mempunyai tujuan akhir pada keterjangkauan pelayanan di seluruh lapisan masyarakat. Kualitas pelayanan diharapkan bermutu serta berorientasi kepada kepuasan pelanggan atau masyarakat pengguna. Indikator untuk mencapai keberhasilan pembangunan kesehatan dapat ditandai dengan atau oleh meningkatnya sarana dan prasarana kesehatan. Sarana/prasarana tersebut antara

lain : Rumah Sakit Bersalin, Balai Pengobatan, Balai Kesehatan Ibu dan Anak serta Puskesmas Pembantu maupun Pos Kesehatan Desa (PKD) dan capaian Indikator SPM (Standar Pelayanan Minimal) yang telah ditentukan. Wilayah Kerja konsep Puskesmas dapat berdasarkan kecamatan, penduduk, atau daerah terpencil. Berikut ini sekelumit Konsep tentang Puskesmas.

1. Visi Puskesmas

   Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat.

2. Indikator Kecamatan Sehat:
   a) Lingkungan sehat;
   b) perilaku sehat;
   c) cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu;dan
   d) derajat kesehatan penduduk kecamatan
3. Misi Puskesmas
   a) Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya;
   b) Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya;
   c) Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan; dan
   d) Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.
4. Fungsi Puskesmas
   a) Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan;

b) Pusat Pemberdayaan Masyarakat;

c) Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama;

d) Pelayanan Kesehatan Perorangan;dan

e) Pelayanan Kesehatan Masyarakat

5. Kedudukan

a) Sistem Kesehatan Nasional merupakan sebagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan UKP dan UKM di wilayah kerjanya;

b) Sistem Kesehatan Kabupaten / Kota merupakan sebagai UPT Dinas Kesehatan yang bertanggung jawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan Kabupaten /kota di wilayah kerjanya;

c) Sistem Pemerintahan adalah sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota. Daerah yang merupakan unit struktural Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota bidang kesehatan di tingkat kecamatan;

d) Antar Sarana Pelayanan Kesehatan Strata Pertama, sebagai mitra dan sebagai pembina upaya kesehatan berbasis dan bersumberdaya masyarakat seperti Posyandu, Polindes, Pos; dan

e) Obat Desa dan Pos UKK.[57]

B. Dasar Hukum Pelayanan Puskesmas di Masyarakat

1. Pengertian Puskesmas

Dasar hukum pelayanan Puskesmas menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, adalah Pusat

[57] https://pkmcompreng.tubankab.go.id/page/sejarah

Kesehatan Masyarakat yang merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.

Pelayanan kesehatan Puskesmas diberikan kepada masyarakat yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan, pelaporan, dan dituangkan dalam suatu sistem informasi Puskesmas yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas dalam mencapai sasaran kegiatannya. Adapun kegiatan Puskesmas terdiri dari UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) dan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan). Upaya Kesehatan Masyarakat adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan Upaya Kesehatan Perseorangan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Tenaga kesehatan merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui

pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja Puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang terdiri dari:

a. Memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat;
b. Mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu;
c. Hidup dalam lingkungan sehat; dan
d. Memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Dan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas dalam rangka mewujudkan kecamatan sehat untuk mencapai kabupaten/kota sehat.

2. Prinsip penyelenggaraan, tugas, fungsi dan wewenang

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

a. Paradigma sehat;
b. Pertanggungjawaban wilayah;
c. Kemandirian masyarakat;
d. Pemerataan;
e. Teknologi tepat guna; dan
f. Keterpaduan dan kesinambungan.

Berdasarkan prinsip paradigma sehat, puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko

kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. Berdasarkan prinsip pertanggung jawaban wilayah puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Berdasarkan prinsip kemandirian masyarakat Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.Berdasarkan prinsip ketersediaan akses pelayanan kesehatan Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan. Berdasarkan prinsip teknologi tepat guna Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan. Berdasarkan prinsip keterpaduan dan kesinambungan Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan Puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara Puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga.

Dalam penyelenggaraan melaksanakan tugas Puskesmas terdapat dua fungsi yaitu:

a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya di Puskesmas berwewenang untuk:

a. Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait;
e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat;
f. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
h. Memebrikan pelayanan ksehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan factor biologis, psikologis, sosial, budaya dan spiritual;
i. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu dan cakupan pelayanan kesehayan;

j. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respon penanggulangan penyakit;dan
k. Melakukan kolaborasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya.

Dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya Puskesmas berwenang untuk:

a. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologi, sosial, dan budaya dengan membina hubungan dokter - pasien yang erat dan setara;
b. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
c. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat;
d. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja;
e. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
f. Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis;
g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan;

h. Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas;
i. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan; dan
j. Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Puskesmas selain menyelenggarakan fungsi Puskesmas dapat berfungsi sebagai wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan/atau sebagai jejaring rumah sakit pendidikan. Ketentuan mengenai penyelenggaraan Puskesmas sebagai wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan/atau sebagai jejaring rumah sakit pendidikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Persyaratan

Persyaratan penyelenggaraan untuk Puskesmas terdiri dari:

a. Didirikan pada setiap kecamatan;
b. Dalam kondisi tertentu, pada 1 (satu) kecamatan dapat didirikan lebih dari 1 (satu) Puskesmas;
c. Kondisi tertentu ditetapkan berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas;
d. Pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan, kefarmasian dan laboratorium;

e. Lokasi pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan: geografis, aksesibilitas untuk jalur transportasi, kontur tanah, fasilitas parkir, fasilitas keamanan, ketersediaan utilitas publik, pengelolaan kesehatan lingkungan dan kondisi lainnya;
f. Selain persyaratan pendirian Puskesmas harus memperhatikan ketentuan teknis pembangunan bangunan gedung Negara; dan
g. Puskesmas harus memiliki bangunan rumah dinas Tenaga Kesehatan;

Persyaratan lokasi untuk Puskesmas terdiri dari:

a. Geografis;
b. Aksesibilitas untuk jalur transportasi;
c. Kontur tanah;
d. Fasilitas parkir;
e. Fasilitas keamanan;
f. Ketersediaan utilitas publik;
g. Pengelolaan kesehatan lingkungan;dan
h. Tidak didirikan di area sekitar saluran udara tegangan tinggi dan saluran udara tegangan ekstra tinggi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Persyaratan bangunan untuk Puskesmas yang sesuai pasal 10 ayat (4) PMK Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, terdiri dari:

a. Persyaratan administratif, persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja serta persyaratan teknis bangunan;
b. Bangunan bersifat permanen dan terpisah dengan bangunan lain; dan

Bangunan didirikan dengan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, perlindungan keselamatan dan kesehatan serta kemudahan dalam memberi pelayanan bagi semua orang termasuk yang berkebutuhan khusus/penyandang disabilitas, anak- anak, dan lanjut usia.

4. Manajeman Puskesmas

Manajeman Puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas, bahwa penyelenggaraan berbagai pelayanan kesehatan baik perorangan maupun kesehatan masyarakat perlu ditunjang oleh manajemen yang baik. Manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematik untuk menghasilkan keluaran yang efektif dan efisien. Manajemen Puskemas meliputi:

a. Perencanaan;
b. Pelaksanaan - pengendalian; dan
c. Pengawasan - pertanggungjawaban, yang harus dilaksanakan secara terkait dan berkesinambungan.

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Puskesmas tersebut, Puskesmas harus melaksanakan manajemen Puskesmas secara efektif dan efisien. Siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas merupakan rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan, yang dilaksanakan dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan secara bermutu, yang harus selalu dipantau secara berkala dan teratur, diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu, agar kinerjanya dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam satu siklus "*Plan-Do-Check-Action* (P-D-C-A)".

Untuk menjamin bahwa siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas berjalan secara efektif dan efisien, ditetapkan Tim Manajemen Puskesmas yang juga dapat berfungsi sebagai penanggungjawab manajemen mutu di Puskesmas. Tim terdiri atas penanggung jawab upaya kesehatan di Puskesmas dan didukung sepenuhnya oleh jajaran pelaksananya masing-masing. Tim ini bertanggung jawab terhadap tercapainya target kinerja Puskesmas, melalui pelaksanaan upaya kesehatan yang bermutu.

Upaya kesehatan bermutu merupakan upaya yang memberikan rasa puas sebagai pernyataan subjektif pelanggan, dan menghasilkan *outcome* sebagai bukti objektif dari mutu layanan yang diterima pelanggan. Oleh karena itu Puskesmas harus menetapkan indikator mutu setiap pelayanan yang dilaksanakannya atau mengikuti standar mutu pelayanan setiap program/pelayanan yang telah ditetapkan, yang dikoordinasikan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

Untuk terselengaranya upaya kesehatan bermutu bagi masyarakat di wilayah kerjanya, maka Tim Manajemen Puskesmas harus mampu bekerja dengan baik dan profesional, dibawah koordinasi dan supervisi kepala Puskesmas yang menjalankan fungsi kepemimpinannya yang baik dan tepat sesuai situasi dan kondisi. Upaya kesehatan yang diberikan harus selalu memperhatikan kepentingan, kebutuhan dan harapan masyarakat sebagai konsumen eksternal, kepentingan dan kepuasan dari seluruh staf Puskesmas sebagai konsumen internal, serta pemerintah daerah kabupaten/kota sebagai pemilik /*owner*.

Upaya kesehatan Puskesmas yang dilaksanakan secara merata dan bermutu sesuai standar, diwujudkan dengan bukti adanya perbaikan dan peningkatan

pencapaian target indikator kesehatan masyarakat dan perseorangan. Seperti menurunnya angka-angka kesakitan penyakit yang menjadi prioritas untuk ditangani, menurunnya angka kematian balita, angka gizi kurang dan atau gizi buruk balita dan maternal, menurunnya jumlah kematian maternal, teratasinya masalah-masalah kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya, dan lainnya.

Diperlukan dukungan sumber daya yang memadai baik dalam jenis, jumlah maupun fungsi dan kompetensinya sesuai standar yang ditetapkan, dan tersedia tepat waktu pada saat akan digunakan. Dalam kondisi ketersediaan sumber daya yang terbatas, maka sumber daya yang tersedia dikelola dengan sebaik-baiknya, dapat tersedia saat akan digunakan sehingga tidak menghambat jalannya pelayanan yang akan dilaksanakan.

Manajemen sumber daya dan mutu merupakan satu kesatuan sistem pengelolaan Puskesmas yang tidak terpisah satu dengan lainnya, yang harus dikuasai sepenuhnya oleh tim manajemen Puskesmas dibawah kepemimpinan kepala Puskesmas, dalam upaya mewujudkan kinerja Puskesmas yang bermutu, mendukung tercapainya sasaran dan tujuan penyelenggaraan upaya kesehatan di Puskesmas, agar dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat di wilayah kerjanya. Manajemen Puskesmas akan mengintegrasikan seluruh manajemen yang ada (sumber daya, program, pemberdayaan masyarakat, sistem informasi Puskesmas, dan mutu) didalam menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di wilayah kerjanya.

Dalam menyusun perencanaan 5 (lima) tahun Puskesmas, selain mengacu pada Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten/kota, Puskesmas juga harus

memperhatikan dan mengacu pada Rencana Lima Tahunan Kementerian Kesehatan. Apabila Puskesmas sebelumnya telah menyusun rencana 5 (lima) tahunan dan rencana tahunan, maka dengan keluarnya kebijakan baru yang berkaitan dengan kesehatan, Puskesmas perlu menelaah kembali rencana 5 (lima) tahun Puskesmas yang telah disusun sebelumnya untuk dapat disesuaikan dengan hal-hal yang sangat prinsip dan prioritas. Gambar berikut menguraikan contoh siklus manajemen Puskesmas yang berkualitas.

Gambar 2.1
Siklus Manajemen Puskesmas



Perencanaan puskesmas yang disusun melalui pengenalan permasalahan secara tepat berdasarkan data yang akurat, serta diperoleh dengan cara dan dalam waktu yang tepat, maka akan dapat mengarahkan upaya kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas dalam mencapai sasaran dan tujuannya. Dalam upaya mencakup seluas mungkin sasaran masyarakat yang harus dilayani, serta mengingat ketersediaan sumber daya yang terbatas, maka pelayanan kesehatan harus dapat dilaksanakan

secara terintegrasi baik lintas program maupun lintas sektor. Kepala Puskesmas harus mampu membangun kerjasama dan mengkoordinasikan program di internal Puskesmas dan di eksternal dengan mitra lintas sektor. Koordinasi dengan lintas sektor sangat diperlukan, karena faktor penyebab dan latar belakang masalah kesehatan tertentu kemungkinan hanya dapat diselesaikan oleh mitra lintas sektor.

Peran pemerintah daerah sangat besar dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan di masyarakat, oleh karenanya Puskesmas perlu mencari dukungan dari pemerintah daerah yang dimulai dari tingkat desa/kelurahan, kecamatan dan kabupaten/kota. Proses perencanaan Puskesmas harus terintegrasi kedalam sistem perencanaan daerah melalui forum Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) yang disusun secara *top down* dan *bottom-up*.

Proses perencanaan Puskesmas akan mengikuti siklus perencanaan pembangunan daerah, dimulai dari tingkat desa/kelurahan, selanjutnya disusun pada tingkat kecamatan dan kemudian diusulkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Perencanaan Puskesmas yang diperlukan terintegrasi dengan lintas sektor kecamatan, akan diusulkan melalui kecamatan ke pemerintah daerah kabupaten/kota.

Puskesmas akan menyusun rencana 5 (lima) tahunan dan rincian rencana tahunannya berdasarkan pada hasil evaluasi tahun sebelumnya dan mengacu pada kebijakan kesehatan dari tingkat administrasi diatasnya, baik kabupaten/kota, provinsi, dan pusat. Untuk kepentingan penyusunan perencanaan Puskesmas, perlu diselaraskan dengan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dan program kesehatan Nasional lainnya.

Perencanaan yang dimaksud adalah kegiatan perencanaan tingkat Puskesmas, pelaksanaan-pengendalian adalah rangkaian kegiatan mulai dari pengorganisasian, penyelenggaraan, pemantauan (pemantauan wilayah setempat/ PWS dengan data dari SP2TP dalam forum Lokakarya Mini Puskesmas). Adapun pengawasan-pertanggungjawaban adalah kegiatan pengawasan internal dan eksternal serta akuntabilitas petugas. Seluruh rangkaian kegiatan manajemen tersebut harus dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan. Dimulai dari kepemimpinan, dalam pelaksanaan 4 fungsi Puskesmas; yaitu (a) pusat pembangunan wilayah berwawasan kesehatan, (b) pusat pemberdayaan masyarakat, (c) pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer dan (d) pusat pelayanan kesehatan perorangan primer, memerlukan pola kepemimpinan yang holistik, strategis, manajerial dan berkelanjutan (*sustainable leadership*). Kepemimpinan holistik berarti kemampuan pimpinan Puskesmas yang menjadi "*agent of change*" ditengah dinamika sosial masyarakat yang dilayaninya. Pimpinan Puskesmas perlu memiliki ilmu dan ketrampilan dalam bidang "community development" (pembangunan masyararakat), termasuk menggerakkan semua elemen potensi masyarakat (modal sosial) dalam pembangunan kesehatan. Pemimpin Puskesmas perlu memiliki kemampuan melakukan advovacy kepada aparat pemerintah kecamatan, desa, organisasi sosial dan keagamaan, sektor usaha swasta, dll tentang perlunya wawasan kesehatan dalam kegiatan pembangunan sosial-ekonomi di wilayah kerja puskesmas bersangkutan.

Kepemimpinan strategis berarti kemampuan memberikan respons yang tepat dan cepat terhadap turbulensi perubahan lingkungan yang terjadi di wilayah

kerja Puskesmas, termasuk perubahan sosial, ekonomi, demografi, ekologi, dll. Kepemipinan Puskesmas perlu memiliki kemampuan mengidentifikasi resiko-resiko kesehatan serta dampak kebijakan pembangunan terhadap kesehatan penduduk serta merumuskan intervensi strategis untuk mengatasi resiko dan dampak tersebut.

Kepemimpinan manajerial berarti kemampuan menggerakkan manajemen program kesehatan sesuai dengan standar program yang ada, serta menggerakkan SDM Puskesmas melaksanakan standar program tersebut dengan tehnik motivasi, komunikasi dan supervisi yang efektif. Kepemimpinan berkelanjutan berarti adanya kesempatan pemimpin Puskesmas menjalin hubungan pribadi dan sosial dengan staf Puskesmas, aparat pemerintahan di kecamatan serta dengan masyarakat yang dilayaninya. Menurut pengalaman empiris (penugasan di Puskesmas selama 5 tahun dalam kebijakan masa lalu), masa lima tahun adalah waktu minimal yang diperlukan untuk menjamin kepemimpinan berkelanjutan tersebut. Kemampuan kepemimpinan holistic, strategis dan manajerial tersebut diberikan dalam bentuk pelatihan kepemimpinan bagi SDM Puskesmas.

Manajemen Program Puskesmas yang terdiri dari mulai dari perencanaan adalah proses penyusunan rencana Puskesmas untuk mengatasi masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Rencana Puskemas dibedakan atas dua macam yaitu Rencana Usulan Kegiatan (RUK) untuk kegiatan pada setahun mendatang dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) pada tahun berjalan. Perencanaan Puskesmas disusun meliputi upaya kesehatan wajib, upaya kesehatan pilihan dan upaya inovatif baik terkait dengan pencapaian target maupun mutu Puskesmas.

Istilah RUK dan RPK merupakan istilah umum, adapun istilah/terminologi yang dipergunakan dalam perencanaan disesuaikan dengan pedoman penganggaran di daerah. Proses perencanaan Puskesmas harus disesuaikan dengan mekanisme perencanaan yang ada baik perencanaan sektoral maupun lintas sektoral melalui Musrenbang di setiap tingkatan administrasi.

Rencana Usulan Kegiatan adalah perencanaan kegiatan Puskesmas untuk tahun mendatang, sering disebut dengan istilah H+1. Perencanaan disusun dengan mengacu pencapaian indikator Kecamatan Sehat dalam mewujudkan pencapaian indikator SPM.

Rencana Pelaksanaan Kegiatan disusun setelah Puskesmas mendapatkan alokasi anggaran. Penyusunan RPK berdasarkan RUK tahun yang lalu dengan dilakukan penyesuaian (*adjustment*) terhadap target, sasaran dan sumberdaya. RPK disusun dalam bentuk matrik Gantt Chart dan dilengkapi dengan pemetaan wilayah (mapping)

Pelaksanaan dan pengendalian adalah proses penyelenggaraan, pemantauan serta penilaian terhadap kinerja penyelenggaraan rencana tahunan Puskesmas, baik rencana tahunan upaya kesehatan wajib maupun rencana tahunan upaya kesehatan pilihan, dalam mengatasi masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas. Langkah-langkah pelaksanaan dan pengendalian adalah sebagai berikut :

1. Pengorganisasian

   Untuk dapat terlaksananya rencana kegiatan Puskesmas perlu dilakukan pengorganisasian. Ada dua macam pengorganisasian yang harus dilakukan. Pertama, pengorganisasian berupa penentuan para penanggungjawab dan

para pelaksana untuk setiap kegiatan serta untuk setiap satuan wilayah kerja. Dengan perkataan lain, dilakukan pembagian tugas seluruh program kerja dan seluruh wilayah kerja kepada seluruh petugas Puskesmas dengan mempertimbangkan kemampuan yang dimilikinya. Penentuan para penanggungjawab ini dilakukan melalui penggalangan tim pada awal tahun kegiatan.

Kedua, pengorganisasian berupa penggalangan kerjasama tim secara lintas sektoral. Ada dua bentuk penggalangan kerjasama yang dapat dilakukan :

a. Penggalangan kerjasama dua pihak yakni antara dua sektor terkait, misalnya antara Puskesmas dengan sektor Sosial/ Kesra pada waktu penyelenggaraan upaya kesehatan usia lanjut (Usila);dan
b. Penggalangan kerjasama banyak pihak yakni antar berbagai sektor terkait, misalnya antara Puskesmas dengan sektor pendidikan, sektor agama, pada penyelenggaraan upaya kesehatan sekolah (UKS).

Penggalangan kerjasama lintas sektor ini dapat dilakukan :

a. Secara langsung yakni antar sektor terkait.
b. Secara tidak langsung yakni dengan memanfaatkan pertemuan koordinasi kecamatan.

2. Penyelenggaraan

Setelah pengorganisasian selesai dilakukan, kegiatan selanjutnya adalah menyelenggarakan rencana kegiatan Puskesmas, dalam arti para penanggung jawab dan para pelaksana yang telah ditetapkan pada pengorganisasian.

Untuk dapat terselenggaranya rencana tersebut perlu dilakukan kegiatan sebagai berikut :

a. Mengkaji ulang rencana pelaksanaan yang telah disusun terutama yang menyangkut jadwal pelaksanaan, target pencapaian, lokasi wilayah kerja dan rincian tugas para penanggungjawab dan pelaksana.
b. Menyusun jadwal kegiatan bulanan untuk tiap petugas sesuai dengan rencana pelaksanaan kegiatan yang telah disusun. Beban kegiatan Puskesmas harus terbagi habis dan merata kepada seluruh petugas.
c. Menyelenggarakan kegiatan sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Dalam penyelenggaraannya harus memperhatikan :

3. Azas Penyelenggaraan Puskesmas

   Penyelenggaraan kegiatan Puskesmas harus menerapkan keempat azas penyelenggaraan Puskesmas yaitu pertanggungjawaban wilayah, pemberdayaan masyarakat, keterpaduan dan rujukan.

4. Standar dan pedoman Puskesmas

   Dalam pelaksanaan kegiatan Puskesmas harus mengacu pada standar dan pedoman Puskesmas, baik yang bersifat teknis program, manajemen maupun administratif.

5. Kendali mutu

   Penyelenggaraan kegiatan Puskesmas harus menerapkan kendali mutu, yaitu kepatuhan terhadap standar dan pedoman pelayanan serta etika profesi.

6. Kendali biaya

Penyelenggaraan kegiatan Puskesmas harus menerapkan kendali biaya yaitu kepatuhan terhadap standar dan pedoman pelayanan serta etika profesi dan terjangkau oleh pemakai jasa pelayanan.

7. Pemantauan

   Penyelenggaraan kegiatan harus diikuti dengan kegiatan pemantauan yang dilakukan secara berkala.

Kegiatan pemantauan mencakup hal-hal sebagai berikut :

1) Melakukan telaahan penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai baik secara internal maupun eksternal.
   a) Telaahan internal yaitu telaahan bulanan terhadap penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai oleh Puskesmas, dibandingkan dengan rencana dan standar pelayanan. Data yang dipergunakan diambil dari SIMPUS. Kesimpulan dirumuskan dalam bentuk kinerja (cakupan, mutu dan biaya) Puskesmas dan masalah/ hambatan. Telaahan bulanan ini dilakukan dalam forum Lokakarya Mini Bulanan Puskesmas.
   b) Telaahan eksternal yaitu telaahan tribulanan terhadap hasil yang dicapai oleh sarana pelayanan kesehatan primer serta sektor lainnya yang terkait di wilayah kerja Puskesmas. Telaahan eksternal ini dilakukan dalam forum Lokakarya Mini Tribulan Puskesmas.
2) Menyusun saran peningkatan penyelenggaraan kegiatan sesuai dengan pencapaian kinerja Puskesmas serta masalah dan hambatan yang ditemukan dari hasil telaahan bulanan dan triwulan.

8. Penilaian

Kegiatan penilaian dilakukan pada akhir tahun anggaran dengan cara Penilaian Kinerja Puskesmas yang diukur menggunakan indikator kinerja Puskesmas. Kegiatan tersebut mencakup :

a. Melakukan penilaian terhadap penyelenggaraan kegiatan dan hasil yang dicapai, dibandingkan dengan rencana tahunan dan standar pelayanan. Sumber data yang dipergunakan dalam penilaian yaitu sumber data primer dari SIMPUS dan sumber data sekunder yaitu hasil pemantauan bulanan dan tribulanan, serta data lain yang dikumpulkan secara khusus.
b. Menyusun saran peningkatan penyelenggaraan kegiatan sesuai dengan pencapaian serta masalah dan hambatan yang ditemukan untuk rencana tahun berikutnya.
c. Melaporkan hasil kegiatan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota pada akhir tahun berjalan.

Pengawasan dan pertanggungjawaban adalah proses memperoleh kepastian atas kesesuaian penyelenggaraan dan pencapaian tujuan Puskesmas terhadap rencana dan peraturan perundang-undangan serta berbagai kewajiban yang berlaku. Untuk terselenggaranya pengawasan dan pertanggungjawaban dilakukan kegiatan :

9. Pengawasan

Pengawasan dibedakan menjadi internal dan eksternal. Pengawasan internal dilakukan secara melekat oleh atasan langsung, adapun pengawasan eksternal dilakukan oleh masyarakat, dinas kesehatan kabupaten/kota serta berbagai

institusi pemerintah terkait. Pengawasan mencakup aspek administratif, keuangan dan teknis pelayanan. Apabila ditemukan adanya penyimpangan baik terhadap rencana, standar, peraturan perundangan maupun berbagai kewajiban yang berlaku perlu dilakukan pembinaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

10. Pertanggungjawaban

    Pada setiap akhir tahun anggaran, Kepala Puskesmas harus membuat laporan pertanggungjawaban tahunan yang mencakup pelaksanaan kegiatan, serta perolehan dan penggunaan berbagai sumberdaya termasuk keuangan dan laporan akuntabilitas. Laporan tersebut disampaikan kepada Dinas kesehatan kabupaten/kota serta pihak terkait lainnya, termasuk masyarakat melalui forum masyarakat.Apabila terjadi penggantian Kepala Puskesmas ataupun penanggung jawab program, maka Kepala Puskesmas dan penanggungjawab program yang lama diwajibkan membuat laporan pertanggungjawaban masa jabatannya.

11. Manajemen Kefarmasian

    Manajemen kefarmasian bertujuan untuk menjamin kelangsungan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas. Ruang lingkupnya mencakup perencanaan, pengadaan/ penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian persediaan, penggunaan, pencatatan dan laporan.

    Penerapan manajemen pengelolaan logistik obat ini terinetgrasi dalam proses manajemen Puskesmas.

a. Manajemen sarana, prasarana dan peralatan

Manajemen sarana, prasarana dan peralatan bertujuan untuk menjamin pelayanan terselenggara secara optimal. Ruang lingkup manajemen tersebut meliputi pemeliharaan secara periodik termasuk dilakukannya kalibrasi.

b. Sistem Informasi

Sistem informasi meliputi pencatatan, pelaporan dan analisa data sebagai pendukung perencanaan Puskesmas. Adapun sistem informasi yang digunakan adalah Sistem informasi manajemen Puskesmas (SIMPUS), yang terintegrasi dan terpadu dalam sistem informasi kesehatan daaerah dan nasional.

c. Mutu Pelayanan

Mutu pelayanan Puskesmas merupakan salah satu aspek yang sangat penting meliputi manajemen kasus dan manajemen mutu.

1. Manajemen kasus (*Case management*)

Manajemen kasus dalam arti pelayanan yang diberikan berdasarkan standar yang telah ditetapkan dan dilaksanakan oleh tenaga profesional. Standar yang dimaksud meliputi antara lain :

a. Pengobatan secara rasional

b. Standar pelayanan medik di Puskesmas

Bagi Puskesmas yang dilengkapi sarana pelayanan rawat inap kesehatan ibu dan anak, aspek keamanan harus dijaga, baik untuk keamanan ibu, bayi maupun petugas.

2. Manajemen Mutu

Mekanisme atau metode untuk manajemen mutu Puskesmas harus berkesinambungan. Untuk itu perlu adanya standar pelayanan maupun prosedur pelayanan. Berbagai metode manajemen mutu telah berkembang sangat pesat. Untuk penerapan di Puskesmas digunakan bentuk yang sederhana dan mudah dilaksanakan oleh Puskesmas.

Metode manajemen mutu, antara lain :

a. *Quality Assurance* (QA)
b. Sistem pengembangan manajemen kinerja klinik (SPMKK).[58]

C. Puskesmas bagian dari Pelayanan Publik sebagai Garda Terdepan Pelayanan Kesehatan

Puskesmas mengingat peran utamanya sebagai garda terdepan pelayanan dasar kesehatan bagi masyarakat, yang menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas bahwa Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.Disini Pemerintah sebagai perwujudan negara, dituntut untuk selalu berperan penting dalam mengupayakan dan menyediakan pelayanan terbaik kepada rakyatnya. Perihal ini selaras dengan apa yang tersurat di alinea keempat pembukaan UUD 1945. Alinea tersebut menyebutkan bahwa hakikat utama pembentukan negara yang bernama Indonesia adalah untuk “melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah

[58] http://www.sumbarsehat.com/2011/10/manajemen-puskesmas.html

Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial." Dalam alinea tersebut jelas bahwa pemerintah memiliki kewajiban untuk menyejahterakan seluruh rakyatnya termasuk dalam aspek kesehatan.[59] Dalam bahasa Michel Foucault, kehadiran pemerintah tak lain adalah untuk melakukan berbagai upaya dalam menyejahterakan rakyatnya.[60] Terlebih bila dilihat dari kacamata pembangunan nasional maka pembangunan kesehatan adalah bagian terpenting dan tidak bisa dipisahkan karena keberhasilan pembangunan dalam bidang ini berhubungan erat dengan peningkatan mutu serta daya saing manusia Indonesia dalam menghadapi berbagai tantangan yang ada.

Target pembangunan kesehatan dari *Sustainable Development Goals* (SGDs) yang berlangsung dalam rentang 2015- 2030, Puskesmas memainkan fungsi pentingnya yaitu kesehatan yang baik dan kesejahteraan (*good health and wellbeing*). Adapun tujuanya berupaya untuk memastikan kehidupan yang sehat serta mendukung kesejahteraan bagi semua untuk semua usia (*ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*).

Berdasarkan Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, Puskemas setidaknya memiliki dua fungsi utama yakni menyelenggarakan upaya kesehatan perseorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM). UKP berkaitan

[59] Sulastomo, 2003, *Reformasi: Antara Harapan dan Realita*, Jakarta: Buku Kompas, h.24
[60] Foucault, M. (1991). *Governmentality. In The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, eds. Burchell, G., Gordon, C., & Miller, P. (pp. 87-104). Chicago: University of Chicago Press

dengan “suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.” Adapun UKM adalah “setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Puskesmas mempunyai fungsi yang strategis dengan lingkup tanggung jawabnya dalam menyediakan layanan kesehatan primer kepada masyarakat. Institusi ini selain berperan dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat juga diharapkan senantiasa bertumbuh untuk menyediakan pelayanan yang prima dan berkualitas.[61]

Berbagai tuntutan yang dialamatkan kepada Puskesmas seperti peningkatan kualitas pelayanan dan manajemen yang baik kerap terbentur dengan kondisi di mana puskemas memiliki anggaran operasional yang terbatas ditambah aturan dan tahapan birokrasi panjang untuk pencairan anggaran jelas menjadi faktor penghambat untuk mewujudkan tuntutan-tuntutan yang ada. Akan tetapi, problematika dalam ranah ini sudah menemukan titik terang penyelesaiannya yakni menjadikan Puskesmas sebagai Badan Layanan Umum (BLUD) sesuai Peraturan Kementerian Dalam Negeri (Permendagri) Nomor 61 Tahun 2007. Adapun beberapa persyaratan yang harus dipenuhi Puskesmas untuk menjadi BLUD diantaranya memenuhi tiga persyaratan substantif, teknis dan adminitratif. Sesuai

[61] Ratminto & Winarsih, A. S. (2006), *Manajemen Pelayanan*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Rotberg, R. I. (2004). When States Fa

Permendagri Nomor 61 Tahun 2007 tersebut, persyaratan substantif berkaitan dengan a) penyediaan barang dan/atau jasa layanan umum untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas pelayanan masyarakat, b) pengelolaan wilayah/kawasan tertentu untuk tujuan meningkatkan perekonomian masyarakat atau layanan umum, serta c) pengelolaan dana khusus dalam rangka meningkatkan ekonomi dan/atau pelayanan kepada masyarakat.

Konsep awal Puskesmas sendiri telah diperkenalkan pada tahun 1968. Di mana hingga saat ini berbagai hasil dan pencapaian di bidang kesehatan telah banyak dicapai berkat kehadiran Puskesmas. Lembaga kesehatan ini sangat berperan dalam usaha-usaha meningkatkan kualitas kesehatan anak dan ibu. Di sini lain, rata-rata angka harapan hidup orang Indonesia juga berhasil ditingkatkan dari waktu ke waktu. Ini tentu tidak terlepas dari peran Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan di tingkatan primer.

Menurut WHO, kebijakan kesehatan adalah sebagai keputusan, rencana dan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu dalam masyarakat. Lahirnya kebijakan kesehatan dimaksudkan untuk mencapai misi dan masa depan sektor kesehatan memulai penetapan target dan titik acuan jangka pendek dan menengah. Kebijakan kesehatan sebagian sebagai kebijakan publik merupakan kumpulan dari keputusan-keputusan yang saling terkait yang membentuk suatu pendekatan atau strategi dalam pemberian pelayanan kesehatan.[62]

[62] Sulastomo.2003, *Reformasi: Antara Harapan dan Realita*, Jakarta: Buku Kompas.

World Health Organization (WHO) menetapkan delapan elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan, yaitu :

1. Pendekatan holistik, kesehatan sebaiknya didefinisikan sebagai sesuatu yang dinamis dan lengkap dari dimensi fisik, mental, sosial, dan spiritual. Artinya pendekatan dalam kebijakan kesehatan tidak dapat semata-mata mengandalkan upaya kuratif, tetapi harus lebih mempertimbangkan upaya preventif, promotif dan *rehabilitative*;
2. Partisipatori, partisipasi masyarakat akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas kebijakan, karena melalui partisipasi masyarakat dapat dibangun *collective action* (aksi bersama masyarakat) yang akan menjadi kekuatan pendorong dalam pengimplementasian kebijakan dan penyelesaian masalah;
3. Kebijakan publik yang sehat, yaitu setiap kebijakan harus diarahkan untuk mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi kepada masyarakat;
4. Ekuitas, berarti harus terjadinya distribusi yang merata dari layanan kesehatan.
5. Efisiensi, berarti layanan kesehatan berorientasi proaktif dengan optimalisasi biaya dan teknologi;
6. Kualitas, berarti pemerintah harus menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas;
7. Pemberdayaan masyarakat, hal ini dapat mengoptimalkan kapasitas sumber daya yang dimiliki;dan

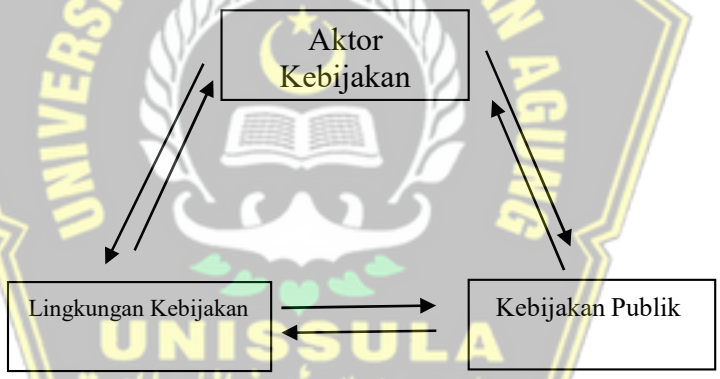
8. *Self-reliant*, dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri. [63]

D. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting*

1. Sistem dan Komponen Kebijakan

Menurut Dunn tahun 1994 bahwa sistem kebijakan memiliki hubungan timbal balik dari tiga unsur, yaitu kebijakan publik, pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan. Hubungan timbal balik antara ketiga komponen sistem kebijakan tersebut digambarkan dalam gambar berikut ini:

Gambar 2.2 Hubungan Komponen dalam Sistem Kebijakan



Dari Gambar di atas, dapat dijelaskan bahwa sebagai sebuah sistem, kebijakan merupakan sesuatu rangkaian dari beberapa komponen yang saling terkait dan bukan komponen yang berdiri sendiri. Segitiga sistem kebijakan menjelaskan adanya aktor kebijakan yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan publik. Kesemuanya juga tidak luput dari pengaruh lingkungan kebijakan, yaitu tatanan kelembagaan yang berperan dalam penyelenggaraan kebijakan publik yang

[63] Ayuningtyas, D. (2014). *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik* (1st ed.).Jakarta: Rajawali Pers

mengakomodasi aspek teknis, sosiopolitik maupun interaksi antara unsur kebijakan.

Penjelasan isi kebijakan menurut Dunn, antara lain:

2. **Isi Kebijakan *(Policy Content)***

   Terdiri dari sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik (termasuk keputusan untuk tidak melakukan tindakan apa-apa) yang dibuat oleh lembaga dan pejabat pemerintah. Isi sebuah kebijakan merespon sebagai masalah publik (*public issues*) yang mencakup berbagai bidang kehidupan mulai dari pertahanan, keamanan, energi, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, dan lain-lain.

Secara umum isi kebijakan dituangkan dalam bentuk dokumentasi tertulis yang memiliki standar isi sebagai berikut:

a. Pernyataan tujuan; mengapa kebijakan tersebut dibuat dan apa dampak yang diharapkan;
b. Ruang lingkup; menerangkan siapa saja yang mencakup dalam kebijakan dan tindakan-tindakan apa yang dipengaruhi oleh kebijakan;
c. Durasi waktu yang efektif, mengindikasikan kapan kebijakan mulai diberlakukan;
d. Bagian pertanggung jawaban; mengindikasikan siapa individu atau organisasi mana yang bertanggung jawab dalam melaksanakan kebijakan;
e. Pernyataan kebijakan; mengindikasikan aturan-aturan khusus atau modifikasi aturan-aturan khusus atau modifikasi aturan terhadap perilaku organisasi yang membuat kebijakan tersebut;

f. Latar belakang; mengindikasikan alasan dan sejarah pembuatan kebijakan tersebut, yang kadang-kadang disebut sebagai fakor-faktor motivasional;dan

g. Definisi; menyediakan secara jelas dan tidak ambigu mengenai definisi bagi istilah dan konsep dalam dokumen kebijakan.

3. **Aktor atau Pemangku Kepentingan Kebijakan *(Policy Stakeholder).***

Pemangku kepentingan kebijakan atau aktor kebijakan adalah individu atau kelompok yang berkaitan langsung dengan sebuah kebijakan yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh keputusan atau kebijakan tersebut. Pemangku kepentingan kebijakan tersebut biasa terdiri dari sekelompok warga, organisasi buruh, pedagang kaki lima, komunitas wartawan, partai politik, lembaga pemerintahan, dan semacamnya.

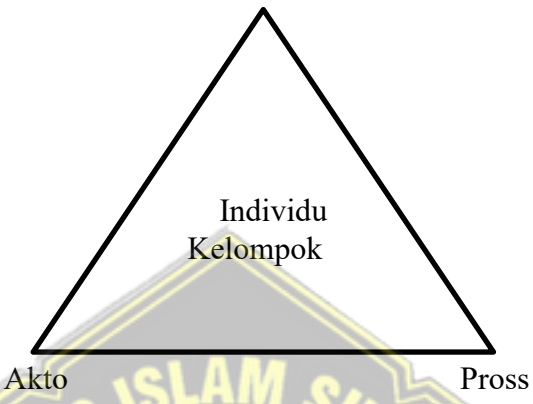
4. **Lingkungan Kebijakan *(Policy Environment)***

Lingkungan kebijakan merupakan latar khusus sebuah kebijakan terjadi, yang berpengaruh dan dipengaruhi oleh pemangku kepentingan kebijakan serta kebijakan publik itu sendiri.

Istilah lingkungan dalam segitiga sistem kebijakan yang dijelaskan diatas, dalam terminologi yang dikembangkan oleh Walt dan Gilson (1994) disebut sebagai konteks. Konteks ini memiliki peran yang hampir sama dengan lingkungan kebijakan sebagaimana dijelaskan oleh Dunn, yakni faktor yang memberi pengaruh dan dipengaruhi oleh unsur lain dalam sistem kebijakan, perhatikan Gambar berikut ini:

Gambar 2.3

Segitiga Kebijakan *(Triangle of Health Policy)*



Di antara ilmuwan analisis kebijakan, barangkali Dunn paling banyak dikenal di Indonesia. William N. Dunn adalah Profesor dalam Analisis Kebijakan di University of Pittsburgh Amerika Serikat yang telah dikenal luas kepakarannya dalam bidang ini. Karena itu buku karyanya menjadi refensi penting dalam pengajaran analisis kebijakan di banyak universitas di dunia. Beberapa karyanya telah diterjemahkan oleh para pengajar Universitas Gadjah Mada dan beredar luas di kalangan mahasiswa. Analisis kebijakan versi Dunn adalah analisis kebijakan yang dipahami sebagai sebuah aktifitas intelektual dan praktis yang bertujuan untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan dalam proses analisis kebijakan. Menurut Dunn, analisis kebijakan adalah ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode penelitian dan argumentasi untuk menghasilkan informasi yang relevan dalam menganalisis masalah-masalah sosial yang mungkin timbul akibat diterapkannnya suatu kebijakan. Analisis kebijakan adalah suatu jenis penelaahan yang menghasilkan informasi sedemikian rupa yang

dapat dijadikan dasar-dasar pertimbangan para pembuat kebijakan dalam memberikan penilaian-penilaian terhadap penerapan kebijakan sehingga diperoleh alternatif-alternatif perbaikannya. Kegiatan penganalisisan kebijakan dapat bersifat formal dan hati-hati yang melibatkan penelitian mendalam terhadap isu-isu atau masalah-masalah yang berkaitan dengan evaluasi suatu program yang telah dilaksanakan. Dalam metode analisis versi Dunn terdapat lima prosedur yang harus dilewati dalam sebuah proses analisis kebijakan, yaitu :

a. Definisi: menghasilkan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah kebijakan.
b. Prediksi: menyediakan informasi mengenai konsekuensi di masa datang dari penerapan alternatif kebijakan, termasuk jika melakukan sesuatu.
c. Preskripsi: menyediakan informasi mengenai nilai konsekuensi kebijakan di masa datang.
d. Deskripsi: menghasilkan informasi tentang konsekuensi sekarang dan masa lalu diterapkannya alternatif kebijakan.
e. Evaluasi: kegunaan alternatif kebijakan dalam memecahkan masalah.

Adapun tahap-tahap dalam proses pembuatan kebijakan menurut Dunn adalah sebagai berikut:

a. Fase Penyusunan Agenda (Agenda Setting); di sini para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah kebijakan pada agenda publik.
b. Fase Formulasi Kebijakan (Policy Formulation); di sini para pejabat merumuskan alternatif kebijakan untuk mengatasi masalah.

c. Adopsi Kebijakan (*Policy Adoption*); di sini alternatif kebijakan dipilih dan diadopsi dengan dukungan dari mayoritas dan/atau konsensus kelembagaan.
d. Implementasi Kebijakan (Policy Implementation); di sini kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi dengan memobilisir sumber daya yang dimilikinya, terutama finansial dan manusia.
e. Penilaian Kebijakan (*Policy Assesment*); di sini unit-unit pemeriksaan dan akuntansi menilai apakah lembaga pembuat kebijakan dan pelaksana kebijakan telah memenuhi persyaratan pembuatan kebijakan dan pelaksanaan kebijakan yang telah ditentukan.

Dalam tahapan diatas selalu disertai dengan prosedur analisis kebijakan, yang dimulai dengan perumusan masalah, peramalan (prediksi), rekomendasi, pemantauan serta evaluasi. Prosedur analisis ini digunakan untuk mengubah *scientific information* menjadi *policy relevant information*. Hal tersebut dapat terlihat pada skema berikut:

Analisa kebijakan	**Pembuatan Kebijakan**
Perumusan Masalah	Penyusun Agenda
Peramalan	Formulasi Kebijakan
Rekomendasi	Adopsi Kebijakan
Pemantauan	Implemntasi Kebijakan
Penilaian	Penilaian Kebijakan

Lebih lengkapnya, proses analisis kebijakan tersebut dijelaskan sebagai berikut:

a. Merumuskan masalah. Masalah kebijakan adalah nilai, kebutuhan, atau kesempatan yang belum terpenuhi, yang dapat diidentifikasi untuk kemudian diperbaiki atau dicapai melalui tindakan publik. Fase-fase

perumusan masalah meliputi pencarian masalah, pendefinisian masalah, spesifikasi masalah, dan pengenalan masalah.

b. Peramalan masa depan. Peramalan atau forecasting adalah prosedur untuk membuat informasi aktual tentang situasi sosial di masa depan atas dasar informasi yang telah ada tentang masalah kebijakan.

c. Rekomendasi kebijakan. Tugas membuat rekomendasi kebijakan mengharuskan analisis kebijakan menentukan alternatif yang terbaik dan mengapa. Karenanya prosedur analisis kebijakan berkaitan dengan masalah etika dan moral. Dalam rekomendasi kebijakan terdapat enam kriteria utama, yaitu efektifitas, efisiensi, kecukupan, perataan (equity), responsivitas, dan kelayakan.

d. Pemantauan hasil kebijakan. Pemantauan atau monitoring merupakan prosedur analisis kebijakan yang digunakan untuk memberikan informasi tentang sebab dan akibat kebijakan publik. Pemantauan, setidaknya memainkan empat fungsi dalam analisis kebijakan, yaitu eksplanasi, akuntansi, pemeriksaan dan kepatuhan (*compliance*).

5. Stunting

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi *stunting* baru nampak setelah anak berusia 2 tahun. Balita pendek *(stunted*) dan sangat pendek (*severely stunted*) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB /U) menurut umurnya dibandingkan

dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*) 2006 nilai z-scorenya kurang dari -2SD (*stunted*) dan kurang dari – 3SD (*severely stunted*) (Kepmenkes 1995/ MENKES /SK/XII/2010). *Stunting* berdampak pada tingkat kecerdasan, kerentanan terhadap penyakit, menurunkan produktifitas dan kemudian menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan ketimpangan. Tingkat 'Kecerdasan' Anak Indonesia di urutan nomor 64 terendah dari 65 negara. Dampak jangka pendek *stunting* adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pada pertumbuhan fisiknya, serta gangguan metabolisme.

Dampak jangka panjangnya, *stunting* yang tidak ditangani dengan baik sedini mungkin berdampak:

a. Menurunkan kemampuan perkembangan kognitif otak anak
b. Kekebalan tubuh lemah sehingga mudah sakit
c. Risiko tinggi munculnya penyakit metabolik seperti kegemukan
d. Penyakit jantung
e. Penyakit pembuluh darah.
f. Kesulitan belajar

Upaya percepatan perbaikan gizi merupakan upaya Global, tidak saja untuk Indonesia, melainkan semua negara yang memiliki masalah gizi *stunting*. Upaya ini diinisiasi oleh *World Health Assembly* 2012.[64] Adapun target yang telah ditetapkan dalam upaya penurunan prevalensi *stunting* antara lain: menurunnya prevalensi

[64] WHO, 2013, *Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action*. *Geneva*, Switzerland: WHO Press

stunting, wasting dan dan mencegah terjadinya *overweight* pada balita, menurunkan prevalensi anemia pada wanita usia subur, menurunkan prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR), meningkatkan cakupan ASI eksklusif. Sebagai negara anggota PBB dengan prevalensi *stunting* yang tinggi turut berupaya dan berkomitmen dalam upaya percepatan perbaikan gizi *'scaling up nutrition* (SUN)' masyarakat. Upaya tersebut tidak terlepas dari rencana jangka panjang, menengah dan jangka pendek dengan mengacu kepada undang-undang yang telah ditetapkan oleh Badan Legislatif.[65]

Negara Indonesia masuk dalam urutan ke-5 negara dengan *stunting,* sehingga menjadi salah satu permasalahan gizi adalah *stunting. Stunting* merupakan salah satu keadaan malnutrisi kronis yang berhubungan dengan ketidakcukupan zat gizi masa lalu. *Stunting* bila diukur sebagai status gizinya dapat dengan memperhatikan tinggi atau panjang badan, umur, dan jenis kelamin balita. Kebiasaan tidak mengukur tinggi atau panjang badan balita di masyarakat menyebabkan kejadian *stunting* sulit disadari. Hal ini kadang menyebabkan masyarakat kadang kurang mengerti banyak faktor yang menyebabkan *stunting*.[66]

Pada tahun 2016 WHO membuat kebijakan kesehatan adalah sebagai keputusan, rencana dan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu dalam masyarakat. Lahirnya kebijakan kesehatan terutama dalam pelayanan kesehatan yang dalam hal ini *stunting*, dimaksudkan untuk mencapai

[65] Jornal Kajian Kebijakan dan Penanggulangan Masalah Gizi *Stunting* diIndonesia, *policy analysis on stunting prevention in indonesia,*

[66] Safitri CA, Nindya TS, *Hubungan Ketahanan Pangan dan Penyakit Diare dengan Stunting pada Balita, Surabaya: hal.* 13-48

misi dan masa depan sektor kesehatan memulai penetapan target dan titik acuan jangka pendek dan menengah. Kebijakan kesehatan terkait *stunting* sebagian sebagai kebijakan publik merupakan kumpulan dari keputusan-keputusan yang saling terkait yang membentuk suatu pendekatan atau strategi dalam pemberian pelayanan kesehatan terutama masalah *stunting. World Health Organization* (WHO) menetapkan delapan elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan, yaitu :

1. Pendekatan holistik, kesehatan sebaiknya didefinisikan sebagai sesuatu yang dinamis dan lengkap dari dimensi fisik, mental, sosial, dan spiritual. Artinya pendekatan dalam kebijakan kesehatan tidak dapat semata-mata mengandalkan upaya kuratif, tetapi harus lebih mempertimbangkan upaya preventif, promotif dan *rehabilitative*;

   Hal ini sesuai Permenkes 43 tahun 2019 tentang Puskesmas dijelaskan bahwa Pusat Kesehatan Masyarakat yang merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat.
2. Partisipatori, partisipasi masyarakat akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas kebijakan, karena melalui partisipasi masyarakat dapat dibangun

collective action (aksi bersama masyarakat) yang akan menjadi kekuatan pendorong dalam pengimplementasian kebijakan dan penyelesaian masalah;

3. Kebijakan publik yang sehat, yaitu setiap kebijakan harus diarahkan untuk mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi kepada masyarakat;
4. Ekuitas, berarti harus terjadinya distribusi yang merata dari layanan kesehatan.
5. Efisiensi, berarti layanan kesehatan berorientasi proaktif dengan optimalisasi biaya dan teknologi;
6. Kualitas, berarti pemerintah harus menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas;
7. Pemberdayaan masyarakat, hal ini dapat mengoptimalkan kapasitas sumber daya yang dimiliki;dan
8. *Self-reliant*, dapat memenuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri. [67]

Dengan adanya banyaknya dampak *stunting*, maka pemerintah Indonesia membuat kebijakan terkait *stunting,* adapun kebijakan itu antara lain:

1. RPJPN 2005–2025 (Pemerintah melalui program pembangunan nasional *'Akses Universal Air Minum dan Sanitasi Tahun 2019'*, menetapkan bahwa pada tahun 2019, Indonesia dapat menyediakan layanan air minum dan sanitasi yang layak bagi 100% rakyat Indonesia)

[67] Ayuningtyas, D. (2014). *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik* (1st ed.).Jakarta: Rajawali Pers

2. RPJM 2015-2019 (target penurunan prevalensi *stunting* pada 2019 adalah menjadi 28% pada 2019)
3. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2011-2015, Bappenas, 2011
4. Undang-Undang (UU) No. 36/2009 tentang Kesehatan
5. Peraturan Pemerintah (PP) No.33/2012 tentang Air Susu Ibu Eksklusif
6. Perpres No. 42/2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi
7. Kepmenkes No. 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang Pemberian Ais Susu Ibu (ASI) Secara Eksklusif Pada Bayi di Indonesia
8. Permenkes No.15/2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu
9. Permenkes No.3/2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)
10. Permenkes No.23/2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi.
11. Kerangka Kebijakan Gerakan Nasional Percepatan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan.
12. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Percepatan Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan.

Stunting disebabkan disebabkan oleh multifaktor, selain asupan makanan. Organisasi kesehatan dunia, WHO menetapkan kerangka konsep penyebab terjadinya *stunting* yang berasal dari tingkat rumah tangga (keluarga) maupun komunitas (masyarakat). Pada tingkat rumah tangga, *stunting* disebabkan oleh 8 (delapan) faktor.

1. Kondisi rumah, yaitu faktor yang berasal dari kelayakan dan kondisi sosio-ekonomi keluarga yang meliputi sanitasi dan air yang tidak memadai,

rendahnya penghasilan keluarga, kurangnya ketersediaan makanan, dan rendahnya pendidikan ibu atau pengasuh.

2. Rendahnya kualitas asupan makanan, yaitu kurangnya kandungan zat gizi vitamin dan mineral, kurangnya keanekaragaman makanan dan asupan sumber pangan hewani.
3. *Sanitasi dan higiene makanan dan minuman*, yaitu berasal dari tingginya kontaminasi makanan dan minuman di rumah tangga, rendahnya praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan penyimpanan serta penyajian makanan yang tidak aman.
4. Penyakit infeksi, yaitu seperti diare, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), kecacingan, kurangnya nafsu makan akibat adanya infeksi, dan peradangan.
5. Status kesehatan ibu, yaitu terjadinya Kekurangan Energi Kronis (KEK) baik sebelum hamil serta saat hamil dan menyusui, ibu yang 'pendek', infeksi, kehamilan remaja, jarak kelahiran yang pendek, melahirkan dengan kondisi pertumbuhan janin yang terhambat (*Intra Uterine Growth Retardation)* dan prematur, serta hipertensi.
6. Pola asuh yang kurang baik, mencakup praktik perawatan anak yang buruk, kurangnya stimulasi dan aktivitas anak yang membantu perkembangan, dan buruknya pola pemberian makan (anak tidak mau makan).
7. Pemberian ASI yang tidak memadai, hal ini disebabkan tidak dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD), tidak diberikannya ASI eksklusif, dan menyapih secara dini, pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang sidak sesuai kecukupan gizinya

8. Penyebab balita *stunting* pada tingkat masyarakat atau negara disebabkan oleh beberapa faktor yaitu politik ekonomi, sistem pertanian dan pangan, ketersediaan air bersih dan sanitasi lingkungan, kesehatan dan pelayanan kesehatan, masyarakat dan budaya, dan tingkat pendidikan.

Dampak *Stunting* terkait masalah beban gizi, yaitu masih tingginya masalah gizi kurang yang seiring dengan terjadinya gizi lebih, dialami oleh berbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. *Stunting* atau 'pendek' menimbulkan dampak buruk dalam jangka pendek, yaitu terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh.Dampak jangka panjang *stunting* adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga rentan sakit, serta berbagai penyakit degeneratif, disabilitas saat lansia yang menurunkan kualitas SDM dan rendahnya produktivitas kerja dan status ekonomi.

Upaya Mengatasi *Stunting* adalah dengan Gerakan perbaikan gizi untuk mengatasi masalah *stunting* dilakukan secara global dengan fokus terhadap kelompok 1000 HPK, yaitu *Scaling Up Nutrition* (SUN) *Movement.* Di Indonesia ditetapkan sejak tahun 2013 yang disebut Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 HPK. Target perbaikan gizi ini adalah untuk 'mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan meningkatkan gizi, serta mendorong pertanian yang berkelanjutan'.

Berbagai upaya intervensi yang dilakukan, yaitu: *pertama*, pada ibu hamil dengan memperbaiki gizi dan kesehatan seperti pemberian makanan tambahan dan pemberian minimal 90 tablet tambah darah selama kehamilan. *Kedua*, pada saat

bayi lahir, yaitu dengan pemberian IMD dan pemberian ASI eksklusif. *Ketiga*, pada saat bayi berusia 6-24 bulan yaitu pemberian MP-ASI yang tepat, pemberian kapsul vitamin A dan imunisasi lengkap. *Keempat*, memantau pertumbuhan balita di posyandu untuk mendeteksi secara dini terjadinya *stunting. Kelima*, meningkatkan perilaku PHBS. Perbaikan gizi juga perlu dilakukan sejak periode remaja untuk mempersiapkan periode kehidupan selanjutnya terutama saat kehamilan dan menyusui.Selain itu, melalui 'Gerakan Masyarakat Hidup Sehat' (GERMAS) yang secara fokus dilakukan oleh pemerintah dan seluruh elemen di masyarakat termasuk 'Aisiyyah, juga dapat mengakselerasi program percepatan perbaikan gizi terutama pada 1000 HPK di Indonesia. Pilar yang terdapat pada GERMAS juga menekankan asupan makanan (konsumsi sayur dan buah) serta sanitasi lingkungan yang berkontribusi mencegah terjadinya *stunting*. Hakikatnya, masyarakat sehat akan mencipatakan generasi-generasi emas, yaitu generasi muslim yang memiliki akhlak yang baik, sehat, cerdas dan berkualitas yang dicintai oleh Allah swt.

Penyebab *stunting* disebabkan kesalahan pola asuh, asih dan asah. Adapun kebutuhan apa saja yang harus di berikan pada anak terhadap kesalahan pola asuh, asih dan asah. Dalam proses tumbuh kembang, anak memiliki kebutuhan yang harus terpenuhi, kebutuhan tersebut yakni ;

1. Kebutuhan akan gizi(asuh);

   Usia balita adalah periode penting dalam proses tubuh kembang anak yang merupakan masa pertumbuhan dasar anak. Pada usia ini, perkembangan kemampuan berbahasa, berkreativitas, kesadaran sosial, emosional dan inteligensi anak berjalan sangat cepat. Pemenuhan kebutuhan gizi dalam

rangka menopang tumbuh kembang fisik dan biologis balita perlu diberikan secara tepat dan berimbang. Tepat berarti makanan yang diberikan mengandung zat-zat gizi yang sesuai kebutuhannya, berdasarkan tingkat usia. Berimbang berarti komposisi zat-zat gizinya menunjang proses tumbuh kembang sesuai usianya. Dengan terpenuhinya kebutuhan gizi secara baik, perkembangan otaknya akan berlangsung optimal. Keterampilan fisiknya pun akan berkembang sebagai dampak perkembangan bagian otak yang mengatur sistem sensorik dan motoriknya. Pemenuhan kebutuhan fisik atau biologis yangbaik, akan berdampak pada sistem imunitas tubuhnya sehingga dayatahan tubuhnya akan terjaga dengan baik dan tidak mudah terserang penyakit. [68]

2. Kebutuhan emosi dan kasih sayang (asih); dan

   Kebutuhan ini meliputi upaya orang tua mengekspresikan perhatian dan kasih sayang, serta perlindungan yang aman dan nyaman kepada si anak. Orang tua perlu menghargai segala keunikan dan potensi yang ada pada anak. Pemenuhan yang tepat atas kebutuhan emosi atau kasih sayang akan menjadikan anak tumbuh cerdas secara emosi, terutama dalam kemampuannya membina hubungan yang hangat dengan orang lain. Orang tua harus menempatkan diri sebagai teladan yang baik bagi anak- anaknya. Melalui keteladanan tersebut anak lebih mudah meniru unsur- unsur positif, jauhi kebiasaan memberi hukuman pada anak sepanjang hal tersebut dapat diarahkan melalui metode pendekatan kasih sayang.

[68] Lestariningsih, S, 2000, *Gizi prima bayi dan balita*: Seri ayah bunda. Jakarta, h.34

3. Kebutuhan stimulasi dini (asah).

   Stimulasi dini merupakan kegiatan orangtua memberikan rangsangan tertentu pada anak sedini mungkin. Bahkan hal inidianjurkan ketika anak masih dalam kandungan dengan tujuan agar tumbuh kembang anak dapat berjalan dengan optimal. Stimulasi dini meliputi kegiatan merangsang melalui sentuhan- sentuhan lembut secara bervariasi dan berkelanjutan, kegiatan mengajari anak berkomunikasi, mengenal objek warna, mengenal huruf dan angka. Selain itu, stimulasi dini dapat mendorong munculnya pikiran dan emosi positif, kemandirian,kreativitas dan lain- lain. Pemenuhan kebutuhan stimulasi dini secara baik dan benar dapat merangsang kecerdasanmajemuk (*multiple intelligences*) anak. Kecerdasan majemuk ini meliputi, kecerdasan linguistic, kecerdasan logis-matematis, kecerdasan spasial, kecerdasan kinestetik, kecerdasan musikal, kecerdasan intrapribadi (*intrapersonal*), kecerdasan interpersonal, dan kecerdasan naturalis.

BAB III
KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN *STUNTING* PUSKESMAS MELALUI AKSI INTEGRASI BERSAMA STAKEHOLDER PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH YANG BELUM TERKONDISIKAN

A. Kondisi *Stunting* di Indonesia

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). *Stunting* mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan otak. Anak *stunting* juga memiliki risiko lebih tinggi menderita penyakit kronis di masa dewasanya. Bahkan, *stunting* dan malnutrisi diperkirakan berkontribusi pada berkurangnya 2-3% Produk Domestik Bruto (PDB) setiap tahunnya[69]

Awal masa pandemi Covid-19 pada tahun 2020 sempat bangsa Indonesia terjadi menurunkan layanan kesehatan bagi Ibu hamil dan anak, sehingga petugas kesehatan mengalami kesulitan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak serta kesehatan ibu hamil. Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dalam upaya membatasi aktivitas diluar rumah, menjaga jarak, larangan untuk berkerumun, hal ini berakibat menurunkan layanan kesehatan bagi Ibu hamil dan anak, sehingga petugas kesehatan mengalami kesulitan untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan anak serta kesehatan ibu hamil. Kondisi ekonomi yang semakin sulit, menyebabkan pasangan usia subur semakin enggan menggunakan alat kontrasepsi, sehingga kondisi ini meningkatkan angka

[69] World Bank ,2014,*Better Growth through Improved Sanitation and Hygiene Practices*, hal.10

kehamilan. Kenaikan jumlah kehamilan yang tidak dikehendaki karena tidak sempat mengakses layanan KB dan maraknya seks bebas yang dilakukan oleh pasangan remaja yang belum cukup siap juga menjadi masalah yang banyak terjadi di Indonesia. Kehamilan seperti ini bisa mengancam peningkatan angka *stunting* atau kekerdilan, angka kematian ibu, dan angka kematian janin, disebabkan adanya kurangnya asupan nutrisi saat hamil, bayi masih dalam kandungan, menyebabkan bayi lahir karena memiliki kualitas rendah, jika kekurangan asupan nutrisi terjadi terus menerus sampai 1000 hari pertama, maka bisa mengakibatkan terjadinya *stunting.*[70]

Pada Rapat Koordinasi Tingkat Menteri untuk pencegahan *stunting* tanggal 12 Juli 2017 yang dipimpin oleh Wakil Presiden, diputuskan bahwa pencegahan *stunting* dilakukan dengan pendekatan multi-sektor melalui sinkronisasi program-program nasional, lokal, dan masyarakat. Kemudian pada Rapat Koordinasi Tingkat Menteri tanggal 9 Agustus 2017 yang dipimpin Wakil Presiden ditetapkan beberapa hal penting terkait dengan percepatan pencegahan *stunting*. Pertama, lima pilar utama pencegahan *stunting*; kedua, kementerian/ lembaga (K/L) penanggung jawab upaya percepatan pencegahan *stunting*; dan ketiga, wilayah prioritas; strategi intervensi pencegahan *stunting*; dan penyiapan strategi kampanye Nasional.[71] Prevalensi *stunting* selama 10 tahun terakhir menunjukkan tidak adanya perubahan yang signifikan dan ini menunjukkan bahwa masalah *stunting* perlu ditangani

[70] Indonesian Journal of Community Services Volume 3, No. 2, November 2021 http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/ijocs DOI: http://dx.doi.org/10.30659/ijocs.3.2.116-125

[71] Kementerian Sekretariat Negara RI Secretariat Wakil Presiden,2021 *Laporan Capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2020*, h.2

segera. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan 30,8% atau sekitar 7 juta balita menderita *stunting*. Meskipun prevalensi tersebut telah mengalami penurunan dari 37,2% di tahun 2013, tetap saja prevalensinya menunjukkan bahwa 1 dari 3 anak Indonesia mengalami kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama. Masalah gizi lain terkait dengan *stunting* yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat adalah anemia pada ibu hamil (48,9%), Berat Bayi Lahir Rendah atau BBLR (6,2%), balita kurus atau wasting (10,2%) dan anemia pada balita.

Pemerintah mencanangkan percepatan dalam melakukan penurunan dan pencegahan *stunting* dan menargetkan menurunkan prevalensi *stunting* hingga 14% pada tahun 2024. Percepatan pencegahan *stunting* ini melibatkan 23 kementerian dan lembaga melalui berbagai program dan kegiatan yang dilaksanakannya. Pencegahan *stunting* juga dilakukan dengan sinergi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dunia usaha, dan organisasi kemasyarakatan.[72]

Penyebab *stunting* di Indonesia mengacu pada *"The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition"* [73], *"The Underlying Drivers of Malnutrition"*[74] , dan "Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia" [75] penyebab langsung masalah gizi pada anak termasuk *stunting* adalah rendahnya asupan gizi dan status kesehatan. Penurunan *stunting* menitik beratkan pada

[72] Kementerian Sekretariat Negara RI, 2020, *Laporan Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2020*, Jakarta: h.2
[73] UNICEF, 2013, *Improving Child Nutrition*, The Achievable Imperative for Global.
[74] International Food Policy Research Institute, 2016, *From Promise to Impact Ending malnutrition by 2030*, IFPRI: Washington DC
[75] Bappenas, 2018, *Rencana Aksi Nasional Dalam Rangka Penurunan Stunting*, Rembuk *Stunting*: Jakarta, h.24

penanganan penyebab masalah gizi, yaitu 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). Keempat faktor tersebut mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan ibu dan anak. Intervensi terhadap keempat faktor tersebut diharapkan dapat mencegah masalah gizi, baik kekurangan maupun kelebihan gizi.

Gambar 3.1
Distribusi Geografis Prevalensi *Stunting* menurut Provinsi



Sumber: Profil Dinas Kesehatan Provinsi tahun 2019

Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan faktor keturunan. Penelitian *Dubois*, et.al pada tahun 2012 menunjukkan bahwa faktor keturunan hanya sedikit (4-7% pada wanita) mempengaruhi tinggi badan seseorang saat lahir. Sebaliknya, pengaruh faktor lingkungan pada saat lahir ternyata sangat besar (74-87% pada wanita). Hal ini membuktikan bahwa kondisi lingkungan yang mendukung dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan anak.

Ibu hamil dengan konsumsi asupan gizi yang rendah dan mengalami penyakit infeksi akan melahirkan bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR), dan/atau panjang badan bayi di bawah standar. Asupan gizi yang baik tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga tetapi juga dipengaruhi oleh pola asuh seperti pemberian kolostrum (ASI yang pertama kali keluar), Inisasi Menyusu Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, dan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) secara tepat. Selain itu, faktor kesehatan lingkungan seperti akses air bersih dan sanitasi layak serta pengelolaan sampah juga berhubungan erat dengan kejadian infeksi penyakit menular pada anak.

Kehidupan anak sejak dalam kandungan ibu hingga berusia dua tahun (1.000 HPK) merupakan masa-masa kritis dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Faktor lingkungan yang baik, terutama di awal-awal kehidupan anak, dapat memaksimalkan potensi genetik (keturunan) yang dimiliki anak sehingga anak dapat mencapai tinggi badan optimalnya. Faktor lingkungan yang mendukung ditentukan oleh berbagai aspek atau sektor.

Penyebab tidak langsung masalah *stunting* dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan. Untuk mengatasi penyebab *stunting*, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: (a) Komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; (b) Keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan (c) Kapasitas untuk melaksanakan bahwa penurunan *stunting* memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung.

Permasalahan *stunting* pada usia dini terutama pada periode 1000 HPK, akan berdampak pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). *Stunting* menyebabkan organ tubuh tidak tumbuh dan berkembang secara optimal. Balita *stunting* berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%) kematian anak balita di dunia dan menyebabkan 55 juta *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs) yaitu hilangnya masa hidup sehat setiap tahun.

1. Dalam jangka pendek, *stunting* menyebabkan gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik, dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolisme.
2. Dalam jangka panjang, *stunting* menyebabkan menurunnya kapasitas intelektual. Gangguan struktur dan fungsi saraf dan sel-sel otak yang bersifat permanen dan menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran di usia sekolah yang akan berpengaruh pada produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, kekurangan gizi juga menyebabkan gangguan pertumbuhan

(pendek dan atau kurus) dan meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung kroner, dan stroke.

Upaya intervensi penurunan *stunting* terintegrasi dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk mengatasi penyebab tidak langsung. Selain mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan, keterlibatan pemerintah dan lintas sektor, serta kapasitas untuk melaksanakan. Penurunan *stunting* memerlukan pendekatan yang menyeluruh, yang harus dimulai dari pemenuhan prasyarat pendukung. Kerangka konseptual Intervensi penurunan *stunting* terintegrasi.

Kerangka konseptual intervensi dalam upaya penurunan *stunting* terintegrasi di atas merupakan panduan bagi pemerintah kabupaten/kota dalam menurunkan kejadian *stunting*. Pemerintah kabupaten/kota diberikan kesempatan untuk berinovasi untuk menambahkan kegiatan intervensi efektif lainnya berdasarkan pengalaman dan praktik baik yang telah dilaksanakan di masing-masing kabupaten/kota dengan fokus pada penurunan *stunting*. Target indikator utama dalam intervensi penurunan *stunting* terintegrasi adalah:

1. Prevalensi *stunting* pada anak baduta dan balita;
2. Persentase bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR);
3. Prevalensi kekurangan gizi (underweight) pada anak balita;
4. Prevalensi wasting (kurus) anak balita;
5. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif;

6. Prevalensi anemia pada ibu hamil dan remaja putri;
7. Prevalensi kecacingan pada anak balita; dan
8. Prevalensi diare pada anak baduta dan balita

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

1. Intervensi prioritas, yaitu intervensi yang diidentifikasi memilik dampak paling besar pada pencegahan *stunting* dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas;
2. Intervensi pendukung, yaitu intervensi yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait *stunting* dan diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.
3. Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu, yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk untuk kondisi darurat bencana (program gizi darurat).[76] Adapun Intervensi gizi sensitif mencakup:
   a. Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi;
   b. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan;
   c. Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak; dan

[76] Program gizi darurat mencakup kesiapan dan respon bencana, surveilans, dan intervensi sesuai kebutuhan sasaran.

d. Peningkatan akses pangan bergizi. Intervensi gizi sensitif umumnya dilaksanakan di luar Kementerian Kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat dan dilakukan melalui berbagai program.

Upaya penurunan *stunting* akan lebih efektif apabila intervensi gizi spesifik dan sensitif dilakukan secara terintegrasi atau terpadu. Beberapa penelitian baik dari dalam maupun luar negeri telah menunjukkan bahwa keberhasilan pendekatan terintegrasi yang dilakukan pada sasaran prioritas di lokasi fokus untuk mencegah dan menurunkan *stunting*.[10] Oleh karenanya, pelaksanaan intervensi akan difokuskan pada area kabupaten/kota dan/atau desa tertentu. Pada tahun 2017, delapan kabupaten/ kota dijadikan sebagai lokasi percontohan. Selanjutnya, pada tahun 2018, sebanyak 100 kabupaten/kota dan 1.000 desa dijadikan area fokus pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi. Pada tahun 2019, intervensi penurunan *stunting* terintegrasi direncanakan untuk dilaksanakan di 160 kabupaten/kota dan pada tahun 2020-2024 akan diperluas secara bertahap sampai mencakup seluruh kabupaten/kota.

Dalam upaya penurunan *stunting*, pemerintah telah melakukan pemetaan kegiatan sektor atau OPD terkait dengan penurunan *stunting* untuk tahun 2019. Hasil pemetaan kegiatan sektor OPD terkait dapat dilihat instansi secara lebih rinci, antara lain:

1. Kesehatan
2. Pertanian dan Ketahanan Pangan
3. Kelautan dan Perikanan

4. Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat
5. Pendidikan
6. Keluarga Berencana
7. Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
8. Sosial
9. Agama
10. Kependudukan dan Catatan Sipil
11. Perindustrian
12. Perdagangan
13. Pengawasan Obat dan Makanan
14. Komunikasi dan Informatika
15. Pemberdayaan Masyarakat Desa
16. Perencanaan Pembangunan Daerah

Berdasarkan laporan capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*stunting*) Periode 2018-2020, pada pelaksanaan Pilar 1 tentang Komitmen dan Visi Kepemimpinan Nasional dan Daerah: efektivitas dan kualitas rembuk *stunting* Nasional sebagai forum pembekalan bagi daerah dalam pelaksanaan pencegahan *stunting*. Sosialisasi hasil rembuk *stunting* kepada *stakeholders* juga dirasakan masih kurang. Tantangan terkait efektivitas dan sosialisasi hasil ini juga berlaku bagi pelaksanaan rembuk *stunting* di kabupaten/kota dan desa.

Selanjutnya bagi pemerintah daerah, pelaksanaan komitmen yang sudah ditandatangani oleh kepala daerah harus benar-benar diwujudkan dan dipantau.

Selain itu, kemampuan anggaran pemda untuk melaksanakan komitmen percepatan pencegahan *stunting* sangat terbatas. Masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting* merupakan tantangan lainnya. Payung hukum dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah dalam melakukan perencanaan dan penganggaran. Pelaksanaan kemitraan antara pemerintah dan swasta yang menjadi bagian dari pilar ini, saat ini belum ada panduan yang menjadi acuan bagi Pemda dalam melaksanakan kemitraan. Selain itu, pemetaan pelaksanaan kemitraan percepatan pencegahan *stunting* di daerah juga belum tersedia di samping koordinasi bersama antara mitra di pusat dan daerah yang sudah berjalan dinilai masih belum kuat. Dari sisi mitra, ada kekhawatiran hanya akan menjadi "sumber anggaran" bagi daerah untuk hal-hal yang sebetulnya tidak perlu dan bisa dianggarkan oleh pemerintah daerah/desa, selain memang informasi tentang peluang mendukung program percepatan pencegahan *stunting* belum banyak diketahui oleh kelompok dunia usaha atau organisasi non pemerintah lainnya yang berpotensi terlibat dalam mendukung percepatan pencegahan *stunting.*

Berdasarkan laporan capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*stunting*) Periode 2018-2020, pada pelaksanaan Pilar 2 tentang Kampanye Nasional dan Komunikasi Perubahan Perilaku: pada Tahun 2020, intensitas kampanye nasional berkurang karena pandemi. Kampanye lebih banyak dilakukan melalui media sosial oleh Kemenkominfo, Kemenkes, dan didukung Setwapres. Pesannya pun kemudian menyesuaikan dengan situasi

pandemi. Setwapres mendukung koordinasi pengembangan dan penyebaran pesan-pesan antara Kemenkes dan Kemenkominfo, sehingga pesan yang disebar sesuai dengan petunjuk teknis Kemenkes dan dikemas dengan populer oleh Kemenkominfo. Setwapres mendukung penyampaian pesan kunci terkait pemberian ASI melalui kegiatan kampanye pendek dimana Wakil Presiden menyampaikan pentingnya pemberian ASI untuk mencegah *stunting*, didukung Ibu H. Wury Ma'ruf Amin yang menekankan pentingnya dukungan kepada ibu agar bisa menyusui dengan baik. Pesan yang disampaikan ini dikonsultasikan kepada Kemenkes, UNICEF, IDAI juga WHO. Kampanye ini dilakukan dengan menyelenggarakan webinar, didukung penyebaran pesan di saluran media sosial, surat kabar dan radio, mengamplifikasi pesan yang disampaikan Kemenkes. Kegiatan dilakukan secara kolaboratif, melibatkan Kemenkes, Kemenkominfo, IDAI, Alive&Thrive, UNICEF, dan WHO.

Di tingkat kabupaten/kota, hingga Desember 2020 terdapat 76 kabupaten/kota prioritas yang telah melaksanakan kegiatan komunikasi antar pribadi (KAP). KAP merupakan kegiatan menyampaikan pesan atau materi kepada sasaran menggunakan metode komunikasi langsung dengan target audiens, misalnya konseling, kunjungan rumah, kunjungan posyandu, penyuluhan kelompok, atau kegiatan lain di program lain yang ada kaitannya dengan *stunting*. Capaian ini menunjukkan masih perlu ditingkatkannya sejumlah kegiatan seperti konseling, kunjungan, atau penyuluhan tentang *stunting* pada kabupaten/kota prioritas.

Berdasarkan laporan capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*stunting*) Periode 2018-2020, pada pelaksanaan Pilar 3 tentang Mendorong Konvergensi Program di Tingkat Pusat dan Daerah: di tingkat Pusat, dari 23 Kementerian dan lembaga yang diidentifikasi mempunyai program dan kegiatan yang terkait dengan pencegahan *stunting*, belum semuanya terlibat secara aktif. Selain itu, proses *tagging* dan *tracking* yang dilakukan selama ini belum mampu menggiring program kegiatan dari kementerian dan lembaga untuk fokus di lokasi prioritas dan menyasar kelompok sasaran prioritas, yaitu keluarga 1000 HPK, seperti program PKH dan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL). Terkait dengan sistem pemantauan, interkoneksi antar *platform* yang dimiliki oleh kementerian dan lembaga masih belum tercipta dengan baik.

Untuk pelaksanaan konvergensi di tingkat kabupaten/kota, penggunaan DAK untuk mendukung konvergensi masih diasumsikan hanya dapat digunakan oleh Dinas Kesehatan, bukan oleh seluruh OPD yang terlibat. Hal ini kemudian membatasi penggunaan anggaran hanya untuk kegiatan Dinas Kesehatan. Selain itu, belum semua kabupaten/kota membentuk Tim Percepatan Pencegahan *Stunting* di daerah dan melaksanakan 8 aksi konvergensi pencegahan *stunting* di daerah. Oleh karena itu diperlukan pendampingan yang lebih intensif oleh Bappeda Provinsi. Tantangan lainnya adalah terkait dengan pemanfaatan DAK. Selama ini usulan DAK baru sampai pada level kabupaten/kota, belum sampai konvergensi di tingkat desa/kelurahan.

Berdasarkan laporan capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*stunting*) Periode 2018-2020, pada pelaksanaan Pilar 4

tentang Ketahanan Pangan dan Gizi: terhenti saat pandemi, cakupan Program Pekarangan Pangan Lestari (P2L) masih sangat terbatas, dan data yang ada di K/L belum tersegregasi pada keluarga 1000 HPK.

Berdasarkan laporan capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*stunting*) Periode 2018-2020, pada pelaksanaan Pilar 5 tentang Pemantauan dan Evaluasi: dalam masa pandemi belum ada sistem monev terpadu untuk pelaksanaan kampanye dan komunikasi perubahan perilaku (KPP). Sementara itu, pelaksanaan SSGI tahun 2020 tidak dapat dilakukan karena pandemi.

Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) merupakan survei berskala nasional yang dilakukan untuk mengetahui perkembangan status gizi balita (*stunting, wasting,* dan *underweight*) tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Studi yang dilakukan sejak tahun 2019 ini dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan bekerjasama dengan Biro Pusat Statistik (BPS) dan didukung oleh Sekretariat Wakil Presiden RI. Saat ini, pelaksanaan SSGI menjadi amanat Perpres Nomor 72 Tahun 2021 dimana Kementerian Kesehatan bertanggung jawab untuk mempublikasikan data prevalensi *stunting* kabupaten/kota setiap tahunnya. Hasil SSGI juga menjadi dasar bagi Kementerian Keuangan untuk menetapkan Dana Insentif Daerah kabupaten/kota serta menjadi bahan evaluasi pelaksanaan intervensi gizi, baik spesifik maupun sensitif, yang dilakukan pemerintah di tingkat pusat dan daerah.

Data SSGI 2021 diambil pada 514 kabupaten/kota se-Indonesia dengan jumlah blok sensus sebanyak 14.889 dan total 153.228 balita yang sudah

diintegrasikan dengan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas). Pengambilan data dilakukan oleh enumerator terlatih dan memperhatikan protokol kesehatan yang ketat dengan sasaran rumah tangga dengan anak balita. Langkah-langkah yang dilakukan untuk memastikan protokol kesehatan diantaranya menggunakan pencatatan elektronik, memastikan alat pengukuran dibersihkan dan diberikan disinfektan sebelum digunakan, menggunakan alat pelindung diri seperti masker dan apron, serta langkah-langkah lainnya. Selain enumerator, terdapat 61 orang pendamping teknis yang terbagi dalam 5 koordinator wilayah untuk memastikan aspek ilmiah, etik, dan penerapan protokol kesehatan dari kegiatan pengambilan data. Data ini kemudian diolah menjadi capaian di tingkat nasional, provinsi, hingga kabupaten/kota.

Data SSGI berasal dari survei yang menyasar rumah tangga dengan anak balita serta dilakukan oleh enumerator terlatih yang memiliki latar belakang pendidikan gizi. SSGI dilakukan secara tahunan sejak 2019 dengan pengecualian pada tahun 2020 karena pandemi Covid-19. Meskipun sama-sama berbasis survei, Riskesdas berbeda dengan SSGI karena pengumpulan data Riskesdas dilakukan setiap lima tahun sekali serta menggunakan sampel rumah tangga umum, tidak terbatas pada rumah tangga dengan balita.

Sementara itu, data yang ada di e-PPGBM berasal dari penginputan data yang dilakukan oleh petugas gizi puskesmas berdasarkan hasil penimbangan di posyandu setiap bulannya. Sehingga, data e-PPGBM dapat dilihat secara kohort hingga ke tingkat individu berdasarkan nama dan alamatnya *(by name & by address).*

Perbedaan sifat ini menentukan perbedaan kegunaan data. SSGI dan Riskesdas digunakan untuk monitoring dan evaluasi kemajuan intervensi gizi di tingkat nasional dan daerah. Sementara, data e-PPGBM berguna untuk memonitor pertumbuhan balita setiap bulannya dan termasuk ke dalam surveilans program gizi. Data e-PPGBM juga dapat dimanfaatkan dalam perencanaan dan penetapan sasaran program gizi di daerah karena bersifat *real-time.* Penggunaan ketiga data ini harus digunakan secara tepat sesuai fungsinya.

B. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia

Kebijakan percepatan perbaikan gizi diwujudkan dengan ditetapkannya Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang mengintegrasikan pelayanan kesehatan, terutama kesehatan ibu, anak dan pengendalian penyakit dengan pendekatan berbagai program dan kegiatan yang dilakukan lintas sektor. Implementasi perbaikan gizi juga dituangkan ke dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2015-2019. Penyusunan dan implementasi rencana aksi pangan dan gizi dalam bentuk Rencana Aksi Pangan dan Gizi Daerah (RAD-PG) sedang berlangsung di provinsi dan kabupaten/ kota. Sebagai panduan dalam mengintegrasikan pembangunan pangan dan gizi, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 83 tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi yang selanjutnya diikuti penetapan Peraturan Menteri PPN/Kepala Bappenas Nomor 1 Tahun 2018 tentang Pedoman Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi yang menetapkan RAN-PG, Pedoman Penyusunan RAD-PG, dan Pedoman Pemantauan dan Evaluasi RAN/RAD-PG.

Kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, belum dapat mengakomodasi upaya pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* secara efektif dan kebijakan itu diganti dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan *Stunting*. Kebijakan baru tentang pecepatan penurunan *stunting* bertujuan untuk menurunkan prevalensi *stunting*; meningkatkan kualitas penyiapan kehidupan berkeluarga; menjamin pemenuhan asupan gizi; memperbaiki pola asuh; meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan; dan meningkatkan akses air minum dan sanitasi. Adapun sasarannya lebih luas antara lain: remaja; calon pengantin; ibu hamil; ibu menyusui; dan anak berusia 0 (nol) – 59 (lima puluh sembilan) bulan.

Strategi Nasional Percepatan Penurunan *Stunting* dilaksanakan untuk mencapai target tujuan pembangunan berkelanjutan pada tahun 2030. Pencapaian target tujuan pembangunan berkelanjutan dilaksanakan melalui pencapaian target nasional prevalensi *stunting* yang diukur pada anak berusia di bawah 5 (lima) tahun. Dalam rangka pencapaian target nasional prevalensi *stunting* ditetapkan target antara yang harus dicapai sebesar 14% (empat belas persen) pada tahun 2024. Target Nasional prevalensi *stunting* dalam kurun waktu tahun 2025-2030 ditetapkan berdasarkan hasil Evaluasi pencapaian target antara pada tahun 2024 . Pemerintah sebelumnya juga telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB). Upaya percepatan perbaikan gizi merupakan bagian dari TPB tujuan dua yaitu mengakhiri kelaparan, memcapai ketahanan pangan dan nutrisi yang lebih baik dan

mendukung pertanian berkelanjutan. *Stunting* telah ditetapkan sebagai prioritas nasional dalam dokumen perencanaan dan TPB. Adapun strategi percepatan perbaikan gizi dalam dokumen perencanaan RPJMN 2015-2019 adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan surveilans gizi termasuk pemantauan pertumbuhan;
2. Peningkatan akses dan mutu paket pelayanan kesehatan dan gizi dengan fokus utama pada 1.000 hari pertama kehidupan (ibu hamil hingga anak usia 2 tahun), balita, remaja, dan calon pengantin;
3. Peningkatan promosi perilaku masyarakat tentang kesehatan, gizi, sanitasi, higiene, dan pengasuhan;
4. Peningkatan peran masyarakat dalam perbaikan gizi termasuk melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat/UKBM (Posyandu dan Pos PAUD);
5. Penguatan pelaksanaan, dan pengawasan regulasi dan standar gizi;
6. Pengembangan fortifikasi pangan; dan
7. Penguatan peran lintas sektor dalam rangka intervensi sensitif dan spesifik yang didukung oleh peningkatan kapasitas pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota dalam pelaksanaan rencana aksi pangan dan gizi.

Sasaran pokok dan arah kebijakan RPJMN 2015-2019 tersebut di atas selanjutnya telah diterjemahkan ke dalam perencanaan dan penganggaran tahunan (Rencana Kerja Pemerintah/RKP) dimana percepatan perbaikan gizi masyarakat telah menjadi agenda prioritas dalam mulai RKP tahun 2015, 2016, 2017, dan 2018. Pada RKP 2018, pembangunan kesehatan difokuskan pada tiga program prioritas mencakup:

1. Peningkatan kesehatan ibu dan anak;
2. Pencegahan dan pengendalian penyakit; dan
3. Penguatan promotif dan preventif "gerakan masyarakat hidup sehat". Perbaikan kualitas gizi ibu dan anak menjadi salah satu kegiatan prioritas pada program prioritas peningkatan kesehatan ibu dan anak yang dilaksanakan secara lintas sektor.

Sedangkan pada RKP 2019, program prioritas peningkatan pelayanan kesehatan dan gizi masyarakat difokuskan pada lima kegiatan prioritas mencakup:

1. Peningkatan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana, dan kesehatan reproduksi;
2. Percepatan penurunan *stunting* ;
3. Penguatan gerakan masyarkat hidup sehat dan pengenalian penyakit;
4. Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, dan
5. Peningkatan efektifitas pengawasan obat dan makanan.

Pemerintah juga telah menyusun Strategi Nasional Percepatan Pencegahan *Stunting*. Periode 2018-2024 (Stranas *Stunting*). Tujuan umum Stranas *Stunting* adalah mempercepat pencegahan *stunting* dalam kerangka kebijakan dan institusi yang ada. Tujuan tersebut akan dicapai melalui lima tujuan khusus sebagai berikut:

1. Memastikan pencegahan *stunting* menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan;
2. Meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat untuk mencegah *stunting*;

3. Memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa;
4. Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan; dan
5. Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas, dan percepatan pembelajaran.

Strategi Nasional menggunakan pendekatan Lima Pilar Pencegahan *Stunting*, 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
4. Pemantauan dan evaluasi,

   Kementerian/Lembaga penanggung jawab upaya percepatan pencegahan *stunting*, menetapkan wilayah prioritas dan strategi percepatan pencegahan *stunting*, dan menyiapkan strategi kampanye nasional *stunting*. Adapun Dasar hukum yang terkait dengan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi adalah:

   1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan,
   2. Undang-undang Nomor 18 Tahun 2012 tentang Pangan,
   3. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah,
   4. Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi,

5. Peraturan Presiden Nomor 2 Tahun 2015 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019,
6. Peraturan Presiden Nomor 79 Tahun 2017 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2018,
7. Peraturan Presiden Nomor 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi,
8. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2018 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2019,
9. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan *Stunting,*
10. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat,
11. Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Nomor 1 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Pangan dan Gizi yang menetapkan RAN-PG, Pedoman Penyusunan RAD-PG, dan Pedoman Pemantauan dan Evaluasi RAN/RAD-PG,
12. Surat Keputusan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat Nomor 11 Tahun 2014 tentang Tim Teknis Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, dan
13. Surat Keputusan Deputi bidang Sumber Daya Manusia Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan

Nasional Nomor 37/D.1/06/2014 tentang Kelompok Kerja Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.

Pandemi Covid-19 mempengaruhi semua kegiatan, salah satunya kegiatan pencegahan *stunting*. Selain relokasi anggaran pada kementerian/lembaga, pemerintah daerah, dan Dana Desa, pandemi juga menyebabkan hilangnya pekerjaan dan berkurangnya pendapatan sebagian masyarakat yang kemudian berujung pada turunnya daya beli masyarakat terhadap pangan bergizi. Selain itu, pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) juga menyebabkan terhambatnya layanan publik kepada masyarakat, seperti posyandu, kelas bumil, PAUD, dan lainnya, terutama di daerah terdampak pandemi. Namun, Presiden dan Wakil Presiden tetap berkomitmen menjadikan percepatan pencegahan *stunting* sebagai program prioritas nasional. Presiden tetap menargetkan angka prevalensi *stunting* turun hingga 14% pada akhir tahun 2024.

Berdasarkan hasil riskesdas 2013, dari 100 Kabupaten prioritas penanganan *stunting* tingkat Nasional, dari 7 kabupaten Jawa Tengah data *stunting* antara lain: Kabupaten Wonosobo, Kabupaten Klaten, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Blora, Kabupaten Demak, Kabupaten Pemalang dan Kabupaten Brebes.

Tabel 3. 1
Kabupaten/Kota Prioritas Penanganan *Stunting* Nasional
Jawa Tengah

Kabupaten/ Kota	**Jumlah Penduduk (ribu jiwa)**	**Prevalensi *Stunting*(%)**	**Jumlah Balita *Stunting* (jiwa)**
Wonosobo	780	41,12	29.037
Klaten	1.162	31,29	29.708

Grobogan	1.357	54,97	62.847
Blora	856	55,06	35.861
Demak	1.126	50,28	50.780
Pemalang	1.292	46,28	57.370
Brebes	1.787	43,62	69.201

Sumber : Riskesdas 2013

Dari 7 kabupaten yang ada di propinsi Jawa Tengah, peneliti mengambil 3 kabupaten yaitu kabupaten Wonosobo, Kabupaten Blora dan Kabupaten Demak. Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 menunjukkan, jumlah balita *stunting* di Kabupaten Wonosobo sebesar 41,12 %, Kabupaten Blora 55,06 % dan Kabupaten Demak 50,28 %. Dari masing- masing 100 kabupaten/ kota prioritas kemudian ditetapkan 10 desa untuk menjadi 1000 desa prioritas penanganan *stunting.*

1. Kabupaten Demak

Gambar 3.2

Peta Adminitrasi Kabupaten Demak Tahun 2020



Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Demak Tahun 2019

Situasi Balita Pendek (*Stunting*) di Wilayah kabupaten Demak, urutan ke-5 dari 7 Kabupaten lokus *stunting* di Propinsi Jawa Tengah. Kabupaten Demak yang terdiri dari 14 Kecamatan, 243 Desa dan 6 Kelurahan. Luas wilayah Kabupaten Demak 897,43 KM. Adapun jumlah penduduk wilayah Demak Laki-Laki 570.481 Jiwa dan Perempuan 581.315 jiwa. Sasaran untuk KIS-Gizi pada tahun 2019, ibu Hamil 22.374 Jiwa, Ibu Bersalin 20.440 Jiwa , Nifas 20.423 Jiwa, Balita 97.129 Jiwa dan Remaja 162.829 Jiwa (Rematri 82.189 Jiwa).

Pada tahun 2020 kabupaten Demak menjadi salah satu kabupaten dari 16 kab/kota di propinsi jateng yang ditetapkan menjadi lokus penanganan *stunting*. Angka prevalensi *stunting* kab demak mencapai 50,3 % (kategori serius) sumber riskesdas 2013. Berdasarkan rikesda th 2018 angka prevalensi kabupaten Demak mencapai 26,1 %.

Kabupaten Demak pada tahun 2019 terdapat 10 desa yang masuk lokus *Stunting*. Dengan adanya Kabupaten Demak masuk tertinggi di Jawa Tengah. Pemda menargetkan kasus *stunting* turun sebesar 20 persen pada tahun 2021. Dengan adanya 10 desa yang masuk lokus *stunting* maka pemerintah daerah mengeluarkan Peraturan Bupati Demak Nomor 11 Tahun 2019 tentang Penurunan Prevalensi Balita Pendek (*Stunting*) di Kabupaten Demak, Peraturan Bupati Nomor 29 Tahun 2019 RAD Penanggulangan *Stunting* di Kabupaten Demak Tahun 2019-2021, Peraturan Bupati Nomor 2 Tahun 2019 tentang Tata Cara Pembagian, Penetapan, Rincian dan Penggunaan Dana Desa di Kabupaten Demak Tahun 2019, dan Peraturan Bupati Nomor 36 Tahun 2019 tentang Daftar Kewenangan Desa Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa di Kab. Demak.

Pilar penurunan *stunting* di kabupaten Demak, meliputi: sosialisasi dengan fokus pada pemahaman, perubahan perilaku, komitmen politik dan akuntabilitas; konvergensi, koordinasi dan konsolidasi antara Pemerintah Daerah, Pemerintah Desa masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya; mendorong kebijakan kewaspadaan pangan dan gizi; dan pemantauan dan evaluasi.

Arah kebijakan penurunan *stunting* terdiri dari lingkup intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif, untuk sasaran intervensi gizi spesifik meliputi ibu hamil; ibu menyusui dan anak dibawah usia 6 (enam) bulan; dan ibu menyusui dan anak usia 6-23 (enam sampai dengan dua puluh tiga) bulan, serta intervensi gizi sensitif sasarannya untuk masyarakat umum khususnya keluarga.

Kegiatan intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu hamil meliputi: memberikan makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis; mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat; mengatasi kekurangan iodium; menanggulangi kecacingan pada ibu hamil; dan melindungi ibu hamil dari malaria.

Kegiatan intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak dibawah usia 6 (enam) bulan meliputi: mendorong inisiasi menyusu dini (IMD); dan mendorong pemberian ASI Eksklusif. Kegiatan intervensi gizi spesifik dengan sasaran ibu menyusui dan anak usia 6-23 (enam sampai dengan dua puluh tiga), meliputi: mendorong melanjutkan pemberian ASI hingga usia 23 (dua puluh tiga) bulan didampingi oleh pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI); menyediakan obat cacing; menyediakan suplementasi zink; melakukan fortifikasi

zat besi ke dalam makanan; memberikan perlindungan terhadap malaria; memberikan imunisasi lengkap; dan melakukan pencegahan dan pengobatan diare.

Kegiatan intervensi gizi sensitif dengan sasaran masyarakat umum meliputi: menyediakan dan memastikan akses pada air bersih; menyediakan dan memastikan akses pada sanitasi; melakukan fortifikasi bahan pangan; menyediakan akses kepada layanan kesehatan dan Keluarga Berencana (KB); menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); menyediakan Jaminan Persalinan (Jampersal); memberikan pendidikan pengasuhan pada orang tua; memberikan pendidikan anak usia dini universal; memberikan pendidikan gizi masyarakat; memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja; menyediakan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin; dan meningkatkan ketahanan pangan dan gizi.

Pendekatan dalam upaya penurunan *stunting* melalui pendekatan kemandirian keluarga, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dan Gerakan Seribu Hari Pertama Kehidupan. Pendekatan kemandirian keluarga dapat dilakukan strategi edukasi kesehatan dan gizi melalui kemandirian keluarga; strategi edukasi kesehatan dan gizi dilakukan terkait upaya promotif dan preventif melalui intervensi perubahan keluarga. Kemandirian keluarga dilaksanakan melalui peningkatan kemampuan keluarga untuk mengenali, menilai dan melakukan tindakan secara mandiri.

Indikator kemandirian keluarga adalah sebagai berikut: keluarga menyadari pentingnya kesehatan dan gizi; keluarga mengetahui apabila adanya anggota keluarga mengalami masalah kesehatan dan gizi; keluarga mengetahui apa yang harus dilakukan; dan keluarga memanfaatkan dan berupaya mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan.

Pendekatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dapat dilakukan gerakan masyarakat hidup sehat; gerakan masyarakat hidup sehat dilaksanakan untuk mensinergikan tindakan upaya promotif dan preventif masalah *stunting* serta meningkatkan produktivitas masyarakat; gerakan masyarakat hidup sehat melalui: peningkatan aktivitas fisik; peningkatan perilaku hidup sehat; penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi; peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit; peningkatan kualitas lingkungan; dan peningkatan edukasi hidup sehat. geraka masyarakat hidup sehat disosialisasikan oleh Dinas Kesehatan.

Pendekatan Gerakan Seribu Hari Pertama Kehidupan merupakan komitmen bersama antara Pemerintah Daerah dan masyarakat sebagai gerakan partisipasi untuk percepatan penurunan *stunting*; Gerakan dapat dilakukan melalui penggalangan partisipasi dan kepedulian para pemangku kepentingan secara terencana dan terkoordinasi terhadap kebutuhan gizi janin maupun balita pada 1000 (seribu) hari pertama kehidupan. Gerakan dimaksud meliputi: penandatangan pakta integritas oleh Pemerintah Daerah, masyarakat dan pemangku kepentingan terkait; komunikasi, edukasi dan pemberian informasi baik formil maupun informil; sosialisasi melalui berbagai media; pemberian penghargaan bagi masyarakat peduli penurunan *stunting*; dan kegiatan lain yang mendukung penurunan *stunting*. Gerakan Seribu Hari Pertama Kehidupan dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan.

Penurunan *stunting* dilakukan melalui edukasi, pelatihan dan penyuluhan gizi, untuk pelaksanaan edukasi meliputi: edukasi gizi diselenggarakan dalam upaya menciptakan pemahaman yang sama terhadap hal-hal yang terkait dengan gizi; edukasi gizi meliputi: pengertian gizi; masalah gizi; faktor yang

mempengaruhi masalah gizi; dan praktik yang baik dan benar untuk memperbaiki keadaan gizi dan edukasi gizi diselenggarakan secara periodik oleh Dinas Kesehatan. Pelatihan gizi diselenggarakan dalam upaya peningkatan pengetahuan dan pemahaman masyarakat dalam upaya penurunan *stunting* yang berkualitas. Pelatihan gizi diselenggarakan secara periodik oleh Dinas Kesehatan.

Penyuluhan gizi kepada masyarakat dalam upaya penurunan *stunting* diselenggarakan di dalam gedung dan di luar gedung. Penyuluhan gizi di dalam gedung dilakukan melalui konseling gizi di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya sebagai bagian dari upaya kesehatan perorangan. Penyuluhan gizi di luar gedung dilakukan di Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan pertemuan-pertemuan kelompok-kelompok masyarakat. Penyuluhan gizi dalam upaya penurunan *stunting* dapat dilakukan di rumah sakit dalam bentuk konseling gizi di ruang rawat inap dan ruang rawat jalan serta penyuluhan kelompok di ruang rawat jalan.

Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab Bupati melimpahkan wewenang dan tanggung jawab penurunan *stunting* di Kabupaten Demak kepada Kepala Dinas Kesehatan. Dalam rangka melaksanakan wewenang dan tanggung jawab penurunan *stunting* Kepala Dinas kesehatan dibantu oleh Tim Penurunan *Stunting*. Tim Penurunan *Stunting* terdiri dari unsur: Pemerintah Daerah; akademisi; praktisi; dan pelaku usaha. Tugas dari tim penurunan *stunting* Kabupaten Demak adalah: melakukan koordinasi dan komunikasi efektif lintas program dan lintas sektor dalam upaya penurunan *stunting*; mengkaji dan menganalisis permasalahan *stunting* dan perbaikan gizi di Kabupaten Demak;

merencanakan tujuan, sasaran, prioritas, strategi dan program penurunan *stunting* di Kabupaten Demak; melaksanakan dan mengalokasikan program penurunan *stunting* di Kabupaten Demak dalam bentuk kegiatan- kegiatan yang berkelanjutan; monitoring dan mengevaluasi program penurunan *stunting* di Kabupaten Demak; memberikan sosialisasi kepada kecamatan sampai tingkat desa sehubungan dengan program penurunan *stunting* di Kabupaten Demak; memberikan rekomendasi kepada Bupati tentang perencanaan dan pelaksanaan upaya penurunan *stunting* di Kabupaten Demak; dan menyampaikan laporan kepada Bupati secara berkala.Tim Penurunan *Stunting* dibentuk dengan Keputusan Bupati.

Sasaran strategis wilayah penurunan *stunting* didasarkan pada tingginya angka kejadian *stunting*; efisiensi sumber daya manusia; efektivitas percepatan penurunan *stunting*; dan target pencapaian yang lebih terkendali. Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan seluas-luasnya dalam mewujudkan peningkatan status gizi individu, keluarga dan masyarakat sesuai dengan ketentuan Peraturan Bupati ini. Dalam rangka penurunan *stunting* dan intervensinya, masyarakat dapat menyampaikan permasalahan, masukan dan/atau cara pemecahan masalah mengenai hal-hal di bidang kesehatan dan gizi. Pemerintah Daerah membina, mendorong dan menggerakkan swadaya masyarakat di bidang gizi dan penurunan *stunting* agar dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna.

Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan mendorong tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan. Pencatatan dan pelaporan dilakukan dengan menggunakan aplikasidan pelaporan dilakukan secara berjenjang. Pemerintah Daerah memberikan penghargaan kepada

masyarakat dan/atau institusi yang peduli penurunan *stunting* di Kabupaten Demak. Kategori, kriteria, dan bentuk pemberian penghargaan dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan. Pemberian penghargaan diberikan pada saat hari-hari besar nasional.

Pendanaan bagi pelaksanaan upaya penurunan *stunting* bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah dan sumber-sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dengan dikeluarkan kebijakan dari Peraturan Bupati, disetiap desa yang masuk 10 lokus *stunting* mengeluarkan kebijakan dalam upaya penurunan *stunting*. Berikut ini gambar grafik prevalensi *stunting* desa lokus Kabupaten Demak th 2019-2020.

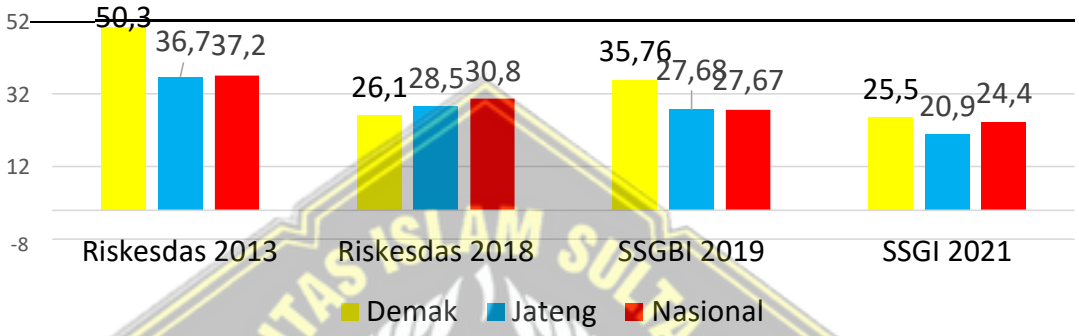
Grafik 3.1
Prevalensi *Stunting* Desa Lokus Kabupaten Demak
Tahun 2019-2020



Gambar diatas adalah data 10 lokus *stunting* yang ada di wilayah Kabupaten Demak tahun 2019/2020, antara lain: desa Bumirejo 5,87/645, desa Sidomulyo 9,85/13,2, desa Kedungori 7,35/9,62, desa Sambiroto 11,85/12,78, desa Betawalang

17,44/19,81, desa Guntur 18,87/18,86, desa Boyolali 13,64/ 8,33, desa Gedang Alas 11,63/10,69, desa Donorojo 8,72/ 5,81, desa Kembangan 26,82/14,75.

Grafik 3.2
Perbandingan Prevalensi *Stunting* Kabupaten Demak
Tahun 2013-2021



Berdasarkan grafik diatas, prevalensi *stunting* Kabupaten Demak dari tahun 2013 s/d 2021, dari hasil Riskesda capaian *stunting* menurun pada tahun 2013 adalah 50,3% dan tahun 2018 adalah 26,1%. Hasil SSGI capaian *stunting* menurun pada tahun 2019 adalah 35,76% dan tahun 2021 adalah 25,5 %.

Grafik 3.3
Prevalensi *Stunting* Kabupaten Demak Berdasarkan EPPGBM
Tahun 2019-2021



Berdasarkan grafik diatas, prevalensi *stunting* Kabupaten Demak berdasarkan EPPGBM mengalami penurunan, tahun 2019 adalah 20,36 %, tahun 2020 adalah 11,99 dan tahun 2021 adalah 8,71 %.

Grafik 3.4
Prevalensi *Stunting* Kabupaten Demak Berdasarkan
Penimbangan Serentak oleh Dinas Kesehatan
Tahun 2019-2021



Berdasarkan grafik diatas, prevalensi *stunting* Kabupaten Demak tahun 2019-2021, tahun 2019 adalah 6,82%, tahun 2020 6,05 dan tahun 2021 adalah 4,34 %.

2. Kabupaten Wonosobo

Gambar: 3. 3
Peta Batas Wilayah Kabupaten Wonosobo



Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Wonosobo Tahun 2020

Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo terhadap kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2021 yaitu Keputusan Bupati Wonosobo Nomor:

440/37/2021 tentang Penetapan Lokasi Fokus Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi di Kabupaten Wonosobo Tahun 2021. Berdasarkan hasil riskesdas tahun 2013 angka *stunting* (gangguan pertumbuhan anak karena kekurangan asupan gizi) di Kabupaten Wonosobo mencapai 41,12 % atau 29.037 anak mengalami gangguan pertumbuhan pendek dan sangat pendek. Oleh penanganan *stunting* perlu koordinasi antar sektor dan melibatkan berbagai pemangku kepentingan baik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dunia usaha, masyarakat umum dan unsur lainya. Dalam hal ini Presiden dan Wakil Presiden berkomitmen untuk memimpin langsung upaya penanganan *stunting,* agar penurunan prevalensi *stunting* dapat dipercepat dan merata di seluruh wilayah Indonesia. Karena *stunting* pada anak mencerminkan kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis, sehingga anak menjadi terlalu pendek di usianya. Kekurangan gizi kronis terjadi sejak bayi dalam kandungan hingga usia 2 tahun. Dengan demikian 1000 hari pertama kehidupan seyogyanya mendapat perhatian khusus, karena menjadi penentu tingkat pertumbuhan fisik, kecerdasan, dan produktivitas seseorang di masa depan.

Tahun 2018 ini akan dilaksanakan program nasional penanggulangan *stunting* melalui berbagai upaya, diantaranya dengan Program pemberian TTD pada Ibu hamil dan remaja Putri, Pemberian PMT pada Bumil, Pemenuhan Gizi pada anak baduta, persalinan nakes, IMD, pemeberian ASI eksklusif, pemberian MP ASI pada anak baduta, pemberian imunisasi lengkap dan Vitamin A, pemantauan pertumbuhan di posyandu, dan melakukan gerakan masyarakat untuk hidup sehat

(Germas) serta pencegahan penyakit kecacingan melalui pemberian obat cacing dan peningkatan kualitas sanitasi lingkungan.[77]

Kabupaten Wonosobo beriklim tropis dengan dua musim dalam setahunnya yaitu musim kemarau dan musim penghujan. Rata-rata suhu udara di Kabupaten Wonosobo antara 24–30^{o} C pada siang hari, tetapi suhu tersebut turun menjadi ± 20o C pada bulan Juli dan Agustus akan turun menjadi 12-15 C pada malam hari dan 15-20o C pada siang hari dan hujan turun hampir sepanjang tahun.

Berdasarkan data *stunting* di kabupaten Wonosobo tahun 2021 SSGI masih di 28,1 % tetapi data EPPGBM (aplikasi elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) angka *stunting* Wonosobo yakni 16,21%.

Perkembangan prevalensi *stunting* selama 4 tahun terakhir menurun, Kabupaten Wonosobo masih tetap menjadi prioitas penanganan *stunting* Nasional, yang artinya posisi Kabupaten Wonosobo dibandingkan kabupaten/kota se- Indonesia masih dibawah rata-rata angka nasional. Sebagai kabupaten prioritas penanganan *stunting*, ada 10 desa yang menjadi fokus intervensi berdasarkan prevalensi *stunting*.

Tabel 3. 2
10 Desa di Kabupaten Wonosobo Berdasarkan 1000 Desa Prioritas Nasional Penanganan *Stunting*

Puskesmas	**Desa**	**Sangat Pendek**				**Pendek**			
		L	P	Total	%	L	P	Total	%
Wadaslintang 1	Sumbersari	0	0	0	-	2	1	3	7,5
Kalikajar 2	Kwadungan	4	6	10	3,29	23	13	36	11,84

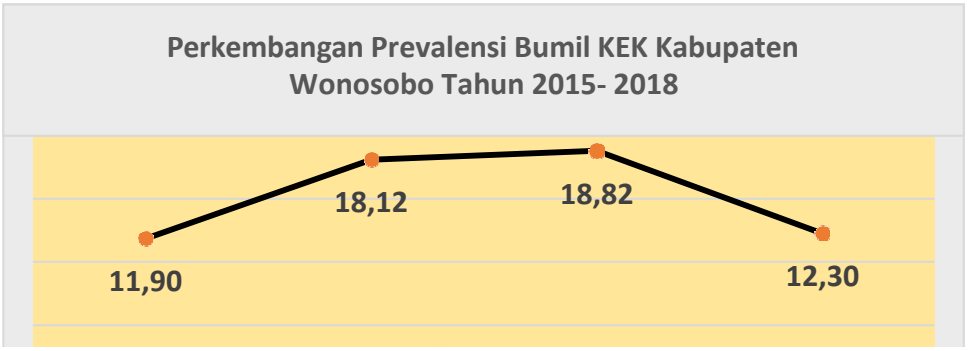
[77]https://jatengprov.go.id/beritadaerah/kabupaten-wonosobo-masuk-dalam-prioritas-intervensi-stunting/

	Purwojiwo	2	1	3	1,4	8	11	19	8,84
Kertek 2	Pagerejo	32	28	60	14,81	66	60	126	31,11
Kepil 2	Ngalian	2	0	2	5,13	3	2	5	12,82
	Tanjunganom	6	2	8	4,4	14	13	27	14,84
	Pulosaren	4	3	7	3,15	23	16	39	17,57
Selomerto 1	Pakuncen	0	1	1	1,47	0	0	0	-
Kejajar 1	Sigedang	1	3	4	1,9	14	14	28	13,33
	Igirmranak	3	5	8	13,56	3	4	7	11,86
	Rata-rata	**54**	**49**	**103**	**5,91**	**156**	**134**	**290**	**16,63**

Sumber : Penimbangan Serentak, 2017

10 desa prioritas *stunting* di Kabupaten Wonosobo, 6 diantaranya kategori desa merah atau desa prioritas intervensi penanggulangan kemiskinan, yaitu desa Purwojiwo, desa Pagerejo, desa Pulosaren, desa Sigedang dan desa Igirmranak.*Stunting* berhubungan dengan status gizi dan kesehatan masyarakat, terutama pada ibu hamil, bayi dan balita. Secara umum, status gizi pada ibu hamil, bayi dan balita terlihat pada prevalensi balita gizi buruk, prevalensi balita gizi kurang, prevalensi bumil KEK, kasus BBLR serta pola konsumsi penduduk. Sedangkan status kesehatan berhubungan dengan angka kesakitan dan cakupan sanitasi (air bersih dan jamban). Pola asuh, perilaku hidup bersih dan sehat serta cakupan akses layanan kesehatan juga menjadi faktor meningkatkanya status gizi dan kesehatan masyarakat.

Grafik 3.5
Prevalensi Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK)



Sumber : Profil Kesehatan, data diolah

Status gizi ibu hamil berpengaruh terhadap kondisi bayi yang dilahirkan, sehingga ketika ibu hamil mengalami kekurangan energi kronis dan tidak segera tertangani, maka dimungkinkan bayi yang dilahirkan akan mengalami gangguan kesehatan seperti bayi dengan berat badan lahir rendah, gizi buruk dan *stunting*. Pada tahun 2018, ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan hanya sebesar 56,60%.

Grafik 3.6
Perkembangan Prevalensi dan Jumlah Bayi BBLR
Kabupaten Wonosobo Tahun 2014-2018



Prevalensi bayi dengan berat badan lahir rendah selama 5 tahun terakhir mengalami fluktuasi yang cenderung naik. Jika dibandingkan dengan prevalensi ibu hamil KEK, grafik cenderung signifikan, kenaikan dan penurunan prevalensi ibu hamil KEK juga dibarengi dengan kenaikan/penurunan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Bayi dengan berat badan lahir rendah jika tidak ditangani akan menyebabkan pertumbuhan terganggu, gizi buruk serta gangguan kesehatan.

Grafik 3.7
Perkembangan persentase balita gizi buruk dan kurang
di Kabupaten Wonosobo



Sumber : Profil Kesehatan, data diolah

Prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk mengalami fluktuasi namun cenderung menurun. Jumlah kasus balita gizi buruk pada tahun 2018 sebesar 63 kasus dan gizi kurang 1.690 kasus.

Berdasarkan data-data status gizi dan kesehatan baik secara umum maupun khusus ibu hamil dan bayi, kasus *stunting* yang terjadi di Kabupaten Wonosobo relevan dengan rendahnya asupan kalori dan protein yang dialami penduduk miskin, masih adanya kasus balita gizi kurang dan buruk serta kasus ibu hamil dengan kekurangan energi kronis, dengan demikian maka perlu ada penanganan yang bersifat lintas sektor mengingat peningkatan status gizi dan kesehatan

masyarakat tidak bisa hanya ditangani oleh OPD yang menangani urusan kesehatan saja.[78]

Stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Intervensi yang paling menentukan untuk dapat mengurangi pervalensi *stunting* oleh karenanya perlu dilakukan pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dari anak balita. Secara lebih detil, beberapa faktor yang menjadi penyebab *stunting* Kabupaten Wonosobo dapat digambarkan sebagai berikut :

a. Praktek pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan, serta setelah ibu melahirkan.

   Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara ekslusif dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). MP-ASI diberikan/mulai diperkenalkan ketika balita berusia diatas 6 bulan. Selain berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak lagi dapat disokong oleh ASI, serta membentuk daya tahan tubuh dan perkembangan sistem imunologis anak terhadap makanan maupun minuman. Tahun 2018, cakupan ASI eksklusif Kabupaten Wonosobo mengalami peningkatan dari 76,22 % (2017) menjadi 77,14 %. Walaupun meningkat,

[78] Bappeda Kab. Wonosobo, 2019, *Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencegahan Stunting Kabupaten Wonosobo Tahun 2019-2024, Wonosobo:h.9*

persentase cakupan masih jauh dari 100% yang berarti tidak semua ibu menyusui memberikan ASI ekslusif kepada anak. Hal itu disebabkan karena ibu bekerja, merasa ASI tidak mencukupi kebutuhan anak dan anak tidak dirawat oleh ibu. Untuk meningkatkan penerapan ASI Ekslusif pada ibu menyusui, diperlukan partisipasi aktif dari kader kesehatan untuk melakukan monitoring pemberian ASI eksklusif. Kader kesehatan perlu mendapatkan peningkatan kapasitas pengetahuan tentang pentingnya ASI .

b. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC-Ante Natal Care (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) Post Natal Care dan pembelajaran dini yang berkualitas.

   Informasi yang dikumpulkan dari publikasi Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dari 79% di 2007 menjadi 64% di 2013 dan anak belum mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Fakta lain adalah 2 dari 3 ibu hamil belum mengkonsumsi sumplemen zat besi yang memadai serta masih terbatasnya akses ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas (baru 1 dari 3 anak usia 3-6 tahun belum terdaftar di layanan PAUD/Pendidikan Anak Usia Dini).

c. Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi. Hal ini dikarenakan harga makanan bergizi di Indonesia masih tergolong mahal. Menurut beberapa sumber (RISKESDAS 2013, SDKI 2012, SUSENAS), komoditas makanan di Jakarta 94% lebih mahal dibanding dengan di New Delhi, India. Harga buah dan sayuran di Indonesia lebih mahal daripada di

Singapura. Terbatasnya akses ke makanan bergizi di Indonesia juga dicatat telah berkontribusi pada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia.

d. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi. Data yang diperoleh di lapangan secara nasional menunjukkan bahwa 1 dari 5 rumah tangga di Indonesia masih buang air besar (BAB) diruang terbuka, serta 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih.

Masalah sanitasi berkaitan dengan akses jamban memang masih menjadi problem di Kabupaten Wonosobo, hampir separuh rumah tangga di Kabupaten Wonosobo pada tahun 2018 tidak memiliki jamban.

Strategi kebijakan Rencana Aksi Percepatan Pencegahan *Stunting* Kabupaten Wonosobo disusun melalui proses penilaian dan diagnosis pencegahan *stunting*, termasuk identifikasi prioritas kegiatan. Tujuannya adalah untuk memastikan agar semua sumber daya diarahkan dan dialokasikan untuk mendukung dan membiayai kegiatan-kegiatan prioritas, terutama untuk meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan gizi pada kelompok ibu hamil dan anak berusia 0-23 bulan atau rumah tangga 1.000 HPK. Tujuan tersebut akan dicapai melalui lima tujuan khusus sebagai berikut:

a. Memastikan pencegahan *stunting* menjadi prioritas pemerintah dan masyarakat di semua tingkatan;
b. Meningkatkan kesadaran publik dan perubahan perilaku masyarakat untuk mencegah *stunting*;
c. Memperkuat konvergensi melalui koordinasi dan konsolidasi program dan kegiatan pusat, daerah, dan desa;

d. Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi dan mendorong ketahanan pangan;
e. Meningkatkan pemantauan dan evaluasi sebagai dasar untuk memastikan pemberian layanan yang bermutu, peningkatan akuntabilitas,dan percepatan pembelajaran.

Sasaran prioritas Aksi Pencegahan dan penanganan *Stunting* adalah ibu hamil dan anak berusia 0-23 bulan atau rumah tangga 1.000 HPK. 1.000 HPK merupakan masa yang paling kritis dalam tumbuh kembang anak. Sebanyak 48,9% ibu hamil menderita anemia dan sebagian lainnya mengalami gangguan Kurang Energi Kronis (KEK). Akibatnya, prevalensi bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) masih tinggi, yaitu sekitar 6,2%. BBLR merupakan salah satu penyebab utama *stunting*. Pemberian ASI, makanan dan pola asuh pada periode 0-23 bulan yang tidak tepat mengganggu tumbuh kembang anak. Riskesdas (2013) mencatat bahwa penurunan tumbuh kembang anak merupakan akibat dari buruknya pola makan bayi dan anak. Hal ini menyebabkan peningkatan prevalensi *stunting* dari 29% (0-6 bulan), ke 39% (6-11 bulan) dan menjadi 42% (usia 24-35 bulan). Namun, *stunting* tidak hanya dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil dan anak selama 1.000 HPK, tetapi juga dipengaruhi oleh gizi ibu pada periode sebelumnya, terutama pada periode pra konsepsi yaitu wanita usia subur dan remaja. Selain kategori sasaran prioritas pencegahan *stunting*, yaitu ibu hamil, ibu menyusui, dan anak 0-23 bulan, terdapat kategori sasaran penting, yaitu anak usia 24-59 bulan, wanita usia subur (WUS) dan remaja putri. Sasaran penting ini perlu diintervensi apabila semua sasaran prioritas telah terlayani secara optimal.

3. Kabupaten Blora

Pembangunan Kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pembangunan nasional, merupakan bidang urusan wajib Pemerintah yang meliputi program-program dan kegiatan-kegiatan pembangunan pelayanan kesehatan yang mengikut sertakan peran serta masyarakat secara mandiri agar mampu mengatasi masalah kesehatan sendiri dan peningkatan pelayanan kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan di Puskesmas dan kegiatan pemberdayaan masyarakat yang bertujuan meningkatkan peran serta dan pengetahuan masyarakat dibidang kesehatan.

Kepedulian masyarakat akan informasi kesehatan memberikan nilai positif bagi pembangunan kesehatan, untuk itu pengelola program harus bisa menyediakan dan memberikan informasi yang dibutuhkan masyarakat dengan dikemas secara baik, sederhana, informatif dan mudah dipahami. Profil Kesehatan Kabupaten Blora merupakan salah satu produk dari Sistem Informasi Kesehatan, yang memuat data tentang situasi kesehatan dan hasil pembangunan kesehatan selama satu tahun yang memuat derajat kesehatan, sumber daya kesehatan dan capaian indikator hasil pembangunan kesehatan dan sebagai salah satu sarana yang dapat digunakan untuk melaporkan pemantauan dan evaluasi terhadap pencapaian hasil pembangunan kesehatan, termasuk kinerja dari penyelenggaraan pelayanan minimal di bidang kesehatan di kabupaten Blora.

Gambar 3.4
Kondisi Geografis Kabupaten Blora



Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Blora Tahun 2019

Kabupaten Blora merupakan salah satu kabupaten di Jawa Tengah yang cukup strategis karena berada diperbatasan Provinsi Jawa Tengah dan Provinsi Jawa Timur. Posisi Kabupaten Blora berada diantara 111^0 16' sampai dengan 111^0 338' Bujur Timur dan di antara 6^0 528' sampai dengan 7^0 248' Lintang Selatan,pada ketinggian 25 meter hingga 500 meter di atas permukaan laut. Letak Kabupaten Blora pada posisi tersebut dapat diketahui bahwa jarak terjauh dari wilayah barat ke wilayah timur sepanjang 87 km dan dari wilayah utara ke wilayah selatan sejauh 58 km.

Adapun batas wilayah Kabupaten Blora adalah :

Sebelah utara : Kabupaten Rembang dan Pati (Provinsi Jawa Tengah)

Sebelah selatan : Kabupaten Ngawi (Provinsi Jawa Timur)

Sebelah timur : Kabupaten Bojonegoro (Provinsi Jawa Timur)

Sebelah barat : Kabupaten Grobogan (Provinsi Jawa Tengah)

Luas wilayah Kabupaten Blora adalah 1.821 km^2 atau sekitar 5,5 persen dari luas wilayah Provinsi Jawa Tengah, terdiri dari 16 kecamatan dan terbagi dalam 271 desa dan 24 kelurahan. Kecamatan yang memiliki wilayah terluas adalah Kecamatan Randublatung yaitu 211,13 km^2 sedangkan kecamatan paling sempit adalah Kecamatan Cepu yaitu luas wilayah 49,15 km^2. Kabupaten Blora memiliki letak wilayah dengan ketinggian tertinggi 500 dari permukaan laut yaitu Kecamatan Japah dan terendah adalah Kecamatan Cepu yaitu 25 dari permukaan laut. Kabupaten Blora juga diapit oleh jajaran pegunungan Kendeng Utara dan Selatan dengan susunan tanah 56 persen gromosol, 39 persen mediteran dan 5 persen aluvial. Sebagian besar di Kabupaten Blora adalah tanah sawah 25,37 % dan hutan 49,66 % sedangkan sisanya terbagi atas tegalan dan bangunan.

Kebijakan Kabupaten Blora dalam penurunan angka *stunting* adalah Peraturan Bupati Blora Nomor 27 Tahun 2019 tentang Penurunan *Stunting*. Adapun Azas-azas penurunan *stunting* adalah: bertindak cepat dan akurat, artinya dalam upaya penurunan *stunting*, tenaga gizi terlatih harus bertindak sesuai prosedur tetap pelayanan gizi dan kode etik profesi; penguatan kelembagaan dan kerja sama, artinya dalam upaya penurunan *Stunting* tidak hanya dapat dilakukan secara sektoral, akan tetapi membutuhkan dukungan sektor dan program lain; transparansi, artinya azas yang menentukan bahwa dalam segala hal yang berhubungan dengan penurunan *Stunting* harus dilakukan secara terbuka, peka budaya, artinya azas yang menentukan bahwa dalam segala hal yang berhubungan dengan penurunan *Stunting* harus memperhatikan budaya daerah setempat; dan akuntabilitas, artinya azas yang

menentukan bahwa dalam segala hal yang berhubungan dengan penurunan *Stunting* harus dilakukan secara terukur dan dilakukan dengan penuh tanggung jawab. Tujuan penurunan *stunting* untuk meningkatkan status gizi masyarakat dan kualitas sumber daya manusia, dimaksudkan bahwa untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan, keluarga dan masyarakat melalui: perbaikan pola konsumsi makanan; perbaikan perilaku sadar gizi; peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan peningkatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.

Pilar penurunan *stunting* Kabupaten Blora melalui beberapa pilar yang meliputi: Komitmen dan visi Bupati; Kampanye dengan focus pada pemahaman, perubahan perilaku, komitmen politik dan akuntabilitas; konvergensi, koordinasi dan konsolidasi program nasional, daerah dan masyarakat; mendorong kebijakan *nutritional food security*; dan pemantauan dan evaluasi.

Ruang lingkup penurunan *stunting* Kabupaten Blora meliputi: Intervensi dan sasaran penurunan *stunting*; pendekatan; edukasi, pelatihan dan penyuluhan gizi; pendekatan dan strategi; kelembagaan; dan penajaman sasaran wilayah penurunan *Stunting*.

Intervensi dan Sasaran Penurunan *Stunting* dilaksanakan melalui Intervensi Gizi Spesifik dan Intervensi Gizi Sensitif, adapun sasaran untuk Intervensi Gizi Spesifik meliputi: ibu hamil, ibu menyusui dan anak di bawah usia 6 (enam) bulan dan ibu menyusui dan anak usia 6-23 (enam sampai dengan dua puluh tiga) bulan. Pendekatan penurunan *stunting* Kabupaten Blora melalui: kemandirian Keluarga, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, dan Gerakan Seribu Hari Pertama Kehidupan

(HPK). Kemandirian keluarga melalui strategi edukasi kesehatan dan gizi melalui kemandirian keluarga, peningkatan kemampuan keluarga untuk mengenali, menilai dan melakukan tindakan secara mandiri yang didampingi oleh tenaga kesehatan dan kader, secara berkala, kontinyu dan terintergrasi. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat dapat melalui peningkatan aktivitas fisik; peningkatan perilaku hidup sehat; penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi;peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit; peningkatan kualitas lingkungan; dan peningkatan edukasi hidup sehat.

Gerakan Seribu Hari Pertama Kehidupan (HPK) melalui komitmen bersama antara Pemerintah Daerah, masyarakat dan pemangku kepentingan terkait; komunikasi, edukasi dan pemberian informasi baik formil maupun informil; kampanye di berbagai media; pemberian penghargaan bagi masyarakat peduli penurunan *Stunting*; dan kegiatan lain yang mendukung.

Edukasi penurunan *stunting* Kabupaten Blora tentang masalah gizi; faktor yang mempengaruhi masalah gizi; dan praktik yang baik dan benar untuk memperbaiki keadaan gizi. Pelatihan gizi diselenggarakan dalam upaya peningkatan pengetahuan, pemahaman dan keterampilan Petugas Gizi dan masyarakat dalam upaya penurunan *Stunting* serta penyuluhan dilaksananakan melalui: puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya; PosPelayanan Terpadu (POSYANDU) dan pertemuan kelompok masyarakat; dan rumah sakit dalam bentuk konseling gizi di ruang rawat inap dan ruang rawat jalan serta penyuluhan kelompok di ruang rawat jalan.

Penelitian dan pengembangan gizi dilakukan guna menerapkan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna di bidang gizi dalam rangka menentukan intervensi yang tepat dalam upaya penurunan *Stunting.*

Tim Teknis penurunan *stunting* adalah Bupati bertanggung jawab terhadap upaya penurunan *Stunting* di Daerah dan tanggung jawab penurunan *stunting* secara teknis dilaksanakan oleh Sekretaris Daerah. Adapun tugas Tim Teknis implementasi intervensi gizi terintegrasi Penurunan *Stunting* adalah melakukan koordinasi dan komunikasi efektif lintas program dan lintas sektor dalam upaya penurunan *Stunting*; mengkaji dan menganalisis permasalahan *Stunting* dan perbaikan gizi di Kabupaten Blora; merencanakan tujuan, sasaran, prioritas, strategi dan program penurunan *Stunting* di Kabupaten Blora; melaksanakan *mapping* (pemetaan) peran lintas sektor terkait dengan penurunan *Stunting*; melaksanakan dan mengalokasikan program penurunan *Stunting* di Kabupaten Blora dalam bentuk kegiatan yang berkelanjutan; monitoring dan mengevaluasi program penurunan *Stunting* di Kabupaten Blora; memberikan sosialisasi ke kecamatan sampai tingkat desa sehubungan dengan program penurunan *Stunting* di Kabupaten Blora; memberikan rekomendasi kepada Bupati tentang perencanaan dan pelaksanaan upaya penurunan *Stunting* di Kabupaten Blora; dan menyampaikan laporan kepada Bupati secara berkala.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan Kemenkes lima tahun sekali, diketahui pada tahun 2018 prevalensi *stunting* Kabupaten Blora turun di angka 32% dari 55,1 % . Sedangkan berdasarkan data hasil kegiatan rutin

penimbangan serentak balita bulan Februari dan Agustus, *stunting* Kabupaten Blora tahun 2019 *stunting* nya sebanyak 8,2 %.

Adapun 8 (delapan) tahapan aksi konvergensi percepatan pencegahan *stunting* adalah sebagai berikut :

a. Melakukan identifikasi sebaran *stunting*, ketersediaan program, dan kendala dalam pelaksanaan integrasi intervensi gizi;
b. Menyusun rencana kegiatan untuk meningkatkan pelaksanaan integrasi intervensi gizi;
c. Menyelenggarakan rembuk *stunting* tingkat kabupaten/kota;
d. Memberikan kepastian hukum bagi desa untuk menjalankan peran dan kewenangan desa dalam intervensi gizi terintegrasi;
e. Memastikan tersedianya dan berfungsinya kader yang membantu pemerintah desa dalam pelaksanaan intervensi gizi terintegrasi di tingkat desa;
f. Meningkatkan sistem pengelolaan data *stunting* dan cakupan intervensi di tingkat kabupaten/kota;
g. Melakukan pengukuran pertumbuhan dan perkembangan anak balita dan publikasi angka *stunting* kabupaten/kota;dan
h. Melakukan review kinerja pelaksanaan program dan kegiatan terkait penurunan *stunting* selama satu tahun terakhir.

C. Hasil Kuesioner Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting*

Berdasarkan hasil riskesdas 2013, dari 100 Kabupaten prioritas penanganan *stunting* tingkat Nasional, dari 7 kabupaten Jawa Tengah data *stunting* antara lain:

Kabupaten Wonosobo, Kabupaten Klaten, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Blora, Kabupaten Demak, Kabupaten Pemalang dan Kabupaten Brebes.

Dari 7 kabupaten yang ada di propinsi Jawa Tengah, peneliti mengambil 3 kabupaten yaitu kabupaten Wonosobo, Kabupaten Blora dan Kabupaten Demak. Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 menunjukkan, jumlah balita *stunting* di Kabupaten Wonosobo sebesar 41,12 %, Kabupaten Blora 55,06 % dan Kabupaten Demak 50,28 %. Dari masing- masing 100 kabupaten/ kota prioritas kemudian ditetapkan 10 desa untuk menjadi 1000 desa prioritas penanganan *stunting*.

1. Kabupaten Demak

Kabupaten Demak pada tahun 2019 terdapat 10 desa yang masuk lokus *Stunting*. Dengan adanya Kabupaten Demak masuk tertinggi di Jawa Tengah. Pemda menargetkan kasus *stunting* turun sebesar 20 persen pada tahun 2021. Dengan adanya 10 desa yang masuk lokus *stunting* maka pemerintah daerah mengeluarkan Peraturan Bupati Demak Nomor 11 Tahun 2019 tentang Penurunan Prevalensi Balita Pendek (*Stunting*) di Kabupaten Demak, Peraturan Bupati Nomor 29 Tahun 2019 RAD Penanggulangan *Stunting* di Kabupaten Demak Tahun 2019-2021, Peraturan Bupati Nomor 2 Tahun 2019 tentang Tata Cara Pembagian, Penetapan, Rincian dan Penggunaan Dana Desa di Kabupaten Demak Tahun 2019, dan Peraturan Bupati Nomor 36 Tahun 2019 tentang Daftar Kewenangan Desa Berdasarkan Hak Asal Usul dan Kewenangan Lokal Berskala Desa di Kab. Demak. Angka prevalensi *stunting* kabupaten Demak mencapai 50,3 % (kategori serius) sumber riskesdas 2013 dan berdasarkan rikesda th 2018 angka prevalensi kabupaten Demak prevalensi *stunting* turun menjadi 26,1 %.

Dengan penurunan dan masih adanya *stunting* di kabupaten Demak, maka peneliti melakukan analisis kebijakan Peraturan Bupati Nomor 29 Tahun 2019 RAD Penanggulangan *Stunting* di Kabupaten Demak Tahun 2019-2021 pada instansi Dinas Kesehatan, Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.

a. Dinas Kesehatan Kabupaten Demak

Kebijakan Peraturan Bupati Nomor 29 Tahun 2019 berisi tentang kejadian *stunting* pada balita masih terjadi di wilayah Kabupaten Demak sehingga dapat menghambat upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan pembangunan kualitas sumber daya manusia. Dimana penanganan *stunting* penting dilakukan dengan pendekatan multi sektor melalui sinkronisasi program dan kegiatan yang berdampak pada penurunan dan pencegahan *stunting* di Kabupaten Demak.

Adapun dalam Perbub disebutkan akan dilakukan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan *Stunting* yang selanjutnya disebut RAD Penanggulangan *Stunting* adalah rencana aksi Pemerintah Daerah yang berisi program serta kegiatan di bidang penanggulangan *stunting* guna mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan *stunting* bertujuan untuk mengintegrasikan dan menyelaraskan perencanaan penanggulangan *stunting* melalui koordinasi program dan kegiatan multi sektoral.

Peningkatkan peran dan komitmen Pemerintah Daerah dalam mengkoordinasikan pemangku kepentingan penanggulangan *stunting* untuk mencapai penurunan prevalensi *stunting*; dan memberikan panduan bagi

Pemerintah Daerah dalam melaksanakan kegiatan yang terdapat pada rencana aksi daerah penanggulangan *stunting*. Rencana Aksi Daerah Penanggulangan *Stunting* dilaksanakan oleh Instansi Pemerintah, Perangkat Daerah, Organisasi Non Pemerintah, masyarakat dan pemangku kepentingan lain di Kabupaten Demak.

Koordinasi pelaksanaan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan *Stunting* dilakukan oleh Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten Demak. RAD Penanggulangan *Stunting* dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan. RAD Penanggulangan *Stunting* tahap pertama dilakukan terhadap 10 (sepuluh) Desa sasaran intervensi sensitif dan spesifik, yaitu Desa Bumirejo Kecamatan Karangawen, Desa Kedungori Kecamatan Dempet, Desa Gedangalas Kecamatan Gajah, Desa Boyolali Kecamatan Gajah, Desa Sambiroto Kecamatan Gajah, Desa Kembangan Kecamatan Bonang, Desa Betahwalang Kecamatan Bonang, Desa Donorojo Kecamatan Demak, Desa Guntur Kecamatan Guntur, Desa Sidomulyo Kecamatan Wonosalam.

Adapun evaluasi pelaksanaan Rencana Aksi Daerah Penanggulangan *Stunting* dari masing-masing Perangkat Daerah sebagai penanggung jawab kegiatan dilakukan 3 (tiga) bulan sekali. Pendanaan bagi pelaksanaan RAD penanggulangan *stunting* bersumber dari:

a. Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN);
b. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Provinsi dan Kabupaten;
c. Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa (APBDes); dan
d. Sumber lain yang sah serta tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rencana aksi daerah dalam penanggulangan *stunting* yang bersumber dari APBDes dipergunakan untuk pengelolaan air limbah rumah tangga serta pengelolaan sampah, pemberian Pemberian Makanan Tambahan (PMT), dan/atau sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Adanya kebijakan Peraturan Bupati Nomor 29 Tahun 2019 RAD Penanggulangan *Stunting* di Kabupaten Demak, maka penulis menganalisa capaian program kegiatan sebelum dan sesudah adanya kebijakan tersebut:

Tabel 3.3
Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Kesehatan
Kabupaten Demak

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	31	2,583333	2,66	66,5
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2		34	2,833333		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	1	30	2,5		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	33	2,75		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	31	2,583333	2,7	67,5

	tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.																
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	32	2,666667			
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	2	32	2,666667		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	35	2,916667			
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	32	2,666667			
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	34	2,833333	2,77		69,25
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	1	32	2,666667			
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	35	2,916667			
IV.	P2 : Pelaksanaan																

1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	35	2,916667		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	35	2,916667		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			33	2,75	2,81	70,25
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3			32	2,66		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	31	2,583333		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	32	2,666667		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	32	2,666667	2,58	64,5
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	28	2,333333		

Tabel 3.4
Analisis Setelah Kebijakan Dinas Kesehatan
Kabupaten Demak

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	4	4	3	4	3	4	3	3	4	4	43	3,583333	3,7	92,6
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	45	3,75		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	44	3,666667		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	46	3,833333		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4	44	3,666667	3,49	87,38
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	4	3	4	4	3	3	3	2	4	4	3	40	3,333333		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	43	3,583333		

	pencegahan dan penanganan *stunting*.															
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	41	3,416667		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	42	3,5		
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	43	3,583333	3,64	91
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	46	3,833333		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	44	3,666667		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	45	3,75		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	42	3,5	3,71	92,75
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	46	3,833333		
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	45	3,75		

	dan penanganan *stunting*.														
V.	P3 : Evaluasi														
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	40	3,333333		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	41	3,416667	3,29	82,31
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	42	3,5		
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	35	2,916667		

Dari data yang didapat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, diketahui hasil scoringnya sebagai berikut:

No	Lingkungan	Kebijakan(%)		Perubahan (%)
		2018-2019	2020-2021	
1	Dukungan Politik	66,5	92,6	26,1
2	Kebijakan Daerah	67,5	87,38	19,88
3	Kebijakan Operasional	69,25	91	21,75
4	Pelaksanaan	70,25	92,75	22,5
5	Evaluasi	64,5	82,31	17,81

Berdasarkan hasil *scoring* pada Dinas Kesehatan terhadap kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2019 yaitu Peraturan Bupati Nomor 29 Tahun 2019 RAD Penanggulangan *Stunting* di Kabupaten Demak Tahun 2019-2021. Dari hasil rencana aksi penanggulangan *stunting* di 10 lokus desa *stunting*, adapun perubahan yang paling sedikit pada monev dengan hasil 17,81 %.

a. Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Demak

Tabel 3.5
Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Kabupaten Demak

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	2	2	3	4	1	2	3	2	3	2	29	2.42	2.40	59.90
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	2	2	3	4	1	3	3	2	3	1	29	2.42		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	2	3	2	2	3	3	1	3	3	1	3	1	27	2.25		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	2	2	3	4	1	3	3	2	3	2	30	2.50		
II	P1 : Kebijakan Daerah																

1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	4	0	2	3	2	3	2	31	2.58		
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	3	4	1	3	3	2	3	2	31	2.58	2.73	68.23
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	3	3	1	2	3	1	4	2	33	2.75		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	3	4	4	3	4	1	3	4	2	4	1	36	3.00		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	4	1	32	2.67		
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	0	3	3	1	4	2	31	2.58	2.71	67.71
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	2	3	4	4	4	3	2	2	4	1	3	2	34	2.83		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	3	3	3	3	3	4	1	3	4	1	4	1	33	2.75		
IV.	P2 : Pelaksanaan																

1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	3	4	1	3	3	2	3	2	35	2.92		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	2	3	4	1	2	3	2	3	2	29	2.42		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	4	1	31	2.58	2.62	65.62
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	3	4	3	1	3	3	1	3	2	31	2.58		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	3	2	3	1	4	4	1	3	1	30	2.50		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	3	2	3	0	3	4	2	4	2	31	2.58		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	3	3	3	2	1	3	1	1	3	2	27	2.25	2.29	57.29
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	2	2	2	2	2	2	1	3	2	1	3	0	22	1.83		

Tabel 3.6
Analisis Setelah Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan
Perempuan dan Perlindungan
Kabupaten Demak

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	3	3	4	4	3	4	3	2	4	3	38	3.17	3.06	76.56
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	4	4	4	4	2	4	3	2	3	3	38	3.17		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	3	3	3	3	4	4	4	3	1	0	2	33	2.75		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	3	3	4	4	3	4	3	2	4	3	38	3.17		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	4	4	3	4	3	2	3	2	39	3.25	3.27	81.77
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	4	4	4	3	2	3	2	38	3.17		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam	3	3	4	4	4	4	3	3	3	1	4	2	38	3.17		

	pencegahan dan penanganan *stunting*.																
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	3	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	42	3.50		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	3	42	3.50		
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	4	4	4	3	3	2	4	3	41	3.42	3.31	82.81
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	3	3	4	4	4	4	3	3	4	1	4	2	39	3.25		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	3	3	3	3	3	4	3	4	4	1	4	2	37	3.08		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	4	4	4	4	3	2	4	3	42	3.50		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	4	4	4	3	2	4	2	39	3.25	3.35	83.85
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	4	4	4	4	3	1	4	2	40	3.33		
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan	3	3	4	4	4	4	3	4	4	1	4	2	40	3.33		

	dan penanganan *stunting*.																
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	4	2	4	3	1	4	2	35	2.92		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	3	3	2	4	1	2	4	3	34	2.83		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	4	4	3	3	3	4	1	1	4	2	34	2.83	2.75	68.75
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	3	3	2	2	2	3	2	3	2	1	4	2	29	2.42		

Dari data yang didapat pada Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Demak, diketahui hasil scoringnya sebagai berikut:

No	Lingkungan	Kebijakan(%)		Perubahan (%)
		2018-2019	2020-2021	
1	Dukungan Politik	59,90	76,56	16,66
2	Kebijakan Daerah	68,23	81,77	13,54
3	Kebijakan Operasional	67,71	82,81	15,10
4	Pelaksanaan	65,62	83,85	18,23
5	Evaluasi	57,29	69,75	12,46

Berdasarkan hasil *scoring* pada Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Demak terhadap kebijakan yang di keluarkan pada

tahun 2019 yaitu Peraturan Bupati Nomor 29 Tahun 2019 RAD Penanggulangan *Stunting* di Kabupaten Demak Tahun 2019-2021. Dari hasil rencana aksi penanggulangan *stunting* di 10 lokus desa *stunting*, adapun perubahan yang paling sedikit pada monev dengan hasil 12,46%.

b. Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Demak

Tabel 3.7

Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan

Kabupaten Demak

No	Pertanyaan	Responden														Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Score	Score/N		
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	2	2	1	2	4	4	2	2	4	33	2.75	2.73	68.23
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	2	2	1	2	4	4	2	2	4	33	2.75		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	4	2	3	2	2	1	2	4	4	0	1	4	29	2.42		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	4	2	2	2	2	4	4	3	2	4	36	3.00		
II	P1 : Kebijakan Daerah																

1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	2	2	2	2	4	4	2	2	4	34	2.83	2.77	69.27
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	2	2	2	2	4	4	2	2	4	34	2.83		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	1	3	2	2	2	2	4	4	1	1	4	30	2.50		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	4	3	4	2	2	2	2	4	4	2	2	4	35	2.92		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	3	3	1	2	4	4	1	2	3	33	2.75	2.65	66.15
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	3	3	1	2	4	4	1	1	3	32	2.67		
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	2	2	3	3	3	1	2	4	4	1	1	4	30	2.50		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	3	2	3	3	3	2	2	4	4	2	1	3	32	2.67		
IV.	P2 : Pelaksanaan																

1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	4	4	4	1	2	4	4	0	2	4	34	2.83	2.73	68.23
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	4	4	4	1	2	4	4	1	2	4	35	2.92		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	1	3	3	3	2	2	4	4	2	1	3	32	2.67		
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	1	3	3	3	1	2	4	4	1	1	3	30	2.50		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	0	3	2	2	1	2	4	4	0	1	4	25	2.08	2.12	53.12
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	3	2	2	1	2	4	4	1	2	4	28	2.33		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	1	2	2	1	0	4	4	1	1	1	21	1.75		
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	2	3	3	2	2	0	2	4	4	2	1	3	28	2.33		

Tabel 3.8

Analisis Setelah Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan

Kabupaten Demak

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	1	4	2	2	4	2	4	4	2	2	4	35	2.92	2.83	70.83
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	2	2	3	2	4	4	2	2	4	35	2.92		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	4	2	3	2	2	3	2	4	4	1	1	4	32	2.67		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	2	2	4	2	4	4	1	2	3	34	2.83		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	3	2	2	3	2	4	4	2	2	4	34	2.83	2.81	70.31
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	3	2	2	3	2	4	4	2	2	4	34	2.83		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam	4	2	3	2	2	4	2	4	4	2	1	2	32	2.67		

	pencegahan dan penanganan *stunting*.																
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	4	2	3	2	2	4	2	4	4	2	2	4	35	2.92		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	2	2	3	2	4	4	2	2	4	35	2.92		
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	2	2	4	2	4	4	2	2	4	36	3.00	2.83	70.83
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	4	2	3	2	2	3	2	4	4	1	1	4	32	2.67		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	4	2	3	2	2	3	2	4	4	2	1	4	33	2.75		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	3	2	2	3	2	4	4	1	2	4	33	2.75		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	3	2	2	3	2	4	4	1	2	4	33	2.75	2.73	68.23
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	2	2	3	2	4	4	2	1	4	32	2.67		
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan	4	2	4	2	2	3	2	4	4	1	1	4	33	2.75		

	dan penanganan *stunting*.																
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	2	2	3	2	4	4	0	1	4	30	2.50		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	2	2	3	2	4	4	0	2	4	31	2.58		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	0	2	2	4	0	4	4	1	1	4	27	2.25	2.48	61.98
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	4	2	3	2	2	2	2	4	4	1	1	4	31	2.58		

Dari data yang didapat pada Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Demak, diketahui hasil scoringnya sebagai berikut:

No	Lingkungan	Kebijakan(%)		Perubahan (%)
		2018-2019	2020-2021	
1	Dukungan Politik	68,23	70,83	2,6
2	Kebijakan Daerah	69,27	70,31	1,04
3	Kebijakan Operasional	66,15	70,83	4,68
4	Pelaksanaan	67,23	68,23	1
5	Evaluasi	53,12	61,98	8,86

Berdasarkan hasil *scoring* pada Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Demak terhadap kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2019 yaitu Peraturan Bupati Nomor 29 Tahun 2019 RAD Penanggulangan *Stunting* di Kabupaten Demak Tahun 2019-2021. Dari hasil rencana aksi penanggulangan *stunting* di 10 lokus desa *stunting*, adapun perubahan yang paling sedikit pada pelaksanaan dengan hasil 1 %.

Hasil analisis perubahan skor dari tahun 2018-2019 ke tahun 2020-2021 terhadap komponen kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Kabupaten Demak telah banyak mengalami perubahan terhadap dukungan politik sebesar 26,1%. Adanya kebijakan *stunting* di Kabupaten Demak pada tahun 2019, Pemerintah daerah Kabupaten Demak menetapkan 10 lokus *stunting*, dan berdasarkan hasil intervensi pelaksanaan penurunan *stunting* data lokus pada tahun 2022 menjadi 22 lokus *stunting.*

Kegiatan di desa pada daerah lokus *stunting dengan* melakukan konvergensi membentuk rumah gizi balita dan ibu hamil setiap tiga bulan, penimbangan serentak di bulan Pebruari dan bulan Agustus, pemberian makanan tambahan pada *stunting* dan pemberian tablet tambah darah pada remaja. Kebijakan Daerah mengalami perubahan sebesar 19,88%. Hal ini dipengaruhi oleh adanya kebijakan dari Kabupaten Demak. Menurut World Health Organization (WHO), masalah kesehatan masyarakat dapat dianggap buruk jika prevalensi *stunting* lebih dari 20 persen. Artinya, jika secara nasional mencapai angka tersebut maka masalah *stunting* di Indonesia tergolong kronis.

Kabupaten Demak yang hasilnya mengalami sedikit perubahan terdapat pada evaluasi. Pengaruh kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* berpengaruh pada dampak terhadap penurunan *stunting*, hal ini di buktikan dengan data *stunting* SSGI kabupaten Demak tahun 2019 sebanyak 34.8% , SSGI tahun 2021 sebanyak 25,5% dan diharapkan target SSGI tahun 2022 menjadi 22,16%, tahun 2023 menjadi 18,38% dan tahun 2024 menjadi 15,12%. Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) merupakan data sampel status gizi di suatu wilayah dan nantinya akan digunakan sebagai data nasional. Masih adanya *stunting* di suatu wilayah menjadikan dampak yang berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan anak. Perubahan yang sedikit dalam pelaksanaan penurunan *stunting* dikarenakan masa pandemi sedikit terhambat terutama dalam rembug *stunting* di tingkat kecamatan dan desa, belum ada pedoman pencegahan dan penanganan *stunting* bagi OPD, masyarakat, organisasi dan perusahaan. Serta masih kurang tenaga dalam melakukan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting* terutama dalam pendampingan pada anak *stunting*, serta penggunaan dana di masa pandemi lebih banyak di fokuskan pada penanganan covid-19.

2. Kabupaten Wonosobo

a. Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo

Tabel 3.9

Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Kesehatan

Kabupaten Wonosobo

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																

1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	2	4	3	3	3	3	2	2	2	2	32	2.67	2.60	65.10
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	36	3.00		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	27	2.25		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	3	2	3	3	2	2	2	1	30	2.50		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	4	4	3	3	2	3	2	2	2	1	31	2.58	2.42	60.42
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	1	29	2.42		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	2	3	2	2	2	1	1	2	0	23	1.92		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	4	4	3	3	4	2	3	2	2	2	2	2	33	2.75		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																

1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	4	3	3	3	2	2	2	1	32	2.67	2.44	60.94
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	4	3	2	2	2	2	2	1	30	2.50		
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	2	1	2	2	4	3	2	2	2	2	2	1	25	2.08		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	2	2	2	3	4	2	2	3	3	3	3	1	30	2.50		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	3	4	3	2	2	2	2	2	1	29	2.42	2.31	57.81
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	1	3	3	4	3	2	3	2	2	2	1	29	2.42		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	27	2.25		
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	3	2	4	3	2	2	2	2	2	1	26	2.17		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	1	3	2	4	2	2	2	2	2	2	1	26	2.17	2.17	54.17

2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	2	4	2	2	3	2	2	2	1	28	2.33		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	25	2.08		
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	3	2	3	3	3	1	1	2	2	2	2	1	25	2.08		

Tabel 3.10

Analisis Setelah Kebijakan Dinas Kesehatan

Kabupaten Wonosobo

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	3	3	3	2	2	2	2	33	2.75		
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	4	3	3	4	3	2	2	2	2	2	2	32	2.67	2.71	67.71
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	3	4	3	4	2	2	2	2	2	2	2	31	2.58		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	3	4	3	3	3	2	2	2	2	34	2.83		
II	P1 : Kebijakan Daerah																

1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	4	3	3	4	3	3	2	2	2	2	3	34	2.83	2.73	68.23
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	3	4	4	3	3	3	2	2	3	35	2.92		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	3	3	4	3	2	3	2	2	2	1	31	2.58		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	2	3	3	4	2	3	3	2	2	2	2	31	2.58		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																	
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	2	3	4	3	3	2	2	3	2	2	33	2.75	2.79	69.79
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	3	4	4	3	2	3	2	3	2	2	35	2.92		
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	3	3	3	2	4	3	3	3	2	3	2	2	33	2.75		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	3	3	4	2	4	2	2	3	2	3	3	2	33	2.75		
IV.	P2 : Pelaksanaan																	
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	3		4	2	3	2	2	3	2	2	27	2.25	2.35	58.85

2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	3	3	3	2	3	2	2	30	2.50		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	4	4	2	2	2	2	3	2	2	28	2.33		
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	3	4	3	2	3	2	3	2	2	28	2.33		
V.	P3 : Evaluasi															
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	4	2	2	2	2	3	2	2	26	2.17		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	4	2	2	3	2	3	2	2	27	2.25		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	2	3	2	2	3	2	3	29	2.42	2.29	57.29
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	3	3	3	4	2	2	3	2	3	1	2	28	2.33		

Dari data yang didapat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo, diketahui hasil scoringnya sebagai berikut:

No	Lingkungan	Kebijakan(%)		Perubahan (%)
		2018-2019	2020-2021	
1	Dukungan Politik	65,10	67,71	2,61

2	Kebijakan Daerah	60,42	68,23	7,29
3	Kebijakan Operasional	60,94	69,79	8,85
4	Pelaksanaan	57,81	58,85	1,04
5	Evaluasi	54,17	57,29	3,12

Berdasarkan hasil *scoring* pada Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo terhadap kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2021 yaitu Keputusan Bupati Wonosobo Nomor: 440/37/2021 Tentang Penetapan Lokasi Fokus Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi di Kabupaten Wonosobo.

b. Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kabupaten Wonosobo

Tabel 3.11

Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Kabupaten Wonosobo

No	Pertanyaan	Responden														
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	4	3	2	2	2	4	4	3	2	1	32	2.67	2.33	58.33
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	1	3	4	2	2	2	2	3	3	3	2	1	28	2.33		

3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	2	4	2	1	2	1	0	0	3	1	1	20	1.67		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	4	3	2	3	2	4	4	3	1	1	32	2.67		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	1	3	4	3	2	3	2	3	2	3	1	1	28	2.33		
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	4	3	2	3	2	2	3	3	0	1	28	2.33	2.38	59.38
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	4	3	1	1	2	2	4	3	2	2	28	2.33		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	3	4	2	2	2	2	3	3	3	2	1	30	2.50		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	4	4	3	3	2	1	2	3	1	1	29	2.42	2.29	57.29
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	1	3	4	4	2	3	2	2	2	3	2	2	30	2.50		

3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	2	2	4	4	3	2	1	3	1	3	2	1	28	2.33		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	2	2	4	1	2	2	1	2	2	3	1	1	23	1.92		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	1	2	4	3	2	3	2	2	3	3	2	1	28	2.33		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	4	3	3	3	2	3	2	3	2	2	31	2.58		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	4	2	2	2	1	2	2	3	1	1	24	2.00	2.23	55.73
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	4	3	1	2	1	1	3	2	1	1	24	2.00		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	1	2	4	2	2	2	2	1	1	2	0	0	19	1.58		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	4	2	2	2	2	2	1	2	0	1	22	1.83	1.88	46.88
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	4	3	2	3	1	2	2	3	1	1	25	2.08		

4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	1	0	24	2.00		

Tabel 3.12

Analisis Setelah Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak

Kabupaten Wonosobo

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	2	35	2.92	2.90	72.40
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	3	3	2	3	4	4	3	3	2	37	3.08		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	3	4	3	2	2	2	3	3	3	2	2	32	2.67		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	4	4	3	2	4	3	2	2	3	3	35	2.92		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	4	4	4	4	3	3	2	3	3	3	2	38	3.17	2.96	73.96

2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	2	37	3.08		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	4	3	3	1	2	3	2	3	3	2	31	2.58		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	2	3	3	4	3	2	3	4	3	3	3	3	36	3.00		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	3	2	36	3.00	3.29	82.29
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	3	3	2	3	3	2	3	3	3	56	4.67		
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	3	3	4	2	3	2	4	3	3	3	2	2	34	2.83		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	2	2	4	3	4	2	3	2	2	3	3	2	32	2.67		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	34	2.83	2.85	71.35
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan	4	3	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	37	3.08		

	dan penanganan *stunting*.																
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	4	4	3	2	4	3	2	3	2	2	33	2.75		
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	3	3	2	3	3	2	3	2	2	33	2.75		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	4	3	3	2	3	2	3	3	2	2	31	2.58		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	3	2	2	3	3	2	3	2	2	32	2.67	2.73	68.23
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	3	3	3	2	3	2	3	3	2	34	2.83		
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	3	3	4	4	3	2	3	3	3	2	2	2	34	2.83		

Dari data yang didapat pada Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Kabupaten Wonosobo, diketahui hasil scoringnya sebagai berikut:

No	Lingkungan	Kebijakan(%)		Perubahan (%)
		2018-2019	2020-2021	
1	Dukungan Politik	58,33	72,40	14,07
2	Kebijakan Daerah	59,38	73,96	14,58
3	Kebijakan Operasional	57,29	82,29	25
4	Pelaksanaan	55,73	71,35	15,62
5	Evaluasi	46,88	68,23	21,35

Berdasarkan hasil *scoring* pada Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak Kabupaten Wonosobo kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2021 yaitu Keputusan Bupati Wonosobo Nomor: 440/37/2021 Tentang Penetapan Lokasi Fokus Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi di Kabupaten Wonosobo Tahun 2021.

Dari hasil rencana aksi penanggulangan *stunting* di 10 lokus desa *stunting* di Wonosobo, adapun perubahan yang paling sedikit pada dukungan politik dengan hasil 14,07 %.

c. Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Wonosobo

Tabel 3.13

Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Wonosobo

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	4	1	3	1	1	2	1	2	2	24	2.00	1.98	49.48
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	2	3	1	3	2	2	2	2	1	2	24	2.00		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	2	2	2	4	1	2	1	1	2	2	1	1	21	1.75		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	4	1	3	1	1	2	2	1	2	26	2.17		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	1	3	1	1	2	3	1	2	26	2.17	2.06	51.56
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	1	3	2	2	2	3	1	2	28	2.33		

3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	20	1.67		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	2	2	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	25	2.08		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	2	1	3	2	2	2	3	1	2	26	2.17		
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	3	3	1	3	1	1	2	3	1	2	23	1.92	1.79	44.79
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	2	1	3	2	1	2	1	1	2	2	1	1	19	1.58		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	18	1.50		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	3	2	1	3	1	1	2	2	1	2	22	1.83		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	4	2	1	2	2	2	2	2	1	2	24	2.00	1.79	44.79
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	20	1.67		

	pencegahan dan penanganan *stunting*.															
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	2	3	1	2	1	1	2	2	1	1	20	1.67	
V.	P3 : Evaluasi															
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	4	3	1	2	1	1	2	1	1	2	23	1.92	
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	1	1	3	3	1	2	2	2	2	1	1	2	21	1.75	
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	3	3	1	3	2	2	2	2	1	2	25	2.08	1.85	46.35
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	2	1	3	3	1	2	1	1	2	2	1	1	20	1.67	

Tabel 3.14
Analisis Setelah Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan
Kabupaten Wonosobo

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	1	1	3	4	2	3	3	3	3	1	2	2	28	2.33	2.44	60.94
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan	2	2	2	4	2	2	3	3	3	2	2	2	29	2.42		

	pencegahan dan penanganan *stunting*.																
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	2	1	3	4	2	2	2	2	4	2	2	1	27	2.25		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	1	33	2.75		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	3	3	3	3	3	4	3	2	36	3.00		
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	36	3.00	2.56	64.06
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	2	3	3	2	2	2	3	2	1	1	24	2.00		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	1	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	27	2.25		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2	32	2.67	2.25	56.25

2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	3	4	2	3	2	2	3	2	2	2	28	2.33		
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	2	1	2	3	2	2	2	2	3	3	2	1	25	2.08		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	1	1	1	3	2	2	2	2	3	2	2	2	23	1.92		
IV.	P2 : Pelaksanaan																	
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	3	4	3	3	2	2	3	3	2	2	30	2.50		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	2	2	2	2	3	1	2	2	28	2.33		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	1	4	2	2	2	2	3	1	2	2	24	2.00	2.25	56.25
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	1	2	3	2	2	2	2	3	3	2	1	26	2.17		
V.	P3 : Evaluasi																	
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	3	4	2	2	2	2	3	1	2	2	27	2.25		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	2	3	2	2	3	1	2	2	29	2.42	2.27	56.77
3.	Adanya isu-isu / permasalahan	2	2	3	4	3	3	1	1	3	1	3	2	28	2.33		

	terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.																
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	3	1	2	4	1	3	2	2	3	1	2	1	25	2.08		

Dari data yang didapat pada dinas pertanian dan pangan Kabupaten Wonosobo diketahui hasil scoringnya sebagai berikut:

No	Lingkungan	Kebijakan(%)		Perubahan (%)
		2018-2019	2020-2021	
1	Dukungan Politik	49,48	60,94	11,46
2	Kebijakan Daerah	51,56	64,06	12,5
3	Kebijakan Operasional	44,79	56,25	11,46
4	Pelaksanaan	44,79	56,25	11,46
5	Evaluasi	46,35	56,77	10,42

Berdasarkan hasil *scoring* pada Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Wonosobo, kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2021 yaitu Keputusan Bupati Wonosobo Nomor: 440/37/2021 Tentang Penetapan Lokasi Fokus Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi di Kabupaten Wonosobo Tahun 2021.

Dari hasil rencana aksi penanggulangan *stunting* di 10 lokus desa *stunting* di Wonosobo, adapun perubahan yang paling sedikit pada evaluasi dengan hasil 10,42 %.

Dari hasil kuesioner di Kabupaten Wonosobo pada Dinas Kesehatan, Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan Anak dan Dinas Pertanian dan

Pangan terhadap kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2021 yaitu Keputusan Bupati Wonosobo Nomor: 440/37/2021 Tentang Penetapan Lokasi Fokus Intervensi Penurunan *Stunting* Terintegrasi di Kabupaten Wonosobo Tahun 2021 adalah pada Dinas Kesehatan perubahan yang paling sedikit pada pelaksanaan dengan hasil 1,04 %, akan tetapi hampir semua indikator mengalami sedikit perubahan. Pada Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak hasil perubahan yang paling sedikit pada dukungan politik dengan hasil 14,07 %. Pada Dinas Pertanian dan Pangan adapun perubahan yang paling sedikit pada evaluasi dengan hasil 10,42 %.

Adapun strategi penurunan *stunting* di Kabupaten Wonosobo disusun melalui proses penilaian dan diagnosis pencegahan *stunting*, termasuk identifikasi prioritas kegiatan. Adapun sasaran prioritas Aksi Pencegahan dan penanganan *Stunting* adalah ibu hamil dan anak berusia 0-23 bulan atau rumah tangga 1.000 HPK. 1.000 HPK merupakan masa yang paling kritis dalam tumbuh kembang anak. Sebanyak 48,9% ibu hamil menderita anemia dan sebagian lainnya mengalami gangguan Kurang Energi Kronis (KEK). Akibatnya, prevalensi bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) masih tinggi, yaitu sekitar 6,2%. BBLR merupakan salah satu penyebab utama *stunting*. Pemberian ASI, makanan dan pola asuh pada periode 0-23 bulan yang tidak tepat mengganggu tumbuh kembang anak. Riskesdas (2013) mencatat bahwa penurunan tumbuh kembang anak merupakan akibat dari buruknya pola makan bayi dan anak. Hal ini menyebabkan peningkatan prevalensi *stunting* dari 29% (0-6 bulan), ke 39% (6-11 bulan) dan menjadi 42% (usia 24-35 bulan). Namun, *stunting* tidak hanya dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil dan anak selama

1.000 HPK, tetapi juga dipengaruhi oleh gizi ibu pada periode sebelumnya, terutama pada periode pra konsepsi yaitu wanita usia subur dan remaja.

Pengelompokan Strategi berdasarkan

meningkatkan Status Gizi Masyarakat melalui penyediaan pangan berkualitas serta pengawasan peredaran bahan dan produk pangan, meningkatkan kualitas intervensi gizi spesifik, penguatan manajemen penanganan dan pencegahan meliputi pengelolaan sumber daya, layanan, pendataan, monitoring dan evaluasi, meningkatkan Komitmen dan Kesadaran dalam Perubahan Perilaku, dan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat melalui penyediaan sanitasi dan air bersih. Dan sasarannya keluarga dengan 1000 HPK dan remaja putri.

Adapun target kinerja: konsumsi kalori pada penduduk dengan 40 % tingkat pendapatan terendah meningkat menjadi minimal 2.125 kkal, menurunnya Ibu Hamil KEK menjadi 0%, menurunnya prevalensi balita gizi buruk dan kurang. meningkatnya cakupan remaja putri konsumsi TTD minimal 80 %, meningkatnya cakupan penduduk dengan sanitasi layak menjadi 90%, meningkatnya cakupan air bersih 100%, meningkatnya cakupan sasaran rumah tangga 1000 HPK pada program KRPL di desa prioritas, meningkatnya kunjungan posyandu menjadi 100 %, meningkatnya cakupan kunjungan K4 menjadi 100%, meningkatnya cakupan Ibu Hamil konsumsi tablet FE minimal 90 tablet dalam masa kehamilan menjadi 100% dan meningkatnya cakupan anak usia 2-6 tahun pada pendidikan anak usia dini.

Rencana pelaksanaan pada Intervensi Gizi sensitif adalah upaya-upaya untuk mencegah dan mengurangi masalah gizi secara tidak langsung. Kegiatan ini pada

umumnya dilakukan oleh sektor non-kesehatan dan bersifat jangka panjang. Kegiatannya antara lain penyediaan air bersih, kegiatan penanggulangan kemiskinan, pemberdayaan perempuan, dan lain-lain dan Intervensi gizi spesifik adalah kegiatan dengan sasaran kelompok 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan) dan pada umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan dan bersifat jangka pendek.

Permasalahan *stunting* perlu mendapatkan perhatian yang khusus. Terlebih, adanya pandemi Covid-19 yang tak kunjung usai, menjadikan masyarakat ragu untuk datang ke posyandu. Akibatnya, warga cenderung tidak memantau status gizi dan perkembangan kesehatan anak.

Data *stunting* Kabupaten Wonosobo berdasarkan SSGI 2021 masih 28,1%, ini berarti menjadi permasalahan difokuskan dalam program pembangunan Pemkab Wonosobo. Dilihat dari data Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) dan Aplikasi elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM) masih diatas 20 persen. Padahal menurut Badan Kesehatan Dunia, World Health Organization (WHO), masalah kesehatan masyarakat dapat dianggap buruk jika prevalensi *stunting* lebih dari 20 persen. Artinya, jika secara Nasional mencapai angka tersebut maka masalah *stunting* di Indonesia tergolong kronis.

Upaya yang dilakukan percepatan *stunting* di kab Wonosobo dengan meningkatkan kualitas cakupan pendataan, terkait alat, metode, kapasitas petugas, dan kerjasama antar kader. Menjalin mitra strategis untuk memperluas cakupan intervensi. Memperluas kampanye perubahan perilaku dengan memperhatikan kearifan lokal bekerjasama dengan toma dan toga serta meningkatkan kemampuan ekonomi keluarga untuk meningkatkan kualitas pangan. Pelaksanaan Aksi Konvergensi

hingga tingkat desa/kelurahan lokus perlu dikawal oleh Tim Percepatan Penurunan *Stunting*. Intervensi gizi spesifik dan sensitif dilaksanakan di desa lokus sesuai akar permasalahan. Serta pembinaan dan Pemantauan Aksi Konvergensi penurunan *stunting* hingga tingkat desa/kelurahan.

Penyebab *stunting* diantaranya pola asuh, ekonomi, infrastruktur, ibu hamil, tingkat pendidikan ibu dan faktor lainnya, kesadaran dan kesiapan calon pengantin memasuki masa pernikahan. Membangun keluarga tidak hanya kesiapan secara ekonomi tetapi mentalitas untuk membangun sebuah keluarga menjadi sangat penting, karena keluarga merupakan lembaga terkecil yang bertanggung jawab atas tumbuh kembang anak sejak dalam kandungan, lahir dan menjalani kehidupan. Dukungan keluarga inti juga sangat diperlukan dalam proses pola asuh anak anak selanjutnya.

3. Kabupaten Blora

1) Dinas Kesehatan Kabupaten Blora

Tabel 3.15
Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Kesehatan
Kabupaten Blora

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan	2	1	2	4	4	2	2	2	2	2	1	4	28	2.33	2.35	58.85

	dan penanganan *stunting*.																
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	1	2	4	2	2	3	3	3	3	1	3	30	2.50		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	1	2	3	4	2	2	2	2	2	1	3	27	2.25		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	1	2	4	3	2	2	2	2	2	1	3	28	2.33		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	3	30	2.50	2.56	64.06
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	3	30	2.50		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	28	2.33		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	4	2	2	4	4	2	3	3	3	3	2	3	35	2.92		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	29	2.42	2.37	59.37

	dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.															
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	4	4	2	2	2	2	2	2	3	30	2.50	
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	2	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	26	2.17	
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	2	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	4	29	2.42	
IV.	P2 : Pelaksanaan															
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	1	2	4	3	2	2	2	2	2	2	3	28	2.33	
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	4	2	2	2	2	2	2	3	31	2.58	
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	3	29	2.42	2.31
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	2	3	1	2	2	2	2	2	1	3	23	1.92	
V.	P3 : Evaluasi															
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	4	29	2.42	2.29
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan	3	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	4	30	2.50	

		57.81
		57.29

	pencegahan dan penanganan *stunting*.																
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	1	24	2.00		
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	27	2.25		

Tabel 3.16
Analisis Setelah Kebijakan Dinas Kesehatan
Kabupaten Blora

No	Pertanyaan	Responden														Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Score	Score/N		
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	42	3.50	3.40	84.90
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	2	4	42	3.50		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	1	4	35	2.92		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	44	3.67		

	dan penanganan *stunting*.																
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	44	3.67	3.62	90.62
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	44	3.67		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	41	3.42		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	45	3.75		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	45	3.75	3.56	89.06
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	44	3.67		
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	3	2	4	4	2	3	4	4	4	4	2	4	40	3.33		
4.	SDM dalam melaksanakan	3	3	4	4	2	3	4	4	4	4	3	4	42	3.50		

	kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`																
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4	40	3.33	3.50	87.50
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	44	3.67		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	42	3.50		
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	4	4	3	3	4	4	4	4	2	4	42	3.50		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	45	3.75	3.60	90.10
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	45	3.75		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	40	3.33		
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	43	3.58		

Dari data yang didapat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Blora diketahui hasil scoringnya sebagai berikut:

No	Lingkungan	Kebijakan(%)		Perubahan (%)
		2018-2019	2020-2021	
1	Dukungan Politik	58,85	84,90	26,05
2	Kebijakan Daerah	64,06	90,62	26,56
3	Kebijakan Operasional	59,37	89,06	29,69
4	Pelaksanaan	57,81	87,50	29,69
5	Evaluasi	57,29	90,10	32,81

Berdasarkan hasil *scoring* pada Dinas Kesehatan Kabupaten Blora, kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2019 yaitu Peraturan Bupati Blora Nomor 27 Tahun 2019 tentang Penurunan *Stunting.*

Dari hasil rencana aksi penanggulangan *stunting* di 10 lokus desa *stunting* di Blora, adapun perubahan yang paling sedikit pada dukungan politik dengan hasil 26,05 %.

2) Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

Tabel 3.17

Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Kabupaten Blora

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																

1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	3	3	2	3	3	1	4	2	3	2	33	2.75	2.44	60.94
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	2	3	3	2	2	1	2	1	26	2.17		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	3	2	2	2	3	3	1	2	1	3	2	27	2.25		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	2	3	3	1	4	1	3	2	31	2.58		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	33	2.75	2.58	64.58
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	1	31	2.58		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	2	3	3	1	3	2	3	2	31	2.58		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	3	2	2	2	3	3	3	3	1	3	1	29	2.42		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																

1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	2	3	3	2	4	3	3	1	33	2.75	2.58	64.58
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	32	2.67		
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	3	3	2	2	2	3	3	1	2	3	3	2	29	2.42		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	3	3	2	2	4	3	3	1	3	2	3	1	30	2.50		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	1	28	2.33	2.27	56.77
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	2	3	3	1	2	3	2	2	28	2.33		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	1	1	4	3	3	1	2	2	2	1	26	2.17		
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	1	1	2	3	3	2	2	2	3	2	27	2.25		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	1	3	3	2	3	2	2	1	27	2.25	2.23	55.73

2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	1	3	3	2	3	2	2	1	27	2.25		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	30	2.50		
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	2	3	2	2	1	3	3	1	1	2	2	1	23	1.92		

Tabel 3.18

Analisis Setelah Kebijakan Dinas Sosial Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Kabupaten Blora

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	3	3	2	4	2	3	3	36	3.00	2.90	72.40
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	3	3	2	4	1	3	2	34	2.83		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	2	34	2.83		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	3	35	2.92		

	dan penanganan *stunting*.																
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	2	34	2.83		
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	3	3	2	3	1	3	2	33	2.75	2.77	69.27
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	3	3	2	3	1	3	2	33	2.75		
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	3	3	3	4	3	3	2	3	1	3	2	33	2.75		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	4	3	3	2	4	2	3	2	33	2.75		
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	2	34	2.83	2.65	66.15
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	3	3	2	2	3	3	3	1	2	3	3	2	30	2.50		
4.	SDM dalam melaksanakan	3	3	2	2	4	3	3	1	2	2	3	2	30	2.50		

	kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`																
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	2	34	2.83		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	3	3	2	3	2	3	2	34	2.83		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	4	3	3	2	2	2	3	2	31	2.58	2.73	68.23
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	4	3	3	2	2	3	3	2	32	2.67		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	32	2.67		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	2	30	2.50		
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	2	3	3	3	2	2	1	3	2	29	2.42	2.46	61.46
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	2	2	2	2	3	3	3	2	1	2	3	2	27	2.25		

Dari data yang didapat pada Dinas Sosial Kabupaten Blora diketahui hasil scoringnya sebagai berikut:

No	Lingkungan	Kebijakan(%)		Perubahan (%)
		2018-2019	2020-2021	
1	Dukungan Politik	60,94	72,40	11,46
2	Kebijakan Daerah	64,58	69,27	4,69
3	Kebijakan Operasional	64,58	66,15	1,57
4	Pelaksanaan	56,77	68,23	11,46
5	Evaluasi	55,73	61,46	5,73

Berdasarkan hasil *scoring* pada Dinas Sosial Kabupaten Blora, kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2019 yaitu Peraturan Bupati Blora Nomor 27 Tahun 2019 tentang Penurunan *Stunting*

Dari hasil rencana aksi penanggulangan *stunting* di 10 lokus desa *stunting* di Blora, adapun perubahan yang paling sedikit pada kebijakan operasional dengan hasil 1,57 %.

Tabel 3.19

Analisis Sebelum Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan

Kabupaten Blora

No	Pertanyaan	Responden												Score	Score/N	Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	30	2.5	2.3	57.5
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan	4	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	32	2.7		

	pencegahan dan penanganan *stunting*.															
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	1	1	1	2	1	2	2	2	3	2	2	2	21	1.75	
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	1	25	2.08	
II	P1 : Kebijakan Daerah															
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	2.17	
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	24	2	1.9
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	23	1.9	47.5
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	20	1.6	
III.	P1 : Kebijakan Operasional															
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	20	1.6	1.72	43

2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	23	1.9		
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	2	1	1	3	2	2	2	1	1	2	2	2	19	1.58		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	22	1.8		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2	2	23	1.9		
2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	22	1.8		
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	21	1.75	1.8	45
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	3	22	1.8		
V.	P3 : Evaluasi																
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	22	1.8		
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	24	2	1.9	48
3.	Adanya isu-isu / permasalahan	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	23	1.9		

	terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.																
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	23	1.9		

Tabel 3.20

Analisis Setelah Kebijakan Dinas Pertanian dan Pangan

Kabupaten Blora

No	Pertanyaan	Responden														Score Item/ N Item Pertanyaan	% Score
	(Score: 0=lemah; 4=kuat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Score	Score/N		
I	P1 : Dukungan Politik																
1.	Stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	4	2	3	4	3	4	3	3	3	3	4	40	3.3	3.04	76
2.	Dukungan staf terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	37	3.08		
3.	Sosialisasi dan advokasi kebijakan melalui media massa	4	3	3	4	2	3	3	2	3	3	3	4	37	3.08		
4.	Komitmen stakeholder terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	4	2	3	2	3	3	2	3	4	4	3	32	2.7		
II	P1 : Kebijakan Daerah																
1.	Terdapatnya kebijakan daerah tentang pencegahan	3	4	3	2	4	3	3	2	3	3	3	3	36	3	3.12	78

	dan penanganan *stunting*.																
2.	Terdapat strategi dan komitmen daerah tentang pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	4	3	2	3	3	2	3	3	3	3	35	2.9		
3.	Pembentukan badan/ organisasi yang berfungsi dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	4	4	3	2	4	3	3	2	3	3	4	4	43	3.5	
4.	Terdapatnya kerjasama antar puskesmas dengan instansi pemerintah	3	3	3	2	2	3	3	4	3	3	4	4	37	3.08		
III.	P1 : Kebijakan Operasional																
1.	Adanya program pemangku kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	4	32	2.6		
2.	Regulasi tentang pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	4	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	34	2.8	3	75
3.	Pendanaan yang bersumber APBN dan APBD tersedia	3	4	3	4	3	3	2	3	3	4	3	4	39	3.3		
4.	SDM dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.`	3	3	4	4	2	3	3	4	4	3	3	3	39	3.3		
IV.	P2 : Pelaksanaan																
1.	Pelaksanaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	2	3	4	3	3	2	3	3	4	3	35	2.9	2.93	73

2.	Terdapat pedoman dalam pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	4	3	3	2	3	3	2	3	3	3	4	36	3			
3.	Terdapat tenaga dalam kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	4	3	3	2	4	3	3	2	3	3	4	3	37	3.08			
4.	Terdapat pembiyaan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	33	2.75			
V.	P3 : Evaluasi																	
1.	Adanya sistem pelayanan data / hasil pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	34	2.8			
2.	Pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	2	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	35	2.9			
3.	Adanya isu-isu / permasalahan terhadap kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting*.	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	40	3.3		3.02	76
4.	Terdapat riset terkait pelaksanaan pencegahan dan penanganan *stunting*	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	3	37	3.08			

Dari data yang didapat pada Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Blora diketahui hasil scoringnya sebagai berikut:

No	Lingkungan	Kebijakan(%)		Perubahan (%)
		2018-2019	2020-2021	
1	Dukungan Politik	57.5	76	18.5
2	Kebijakan Daerah	47.5	78	30.5

3	Kebijakan Operasional	43	75	32
4	Pelaksanaan	45	73	28
5	Evaluasi	48	76	28

Berdasarkan hasil *scoring* pada Dinas Pertanian dan Pangan Kabupaten Blora, kebijakan yang di keluarkan pada tahun 2019 yaitu Peraturan Bupati Blora Nomor 27 Tahun 2019 tentang Penurunan *Stunting* Dari hasil rencana aksi penanggulangan *stunting* di 10 lokus desa *stunting* di Blora (Desa Jetak, Klokah, Adirejo, Patalan, Temurejo, Bangowan, Sumberpitu, Cabean, Getas dan Kapuan

), adapun perubahan yang paling sedikit pada dukungan politik dengan hasil 18.5 %. Hasil analisis komponen kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Kabupaten Blora dengan menggunakan instrumen PES menjadi dasar untuk menyimpulkan bahwa terjadi perubahan skor dari tahun 2018-2019 ke tahun 2020-2021. Walaupun pada dinas Kesehatan dan Dinas Pertanian mengalami sedikit perubahan tapi tidak signifikan. Hal ini di buktikan capaian data *stunting* mulai tahun 2013 sampai dengan 2021 mengalami penurunan, Hal ini di buktikan hasil capaian penurunan *stunting* Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013 prevalensi balita *stunting* di Kabupaten Blora menurun sebesar 55,1%, kemudian Riskesdas tahun 2018 turun menjadi 32,86%. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2017 menunjukkan bahwa balita *stunting* di wilayah Kab Blora sebesar 34 %. Sedangkan dari hasil penimbangan serentak yang dilakukan oleh Puskesmas se Kabupaten Blora tahun 2017 sebesar 15,5 % turun menjadi 8,3 % di tahun 2018 dan turun menjadi 8.2 % di tahun 2019.

Sebagai upaya pembinaan dan pengawasan kinerja kabupaten/kota Blora dalam meningkatkan keterpaduan intervensi gizi dalam rangka percepatan penurunan *stunting* yang merupakan salah satu Prioritas Nasional, penilaian kinerja konvergensi intervensi pencegahan *stunting* telah dilaksanakan selama Agustus 2019. Penilaian Kinerja ini dipimpin dan dikoordinasikan oleh Kementerian Dalam Negeri dan dilaksanakan oleh Pemerintah Provinsi sebagai wakil pemerintah pusat di daerah. Persentase kasus *stunting* terhadap balita di Kabupaten Blora cenderung menurun. Pada 2019, persentase mencapai 8,2 persen, berkurang pesat dari 2018 sebanyak 32 persen.

Kabupaten Blora menduduki urutan pertama dalam peringkat kinerja kabupaten kota dalam melaksanakan aksi konvergensi pencegahan *stunting* tahun 2019.Adapun kegiatan yang dilakukan dalam delapan tahapan aksi konvergensi percepatan pencegahan *stunting*:

a. Kabupaten Blora melakukan identifikasi sebaran *stunting,* ketersediaan program, dan kendala dalam pelaksanaan integrasi intervensi gizi;
b. Kabupaten Blora menyusun rencana kegiatan untuk meningkatkan pelaksanaan integrasi intervensi gizi;
c. Kabupaten Blora menyelenggarakan rembuk *stunting* tingkat kabupaten/kota;
d. Kabupaten Blora memberikan kepastian hukum bagi desa untuk menjalankan peran, dan kewenangan desa dalam intervensi gizi terintegrasi;

e. Kabupaten Blora memastikan tersedianya, dan berfungsinya kader yang membantu pemerintah desa dalam pelaksanaan intervensi gizi terintegrasi di tingkat desa; dan
f. Kabupaten Blora meningkatkan sistem pengelolaan data *stunting* dan cakupan intervensi di tingkat kabupaten/kota.

D. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dalam Perspektif Keadilan

Adanya isu-isu di bidang kesehatan di masa pandemi ini terutama masalah *stunting* (gizi buruk) di kabupaten demak, antara lain Demak merupakan zona merah prevalensi *stunting*; adanya *stunting* sangat berpengaruh terhadap kualitas generasi ke depan, penanganan *stunting* masih parsial, sebagian belum terstruktur, dan sebagian belum optimal; dan kurangnya kesadaran pentingnya pencegahan dan penanganan *stunting* serta masih minimnya regulasi yang mengatur percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* antara stakeholder pemerintah yang ada didaerah.

Puskesmas merupakan bentuk pelayanan publik di bidang kesehatan yang memberikan pelayanan dasar baik UKP dan UKM. Salah satu kegiatan puskesmas memberikan pelayanan gizi, yang memantau pertumbuhan dan perkembahan gizi pada anak. Tenaga kesehatan yang terdiri dari dokter, perawat dan bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan, melalui program gizi sudah dilakukan kerjasama lintas program dengan lintas sektor. Masalah kesehatan merupakan masalah bersama, maka itu perlu adanya kerja tenaga kesehatan dengan lintas sektor maupun stakeholder pemerintah. Program ini terkait *stunting*, karena *stunting* merupakan

salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs)[79] Dalam rangka mewujudkan hal tersebut, pemerintah menetapkan *stunting* sebagai salah satu program prioritas. Dan *stunting* juga memiliki dampak yang cukup serius; antara lain, jangka pendek terkait dengan morbiditas dan mortalitas pada bayi/balita, jangka menengah terkait dengan intelektualitas dan kemampuan kognitif yang rendah, dan jangka panjang terkait dengan kualitas sumber daya manusia dan masalah penyakit degeneratif di usia dewasa. Kerjasama yang dilakukan di masa pandemi ini, perlu adanya upaya pencegahan dan penanganan *stunting* yang selama pandemi ini *stunting* pada anak kurang mendapatkan perhatian bagi tenaga kesehatan puskesmas maupun pemerintah.

Pelaksanaan intervensi pencegahan dan penanganan *stunting* akan difokuskan pada area kabupaten/kota dan/atau desa tertentu. Pada tahun 2017, delapan kabupaten/ kota dijadikan sebagai lokasi percontohan. Selanjutnya, pada tahun 2018, sebanyak 100 kabupaten/kota dan 1.000 desa dijadikan area fokus pelaksanaan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi. Pada tahun 2019, intervensi penurunan *stunting* terintegrasi direncanakan untuk dilaksanakan di 160 kabupaten/kota dan pada tahun 2020-2024 akan diperluas secara bertahap sampai mencakup seluruh kabupaten/kota.

[79] Adalah tujuan pembangunan berkelanjutan atau dalam bahasa Inggris dikenal sebagai *Sustainable Development Goals disingkat* SDGs, 17 tujuan dengan 169 capaian yang terukur dan tenggat yang telah ditentukan PBB sebagai agenda dunia pembangunan untuk kemaslahatan manusia dan planet bumi.

Adapun kendala pencegahan dan penannganan *stunting* antara lain:

1. Penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitive masih belum terpadu, baik dari proses perencanaan dan penganggaran , pelaksanaan, pemantauan , maupun evaluasi.
2. Kebijakan dan program yang dilaksanankan oleh berbagai sektor belum memprioritaskan intervensi yang terbukti efektif. *Stunting* yang telah ditetapkan sebagai prioritas nasional di dalam RPJMN 2015-2019 belum dijabarkan menjadi program dan kegiatan priorita oleh sector /Lembaga terkait.
3. Pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana belum efektif dan efisien. Belum ada kepastian pemenuhan kebutuhan sumebr dana untuk pencegahan *stunting* di tingkat kabuapaten/kota. Potensi sumber daya dan sumber dana tersedia dari berbagai sumber,namun belum diidentifikasi dan di mobilisasi secara optimal.
4. Terdapat keteterbatasan kapasitas penyelenggara program, ketersediaan, kualitas dan pemanfaatan data untuk mengembangan kebijakan.Program advokasi, sosialisasi kampanye *stunting*, kegiatan konseling dan keterlibatan masyarakat masih sangat terbatas
5. Ditingkat lapangan (desa) berbagai kegiatan yang terkait dengan *stunting* belum terpadu, baik dalam penetapan sasaran, perencanaan kegiatan,peran dan tugas antar pihak.

Kebijakan-kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* perlu di evaluasi kebijakan yang ada. Adanya kendala pencegahan dan penannganan *stunting* perlu

diukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah/negara dapat mendukung suatu program atau kebijakan.

Disini peneliti mengukur kebijakan menggunakan konsep PES (*Policy Environment Score*) dengan merefleksikan tingkatan dari dukungan dan perubahan yang terjadi selama kurun waktu 1-3 tahun sebagai hasil dari aktifitas kebijakan (*policy activity*). Penilaian yang diberikan dalam bentuk angka atau skor pada pelaksanaan PES yang mempunyai dua tujuan yaitu:

1. Untuk mengindikasikan status terkini dari lingkungan kebijakan, termasuk elemen yang terkuat maupun yang terlemah.
2. Untuk mengevaluasi dampak dari aktivitas kebijakan.

Konsep nilai yang diperoleh dari *Policy Environment Score* terhadap lingkungan kebijakan memperoleh indikator dari kondusif tidaknya lingkungan kebijakan ekternal atau internal. Yang dinilai sebagai lingkungan internal adalah faktor-faktor yang melekat pada pembuat kebijakan seperti dukungan politik, kebijakan nasional, kebijakan operasional, sumber daya, komponen program maupun evaluasi dan penelitian. Secara detail konsep dan operasionalisasi metode PES ini di gambarkan dalam kerangka pikir evaluasi terhadap lingkungan kebijakan.

Evaluasi kebijakan berperan penting dalam siklus pengembangan kebijakan dan akan menentukan keberhasilan pencapaian sasaran kebijakan. Melalui evaluasi kebijakan, analisis dapat mendokumentasikan dan menginformasikan proses pengembangan kebijakan. Hasil evaluasi dapat digunakan untuk mengembangkan kebijakan di masa depan. Selain itu evaluasi kebijakan dapat memperlihatkan kepatuhan, dukungan , manfaat dan dampak juga pengaruh kebijakan. Serta bagi

pembuat kebijakan, evaluasi juga berfungsi sebagai sarana pertanggungjawaban dan akuntabilitas terhadap pemanfaatan sumber daya dalam pengembangan kebijakan.[80]

Tujuan evaluasi kebijakan adalah menilai isi atau konten kebijakan apakah berlangsung sesuai tujuan penetapan dan terimplementasi dengan baik serta mengukur tingkat ketercapaian tujuan dan sasaran kebijakan.

Ukuran-ukuran evaluasi kebijakan meliputi enam dimensi,antara lain:[81]

1. Efektifitas
2. Efisiensi
3. Ketepatan dalam menjawab masalah (*Adequacy*)
4. Pemerataan (*Equity*)
5. Kepekatanggapan (*Responsiveness*)
6. Ketepatgunaan (*Appropriateness*)

Teori keadilan Rawls memiliki konsepsi keadilan yang disebut dengan *Justice as Fairness*, terdiri dari dua prinsip yaitu setiap orang memiliki hak sama dan perbedaan sosial dan ekonomi hendaknya diatur sedemikian rupa sehingga memberikan manfaat bersama.

Teori keadilan pendapat Plato merupakan suatu konsepsi tentang keadilan moral yang dasarnya adalah keselarasan. Keadilan timbul karena pengaturan atau penyesuaian yang memberi tempat yang selaras kepada aspek-aspek yang membentuk masyarakat.

---

[80] Ayuningtyas dumilah, 2019, *Analisis Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Aplikasi*, Depok Jakarta, Hlm.103

[81] Ayuningtyas, Dumilah, 2014 Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik, Jakarta,

Keadilan menurut Islam sendiri merupakan persamaan (*musawah*), tidak ada diskriminasi, selalu mewujudkan kebahagian individu dan kelompok.[82]

Teori keadilan yang penulis gunakan adalah teori keadilan Pancasila, sila 5 Keadilan Sosial Bagi Seluruh Rakyat Indonesia, adalah Dengan membandingkan keadilan dari berbagai macam teori, secara keseluruhan mengandung arti sama yaitu keadilan merupakan kesamaan, kebersamaan, kekeluargaan dan kegotong royongan.

Menjawab permasalahan dalam penelitian ini tentang kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah saat ini yang belum terkondisikan. Teori Keadilan ini juga akan penulis gunakan sebagai dasar rekonstruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* melalui aksi integrasi dengan stakeholder di wilayah Puskesmas, sehingga penulis menggunakan teori *Keadilan Pancasila* terutama sila ke-5 keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia yang mencerminkan sikap suasana kekeluargaan dan kegotong royongan, artinya permasalahan *stunting* merupakan masalah bersama, tidak hanya masalah pada dinas kesehatan akan tetapi melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Propinsi Jawa Tengah. Dengan menggunakan asas kekeluargaan dan kegotongroyongan maka penanggulangan penyakit dan atau khususnya *stunting* yang ada di Puskesmas akan menurun serta akan memberikan kesejahteraan, kebahagian dan menciptakan generasi penerus yang bermutu dan berkualitas.

[82] Ibit 17

Pencegahan dan penanganan *stunting* merupakan kewajiban bersama berasaskan kekeluargaan dan kegotongroyongan, melalui aksi integrasi dengan steakholder pemerintahan Indonesia, propinsi maupun daerah. Pencegahan dan penanganan *stunting* yang ada di Indonesia sudah dilakukan pemerintah dengan meluncurkan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) yang ditetapkan melalui Peraturan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam kerangka 1.000 HPK. Namun Peraturan Presiden belum dapat mengakomodasi upaya pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* secara efektif sehingga perlu diganti, hingga pada tahun 2021 kebijakan diganti dengan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*.

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan dilihat dari perpektif keadilan adalah *Stunting* merupakan masalah multidimensi, maka penanganannya harus multiaktor. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya aturan khusus yang mengatur tentang *stunting* dengan muatan hukum dan penyelenggaraan perlindungan anak penderita *stunting* merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama yakni negara, masyarakat, keluarga dan orang tua yang meliputi perlindungan yuridis, ekonomi, sosial dan budaya. Oleh karena itu, dalam pemenuhan hak dasar anak, maka tanggung jawab tersebut dilakukan secara holistik dengan bekerjasama dengan para stakeholder.

E. Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dalam Perspektif Islam

Balita *stunting* atau balita 'pendek' adalah balita dengan panjang badan atau tinggi badan (PB/U atau TB/U) yang tidak sesuai dengan pertambahan umurnya. Penentuan kategori 'pendek' dinilai dengan standar baku WHO-MGRS (*Multicentre Growth Reference Study*), yaitu nilai *z-score*nya kurang dari -2 Standar Deviasi (SD). Sedangkan 'sangat pendek' jika nilai *z-score*nya kurang dari -3 SD. Normalnya, pertumbuhan tinggi badan seiring dengan pertambahan umur. 'Pendek' dijadikan indikator masalah gizi karena lebih mudah dan lebih dini dikenal dibandingkan dengan ekspresi hambatan organ tubuh lainnya.

Sebagian besar balita 'pendek' mengalami gagal tumbuh pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Periode ini dimulai sejak dari fase kehamilan (270 hari) hingga anak berusia 2 tahun (730 hari) yang disebut periode 'emas'. Periode tersebut juga disebut sebagai '*window of opportunity*', karena status kesehatan pada periode 1000 HPK menentukan derajat kesehatan pada periode kehidupan berikutnya.

Generasi 'emas' dihasilkan dari keluarga yang berkualitas. Terjadinya *stunting* balita atau 'pendek' dipengaruhi oleh unsur terkecil, yaitu keluarga dan lingkungan masyarakat sebagai unsur yang lebih luas. Lingkungan keluarga berpengaruh terhadap asupan makanan, baik pada ibu dan balita. Lingkungan terkecil ini juga menstimulasi munculnya faktor risiko lain yang secara langsung berdampak pada terjadinya *stunting,* seperti penyakit infeksi dan pola asuh.

Islam secara lugas mengatur konsep makanan *halal* dan *thayyib* dalam QS. al-Maidah: 88 (yang artinya), *"dan makanlah makanan yang halal lagi baik dari*

apa yang Allah telah rezekekikan kepadamu, dan bertakwalah kepada Allah yang kamu beriman kepada-Nya".

Makanan halal hakikatnya adalah makanan yang 'didapat' dan 'diolah' dengan cara yang benar menurut agama. 'Makanan yang baik belum tentu halal' dan 'makanan halal belum tentu baik'. Makanan yang diperbolehkan oleh agama adalah halal dari segi hukumnya, baik halal dzatnya, misalnya telur, buah-buahan, sayur-sayuran dan lain-lain, juga halal dalam proses memperoleh makanannya, yaitu diperoleh dengan usaha yang benar seperti sapi yang disembelih dengan menyebut nama Allah dan lain-lain.

Sementara makanan yang thayyib atau 'baik' yaitu makanan yang dikonsumsi dapat memberikan manfaat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan tubuh. Makanan yang baik tidak membahayakan bagi kesehatan tubuh manusia. Konteks *thoyyib* bersifat kondisional sesuai dengan kebutuhan dan kecukupan asupan gizi yang diperlukan untuk setiap individu sesuai dengan kelompok usia, jenis kelamin, status kesehatan, maupun faktor fisiologis lainnya.

Islam tidak hanya mengajarkan tata cara makan yang sesuai tuntunan sunnah, namun juga memperhatikan kecukupan di mana terdapat batasan sepertiga diisi oleh makanan, sepertiga minuman, dan sepertiga oleh udara. Hal ini juga sejalan dengan konsep asupan gizi seimbang yang diperlukan bagi balita.

Asupan gizi seimbang dapat mencegah terjadinya *stunting* atau pendek, yaitu asupan makanan harus sesuai dan tepat dalam hal: *pertama*, jumlah atau porsinya, sesuai yang diperlukan tubuh berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) harian, *kedua*, kombinasi zat gizinya, antara konsumi sumber karbohidrat, protein,

lemak, vitamin, mineral dan kebutuhan cairan tubuh anak (1-1,5 liter/hari), serta *ketiga*, tahap pertumbuhan dan perkembangan anak, artinya kebutuhan kalori anak sesuai dengan berat badan dan tinggi badan menurut umurnya.

Berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG), ibu hamil memerlukan tambahan asupan sebesar 300 kkal dari 2250 kkal dengan, dan tambahan asupan sekitar 330-400 kkal bagi ibu menyusui. Asupan tersebut harus seimbang, baik untuk zat gizi makro (karbohidrat, lemak, dan protein) maupun mikro (vitamin dan mineral) serta kebutuhan cairan untuk tubuh. Begitupun untuk balita. Kecukupan gizi disesuaikan dengan berat dan tinggi badan menurut umurnya, yang semakin meningkat seiring dengan pertambahan umur dan perkembangannya. Balita memerlukan kalori 550 kkal bagi bayi berusia 0-6 bulan (cukup terpenuhi dengan ASI eksklusif) dan meningkat seiring pertambahan usia hingga 1600 kkal saat berusia 5 (lima) tahun.

S*tunting* atau 'pendek' disebabkan oleh multifaktor, selain asupan makanan. Organisasi kesehatan dunia, WHO menetapkan kerangka konsep penyebab terjadinya *stunting* yang berasal dari tingkat rumah tangga (keluarga) maupun komunitas (masyarakat). Pada tingkat rumah tangga, *stunting* disebabkan oleh 8 (delapan) faktor.

Pertama, kondisi rumah, yaitu faktor yang berasal dari kelayakan dan kondisi sosio-ekonomi keluarga yang meliputi sanitasi dan air yang tidak memadai, rendahnya penghasilan keluarga, kurangnya ketersediaan makanan, dan rendahnya pendidikan ibu atau pengasuh.

Kedua, rendahnya kualitas asupan makanan, yaitu kurangnya kandungan zat gizi vitamin dan mineral, kurangnya keanekaragaman makanan dan asupan sumber pangan hewani. *Ketiga*, *sanitasi dan higiene makanan dan minuman*, yaitu berasal dari tingginya kontaminasi makanan dan minuman di rumah tangga, rendahnya praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan penyimpanan serta penyajian makanan yang tidak aman.

Keempat, penyakit infeksi, yaitu seperti diare, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), kecacingan, kurangnya nafsu makan akibat adanya infeksi, dan peradangan. *Kelima*, status kesehatan ibu, yaitu terjadinya Kekurangan Energi Kronis (KEK) baik sebelum hamil serta saat hamil dan menyusui, ibu yang 'pendek', infeksi, kehamilan remaja, jarak kelahiran yang pendek, melahirkan dengan kondisi pertumbuhan janin yang terhambat (*Intra Uterine Growth Retardation)* dan prematur, serta hipertensi.

Keenam, pola asuh yang kurang baik, mencakup praktik perawatan anak yang buruk, kurangnya stimulasi dan aktivitas anak yang membantu perkembangan, dan buruknya pola pemberian makan (anak tidak mau makan). *Ketujuh*, pemberian ASI yang tidak memadai, hal ini disebabkan tidak dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini (IMD), tidak diberikannya ASI eksklusif, dan menyapih secara dini, pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang sidak sesuai kecukupan gizinya

Kedelapan, penyebab balita *stunting* pada tingkat masyarakat atau negara disebabkan oleh beberapa faktor yaitu politik ekonomi, sistem pertanian dan

pangan, ketersediaan air bersih dan sanitasi lingkungan, kesehatan dan pelayanan kesehatan, masyarakat dan budaya, dan tingkat pendidikan.

Masalah beban gizi, yaitu masih tingginya masalah gizi kurang yang seiring dengan terjadinya gizi lebih, dialami oleh berbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. S*tunting* atau 'pendek' menimbulkan dampak buruk dalam jangka pendek, yaitu terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh.

Dampak jangka panjang *stunting* adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga rentan sakit, serta berbagai penyakit degeneratif, disabilitas saat lansia yang menurunkan kualitas SDM dan rendahnya produktivitas kerja dan status ekonomi.

Gerakan perbaikan gizi untuk mengatasi masalah *stunting* dilakukan secara global dengan fokus terhadap kelompok 1000 HPK, yaitu *Scaling Up Nutrition* (SUN) *Movement.* Di Indonesia ditetapkan sejak tahun 2013 yang disebut Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 HPK. Target perbaikan gizi ini adalah untuk 'mengakhiri kelaparan, mencapai ketahanan pangan dan meningkatkan gizi, serta mendorong pertanian yang berkelanjutan'.

Berbagai upaya intervensi yang dilakukan, yaitu: *pertama*, pada ibu hamil dengan memperbaiki gizi dan kesehatan seperti pemberian makanan tambahan dan pemberian minimal 90 tablet tambah darah selama kehamilan. *Kedua*, pada saat bayi lahir, yaitu dengan pemberian IMD dan pemberian ASI eksklusif.

Ketiga, pada saat bayi berusia 6-24 bulan yaitu pemberian MP-ASI yang tepat, pemberian kapsul vitamin A dan imunisasi lengkap. *Keempat*, memantau

pertumbuhan balita di posyandu untuk mendeteksi secara dini terjadinya *stunting. Kelima*, meningkatkan perilaku PHBS. Perbaikan gizi juga perlu dilakukan sejak periode remaja untuk mempersiapkan periode kehidupan selanjutnya terutama saat kehamilan dan menyusui.

Selain itu, melalui 'Gerakan Masyarakat Hidup Sehat' (GERMAS) yang secara fokus dilakukan oleh pemerintah dan seluruh elemen di masyarakat termasuk 'Aisiyyah, juga dapat mengakselerasi program percepatan perbaikan gizi terutama pada 1000 HPK di Indonesia. Pilar yang terdapat pada GERMAS juga menekankan asupan makanan (konsumsi sayur dan buah) serta sanitasi lingkungan yang berkontribusi mencegah terjadinya *stunting*. Hakikatnya, masyarakat sehat akan mencipatakan generasi-generasi emas, yaitu generasi muslim yang memiliki akhlak yang baik, sehat, cerdas dan berkualitas yang dicintai oleh Allah swt.

Dalam QS. Al-Baqarah Ayat 233 yang berbunyi:

Artinya:"Dan ibu-ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama dua tahun penuh, bagi yang ingin menyusui secara sempurna. Dan kewajiban ayah menanggung nafkah dan pakaian mereka dengan cara yang patut. Seseorang tidak dibebani lebih dari kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita karena anaknya dan jangan pula seorang ayah (menderita) karena anaknya. Ahli waris pun (berkewajiban) seperti itu pula. Apabila keduanya ingin menyapih dengan persetujuan dan permusyawaratan antara keduanya, maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin menyusukan anakmu kepada orang lain, maka tidak ada dosa bagimu memberikan pembayaran dengan cara yang patut. Bertakwalah kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha Melihat apa yang kamu kerjakan"

Ajaran Islam mengajarkan bahwa ibu-ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama dua tahun penuh, bagi yang ingin menyusui secara sempurna, ini berarti untuk mencegah *stunting* perlu Inisiasi Menyusu Dini (IMD) saat anak lahir, pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, sampai anak berusia 2 tahun. Selain IMD, perlu juga cara pemberian makan, imunisasi, stimulasi, dan kebersihan.Aspek kebersihan juga sangat diutamakan karena menggunakan air bersih saat MCK, untuk masak dan minum serta cuci tangan dengan sabun dan air mengalir. Kebersihan sangat penting bagi ibu hamil dan menyusui, terlebih saat pandemi karena berisiko terkena penyakit infeksi termasuk virus covid-19.

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

BAB IV
KELEMAHAN-KELEMAHAN DALAM MENGELOLA KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN *STUNTING* PUSKESMAS MELALUI AKSI INTEGRASI BERSAMA STAKEHOLDER PEMERINTAHAN PROVINSI JAWA TENGAH SAAT INI

A. Kelemahan - Kelemahan dalam Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia

Stunting atau sering disebut kerdil atau pendek adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya. Standar yang dimaksud terdapat pada buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan beberapa dokumen lainnya. Global Nutrition Report 2016 mencatat bahwa prevalensi *stunting* di Indonesia berada pada peringkat 108 dari 132 negara. Dalam laporan sebelumnya, Indonesia tercatat sebagai salah satu dari 17 negara yang mengalami beban ganda gizi, baik kelebihan maupun kekurangan gizi. Di kawasan Asia Tenggara, prevalensi *stunting* di Indonesia merupakan tertinggi kedua, setelah Kamboja .

Prevalensi *stunting* selama 10 tahun terakhir menunjukkan tidak adanya perubahan yang signifikan dan ini menunjukkan bahwa masalah *stunting* perlu ditangani segera. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan 30,8% atau sekitar 7 juta balita menderita *stunting*. Masalah gizi lain terkait dengan *stunting* yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat adalah anemia pada

ibu hamil (48,9%), Berat Bayi Lahir Rendah atau BBLR (6,2%), balita kurus atau wasting (10,2%) dan anemia pada balita.

Penurunan *stunting* penting dilakukan sedini mungkin untuk menghindari dampak jangka panjang yang merugikan seperti terhambatnya tumbuh kembang anak. *Stunting* mempengaruhi perkembangan otak sehingga tingkat kecerdasan anak tidak maksimal. Hal ini berisiko menurunkan produktivitas pada saat dewasa. *Stunting* juga menjadikan anak lebih rentan terhadap penyakit. Anak *stunting* berisiko lebih tinggi menderita penyakit kronis di masa dewasanya.

Pada tahun 2018, data menunjukkan bahwa 30,8% anak balita di Indonesia mengalami *stunting*. Meskipun prevalensi tersebut telah mengalami penurunan dari 37,2% di tahun 2013, tetap saja prevalensinya menunjukkan bahwa 1 dari 3 anak Indonesia mengalami kekurangan gizi dalam jangka waktu yang lama.

Mengacu pada *"The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition"*[83], *"The Underlying Drivers of Malnutrition"*[84], dan "Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia"[85] penyebab langsung masalah gizi pada anak termasuk *stunting* adalah rendahnya asupan gizi dan status kesehatan. Penurunan *stunting* menitikberatkan pada penanganan penyebab masalah gizi, yaitu 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

[83] UNICEF. (2013*), Improving Child Nutrition, The Achievable Imperative for Global Progress*. UNICEF: New York.
[84] International Food Policy Research Institute, 2016, *From Promise to Impact Ending malnutrition by 2030*. IFPRI: Washington DC.
[85] Bappenas, 2018, *Rencana Aksi Nasional Dalam Rangka Penurunan Stunting*, Rembuk *Stunting*: Jakarta

kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (kesehatan), serta kesehatan lingkungan yang meliputi tersedianya sarana air bersih dan sanitasi (lingkungan). Keempat faktor tersebut mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan ibu dan anak. Intervensi terhadap keempat faktor tersebut diharapkan dapat mencegah masalah gizi, baik kekurangan maupun kelebihan gizi.

Pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan faktor keturunan. Penelitian Dubois, et.al pada tahun 2012 menunjukkan bahwa faktor keturunan hanya sedikit (4-7% pada wanita) mempengaruhi tinggi badan seseorang saat lahir. Sebaliknya, pengaruh faktor lingkungan pada saat lahir ternyata sangat besar (74-87% pada wanita). Hal ini membuktikan bahwa kondisi lingkungan yang mendukung dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan anak.

Ibu hamil dengan konsumsi asupan gizi yang rendah dan mengalami penyakit infeksi akan melahirkan bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR), dan/atau panjang badan bayi di bawah standar. Asupan gizi yang baik tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga tetapi juga dipengaruhi oleh pola asuh seperti pemberian kolostrum (ASI yang pertama kali keluar), Inisasi Menyusu Dini (IMD), pemberian ASI eksklusif, dan pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) secara tepat. Selain itu, faktor kesehatan lingkungan seperti akses air bersih dan sanitasi layak serta pengelolaan sampah juga berhubungan erat dengan kejadian infeksi penyakit menular pada anak.

Kehidupan anak sejak dalam kandungan ibu hingga berusia dua tahun (1.000 HPK) merupakan masa-masa kritis dalam mendukung pertumbuhan dan

perkembangan anak yang optimal. Faktor lingkungan yang baik, terutama di awal-awal kehidupan anak, dapat memaksimalkan potensi genetik (keturunan) yang dimiliki anak sehingga anak dapat mencapai tinggi badan optimalnya. Faktor lingkungan yang mendukung ditentukan oleh berbagai aspek atau sektor.

Penyebab tidak langsung masalah *stunting* dipengaruhi oleh berbagai faktor, meliputi pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan. Untuk mengatasi penyebab *stunting*, diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: (a) Komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; (b) Keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan (c) Kapasitas untuk melaksanakan. [86]

Pada tahun 2018, Pemerintah mencanangkan percepatan dalam melakukan penurunan dan pencegahan *stunting* dan menargetkan menurunkan prevalensi *stunting* hingga 14% pada tahun 2024. Percepatan pencegahan *stunting* ini melibatkan 23 kementerian dan lembaga melalui berbagai program dan kegiatan yang dilaksanakannya. Pencegahan *stunting* juga dilakukan dengan sinergi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dunia usaha, dan organisasi kemasyarakatan.[87]

Strategi Nasional percepatan pencegahan *stunting* di Indonesia melalui tiga prioritas, yaitu (1) sasaran prioritas; (2) intervensi prioritas; dan (3) lokasi prioritas.

[86] Kementrian PPN/BAPPENAS, 2018, *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi Di Kabupaten/ Kota*, hal. 1-3
[87] Kementerian Sekretariat Negara RI Sekretariat Wakil Presiden, 2021, *Laporan Capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting)*

Sasaran prioritas dari pencegahan *stunting* adalah ibu hamil, ibu menyusui dan anak 0-2 tahun atau rumah tangga 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Sementara itu, intervensi prioritas dibagi menjadi dua kelompok yaitu intervensi spesifik; yang menyasar penyebab langsung terjadinya *stunting*, dan intervensi sensitif yang menyasar penyebab tidak langsung. Intervensi prioritas ini juga diidentifikasi untuk setiap kelompok sasaran prioritas yang telah ditetapkan. Sedangkan untuk lokasi prioritas, Pemerintah menetapkan bahwa percepatan pencegahan *stunting* akan dilakukan di seluruh kabupaten/kota secara bertahap yang ditetapkan melalui keputusan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional. Tahap pertama, pada tahun 2018 terdapat 100 kabupaten/kota yang menjadi prioritas program, sedangkan di tahun 2019 terdapat 160 kabupaten/kota prioritas. Tahap selanjutnya, pada tahun 2020 difokuskan di 260 kabupaten/kota prioritas, dan 2021 difokuskan pada 360 kabupaten/kota prioritas. Tahap selanjutnya pada tahun 2024 seluruh kabupaten/kota yang berjumlah 514 kabupaten/kota akan menjadi prioritas pencegahan *stunting*.

Dalam Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 Tentang RPJMN 2020-2024 yaitu Percepatan Penurunan *Stunting*, sesuai Visi dan Misi bapak Presiden dan Wakil Presiden terkait Gizi, disebutkan dalam mengembangkan Sistem Jaminan Gizi dan Tumbuh Kembang Anak, melalui: Mempercepat pemberian jaminan asupan gizi sejak dalam kandungan, Memperbaiki pola asuh keluarga, Memperbaiki fasilitas air bersih dan sanitasi lingkungan yang mendukung tumbuh kembang anak. Maka dalam RPJMN 2020-2024, upaya percepatan penurunan

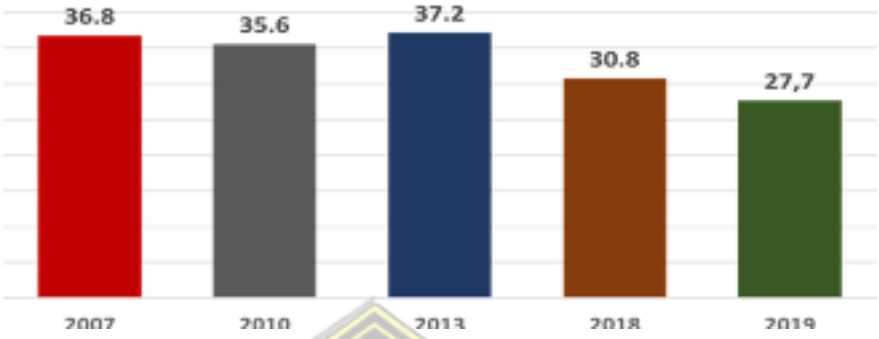
stunting menjadi salah satu dari: Proyek Prioritas: Penurunan *Stunting* dan *Major Project*: Percepatan Penurunan Kematian Ibu dan *Stunting.*

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan, angka *stunting* nasional mengalami penurunan dari 37,2 % pada 2013 menjadi 30,8 % pada 2018. Menurut Survei Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) pada 2019, angka ini menurun menjadi 27,7 %. Penurunan angka *stunting* telah dinyatakan sebagai program prioritas nasional. Saat ini, Pemerintah terus bergerak menata perangkat pelaksanaan percepatan pencegahan *stunting* dan menyusun Strategi Nasional (Stranas) Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*Stunting*) 2018-2024. Pemerintah melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, juga menetapkan target angka *stunting* nasional agar bisa turun mencapai 14 %.

Penurunan prevalensi *stunting* 2018 - 2019 juga terjadi pada kelompok umur anak di bawah dua tahun (baduta). Pada tahun 2018, prevalensi *stunting* pada baduta adalah 29,2%. Jika dikelompokkan berdasarkan umur, pada kelompok usia 0 – 5 bulan prevelansi *stunting*-nya 23,2%, pada kelompok usia 6 – 11 bulan sebesar 21,4%, dan pada kelompok usia 12 – 23 bulan prevelansinya adalah 37,7%. Sementara itu, pada tahun 2019 prevalensi *stunting* pada kelompok umur 0 – 11 bulan adalah 9,6%, dan pada kelompok umur 12-23 bulan sebesar 28,30%. Jika dilihat dari perbandingan data tahun 2018 dan 2019, prevalensi *stunting* pada kelompok usia 12 – 23 bulan mengalami penurunan yang sangat tajam, yaitu dari 37,7% menjadi 28,30%.

Grafik 4. 1

Tren Penurunan Prevalensi *Stunting* Nasional 2007 - 2019



Sumber: Riskesdas 2007, 2010, 2013 dan 2018; SSGBI 2019

Dari data Riskesdas data *stunting* mengalami penurunan dan kenaikan dan data hasil SSGBI 2019 data *stunting* mengalami penurunan. Dengan masih adanya *stunting* di Indonesia maka, pemerintah membuat kebijakan percepatan pencegahan *stunting* sesuai dengan peraturan presiden nomor 72 tahun 2021 tentang percepatan penurunan *stunting*. Adapun sasaran pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* pada kelompok remaja; calon pengantin; ibu hamil; ibu menyusui; dan anak berusia O (nol) - 59 (lima puluh sembilan) bulan.

Permasalahan *stunting* adalah masalah yang multidimensi. Masalah ini bisa timbul dari pengasuhan yang tidak baik, terbatasnya layanan kesehatan, kurangnya makanan bergizi, sampai kurangnya air bersih dan sanitasi. Oleh karena itu program pencegahan dan penangan *stunting* daerah perlu mengidentifikasi program kerja terkait penanggulangan *stunting,* agar program-program yang dijalankan dapat berpengaruh secara maksimal.

Dalam upaya melakukan strategi nasional percepatan pencegahan anak kerdil (*stunting*) pada tahun 2018-2024, pemerintah melakukan:

1. Lima pilar utama pencegahan *stunting*, antara lain lima pilar utama pencegahan *stunting* tersebut adalah (i) Komitmen dan Visi Kepemimpinan; (ii) Kampanye Perubahan Perilaku dan Komunikasi antar pribadi; (iii) Konvergensi Program Nasional, Daerah dan Desa; (iv) Kebijakan Ketahanan Pangan dan Gizi; dan (v) Pemantauan dan Evaluasi.

   Stranas *stunting* diformulasikan sebagai strategi jangka menengah terintegrasi yang mengedepankan konvergensi intervensi spesifik dan intervensi sensitif. Hal ini bertujuan agar seluruh intervensi pencegahan, baik spesifik maupun sensitif lebih maksimal, mengingat pencegahan *stunting* membutuhkan upaya serius dan terintegrasi pada semua bidang
2. Kementerian/ lembaga (K/L) penanggung jawab upaya percepatan pencegahan *stunting*; dan
3. Wilayah prioritas; strategi intervensi pencegahan *stunting*; dan penyiapan strategi kampanye nasional.

Pemerintah sudah mengupayakan berbagai cara pencegahan dan penanganan *stunting,* akan tetapi hasil pelaksanaan masih ada sedikit program/ kegiatan yang mengalami kendala atau kelemahan dalam pencegahan dan penangan *stunting* di masa pandemi terutama dalam perencanaan (P1), pelaksanaan (P2) dan evaluasi (P3).

Menurut Lawrence M. Friedman mengemukakan bahwa efektif dan berhasil tidaknya penegakan hukum tergantung tiga unsur sistem hukum, yakni struktur

hukum (*struktur of law*), substansi hukum (*substance of the law*) dan budaya hukum (*legal culture*). Struktur hukum menyangkut aparat penegak hukum, substansi hukum meliputi perangkat perundang-undangan dan budaya hukum merupakan hukum yang hidup (*living law*) yang dianut dalam suatu masyarakat.

Dengan melihat pengertian dari teori *M.friedmen* kita dapat menarik kesimpulan bahwasanya ketiga unsur hukum itu harus berjalan bersama agar hukum yang di buat untuk menegakan keadilan itu dapat berjalan efektif, dan keadilan yang di rasakan oleh masyarakat yang di atur oleh hukum itu sendiri.

Kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi belum dapat mengakomodasi upaya pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* secara efektif sehingga perlu diganti, hingga pada tahun 2021 kebijakan diganti dengan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting.*

Kebijakan/ regulasi yang di buat oleh pemerintah pusat, pemerintah provinsi, pemerintah daerah/kabupaten dan pemerintah desa terhadap penurunan *stunting* terdapat kelemahan-kelemahan dari aspek subtansi hukum, struktur hukum dan budaya hukum. Adapun kelemahan -kelemahan itu antara lain:

1. **Kelemahan-Kelemahan Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dari Aspek Subtansi Hukum.**

a. Masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting.* Payung hukum dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat

sebagai dasar bagi daerah dalam melakukan perencanaan dan penganggaran.

Penyebab *stunting* sangat multidimensi, selain faktor yang bersentuhan langsung dengan ibu dan anak, *stunting* juga disebabkan oleh fasilitas. Namun, faktor paling dominan yang mengakibatkan terjadinya *stunting* adalah asupan gizi yang rendah bagi ibu dan anak. Negara harus bertanggung jawab untuk mensejahterakan masyarakat khususnya keluarga yang tidak berkecukupan sebagaimana yang telah diamanatkan dalam konstitusi Pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945 yang menyebutkan fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara.

Menurut Adriani,[88] orang tua harus mengambil peran penting dengan memperhatikan pengasuhan serta pola makan anak. Bentuk perhatian ibu terhadap anak, seperti praktik menyusui dan pemberian makanan pendamping ASI dengan memperhatikan kandungan gizi serta rangsangan psikososial terhadap perkembangan anak. Bentuk pengasuhan yang berhubungan dengan status gizi anak adalah memperhatikan asuh makan. Artinya bahwa ibu/ pengasuh dalam memberikan makanan perlu memperhatikan cara makan, waktunya harus teratur, ataupun perlengkapan makan yang higeinis. Selain itu, makanan yang dikonsumsi anak mempunyai kualitas gizi sehingga bermanfaat untuk kesehatan serta tumbuh kembang anak

[88] Jamila, dkk, 2018, *Konseling Tentang Pola Asuh Makan Sebagai Upaya Mengubah Pengetahuan Ibu Yang Memiliki Balita Gizi Kurang, Jurnal Bidan* "Midwife Journal" Volume 5 No.01, h. 49

Ada tiga bentuk kewajiban dan tanggung jawab negara dalam rangka perlindungan anak yang berbasis hak asasi manusia yaitu:

1) Menghormati (*obligation to respect*) merupakan kewajiban negara untuk tidak turut campur dalam mengatur warga negaranya Ketika melaksanakan haknya. Dalam hal ini, negara memiliki kewajiban untuk melakukan tindakan-tindakan yang akan menghambat pemenuhan dari seluruh hak asasi anak penderita *stunting*.
2) Melindungi (*obligation to protect*) merupakan kewajiban negara agar bertindak aktif untuk memberi jaminan perlindungan. Artinya bahwa negara berkewajiban untuk mengambil tindakan-tindakan untuk mencegah pelanggaran semua hak asasi anak oleh pihak.
3) Memenuhi (*obligation to fulfill*) merupakan kewajiban dan tanggung jawab negara untuk bertindak secara aktif agar semua warga negara itu bisa terpenuhi hak-haknya termasuk hak anak penderita *stunting*. Negara berkewajiban untuk mengambil langkah-langkah legislatif, administratif, hukum, dan tindakan-tindakan lain untuk merealisasikan secara penuh hak asasi anak.

b. Belum ada panduan yang menjadi acuan/pedoman bagi pemda dalam melaksanakan kemitraan dalam percepatan penurunan *stunting*.

Stunting menimbulkan dampak terhadap perkembangan anak yaitu dampak jangka pendek dan jangka panjang.

1) Dampak jangka pendek meliputi: peningkatan kejadian kesakitan dan kematian; perkembangan kognitif, motorik, dan verbal pada anak tidak optimal; dan peningkatan biaya kesehatan.
2) Dampak Jangka Panjang meliputi: postur tubuh yang tidak optimal saat dewasa (secara fisik anak kelihatan lebih pendek dibandingkan pada umumnya); meningkatnya risiko obesitas dan mengakibatkan timbulnya penyakit lain; menurunnya kesehatan reproduksi; kemampuan belajar dan performa yang kurang optimal saat masa sekolah; produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.[89]
3) Pemetaan pelaksanaan kemitraan percepatan pencegahan *stunting* di daerah belum tersedia dan koordinasi bersama antara mitra di pusat dan daerah yang sudah berjalan dinilai masih belum kuat.

Kebijakan Percepatan Penurunan *Stunting* sesuai Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi hanya diprioritaskan untuk perbaikan gizi pada seribu hari pertama kehidupan. Sedangkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* diprioritaskan untuk remaja; calon pengantin; ibu hamil; ibu menyusui; dan anak berusia 0 (nol) -59 (lima puluh sembilan) bulan. Tanggung jawab pelaksana Percepatan Penurunan *Stunting* sesuai Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah; organisasi kemasyarakatan dan Lembaga

[89] Kementerian Kesehatan RI, "*Pusdatin: Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*."

swadaya masyarakat; organisasi profesi; akademisi; media massa; dunia usaha; masyarakat; dan mitra pembangunan internasional. Sedangkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* dilakukan oleh kementerian/lembaga, Pemerintah Daerah provinsi, Pemerintah Daerah kabupaten/ kota, Pemerintah Desa, dan Pemangku Kepentingan dalam hal ini adalah orang perseorangan, masyarakat, akademisi, organisasi profesi, dunia usaha, media massa, organisasi masyarakat sipil, perguruan tinggi, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan mitra pembangunan, yang terkait dengan Percepatan Penurunan *Stunting*.

Stunting merupakan masalah multidimensi, maka penanganannya harus multiaktor. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya aturan khusus yang mengatur tentang *stunting* dengan muatan hukum, yakni pertama, hak dan kewajiban anak penderita *stunting*; kedua, tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah; ketiga, hak dan kewajiban orang tua; keempat, profesionalisme pelayanan kesehatan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*; kelima, peran serta masyarakat; keenam, sarana dan prasarana; kelima, pengawasan; keenam, sanksi hukum kepada pelaksana tugas, masyarakat, maupun terhadap orang tua yang mengabaikan kewajibannya yang mengakibatkan hak anak tidak terpenuhi. Sanksi hukum sangat urgen keberadaannya dalam suatu aturan, sebab sanksi merupakan alat pemaksa agar suatu aturan dapat

dilaksanakan sehingga menjamin kepastian hukum dan memberikan kemanfaatan.

Dalam Alquran al-Baqarah [2]: 233 disebutkan bahwa pada masa menyusui dalam ajaran Islam adalah dua tahun. Firman Allah SWT, "Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan,". Generasi ‘emas’ dihasilkan dari keluarga yang berkualitas. Terjadinya *stunting* balita atau ‘pendek’ dipengaruhi oleh unsur terkecil, yaitu keluarga dan lingkungan masyarakat sebagai unsur yang lebih luas. Lingkungan keluarga berpengaruh terhadap asupan makanan, baik pada ibu dan balita. Lingkungan terkecil ini juga menstimulasi munculnya faktor risiko lain yang secara langsung berdampak pada terjadinya *stunting,* seperti penyakit infeksi dan pola asuh.

c. Kebijakan penurunan *stunting* di kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora dalam pelaksanaan rembuk *stunting* telah dilakukan, namun kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di ke-3 kabupaten masih dalam bentuk Peraturan Bupati. Peraturan Bupati adalah peraturan perundang-undangan yang bersifat pengaturan yang ditetapkan oleh Bupati untuk menjalankan perintah peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi atau dalam menyelenggarakan kewenangan pemerintah daerah.

Peraturan daerah yang biasanya disebut dengan perda dapat dibagi menjadi peraturan daerah provinsi dan peraturan daerah kabupaten/kota. Peraturan daerah dapat disebut juga sebagai instrumen aturan yang diberikan kepada

pemerintah daerah dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan daerah di masing-masing daerah otonom. Menurut Prof. Dr. Jimmly Asshiddiqie, SH., pengertian peraturan daerah adalah sebagai salah satu bentuk aturan pelaksana undang-undang sebagai peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Kewenangan peraturan daerah bersumber dari kewenangan yang telah ditentukan suatu undang-undang. Meski demikian, peraturan daerah juga dapat dibentuk untuk mengatur hal-hal yang kewenangan untuk mengatur hal-hal tersebut tidak diatur secara eksplisit oleh suatu undang-undang. Hal tersebut dapat dilakukan sesuai dengan ketentuan ketentuan UUD 1945 sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 ayat (3) dan (4). Pembentukan peraturan daerah merupakan manifestasi kewenangan yang diserahkan kepada pemerintah daerah dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah untuk menjalankan hak dan kewajibannya. Dalam pembentukannya telah ditetapkan serangkaian asas meliputi kejelasan tujuan, kelembagaan atau organ pembentuk yang tepat, kesesuaian antara jenis dan materi muatan, dapat dilaksanakan, kedayagunaan dan kehasilgunaan, kejelasan rumusan serta keterbukaan. Semua parameter tersebut tentunya bertujuan agar konsep otonomi daerah berjalan pada jalur yang telah ditetapkan, semakin mendekatkan pelayanan pemerintah daerah kepada masyarakat dan yang terpenting tidak mengancam Negara Kesatuan Republik Indonesia. Dalam pasal 14 Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 disebutkan bahwa materi muatan Peraturan Daerah Provinsi dan Peraturan Daerah Kabupaten/Kota berisi materi muatan dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan

tugas pembantuan serta menampung kondisi khusus daerah dan/atau penjabaran lebih lanjut Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi. Materi muatan dalam rangka penyelenggaraan otonomi daerah dan tugas pembantuan mengandung makna bahwa pembentukan peraturan daerah harus didasarkan pada pembagian urusan antara pemerintah, pemerintah provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah dan Peraturan Perundang-Undangan lain yang mengatur mengenai pembagian urusan di bidang tertentu (seperti peraturan perundang-undangan di bidang pertambangan, kehutanan dsb).

Materi muatan untuk menampung kondisi khusus daerah; bermakna bahwa peraturan daerah sebagai peraturan yang mengagregasi nilai-nilai masyarakat di daerah yang berisi materi muatan nilai-nilai yang diidentifikasi sebagai kondisi khusus daerah. penjabaran lebih lanjut Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi bermakna bahwa secara yuridis pembentukan perda bersumber kepada Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi, dengan kata lain pembentukan Peraturan Daerah harus berdasarkan pendelegasian dari Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi.Asas Materi muatan merupakan hal yang sangat penting untuk difahami oleh pembentuk peraturan daerah, asas materi muatan yang tepat juga sangat bermanfaat sebagai parameter dalam menuangkan isi peraturan daerah, kekeliruan pemahaman terhadap materi muatan dimaksud dapat mengakibatkan tumpang tindihnya antara materi muatan peraturan daerah

dengan peraturan perundang-undangan lainnya. Ketaatan dalam pemenuhan serangkaian asas pembentukan peraturan perundang-undangan termasuk asas materi muatan yang tepat diharapkan dapat menjadikan peraturan daerah yang implementatif dan memberikan kemanfaatan yang sebesar-besarnya kepada masyarakat di daerah.

Sesuai pilar ke-3 yaitu konvergensi Program Nasional, Daerah dan Desa, kegiatan Konvergensi percepatan penurunan *stunting* merupakan program prioritas nasional, sejauh ini fenomena interpretasi konvergensi percepatan penurunan *stunting* di desa, dilihat pada dua hal, yaitu sebagaimana tertuang pada Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Nomor 13 Tahun 2020 tentang prioritas penggunaan dana desa. Pertama, dinyatakan bahwa Kewenangan Lokal Berskala Desa merupakan kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat Desa yang telah dijalankan oleh Desa, mampu dan efektif dijalankan oleh Desa, atau yang muncul karena perkembangan Desa dan prakasa masyarakat Desa, sehingga aturan prioritas penggunaan dana desa untuk program prioritas nasional sesuai dengan kewenangan lokal desa, (tertera pasal 5, ayat2). Kedua, konvergensi percepatan penurunan *stunting* di desa, dalam program prioritas nasional berdasarkan kewenangan lokal (Bab II, C, (ayat 6), pencegahan *stunting* di desa meliputi : (1) pengelolaan advokasi konvergensi percepatan penurunan *stunting* di Desa dengan menggunakan aplikasi digital *electronic-Human Development Worker* (e-HDW); (2) pemberian insentif untuk Kader Pembangunan Manusia (KPM), kader posyandu dan pendidik

Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD); (3) tindakan promotif dan preventif untuk pencegahan *stunting* melalui rumah Desa sehat; (4) memberikan layanan peningkatan layanan kesehatan, peningkatan gizi dan pengasuhan anak.[90]

2. Kelemahan-Kelemahan Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dari Aspek Struktur Hukum.

a. Dalam pelaksanaan sosialisasi hasil rembuk *stunting* sebagai forum pembekalan bagi daerah dalam pelaksanaan pencegahan *stunting* kepada *stakeholders* juga dirasakan masih kurang.

b. Di pemerintah daerah, pelaksanaan komitmen yang sudah ditandatangani oleh kepala daerah harus benar-benar diwujudkan dan dipantau. Akan tetapi kemampuan anggaran pemda untuk melaksanakan komitmen percepatan pencegahan *stunting* sangat terbatas..

Kendala yang ada di desa antara lain: pemberian PMT Penyuluhan dan PMT pemulihan belum semua desa teranggarkan dari Dana Desa dengan jumlah yang sesuai dengan Peraturan Bupati, pemantauan pemberian PMT pemulihan belum bisa maksimal, dan kemampuan kader dalam melakukan pengukuran belum maksimal.

WHO merekomendasikan penurunan *stunting* sebesar 3,9% pertahun dalam rangka memenuhi target 40% penurunan *stunting* pada tahun 2025. Intervensi dilakukan pada sepanjang siklus kehidupan baik di sektor Kesehatan maupun

[90] Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, 2022, *Kebijakan Konvergensi Pencegahan Stunting Di Desa*, Jakarta:hal.3-4

non kesehatan yang melibatkan berbagai lapisan masyarakat seperti pemerin tah, swasta, masyarakat sipil, PBB melalui tindakan kolektif untuk peningkatan perbaikan gizi, baik jangkapendek (intervensi spesifik) maupun jangka panjang (sensitif).[91] Penanganan *stunting* tidak bisa dilakukan sendiri-sendiri (scattered) karena tidak akan memiliki dampak yang signifikan. Upaya pencegahan *stunting* harus dilakukan secara terintegrasi dan konvergen dengan pendekatan multisektor. Oleh karena itu, pemerintah harus memastikan bahwa seluruh kementerian/ lembaga serta mitra pembangunan, akademisi, organisasi profesi, organisasi masyarakat madani, perusahaan swasta, dan media dapat bekerjasama bahu-membahu dalam upaya percepatan pencegahan *stunting* di Indonesia. Tidak hanyadi tingkat pusat, integrasi dan konvergensi upaya pencegahan *stunting* juga harus terjadi di tingkat daerah sampai dengan tingkat desa.[92] Permasalahan sejatinya yang dibutuhkan dalam percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi dengan stakeholder berbasis keadilan adalah sinergitas, komitmen yang berkeadilan antara pemerintah, orang tua, keluarga dan masyarakat dalam mengimplementasi kan hak anak sebagai tuntutan hak asasi manusia dalam suatu negara yang berdaulat.

c. Hasil analisa ke-3 kabupaten yaitu Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora terhadap pelaksanaan kebijakan Rencana

[91] Kementerian Kesehatan RI, "*Pusdatin : Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*.
[92] Tuti Haryanti, 2019, *Jurnal Penegakan Hukum Hak Asasi Manusia Bagi Anak Penderita Stunting(Enforcement Of Human Rights Law For Children With Stunting),* Jakarta:h.225

Aksi Daerah Percepatan Pencegahan *Stunting* yang berjalan selama tiga tahun (2018 – 2020), telah banyak mengalami penurunan angka *stunting*, akan tetapi dalam pelaksanaan masih ada sedikit program/ kegiatan yang mengalami kendala/ perubahan karena masa pandemi terutama dalam perencanaan (P1), pelaksanaan (P2) dan evaluasi (P3).

Adapun data *stunting* berdasrkan SSGI dan e_PPGBM, Kondisi *stunting* Kabupaten Demak tahun 2021 bedasarkan SSGI ada 25,2 % Dan berdasarkan e_PPGBM ada 17,62 %.Hasil Kuesioner Kabupaten Demak. Kabupaten Wonosobo tahun 2021 bedasarkan SSGI ada 28,1% Dan berdasarkan e_PPGBM ada 16,21%. Kabupaten Blora tahun 2021 bedasarkan SSGI ada 21,5% Dan berdasarkan e_PPGBM ada 8,96%.

Data SSGI berasal dari survei yang menyasar rumah tangga dengan anak balita serta dilakukan oleh enumerator terlatih yang memiliki latar belakang pendidikan gizi. SSGI dilakukan secara tahunan sejak 2019 dengan pengecualian pada tahun 2020 karena pandemi Covid-19. Meskipun sama-sama berbasis survei, Riskesdas berbeda dengan SSGI karena pengumpulan data Riskesdas dilakukan setiap lima tahun sekali serta menggunakan sampel rumah tangga umum, tidak terbatas pada rumah tangga dengan balita. Sementara itu, data yang ada di e-PPGBM berasal dari penginputan data yang dilakukan oleh petugas gizi puskesmas berdasarkan hasil penimbangan di posyandu setiap bulannya. Sehingga, data e-PPGBM dapat dilihat secara kohort hingga ke tingkat individu berdasarkan nama dan alamatnya *(by name & by address).*

3. Kelemahan-Kelemahan Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* dari Aspek Budaya Hukum.

a. Sebagian masyarakat masih percaya dengan mitos yang merupakan ilmu dari warisan para leluhur, seperti bayi yang giginya belum tumbuh tidak diperbolehkan untuk makan (tidak mengenal MPASI).[93]

b. Rendahnya pengetahuan ibu menjadi salah satu faktor tidak terpenuhinya hak anak. Pemberian ASI dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI (MPASI) sampai dengan 2 tahun merupakan proses untuk membantu tumbuh kembang bayi dan anak. Kebijakan dan strategi yang mengatur pola asuh ini ada pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 128, Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang ASI, dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/52/2015. Oleh karena itu, perlunya ada pembinaan, penyuluhan, pendidikan pranikah agar terjadi perubahan paradigma dalam masyarakat. Sebab makanan yang dimakan sangat ditentukan oleh keadaan sosial, ekonomi, dan budaya setempat. Di tinjau dari Pola asuh : pola asuh dalam keluarga belum memberikan pendampingan anak *stunting* secara maksimal, masih diasuh oleh orang lain (tidak diasuh oleh ibu/ orang tua), cakupan rendah dalam pemberian Asi eksklusif. Di tinjau Pola makan: Pola pemberian makan balita sesuai tahapan usia, belum dilakukan dengan baik, masih ada keluarga yang

[93] Mahdin Husaini, Yahya; Dyanto, Arvin; Munibah; Setiati, Diyah; Raihani, A; Husaini, 2012"*Studi Faktor Sosio-Budaya Yang Mempengaruhi Gizi Dan Kebiasaan Hidup Sehat Di Martapura - Kalimantan Selatan,*" Bulletin of Health Research, h.26

mengkonsumsi garam krosok (non yodium). Di Tinjau dari Sanitasi: PHBS masih kurang optimal (masih ada keluarga balita yang merokok), dan Tablet Tambah Darah (TTD) remaja putri belum berjalan maksimal, belum semua sekolah mendukung kegiatan pemberian TTD secara optimal.

Hak sehat merupakan hak setiap manusia yang dijamin dalam peraturan perundang-undangan. Realitas yang dijumpai masih ditemukan pelayanan kesehatan yang diskriminatif. Terbukti dengan masih banyaknya laporan terkait masih belum optimal pelayanan dan adanya perlakuan diskriminasi bagi sebagian masyarakat.[94] Pasien miskin (anak berumur 5 tahun) mendapatkan layanan kesehatan yang diskriminatif.[95] Tindakan yang mendiskriminasikan hak anak merupakan pelanggaran hak konstutisional sebagai yang ditegaskan dalam UUD NRI Tahun 1945 bahwa "Setiap orang berhak bebas dari perlakuan yang bersifat diskriminatif atas dasar apapun dan berhak mendapatkan perlindungan terhadap perlakukan yang bersifat diskriminatif itu". Menurut Majda, HAM mensyaratkan individu untuk diakui memperoleh akses kesehatan dengan cepat danbiaya yang terjangkau.

Pemerintah pusat telah melaksanakan rembuk *stunting* sebagai forum untuk mendorong komitmen pelaksanaan percepatan pencegahan *stunting*, baik oleh *stakeholders* di pusat maupun di daerah. Selain itu, pada forum ini juga dilakukan pembekalan kepada daerah tentang kebijakan dan program

[94] Cakrawarta, "*Pemerintah Diminta Hapuskan DiskriminasiTerhadap Pasien BPJS"* (Banten, n.d.), www.cakrawarta.com/pemerintah-diminta-hapuskan- diskriminasi-terhadap-pasien-bpjs.html.

[95]Kompas.Com, "*Pasien Miskin Mendapat LayananDiskriminatif*," n.d., https://www.google.com/amp/s/amp.kompas.lifestyle/read/2012/09/28/11094194/Pasien.miskin.mendapat.layanan.diskriminatif.

percepatan pencegahan *stunting* serta *sharing* praktik baik yang sudah dilakukan oleh beberapa pihak. Pada periode 2018 – 2020, rembuk *stunting* tingkat nasional sudah dilaksanakan sebanyak empat kali, yaitu pada tahun 2018 untuk 100 kabupaten/kota lokasi prioritas tahun 2018, kemudian pada tahun 2019 dilakukan dua kali melibatkan 60 kabupaten/kota lokasi prioritas 2019 dan 100 kabupaten/kota lokasi prioritas 2020, dan pada tahun 2020 untuk 100 kabupaten/kota lokasi prioritas tahun 2021.

Pada Bulan maret 2021, terdapat 360 bupati/walikota yang sudah menandatangani komitmen untuk melaksanakan percepatan pencegahan *stunting* di daerahnya. Para kepala daerah berkomitmen melakukan percepatan pencegahan *stunting* dengan sejumlah aksi, yaitu (1) melakukan pemetaan program kegiatan dan sumber pembiayaan terkait *stunting* hingga tingkat desa/kelurahan, (2) melaksanakan pertemuan daerah bersama seluruh organisasi, perangkat daerah, camat, kepala desa, dan pihak lain, (3) melakukan pengumpulan dan publikasi data *stunting* dan menggunakan data sebagai dasar perbaikan program, menyusun kebijakan, (4) melaksanakan kampanye perubahan perilaku dan komunikasi antar pribadi terkait percepatan pencegahan *stunting*, dan (5) meningkatkan peran desa/kelurahan dalam melakukan konvergensi percepatan pencegahan *stunting* di desa/kelurahan.

Pada tingkat kabupaten/kota, rembuk *stunting* telah dilaksanakan di 227 kabupaten/kota. Rembuk *stunting* merupakan langkah penting untuk memastikan pelaksanaan rencana kegiatan intervensi pencegahan *stunting*

dilakukan secara bersama-sama antara OPD penanggung jawab layanan, lembaga non-pemerintah, dan masyarakat. Rembuk *stunting* dilakukan setelah kabupaten/kota memiliki Rancangan Rencana Kegiatan (Aksi 2) pencegahan *stunting* terintegrasi kabupaten/kota. Sedangkan di tingkat desa, hingga November 2020 terdapat 23.495 desa yang telah melaksanakan rembuk *stunting* di tingkat desa. Rembuk *stunting* desa dilakukan untuk meningkatkan konvergensi pencegahan *stunting* antar masyarakat desa, baik oleh para pengambil keputusan(camat, kepala desa, Badan Permusyawaratan Desa (BPD), penyedia layanan kesehatan (Puskesmas, Posyandu, PAUD, UPT Pendidikan, dan lainnya), dan pelaksana kegiatan (perangkat desa, pendamping desa, dokter, ahli gizi, karang taruna, dan lainnya).

Dari ke-3 kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora, untuk pilar 1 yaitu komitmen dan visi kepemimpinan nasional dan daerah sudah dilakukan dan dimasa pandemi untuk pelaksanaan rembuk *stunting* masih belum optimal. Rembuk *stunting* yang dilakukan dengan *stakeholders* dalam upaya untuk meningkatkan konvergensi pencegahan *stunting* antar masyarakat desa, baik oleh para pengambil keputusan (camat, kepala desa, Badan Permusyawaratan Desa (BPD), penyedia layanan kesehatan (Puskesmas, Posyandu, PAUD, UPT Pendidikan, dan lainnya), dan pelaksana kegiatan (perangkat desa, pendamping desa, dokter, ahli gizi, karang taruna, dan lainnya).

B. Faktor – Faktor Penyebab Belum Terkondisikannya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia dan upaya penanggulangannya.

Dari beberapa Undang-Undang yang ada, bahwa permasalahan percepatan pencegahan *stunting* melalui aksi integrasi bersama stakeholder pemerintahan belum dikelola dengan baik, hal ini banyak kendala-kendala dalam menurunkan *stunting*. Adapun kendala yang dihadapi:

1. Belum efektifnya program-program pencegahan *stunting*;
2. Belum optimalnya koordinasi penyelenggaraan intervensi gizi spesifik dan sensitif di semua tingkatan terkait dengan perencanaan dan penganggaran, penyelenggaraan, dan pemantauan dan evaluasi;
3. Belum efektif dan efisiennya pengalokasian dan pemanfaatan sumber daya dan sumber dana;
4. Keterbatasan kapasitas dan kualitas penyelenggaraan program; dan
5. Masih minimnya advokasi, kampanye, dan diseminasi terkait *stunting*, dan berbagai upaya pencegahannya;dan
6. Masih minimnya regulasi yang mengatur percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* antara stakeholder pemerintah yang ada didaerah.

Adapun Lima pilar utama pencegahan *stunting*, antara lain lima pilar utama pencegahan *stunting* tersebut adalah:

a. Komitmen dan Visi Kepemimpinan;
b. Kampanye Perubahan Perilaku dan Komunikasi antar pribadi;
c. Konvergensi Program Nasional, Daerah dan Desa;
d. Kebijakan Ketahanan Pangan dan Gizi; dan

e. Pemantauan dan Evaluasi.

1. Faktor – Faktor Penyebab Belum Terkondisikannya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia dilihat dari aspek subtansi hukum dan upaya penanggulangannya adalah:

a. Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020, masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting dan* payung hukum dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah dalam melakukan perencanaan dan penganggaran.[96]

   Upaya penanggulangannya adalah terkait dengan belum adanya payung hukum pencegahan *stunting* di daerah, perlu dilakukan advokasi kepada daerah agar memiliki payung hukum bagi pelaksanaan percepatan pencegahan *stunting* yang kuat.

b. Masih minimnya advokasi, kampanye, dan diseminasi terkait *stunting*, dan berbagai upaya pencegahannya.

   Upaya penanggulangannya adalah pemerintah daerah perlu membuat acuan/ pedoman dalam upaya percepatan pencegahan dan penanganan *stunting*.

c. Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Demak, Kabuapaten Wonosobo dan Kabupaten Blora didapatkan bahwa Payung hukum percepatan pencegahan dan penanganan *Stunting* Kabupaten Demak, Kabuapaten

[96] Kementerian Sekretariat Negara RI Sekretariat Wakil Presiden,2021, *Laporan Capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil stunting) Periode 2018-2020*, Jakarta: hal.18-19

Wonosobo dan Kabupaten Blora sudah ada, akan tetapi payung hukum masih dalam bentuk Peraturan Bupati. Dalam hal ini dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah dalam melakukan perencanaan dan penganggaran pencegahan dan penanganan *stunting.*

Upaya penanggulangannya agar Peraturan Bupati yang dikeluarkan daerah kuat dalam sanksi hukumnya dan masuk dalam Hirarki perundangan maka Peraturan Bupati di ubah menjadi PERDA. Karena Peraturan Bupati merupakan peraturan yang dikeluarkan oleh bupati atas wewenangnya dalam daerah otonom terkait suatu hal demi kepentingan masyarakat dan secara tertulis. Kalau PERDA Kabupaten adalah segala macam peraturan daerah kabupaten yg dibuat oleh DPRD kabupaten bersama Bupati mengenai suatu hal, dan sama-sama masuk dalam Hirarki perundangan yg sifat hukumnya mengikat dan mempunya sanksi hukum yg bersifat memaksa.

Produk PERDA materi muatan suatu Perda mencerminkan pertama seluruh materi muatan dalam rangka menyelenggarakan otonomi daerah dan tugas pembantuan, kedua harus mampu menanpung kondisi daerah atau potensi daerah (muatan lokal) dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, ketiga merupakan peraturan derivasi/ penjabaran lebih lanjut perundang-undangan yang lebih tinggi. Asas pembentukan dan materi muatan Perda harus tetap berpedoman pada ketentuan peraturan perundang-undangan dan

asas hukum yang tumbuh dan berkembang dalam masyarakat sepanjang tidak bertentangan dengan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia.[97]

Pemerintah terus bergerak dalam melindungi anak dari *stunting*, meskipun lebih fokus pada upaya pencegahan dibanding penanganan. Tindakan tersebut menunjukkan bahwa pemerintah belum bersungguh-sungguh (*political will*) dalam melindungi hak anak khususnya bagi penderita *stunting*. Pemulihan kesehatan anak dari *stunting* harus menjadi perhatian pemerintah agar anak kembali sehat.[98] Penegakan hak asasi anak akan lebih efektif dengan meningkatkan pengawasan dalam melaksanakan pencegahan dan penanganan *stunting*.

2. Faktor – Faktor Penyebab Belum Terkondisikannya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia dilihat dari aspek sruktural hukum dan upaya penanggulangannya.

a. SDM (sumber daya manusia); Keterbatasan kapasitas dan kualitas penyelenggaraan program.

Secara keseluruhan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* merupakan masalah multidimensi, maka penanganannya harus multiaktor. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya aturan khusus yang mengatur tentang

[97] Muhammad Junaidi, 2021, *Teori Perancangan Hukum Telaah Praktis dan Teoritis Penyusunan Peraturan Perundang-Undangan*, Semarang: hal.69

[98] Sehat menurut WHO yaitu sehat Jasmani, mental, social dan spritual. Sehat jasmani merupakan komponen pentingdalam arti sehat seutuhnya. Sehat Mental yaitu sebagaisuatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, dan emosional yang optimal dari seseorangdan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan sekitarnya. Sehat Spritual; Spritual merupakan komponentambahan pada pengertian sehat oleh WHO dan memilikiarti penting dalam kahidupan sehari-hari masyarakat. Sehat sosial adalah suasana kehidupan berupa perasaanaman damai dan sejahtera, cukup pangan, sandang danpapan

stunting dengan muatan hukum, yakni pertama, hak dan kewajiban anak penderita *stunting*; kedua, tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah; ketiga, hak dan kewajiban orang tua; keempat, profesionalisme pelayanan kesehatan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*; kelima, peran serta masyarakat; keenam, sarana dan prasarana; kelima, pengawasan; keenam, sanksi hukum kepada pelaksana tugas, masyarakat, maupun terhadap orang tua yang mengabaikan kewajibannya yang mengakibatkan hak anak tidak terpenuhi. Sanksi hukum sangat urgen keberadaannya dalam suatu aturan, sebab sanksi merupakan alat pemaksa agar suatu aturan dapat dilaksanakan sehingga menjamin kepastian hukum dan memberikan kemanfaatan.

1) Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 adalah:

Pilar 1:

a) Kabupaten/ kota sebagian besar sudah melaksanakan rembuk *stunting* tapi perlu ditingkatkan efektivitasnya dalam memberikan pembekalan kepada daerah;

b) Hasil-hasil dari rembuk *stunting* harus disosialisasikan kepada *stakeholders* di daerah melalui berbagai media. Kepala daerah sudah menandatangani komitmen yang sudah di sepakati dalam rembuk *stunting* dan harus benar-benar diwujudkan dan dipantau;

Upaya yang dilakukan dalam pelaksanaan pilar 1 adalah:

a) Pelaksanaan rembuk *stunting* nasional perlu ditingkatkan efektivitasnya dalam memberikan pembekalan kepada daerah. Selain itu, hasil-hasil dari rembuk *stunting* harus disosialisasikan kepada *stakeholders* di pusat dan daerah melalui berbagai media;

b) Untuk memandu kabupaten/kota dan desa dalam melaksanakan rembuk *stunting*, perlu disusun/reviu pedoman pelaksanaan rembuk *stunting* di daerah agar kegiatan ini bisa berjalan dengan baik;

2) Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Demak, Kabuapaten Wonosobo dan Kabupaten Blora didapatkan pelaksanaan rembuk *stunting* didaerah bersama OPD dan steakeholder sudah dilakukan , tapi pelaksanaan rembuk *stunting* di tingkat kecamatan belum di efektifkan. Upaya yang dilakukan dengan mengefektifkan rembuk *stunting* dalam memberikan pembekalan kepada kepala desa, tokoh masyarakat, tokoh agama.

Pilar 2:

1) Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 adalah:

a) Kampanye Perubahan Perilaku dan Komunikasi antar pribadi masih belum optimal karena dalam pelaksanaan KAP dan keterlibatan dinas selain Dinas Kesehatan, desa/lurah, PKK, Dasawisma, Toga, pendamping di desa masih kurang;

b) Belum ada sistem pemantauan terintegrasi untuk KPP di daerah serta modul untuk sosialisasi dan materi kampanye *stunting* belum ada yang spesifik untuk setiap kelompok sasaran. Meskipun hasil survei persepsi

menunjukkan adanya peningkatan pemahaman, tapi di tingkat desa pemahaman terkait *stunting* masih kurang.

Upaya yang dilakukan dalam pelaksanaan pada pilar 2 adalah:

a) Perlu disusun modul pelaksanaan kampanye berikut materi kampanye yang disesuaikan dengan kelompok sasaran.
b) Perlu peningkatkan kampanye dan edukasi kepada masyarakat dan pemerintah di semua tingkatan tentang pentingnya pencegahan *stunting* dan keterlibatan semua pihak.
c) Perlu disusun petunjuk teknis dan peningkatan kapasitas bagi pemerintah daerah tentang penyusunan kebijakan, strategi komunikasi dan pelaksanaan komunikasi perubahan perilaku.
d) Perlu dilakukan penguatan posyandu (revitalisasi posyandu), dan sinergi tenaga pendamping, penguatan peran Dasawisma, fasilitasi posyandu, dan tokoh agama untuk mendukung pelaksanaan KAP (khususnya melibatkan Kemendagri, Kemenkes, Kemendesa, dan K/L yang mempunyai tenaga pendamping di lapangan).

2) Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Demak, Kabuapaten Wonosobo dan Kabupaten Blora didapatkan Kampanye Perubahan Perilaku dan Komunikasi antar pribadi masih belum optimal. Upaya yang dilakukan perlu peningkatkan kampanye dan edukasi kepada masyarakat dan pemerintah di semua tingkatan tentang pentingnya pencegahan *stunting* dan keterlibatan semua pihak baik OPD, Perusahaan, Organisasi, tokoh agama dan tokoh masyarakat.

Pilar 3:

1) Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 adalah:

a) Konvergensi Program Nasional, Daerah dan Desa, belum semuanya terlibat secara aktif. Selain itu, proses *tagging* dan *tracking* yang dilakukan selama ini belum mampu menggiring program kegiatan dari kementerian dan lembaga untuk fokus di lokasi prioritas dan menyasar kelompok sasaran prioritas, yaitu keluarga 1000 HPK, seperti program PKH dan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL). Terkait dengan sistem pemantauan, interkoneksi antar *platform* yang dimiliki oleh kementerian dan lembaga masih belum tercipta dengan baik;

b) Untuk pelaksanaan konvergensi di tingkat kabupaten/kota, penggunaan DAK untuk mendukung konvergensi masih diasumsikan hanya dapat digunakan oleh Dinas Kesehatan, bukan oleh seluruh OPD yang terlibat. Hal ini kemudian membatasi penggunaan anggaran hanya untuk kegiatan Dinas Kesehatan. Selain itu, belum semua kabupaten/kota membentuk Tim Percepatan Pencegahan *Stunting* di daerah dan melaksanakan 8 aksi konvergensi pencegahan *stunting* di daerah. Oleh karena itu diperlukan pendampingan yang lebih intensif oleh Bappeda Provinsi. Tantangan lainnya adalah terkait dengan pemanfaatan DAK. Selama ini usulan DAK baru sampai pada level kabupaten/kota, belum sampai konvergensi di tingkat desa/kelurahan. Terkait konvergensi di tingkat desa/kelurahan, saat ini pedoman konvergensi baru ada untuk tingkat desa. Sedangkan untuk

kelurahan belum ada panduan dari Pemerintah Pusat, padahal sudah banyak kelurahan yang menjadi lokasi percepatan pencegahan *stunting*. Tantangan lainnya adalah terkait dengan pembiayaan kegiatan di desa, KPM dan e-HDW. Saat ini masih ada perbedaan pengaturan tentang pendanaan kegiatan yang menggunakan Dana Desa, seperti pembiayaan kegiatan pelatihan Guru PAUD dan KPM, apakah ini dari Dana Desa atau APBD Kabupaten/Kota. Terkait dengan KPM, meskipun sudah 98,6% Desa membentuk KPM, tetapi ada pertanyaan besar terkait dengan kualitas dan terbatasnya peningkatan kapasitas dan pembinaan yang diberikan. Koordinasi antar pelaku di tingkat desa juga masih menjadi masalah saat ini. Sementara itu untuk e-HDW sebagai alat bantu KPM dalam bekerja, saat ini masih harus disempurnakan, baik dari sisi sistem maupun substansinya.

Upaya yang dilakukan dalam pelaksanaan pilar 3 adalah:

a) Keterlibatan 23 kementerian dan lembaga harus terus ditingkatkan, bukan hanya pada tahap *tagging* dan *tracking* anggaran, tetapi juga pada tahap pelaksanaan kegiatan, pemantauan dan evaluasinya, sehingga konvergensi program kementerian/lembaga betul-betul dapat diwujudkan;
b) *Tagging* dan *tracking* anggaran perlu dipertajam sehingga dapat memastikan intervensi terbiayai, dilaksanakan di lokasi prioritas dan tidak terjadi tumpang tindih antar program kementerian dan Lembaga; dan
c) Peningkatan sosialisasi dan bimbingan teknis kepada daerah untuk mengoptimalkan dukungan dana yang dialokasikan pemerintah.

2) Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Demak, Kabuapaten Wonosobo dan Kabupaten Blora didapatkan kegiatan Konvergensi Daerah dan Desa dalam pelaksanaan konvergensi di tingkat kabupaten/kota, belum semuanya terlibat secara aktif dan penggunaan DAK untuk mendukung konvergensi masih diasumsikan hanya dapat digunakan oleh Dinas Kesehatan, bukan oleh seluruh OPD yang terlibat.

Upaya yang dilakukan dalam pelaksanaan pilar 3 adalah:

a) Perlu adanya sosialisasi dan edukasi di tingkat daerah/ desa dalam pelaksanaan kegiatan, pemantauan dan evaluasinya pencegahan dan penanganan *stunting* sehingga konvergensi program kementerian/ lembaga betul-betul dapat diwujudkan; dan
b) Perlu adanya sosialisasi dan bimbingan teknis kepada daerah untuk mengoptimalkan dukungan dana yang dialokasikan pemerintah.

Pilar 4

1) Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 adalah: faktor-faktor Kebijakan Ketahanan Pangan dan Gizi belum terkondisikan pada pelaksanaan pilar 4 di tingkat kabupaten/kota terhenti saat pandemi, cakupan Program Pekarangan Pangan Lestari (P2L) masih sangat terbatas.

Upaya yang dilakukan dalam pelaksanaan pilar 4 adalah:

a) Fortifikasi wajib perlu segera dilakukan agar makanan bergizi dapat disediakan bagi masyarakat, terutama masyarakat miskin;

b) Cakupan Program P2L harus diperluas di lokasi prioritas percepatan pencegahan *stunting*; dan

c) Data program perlu mulai didisagregasi untuk kelompok prioritas, sehingga dapat diperoleh kemajuan konsumsi pangan bergizi oleh kelompok sasaran prioritas.

Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Demak, Kabuapaten Wonosobo dan Kabupaten Blora didapatkan kegiatan Kebijakan Ketahanan Pangan dan Gizi terhenti saat pandemi dan Program Pekarangan Pangan Lestari (P2L) masih sangat terbatas.

Upaya yang dilakukan dalam pelaksanaan pilar 4 adalah: perlu sosialisasi kegiatan Kebijakan Ketahanan Pangan dan Gizi. Perlu mengoptimalkan ketahanan pangan dan gizi pada kelompok prioritas *stunting*.

Pilar 5

1) Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Demak, Kabuapaten Wonosobo dan Kabupaten Blora didapatkan faktor-faktor kebijakan pemantauan dan evaluasi belum terkondisikan karena belum ada sistem monev terpadu untuk pelaksanaan kampanye dan komunikasi perubahan perilaku (KPP). Sementara itu, pelaksanaan SSGI tahun 2020 tidak dapat dilakukan karena pandemi. Pelaksanaan pilar 5 diukur dengan menggunakan beberapa indikator; (1) publikasi tahunan angka penurunan *stunting* pada tingkat nasional dan kabupaten/kota, (2) kajian anggaran dan belanja pemerintah untuk pencegahan *stunting*, (3) pelaksanaan forum kajian pencegahan *stunting*,(4) pemanfaatan dan perbaikan sistem pendataan termasuk

dashboard, (5) pelaksanaan dan pelaporan hasil pemantauan dan evaluasi secara berkala.

Upaya dilakukan dalam pelaksanaan pilar 5 adalah pelaporan hasil pemantauan pelaksanaan *stunting* dilakukan secara berkala, tiga bulanan dan tahunan.

b. Sarana Prasarana

1) Masih ada peralatan pengukur tinggi badan baduta/ anak di posyandu belum sesuai dengan standar.
2) Belum ada pedoman/panduan di setiap OPD/ instansi dalam mendukung percepatan pencegahan dan penanganan *stunting*. Adapun pedoman /panduan yang sudah ada yaitu Pedoman Pelaksanaan intervensi Penurunan *Stunting* terintegrasi di Kabupaten /Kota dan Kebijakan Konvergensi Pencegahan *Stunting* di Desa.

Upaya penanggulangannya adalah menganggarkan dana desa untuk mengadakan peralatan di posyandu dan mengusulkan ke pemerintah daerah untuk dibuat Pedoman/ Panduan di setiap OPD, Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, Organisasi dan Perusahaan.

c. Anggaran Dana

1) Kemampuan anggaran pemda untuk melaksanakan komitmen percepatan pencegahan *stunting* sangat terbatas.

Upaya penanggulangan keterbatasan dana pemda, perlu ada kejelasan tentang pengaturan mata anggaran untuk *stunting* dalam regulasi baik yang dikeluarkan oleh Kemenkeu, Kemendagri dan Kemendesa PDTT. Selain

itu, perlu dilakukan pelibatan mitra pembangunan untuk mendukung pembiayaan dan program pencegahan *stunting* di daerah.

3. Faktor – Faktor Penyebab Belum Terkondisikannya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* di Indonesia dilihat dari aspek budaya hukum dan upaya penanggulangannya.

a. Lingkungan

Dunia sedang dilanda pandemi Covid-19, Maret 2020 Indonesia dilanda pandemi, di temukan kasus pertama. Jumlah total yang terkonfirmasi positif Covid terus bertambah. Dengan adanya pandemi ini tingkat kecemasan masyarakat meningkat dan pemerintah terus berupaya menghentikan penyebaran Covid-19, salah satunya dengan vaksin. Berdasarkan data dari Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional (KPCPEN), hingga 28 April 2021 terdapat 12.112.888 orang yang telah menjalani vaksin pertama, sedangkan 7.374.458 orang yang telah menjalani vaksin ke-2.

Pandemi Covid-19 mempengaruhi semua kegiatan, tak terkecuali kegiatan pencegahan *stunting*. Selain relokasi anggaran pada kementerian/lembaga, pemerintah daerah, dan Dana Desa, pandemi juga menyebabkan hilangnya pekerjaan dan berkurangnya pendapatan sebagian masyarakat yang kemudian berujung pada turunnya daya beli masyarakat terhadap pangan bergizi. Selain itu, pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) juga menyebabkan terhambatnya layanan publik kepada masyarakat, seperti posyandu, kelas bumil, PAUD, dan lainnya, terutama di daerah terdampak pandemi. Namun, Presiden dan Wakil Presiden tetap berkomitmen

menjadikan percepatan pencegahan *stunting* sebagai program prioritas nasional. Presiden tetap menargetkan angka prevalensi *stunting* turun hingga 14% pada akhir tahun 2024.

Kondisi pandemi ini diprediksi akan meningkatkan prevalensi *stunting* di Indonesia. Berdasarkan analisis prediksi yang dilakukan oleh Institute Gizi Indonesia dengan menggunakan berbagai data sekunder yang dilakukan pada Bulan November 2020, prevalensi *stunting* pada tahun 2021 diprediksi akan mengalami kenaikan hingga 32,5%. Jika ini terjadi, berarti Indonesia akan kembali pada kondisi sebelum tahun 2018.[99]

Upaya penanggulangannya dengan memfokuskan kelompok sasaran bantuan kepada keluarga 1000 HPK dengan jumlah kelompok sasaran yang lebih luas dan menambahkan jenis makanan bergizi, menyediakan berbagai panduan penyediaan layanan kesehatan ibu dan anak di masa pandemi. Panduan-panduan tersebut dapat digunakan oleh para penyedia layanan kesehatan di masyarakat untuk tetap melaksanakan layanan kesehatan pada masa pandemi, memberikan edukasi cara pemberian asupan gizi yang baik bagi ibu hamil dan anak sampai usia dua tahun dan perilaku disiplin hidup bersih dan mencuci tangan sebagai upaya pencegahan penyebaran Covid-19, juga disarankan dalam pencegahan *stunting*.

[99] Kementerian Sekretariat Negara RI, 2020, *Laporan Capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil stunting Periode 2018-2020*,Jakarta: hal.48-49.

b. Pendidikan

Pendidikan sangat berpengaruh pada kejadian *stunting* di suatu daerah. Dari hasil penelitian sebanyak 16 (5,20%) responden dengan tingkat pendidikan ibu tidak sekolah/tidak tamat Sekolah Dasar, sebanyak 134 (43,50%) responden dengan tingkat pendidikan Sekolah Dasar, sebanyak 90 (29,20%) responden dengan tingkat pendidikan SMP, sebanyak 61 (19,80%) responden dengan tingkat pendidikan SMA, sebanyak 7 (2,30%) responden dengan tingkat pendidikan Perguruan Tinggi. Sebanyak 116 (38,6%) anak dengan *stunting* dan sebanyak 189 (61,4%) anak yang tidak *stunting*. Terdapat hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian *stunting* dengan nilai p *value* = 0,005 (< 0,05).Simpulan dan Implikasi: tingkat pengetahuan ibu memiliki peranan yang signifikan dengan kejadian *stunting*. Upaya yang dilakukan adalah calon ibu diharapkan dapat meningkatkan pendidikan formalnya, dikarenakan pendidikan merupakan cara praktis agar ibu lebih mudah dalam menyerap informasi kesehatan.[100]

c. Sosial Ekonomi

Stunting merupakan salah satu bentuk gizi kurang pada anak yang dihitung berdasarkan pengukuran tinggi badan menurut umur (TB/U) dengan nilai Z-score kurang dari -2 SD (standar deviasi). *Stunting* juga menggambarkan kejadian gizi kurang yang berlangsung dalam waktu yang

[100] The Indonesian Journal of Health Science, volume 12, No.1, Juni 2020, *Dedeh Husnaniyah, Depi Yulyanti, Rudiansyah Rudiansyah,Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Kejadian Stunting.*

lama dan merupakan masalah kesehatan masyarakat karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian hingga terhambatnya pertumbuhan mental. Salah satu faktor yang mempengaruhi *stunting* adalah sosial ekonomi seperti pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, pengetahuan ibu tentang gizi, jumlah anggota keluarga dan sanitasi lingkungan. Hal ini dilihat dari beberapa penelitian Menurut tahun 2011 ada165 juta (26%) balita dengan *stunting* di seluruh dunia. Indonesia termasuk dalam 5 negara dengan angka balita *stunting* tertinggi yaitu ada 7,5 juta balita.

d. Budaya

Faktor-faktor yang mempengaruhi gizi balita adalah keadaan infeksi, tingkat komsumsi makanan, pengaruh budaya, penyediaan pangan, keterjangkauan kesediaan pelayanan, higine dan sanitasi lingkungan, tingkat pendapatan, tingkat pendidikan ibu, dan pengetahuan ibu tentang gizi.

Salah satunya budaya, hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaruh budaya antara lain sikap terhadap makanan, penyebab penyakit, kelahiran anak, dan produksi pangan. Dalam hal sikap terhadap makanan, masih terdapat pantangan, tahayul, tabu dalam masyarakat yang menyebabkan konsumsi makanan menjadi rendah. Konsumsi makanan yang rendah juga disebabkan oleh adanya penyakit, terutama penyakit infeksi saluran pencernaan. Jarak kelahiran anak yang terlalu dekat dan jumlah anak yang terlalu banyak akan mempengaruhi asupan gizi dalam keluarga. Konsumsi zat gizi keluarga yang rendah, juga dipengaruhi oleh produksi pangan.

Rendahnya produksi pangan disebabkan karena para petani masih menggunakan teknologi yang bersifat tradisional.[101] Upaya yang dilakukan adalah dengan memberikan sosialisasi kepada masyarakat tentang kesehatan terutama *Stunting.*

[101] Supariasa dkk, 2012, *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC

BAB V
REKONTRUKSI KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENANGANAN *STUNTING* PUSKESMAS MELALUI AKSI INTEGRASI BERSAMA STAKEHOLDER PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH BERBASIS KEADILAN

A. Perbandingan Sebelum dan Sesudah Adanya Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* Puskesmas Melalui Aksi Integrasi Bersama Stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Berbasis Keadilan

Stunting (kerdil) adalah kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur. Kondisi ini diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Balita *stunting* termasuk masalah gizi kronik yang disebabkan oleh banyak faktor seperti kondisi sosial ekonomi, gizi ibu saat hamil, kesakitan pada bayi, dan kurangnya asupan gizi pada bayi. Balita *stunting* di masa yang akan datang akan mengalami kesulitan dalam mencapai perkembangan fisik dan kognitif yang optimal.

Ancaman permasalahan gizi di dunia, ada 165 juta anak dibawah 5 tahun dalam kondisi pendek (*stunting*) dan 90% lebih berada di Afrika dan Asia. Target global adalah menurunkan *stunting* sebanyak 40% pada tahun 2025. Untuk itu dibutuhkan penurunan 3,9% per tahun. Dalam jangka waktu 20 tahun tersebut dapat diturunkan 1,6% per tahun. Hasil dari South East Asian Nutrition Survey (SEANUTS) pada tahun 2010-2011 menempatkan Indonesia sebagai negara yang memiliki jumlah anak balita pendek terbesar, jauh diatas Malaysia, Thailand serta

Vietnam Status gizi balita jawa tengah tahun 2017 berdasar PSG: Balita gizi kurang (17%), Balita pendek (28,5%), Balita kurus (9,3%).[102]

Berdasarkan data WHO tahun 2016, prevalensi balita *stunting* di wilayah Asia Tenggara mencapai 33,8% yang berada di negara Myanmar sebesar 35%, Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%). Indonesia merupakan salah satu negara berkembang yang berada di kawasan Asia Tenggara yang sedang membangun dan masih memiliki beberapa kekurangan dan ketertinggalan terutama dibidang kesehatan khususnya masalah gizi.[103] Salah satu masalah kekurangan gizi di Indonesia adalah *stunting* dan prevalensi *stunting* di Indonesia tertinggi kedua (36,4%) dibandingkan dengan negara lain di wilayah Asia Tenggara dan peringkat kelima didunia.

Dari hasil laporan UNICEF menyebutkan, di tiga negara Asia Tenggara: Filipina, Indonesia, dan Malaysia, rata-rata 40 persen anak di bawah lima tahun mengalami kurang gizi.[104] Masalah gizi kurang (underweight) di Asia Tenggara pada tahun 2005-2016 yaitu sebesar 35,7% yang merupakan urutan pertama permasalahan gizi kurang di dunia. Kemudian diikuti oleh Afrika dengan kasus gizi kurang sebesar 19%. Di Asia Tenggara, India merupakan negara yang menempati urutan pertama dalam masalah gizi kurang yaitu 35,7%, Myanmar 18,9% dan Thailand 6,7%..

---

[102] Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan, 2021, *Peran kader peduli stunting meningkatkan optimalisasi penurunan risiko stunting*, Volume 7, Issue 1 Year 2021, Pages 4552URLhttp://jurnal.unissula.ac.id/index.php/jnmDOIhttp://dx.doi.org/10.30659/nursco pe.7.1.45- 52

[103] Kemenkes, 2019, *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta: hal.56-57

[104]https://www.merdeka.com/sehat/unicef-ungkap-40-persen-anak-di-3-negara-asia-tenggara-kurang-gizi-karena-mi-instan.html

Dari hasil SSGI tahun 2021 yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan tidak hanya memberikan gambaran status gizi balita saja tetapi juga dapat digunakan sebagai instrumen untuk monitoring dan evaluasi capaian indikator intervensi spesifik maupun intervensi sensitif baik di tingkat nasional maupun kabupaten/kota yang telah dilakukan sejak 2019 dan hingga tahun 2024. Saat ini, Prevalensi *stunting* di Indonesia lebih baik dibandingkan Myanmar (35%), tetapi masih lebih tinggi dari Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%).[105]

Kondisi *stunting* pada tahun 2021 berdasarkan SSGI Negara Indonesia lebih tinggi dari Negara Malaysia. Negara Indonesia berdasarkan hasil SSGI tahun 2021 angka *stunting* secara nasional mengalami penurunan sebesar 1,6 persen per tahun dari 27.7 % tahun 2019 menjadi 24,4 % tahun 2021, sedangkan Negara Malaysia angka *stunting* 17 %.

Pembuat kebijakan Negara Malaysia dan masyarakat umum sebagian besar berfokus pada penyebab langsung *stunting,* terutama pada asupan makanan yang tidak memadai, tetapi belum terlalu memperhatikan faktor penentu yang mendasari *stunting*. Menilai kinerja negara Malaysia dalam faktor penentu utama *stunting* yang terdiri dari: (i) ketahanan pangan rumah tangga; (ii) praktik perawatan dan pemberian makan yang memadai; (iii) akses ke layanan kesehatan; dan (iv) adanya lingkungan yang sehat.

[105] https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20211227/4339063/penurunan-prevalensi-stunting-tahun-2021-*sebagai-modal-menuju-generasi-emas-indonesia-2045*

Strategi percepatan pencegahan dan penanganan penurunan *stunting* di Negara Indonesia menggunakan 5 pilar, sedangkan Negara Malaysia dalam menurunkan *stunting* dengan beberapa faktor yang harus diperhatikan antara lain: ketahanan pangan rumah tangga, praktik perawatan dan pemberian makan yang memadai, akses ke layanan kesehatan, dan adanya lingkungan yang sehat.

Ketahanan pangan disini merupakan akses fisik, sosial dan ekonomi terhadap pangan yang cukup, aman dan bergizi yang memenuhi kebutuhan pangan dan preferensi pangan untuk hidup aktif dan sehat. Dengan kata lain, ketahanan pangan menyangkut ketersediaan, aksesibilitas, keterjangkauan dan pemanfaatan pangan. Praktik perawatan dan pemberian makan yang memadai salah satunya pemberian nutrisi bagi ibu dan anak serta keluarga. Praktik pemberian makan bayi dan anak kecil yang direkomendasikan secara universal untuk masa kritis 1.000 hari untuk gizi menetapkan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama; dilanjutkan dengan pemberian ASI sampai dua tahun atau lebih bersama dengan makanan pendamping ASI yang cukup, tepat dan aman.

Kebijakan Menyusui Nasional (*the National Breast feeding Policy*) Malaysia menyatakan bahwa semua ibu didorong untuk menyusui bayinya secara eksklusif dengan ASI sejak lahir sampai usia enam bulan dan selanjutnya berlanjut sampai anak berusia dua tahun.

Di Negara Malaysia akses anak terhadap layanan kesehatan dapat diukur melalui tingkat imunisasi. Tingkat vaksinasi sangat mengesankan. WHO merekomendasikan tingkat cakupan vaksinasi minimal 95%., akan tetapi Negara

Malaysia vaksinasi sebanyak 95,4% anak usia 12-23 bulan menyelesaikan vaksinasi primernya.

Malaysia memiliki kinerja yang mengesankan dalam hal akses ke layanan air dan sanitasi yang memadai 92% penduduk memiliki akses ke layanan air yang dikelola dengan aman sementara 82% memiliki layanan sanitasi yang dikelola dengan aman, dengan nol prevalensi buang air besar sembarangan. Dengan kata lain, mayoritas orang Malaysia memiliki akses ke pasokan air perpipaan pusat dan fasilitas sanitasi yang memadai.

Kondisi *stunting* berdasarkan SSGI Negara Indonesia lebih tinggi dari Negara Thailand. Negara Indonesia berdasarkan hasil SSGI tahun 2021 angka *stunting* secara nasional 24,4 %, sedangkan Negara Thailand angka *stunting* 16 %.

Salah satu kebijakan dan program gizi di Thailand memberikan perhatian besar terhadap data status gizi anak. Dalam kebijakan pembangunan nasional secara konsisten memasukkan status gizi anak sebagai salah satu indikator kemiskinan. Atas dasar perkembangan status gizi anak program gizi disusun sebagai bagian dari program penanggulangan kemiskinan. Thailand mengukur kemajuan kesejahtraan rakyatnya antara lain dengan indikator pertumbuhan berat badan anak, bukan hanya dengan berapa rata-rata persediaan atau konsumsi energi dan protein penduduk seperti yang sering kita lakukan di Indonesia. Paradigma kebijakan gizi di Thailand adalah paradigma outcome yaitu pertumbuhan anak dan status gizi. Sedang Indonesia masih lebih banyak mengetrapkan paradigma lama yang berorientasi pangan atau makanan. Paradigma baru bertitik tolak pada indikator kesehatan, dan kesejahteraan rakyat yaitu angka penyakit dan angka kematian bayi dan ibu

melahirkan. Oleh karena menurut WHO 49 % kematian bayi terkait dengan status gizi yang rendah, maka dapat dimengerti apabila pertumbuhan dan status gizi termasuk indikator kesejahteraan seperti diterapkan di Negara Thailand.[106]

Perbandingan data *stunting* di Negara Vietnam lebih sedikit dari data *stunting* di Indonesia. Negara Vietman berada di garda depan perkembangan bayi dan bayi di antara negara-negara Asia Tenggara, yang sebelumnya *stuting* 23 %. Hasil dari survei nutrisi nasional baru-baru ini menunjukkan bahwa Negara Vietnam mengungguli negara-negara Asia Tenggara lainnya dalam pengurangan *stunting* anak. Tahun 2021 prevalensi *stunting* pada anak di bawah lima tahun berada pada titik terendah yaitu 19,6%, lebih rendah dari rata-rata untuk wilayah Asia (21,8%), yang berarti Vietnam berada 'di jalur' untuk target pengerdilan, pada tahun 2025. Sejalan dengan pencapaian ini, Vietnam juga 'di jalur' untuk mencapai target ASI eksklusif, dengan 45,4% bayi berusia 0 hingga 5 bulan disusui secara eksklusif. Strategi *stunting* Negara Vietnam dengan cara mengurangi kelaparan dan meningkatkan kualitas makanan serta merekomendasikan pengembangan intervensi gizi dengan menargetkan populasi rentan, termasuk perempuan dan anak-anak, orang miskin, dan etnis minoritas.[107] Terlepas dari dampak buruk COVID-19, Pemerintah Vietnam dan mitra pembangunan terus memberikan dan meningkatkan kesehatan bayi dan bayi melalui promosi pemberian ASI dan

[106] Artikel, Perlu paradigma baru untuk menanggulangi masalah gizi makro di Indonesia Oleh : Prof.Dr. Soekirman Guru Besar Ilmu Gizi / Kepala Pusat Studi Kebijakan Pangan dan Gizi Institut Pertanian Bogor (IPB)

[107]https://scalingupnutrition.org/news/viet-nams-national-nutrition-strategy-for-2021-2030-more-equitable-resilient-and-sustainable-food-and-health-systems

pengurangan stunting pada masa kanak-kanak, memastikan bahwa Vietnam tetap berada di jalur yang tepat untuk mencapai SDG pada tahun 2030.

Menurut hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Kementerian Kesehatan (Kemenkes), prevalensi balita yang mengalami *stunting* di Indonesia sebanyak 24,4% pada 2021. Dengan demikian, hampir seperempat balita di dalam negeri yang mengalami *stunting* pada tahun lalu. Kendati, persentase itu telah mengalami penurunan dibandingkan beberapa tahun sebelumnya. Pada 2020, prevalensi stunting di Indonesia diprediksi masih sebesar 26,92%. Melihat trennya, prevalensi stunting di Indonesia sempat melonjak menjadi sebesar 37,2% pada 2013 dan 30,8% pada 2018. Namun, angka cenderung mengalami penurunan dalam beberapa tahun terakhir. Pemerintah pun menargetkan prevalensi stunting di Indoensia turun menjadi di bawah 14% pada 2024. Untuk itu, target penurunan prevalensi stunting setiap tahun harus berkisar 2,7%.[108]

Berdasarkan kerangka konseptual Organisasi Kesehatan Dunia tentang stunting bahwa faktor-faktor penentu stunting di Indonesia dan faktor kesenjangan data masih ada. Bukti yang konsisten menunjukkan pemberian ASI non-eksklusif selama 6 bulan pertama, status sosial ekonomi rumah tangga yang rendah, kelahiran prematur, panjang lahir yang pendek, dan tinggi badan serta pendidikan ibu yang rendah merupakan faktor penentu stunting anak yang penting di Indonesia. Anak-anak dari rumah tangga dengan jamban yang tidak layak dan air minum yang tidak diolah juga berisiko lebih tinggi. Faktor masyarakat dan masyarakat-khususnya,

[108] https://dataindonesia.id/Ragam/detail/prevalensi-stunting-di-indonesia-capai-244-pada-2021

akses yang buruk ke perawatan kesehatan dan tinggal di daerah pedesaan-telah berulang kali dikaitkan dengan pengerdilan anak. Studi yang diterbitkan kurangnya pendidikan; masyarakat dan budaya; sistem pertanian dan pangan; dan air, sanitasi, dan lingkungan berkontribusi terhadap pengerdilan anak. Sintesis komprehensif dari bukti yang tersedia tentang faktor penentu *stunting* di Indonesia ini menguraikan siapa yang paling rentan terhadap *stunting*, intervensi mana yang paling berhasil, dan penelitian baru apa yang diperlukan untuk mengisi kesenjangan pengetahuan. Maka perlu adanya survey perbandingan kebijakan sebelum dan sesudah kebijakan stunting. Adapun perbandingan kebijakan sebelum dan sesudah percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* di tinjau dari subtansi hukum, struktur hukum dan budaya hukum.

1. **Kebijakan *stunting* sebelum dan sesudah adanya pencegahan dan penanganan *stunting* ditinjau dari subtansi hukum**

   Sebelum adanya kebijakan *stunting* pada tahun 2013 yaitu Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting* dan belum ada komitmen bersama dalam upaya penurunan *stunting*, maka status *stunting* di Indonesia terutama pada balita pendek cenderung statis. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan prevalensi balita pendek di Indonesia sebesar 36,8%. Pada tahun 2010, terjadi sedikit penurunan menjadi 35,6%. Namun prevalensi balita pendek kembali meningkat pada tahun 2013 yaitu menjadi 37,2%. Setelah adanya kebijakan

pemerintah Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, maka tahun 2017 prevalensi balita pendek kembali masih meningkat menjadi 29,6%.

Kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, belum dapat mengakomodasi upaya pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* secara efektif dan kebijakan itu diganti dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*. Strategi kebijakan baru tentang pecepatan penurunan *stunting* adalah langkah-langkah berupa 5 (lima) pilar yang berisikan kegiatan untuk Percepatan Penurunan *Stunting* dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan melalui pencapaian target nasional prevalensi *stunting* yang diukur pada anak berusia di bawah 5 (lima) tahun. Kebijakan bertujuan untuk menurunkan prevalensi *stunting*; meningkatkan kualitas penyiapan kehidupan berkeluarga; menjamin pemenuhan asupan gizi; memperbaiki pola asuh; meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan; dan meningkatkan akses air minum dan sanitasi. Adapun sasarannya lebih luas antara lain: remaja; calon pengantin; ibu hamil; ibu menyusui; dan anak berusia 0 (nol)- 59 (lima puluh sembilan) bulan. Strategi Nasional percepatan penurunan *stunting* dilaksanakan untuk mencapai target tujuan pembangunan berkelanjutan pada tahun 2030. Pencapaian target tujuan pembangunan berkelanjutan melalui pencapaian target nasional prevalensi *stunting* yang diukur pada anak berusia di bawah 5 (lima) tahun.

Kebijakan penurunan *stunting* di kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora dalam pelaksanaan rembuk *stunting* telah dilakukan tapi belum optimal dan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di ke-3 kabupaten masih dalam bentuk Peraturan Bupati. Peraturan Bupati adalah peraturan perundang-undangan yang bersifat pengaturan yang ditetapkan oleh Bupati untuk menjalankan perintah peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi atau dalam menyelenggarakan kewenangan pemerintah daerah.

2. Kebijakan *stunting* sebelum dan sesudah adanya pencegahan dan penanganan *stunting* di tinjau dari struktur hukum

Sebelum adanya kebijakan *stunting* pada tahun 2013 yaitu Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* belum optimal.

Setelah adanya kebijakan *stunting* pada tahun 2013 yaitu Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, kegiatan kampanye tentang *stunting* menghadapi beberapa tantangan dan kendala. Pelaksanaan pada pilar 2 terkait kampanye perubahan perilaku dan komunikasi antar pribadi masih belum optimal karena peran posyandu dalam pelaksanaan KAP dan keterlibatan dinas selain Dinas Kesehatan, desa/lurah, PKK, Dasawisma, Toga, pendamping di desa masih kurang. Di sisi lain, hingga saat ini belum ada sistem pemantauan terintegrasi untuk KPP di daerah. Di sisi lain, hingga saat ini belum ada sistem pemantauan terintegrasi untuk KPP di daerah. Pemantauan masih dilakukan sendiri-sendiri oleh setiap

program. Terlebih dengan situasi pandemi pada 2020, maka pelaksanaan KAP semakin perlu diperhatikan.

Selain itu juga modul untuk sosialisasi dan materi kampanye *stunting* belum ada yang spesifik untuk setiap kelompok sasaran. Meskipun hasil survei persepsi menunjukkan adanya peningkatan pemahaman, tapi di tingkat desa peningkatan pemahaman masih harus terus ditingkatkan. Tantangan lainnya adalah belum semua kabupaten/kota menyusun kebijakan, strategi komunikasi, dan melaksanakan kampanye termasuk komunikasi antar pribadi. Hal ini dikarenakan hingga saat ini belum ada petunjuk penyusunan kebijakan, strategi komunikasi, dan pelaksanaan KAP. Bahkan informasi tentang adanya peningkatan kapasitas bagi OPD untuk penyusunan kebijakan, strategi dan pelaksanaan KAP pun belum diterima oleh semua kabupaten/ kota.

Pelaksanaan pada pilar 3 terkait konvergensi di tingkat desa/kelurahan, saat ini pedoman konvergensi baru ada untuk tingkat desa. Sedangkan untuk kelurahan belum ada panduan dari Pemerintah Pusat, padahal sudah banyak kelurahan yang menjadi lokasi percepatan pencegahan *stunting*.

Pelaksanaan kebijakan di kabupaten Demak, kabupaten Wonosobo dan kabupaten Blora berdasarkan hasil analisa pelaksanaan kebijakan Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencegahan *Stunting* yang berjalan selama tiga tahun (2018 – 2020), telah banyak mengalami penurunan angka *stunting*, akan tetapi dalam pelaksanaan masih ada sedikit program/ kegiatan yang

mengalami kendala/ perubahan karena masa pandemi terutama dalam pelaksanaan (P2) dan evaluasi (P3).

Hasil percepatan pencegahan dan penurunan *stunting* masih belum optimal, salah satu hasilnya antara lain: pola asuh dalam keluarga belum memberikan pendampingan anak *stunting* secara maksimal, masih diasuh oleh orang lain (tidak diasuh oleh ibu/ orang tua), cakupan rendah dalam pemberian Asi eksklusif dan *long breastfeeding* juga menjadi kendala dalam pola pemberian makan, Pola pemberian makan balita sesuai tahapan usia, belum dilakukan dengan baik, masih ada keluarga yang mengkonsumsi garam krosok (non yodium), PHBS masih kurang optimal (masih ada keluarga balita yang merokok), dan Tablet Tambah Darah (TTD) remaja putri belum berjalan maksimal, belum semua sekolah mendukung kegiatan pemberian TTD secara optimal.

Adapun kendala yang ada di desa antara lain: pemberian PMT Penyuluhan dan PMT pemulihan belum semua desa teranggarkan dari Dana Desa, pemantauan pemberian PMT pemulihan belum bisa maksimal, dan kemampuan kader dalam melakukan pengukuran belum maksimal.

Adapun kendala yang ada di perusahaan antara lain: masih ada perusahaan yang belum memperhatikan pekerja wanita hamil (jam kerja ibu hamil masih sering ikut lembur dan kesempatan untuk istirahat bagi ibu menyusui untuk memerah asi blm ada) dan kegiatan lintas sektor terkait konvergensi belum berjalan optimal (masih terkesan jalan sendiri-sendiri).

3. Kebijakan *stunting* sebelum dan sesudah adanya pencegahan dan penanganan *stunting* di tinjau dari budaya hukum

Sebelum adanya kebijakan *stunting* pada tahun 2013 yaitu Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, pelaksanaan percepatan penurunan *stunting* belum optimal .

Setelah adanya kebijakan *stunting* pada tahun 2013 yaitu Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, masih ada masyarakat yang mempunyai balita *stunting* merasa tidak ada masalah pada balitanya, karena tidak ada keluhan pada anaknya, *stunting* masih dianggap sebagai keturunan. Berbagai pengaruh budaya masih adanya *stunting* karena factor pola asuh yang mempengaruhi *stunting*, masih ada fenomena ibu bekerja dan anak-anak diasuh oleh orang lain (anggota keluarga atau pengasuh) menyebabkan pengasuhan anak dinilai kurang berjalan dengan baik yang pada akhirnya berpengaruh pada tumbuh kembang anak yang bersangkutan. Pola makan, juga diidentifikasi sebagai salah satu faktor yang memengaruhi kejadian *stunting*. Pengetahuan ibu tentang pemberian pola makan pada anak dinilai memengaruhi kejadian *stunting*.Pengetahuan orang tua terkait gizi, pengetahuan orang tua terkait gizi berkaitan dengan pemberian pola makan pada anak. Orang tua yang memiliki pengetahuan dan pemahaman gizi yang baik cenderung memperhatikan pemenuhan gizi dan asupan nutrisi anak-anaknya, demikian pula sebaliknya

B. Hasil Rekontruksi Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* Puskesmas Melalui Aksi Integrasi Bersama Stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Berbasis Keadilan

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat kekurangan gizi kronis terutama pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

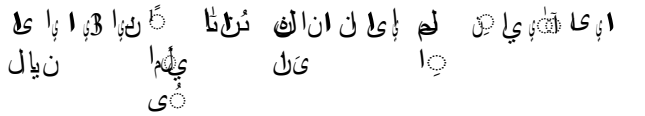
Dalam QS.Al-Baqarah Ayat 168 yang berbunyi:



Artinya: "Wahai manusia! Makanlah dari (makanan) yang halal dan baik yang terdapat di bumi, dan janganlah kamu mengikuti langkah-langkah setan. Sungguh, setan itu musuh yang nyata bagimu".

Dalam QS.Al-Baqarah Ayat 168, Islam mewajibkan bagi setiap muslim untuk mengkonsumsi makanan yang halal dan thayyib. Halal artinya terbebas dari zat-zat yang diharamkan oleh islam seperti bangkai, darah, daging babi, dan binatang yang disembelih tidak menyebut nama Allah SWT.[109] sedangkan thayyib artinya baik dan bermanfaat untuk kesehatan tubuh serta tidak menimbulkan masalah jika dikonsumsi baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang, sesuai dengan firman Allah SWT "*Wahai manusia! Makanlah dari (makanan) yang halal dan baik yang terdapat di bumi.*

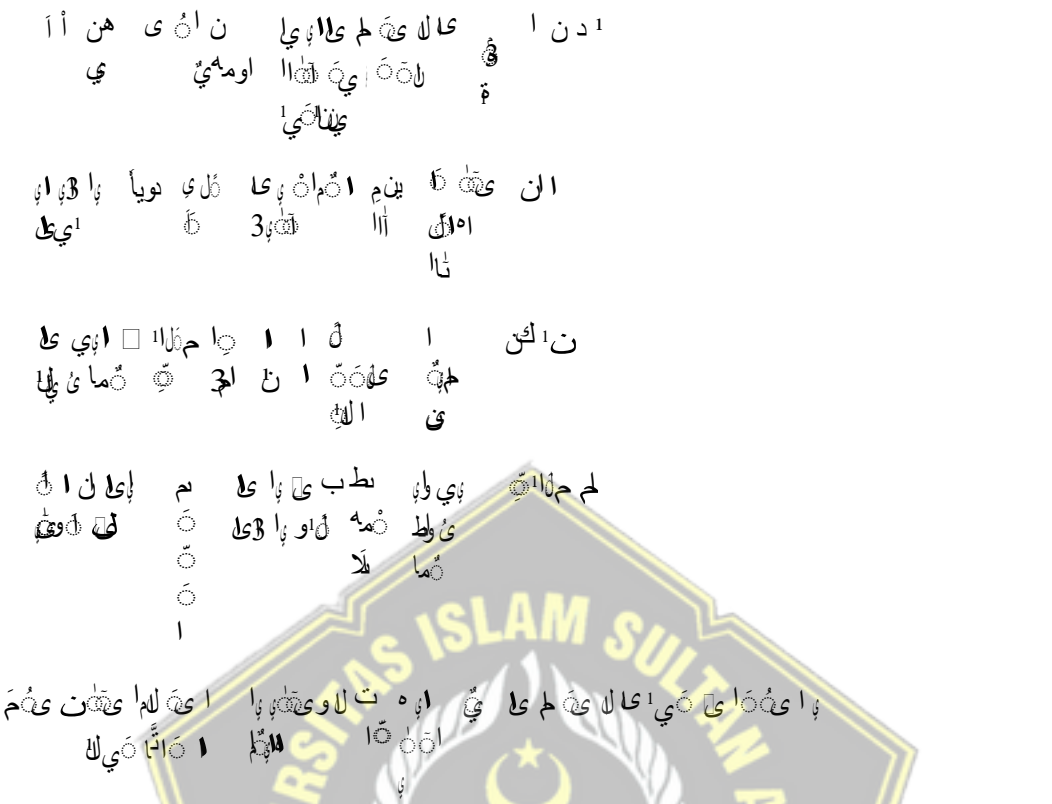
Dalam QS. Al-Baqarah Ayat 233 yang berbunyi:



ﷲ 3هز ﷲ ﷲ ا ﷲ ﷲ لا ﷲ ا ل ُ ﷲ م ا ِ ة َ ي ب ِ
ا ّ َ ا ي َ ع ِ ا ُ ْ م ُ ا ا ِ ي ا ﷲ ﷲ
ﷲ ﷲ ا ّ َ ﷲ

[109] QS. Al-Maidah: 3





Artinya:”Dan ibu-ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama dua tahun penuh, bagi yang ingin menyusui secara sempurna. Dan kewajiban ayah menanggung nafkah dan pakaian mereka dengan cara yang patut. Seseorang tidak dibebani lebih dari kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita karena anaknya dan jangan pula seorang ayah (menderita) karena anaknya. Ahli waris pun (berkewajiban) seperti itu pula. Apabila keduanya ingin menyapih dengan persetujuan dan permusyawaratan antara keduanya, maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin menyusukan anakmu kepada orang lain, maka tidak ada dosa bagimu memberikan pembayaran dengan cara yang patut. Bertakwalah kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah Maha Melihat apa yang kamu kerjakan”

Ajaran Islam mengajarkan bahwa ibu-ibu hendaklah menyusui anak-anaknya selama dua tahun penuh, bagi yang ingin menyusui secara sempurna, ini berarti untuk mencegah *stunting* perlu Inisiasi Menyusu Dini (IMD) saat anak lahir,

pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, sampai anak berusia 2 tahun. Selain IMD, perlu juga cara pemberian makan, imunisasi, stimulasi, dan kebersihan.Aspek kebersihan juga sangat diutamakan karena menggunakan air bersih saat MCK, untuk masak dan minum serta cuci tangan dengan sabun dan air

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

mengalir. Kebersihan sangat penting bagi ibu hamil dan menyusui, terlebih saat pandemi karena berisiko terkena penyakit infeksi termasuk virus covid-19.

Islam mewajibkan bagi setiap muslim untuk mengkonsumsi makanan yang halal dan thayyib. Halal artinya terbebas dari zat-zat yang diharamkan oleh islam seperti bangkai, darah, daging babi, dan binatang yang disembelih tidak menyebut nama Allah SWT.[110] sedangkan thayyib artinya baik dan bermanfaat untuk kesehatan tubuh serta tidak menimbulkan masalah jika dikonsumsi baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang, sesuai dengan firman Allah SWT "*Wahai manusia! Makanlah dari (makanan) yang halal dan baik yang terdapat di bumi.* [111] Generasi 'emas' dihasilkan dari keluarga yang berkualitas. Terjadinya *stunting* balita atau 'pendek' dipengaruhi oleh unsur terkecil, yaitu keluarga dan lingkungan masyarakat sebagai unsur yang lebih luas. Lingkungan keluarga berpengaruh terhadap asupan makanan, baik pada ibu dan balita. Lingkungan terkecil ini juga menstimulasi munculnya faktor risiko lain yang secara langsung berdampak pada terjadinya *stunting,* seperti penyakit infeksi dan pola asuh.

Islam secara lugas mengatur konsep makanan *halal* dan *thayyib* dalam QS. al-Maidah: 88 (yang artinya), *"dan makanlah makanan yang halal lagi baik dari apa yang Allah telah rezekekikan kepadamu, dan bertakwalah kepada Allah yang kamu beriman kepada-Nya"*.

Makanan halal hakikatnya adalah makanan yang 'didapat' dan 'diolah' dengan cara yang benar menurut agama. 'Makanan yang baik belum tentu halal'

[110] QS. Al-Maidah: 3
[111] QS. Al Baqarah, 2: 168

dan ‘makanan halal belum tentu baik’. Makanan yang diperbolehkan oleh agama adalah halal dari segi hukumnya, baik halal dzatnya, misalnya telur, buah-buahan, sayur-sayuran dan lain-lain, juga halal dalam proses memperoleh makanannya, yaitu diperoleh dengan usaha yang benar seperti sapi yang disembelih dengan menyebut nama Allah dan lain-lain.

Sementara makanan yang thayyib atau ‘baik’ yaitu makanan yang dikonsumsi dapat memberikan manfaat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan tubuh. Makanan yang baik tidak membahayakan bagi kesehatan tubuh manusia. Konteks *thoyyib* bersifat kondisional sesuai dengan kebutuhan dan kecukupan asupan gizi yang diperlukan untuk setiap individu sesuai dengan kelompok usia, jenis kelamin, status kesehatan, maupun faktor fisiologis lainnya.[112]

Islam tidak hanya mengajarkan tata cara makan yang sesuai tuntunan sunnah, namun juga memperhatikan kecukupan di mana terdapat batasan sepertiga diisi oleh makanan, sepertiga minuman, dan sepertiga oleh udara. Hal ini juga sejalan dengan konsep asupan gizi seimbang yang diperlukan bagi balita.

Asupan gizi seimbang dapat mencegah terjadinya *stunting* atau pendek, yaitu asupan makanan harus sesuai dan tepat dalam hal: *pertama*, jumlah atau porsinya, sesuai yang diperlukan tubuh berdasarkan Angka Kecukupan Gizi (AKG) harian, *kedua*, kombinasi zat gizinya, antara konsumi sumber karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan kebutuhan cairan tubuh anak (1-1,5 liter/hari), serta *ketiga*, tahap pertumbuhan dan perkembangan anak, artinya kebutuhan kalori anak sesuai dengan berat badan dan tinggi badan menurut umurnya.

[112] https://suaraaisyiyah.id/solusi-stunting-dalam-perspektif-islam

Berdasarkan peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang hak hidup anak dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 alinea ke-4, yang berbunyi " Kemudian daripada itu untuk membentuk suatu Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka disusunlah Kemerdekaan Kebangsaan Indonesia itu dalam suatu Undang-Undang Dasar Negara Indonesia, yang terbentuk dalam suatu susunan Negara Republik Indonesia yang berkedaulatan rakyat dengan berdasar kepada Ketuhanan Yang Maha Esa, Kemanusiaan yang adil dan beradab, Persatuan Indonesia dan Kerakyatan yang dipimpin oleh hikmat kebijaksanaan dalam Permusyawaratan/ Perwakilan, serta dengan mewujudkan suatu Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Adapun Makna Pembukaan UUD 1945 alinea ke-4 yaitu:

1. Adanya fungsi sekaligus tujuan negara Indonesia setelah merdeka, yaitu:
    a. Melindungi segenap angsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia;
    b. Memajukan kesejahteraan umum;
    c. Mencerdaskan kehidupan bangsa; dan
    d. Melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

2. Keberadaan UUD Negara Republik Indonesia juga untuk meneguhkan kemerdekaan bangsa Indonesia dan tujuannya setelah merdeka sebagai negara.
3. Indonesia berkedaulatan rakyat dengan Pancasila sebagai dasar negara.

Berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 Pasal 28 B ayat (2) ditegaskan bahwa: *"Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi"* dan Undang- Undang Dasar 1945 Pasal 34 ditegaskan bahwa "*fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara*". artinya terhadap anak *stunting* Negara harus bertanggung jawab untuk menyejahterakan masyarakat khususnya keluarga yang tidak berkecukupan.

Setiap anak berhak atas pelayanan kesehatan yang baik, hak atas pangan (asupan gizi), hak atas kesejahteraan. Hak tersebut diakui dalam peraturan perundang-undangan yaitu UUD NRI tahun 1945, Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak, Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1997 tentang Peradilan Anak, Undang-undang Pangan, bahkan diatur pula dalam Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia. Sedangkan hak khusus anak penderita *stunting* belum diatur secara khusus dalam hukum nasional.

Adanya *stunting* di Indonesia merupakan masalah kesehatan yang harus diselesaikan secara bersama, maka itu perlu adanya kerja tenaga kesehatan dengan lintas sektor maupun stakeholder pemerintah. Karena adanya *stunting* juga

memiliki dampak yang cukup serius; antara lain, jangka pendek terkait dengan morbiditas dan mortalitas pada bayi/ balita, jangka menengah terkait dengan intelektualitas dan kemampuan kognitif yang rendah, dan jangka panjang terkait dengan kualitas sumber daya manusia dan masalah penyakit degeneratif di usia dewasa.

Pada tanggal 12 Juli 2017 pemerintah pusat telah berkomitmen bahwa penurunan *stunting* dilakukan dengan pendekatan multi-sektor melalui sinkronisasi program- program Nasional, lokal, dan masyarakat di tingkat pusat maupun daerah. Penurunan *stunting* ditetapkan sebagai program prioritas nasional yang harus dimasukkan ke dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP).

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang RPJMN 2020-2024 upaya percepatan penurunan *stunting* menjadi salah satu dari: proyek Prioritas Penurunan *Stunting* dan *Major Project* Percepatan Penurunan Kematian Ibu dan *Stunting*.

Dari hasil Strategi Nasional tahun 2018 dengan menggunakan pendekatan Lima Pilar Pencegahan *Stunting*, yaitu:

a. Komitmen dan visi kepemimpinan;
b. Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku;
c. Konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa;
d. Gizi dan ketahanan pangan; dan
e. Pemantauan dan evaluasi.

Hasil Stranas tahun 2018 lima pilar masih belum berjalan optimal, masih ada kekurangan dan kelemahannya. Masih adanya permasalahan terkait *stunting* merupakan cerminan dari kegagalan kebijakan, ketidaktepatan implementasi, rendahnya efektivitas evaluasi kebijakan atau kurang mendukungnya berbagai aktor serta faktor ekternal atau internal lain yang berperan dalam tahapan pengembangan kebijakan. Maka itu kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* perlu di evaluasi kebijakan, Adapun ukuran-ukuran evaluasi kebijakan meliputi enam demensi, antara lain: efektivitas, efisiensi, ketepatan dalam menjawab masalah, pemerataan, kepekatanggapan dan ketepatgunaan.

Kebijakan *stunting* di Indonesia, yang pertama kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi diganti, karena angka *stunting* masih tingi, sasaran hanya seribu hari pertama kehidupan dan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan pada 2018 menemukan 30,8% mengalami *stunting* (target tahun 2024: 14,0%). Kemudian kebijakan *stunting* di ganti dengan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* yang sasarannya lebih luas yaitu remaja, calon pengantin, ibu hamil, ibu menyusui dan anak berusia 0(nol) - 59 (lima puluh Sembilan).

Kebijakan *stunting* yang ada di daerah Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora berdasarkan penelitian masih dalam bentuk peraturan Bupati. Strategis kebijakan, sasaran *stunting*, penanggung jawab, pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi mengacu pada kebijakan Nasional.

Dalam upaya penguatan Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* Puskesmas melalui Aksi Integrasi dengan Stakeholder, peneliti menilai kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* yang dilakukan oleh Puskesmas melalui aksi integrasi dengan steakeholder pada Provinsi Jawa Tengah berbasis Keadilan dengan cara menilai kebijakan *stunting* dengan menggunakan aplikasi PES (*Policy Environment Score).* Diharapkan dengan aplikasi PES dapat mengukur, menilai pelaksanaan kegiatan instansi pemerintah meliputi P1 (perencanaan), P2 (pelaksanaan) dan P3 (monitoring dan evaluasi). PES didesain untuk merefleksikan tingkatan dari dukungan dan perubahan yang terjadi selama kurun waktu 1-3 tahun sebagai hasil dari aktifitas kebijakan (*policy activity*). Peneliti menganalisa dengan membandingkan sebelum adanya kebijakan *stunting* dan sesudah adanya kebijkan *stunting.*

Berdasarkan ukuran evaluasi diatas, dapat diperoleh informasi mengenai apakah kebijakan berlangsung sesuai tujuan yang telah ditetapkan, terimplementasi dengan baik serta dapat terukur tingkat tercapainya tujuan dan sasaran kebijakan. Disini penulis menggunakan metode pengumpulan data dengan wawancara stakeholder, penilaian mandiri (kuesioner mandiri) dan analisis terhadap isi kebijakan dan pedoman yang ada, yang nantinya dapat digunakan untuk mendukung evaluasi isi kebijakan. Efektivitas kebijakan ditentukan oleh berbagai faktor meliputi aktor atau stakeholder yang terlibat dalam seluruh tahapan siklus pengembangan kebijakan dan pula lingkungan kebijakan yang kondusif.

Analisis lingkungan strategis kebijakan, baik internal atau ekternal mempunyai pengaruh yang besar terhadap kebijakan Kesehatan. Analisis terhadap

lingkungan kebijakan internal lebih diutamakan, karena Analisis terhadap lingkungan kebijakan internal dapat menilai apakah unsur-unsur dalam lingkungan internal kebijakan sudah memberikan dukungan yang memadai atau belum.

Beberapa yang perlu menjadi perhatian untuk mengevaluasi sebuah kebijakan, yakni sebagai berikut:

1. Output digunakan untuk mengetahui konsekuensi langsung yang dirasakan oleh kelompok sasaran sebagai akibat dari implementasi kebijakan.
2. Akses, berkaitan dengan beberapa mudah kelompok sasaran mendapatkan layanan dari implementasi sebuah kebijakan.
3. Cakupan, tentang apa saja yang menjadi kelompok sasaran dan perbandingan jumlah kelompok sasaran yang telah mendapat layanan dengan total kelompok sasaran dapat pula menganalisa frekuensi untuk mengetahui seberapa sering sekelompok sasaran memperoleh layanan kebijakan.
4. Bias, menganalisa potensi terjadinya“penyimpangan” atau ketidak tepatan implementasi kebijakan.
5. Ketepatan layanan, berkaitan tentang apakah pelayanan yang diberikan dilakukan tepat waktu atau tidak.
6. Akutanbilitas, menggali tentang aspek pertanggungjawaban implementasi kebijakan.
7. Kesesuaian program dengan kebutuhan, menganalisa apakah kebujakan yang diimplementasikan telah sesuai dengan apa yang diperlukan atau menjadi kebutuhan masyarakat.
8. Outcome, yaitu digunakan untuk mengukur dampak suatu kebijakan.

Merekonstruksi kebijakan peneliti menggunakan tiga teori, yaitu:

1. *Grand theory* penulis menggunakan Teori keadilan;
2. *Middle theory penulis menggunakan Teori Hukum Negara Kesejahteraan, konsep PES (Policy Environment Score) dan Teori Tumbuh dan Kembang pada Anak;*
3. *Applied theory* penulis menggunakan teori hukum progresif.

Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Puskesmas melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan Jawa Tengah, berdasarkan *Keadilan Pancasila*, terutama sila ke-5 keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Wujud sila ke-5 butir 1 yang berbunyi" Mengembangkan perbuatan yang luhur, yang mencerminkan sikap dan suasana kekeluargaan dan kegotong-royongan" Ini berarti pencegahan dan penanganan *stunting* tidak hanya Puskesmas dan Dinas Kesehatan akan tetapi tanggung jawab multisektor baik lintas program, lintas sektor, stakeholder, organisasi, tokoh masyarakat, tokoh agama dan perusahaan. Bahwa pencegahan dan penanganan *stunting* dilakukan secara kebersamaan, kekeluargaan dan kegotong royongan.

Islam juga mengajarkan masalah pencegahan dan penaganan *stunting* yaitu tentang cara menyusukan pada anak maksimal usia 2 tahun, cara memberi makanan pada anak yang bergizi dan bersih, dan cara menjaga lingkungan agar kita tetap sehat. Dengan berasaskan kekeluargaan dan kegotong royongan maka pencegahan dan penanganan *stunting* yang ada di Puskesmas akan menurun serta akan menciptakan generasi yang berpotensi dan berkualitas, yang nantinya dapat meningkatkan kemajuan dan perkembangan bangsa serta memberikan

kesejahteraan dan kebahagian serta dan menciptakan generasi penerus yang bermutu dan berkualitas.

Analisis lingkungan strategi kebijakan dengan menggunakan metode pengumpulan data dari kuesioner *off line* (*https://rb.gy/dpf71h*), wawancara *on line* dan studi Pustaka. Hasil analisa kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan masih banyak kelemahan-kelemahan dilihat dari subtansi hukum, struktur hukum dan budaya hukum, antara lain:

1. **Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah berdasarkan Subtansi Hukum**

   Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 didapatkan masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting dan* payung hukum dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah dalam melakukan perencanaan dan penganggaran. Berdasarkan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa kebijakan/ payung hukum masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota.

   Hasil rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan berbasis keadilan, adalah payung hukum yang masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota,

dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah/ provinsi, maka rekontruksi kebijakan daerah dari PERBUP menjadi PERDA tentang pencegahan dan penanganan *stunting.* PERDA merupakan sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yg bersifat memaksa. Sedangkan PERBUP adalah peraturan yang dikeluarkan oleh bupati atas wewenangnya dalam daerah otonom terkait suatu hal demi kepentingan masyarakat dan secara tertulis. Kalau PERDA Kabupaten adalah segala macam peraturan daerah kabupaten yg dibuat oleh DPRD kabupaten bersama Bupati mengenai suatu hal, dan sama2 masuk dalam Hirarki perundangan yg sifat hukumnya mengikat dan mempunya sanksi hukum yg bersifat memaksa.

Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 didapatkan belum ada panduan yang menjadi acuan/pedoman bagi PEMDA dalam melaksanakan kemitraan dalam percepatan penurunan *stunting*. Berdasarkan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa pedoman/ panduan dalam pelaksanaan kemitraan penurunan *stunting* tingkat desa/ masyarakat/ swasta masih kurang. Hasil rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan, adalah mengusulkan pedoman/ panduan dalam pelaksanaan kemitraan penurunan *stunting* tingkat desa/ masyarakat/ swasta.

2. Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah berdasarkan Struktur Hukum

a. Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 dan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa didapatkan struktur organisasi pelaksanaan penurunan organisasi di daerah sudah ada, akan tetapi pelaksanaan kegiatan masih belum optimal karena pandemi dan kejelasan pelaku penanggung jawab, pelaksana dan monev di daerah/ provinsi masih kurang. Adapun kegiatan yang masih kurang adalah rembug *stunting* tingkat kecamatan/ desa, sosialisasi/ penyuluhan terkait *stunting* di desa/ masyarakat/ swasta. Rekontruksi Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintah berbasis keadilan, adalah mengusulkan Pedoman/ Panduan terkait pelaksanaan kegiatan *stunting* didesa/ masyarakat/swasta dan diusulkan pengukuran kebijakan analisis lingkungan strategis kebijakan (salah satu pendekatan dalam melakukan analisis lingkungan kebijakan adalah *Policy Environment Score* (PES). Kebijakan *stunting* yang ada di Indonesia diukur dengan cara mengukur kebijakan sebelum dan sesudah adanya kebijakan *stunting*. Dalam upaya penguatan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan, peneliti menilai kebijakan *stunting* dengan aplikasi PES (*Policy Environment Score*) yang mempunyai

tujuan mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan disuatu negara dapat mendukung suatu program atau kebijakan.

3. Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah berdasarkan Budaya Hukum

Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 dan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa didapatkan masih rendahnya pengetahuan tentang *stunting* dan masih ada orang tua yang belum menerima anaknya kategori *stunting* karena belum ada pedoman dan panduan bagi desa/ masyarakat/ swasta tentang *stunting*.

Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan berbasis keadilan disimpulkan bahwa *stunting* merupakan masalah multi dimensi, maka penanganannya harus multiaktor. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya aturan khusus yang mengatur tentang *stunting* dengan muatan hukum dan penyelenggaraan perlindungan anak penderita *stunting* merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama yakni negara, masyarakat, keluarga dan orang tua yang meliputi perlindungan yuridis, ekonomi, sosial, budaya, pendidikan dan lingkungan. Oleh karena itu, dalam pemenuhan hak dasar anak, maka tanggung jawab tersebut dilakukan secara holistik dengan bekerjasama dengan para stakeholder.

C. Rekapan Hasil Rekontruksi Kebijakan Pencegahan dan Penanganan *Stunting* Puskesmas Melalui Aksi Integrasi Bersama Stakeholder Pemerintah Provinsi Jawa Tengah Berbasis Keadilan

NO	JENIS	SEBELUM KEBIJAKAN	SETELAH KEBIJAKAN	REKONTRUKSI	KETERANGAN
1.	**Subtansi Hukum**	Masih minimnya kebijakan didaerah terkait *stunting* dan kebijakan daerah masih dalam bentuk PERBUP serta daerah masih mengacu pada kebijakan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi	Kebijakan daerah sebagian besar masih dalam bentuk PERBUP, contohnya Kab. Demak, Kab Wonosobo dan Kab. Blora masih dalam bentuk Peraturan Bupati. Kebijakan baru tentang *stunting* Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*	Mengusulkan kebijakan daerah/provinsi dengan PERDA tentang percepatan pencegahan dan penanganan *stunting*.	PERDA: sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yg bersifat memaksa. Perbup adalah peraturan yang dikeluarkan oleh bupati atas wewenangnya dalam daerah otonom terkait suatu hal demi kepentingan masyarakat dan secara tertulis. Kalau Perda Kabupaten adalah segala macam peraturan daerah kabupaten yg dibuat oleh DPRD kabupaten bersama Bupati mengenai suatu hal, dan sama2 masuk dalam Hirarki perundangan yg sifat hukumnya mengikat dan mempunya sanksi hukum yg bersifat memaksa.

2.	**Struktural Hukum**	Struktur organisasi pelaksanaan penurunan organisasi di daerah sudah ada, akan tetapi pelaksanaan kegiatan masih belum optimal karena pandemi dan kejelasan pelaku penanggung jawab, pelaksana dan monev di daerah/ provinsi masih kurang.	Sudah struktur organisasi dan ada kejelasan pe penanggung jawab, pelaksana dan monev di daerah/ provinsi.	Mengusulkan kebijakan perlu dilakukan analisis lingkungan strategis kebijakan (salah satu pendekatan dalam melakukan analisis lingkungan kebijakan adalah *Policy Environment Score* (PES).	PES bertujuan untuk mengukur lingkungan kebijakan di suatu negara/daerah, apakah lingkungan dapat mendukung, mempengaruhi suatu program atau kebijakan.
3.	**Budaya Hukum**	Masih rendahnya pengetahuan tentang *stunting* dan masih masyarakat belum menerima anaknya kategori *stunting* karena belum ada pedoman dan panduan bagi desa/ masyarakat/swasta tentang *stunting*.	Kebijakan baru *stunting* yaitu Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting,* masih kurang disosialisasi desa/ masyarakat/ swasta	Mengusulkan: 1. Pedoman /panduan bagi desa/masyarakat dan swasta tentang *stunting*. 2. Petunjuk teknis	-

			karena belum ada pedoman dan panduan bagi masyarakat tentang *stunting*.	penentuan *stunting* pada masyarakat.	

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Negara Indonesia termasuk salah satu negara yang mempunyai permasalahan gizi, salah satunya adalah *stunting. Stunting* merupakan salah satu keadaan malnutrisi kronis yang berhubungan dengan ketidakcukupan zat gizi masa lalu. *Stunting* bila diukur sebagai status gizinya dapat dengan memperhatikan tinggi atau panjang badan, umur, dan jenis kelamin balita. Anak tergolong *stunting* apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya.

Menurut World Health Organization (WHO), masalah kesehatan masyarakat dapat dianggap buruk jika prevalensi *stunting* lebih dari 20 persen. Artinya, jika secara Nasional mencapai angka tersebut maka masalah *stunting* di Indonesia tergolong kronis.

Dalam *Alquran d*isebutkan pula bahwa masa menyusui dalam ajaran Islam adalah dua tahun. Firman Allah SWT, "Para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama dua tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan,". Generasi ‘emas’ dihasilkan dari keluarga yang berkualitas. Terjadinya *stunting* balita atau ‘pendek’ dipengaruhi oleh unsur terkecil, yaitu keluarga dan lingkungan masyarakat sebagai unsur yang lebih luas. Lingkungan keluarga berpengaruh terhadap asupan makanan, baik pada ibu dan balita. Lingkungan terkecil ini juga menstimulasi munculnya faktor risiko lain yang secara langsung berdampak pada terjadinya *stunting,* seperti penyakit infeksi dan pola asuh.

Kondisi *stunting* di Indonesia saat ini, dengan adanya kebijakan *stunting* yaitu Kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang sasaran prioritas seribu hari pertama kehidupan. Seribu hari pertama kehidupan adalah fase kehidupan yang dimulai sejak terbentuknya janin dalam kandungan sampai anak berusia 2 (dua) tahun.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan penurunan prevalensi *stunting* di tingkat Nasional hanya sebesar 6,4% selama periode 5 tahun, yaitu dari 37,2% (2013) menjadi 30,8% (2018). Dengan masih adanya *stunting*, Pemerintah mencanangkan percepatan dalam melakukan penurunan dan pencegahan *stunting* dan menargetkan menurunkan prevalensi *stunting* hingga 14% pada tahun 2024.

Masih adanya *stunting* di Indonesia, kebijakan Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi diganti dengan kebijakan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* yang sasarannya lebih luas yaitu remaja, calon pengantin, ibu hamil, ibu menyusui dan anak berusia 0(nol) – 59 (lima puluh Sembilan) bulan.

Dengan adanya kebijakan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*, berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021 yang dilaksanakan Kementerian Kesehatan, angka prevalensi *stunting* di Indonesia pada 2021 sebesar 24,4%, atau menurun 6,4% dari angka 30,8% pada 2018. Maka upaya pemerintah memasukkan *stunting* menjadi salah satu target *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang termasuk pada

tujuan pembangunan berkelanjutan ke-2 yaitu menghilangkan kelaparan dan segala bentuk malnutrisi pada tahun 2030 serta mencapai ketahanan pangan. Target yang ditetapkan adalah menurunkan angka *stunting* hingga 40% pada tahun 2030.

Kondisi *stunting* di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora berdasarkan hasil Riskesdas 2013 s/d 2018 data jumlah balita *stunting* di Kabupaten Wonosobo sebesar 41,12 %, Kabupaten Blora 55,06 % dan Kabupaten Demak 50,28 %.

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* pada Tahun 2018-2020 masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting* dan payung hukum dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah dalam melakukan perencanaan dan penganggaran. Untuk Kabupaten Wonosobo, Kabupaten Blora dan Kabupaten Demak, kebijakan masih dalam bentuk PERBUP.

Pemerintah sudah mengupayakan berbagai cara pencegahan dan penanganan *stunting,* akan tetapi hasil pelaksanaan masih ada sedikit program/ kegiatan yang mengalami kendala atau kelemahan dalam pencegahan dan penangan *stunting* di masa pandemi terutama dalam perencanaan (P1), pelaksanaan (P2) dan evaluasi (P3). Adanya isu-isu terkait permasalahan *stunting* yang masih parsial, peneliti meneliti kebijakan *stunting* di Indonesia dengan cara mengukur kebijakan sebelum dan sesudah adanya kebijakan *stunting*. Peneliti menggunakan sampel tiga Kabupaten yaitu Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora.

Dalam upaya penguatan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah, peneliti menilai

kebijakan *stunting* dengan aplikasi PES (*Policy Environment Score*) yang mempunyai tujuan mengukur seberapa beasr pengaruh lingkungan kebijakan disuatu negara dapat mendukung suatu program atau kebijakan.

Analisis lingkungan strategi kebijakan dengan menggunakan metode pengumpulan data dari kuesioner *offline* (*https://rb.gy/dpf71h*), wawancara *online* dan studi Pustaka. Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan masih banyak kelemahan-kelemahan dilihat dari subtansi hukum, struktur hukum dan budaya hukum.

1. **Kelemahan-kelemahan Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas di lihat Subtansi Hukum**

a. Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 didapatkan masih banyaknya daerah yang belum memiliki payung hukum dalam melakukan percepatan pencegahan *stunting dan* payung hukum dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah dalam melakukan perencanaan dan penganggaran.

   Berdasarkan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa kebijakan/ payung hukum masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota.

   Hasil rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan berbasis keadilan, adalah payung hukum yang masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah/ provinsi, maka

rekontruksi kebijakan daerah dari PERBUP menjadi PERDA tentang pencegahan dan penanganan *stunting.* PERDA merupakan sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yg bersifat memaksa. Sedangkan PERBUP adalah peraturan yang dikeluarkan oleh bupati atas wewenangnya dalam daerah otonom terkait suatu hal demi kepentingan masyarakat dan secara tertulis. Kalau PERDA Kabupaten adalah segala macam peraturan daerah kabupaten yg dibuat oleh DPRD kabupaten bersama Bupati mengenai suatu hal, dan sama2 masuk dalam Hirarki perundangan yg sifat hukumnya mengikat dan mempunya sanksi hukum yg bersifat memaksa.

b. Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 didapatkan belum ada panduan yang menjadi acuan/pedoman bagi PEMDA dalam melaksanakan kemitraan dalam percepatan penurunan *stunting*.

   Berdasarkan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa pedoman/ panduan dalam pelaksanaan kemitraan penurunan *stunting* tingkat desa/ masyarakat/ swasta masih kurang. Hasil rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan berbasis keadilan, adalah mengusulkan pedoman/ panduan dalam pelaksanaan kemitraan penurunan *stunting* tingkat desa/ masyarakat/ swasta.

   Permasalahan *Stunting* merupakan masalah multidimensi, maka penanganannya harus multiaktor. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya

aturan khusus yang mengatur tentang *stunting* dengan muatan hukum, yakni pertama, hak dan kewajiban anak penderita *stunting*; kedua, tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah; ketiga, hak dan kewajiban orang tua; keempat, profesionalisme pelayanan kesehatan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*; kelima, peran serta masyarakat; keenam, sarana dan prasarana; kelima, pengawasan; keenam, sanksi hukum kepada pelaksana tugas, masyarakat, maupun terhadap orang tua yang mengabaikan kewajibannya yang mengakibatkan hak anak tidak terpenuhi. Sanksi hukum sangat urgen keberadaannya dalam suatu aturan, sebab sanksi merupakan alat pemaksa agar suatu aturan dapat dilaksanakan sehingga menjamin kepastian hukum dan memberikan kemanfaatan.

2. **Kelemahan-kelemahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas di lihat Struktur Hukum**

Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 dan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa didapatkan struktur organisasi pelaksanaan penurunan organisasi di daerah sudah ada, akan tetapi pelaksanaan kegiatan masih belum optimal karena pandemi dan kejelasan pelaku penanggung jawab, pelaksana dan monev di daerah/ provinsi masih kurang. Adapun kegiatan yang masih kurang adalah rembug *stunting* tingkat kecamatan/ desa, sosialisasi/ penyuluhan terkait *stunting* di desa/ masyarakat/ swasta. Rekontruksi Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi

integrasi dengan *stakeholder* pemerintah berbasis keadilan, adalah mengusulkan Pedoman/ Panduan terkait pelaksanaan kegiatan *stunting* didesa/ masyarakat/swasta dan diusulkan pengukuran kebijakan analisis lingkungan strategis kebijakan (salah satu pendekatan dalam melakukan analisis lingkungan kebijakan adalah *Policy Environment Score* (PES). Kebijakan *stunting* yang ada di Indonesia diukur dengan cara mengukur kebijakan sebelum dan sesudah adanya kebijakan *stunting*. Dalam upaya penguatan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan, peneliti menilai kebijakan *stunting* dengan aplikasi PES (*Policy Environment Score*) yang mempunyai tujuan mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan disuatu negara dapat mendukung suatu program atau kebijakan.

3. **Kelemahan-kelemahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas di lihat Budaya Hukum**

Berdasarkan laporan capaian laporan capaian pelaksanaan strategi nasional percepatan pencegahan *Stunting* periode 2018-2020 dan hasil pengumpulan data di Kabupaten Demak, Kabupaten Wonosobo dan Kabupaten Blora di dapatkan bahwa didapatkan masih rendahnya pengetahuan tentang *stunting* dan masih ada orang tua yang belum menerima anaknya kategori *stunting* karena belum ada pedoman dan panduan bagi desa/ masyarakat/ swasta tentang *stunting.*

Simpulan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah selama ini dilaksanakan masih belum optimal karena masih dalam kebijakan Peraturan Bupati (PERBUP) maka peneliti mengusulkan rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah menjadi Peraturan Daerah (PERDA) yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi yang bersifat memaksa. Adapun sanksi penyelenggara pemerintah daerah apabila sudah menerapkan kebijakan *stunting* pada PERDA tidak dilakukan, maka penyelenggara pemerintah daerah provinsi atau kabupaen/kota akan mendapatkan sanksi adminitratif berdasarkan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja pasal 252 dimana Kepala Daerah dan anggota DPRD berupa tidak dibayarkan hak keuangan selama 3 (tiga) bulan. Secara keseluruhan *stunting* merupakan masalah multidimensi, maka penanganannya harus multiaktor, dalam pelaksanaannya perlu adanya aturan khusus yang mengatur tentang *stunting* dengan muatan hukum dan penyelenggaraan perlindungan anak penderita *stunting* merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama yakni negara, masyarakat, keluarga dan orang tua yang meliputi perlindungan yuridis, ekonomi, sosial dan budaya. Oleh karena itu, dalam pemenuhan hak dasar anak, maka tanggung jawab tersebut dilakukan secara holistik dengan bekerjasama dengan para stakeholder.

B. Saran

1. Bagi Pemerintahan

Sebagai bahan rujukan pemerintah bahwa kebijakan percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* Pemerintah/ Propinsi / Daerah perlu di lakukan pengukuran kebijakan sebelum atau sesudah kebijakan ditetapkan dan dapat mengukur seberapa besar pengaruh lingkungan kebijakan di suatu daerah dapat mendukung suatu program atau kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting,* dan perlu advokasi pemerintah ke provinsi/ daerah terkait kebijakan *stunting* serta rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah menjadi Peraturan Daerah (PERDA) yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi yang bersifat memaksa. Diharapkan angka *stunting* menurun sesuai kebijakan *stunting* tahun 2021 dan capaian target *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2025 yaitu penurunan angka *stunting* hingga 40% serta Menurut World Health Organization (WHO), masalah kesehatan masyarakat dapat dianggap buruk jika prevalensi *stunting* lebih dari 20 persen, artinya, jika secara Nasional mencapai angka tersebut maka masalah *stunting* di Indonesia tergolong kronis.

2. Bagi Stakeholder

Sebagai bahan pengetahuan dasar dan ketrampilan sesuai profesi dan kewenangan dalam pencegahan dan penanganan *stunting* bagi steakeholder yang ada di instansi provinsi Jawa Tengah, dengan cara mendukung dan melaksanakan kebijakan daerah terkait *stunting* dengan cara membuat

perencanaan (kebijakan, aturan), pelaksanaan serta monitoring evaluasi di suatu pemerintah/organisasi.

3. **Bagi Kabupaten**

   Sebagai bahan rujukan bagi daerah/ kota bahwa kebijakan percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* daerah melalui aksi integrasi pemerintah perlu adanya perubahan kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah dari Peraturan Bupati (PERBUP) menjadi Peraturan Daerah (PERDA) dan melakukan advokasi dan monev terkait pelaksanaan kegiatan di tiap OPD/ organisasi serta membuat panduan *stunting* bagi desa, organisasi/ swasta.

4. **Bagi Masyarakat**

   Sebagai bahan bagi masyarakat untuk mengerti, memahami dan aktiv bahwa kebijakan percepatan pencegahan dan penanganan *stunting* daerah perlu adanya keikutsertaan masyarakat untuk mendukung, mengerti, memahami dan aktiv dalam upaya penurunan *stunting*.

5. **Bagi Akademis**

   Sebagai bahan pengetahuan dan memperkuat penelitian selanjutnya, dengan topik yang sama dalam perpektif yang berbeda khususnya mengenai efektifitas dan efisiensi kebijakan dalam pencegahan dan penanganan *stunting*. melalui aksi integrasi bersama stakeholder Pemerintahan Provinsi Jawa Tengah yang diukur dengan aplikasi PES (*Policy Environment Score)* merupakan aplikasi untuk mengukur kebijakan sebelum dan setelah kebijakan, dengan adanya kebijakan yang ada apakah adanya perubahan

angka *stunting.* Dan Kebijakan stunting perlu dilakukan rekontruksi karena selama ini pelaksanaan belum optimal, karena masih dalam kebijakan Peraturan Bupati (PERBUP) maka peneliti mengusulkan rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah menjadi Peraturan Daerah (PERDA) yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi yang bersifat memaksa. Dan jika penyelenggara pemerintahan daerah provinsi atau kota/ kabupaten yang masih memberlakukan PERDA yang tidak sesuai dengan ketentuan, maka sanksi administrasi bagi kepala daerah dan anggota DPRD berupa tidak dibayarkan hak keuangan selama 3 bulan.

C. Implikasi

1. Implikasi Teoritis

Wawasan baru dalam bidang kesehatan, bahwa isu-isu di bidang kesehatan terutama masalah *stunting* (gizi buruk) antara lain adanya *stunting* sangat berpengaruh terhadap kualitas generasi ke depan. Adanya isu-isu terhadap penanganan *stunting* masih parsial, sebagian belum terstruktur, dan sebagian belum optimal, menurut Satjipto Rahardjo hukum modern kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia perlu dikritisi dan di rekonstruksi dengan upaya mencari nilai-nilai hukum yang bersumber dari rasa keadilan masyarakat Indonesia. Kebijakan penanganan *stunting* masih parsial dan belum optimal, maka perlu dilakukan dengan menganalisa kebijakan dengan aplikasi *Policy Environment Score* (PES), yang mempunyai tujuan mengukur seberapa besar pengaruh kebijakan *stunting* mempengaruhi

lingkungan dan kebijakan yang ada apakah ada perubahan sebelum dan sesudah adanya kebijakan. Diharapkan dengan aplikasi PES dapat mengukur, menilai pelaksanaan kegiatan instansi pemerintah meliputi P1 (perencanaan), P2 (pelaksanaan) dan P3 (monitoring dan evaluasi). PES didesain untuk merefleksikan tingkatan dari dukungan dan perubahan yang terjadi selama kurun waktu 1-3 tahun sebagai hasil dari aktifitas kebijakan (*policy activity*). Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah masih banyak kelemahan-kelemahan dilihat dari subtansi hukum, struktur hukum dan budaya hukum, antara lain:

a. Subtansi hukum

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa payung hukum yang masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah/ provinsi, maka rekontruksi kebijakan daerah dari PERBUP menjadi PERDA tentang pencegahan dan penanganan *stunting.* PERDA merupakan sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yg bersifat memaksa. Sedangkan PERBUP adalah peraturan yang dikeluarkan oleh bupati atas wewenangnya dalam daerah otonom terkait suatu hal demi kepentingan masyarakat dan secara tertulis. Kalau PERDA Kabupaten adalah segala macam peraturan daerah kabupaten yg dibuat oleh DPRD kabupaten bersama Bupati mengenai suatu hal, dan sama2 masuk dalam Hirarki perundangan yg sifat hukumnya mengikat dan mempunya sanksi hukum yg bersifat memaksa.

b. Struktur hukum

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa struktur organisasi pelaksanaan penurunan *stunting* sudah ada, akan tetapi pelaksanaan kegiatan masih belum optimal karena pandemi dan kejelasan pelaku penanggung jawab, pelaksana dan monev di daerah/ provinsi masih kurang. Rekontruksi Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan *stakeholder* pemerintahan adalah mengusulkan Pedoman/ Panduan terkait pelaksanaan kegiatan *stunting* didesa/masyarakat/swasta.

c. Budaya Hukum

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa masih rendahnya pengetahuan tentang *stunting* dan masih ada orang tua yang belum menerima anaknya kategori *stunting* karena belum ada pedoman dan panduan bagi desa/ masyarakat/ swasta tentang *stunting*. Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia melalui aksi integrasi dengan stakeholder pemerintahan dengan mengusulkan Pedoman/ Panduan terkait pelaksanaan kegiatan *stunting* didesa/masyarakat/swasta.

Rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintahan berbasis keadilan disimpulkan bahwa *stunting* merupakan masalah multi dimensi, maka penanganannya harus multiaktor. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya aturan khusus yang mengatur tentang *stunting* dengan muatan hukum dan penyelenggaraan perlindungan anak penderita *stunting* merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama yakni negara, masyarakat, keluarga dan orang tua yang meliputi perlindungan yuridis, ekonomi, social, budaya, pendidikan

dan lingkungan. Oleh karena itu, dalam pemenuhan hak dasar anak, maka tanggung jawab tersebut dilakukan secara holistik dengan bekerjasama dengan para stakeholder.

2. Implikasi Praktis

Adanya isu-isu di bidang kesehatan terutama masalah *stunting* (gizi buruk) antara lain adanya *stunting* sangat berpengaruh terhadap kualitas generasi ke depan. Adanya isu-isu terhadap penanganan *stunting* masih parsial, sebagian belum terstruktur, dan sebagian belum optimal, banyak faktor yang mempengaruhi antara lain dilihat dari yuridis, ekonomi, sosial, budaya, pendidikan dan lingkungan. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya aturan khusus yang mengatur tentang *stunting* dengan muatan hukum dan penyelenggaraan perlindungan anak penderita *stunting* merupakan kewajiban dan tanggung jawab bersama yakni negara, masyarakat, keluarga dan orang tua. Secara yuridis harus ada aturan kebijakan *stunting* dan kebijakan sebagian besar masih dalam bentuk peraturan bupati/ walikota, dinilai belum terlalu kuat sebagai dasar bagi daerah/ provinsi, maka rekontruksi kebijakan daerah dari PERBUP menjadi PERDA tentang pencegahan dan penanganan *stunting.* PERDA merupakan sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yg bersifat memaksa. Secara ekonomi banyak masyarakat yang anaknya *stunting*, sebagian besar faktor ekonomi yang kurang karena kurang asupan makanan. Secara sosial masih banyak masyarakat yang masih sedikit mengenal *stunting*. Secara budaya masih ada masyarakat yang anaknya diasuh oleh orang lain.

3. Implikasi Filosifis

Secara filosofis bahwa negara kita berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, dimana nilai- nilai

luhur dalam mewujudkan keadilan, kesejahteraan, dan kebahagiaan manusia harus di junjung tinggi. Masih adanya isu-isu terhadap penanganan *stunting* masih parsial, sebagian belum terstruktur, dan sebagian belum optimal, menurut Satjipto Rahardjo hukum modern kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* di Indonesia perlu dikritisi dan di rekonstruksi dengan upaya mencari nilai-nilai hukum yang bersumber dari rasa keadilan masyarakat Indonesia. Adapun caranya dengan mengukur kebijakan di bidang Kesehatan dengan aplikasi PES. Dari hasil analisa kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah selama ini dilaksanakan masih belum optimal karena masih dalam kebijakan Peraturan Bupati (PERBUP) maka peneliti mengusulkan rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* Puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah menjadi Peraturan Daerah (PERDA) yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi yang bersifat memaksa.

4. Implikasi Yuridis

Beranjak dari hukum progresif bahwa hukum untuk manusia, bukan sebaliknya. Hukum dibuat dengan tujuan untuk kemasalahatan umat manusia, sehingga hukum harus berpihak kepada manusia yang mendapatkan ketidakadilan dari segelintir orang yang tidak bertanggung jawab. Simpulan rekontruksi kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah yang selama ini dilaksanakan masih belum optimal karena masih dalam bentuk PERBUP, maka peneliti

mengusulkan rekontruksi kebijakan Perbup menjadi Perda yang sifat hukumnya mengikat dan mempunyai sanksi hukum yang memaksa. Adapun sanksi penyelenggara pemerintah daerah apabila sudah menerapkan kebijakan *stunting* PERDA tidak dilakukan, maka penyelenggara pemerintah daerah provinsi atau kabupaen/kota akan mendapatkan sanksi adminitratif berdasarkan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja pasal 252 dimana Kepala Daerah dan anggota DPRD berupa tidak dibayarkan hak keuangan selama 3 (tiga) bulan.

5. Implikasi Sosiologis

Secara empiris bahwa faktor *stunting* bisa di mulai dari remaja sampai anak usia 2 tahun. Adanya peristiwa hukum dan gejala-gejalanya, sehingga perlu budaya taat hukum dari kedua pelaku tersebut. Hukum sebagai alat rekayasa sosial sudah seharusnya mewujudkan cita hukum. Cita hukum *(recht idee)* mengandung arti bahwa pada hakekatnya hukum sebagai aturan tingkah laku masyarakat berakar pada gagasan, rasa, karsa dan fikiran dari masyarakat itu sendiri. Jadi cita hukum itu adalah gagasan, karsa, cipta dan pikiran berkenaan dengan hukum atau persepsi tentang makna hukum yang terdiri atas tiga unsur: keadilan, kemanfaatan *(doelmatigheid)* dan kepastian hukum.

Kebijakan pencegahan dan penanganan *stunting* puskesmas melalui aksi integrasi stakeholder pemerintah adalah masalah multi dimensi, maka penanganannya harus multiaktor. Dalam pelaksanaannya, perlu adanya aturan muatan hukum dinilai dari subtansi, struktural dan budaya hukum, serta penyelenggaraan perlindungan anak penderita *stunting* merupakan

kewajiban dan tanggung jawab bersama yakni negara, masyarakat, keluarga dan orang tua yang meliputi perlindungan yuridis, ekonomi, sosial, budaya, pendidikan dan lingkungan. Oleh karena itu, dalam pemenuhan hak dasar anak, maka tanggung jawab tersebut dilakukan secara holistik dengan bekerjasama dengan para stakeholder.

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية

DAFTAR PUSTAKA

Abi al-Husain Ahmad Ibn Faris Ibn Zakariyya, 1979, (Selanjutnya disebut Ibn Faris) *Mu`jam Maqayis al-Lughah*, Juz V, t.tp : Dar al-Fikr, h. 246.

Anthon F. Susanto, 2010, *Dekonstruksi Hukum ; Eksplorasi Teks dan Model Pembacaan*, Genta Publishing, Yoyakarta, h.89

Anton Tabah, 2002, *Polri Dalam Transisi Demokrasi*, Mitra Hardhasuma, Jakarta, h.38-39

Bahder Johan Nasutoin, 2008, *Metode Penelitian Ilmu Hukum*, Bandung: Penerbit CV Mandar Maju, h.174

Bambang Sunggono,1997, *Penelitian Hukum*, Jakarta: Raja Grafindo, h. 38

Bappenas, 2018, *Rencana Aksi Nasional Dalam Rangka Penurunan Stunting*, Rembuk *Stunting*: Jakarta

Bernard, dkk., 2010, *Teori hukum : Strategi Tertib Manusia Lintas Ruang dan Generasi*, Genta Publishing, Yogyakarta, h. 40-41

Black RE, Allen,LH., Bhutta, ZA., Caulfield, LE., de Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C., Rivera, J. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*. Lancet. 2008;371:243-60

Cholid Narbuko dan Abu Achmadi, 2001, *Metodologi Penelitian*, Bumi Aksara, Jakarta, h. 81

Creswell, John W &Vicki L.Piano Clark, 2007, *Designingand Conducting: Mixed Methods* Research.London: Sage Publications, h.34

Foucault, M. (1991). *Governmentality. In The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, eds. Burchell, G., Gordon, C., & Miller, P. (pp. 87-104). Chicago: University of Chicago Press

Fx.Adji Samekto, *Menempatkan Paradigma Penelitian Dalam Pendekatan Hukum Non-Doktrinal dan Penelitian Dalam Ranah Sosio-Legal*, Pedoman Bagi Mahasiswa S3 Ilmu Hukum UNDIP,h.45

Hans Kelsen, 1971, *General Theory of Law and State* , Russel, New York, h.67

Imbalo S Pohan, 2003, *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan*, Jakarta, h.18-19

International Food Policy Research Institute, 2016, *From Promise to Impact Ending malnutrition by 2030*, IFPRI: Washington DC

Jamila, dkk, 2018, *Konseling Tentang Pola Asuh Makan Sebagai Upaya Mengubah Pengetahuan Ibu Yang Memiliki Balita Gizi Kurang, Jurnal Bidan* "Midwife Journal" Volume 5 No.01, h. 49

Jawade Hafidzh,2014,*Reformasi Kebijakan Hukum Birokrasi Pengadaan Barang dan Jasa Pemerintah dalam Mencegah Terjadinya Tindak Pidana Korupsi di Indonesia*, Disertasi,Semarang, h.7

Kementerian Kesehatan RI, "*Pusdatin : Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*, Jakarta: h.45

Kementerian Sekretariat Negara RI Secretariat Wakil Presiden,2021 *Laporan Capaian Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2020*, h.2

Kementerian Sekretariat Negara RI, 2020, *Laporan Pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2020*, Jakarta: h.2

Kementrian Kesehatan RI, 2018, *Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia*, Jakarta:h.4

Kementrian Kesehatan, 2020, *Petunjuk teknis Pelayanan Puskesmas Pada Masa Pandemi Covid-19,* Jakarta:h.10

Kementrian Keuangan, 2018, *Kondisi Stunting di Indonesia*, h.04

Kemenkes, 2019, *Profil Kesehatan Indonesia*, Jakarta: hal.56-57

Kenneth R. Hoover, 1990, *The Element of social Scientific Thinking*, terjemahan, Yogyakarta: Tiara Wacana, h.29

Lestariningsih, S, 2000, *Gizi prima bayi dan balita*: Seri ayah bunda. Jakarta, h.34

Mahdin Husaini, Yahya; Dyanto, Arvin; Munibah; Setiati, Diyah; Raihani, A; Husaini, 2012"*Studi Faktor Sosio-Budaya Yang Mempengaruhi Gizi Dan Kebiasaan Hidup Sehat Di Martapura - Kalimantan Selatan,*" Bulletin of Health Research, h.26

Mahmutarom, 2016, *Rekontruksi Konsep Keadilan (studi tentang perlingdungan korban tindak pidana terhadap nyawa menurut hukum isla, kontruksi*

masyarakat dan instrument internasional), Penerbit: Undip cetakan ke-3, Semarang, h.20.

Mardalis,1995, *Metode Penelitian Suatu Pendekatan Proposal*, Jakarta: Bumi Aksara, h.24

Morissan, 2009, *Teori Komunikasi Organisasi*, Jakarta: Ghalia Indonesia, h.7

Muhammad Yusuf, 2013, *Merampas Aset Koruptor, Solusi Pemberantasan Korupsi di Indonesia*, Kompas, Jakarta, h. 36

Mukti Fajar dan Yulianto Achmad, 2010, *Dualisme Penelitian Hukum*, *Normatif dan Empiris*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, h.153

Ninik Supriyati, 2009, *Makalah Metode Penelitian Gabungan (Mixed Methods*), Surabaya, h.11

Paulus Hadisoeprakto,dkk, 2009, *Pedoman Penulisan Usulan Penelitian dan Tesis*, semaran: UNDIP, h.18-19

Peter Mahmud Marzuki, 2009, *Penelitian Hukum*, Kencana, Jakarta, h. 41

Peter Mahmud Marzuki, 2010, Penelitian Hukum, Jakarta: Kencana, h.35

Puskesmas Demak III, 2019, *Profil Balita Stunting Puskesmas Demak III*, h.04

Ratminto & Winarsih, A. S, 2006, *Manajemen Pelayanan*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Rotberg, R. I, h.58

Ronny Hanitijo,1988, *Metodologi Penelitian Hukum dan Jurimetri*, Jakarta:Ghalia Indonesia, h.23

Rosady Ruslam,2008, *Public Relations dan Komunikasi*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, h.24

Rusdi Malik,2000, *Penemu Afana Dalam Hukum*, Jakarta: Trisakti, h.15

Safitri CA, Nindya TS, *Hubungan Ketahanan Pangan dan Penyakit Diare dengan Stunting pada Balita, Surabaya:* h. 13-48

Sayyid Quthb, 1412 H/1992 M, *Fi Zhilal al-Qur`*an, Jilid II, Dar al-Syuruq, Kairo, Cet. XVII, h. 690.

Soerjono Soekamto dan Sri Mamudji, 2011, *Penelitian Hukum Normatif, Suatu Tinjauan Singkat*, Jakarta: Raja Grafindo Persada, h.12

Soerjono Soekamto, 1981, *Pengantar Penelitian Hukum*, Jakarta: UI Press, h.10

Sudirman H, 2008, *Stunting atau Pendek: Awal perubahan Patologis atau Adaptasi Karena Perubahan Sosial Ekonomi yang Berkepanjangan, Media Litbang Kesehatan*, Jakarta, XVIII: 33-42.

Sugiyono,2006, *Statistik Untuk Penelitian*, Bandung: Alfabeta, h.25

Suharsimi Arikunto, 1998, *Prosedur Penelitian, Suatu Pendekatan Praktek*, Rineka Cipta, Jakarta, h. 236.

Sukardi, 2003, *Metodologi Penelitian Pendidikan Kompentensi dan Prakteknya*, Jakarta: Bumi Aksara, h.2

Sulastomo, 2003, *Reformasi: Antara Harapan dan Realita*, Jakarta: Buku Kompas, h.24

Sulastri D, 2012, *Faktor determinan kejadian stunting pada anak usia sekolah di kecamatan lubuk kilangan Kota Padang*, J Kesehat - Maj Kedokt Andalas, 36(1):h.39–50

UNICEF, 2013, *Improving Child Nutrition*, The Achievable Imperative for Global Progress. UNICEF: New York.

WHO, 2013, *Global nutrition policy review: What does it take to scale up nutrition action. Geneva*, Switzerland: WHO Press

World Bank ,2014,*Better Growth through Improved Sanitation and Hygiene Practices*, hal.10

JURNAL

Jurnal Kesehatan Masyarakat, September 2011-Maret 2011, Vol. 6, No.l

Jornal Kajian Kebijakan dan Penanggulangan Masalah Gizi *Stunting* diIndonesia, *policy analysis on stunting prevention in indonesia,*

Jurnal Penegakan Hukum Hak Asasi Manusia Bagi Anak

Tuti Haryanti, 2019, Penderita *Stunting* (Enforcement Of Human Rights Law For Children With *Stunting*), Jakarta:h.225

Artikel, *Perlu paradigma baru untuk menanggulangi masalah gizi makro di Indonesia* Oleh : Prof.Dr. Soekirman Guru Besar Ilmu Gizi / Kepala Pusat Studi Kebijakan Pangan dan Gizi Institut Pertanian Bogor (IPB)

Indonesian Journal of Community Services Volume 3, No. 2, November 2021 http://jurnal.unissula.ac.id/index.php/ijocsDOI:http://dx.doi.org/10.30659/ijocs.3.2.116-125

Jurnal Penelitian dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan, 2021, *Peran kader peduli stunting meningkatkan optimalisasi penurunan risiko stunting*, Volume 7, Issue1Year2021,Pages4552URLhttp://jurnal.unissula.ac.id/index.php/jnmDOIhttp://dx.doi.org/10 30659/nurscope.7.1.45- 52

INTERNET

Internet Hello sehat, 2019, *Malnutrisi*, https://hellosehat.com,penyakit malnutrisi.

https://kumparan.com/bathara-kresno/konsep-welfare-state-theory-maksimalkan-peran-pemerintah.

https://yuokysurinda.wordpress.com/2016/01/18/teori-tentang-hukum-progresif.

https://kumparan.com/bathara-kresno/konsep-welfare-state-theory-maksimalkan-peran-pemerintah

https://yuokysurinda.wordpress.com/2016/01/18/teori-tentang-hukum-progresif.

https://eprints.uny.ac.id/23879/4/4.BAB%20II.pdf

Cakrawarta, "*Pemerintah Diminta Hapuskan DiskriminasiTerhadap Pasien BPJS"* (Banten,n.d.),www.cakrawarta.com/pemerintah-diminta-hapuskan diskriminasi-terhadap-pasien-bpjs.html

Kompas.Com, "*Pasien Miskin Mendapat LayananDiskriminatif*," n.d., https://www.google.com/amp/s/amp.kompas.lifestyle/read/2012/09/28/11094194/Pasien.miskin.mendapat.layanan.diskriminatif.

https://www.merdeka.com/sehat/unicef-ungkap-40-persen-anak-di-3-negara-asia-tenggara-kurang-gizi-karena-mi-instan.html

https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20211227/4339063/penurunan-prevalensi-stunting-tahun-2021-*sebagai-modal-menuju-generasi-emas-indonesia-2045*

https://scalingupnutrition.org/news/viet-nams-national-nutrition-strategy-for-2021-2030-more-equitable-resilient-and-sustainable-food-and-health-systems

https://dataindonesia.id/Ragam/detail/prevalensi-stunting-di-indonesia-capai-244-pada-2021

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
UNISSULA
جامعة سلطان أجونج الإسلامية