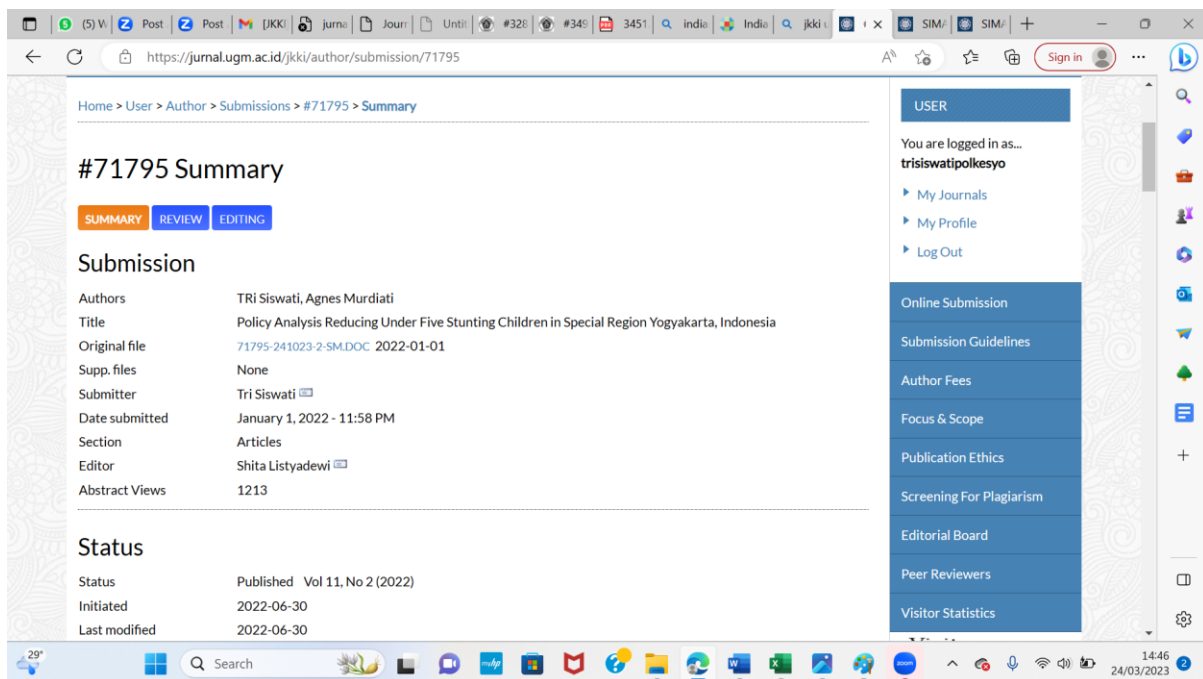
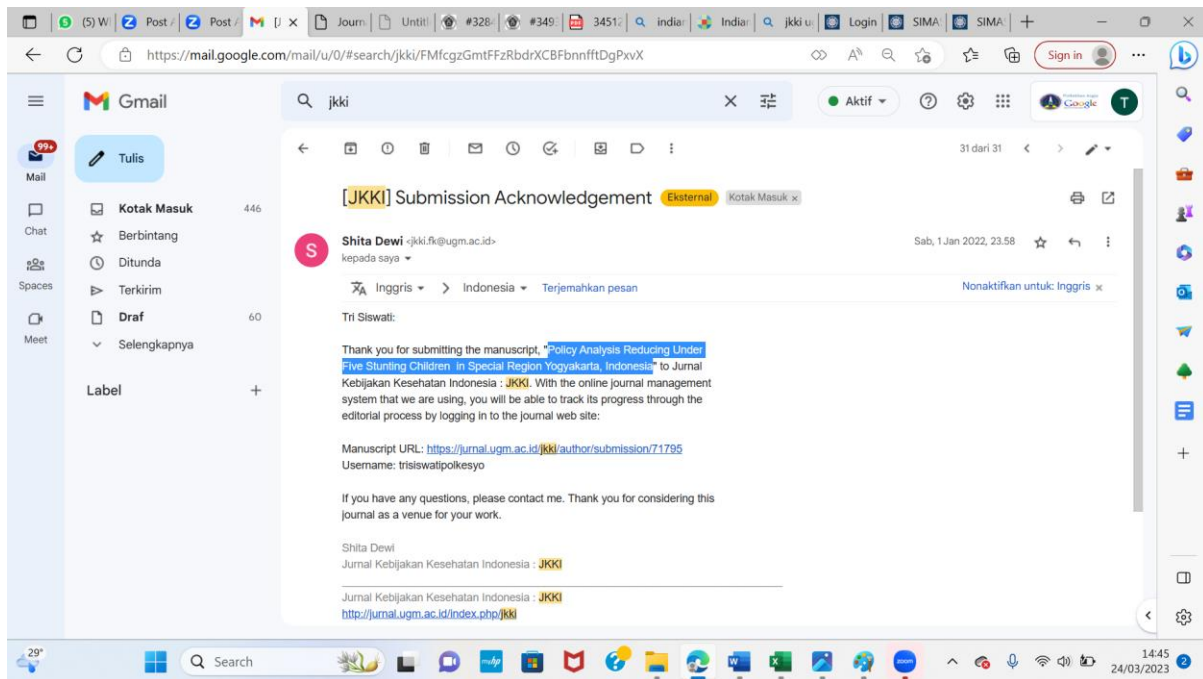


Korespondensi JKJI_policy analisis



Kajian Kebijakan Penurunan Stunting Balita Di DI Yogyakarta, Indonesia

Policy Analysis Reducing Under Five Stunting Children in Special Region Yogyakarta, Indonesia

Tri Siswati¹, Agnes Murdiati², Bibinus Hengky Widhi Antoro³, Ro'fah⁴, Heru Subaris Kasjono⁵

¹Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, 55293, Indonesia.
Email:tri.siswati@poltekkesjogja.ac.id

² Teknologi Pengolahan Produk Pertanian Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

3. Fakultas Hukum Universitas Atma Jaya Yogyakarta, Universitas Atma Jaya, Yogyakarta, Indonesia

4. Interdisciplinary Islamic Studies, Universitas Islam Negeri Kalijaga, Yogyakarta, Indonesia

⁵Jurusan Kesehatan Lingkungan, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta 55293, Indonesia

Tanggal submit: xxxxxxx; Tanggal penerimaan: xxxxxxx (diisi oleh pengelola jurnal)

ABSTRAK

Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan provinsi dengan prevalensi stunting balita yang rendah, sebesar 21% pada tahun 2019. Berbagai kebijakan mendukung upaya penurunan stunting. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji kebijakan yang terkait dengan penanggulangan stunting di DIY. Metode yang digunakan berupa *desk review* dengan mengkaji data sekunder, review literatur, penelusuran kebijakan/regulasi yang terkait penanggulangan stunting, diskusi, presentasi, FGD dan RTD. Penelitian dilakukan di DIY pada tahun 2019. Data dianalisis dengan diskriptif, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Hasil kajian menyatakan bahwa prevalensi stunting di DIY terus mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Penyebab stunting meliputi faktor distal seperti ekonomi, kemiskinan, pendidikan dan kesejahteraan. Sedangkan penyebab proximate adalah BBLR dan kehamilan di usia remaja. Intervensi dilakukan dengan sasaran focus 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) meliputi intervensi gizi sensitif dan spesifik. Semua Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di DIY telah mengambil peran dalam penanganan stunting balita. Berbagai regulasi baik internasional, nasional dan daerah mendukung percepatan penurunan stunting balita meskipun belum ada regulasi khusus. Upaya penanggulangan stunting balita telah dilakukan namun perlu sinergitas dan integrasi lintas program dan lintas sektor dengan leading sektor Bappeda.

Kata kunci: Kebijakan; Stunting; Sinergitas, Terintegrasi

ABSTRACT

Yogyakarta Special Region is a provinces with a low prevalence of stunting children in Indonesia as many as 21%. Many policies support reducing stunting children effort. This study aims to analysis of policies related to reduce stunting. The method was desk review using secondary data, literature review, policy/regulation tracing related to stunting children and discussions, presentations, Focus Group Discussion (FGD), and Round Table Discussion (RTD). Causes of stunting include distal factors such as the economy, poverty, education, and well-being. Proximate factors were baby low birth weight and adolescent pregnancy. Interventions conducted with a focus target on 1000 early day life include sensitive and specific nutritional interventions. All regional organization have taken a role in combating stunting. Also regulations both internationally, nationally and regionally support the acceleration of the decline of stunting. But the specific regulations on stunting is not available.

Effort to reducing stunting have been implemented but need more synergitic and integrated intervention between regional organization with Bappeda as the leading sector.

Keywords: *Policy, Stunting; Sinergitic, Integrated*

PENDAHULUAN

Stunting adalah keadaan dimana tinggi badan anak tidak mencapai tinggi badan seperti standar yang ditentukan. Stunting merupakan kondisi gagal tumbuh sebagai akibat dari kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang.(1) Stunting disebabkan oleh multiple faktor meliputi faktor sosial, struktural dan biologi(2,3). Faktor sosial yang berkaitan dengan stunting seperti pertumbuhan ekonomi (PDRB), pajak, kondisi geografi, indeks pembangunan manusia serta regulasi atau kebijakan pemerintah(2,4). Sedangkan faktor struktural meliputi lingkungan, tempat tinggal, sanitasi, ketersediaan air bersih(3), pendidikan(5) dan pekerjaan orang tua(2–4). Sementara itu faktor biologi yang bertanggungjawab dengan kejadian stunting meliputi tinggi badan orang tua(3,6,7), asupan makanan(8–10), berat bayi lahir rendah(11–13), dan infeksi(10,14). Faktor lain yang menjadi tantangan penurunan stunting adalah rendahnya pemahaman dan kesadaran masyarakat(15), faktor budaya(16), serta perilaku merokok orang dewasa(17,18). Jika multifaktor penyebab stunting seperti paparan lingkungan, imunitas yang rendah, kemiskinan dan minimnya ketersediaan sumber daya saling berinteraksi maka akan menyebabkan derajat stunting yang lebih parah. Selanjutnya anak-anak yang kurang gizi termasuk gizi buruk dan stunting akan mempunyai risiko lebih tinggi terkena penyakit infeksi seperti diare dan ISPA bahkan kematian(19).

Malnutrisi kronik pada masa kanak-kanak berdampak pada seluruh siklus kehidupan manusia(20). Beberapa efek stunting meliputi gagal tumbuh dan gagal kembang yang sifatnya irreversible(21), risiko mortalitas dan morbiditas yang meningkat, gangguan kognitif, lambat pemahaman pengetahuan, lemah di bidang science, matematika, bahasa dan kurang cerdas(22,23). Disamping itu stunting meningkatkan risiko gangguan metabolisme sehingga potensi terkena penyakit tidak menular bertambah(24,25). Stunting dapat menyebabkan kegagalan *fetal*

programming sehingga respon tubuh terhadap sindrom metabolik lebih besar, risiko obesitas lebih tinggi, metabolisme rate dan lemak oksidatif yang lebih rendah, resistensi insulin dan penyakit-penyakit sindrom metabolik lainnya(26)(27)(28). Bahkan stunting dini melahirkan usia dewasa produktif yang berisiko mengalami disabilitas premature dan kematian dini(29). Akibat lebih jauh dari stunting adalah beban negara untuk membayar biaya pengobatan dan perawatan warganya serta potensi kerugian ekonomi sebesar Rp 3.057 miliar-Rp 13.758 miliar (0,04-0,16%) dari total PDB Indonesia(30).

Periode 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) merupakan periode kritis sebagai awal mula terjadinya stunting. Di Indonesia investasi pada masa kanak-kanak dan kehamilan memberi benefit sebesar 48 kali lipat dibandingkan intervensi masa selanjutnya(31). Namun masa kritis ini bisa terjadi jauh sebelum masa kehamilan, misalnya anemi dan kurang gizi yang dialami pada masa kanak-kanak dan remaja(32). Sehingga sebagaimana yang disampaikan The Lancet, bahwa meskipun program intervensi stunting pada sasaran 1000 HPK sangat penting, namun *insufficient*(33). Setidaknya investasi pembangunan manusia membutuhkan waktu sepanjang 8000 HPK. Fase 8000 HPK meliputi 1000 HPK (sejak hamil hingga usia 2 tahun) ditambah 7000 HPK (balita hingga remaja akhir atau dewasa awal). Fase balita dan kanak-kanak merupakan fase percepatan pertumbuhan (*growth spurt* pertama), fase anak-anak merupakan fase konsolidasi, dan masa remaja adalah masa percepatan pertumbuhan (*growth spurt* kedua), konsolidasi pertumbuhan dan kematangan emosional dan fungsi organ vital tubuh(33).

Hasil riset menyatakan bahwa stunting yang dialami pada masa balita cenderung persisten pada periode kehidupan selanjutnya(7,23,32). Analisis pooled data Riskesdas 2007, 2010 dan 2013 menyatakan bahwa 1 dari 4 balita mengalami stunting, demikian pula dengan usia remaja dan dewasa. Satu dari 4 remaja dan 1 dari 4 dewasa mengalami stunting. Jika pada tahun 2019 jumlah penduduk Indonesia adalah 270 juta jiwa, maka jumlah balita stunting diperkirakan sebanyak 80 juta jiwa(34). Memahami dampak stunting intergenerasi pada seluruh siklus kehidupan manusia maka

masalah stunting menjadi ancaman untuk mewujudkan Indonesia menjadi negara super power(35,36).

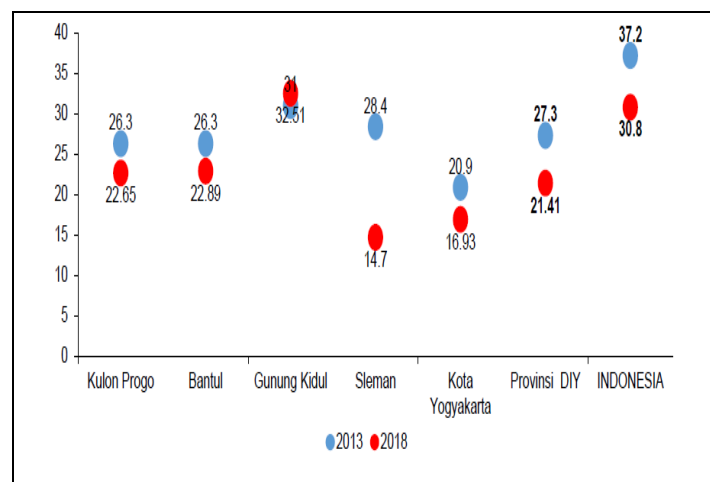
Berbagai survey yang dilaksanakan oleh Kemenkes RI sejak tahun 2007 hingga 2021 menunjukkan prevalensi stunting balita di DIY terus mengalami penurunan. Harapannya semua kabupaten/kota di DIY mencapai target SDG's sebesar 14% pada tahun 2024. Intervensi stunting dilakukan baik secara sensitive seperti perbaikan lingkungan, pemukiman, perumahan, akses dan sarana air bersih dan jamban serta intervensi spesifik yang diberikan pada sasaran 1000 HPK seperti ASI, konseling, MP-ASI, suplementasi Fe pada ibu hamil, suplementasi Zn, vitamin A dan mikronutrien lain pada balita, PMT ibu hamil, serta PMT balita(37). Beberapa regulasi dan kebijakan ditetapkan untuk mendorong upaya percepatan penurunan stunting.

METODE PENELITIAN

Analisis kajian pada penelitian ini dilakukan melalui desk review bersumber dari hasil penelitian masalah stunting serta kebijakan stunting di DIY. Data dan informasi tentang program dan kebijakan lingkup DIY berasal dari Bappeda DIY, lintas program dan lintas sector pada organisasi pemerintah daerah terkait. Kebijakan yang bersifat nasional dan global bersumber dari internet resmi seperti WHO, UNICEF, Kemenkes, Kemendes, Kemendagri, Bappenas dan lain-lain. Penyusunan kajian dilakukan bersama tim peneliti melalui proses diskusi, presentasi, FGD dengan stake holder, serta konsultasi dan pembahasan oleh ahli. Hasil kajian dipresentasikan secara terbuka melalui *Roud Table Discussion (RTD)* di Bappeda DIY dengan mengundang pembahas dari UGM, serta dihadiri oleh perguruan tinggi di DIY, organisasi profesi dan seluruh Organisasi Perangkat Daerah (OPD) di DIY untuk mendapatkan masukan dari berbagai sudut pandang. Penelitian dilakukan di DIY pada bulan Mei – Oktober 2019.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Menurut Riskesdas 2018, DIY adalah provinsi dengan prevalensi stunting terendah setelah DKI Jakarta, namun masih dalam kategori daerah dengan prevalensi stunting sedang (>20%) (38). Survey nasional menyatakan bahwa prevalensi stunting balita terus mengalami penurunan. Pada tahun 2007 sebesar 27,7%(Kemenkes RI, 2007), tahun 2010 sebesar 29% (Kemenkes RI, 2010), tahun 2013 sebesar 27,32% dan tahun 2018 sebesar 21,41%. Disparitas stunting di DIY pada tahun 2018 cukup lebar antara 14,7% (Kab Sleman hingga 34% (Kab Gunung Kidul)(41). Secara detail pada Gambar 1.

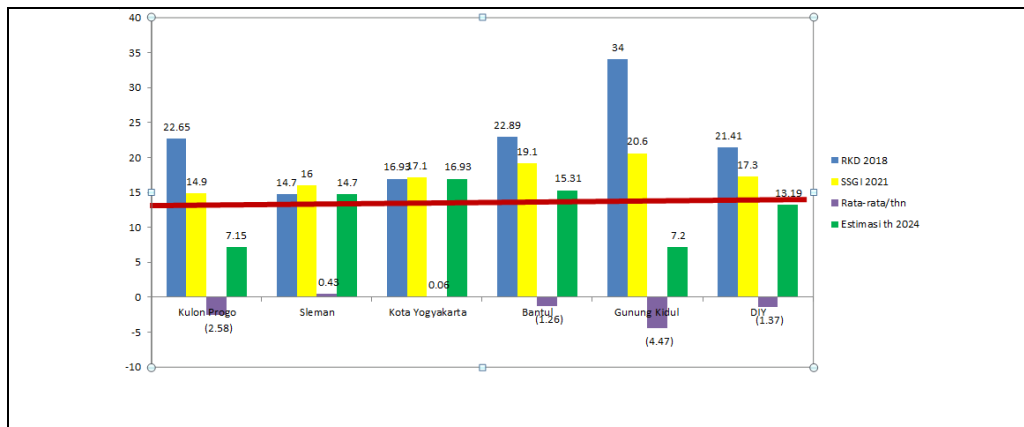


Gambar 1. Prevalensi stunting di DIY tahun 2013 dan 2018

Sumber : Riskesdas, 2018

Berdasarkan angka prevalensi tersebut, maka rata-rata penurunan prevalensi stunting balita DIY selama tahun 2007 hingga 2018 adalah sebesar 0,57% per tahun. Pada survey nasional tahun 2021 secara cross sectional menyatakan bahwa prevalensi stunting DIY tahun sebesar 17,3% (Kemenkes RI, 2021). Jika melihat penurunan stunting pada tahun 2018-2021 maka terjadi peningkatan kecepatan penurunan stunting sebesar 1,85%. Dengan rata-rata penurunan prevalensi di tahun 2018-2021 maka diperkirakan pada tahun 2024 prevalensi stunting di DIY adalah 11,75%. Angka ini melebihi target capaian SDG's sebesar 14%. Dengan capaian tersebut maka DIY akan menjadi propinsi dengan masalah stunting ringan (<20%).(38). Disparitas prevalensi stunting di DIY pada tahun 2021 berkisar antara 14,9 % (Kab Kulon Progo) hingga 20,9% (Kab Gunung Kidul). Kabupaten dengan percepatan penurunan stunting tahun 2018-2021 tertinggi adalah Kab Gunung

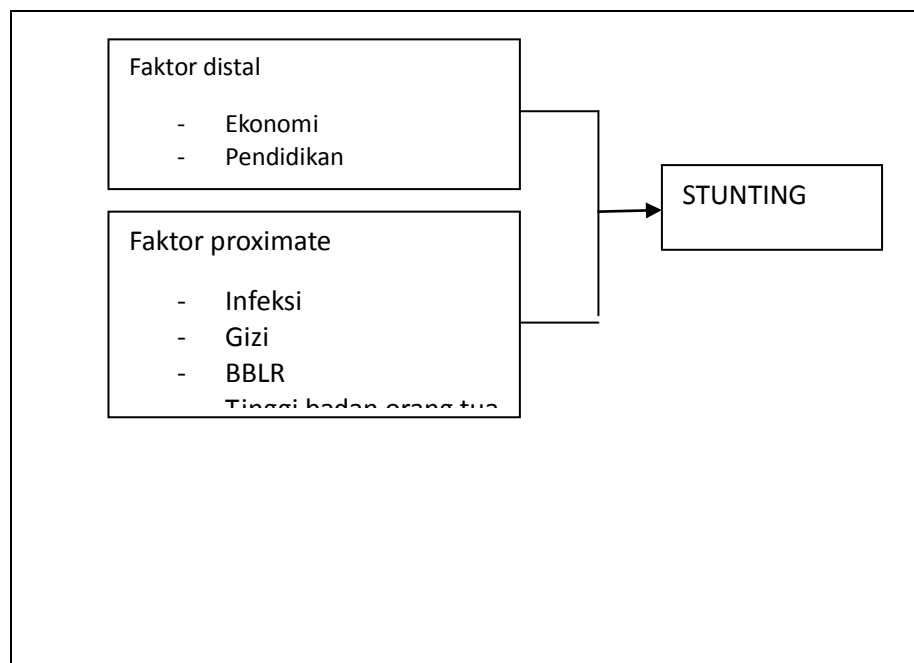
Kidul 4,47%/tahun. Jika variable penyebab stunting tetap dan upaya penurunan stunting seperti yang sudah dilaksanakan selama ini, maka pada tahun 2024 diperkirakan 3 kabupaten (Sleman, Bantul dan Kota Yogyakarta) masih diatas 14% atau tidak mencapai target SDG's (Gambar 2).



Gambar 2. Prevalensi stunting tahun 2018-2021 dan estimasi capaian SDG's di DIY

Secara garis besar stunting disebabkan oleh faktor distal dan proximate, secara detail pada

Gambar 3



Gambar 3. Faktor distal dan proximate penyebab stunting balita

Beberapa faktor distal penyebab stunting meliputi faktor ekonomi, kemiskinan, pendidikan, pekerjaan, kesejahteraan. Ekonomi merupakan faktor yang fundamental yang mempengaruhi terjadinya malnutrisi. Secara berangsur–angsur dari tahun 2013-2018 DI Yogyakarta mengalami peningkatan laju pertumbuhan ekonomi, dari 5,21 (tahun 2011) menjadi 6,20 (tahun 2018). Sementara itu jumlah penduduk miskin di DIY mengalami penurunan dari 15,43% (tahun 2013) menjadi 11,81% (tahun 2018). Disparitas angka kemiskinan DIY berkisar dari 6,84% (Kota Yogyakarta) hingga 17,39% (Kulon Progo)(34).

Selain kemiskinan, pendidikan juga merupakan faktor mendasar yang berkaitan dengan peluang mendapatkan pekerjaan dan penghidupan yang layak. Dengan pendidikan yang tinggi, peluang pekerjaan dan pendapatan semakin banyak dan baik, sehingga kebutuhan dasar termasuk pangan dapat dipenuhi dengan baik(44–46). Rata-rata lama sekolah (RLS) penduduk DIY meningkat dari 8,51 (tahun 2017) menjadi 9,19 (tahun 2020). Adapun rentang rata-rata lama sekolah adalah Kabupaten Gunung Kidul (7,17 tahun) dan Kota Yogyakarta (11,41 tahun). Tingkat kesejahteraan penduduk DI Yogyakarta pada tahun 2019 menurut indikator IPM termasuk tinggi bahkan tertinggi ke dua setelah DKI Jakarta serta melebihi rata-rata IPM nasional (79,99) (Tabel 1). Dalam hal tempat tinggal, sebanyak 95,49% penduduk tinggal di rumah layak huni(34), dan rumah tangga yang menjangkau akses air minum yang layak sebesar 91,3%(47). Baik tempat tinggal maupun akses air bersih merupakan faktor yang berkaitan dengan stunting(3).

Tabel 1. Faktor ekonomi, pendidikan dan kesejahteraan yang berkaitan dengan stunting di DIY

Variabel	Kab/kota					DIY
	Kulon Progo	Bantul	Gunung Kidul	Sleman	Kota Yogyakarta	
Jumlah penduduk miskin (%)	17,39	12,92	16,61	7,41	6,84	11,70

RLS (tahun)	8,96	9,56	7,17	10,76	11,41	9,395
IPM	74,44	80,01	69,96	83,85	86,65	79,99

Sumber : BPS.go.id

Faktor proksimate merupakan faktor penyebab yang cukup dekat/langsung dengan kejadian stunting, meliputi BBLR, infeksi, partisipasi masyarakat ke posyandu, sarana prasarana pelayanan kesehatan, pemeriksaan kesehatan dan suplementasi gizi.

Hasil pemetaan di DIY pada tahun 2019 menyatakan bahwa prevalensi BBLR sebanyak 5,7%, anemi ibu hamil 15,69%, KEK ibu hamil 11,76%, cakupan suplementasi Fe ibu hamil 89,29%, cakupan suplementasi vitamin A 99,95%, K1 100%, K4 88,2%, KN 94,1%, KNL 94,6% dan jumlah keluarga yang menggunakan jamban serta stop BABS 100%. Tingkat partisipasi masyarakat ke Posyandu (D/S) di DIY mencapai angka 88,18%. Sementara itu jumlah Posyandu sebagai upaya UKBM sebanyak 5.724 dari 428 desa di DIY dengan strata mandiri sebanyak 61%(48). Secara detail pada Tabel 2.

Tabel 2.

Faktor proksimate yang berkaitan dengan stunting di Kab/Kota di DIY

Variabel	Kab/kota					DIY
	Kulon Progo	Bantul	Gunung Kidul	Sleman	Kota Yogya	
BBLR (%)	7,5	4,9	6,2	5,3	6,1	5,7
Anemi ibu hamil (%)	9,94	17,13	21,24	10,46	30,65	15,69
KEK Ibu hamil (%)	14,53	9,79	17,37	8,4	15,14	11,76
Cakupan supl Fe ibu hamil (%)	86,32	88,83	83,26	94,90	87,33	89,29
Cakupa supl vitamin A (%)	99,98	99,99	100	99,88	9988	99,95
K1 (%)	100	100	100	100	100	100
K4 (%)	84,5	89,3	81,2	92,6	88,4	88,2
KN (%)	94,6	86,2	94,5	99,8	99,7	94,1
KN-L (%)	92,5	84,1	91,0	95,6	92,1	90,6

Jml RT menggunakan fasilitas BAB (%)	100	100	100	100	100	100
Jumlah desa Stop BABS (%)	100	100	100	100	100	100

Sumber : Dinkes DIY, 2019

BBLR merupakan faktor dekat dan predictor terkuat kejadian stunting balita. BBLR disebabkan oleh kondisi ibu saat hamil, usia ibu masih remaja, bayi kembar, janin memiliki kelainan bawaan, dan gangguan pada plasenta yang menghambat pertumbuhan bayi (IUGR). Fakta menunjukkan bahwa pernikahan dispensasi atau pernikahan usia remaja di DIY terus mengalami peningkatan dari tahun 2017 sebanyak 294 menjadi 312 pada tahun 2018. Selain BBLR, tingginya anemia pada kehamilan dan KEK berkaitan dengan risiko malnutrisi/kurang.

Penanggulangan stunting dilakukan oleh lintas program dan sektor secara bersama-sama. Secara detail pada Tabel 3.

Tabel 3. Intervensi stunting yang telah dilakukan di DI Yogyakarta

No	Pilar	OPD
1	Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Hamil	a. Dinas Kesehatan melalui Pedoman Gizi Seimbang (PGS), isi piringku, Germas; imunisasi, suplementasi Fe, kunjungan neonatal, perawatan nifas, antenatal care, JKN, PTM ibu hamil, PTM balita, serta inovasi lain seperti ranting delima (pemberantasan stunting dengan empat lintang PMBA), <i>Comunity Feeding Center (CFC)</i>, ami demen bubur (atasi anemia dengan menanam mengkonsumsi buah buahan dan sayur, kelas balita dan kelas bumil, sego ceting (semangat gotong royong cegah stunting), Ayunda Si Menik Makan Sego Crying (Ayo Tunda Usia Menikah Mengawali Gerakan Semangat Gotong Royong Cegah Stunting), dan inovasi-inovasi lainnya. b. Dinas Pertanian dan Ketahanan Pangan melalui Pola asupan Konsumsi Beragam, Bergizi, Seimbang Aman (B2SA), Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) dengan adanya <i>integrated farming mini</i>. c. Dinas Kelautan dan Perikanan : kampanye
	Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak usia 0-6 Bulan	
	Intervensi Gizi Spesifik dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 7-23 bulan	

		gemar makan ikan
2	Intervensi Gizi Sensitif a) Meningkatkan akses masyarakat terhadap ketersediaan air bersih b) Meningkatkan fasilitas sanitasi yang memadai c) Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini d) Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); e) Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal); f) Memberikan bantuan dan jaminan sosial bagi keluarga miskin g) Sinkronisasi batas usia perkawinan antara kementerian kesehatan, agama, kementerian dalam negeri, alim ulama dan terkait; h) Memberikan edukasi kesehatan seksual dan reproduksi, serta gizi pada remaja; i) Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi j) Menggerakkan ekonomi kreatif, Usaha Mikro Kecil Menengah (UMKM), kursus-kursus ketrampilan untuk mengentaskan kemiskinan dan meningkatkan kemampuan ekonomi rumah tangga k) Melakukan edukasi tentang PHBS dan gizi seimbang pada guru PAUD/SD/SMP/SMA dan jurnalis; l) Memberikan edukasi tentang gizi dan kesehatan pada calon pengantin.	a) Dinas PU ESDM, penyediaan air bersih, ada 2 (dua) sistem, sistem perpipaan (sampai pada masyarakat) biasanya melalui PDAM dan non perpipaan, melalui: Pamsimas, Pamsides, melalui sumur bor (daerah pedesaan dan kekeringan) dan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan berkaitan dengan pengujian air bersih, perbaikan transportasi dan jembatan b) Dinas Pendidikan Kesehatan reproduksi, UKS, PIK-R, PMR, dan kantin sehat, kader ssekolah sehat dan sejenis c) Dinas Kesehatan Program gizi anak sekolah, screening kesehatan siswa, PIK-R, imunisasi melalui program BIAS (bulan imunisasi anak sekolah), Kawasan tanpa rokok, JKN, Germas, KIE, suplementasi vitamin A, Fe, Kadarzi, pemantauan garam beriodium, PMT anak sekolah d) Dinas Sosial Pelatihan dan bimbingan teknik untuk pemberdayaan ekonom masyarakat e) Kementerian Agama Penundaan usia menikah, pendidikan pra nikah f) Dukcapil : Akta kelahiran g) Bappeda : RAD pangan dan gizi, RAD Germas, RAD SDG's h) Disperindagkop Pembinaan industri rakyat (bimtek branding, promosi, packaging, kurasi produk, dan sejenis) i) APBDes dan peraturan penggunaannya j) Surveilans gizi

Penanggulangan stunting telah ditetapkan strategi 5 pilar penanganan stunting meliputi :1) komitmen dan visi pimpinan, 2) kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku, 3) konvergensi, koordinasi, konsolidasi program pusat, daerah dan desa, 4) gizi dan ketahanan pangan,

5) pemantauan dan evaluasi. Strategi percepatan penurunan stunting dilakukan melalui 8 aksi konvergensi stunting meliputi: 1) analisis situasi, 2) rencana kegiatan, 3) rembug stunting, 4) perbub/perwali tentang peran desa, 5) pembinaan KPM, 6) manajemen data, 7) pengukuran dan publikasi, dan 8) review kinerja tahunan.

Kebijakan penanggulangan stunting telah diatur dalam lingkup internasional hingga daerah. Pada lingkup internasional terdapat ketentuan SDG's goal ke-2 dan upaya perbaikan gizi atau *Scaling Up Nutrition* yang terfokus pada 1000 HPK.

Di tingkat nasional terdapat agenda prioritas Nawa cita Presiden RI tahun 2014-2019, visi Presiden RI tahun 2019-2024, UU No. 17 Tahun 2007 tentang RPJPN 2005–2025 serta RPJM 2015-2019 sebagai jabarannya, UU no 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, RAN-PG 2015-2019 sebagai kebijakan strategis pangan dan gizi, PP No.33/2012 tentang Air Susu Ibu Eksklusif, Perpres No. 42/2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi, Permenkes No.3/2014 tentang STBM, Permenkes No.23/2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, Peraturan Menteri Kesehatan RI No 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat (PIS-PK) dengan Pendekatan Keluarga, Peraturan Menkes dan Mendagri No 188/Menkes/PB/2011 No 7 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan Tanpa Rokok, Instruksi Presiden RI No 1 Tahun 2017 tentang Germas, Kebijakan pemerintah membentuk TNP2K pada tahun 2017, PP No 47 tahun 2008 tentang wajib belajar untuk usia 7-15 tahun, serta Renstra BKKBN tahun 2015-2019 misi ke 4 yang mengatur kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera dan misi ke 5 tentang upaya mewujudkan Indonesia yang berdaya saing dan Perpres No 72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting

Pada tataran provinsi terdapat beberapa kebijakan, meliputi Pergub DIY Nomor 80 Tahun 2016 tentang RAD-PG tahun 2015-2019. Peraturan ini bersumber dari peraturan operasional atas Pasal 63 ayat (3) Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2012 tentang Pangan; Peraturan Gubernur DIY

tentang No 44 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Yogyakarta Sehat Lestari dan Peraturan Gubernur DIY tahun 2018 tentang Rencana Aksi Daerah Tujuan Pembangunan Berkelanjutan tahun 2018-2022. Peraturan ini diikuti oleh pemerintahan kabupaten/kota.

Berbagai kebijakan dan program penurunan stunting telah diupayakan baik intervensi sensitif maupun spesifik. Komitmen pemerintah menjadi unsur yang sangat penting dalam mengatur tata kelola pengentasan masalah stunting (49)(50). Keberlanjutan program penanganan stunting akan berjalan dengan baik apabila didukung dengan keterlibatan dan sinergitas multisector(51) serta pemberdayaan masyarakat(52).

Dari beberapa regulasi tersebut, sasaran prioritas penanggulangan stunting adalah sasaran 1000 HPK. Meskipun semua regulasi tersebut mengarah pada upaya penurunan stunting, namun belum ada produk kebijakan khusus tentang stunting pada tahun 2019. Selain itu semua organisasi perangkat daerah baik lintas program maupun lintas sektor telah berupaya untuk menurunkan stunting balita, namun intervensi gizi spesifik dan sensitif perlu dilakukan secara sinergis dan komprehensif oleh Bappeda sebagai *leading sector*.

KESIMPULAN

Kebijakan stunting meliputi tingkat internasional, nasional, serta provinsi. Dalam penanggulangan stunting masing-masing OPD mempunyai goal setting yang mengarah pada upaya penurunan stunting, namun perlu sinergitas dalam intervensi penurunan stunting terintegrasi yang dipimpin oleh Bappeda sebagai *leading sector*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terimakasih kepada Bappeda DIY yang telah memfasilitasi penelitian ini dan semua OPD di DIY yang telah berkenan berpartisipasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Malnutrition [Internet]. New York; Available from: https://www.who.int/health-topics/malnutrition#tab=tab_1

2. WHO. Social Determinant of Health [Internet]. 2013. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/social-determinants>
3. Beal T, Tumilowicz A, Sutrisna A, Izwardy D, Neufeld LM. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Matern Child Nutr.* 2018;14(4):1–10.
4. Yaya S, Uthman OA, Kunnuji M, Navaneetham K, Akinyemi JO, Kananura RM, et al. Does economic growth reduce childhood stunting? A multicountry analysis of 89 Demographic and Health Surveys in sub-Saharan Africa. *BMJ Glob Heal.* 2020;5(1):1–7.
5. Tariq J, Sajjad A, Zakar R, Zakar MZ, Fischer F. Factors associated with undernutrition in children under the age of two years: Secondary data analysis based on the Pakistan demographic and health survey 2012–2013. *Nutrients.* 2018;10(6):1–20.
6. Andari W, Siswati T, Paramashanti BA. Tinggi Badan Ibu Sebagai Faktor Risiko Stunting Pada Anak Usia 24-59 Bulan Di Kecamatan Pleret Dan Kecamatan Pajangan, Kabupaten Bantul, Yogyakarta. *J Nutr Coll.* 2020;9(4):235–40.
7. Orellana JDY, Gatica-Domínguez G, Vaz JDS, Neves PAR, de Vasconcellos ACS, Hacon S de S, et al. Intergenerational association of short maternal stature with stunting in yanomami indigenous children from the brazilian amazon. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(17):1–14.
8. Yang Q, Yuan T, Yang L, Zou J, Ji M, Zhang Y, et al. Household food insecurity, dietary diversity, stunting, and anaemia among left-behind children in poor rural areas of China. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(23):1–13.
9. Krebs NF, Mazariegos M, Tshefu A, Bose C, Sami N, Chomba E, et al. Meat consumption is associated with less stunting among toddlers in four diverse low-income settings. *Food Nutr Bull.* 2011;32(3):185–91.
10. Millward DJ. Nutrition, infection and stunting: The roles of deficiencies of individual nutrients and foods, and of inflammation, as determinants of reduced linear growth of children. *Nutr Res Rev.* 2017;30(1):50–72.
11. Abbas F, Kumar R, Mahmood T, Somrongthong R. Impact of children born with low birth weight on stunting and wasting in Sindh province of Pakistan: a propensity score matching approach. *Sci Rep* [Internet]. 2021;11(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-98924-7>
12. Siswati T, Hookstra T, Kusnanto H. Stunting among children Indonesian urban areas: What is the risk factors? *J Gizi dan Diet Indones (Indonesian J Nutr Diet.* 2020;8(1):1.
13. Aryastami NK, Shankar A, Kusumawardani N. Low birth weight was the most dominant predictor associated with stunting among children aged 12-23 months in Indonesia. *BMC Nutr.* 2017;3(16):1–6.
14. Arini D, Nursalam N, Mahmudah M, Faradilah I. The incidence of stunting, the frequency/duration of diarrhea and Acute Respiratory Infection in toddlers. *J Public health Res.* 2020;9(2):117–20.
15. Ponum M, Khan S, Hasan O, Mahmood MT, Abbas A, Iftikhar M, et al. Stunting diagnostic and awareness: Impact assessment study of sociodemographic factors of stunting among school-

going children of Pakistan. *BMC Pediatr.* 2020;20(1):1–9.

16. Neumann, C. G., & Harrison GG. Onset and evolution of stunting in infants and children. Examples from the Human Nutrition Collaborative Research Support Program. Kenya and Egypt studies. *Eur J Clin Nutr.* 1:90–102.
17. Islam, S., Rana, M. J., & Mohanty SK. Cooking, smoking, and stunting: Effects of household air pollution sources on childhood growth in India. *Indoor Air.* 2021;31(1):229–49.
18. Mushtaq MU, Gull S, Khurshid U, Shad MA, Siddiqui AM. Prevalence and socio-demographic correlates of stunting and thinness among Pakistani primary school children. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11(1):790. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/790>
19. Bhutta ZA, Berkley JA, Bandsma RHJ, Kerac M. Severe childhood malnutrition. *Eur PMC Funders Group, Author Manuscr* [Internet]. 2017;44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7004825/pdf/EMS85656.pdf>
20. Malhotra N, Malhotra J, Bora NM, Bora R, Malhotra K. Fetal origin of adult disease. *Donald Sch J Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;8(2):164–77.
21. Sanders TAB, Foundation BN, Buttriss JL. Mechanisms and Pathways of Critical Windows of Development. In: *Nutrition and Development* [Internet]. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; 2013 [cited 2016 Aug 19]. p. 75–85. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/9781118782972.ch4>
22. Silva TM, Bueno NB, De M de L da SG, Azevedo, Clemente APG, Florêncio TM de MT. Pre-School Children Undergoing Nutritional Recovery Treatment. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2018;36(1):39–44. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000100039&lng=en&nrm=iso&tlng=en
23. Konermann S. The effect of early childhood stunting on children’s cognitive achievements: Evidence from young lives Ethiopia. *Physiol Behav.* 2019;173(3)(1):665–76.
24. Grillo LP, Gigante DP, Horta BL, de Barros FCF. Childhood stunting and the metabolic syndrome components in young adults from a Brazilian birth cohort study. *Eur J Clin Nutr* [Internet]. 2016;70(5):548–53. Available from: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/ejcn.2015.220>
25. Kimani-Murage EW, Kahn K, Pettifor JM, Tollman SM, Dunger DB, Gómez-Olivé XF, et al. The prevalence of stunting, overweight and obesity, and metabolic disease risk in rural South African children. *BMC Public Health.* 2010;10:1–13.
26. Kimani-Murage E, Kahn K. The prevalence of stunting, overweight and obesity, and metabolic disease risk in rural South African children. *BMC public* [Internet]. 2010;1–13. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-158>
27. Barker DJP. The origins of the developmental origins theory. *J Intern Med.* 2007;261(5):412–7.
28. Mardones F, Arnaiz P, Pacheco P, Dominguez A, Villarroel L, Eriksson JG, et al. Associations of prenatal growth with metabolic syndrome, insulin resistance, and nutritional status in Chilean children. *Biomed Res Int.* 2014;2014.
29. ISLDB. The burden of child and maternal malnutrition and trends in its indicators in the states

- of India: the Global Burden of Disease Study 1990–2017. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2019;3(12):855–70.
30. Renyoet BS, Martianto D, Sukandar D. Potensi Kerugian Ekonomi Karena Stunting Pada Balita Di Indonesia Tahun 2013. *J Gizi dan Panga*. 2016;11(November):247–54.
 31. Hoddinott J, Alderman H, Behrman JR, Haddad L, Horton S. The economic rationale for investing in stunting reduction. *Matern Child Nutr*. 2013;9(S2):69–82.
 32. Reynaldo Martorell. Improved Nutrition in the First 1000 Days and Adult Human Capital and Health. *Am J Hum Biol*. 2017;29(2):1–24.
 33. Bundy, D., de Silva, N., Horton, S., Patton, G. C., Schultz, L., Jamison, D. T. & DCP-3 C and AH and DAG. Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities title. *Lancet*, 3rd Ed. 2018;391(10121):687–99.
 34. BPS. Statistik Indonesia 2019. 2019.
 35. de Onis M, Branca F. Childhood stunting: A global perspective. *Matern Child Nutr*. 2016;12:12–26.
 36. Prendergast AJ, Humphrey JH. The stunting syndrome in developing countries. *Paediatr Int Child Heal*. 2016;34(4):250–265.
 37. NJ. GS, Griffiths PL., Bogin BA. Madise. Nutritional interventions for preventing stunting in children (0 to 5 years) living in urban slums in low and middle-income countries (LMIC) (Protocol). *Cochrane Libr*. 2015;(5):1–44.
 38. De Onis M, Borghi E, Arimond M, Webb P, Croft T, Saha K, et al. Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. *Public Health Nutr*. 2019;22(1):175–9.
 39. Kemenkes RI, Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007. Jakarta, Indonesia; 2017.
 40. Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2010. Jakarta, Indonesia; 2010.
 41. Kemenkes RI. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. 2018.
 42. Kemenkes RI. Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, Kabupaten/Kota. 2021.
 43. BPS. Laju Pertumbuhan Ekonomi DIY. 2019.
 44. Egerter S, Braveman P, Sadegh-Nobari T, Grossman-Khan R, Dekker M. Education Matters for Health. 2009;(September):1–15.
 45. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Williams DR, Pamuk E. Socioeconomic disparities in health in the united States: What the patterns tell us. *Am J Public Health*. 2010;100(SUPPL. 1).
 46. Braveman P, Egerter S, Barclay C. Income , Wealth and Health. *Explor Soc Determ Heal* [Internet]. 2011;(April). Available from: http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2011/rwjf70448
 47. Dinkes DIY. Profil Kesehatan DIY Tahun 2020. Yogyakarta; 2019.
 48. Dinkes DIY. Profil Kesehatan DIY tahun 2019. 2019.

49. Bagmar SH, Khudri M. Tracking Changes and Identifying Determinants of Child Malnutrition Status over the Past Decade in Bangladesh. *Pakistan J Nutr* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2017 Jan 17];14(12):964–71. Available from: <http://www.scialert.net/abstract/?doi=pjn.2015.964.971>
50. Angdembe MR, Dulal BP, Bhattarai K, Karn S. Increased risk of low birthweight and preterm birth, stunting in infancy, short adult height, poor schooling, and higher adult fasting glucose concentrations. *The. Int J Equity Health* [Internet]. 2019;18(42):1–17. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0944-z>
51. Reinhardt K, Fanzo J. Addressing Chronic Malnutrition through Multi-Sectoral, Sustainable Approaches: A Review of the Causes and Consequences. *Front Nutr*. 2014;1(August):1–11.
52. Rabaoarisoa CR, Rakotoarison R, Rakotonirainy NH, Mangahasimbola RT, Randrianarisoa AB, Jambou R, et al. The importance of public health, poverty reduction programs and women's empowerment in the reduction of child stunting in rural areas of Moramanga and Morondava, Madagascar. *PLoS One*. 2017;12(10):1–18.