

**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DESA BUYUT UDIK DALAM
GERAKAN 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN (HPK)
(Studi Tentang Pencegahan *Stunting* di Kabupaten Lampung Tengah 2015-
2019)**

(Skripsi)

**Oleh:
DIANTIKA ARUM LEGAWATI**



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2019**

ABSTRACT

VILLAGE COMMUNITY DEVELOPMENT IN MOTION 1000 buyut hick FIRST DAY OF LIFE (HPK) (Study on Prevention of Stunting in Central Lampung regency 2015-2019)

By

Diantika Arum Legawati

Movement program 1000 First Day of Life is a program intended to reduce nutrition problems early pregnancy until the age of 2 years. Lampung province then responds by making the Central Lampung regency as the First District was the focus in Lampung Province. Successful implementation of the program in 1000 HPK Movement in Central Lampung regency is inseparable from the village of performance, the village as the lowest autonomy which is adjacent to the village community is an important part in reducing the prevalence Stunting. This can happen because the village who know the conditions Stunting occurs in village. This study aims to look at the Village Community Empowerment Buyut Udik greatfamilies in 1000 Day One Life Movement can reduce the prevalence Stunting and see that families in the Movement 1000 First Day of Life. This type of research is descriptive research with a qualitative approach.

The results of this study are: 1. Rural Community Empowerment Strategy Buyut Udik included into its implementation created a collaboration between the government and village heads together run the strategy goes well, it is seen that do occur in a sustainable and socially inclusion so as to create a tranformation but not optimal due to the implementation of social inclusion unrealized well, because people feel the implementation of different management intimidated create living conditions. 2. The role of the family in the Movement 1000 First Day of Life a. Optimization of water supply and sanitation, b. Food security and nutrition by doing home gardens c. perform early introduction of body organs.

Keywords: Empowerment, Community Empowerment, Rural, 1000 First Day of Life (HPK).

ABSTRAK

PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DESA BUYUT UDIK DALAM GERAKAN 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN (HPK) (Studi Tentang *Prevelansi Stunting* di Kabupaten Lampung Tengah 2015- 2019)

Oleh

Diantika Arum Legawati

Program Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan merupakan program yang diperuntukkan untuk menurunkan masalah gizi awal kehamilan sampai usia 2 tahun. Provinsi Lampung kemudian merespon dengan menjadikan Kabupaten Kabupaten Lampung Tengah sebagai Kabupaten Pertama yang menjadi fokus di Provinsi Lampung. Suksesnya implementasi Program Gerakan 1000 HPK di Kabupaten Lampung Tengah tidak terlepas dari Kinerja Desa, desa sebagai otonomi terendah yang berdekatan dengan masyarakat maka desa merupakan bagian terpenting dalam menurunkan *prevalensi Stunting*. Hal ini dapat terjadi karena desa yang mengerti kondisi *Stunting* terjadi di Desa. Penelitian ini bertujuan untuk melihat Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dapat menurunkan *prevalensi Stunting* dan melihat yang dilakukan keluarga dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif.

Hasil penelitian ini adalah 1. Strategi Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik termasuk kedalampelaksanaannya tercipta sebuah kolaborasi antara pemerintah dan kepala desa dengan bersama-sama menjalankan strategi berjalan secara baik, hal ini terlihat bahwa yang dilakukan terjadi secara berkelanjutan dan *social inclusion* sehingga dapat menciptakan sebuah *transformation* tetapi belum optimal dikarenakan implementasi *social inclusion* belum terealisasi secara baik, karena masyarakat merasakan adanya Implementasi penanganan yang berbeda menciptakan kondisi kehidupan yang terintimidasi. 2. Peran keluarga dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan a. Pengoptimalan penyediaan air bersih dan sanitasi, b. Ketahanan pangan dan gizi dengan melakukan pemanfaatan pekarangan rumah c. melakukan pengenalan organ tubuh sejak dini.

Kata kunci : Pemberdayaan, Pemberdayaan Masyarakat, Desa, 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

**PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DESA BUYUT UDIK DALAM
GERAKAN 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN (HPK)
(Studi Tentang Pencegahan *Stunting* di Kabupaten Lampung Tengah 2015-
2019)**

**Oleh
DIANTIKA ARUM LEGAWATI**

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA ADMINISTRASI NEGARA

Pada
Jurusan Ilmu Administrasi Negara
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDARLAMPUNG
2019**

Judul Skripsi

: **PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DESA
BUYUT UDIK DALAM GERAKAN 1000
HARI PERTAMA KEHIDUPAN (HPK)
(Studi Tentang Pencegahan *Stunting*
di Kabupaten Lampung Tengah
2015-2019)**

Nama Mahasiswa

: **Diantika Arum Tegawati**

Nomor Pokok Mahasiswa

: 1516041075

Jurusan

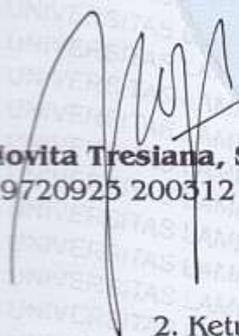
: Ilmu Administrasi Negara

Fakultas

: Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

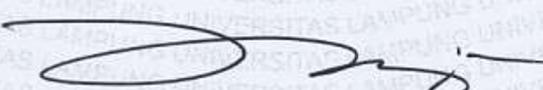
MENYETUJUI

1. Komisi Pembimbing


Dr. Novita Tresiana, S.Sos., M.Si.
NIP 19720925 200312 1 001


Nana Mulyana, S.IP., M.Si.
NIP 19710615 200501 1 003

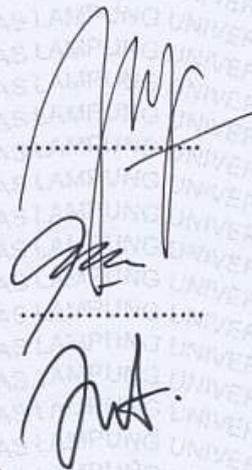
2. Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara


Dr. Noverman Duadji, M.Si.
NIP 19691103 200112 1 002

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : Dr. Novita Tresiana, S.Sos., M.Si.



Sekretaris : Nana Mulyana, S.IP., M.Si.

Penguji Utama : Intan Fitri Meutia, S.A.N., M.A., Ph.D.

2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



Dr. Syarif Makhya
NIP 19590803 198603 1 003

Tanggal Lulus Ujian Skripsi : 10 Desember 2019

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya tulis saya, Skripsi/Laporan akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (Sarjana/Ahli Madya), baik Universitas Lampung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarangnya dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh dari karya tulis ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Bandarlampung, 10 Desember 2019

Yang membuat pernyataan,



Antika Arum Legawati
NPM. 1516041075

RIWAYAT HIDUP



Peneliti bernama Diantika Arum Legawati dilahirkan di Gunung Madu Plantations (GMP), pada tanggal 20 Juni 1997. Peneliti merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara dari pasangan Bapak Darmanto dan Ibu Tri Untari. Saat ini peneliti bertempat tinggal terpisah dari orang tua, di Rajabasa, Bandar Lampung. Sedangkan orang tua tinggal di Poncowati, Terbanggi Besar, Lampung Tengah. Peneliti menempuh pendidikan formal mulai dari TK Satya Dharma Sudjana hingga tamat tahun 2003, di SD Negeri 1 Poncowati hingga tamat tahun 2009. Selanjutnya peneliti lulus dari SMP Negeri 1 Terbanggi Besar pada tahun 2012 dan SMA Negeri 1 Terbanggi Besar tahun 2015. Peneliti melanjutkan pendidikan tinggi di Universitas Lampung sebagai mahasiswa Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik tahun 2015 melalui jalur Seleksi Bersama Masuk Perguruan Tinggi (SBMPTN). Selama menjadi mahasiswa, peneliti memulai organisasi sebagai anggota Himpunan Mahasiswa Ilmu Administrasi Negara (Himagara) bidang Hubungan Luar dan Anggota Koperasi Mahasiswa Universitas Lampung. Pada tingkat selanjutnya, peneliti menjadi anggota Kajian Pengembangan Keilmuan Organisasi Himagara dan Staff Admin Koperasi Mahasiswa Universitas Lampung. Pada Tahun 2017 di pertengahan bulan Januari penulis melaksanakan



Kuliah Kerja Nyata (KKN) Tematik di Tiyuh Bujung Dewa, Kabupaten Tulang
Bawang Barat selama 40 Hari.

MOTTO

Maka sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan

(QS. Al-Insyirah:5)

Berodalah kepadaKu pastilah aku kabulkan untukmu

(QS. Al-Mukmin : 60)

Boleh jadi kamu membenci sesuatu padahal ia amat baik bagimu, dan boleh jadi
pula kamu menyukai sesuatu padahal ia amat buruk bagimu, Allah mengetahui
sedang kamu tidak mengetahui.

(QS. Al-Baqarah: 216)

Sebaik-baiknya rencana adalah rencana Allah

(Diantika Arum Legawati)

PERSEMBAHAN



*Dengan segala kerendahan hati mengucapkan syukur atas
Segalakarunia dan kasih sayang Allah SWT.*

Saya persembahkan skripsi ini kepada:

*Kedua orangtuaku tercinta, Ibu Tri Untari dan
Bapak Darmanto*

*Sumber doa, kasih sayang, serta yang medoakan dengan
tulus dan inspirasi sebagai semangat hidup saya*

Serta untuk kakak, para sahabat dan teman

*Terima kasih atas motivasi, dukungan,
semangat, cerita, dan pengalaman
yang berharga*

*Para pendidik serta almamater yang saya banggakan
Universitas Lampung*

SANWACANA

Segala puji bagi Allah SWT yang selalu memberikan rahmat, karunia, dan hidayah tanpa henti, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi berjudul “Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik dalam Program 1000 Hari Pertama Kehidupan (Studi Tentang Pencegahan *Stunting* di Kabupaten Lampung Tengah 2015-2019) ”, sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Administrasi Negara (S.AN.) pada Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) Universitas Lampung.

Peneliti menyadari masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini karena keterbatasan kemampuan dan pengetahuan yang peneliti miliki. Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih pada seluruh pihak yang telah membantu peneliti dalam banyak hal untuk menyelesaikan skripsi ini, antara lain:

1. Kedua orangtuaku, ayah dan Ibu tercinta Bapak Darmanto dan Ibu Tri Untari.

Terima kasih selalu bangun disepertiga malam untuk mendoakanku selama ini, Terimakasih sudah bertahan hidup walaupun diusia yang sudah tua, terutama bapakku yang terimakasih sudah bertahan sampai saat ini dengan konsumsi obat-obatan setiap harinya untuk hidup , dan untuk ibuku tercinta terimakasih telah menjadi tulang punggung keluarga setelah bapak sakit, membiayai segala kebutuhan keluarga dan merawat bapak dengan baik. Terimakasih untuk tidak pernah mengeluh dan memberikan wajah lelah setiap

harinya, terimakasih bapak menjadi kepala keluarga yang bertanggung jawab dan membimbing kami di jalan Allah. Terima kasih telah membuat saya bisa menulis skripsi yang bahkan ibu bapak tidak pernah buat. Semoga suatu saat dengan segala keterbatasan dan ketidaksempurnaan, saya bisa menyempurnakan doa, lelah, dan pengorbanan kalian.

2. Bapak Dr. Syarif Makhya selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.
3. Bapak Dr. Noverman Duadji, M.Si. selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, terima kasih atas pengetahuan, arahan, motivasi, dan dukungan selama ini,
4. Ibu Intan Fitri Meutia, M.A., Ph.D. selaku Sekretaris Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik sekaligus pembahas dan penguji yang selalu baik hati dan profesional dalam membahas dan menguji saya. Ibu menjadi inspirasi dan menyadarkan saya bahwa perempuan juga bisa meraih pendidikan tinggi dan kesuksesan di usia muda.
5. Ibu Dr. Novita Tresiana, S.Sos, M.Si. selaku dosen pembimbing utama. Terima kasih tidak terhingga untuk ibu, yang selalu sabar membimbing, memotivasi, menginspirasi, dan meyakinkan saya untuk terus maju. Sehingga saya tidak memiliki penyesalan dan tidak menyerah hingga detik ini.
6. Bapak Nana Mulyana, S.IP, M.Si. selaku dosen pembimbing kedua. Terima kasih tidak terhingga untuk bapak, yang selalu baik hati, teliti, dan tidak lelah selama proses bimbingan.
7. Bapak Syamsul Ma'arif S.IP, M.Si. selaku dosen pembimbing akademik. Terima kasih atas dukungan dan kesabaran yang bapak berikan. Mohon maaf

atas segala bentuk kesalahan saya, karena mungkin dari semua mahasiswa bimbingan akademik bapak saya adalah mahasiswa bapak yang paling banyak salah dan khilaf.

8. Seluruh dosen Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, terima kasih atas ilmu, pengalaman, dan motivasi selama masa kuliah.
9. Mba Wulan dan Bapak Johari, selaku staf Jurusan Ilmu Administrasi Negara. Terima kasih telah banyak membantu kelancaran administrasi selama proses penyelesaian skripsi ini.
10. Seluruh informan penelitian, Ibu Sulistyani, Ibu Yulianti, Ibu Wildayana, Ibu Mugik, Bapak Johansyah, segenap pelaksana Dinas Kesehatan Lampung Tengah, Ibu Sri, Ibu Ayu, dan Ibu Wiwik, terima kasih telah meluangkan waktu dan perhatian dalam proses penyelesaian skripsi ini.
11. Papa Erwan dan mama Ani yang memberikan kasih sayang tulus, terimakasih papa telah memberikan sentuhan seorang ayah yang menjaga dan selalu menemani penulis dalam proses penelitian tanpa adanya rasa lelah, terimakasih mama ani yang selalu memberi semangat dalam proses penelitian.
12. Saudara laki-lakiku mas Muchlis Danu Untoro dan Dhona Gilang Prastowo, dan Dan saudari perempuanku mba Nana Ratnawati turut membantu dalam yang telah menjadi kakak pengertian, selalu memberi semangat dukungan dan masukan dalam penyelesaian skripsi ini. Terimakasih sudah menjadi saudara yang menyenangkan tanpa ada tuntutan dan tekanan, terimakasih sudah menjadi saudara yang tidak banyak nuntut.
13. Sepupuku yolanda kinanti saudara sekaligus temanku, terimakasih untuk semangat yang diberikan, terus berproses tanpa menyerah. Mba ayu yang mau

direpotin minta jemput setiap weekend. Mba nurul yang terus memberi semangat dan menemani saya dalam proses penelitian.

14. Sahabatku Ade Putri Widya, Celin Puspita Salwa, Inas Yuni Tsamarah yang sudah banyak membantu, menghibur dan saling menguatkan dikala suka maupun duka walaupun banyak dukanya, mungkin tidak ada kata-kata yang cukup untuk menggambarkan kita, selalu ada kebahagiaan kecil disetiap kebersamaan, saling menguatkan padahal saling rapuh, menjadi tempat keluh kesah, jadi teman dikala sendiri menemani selama proses bimbingan, terimakasih sudah selalu ada dan tetap selalu ada, bahkan mungkin kalian lebih mengenaliku dari diriku sendiri.
15. Tyas Ajeng Martha Palupi sahabat yang selalu ada dalam berproses kuliah selama ini, teman tidur, hidup bareng 4 tahun mungkin jadi saksi pendewasaan diri, terimakasih untuk selalu ada dan saling menguatkan, saling memberi semangat, saling memberi keluh kesah, tetap berproses mungkin setelah ini kita saling hidup dengan cara hidup kita masing-masing.
16. Carina Chinthia Devi, Dewi Nuhalmah sahabat kecilku yang terus memberikan semangat dan selalu menemaniku selama proses penelitian sampai akhir penulisan skripsi, menemani begadang tanpa mengeluh.
17. Bigbrother sahabat sejak sma sampai saat ini, teman bodoh, tetaplah menjadi bodoh agar terus menjadi sahabat. Terimakasih sudah menjadi pengisi waktu dikala kosong, menjadi tempat pelindung dan selalu diberikan kebahagiaan, tawa canda yang setiap hari diberikan sehingga saya selalu bahagia dan bersyukur setiap harinya.

18. Teman kuliah Shinta yang mau direpotin, Galuh yang selalu bersyukur dan penuh semangat, Nila, Mba Nisa, Mba Farida, Intan, Onisa, Maul yang selaluku repotkan dengan pertanyaan-pertanyaan. Selalu ada dalam proses penyelesaian skripsi. Teman-teman ATLANTIK dan keluarga besar HIMAGARA tetap semangat dan terus berjuang.
19. Semua pihak yang membantu secara langsung maupun tidak langsung selama penelitian ini.

Skripsi ini ditulis dengan sungguh-sungguh dan usaha yang maksimal sesuai dengan kemampuan peneliti. Apabila masih terdapat kekurangan, dapat dijadikan evaluasi atau penelitian lanjutan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi siapapun yang membutuhkan.

Bandar Lampung, 2 Desember 2019

Peneliti,

DAFTAR ISI

Halaman

| | |
|---|-------------|
| ABSTRACT | i |
| ABSTRAK | ii |
| HALAMAN JUDUL | iii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN | v |
| RIWAYAT HIDUP | vi |
| MOTTO | viii |
| PERSEMBAHAN | ix |
| SANWACANA | x |
| DAFTAR ISI | xv |
| DAFTAR TABEL | xvii |
| DAFTAR GAMBAR | xx |
| DAFTAR ISTILAH | xxi |
| | |
| I. PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 11 |
| C. Tujuan | 11 |
| | |
| II. TINJAUAN PUSTAKA | 13 |
| A. Penelitian Terdahulu | 13 |
| B. Tinjauan Otonomi Desa | 15 |
| C. Tinjauan Pemberdayaan Masyarakat | 19 |
| 1. Pengertian Pemberdayaan Masyarakat..... | 19 |
| 2. Strategi Pemberdayaan Masyarakat | 22 |
| D. Tinjauan <i>Stunting</i> | 26 |
| 1. Pengertian <i>Stunting</i> | 26 |
| 2. Indikator <i>Stunting</i> | 27 |
| 3. Faktor-faktor yang Memengaruhi <i>Stunting</i> | 28 |
| E. Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan | 31 |
| 1. Kegiatan 1000 Hari Pertama Kehidupan..... | 35 |
| F. Kerangka Pikir | 37 |
| | |
| III. METODE PENELITIAN | 40 |
| A. Tipe dan Pendekatan Penelitian | 40 |

| | |
|--|------------|
| B. Fokus Penelitian..... | 41 |
| C. Lokasi Penelitian..... | 42 |
| D. Sumber Data..... | 43 |
| E. Teknik Pengumpulan Data..... | 43 |
| F. Teknik Analisis Data..... | 46 |
| G. Teknik Keabsahan Data | 48 |
| IV. HASIL DAN PEMBAHASAN | 50 |
| A. Gambaran Umum Desa Buyut Udik | 50 |
| 1. Geografi..... | 50 |
| 2. Demografi..... | 50 |
| 3. Agama | 52 |
| 4. Etnis..... | 52 |
| 5. Pertanian..... | 53 |
| 6. Pemerintahan | 54 |
| 7. Anak Desa Buyut Udik | 55 |
| 8. Ibu Hamil Buyut Udik..... | 56 |
| B. Hasil | 57 |
| 1. Strategi Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan. | 74 |
| 2. Peran keluarga dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan | 109 |
| C. Pembahasan..... | 116 |
| 1. Strategi Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan. | 121 |
| 2. Peran keluarga dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan | 143 |
| V. PENUTUP..... | 144 |
| A. Kesimpulan | 144 |
| B. Saran | 145 |
| DAFTAR PUSTAKA | 147 |

DAFTAR TABEL

| Tabel | Halaman |
|--|----------------|
| 1. Persentase Sangat Pendek+Pendek Balita Umur 0-59 Bulan, Menurut Kabuapten Kota,2017..... | 4 |
| 2. Data 10 Lokus Desa <i>Stunting</i> Kabupaten Lampung Tengah tahun 2017 | 6 |
| 3. Rencana Aksi Desa (RAD) Pencegahan <i>Stunting</i> Desa Buyut Udik | 7 |
| 4. Status Gizi Anak balita umur 0-5 Tahun berdasarkan indeks BB/U, menurut Kecamatan Gunung Sugih, 2019..... | 9 |
| 5. Informan Penelitian..... | 44 |
| 6. DataDokumen Penelitian | 45 |
| 7. Lulusan pendidikan umum di Desa Buyut Udik | 51 |
| 8. Lulusan pendidikan khusus di Desa Buyut Udik | 51 |
| 9. Agama/aliran kepercayaan masyarakat Buyut Udik..... | 52 |
| 10. Jumlah persebaran etnis di Desa Buyut Udik | 52 |
| 11. Luas wilayah berdasarkan dalam sector pertanian di Desa Buyut Udik..... | 53 |
| 12. Data Anak Usia 0-5 Tahun Desa Buyut Udik 2018..... | 55 |
| 13. Karakteristik Balita dan Keluarga di Desa Buyut Udik Tahun 2018..... | 55 |
| 14. Data Ibu Hamil Desa Buyut Udik Tahun 2018..... | 56 |
| 15. Data penimbangan Baita Desa Buyut Udik 2018 | 57 |
| 16. Persentase Tingkat Asupan Energi, Lemak dan Protein Pada Balita di Desa Buyut Udik 2018 | 58 |
| 17. Persentase Konsumsi Lauk Pauk Sumber Protein Hewani (kali/ minggu) pada Anak Balita | 59 |

| | |
|--|-----|
| 18. Persentase Konsumsi Lauk Pauk Sumber Protein Nabati (kali/ minggu) pada Anak Balita | 59 |
| 19. Konsumsi Sayuran (kali/minggu) pada Anak Balita..... | 60 |
| 20. Persentase Konsumsi Buah (kali/ming-gu) pada Anak Balita | 61 |
| 21. Persentase Pemberian ASI untuk Anak Usia < 2 Tahun..... | 61 |
| 22. Persentase waktu Pemberian MP-ASI | 61 |
| 23. Persentase Pemberian Makanan MP-ASI | 62 |
| 24. Persentase Jenis MP-ASI yang Diberikan kepada Balita..... | 63 |
| 25. Balita memiliki KMS di Provinsi Lampung Tahun 2017 | 68 |
| 26. Persentase Pemberian Vitamin A dan PMT Balita umur 0-5 tahun, menurut Kabupaten/kota,tahun 2017 | 68 |
| 27. Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kornik(KEK), Menurut Kabupaten/Kota, 2017..... | 69 |
| 28. Kegiatan gizi dan KIA Dinas Kesehatan tahun 2019..... | 72 |
| 29. Sumber Anggaran Intervensi Gizi Sensitif di Tingkat Desa | 75 |
| 30. Daftar Pelaksana Pemberdayaan Berkelanjutan..... | 80 |
| 31. Strategi dinas kesehatan untuk pencegahan <i>stunting</i> | 97 |
| 32. Matriks Pembahasan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pendekatan Ketergantungan Menjadi Keberlanjutan..... | 123 |
| 33. Matriks Pembahasan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pendekatan Ketergantungan Menjadi Keberlanjutan yang terjalin di Pendidikan Pola Asuh dan Gizi Seimbang Pada Orang Tua..... | 127 |
| 34. Matriks Pembahasan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pendekatan Ketergantungan Menjadi Keberlanjutan yang terjalin di Pendidikan dan Kesehatan Reproduksi untuk Remaja. | 128 |
| 35. Matriks Pembahasan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pendekatan Ketergantungan Menjadi Keberlanjutan yang terjalin di Bina keluarga Balita..... | 131 |
| 36. Matriks Pembahasan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pendekatan <i>Social exclusion</i> menjadi <i>social inclusion</i> | 133 |

37. Matriks Pembahasan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pendekatan *Social exclusion* menjadi *social inclusion* di Pendidikan Pola asuh dan gizi seimbang pada orang tua..... 135
38. Matriks Pembahasan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pendekatan *Social exclusion* menjadi *social inclusion* di Pendidikan dan Kesehatan Reproduksi untuk Remaja. 137
39. Matriks Pembahasan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pendekatan *Social exclusion* menjadi *social inclusion* di Bina Keluarga. 139
40. Matriks Pembahasan Strategi Pemberdayaan Masyarakat dengan Pendekatan *Improvement* menjadi *Transformation*. 142

DAFTAR GAMBAR

| Gambar | Halaman |
|--|----------------|
| 1. Bagan Kerangka Pikir | 39 |
| 2. Analisis Data dan Interaksi antar Komponen..... | 47 |
| 3. Status gizi anak balita umur 0-5 tahun berdasarkan indeks BB/U, menurut Kabupaten/Kota, 2016..... | 64 |
| 4. Persentase sangat pendek + pendek balita umur 0-5 Tahun, menurut Kabupaten/kota Indeks TB/U, 2016..... | 65 |
| 5. Persentase Status Gizi Balita umur 0-5 tahun, menurut Kabupaten/kota, 2017..... | 66 |
| 6. Inisiasi Menyusui Dini Balita umur 0-5 tahun, menurut Kabupaten/kota, 2017..... | 66 |
| 7. Persentase Air Susu Ibu (ASI) Balita umur 0-5 tahun, menurut Kabupaten/kota, 2017 | 67 |
| 8. Pesentase Bayi (Usia Kurang dari 6 bulan) yang mendapatkan ASI Eksklusif Kabupaten/Kota Tahun 2018 | 70 |
| 9. <i>Prevalensi</i> Balita Pendek dan Sangat Pendek (<i>Stunting</i>) Kabupaten/kota berdasarkan Hasil RISKESDAS tahun 2013 dan 2018..... | 71 |
| 10. Pelaksanaan Intervensi Sensitif..... | 75 |
| 11. Pelaksana Kegiatan Pembinaan Bagi Kader dan Bidan Desa dalam Penanganan <i>Stunting</i> 2019. | 79 |
| 12. Dokumen langkah Perubahan Perilaku | 88 |
| 13. Binaan dan kesehatan reproduksi untuk remaja..... | 91 |
| 14. Bina keluarga Balita..... | 93 |
| 15. Kegiatan Kelas Ibu Hamil dan Posyandu..... | 111 |
| 16. Penanaman Sayuran Pekarangan dan Kolam Keluarga | 112 |

DAFTAR ISTILAH

- Improvement* : Usaha-usaha berkelanjutan yang dilakukan untuk mengembangkan dan memperbaiki produk, pelayanan, ataupun proses
- Intervensi Sensitif* : Upaya- upaya untuk mencegah dan mengurangi masalah gizi secara tidak langsung. Kegiatan ini pada umumnya dilakukan oleh sektor non-kesehatan. Kejadiannya antara lain penyediaan air bersih, kegiatan penanggulangan kemiskinan, pemberdayaan perempuan, dan lain-lain.
- Intervensi Spesifik* : Penanganan yang dilakukan oleh tenaga medis bersifat jangka pendek.
- Intervensi* : Suatu upaya mencampuri, mempengaruhi, bahkan mengendalikan pihak lain dengan tujuan untuk mewujudkan tujuan tertentu terhadap pihak yang diintervensi.
- Prevalensi* : Jumlah keseluruhan kasus penyakit yang terjadi pada suatu waktu tertentu di suatu wilayah dalam angka yang bukan sebenarnya.
- Social Exclusion* : Proses peminggiran sosial terhadap beberapa kelompok yang didiskriminasikan atas dasar etnis, ras, agama, orientasi seksual, kasta, keturunan, gender, usia, kecacatan,

HIV, migran atau berdasarkan lokasi di mana mereka tinggal

- Social Inclusion* : Upaya menempatkan martabat dan kemandirian individu sebagai modal utama untuk mencapai kualitas hidup yang ideal. Melalui inklusi sosial, Program Peduli mendorong agar seluruh elemen masyarakat mendapat perlakuan yang setara dan memperoleh kesempatan yang sama sebagai warga negara, terlepas dari perbedaan apapun
- Stunting* : Keadaan tubuh yang pendek dan sangat pendek sehingga melampaui ensiti -2 sampai dengan dibawah median panjang atau tinggi badan
- Transformation* : Suatu aksi atau keadaan yang mengakibatkan sesuatu berubah atau diubah.

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan modal dasar dalam mewujudkan pembangunan berkelanjutan. Pembangunan yang baik hanya akan bisa diwujudkan oleh penduduk yang sehat, yang tentu tergantung pada besar jumlah masyarakat yang sehat. Jumlah penduduk yang besar dengan laju pertumbuhan yang cepat serta kualitas kesehatan rendah tentu mempersulit tercapainya tujuan pembangunan dan menimbulkan masalah peningkatan jumlah kematian. Permasalahan kesehatan merupakan permasalahan penting yang dialami oleh banyak Negara berkembang, termasuk Indonesia.

Kondisi kesehatan secara umum dapat dilihat dari status kesehatan dan gizi masyarakat, yaitu angka kematian bayi, kematian ibu melahirkan, prevalensi gizi kurang dan umur angka harapan hidup. Gizi merupakan suatu proses organisme yang menggunakan konsumsi makanan secara normal melalui proses pencernaan, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. Masalah gizi adalah masalah keadilan karena merupakan dampak dari kegagalan manusia untuk memenuhi haknya.

Saat ini, perkembangan masalah gizi semakin kompleks, selain masih menghadapi masalah kekurangan gizi menjadi persoalan yang harus kita tangani dengan serius. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, disebutkan bahwa perbaikan status gizi masyarakat merupakan salah satu prioritas dengan menurunkan *prevalensi* balita gizi kurang (*underweight*) dan *prevalensi* balita pendek (*Stunting*).

Pada 2010, gerakan global yang dikenal dengan *Scaling-Up Nutrition (SUN)* diluncurkan dengan prinsip dasar bahwa semua penduduk berhak untuk memperoleh akses ke makanan yang cukup dan bergizi. Pada 2012, Pemerintah Indonesia bergabung dalam gerakan tersebut melalui perancangan dua kerangka besar Intervensi *Stunting*. Kerangka Intervensi *Stunting* tersebut kemudian diterjemahkan menjadi berbagai macam program yang dilakukan oleh Kementerian dan Lembaga (K/L) terkait.

Indonesia adalah negara dengan *prevalensi Stunting* kelima terbesar dengan anak balita Indonesia yang mengalami *Stunting* sekitar 37 persen (hampir 9 juta) (Riset Kesehatan Dasar/ Riskesdas, 2013), di seluruh dunia Balita/Baduta (Bayi dibawah usia Dua Tahun) yang mengalami *Stunting* akan memiliki tingkat kecerdasan tidak maksimal, menjadikan anak menjadi lebih rentan terhadap penyakit dan di masa depan dapat beresiko pada menurunnya tingkat produktivitas. Pada akhirnya secara luas *Stunting* akan dapat menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan memperlebar ketimpangan. (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2017. *100 Kabupaten/Kota Prioritas Untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting)*. Jakarta : TNP2K. Hal 5)

Pemerintah di tingkat Nasional kemudian mengeluarkan berbagai kebijakan serta regulasi untuk mengurangi serta menangani *pervalensi Stunting*, dengan demikian diharapkan dapat berkontribusi pada pengurangan *pervalensi Stunting*. Salah satu strategi yang dikeluarkan pemerintah di tingkat Nasional yaitu Meningkatkan Kesehatan Masyarakat, yang ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 23 Tahun 2014 Tentang Upaya Perbaikan Gizi. Masalah *Stunting* belum berhasil diselesaikan pada tahun 2014 sehingga pada tahun 2015 pemerintah melakukan Rencana Strategi 2015-2019 untuk menangani *Stunting* dengan perbaikan gizi masyarakat.

Prevalensi Stunting pada provinsi Lampung berada diangka yang cukup tinggi yaitu 28,9 persen di tahun 2015 (Pemantauan Status Gizi/PSG, 2015) kemudian di tahun 2016 angka *Stunting* di Provinsi Lampung mengalami pencegahan yaitu sekitar 13.0 persen (Pemantauan Status Gizi/PSG, 2016) . Provinsi Lampung, Pemerintah pusat melalui Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas) menetapkan seratus desa yang tersebar pada 3 wilayah di Provinsi Lampung yakni Kabupaten Lampung Timur, Lampung Selatan dan Kabupaten Lampung Tengah, yang dinilai memiliki kasus *Stunting* cukup tinggi. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan departemen kesehatan RI.2009. (Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar(Riskesdas) Provinsi Lampung tahun 2007. (<http://biofarmaka.ipb.ac.id/.pdf>) Diakses pada 26 Juli 2018 pukul 16.00WIB).

Bappenas menetapkan Kabupaten Lampung Tengah sebagai fokus wilayah di Lampung untuk tahap awal 2017, yang akan dilakukan program percepatan

pencegahan kasus *Stunting*. Terpilihnya Kabupaten Lampung Tengah menjadi fokus utama percepatan pencegahan kasus *Stunting* disebabkan wilayah itu dapat menjadi potret kasus *Stunting* di wilayah Provinsi Lampung. Berikut Tabel Rincian Angka *Stunting* 2017 di Provinsi Lampung.

Tabel 1. Persentase Sangat Pendek+Pendek Balita Umur 0-59 Bulan, Menurut Kabupaten Kota,2017

| No | Kabupaten/Kota | Persentase |
|----|---------------------|------------|
| 1 | LampungBarat | 25.2 |
| 2 | Tanggamus | 25.7 |
| 3 | Lampung Selatan | 20.3 |
| 4 | Lampung Timur | 16.3 |
| 5 | Lampung Tengah | 27.9 |
| 6 | Lampung Utara | 21.7 |
| 7 | Way Kanan | 18.6 |
| 8 | Tulang Bawang | 15.7 |
| 9 | Pesawaran | 23.7 |
| 10 | Pringsewu | 19.3 |
| 11 | Mesuji | 20.6 |
| 12 | Tulang Bawang Barat | 19.9 |
| 13 | Pesisir Barat | 22.6 |
| 14 | Kota Bandar Lampung | 23.7 |
| 15 | Kota Metro | 18.6 |

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Lampung,2017

Tabel 1. Menunjukkan tanda besarnya angka *Stunting* di Kabupaten Lampung Tengah menjadi pusat perhatian Provinsi Lampung saat ini. Penanganan kasus *Stunting* pada Kabupaten Lampung Tengah melalui Dinas Kesehatan dilakukan dengan cara Pemenuhan gizi pada anak usia dini bahkan sejak dalam kandungan atau Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Gerakan ini yang memiliki dua kegiatan yaitu kegiatan *Intervensi Sensitif* yang dilakukan dengan kegiatan pemberian makan pada ibu kekuarangan enegi kronik (KEK), pemberian vitamin oleh pihak Posyandudan *Intervensi Spesifik* lebih kepada lintas sektor seperti penyediaan air bersih dan sanitasi, ketahanan pangan, pendidikan

gizi, dll. Desa Buyut Udik memberikan makanan tambahan bagi ibu hamil juga kepada balita untuk tambahan sebagai strategi prioritas untuk meningkatkan Kesehatan Masyarakat.

Program ini membutuhkan waktu yang panjang. Bukan ketika menentukan keluarga positif *Stunting*, kemudian diberi asupan gizi, selesai persoalan. Ini membutuhkan pendampingan secara menyeluruh. Dinas Kesehatan memiliki kendala keterbatasan pada pendanaan. Sehingga program ini tidak serentak, namun baru menyasar di daerah Lampung Tengah, karena di Kabupaten tersebut yang paling banyak ditemukan *Stunting*.

Kondisi Lampung Tengah pada tahun 2015 memiliki angka *Stunting* mencapai 28,9 persen menjadikan Lampung Tengah sebagai Kabupaten prioritas Provinsi Lampung dalam menurunkan angka *Stunting*. Upaya pemerintah Kabupaten Lampung Tengah terus berusaha membenahi kondisi *Stunting* kini telah mewujudkan hasil yang sesuai dengan target dari yang direncanakan pada RENSTRA 2015-2019 28,0 persen. Selama 2 tahun Pemerintah Kabupaten Lampung Tengah telah mampu menangani kondisi *Stunting*. Tahun 2017 pemerintah Kabupaten Lampung Tengah mampu menurunkan angka *Stunting* menjadi 27,93 persen. Walaupun Lampung Tengah mengalami pencegahan, Lampung Tengah masih menjadi Kabupaten angka *Stunting* yang tinggi dari 15 Kabupaten lainnya. Permasalahan *Stunting* tidak dapat terslesaikan dengan peran Negara/Pemerintah Kabupaten saja untuk mengatasinya, tetapi ada pihak yang paling penting untuk mengatasi masalah *Stunting* yaitu Desa.

Desa sebagai suatu bagian dari sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diakui otonominya dan Kepala melalui pemerintah dapat diberikan penugasan pendelegasian dari pemerintahan daerah untuk melaksanakan pemerintahan tertentu. Landasan pemikiran dalam pengaturan desa mengenai keanekaragaman, partisipasi, otonomi asli, demokratisasi dan pemberdayaan masyarakat. Sehingga desa sebagai otonomi terendah yang berdekatan dengan masyarakat maka desa merupakan bagian terpenting dalam menurunkan *prevalensi Stunting*. Hal ini dapat terjadi karena desa yang mengerti kondisi dan bagaimana *Stunting* terjadi dan desa menjadi sebuah solusi untuk menurunkan *prevalensi Stunting*.

Stunting Lampung Tengah berada pada angka 27,93 persen terdiri dari 10 desa *Stunting* di Kabupaten Lampung Tengah sebagai locus dalam rangka menurunkan angka *Stunting*. 10 desa *Stunting* yaitu desa Bandar Putih Tua, Gedung Ratu, Riau Pariangan, Tanjung Rejo, Buyut Udik, Cabang, Gunung Batin Udik, Mataram Ilir, Mataram Udik, dan Tulung Kakan. Dari 10 desa *Stunting* terdapat berbagai jumlah *Stunting* yang berbeda. Berikut data *Stunting* 10 desa *Stunting* di Kabupaten Lampung Tengah:

Tabel 2. Data 10 Locus Desa *Stunting* Kabupaten Lampung Tengah tahun 2017

| No | Nama Desa | ABS | Jumlah <i>Stunting</i> | Total (%) |
|----------|-------------------|-----------|------------------------|--------------|
| 1 | Bandar Putih Tua | 96 | 13 | 13.54 |
| 2 | Gegung Ratu | 125 | 21 | 16.80 |
| 3 | Riau Pariangan | 139 | 22 | 15.83 |
| 4 | Tanjung Rejo | 198 | 46 | 23.23 |
| 5 | Buyut Udik | 41 | 23 | 56.10 |
| 6 | Cabang | 119 | 29 | 24.37 |
| 7 | Gunung Batin Udik | 416 | 104 | 25.00 |
| 8 | Mataram Ilir | 463 | 176 | 28.01 |
| 9 | Mataram Udik | 1028 | 308 | 29.96 |
| 10 | Tulung Kakan | 146 | 32 | 21.92 |
| | Jumlah | 2771 | 774 | 27.93 |

Sumber : Data Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah, 2017

*ABS : Absolute (Jumlah Anak)

Tabel 2. Menunjukkan bahwa Desa Buyut Udik pada Kabupaten Lampung Tengah angka *Stunting* tertinggi yaitu pada angka 56,10 persen dengan 41 anak pada Desa Buyut Udik yang mengalami *Stunting* 23 orang. Lebih dari setengah anak yang berada di Desa Buyut Udik mengalami *Stunting*. Dengan adanya lebih dari setengah jumlah anak yang terkena *stunting* ini menjadikan Desa Buyut Udik menjadi masalah utama dalam mengatasi *Stunting*.

Desa Buyut Udik di tahun 2018 memiliki strategi pendukung dalam mengatasi *Stunting* yaitu menjadikan masyarakat ikut berpartisipasi mengatasi *Stunting* yang bersifat *bottom up*, sehingga kepala Desa Buyut Udik bersama dengan masyarakat melakukan Rencana Aksi Desa (RAD) Pencegahan *Prevalensi Stunting*, sebagai salah satu strategi mengatasi *stunting* dengan keterlibatan masyarakat dalam melaksanakannya. Sehingga berbagai bantuan dan kerjasama dari pihak luar untuk menurunkan angka *Stunting* tahun 2018. Hal ini terjadi dikarenakan masalah *Stunting* membutuhkan berbagai elemen pemangku kepentingan untuk mengatasinya, Desa Buyut Udik melakukan beberapa rencana, yaitu terdapat pada tabel di bawah ini :

Tabel 3. Rencana Aksi Desa (RAD) Pencegahan *Stunting* Desa Buyut Udik

| No | Sasaran | Pelaksana | Kegiatan | Komponen Kegiatan |
|----|-----------------|------------------------------------|--|--|
| 1 | Masyarakat desa | Dinas Kesehatan bersama masyarakat | Meningkatkan Akses Air bersih dan Sanitasi | Pemicuan STBM |
| | | Dinas Sosial | Raskin | Bantuan Pangan Non-Tunai dengan sumber protein (Telur) |
| | | Pemberdayaan Masyarakat Desa | Pengadaan PMT di Posyandu | Pengadaan PMT balita |
| | | Pemberdayaan Masyarakat Desa | Optimalisasi Tanah Pekarangan | 1. Kawasan Rumah Pangan Lestari |

| No | Sasaran | Pelaksana | Kegiatan | Komponen Kegiatan |
|----|------------|------------------|---|---|
| | | | | 2. Kawasan mandiri pangan |
| | | | | 3. Pembinaan Ke Posyandu |
| | | | | 4. Pemberian Bibit sayuran dan ikan |
| 2 | Ibu Hamil | Kesehatan | Pendidikan Pola asuh dan gizi seimbang pada orang tua. | Paket Kelas IBU |
| | | BKKBN | Pendidikan dan kesehatan reproduksi untuk remaja | Pemberian pengelana sejak dini terkait reproduksi |
| 3 | Ibu Balita | Dinas Pendidikan | PAUD dengan muatan pendidikan gizi dan kesehatan | Pemberian makanan sehat untuk anak |
| 4 | Balita | BKKBN | Bina keluarga Balita untuk peningkatan pengetahuan dan ketrampilan orangtua dan anggota keluarga lain dalam pembinaan tumbuh kembang anak sejak dalam kandungan | Pembentukan Kelompok Keluarga sehat |

Sumber : Data Desa Buyut Udik, 2017

Penjelasan tabel 3. Terlihat beberapa kegiatan yang dilakukan Desa Buyut Udik bersama dengan pemerintah daerah merencanakan 3 peran pemberdayaan masyarakat mengatasi *Stunting* yaitu pendidikan pola asuh dan gizi seimbang pada orang tua dengan kegiatan paket kelas ibu, pendidikan dan kesehatan reproduksi untuk remaja melalui kegiatan pemberian pengelana sejak dini terkait reproduksi, bina keluarga balita untuk peningkatan pengetahuan dan ketrampilan orangtua dan anggota keluarga lain dalam pembinaan tumbuh kembang anak sejak dalam kandungan dengan membentuk kelompok keluarga sehat dengan fokus pada keluarga.

Keberhasilan tumbuh kembang anak dipengaruhi dari faktor lingkungan yang diawali dengan lingkungan keluarga. Peran keluarga utamanya orangtua sangat penting dalam membentuk tumbuh kembang anak, hal ini terjadi karena lingkungan pertama anak merupakan keluarga. Anak-anak harus dipersiapkan sedini mungkin untuk menjadi penentu kehidupannya nanti. Kondisi yang optimal dirumah, pemenuhan nutrisi yang cukup mempengaruhi perkembangan anak.

Desa Buyut Udik telah melakukan beberapa tindakan dengan hasil pencapaian cukup baik dengan tidak bertambahnya angka *Stunting*, peneliti melakukan prariset pada dinas Kesehatan Kepala Seksi Gizi Ibu Lilis Maliwidarti pada 5 Desember 2018 mengatakan bahwa Angka *Stunting* Desa Buyut Udik tidak bertambah, mengingat *Stunting* terjadi dikarenakan banyaknya masyarakat dengan kondisi ekonomi rendah/miskin yang merupakan rantai masalah sulit untuk diputus. Berikut data *stunting* di Buyut Udik tahun 2019.

Tabel 4. Status Gizi Anak balita umur 0-5 Tahun berdasarkan indeks BB/U, menurut Kecamatan Gunung Sugih, 2019

| No | Desa/kelurahan | Jumlah sasaran balita | Jumlah balita di ukur antropometri | Status Gizi TB/U | | | % |
|----|-------------------|-----------------------|------------------------------------|------------------|--------|----------|----|
| | | | | Sangat pendek | pendek | stunting | |
| 1 | Gunung Sugih | 356 | 115 | 7 | 18 | 25 | 32 |
| 2 | Gunung sugih raya | 336 | 182 | 6 | 25 | 31 | 17 |
| 3 | Seputih Jaya | 471 | 145 | 12 | 20 | 33 | 23 |
| 4 | Gunung Sari | 406 | 166 | 6 | 12 | 10 | 11 |
| 5 | Buyut Udik | 358 | 179 | 8 | 33 | 41 | 23 |
| 6 | Buyut Ilir | 742 | 161 | 11 | 29 | 40 | 25 |
| 7 | Buyut Utara | 351 | 151 | 26 | 38 | 61 | 41 |
| 8 | Putra Buyut | 313 | 149 | 4 | 17 | 21 | 14 |
| 9 | Bangun Rejo | 254 | 154 | 8 | 17 | 25 | 16 |

Sumber :Data E-PPGBM Puskesmas Gunung Sugih, 2019

Tabel 4. Terlihat bahwa Desa Buyut Udik memiliki persentase menurun pada tahun 2017 sebesar 56,10% di tahun 2019 menjadi 23%. penyebab terjadinya *stunting* akibat dari tingkat pendidikan orang tua akan berpengaruh terhadap pengetahuan orangtua terkait gizi dan pola pengasuhan pada anak, dimana pola asuh yang tidak tepat akan meningkatkan resiko terjadinya *Stunting*.

Pendidikan orang tua mempunyai pengaruh langsung terhadap pola pengasuhan anak yang kemudian akan mempengaruhi asupan makan anak. Penelitian di Bogor tahun 2005 menyebutkan bahwa pendidikan orang tua berpengaruh langsung terhadap pola pengasuhan anak, dimana pola pengasuhan yang kurang baik akan menyebabkan asupan yang diperoleh anak menjadi kurang baik sehingga mengakibatkan anak tumbuh *stunting*.

Desa Buyut Udik berusaha mengatasi *prevlensi Stunting* tidak dari segi ekonomi, melainkan dari segi pendidikan melalui pemberdayaan masyarakat yang dilakukan, hal ini terlihat bahawa desa *Stunting* Buyut Udik lebih menekankan keterlibatan masyarakat untuk sama-sama berusaha menurunkan *Stunting* melauai program Gerakan 1000 Hari PertamaKehidupan dalam rencana aksi desa.

Program Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan merupakan program yang diperuntukkan untuk menurunkan masalah gizi pada Gerakan 1000 HPK yakni dari awal kehamilan sampai usia 2 tahun. Untuk Pencegahan gizi memberikan bantuan untuk keluarga yang memiliki anak usia 0-2 tahun, tetapi kader aparat Desa memberikan pemahaman dengan cara menjadikan seluruh masyarakat untuk mengerti dan memahami cara menghindari terjadinya *Stunting*.

Aktifnya kader desa dengan pemberdayaan masyarakat dapat menurunkan *Stunting* memberikan hasil yang baik sehingga peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dapat menurunkan *prevalensi Stunting*. Oleh karena itu rencana penelitian ini akan mengambil judul “Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan (Studi Tentang Pencegahan *Prevalensi Stunting* di Kabupaten Lampung Tengah 2015-2019)”.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dapat menurunkan *prevalensi Stunting*?
2. Apakah yang dilakukan keluarga dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan?

C. Tujuan

1. Menganalisis Pemberdayaan Masyarakat Desa *Stunting* Buyut Udik dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dapat menurunkan *prevalensi Stunting*.
2. Menganalisis yang dilakukan keluarga dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan.

D. Manfaat

1. Secara Teoritis

Secara teoritis hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dalam pengembangan Ilmu Administrasi Negara khususnya tentang Otonomi Desa dan Pemberdayaan Masyarakat.

2. Secara Praktis

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi-informasi Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik dalam Gerakan 1000 Hari Kehidupan.

II. TINJAUAN PUSTAKA

A. Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu ini menjadi salah satu acuan penulis dalam melakukan penelitian. Dari penelitian terdahulu, penulis tidak menemukan penelitian dengan judul yang sama seperti judul penelitian penulis. Namun penulis mengangkat beberapa penelitian sebagai referensi dalam memperkaya bahan kajian pada penelitian penulis. Berikut merupakan penelitian terdahulu berupa beberapa jurnal terkait dengan penelitian yang dilakukan penulis.

| No | Nama Peneliti | Judul Penelitian | Hasil Penelitian | Perbedaan |
|----|----------------------|--|---|--|
| 1 | Fanny Adistie (2018) | Pemberdayaan Kader Kesehatan dalam Deteksi Dini <i>Stunting</i> dan stimulasi tumbuh kembang pada bayi | Hasil kegiatan menunjukkan bahwa terdapat peningkatan pengetahuan para kader kesehatan. Namun, untuk aspek psikomotor yang diukur setelah dilakukan pelatihan, didapatkan hampir setengah dari jumlah responden masih berada pada kategori kurang baik. Maka dari itu, diharapkan kegiatan pemberdayaan kader kesehatan dalam deteksi dini <i>stunting</i> serta stimulasi tumbuh kembang pada anak sebaiknya dilakukan secara berkesinambungan dengan bekerja sama bersama pihak-pihak | Penelitian yang dilakukan Fanny Adistie (2018) lebih memfokuskan pada aspek yang diteliti dalam pengetahuan kader kesehatan, sedangkan yang diteliti penulis pengetahuan terhadap masyarakat |

| | | | | |
|----|--|---|--|---|
| | | | terkait, sehingga diharapkan memberikan kontribusi atas terwujudnya peningkatan derajat kesehatan masyarakat pada umumnya dan anak pada khususnya. | |
| 2 | Sri Astuti (2018) | Gerakan Pencegahan <i>Stunting</i> melalui Pemberdayaan Masyarakat di kecamatan Jatinagor Kabupaten Sumedang | Promosi kesehatan menggunakan media kartu integrasi meningkatkan Pengetahuan kader tentang pencegahan <i>stunting</i> . Saran penggunaan kartu integrasi perlu dilatihkan secara berkesinambungan untuk lebih meningkatkan pengetahuan kader yang akhirnya kader dapat memberikan penyuluhan tentang pencegahan <i>stunting</i> kepada ibu balita di Posyandu. | Penelitian yang dilakukan Sri Astuti lebih memfokuskan yang diberdayakan adalah kader sedangkang yang diteliti penulis fokus penelitian pada keluarga dan locus penelitian yang berbeda. |
| 3. | K.T. Adhi, N.W.A Utami, dan I.M.S Adnyana (2016) | Pemberdayaan Kader Desa dan Tokoh Masyarakat dalam Implementasi Strategi Deteksi Dini Kasus Mal Nutrisi Anak Balita Di Desa Bukut Karang Asem | Hasil penelitian tahun 2014 di Kabupaten Karang-asem menemukan kasus anak balita kurus (12,5%) dan pendek sebesar (31,2%). Data ini berbeda dengan hasil pencatatan di Posyandu yang menunjukkan rendahnya kasus anak yang mengalami kekurangan gizi. Kasus anak balita kurang gizi diibaratkan fenomena gunung es maka di-perlukan strategi penemuan anak balita gizi buruk dengan <i>active case finding</i> sangat penting untuk dilakukan. | Penelitian yang dilakukan Adistie, K.T. Adhi, N.W.A Utami, dan I.M.S Adnyana lebih memfokuskan pada anak yang mengalami kekurangan gizi. Sedangkang yang diteliti penulis fokus penelitian penanganan keluarga dalam pencegahan <i>stunting</i> . |

B. Tinjauan Otonomi Desa

Secara etimologi kata desa berasal dari bahasa sansekerta, desa yang berarti tanah air, tanah asal, atau tanah kelahiran. Dari perspektif geografis, desa atau *village* yang diartikan sebagai “ *a groups of houses or shops in a country area, smaller than and town* “. Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki kewewenangan untuk mengurus rumah tangganya berdasarkan hak asal-usul dan adat istiadat yang diakui dalam Pemerintahan Nasional dan berada di daerah Kabupaten.

Desa menurut Widjaja (2003:3) dalam bukunya yang berjudul “Otonomi Desa” menyatakan bahwa: Desa adalah sebagai kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai susunan asli berdasarkan hak asal-usul yang bersifat istimewa. Landasan pemikiran dalam mengenai pemerintahan desa adalah keanekaragaman, partisipasi, otonomi asli, demokratisasi dan pemberdayaan masyarakat.

Menurut Bintarto(2003) berdasarkan tinjauan geografi yang dikemukakannya, desa merupakan suatu hasil perwujudan geografis, sosial, politik, dan kultur yang terdapat disuatu daerah serta memiliki hubungan timbal balik dengan daerah lain. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Desa adalah suatu kesatuan wilayah yang dihuni oleh sejumlah keluarga yang mempunyai sistem pemerintahan sendiri (dikepalai oleh seorang Kepala Desa) atau desa merupakan kelompok rumah di luar kota yang merupakan kesatuan.

Demikian sebagai suatu bagian dari sistem pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diakui otonominya dan Kepala Desa melalui pemerintah dapat diberikan penugasan pendelegasian dari pemerintahan daerah untuk

melaksanakan pemerintahan tertentu. Landasanpemikiran dalam pengaturan mengenai adalah keanekaragaman, partisipasi, otonomi asli, demokratisasi dan pemberdayaan masyarakat.

Pemerintahan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 2005 adalah penyelenggaraanurusan pemerintahan oleh pemerintahan dan Badan Permusyawaratan dalam mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal-usul dan adat istiadat yang diakui dan dihormati dalam sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Republik Indonesia. Merupakan suatu kegiatan pemerintah, lebih jelasnya pemikiran ini didasarkan bahwa penyelenggaraan tata kelola (disingkat penyelenggara), atau yang dikenal selama ini sebagai “Pemerintahan”. Kepala adalah pelaksana kebijakan sedangkan Badan Pemusyawaratan dan lembaga pembuatan dan pengawasan kebijakan (Paraturan).

Menurut Zakaria dalam Kusuma (vol I, No. 6) menyatakan bahwa desa adalah sekumpulan yang hidup bersama atau suatu wilayah, yang memiliki suatu serangkaian peraturan-peraturan yang ditetapkan sendiri, serta berada diwilayah pimpinan yang dipilih dan ditetapkan sendiri.

Desa juga memiliki hak dan kewajiban yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa yakni, Desa berhak:

- a. Mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat berdasarkan hak asal-usul, adat-istiadat, dan nilai sosial budaya masyarakat desa;
- b. Menetapkan dan mengelola kelembagaan desa;
- c. Mendapatkan sumber pendapatan;

- d. Melindungi dan menjaga persatuan, kesatuan serta kerukunan masyarakat desa dalam rangka kerukunan nasional dan keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia;
- e. Meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat desa;
- f. Mengembangkan kehidupan demokrasi;
- g. Mengembangkan pemberdayaan masyarakat desa; dan
- h. Memberikan dan meningkatkan pelayanan kepada masyarakat desa.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa Pasal 25 bahwa pemerintah desa adalah kepala desa atau yang disebut dengan nama lain dan yang dibantu oleh perangkat desa atau yang disebut dengan nama lain. Dalam ilmu manajemen pembantu pimpinan disebut staf. *Staf professional* diartikan sebagai pegawai yaitu pimpinan yang memiliki keahlian dalam bidangnya, bertanggungjawab, dan berperilaku professional dalam menjalankan tugasnya. Selanjutnya pada pasal 26 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 disebutkan: kepala desa bertugas menyelenggarakan pemerintahan desa, melaksanakan pembangunan desa, pembinaan kemasyarakatan desa, dan pemberdayaan masyarakat desa. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa perangkat desa adalah pembantu kepala desa dan pelaksanaan tugas penyelenggaraan

Pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya, kepala desa bersama dengan Badan Permusyawaratan Desa membuat rencana strategis desa. Hal ini tercantum pada Pasal 55 Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa yang berbunyi:

Badan Permusyawaratan Desa mempunyai fungsi:

- a. Membahas dan menyetujui Rancangan Peraturan Desa bersama Kepala Desa;
- b. Menampung dan menyalurkan aspirasi masyarakat desa;
- c. Melakukan pengawasan kinerja kepala desa;

Selain bersama Badan Permusyawaratan Desa, sesuai dengan undang-undang bahwa kepala desa dibantu oleh perangkat desa. Perangkat desa menurut Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa tercantum dalam Pasal 48. Perangkat desa terdiri atas:

- a. Sekretariat desa;
- b. Pelaksana kewilayahan; dan
- c. Pelaksana teknis.

Pemerintah desa berkewajiban melaksanakan tugas-tugas pemerintahan sesuai dengan kewenangannya. Dalam Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa Pasal 18 disebutkan bahwa kewenangan desa meliputi kewenangan dibidang penyelenggaraan pemerintahan desa, pelaksanaan pembangunan desa, pembinaan kemasyarakatan desa, dan pemberdayaan masyarakat desa, berdasarkan prakarsa masyarakat, hak asal-usul, dan adat istiadat desa.

Untuk melaksanakan tugas-tugas ini diperlukan susunan organisasi dan perangkat desa yang memadai agar mampu menyelenggarakan pemerintahan dengan baik. Dengan demikian susunan organisasi pemerintah desa yang ada saat ini perlu dikembangkan sesuai dengan kebutuhan dalam upaya melaksanakan amanat Undang-Undang Desa.

Penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa desa sebagai kesatuan masyarakat dimana otonominya bagian dari pemerintahan yang berlandaskan pengaturan mengenai keanekaragaman, partisipasi, otonomi asli, demokratisasi, dan pemberdayaan yang memiliki hak dan kewajiban yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa.

C. Tinjauan Pemberdayaan Masyarakat

1. Pengertian Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan berasal dari penerjemahan Bahasa Inggris yaitu “*empowerment*”, yang bermakna “pemberian kekuasaan” karena power bukan sekedar “gaya” tapi juga merupakan “kekuasaan”, sehingga kata “daya” tidak hanya bermakna “mampu” tapi juga “mempunyai kuasa”

Wrihatnolo dan Dwidjowijoto(2007:74)mengemukakan bahwa

“konsep pemberdayaan masyarakat mencakup pengertian *community development* (pembangunan masyarakat) dan *community based development* (pembangunan yang bertumpu pada masyarakat), dan tahap selanjutnya muncul istilah *community driven development* yang diterjemahkan sebagai pembangunan yang diarahkan masyarakat atau diistilahkan sebagai pembangunan yang digerakkan oleh masyarakat...”

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya mempersiapkan masyarakat seiring dengan upaya memperkuat kelembagaan masyarakat agar rakyat mampu mewujudkan kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan dalam suasana keadilan sosial yang berkelanjutan. Selain itu, pemberdayaan masyarakat juga merupakan upaya meningkatkan harkat dan martabat masyarakat yang dalam kondisi sekarang mengalami kesulitan untuk melepaskan diri dari perangkap kemiskinan dan keterbelakangan. Dengan kata lain, pemberdayaan adalah memampukan dan memandirikan masyarakat.

Friedmann dalam Wrihatnolo (2007), menyatakan bahwa konsep pemberdayaan muncul sebagai konsep alternatif pembangunan yang pada intinya menekankan otonomi pengambilan keputusan dari suatu kelompok masyarakat yang berlandaskan sumber daya pribadi, partisipatif, demokratis, dan pembelajaran sosial melalui pengalaman langsung. Konsep pemberdayaan sekaligus mengandung konteks pemihakan kepada lapisan masyarakat yang berada di lapisan paling bawah.

Alfitri (2011:21) mengatakan bahwa paradigma pemberdayaan masyarakat yang mengemukakan sebagai isu sentral dewasa ini muncul sebagai tanggapan atas kenyataan adanya kesenjangan yang belum tuntas terpecahkan terutama antara masyarakat di perdesaan, kawasan terpencil, dan terbelakang. Pemberdayaan pada dasarnya menempatkan masyarakat sebagai pusat perhatian dan sekaligus pelaku utama pembangunan. Paradigma pemberdayaan adalah pembangunan yang berpusat pada rakyat dan merupakan proses pembangunan yang mendorong prakarsa masyarakat yang berakar dari bawah.

Pemberdayaan tidak hanya menumbuhkan dan mengembangkan nilai tambah ekonomi, tetapi juga nilai tambah sosial dan nilai tambah budaya. Artinya, pemberdayaan adalah sebuah konsep pembangunan ekonomi yang merangkum nilai-nilai sosial. Craig dan Mayo dalam Alfitri mengatakan bahwa konsep pemberdayaan termasuk dalam pengembangan masyarakat dan terkait dengan konsep: kemandirian (*self help*), partisipasi (*participation*), jaringan kerja (*networking*), dan pemerataan (*equity*).

Dubois dan Miley dalam Riant.(2007:116) menjelaskan bahwa dasar-dasar pemberdayaan antara lain meliputi:

1. Proses kerjasama antara klien dan pelaksana kerja secara bersama-sama;
2. Memandang sistem klien sebagai komponen dan kemampuan yang memberikan jalan ke sumber penghasilan dan memberikan kesempatan;
3. Klien harus merasa sebagai agen bebas yang dapat memengaruhi;
4. Kompetensi diperoleh atau diperbaiki melalui pengalaman hidup;
5. Meliputi jalan ke sumber-sumber penghasilan dan kapasitas, untuk menggunakannya secara efektif;
6. Sinergis, dinamis, *evolusioner*, dan memiliki banyak solusi;
7. Pencapaian melalui struktur-struktur paralel dari perseorangan dan perkembangan masyarakat.

Secara konseptual, pemberdayaan harus memenuhi enam hal berikut:

1. *Learning by doing*. Pemberdayaan adalah proses belajar, dan terdapat tindakan konkrit yang *kontinyu* dan dampaknya apat terlihat.
2. *Problem solving*. Pemberdayaan harus memberikan pemecahan masalah krusial pada waktu yang tepat.
3. *Self evaluation*. Pemberdayaan harus mampu mendorong masyarakat melakukan evaluasi secara mandiri.
4. *Self development and coordination*. Pemberdayaan agar mendorong pengembangan diri dan melakukan koordinasi dengan pihak lain secara luas.
5. *Self selection*. Pemberdayaan menumbuhkan kemandirian dalam menetapkan langkah kedepan.

6. *Self decisim*. Pemberdayaan membuka kesadaran untuk memilih tindakan yang tepat dengan percaya diri dalam memutuskan sesuatu secara mandiri.

Dengan penjelasan diatas dapat disimpulkan pemberdayaan masyarakat merupakan sebagai konsep pembangunan otonomi masyarakat dengan memperkuat kelembagaan masyarakat agar rakyat mampu menghadapi kendala sulit untuk melepaskan diri dari permasalahan dalam pengembangan masyarakat terkait dengan konsep kemandirian (*self help*), partisipasi (*participation*), jaringan kerja (*networking*), dan pemerataan (*equity*).

2. Strategi Pemberdayaan Masyarakat

Secara teoritis, Wrihatnolo(2007 :119) kecenderungan primer menunjuk pemberdayaan sebagai proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuasaan, kekuatan, atau kemampuan kepada masyarakat agar setiap individu menjadi lebih berdaya. Sebaliknya, kecenderungan sekunder menekankan pada proses memberikan stimulus, dan mendorong individu agar mampu menentukan pilihan hidupnya melalui proses dialog.

Sehubungan dengan deskripsi konseptual di atas, maka minimal terdapat tiga strategi pemberdayaan yang umum dilaksanakan, yakni:

Pertama, pemberdayaan yang hanya berkuat di “daun” dan “ranting” atau pemberdayaan *konformis*. Yaitu pemberdayaan hanya dilihat sebagai upaya peningkatan daya adaptasi terhadap struktur sosial kemasyarakatan yang ada. Bentuk strateginya adalah mengubah sikap mental masyarakat yang tidak berdaya dan pemberian bantuan. Program-program berjenis karitatif dan sinterklas termasuk dalam kategori ini.

Kedua, pemberdayaan yang berkuat di “batang” atau pemberdayaan *reformis*. Konsep ini tidak mempermasalahkan tatanan sosial, ekonomi, politik, dan budaya yang ada, yang terpenting adalah kebijakan operasional. Pemberdayaan yang difokuskan pada upaya peningkatan kinerja operasional dengan membenahi pola kebijakan, peningkatan kualitas SDM, penguatan kelembagaan, dsb.

Ketiga, pemberdayaan yang berkuat di “akar” atau pemberdayaan struktural. Strategi ini melihat bahwa ketidakberdayaan masyarakat adalah karena struktur sosial, politik, budaya, dan ekonomi yang kurang memberikan peluang bagi kaum yang lemah, dengan demikian pemberdayaan ini menempuh strategi melalui transformasi struktural secara mendasar.

Wrihatnolo (2007:2-7) mengemukakan bahwa sebagai proses, pemberdayaan mempunyai 3 (tiga) tahapan yaitu :

1. Tahap pertama yaitu tahap penyadaran, target yang hendak diberdayakan diberi “pencerahan” dalam bentuk penyadaran bahwa mereka mempunyai hak untuk mempunyai “sesuatu”.
2. Tahap selanjutnya adalah tahap pengkapasitan atau *capacity building* atau *enabling* yaitu memberikan kapasitas kepada individu dan kelompok manusia untuk mampu menerima daya atau kekuasaan yang akan diberikan.
3. Tahapan yang terakhir adalah pemberian daya itu sendiri atau *empowerment* dalam makna sempit. Pada tahap ini, target diberikan daya, kekuasaan, otoritas atau peluang.

Menurut Soetomo (2011:72-85) dalam proses pemberdayaan masyarakat pendekatan yang dipergunakan yaitu:

1. *Sentralisasi* menjadi *desentralisasi*. *Desentralisasi* dalam hal ini diarahkan pada bentuk kewenangan masyarakat untuk melakukan kontrol terhadap pengambilan keputusan dan sumber daya. *Desentralisasi* ini berarti mencakup lapisan masyarakat miskin akar rumput, bukan semata berhenti pada elit lokal setempat.
2. *Top down* menjadi *bottom up*. Pendekatan pemberdayaan cenderung mengutamakan alur dari bawah ke atas. Proses dan mekanismenya dapat melalui dua kemungkinan; pertama, identifikasi masalah dan kebutuhan masyarakat direspon sendiri oleh masyarakat bersangkutan dalam bentuk program pembangunan yang direncanakan dan sekaligus dilaksanakan oleh masyarakat. Kedua, identifikasi masalah dan kebutuhan masyarakat diakomodir oleh pemerintah untuk dimasukkan kedalam program pembangunan pemerintah.
3. *Uniformity* menjadi variasi lokal. Pendekatan pemberdayaan sangat memberikan toleransi kepada variasi lokal/kearifan lokal, dengan demikian program-program yang dirumuskan dan dilaksanakan sangat berorientasi pada permasalahan dan kondisi serta potensi setempat.
4. Sistem komando menjadi proses belajar. Pendekatan pemberdayaan memosisikan masyarakat lebih berkedudukan sebagai subyek atau aktor, dalam hal ini, proses belajar yang dilakukan untuk meningkatkan inisiatif merupakan rangkaian pemantapan kapasitas. Peningkatan kapasitas ini bermakna pengakuan akan kemampuan masyarakat untuk melakukan langkah-langkah menuju kemajuan.

5. Ketergantungan menjadi keberlanjutan. Pemberian kewenangan kepada masyarakat dalam pengelolaan pembangunan akan lebih mendorong tumbuh kembangnya inisiatif dan kreatifitas yang memacu keberlanjutan.
6. *Social exclusion* menjadi *social inclusion*. Seluruh lapisan masyarakat terutama lapisan bawah, mendapatkan peluang yang sama dalam berpartisipasi pada semua proses kehidupan, dalam mengakses semua pelayanan, serta dalam mengakses sumber daya dan informasi.
7. *Improvement* menjadi *transformation*. *Improvement* berarti memfokuskan perbaikan hanya dalam cara kerja dan proses produksi tanpa melakukan perubahan pada tataran struktur, sedangkan pendekatan pemberdayaan lebih menekankan pada *transformation*, dimana fokus perubahan adalah pada level sistem dan struktur sosialnya.

Berdasarkan beberapa konsep mengenai proses pemberdayaan masyarakat yang dikemukakan beberapa ahli tersebut, dalam penelitian ini peneliti lebih mengacu pada konsep pemberdayaan masyarakat Menurut Soetomo dalam penelitian ini, yaitu :

1. *Sentralisasi* menjadi *desentralisasi*
2. *Top down* menjadi *bottom up*
3. *Uniformity* menjadi variasi lokal
4. Sistem komando menjadi proses belajar
5. Ketergantungan menjadi keberlanjutan
6. *Social exclusion* menjadi *social inclusion*
7. *Improvement* menjadi *transformation*

Alasan peneliti menggunakan konsep proses pemberdayaan masyarakat tersebut karena peneliti ingin mendeskripsikan dan menganalisis tujuan dari pemberdayaan yang ingin dicapai oleh Desa *Stunting* Buyut Udik dalam program-program yang dinyatakan dengan kegiatan-kegiatan yang mendukung tercapainya tujuan. Peneliti memfokuskan pada konsep Soetomo point 5-7 dikarenakan pada point 1-4 sudah dilakukan di Desa Buyut Udik pada Rencana Aksi Desa.

D. Tinjauan *Stunting*

1. Pengertian *Stunting*

Saryono (2010) *Stunting* adalah kegagalan untuk mencapai pertumbuhan yang optimal, diukur berdasarkan TB/U (tinggi badan menurut umur) *Stunting* atau malnutrisi kronik merupakan bentuk lain dari kegagalan pertumbuhan. *Stunting* adalah gangguan pertumbuhan fisik yang sudah lewat, berupa pencegahan kecepatan pertumbuhan dalam perkembangan manusia yang merupakan dampak utama dari gizi kurang. Gizi kurang merupakan hasil dari ketidakseimbangan faktor-faktor pertumbuhan (faktor internal dan eksternal). Gizi kurang dapat terjadi selama beberapa periode pertumbuhan seperti, masa kehamilan, masa perinatal, masa menyusui, bayi dan masa pertumbuhan (masa anak). Hal ini juga bisa disebabkan karena defisiensi dari berbagai zat gizi, misalnya mikronutrien, protein atau energi.

Supriasa, (2003) Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran dan fungsi tingkat sel, organ maupun individu, yang diukur dengan ukuran berat (gram, pound, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan *metabolik* (retensi kalsium, dan nitrogen tubuh).

Pertumbuhan adalah peningkatan secara bertahap dari tubuh, organ dan jaringan dari masa konsepsi sampai remaja.

2. Indikator *Stunting*

Tinggi badan menurut umur (TB/U) adalah indikator untuk mengetahui seseorang anak *Stunting* atau normal. Tinggi badan merupakan ukuran antropometri yang menggambarkan pertumbuhan skeletal. Dalam keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring pertambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Indeks TB/U menggambarkan status gizi masa lampau serta erat kaitannya dengan sosial ekonomi.

Salah satu metode penilaian status gizi secara langsung yang paling populer dan dapat diterapkan untuk populasi dengan jumlah sampel besar adalah antropometri. Di Indonesia antropometri telah digunakan secara luas sebagai alat untuk menilai status gizi masyarakat dan pertumbuhan perorang pada beberapa dasawarsa belakang ini.

Antropometri sebagai indikator status gizi dapat dilakukan dengan mengukur beberapa parameter, sedangkan parameter adalah ukuran tunggal dari ukuran tubuh manusia. Tinggi badan merupakan parameter yang penting bagi keadaan yang telah lalu dan keadaan sekarang. Pengukurang tinggi badan atau panjang badan pada anak dapat dilakukan dengan alat pengukur tinggi/panjang badan dengan presisi 0.1 cm.

Penggunaan indeks TB/U memiliki beberapa kelebihan antara lain 1) merupakan indikator yang baik untuk mengetahui kurang gizi pada masa lampau. 2) Alat

mudah dibawa-bawa, murah. 3) Pengukuran objektif. Sedangkan kelemahannya antara lain : 1) dalam penilaian intervensi harus disertai dengan indeks lain (seperti BB/U), karena perubahan tinggi badan tidak banyak terjadi dalam waktu singkat, 2) ketepatan umur sulit didapat.

Indikator TB/U memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronik sebagai akibat dari keadaan berlangsung lama, misalnya kemiskinan, perilaku hidup sehat dan pola asuh/pemberian makanan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek (Risksdas, 2014).

3. Faktor-faktor yang Memengaruhi *Stunting*

Soetjningsih (2012:98) Bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram, tanpa memandang usia kehamilan. Bayi yang lahir dengan BBLR tergolong bayi dengan resiko tinggi, karena angka kesakitan dan kematiannya tinggi. Oleh karena itu pencegahan BBLR adalah sangat penting, dengan pemeriksaan prenatal yang baik dan memerhatikan kebutuhan gizi ibu. Dikatakan bahwa bayi yang lahir dengan BBLR kurang baik karena pada bayi BBLR telah terjadi retardasi pertumbuhan sejak di dalam kandungan, lebih-lebih jika tidak mendapat nutrisi yang baik setelah lahir.

Menurut Sitohang (2004) bayi berat lahir rendah (BBLR) dibagi menjadi dua golongan, yaitu :

a. Prematur

Bayi yang dilahirkan dengan masa gestasi < 37 minggu dan berat badan \leq 2500 gram. Biasanya kelahiran *premature* ini disebabkan oleh ibu yang mengalami

perdarahan antepartum, trauma fisik, psikologis, usia ibu terlalu muda (20 tahun), multigravida dengan jarak kehamilan dekat, keadaan ekonomi rendah dan kehamilan ganda atau hidramnion.

b. Dismatur

Bayi lahir kecil dengan berat badan seharusnya untuk masa gestasi. Kondisi ini dapat terjadi preterm, aterm, maupun posterm. Dalam hal ini bayi mengalami retardas pertumbuhan intra uterin dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilannya. Bayi kecil masa kehamilan sering disebut juga dengan *intra uterin growth retardation* (IUGR).

Ada dua bentuk IUGR yaitu :

- 1) Proportionate IUGR, janin lahir dengan berat, panjang, dan lingkaran kepala dalam proporsi yang seimbang, akan tetapi keseluruhannya masih dibawah masa gestasi yang sebenarnya.
- 2) Disproportionate IUGR, janin lahir dengan panjang, dan lingkaran kepala normal akan tetapi berat tidak sesuai dengan masa gestasi.

Bayi yang lahir dengan berat badan lahir rendah sering mengalami masalah sukar bernafas, reflek menghisap dan menelan belum sempurna, mudah mengalami hipotermia jika tidak dalam inkubator, mudah terkena infeksi. Gambaran klinis bayi BBLR antara lain fisiknya masih lemah, kepala lebih besar dari badannya, kulit tipis, rambut tipis dan halus, genitalia belum sempurna, ubun-ubun lebar, tulang rawan elastis kurang, otot-otot masih hipotonik dan pernafasan belum teratur.

Data Nasional tentang gizi ibu sangat tidak tersedia, tetapi berat lahir rendah dan anemia memberikan sebuah indikasi. Berat anak saat lahir merupakan akibat langsung dari status kesehatan dan gizi ibu sebelum dan selama kehamilan. Secaranasional, proporsi anak dengan berat lahir rendah pada tahun 2010 (11% dengan berat badan kurang dari 2.500 gram) tidak menunjukkan perubahan signifikan sejak tahun 2007. Di empat belas provinsi, prevalensi berat lahir rendah meningkat dari tahun 2007 sampai 2010 (UNICEF Indonesia, 2012).

Menurut Nurlinda (2013) yang mengutip pendapat Reyes (2005), banyak faktor yang mempengaruhi kejadian BBLR terutama yang berkaitan dengan ibu selama masa kehamilan. Berat badan ibu < 50 kg, keluarga yang tidak harmonis termasuk didalamnya kekerasan dalam rumah tangga dan tidak adanya dukungan dari keluarga selama masa kehamilan, gizi ibu buruk selama masa kehamilan, kenaikan berat badan ibu kurang dari 7 kg selama hamil, infeksi kronik, tekanan darah tinggi selama hamil, kadar gula darah ibu tinggi, merokok, alkohol, serta genetik merupakan faktor penyebab bayi yang dilahirkan BBLR.

Berbagai faktor yang mempengaruhi BBLR yaitu jenis kelamin bayi, ras, keadaan plasenta, umur ibu, aktivitas ibu, kebiasaan merokok, paritas, jarak kehamilan, tinggi badan dan berat badan ibu sebelum kehamilan, keadaan sosial ekonomi, gizi, pemanfaatan pelayanan kesehatan dan penambahan berat badan ibu selama kehamilan.

Turhayati,(2006 :140-143) Penyebab terbanyak terjadinya BBLR adalah kelahiran prematur. Faktor ibu yang lain yaitu umur, paritas dan lain-lain. Faktor plasenta seperti penyakit vaskuler, kehamilan kembar serta faktor janin juga merupakan

penyebab terjadinya BBLR. Faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya persalinan prematur atau berat badan lahir rendah adalah:

1. Faktor Ibu
 - a. Gizi saat hamil yang kurang
 - b. Umur kurang dari 20 tahun atau di atas 35 tahun
 - c. Jarak hamil dan bersalin terlalu dekat
 - d. Penyakit menahun ibu seperti hipertensi, jantung, gangguan pembuluh darah
 - e. Merokok
 - f. Faktor pekerjaan yang terlalu berat.
2. Faktor Kehamilan
 - a. Hamil dengan hidramnion
 - b. Hamil ganda
 - c. Perdarahan antepartum
 - d. Komplikasi hamil : pre-eklamsia/eklamsia, ketuban pecah dini.
3. Faktor Janin
 - a. Cacat bawaan
 - b. Infeksi dalam rahim.

E. Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan

Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan merupakan suatu gerakan percepatan perbaikan gizi yang diadopsi dari gerakan *Scaling Up-Nutrition (SUN) Movement*. Gerakan *Scaling Up-Nutrition (SUN) Movement* merupakan suatu gerakan global di bawah koordinasi Sekretaris Jenderal PBB. Hadirnya gerakan ini merupakan respons dari negara-negara di dunia terhadap kondisi status pangan dan gizi di

negara berkembang. Tujuan global dari *SUN Movement* adalah untuk menurunkan masalah gizi pada 1000 HPK yakni dari awal kehamilan sampai usia 2 tahun. Periode 1000 HPK ini telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan seseorang, oleh karena itu periode ini sering disebut sebagai “periode emas” (Kementerian Koordinator Pembangunan Manusia Dan Kebudayaan Republik Indonesia, 2017). Pemenuhan asupan gizi pada 1000 HPK anak sangat penting. Jika pada rentang usia tersebut anak mendapatkan asupan gizi yang optimal maka pencegahan status gizi anak bisa dicegah sejak awal. Adapun titik kritis yang harus diperhatikan selama periode 1000 HPK adalah sebagai berikut :

1. Periode dalam kandungan (280 hari)

Wanita hamil merupakan kelompok yang rawan gizi. Oleh sebab itu penting untuk menyediakan kebutuhan gizi yang baik selama kehamilan agar ibu hamil dapat memperoleh dan mempertahankan status gizi yang optimal sehingga dapat menjalankan kehamilan dengan aman dan melahirkan bayi dengan potensi fisik dan mental yang baik, serta memperoleh energi yang cukup untuk menyusui kelak.

Arisman(2004 :180-195).Telah diketahui bahwa kebutuhan zat gizi akan meningkat selama kehamilan, yaitu tambahan energi sekitar 300 kkal per hari, pertambahan energi terutama di trimester II. Penambahan konsumsi energi ini diperlukan untuk pertumbuhan jaringan ibu, seperti penambahan volume darah, pertumbuhan uterus dan payudara, serta penumpukan lemak. Sepanjang trimester III, energi tambahan dipergunakan untuk pertumbuhan janin dan plasenta.

Purwitasri(2009)Kebutuhan protein juga mengalami peningkatan selama kehamilan yaitu hingga 68%. Protein diperlukan untuk pembentukan jaringan baru dan pertumbuhan organ-organ pada janin, perkembangan kandungan ibu, pertumbuhan plasenta, cairan amnion serta penambahan volume darah. Kekurangan asupan protein dapat berdampak buruk terhadap janin seperti cacat bawaan, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan keguguran.

Arisman (2004:182) Kebutuhan zat gizi mikro seperti zat besi, asam folat, dan kalsium juga meningkat. Untuk kebutuhan zat besi selama kehamilan mengalami peningkatan sebesar 200% sampai 300%. Hal ini diperlukan untuk pembentukan plasenta dan pembentukan sel darah merah. Untuk menjaga agar tidak kekurangan zat besi maka wanita hamil disarankan untuk menelan sebanyak 90 tablet besi selama kehamilan. WHO (2006) menegaskan bahwa semua wanita hamil di daerah prevalensi tinggi gizi buruk harus secara rutin menerima suplemen zat besi dan folat, untuk mencegah anemia. Angka kecukupan asam folat yang direkomendasikan untuk ibu hamil adalah 600 µg per hari. Asam folat merupakan vitamin B9 yang memegang peranan penting dalam perkembangan embrio, juga membantu mencegah cacat pada otak dan tulang belakang. Pada ibu hamil, asam folat memiliki peranan penting dalam pembentukan satu per tiga sel darah merah

Ibu hamil yang berusia lebih dari 25 tahun membutuhkan kalsium kira-kira 1200 mg/hari dan cukup 800 mg/hari untuk yang berusia lebih muda. Kalsium di gunakan untuk menunjang pembentukan tulang dan gigi serta persendian

janin. Jika ibu hamil kekurangan kalsium, maka kebutuhan kalsium akan diambil dari cadangan kalsium pada tulang ibu, ini akan mengakibatkan tulang keropos atau osteoporosis dan tidak jarang ibu hamil yang mengeluh giginya merapuh atau mudah patah.

Kebutuhan yodium penting selama kehamilan. Yodium merupakan bahan dasar hormon tiroksin yang berfungsi dalam pertumbuhan dan perkembangan otak bayi. Ibu hamil dianjurkan untuk menambah asupan yodiumnya sebesar 50 µg/ hari dari kebutuhan sebelum hamil yang hanya 150 µg/ hari.

2. Periode 0 – 6 bulan (180 hari)

Handy, F (2010) Ada dua hal penting dalam periode ini yaitu melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif. Inisiasi menyusui dini adalah memberikan kesempatan kepada bayi baru lahir untuk menyusui sendiri pada ibunya dalam satu jam pertama kelahirannya. Prosesnya bayi diletakkan di atas dada ibu segera setelah lahir untuk mencari puting susu ibu dan mulai menyusui untuk pertama kalinya. Dengan dilakukannya IMD maka kesempatan bayi untuk mendapatkolostrum semakin besar. Kolostrum merupakan ASI terbaik yang keluar pada hari ke 0-5 setelah bayi lahir yang mengandung antibodi (zat kekebalan) yang melindungi bayi dari zat yang dapat menimbulkan alergi atau infeksi.

ASI eksklusif adalah pemberian ASI setelah lahir sampai bayi berumur 6 bulan tanpa pemberian makanan lain. Tindakan ini akan terus merangsang produksi ASI sehingga pengeluaran ASI dapat mencukupi kebutuhan bayi dan

bayi akan terhindar dari diare. WHO, 2006 menyatakan bahwa ASI eksklusif selama enam bulan pertama hidup bayi adalah yang terbaik.

3. Periode 6 – 24 bulan (540 hari)

Pudjiadi. S (2005) Mulai usia 6 bulan ke atas, anak mulai diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) karena sejak usia ini, ASI saja tidak mencukupi kebutuhan anak. Pengetahuan dalam pemberian MP ASI menjadi sangat penting mengingat banyak terjadi kesalahan dalam praktek pemberiannya, seperti pemberian MP ASI yang terlalu dini pada bayi yang usianya kurang dari 6 bulan. Hal ini dapat menyebabkan gangguan pencernaan atau diare. Sebaliknya, penundaan pemberian MP ASI akan menghambat pertumbuhan bayi karena alergi dan zat-zat gizi yang dihasilkan dari ASI tidak mencukupi kebutuhan lagi sehingga akan menyebabkan kurang gizi.

1. Kegiatan 1000 Hari Pertama Kehidupan

Pedoman Perencanaan Program Gizi pada 1000 HPK menjelaskan bahwa gizi 1000 HPK terdiri dari 2 jenis kegiatan, yaitu intervensi spesifik dan intervensi sensitif. Kedua intervensi ini sangat baik bila mampu berjalan beriringan karena akan berdampak *sustainable* dan jangka panjang.

a. Kegiatan *Intervensi Spesifik*

Tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Kegiatan ini pada umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan, seperti pada kelompok khusus ibu hamil dilakukan kegiatan suplementasi besi folat, pemberian makanan pada ibu Kekurangan Energi Kronis (KEK), penanggulangan kecacingan pada ibu hamil, pemberian kelambu

berinsektisida dan pengobatan bagi ibu hamil yang positif malaria. Kelompok 0-6 bulan dilakukan kegiatan promosi menyusui dan ASI eksklusif (konseling individu dan kelompok) dan untuk kelompok 7-23 bulan, promosi menyusui tetap diberikan, KIE perubahan perilaku untuk perbaikan MP-ASI, suplementasi zink, zink untuk manajemen diare, pemberian obat cacing, fortifikasi besi, pemberian kelambu berinsektisida dan malaria. Intervensi spesifik bersifat jangka pendek, hasilnya juga dapat dicatat dalam waktu yang relatif pendek.

b. Kegiatan *Intervensi Sensitif*

Intervensi gizi sensitif merupakan berbagai kegiatan yang berada di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Namun apabila dilaksanakan secara khusus dan terpadu dengan kegiatan spesifik, dampaknya terhadap keselamatan proses pertumbuhan dan perkembangan kelompok 1000 HPK akan semakin baik. Intervensi gizi sensitif meliputi, penyediaan air bersih dan sanitasi, ketahanan pangan dan gizi, keluarga berencana, jaminan kesehatan masyarakat, jaminan persalinan dasar, fortifikasi pangan, pendidikan gizi masyarakat, intervensi untuk remaja perempuan dan pengentasan kemiskinan (Kemenko Kesra RI, 2014).

Dokumen *SUNdi Inggris* menyebutkan bahwa intervensi gizi spesifik yang umumnya dilaksanakan oleh sektor kesehatan hanya 30% efektif mengatasi masalah gizi 1000 HPK. Hal ini karena kompleksnya masalah gizi khususnya masalah beban ganda, yaitu kombinasi antara anak kurus, pendek gemuk dan penyakit tidak menular (PTM), yang terjadi pada waktu yang relatif sama di masyarakat miskin, penuntasan 70% memerlukan keterlibatan banyak sektor pembangunan diluar sektor kesehatan (Kemenko Kesra RI, 2014).

F. Kerangka Pikir

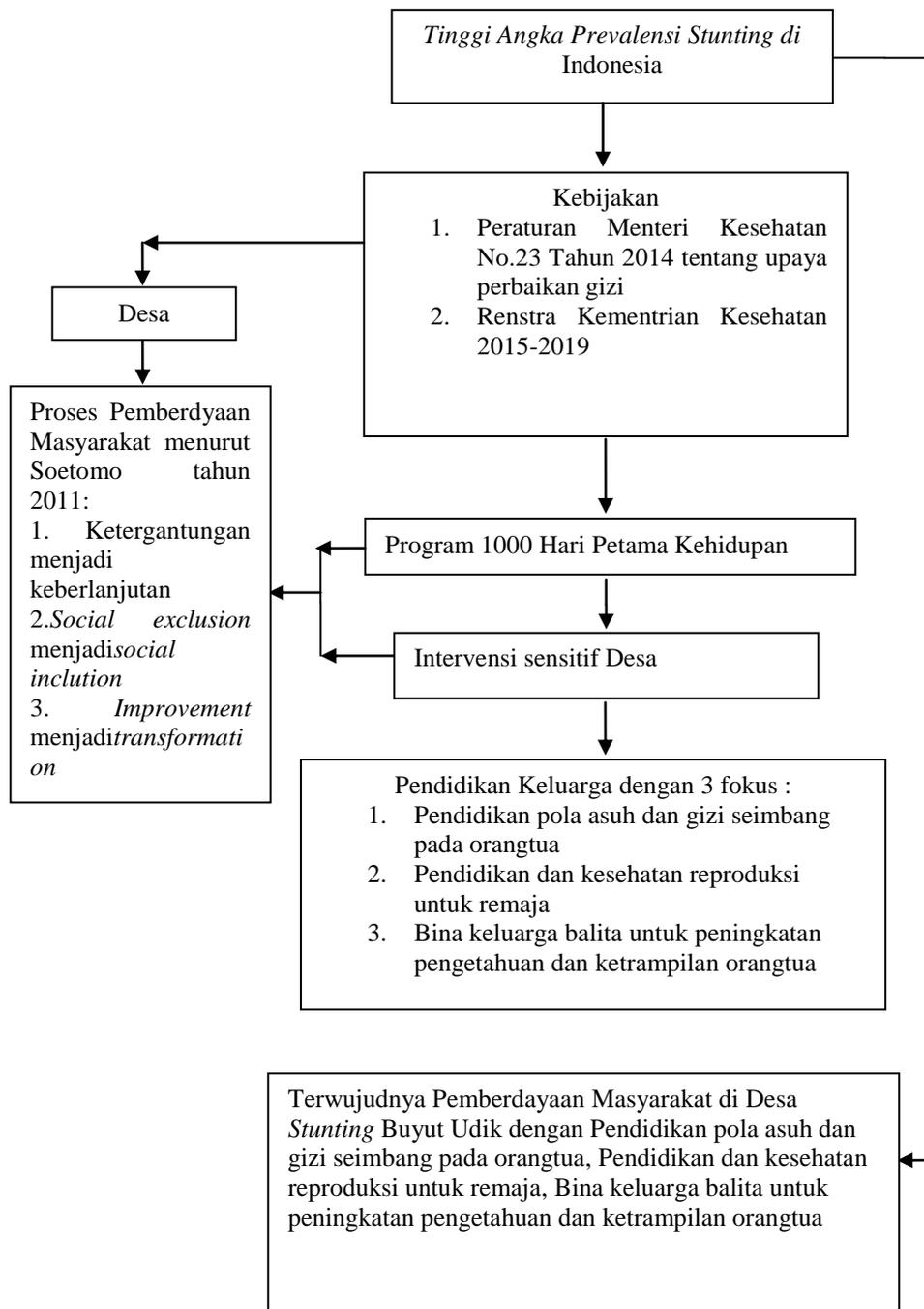
Indonesia memiliki tingkat kesehatan rendah. Salah satu masalah yang masih menjadi pekerjaan rumah di berbagai negara, khususnya Indonesia adalah Tingginya *Prevalensi Stunting*. Dalam menangani masalah tersebut diperlukan peran pemerintah sebagai penyedia kepentingan rakyat. Pemerintah Mengeluarkan regulasi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi dan RPJMN tahun 2015-2019.

Program ini kemudian menjadi amanah bagi setiap daerah, termasuk Provinsi Lampung terutama Lampung Tengah, melalui Badan Perencanaan pembangunan Nasional (Bappenas). Sebagai lembaga yang menangani *Stunting* Lampung Tengah, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah menjalankan program gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan. Yang bertujuan untuk menurunkan masalah gizi pada 1000 HPK yakni dari awal kehamilan sampai usia 2 tahun. Berdasarkan regulasi yang telah dirancang oleh pemerintah lahir lah program yaitu Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan. Kegiatan dinyatakan berhasil terdiri dari 2 jenis kegiatan, yaitu *intervensi spesifik* dan *intervensi sensitif*.

Berjalannya suatu program tidak terlepas dari pemberdayaan masyarakat desa yang terlibat langsung dalam permasalahan. Dengan adanya pemberdayaan masyarakat desa maka implementasi program gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dengan jenis kegiatan *Intervensi sensitif* yang berfokus pada pendidikan keluarga yaitu Pendidikan pola asuh dan gizi seimbang pada orangtua, Pendidikan dan kesehatan reproduksi untuk remaja, Bina keluarga balita

untuk, peningkatan pengetahuan dan ketrampilan orangtua dapat sukses untuk meujudkan pemberdayaan *prevalensi Stunting* di Desa Buyut Udik.

Mengetahui proses pemberdayaan masyarakat tersebut maka peneliti menggunakan konsep Menurut Soetomo, yaitu: 1. Ketergantungan menjadi keberlanjutan. Pemberian kewenangan kepada masyarakat dalam pengelolaan pembangunan akan lebih mendorong tumbuh kembangnya inisiatif dan kreatifitas yang memacu keberlanjutan. 2. *Social exclusion* menjadi *social inclusion*. Seluruh lapisan masyarakat terutama lapisan bawah, mendapatkan peluang yang sama dalam berpartisipasi pada semua proses kehidupan. 3. *Improvement* menjadi *transformation*. Improvement berarti memfokuskan perbaikan hanya dalam cara kerja dan proses produksi.



Gambar 1. Bagan Kerangka Pikir

(Diolah oleh Peneliti 2019)

III. METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara atau jalan yang ditempuh sehubungan dengan penelitian yang dilakukan, yang memiliki langkah-langkah yang sistematis. Metode penelitian mencakup prosedur dan teknik penelitian. Metodologi penelitian akan lebih baik jika disesuaikan dengan subjek/objek penelitian. Metodologi yang tidak tepat dalam melakukan penelitian akan menimbulkan kerancuan yang pada akhirnya menyebabkan hasil penelitian tidak valid dan tidak bisa dipertanggungjawabkan. Dalam Metodologi Penelitian terdapat beberapa pokok yang akan dibahas yaitu Pendekatan dan Tipe Penelitian, Fokus Penelitian, Lokasi Penelitian, Teknik Pengumpulan Data, Teknik Analisis Data, dan Teknik Keabsahan Data.

A. Tipe dan Pendekatan Penelitian

Penelitian ini merupakan sebuah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Bogdan dan Taylor dalam Moleong (2017:4) mendefinisikan penelitian kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Lebih lanjut Moleong (2017:11) mengemukakan bahwa data yang dikumpulkan dalam penelitian deskriptif adalah berupa kata-kata, gambar, dan bukan angka-angka.

Pemberdayaan Masyarakat Desa *Stunting* Buyut Udik melalui Program Penguatan 1000 Hari Pertama Kehidupan di Kabupaten Lampung Tengah serta Pencapaian. Deskripsi dan analisa tersebut hanya dapat diperoleh melalui pengamatan pada ucapan dan perilaku orang yang diamati, kemudian penjelasannya berupa teks narasi dan bukan angka.

Alasan tersebut sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Bogdan dan Taylor dalam Sujarweni(2014,6) bahwa penelitian kualitatif adalah salah satu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa ucapan atau tulisan dan perilaku orang-orang yang diamati. Kemudian penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang menghasilkan penemuan-penemuan yang tidak dapat dicapai atau diperoleh dengan menggunakan prosedur-prosedur statistik atau cara-cara lain dari kuantifikasi.

B. Fokus Penelitian

Fokus penelitian merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam penelitian kualitatif. Fokus dari penelitian ini antara lain:

1. Proses Pemberdayaan Menurut Soetomo dalam pendekatan yang dipergunakan yaitu:
 - a. Ketergantungan menjadi keberlanjutan. Pemberian kewenangan kepada masyarakat Desa Buyut Udik dalam pengelolaan pembangunan pemberdayaan masyarakat dengan terlaksananya RAD akan lebih mendorong tumbuh kembangnya inisiatif dan kreatifitas yang memacu keberlanjutan pada Desa Buyut Udik.

- b. *Social exclusion* menjadi *social inclusion*. Seluruh lapisan masyarakat Desa Buyut Udik terutama lapisan bawah, mendapatkan peluang yang sama dalam berpartisipasi pada semua proses pemberdayaan masyarakat, dalam mengakses semua pendidikan keluarga untuk mengatasi *stunting*.
- c. *Improvement* menjadi *transformation*. Pendekatan pemberdayaan masyarakat mengatasi *stunting* lebih menekankan pada *transformation* dimana Desa Buyut Udik menjadikan fokus perubahan adalah pada level sistem dan struktur sosialnya.

C. Lokasi Penelitian

Menurut Moleong (2017:128) cara terbaik yang perlu ditempuh dalam menentukan lapangan penelitian ialah dengan jalan mempertimbangkan teori substantive dengan mempelajari serta mendalami focus serta rumusan masalah penelitian; untuk itu pergilah dan jajakilah lapangan untuk melihat apakah terdapat kesesuaian dengan kenyataan yang ada di lapangan. Sementara itu, geografis dan praktis seperti waktu, biaya dan tenaga perlu juga dipertimbangkan dalam menentukan lokasi penelitian. Lokasi penelitian adalah tempat dimana penelitian akan dilakukan. Tempat peneliti melakukan penelitian pada objek penelitian yaitu pada Desa *Stunting* Buyut Udik pada Kabupaten Lampung Tengah dimana angka *Stunting* tertinggi yaitu pada angka 56,10 persen dengan 41 anak pada Desa Buyut Udik yang mengalami *Stunting* 32 orang. Lebih dari setengah anak yang berada di Desa Buyut Udik mengalami *Stunting*.

Dengan adanya lebih dari setengah jumlah anak yang terkena *stunting* ini menjadikan Desa Buyut Udik menjadi masalah utama dalam mengatasi *Stunting*.

Sehingga Desa Buyut Udik memiliki tugas pokoknya adalah melaksanakan program-program desa dibidang pemerintahan yang berfokus pada pendidikan. Salah satu fungsi Desa Buyut Udik adalah Pemberdayaan Masyarakat.

D. Sumber Data

Sumber Data adalah subjek dari mana asal data penelitian itu diperoleh. Berdasarkan sumbernya, data dibagi menjadi:

1. Data Primer, yaitu data yang diperoleh dari responden melalui kuesioner, kelompok fokus, dan panel, atau juga data hasil wawancara peneliti dengan narasumber. Data primer dalam penelitian ini berupa data hasil wawancara dan observasi mengenai proses pemberdayaan masyarakat desa *Stunting* melalui Program 1000 Hari Pertama Kehidupan
2. Data Sekunder, yaitu data yang didapat dari catatan, buku, laporan pemerintah, artikel, buku-buku sebagai teori, dan lain sebagainya. Data sekunder dalam penelitian ini adalah intruksi presiden dan peraturan Menteri yang menjadi dasar Program 1000 Hari Pertama Kehidupan.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang dilakukan peneliti untuk mengungkap atau menjangkau informasi dari responden sesuai lingkup penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

1. Wawancara

Menurut Moleong (2017:186) Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara yang

mengajukan pertanyaan dan terwawancara yang memberikan jawaban atas pertanyaan tersebut. Menurut Tresiana (2013:97) dalam wawancara kita dihadapkan kepada dua hal : pertama, kita harus secara nyata mengadakan interaksi dengan informan, kedua, kita menghadapi kenyataan, adanya pandangan orang lain yang mungkin berbeda dengan pandangan kita sendiri. Karenanya masalah yang kita hadapi ialah, *“bagaimana cara berinteraksi dengan orang lain, dan bagaimana kita mengolah pandangan yang mungkin berbeda itu”*.

Terdapat beberapa informan yang menjadi sumber data primer dalam penelitian ini dan dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Informan Penelitian

| No | Informan | Substansi Wawancara | Jumlah Responden |
|----|-------------------------------|---|------------------|
| 1 | Kepala Desa Buyut Udik | Aktor yang berperan dalam formulasi rencana dan program 1000 Hari Pertama Kehidupan | 1 |
| 2 | Bidan Desa | Pelaksana Program 1000 Hari Pertama Kehidupan | 1 |
| 3 | Kader Desa | Pendidikan mengenai Ibu dan Anak | 2 |
| 4 | Masyarakat | Penerima Pemberdayaan Masyarakat | 2 |
| 5 | Ibu Hamil dan Menyusui | Pelaksana Gerakan 1000 HPK | 1 |
| 6 | Kepala Puskesmas Gunung Sugih | Aktor yang berperan dalam Evaluasi dan Monitoring Pemberdayaan Masyarakat | 1 |

Peneliti memilih informan yang benar-benar memahami dan berdasarkan kesesuaian dengan objek penelitian, sehingga data yang diperoleh valid dan detail. Peneliti memilih tiga informan dari masyarakat sebagai sasaran program dengan pertimbangan bahwa informan tersebut sudah cukup mewakili sasaran program yang diimplementasikan di Kabupaten Lampung Tengah.

2. Observasi

Observasi adalah pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada objek penelitian untuk memperoleh data-data yang akurat. Peneliti melakukan observasi mengenai implementasi rencana strategi, pelaksana, program dan kegiatan, tujuan, dan sasaran yang berkaitan dengan Pemberdayaan Masyarakat Desa *Stunting* Buyut Udik melalui Program Penguatan 1000 Hari Pertama Kehidupan di Kabupaten Lampung Tengah.

3. Dokumentasi

Menurut Tresiana (2013:207) Data dalam penelitian kualitatif kebanyakan diperoleh dari sumber manusia, melalui observasi dan wawancara. Akan tetapi ada sumber bukan manusia diantaranya dokumen, foto, dan bahan statistik. Dokumen terdiri dari tulisan pribadi seperti buku harian, surat-surat dan dokumen resmi.

Dokumen yang akan dibutuhkan peneliti untuk penelitian ini yaitu dokumen yang relevan yang terkait dengan Program Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan di Kabupaten Lampung Tengah, serta foto-foto kegiatan dan pelaksanaan Pemberdayaan Masyarakat Desa Buyut Udik melalui Program Penguatan 1000 Hari Pertama Kehidupan di Kabupaten Lampung Tengah serta dokumen-dokumen yang terkait dengan masalah Program tersebut.

Tabel 6. DataDokumen Penelitian

| No | Nama Dokumen | Sumber Dokumen |
|----|---|--------------------------------|
| 1 | Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.23 Tahun 2014 tentang upaya perbaikan gizi. | Dinas Kesehatan Lampung Tengah |
| 2 | RPJMN tahun 2015-2019 | Dinas Kesehatan Lampung Tengah |
| 3 | Buku Saku Status Gizi 2017 | Dinas Kesehatan Lampung Tengah |
| 4 | Data Posyandu 2018 | Desa Buyut Udik |

F. Teknik Analisis Data

Analisis data kualitatif menurut Tresiana (2013:115) merupakan proses penyusunan data agar dapat ditafsirkan. Keegiatannya meliputi mulai dari penyusunan data, menafsirkan dan menginterpretasikan data. Menyusun data, berarti menggolongkannya dalam pola, tema atau kategori. Menafsirkan data, berarti memberikan makna kepada analisis, menjelaskan pola atau kategori, mencari hubungan antara berbagai konsep. Interpretasi menggambarkan perspektif atau pandangan peneliti.

Dalam penelitian ini teknik analisis data yang digunakan adalah teknik analisis data menurut Miles dan Huberman teknik analisis data tersebut meliputi langkah-langkah sebagai berikut: (Tresiana, 2013:119) yaitu:

1. Tahap Analisis Pertama

Tahap pertama yaitu pengumpulan data, yaitu semua kegiatan yang dilakukan untuk mengumpulkan data/informasi.

2. Tahap Analisis Kedua

Tahap kedua yaitu reduksi data, yaitu proses pemilihan, pemilahan, fokus, penyederhanaan, abstraksi dan transformasi data mentah yang ada dalam semua bentuk catatan dan dokumen lapangan. Dalam tahapan ini peneliti memilah-milah mana data yang dibutuhkan dalam pemberdayaan masyarakat desa buyut udik. Kemudian peneliti akan memisahkan data yang tidak perlu dan memfokuskan data yang benar-benar berhubungan dengan pemberdayaan masyarakat.

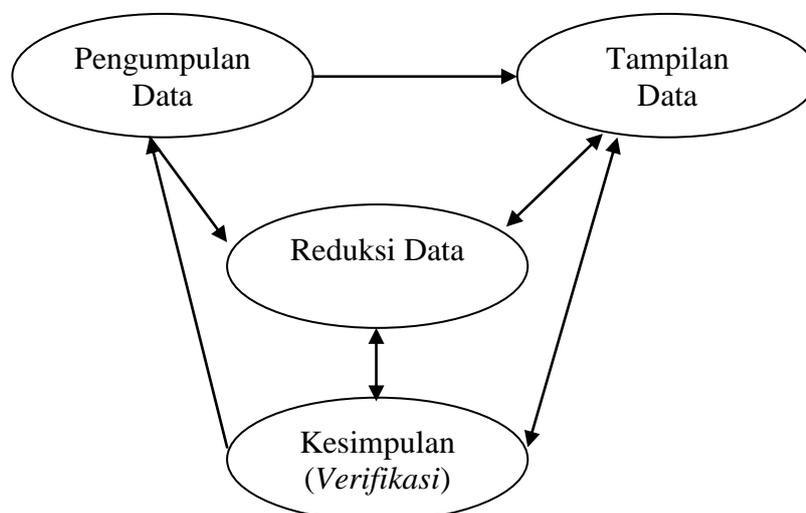
3. Tahap Analisis Ketiga

Tahap selanjutnya yaitu tampilan data (*data display*), yaitu kegiatan penyajian

data/informasi dalam bentuk yang terorganisasi dengan baik sehingga kegiatan pembuatan kesimpulan dalam bentuk narasi atas kategori dan pola tertentu menurut pandangan informan dapat dilakukan.

4. Tahap analisis keempat

Tahap terakhir yaitu membuat kesimpulan, kegiatan pembuatan kesimpulan dalam bentuk narasi atau kategori dan pola tertentu menurut pandangan informan. Pada penelitian ini penarikan kesimpulan dilakukan dengan pengambilan inti sari dari rangkaian hasil penelitian berdasarkan wawancara dan dokumentasi hasil penelitian. Kesimpulan akhir dalam penelitian ini berupa teks naratif yang mendeskripsikan pemberdayaan masyarakat desa buyut udik. Berikut ini merupakan gambaran model interaktif yang diajukan Miles dan Huberman dalam Tresiana (2013:119) :



Gambar 2. Analisis Data dan Interaksi antar Komponen.
sumber :Tresiana, 2013:119

G. Teknik Keabsahan Data

Teknik keabsahan data dalam penelitian ini didasarkan atas sejumlah kriteria, yaitu: Keabsahan data merupakan validitas dari data yang diperoleh. Menurut Moleong untuk menentukan keabsahan data dalam penelitian kualitatif harus memenuhi beberapa persyaratan, yaitu dalam pemeriksaan data dan menggunakan kriteria (Moleong, 2017:324)

1. Teknik memeriksa Derajat Kepercayaan (*Credibility*)

Keabsahan data dalam penelitian ini kriteria keabsahan data yang digunakan adalah kriteria derajat kepercayaan, penerapan derajat kepercayaan pada dasarnya menggantikan konsep *validitas* internal dan nonkualitatif. Kemudian untuk memeriksa derajat kepercayaan digunakan metode triangulasi yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan hal diluar data untuk memeriksa atau membandingkan data berdasarkan sumber data primer maupun data sekunder. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan triangulasi data dengan cara membandingkan hasil wawancara, dokumentasi, dan observasi.

2. Teknik Memeriksa Keteralihan Data (*Transferability*)

Teknik ini dilakukan dengan menggunakan uraian rinci, yaitu dengan melaporkan hasil penelitian seteliti dan secermat mungkin yang menggambarkan konteks tempat penelitian diselenggarakan. Derajat keteralihan dapat dicapai lewat uraian yang cermat, rinci, tebal atau mendalam serta adanya kesamaan konteks antara pengirim dan penerima. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan pemeriksaan keteralihan data dengan cara tabulasi data yang dihasilkan dalam hasil dan pembahasan penelitian.

3. Teknik Memeriksa Ketergantungan (*Dependability*)

Uji ketergantungan dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan melakukan pemeriksaan terhadap keseluruhan proses penelitian. Sering terjadi peneliti tidak melakukan penelitian di lapangan tetapi bisa memberikan data. Peneliti seperti ini perlu diuji ketergantungannya dan untuk mengecek apakah hasil penelitian ini benar atau tidak, maka peneliti mendiskusikannya dengan dosen pembimbing.

4. Kepastian Data (*Confirmability*)

Kepastian data berarti menguji hasil penelitian dikaitkan dengan proses yang ada dalam penelitian, jangan sampai proses tidak ada tetapi hasilnya ada. Derajat ini dapat dicapai melalui audit atau pemeriksaan yang cermat terhadap seluruh komponen dan proses penelitian serta hasil penelitiannya. Dalam penelitian ini kepastian data dilakukan dengan pemeriksaan yang dilakukan dosen pembimbing mengenai asal-usul data logika penarikan kesimpulan dari data dan penilaian derajat ketelitian serta telaah terhadap kegiatan peneliti tentang keabsahan data.

V. PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pemberdayaan Masyarakat Desa *Stunting* Buyut Udik dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan dapat menurunkan *prevalensi Stunting*

Implementasi pemberdayaan masyarakat dalam pelaksanaannya tercipta sebuah kolaborasi antara pemerintah dan kepala desa, hal ini terlihat bahwa kepala desa adanya peran kader desa dan peran puskesmas yaitu bidan desa bersama-sama menjalankan strategi berjalan secara baik, hal ini terlihat bahwa pada tahun 2017 persentase *stunting* 56,10 % menjadi 23% di tahun 2019. Pemberdayaan yang dilakukan terjadi secara berkelanjutan dan *social inclusion* secara baik sehingga dapat menciptakan sebuah *transformation*. Hal ini terjadi karena masyarakat dapat menerapkan dan mengembangkan menjadikan sebuah perubahan yang mandiri akan kesadaran kesehatan.

2. Peran keluarga dalam Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan

- a. Penyediaan air bersih dan sanitasi rumah tangga oleh keluarga penerima bantuan harus dioptimalkan.
- b. Ketahanan pangan dan gizi yang dilakukan keluarga dengan melakukan pemanfaatan pekarangan rumah untuk penanaman sayur dan pemeliharaan kolam.

- c. Keluarga melakukan pengenalan organ tubuh sejak dini agar dapat menjaga diri dari pengaruh lingkungan dengan cara yang berbeda dari setiap keluarga. Berperan aktif dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat yang direncanakan dan menerapkannya.

B. Saran

1. Keluarga di Buyut Udik seharusnya memiliki motivasi kesadaran diri untuk memelihara kesehatan dengan menjadikan kegiatan pendidikan pola asuh, reproduksi remaja dan binaan balita dapat menjalankan ilmu yang disampaikan selama sosialisasi dan pelatihan secara konsisten, tidak hanya pada saat berjalannya program, sehingga dapat menghilangkan *stunting* di Desa Buyut Udik.
2. Keterlibatan antar sektor lebih ditingkatkan pada tingkat desa, maka desa akan memiliki banyak kegiatan yang menjadi pemicu perubahan dari sebelumnya sehingga masyarakat akan tumbuh kompetensinya terhadap pembangunan. Dalam hal ini perlu tertanamkan sikap bahwa peningkatan taraf hidup merupakan tanggungjawab masyarakat sendiri, dan masyarakat mempunyai rasa percaya diri bahwa mereka mempunyai kapasitas untuk itu.
3. Pemerintah sebaiknya memberikan pelatihan agar kesadaran pemeliharaan diri. Sehingga terciptanya pencegahan sejak dini dari pihak internal rumah tangga.
4. Kepala Desa sebaiknya mengajak masyarakat untuk membentuk sebuah gerakan sosial bersama yang berfokus pada pencegahan. Gerakan sosial untuk mendorong dan mempercepat terjadinya transformasi dalam masyarakat.

Gerakan sosial dapat mempercepat proses perubahan berdasarkan nilai-nilai yang terkandung dalam prespektif baru.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfitri. 2011. *Community Development (Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: PustakaPelajar
- Arisman.2004. *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Dwidjowijoto dan Wrihatnolo.2007. *Manajemen Pemberdayaan: Sebuah Pengantar dan Panduan untuk Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo
- Handy, F. 2010. *Panduan Menyusui & Makanan Sehat Bayi*. Jakarta: Pustaka Bunda.
- Moelong, Lexy J. 2007. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Novita, Tresiana. 2013. *Metode Penelitian Kualitatif*. Lembaga Penelitian Universitas Lampung
- Nurlinda A. 2013. *Gizi dalam Siklus Dur Kehidupan Seri Baduta*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Prof. Drs. Widjaja, HAW. 2003.*Pemerintah Desa/Marga.Jakarta* :PT RajaGrafindo Persada.
- Pudjiadi. S. 2005. *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak*. Edisi Keempat FKUI. Jakarta.
- Purwitasari, D dan Dwi, 2009. *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- R. Bintaro. 2003. *Dalam Interaksi Desa – Kota dan Permasalahannya* .Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Setiawan, A. dan Saryono. 2010. *Metodologi Penelitian kebidanan*. Jakarta :Nuha Medika.

Sitohang NA..2004. *Asuhan Keperawatan Pada Bayi Berat Lahir Rendah*, Universitas Sumatera Utara, Medan.

Soetjningsih.2012.*Tumbuh Kembang Normal pada Anak. Dalam: Soetjningsih,Ranuh ING. Tumbuh Kembang Anak. Ed. 2. Jakarta:EGC*

Soetomo. 2011. *Pemberdayaan Masyarakat, Mungkinkah Muncul Antitesisnya?*.Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Supariasa, I.D.N.2003.*Penilaian Status Gizi (Edisi Revisian*.Jakarta :Penerbit Buku Kedokteran EGC

Universitas Lampung. 2007. *Format Penulisan Karya Ilmiah*. Universitas Lampung. Lampung.

Wrihatnolo, Randy.R, dan Riant Nugroho D, 2007. *Manajemen Pemberdayaan : Sebuah Pengantar dan Panduan untuk Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.

Jurnal :

Candra Kusuma Putra, Ratih Nur Pratiwi, suwondo, Pengelolaan Alokasi Dana Desa Dalam *Pemberdayaan Masyarakat Desa dalam Pemberdayaan Masyarakat Desa*. Jurnal Administrasi Publik , vol I, No. 6

Turhayati, ER. 2006. Hubungan Pertambahan Berat Badan Selama Kehamilan dengan Berat Lahir Bayi di Sukaraja Bogor tahun 2001-2003. *JurnalKesehatan Masyarakat*, Vol 1 (3) : 140-143

Dokumen :

Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2014 tentang Desa.

Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Undang-Undang Desa.

RPJMN Menteri Kesehatan

Sumber Lain:

Dinas KesehatanProvinsi lampung. Profil kesehatan Provinsi Lampung. Diakses 17 juli 2018.http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/08_Lampung_2015.pdf.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan departemen kesehatan RI.2009.Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar(Riskesdas) Provinsi Lampung tahun 2007. (<http://biofarmaka.ipb.ac.id/biofarmaka/2014/Riskesdas2007%20->

%20Province%20Report%2018%20LAMPUNG.pdf) Diakses pada 26 Juli 2018 pukul 16.00WIB

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2015-2019. (<http://www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf>) Diakses Pada 25 Agustus 2018 pukul 19/40 WIB

Intai.2018.Pemkab lamteng Berhasil Menekan Angka Penderita Stunting 57,25% menjadi 11,74%. 9. (<http://intailampung.com/pemkab-lamteng-berhasil-tekan-angka-penderita-Stunting-dari-572-persen-menjadi-1174-persen.html>) diakses pada 25 Agustus 2018 pukul 19.06 WiB.

Kemenko KesRa RI, 2017. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Sadar Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan. <http://www.bappenas.go.id>

TIM NASIONAL PERCEPATAN PENANGGULANGAN KEMISKINAN. 2017. *100 KABUPATEN/KOTA PRIORITAS UNTUK INTERVENSI ANAK Kerdil (STUNTING)*. Jakarta