LAPORAN AKHIR

PENGKAJIAN STRATEGIS

TEMA/TOPIK JUDUL

Kajian Terhadap Balita Non-Stunting Pada Keluarga Miskin Selama Masa Pandemi Covid-19 Di Kabupaten Rote Ndao

KERJA SAMA

Bapelitbang Kabupaten Rote Ndao
Dan
Bapelitbangda Provinsi Nusa Tenggara Timur

TAHUN 2021

AnyScanner

Kajian terhadap balita non stunting pada keluarga miskin selama masa pandemi covid-19 di Kabupaten Rote Ndao

KERJASAMA

Bappeda Kabupaten Rote Ndao dan Bappelitbangda Provinsi NTT

TAHUN 2021

AnyScanner

LEMBAR PERSETUJUAN
LAPORAN PENGKAJIAN STRATEGIS

Judul	:	Kajian terhadap balita non stunting pada keluarga miskin selama masa pandemi covid-19 di Kabupaten Rote Ndao
Unit Kerja	:	Bidang Penelitian dan Pengembangan – Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi NTT

Tim Pelaksana :

a. Tenaga Ahli : Ir. Sarah Lery Mboeik
b. Tim Peneliti : Charles Conrad Rambung, MIPH., MHM, Apt.
Sirilus N. Muti Lelan, S.Sos, M.Si

Disetujui Oleh:

Tim Pengendali Mutu

1. Jermy M. Haning, PhD. (Ketua) — 1. .....
2. Janwes N.H. Nauk, S.STP (Wakil Ketua) — 2. .....
3. Nurina L.M Patola, ST (Sekretaris) — 3. .....
4. Sherwin M. R. Ufi, S.KM, MPH (Anggota) — 4. .....
5. Taurussanty Padang, S.PI (Anggota) — 5. .....
6. Dr. Intje Picauly, M.Si (Anggota) — 6. .....

AnyScanner

DAFTAR ISI

Halaman

Halaman sampul 1
Lembar persetujuan 3
Daftar isi 4
Daftar tabel 5
Daftar gambar 6
BAB I PENDAHULUAN 7
1.1 Latar Belakang 7
1.2 Rumusan Masalah 13
1.3.Tujuan dan Manfaat 13
1.4. Sasaran 13
1.5. Ruang Lingkup Kegiatan 13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 14
2.1. Kemiskinan 14
2.2. Kemiskinan, stunting dan kesetaraan (*equity*) 19
BAB III METODE PENELITIAN 21
3.1. Jenis Penelitian 21
3.2. Lokasi Penelitian 21
3.3. Fokus kajian 22
3.4. Populasi, informan penelitian, dan sampling 22
3.5. Jenis dan sumber data 23
3.6. Teknik pengumpulan data 24
3.7. Teknik analisis data 24
3.7. Instrumen pengumpulan data 28
3.8. Limitasi kajian 28
3.9. Waktu pelaksanaan 28
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN 30
4.1. Deskripsi wilayah penelitian 30
4.2. Karakteristik Kecamatan Rote Timur dan Pantai Baru 38
4.3. Keluarga miskin non-stunting 36
4.4. Pergeseran "kebiasaan" di level rumah tangga dan kontribusinya dalam usaha mencegah dan menekan prevalensi stunting 41
4.5. Perspektif pemberdayaan dan kesetaraan 43
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN 49

Daftar Pustaka 50
Lampiran 52

AnyScanner

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1. Prevalensi stunting Kabupaten Rote Ndao dan Prov. NTT Tahun 2013, 2018, 2019, dan 2020 9
Tabel 2. Jadwal rencana kerja pengkajian strategis 29
Tabel 3. Kecamatan, Ibukota Kecamatan dan Luas Kecamatan 31
Tabel 4. Jumlah Penduduk, Laju Pertumbuhan Penduduk dan Kepadatan Penduduk 32
Tabel 5. Sumber air untuk minum bagi rumah tangga di Kabupaten Rote Ndao 33

AnyScanner

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 1. Tren Prevalensi stunting Provinsi NTT Tahun 2013-2021 7

Gambar 2. Sebaran prevalensi stunting di Provinsi NTT menurut Riskesdas tahun 2018 8

Gambar 3. Sebaran prevalensi stunting di Provinsi NTT menurut e-PPBGM Tahun 2020 ... 8

Gambar 4. Peta Sebaran Jumlah Balita Stunting Per Desa/Kelurahan di Kabupaten Rote Ndao Tahun 2021 10

Gambar 5. Jumlah Balita Stunting dan penduduk miskin di Provinsi NTT Tahun 2021 11

Gambar 6 Distribusi lokasi informan yang diwawancarai selama periode penelitian di kecamatan Pantai Baru dan Kecamatan Rote Timur 36

Gambar 7 Buku Pink Kesehatan Perempuan dan Anak (KIA) yang menjadi kontrol kunjungan Perempuan dan Anak ke Posyandu 44

Gambar 8 Buku Pink Kesehatan Perempuan dan Anak (KIA) yang menjadi kontrol kunjungan Perempuan dan Anak ke Posyandu 46

Gambar 9 Seorang perempuan yan turut mengerjakan pekerjaan memasak "gula air" di dapur miliknya 47

AnyScanner

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Stunting atau sering disebut kerdil atau pendek adalah kondisi gagal tumbuh pada anak berusia di bawah lima tahun (balita) akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang terutama dalam 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu dari janin hingga anak berusia 23 bulan. Anak tergolong stunting apabila panjang atau tinggi badannya berada di bawah minus dua standar deviasi panjang atau tinggi anak seumurnya (de Onis dan Branca, 2016). Indonesia telah mengadopsi standar yang dimaksud ke dalam buku Kesehatan Perempuan dan Anak (KIA) untuk keperluan pemeriksaan rutin kesehatan perempuan dan anak.

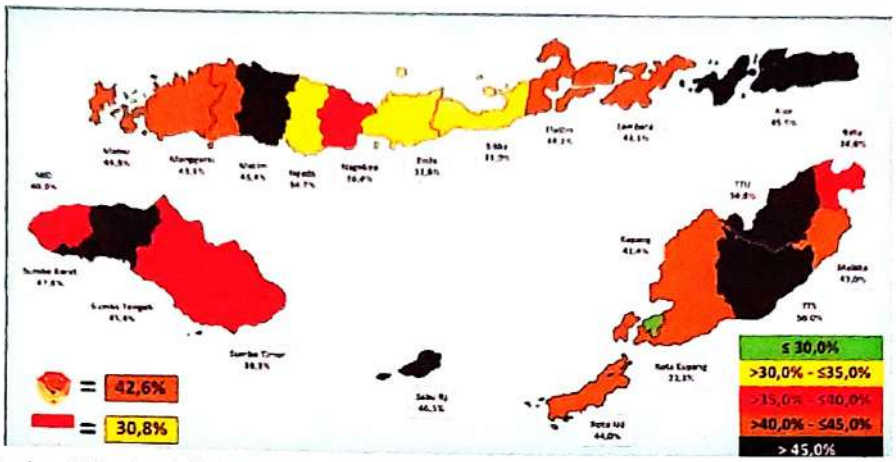
(Sumber: Riskesdas, e-PPBGM Prov NTT)

Gambar 1. Tren Prevalensi stunting Provinsi NTT Tahun 2013-2021

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa sejak 2007 - 2013, secara nasional angka prevalensi stunting tetap tinggi dan terjadi lintas kelompok pendapatan. Data Riskesdas 2013 menemukan 37,2% atau sekitar 9 juta anak balita mengalami stunting. Pada 2018, Riskesdas mencatat penurunan prevalensi stunting pada balita ke 30,8%. Namun demikian, angka ini masih tergolong tinggi. Kondisi Nusa Tenggara Timur (NTT) pun tidak jauh berbeda dari kondisi Nasional. Tahun 2013, proporsi balita dengan status gizi sangat pendek dan pendek di NTT adalah 51,7% anak balita yang mengalami stunting. Pada 2018, terjadi penurunan proporsi balita stunting di NTT ke 42,7%

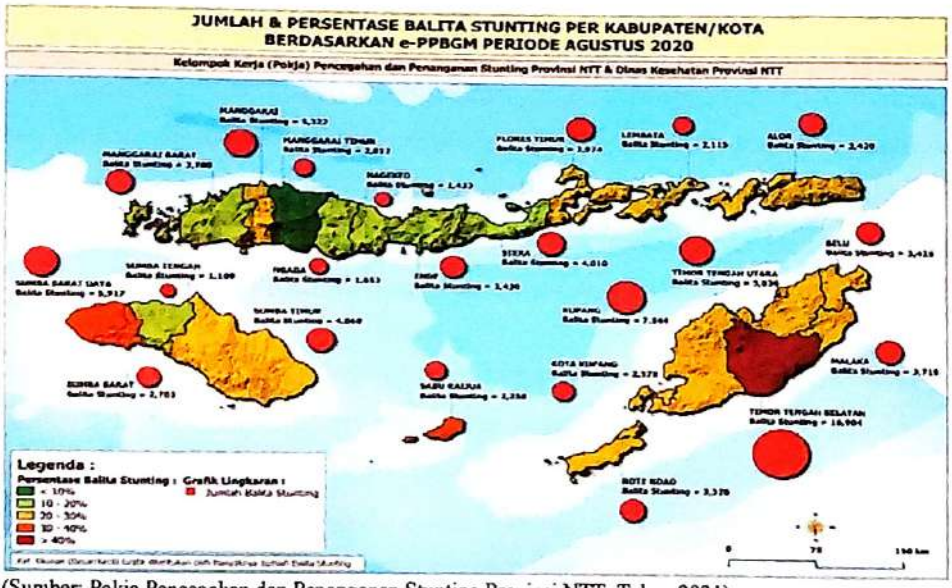
AnyScanner

dan tersebar ke 22 kabupaten/kota (gambar 1). Tren positif ini harus terus dipertahankan dan ditingkatkan mengingat prevalensi balita stunting ini masih jauh di atas rata-rata nasional (30,8%). Artinya, capaian ini tetap menjadikan balita stunting di NTT adalah masalah kesehatan masyarakat yang serius.



(Sumber: Riskesdas, Pokja Pencegahan dan Penanganan Stunting Provinsi NTT, Tahun 2021)

Gambar 2. Sebaran prevalensi stunting di Provinsi NTT menurut Riskesdas tahun 2018



(Sumber: Pokja Pencegahan dan Penanganan Stunting Provinsi NTT, Tahun 2021)

Gambar 3. Sebaran prevalensi stunting di Provinsi NTT menurut e-PPBGM Tahun 2020

AnyScanner

RPJMD Provinsi NTT 2018-2023 menargetkan penurunan total balita stunting di wilayah NTT adalah sebesar 12% di tahun 2023. Target ini dapat diterjemahkan sebagai reduksi relatif total balita stunting di NTT setiap tahunnya adalah 6.1% sejak tahun 2018. Sementara itu, Kabupaten Rote Ndao memiliki prevalensi angka stunting tinggi (44%) di tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Namun, pencatatan e-PPBGM merekam penurunan bermakna

Tabel 1. Prevalensi stunting Kabupaten Rote Ndao dan Prov. NTT Tahun 2013, 2018, 2019, dan 2020

	2013*	2018*	2019**	2020**
		(%)		
Kab. Rote	-	44.00	30.15	25.83
Prov. NTT	51.70	42.60 (38.00)	30.00	24.20
Indonesia	37.20	30.8	-	-

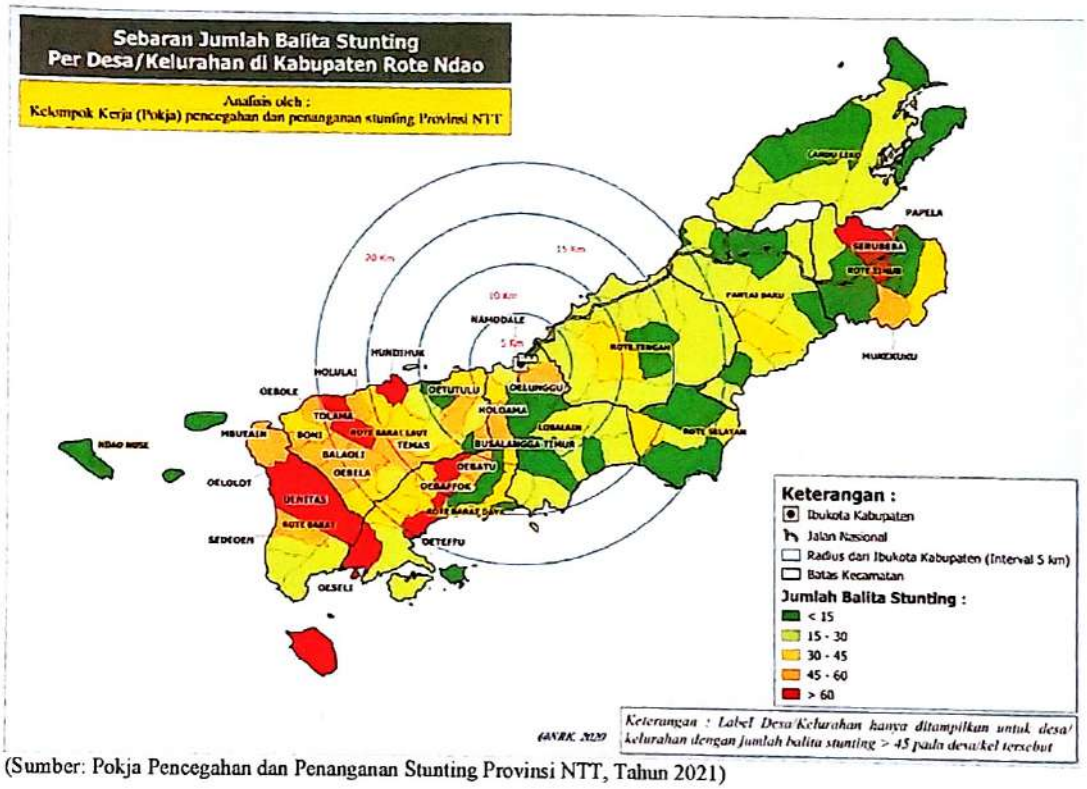
Sumber: * Riskesdas Kementerian Kesehatan RI
** Pemantauan status gizi e-PPBGM Dinas Kesehatan Provinsi NTT

total angka stunting di kabupaten Rote Ndao beruturut-turut 30,15% dan 25,83% pada tahun 2019 dan 2020 (Tabel 1). Tren penurunan ini, walaupun sedikit lebih tinggi dari rerata provinsi, justru mempertegas pilihan komitmen penanganan stunting di Kabupaten Rote Ndao telah memberikan dampak yang signifikan. Namun, dengan melihat kecepatan tren penurunan jumlah balita stunting dikombinasikan dengan kenaikan angka kelahiran bayi di Kabupaten Rote saat ini, maka proyeksi penurunan prevalensi balita stunting mungkin akan sedikit lebih tinggi dari target RPJMD tersebut. Maka, usaha-usaha luar biasa lewat aksi konvergensi harus mendapat perhatian ekstra untuk mencapai target dimaksud.

Pentingnya penanganan stunting yang komprehensif dan konvergent tidak terlepas dari luasnya dampak yang ditimbulkan akibat stunting. Dampak buruk stunting terbagi menjadi dua, yaitu dampak jangka pendek dan jangka panjang termasuk meningkatnya angka kesakitan (*morbidity*) dan kematian (*mortalitiy*), terganggunya tumbuh kembang anak, terganggunya kemampuan belajar, meningkatnya resiko terkena penyakit infeksi dan penyakit non infeksi pada saat memasuki usia dewasa, selanjutnya itu semua berkontrperempuansi menurunkan produktivitas dan kapasitas dan kualitas sumber daya manusia (Beal et al., 2017).

AnyScanner

Stunting sebenarnya bisa terjadi pada semua status ekonomi, tetapi memang porsi terbanyak pada kelompok yang berada pada kelompok miskin (Huicho, et al., 2017; Beal et al., 2017). Kemiskinan dianggap menjadi salah faktor penting penyebab terjadinya stunting pada balita walaupun kemiskinan bukan menjadi determinan yang berdiri sendiri tetapi selalu juga ada bersama determinan lainnya seperti gizi, kesehatan, sanitasi, lingkungan, perilaku orang tua, dan pola asuh (Huicho, et al., 2017; Beal et al., 2017; Cetthakrikul et al., 2018; Saputri, et al., 2020). Merujuk WHO, penyebab stunting sangat beragam dan kompleks, tetapi secara umum dikategorikan menjadi empat faktor yang menjadi penyebab utama (*basic causes*), yang terdiri dari faktor-faktor terkait rumah tangga, faktor infeksi, faktor menyusui



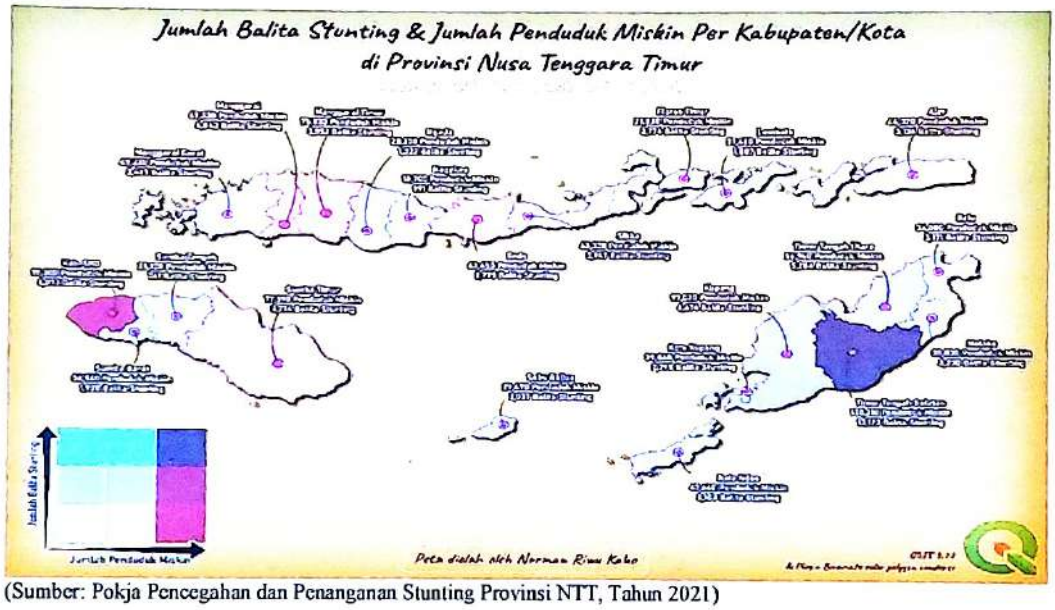
(Sumber: Pokja Pencegahan dan Penanganan Stunting Provinsi NTT, Tahun 2021)

Gambar 4. Peta Sebaran Jumlah Balita Stunting Per Desa/Kelurahan di Kabupaten Rote Ndao Tahun 2021

(*breastfeeding*), dan faktor-faktor terkait pemberian makanan tambahan (*complementary feeding*). Keempat faktor ini justru dibentuk oleh konteks komunitas dan sosial (*community and societal context*) yang sangat kompleks meliputi: ekonomi dan politik, sistem kesehatan, pendidikan, konteks sosial dan budaya, sistem pertanian dan pangan, air dan sanitasi (WHO,

AnyScanner

2014). Menjelaskan hubungan kemiskinan dan balita stunting dengan pola *context-causes* ini justru semakin menegaskan sifat multidimensi dari masalah balita stunting di suatu wilayah (WHO, 2014; Pena dan Bacallao, 2002). Rumah tangga yang miskin tidak dapat memenuhi asupan gizi untuk anaknya, sehingga anak tersebut menjadi stunting. Dengan kondisi seperti itu, tumbuh kembang anak menjadi terhambat sehingga menghasilkan SDM yang tidak berkualitas. Stunting juga tergantung pada akses makanan dan sekitar 30 persen tergantung pada perilaku dari orang tua. Ada banyak perilaku selama 1000 hari pertama kehidupan yang meningkatkan kerentanan terjadinya stunting. Misalnya, masih banyak perempuan hamil yang tidak paham soal stunting, dan tidak meyakini bahwa stunting bisa terjadi akibat pola makan yang salah, sehingga ia tidak melakukan pencegahan sejak awal.



(Sumber: Pokja Pencegahan dan Penanganan Stunting Provinsi NTT, Tahun 2021)

Gambar 5. Jumlah Balita Stunting dan penduduk miskin di Provinsi NTT Tahun 2021

Diskursus tentang stunting tidak hanya mempersoalkan dimensi kesehatan, gizi, dan ketahanan gizi yang selama ini dijadikan sebagai fokus penanganan stunting di Indonesia (intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi non spesifik). Bila kemiskinan menjadi titik tolak, dan bila dibawa ke konteks lokal Kabupaten Rote Ndao, masalah stunting juga harus dianggap sebagai fenomena sosial karena ada banyak faktor kompleks yang terkait dengan masalah tersebut. Justru yang terjadi adalah banyak anak balita mengalami stunting padahal keluarganya tidak miskin atau sebaliknya banyak anak tidak mengalami stunting padahal

AnyScanner

keluarganya miskin. Di Kabupaten Rote Ndao, terdapat beberapa desa dengan presentase kemiskinan tinggi tetapi angka stuntingnya rendah. Pada tahun 2020, Desa Lakamola Kecamatan Rote Timur dengan presentase penduduk miskin 99.16% (DTKS, Oktober 2020) memiliki angka stunting 11.01%. Desa Mbali Lendeiki dengan prosentase penduduk miskin tertinggi di Kecamatan Ndao Nuse yakni 94.22% memiliki angka stunting 7.27%. Tren yang sama juga terjadi di beberapa desa antara lain Desa Sotimori Kecamatan Landu Leko, Desa Nusakdale dan Desa Batulilok Kecamatan Pantai Baru yang rata-rata memiliki presentase penduduk miskin tinggi tetapi angka stuntingnya justru rendah. Menariknya, angka kemiskinan ini justru juga dapat dibaca ke dalam kategori lokasi pesisir dan non-pesisir di mana desa lokasi pesisir justru mempunyai angka kemiskinan tinggi namun jumlah balita stunting justru rendah dan sebaliknya.

Ada dimensi lain yang lolos dan kerap belum banyak mendapatkan porsi memadai dalam diskursus itu yaitu dari aspek kesetaraan gender, peran, akses, kontrol dan pemberdayaan perempuan. Selama ini, berbagai upaya pemerintah dalam pencegahan stunting lebih fokus pada dimensi kesehatan, gizi, dan asupan nutrisi. Padahal, yang lebih berperan dalam pengasuhan bayi dan balita adalah perempuan. Bahkan, beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa masalah stunting sangat erat kaitannya dengan perempuan, perannya yang sangat strategis baik sebagai perempuan dalam keluarga maupun perempuan dalam komunitasnya yang justru turut menentukan angka kejadian stunting (Laksono et al, 2021; Saputri et al, 2020; Sarki et al., 2016; Allin et al, 2012; Dhami et al., 2019; Binagwaho et al., 2020; Bbaale, 2012).

Berdasarkan situasi ini, perlu menelusuri dan mengetahui penyebab balita dari keluarga miskin tidak mengalami stunting dan menjelaskannya kedalam dua konteks: konteks keluarga miskin yang tersegmentasi secara topografi pesisir dan non-pesisir dan konteks pemberdayaan perempuan dan bagaimana kedua konteks ini main peran dalam stunting di kabupaten Rote Ndao.

AnyScanner

1.2. Rumusan Masalah

Studi ini berusaha memahami mengapa balita dari keluarga miskin tidak mengalami stunting dengan mengambil kasus pada 2 desa yaitu Desa Lakamola dan Desa Nusakdale dan dirumuskan ke dalam beberapa konteks spesifik:

- Konteks keluarga miskin lokasi pesisir dan non-pesisir
- Konteks pemberdayaan perempuan dan kesetaraan

1.3. Tujuan dan manfaat

Tujuan pengkajian strategis ini adalah

- Memahami faktor-faktor penyebab balita dari keluarga miskin tidak mengalami stunting dalam konteks keluarga miskin lokasi pesisir dan non-pesisir dan konteks pemberdayaan perempuan
- Meningkatkan kesadaran dan perubahan perilaku masyarakat untuk mencegah stunting

1.4. Sasaran penelitian ini:

Pemerintah Daerah Kabupaten Rote Ndao:

- memperkaya proses dan cakupan analisis situasi stunting di wilayah Kabupaten Rote Ndao;
- merumuskan kebijakan pemerintah daerah ke depan dalam penanganan stunting

1.5. Ruang Lingkup Kegiatan

Ini adalah kajian strategis yang dirancang untuk menelusuri dan mengetahui penyebab balita dari keluarga miskin tidak mengalami stunting dan menjelaskannya kedalam dua konteks: konteks keluarga miskin yang tersegmentasi secara topografi pesisir dan non-pesisir dan konteks pemberdayaan perempuan dan bagaimana kedua konteks ini main peran dalam stunting di kabupaten Rote Ndao.

AnyScanner

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kemiskinan

Secara etimologis "kemiskinan" berasal dari kata "miskin" yang artinya tidak berharta benda atau serba kekurangan. Departemen Social dan Badan Pusat Statistik mendefinisikan kemiskinan dari perspektif kebutuhan dasar. Kemiskinan didefinisikan sebagai ketidakmampuan individu dalam memenuhi kebutuhandasar untuk hidup layak (BPS dan Depsos, 2002). Menurut Nurske, kemiskinan adalah sebab sekaligus akibat. lebih besar ataukah lebih kecil daripada tingkat pertumbuhan penduduk, atau apakah perubahan dalam struktur ekonomi berlaku atau tidak (Sadono Sukirno, 2011).

Secara umum definisi mengenai kemiskinan dibentuk berdasarkan identifikasi dan pengukuran terhadap sekelompok masyarakat/golongan yang selanjutnya disebut miskin (Nugroho, 1995). Pada umumnya, setiap negara termasuk Indonesia memiliki sendiri definisi seseorang atau suatu masyarakat dikategorikan miskin. Hal ini dikarenakan kondisi yang disebut miskin bersifat relatif untuk setiap negara misalnya kondisi perekonomian, standar kesejahteraan, dan kondisi sosial. Setiap definisi ditentukan menurut kriteria atau ukuran-ukuran berdasarkan kondisi tertentu, yaitu pendapatan rata-rata, daya beli atau kemampuan konsumsi rata-rata, status kependidikan, dan kondisi kesehatan.

Bentuk dan Jenis Kemiskinan

Dimensi kemiskinan yang dikemukakan oleh Chambers memberikan penjelasan mengenai bentuk persoalan dalam kemiskinan dan faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya kondisi yang disebut memiskinkan. Konsep kemiskinan tersebut memperluas pandangan ilmu sosial terhadap kemiskinan yang tidak hanya sekedar kondisi ketidakmampuan pendapatan dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pokok, akan tetapi juga kondisi ketidakberdayaan sebagai akibat rendahnya kualitas kesehatan dan pendidikan, rendahnya perlakuan hukum, kerentanan terhadap tindak kejahatan (kriminal), resiko mendapatkan perlakuan negatif secara politik, dan terutama ketidakberdayaan dalam meningkatkan kualitas kesejahteraannya sendiri. Berdasarkan kondisi kemiskinan yang

AnyScanner

dipandang sebagai bentuk permasalahan multidimensional, kemiskinan memiliki 4 bentuk. Adapun keempat bentuk kemiskinan tersebut adalah (Suryawati, 2004):

1) Kemiskinan Absolut

   Kemiskinan absolut adalah suatu kondisi di mana pendapatan seseorang atau sekelompok orang berada di bawah garis kemiskinan sehingga kurang mencukupi untuk memenuhi kebutuhan standar untuk pangan, sandang, kesehatan, perumahan, dan pendidikan yang diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup. Garis kemiskinan diartikan sebagai pengeluaran rata-rata atau konsumsi rata-rata untuk kebutuhan pokok berkaitan dengan pemenuhan standar kesejahteraan. Bentuk kemiskinan absolut ini paling banyak dipakai sebagai konsep untuk menentukan atau mendefinisikan kriteria seseorang atau sekelompok orang yang disebut miskin.

2) Kemiskinan Relatif

   Kemiskinan relatif diartikan sebagai bentuk kemiskinan yang terjadi karena adanya pengaruh kebijakan pembangunan yang belum menjangkau ke seluruh lapisan masyarakat sehingga menyebabkan adanya ketimpangan pendapatan atau ketimpangan standar kesejahteraan. Daerah-daerah yang belum terjangkau oleh program-program pembangunan seperti ini umumnya dikenal dengan istilah daerah tertinggal.

3) Kemiskinan Kultural

   Kemiskinan kultural adalah bentuk kemiskinan yang terjadi sebagai akibat adanya sikap dan kebiasaan seseorang atau masyarakat yang umumnya berasal dari budaya atau adat istiadat yang relatif tidak mau untuk memperbaiki taraf hidup dengan tata cara moderen. Kebiasaan seperti ini dapat berupa sikap malas, pemboros atau tidak pernah hemat, kurang kreatif, dan relatif pula bergantung pada pihak lain.

4) Kemiskinan Struktural

AnyScanner

Kemiskinan struktural adalah bentuk kemiskinan yang disebabkan karena rendahnya akses terhadap sumber daya yang pada umumnya terjadi pada suatu tatanan sosial budaya ataupun sosial politik yang kurang mendukung adanya pembebasan kemiskinan. Bentuk kemiskinan seperti ini juga terka dang memiliki unsur diskriminatif.

Bentuk kemiskinan struktural adalah bentuk kemiskinan yang paling banyak mendapatkan perhatian di bidang ilmu sosial terutama di kalangan negara-negara pemberi bantuan/pinjaman seperti Bank Dunia, IMF, dan Bank Pembangunan Asia. Bentuk kemiskinan struktural juga dianggap paling banyak menimbulkan adanya ketiga bentuk kemiskinan yang telah disebutkan sebelumnya (Jarnasy, 2004: 8-9). Setelah dikenal bentuk kemiskinan, dikenal pula dengan jenis kemiskinan berdasarkan sifatnya.

Adapun jenis kemiskinan berdasarkan sifatnya adalah: Kemiskinan Alamiah dan kemiskinan buatan

1. Kemiskinan Alamiah

   Kemiskinan alamiah adalah kemiskinan yang terbentuk sebagai akibat adanya kelangkaan sumber daya alam dan minimnya atau ketiadaan pra sarana umum (jalan raya, listrik, dan air bersih), dan keadaan tanah yang kurang subur. Daerah-daerah dengan karakteristik tersebut pada umumny adalah daerah yang belum terjangkau oleh kebijakan pembangunan sehingga menjadi daerah tertinggal.

2. Kemiskinan Buatan

   Kemiskinan buatan adalah kemiskinan yang diakibatkan oleh sistem moderenisasi atau pembangunan yang menyebabkan masyarakat tidak memiliki banyak kesempatan untuk menguasai sumber daya, sarana, dan fasilitas ekonomi secara merata. Kemiskinan seperti ini adalah dampak negatif dari pelaksanaan konsep pembangunan (developmentalism) yang umumnya dijalankan di negara-negara sedang berkembang. Sasaran untuk mengejar target pertumbuhan ekonomi tinggi mengakibatkan tidak meratanya pembagian hasil-hasil pembangunan di mana sektor industri misalnya lebih menikmati tingkat keuntungan dibandingkan mereka yang bekerja di sektor pertanian.

AnyScanner

Kemiskinan struktural adalah bentuk kemiskinan yang disebabkan karena rendahnya akses terhadap sumber daya yang pada umumnya terjadi pada suatu tatanan sosial budaya ataupun sosial politik yang kurang mendukung adanya pembebasan kemiskinan. Bentuk kemiskinan seperti ini juga terka dang memiliki unsur diskriminatif.

Bentuk kemiskinan struktural adalah bentuk kemiskinan yang paling banyak mendapatkan perhatian di bidang ilmu sosial terutama di kalangan negara-negara pemberi bantuan/pinjaman seperti Bank Dunia, IMF, dan Bank Pembangunan Asia. Bentuk kemiskinan struktural juga dianggap paling banyak menimbulkan adanya ketiga bentuk kemiskinan yang telah disebutkan sebelumnya (Jarnasy, 2004: 8-9). Setelah dikenal bentuk kemiskinan, dikenal pula dengan jenis kemiskinan berdasarkan sifatnya.

Adapun jenis kemiskinan berdasarkan sifatnya adalah: Kemiskinan Alamiah dan kemiskinan buatan

1. Kemiskinan Alamiah

   Kemiskinan alamiah adalah kemiskinan yang terbentuk sebagai akibat adanya kelangkaan sumber daya alam dan minimnya atau ketiadaan pra sarana umum (jalan raya, listrik, dan air bersih), dan keadaan tanah yang kurang subur. Daerah-daerah dengan karakteristik tersebut pada umumny adalah daerah yang belum terjangkau oleh kebijakan pembangunan sehingga menjadi daerah tertinggal.

2. Kemiskinan Buatan

   Kemiskinan buatan adalah kemiskinan yang diakibatkan oleh sistem moderenisasi atau pembangunan yang menyebabkan masyarakat tidak memiliki banyak kesempatan untuk menguasai sumber daya, sarana, dan fasilitas ekonomi secara merata. Kemiskinan seperti ini adalah dampak negatif dari pelaksanaan konsep pembangunan (developmentalism) yang umumnya dijalankan di negara-negara sedang berkembang. Sasaran untuk mengejar target pertumbuhan ekonomi tinggi mengakibatkan tidak meratanya pembagian hasil-hasil pembangunan di mana sektor industri misalnya lebih menikmati tingkat keuntungan dibandingkan mereka yang bekerja di sektor pertanian.

AnyScanner

Pengukuran Kemiskinan

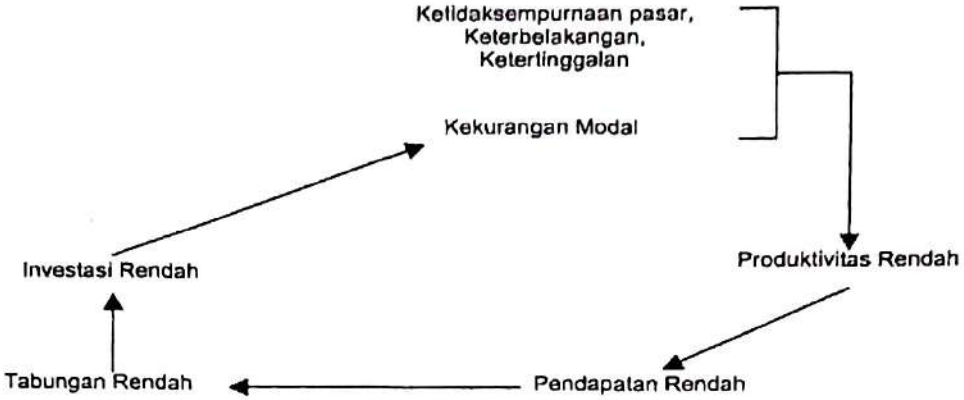
Pengukuran kemiskinan secara konseptual bersumber dari konsep kemiskinan relatif dan kemiskinan absolut. Kemiskinan relatif diukur berdasarkan pangsa pendapatan nasional yang diterima oleh masing-masing golongan pendapatan. Karena itu kemiskinan relatif erat kaitannya dengan masalah distrperempuansi pendapatan; sedangkan kemiskinan absolut diukur berdasarkan tingkat pendapatan minimum yang cukup untuk memenuhi kebutuhan fisik dasar setiap orang, berupa kecukupan manakan, pakaian, serta perumahan sehingga dapat menjamin kelangsungan hidupnya (Kuncoro, 2006; Todaro dan Smith, 2003).

Terjadinya Kemiskinan

Sharp, et.al (dalam Kuncoro, 1997:131) mencoba mengidentifikasi penyebab kemiskinan dipandang dari sisi ekonomi. *Pertama*, secara mikro, kemiskinan muncul karena adanya ketidaksamaan pola kepemilikan sumberdaya yang menimbulkan distrperempuansi pendapatan yang timpang. Penduduk miskin hanya memiliki sumberdaya dalam jumlah terbatas dan kualitasnya rendah. *Kedua*, kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam *kualitas sumberdaya manusia.* Kualitas sumberdaya manusia yang rendah berarti produktivitasnya rendah, yang pada gilirannya upahnya rendah. Rendahnya kualitas sumberdaya manusia ini karena rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi, atau karena keturunan. *Ketiga*, kemiskinan muncul akibat *perbedaan akses dalam modal.*

Ketiga penyebab kemiskinan ini bermuara pada teori lingkaran setan kemiskinan *(vicious circle of poverty)* menurut Nurkse (dalam Kuncoro, 1997:132): adanya keterbelakangan, ketidaksempumaan pasar, dan kurangnya modal menyebabkan rendahnya produktifitas. Rendahnya produktivitasnya mengakibatkan rendahnya pendapatan yang mereka terima. Rendahnya pendapatan akan berimplikasi pada rendahnya tabungan dan investasi. Rendahnya investasi berakibat pada keterbelakangan, dan seterusnya (Gambar 2.1)

AnyScanner



Kuncoro (1997)

Soetrisno (1990:2-3), menguraikan bahwa munculnya kemiskinan berkaitan dengan budaya yang hidup dalam masyarakat, ketidakadilan dalam pemilikan faktor produksi dan penggunaan model pendekatan pembangunan yang dianut oleh suatu negara.

Sementara itu Robert Chambers (1983:149) menegaskan bahwa faktor penyebab terjadinya kemiskinan adalah: Lilitan kemiskinan hilangnya hak atau. kekayaan yang sukar untuk kembali, mungkin disebabkan desakan kebutuhan yang melampaui ambang batas kekuatannya, misalnya pengeluaran yang sudah diperhitungkan sebelumnya, namun jumlahnya sangat besar, atau tiba-tiba dihadapkan pada krisis yang hebat. Lazimnya kebutuhan yang mendorong sesorang yang terlilit kemiskinan, berkaitan dengan lima hal; kewajiban adat; musibah; ketidak mampuan fisik, pengeluaran tidak produktif dan pemerasan.

Rumah Tangga

Miskin Istilah rumah tangga dan keluarga sering dicampur adukkan dalam kehidupan sehari-hari. Pengertian rumah tangga lebih mengacu pada sisi ekonomi, sedangkan keluarga lebih mengacu pada hubungan kekerabatan, fungsi sosial dan lain sebagainya. Keluarga didefinisikan sebagai sekumpulan orang yang tinggal dalam satu rumah yang masih mempunyai hubungan kekerabatan/hubungan darah karena perkawinan, kelahiran, adopsi dan lain sebagainya. BPS (2000) membagi rumah tangga menjadi dua yaitu rumah tangga biasa dan rumah tangga khusus. (Kinanti, 2006).

AnyScanner

Rumah tangga biasa adalah seseorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan fisik atau sensus dan umumnya tinggal bersama serta makan dari satu dapur. Yang dimaksud dengan satu dapur adalah bahwa pembiayaan keperluan jika pengurusan kebutuhan sehari-hari dikelola bersama-sama. Rumah tangga khusus adalah sekelompok orang yang tinggal di asrama atau tempat tinggal yang pengurusan sehari-harinya diatur oleh yayasan atau badan, misalnya asrama mahasiswa, lembaga pemasyarakatan, orang-orang yang berjumlah lebih dari 10 orang yang kos dengan makan, asrama ABRI dan lain sebagainya. Konsep kemiskinan terkait dengan kemampuan seseorang/rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan dasar baik untuk makanan maupun non makanan. Seseorang/rumah tangga dikatakan miskin bila kehidupannya dalam kondisi serba kekurangan, sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya. Batas kebutuhan dasar minimal dinyatakan melalui ukuran garis kemiskinan yang disetarakan dengan jumlah rupiah yang dperempuantuhkan. Dalam penelitian ini rumah tangga miskin yang dianalisis adalah penduduk bukan individu. Pertama, kemiskinan pada hakikatnya merupakan cermin keadaan rumah tangga. Kedua, apabila ditemukan data-data rumah tangga miskin maka intervensi terhadap rumah tangga akan lebih efektif dibanding intervensi kemiskinan terhadap individu yang cenderung mengarah pada pandangan bahwa orang miskin memiliki karakteristik sebagai penyebab kemiskinannya. Ketiga, data-data tentang rumah tangga miskin lebih mudah untuk dikembangkan daripada data-data individu miskin. (Faturochman, 1994).

2.2. Kemiskinan, stunting, dan kesetaraan (*equity*)

Stunting sebenarnya bisa terjadi pada semua status ekonomi, tetapi memang porsi terbanyak pada kelompok yang berada pada kelompok miskin (Huicho, et al., 2017; Beal et al., 2017). Kemiskinan dianggap menjadi salah faktor penting penyebab terjadinya stunting pada balita walaupun kemiskinan bukan menjadi determinan yang berdiri sendiri tetapi selalu juga ada bersama determinan lainnya seperti gizi, kesehatan, sanitasi, lingkungan, perilaku orang tua, dan pola asuh (Huicho, et al., 2017; Beal et al., 2017; Cetthakrikul et al., 2018; Saputri, et al., 2020). Merujuk WHO, penyebab stunting sangat beragam dan kompleks, tetapi secara umum dikategorikan menjadi empat faktor yang menjadi penyebab utama (*basic causes*), yang terdiri dari faktor-faktor terkait rumah tangga, faktor infeksi, faktor menyusui (*breastfeeding*), dan faktor-faktor terkait pemberian makanan tambahan (*complementary feeding*). Keempat faktor ini justru dibentuk oleh konteks komunitas dan sosial (*community*

AnyScanner

and societal context) yang sangat kompleks meliputi: ekonomi dan politik, sistem kesehatan, pendidikan, konteks sosial dan budaya, sistem pertanian dan pangan, air dan sanitasi (WHO, 2014).

Menjelaskan hubungan kemiskinan dan balita stunting dengan pola *context-causes* ini justru semakin menegaskan sifat multidimensi dari masalah balita stunting di suatu wilayah (WHO, 2014; Pena dan Bacallao, 2002). Rumah tangga yang miskin tidak dapat memenuhi asupan gizi untuk anaknya, sehingga anak tersebut menjadi stunting. Dengan kondisi seperti itu, tumbuh kembang anak menjadi terhambat sehingga menghasilkan SDM yang tidak berkualitas. Stunting juga tergantung pada akses makanan dan sekitar 30 persen tergantung pada perilaku dari orang tua. Ada banyak perilaku selama 1000 hari pertama kehidupan yang meningkatkan kerentanan terjadinya stunting. Misalnya, masih banyak perempuan hamil yang tidak paham soal stunting, dan tidak meyakini bahwa stunting bisa terjadi akibat pola makan yang salah, sehingga ia tidak melakukan pencegahan sejak awal.

AnyScanner

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif sebagai acuan dalam melakukan penelitian untuk mengungkapkan realitas yang sesungguhnya. Metode kualitatif menunjuk pada prosedur riset yang menghasilkan data berupa ungkapan, catatan, atau tingkah laku mereka yang terobservasi (Bogdan *et al*, 1993: 48). Penelitian kualitatif merupakan suatu penelitian ilmiah untuk memahami konteks sosial dengan menciptakan gambaran menyeluruh dan kompleks, melaporkan pandangan terperinci dari para sumber informasi, serta dilakukan dalam pengaturan yang alamiah tanpa adanya intervensi dari peneliti (Creswell, 2010: 263-264).

Agar dapat mengungkap realitas yang sesungguhnya, maka penelitian ini menggunakan pendekatan studi fenomenologi. Fenomenologi merupakan ilmu tentang penampakan dari pengalaman subjek dengan berkonsentrasi pada apa yang tampak dalam pengalaman (Adian, 2010: 5). Fenomenologi tidak hanya memandang dari suatu gejala yang tampak saja, tetapi berusaha menggali makna di balik gejala itu (Wirawan, 2012: 133-134). Berdasarkan hal tersebut, maka metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Suatu kajian untuk memahami pola perilaku orang tua yang memiliki anak usia balita dalam mencari pengobatan untuk anaknya ketika sakit. Pendekatan fenomenologi dipilih karena sesuai dengan metode penelitian, yakni untuk memeriksa secara rinci realitas sosial yang terjadi dan dialami oleh individu yang bersangkutan seraca alamiah.

3.2. Lokasi Penelitian

Kajian ini dilakukan pada masyarakat yang presentase kemiskinan tinggi tetapi angka stunting rendah yakni Desa Lakamola Kecamatan Rote Timur dan Desa Nusakdale Kecamatan Pantai Baru yang rata-rata memiliki presentasi penduduk miskin tinggi tapi angka stuntingnya rendah. Kajian ini akan dilakukan selama 4 bulan terhitung dari bulan Agustus 2021 sampai dengan bulan November 2021.

AnyScanner

3.3. Fokus Kajian

Pada dasarnya kajian kualitaif ini tidak dimulai dari sesuatu yang kosong, tetapi dilakukan berdasarkan persepsi peneliti terhadap adanya suatu masalah yang kemudian dalam penelitian kualitatif dinamakan fokus. Terdapat dua maksud yang akan dicapai oleh peneliti dalam menetapkan fokus, pertama adalah penetapan fokus dapat membatasi studi dan yang kedua adalah penetapan fokus berfungsi untuk memenuhi kriteria *inklusi-eksklusi* suatu informasi yang baru diperoleh dilapangan. Dengan bimbingan dan arahan suatu fokus, seorang peneliti akan mengetahui data mana yang perlu dikumpulkan dan mana yang perlu dikesampingkan meskipun data tersebut menarik (Moleong, 2010: 62-63).

Berdasarkan defenisi di atas maka fokus dalam kajian ini adalah rumah tangga dari anak-anak balita yang diketahui stunting dan tidak stunting pada beberapa desa dengan prevalensi stunting tinggi dengan tingkat kemiskinan tinggi di Kabupaten Rote Ndao. Penetapan fokus masalah dalam penelitian kualitatif bagaimana pun akhirnya akan dipastikan sewaktu peneliti sudah berada di lokasi atau lapangan penelitian. Dengan kata lain meskipun rumusan masalah sudah cukup baik dan dirumuskan atas dasar penelaahan kepustakaan dengan ditunjang oleh sejumlah data dan informasi tertentu, dapat terjadi suatu hal yang tidak memungkinkan peneliti untuk meneliti masalah tersebut.

3.4. Populasi, Informan Penelitian dan Sampling

Pemilihan informan dalam kajian ini menggunakan teknik ***maximum variation sampling***, teknik ini adalah jenis ***purposive sampling*** yang menggambarkan tema utama yang memotong kesepakatan besar di antara variasi peserta. Teknik pengambilan sampel ini berusaha untuk mencapai representasi yang akurat dari total informan, sebuah sampel variasi maksimum dapat digunakan sebagai wakil dari sampel acak (Patton, 2002: 53). Untuk semakin memperkuat data yang didapatkan, peneliti juga mengambil data dari informan pendukung. Informan pendukung yang diambil dalam kajian ini adalah orang-orang tua kandung dari informan utama, tenaga kesehatan, kepala desa serta ketua posyandu.

AnyScanner

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan tiga kelompok informan kunci: perempuan dan ayah bayi usia 0–23 bulan, tenaga kesehatan (di Posyandu, Puskesmas), dan perangkat pemerintah desa setempat. Empat daerah administratif dipilih secara purposif. Kami berasumsi bahwa praktik pemberian makan mungkin berbeda di seluruh wilayah karena morfologi kabupaten (variabilitas dalam lanskap). Untuk menangkap semua kemungkinan praktik pemberian makan bayi dan anak kecil di seluruh wilayah dan variasi lain berdasarkan proporsi jumlah keluarga miskin dan balita stunting, kami secara sengaja memilih dua desa di Kecamatan Rote Timur dan dua desa di Kecamatan Pantai Baru. Di setiap desa, sampel dipilih dengan bantuan penanggung jawab lapangan di tingkat Kabupaten (Bapeda Kab. Rote) berdasarkan data daftar keluarga miskin dan memiliki anak stunting yang dikeluarkan oleh instansi terkait yang selanjutnya direkomendasikan oleh pemerintah desa setempat/terendah dari daftar itu.

Kriteria pemilihan informan kunci adalah sebagai berikut: (1) memiliki bayi antara 0 dan 23 bulan untuk orang tua; (2) kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian dan (3) memiliki pengetahuan dan pengalaman pribadi terkait dengan pemberian makan bayi dan anak dan (4) memiliki pengalaman pribadi terkait penanganan stunting atau kesehatan perempuan dan anak. Ketika wawancara informan kunci di masing-masing desa menunjukkan kejenuhan data dan tidak ada informasi baru yang muncul, maka inklusi lebih lanjut dihentikan.

3.5. Jenis dan Sumber Data

Jenis Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diproleh langsung dari objek yang akan diteliti. Jadi, kata-kata dan tindakan orang-orang yang diamati atau yang diwawancarai merupakan sumber data utama. Dengan demikian peneliti dapat memperoleh hasil yang sebenarnya dari objek yang diteliti melalui informan dan pihak-pihak terkait (Moleong, 2010). Data primer dalam penelitian ini diproleh dari hasil wawancara secara mendalam dengan informan dalam hal ini orang tua yang memiliki anak dengan usia balita, tenaga Kesehatan dan Kepala Desa.

AnyScanner

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber tidak langsung yang biasanya berupa data dokumentasi dan arsip-arsip resmi seperti data kepustakaan yang terkait dengan literatur dan data penunjang lainnya (Moleong, 2010). Selain buku, arsip, dokumen data sekunder dalam penelitian ini antara lain Bidan Desa, Ketua Posyandu, dan orang tua kandung dari informan utama, dan pemerintah maupun lembaga kesehatan dari sektor formal atau non formal yang terlibat.

Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini adalah kata-kata dan tindakan yang diperoleh dari informan yang terkait dalam penelitian, sedangkan dokumen atau sumber tertulis lainnya merupakan data tambahan. Sumber data dalam penelitian ini terbagi atas sumber data primer dan sumber data sekunder dari informan yang diharapkan memiliki banyak informasi menegnai pencarian pengobatan untuk anak balita yang menjadi objek penelitian.

a. Primer

Sumber data primer dalam penelitian ini adalah orang tua yang memiliki anak usia balita.

b. Sekunder

Sumber data sekunder dalam penelitian ini yakni arsip dan dokumen terkait objek penelitian serta data pendukung lainnya seperti Bidan Desa, Ketua Posyandu, dan orang tua kandung dari informan utama, dan pemerintah maupun lembaga kesehatan dari sektor formal atau non formal yang terlibat

3.6. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan cara untuk memperoleh data yang lengkap, objektif, dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Untuk mendapatkan data,

AnyScanner

fakta, serta informasi yang terkait, maka peneliti menggunakan beberapa metode pengumpulan data sebagai berikut:

1. Observasi

Teknik observasi dalam kajian ini dilakukan di tempat tinggal informan yakni orang tua yang memiliki anak usia balita yang sekiranya berkaitan dengan di mana hasil dari pengumpulan data ini disajikan dalam bentuk deskriptif. Berdasarkan rumusan masalah dalam penelitian ini, maka hal-hal yang diobservasi meliputi keadaan fisik rumah termasuk lingkungan sekitar rumah, ketersedian tanaman obat disekitar rumah atau tetangga terdekat, ketersediaan warung/kios disekitar rumah, jarak antara rumah dengan apotek, serta jarak antara rumah dengan puskesmas.

2. Wawancara Mendalam

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik wawancara *face to face* dengan orang tua yang memiliki anak balita sebagai informan. Wawancara dilakukan di lokasi kajian yang tidak terbatas pada tempat dan waktu, namun disesuaikan dengan situasi kondisi saat itu yang dianggap memungkinkan dalam pencarian data. Proses wawancara berlangsung dengan menggunakan pertanyaan semi-terstruktur, bersifat terbuka, dan dalam suasana santai agar opini dan pandangan informan dapat muncul.

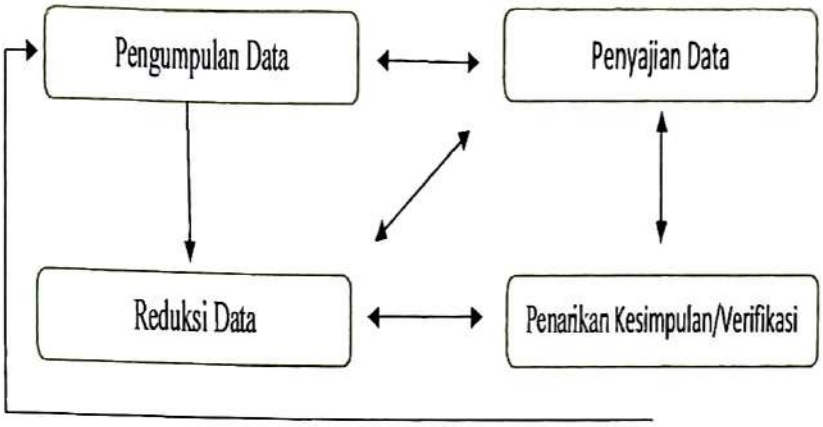
3. Dokumentasi

Dokumen-dokumen dalam penelitian kualitatif dapat berupa dokumen publik ataupun dokumen privat, dokumen lain yang berupa materi audio visual (foto, video, rekaman suara) juga dapat dijadikan sumber tambahan dalam penelitian kualitatif. Dalam penelitian ini, peneliti akan lebih banyak menggunakan dokumen publik guna semakin menunjang atau memperkuat data yang didapatkan, dokumen publik tersebut berupa publikasi catatan kesehatan dari pemerintah Kabupaten, catatan dan lain sebagainya.

AnyScanner

3.7. Teknik Analisis Data

Dalam penelitian ini penulis menggunakan teknik analisis data model interaktif, teknik analisis ini terdiri dari komponen yang dapat dilihat pada bagan sebagai berikut:



Analisis Data Model Interaktif

1. Reduksi Data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, penyederhanaan, pengabstrakan, transformasi data kasar yang muncul dari catatan lapangan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, mengorganisasi data sedemikian rupa sehingga dapat ditarik suatu kesimpulan. Reduksi data dilakukan dengan cara membuat ringkasan, mengkode data, menelusuri tema dan membuat gugus-gugus. Proses transformasi ini akan berlangsung terus hingga laporan lengkap tersusun. Dalam tahap reduksi data, penulis melakukan pemilihan dan pemilahan data yang di peroleh dari informan sehingga lebih sesuai dengan masalah penelitian. Data yang tidak relevan akan di buang dan di lanjutkan penelusuran data lagi yang lebih mendukung sebagai bentuk penyempurnaan data.

2. Penyajian Data

AnyScanner

Penyajian data merupakan upaya penyusunan sekumpulan informasi ke dalam suatu matrik atau konfigurasi yang mudah dipahami. Konfigurasi yang demikian ini akan memungkinkan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Penyajian ini dapat dengan matrik, grafik, atau bagan dan dirancang untuk menggabungkan informasi. Data yang di peroleh dari informan di buat dalam bentuk narasi yang mudah di pahami dan di ringkas dalam bentuk tabel. Dengan demikian data yang di sajikan lebih sederhana dan mudah untuk di pahami oleh siapa saja yang membaca karya ini.

3. Menarik Kesimpulan

Dari permulaan pengumpulan data, peneliti mulai mencari makna dari data yang telah terkumpul, selanjutnya peneliti mencari arti dan penjelasannya kemudian menyusun pola hubungan tertentu ke dalam satu kesatuan informasi yang mudah dipahami dan ditafsirkan. Data yang terkumpul disusun ke dalam satuan-satuan, kemudian dikategorikan sesuai dengan perincian masalahnya. Data tersebut dihubungkan dan dibandingkan antara satu dengan yang lainnya sehingga mudah ditarik kesimpulan sebagai jawaban dari setiap permasalahan yang ada. Untuk memperoleh suatu kesimpulan yang valid, penulis senantiasa melakukan penelusuran data yang di silangkan, artinya data yang di peroleh dari informan pertama akan di tanyakan kembali kepada informan berikutnya sebagai langkah triangulasi. Dari hal ini akan di peroleh data valid dan akurat yang dapat mendukung hasil dari penelitian ini.

Sedangkan untuk aktifitas dari ketiga komponen analisis tersebut dilakukan dalam bentuk interaktif dengan proses pengumpulan data sebagai suatu proses siklus. Dalam hal ini tetap mengacu diantara tiga komponen tersebut selama proses pengumpulan data, adapun langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: (1) Pengumpulan data, (2) Melakukan analisis awal apabila sudah memperoleh data, (3) Melakukan pendalaman data, (4) Merumuskan kesimpulan akhir.

AnyScanner

3.8. Instrumen penelitian

Instrumen yang dipakai dalam penelitian ini adalah panduan wawancara semi-terstruktur dalam lembar wawancara dan terdiri dari beberapa kelompok pertanyaan meliputi:

a. Informasi umum dan informasi pendukung
b. praktek seputar asuh bayi dan balita
c. seputar makanan selama masa kehamilan dan menyusui
d. sumber pemasukan dan belanja
e. Peran gender/perempuan
f. Persepsi kebiasaan mencuci tangan dan diare
g. program penyuluhan dan pencegahan stunting

Berbagai penyesuaian bahasa dilakukan agar sesuai dengan konteks masyarakat yang akan diwawancarai.

3.9. Limitasi kajian

Kajian strategis ini mempunyai beberapa keterbatasan sebagaimana tersaji berikut ini:

- Kajian ini tidak dikombinasikan dengan *focus group discussion* (FGD) untuk memperkuat temuan-temuan yang didapat
- Besaran sampel dipilih untuk kebutuhan *observational* dan bukan untuk signifikasi statistik
- Data dikumpulkan berdasarkan ingatan informan (*informant recall*)

3.10. Waktu pelaksanaan

Kegiatan pengkajian strategis ini akan dilakukan oleh Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah (Bappelitbangda) Provinsi Nusa Tenggara Timur dengan susunan organisasi sebagai berikut:

Rencana kerja dan aktivitas kegiatan kajian strategis akan dilakukan pada tahun 2021 dengan jadwal seperti pada tabel 2.

AnyScanner

Tabel 2. Jadwal rencana kerja pengkajian strategis

Kegiatan	Waktu 2021 (bulan)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pembuatan ICP dan TOR dan Persiapan Administrasi												
Kajian Literatur dan Dokumen												
Penyusunan rancangan/desain pengkajian strategis												
Seminar Awal												
Perbaikan												
Penyusunan draft akhir rancangan desain												
Pengumpulan data												
Processing data												
Melengkapi data dan analisis data												
Penyusunan draft laporan												
Seminar laporan pengkajian strategis												
Perbaikan												
Perbaikan dan pencetakan laporan akhir												

AnyScanner

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Deskripsi Wilayah Penelitian

Kabupaten Rote Ndao merupakan wilayah yang terdiri dari gugusan pulau-pulau kecil dibagian paling selatan kepulauan Nusantara. Secara astronomis, daerah ini terletak di antara 10°25' LS sampai 11°00' LS dan di antara 121°49' BT sampai 123°26'BT. Kabupaten ini memiliki 107 pulau kecil. Delapan di antaranya merupakan pulau-pulau yang berpenghuni. Wilayah utama kabupaten ini terdapat di pulau Rote, sebagai pulau yang paling besar di antara 107 pulau yang termasuk wilayah administratif kabupaten Rote Ndao. Delapan pulau kecil lainyang berpenghuni adalah pulau-pulau Rote, Usu, Ndana, Ndao, Landu, Nuse, Do'o Pulau lainnya. Total luas wilayah kabupaten Rote Ndao terdiri dari luas daratan 1.280,10 km2 dan luas lautan 2.376 km2.

Secara geografis Pulau Rote terletak diantara 9'19 LS – 10'57 LS 121'30 BT – 124'11 BT, dengan luas wilayah 1.214,30 km2 dan terdiri dari 8 kecamatan yaitu Kecamatan Lobalain, Rote Barat Daya, Rote Timur, Rote Barat, Rote Selatan, Rote Tengah, Pantai Baru dan Rote Barat Laut dimana secara administrasi Pulau Rote dibatasi oleh:

Sebelah Utara : Laut Sawu
Sebelah Timur : Laut Timor
Sebelah Selatan : Samudera Hindia
Sebelah Barat : Laut Sawu

Berdasarkan posisi geografis dan kondisi wilayah yang digambarkan di atas, Kabupaten Rote Ndao, selain memiliki potensi daratan, juga terutama memiliki potensi bahari yang sangat besar. Kabupaten Rote Ndao memiliki luas wilayah perairan laut cukup luas, dengan total panjang garis pantai kurang lebih 330 km. Pulau Rote memiliki sejumlah pantai yang eksotik, beberapa di antaranya merupakan kawasan surfing terbaik dunia, yakni Pantai Nembrala dan Pantai Boa. Rote Ndao juga mempunyai wilayah laut

AnyScanner

yang berbatasan langsung dengan wilayah laut Negara Australia, yang dari sudut pandang sumber daya dan perdagangan dapat dilihat sebagai potensi, tetapi pada kenyataannya masih memiliki potensi konflik antara Indonesia dan Australia sehubungan dengan kegiatan melaut dari nelayan Rote Ndao, dan kegiatan transit imigran gelap dari Asia ke Australia.

Tabel 3 Kecamatan, Ibukota Kecamatan dan Luas Kecamatan

	Kecamatan *District*	Ibu kota Kecamatan *Capital of District*	Luas *Total Area* (km²/sq.km)
	(1)	(2)	(3)
01.	Rote Barat Daya	Batutua	114,57
02.	Rote Barat Laut	Busalangga	172,40
03.	Lobalain	Baa	145,70
04.	Rote Tengah	Feapopi	162,50
05.	Rote Selatan	Daleholu	73,38
06.	Pantai Baru	Olafulihaa	176,18
07.	Rote Timur	Eahun	110,84
08.	Landu Leko	Landu Leko	194,06
09.	Rote Barat	Delha	116,28
10.	Ndao Nuse	Ndao Nuse	14,19
	Kabupaten Rote Ndao *Rote Ndao Regency*	**Ba'a**	**1 280,10**

Sumber: Rote Ndao dalam angka, BPS Rote Ndao, 2021

Jumlah penduduk Kabupaten Rote Ndao, berdasarkan data BPS Rote Ndao sebanyak 143.764 jiwa, ini dibagi dalam 72.428 jiwa berjenis kelamin laki-laki dan 71.336 jiwa perempuan. Adapun sebaran penduduk terbanyak berada di Kecamatan Lobalain yakni sebanyak 30.669 jiwa, sedangkan sebaran penduduk terkecil yakni di Kecamatan Ndao Nuse yakni sebanyak 3.692 jiwa. Dapat dilihat pada table berikut, mengenai jumlah penduduk Kabupaten Rote Ndao:

AnyScanner

Tabel 4. Jumlah Penduduk, Laju Pertumbuhan Penduduk dan Kepadatan Penduduk

Kecamatan	Penduduk (ribu)	Laju Pertumbuhan Penduduk per Tahun 2010-2020 (%)	Persentase dari Populasi Penduduk	Kepadatan Penduduk per km2 (jiwa/Km)
Rote Barat Daya	24309	23.16	16.91	212
Rote Barat Laut	26916	19.06	18.72	156
Lobalain	30669	23.72	21.33	210
Rote Tengah	8984	11.49	6.25	55
Rote Selatan	6015	16.28	4.18	82
Pantai Baru	14476	16.77	10.07	82
Rote Timur	14343	18.61	9.98	129
Landu Leko	5247	15.57	3.65	27
Rote Barat	9113	22.72	6.34	78
Ndao Nuse	3692	19.6	2.57	260
Kabupaten Rote Ndao	143764		100	112

Sumber: Kabupaten Rote Ndao dalam Angka 2021, BPS

Berkaitan dengan sarana prasarana air bersih dan sanitasi di Kabupaten Rote Ndao, dari 10 kecamatan yang ada untuk sumber air minum terdapat beberapa sumber air yang dapat digunakan untuk minum yakni dari ledeng, mata air, sumur dan sungai/danau/kolam/waduk/situ/embung/bendungan. Untuk sumber air minum yang paling banyak ada yakni sumur sebanyak 85 sumur. Sedangkan untuk sumber air dari mata air sebanyak 19 mata air yang tersebar di 6 kecamatan kecuali kecamatan Rote Tengah, Landu Leko, Rote Barat dan Ndao Nuse. Untuk ledeng dengan meteran sebanyak 12 unit ledeng dengan meteran. Dapat dilihat pada tabel berikut:

AnyScanner

Tabel 5. Sumber air untuk minum bagi rumah tangga di Kabupaten Rote Ndao

Kecamatan	Sumber air untuk minum sebagian besar keluarga berasal dari:						
	Air isi ulang	Ledeng dengan meteran (PAM/PDAM)	Ledeng tanpa meteran	Mata air	Sumur	Sumur bor atau pompa	Sungai/danau/kolam/waduk/situ/embung/bendungan
Rote Barat Daya				2	17		
Rote Barat Laut		1		2	19		
Lobalain	1	5		6	6		
Rote Tengah		2			6		
Rote Selatan				4	3		
Pantai Baru		1		2	12		
Rote Timur		2		3	6		
Landu Leko					5		2
Rote Barat		1			6		
Ndao Nuse					5		
Kabupaten Rote Ndao	1	12	0	19	85	0	2

Sumber: data potensi daerah tertinggal 2020

Sedangkan data dan informasi mengenai saluran pembuangan limbah cair, dari 10 kecamatan yang ada hampir semuanya langsung dialirkan ke tanah terbuka maupun ke dalam lubang buatan, sedangkan untuk lubang resapan baru terdapat di dua kecamatan yakni Kecamatan Rote Tengah dan Rote Timur sebanyak 2 lubang resapan. Data dapat dilihat pada table yang disajikan berikut:

Kecamatan	Tempat/saluran pembuangan limbah cair dari air mandi/cuci sebagian besar keluarga			
	Dalam lubang/tanah terbuka	Drainase (got/selokan)	Lubang resapan	Sungai/saluran irigasi/danau/laut
Rote Barat Daya	19			
Rote Barat Laut	22			
Lobalain	18			
Rote Tengah	7		1	
Rote Selatan	7			
Pantai Baru	15			
Rote Timur	10		1	
Landu Leko	7			
Rote Barat	7			
Ndao Nuse	5			
Kabupaten Rote Ndao	117	0	2	0

Sumber: data potensi daerah tertinggal 2020

AnyScanner

Untuk penggunaan fasilitas buang air besar Sebagian besar keluarga, dari 10 kecamatan yang ada, hamplr semuanya juga sudah memiliki jamban sendiri, bahkan berdasarkan hasil observasi, juga ditemukan beberapa jamban yang sedang dalam proses pembangunan yang menggunakan dana desa maupun kabupaten kepada keluarga miskin. Adapun data yang dapat dihimpun yang memlliki jamban sendri sebanyak 110 sedangkan jamban umum sebanyak 3 unit, sedangkan yang tidak/bukan jamban sebanyak 6 lokasi. Data tersebut dapat dilihat pada table diberikut:

Kecamatan	Penggunaan fasilitas buang air besar sebagian besar keluarga di desa/kelurahan		
	Jamban sendiri	Jamban umum	Bukan jamban
Rote Barat Daya	16		3
Rote Barat Laut	21		1
Lobalain	16		2
Rote Tengah	7	1	
Rote Selatan	7		
Pantai Baru	13	2	
Rote Timur	11		
Landu Leko	7		
Rote Barat	7		
Ndao Nuse	5		
Kabupaten Rote Ndao	110	3	6

Sumber: data potensi daerah tertinggal, 2020

Sumber air yang digunakan untuk mandi dan cuci, dari data yang diperoleh menunjukkan bahwa sebagian besar masih menggunakan air dari sumur yakni sebanyak 80 sumur, sedangkan penggunaan air dari mata air sebanyak 21 sumber. Sedangkan dari ledeng dengan meteran sebanyak 10. Sedangkan untuk Kecamatan Ndao Nuse sumber air untuk mandi dan mencuci bersumber dari air hujan, berikut ditampilkan pada table:

AnyScanner

Kecamatan	Sumber air untuk mandi/cuci sebagian besar keluarga berasal dari:						
	Air hujan	Ledeng dengan meteran (PAM/PDAM)	Ledeng tanpa meteran	Mata air	Sumur	Sumur bor atau pompa	Sungai/danau/kolam/waduk/situ/embung/bendungan
Rote Barat Daya				2	16		1
Rote Barat Laut		1		2	19		
Lobalain		5		6	6		1
Rote Tengah				2	5		1
Rote Selatan				4	3		
Pantai Baru		1		2	10		2
Rote Timur		2		3	6		
Landu Leko					5		2
Rote Barat		1			6		
Ndao Nuse	1				4		
Kabupaten Rote Ndao	1	10	0	21	80	0	7

Sumber: data potensi daerah tertinggal 2020

Sedangkan untuk tempat pembuangan akhir tinja sebagi besar keluarga, dari 10 kecamatan yang ada, kebanyakan lubang tanah yakni sebanyak 61, sedangkan yang menggunakan tangka/instalasi pengelolaan air limbah sebanyak 50. Sedangkan yang melakukan pembuangan akhir tinja di sawah/kolam/tanah lapang/kebun juga masih didapati yang sebanyak 8 lokasi, berikut dapat dilihat pada table yang disajikan:

Kecamatan	Tempat Pembuangan Akhir Tinja Sebagian Besar Keluarga		
	Lubang tanah	Tangki/instalasi pengelolaan air limbah	Sawah/kolam/sungai/danau/lau atau pantai/tanah lapang/kebun
Rote Barat Daya	9	7	3
Rote Barat Laut	15	6	1
Lobalain	5	13	1
Rote Tengah		6	1
Rote Selatan	6	1	
Pantai Baru	10	3	2
Rote Timur	2	9	
Landu Leko	2	5	
Rote Barat	7		
Ndao Nuse	5		
Kabupaten Rote Ndao	61	50	8

AnyScanner

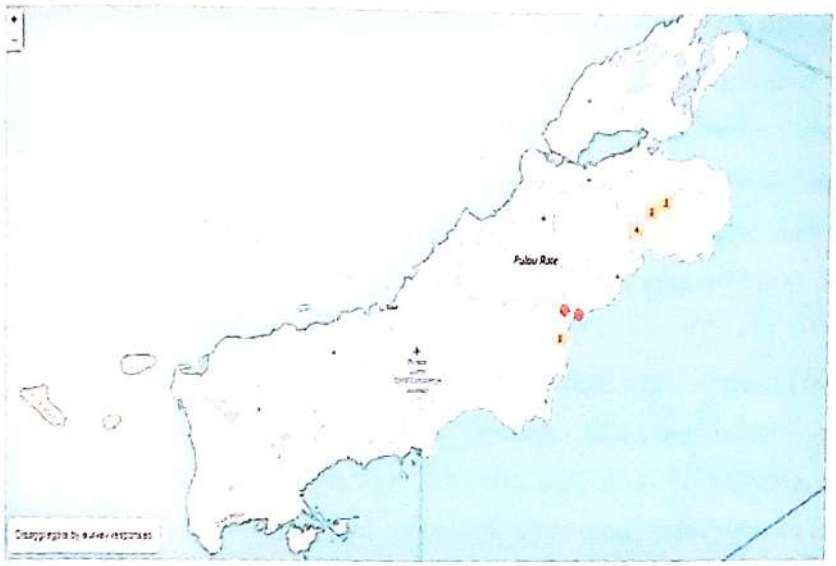
4.2. Karakteristik Kecamatan Rote Timur dan Pantai Baru

A. Kecamatan Rote Timur

Kecamatan Rote Timur memiliki luas wilayah sebesar 110,18 km^2 dengan pusat Pemerintahannya di Eahun, terdiri dari 11 Desa dan 48 dusun.

B. Kecamatan Pantai Baru

Pusat Pemerintahannya di Olafulihaa



Gambar 6. Distribusi lokasi informan yang diwawancarai selama periode penelitian di kecamatan Pantai Baru dan Kecamatan Rote Timur

4.3. Keluarga Miskin Non-Stunting

Balita di Kecamatan Rote Timur dan Pantai Baru masih ditemukan balita stunting. Untuk balita stunting di Kecamatan Rote Timur 258 balita stunting dari 11 desa sedangkan bayi normal sebanyak 1057 balita. Untuk desa lokus penelitian yakni Lakamola dan Panggodua, balita stunting di desa Lakamola sebanyak 9 balita, sedangkan di desa Panggodua sebanyak 14 balita. Untuk bayi normal di kedua desa tersebut, untuk desa Lakamola sebanyak 86 balita, sedangkan desa Panggodua sebanyak 99 balita normal.

Dari data yang didapatkan, anak-anak non-stunting yang ada di kedua desa ini, rata-rata anak yang datang dari keluarga yang secara ekonomi tidak mencukupi/miskin. Beberapa penelitian yang telah dilakukan, berkaitan dengan stunting, di antaranya, bayi

AnyScanner

stunting dikarenakan pendidikan dari orangtua yang kurang, tidak nampak di kedua desa di Kecamatan Rote Timur. Hal ini dikarenakan pemahaman orang yang menyatakan bahwa orangtua yang tingkat pendidikan baik dapat dengan mudah dalam menerima informasi tentang gizi khususnya tentang stunting. Perempuan dengan tingkat pendidikan tinggi diharapkan lebih mudah menerima informasi dari luar dibandingkan dengan perempuan yang memiliki tingkat pendidikan rendah. Akan tetapi, perempuan dengan pendidikan rendah tidak selalu memiliki balita stunting, dan sebaliknya perempuan dengan pendidikan tinggi tidak selalu memiliki balita yang tidak stunting. Hal tersebut dikarenakan tingkat pendidikan bukan satu-satunya faktor yang mempengaruhi stunting (Lailatul & Ni'mah., 2015). Di dua desa penelitian bahkan menunjukkan beberapa keluarga yang secara ekonomi mapan, akan tetapi anaknya masuk dalam kategori stunting sedangkan beberapa keluarga miskin anak mereka justru masuk dalam ketegori non stunting.

Beberapa perempuan balita yang berpendidikan tinggi mungkin bekerja di luar rumah sehingga tidak bisa selalu menemani balitanya. Hal yang ditemui di kedua desa tersebut menunjukkan bahwa, beberapa dari orang tua balita dari keluarga miskin, yang perempuannya bekerja sebagai petani ataupun petugas desa ketika mereka bekerja, anak mereka dititipkan kepada orang tua mereka, dan makan maupun minum dari balita tersebut dijaga/dikontrol oleh orang tua yang merawat balita tersebut.

Dari hasil penelitian dan observsi juga didapatkan informasi bahwa rata-rata balita diberi ASI eksklusif selama 6 bulan, setelah itu juga diselingi dengan bubur dengan sayur-sayuran yang ditanam disekitar pekarangan rumah dan ikan yang diperoleh lewat pedagang keliling maupun dari pasar.

Hal yang ditemui di Desa Lakamola dan Penggodua bahwa, ada beberapa keluarga miskin yang masih tinggal dengan orang tua atau yang tinggal berdekatan dengan orangtua mereka anak mereka selalu dijaga/diawasi oleh orangtua dan terbebas dari stunting. Hal lain yang ditemui ketika dilakukan observasi yakni warung/kios tempat penjualan makan ringan dan sejenisnya tidak ada disekitar lokasi, ini juga dapat menjadi salah satu penjelasan bahwa anak-anak balita ini tidak diberikan makan kemasan (snack). Untuk air minum, mandi dan cuci, kebanyakan menggunakan sumur maupun bak penampungan umum yang dapat digunakan bersama.

AnyScanner

Kasus stunting di kecamatan Pantai Baru dari data yang diperoleh sebesar 270 balita, untuk desa Nusakdale dan Batulilok sebagai lokasi penelitian anak stunting di desa Nusakdale sebanyak 5 balita sedangkan desa Batulilok sebanyak 21 balita. Untuk balita non-stunting desa Nusakdale sebanyak 93 orang sedangkan desa Batulilok sebanyak 41 balita. Adapun sebagian anak yang menjadi fokus penelitian adalah anak balita dari keluarga miskin yang non-stunting.

Dari hasil pengamatan dan informasi yang diperoleh, kebanyakan dari anak-anak tersebut diasuh langsung oleh orang tua. Kalaupun orang tua mereka pergi bekerja selalu kembali pada saat waktu untuk memberi makan anak mereka dan adapula yang membawa anak mereka pergi bekerja seperti di kebun maupun sawah. Adapun di desa Nusakdale dan Batulilok ini karena berada di lokasi pesisir makanya hasil laut sangat dimanfaatkan betul, terkhusus untuk perempuan hamil maupun pada saat lahiran. Yang tidak kalah penting bahwa ada sumber mata air di desa, sehingga dapat dipergunakan untuk bercocok tanam, khususnya sayur-sayuran sehingga tidak kesulitan dalam mendapat asupan gizi dari sayuran yang dikonsumsi.

Lebih lanjut, dalam penelitian ini didapatkan juga adanya ketidaksesuaian yang berkaitan dengan pendidikan ayah, pekerjaan ayah, status pekerjaan perempuan, jumlah balita, jarak kelahiran, dan faktor ekonomi (pengeluaran pangan) dengan non-stunting. Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar ayah memiliki tingkat pendidikan formal yang rendah, yaitu di bawah SMA. Hasil ini didukung studi sebelumnya yang menemukan hubungan yang tidak signifikan antara tingkat pendidikan ayah dengan kejadian stunting pada anak 1-2 tahun dan balita usia 6-36 bulan. Hal ini karena ayah tidak mengambil peran yang dominan dalam keputusan penentuan kebutuhan gizi. Selain itu, adat istiadat di Indonesia menunjukkan bahwa perempuan memiliki peran utama dalam mengasuh anak sehingga memberikan dampak yang lebih besar dibandingkan ayah.

Berkaitan dengan budaya (kebiasaan) yang terjadi di dua Kecamatan lokus penelitian, didapatkan informasi melalui observasi yang dilakukan. Bahwa Sebagian besar budaya (adat) di Rote, secara tersirat, yang mengatur, mengurusi rumah tangga adalah perempuan/istri, sedangkan suami/bapak bertanggungjawab mendapatkan nafkah. Jadi hal yang berkaitan dengan mengurusi anak, sesulit dan sesusah apapun tetap menjadi tanggungjawab dari istri/ayah. Tidak dapat dipungkiri bahwa selama observasi dilakukan,

AnyScanner

istri/perempuan memiliki porsi kerja yang luar biasa padat dan berat, akan tetapi terkhususnya dalam rumah tangga miskin, para perempuan/istri bisa dengan baik merawat anak dari hamil sampai pada lahiran sehingga terbebas dari stunting pada anak mereka.

Pola pengasuhan merupakan hal yang penting dalam proses tumbuh kembang anak. Salah satu faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak adalah adanya faktor psikososial termasuk di dalamnya mengenai hal penting dalam kehidupan anak yaitu stimulasi dalam pengasuhan. Pola pengasuhan yang baik adalah gambaran adanya interaksi positif anak dengan pengasuh utama (orangtua/perempuan) yang berperan dalam perkembangan emosi dan psikologis anak sehingga menciptakan tumbuh kembang anak yang normal. Peran orang tua sedari dini akan menjalin rasa aman pada anaknya. Hal tersebut diwujudkan dengan kontak fisik dan psikologis sejak anak lahir hingga dalam proses tumbuh kembangnya. Kurangnya kasih sayang orang tua di awal-awal kehidupan akan berdampak buruk pada tumbuh kembang anak baik fisik, mental, maupun sosial emosi. Kasih sayang orang tua akan menciptakan ikatan yang erat (*bonding*) dan kepercayaan dasar (*basic trust*).

Hubungan yang erat dan selaras antara orang tua dan anak merupakan syarat mutlak untuk menjamin tumbuh kembang yang selaras, baik fisik, mental maupun psikososial. Perempuan yang memberikan rangsangan psikososial yang baik pada anak berpengaruh positif pada status gizi anak. Hal ini sesuai dengan penelitian mengenai *positive deviance* pada keluarga miskin yang mengungkap bahwa asuhan psikososial berupa keterikatan antara perempuan dan anak menjadi faktor penting dalam tumbuh kembang anak. Kondisi psikososial yang buruk dapat mempengaruhi pemanfaatan zat gizi dalam tubuh, sebaliknya hormon pertumbuhan dirangsang kondisi psikososial yang baik. Secara tidak langsung asuhan psikososial berkaitan dengan asuhan gizi dan kesehatan yang berpengaruh positif pada status gizi, tumbuh dan kembang. "Positif menyimpang" adalah orang tua atau pengasuh lain yang "sama miskinnya" dengan tetangga mereka, tetapi memiliki anak-anak dengan gizi yang baik. Positif deviant mampu membesarkan anak bergizi baik karena mereka mempraktekkan tidak biasa tetapi sehat perilaku yang berhubungan dengan makan, kebersihan, dan pencarian kesehatan.

Demikian juga dengan pekerjaan ayah/suami tidak bisa kita jadikan patokan bahwa seorang suami/ayah yang tidak memiliki pekerjaan yang tetap dan terkategori sebagai keluarga miskin anaknya masuk dalam kategori stunting. Hal ini dikarenakan

AnyScanner

seorang ayah/suami dengan penghasilan yang tidak tetap akan mengakibatkan daya beli rumah tangga yang rendah. Daya beli makanan yang rendah dapat mengakibatkan ketersediaan makanan tidak dapat dipastikan, baik dari segi kualitas maupun kuantitas sehingga dapat menyebabkan masalah gizi pada anak yang dapat berakibat pada perkembangan anak yang tidak sesuai standar Kesehatan. Yang kami temui di lapangan dari hasil observasi menunjukkan bahwa pemanfaatan pekarangan rumah maupun hasil alam dan laut, baik itu untuk menanam sayuran dan hasil laut sangat mudah didapatkan dan diakses di lokasi penelitian.

Berkaitan dengan pemberian ASI, di lokasi penelitian didapatkan informasi yang hampir sama dari perempuan keluarga miskin yang anaknya tidak stunting bahwa, pemberian ASI eksklusif paling maksimal sampai pada usia kurang dari 6 bulan, selanjutnya dibantu dengan makanan tambahan yakni bubur dari beras (padi). Praktek pemberian ASI eksklusif yang tidak berjalan tidak maksimal pada keluarga balita disebabkan kurangnya pengetahuan perempuan tentang pentingnya ASI eksklusif terutama untuk meningkatkan daya tahan tubuh bayi terhadap penyakit infeksi selain itu juga kurangnya dukungan dari keluarga untuk melakukan pemberian ASI eksklusif kepada bayi. Penelitian yang dilakukan oleh Gunawan *et al* (2016) menunjukkan bahwa ASI eksklusif bukan merupakan satu-satunya faktor yang berkontrperempuansi dalam masalah *stunting* pada anak-anak. Masalah *stunting* pada balita mungkin tidak disebabkan oleh kecukupan gizi saja, baik dari pemberian ASI eksklusif atau makanan pendamping ASI, tapi juga harus mempertimbangkan kualitas makanan pendamping. Pendidikan perempuan dalam penelitian ini baik itu perempuan balita *stunting* dan non-*stunting* adalah rata-rata berpendidikan rendah. Perempuan dengan pendidikan rendah belum tentu memiliki anak yang mengalami *stunting* dan perempuan yang memiliki pendidikan tinggi dan mapan secara ekonomi juga belum tentu memiliki anak yang tidak *stunting*. Perempuan yang berpendidikan dasar maupun menengah mungkin sudah mendapatakan pengetahuan tentang gizi melalui sosialisasi dan edukasi di Posyandu sehingga perempuan dapat menerapkan pengetahuannya dalam memberikan pola asuh khususnya dalam hal pemberian makan pada balita.

Keragaman pangan pada keluarga miskin non stunting, tercermin dari daya beli keluarga tersebut terhadap jenis makanan. Keragaman pangan yang dikonsumsi balita masih sangat rendah. Kebanyakan balita non stunting yang ditemui semuanya

AnyScanner

mengkonsumsi bubur dicampur garam, sedangkan untuk bubur instan (sun,milna dll) sangat tidak disukai oleh bayi non stunting berdasarkan informasi yang diperoleh tim Ketika melakukan observasi dan pengamatan langsung. Dalam penelitian pun ditemukan dari dua Kecamatan dengan dua karakteristik yang berbeda ini, sama-sama mengkonsumsi jenis sayuran dan ikan sedangkan untuk hewani diperoleh lewat mengkonsumsi ikan. Khusus untuk Desa Batulilok dan Nusakdale ikan dapat diperoleh dengan mudah karena letak kedua desa tersebut berada di pesisir, serta masyarakat dekat dengan sumber mata air sehingga bisa membuat petak (bedeng) untuk menanam sayur. Sedangkan untuk desa Lakamola dan Pengodua lebih banyak mengkonsumsi sayuran hijau yang ditanam di pekarangan, ataupun yang dibeli dipasar. Keragaman pangan ini dapat dipengaruhi oleh faktor kesukaan yang dapat dilihat dari daya terima yang menjadi kebiasaan konsumsi makanan pada balita.

Promosi kesehatan dan kampanye peningkatan kesadaran untuk memperhatikan pertumbuhan anak-anak diperlukan untuk mengubah perilaku masyarakat. Keragaman konsumsi pangan dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Adapun faktor internal antara lain pendapatan, preferensi, budaya, agama, pengetahuan tentang gizi, sedangkan faktor eksternal keragaman konsumsi pangan antara lain faktor agro-ekologi, produksi, ketersediaan dan distrperempuansi, anekaragaman pangan, serta iklan.

4.4. Pergeseran "kebiasaan" di level rumah tangga dan kontribusinya dalam usaha mencegah dan menekan prevalensi stunting

Temuan menunjukkan bahwa perempuan kadang-kadang dipengaruhi secara positif oleh nenek dan mertua yang signifikan tentang cara mempraktekkan menyusui. Sebagian besar perempuan tampaknya telah menyusui anak mereka hingga melewati 6 bulan, menurut informasi yang diberikan selama wawancara. Lingkungan, waktu dan miskonsepsi, serta keyakinan menjadi penentu praktik ASI eksklusif yang disarikan dari percakapan. Praktek "kebiasaan"sosial memiliki dampak besar pada kualitas pengasuhan yang diberikan kepada anak oleh perempuan mereka.

AnyScanner

Ada "kesadaran kolektif" di yang hidup di masyarakat Rote bahwa seluruh keluarga bertanggung jawab untuk mendukung anak saat tumbuh dewasa. Tahun pertama kehidupan seorang anak adalah saat yang sulit yang diakui semua perempuan. Mereka memperkenalkan anak pada makanan orang dewasa sejak usia 6 bulan, atau setelahnya, 7 atau 9 bulan. Pada topik makanan tambahan bayi dan anak di tahun pertama, sebagian besar perempuan menyebutkan bubur beras sebagai makanan pertama diikuti oleh makanan lain atau apa yang dimakan keluarga. Tanggapan mereka mengkonfirmasi jenis makanan yang diidentifikasi dikonsumsi secara teratur di kedua kecamatan lokasi penelitian ini.

Namun, terungkap juga dalam wawancara, bahwa makanan mereka dalam banyak kasus benar-benar kekurangan protein hewani dan sumber buah-buahan. Kurangnya dana membatasi konsumsi protein hewani. Beberapa perempuan dalam wawancara juga mengatakan sejenis rumput laut berwarna coklat (dalam bahasa lokal disebut "Latu") yang dengan mudah didapatkan di laut justru dimanfaatkan sebagai sayuran atau dimasak bersama bubur beras dan diberikan kepada anak balita dan telah diperkenalkan secara turun-temurun. Hal ini merupakan indikasi bahwa perempuan memiliki pengetahuan tentang apa dan bagaimana menyiapkan makanan untuk diberikan kepada bayi dan pengetahuan ini terwarisi secara turun-temurun dan diterimanya dalam keluarga atau dalam komunitas. Konsumsi daging hanya bersifat sesekali ketika ada perayaan, pesta, atau acara sejenisnya yang melibatkan banyak orang dalam wawancara ini.

Mereka juga mengatakan bahwa selain mereka mendengarkan atau mendapatkan nasihat dari nenek tentang mengasuh bayi dan anak; mereka juga menitipkan bayi dan anak di bawah asuhan nenek. Terungkap juga dalam wawancara ini, bahwa sekurang-kurangnya ada dua sebab bayi dan/atau balita dititipkan di bawah asuhan nenek untuk jangka waktu lama (lebih dari 3 bulan). Pertama, karena perempuan menjadi orang tua tunggal. Kedua, karena tuntutan ekonomi dan pekerjaan sehingga orang tua harus berada di luar rumah untuk waktu yang lama.

Terungkap juga, beberapa perempuan, selama periode kehamilan, menghindari makanan tertentu karena berbagai alasan yang termasuk untuk menjaga hasil kehamilan, proses melahirkan, menghindari bentuk tubuh bayi yang tidak diinginkan dan untuk menghormati orang yang lebih tua jika diperintahkan untuk melakukannya. Salah satu makanan yang dihindari oleh ibu di desa Nusakdale dan Batulilok selama periode

AnyScanner

trimester terakhir kehamilan adalah sejenis makanan dari laut (dalam bahasa setempat disebtu "Latu). Sementara itu Ibu hamil di desa Lakamola dan Pengodua, justru disarankan untuk mengurangi konsumsi berlebihan daun kelor/marungga dengan alasan menghindari penyusutan tali pusar.

4.5. Perspektif pemberdayaan dan kesetaraan

Di antara sejumlah pilihan model analisis, kajian ini mengadopsi kerangka analisis Moser (*Moser Model Analysis*) untuk melihat konteks pemberdayaan dan kesetaraan di lokasi penelitian. Kerangka analisis Moser semata-mata hanya digunakan untuk mengindentifikasi Peran Gender ("Tiga Peran", yang meliputi peran produktif, reproduktif dan kemasyarakatan/pekerjaan sosial) pada level di dalam keluarga dan secara garis besar relevansinya dengan situasi lokasi penelitian. Secara mendalam memahami kompleksitas hubungan gender, kepercayaan, persepsi, pengetahuan dan norma-norma sosial, dan tentang perempuan, laki-laki, anak perempuan dan anak laki-laki tidak dimaksudkan dalam kajian ini.

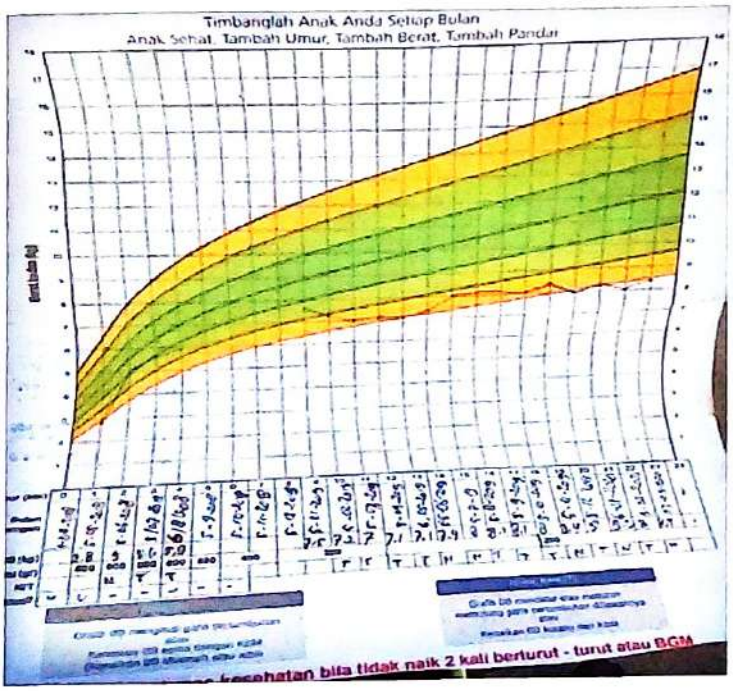
Tipe Peran	Aktivitas	Possible Gender Needs
Produktif	Bekerja di luar rumah/"karir"	Dukungan keuangan yang terbatas dari pasangan di tingkat rumah tangga juga disorot oleh informan, terutama perempuan, sebagai salah satu situasi menantang yang paling penting yang menghambat praktik pemberian ASI dan makanan pendamping ASI yang memadai. Terungkap beberapa pasangan pria tidak mendukung dan tidak peduli untuk memberi makan keluarga dan melihatnya sebagai "urusan" istri semata. Dukungan keuangan informal melalui kelompok simpan pinjam kaum perempuan sukarela serta menanam berbagai jenis sayuran di kebun dapur mereka digunakan untuk mengatasi tantangan gizi yang disebabkan oleh keterbatasan finansial.

AnyScanner

Reproduktif	Melakukan pekerjaan rumah: • Praktik memberi makan bayi dan balita • Memberikan stimulasi psikososial bagi anak • Menjaga higieni/sanitasi selama mengasuh anak, bayi dan balita • Menjaga kebersihan rumah dan sanitasi lingkungan • Mengasuh anak, bayi dan balita • Mengakses layanan kesehatan	Perempuan mertua dikatakan membantu perempuan-perempuan dalam menyusui dan mengasuh balita
Sosial	Posyandu, seminar dan pelatihan terkait praktik pemberian makanan (makanan padat), Seminar parenting, parenting, dan pola hidup sehat, mengikuti kegiatan kelas perempuan hamil dan menyusui	Akses informasi dan pengetahuan terkini tentang pola asuh bayi dan balita dalam konteks mencegah stunting

Sumber: Informasi yang diolah, 2021

Kemiskinan dianggap oleh informan sebagai tantangan utama yang mempengaruhi



Gambar 7. Data pengukuran tinggi dan berat badan anak selama kunjungan ke posyandu dalam buku pink KIA

pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dan praktik pemberian makanan pendamping ASI. Meskipun dampak buruk dari kemiskinan, informan melaporkan berbagai

AnyScanner

tanggapan untuk mengatasi tantangan gizi yang disebabkan oleh kemiskinan. Partisipasi perempuan dalam kelompok simpan pinjam sukarela dianggap membantu perempuan untuk mengentaskan kemiskinan, karena perempuan dapat meminjam dan menggunakan uang itu untuk membeli makanan. Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyoroti bahwa, ketika perempuan memiliki kontrol lebih besar atas sumber daya keuangan keluarga, proporsi pendapatan yang lebih besar dialokasikan untuk kebutuhan dasar anak, termasuk makanan. Oleh karena itu, temuan ini menekankan potensi tindakan penguatan ekonomi seperti kelompok simpan pinjam perempuan desa untuk mengatasi kerawanan pangan yang disebabkan oleh kemiskinan. Pentingnya kebun dapur dalam menanam berbagai jenis sayuran dan meningkatkan keragaman makanan juga ditunjukkan oleh responden. Strategi intervensi keragaman makanan, termasuk berkebun di rumah, telah dilaporkan memiliki pengaruh positif dalam mengatasi kekurangan zat gizi mikro dan dengan demikian kekurangan gizi anak. Berkebun di rumah juga telah terbukti bertindak sebagai sarana pemberdayaan perempuan dengan memungkinkan mereka untuk memiliki kontrol yang lebih besar atas kualitas makanan keluarga. Studi lain menunjukkan bahwa kebun dapur dapat meningkatkan ketahanan pangan keluarga dan akses pendapatan bagi perempuan, yang cenderung meningkatkan pengeluaran untuk kesehatan dan gizi anak. Oleh karena itu, ada kebutuhan untuk mendorong keterlibatan perempuan dalam membangun dan memelihara kebun dapur dan menciptakan mekanisme untuk sistem pasokan benih untuk memastikan keberlanjutan jangka panjang.

Pekerjaan berat perempuan yang terkait dengan tuntutan ekonomi dianggap sebagai tantangan lain untuk praktik menyusui dan pemberian makanan pendamping ASI yang tepat di antara responden. Perempuan, selain bertanggung jawab atas pekerjaan rumah tangga dan pekerjaan pertanian (dalam konteks ini terkait dengan produksi "gula air"), bertanggung jawab antara lain mengasuh anak dan memberi makan. Kurangnya waktu untuk memberi makan dan merawat anak karena bekerja di luar rumah termasuk kegiatan bertani serta pekerjaan rumah tangga lainnya telah terbukti membatasi kemampuan perempuan untuk praktik pemberian makanan pendamping ASI yang optimal. Tantangan yang dihadapi perempuan karena beban kerja mereka yang berat diketahui berdampak negatif pada hasil gizi anak. Temuan ini menunjukkan perlunya intervensi untuk membantu perempuan mengalokasikan lebih banyak waktu untuk merawat dan memberi makan anak-anak. Pekerjaan yang dapat dilakukan di rumah dan produksi kerajinan rumahan, termasuk

AnyScanner

menenun keranjang, adalah salah satu opsi yang dapat dieksplorasi dan akan menggantikan pekerjaan yang lebih melelahkan. Maka, intervensi yang berfokus pada penyediaan keterampilan melakukan pekerjaan alternatif ini juga didorong untuk membebaskan para perempuan selama jam kerja mereka. Perempuan menjadi lebih lemah ketika mereka dalam kondisi tidak bekerja/tidak memiliki penghasilan atau dengan kata lain tidak menjalankan peran produktifnya.

Meskipun peran biasanya dianggap berasal dari nenek (perempuan mertua dan/atau perempuan kandung) sebagai penjaga tradisi, dukungan sosial dari nenek mungkin memiliki efek positif pada praktik pemberian makan anak. Nenek-nenek di daerah penelitian juga dikatakan membantu perempuan-perempuan dalam menyusui dan mengasuh anak. Temuan

Gambar 8. Buku Pink Kesehatan Perempuan dan Anak (KIA) yang menjadi kontrol kunjungan Perempuan dan Anak ke Posyandu

ini mirip dengan penelitian lain dalam pengaturan yang berbeda. Maka, mendorong pemberian dukungan sosial kepada perempuan oleh orang-orang yang berpengaruh di rumah tangga seperti nenek meningkatkan beberapa praktik pemberian makan bayi yang khsusus, seperti memberi makan bayi dengan jumlah makanan minimum dan keragaman makanan dari

AnyScanner

laut. Temuan ini justru mendukung kebutuhan untuk mengadopsi pendekatan yang lebih luas dan berpusat pada keluarga dengan menyediakan sumber daya seperti lebih banyak pendidikan kepada anggota keluarga yang berpengaruh ini untuk meningkatkan dukungan dalam kesehatan anak, terutama dalam praktik memberi makan bayi dan anak dan pengasuhan yang optimal, karena kerabat ini justru memiliki akses yang lebih sedikit untuk pengetahuan baru daripada perempuan. Misalnya, akses terhadap informasi di dalam buku KIA juga perlu diperoleh oleh nenek karena dalam kenyataannya, buku KIdA justru disimpan oleh kader posyandu untuk alasan yang, pada derajat tertentu, dapat diterima.

Kekuatan penelitian ini adalah keragaman respondennya. Oleh karena itu, gagasan yang disuarakan dapat dianggap sebagai cerminan yang tepat dari pengetahuan, kepercayaan, dan praktik masyarakat. Namun demikian, penelitian ini mengalami sejumlah keterbatasan: Pertama, para peserta direkrut hanya di satu kabupaten, Rote, temuan mungkin tidak digeneralisasikan untuk populasi di luar daerah ini karena beberapa kekhususan serta sampel yang kurang representatif dari satu daerah. Namun, karena kejenuhan data tercapai selama pengumpulan data, temuan itu cukup untuk memberikan pemahaman yang lebih dalam tentang tantangan dan tanggapan terhadap praktik pemberian makan bayi dan balita yang

Gambar 9.Seorang perempuan yan turut mengerjakan pekerjaan memasak "gula air" di dapur miliknya

memungkinkan penilaian sejauh mana temuan dapat relevan dan berlaku untuk pengaturan serupa lainnya. Kedua, ketidakmampuan untuk mengamati praktik dan perilaku pemberian

AnyScanner

makan bayi dan anak yang sebenarnya seperti yang dilaporkan oleh peserta selama wawancara. Penelitian kembali di masa depan yang mengkonfirmasi data wawancara yang dilaporkan sendiri dengan pengamatan langsung terhadap praktik pemberian makan bayi dan balita dalam kehidupan sehari-hari akan sangat berharga. Ketiga, peserta mungkin telah melaporkan praktik dan pengaruh yang berlebihan karena keinginan sosial. Ini mungkin lebih jelas untuk tanggapan nenek karena saran dan kekhawatiran nenek mungkin mencerminkan kepercayaan budaya dan praktik pemberian makan bayi yang tidak melindungi praktik pemberian makan bayi dan balita yang sesuai. Namun, pewawancara menanyakan pertanyaan yang sama dalam bentuk yang berbeda sebanyak mungkin untuk memeriksa konsistensi dalam tanggapan.

AnyScanner

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Studi ini menemukan bahwa stunting dan non stunting dalam konteks keluarga miskin untuk mendapat fokus yang tepat maka tidak hanya tentang praktik makanan—memperhatikan kualitas, keragaman, dan jumlah makanan yang ditawarkan kepada bayi dan balita—tetapi juga tentang respons dan kasih sayang pengasuh selama episode pemberian makan. Studi ini juga mengungkapkan bahwa sejumlah tantangan termasuk hidup dalam "tantangan topografi alam", beban kerja perempuan yang berat, dukungan keuangan yang terbatas dari mitra, dan fluktuasi musiman dalam ketersediaan pangan dianggap berkontrperempuansi menjaga bayi dan balita keluarga miskin memerangi stunting. Dukungan keluarga dan sosial dari staf fasilitas kesehatan, dukungan keuangan melalui tenaga kerja lepas, kelompok simpan pinjam perempuan, dan kebun dapur digunakan untuk mengatasi tantangan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi memiliki banyak segi. Oleh karena itu, strategi intervensi untuk meningkatkan gizi anak harus mengakui sifat pemberian makan balita dan anak yang tertanam secara sosial dan mengatasi kendala dan peluang ekonomi, lingkungan sosial sebagai usaha komplementer dan tidak bergantung pada intervensi peningkatan pengetahuan saja.

AnyScanner

REFERENSI

Adriani, M.Wirjatmadi, B. *Gizi dan Kesehatan Balita Peranan Mikro Zink Pada Pertumbuhan Balita*. (Kencana Prenadamedia Group, 2014).

Afiyanti, Yati. 2004. Studi Fenomenologi Tentang Pengalaman Wanita di Daerah Pedesaan Dalam Menjalani Masa Kehamilan Pertama. Jurnal Keperawatan Indonesia, Vol. 8, No. 2.

Anindita, P. 2012. Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu, Pendapatan Keluarga, Kecukupan Protein & Zinc Dengan Stunting (Pendek) Pada Balita Usia 6 – 35 Bulan Di Kecamatan Tembalang Kota Semarang. *J. Kesehat. Masy.* 1.

Alase, Abayomi. 2017. The Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Guide to a Good Qualitative Research Approach. International Journalof Education and Literacy Studies. Australia

Astuti, S. 2018. Gerakan Pencegahan Stunting Melalui Pemberdayaan Masyarakat di Kecamatan Jatinangor Kabupaten Sumedang. *Dharmakarya*, *7* (3).

Bayir, Aidan dan Tim Lomas. 2016. Difficulties Generating Self-compassion: An Interpretative Phenomenological Analysis. *The Journal of Happiness & Well-Being*, Vol. 4 No. 1. Hlm. 15—33.

Bella, F. D., Fajar, N. A., & Misnaniarti, M. 2020. Hubungan antara Pola Asuh Keluarga dengan Kejadian Balita Stunting pada Keluarga Miskin di Palembang. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas*, *5* (1).

Begum T. 2019. Parental Knowledge, Attitudes and practices in early childhood development among low income urban parents. Univers J Public Heal.

Cahyani,Vellim D. 2017. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Rumah Tangga Dengan Kejadian Stunting dan Non-Stunting Pada REmaja Putri di SMP Negeri 1 Nguter Sukoharjo. Skripsi. UMS.

Damayanti, R. A., Muniroh, L. Farapti. 2016. Pemberian Asi Eksklusif Pada Balita Stunting Dan NonStunting. *Media Gizi Indones.* 11.

Femidio, Mita. Muniroh, Lailatul. 2020. Perbedaan Pola Asuh dan Tingkat Kecukupan Zat Gizi pada Balita Stunting dan Non-Stunting di Wilayah Pesisir Kabupaten Probolinggo. IAGIKMI dan Universitas Airlangga

Hamzah, St, Rahmawati. B, Hamzah. 2020. Gerakan Pencegahan Stunting Melalui Edukasi Pada Masyarakat di Desa Muntoi Kabupaten Bolaang Mongondow. JPKMI.

AnyScanner

Helaluddin. 2018. Mengenal Lebih Dekat Dengan Pendekatan Fenomenologi: Sebuah Penelitian Kualitatif.

Kemenkes. 2018. *Upaya Percepatan Penurunan Stunting.*

Khan, Shahid N. 2014. Qualitative Research Method-Phenomenology. *Asian Social Science*, Vol. 10 No. 21, Oktober 2014. DOI: 10.5539/ass.v10n21p298

Media, Yulfira. Elfemi, Nilda. 2021.Permasalahan Sosial dan Alternatif Kebijakan Dalam Upaya Penanggulangan Stunting Pada Balita di Kabupaten Solok, Provinsi Sumatra Barat

Ni'mah, C. Muniroh, L. 2015. Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan Dan Pola Asuh Ibu Dengan Wasting Dan Stunting Pada Balita Keluarga Miskin. *Media Gizi Indonesia.*

Nurmayasanti, Altin. Mahmudiono, Trias. 2019. Status Sosial Ekonomi dan Keragaman Pangan Pada Balita Stunting dan Non-Stunting Usia 24-59 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Wilangan Kabupaten Nganjuk. IAGIKMI dan Universitas Airlangga.

Pangesti, D. P., Andadari, S. Mahmudiono, T. 2017 Keragaman Pangan dan Tingkat Kecukupan Energi serta Protein Pada Balita. *Amerta Nutr.* 1.

Suryana, A. 2008. Penganekaragaman Konsumsi Pangan dan Gizi Faktor Pendukung Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia. *Jurnal Pangan* 17.

Tuffour, Isaac. 2017. A Critical Overview of Interpretative Phenomenological Analysis: A Contemporary Qualitative Research Approach. *Journal of Healthcare Communications*. Vol. 2 No. 4, Juli 2017. DOI: 10.4172/2472-1654.100093

Trisnaputri CS. 2018. Perbedaan perilaku makan anak balita status gizi normal dan kurang di Kelurahan Joho Kecamatan Mojolaban Kabupaten Sukoharjo.

Ulfa, M. & Latifah, M. 2007. Hubungan pola asuh makan, pengetahuan gizi, presepsi dengan kebiasaan makan sayuran ibu rumah tangga di perkotaan dan pedesaan Bogor. *Media Gizi dan Kel.* 31.

Wahyuni, Novita. Noviasty, Reny. Annisa Nurrachmawati. 2021. Pemberian dan Perilaku Makan Pada Balita Stunting dan Non-Stunting di Puskesmas Perawatan Mekarsari. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan.

Yuksel, Pelin dan Sonel Yildirim. 2015. Theoretical Frameworks, Methods, and Procedures for Conducting Phenomenological Studies in Educational Settings. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*, Vol. 6, No. 1, Januari 2015.

AnyScanner

Lampiran 1. Panduan/Pedoman Wawancara Terstruktur

AnyScanner

ANDUAN WAWAWANCARA

jian terhadap balita non stunting
da keluarga miskin selama masa
ndemi covid-19 di Kabupaten Rote
lao

ction 1: Informasi umum

. Kode enumerator

BP4D-1	☐ BP4D-2	☐ BP4D-3	☐ BP4D-4
BP4D-5	☐ BP4D-6	☐ BP4D-7	☐ BP4D-8
BP4D-9	☐ BP4D-10	☐ BP4D-11	☐ BP4D-12

. Tanggal interview [ ]

. Kabupaten/Kota [ ]

. Kecamatan [ ]

. Desa [ ]

. Titik GPS rumah (koordinat Google) [ ]

. Jarak rumah ke Puskesmas terdekat [ ]

. Titik GPS Puskesmas (koordinat Google) [ ]

. Wawancara ditemani oleh pendamping lapangan? ○ YA ○ TIDAK

AnyScanner

ion 2: Persetujuan menjadi responden (*respondent consent*)

:an bagi enumerator: mohon bacakan dengan jelas dan keras bagian ini dan bila responden setuju untuk rtisipasi maka mintakan dia membubuhkan tandatangan pada tempat yang tersedia)

ɔnden yang terhormat,
nat pagi/siang/sore/malam.
ingin meminta Anda untuk berpartisipasi dalam pengumpulan data untuk kajian terhadap ı non stunting pada keluarga miskin selama masa pandemi covid-19 di Kabupaten Rote Ndao dilakukan oleh Pemerintah Kabupaten Rote Ndao bekerja sama dengan Badan Perencanaan ɔangunan Penelitian dan Pengembangan Daerah (Bappelitbangda) Provinsi NTT. Anda akan ɜmukan informasi lebih lanjut tentang garis besar studi sebagaimana dijelaskan oleh peneliti

berharap untuk lebih baik memahami masalah-masalah berikut:
Mengapa balita dari keluarga miskin tidak mengalami stunting dengan mengambil kasus pada lesa lakamola dan desa Nusakdale dalam konteks posisir dan non-pesisir dan pemberdaiaan

sipasi dalam penelitian ini sepenuhnya bersifat sukarela. Ini akan melibatkan wawancara ırasi sekitar 20 - 30 menit. Kami mendatangi Anda setelah terlebih dahulu menghubungi ɡas kesehatan di lingkungan Anda tinggal.

ı dapat memutuskan untuk tidak menjawab pertanyaan wawancara apa pun jika diinginkan. ı juga dapat memutuskan untuk menarik diri dari studi ini kapan saja dengan ɡinformasikan peneliti yang mewawancarai Anda.

i dapat meminta klarifikasi masalah yang diangkat dalam wawancara beberapa saat setelah ɜs wawancara tadi, tetapi Anda tidak akan berkewajiban dengan cara apa pun untuk ɡklarifikasi atau berpartisipasi lebih lanjut.

masi yang Anda berikan bersifat rahasia, kecuali bahwa dengan izin Anda kutipan yang ɔnimkan dapat digunakan. Jika Anda meminta kerahasiaan, di luar kutipan anonim, informasi Anda berikan hanya akan diperlakukan sebagai sumber informasi latar belakang, di samping ılitian berbasis literatur dan wawancara dengan orang lain.
a Anda atau informasi pengenal pribadi lainnya tidak akan muncul dalam publikasi apa pun dihasilkan dari penelitian ini; tidak akan ada apa pun untuk mengidentifikasi tempat kerja ı. Informasi yang diperoleh dari wawancara ini hanya akan digunakan untuk tujuan di atas, akan digunakan untuk tujuan lain dan tidak akan dicatat melebihi apa yang diperlukan untuk ılitian.

Anda memiliki pertanyaan mengenai penelitian ini atau ingin informasi tambahan, silakan ınya kepada peneliti sebelum, selama, atau setelah wawancara.

ɜah Anda setuju berpartisipasi dalam studi ini dan diwawancarai? YA / TIDAK
atan bagi enumerator: jika TIDAK, silahkan dilanjutkan dengan responden berikutnya)

ɜetuju, mohon tanda tangan di sini: _____

Pertanyaan Screening: Apakah Anda memiliki usia di bawah 5 tahun (balita) di rumah Anda? ○ YA ○ TIDAK

SCAN AnyScanner

ction 3: Informasi pendukung (*background information*)

. Berapa usia anda?

○ .....Tahun ○ Tidak tahu

. Apakah Anda/istri Anda saat ini sedang hamil /atau menyusui bayi?

○ YA ○ TIDAK

. Berapa jumlah orang tinggal/menetap di dalam ıah ini?

. Siapa saja yang biasa tinggal bersama Anda di ıah ini?

ıatan bagi enumerator: centang yang sesuai)

- ☐ Bapak
- ☐ Ibu
- ☐ Isteri
- ☐ Suami
- ☐ Anak-anak
- ☐ Saudari
- ☐ Saudara
- ☐ Bapak mertua
- ☐ Ibu mertua
- ☐ Saudara ipar
- ☐ Saudari ipar
- ☐ Kerabat lainnya
- ☐ Bukan kerabat

. Apa tingkat pendidikan Anda terakhir/tertinggi?

ih salah satu)

- ☐ Tidak sekolah
- ☐ Sekolah Dasar (SD)
- ☐ Sekolah Menengah Pertama (SMP)
- ☐ Sekolah Menengah Atas (SMA)
- ☐ Perguruan Tinggi (Diploma/universitas)

. Apakah suami/isteri Anda pernah mengenyam ıdidikan/sekolah?

○ YA ○ TIDAK

. Tingkat pendidikan terakhir/tertinggi suami/istri la?

- ☐ Tidak sekolah
- ☐ Sekolah Dasar (SD)
- ☐ Sekolah Menengah Pertama (SMP)
- ☐ Sekolah Menengah Atas (SMA)
- ☐ Perguruan Tinggi (Diploma/universitas)

ction 4: Detail tentang rumah (amati/diskusikan dan catat/rekam)

. Siapa pemilik rumah yang Anda tempati sekarang?

ntang yang sesuai)

- ☐ Milik sendiri/keluarga
- ☐ Komunitas/milik suku
- ☐ Milik pemerintah/rumah dinas
- ☐ Properti gereja
- ☐ Lainnya, jelaskan: .....

AnyScanner

umber energi utama untuk penerangan?

ang yang sesuai)

- ☐ Listrik PLN
- ☐ Minyak tanah
- ☐ Lilin
- ☐ Generator diesel
- ☐ Energi terbarukan (matahari/angin/air/biogas)
- ☐ Lainnya, jelaskan: .....

umber energi/bahan bakar untuk memasak?

ang yang sesuai)

- ☐ Listrik PLN
- ☐ Gas/LPG
- ☐ Kayu bakar (tungku 3 batu)
- ☐ Lainnya, jelaskan: .....

umber utama air minum dalam rumah tangga

ang yang sesuai)

- ☐ PAM
- ☐ Sumur
- ☐ reservoir/bak penampungan
- ☐ Air sungai
- ☐ Air danau
- ☐ Air isi ulang dalam kemasan
- ☐ Lainnya, jelaskan: .....

. Apakah Anda terlebih dahulu mengolah air n agar lebih aman untuk dikonsumsi?

tan untuk enumerator: jika menjawab TIDAK, tkan ke Q.4.5)

○ YA ○ TIDAK

. Apa cara mengolah air minum yang biasa Anda ekkan sehingga air minum lebih aman untuk sumsi?

ang yang sesuai)

- ☐ Dimasak sampai mendidih
- ☐ Menambahkan klorine/pemutih komersial
- ☐ Disaring menggunakan kain
- ☐ Disaring menggunakan penyaring komersial
- ☐ Dibiarkan dalam wadah penyimpan
- ☐ Lainnya, jelaskan: .....

Tipe WC rumah tangga Anda

- ☐ WC lobang dan tertutup
- ☐ WC lobang dan terbuka
- ☐ Tidak ada fasilitas WC (BAB di pinggir kali/kebun/halaman/danau/laut/tetangga)

epemilikan handphone (Hp) dalam rumah tangga

- ☐ Tak satupun anggota rumah tangga memiliki Hp
- ☐ Satu orang anggota rumah tangga memiliki HP
- ☐ Lebih dari satu orang anggota rumah tangga memili Hp

SCAN AnyScanner

epengetahuan Anda, penyakit apa saja yang
h diderita oleh anak balita dalam rumah tangga
dalam 1 tahun terakhir?

ing yang sesuai)

- ☐ Malaria
- ☐ Flu/pilek
- ☐ Batuk
- ☐ Diare
- ☐ Cacingan
- ☐ DBD
- ☐ Lainnya, jelaskan:

epengetahuan Anda, penyakit apa saja yang
n diderita oleh anak balita di desa Anda dalam 1
terakhir?

ing yang sesuai)

- ☐ Malaria
- ☐ Flu/pilek
- ☐ Batuk
- ☐ Diare
- ☐ Cacingan
- ☐ DBD
- ☐ Lainnya, jelaskan

ion 5: Persepsi dan praktek seputar asuh balita dan bayi

ernahkah Anda/isteri Anda menyusui bayi

○ YA ○ TIDAK

an bagi enumerator: tanyakan siapa nama bayi
ir mereka dan gunakan namanya pada
iyaan-pertanyaan selanjutnya)

pakah Anda/isteri Anda memberikan kolostrum
a bayi terakhir Anda?

○ YA ○ TIDAK

an bagi enumerator: tanyakan siapa nama bayi
ir mereka dan gunakan namanya pada
iyaan-pertanyaan selanjutnya)

erapa lama bayi terakhir Anda mendapat ASI (Air
ou) secara eksklusif?

an bagi enumerator: tanyakan siapa nama bayi
ir mereka dan gunakan namanya pada
iyaan-pertanyaan selanjutnya)

- ☐ Beberapa jam lalu
- ☐ Beberapa hari lalu
- ☐ Beberapa minggu lalu
- ☐ Beberapa bulan lalu
- ☐ Beberapa tahun lalu

PERNYATAAN

aya akan membacakan beberapa kalimat pernyataan (*statement*) tentang pola asuh makan balita, di pernyataan Anda dapat memberitahukan saya jika anda setuju/tidak setuju/tidak yakin dengan kalimat ataan itu.

an bagi enumerator: jika tidak ada respons atau jika anda melihat ia bimbang terhadap kalimat ataan -- centanglah "TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU")

Sebagai tambahan ASI, makanan dapat
kan kepada anak umur di bawah 6 bulan

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

AnyScanner

Sayuran dan buah-buahan tidak boleh diberikan ı anak umur 6-12 bulan

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

Pemberian ASI harusnya dikurangi ketika g bayi telah bisa memakan makanan

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

Makanan yang bersumber dari hewan seperti , susu, telur dapat diberikan kepada bayi umur ılan

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

Pemberian ASI sebaiknya diteruskan sampai bayi nencapai usia 2 tahun atau lebih

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

Dalam cuaca panas, bayi di bawah 6 bulan perlu air putih sebagai tambahan ASI

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

Bayi yang dinyatakan kekurangan gizi adalah ıg serius

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

on 6: Persepsi seputar makanan selama masa kehamilan

PERNYATAAN

kan membacakan beberapa kalimat pernyataan (*statement*) tentang pola asuh dan makan ibu selama cehamilan, di setiap pernyataan Anda dapat memberitahukan saya jika anda setuju/tidak setuju/tidak dengan kalimat pernyataan itu.

an bagi enumerator: jika tidak ada respons atau jika anda melihat ia bimbang terhadap kalimat ıtaan -- centanglah "TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU")

u selama masa kehamilan seharusnya mendapat ı makanan tambahan untuk mempertahankan ıran dan kesehatannya

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

u selama masa kehamilan seharusnya ırangi makan makanan yang bersumber dari (seperti daging, susu, telur, dll)

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

ka menggunakan garam, Anda harus memilih ber-iodium

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

SCAN AnyScanner

Ibu selama masa kehamilan/menyusui seharusnya gkonsumsi susu kental manis (*condensed milk*) lnya: Susu Kental Manis Enaaak

atan bagi enumerator: Susu Enaaak tidak romendasikan bagi ibu hamil)

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

Selama masa kehamilan terakhir Anda/isteri ı, apakah ibu hamil mengkonsumsi makanan bahan?

○ YA ○ TIDAK

Selama masa kehamilan terakhir Anda/isteri ı, apakah ibu hamil mengkonsumsi makanan yang ariasi?

○ YA ○ TIDAK

:tion 7: Persepsi sumber pemasukan dan belanja

Apa sumber utama pemasukan uang untuk rumah ga Anda di tahun 2018?

tang yang sesuai)

- ☐ Bertani/berkebun/berjualan hasil kebun
- ☐ Jual beli skala kecil
- ☐ Gaji tetap (upah kerja bulanan/harian)
- ☐ Gaji pensiun
- ☐ Subsidi
- ☐ Remittance/transferan uang dari keluarga di luar negeri

Berapa besar jumlah pendapatan Anda okasikan untuk membeli makanan?

h salah satu)

- ☐ Kurang dari separuh pendapatan
- ☐ Separuh dari pendapatan
- ☐ Lebih dari separuh pendapatan
- ☐ Semua pendapatan

Apakah Anda pernah menjadi anggota usaha an pinjam (koperasi, credit union, KUR bank, dll)?

- ☐ Ya, saya sekarang menjadi anggota usaha simpan pinjam
- ☐ Ya, saya pernah menjadi anggota usaha simpan pinjam
- ☐ Tidak pernah terlibat dalam usaha simpan pinjam

PERNYATAAN

. Saya akan membacakan beberapa kalimat pernyataan (*statement*) tentang pola asuh dan makan ibu ıma masa kehamilan, di setiap pernyataan Anda dapat memberitahukan saya jika anda setuju/tidak setuju/ k yakin dengan kalimat pernyataan itu.

tatan bagi enumerator: jika tidak ada respons atau jika anda melihat ia bimbang terhadap kalimat nyataan -- centanglah "TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU")

1. Rumah tangga seharusnya mengutamakan sumsi makanan bergizi dari hasil sendiri untuk ah tangga (misalnya sayuran dan buah) daripada jualnya untuk menambah pendapatan

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

SCAN AnyScanner

Nasi putih lebih bergizi tinggi dibanding nasi eras merah

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

Rumah tangga seharusnya menggunakan an pendapatannya untuk membeli makanan lasi untuk kebutuhan rumah tangga

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

ion 8: Peran gender

i dalam rumah tangga Anda, siapa yang bertanggung jawab utama untuk melakukan tugas-tugas berikut:

an untuk enumerator: Q.8.1.1-- Q.8.1.10 hanya boleh memilih satu jawaban)

Bertani

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

Memasak

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

. Siapa yang memutuskan tentang jenis makanan harus dimasak

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

AnyScanner

Memberi/menyuap makan bagi bayi/balita

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

Menjaga dan merawat bayi/balita

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

Menampung/mengumpulkan air

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

Mengumpulkan kayu bakar

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

Membeli/berbelanja bahan makanan

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

Menjual hasil rumah tangga (sayuran, hasil
, usaha rumah tangga, dll)

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

AnyScanner

0. Mengunjungi dan mendapatkan pelayanan dari
tas kesehatan secara rutin

- ☐ Tak satu orang pun
- ☐ Pria dan wanita
- ☐ Pria saja
- ☐ Wanita saja
- ☐ Anak-anak lelaki
- ☐ Anak-anak perempuan

tion 9: Persepsi kebiasaan mencuci tangan dan diare

Apakah Anda selalu memakai sabun ketika
uci tangan?

○ YA ○ TIDAK

tan untuk enumerator: jika menjawab TIDAK,
t ke Q.9.2)

. Kapan biasanya Anda mencuci tangan dengan
n?

salah satu)

- ☐ Sebelum makan
- ☐ Sebelum menyiapkan makanan
- ☐ Setelah menggunakan toilet
- ☐ Setelah membantu anak balita dari toilet
- ☐ Lainnya, jelaskan: .....

Pernahkah Anda mendengar tentang "diare"?

○ YA ○ TIDAK

tan untuk enumerator: jka menjawab TIDAK,
t ke Q.9.3)

. Menurut pendapat Anda, apa penyebab "diare"
igguhnya?

ang yang sesuai)

- ☐ Tangan kotor
- ☐ Air yang tercemar
- ☐ Makanan yang tercemar
- ☐ Lainnya, jelaskan: .....

PERNYATAAN

Saya akan membacakan beberapa kalimat pernyataan (statement) tentang diare, di setiap pernyataan Anda
t memberitahu saya jika Anda setuju/tidak setuju/tidak yakin dengan kalimat pernyataan itu.

tan bagi enumerator: jika tidak ada respons atau jika anda melihat ia bimbang terhadap kalimat pernyataan
ntanglah "TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU".)

. Kotoran orang dewasa lebih banyak tercemar
ndingkan kotoran anak-anak

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

. Terpapar/tersentuh dengan kotoran manusia
hewan akan meningkatkan resiko terkena
akit

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

AnyScanner

.3. Terpapar/tersentuh dengan kotoran manusia
ı hewan akan meningkatkan resiko terkena
ıting

- ☐ BENAR
- ☐ SALAH
- ☐ TIDAK YAKIN/TIDAK TAHU

ction 10: Program penyuluhan dan pencegahan stunting

ı. Dalam 12 bulan terakhir, apakah rumah tangga a mendapat bantuan makanan pendamping ASI/ bahan dari Puskesmas atau Posyandu?	○ YA	○ TIDAK
ı. Pernakah rumah tangga Anda berpartisipasi ım program penyuluhan tentang gizi?	○ YA	○ TIDAK
ı. Pernakah Anda mendengar pesan tentang gizi anak kerdil (*stunting*) di radio?	○ YA	○ TIDAK
. Pernakah Anda mendengar pesan tentang gizi anak kerdil (*stunting*) di televisi?	○ YA	○ TIDAK
. Pernakah Anda mendengar pesan tentang gizi anak kerdil (*stunting*) di koran?	○ YA	○ TIDAK
. Pernakah Anda mendengar pesan tentang gizi anak kerdil (*stunting*) di papan reklame *boards*)?	○ YA	○ TIDAK
. Pernakah anda melihat brosur/leaflet jelaskan tentang gizi dan anak kerdil (*stunting*)?	○ YA	○ TIDAK
. Pernakah anda melihat poster menjelaskan ang gizi dan anak kerdil (*stunting*)?	○ YA	○ TIDAK
. Pernakah anda melihat baju kaos menyebutkan ang gizi dan anak kerdil (*stunting*)?	○ YA	○ TIDAK

na kasih telah berpartisipasi dalam Studi ini !

SCAN AnyScanner