



KEMENTERIAN SEKRETARIAT NEGARA RI
SEKRETARIAT WAKIL PRESIDEN



BADAN PUSAT STATISTIK



LAPORAN

INDEKS KHUSUS PENANGANAN *STUNTING*

2019-2020

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



LAPORAN

**INDEKS KHUSUS
PENANGANAN
*STUNTING***

2019-2020

LAPORAN

INDEKS KHUSUS PENANGANAN *STUNTING* 2019-2020

ISBN	978-602-438-431-9
No. Publikasi	04200.2111
Katalog	4207002
Ukuran Buku	18,2 cm x 25,7 cm
Jumlah Halaman	xvi + 78 halaman
Naskah	Badan Pusat Statistik
Penyunting	Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat
Desain Kover	Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat
Diterbitkan oleh	©Badan Pusat Statistik, Jakarta-Indonesia
Sumber Ilustrasi	Artem Beliaikin (unsplash.com)

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

TIM PENYUSUN

Badan Pusat Statistik

Suhariyanto, Ateng Hartono, Ahmad Avenzora, Hasnani Rangkuti, Sapta Hastho Ponco, Siswi Puji Astuti, Amalia Noviani, Eva Yugiana, Hanin Rahma Septina, Hardianto, Ketut Krisna, Mayang Sari, Ririn Kuncaraning Sari, Rizqi Nafi' Syari'ati

Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia

Suprayoga Hadi, Abdul Mu'is, Indira Oktoviani, Novika Widyasari, Yunida Zakia, Iing Mursalin, Purnawan Junadi, Lucy Widasari, Lindawati Wibowo, Real Rahadinnal, Elan Satriawan, Sudarno Sumarto, Ardi Aji

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

KATA PENGANTAR BPS

Percepatan penurunan *stunting* merupakan salah satu program prioritas nasional pemerintah di bidang kesehatan. *Stunting* bukan hanya berdampak terhadap pertumbuhan fisik balita, tetapi juga pada fungsi penting tubuh lainnya, seperti perkembangan otak dan sistem kekebalan tubuh. Balita *stunting* berpotensi memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, lebih rentan terhadap penyakit, dan di masa depan dapat berisiko pada menurunnya tingkat produktivitas. *Stunting* diakibatkan oleh kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan.

Laporan Indeks Khusus Penanganan *Stunting* (IKPS) 2019-2020 ini merupakan tindak lanjut dari penyusunan IKPS 2018-2019 yang telah disusun sebelumnya. Dalam laporan ini disajikan angka IKPS tahun 2019 dan 2020 untuk level nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Penyusunan laporan ini dimaksudkan untuk memenuhi target *Disbursement Linked Indicators* (DLI) ke-8 tahun 2021 yang merupakan tanggung jawab Badan Pusat Statistik (BPS) bersama Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia (Setwapres RI) sesuai perjanjian kerja sama program *Investing in Nutrition and Early Years* (INEY) antara Pemerintah Indonesia dengan Bank Dunia.

Ucapan terima kasih diucapkan kepada para pakar di bidang gizi dan kesehatan masyarakat serta semua pihak yang telah memberi sumbangan dan masukan dalam penyusunan laporan ini. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat bagi upaya percepatan penurunan *stunting* di Indonesia.

Jakarta, Mei 2021

Kepala Badan Pusat Statistik



Dr. Suhariyanto

KATA PENGANTAR SETWAPRES RI

Puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa, Badan Pusat Statistik (BPS) bersama-sama dengan Sekretariat Wakil Presiden RI telah menyelesaikan penghitungan Indeks Khusus Penanganan *Stunting* (IKPS) tahun 2019 dan 2020 untuk level nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Laporan IKPS 2019-2020 ini dipublikasikan untuk menunjukkan hasil kinerja Pemerintah dalam upaya penanganan *stunting* mulai dari tingkat Pusat hingga Daerah, sekaligus memberikan input untuk peningkatan kinerja ke depan.

IKPS dihitung menggunakan enam dimensi, yaitu kesehatan, gizi, perumahan, pangan, pendidikan, dan perlindungan sosial. Proses penghitungan IKPS dilakukan melalui serangkaian *workshop* dan diskusi mendalam dengan para pakar senior. Masukan dan pandangan akademik atas variabel, metodologi, dan pengukuran indeks dari para pakar menentukan kualitas indeks yang dihasilkan.

Hasil penghitungan IKPS dilaporkan setiap tahun sehingga dapat menjadi salah satu acuan dalam melakukan perencanaan intervensi penanganan *stunting* yang efektif dan efisien, serta perbaikan kinerja, dan peningkatan capaian kerja. Selain itu, IKPS juga diharapkan menjadi pembelajaran bagi Pusat dan Daerah, terutama dari sisi perencanaan kegiatan berbasis data, termasuk dalam hal pemutakhiran data dan peningkatan kualitas data.

Di sisi lain, penyusunan IKPS secara nasional ini juga dapat menjadi pembelajaran bagi daerah untuk mengukur kinerja pembangunan daerah. Penyusunan indeks kinerja tentunya harus dilakukan dengan kesepakatan atas penggunaan metodologi dan penetapan indikator oleh beberapa pihak berkepentingan terkait. Pertimbangan dari para pakar secara akademik juga menjadi faktor penting dalam penetapan indeks.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan kepada Kementerian/Lembaga, Bank Dunia, para pakar di bidang gizi dan kesehatan masyarakat, dan berbagai pihak atas kerja sama dan kontribusi dalam proses penghitungan IKPS dan penyusunan Laporan IKPS ini. Kami percaya keterlibatan semua pihak yang dilakukan secara berkesinambungan dan konvergen akan dapat mendorong pencapaian target penurunan angka prevalensi *stunting* hingga 14 persen pada tahun 2024.

Jakarta, Mei 2021

Kepala Sekretariat Wakil Presiden



Mohamad Oemar

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR BPS.....	v
KATA PENGANTAR SETWAPRES RI	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	3
1.3 Manfaat	3
BAB 2 TINJAUAN LITERATUR.....	5
2.1 Kerangka Kerja Konseptual Determinan Anak Kurang Gizi	5
2.2 Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (<i>Stunting</i>)	8
2.3 <i>Investing in Nutrition and Early Years</i> (INEY)	11
2.4 Studi Pustaka.....	12
2.5 Diskusi Pakar	13
BAB 3 METODOLOGI.....	15
3.1 Konsep dan Definisi Variabel.....	15
3.2 Sumber Data	20
3.3 Normalisasi Indikator.....	20
3.4 Penimbang Dimensi	22
3.5 <i>Relative Standard Error</i>	23
BAB 4 INDEKS KHUSUS PENANGANAN <i>STUNTING</i>	25
4.1 IKPS Nasional	25
4.2 IKPS Provinsi.....	27
4.3 IKPS Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen dan Prioritas <i>Stunting</i>	31
BAB 5 ANALISIS	39
5.1 Analisis IKPS menurut Wilayah	39

5.2 Analisis IKPS menurut Dimensi dan Indikator Penyusun IKPS	47
BAB 6 PENUTUP	55
DAFTAR PUSTAKA	57
LAMPIRAN	63

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



DAFTAR TABEL

Bab 2 Tinjauan Literatur

Tabel 2.1	Indikator Determinan Anak Kurang Gizi	6
Tabel 2.2	Indikator Pelayanan Gizi Konvergen pada Anak 0-23 Bulan	9

Bab 3 Metodologi

Tabel 3.1	Dimensi dan Indikator dalam IKPS.....	16
Tabel 3.2	Nilai Minimal dan Maksimal Indikator Penyusun IKPS	21
Tabel 3.3	Penimbang Dimensi Penyusun IKPS.....	22

Bab 4 Indeks Khusus Penanganan *Stunting*

Tabel 4.1	Nilai Estimasi dan Indeks Menurut Dimensi dan Indikator Penyusun IKPS, 2019-2020.....	27
Tabel 4.2	Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE Indikator Penyusun IKPS <25 Persen, 2019-2020.....	32
Tabel 4.3	Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen untuk Seluruh Indikator Penyusun IKPS Tahun 2019-2020 yang Menjadi Prioritas <i>Stunting</i> 2021	33

Bab 5 Analisis Indeks Khusus Penanganan *Stunting*

Tabel 5.1	Sepuluh Kabupaten/Kota dengan Perubahan IKPS (dalam Poin) dan Reduksi <i>Shortfall</i> (dalam Persen) Terbesar, 2019-2020	40
Tabel 5.2	Nilai Indeks Moran IKPS dan Dimensi Penyusun IKPS, 2020.....	43
Tabel 5.3	Nilai VIF pada Persamaan Regresi antara IKPS dan Dimensi Penyusun IKPS pada Level Provinsi dan Kabupaten/Kota, 2020	44
Tabel 5.4	Nilai Tengah Masing-Masing <i>Cluster</i> Hasil Analisis <i>Cluster</i> pada Level Provinsi, 2020	44
Tabel 5.5	Nilai Tengah Masing-Masing <i>Cluster</i> Hasil Analisis <i>Cluster</i> pada Level Kabupaten/Kota, 2020	45

DAFTAR GAMBAR

Bab 2 Tinjauan Literatur

Gambar 2.1	Kerangka Kerja Konseptual Determinan Anak Kurang Gizi (UNICEF)	5
Gambar 2.2	Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan <i>Stunting</i> di Indonesia	10
Gambar 2.3	<i>Investing in Nutrition and Early Years (INEY) Framework</i>	11

Bab 4 Indeks Khusus Penanganan *Stunting*

Gambar 4.1	IKPS Nasional, 2019-2020.....	25
Gambar 4.2	Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Nasional, 2019-2020	26
Gambar 4.3	IKPS Menurut Provinsi, 2019	28
Gambar 4.4	IKPS Menurut Provinsi, 2020	29
Gambar 4.5	Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Provinsi Jawa Barat, 2019-2020	30
Gambar 4.6	Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Provinsi Kalimantan Selatan, 2019-2020	31
Gambar 4.7	Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Bondowoso, 2019-2020	35
Gambar 4.8	Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Parigi Moutong, 2019-2020	35
Gambar 4.9	Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kota Kupang, 2019-2020	36
Gambar 4.10	Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Bombana, 2019-2020	37

Bab 5 Analisis Indeks Khusus Penanganan *Stunting*

Gambar 5.1	Perubahan IKPS Nasional (dalam Poin) dan Reduksi <i>Shortfall</i> (dalam Persen), 2018-2020	39
Gambar 5.2	Reduksi <i>Shortfall</i> IKPS (dalam Persen) Menurut Provinsi, 2019-2020.....	40
Gambar 5.3	Transisi IKPS Provinsi, 2019-2020	42
Gambar 5.4	Transisi IKPS Kabupaten/Kota, 2019-2020	42

Gambar 5.5	Keterkaitan antara IKPS dan Persentase Penduduk Miskin pada Level Provinsi dan Kabupaten/Kota, 2020	46
Gambar 5.6	Keterkaitan antara IKPS dan Indeks Pembangunan Manusia pada Level Provinsi dan Kabupaten/Kota, 2020	46
Gambar 5.7	Sebaran Indikator ASI Eksklusif dan MP-ASI pada 173 Kabupaten/Kota di Indonesia, 2019-2020.....	52

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

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	IKPS Menurut Provinsi, 2019-2020.....	65
Lampiran 2	IKPS Menurut Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen dan Prioritas <i>Stunting</i> , 2019-2020	66
Lampiran 3	Daftar Provinsi Menurut Kelompok Hasil Analisis <i>Cluster</i> , 2020.....	71
Lampiran 4	Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup (ALH) dalam Dua Tahun Terakhir dan Anak Lahir Hidup yang Terakhir Dilahirkan Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Kurang dari Satu Jam Setelah Dilahirkan Menurut Karakteristik, 2019-2020	72
Lampiran 5	Persentase Anak Umur 6-23 Bulan yang Menerima Minimal 4 (Empat) Kelompok Makanan dalam 24 Jam Terakhir Menurut Karakteristik, 2020.....	72
Lampiran 6	Persentase Pasangan Usia Subur (PUS) Umur 15-49 Tahun yang Sedang Menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) untuk Menunda atau Mencegah Kehamilan Menurut Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu, 2019-2020.....	73
Lampiran 7	Peta Tematik Indikator Penyusun IKPS, 2020	74
Lampiran 8	Peta Tematik IKPS, 2020.....	77
Lampiran 9	Banyaknya Desa/Kelurahan menurut Keberadaan Sarana Kesehatan, 2014 dan 2018.....	78

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Di tengah upaya untuk mengatasi pandemi COVID-19 yang melanda sejak awal tahun 2020, pemerintah tetap berkomitmen untuk mengatasi permasalahan *stunting* di Indonesia. Hal ini tidak terlepas dari dampak *stunting* dan kekurangan gizi lainnya yang terjadi pada 1.000 Hari Pertama Kelahiran (HPK) yang di samping berisiko menghambat pertumbuhan fisik dan kerentanan anak terhadap penyakit, juga menghambat perkembangan kognitif yang akan berpengaruh pada tingkat kecerdasan dan produktivitas anak di masa depan (Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia dan Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, 2019).

Dalam rangka mempercepat penurunan angka *stunting*, pada tahun 2018 pemerintah telah meluncurkan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*Stunting*). Strategi nasional ini merupakan panduan untuk mendorong terjadinya kerja sama antarlembaga untuk memastikan konvergensi seluruh program/kegiatan terkait pencegahan anak kerdil (*stunting*).

Bukti komitmen pemerintah terhadap penanganan *stunting* di Indonesia juga tercermin dengan penetapan *stunting* sebagai salah satu prioritas dalam program pembangunan nasional. Arah kebijakan dan strategi Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 menyebutkan perihal peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan

semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*), salah satunya melalui percepatan perbaikan gizi masyarakat dalam bentuk percepatan penurunan angka *stunting*. Pemerintah menargetkan angka *stunting* turun menjadi 14 persen pada tahun 2024.

Pemerintah mencanangkan percepatan penanganan *stunting* melalui 2 (dua) kerangka besar intervensi yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik merupakan kegiatan yang langsung mengatasi terjadinya *stunting* seperti asupan makanan,

Stunting atau kerdil adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) yang diakibatkan kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama pada periode 1.000 HPK, yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak disebut stunting apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus 2 (dua) standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya.

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

Berbeda dengan intervensi gizi spesifik, intervensi gizi sensitif dilakukan melalui berbagai pembangunan di luar sektor kesehatan. Sasaran intervensi gizi sensitif adalah keluarga dan masyarakat yang dilakukan melalui berbagai program dan kegiatan yang umumnya makro dan dilakukan secara lintas Kementerian/Lembaga. Kegiatan intervensi gizi sensitif antara lain dilakukan dalam bentuk peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi; peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan; peningkatan kesadaran, komitmen, dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak; serta peningkatan akses pangan bergizi.

Berbagai program yang dilakukan dalam rangka mempercepat penanganan *stunting* secara merata di Indonesia, baik yang merupakan bagian dari intervensi gizi spesifik maupun sensitif tentu membutuhkan evaluasi. IKPS merupakan sebuah instrumen khusus yang digunakan untuk mengukur sejauh mana cakupan intervensi-intervensi terhadap rumah tangga sasaran. IKPS disusun sebagai instrumen untuk mengevaluasi berbagai program penanganan *stunting* yang ada di Indonesia, sekaligus untuk memenuhi *Disbursement Linked Indicators* (DLI) 8 perjanjian antara Pemerintah Indonesia dan Bank Dunia.

Dalam kurun waktu 6 (enam) tahun, Indonesia berhasil menurunkan angka stunting dari 37,2 persen pada tahun 2013 (Riskesmas 2013) menjadi 27,7 persen pada tahun 2019 (integrasi Susenas Maret 2019 dan Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) 2019).

IKPS pertama kali disusun menggunakan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret 2017. Dimensi yang diukur meliputi kesehatan, nutrisi, akses pangan, perumahan, dan perlindungan sosial yang disusun untuk level nasional dan provinsi. Selanjutnya pada tahun 2020, dilakukan penyempurnaan penghitungan IKPS dengan menggunakan data tahun 2018-2019. Rangkaian kegiatan penyusunan IKPS dimulai dari pemetaan indikator kandidat penyusun IKPS, normalisasi indikator, penentuan penimbang, hingga penghitungan IKPS itu sendiri. Dalam setiap tahapannya, Badan Pusat Statistik (BPS) dan Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia (Setwapres RI) tidak hanya bekerja sendiri, namun juga melibatkan para pakar. Dengan adanya masukan dari para pakar di bidang kesehatan, gizi, pendidikan, dan sebagainya, dilakukan penyempurnaan penyusunan IKPS dari segi pemilihan variabel, metodologi, hingga pengukuran indeks tersebut.

Pada tahun 2021, BPS dan Setwapres RI kembali melakukan penghitungan IKPS untuk tahun 2020. Dalam proses penghitungan IKPS 2020, para pakar kembali dilibatkan. Dari berbagai rapat dan *workshop* yang dilakukan, disepakati bahwa penghitungan IKPS 2020 akan menggunakan metodologi yang sama dengan penghitungan IKPS 2018-2019. Hal ini tidak

terlepas dari kebutuhan untuk melihat tren IKPS antartahun yang dapat digunakan sebagai bahan evaluasi atas program yang dilakukan oleh Kementerian/Lembaga serta pemerintah daerah dalam mempercepat upaya penurunan *stunting* di wilayah masing-masing.

1.2 Tujuan

Pemantauan intervensi percepatan pencegahan *stunting* memerlukan sebuah instrumen khusus yang dapat mengukur sejauh mana rumah tangga sasaran telah menerima berbagai intervensi. Instrumen khusus berupa IKPS ini disusun dengan tujuan agar dapat digunakan untuk membandingkan bagaimana perkembangan cakupan-cakupan intervensi terhadap rumah tangga sasaran, baik secara nasional, provinsi, hingga kabupaten/kota.

Laporan Indeks Khusus Penanganan *Stunting* 2019-2020 disusun dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan data dan informasi bagi pemerintah dalam memantau kinerja penanganan *stunting* di Indonesia. Laporan ini diharapkan dapat menjelaskan manfaat IKPS untuk Kementerian/Lembaga dan pemerintah daerah, serta dapat menyediakan berbagai informasi yang dibutuhkan dalam perancangan kebijakan penanganan *stunting* di Indonesia.

1.3 Manfaat

IKPS tidak hanya bermanfaat untuk Kementerian/Lembaga di tingkat pusat, namun juga dapat digunakan oleh pemerintah daerah. Hal ini dikarenakan IKPS merupakan bagian dari monitoring dan evaluasi, yaitu merupakan salah satu indeks yang bisa dipantau secara periodik untuk melihat implementasi dari program penanganan *stunting*. IKPS dapat menjembatani kepentingan Kementerian/Lembaga dalam pelaksanaan penanganan *stunting*. Di lain pihak, IKPS secara tidak langsung juga dapat mencerminkan variasi pelaksanaan program penanganan *stunting* yang dilakukan oleh pemerintah daerah.

BAB 2

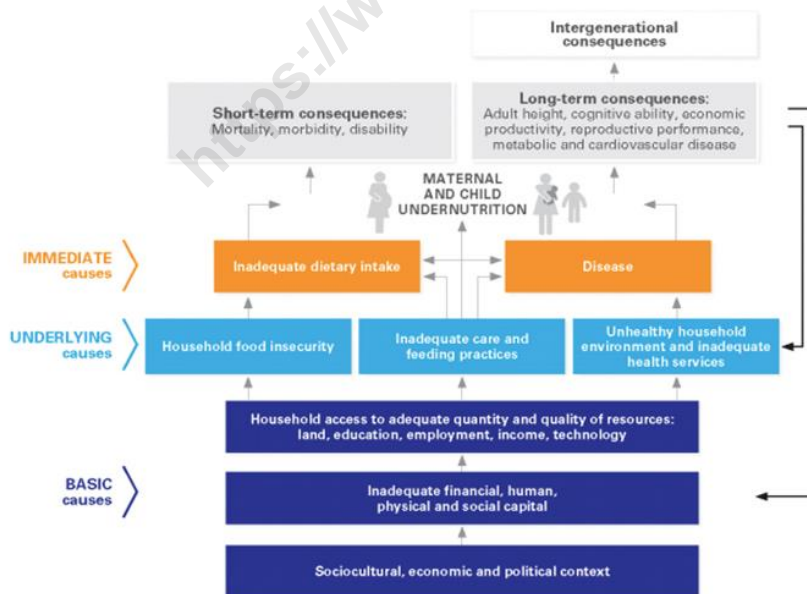
TINJAUAN LITERATUR

Bab ini membahas kerangka kerja yang digunakan dalam penyusunan IKPS. Selain itu akan disajikan juga beberapa literatur dari hasil studi pustaka dan hasil dari diskusi dengan dewan pakar terkait penyusunan IKPS.

2.1 Kerangka Kerja Konseptual Determinan Anak Kurang Gizi

The United Nations Children's Emergency Fund (UNICEF) menyatakan bahwa anak kurang gizi tidak hanya disebabkan oleh kekurangan makanan yang cukup dan bergizi, tetapi juga oleh penyakit yang berulang, pengasuhan buruk, dan kurangnya akses ke fasilitas kesehatan dan sosial lainnya. Setelah mengidentifikasi berbagai jenis penyebab dari kekurangan gizi, pada tahun 2015 UNICEF menyusun kerangka kerja konseptual determinan anak kurang gizi dengan memasukkan konsekuensi dan dampak dari kekurangan gizi (UNICEF, 2015).

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



Sumber: UNICEF (2015)

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

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

Tabel 2.1
Indikator Determinan Anak Kurang Gizi

<i>Life Stage</i>	<i>Dimension</i>	<i>Indicators</i>
(1)	(2)	(3)
<i>Child</i>	<i>Nutritional Status</i>	1 <i>Children who are stunted (height-for-age z-score<-2) (%)</i>
		2 <i>Children who are wasted (weight-for-height z-score<-2) (%)</i>
		3 <i>Children who are severely wasted (weight-for-height z-score<-3) (%)</i>
		4 <i>Children aged 6-59 months who are anaemic (Hemoglobin level<110g/L)(%)</i>
	<i>Infant and Young Child Feeding Practices</i>	5 <i>Children born in the last 24 months who were put to the breast within one hour of birth (%)</i>
		6 <i>Infants 0-5 months of age who are fed exclusively with breast milk (%)</i>
		7 <i>Children 12-15 months of age who are fed breast milk (%)</i>
		8 <i>Children 20-23 months of age who are fed breast milk (%)</i>
		9 <i>Infants 6-8 months of age who receive solid, semi-solid or soft foods (%)</i>
		10 <i>Children 6-23 months of age who receive foods from 4 or more food groups (%)</i>
		11 <i>Proportion of breastfed and non-breastfed children 6-23 months of age who receive solid, semi-solid, or soft foods minimum number of times or more (%)</i>
		12 <i>Children 6-23 months of age who receive a minimum acceptable diet (%)</i>
		13 <i>Proportion of children 6-23 months of age who receive an iron-rich food or iron-fortified food that is specially designed for infants and young children, or that is fortified in the home (%)</i>

Sumber: UNICEF (2015)

Tabel 2.1 (Lanjutan)

<i>Life Stage</i>	<i>Dimension</i>	<i>Indicators</i>	
(1)	(2)		(3)
<i>Child</i>	<i>Micro-nutrient supplementation</i>	14	<i>Children aged 6-59 months who received a vitamin A does in the past 6 months (%)</i>
		15	<i>Households using iodized salt (%)</i>
	<i>Health/Diseases</i>	16	<i>Children aged 12-23 months fully immunized (BCG, measles, Hep B, 3+ polio/DPT) (%)</i>
		17	<i>Children who had diarrhoea in the last 2 weeks preceding the survey (%)</i>
<i>Mothers</i>	<i>Nutritional status</i>	19	<i>Pregnant women aged 15-49 years who are anaemic (hemoglobin <110 g/L) (%)</i>
		20	<i>Non-pregnant women aged 15-49 years who are anaemic (hemoglobin <120 g/L) (%)</i>
	<i>Micro-nutrient supplementation</i>	21	<i>Women taking 90+ iron folic acid tablets during their last pregnancy (%)</i>
		22	<i>Women who received iron folic acid tablets during their last pregnancy (%)</i>
	<i>Maternity Care</i>	23	<i>Mothers who had at least four antenatal care visits (%)</i>
		24	<i>Births assisted by a doctor/nurse/midwife, other health personnel (%)</i>
		25	<i>Institutional births (%)</i>
	<i>Adolescents</i>	<i>Nutritional status</i>	26
<i>Micro-nutrient supplementation</i>		27	<i>Adolescent girls who received iron folic acid supplement last week (%)</i>
		28	<i>Adolescent girls who consumed iron folic acid supplement last week (%)</i>
<i>Household</i>	<i>WASH</i>	29	<i>Population using improved drinking water sources (%)</i>
		30	<i>Households practicing open defecation (%)</i>
		31	<i>Population using improved sanitation facility (%)</i>
	<i>ECD</i>	32	<i>Distribution of children 0-6 years old attending preschool (%) - by type of preschool, age, etc.</i>
	<i>Family planning</i>	33	<i>Total unmet need for family planning (%) among currently married women 15-49 years</i>
	<i>Smoking & alcohol consumption</i>	34	<i>Women aged 15-49 years who use any kind of tobacco (%)</i>
		35	<i>Men aged 15-49 years who use any kind of tobacco (%)</i>
36		<i>Women aged 15-49 years who consume alcohol (%)</i>	
37		<i>Men aged 15-49 years who consume alcohol (%)</i>	
<i>Child</i>	<i>Protection</i>	38	<i>Children under five years old whose births have been registered (%)</i>

Sumber: UNICEF (2015)

Tabel 2.1 (Lanjutan)

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

Sumber: UNICEF (2015)

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

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

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

Komitmen pemerintah kembali diwujudkan pada 2013 dalam bentuk Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG) melalui Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gernas PPG dalam kerangka 1.000 HPK. Sebagai bagian dari Gernas PPG, pemerintah menyusun Kerangka Kebijakan dan Panduan Perencanaan dan Penganggaran Gernas 1.000 HPK. Selain itu, indikator dan target pencegahan *stunting* telah dimasukkan sebagai sasaran pembangunan nasional yang tertuang sejak RPJMN 2015-2019.

Berbagai program terkait pencegahan *stunting* telah diselenggarakan namun belum efektif dan belum terjadi dalam skala yang memadai. Kesimpulan tersebut merupakan hasil kajian yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dan Bank Dunia. Kajian ini menemukan bahwa sebagian besar ibu hamil dan anak berusia di bawah 2 (dua) tahun tidak memiliki akses yang

memadai terhadap layanan dasar, padahal tumbuh kembang anak sangat tergantung pada akses terhadap intervensi gizi spesifik dan sensitif, terutama saat 1.000 HPK.

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

Tabel 2.2
Indikator Pelayanan Gizi Konvergen pada Anak 0-23 Bulan

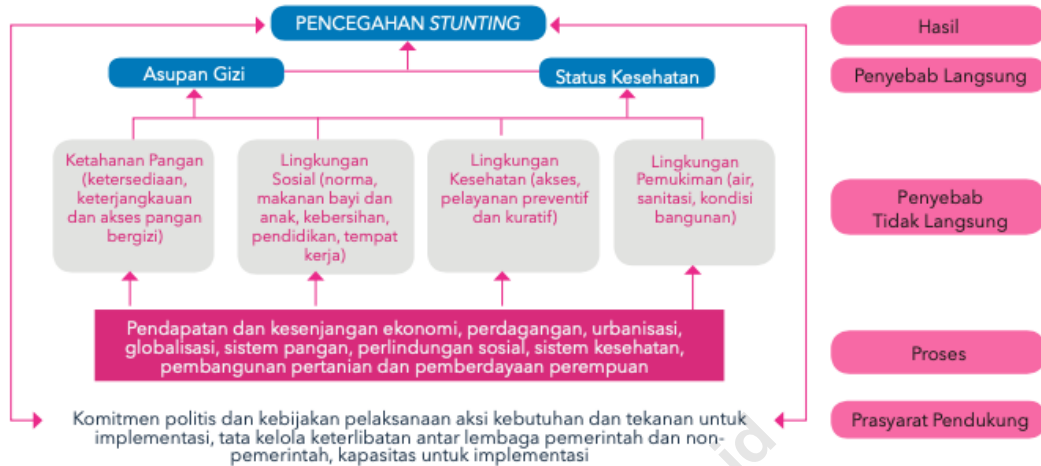
Sektor Program/Pelayanan	Indikator
(1)	(2)
Kesehatan	1 Imunisasi dasar
Gizi	2 ASI eksklusif
	3 Keragaman makanan
Air minum dan sanitasi	4 Air minum
	5 Sanitasi
Pendidikan	6 Pendidikan anak usia dini
Pertanian	7 Skor kerawanan pangan
Perlindungan sosial	8 Akta kelahiran

Sumber: Bank Dunia (2018)

Sebagai salah satu tindak lanjut dari temuan Kementerian Kesehatan dan Bank Dunia serta sebagai implementasi dari komitmen yang kuat dari presiden dan wakil presiden, disusunlah Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*Stunting*). Strategi nasional ini disusun sebagai panduan untuk mendorong terjadinya kerja sama antar lembaga untuk memastikan konvergensi seluruh program/kegiatan terkait pencegahan anak kerdil (*stunting*) di Indonesia. Dengan semangat tersebut, penyusunan strategi nasional ini melibatkan berbagai pihak terkait, yaitu Kementerian/Lembaga, akademisi dan organisasi profesi, organisasi masyarakat madani, dunia usaha serta memperhatikan keberhasilan negara-negara lain dalam pencegahan *stunting* dan memastikan adanya keberpihakan pada kesetaraan gender, disabilitas, dan kelompok rentan (Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia dan Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, 2019).

Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (*Stunting*) mengadopsi kerangka penyebab masalah gizi, yaitu "*The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition*" yang disusun UNICEF; "*The Underlying Drivers of Malnutrition*" yang disusun IFPRI; dan "Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia" yang disusun Bappenas. Ketiga kerangka tersebut diadopsi menjadi Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan *Stunting* Indonesia sebagaimana disajikan dalam Gambar 2.2.

Gambar 2.2
Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan *Stunting* di Indonesia



Sumber: UNICEF, 1997 dan IFPRI, 2016 disesuaikan dengan konteks Indonesia dalam Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia dan Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, 2019

Melalui Gambar 2.2 terlihat bahwa diperlukan perhatian khusus terhadap asupan gizi serta status kesehatan ibu dan anak karena kedua faktor ini memiliki dampak langsung terhadap upaya pencegahan *stunting*. Terdapat 4 (empat) jenis intervensi yang dapat dilakukan dalam mencegah malnutrisi demi terjaganya status kesehatan ibu dan anak, yaitu intervensi pada 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).

Untuk menjamin intervensi-intervensi itu dapat dilakukan dan tepat sasaran, terdapat beberapa hal yang juga perlu dibenahi, yaitu masalah pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian, dan pemberdayaan perempuan. Tidak hanya itu, untuk mengatasi penyebab *stunting* juga diperlukan prasyarat pendukung yang mencakup: 1) Komitmen politik dan kebijakan untuk pelaksanaan; 2) Keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan 3) Kapasitas untuk melaksanakan.

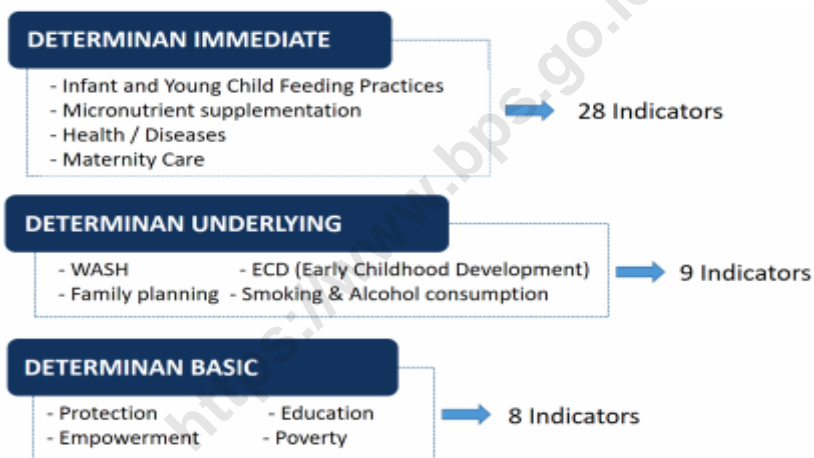
Dari Gambar 2.2 dan penjelasan yang telah diuraikan, terlihat bahwa upaya pemberantasan *stunting* harus dilakukan secara komprehensif. Hal ini disebabkan satu hal berdampak baik langsung maupun tidak langsung terhadap hal lain yang pada akhirnya dapat mendukung, atau malah menghambat upaya percepatan penurunan *stunting* yang telah dirancang oleh pemerintah.

2.3 Investing in Nutrition and Early Years (INEY)

Investing in Nutrition and Early Years (INEY) adalah proyek yang dibayai oleh Bank Dunia dan *Global Financing Facility* (GFF) untuk mendukung pemerintah Indonesia dalam percepatan penanggulangan *stunting*. Sasaran dari proyek ini adalah wanita hamil, anak usia di bawah 2 (dua) tahun dan orang tuanya. Proyek INEY memberikan dukungan dalam peningkatan kualitas dan akses terhadap layanan kesehatan, nutrisi, air, dan sanitasi.

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

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



Sumber: Bank Dunia (2018)

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

2.4 Studi Pustaka

Studi pustaka dilakukan terhadap penelitian-penelitian mengenai *stunting* yang telah ada sebelumnya. Subbagian ini hanya akan membahas beberapa penelitian yang paling relevan dengan indikator dan dimensi penyusun IKPS.

Penelitian yang dilakukan oleh Titaley, Ariawan, Hapsari, Muasyaroh, & Dibley (2019) menyelidiki determinan *stunting* pada anak usia 0-2 tahun di Indonesia menggunakan data Riskesdas 2013. Penelitian ini menemukan bahwa peluang seorang anak untuk menjadi *stunted* meningkat bila berada pada rumah tangga dengan tingkat kesejahteraan yang rendah.

Penelitian yang dilakukan oleh Semba et al. (2007) di Indonesia menemukan bahwa anak-anak yang tidak menerima imunisasi lebih berisiko untuk mengalami malnutrisi (kekurangan gizi) dan anemia serta memiliki angka kesakitan penyakit menular yang lebih tinggi. Anak-anak yang tidak diimunisasi ini juga berisiko tinggi mengalami kekurangan gizi akut. Sebagai salah satu bentuk dari malnutrisi, kejadian *stunting* pada anak dengan demikian juga disebabkan karena tidak terpenuhinya kebutuhan imunisasi pada anak. Oleh karena itu, IKPS memasukkan imunisasi sebagai salah satu indikator yang diukur.

Lestari, Hasanah, & Nugroho (2018) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa *stunting* memiliki hubungan signifikan secara statistik dengan variabel ASI. Penelitian ini menemukan bahwa pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi prevalensi *stunting* pada anak balita. Adapun Aguayo & Menon (2016) mengemukakan 3 (tiga) faktor penting yang menyebabkan *stunting* pada anak di Asia Selatan, yaitu: 1) kekurangan gizi pada 2 (dua) tahun pertama kehidupan; 2) kekurangan gizi pada wanita sebelum dan selama kehamilan; dan 3) buruknya praktik dan kondisi sanitasi di rumah tangga dan lingkungan.

Rachmi, Agho, Li, & Baur (2016) melakukan penelitian di Indonesia dengan menggunakan data *Indonesian Family Life Survey* (IFLS) tahun 1993, 1997, 2000, dan 2007 dengan unit analisis anak berusia 2-4,9 tahun. Penelitian ini menunjukkan bahwa berat badan saat lahir, disusui selama 6 (enam) bulan atau lebih, memiliki orang tua yang bertubuh pendek, dan ibu yang tidak berpendidikan merupakan faktor risiko pada *stunting* dan *underweight*. Lebih lanjut, wilayah tempat tinggal juga termasuk faktor risiko *stunting* dimana prevalensi *stunting* lebih tinggi di daerah perdesaan.

Penelitian lain terkait pentingnya pemberian nutrisi seimbang pada anak dan akses sanitasi dikemukakan oleh Aguayo, Nair, Badgaiyan, & Krishna (2016). Dalam penelitiannya di India, mereka menyebutkan bahwa anak berusia 6-23 bulan yang tidak diberi makan sesuai sesuai anjuran minimum per hari memiliki kecenderungan *stunting* 1,63 kali lebih tinggi, konsumsi telur yang rendah berhubungan dengan risiko *stunting* dua kali lebih tinggi. Selain itu, anak yang tinggal pada rumah tangga tanpa akses terhadap sanitasi layak juga memiliki kecenderungan *stunting* 88 persen lebih tinggi, serta anak yang lahir BBLR memiliki kecenderungan 2,5 kali untuk *stunting*.

2.5 Diskusi Pakar

Penyusunan Laporan IKPS tahun 2019-2020 melibatkan para pakar dan akademisi dari bidang gizi, kesehatan masyarakat, dan statistik. Dari diskusi dengan para pakar disepakati bahwa penghitungan IKPS 2020 menggunakan sumber data, metodologi, dan indikator yang sama dengan penghitungan IKPS tahun 2018-2019. Penghitungan IKPS level nasional dan provinsi menggunakan 6 (enam) dimensi sedangkan untuk level kabupaten/kota menggunakan 5 (lima) dimensi untuk menjaga keberlanjutan dan keterbandingan data dengan tahun-tahun sebelumnya. Kemudian, sesuai masukan dari Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP), hasil penghitungan IKPS disajikan dengan format 1 (satu) angka di belakang koma.

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

BAB 3 METODOLOGI

IKPS disusun melalui berbagai tahapan, yaitu mulai dari pemetaan indikator penyusun IKPS, normalisasi indikator, penentuan penimbang, penghitungan IKPS, hingga penyusunan laporan. IKPS 2020 disusun dengan menggunakan metodologi yang sama dengan penghitungan IKPS 2018-2019. Berikut akan dijelaskan mengenai metodologi yang digunakan dalam penyusunan IKPS yang meliputi konsep dan definisi indikator penyusun IKPS, sumber data, normalisasi indikator, penimbang dimensi, dan penjelasan mengenai *Relative Standard Error* (RSE) yang memegang peranan penting dalam penyajian data IKPS terutama pada level kabupaten/kota.

3.1 Konsep dan Definisi Variabel

Salah satu peranan IKPS adalah sebagai alat ukur capaian penanganan *stunting* oleh Kementerian/Lembaga dan pemerintah daerah provinsi serta kabupaten/kota. Karena pentingnya peranan tersebut, penentuan dimensi dan indikator penyusun IKPS harus memenuhi prinsip SMART yaitu sebagai berikut:

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

Berdasarkan prinsip SMART tersebut, terbentuklah 6 (enam) dimensi dan 12 indikator penyusun IKPS. Daftar lengkap dimensi dan indikator penyusun IKPS tersebut disajikan pada Tabel 3.1.

Tabel 3.1
Dimensi dan Indikator dalam IKPS

Dimensi/Indikator (1)	Keterangan (2)
Dimensi kesehatan	
1 Imunisasi	Persentase anak usia 12-23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap
2 Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan	Persentase Wanita Pernah Kawin (WPK) usia 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas kesehatan
3 Keluarga Berencana (KB) modern	Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang aktif secara seksual dan ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern
Dimensi gizi	
4 ASI eksklusif	Persentase bayi usia kurang dari 6 (enam) bulan yang mendapatkan ASI eksklusif
5 Makanan Pendamping (MP) ASI	Persentase anak usia 6-23 bulan yang mendapatkan makanan pendamping ASI
Dimensi perumahan	
6 Air minum layak	Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sumber air minum layak
7 Sanitasi layak	Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak dan berkelanjutan
Dimensi pangan	
8 Mengalami kerawanan pangan	Prevalensi penduduk yang mengalami kerawanan pangan sedang atau parah (<i>Food Insecurity Experience Scale (FIES)</i>)
9 Ketidacukupan konsumsi pangan	Prevalensi populasi yang tidak mengalami kecukupan konsumsi pangan (<i>Prevalence of Undernourishment (PoU)</i>)
Dimensi pendidikan	
10 Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)	Angka Partisipasi Kasar (APK) PAUD 3-6 tahun
Dimensi perlindungan sosial	
11 Pemanfaatan jaminan kesehatan	Persentase penduduk yang memanfaatkan JKN/Jamkesda
12 Penerima KPS/KKS	Persentase rumah tangga yang menerima KPS/KKS (penduduk 40 persen terbawah)

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

a. **Dimensi kesehatan**

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

1. **Imunisasi**

Indikator imunisasi yang digunakan adalah persentase anak usia 12-23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap. Anak usia 12-23 bulan dikatakan menerima

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

2. Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan

Indikator yang digunakan adalah persentase WPK usia 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Tenaga kesehatan yang dimaksud adalah dokter kandungan, dokter umum, bidan, dan perawat. Adapun yang dimaksud dengan fasilitas kesehatan adalah RS pemerintah/RS swasta/RS ibu dan anak, rumah bersalin/klinik, puskesmas, puskesmas pembantu (pustu), praktik tenaga kesehatan, serta polindes/poskesdes.

3. Keluarga Berencana (KB) modern

Indikator Keluarga Berencana (KB) modern yang digunakan adalah proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang aktif secara seksual dan ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern. Yang termasuk alat kontrasepsi metode modern adalah sterilisasi wanita/tubektomi/MOW, sterilisasi pria/vasektomi/MOP, IUD/AKDR/spiral, suntikan, susuk KB/implan, pil, kondom pria/karet KB, dan intravag/kondom wanita/diafragma.

b. Dimensi gizi

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

4. ASI eksklusif

Indikator ASI eksklusif yang digunakan adalah persentase bayi usia kurang dari 6 (enam) bulan yang mendapatkan ASI eksklusif. Sebagaimana terdapat dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain. Pada penghitungan IKPS, bayi berusia kurang dari 6 (enam) bulan dikatakan mendapatkan ASI eksklusif jika bayi saat ini masih diberi ASI dan sejak lahir sampai 24 jam terakhir hanya mendapat ASI saja dan tidak pernah diberi minuman (cairan) atau makanan selain ASI.

5. Makanan Pendamping (MP) ASI

Indikator makanan pendamping (MP) ASI yang digunakan adalah persentase anak usia 6-23 bulan yang mendapatkan makanan pendamping ASI. Makanan pendamping ASI (MP-ASI) adalah makanan atau minuman yang mengandung zat gizi, diberikan kepada anak yang berusia 6-23 bulan guna memenuhi kebutuhan gizi selain dari ASI. Bayi usia 6-23 bulan dikatakan mendapatkan makanan pendamping jika dalam 24 jam terakhir, bayi tersebut makan/minum minimal 1 (satu) dari beberapa jenis makanan/minuman yang disebutkan dalam pertanyaan di Susenas.

c. Dimensi perumahan

Dimensi perumahan terdiri dari 2 (dua) indikator, yaitu air minum layak dan sanitasi layak.

6. Air minum layak

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

7. Sanitasi layak

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

d. Dimensi pangan

Dimensi pangan terdiri dari 2 (dua) indikator, yaitu mengalami kerawanan pangan dan ketidacukupan konsumsi pangan.

8. Mengalami kerawanan pangan

Indikator yang digunakan adalah prevalensi penduduk yang mengalami kerawanan pangan sedang atau parah (*Food Insecurity Experience Scale (FIES)*). FIES merupakan matriks pengalaman keparahan kerawanan pangan yang

bergantung pada tanggapan langsung responden terhadap pertanyaan tentang akses mereka terhadap makanan yang memadai untuk melihat kemampuan mengakses/mendapatkan makanan. Data FIES divalidasi menggunakan Teori *Respons Item* (model Rasch) untuk mengonfirmasi bahwa data FIES memberikan ukuran kerawanan pangan yang andal. Sebagai catatan, untuk penghitungan IKPS level provinsi dan kabupaten/kota, indikator ini tidak diikutsertakan.

9. Ketidacukupan konsumsi pangan

Indikator yang digunakan adalah prevalensi populasi yang tidak mengalami kecukupan konsumsi pangan (*Prevalence of Undernourishment (PoU)*). PoU merupakan salah satu indikator SDGs, yaitu Indikator 2.1.1. Yang dimaksud dengan proporsi penduduk yang tidak mengalami kecukupan konsumsi pangan adalah persentase penduduk dengan konsumsi makanan yang tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan minimum energi untuk hidup sehat dan aktif sesuai umur, jenis kelamin, dan kondisi fisiknya.

Sebagai catatan, penghitungan IKPS level kabupaten/kota tidak menyertakan indikator ini. Dengan demikian, penghitungan IKPS level kabupaten/kota hanya terdiri dari 5 (lima) dimensi (tanpa dimensi gizi) dan 10 (sepuluh) indikator (tanpa indikator mengalami kerawanan pangan dan ketidacukupan konsumsi pangan).

e. Dimensi pendidikan

Dimensi pendidikan terdiri atas 1 (satu) indikator, yaitu Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).

10. Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)

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

f. Dimensi perlindungan sosial

Dimensi perlindungan sosial terdiri atas 2 (dua) indikator, yaitu pemanfaatan jaminan kesehatan dan penerima KPS/KKS.

11. Pemanfaatan jaminan kesehatan

Indikator pemanfaatan jaminan kesehatan yang digunakan adalah persentase penduduk yang memanfaatkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/jaminan kesehatan daerah (jamkesda). Penduduk yang memanfaatkan jaminan kesehatan JKN/jamkesda adalah penduduk yang memiliki JKN (BPJS Kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) atau BPJS kesehatan non-PBI/mandiri) atau jamkesda serta menggunakan JKN/jamkesda tersebut untuk melakukan pemeriksaan kesehatan ataupun rawat inap dalam setahun terakhir.

12. Penerima KPS/KKS

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

3.2 Sumber Data

IKPS dihitung menggunakan indikator yang dihasilkan dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas). Susenas adalah survei berbasis rumah tangga yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik untuk menyediakan data empiris yang dapat mencerminkan keadaan sosial ekonomi masyarakat. Susenas mengumpulkan berbagai informasi seperti keterangan kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, akses terhadap makanan, perumahan, pengeluaran rumah tangga, dan lain sebagainya. Data-data yang dihasilkan dari Susenas banyak dimanfaatkan untuk perencanaan dan evaluasi program pembangunan nasional, perencanaan dan evaluasi program sektoral Kementerian/Lembaga, penyediaan indikator SDGs dan RPJMN, serta penyediaan data bagi UN *Agency*, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), perusahaan, akademisi, dan pengguna data lainnya.

Susenas dilaksanakan 2 (dua) kali dalam setahun yaitu pada bulan Maret dan bulan September. Pencacahan Susenas Maret 2019 mencakup 320.000 rumah tangga sampel, sedangkan jumlah rumah tangga sampel Susenas Maret 2020 sebanyak 345.000 rumah tangga sampel. Dengan jumlah rumah tangga sampel sebanyak ini, estimasi dapat dilakukan hingga level kabupaten/kota. Adapun pencacahan Susenas September mencakup 75.000 rumah tangga sampel untuk menghasilkan data yang dapat diestimasi hingga level provinsi. Secara spesifik, IKPS dihitung menggunakan indikator yang dihasilkan dari Susenas Maret pada tahun-tahun yang bersesuaian. Sebagai catatan, IKPS 2020 disusun dengan menggunakan data Susenas Maret 2020 yang dikumpulkan sebelum penetapan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) terkait pandemi COVID-19 di Indonesia.

3.3 Normalisasi Indikator

Setelah dimensi dan indikator penyusun IKPS selesai ditentukan, dilakukan normalisasi indikator. Normalisasi indikator adalah proses penyekalaan nilai indikator sehingga semua indikator memiliki rentang dan arah yang sama.

Terdapat 2 (dua) hal yang dilakukan dalam normalisasi indikator untuk penghitungan IKPS yaitu:

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

Penentuan nilai minimal dan nilai maksimal dilakukan untuk menghitung skor setiap indikator penyusun IKPS. Nilai minimal dan maksimal untuk masing-masing indikator diperoleh dari target RPJMN 2020-2024, Rancangan Perpres tentang Percepatan Penurunan *Stunting*, dan masukan/kesepakatan para pakar. Daftar lengkap nilai minimal dan nilai maksimal untuk masing-masing indikator penyusun IKPS serta dasar penentuan nilai-nilai tersebut disajikan pada Tabel 3.2.

Tabel 3.2
Nilai Minimal dan Maksimal Indikator Penyusun IKPS

No.	Dimensi	Indikator	Nilai Minimal	Nilai Maksimal	Dasar Penentuan
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Kesehatan	Imunisasi	0	90	RPJMN 2020-2024
		Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan	0	100	Kesepakatan pakar
		Keluarga Berencana (KB) modern	0	80	Kesepakatan pakar
2	Gizi	ASI eksklusif	0	80	Rancangan Perpres dan kesepakatan pakar
		Makanan Pendamping (MP) ASI	0	80	Kesepakatan pakar
3	Perumahan	Air minum layak	0	100	Rancangan Perpres dan kesepakatan pakar
		Sanitasi layak	0	100	Kesepakatan pakar
4	Pangan	Mengalami kerawanan pangan	0	60	Kesepakatan pakar
		Ketidakcukupan konsumsi pangan	0	60	Kesepakatan pakar
5	Pendidikan	Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)	0	90	Kesepakatan pakar
6	Perlindungan sosial	Pemanfaatan jaminan kesehatan	0	80	Kesepakatan pakar
		Penerima KPS/KKS	0	80	Kesepakatan pakar

Dari 12 indikator penyusun IKPS, 10 (sepuluh) indikator memiliki arah positif sedangkan 2 (dua) indikator lainnya yaitu mengalami kerawanan pangan dan ketidakcukupan konsumsi

pangan memiliki arah negatif. Agar seluruh indikator memiliki arah yang sama, dilakukan proses normalisasi dengan menggunakan persamaan berikut:

1. Untuk indikator yang bersifat positif:

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

2. Untuk indikator yang bersifat negatif:

$$SX_i = 100 - \left(\frac{X_i - X_{min}}{X_{max} - X_{min}} \times 100 \right)$$

Keterangan:

SX_i : nilai indikator yang sudah dinormalisasi

X_i : nilai indikator (empiris)

X_{min} : nilai minimal indikator yang ditetapkan

X_{max} : nilai maksimal indikator yang ditetapkan.

3.4 Penimbang Dimensi

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

Tabel 3.3
Penimbang Dimensi Penyusun IKPS

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

Sesuai dengan hasil rapat tanggal 13 Agustus 2020 yang dihadiri perwakilan dari Setwapres RI, Tim Percepatan Pencegahan Anak Kerdil (TP2AK), Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), BPS, dan Bank Dunia, penimbang untuk tiap dimensi penyusun IKPS menggunakan *equal weighting*. Dengan demikian, karena IKPS terdiri atas 6 (enam) dimensi maka masing-masing dimensi penyusun IKPS memiliki penimbang sebesar 1/6.

3.5 *Relative Standard Error*

Dalam suatu survei terdapat kesalahan (*error*) yang disebabkan *sampling error* dan *non sampling error*. *Sampling error* merupakan kesalahan akibat teknik pengambilan sampel dalam suatu survei. Adapun *non sampling error* merupakan kesalahan selain teknik pengambilan sampel dalam suatu survei, seperti kesalahan dalam proses wawancara, kesalahan pada tahapan pengolahan data, dan sebagainya.

Salah satu alat yang dapat digunakan untuk mengukur *sampling error* adalah *Relative Standar Error* (RSE) dari suatu estimasi. RSE dapat digunakan untuk mengukur tingkat presisi dari suatu nilai estimasi. RSE merupakan rasio dari nilai *standard error* dengan nilai estimasi dari suatu variabel/indikator yang dinyatakan dalam persentase. Dalam teori statistik, analisis RSE dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu untuk $RSE < 25$ persen dan untuk $RSE \geq 25$ persen. Estimasi suatu indikator dapat dikatakan tepat menggambarkan nilai yang sebenarnya jika memiliki nilai $RSE < 25$ persen, sebaliknya jika memiliki $RSE \geq 25$ persen maka dianggap tidak presisi. RSE yang tinggi (≥ 25 persen) merupakan suatu indikasi bahwa sampel tidak mencukupi, sehingga estimasi indikator yang dihasilkan sebaiknya tidak digunakan.

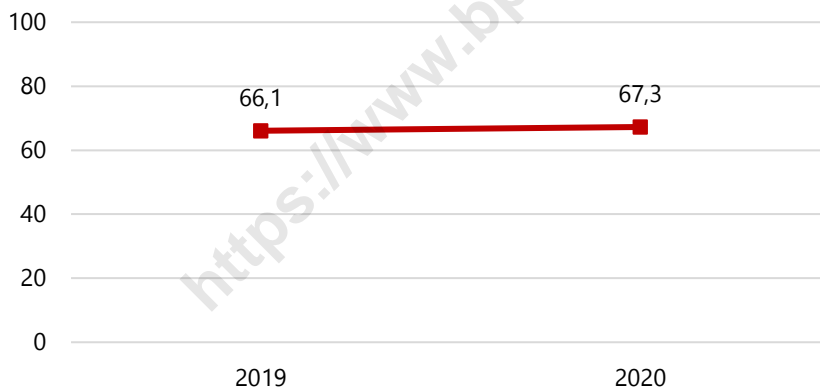
INDEKS KHUSUS PENANGANAN *STUNTING*

4.1 IKPS Nasional

Dalam rangka mewujudkan percepatan penurunan *stunting* secara merata di Indonesia, dilakukan pemantauan dan evaluasi berbagai program yang telah dilakukan baik oleh Kementerian/Lembaga maupun pemerintah daerah. Salah satu instrumen evaluasi tersebut adalah Indeks Khusus Penanganan *Stunting* (IKPS).

Gambar 4.1 menunjukkan peningkatan IKPS dalam 2 (dua) tahun terakhir. IKPS tahun 2020 sebesar 67,3, yaitu lebih tinggi dibandingkan IKPS pada tahun 2019. Peningkatan IKPS tahun 2019-2020 sebesar 1,2 poin.

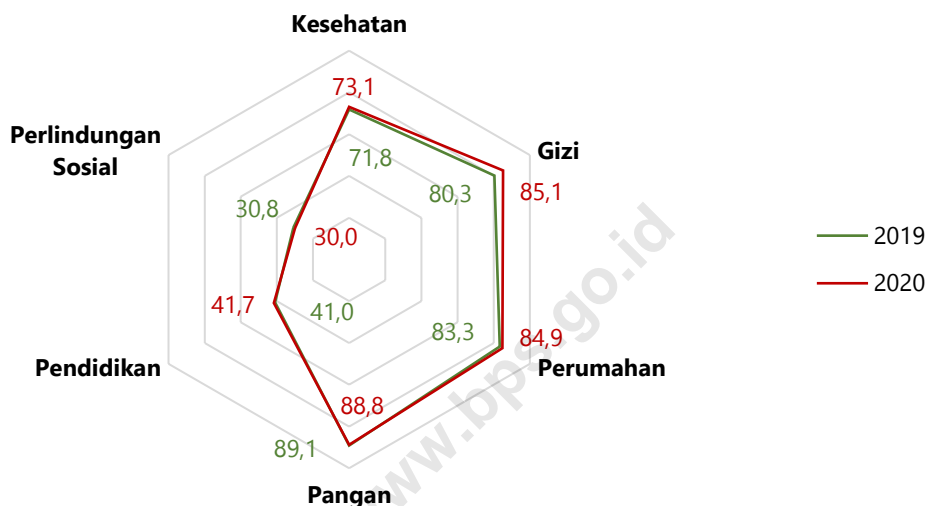
Gambar 4.1
IKPS Nasional, 2019-2020



IKPS disusun dari 6 (enam) dimensi, yaitu dimensi kesehatan, dimensi gizi, dimensi perumahan, dimensi pangan, dimensi pendidikan, dan dimensi perlindungan sosial. Gambar 4.2 menunjukkan capaian indeks pada masing-masing dimensi penyusun IKPS nasional tahun 2019-2020. Dari gambar ini terlihat bahwa baik pada tahun 2019 maupun tahun 2020, dimensi pangan merupakan dimensi dengan capaian indeks tertinggi. Sebaliknya, capaian indeks terendah baik pada tahun 2019 maupun tahun 2020 adalah pada dimensi perlindungan sosial.

Jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, terlihat bahwa nilai indeks 4 (empat) dari 6 (enam) dimensi pada tahun 2020 lebih besar dibandingkan pada tahun 2019. Empat dimensi tersebut yaitu dimensi kesehatan, gizi, perumahan, dan dimensi pendidikan. Peningkatan tertinggi terjadi pada dimensi gizi, yaitu dari 80,3 pada tahun 2019 menjadi 85,1 pada tahun 2020.

Gambar 4.2
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Nasional, 2019-2020



Setelah melakukan pembahasan mengenai capaian indeks masing-masing dimensi penyusun IKPS, selanjutnya akan dilihat capaian indeks untuk indikator-indikator penyusun pada masing-masing dimensi sebagaimana disajikan pada Tabel 4.1. Pada tahun 2020, indikator dengan nilai indeks tertinggi adalah mengalami kerawanan pangan (91,5), diikuti air minum layak (90,2), dan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan (87,8). Adapun indikator dengan nilai indeks terendah adalah penerima KPS/KKS (24,3), diikuti pemanfaatan jaminan kesehatan (35,7) dan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) (41,7).

Dilihat dari perubahan indeks pada masing-masing indikator, terlihat bahwa 8 (delapan) indikator mengalami kenaikan indeks dari tahun 2019 ke 2020. Indikator dengan kenaikan indeks tertinggi adalah MP-ASI dengan kenaikan sebesar 6,0 poin. Dari 4 (empat) indikator yang mengalami penurunan nilai indeks pada tahun 2019-2020, penurunan tertinggi terjadi pada indikator ketidakcukupan konsumsi pangan.

Tabel 4.1
Nilai Estimasi dan Indeks Menurut Dimensi dan Indikator Penyusun IKPS, 2019-2020

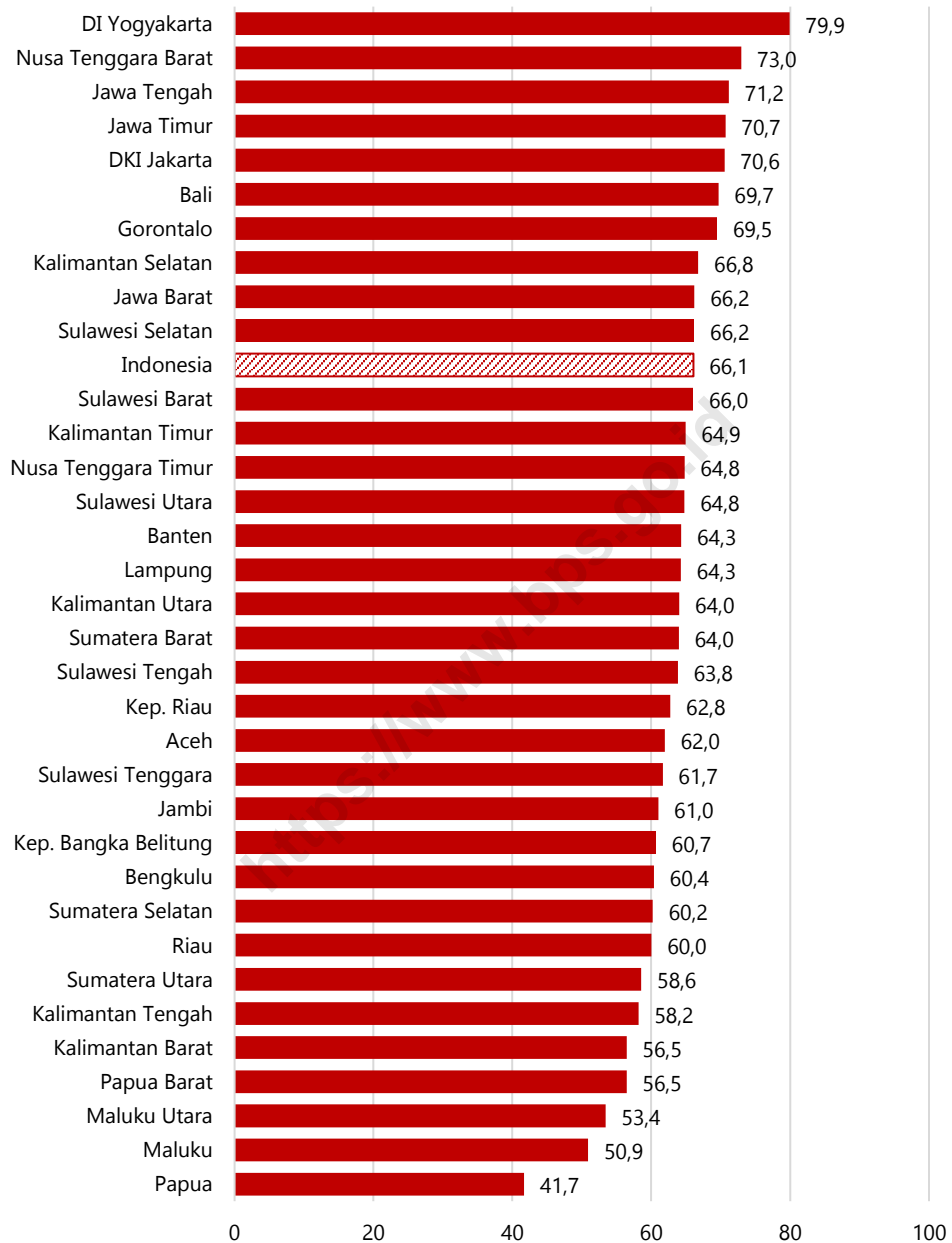
Dimensi/Indikator	Estimasi			Indeks		
	2019	2020	Selisih	2019	2020	Selisih
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Dimensi kesehatan				71,8	73,1	1,3
Imunisasi	55,3	57,2	1,9	61,5	63,5	2,0
Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan	85,9	87,8	1,9	85,9	87,8	1,9
Keluarga Berencana (KB) modern	54,6	54,3	-0,3	68,2	67,9	-0,3
Dimensi gizi				80,3	85,1	4,8
ASI eksklusif	66,7	69,6	2,9	83,4	87,0	3,6
Makanan Pendamping (MP) ASI	61,9	66,6	4,7	77,3	83,3	6,0
Dimensi perumahan				83,3	84,9	1,6
Air minum layak	89,3	90,2	0,9	89,3	90,2	0,9
Sanitasi layak	77,4	79,5	2,1	77,4	79,5	2,1
Dimensi pangan				89,1	88,8	-0,3
Mengalami kerawanan pangan	5,4	5,1	-0,3	91,0	91,5	0,5
Ketidakcukupan konsumsi pangan	7,6	8,3	0,7	87,3	86,1	-1,2
Dimensi pendidikan				41,0	41,7	0,7
Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)	36,9	37,5	0,6	41,0	41,7	0,7
Dimensi perlindungan sosial				30,8	30,0	-0,8
Pemanfaatan jaminan kesehatan	29,2	28,6	-0,6	36,5	35,7	-0,8
Penerima KPS/KKS	20,1	19,4	-0,7	25,1	24,3	-0,8
IKPS				66,1	67,3	1,2

Dari penjelasan mengenai nilai indeks pada masing-masing dimensi dan indikator penyusun IKPS, terlihat adanya beberapa indikator yang masih harus ditingkatkan lagi untuk meningkatkan capaian IKPS. Seperti yang diketahui, IKPS merupakan bagian tidak terpisahkan dari upaya percepatan penurunan *stunting* pada anak balita di Indonesia.

4.2 IKPS Provinsi

Gambar 4.3 dan Gambar 4.4 memperlihatkan bahwa sebagian besar provinsi memiliki IKPS di bawah angka nasional. Sebagian besar provinsi dengan capaian IKPS di atas angka nasional terletak di wilayah Indonesia Bagian Barat sedangkan lainnya terletak di Indonesia Bagian Tengah.

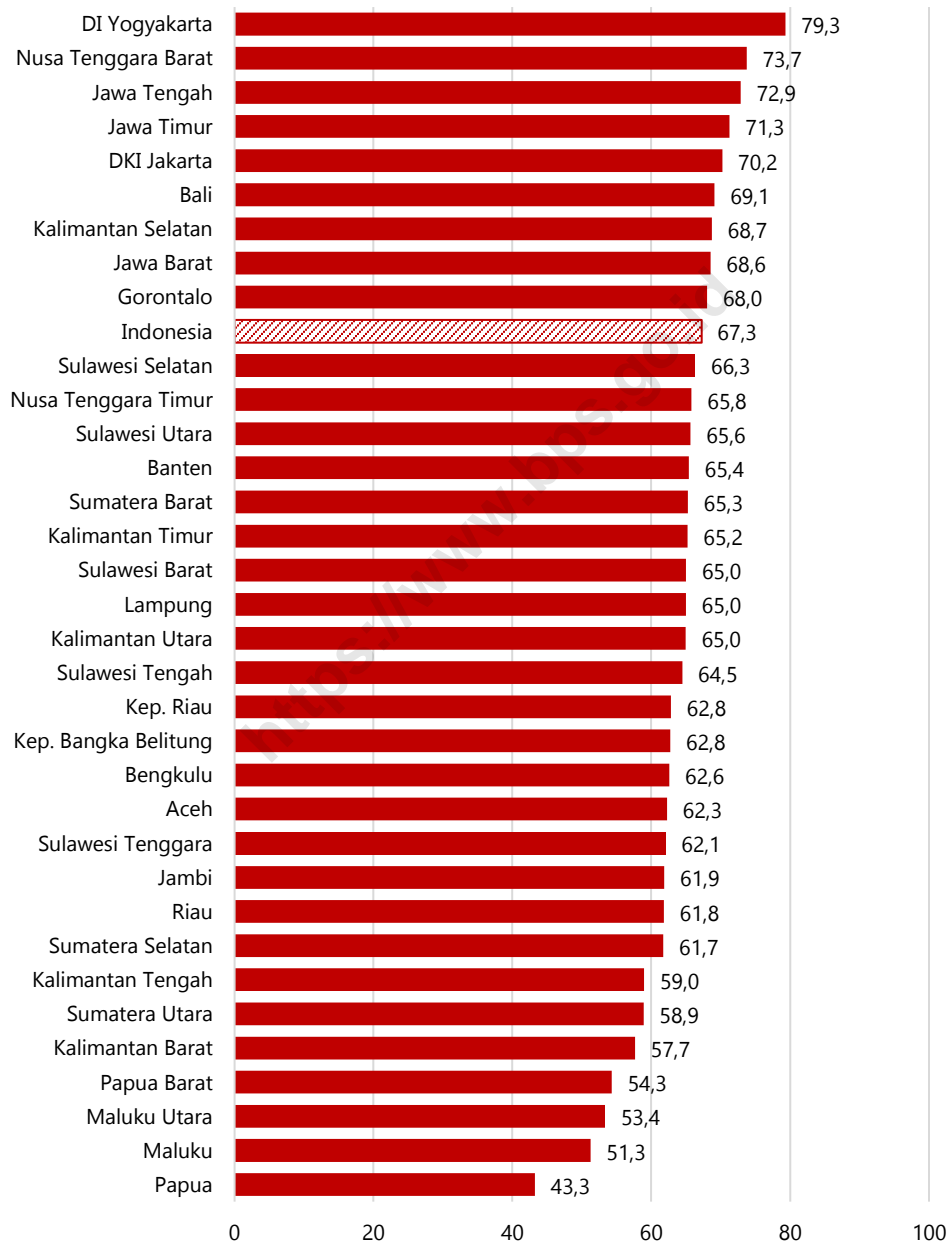
Gambar 4.3
IKPS Menurut Provinsi, 2019



Bagaimana capaian IKPS provinsi yang terletak di wilayah Indonesia Bagian Timur? Dalam 2 (dua) tahun terakhir, capaian IKPS Provinsi Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Provinsi Papua Barat belum dapat melampaui angka IKPS nasional. Empat provinsi yang memiliki IKPS terendah dapat meningkatkan capaian dimensi perlindungan sosial (pemanfaatan jaminan kesehatan dan jumlah penerima KPS/KKS). Capaian IKPS Provinsi Papua sebagai provinsi

dengan nilai IKPS terendah tahun 2020 baru mencapai 43,3, atau berbeda 36,0 poin dibandingkan Provinsi DI Yogyakarta selaku provinsi dengan nilai IKPS tertinggi, yaitu sebesar 79,3.

Gambar 4.4
IKPS Menurut Provinsi, 2020

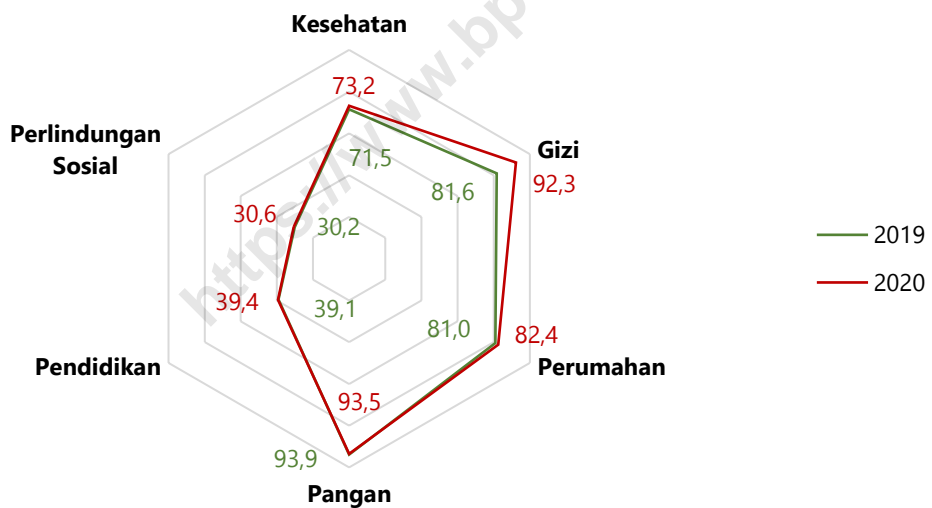


Adanya perbedaan yang tinggi antara capaian IKPS provinsi tertinggi dan terendah serta sebaran capaian IKPS antarprovinsi secara umum mengindikasikan masih adanya

ketimpangan penanganan *stunting* di level provinsi antarwilayah di Indonesia. Selain merupakan tugas pemerintah daerah dalam meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat di wilayahnya masing-masing, dibutuhkan koordinasi dari tingkat pusat dalam merancang agar seluruh program yang ada dapat berjalan secara beriringan. Dengan demikian, tujuan percepatan penanganan *stunting* di Indonesia dapat segera terwujud.

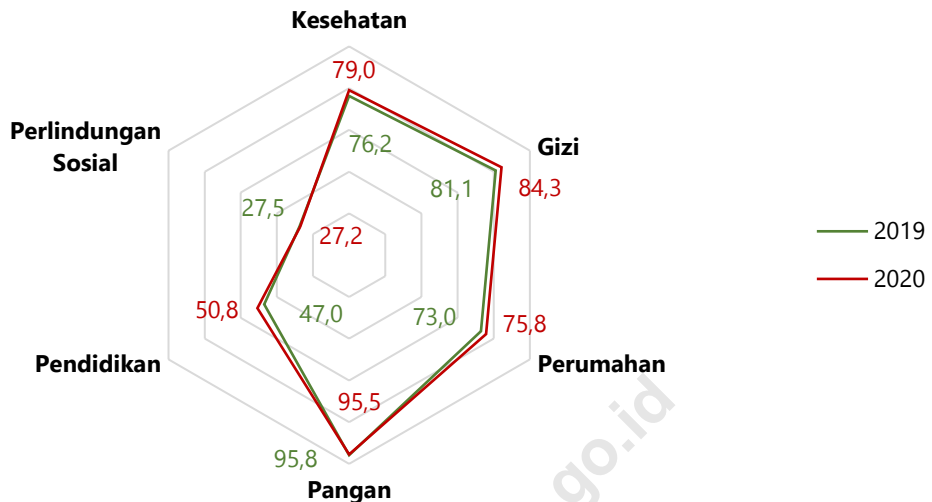
Untuk lebih memahami dinamika perubahan IKPS di level provinsi, perlu dilihat perubahan nilai indeks pada masing-masing dimensi penyusunnya. Gambar 4.5 memperlihatkan perubahan indeks dimensi penyusun IKPS untuk Provinsi Jawa Barat tahun 2019-2020. Pemilihan Provinsi Jawa Barat berdasarkan pada fakta bahwa provinsi tersebut merupakan salah satu provinsi dengan capaian IKPS tahun 2020 di atas IKPS nasional. Pada periode 2019-2020, nilai IKPS Provinsi Jawa Barat mengalami peningkatan. Nilai IKPS Provinsi Jawa Barat pada tahun 2020 sebesar 68,6, lebih tinggi 2,4 poin dibandingkan nilai IKPS tahun 2019 (Lampiran 1).

Gambar 4.5
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Provinsi Jawa Barat, 2019-2020



Peningkatan nilai IKPS Provinsi Jawa Barat tahun 2019-2020 didukung oleh peningkatan nilai indeks pada hampir seluruh dimensi penyusunnya (Gambar 4.5). Dimensi gizi mengalami peningkatan nilai indeks tertinggi yaitu dari 81,6 pada tahun 2019 menjadi 92,3 pada tahun 2020 atau mengalami kenaikan lebih dari 10 (sepuluh) poin. Peningkatan nilai indeks pada dimensi gizi menunjukkan adanya peningkatan capaian indikator penyusunnya yaitu ASI eksklusif dan MP-ASI. Dimensi pangan menjadi satu-satunya dimensi penyusun IKPS yang mengalami penurunan nilai indeks pada tahun 2020 dibandingkan tahun 2019. Meskipun demikian, dimensi pangan masih menjadi dimensi dengan nilai indeks tertinggi dibandingkan dimensi penyusun IKPS lainnya pada tahun 2020.

Gambar 4.6
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Provinsi Kalimantan Selatan,
2019-2020



Gambar 4.6 menunjukkan perubahan nilai indeks pada masing-masing dimensi penyusun IKPS Provinsi Kalimantan Selatan. Dalam periode 2019-2020, dari 6 (enam) dimensi penyusun IKPS Provinsi Kalimantan Selatan, nilai indeks pada 4 (empat) dimensi yaitu dimensi kesehatan, gizi, perumahan, dan dimensi pendidikan mengalami kenaikan (Gambar 4.6). Kenaikan terbesar terjadi pada dimensi pendidikan, yaitu dari 47,0 pada tahun 2019 menjadi 50,8 pada tahun 2020 atau naik sekitar 3,8 poin. Walaupun terdapat penurunan nilai indeks pada dimensi pangan dan perlindungan sosial pada periode 2019-2020, namun secara umum nilai IKPS Provinsi Kalimantan Selatan mengalami kenaikan dari 66,8 pada tahun 2019 menjadi 68,7 pada tahun 2020 (Lampiran 1).

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

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

Tabel 4.2
Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE Indikator Penyusun IKPS<25 Persen, 2019-2020

Dimensi/Indikator	2019	2020
(1)	(2)	(3)
Dimensi kesehatan		
Imunisasi	410	408
Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan	501	501
Keluarga Berencana (KB) modern	501	499
Dimensi gizi		
ASI eksklusif	386	403
Makanan Pendamping (MP) ASI	497	502
Dimensi perumahan		
Air minum layak	509	509
Sanitasi layak	502	504
Dimensi pendidikan		
Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)	490	494
Dimensi perlindungan sosial		
Pemanfaatan jaminan kesehatan	511	509
Penerima KPS/KKS	387	382

Walaupun pada level kabupaten/kota sebagian besar indikator penyusun IKPS telah memiliki RSE<25 persen, terdapat sebanyak 173 dari 514 kabupaten/kota yang memiliki nilai RSE seluruh indikator penyusun IKPS<25 persen untuk tahun 2019 hingga tahun 2020 (Tabel 4.3). Dengan demikian, IKPS di wilayah-wilayah ini yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan pengambilan kebijakan terkait upaya percepatan penurunan *stunting* di wilayah masing-masing karena telah memenuhi kaidah dari segi statistik.

Stunting merupakan masalah multidimensi. Intervensi penanganan *stunting* memerlukan konvergensi program/intervensi dan upaya sinergis dari Kementerian/Lembaga, pemerintah daerah serta dunia usaha/masyarakat. Untuk memastikan konvergensi program/intervensi dan sinergitas upaya intervensi *stunting*, pemerintah menetapkan kabupaten/kota prioritas penanganan *stunting*. Dari 360 kabupaten/kota prioritas *stunting* yang ditetapkan pada tahun 2021, sebanyak 148 kabupaten/kota di antaranya merupakan bagian dari 173 kabupaten/kota dengan nilai RSE seluruh indikator penyusun IKPS<25 persen baik untuk tahun 2019 maupun 2020 (Tabel 4.3). Adapun daftar lengkap kabupaten/kota yang memiliki RSE<25 persen untuk seluruh indikator penyusun IKPS tahun 2019-2020, baik yang termasuk maupun yang tidak termasuk kabupaten/kota prioritas *stunting* disajikan pada Lampiran 2.

Tabel 4.3
Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE<25 Persen untuk Seluruh Indikator Penyusun IKPS
Tahun 2019-2020 yang Menjadi Prioritas *Stunting* 2021

Wilayah	Jumlah Kabupaten/ Kota dengan RSE <25 Persen	Jumlah Kabupaten/ Kota dengan RSE <25 Persen yang Menjadi Prioritas <i>Stunting</i> 2021	Nama Kabupaten/Kota dengan RSE <25 Persen yang Menjadi Prioritas <i>Stunting</i> 2021
(1)	(2)	(3)	(4)
Sumatera	33	24	Kab. Aceh Tamiang, Kab. Tapanuli Utara, Kab. Asahan, Kab. Humbang Hasundutan, Kab. Batu Bara, Kab. Solok, Kab. Lima Puluh Kota, Kota Padang, Kota Pekanbaru, Kab. Ogan Komering Ulu, Kab. Ogan Komering Ilir, Kab. Muara Enim, Kab. Ogan Komering Ulu Timur, Kab. Kaur, Kab. Seluma, Kab. Tanggamus, Kab. Lampung Selatan, Kab. Lampung Timur, Kab. Lampung Tengah, Kab. Lampung Utara, Kab. Way Kanan, Kab. Tulangbawang, Kab. Pringsewu, Kota Bandar Lampung
Jawa	73	71	Kota Jakarta Selatan, Kota Jakarta Barat, Kota Jakarta Utara, Kab. Bogor, Kab. Cianjur, Kab. Bandung, Kab. Garut, Kab. Tasikmalaya, Kab. Ciamis, Kab. Kuningan, Kab. Cirebon, Kab. Majalengka, Kab. Sumedang, Kab. Indramayu, Kab. Subang, Kab. Bandung Barat, Kota Bogor, Kota Bandung, Kota Bekasi, Kota Depok, Kota Cimahi, Kab. Cilacap, Kab. Banyumas, Kab. Purbalingga, Kab. Banjarnegara, Kab. Purworejo, Kab. Magelang, Kab. Klaten, Kab. Sukoharjo, Kab. Wonogiri, Kab. Karanganyar, Kab. Sragen, Kab. Grobogan, Kab. Blora, Kab. Pati, Kab. Kudus, Kab. Jepara, Kab. Demak, Kab. Semarang, Kab. Temanggung, Kab. Kendal, Kab. Batang, Kab. Pekalongan, Kab. Pemalang, Kab. Tegal, Kab. Brebes, Kab. Kulon Progo, Kab. Bantul, Kab. Gunung Kidul, Kab. Blitar, Kab. Kediri, Kab. Malang, Kab. Lumajang, Kab. Jember, Kab. Bondowoso, Kab. Probolinggo, Kab. Pasuruan, Kab. Sidoarjo, Kab. Mojokerto, Kab. Jombang,

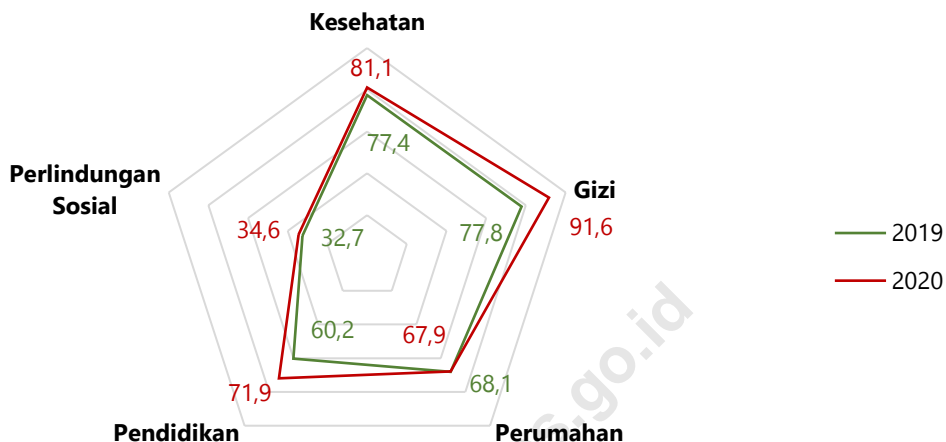
Tabel 4.3 (Lanjutan)

Wilayah	Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE <25 Persen	Jumlah Kabupaten/Kota dengan RSE <25 Persen yang Menjadi Prioritas <i>Stunting</i> 2021	Nama Kabupaten/Kota dengan RSE <25 Persen yang Menjadi Prioritas <i>Stunting</i> 2021
(1)	(2)	(3)	(4)
			Kab. Nganjuk, Kab. Magetan, Kab. Ngawi, Kab. Bojonegoro, Kab. Tuban, Kab. Lamongan, Kab. Gresik, Kota Malang, Kota Surabaya, Kab. Pandeglang, Kab. Tangerang
Bali dan Nusa Tenggara	30	28	Kab. Gianyar, Kab. Lombok Barat, Kab. Lombok Tengah, Kab. Lombok Timur, Kab. Sumbawa, Kab. Dompu, Kab. Bima, Kab. Sumbawa Barat, Kab. Lombok Utara, Kota Mataram, Kab. Sumba Barat, Kab. Sumba Timur, Kab. Kupang, Kab. Timor Tengah Selatan, Kab. Timor Tengah Utara, Kab. Belu, Kab. Alor, Kab. Lembata, Kab. Flores Timur, Kab. Sikka, Kab. Ngada, Kab. Manggarai, Kab. Rote Ndao, Kab. Sumba Tengah, Kab. Sumba Barat Daya, Kab. Nagekeo, Kab. Manggarai Timur, Kab. Sabu Raijua
Kalimantan	5	2	Kab. Sambas, Kab. Barito Kuala
Sulawesi	26	18	Kab. Bolaang Mongondow Utara, Kab. Banggai, Kab. Parigi Moutong, Kab. Sigi, Kab. Jeneponto, Kab. Takalar, Kab. Gowa, Kab. Sinjai, Kab. Maros, Kab. Bone, Kab. Pinrang, Kab. Enrekang, Kab. Luwu, Kab. Luwu Utara, Kab. Toraja Utara, Kab. Kolaka, Kab. Majene, Kab. Polewali Mandar
Maluku dan Papua	6	5	Kab. Maluku Tenggara, Kab. Seram Bagian Barat, Kab. Maluku Barat Daya, Kab. Sorong, Kota Sorong
Indonesia	173	148	

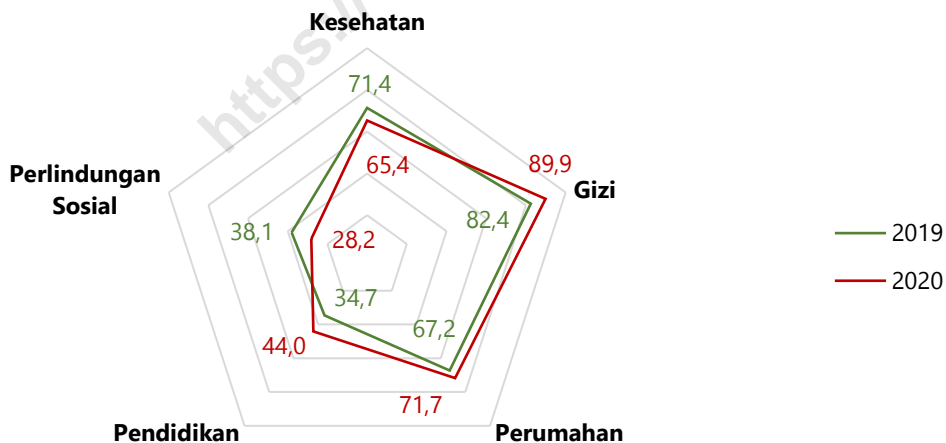
Berikut akan dilakukan pembahasan simulasi hasil dari penghitungan IKPS untuk 4 (empat) kabupaten/kota yang mewakili kabupaten/kota prioritas *stunting* dan bukan merupakan kabupaten/kota prioritas *stunting*. Kabupaten/kota pertama yang akan dibahas adalah Kabupaten Bondowoso yang merupakan salah satu kabupaten/kota prioritas *stunting* di Pulau Jawa. Pada tahun 2020, IKPS Kabupaten Bondowoso sebesar 69,4. Angka ini lebih tinggi dibandingkan capaian IKPS tahun 2019 yaitu sebesar 63,2 (Lampiran 2). Adapun

apabila dilihat dari masing-masing dimensi penyusun IKPS, nilai indeks tertinggi terdapat pada dimensi gizi, diikuti dimensi kesehatan, pendidikan, perumahan, dan dimensi perlindungan sosial.

Gambar 4.7
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Bondowoso, 2019-2020



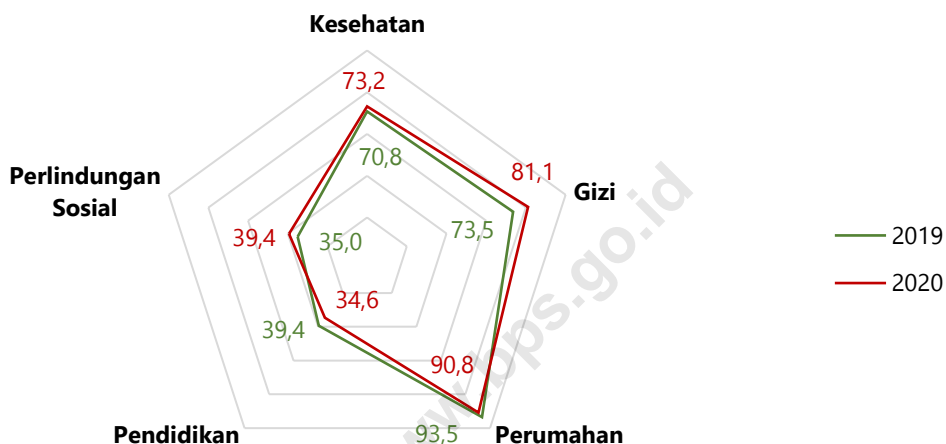
Gambar 4.8
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Parigi Moutong, 2019-2020



Kabupaten/kota selanjutnya yang akan dibahas adalah Kabupaten Parigi Moutong yang merupakan salah satu kabupaten/kota prioritas *stunting* di luar Pulau Jawa. Dalam periode 2019-2020, nilai indeks pada 3 (tiga) dari 5 (lima) dimensi penyusun IKPS mengalami kenaikan, yaitu dimensi gizi, perumahan, dan dimensi pendidikan (Gambar 4.8). Dimensi pendidikan menyumbangkan kenaikan indeks yang paling tinggi dibandingkan dimensi

lainnya yaitu dari 34,7 pada tahun 2019 menjadi 44,0 pada tahun 2020. Pada tahun 2019, capaian IKPS Kabupaten Parigi Moutong sebesar 58,8 lalu naik menjadi 59,8 pada tahun 2020 (Lampiran 2). Peningkatan indikator imunisasi, penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, dan KB modern dalam dimensi kesehatan serta indikator pemanfaatan jaminan kesehatan dan penerima KPS/KKS dalam dimensi perlindungan sosial diperlukan untuk mendorong upaya percepatan penanganan *stunting* di Kabupaten Parigi Moutong.

Gambar 4.9
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kota Kupang, 2019-2020

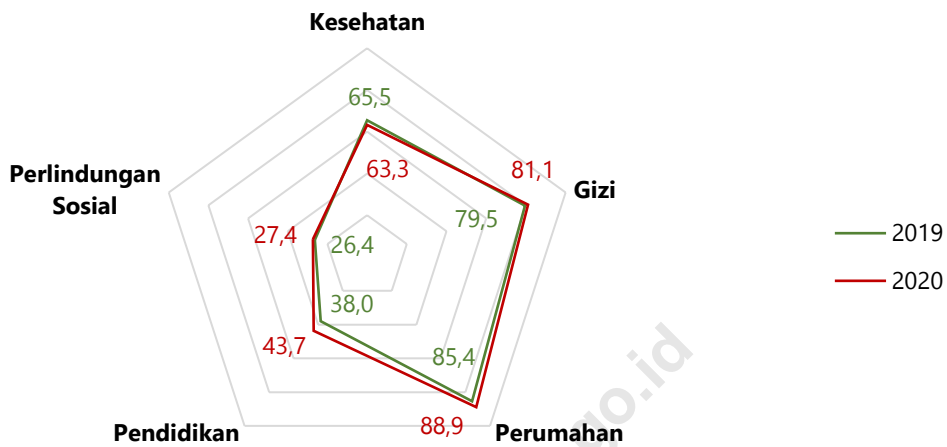


Salah satu kabupaten/kota bukan prioritas *stunting* yang akan dibahas adalah Kota Kupang. Capaian IKPS Kota Kupang pada tahun 2020 sebesar 63,8 (Lampiran 2). Nilai indeks pada dimensi perumahan merupakan yang paling tinggi dibandingkan dimensi lainnya, baik pada tahun 2019 maupun tahun 2020. Dalam periode 2019-2020, terdapat kenaikan nilai indeks pada 3 (tiga) dari 5 (lima) dimensi penyusun IKPS, yaitu dimensi kesehatan, gizi, dan dimensi perlindungan sosial (Gambar 4.9). Dimensi gizi menyumbangkan kenaikan indeks yang paling tinggi dibandingkan dimensi lainnya yaitu dari 73,5 pada tahun 2019 menjadi 81,1 pada tahun 2020. Meskipun terdapat penurunan nilai indeks pada dimensi perumahan dan pendidikan pada tahun 2019-2020, secara umum nilai IKPS Kota Kupang mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2019.

Kabupaten/kota selanjutnya yang akan dibahas adalah Kabupaten Bombana. Kabupaten Bombana yang terletak di Provinsi Sulawesi Tenggara bukan merupakan salah satu kabupaten/kota prioritas *stunting*. Gambar 4.10 menunjukkan nilai indeks pada 4 (empat) dari 5 (lima) dimensi penyusun IKPS mengalami kenaikan, yaitu dimensi gizi, perumahan, pendidikan, dan dimensi perlindungan sosial. Kenaikan indeks terbesar disumbangkan oleh dimensi pendidikan yang meningkat dari 38,0 pada tahun 2019 menjadi 43,7 pada tahun 2020. Meskipun terjadi penurunan indeks pada dimensi kesehatan, nilai IKPS Kabupaten

Bombana mengalami peningkatan dari 59,0 pada tahun 2019 menjadi 60,9 pada tahun 2020 (Lampiran 2).

Gambar 4.10
Indeks pada Masing-Masing Dimensi Penyusun IKPS Kabupaten Bombana, 2019-2020



5.1 Analisis IKPS menurut Wilayah

• Reduksi *Shortfall*

IKPS tidak hanya dilihat dari tinggi rendah nilai capaiannya tetapi juga perlu dilihat kecepatan perubahannya. Untuk mengukur kecepatan tersebut, digunakan ukuran reduksi *shortfall* per tahun. Semakin tinggi kecepatannya, semakin pendek waktu yang dibutuhkan untuk mencapai nilai IKPS yang ideal (100). Nilai reduksi *shortfall* merupakan perbandingan antara capaian yang telah ditempuh dengan capaian yang harus ditempuh untuk mencapai nilai ideal, dinyatakan dalam persen dan dihitung dengan formula sebagai berikut:

$$R = \frac{\text{indeks}_t - \text{indeks}_{t-1}}{\text{nilai ideal} - \text{indeks}_{t-1}} \times 100$$

Keterangan:

R : nilai reduksi *shortfall*

indeks_t : nilai indeks tahun t

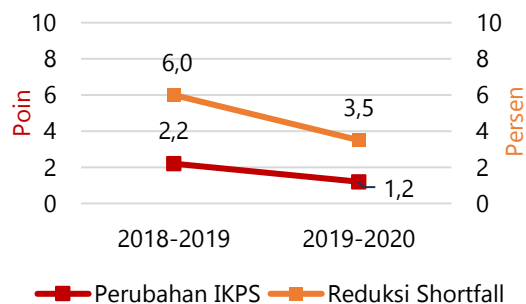
indeks_{t-1} : nilai indeks tahun t-1

nilai ideal : nilai ideal yang ingin dicapai yaitu 100

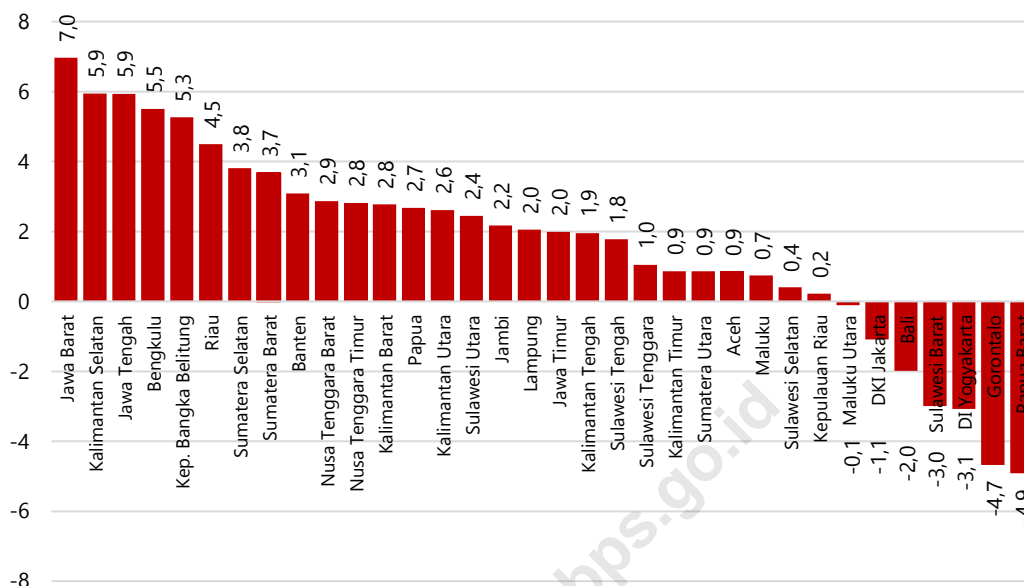
Gambar 5.1 menunjukkan pada periode 2019-2020 nilai IKPS nasional meningkat sebesar 1,2 poin atau lebih kecil dibandingkan peningkatan pada periode 2018-2019 yang sebesar 2,2 poin. Meskipun terus meningkat pada periode 2018-2020, kecepatan peningkatan capaian IKPS antara 2018-2019 dan 2019-2020 tidak dalam level yang sama. Hal tersebut terindikasi dari nilai reduksi *shortfall* pada 2018-2019 yang lebih besar daripada 2019-2020 yaitu berturut-turut sebesar 6,0 persen dan 3,5 persen.

Sementara pada tingkat provinsi dalam periode 2019-2020 sebanyak 27 dari 34 provinsi berhasil meningkatkan angka IKPS, namun dalam kecepatan yang berbeda-beda (Gambar 5.2). Provinsi Jawa Barat merupakan provinsi dengan kecepatan terbesar pada periode tersebut, sementara terkecil adalah Provinsi Papua Barat yang mengalami penurunan capaian IKPS.

Gambar 5.1
Perubahan IKPS Nasional (dalam Poin)
dan Reduksi *Shortfall* (dalam Persen), 2018-2020



Gambar 5.2
Reduksi *Shortfall* IKPS (dalam Persen) Menurut Provinsi, 2019-2020



Dari 173 kabupaten/kota yang memiliki RSE < 25 persen untuk seluruh indikator penyusun IKPS tahun 2019-2020, sebanyak 114 di antaranya mengalami peningkatan nilai IKPS, sementara sebanyak 58 kabupaten/kota mengalami penurunan, dan 1 (satu) kabupaten lainnya tidak mengalami perubahan.

Tabel 5.1
Sepuluh Kabupaten/Kota dengan Perubahan IKPS (dalam Poin) dan Reduksi *Shortfall* (dalam Persen) Terbesar, 2019-2020

No.	Kabupaten/Kota	Perubahan IKPS	Kabupaten/Kota	Reduksi <i>Shortfall</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Temanggung	10,8	Temanggung	33,7
2	Lampung Utara	8,9	Gunung Kidul	28,1
3	Takalar	8,8	Takalar	22,5
4	Sabu Raijua	8,8	Sabu Raijua	22,0
5	Sumba Barat	8,5	Sumba Barat	21,9
6	Tanggamus	8,0	Lampung Utara	20,4
7	Gowa	7,6	Lembata	19,7
8	Lembata	6,6	Gowa	18,7
9	Lampung Timur	6,5	Tanggamus	17,9
10	Gunung Kidul	6,5	Lampung Timur	17,3

Tabel 5.1 menunjukkan 10 (sepuluh) kabupaten/kota dengan perubahan angka capaian IKPS terbesar dalam periode 2019-2020 dan 10 (sepuluh) kabupaten/kota dengan kecepatan

terbesar (reduksi *shortfall* terbesar) dalam periode yang sama. Kabupaten Temanggung adalah kabupaten/kota dengan reduksi *shortfall* terbesar (33,7 persen). Dengan kata lain, dalam periode 1 (satu) tahun, Kabupaten Temanggung berhasil mereduksi sepertiga dari total jarak yang harus ditempuh untuk mencapai nilai ideal (100).

- **Diagram Sankey**

Setelah menganalisis perubahan nilai capaian dan kecepatan IKPS, perlu juga untuk mengetahui pola transisi nilai IKPS yang terjadi pada periode 2019-2020 agar didapatkan gambaran yang lebih lengkap mengenai perkembangan IKPS pada periode tersebut. Transisi nilai IKPS dapat dianalisis menggunakan diagram Sankey. Diagram Sankey merupakan diagram yang digunakan untuk menunjukkan adanya aliran atau perubahan. Blinder et al. (2019) menyebutkan bahwa diagram Sankey merupakan pilihan yang tepat untuk alat visualisasi data.

Untuk melihat ada tidaknya transisi nilai IKPS dari tahun 2019 ke tahun 2020, nilai IKPS dikelompokkan ke dalam 3 (tiga) kategori yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Pengelompokan ini dilakukan dengan cara mengurutkan nilai IKPS tahun 2019 dari terkecil hingga terbesar kemudian membaginya ke dalam 3 (tiga) kelompok dengan interval nilai yang sama. Interval dihitung dengan rumusan sebagai berikut:

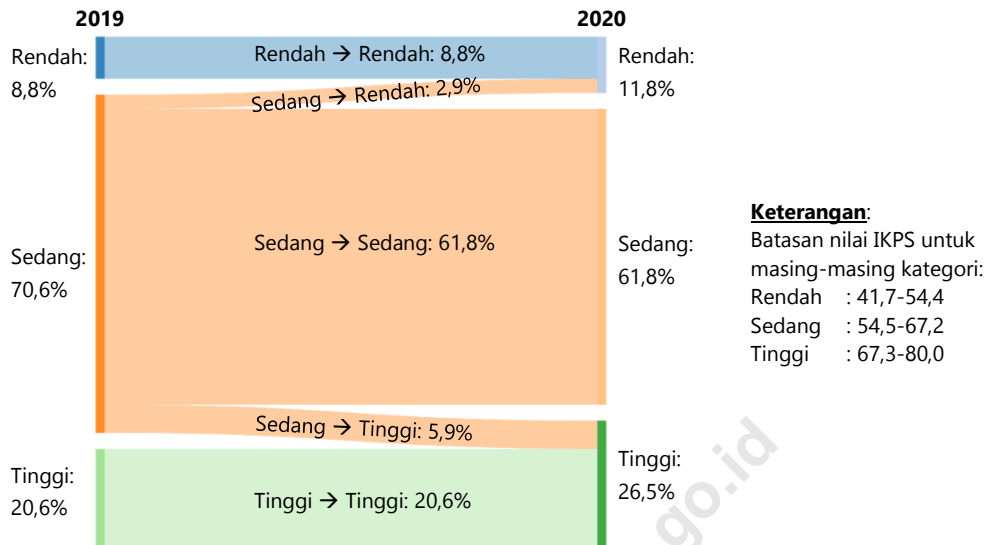
$$i = \frac{X_{max} - X_{min}}{n}$$

Keterangan:	
i	: interval
X_{max}	: nilai maksimal
X_{min}	: nilai minimal
n	: jumlah kelompok

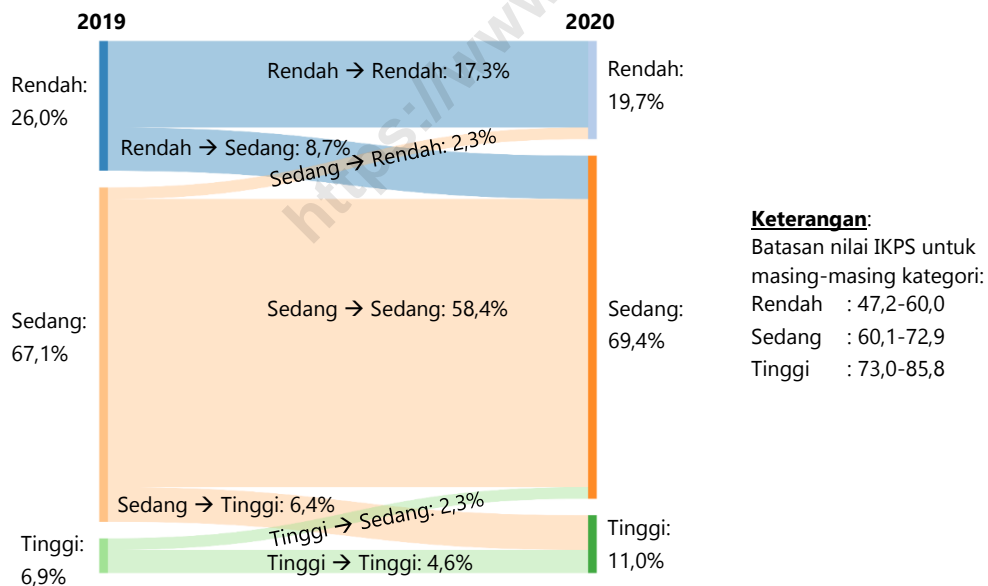
Dengan nilai maksimal sebesar 79,9 dan nilai minimal sebesar 41,7 diperoleh interval untuk level provinsi sebesar 12,7. Dari nilai interval tersebut, diperoleh batasan untuk masing-masing kategori. Hasil pengelompokan nilai IKPS provinsi tahun 2019 menggunakan batasan nilai tersebut adalah 8,8 persen provinsi masuk ke dalam kategori rendah, 70,6 persen provinsi masuk ke dalam kategori sedang, dan 20,6 persen provinsi termasuk ke dalam kategori tinggi. Batasan yang sama digunakan kembali untuk nilai IKPS provinsi tahun 2020 sehingga terlihat transisi IKPS provinsi periode 2019-2020.

Diagram Sankey yang terbentuk menunjukkan bahwa secara garis besar tidak terjadi transisi atau perubahan nilai IKPS dari tahun 2019 ke tahun 2020 untuk level provinsi. Perubahan paling banyak terjadi pada provinsi yang masuk ke dalam kategori sedang pada tahun 2019. Dari 70,6 persen provinsi yang masuk ke dalam kategori sedang pada tahun 2019, 2,9 persen provinsi mengalami penurunan menjadi kategori rendah sedangkan 5,9 persen provinsi lainnya mengalami peningkatan menjadi kategori tinggi pada tahun 2020. Selengkapnya dapat dilihat pada Gambar 5.3.

Gambar 5.3
Transisi IKPS Provinsi, 2019-2020



Gambar 5.4
Transisi IKPS Kabupaten/Kota, 2019-2020



Interval untuk pembentukan kategori IKPS kabupaten/kota dihitung dengan metode yang sama dengan IKPS provinsi. Dengan nilai maksimal sebesar 85,5 dan nilai minimal sebesar 47,2 diperoleh interval untuk level provinsi sebesar 12,8. Nilai interval tersebut kemudian digunakan untuk membentuk kategori IKPS kabupaten/kota. Hasil pengelompokan nilai IKPS

kabupaten/kota tahun 2019 menggunakan batasan nilai tersebut adalah 26,0 persen kabupaten/kota masuk ke dalam kategori rendah, 67,1 persen kabupaten/kota masuk ke dalam kategori sedang, dan 6,9 persen kabupaten/kota lainnya termasuk ke dalam kategori tinggi.

Diagram Sankey transisi IKPS kabupaten/kota menunjukkan terjadi penurunan persentase kabupaten/kota yang masuk ke dalam kategori rendah yang semula 26,0 persen pada tahun 2019 menjadi 19,7 persen di tahun 2020. Sebaliknya, persentase kabupaten/kota yang masuk ke dalam kategori sedang dan tinggi pada tahun 2020 semakin bertambah. Secara garis besar dapat dikatakan bahwa terjadi transisi IKPS dari tahun 2019 ke tahun 2020 ke arah yang lebih baik. Selengkapnya dapat dilihat pada Gambar 5.4.

- **Indeks Moran**

Dalam rangka melengkapi analisis IKPS, berikut dilakukan analisis untuk memperoleh gambaran pola pengelompokan nilai IKPS dan dimensi penyusun IKPS antarkabupaten/kota yang berdekatan. Ukuran yang dapat digunakan adalah Indeks Moran sebagaimana direkomendasikan oleh Pfeiffer et al. (2008). Rentang nilai Indeks Moran adalah -1 sampai 1 (Kosfeld, 2006).

Indeks Moran pada analisis ini dijelaskan sebagai berikut:

1. Nilai indeks antara 0 dan 1 menunjukkan kabupaten/kota yang berdekatan memiliki kemiripan nilai IKPS dan dimensi penyusun IKPS.
2. Nilai indeks antara -1 dan 0 menunjukkan kabupaten/kota yang berdekatan memiliki nilai-nilai IKPS dan dimensi penyusun IKPS yang berbeda.

Pengujian dilakukan untuk menguji hipotesis bahwa program dan kebijakan pada kabupaten/ kota yang berdekatan konvergen.

Tabel 5.2
Nilai Indeks Moran IKPS
dan Dimensi Penyusun IKPS, 2020

Komponen	Indeks Moran
(1)	(2)
IKPS	0,6
Dimensi kesehatan	0,5
Dimensi gizi	0,3
Dimensi perumahan	0,6
Dimensi pendidikan	0,7
Dimensi perlindungan sosial	0,6

Hasil penghitungan sebagaimana disajikan dalam Tabel 5.2 menunjukkan nilai Indeks Moran untuk IKPS dan seluruh dimensi penyusunnya bernilai antara 0 dan 1. Hal ini menunjukkan kabupaten/kota yang berdekatan memiliki kemiripan nilai IKPS dan dimensi penyusun IKPS yang mengindikasikan adanya konvergensi program dan kebijakan di wilayah-wilayah yang berdekatan.

- **Analisis Cluster**

Analisis selanjutnya yang dilakukan adalah analisis *cluster*. Dalam analisis *cluster*, objek (provinsi/kabupaten/kota) dikelompokkan berdasarkan kesamaan karakteristik di antara obyek-obyek tersebut. Dalam analisis ini provinsi dan kabupaten/kota dikelompokkan berdasarkan dimensi penyusun IKPS sehingga dapat diperoleh informasi mengenai capaian dimensi provinsi/kabupaten/kota dalam 1 (satu) *cluster*, maupun dibandingkan dengan *cluster* lain. Selain itu, melalui pengelompokan ini dapat dilihat pula dimensi mana saja yang dapat lebih ditingkatkan dalam kaitannya dengan upaya percepatan penurunan prevalensi *stunting* di provinsi/kabupaten/kota tersebut.

Tabel 5.3
Nilai VIF pada Persamaan Regresi antara IKPS dan Dimensi Penyusun IKPS
pada Level Provinsi dan Kabupaten/Kota, 2020

Level	Kesehatan	Gizi	Perumahan	Pangan	Pendidikan	Perlindungan Sosial
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Provinsi	3,0	1,4	2,0	2,2	1,3	1,7
Kabupaten/ Kota	1,3	1,1	1,1	-	1,2	1,1

Selain sampel mewakili populasi, asumsi yang perlu dipenuhi dalam analisis *cluster* adalah terkait dengan multikolinearitas variabel yang digunakan. Salah satu alat yang digunakan untuk mengukur adanya multikolinearitas adalah *Variance Inflation Factor* (VIF). O'brien (2007) menyatakan batas sebesar 10 (sepuluh) merupakan *rule of thumbs* besaran VIF yang banyak digunakan. Dengan membentuk persamaan regresi antara IKPS dengan dimensi penyusunnya, terlihat bahwa asumsi nonmultikolinearitas telah terpenuhi.

Tabel 5.4
Nilai Tengah Masing-Masing Cluster Hasil Analisis Cluster pada Level Provinsi, 2020

Dimensi	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Kesehatan	65,6	40,0	73,5	54,9	82,2	68,5
Gizi	87,6	81,0	75,4	72,8	92,8	81,9
Perumahan	78,4	51,5	87,1	82,4	90,5	78,5
Pangan	86,5	47,5	89,1	40,8	86,2	79,0
Pendidikan	37,7	12,8	38,6	40,0	60,1	33,3
Perlindungan sosial	36,6	26,8	28,6	23,0	34,2	24,8

Dengan menggunakan metode *K-means cluster*, provinsi maupun kabupaten/kota dikelompokkan menjadi 6 (enam) *cluster*. Nilai tengah masing-masing *cluster* disajikan pada Tabel 5.4 dan Tabel 5.5. Angka pada tabel ini merefleksikan karakteristik umum capaian indeks dimensi IKPS untuk masing-masing *cluster*. Dari Tabel 5.4 dan Tabel 5.5 terlihat bahwa

secara umum, dimensi gizi memiliki capaian tertinggi hampir pada seluruh *cluster* yang dibentuk.

Dari Tabel 5.4 terlihat bahwa *cluster* 5 (lima) merupakan *cluster* provinsi dengan rata-rata capaian indeks tertinggi pada seluruh dimensi penyusun IKPS, kecuali pada dimensi pangan dan dimensi perlindungan sosial. Dari Lampiran 3 diperoleh informasi bahwa *cluster* 5 (lima) terdiri atas 4 (empat) provinsi dengan capaian IKPS 2020 tertinggi. Dari sini dapat dikatakan bahwa walaupun capaian IKPS keempat provinsi tersebut sudah tinggi, namun provinsi-provinsi tersebut masih dapat meningkatkan upaya percepatan pencegahan *stunting* di wilayahnya terutama pada dimensi pangan dan perlindungan sosial.

Tabel 5.5

Nilai Tengah Masing-Masing *Cluster* Hasil Analisis *Cluster* pada Level Kabupaten/Kota, 2020

Dimensi	<i>Cluster</i> 1	<i>Cluster</i> 2	<i>Cluster</i> 3	<i>Cluster</i> 4	<i>Cluster</i> 5	<i>Cluster</i> 6
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Kesehatan	82,7	82,0	72,1	71,0	69,4	70,9
Gizi	90,8	97,0	79,5	99,3	92,8	92,0
Perumahan	89,4	84,7	87,1	88,3	62,8	60,8
Pendidikan	64,6	44,5	36,9	35,2	33,6	46,4
Perlindungan sosial	31,4	31,8	29,5	43,4	30,9	64,8

Distribusi kabupaten/kota pada masing-masing *cluster* beragam. Anggota terbanyak berada pada *cluster* 3 (tiga) yaitu sebanyak 51 kabupaten/kota. Adapun jumlah anggota untuk *cluster* 1 (satu), 2 (dua), 4 (empat), 5 (lima), dan *cluster* 6 (enam) masing-masing sebanyak 48, 29, 20, 20, dan 5 (lima) kabupaten/kota. Dari Tabel 5.5 terlihat bahwa *cluster* 1 (satu) terdiri atas kabupaten/kota yang memiliki capaian dimensi kesehatan, perumahan, dan dimensi pendidikan tertinggi dibandingkan *cluster* lainnya.

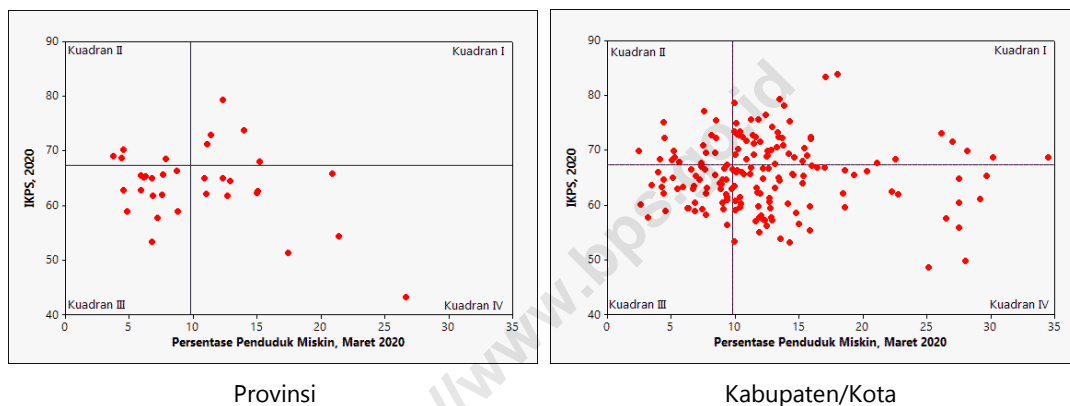
- **Analisis Kuadran**

Gambar 5.5 dan Gambar 5.6 memperlihatkan *scatter plot* provinsi/kabupaten/kota menurut capaian IKPS 2020 dan persentase penduduk miskin kondisi Maret 2020 serta capaian Indeks Pembangunan Manusia (IPM) tahun 2020. Pada kedua gambar ini, provinsi/kabupaten/kota dibagi ke dalam 4 (empat) kuadran dengan angka nasional sebagai dasar pembagian kuadran tersebut.

Untuk *scatter plot* mengenai kaitan antara IKPS dan persentase penduduk miskin, kondisi yang diharapkan adalah yang terdapat pada kuadran II, yaitu memiliki angka IKPS di atas angka nasional dan memiliki persentase penduduk miskin di bawah angka nasional. Berbeda dengan itu, untuk *scatter plot* mengenai kaitan antara IKPS dan IPM, kondisi yang diharapkan adalah yang terdapat pada kuadran I, yaitu keduanya berada di atas angka nasional.

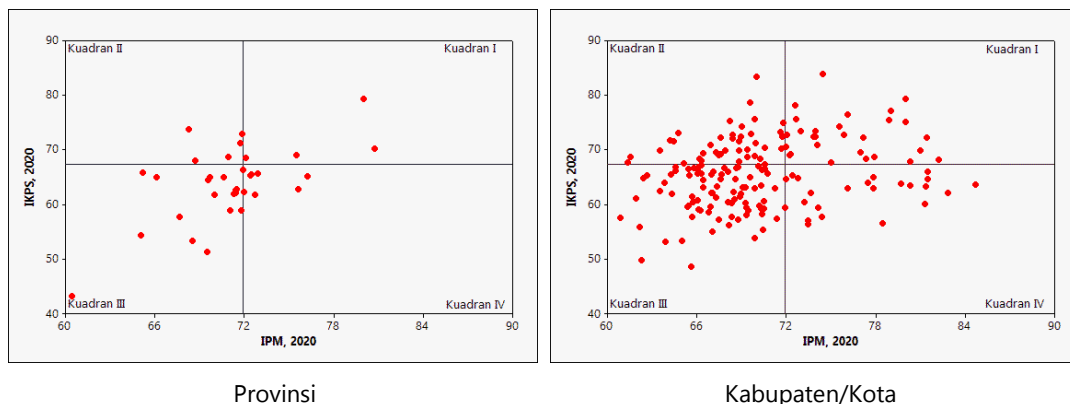
Gambar 5.5 menunjukkan sebanyak 4 (empat) provinsi (Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Bali, dan Provinsi Kalimantan Selatan) telah mencapai kondisi yang diharapkan, yaitu memiliki capaian IKPS di atas angka nasional dan persentase penduduk miskin di bawah angka nasional. Sementara untuk IKPS dan IPM, sebanyak 4 (empat) provinsi (Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta, dan Provinsi Bali) berada pada kuadran I, yaitu memiliki capaian IKPS dan IPM di atas angka nasional (Gambar 5.6) Adapun untuk level kabupaten/kota, terlihat bahwa jumlah kabupaten/kota yang mencapai kondisi yang diharapkan sudah cukup banyak.

Gambar 5.5
Keterkaitan antara IKPS dan Persentase Penduduk Miskin
pada Level Provinsi dan Kabupaten/Kota, 2020



Sumber: Badan Pusat Statistik (2021b)

Gambar 5.6
Keterkaitan antara IKPS dan Indeks Pembangunan Manusia
pada Level Provinsi dan Kabupaten/Kota, 2020



Sumber: Badan Pusat Statistik (2021a)

Ke depan, diharapkan agar capaian IKPS dan IPM terus menunjukkan peningkatan. Kenaikan IKPS secara tidak langsung akan meningkatkan optimisme upaya percepatan penanganan *stunting* secara merata di Indonesia. Di sisi lain, persentase penduduk miskin diharapkan

terus menunjukkan penurunan. Sebagaimana terdapat dalam Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan *Stunting*, masalah kemiskinan atau dalam hal ini yang terkait dengan pendapatan dan kesenjangan ekonomi merupakan hal yang berpengaruh terhadap upaya pencegahan *stunting*.

5.2 Analisis IKPS menurut Dimensi dan Indikator Penyusun IKPS

Nilai IKPS tahun 2020 mencapai 67,3, meningkat dibandingkan tahun 2019 yang sebesar 66,1 (Gambar 4.1). Peningkatan nilai IKPS ini didukung oleh peningkatan nilai indeks pada 4 (empat) dari 6 (enam) dimensi penyusun IKPS (Gambar 4.2). Dimensi penyusun IKPS dengan peningkatan nilai indeks tertinggi adalah dimensi gizi dengan peningkatan nilai indeks sebesar 4,8 poin diikuti oleh dimensi perumahan (1,6 poin), dimensi kesehatan (1,3 poin), dan dimensi pendidikan (0,7 poin). Masih terdapat 2 (dua) dimensi yang mengalami penurunan indeks yaitu dimensi pangan (0,3 poin) dan dimensi perlindungan sosial (0,8 poin).

- **Penguatan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) untuk Meningkatkan Capaian ASI Eksklusif**

ASI eksklusif dan MP-ASI merupakan indikator penyusun dimensi gizi pada IKPS. Sesuai dengan Kerangka Konsep Penyebab dan Pencegahan *Stunting* Indonesia, asupan gizi bersama status kesehatan merupakan penyebab langsung dari *stunting*. Penelitian mengenai hubungan antara pemberian ASI eksklusif dan *stunting* di Meksiko menunjukkan bahwa bahwa anak yang disusui kurang dari 6 (enam) bulan secara signifikan lebih berpeluang untuk tidak *stunting* daripada anak yang tidak pernah disusui (Campos, Vilar-Compte, & Hawkins, 2020). Nilai estimasi untuk ASI eksklusif dan MP-ASI menunjukkan peningkatan pada periode 2019-2020 (Tabel 4.1). Hasil estimasi untuk indikator ASI eksklusif maupun MP-ASI menunjukkan masih terbuka peluang cukup besar untuk mendorong capaian kedua indikator tersebut. Oleh karena itu, diperlukan upaya untuk meningkatkan asupan gizi pada anak usia 0-23 bulan.

Salah satu upaya untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif adalah dengan melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). Penelitian Karima et al. (2020) menunjukkan bahwa IMD merupakan salah satu faktor yang berpengaruh signifikan terhadap pemberian ASI eksklusif. Persentase IMD didefinisikan sebagai perbandingan ibu yang melahirkan anak lahir hidup dalam 2 (dua) tahun terakhir dan anak lahir hidup yang terakhir dilahirkan dilakukan IMD kurang dari 1 (satu) jam setelah dilahirkan dengan seluruh ibu yang melahirkan anak lahir hidup dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Pada tahun 2020, 63,1 persen ibu yang melahirkan anak lahir hidup dalam 2 (dua) tahun terakhir melakukan IMD kepada anak lahir hidup yang terakhir dalam periode kurang dari 1 (satu) jam setelah melahirkan (Lampiran 4). Angka ini lebih tinggi dibandingkan persentase

pada tahun 2019 yang sebesar 60,7 persen. Data menurut pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan ibu diikuti dengan peningkatan persentase IMD. Persentase IMD tahun 2020 pada ibu yang tidak/belum pernah sekolah dan tidak tamat SD/ sederajat sebesar 53,1 persen, sementara pada kelompok ibu yang telah menamatkan pendidikan rendah maupun tinggi persentasenya mencapai lebih dari 60 persen (Lampiran 4). Hasil penelitian di Kabupaten Tegal, Provinsi Jawa Tengah, menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan di atas SMA memiliki peluang 3,9 kali lebih besar untuk melakukan IMD (Nisa & Budihastuti, 2017).

- **Keragaman Asupan Makanan Pendamping ASI untuk Anak Usia 6-23 bulan**

Berbagai penelitian menunjukkan adanya keterkaitan antara keragaman pangan dan *stunting*. Penelitian Paramashanti, Paratmanitya, & Marsiswati (2017) pada anak usia 6-23 bulan di Kabupaten Bantul, Provinsi DI Yogyakarta, menunjukkan bahwa buruknya keragaman asupan makanan berhubungan signifikan dengan kejadian *stunting*. Hasil penelitian Chandrasekhar, Aguayo, Krishna, & Nair (2017) di India juga menunjukkan bahwa semakin tinggi skor keragaman makanan yang dikonsumsi anak akan menurunkan kecenderungan anak untuk mengalami *stunting*.

Berdasarkan pedoman yang disusun oleh WHO dan UNICEF (2010), asupan makanan yang diberikan kepada anak harus memenuhi *Minimum Dietary Diversity* (MDD). Indikator MDD diukur dari perbandingan jumlah anak usia 6-23 bulan yang menerima makanan dari 4 (empat) atau lebih kelompok makanan terhadap jumlah seluruh anak usia 6-23 bulan, dinyatakan dalam satuan persen. Sesuai pedoman tersebut, terdapat 7 (tujuh) kelompok makanan yang ditetapkan untuk digunakan dalam tabulasi indikator ini, yaitu (1) biji-bijian dan umbi-umbian; (2) kacang-kacangan; (3) susu dan produk susu; (4) daging, ayam, dan ikan segar; (5) telur; (6) buah dan sayur kaya vitamin A; dan (7) buah dan sayur lainnya. Anak yang diberikan asupan makanan dari setidaknya 4 (empat) kelompok makanan pada hari sebelumnya berarti bahwa pada sebagian besar populasi anak berpeluang besar untuk mengonsumsi setidaknya 1 (satu) makanan sumber protein hewani dan setidaknya 1 (satu) buah atau sayuran pada hari itu, selain makanan pokok dari biji-bijian atau umbi-umbian.

Berdasarkan data Susenas Maret 2020, 69,9 persen anak usia 6-23 bulan menerima asupan makanan dari 4 (empat) atau lebih kelompok makanan pada hari sebelumnya. Terdapat perbedaan persentase anak yang menerima asupan makanan beragam menurut kelompok kesejahteraan. Semakin tinggi tingkat kesejahteraan, yang ditunjukkan oleh kuintil pengeluaran, persentase anak usia 6-23 bulan yang menerima asupan makanan dari 4 (empat) atau lebih kelompok makanan juga semakin besar (Lampiran 5). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Dharmi et al. (2019) di India yang menunjukkan bahwa tingkat kesejahteraan rumah tangga menjadi faktor yang secara signifikan memengaruhi keragaman asupan makanan yang diberikan kepada anak usia 0-23 bulan.

Peningkatan persentase anak usia 6-23 bulan yang menerima asupan makanan beragam pada kuintil pertama, kedua, dan ketiga lebih tinggi dibandingkan peningkatan pada kuintil keempat dan kelima. Hal ini mengindikasikan bahwa peningkatan kesejahteraan pada kelompok bawah akan lebih banyak meningkatkan persentase anak usia 6-23 bulan yang menerima asupan makanan beragam. Upaya meningkatkan kualitas asupan gizi pada masyarakat yang berada di kelompok kesejahteraan rendah telah dilaksanakan melalui Program Keluarga Harapan (PKH) dan Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT). PKH menyoal keluarga yang memiliki ibu hamil dan balita untuk meningkatkan akses terhadap kesehatan serta pangan dan gizi. Sementara itu, program BPNT meningkatkan akses keluarga miskin untuk mengonsumsi pangan berprotein tinggi melalui paket bantuan pangan berupa beras dan telur.

- **Pengaturan Jarak Kelahiran untuk Perkembangan Anak yang Lebih Optimal**

Indikator KB modern merupakan salah satu penyusun dimensi kesehatan pada IKPS. Pengaruh penggunaan kontrasepsi modern terhadap *stunting* ditunjukkan oleh penelitian di Guatemala yang menyatakan bahwa penggunaan kontrasepsi modern berhubungan dengan pertumbuhan anak yang lebih baik dan memperkecil peluang *stunting* (Flood et al., 2019). Penggunaan kontrasepsi modern di Indonesia menunjukkan kecenderungan menurun, di sisi lain penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) mengalami peningkatan. Kondisi ini merupakan perkembangan yang baik karena MKJP merupakan alat atau cara KB yang lebih efektif dibandingkan alat atau cara KB modern lainnya dan juga cara tradisional. Alat atau cara KB yang termasuk ke dalam MKJP meliputi sterilisasi wanita, sterilisasi pria, spiral/IUD, dan susuk KB. Pada tahun 2019, persentase Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang sedang menggunakan metode MKJP sebesar 12,0 persen, kemudian meningkat pada tahun 2020 menjadi 12,2 persen. Persentase penggunaan MKJP lebih besar pada PUS usia 15-49 tahun yang memiliki pendidikan lebih tinggi (Lampiran 6). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Asri, Suni, & Choirunisa (2017) yang menunjukkan penggunaan MKJP tertinggi terdapat pada kelompok berpendidikan tinggi dan tingkat kesejahteraan tertinggi. Meningkatkan pengetahuan ibu akan KB menjadi hal penting untuk keberhasilan program KB. Upaya ini dapat dilaksanakan melalui kegiatan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu). Sesuai dengan pedoman pengelolaan Posyandu yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan, pelayanan kesehatan dasar di Posyandu mencakup sekurang-kurangnya 5 (lima) kegiatan, yakni Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), KB, imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare. Dalam pelaksanaan Posyandu terdapat 5 (lima) meja yaitu pendaftaran, penimbangan, pengisian KMS, penyuluhan kesehatan, dan pelayanan kesehatan. Kegiatan penyuluhan dan pelayanan KB dilaksanakan oleh kader dan petugas kesehatan dari Puskesmas pada meja keempat dan kelima pelaksanaan Posyandu yaitu penyuluhan dan pelayanan kesehatan.

- **Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak untuk Penguatan Dimensi Kesehatan**

Indikator penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan merupakan indikator dalam dimensi kesehatan yang mengalami peningkatan pada periode 2019-2020 yaitu dari 85,9 persen menjadi 87,8 persen. Capaian imunisasi dasar lengkap pada periode tahun 2019-2020 juga menunjukkan peningkatan dari 55,3 persen menjadi 57,2 persen. Meskipun demikian capaian kedua indikator ini masih dapat didorong lebih jauh untuk mencapai target yang ditetapkan dalam RPJMN 2020-2024.

Baik penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan maupun imunisasi pada anak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dipengaruhi salah satunya oleh tingkat pendidikan. Penelitian di Indonesia menunjukkan Ibu yang berpendidikan lebih tinggi lebih cenderung untuk memberikan imunisasi (Herliana & Douiri, 2017) dan imunisasi lengkap (Holipah, Maharani, & Kuroda, 2018) pada anaknya. Sejalan dengan hal tersebut, penelitian lainnya di Indonesia juga menunjukkan jika pendidikan baik ibu (Efendi et al., 2019) atau pasangannya berhubungan dengan pemilihan tempat bersalin di fasilitas kesehatan (Efendi et al., 2020).

- **Penguatan Akses Air Minum Layak dan Sanitasi Layak di Daerah Perdesaan**

Indikator air minum layak pada tahun 2020 mengalami peningkatan 0,9 persen poin dibandingkan tahun 2019. Kenaikan juga terjadi pada indikator sanitasi layak yaitu dari 77,4 persen di tahun 2019 menjadi 79,5 persen di tahun 2020. RPJMN tahun 2020-2024 menargetkan capaian 100 persen hunian dengan akses air minum layak dan 90 persen hunian dengan akses sanitasi layak. Meskipun capaian indikator air minum layak sudah tinggi, berdasarkan tipe daerah terlihat ketimpangan yang cukup besar. Capaian air minum layak di daerah perkotaan sebesar 96,1 persen dan di perdesaan masih sekitar 82,7 persen (BPS, 2020b). Indikator sanitasi layak juga menunjukkan pola yang sama dimana capaian di daerah perkotaan sebesar 83,7 persen sedangkan di daerah perdesaan sebesar 74,3 persen (BPS, 2020b). Hal ini didukung oleh penelitian Simelane, Shongwe, Vermaak, & Zwane (2020) yang menyebutkan bahwa tipe daerah merupakan salah satu faktor yang memengaruhi akses air minum layak di Eswatini. Upaya pemerataan akses air minum dan sanitasi layak dilaksanakan melalui Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (Pamsimas). Program Pamsimas telah menjangkau 22.961 desa yang tersebar di 376 kabupaten/kota di 33 provinsi dan memberikan manfaat kepada 17,2 juta orang dengan fasilitas air minum layak dan 15,4 juta orang dengan akses ke sanitasi dasar dan layak (World Bank, 2018).

- **Sebaran Indikator ASI Eksklusif dan MP-ASI**

Indikator MP-ASI yang diikuti dengan indikator ASI eksklusif menunjukkan peningkatan paling tinggi dari seluruh indikator pembentuk IKPS pada tahun 2019-2020. Jika dilihat dari

peningkatannya yang cukup tinggi, sekilas terlihat jika upaya dalam peningkatan kedua indikator ini sudah menunjukkan hasil yang memuaskan. Akan tetapi, jika ditilik lebih jauh pada tahun 2020 melalui sebaran indikator menurut 173 kabupaten/kota yang memiliki RSE < 25 persen untuk seluruh indikator penyusun IKPS pada tahun 2019-2020, terlihat variasi nilai yang cukup tinggi. Dari 173 kabupaten/kota tersebut, terdapat beberapa kabupaten/kota yang memiliki persentase indikator ASI eksklusif sangat baik (di atas 80 persen), akan tetapi ada pula yang memiliki persentase di bawah 50 persen. Pola yang sama juga terjadi pada indikator MP-ASI. Sebaran indikator ASI dan MP-ASI pada 173 kabupaten/kota dapat dilihat pada Lampiran 7.

Penelitian terdahulu di Indonesia mencatat jika kegagalan pemberian ASI eksklusif di Indonesia sering kali dipengaruhi oleh budaya pemberian makanan sesaat setelah anak lahir (Laksono, Wulandari, Ibad, & Kusri, 2021). Penelitian di Aceh menyebutkan bahwa rendahnya persentase ASI eksklusif pada daerah tersebut berhubungan dengan faktor sosiokultural seperti pemberian madu pada bayi yang baru lahir, atau pemberian gula dan sari buah-buahan pada bayi yang masih berusia 7 (tujuh) hari (Ahmad, Madanijah, Dwiriani, & Kolopaking, 2018). Penelitian lain di Indonesia juga menyebutkan bahwa perbedaan regional dalam cakupan pemberian ASI berkaitan dengan keberadaan dan kualitas tenaga kesehatan. Kekurangan pengetahuan mengenai praktik pemberian ASI pada ibu dan tenaga kesehatan membuat cakupan indikator ASI eksklusif lebih rendah pada wilayah Sumatera (Saputri et al., 2020).

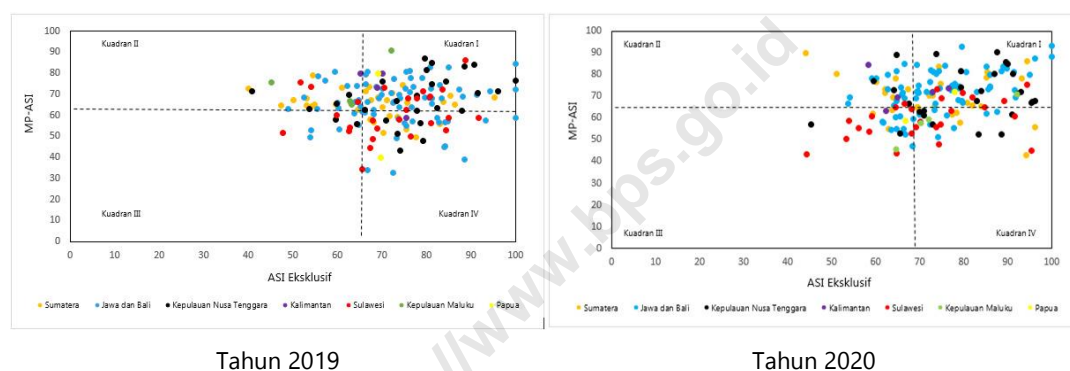
Ketepatan pemberian ASI eksklusif disertai dengan keberlanjutan pemberian ASI dengan makanan pendamping merupakan hal yang harus diupayakan bersama untuk dapat mengoptimalkan nutrisi baduta pada 1.000 HPK. Analisis korelasi pada 173 kabupaten/kota di Indonesia menunjukkan bahwa persentase bayi usia kurang dari 6 (enam) bulan yang mendapatkan ASI eksklusif dan persentase bayi usia 6-23 bulan yang mendapatkan MP-ASI pada tahun 2020 memiliki hubungan yang positif (koefisien korelasi = 0,25). Walaupun hubungan kedua indikator tersebut tidak begitu kuat, namun uji signifikansi menunjukkan hasil yang signifikan ($p < 0,01$). Hasil tersebut merupakan hal yang baik karena menunjukkan bahwa peningkatan persentase indikator ASI eksklusif sejalan dengan peningkatan persentase indikator MP-ASI. Peningkatan yang sejalan ini diharapkan dapat semakin kuat kedepannya sehingga secara optimal mampu mengatasi permasalahan malnutrisi pada anak di Indonesia. Dalam penelitiannya, Dewey (2016) menyebutkan bahwa praktik pemberian ASI dan makanan tambahan yang tepat merupakan upaya yang paling penting dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan pada baduta.

Gambar 5.7 menunjukkan sebaran kabupaten/kota menurut indikator ASI eksklusif dan MP-ASI pada tahun 2019 dan 2020 yang terbagi menjadi empat bagian menurut posisi 173 kabupaten/kota berdasarkan persentase nasional. Pada tahun 2020, jumlah kabupaten/kota dengan persentase indikator ASI eksklusif dan indikator MP-ASI yang berada di atas angka

nasional (Kuadran I) cukup tinggi, sebesar 42,8 persen dari total 173 kabupaten/kota. Jumlah kabupaten/kota dengan salah satu dari persentase ASI eksklusif atau MP-ASI di bawah angka nasional (Kuadran II dan IV) sebesar 38,7 persen. Sementara itu, jumlah kabupaten/kota dengan nilai persentase indikator ASI eksklusif dan MP-ASI di bawah persentase nasional (Kuadran III) juga masih sebesar 18,5 persen. Hal yang cukup menarik adalah walaupun kedua indikator tersebut menunjukkan peningkatan pada periode 2019-2020, namun jumlah kabupaten/kota dengan persentase indikator ASI eksklusif dan indikator MP-ASI yang berada di atas persentase nasional (Kuadran I) mengalami sedikit penurunan. Sebaliknya, jumlah kabupaten/kota yang berada di bawah persentase nasional (Kuadran III) meningkat (dari 15 kabupaten/kota menjadi 32 kabupaten/kota).

Gambar 5.7

Sebaran Indikator ASI Eksklusif dan MP-ASI pada 173 Kabupaten/Kota di Indonesia, 2019-2020



Jika dilihat menurut wilayah di Indonesia pada tahun 2019-2020, kabupaten/kota dengan persentase indikator ASI eksklusif dan MP-ASI di atas persentase nasional terbanyak ada di Pulau Jawa dan Bali. Sementara itu dari 173 kabupaten/kota pada tahun 2020, yang memiliki persentase ASI eksklusif dan MP-ASI di bawah persentase nasional terbanyak terdapat di Pulau Sulawesi. Dalam upaya meningkatkan praktik pemberian makanan pada anak di Indonesia, beberapa penelitian di wilayah Indonesia mencatat bahwa intervensi dengan memberikan pendidikan kepada ibu mengenai nutrisi terbukti mampu meningkatkan praktik pemberian makanan yang ideal (Fahmida et al., 2015) serta dapat menekan kejadian *stunting* pada kelompok intervensi (Effendy, Prangthip, Soonthornworasiri, Winichagoon, & Kwanbunjan, 2020).

• **Analisis Korelasi IKPS Tahun 2020 dengan Fasilitas Kesehatan dan Pendidikan**

Dalam *framework stunting* yang disusun WHO, terdapat faktor komunitas dan sosial yang secara tidak langsung memengaruhi *stunting*, antara lain aspek kesehatan dan pendidikan. Aspek kesehatan yang dimaksud adalah akses ke pelayanan kesehatan, penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas, ketersediaan pasokan, infrastruktur, sistem, dan kebijakan terkait layanan kesehatan (Beal et al., 2018). Selanjutnya, dalam faktor terkait

kesehatan dan pelayanan kesehatan, penelitian di Ethiopia menunjukkan bahwa akses ke pelayanan kesehatan berhubungan dengan *stunting*. Dalam beberapa penelitian disebutkan bahwa akses ke pelayanan kesehatan memengaruhi *stunting* pada anak (Schott et al. 2013 dan Wirth et al., 2016).

Berdasarkan Statistik Potensi Desa tahun 2014 dan 2018, terjadi peningkatan jumlah desa/kelurahan yang memiliki fasilitas kesehatan (Lampiran 9). Beberapa jenis fasilitas kesehatan yang dimaksud seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik/balai pengobatan, dan juga tempat praktik dokter. Jumlah desa/kelurahan yang memiliki rumah sakit juga meningkat dari 2.006 desa/kelurahan menjadi 2.319 desa/kelurahan. Untuk keberadaan fasilitas puskesmas meningkat dari 9.908 desa/kelurahan menjadi 10.820 desa/kelurahan.

Selanjutnya, untuk mengetahui adanya keterkaitan antara IKPS dengan fasilitas kesehatan dilakukan uji korelasi. Hasil uji korelasi antara nilai IKPS 2020 dengan jumlah rumah sakit menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara keduanya dengan nilai korelasi 0,2. Hubungan yang memiliki arah positif menunjukkan bahwa semakin tinggi jumlah rumah sakit semakin tinggi juga nilai IKPS. Selanjutnya, hasil uji korelasi antara nilai IKPS tahun 2020 dengan jumlah puskesmas/polindes/poskesdes juga menunjukkan hubungan yang searah dan signifikan dengan nilai 0,2 yang artinya semakin tinggi jumlah puskesmas/polindes/poskesdes juga meningkatkan nilai IKPS.

Selain aspek kesehatan, akses terhadap pendidikan mencakup keberadaan guru yang berkualitas, pendidik kesehatan yang berkualitas, serta infrastruktur pendidikan seperti sekolah dan lembaga-lembaga pelatihan. Hal ini juga sejalan dengan *framework* yang dikembangkan oleh WHO, UNICEF, dan *World Bank* terkait pengasuhan dan perawatan anak yang menyatakan bahwa pembentukan otak anak sudah dimulai sejak didalam kandungan. Oleh karena itu, pendidikan sejak dini adalah komponen penting untuk pembentukan otak dan karakter anak.

Ketersediaan fasilitas PAUD menjadi hal yang penting dalam rangka meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak. Statistik menunjukkan, terjadi peningkatan banyaknya desa/kelurahan yang mempunyai Pos PAUD dari 47.054 desa/kelurahan tahun 2014 menjadi 60.410 desa/kelurahan tahun 2018 (BPS, 2014b dan BPS, 2018b). Hasil uji korelasi menghasilkan nilai sebesar 0,1; semakin banyak jumlah PAUD, semakin tinggi nilai IKPS. Penyediaan layanan PAUD merupakan komponen penting dalam upaya penanganan dan penurunan *stunting*, terutama pada program PAUD berbasis holistik integratif. PAUD Holistik Integratif adalah penanganan anak usia dini secara utuh dan menyeluruh yang mencakup berbagai layanan terpadu terkait gizi dan kesehatan, pendidikan dan pengasuhan, dan perlindungan oleh pemerintah pusat, daerah, dan pemangku kepentingan di tingkat masyarakat (PP No. 60 Tahun 2013). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Rohmadeny (2018) yang menyimpulkan bahwa optimalisasi layanan PAUD Holistik Integratif dapat berkontribusi terhadap upaya penurunan *stunting* di Indonesia.

BAB 6 PENUTUP

Indeks Khusus Penanganan *Stunting* (IKPS) disusun sebagai instrumen bagi pemerintah dalam memantau perkembangan penanganan *stunting* di Indonesia. IKPS 2019-2020 disusun menggunakan metode yang sama dengan penyusunan IKPS 2018-2019. IKPS disusun dari 12 indikator yang dikelompokkan dalam 6 (enam) dimensi. Enam dimensi penyusun IKPS adalah dimensi kesehatan, gizi, perumahan, pangan, pendidikan, dan perlindungan sosial. Seluruh dimensi memiliki penimbang yang sama dan dihitung menggunakan metode rata-rata aritmatika.

Dalam 2 (dua) tahun terakhir, terjadi peningkatan IKPS dari 66,1 pada tahun 2019 menjadi 67,3 pada tahun 2020. Hal yang perlu diperhatikan adalah IKPS dihitung menggunakan data Susenas Maret pada tahun yang bersesuaian. Dengan demikian IKPS 2020 dihitung menggunakan data Susenas Maret 2020 yang dikumpulkan sebelum berlakunya PSBB terkait pandemi COVID-19 di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmita, A. C., Suni, N. S. P., & Choirunisa, S. (2017). Level and Trends of Modern Contraceptive Use According to Wealth Index and Education Levels in Indonesia: Analysis of Indonesia Demographic Health Survey (IDHS) 2007 and 2012. The Impact of Social Support, Stress, Domestic violence, Depression, and Health Literacy on Quality of Life among Pregnant Teenagers, 216.
- Aguayo, V. & Menon, P. (2016). Stop *Stunting*: improving child feeding, women's nutrition, and household sanitation in South Asia. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 3-11. doi:10.1111/mcn.12283.
- Aguayo, V. M. , Nair, R. , Badgaiyan, N. , & Krishna, V. (2016). Determinants of stunting and poor linear growth in children under 2 years of age in India: an in - depth analysis of Maharashtra's comprehensive nutrition survey. *Maternal & Child Nutrition*, 12: 121–140. doi: 10.1111/mcn.12259.
- Ahmad, A., Madanijah, S., Dwiriani, C. M., & Kolopaking, R. (2018). Complementary feeding practices and nutritional status of children 6-23 months old: Formative study in Aceh, Indonesia. *Nutrition Research and Practice*, 12(6), 512–520. <https://doi.org/10.4162/nrp.2018.12.6.512>
- Badan Pusat Statistik. (2014a). Indeks Pembangunan Manusia 2013. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- _____. (2014b). Statistik Potensi Desa 2014. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- _____. (2018a). *Indeks Khusus Penanganan Stunting Tahun 2017*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- _____. (2018b). Statistik Potensi Desa 2018. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- _____. (2020a). Relatif Standard Error (RSE). Diakses dari <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/1333>.
- _____. (2020b). Indikator Perumahan dan Kesehatan Lingkungan 2020. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- _____. (2021a). Indeks Pembangunan Manusia. Diakses dari <https://www.bps.go.id/subject/26/indeks-pembangunan-manusia.html#subjekViewTab1>

_____. (2021b) Kemiskinan dan Ketimpangan. Diakses dari <https://www.bps.go.id/subject/23/kemiskinan-dan-ketimpangan.html#subjekViewTab3>

Bank Dunia. (2018). International Bank for Renconstruction and Development Program Appraisal Document on a Proposed IBRD Loan in the Amount of \$400 Million and A Proposed Grant from The Multidonor Trust Fund for The Global Financing Facility (GFF) in the Amount of \$20 Million to the Republic Indonesia for Investing in Nutrition and Early Years.

Beal, T., Tumilowicz, A., Sutrisna, A., Izwardy, D., & Neufeld, L. M. (2018). A review of child stunting determinants in Indonesia. *Maternal & child nutrition*, 14(4), e12617.

Blinder, R., Biller, O., Even, A., Sofer, O., Tractinsky, N., Lanir, J., & Bak, P. (2019, September). Comparative evaluation of node-link and sankey diagrams for the cyber security domain. *In IFIP Conference on Human-Computer Interaction* (pp. 497-518). Springer, Cham.

Campos, A. P., Vilar-Compte, M., & Hawkins, S. S. (2020). Association Between Breastfeeding and Child Stunting in Mexico. *Annals of Global Health*, 86(1).

Chandrasekhar, S., Aguayo, V. M., Krishna, V., & Nair, R. (2017). Household food insecurity and children's dietary diversity and nutrition in India. Evidence from the comprehensive nutrition survey in Maharashtra. *Maternal & child nutrition*, 13, e12447.

Dewey, K. G. (2016). Reducing *stunting* by improving maternal, infant and young child nutrition in regions such as South Asia: Evidence, challenges and opportunities. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 27–38. <https://doi.org/10.1111/mcn.12282>

Dhami, M. V., Ogbo, F. A., Osuagwu, U. L., & Agho, K. E. (2019). Prevalence and factors associated with complementary feeding practices among children aged 6–23 months in India: a regional analysis. *BMC public health*, 19(1), 1-16.

Effendy, D. S., Prangthip, P., Soonthornworasiri, N., Winichagoon, P., & Kwanbunjan, K. (2020). Nutrition education in Southeast Sulawesi Province, Indonesia: A cluster randomized controlled study. *Maternal and Child Nutrition*, 16(4), 1–14. <https://doi.org/10.1111/mcn.13030>

Fahmida, U., Kolopaking, R., Santika, O., Sriani, S., Umar, J., Htet, M. K., & Ferguson, E. (2015). Effectiveness in improving knowledge, practices, and intakes of “key problem nutrients” of a complementary feeding intervention developed by using linear programming: Experience in Lombok, Indonesia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 101(3), 455–461. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.087775>

- Flood, D., Petersen, A., Martinez, B., Chary, A., Austad, K., & Rohloff, P. (2019). Associations between contraception and stunting in Guatemala: secondary analysis of the 2014–2015 Demographic and Health Survey. *BMJ paediatrics open*, 3(1).
- Hukum, K. (2013). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 60 Tahun 2013 Tentang Pengembangan Anak Usia Dini Holistik-Integratif.
- Horta, B. L., Loret De Mola, C., & Victora, C. G. (2015). Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 104, 14–19.
- Karima, U. Q., Herbawani, C. K., Puspita, I. D., Pristya, T. Y., & Choirunisa, S. (2020, November). Determinants of Exclusive Breastfeeding Practice in Indonesia: Analysis of Demographic and Health Surveys Program (DHS) 2017. In International Conference of Health Development. Covid-19 and the Role of Healthcare Workers in the Industrial Era (ICHD 2020) (pp. 339-346). Atlantis Press.
- Kosfeld, R. (2006). *Spatial Econometrics*. Kassel: University of Kassel.
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Ibad, M., & Kusriani, I. (2021). The effects of mother's education on achieving exclusive breastfeeding in Indonesia. *BMC Public Health*, 21(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10018-7>
- Lestari, E.D., Hasanah, F., Nugroho, N.A. (2018) Correlation between non-exclusive breast feeding and low birth weight to *stunting* in children. *Paediatrica Indonesiana*, 58 (3), 123-127. doi:10.14238/pi58.3.2018.123-7.
- Nisa, J., Salimo, H., & Budihastuti, U. R. (2017). The Effect of Socio-Demographic and Obstetric Factors on Early Initiation of Breastfeeding in Tegal District, Central Java. *Journal of Maternal and Child Health*, 2(2), 89-99.
- O'brien, R.M. (2007). A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors. *Qual Quant*, 41, 673–690. <https://doi.org/10.1007/s11135-006-9018-6>
- Paramashanti, B. A., Paratmanitya, Y., & Marsiswati, M. (2017). Individual dietary diversity is strongly associated with stunting in infants and young children. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 14(1), 19-26.
- Pfeiffer, D. et al. (2008). *Spatial Analysis in Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Phiri, T. (2014). "Review of Maternal Effects on Early Childhood *Stunting*." Grand Challenges Canada Economic Returns to Mitigating Early Life Risks Project Working Paper Series, 2014-18. https://repository.upenn.edu/gcc_economic_returns/18.
- Rachmi, C.N., Agho, K.E., Li, M., & Baur, L.A. (2016). Stunting, Underweight and Overweight in Children Aged 2.0–4.9 Years in Indonesia: Prevalence Trends and Associated Risk Factors. *PLoS ONE* 11(5):e0154756. doi:10.1371/journal.pone.0154756

- Rohmadheny, P. S. (2018). Keterlibatan Pendidikan Anak Usia Dini terhadap Fenomena Stunting di Indonesia. *Golden Age: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 2(1).
- Saputri, N. S., Spagnoletti, B. R. M., Morgan, A., Wilopo, S. A., Singh, A., McPake, B., ... Lee, J. T. (2020). Progress towards reducing sociodemographic disparities in breastfeeding outcomes in Indonesia: A trend analysis from 2002 to 2017. *BMC Public Health*, 20(1), 1–15.
- Schott, W. B., Crookston, B. T., Lundeen, E. A., Stein, A. D., & Behrman, J. R. (2013). Periods of child growth up to age 8 years in Ethiopia, India, Peru and Vietnam: key distal household and community factors. *Social Science & Medicine*, 97, 278–287.
- Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia dan Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan. (2019). *Strategi Nasional Percepatan Anak Kerdil (Stunting) Periode 2018-2024*. Jakarta: Sekretariat Wakil Presiden Republik Indonesia.
- Semba, R. D., de Pee, S., Berger, S. G., Martini, E., Ricks, M. O., & Bloem, M. W. (2007, January). Malnutrition and Infectious Disease Morbidity Among Children Missed by The Childhood Immunization Program in Indonesia. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 38(1).
- Simelane, M.S., Shongwe, M.C., Vermaak, K., Zwane, E. (2020). Determinants of Households' Access to Improved Drinking Water Sources: A Secondary Analysis of Eswatini 2010 and 2014 Multiple Indicator Cluster Surveys. *Advances in Public Health*, 2020, Article ID 6758513, 9 pages, Diakses dari <https://doi.org/10.1155/2020/6758513>
- Titaley, C.R., Ariawan, I., Hapsari, D., Muasyaroh, A., & Dibley, M.J. (2019). Determinants of the Stunting of Children Under Two Years Old in Indonesia: A Multilevel Analysis of the 2013 Indonesia Basic Health Survey. *Nutrients*, 11(5), 1106. doi: 10.3390/nu11051106.
- UNICEF. (2015). UNICEF's Approach to Scaling Up Nutrition for Mothers and Their Children. Discussion paper. New York: Program Division UNICEF.
- United Nations Development Programme (UNDP). (1996). Human Development Report 1996. New York: Oxford University Press.
- WHO. (2010). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: part 1: definition.
- _____. (2014). *Global Nutrition Targets 2025: Stunting Policy Brief*.
- _____. (2020). Infant and young child feeding. Diakses pada 6 Juni 2021 dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Wirth, J.P., Rohner, F., Petry, N., Onyango, A.W., Matji, J., Bailes, A., ... & Woodruff, B.A. (2017). Assessment of the WHO Stunting Framework using Ethiopia as a case study. *Maternal & child nutrition*, 13(2), e12310.

World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization.

World Bank. (2018). *International Bank for Reconstruction and Development Program Appraisal Document on a Proposed IBRD Loan in the Amount of \$400 Million and A Proposed Grant from The Multidonor Trust Fund for The Global Financing Facility (GFF) in the Amount of \$20 Million.*

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

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

Lampiran 1
IKPS Menurut Provinsi, 2019-2020

Provinsi	2019	2020
(1)	(2)	(3)
Aceh	62,0	62,3
Sumatera Utara	58,6	58,9
Sumatera Barat	64,0	65,3
R i a u	60,0	61,8
J a m b i	61,0	61,9
Sumatera Selatan	60,2	61,7
Bengkulu	60,4	62,6
Lampung	64,3	65,0
Kep. Bangka Belitung	60,7	62,8
Kep. Riau	62,8	62,8
DKI Jakarta	70,6	70,2
Jawa Barat	66,2	68,6
Jawa Tengah	71,2	72,9
DI Yogyakarta	79,9	79,3
Jawa Timur	70,7	71,3
Banten	64,3	65,4
B a l i	69,7	69,1
Nusa Tenggara Barat	73,0	73,7
Nusa Tenggara Timur	64,8	65,8
Kalimantan Barat	56,5	57,7
Kalimantan Tengah	58,2	59,0
Kalimantan Selatan	66,8	68,7
Kalimantan Timur	64,9	65,2
Kalimantan Utara	64,0	65,0
Sulawesi Utara	64,8	65,6
Sulawesi Tengah	63,8	64,5
Sulawesi Selatan	66,2	66,3
Sulawesi Tenggara	61,7	62,1
Gorontalo	69,5	68,0
Sulawesi Barat	66,0	65,0
Maluku	50,9	51,3
Maluku Utara	53,4	53,4
Papua Barat	56,5	54,3
Papua	41,7	43,3
Indonesia	66,1	67,3

Lampiran 2

IKPS Menurut Kabupaten/Kota dengan RSE < 25 Persen dan Prioritas *Stunting*, 2019-2020

Kabupaten/Kota	2019	2020	Prioritas <i>Stunting</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
1114. Kab. Aceh Tamiang	61,9	63,2	✓
1205. Kab. Tapanuli Utara	56,7	56,4	✓
1208. Kab. Asahan	53,7	59,3	✓
1215. Kab. Humbang Hasundutan	55,7	61,4	✓
1219. Kab. Batu Bara	57,3	57,7	✓
1271. Kota Sibolga	59,6	62,2	
1303. Kab. Solok	59,1	63,1	✓
1308. Kab. Lima Puluh Kota	59,2	58,9	✓
1371. Kota Padang	63,6	62,2	✓
1374. Kota Padang Panjang	64,4	68,8	
1471. Kota Pekanbaru	58,9	60,1	✓
1473. Kota Dumai	58,3	57,7	
1601. Kab. Ogan Komering Ulu	60,6	59,5	✓
1602. Kab. Ogan Komering Ilir	52,3	58,5	✓
1603. Kab. Muara Enim	54,0	57,2	✓
1609. Kab. Ogan Komering Ulu Timur	62,6	60,3	✓
1702. Kab. Rejang Lebong	54,2	55,3	
1704. Kab. Kaur	57,1	62,2	✓
1705. Kab. Seluma	53,0	59,5	✓
1706. Kab. Mukomuko	59,0	62,3	
1707. Kab. Lebong	50,4	55,1	
1802. Kab. Tanggamus	55,1	63,1	✓
1803. Kab. Lampung Selatan	62,0	60,3	✓
1804. Kab. Lampung Timur	62,2	68,7	✓
1805. Kab. Lampung Tengah	61,7	59,8	✓
1806. Kab. Lampung Utara	56,6	65,4	✓
1807. Kab. Way Kanan	58,5	57,3	✓
1808. Kab. Tulangbawang	57,7	60,9	✓
1810. Kab. Pringsewu	69,1	63,5	✓
1813. Kab. Pesisir Barat	55,5	53,2	
1871. Kota Bandar Lampung	62,5	63,9	✓
1872. Kota Metro	70,2	72,3	
2102. Kab. Bintan	58,1	59,5	
3171. Kota Jakarta Selatan	65,7	63,6	✓
3174. Kota Jakarta Barat	66,5	63,3	✓
3175. Kota Jakarta Utara	64,4	63,5	✓
3201. Kab. Bogor	54,3	58,2	✓
3203. Kab. Cianjur	55,8	59,5	✓

Catatan:

✓ : Kabupaten/Kota Prioritas *Stunting* Tahun 2021

Lampiran 2 (Lanjutan)

Kabupaten/Kota	2019	2020	Prioritas <i>Stunting</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
3204. Kab. Bandung	66,3	65,4	✓
3205. Kab. Garut	56,3	59,1	✓
3206. Kab. Tasikmalaya	60,1	61,5	✓
3207. Kab. Ciamis	66,3	66,6	✓
3208. Kab. Kuningan	69,5	70,0	✓
3209. Kab. Cirebon	60,6	66,9	✓
3210. Kab. Majalengka	65,3	69,2	✓
3211. Kab. Sumedang	66,5	70,2	✓
3212. Kab. Indramayu	64,4	61,2	✓
3213. Kab. Subang	59,7	62,0	✓
3217. Kab. Bandung Barat	61,8	66,0	✓
3218. Kab. Pangandaran	60,5	60,5	
3271. Kota Bogor	63,9	63,0	✓
3273. Kota Bandung	63,7	66,0	✓
3275. Kota Bekasi	62,2	64,7	✓
3276. Kota Depok	64,6	69,9	✓
3277. Kota Cimahi	68,7	64,9	✓
3301. Kab. Cilacap	65,7	71,2	✓
3302. Kab. Banyumas	69,8	70,7	✓
3303. Kab. Purbalingga	71,9	72,5	✓
3304. Kab. Banjarnegara	66,5	69,0	✓
3306. Kab. Purworejo	71,6	75,7	✓
3308. Kab. Magelang	72,2	75,6	✓
3310. Kab. Klaten	74,7	74,3	✓
3311. Kab. Sukoharjo	67,6	69,5	✓
3312. Kab. Wonogiri	70,4	68,4	✓
3313. Kab. Karanganyar	68,7	72,8	✓
3314. Kab. Sragen	70,5	72,4	✓
3315. Kab. Grobogan	66,3	68,8	✓
3316. Kab. Blora	69,3	71,7	✓
3318. Kab. Pati	71,3	74,9	✓
3319. Kab. Kudus	66,9	67,7	✓
3320. Kab. Jepara	70,8	64,7	✓
3321. Kab. Demak	68,8	69,1	✓
3322. Kab. Semarang	70,9	70,8	✓
3323. Kab. Temanggung	67,9	78,7	✓
3324. Kab. Kendal	71,1	69,2	✓
3325. Kab. Batang	68,7	66,7	✓
3326. Kab. Pekalongan	68,0	72,9	✓
3327. Kab. Pemaslang	67,0	67,3	✓
3328. Kab. Tegal	70,5	72,7	✓
3329. Kab. Brebes	66,3	66,9	✓

Catatan:

✓ : Kabupaten/Kota Prioritas *Stunting* Tahun 2021

Lampiran 2 (Lanjutan)

Kabupaten/Kota	2019	2020	Prioritas <i>Stunting</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
3371. Kota Magelang	73,2	77,2	
3401. Kab. Kulon Progo	85,5	83,8	✓
3402. Kab. Bantul	80,1	79,3	✓
3403. Kab. Gunung Kidul	76,8	83,3	✓
3505. Kab. Blitar	69,4	67,4	✓
3506. Kab. Kediri	68,3	72,8	✓
3507. Kab. Malang	70,3	66,3	✓
3508. Kab. Lumajang	64,4	66,5	✓
3509. Kab. Jember	64,1	66,0	✓
3511. Kab. Bondowoso	63,2	69,4	✓
3513. Kab. Probolinggo	61,8	66,3	✓
3514. Kab. Pasuruan	63,4	64,6	✓
3515. Kab. Sidoarjo	71,7	68,0	✓
3516. Kab. Mojokerto	68,7	72,4	✓
3517. Kab. Jombang	72,4	73,4	✓
3518. Kab. Nganjuk	70,3	72,5	✓
3520. Kab. Magetan	71,0	73,5	✓
3521. Kab. Ngawi	72,4	70,5	✓
3522. Kab. Bojonegoro	76,2	74,3	✓
3523. Kab. Tuban	72,0	72,1	✓
3524. Kab. Lamongan	73,9	78,1	✓
3525. Kab. Gresik	73,1	76,5	✓
3573. Kota Malang	71,7	72,2	✓
3578. Kota Surabaya	65,3	68,3	✓
3601. Kab. Pandeglang	51,9	53,4	✓
3603. Kab. Tangerang	58,9	59,4	✓
5104. Kab. Gianyar	77,5	68,3	✓
5107. Kab. Karang Asem	62,4	63,4	
5201. Kab. Lombok Barat	70,4	75,2	✓
5202. Kab. Lombok Tengah	66,1	64,5	✓
5203. Kab. Lombok Timur	68,6	68,1	✓
5204. Kab. Sumbawa	73,0	72,3	✓
5205. Kab. Dompu	65,5	66,7	✓
5206. Kab. Bima	60,9	65,6	✓
5207. Kab. Sumbawa Barat	69,8	73,3	✓
5208. Kab. Lombok Utara	68,2	71,6	✓
5271. Kota Mataram	72,8	75,5	✓
5301. Kab. Sumba Barat	61,4	69,9	✓
5302. Kab. Sumba Timur	61,3	65,3	✓
5303. Kab. Kupang	62,9	62,0	✓
5304. Kab. Timor Tengah Selatan	52,7	56,0	✓

Catatan:

✓ : Kabupaten/Kota Prioritas *Stunting* Tahun 2021

Lampiran 2 (Lanjutan)

Kabupaten/Kota	2019	2020	Prioritas <i>Stunting</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
5305. Kab. Timor Tengah Utara	73,3	62,4	✓
5306. Kab. Belu	62,3	65,3	✓
5307. Kab. Alor	64,2	67,6	✓
5308. Kab. Lembata	66,6	73,2	✓
5309. Kab. Flores Timur	69,5	71,8	✓
5310. Kab. Sikka	75,0	67,6	✓
5312. Kab. Ngada	66,7	69,9	✓
5313. Kab. Manggarai	69,8	66,2	✓
5314. Kab. Rote Ndao	61,0	64,9	✓
5316. Kab. Sumba Tengah	64,3	68,6	✓
5317. Kab. Sumba Barat Daya	47,2	49,7	✓
5318. Kab. Nagekeo	65,3	66,7	✓
5319. Kab. Manggarai Timur	56,6	57,6	✓
5320. Kab. Sabu Raijua	60,0	68,8	✓
5371. Kota Kupang	62,4	63,8	
6101. Kab. Sumbas	62,3	62,1	✓
6304. Kab. Barito Kuala	59,4	58,9	✓
6306. Kab. Hulu Sungai Selatan	64,8	69,9	
6307. Kab. Hulu Sungai Tengah	68,1	67,9	
6474. Kota Bontang	71,4	75,1	
7103. Kab. Kepulauan Sangihe	61,8	65,7	
7107. Kab. Bolaang Mongondow Utara	59,9	65,5	✓
7202. Kab. Banggai	61,2	59,3	✓
7206. Kab. Toli-Toli	58,2	57,7	
7208. Kab. Parigi Moutong	58,8	59,8	✓
7209. Kab. Tojo Una-Una	64,5	66,8	
7210. Kab. Sigi	57,0	56,3	✓
7304. Kab. Jeneponto	63,9	65,5	✓
7305. Kab. Takalar	60,8	69,6	✓
7306. Kab. Gowa	59,3	66,9	✓
7307. Kab. Sinjai	66,6	64,7	✓
7308. Kab. Maros	62,2	63,0	✓
7311. Kab. Bone	61,9	65,7	✓
7315. Kab. Pinrang	65,4	62,9	✓
7316. Kab. Enrekang	64,0	64,8	✓
7317. Kab. Luwu	60,5	60,5	✓
7322. Kab. Luwu Utara	65,8	65,1	✓
7325. Kab. Luwu Timur	66,4	60,5	
7326. Kab. Toraja Utara	60,5	58,1	✓
7372. Kota Parepare	67,3	63,0	
7403. Kab. Konawe	59,9	57,4	

Catatan:

✓ : Kabupaten/Kota Prioritas *Stunting* Tahun 2021

Lampiran 2 (Lanjutan)

Kabupaten/Kota	2019	2020	Prioritas <i>Stunting</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
7404. Kab. Kolaka	55,3	57,0	✓
7406. Kab. Bombana	59,0	60,9	
7410. Kab. Konawe Utara	54,9	53,9	
7601. Kab. Majene	69,7	71,0	✓
7602. Kab. Polewali Mandar	65,8	64,0	✓
8102. Kab. Maluku Tenggara	69,6	68,4	✓
8106. Kab. Seram Bagian Barat	49,0	48,5	✓
8108. Kab. Maluku Barat Daya	59,6	61,2	✓
8272. Kota Tidore Kepulauan	66,7	66,4	
9107. Kab. Sorong	65,5	60,4	✓
9171. Kota Sorong	52,9	56,6	✓

Catatan:

✓ : Kabupaten/Kota Prioritas *Stunting* Tahun 2021

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

Lampiran 3
Daftar Provinsi Menurut Kelompok Hasil Analisis *Cluster*, 2020

<i>Cluster 1</i>	<i>Cluster 2</i>	<i>Cluster 3</i>	<i>Cluster 4</i>	<i>Cluster 5</i>	<i>Cluster 6</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Aceh	1. Papua	1. Sumatera Utara	1. Maluku	1. Jawa Tengah	1. Riau
2. Sumatera Barat		2. Kep. Bangka Belitung	2. Maluku Utara	2. DI Yogyakarta	2. Jambi
3. Jawa Barat		3. Kep. Riau		3. Jawa Timur	3. Sumatera Selatan
4. Nusa Tenggara Timur		4. DKI Jakarta		4. Nusa Tenggara Barat	4. Bengkulu
5. Sulawesi Barat		5. Banten			5. Lampung
		6. Bali			6. Kalimantan Barat
		7. Kalimantan Selatan			7. Kalimantan Tengah
		8. Kalimantan Timur			8. Kalimantan Utara
		9. Sulawesi Utara			9. Papua Barat
		10. Sulawesi Tengah			
		11. Sulawesi Selatan			
		12. Sulawesi Tenggara			
		13. Gorontalo			

Lampiran 4

Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup (ALH) dalam Dua Tahun Terakhir dan Anak Lahir Hidup yang Terakhir Dilahirkan Dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) Kurang dari Satu Jam Setelah Dilahirkan Menurut Karakteristik, 2019-2020

Karakteristik	2019	2020
(1)	(2)	(3)
Indonesia	60,7	63,1
Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu		
Tidak/Belum Pernah Sekolah dan Tidak Tamat SD/Sederajat	52,1	53,1
SD/Sederajat	57,9	61,4
SMP/Sederajat	61,7	63,2
SMA/Sederajat	61,2	63,1
Perguruan Tinggi	64,8	67,9

Sumber: BPS, Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2020

Lampiran 5

Persentase Anak Umur 6-23 Bulan yang Menerima Minimal 4 (Empat) Kelompok Makanan dalam 24 Jam Terakhir Menurut Karakteristik, 2020

Karakteristik	2020
(1)	(2)
Indonesia	69,9
Kuintil Pengeluaran	
Kuintil 1	61,2
Kuintil 2	66,8
Kuintil 3	72,1
Kuintil 4	75,7
Kuintil 5	79,1

Sumber: BPS, Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2020

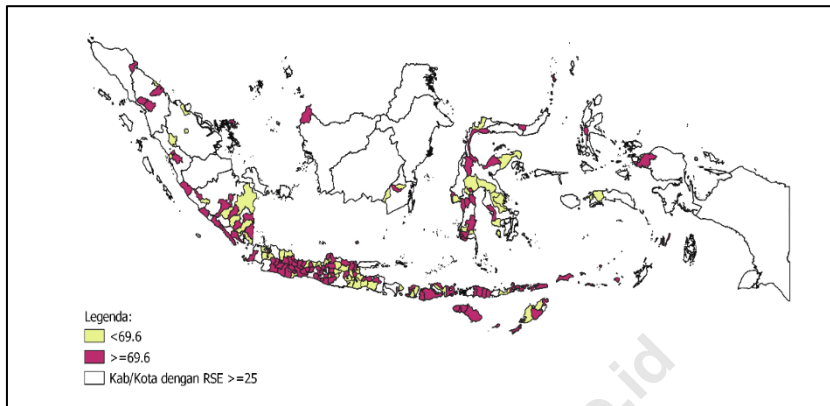
Lampiran 6
Persentase Pasangan Usia Subur (PUS) Umur 15-49 Tahun yang Sedang Menggunakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) untuk Menunda atau Mencegah Kehamilan Menurut Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu, 2019-2020

Karakteristik (1)	2019 (2)	2020 (3)
Indonesia	12,0	12,2
Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu		
Tidak/Belum Pernah Sekolah dan Tidak Tamat SD/Sederajat	10,5	10,6
SD/Sederajat	10,8	10,8
SMP/Sederajat	10,8	11,3
SMA/Sederajat	12,5	12,6
Perguruan Tinggi	17,2	17,0

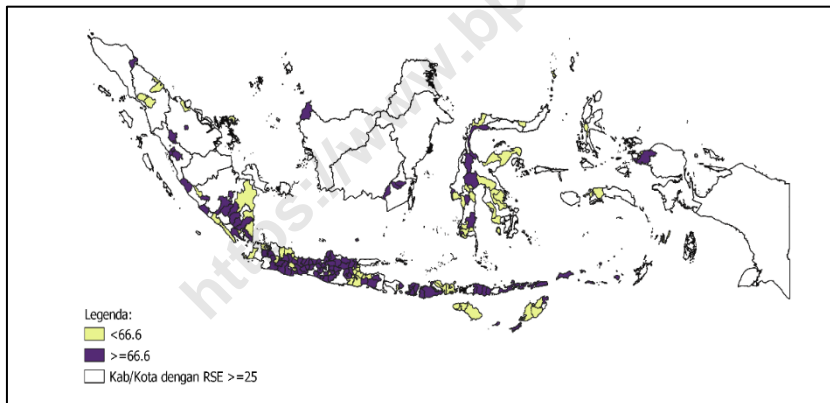
Sumber: BPS, Profil Kesehatan Ibu dan Anak 2020

Lampiran 7
Peta Tematik Indikator Penyusun IKPS, 2020

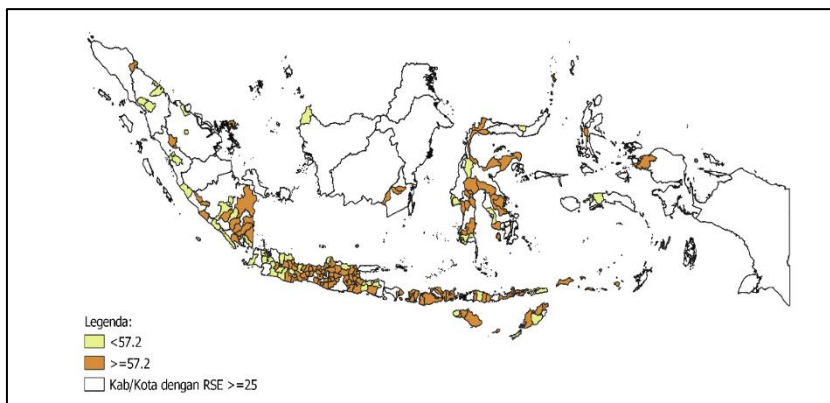
Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan yang Mendapatkan ASI Eksklusif, 2020



Persentase Bayi Usia 6-23 Bulan yang Mendapatkan Makanan Pendamping ASI, 2020

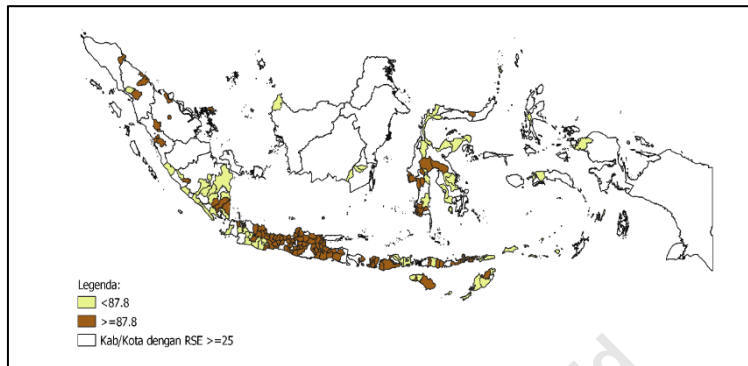


Persentase Anak Usia 12-23 Bulan yang Menerima Imunisasi Dasar Lengkap, 2020

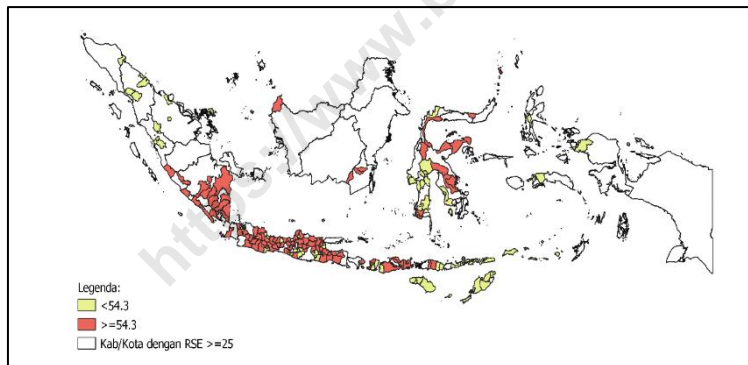


Lampiran 7 (Lanjutan)

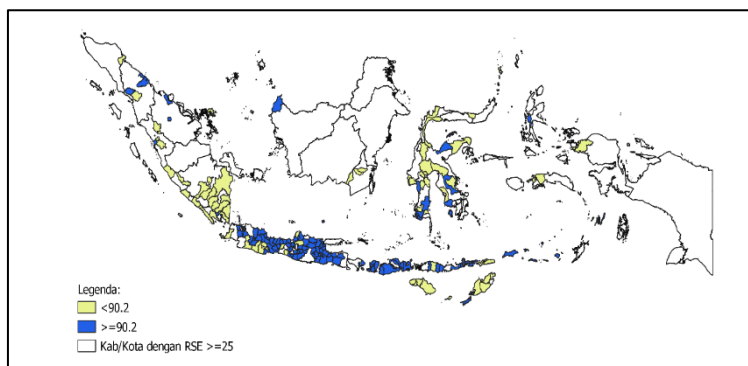
Persentase Wanita Pernah Kawin (WPK) Usia 15-49 Tahun yang Proses Melahirkan Terakhirnya Ditolong oleh Tenaga Kesehatan Terlatih di Fasilitas Kesehatan, 2020



Proporsi Perempuan Usia Reproduksi (15-49 tahun) atau Pasangannya yang Aktif Secara Seksual dan Ingin Menunda untuk Memiliki Anak atau Tidak Ingin Menambah Anak Lagi dan Menggunakan Alat Kontrasepsi Metode Modern, 2020

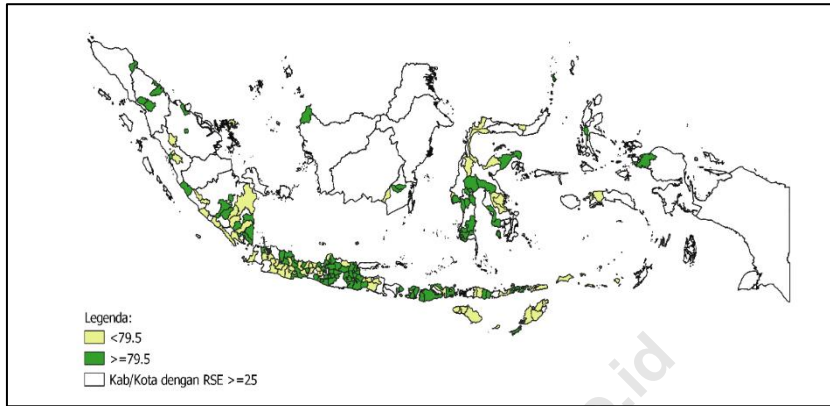


Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Layanan Sumber Air Minum Layak, 2020

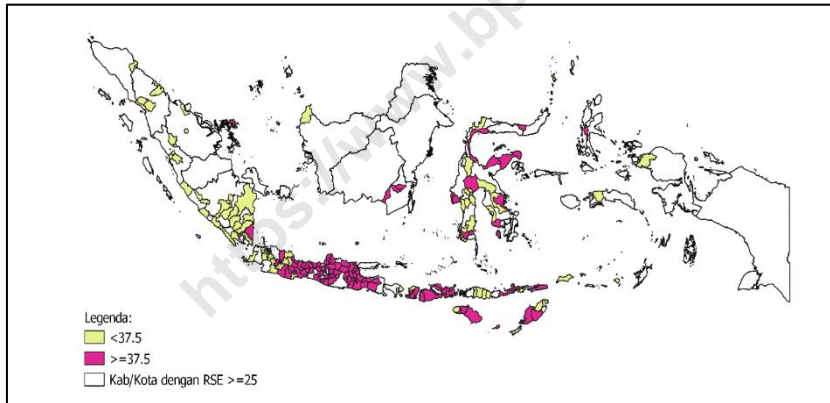


Lampiran 7 (Lanjutan)

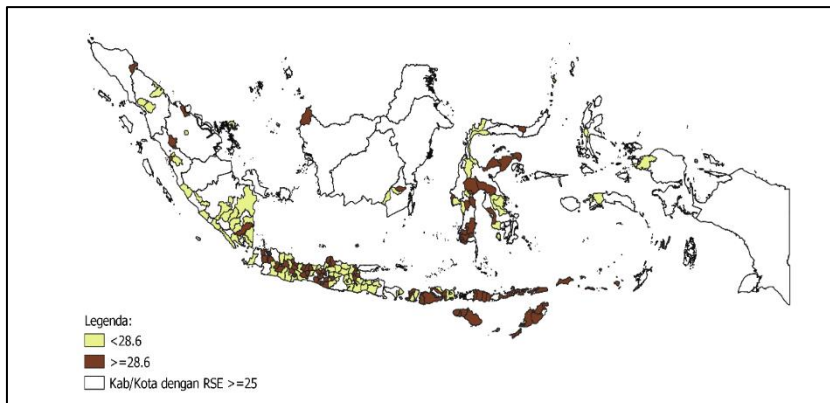
Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Layanan Sanitasi Layak dan Berkelanjutan, 2020



Angka Partisipasi Kasar (APK) PAUD 3-6 Tahun, 2020

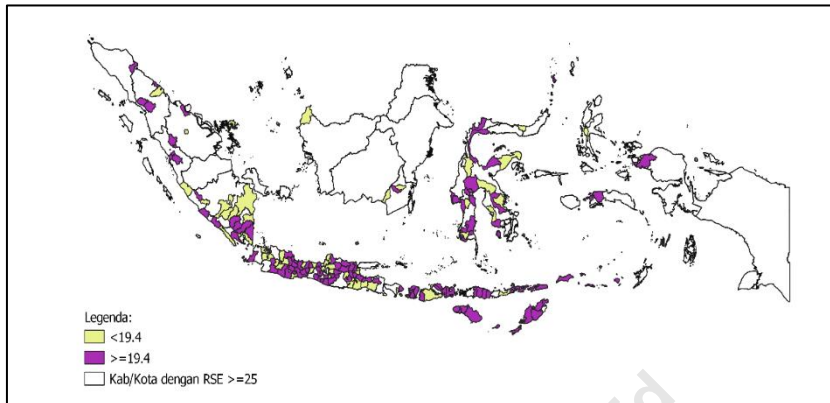


Persentase Penduduk yang Memanfaatkan JKN/Jamkesda, 2020



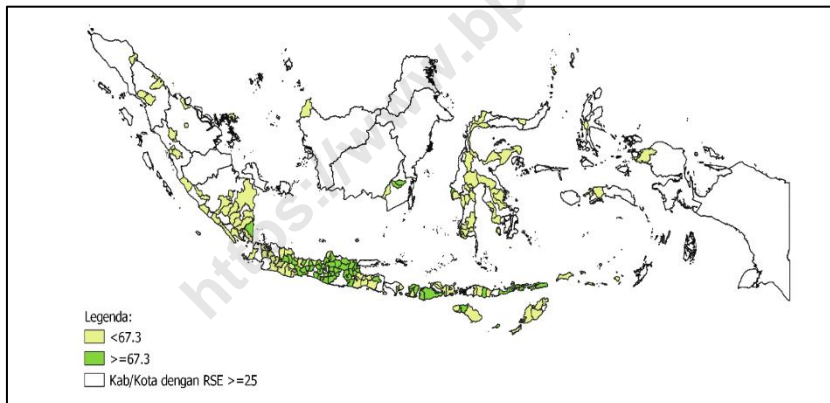
Lampiran 7 (Lanjutan)

Persentase Rumah Tangga yang Menerima KPS/KKS (Penduduk 40 Persen Terbawah), 2020



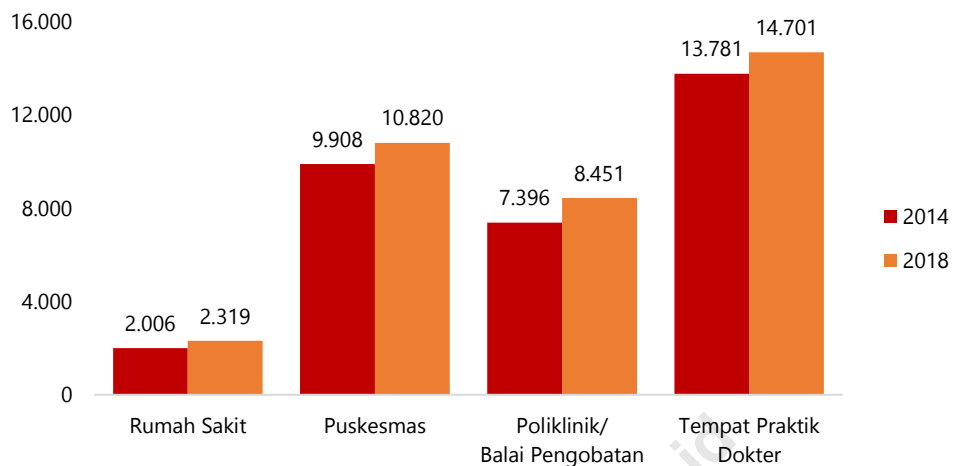
Lampiran 8

Peta Tematik IKPS, 2020



Lampiran 9

Banyaknya Desa/Kelurahan menurut Keberadaan Sarana Kesehatan, 2014 dan 2018



Sumber: BPS, Statistik Potensi Desa 2014 dan 2018

DATA

MENCERDASKAN BANGSA



BADAN PUSAT STATISTIK

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

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

Email : bpsHQ@bps.go.id Homepage : <http://bps.go.id>

