

BAB II

KAJIAN KONSEPTUAL

2.1 Peneliti Terdahulu

Penelitian terdahulu yang menjadi sumber ide dan juga referensi dalam melakukan penelitian dengan tema penelitian yang sejenis, yaitu:

1. Annisa Br Perangin angin (2023) melakukan penelitian mengenai “Pola asuh orangtua dalam pencegahan stunting di Desa Kinangkong, Kecamatan Lau Baleng, Kabupaten Karo, Sumatera Utara. Politeknik Kesejahteraan Sosial, Bandung.

Penelitian ini menggambarkan pola asuh yang merupakan proses dalam meningkatkan dan mendukung perkembangan fisik, emosional, finansial dan intelektual seorang bayi hingga dewasa. Penelitian ini didasarkan pada pola asuh untuk memenuhi kasih sayang, kelekatan, keselamatan dan kesejahteraan yang menetap dan berkelanjutan demi kepentingan anak. Pola asuh yang terfokus adalah keselamatan, kesejahteraan yang menetap dan berkelanjutan demi kepentingan anak

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan perilaku pola asuh orangtua dalam mencegah stunting, dengan melihat aspek pengawasan dalam pemberian asupan makan, komunikasi dalam *hygiene* serta sanitasi dan disiplin orangtua dalam kegiatan imunisasi pada balita. Teknik pengumpulan analisis data yang dilakukan adalah statistik deskriptif, dengan hasil akhir analisis yang telah digunakan bahwa mayoritas dari jawaban responden berada di kategori sangat baik. Penelitian ini menggunakan total tujuh puluh tujuh responden ibu

yang memiliki balita di Desa Kinangkong dengan pendidikan responden yang tamatan Sekolah Menengah Atas (SMA) dengan jenjang usia dua puluh lima tahun sampai tiga puluh enam tahun.

2. Adyatna Asykur Ramadhan (2023) melakukan penelitian mengenai “Pencegahan Stunting pada Ibu Hamil di Desa Cikole, Kecamatan Lembang, Kabupaten Bandung Barat”. Politeknik Kesejahteraan Sosial, Bandung.

Penelitian ini bertujuan memperoleh gambaran deskriptif dengan melakukan pendalaman informasi tentang pencegahan stunting pada ibu hamil di Desa Cikole, Kecamatan Lembang. Penelitian ini dilakukan dengan metode penelitian kualitatif menggunakan metode deskriptif, sumber data terdiri dari dua belas informan yang terdiri dari tiga ibu hamil, tiga orangtua ibu hamil, tiga suami dari ibu hamil, ketua PKK Program Kerja, empat orang kader Posyandu dan Bidan Klinik yang dipilih menggunakan purposive sampling. Data diperoleh menggunakan wawancara mendalam, observasi non partisipatif, dan studi dokumentasi dilengkapi dengan uji keabsahannya.

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa ketiga informan melaksanakan pencegahan stunting sesuai dengan arahan Kementerian Sosial. Dari keempat aspek yang diteliti permasalahan yang menjadi urgensi di dalam pelaksanaan pencegahan stunting pada ibu hamil adalah layanan ibu hamil yang kurang dan informasi yang diakses tidak kredibel sehingga memicu terjadinya kesalahan didalam penalaran suatu informasi. Peneliti merekomendasikan perbaikan melalui Program Bimbingan Teknis Cegah Stunting yang berfokus terhadap pemecahan masalah layanan yang kurang dan

akses informasi yang tidak kredibel dalam pencapaian kegiatan pencegahan stunting.

3. Prima, Yulia, Darwin (2023) melakukan penelitian mengenai “Gambaran Ibu tentang Pencegahan Stunting pada Baduta”. Universitas Riau.

Penelitian ini menggambarkan mengenai kondisi stunting yang berkaitan dengan perilaku ibu yang karena kebiasaan tidak mengukur tinggi badan anak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perilaku ibu tentang pencegahan stunting pada baduta (anak usia bawah dua tahun). Penelitian menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* dan hasil gambaran perilaku ibu kategori positif.

Hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti terdahulu mengenai gambaran perilaku ibu tentang pencegahan stunting pada Baduta (Bayi usia bawah dua tahun) menunjukkan hasil bahwa responden berusia dua puluh sampai tiga puluh tahun dengan tingkat pendidikan mayoritas pendidikan menengah yaitu SMA/SMK. Data dari penelitian terdahulu bahwa responden memiliki pendapatan terbanyak sekitar tiga juta rupiah dan mayoritas responden melakukan persalinan normal. Gambaran perilaku ibu tentang pencegahan stunting pada Baduta (bayi tiga tahun) berada dikategori positif sebanyak lima puluh delapan responden.

4. Ribka Putri Sholecha (2018) melakukan penelitian mengenai “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Pencegahan Stunting pada Anak Umur 2-5 Tahun

berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HTM)". Universitas Airlangga, Surabaya.

Penelitian ini membahas mengenai permasalahan gizi tentang kejadian anak balita yang mengalami stunting dengan tujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan upaya pencegahan stunting pada balita berdasarkan Teori *Health Promotion Model* (HTM). Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan berdesain korelasional dengan pendekatan *cross-sectional* dengan populasi ibu yang memiliki anak usia dua sampai lima tahun dan sampel yang diambil sebanyak 141 orang dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Variabel independent dalam penelitian adalah perilaku sebelumnya, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, mandaat yang dirasakan dan hambatan terhadap tindakan yang dirasakan.

Berdasarkan keempat penelitian terdahulu dapat digambarkan bahwa setiap penelitian yang telah dilakukan terdapat perbedaan baik dari responden yang dipilih, isu masalah yang diteliti, metode penelitian dan lokasi penelitian. Perbedaan tersebut menjadi daya tarik tersendiri bagi peneliti. Berdasarkan keempat penelitian terdahulu dirinci dengan menggunakan matriks 2.1, sebagai berikut:

Matriks 2.1 Matriks Penelitian Terdahulu

No	Penelitian	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	2	3	4	5
1.	Annisa Perangin angin dari Politeknik Kesejahteraan Sosial, Bandung, 2023.	Pola asuh orangtua dalam pencegahan stunting di Desa Kinangkong, Kecamatan Lau Baleng, Kabupaten Karo, Sumatera Utara.	Kuantitatif	Pembahasan tentang pola asuh orangtua mayoritas dari jawaban responden berada di kategori sangat baik.

1	2	3	4	5
2.	Adyatna Asykur Ramadhan dari Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung (2023)	Pencegahan Stunting pada Ibu Hamil di Desa Cikole, Kecamatan Lembang, Kabupaten Bandung Barat.	Kualitatif	Pembahasan mengenai pencegahan stunting pada ibu hamil. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ketiga informan melaksanakan pencegahan stunting sesuai dengan arahan Kementerian Sosial.
3.	Prima Heni, Yulia Irvani, Darwin Karin Dari Universitas Riau (2023).	Gambaran Perilaku ibu tentang Pencegahan Stunting pada Baduta.	Kuantitatif	Hasil Penelitian gambaran perilaku ibu tentang pencegahan stunting pada baduta berada di kategori positif
4.	Ribka Putri Sholecha dari Universitas Airlangga (2018).	Analisis faktor yang Berhubungan dengan Pencegahan Stunting pada anak Usia 2-5 Tahun Berdasarkan <i>Teori Health Promotion Model (HPM)</i> .	Kuantitatif	Hasil penelitian sebanyak 66,7% (94 orang) mempunyai tingkat perilaku pencegahan stunting di Desa Galis Kabupaten Bangkalan, Madura.

Matriks 2.1 menggambarkan bahwa setiap penelitian memiliki fokus masalah yang berbeda-beda dengan penelitian yang dilakukan peneliti. Penelitian yang pertama membahas tentang pola asuh orangtua dalam pencegahan stunting pada anaknya sedangkan penelitian yang akan dilakukan peneliti membahas perubahan perilaku masyarakat dalam pencegahan stunting. Penelitian kedua juga berkaitan dengan pencegahan stunting pada ibu hamil sedangkan penelitian yang akan dilakukan peneliti membahas juga perilaku masyarakat. Penelitian ketiga membahas gambaran perilaku orangtua dan penelitian keempat membahas tentang faktor yang berhubungan dengan stunting sedangkan fokus penelitian yang akan dilakukan peneliti tentang perilaku masyarakat.

Berdasarkan penelitian terdahulu memiliki persamaan yang relevan terhadap penelitian yang dilakukan peneliti berjudul perilaku dalam pencegahan stunting. Penelitian yang pertama dan kedua memiliki persamaan terkait dengan upaya pencegahan stunting, yang juga relevan dengan penelitian yang dilakukan peneliti. Penelitian ketiga dan keempat memiliki persamaan tentang pola perilaku orangtua yang berhubungan dengan pencegahan stunting, maka penelitian tersebut relevan dengan judul penelitian yang dilakukan.

Penelitian terdahulu dengan rencana penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa fokus atau tempat penelitian yang dilakukan belum pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Sebagai perbandingannya bahwasanya fokus utama penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti yaitu Perilaku Masyarakat dalam Pencegahan Stunting di Desa Legok Kaler, Kecamatan Paseh, Kabupaten Sumedang. Kebaharuan yang ditargetkan dari penelitian ini adalah menghasilkan gagasan berupa metode kuantitatif yang bersifat deduktif dan berlokasi di Kabupaten Sumedang, Kecamatan Paseh, Desa Legok Kaler.

Pemilihan lokasi pada penelitian ini beralaskan pada kelanjutan pemberian pelayanan pada Praktikum Komunitas yang telah dilakukan sebelumnya, peneliti menemukan fenomena terdapatnya pola perubahan perilaku masyarakat dalam upaya pencegahan stunting. Pola perilaku masyarakat tersebut didasarkan pada kesadaran masyarakat sebagai bentuk pencegahan stunting di daerah tersebut, agar terciptanya generasi penerus bangsa yang *zero* stunting. Oleh karena itu, peneliti tertarik melakukan penelitian di lokasi ini dan tertarik untuk meneliti bagaimana

perilaku masyarakat dalam pencegahan stunting di Desa Legok Kaler, Kabupaten Sumedang menggunakan metode penelitian kuantitatif.

2.2 Konsep yang Mendasari Penelitian

2.2.1 Teori tentang Perilaku

2.2.1.1 Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan perbuatan atau tindakan seseorang dalam memberikan respon terhadap peristiwa dari lingkungan, kemudian dijadikan kebiasaan karena hadirnya nilai yang diyakini. Perilaku manusia sebagai tindakan atau aktivitas manusia yang dapat diamati maupun tidak dapat diamati oleh panca indra atau dari interaksi manusia dengan lingkungannya terlihat dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Respon manusia terhadap sesuatu hal dapat bersifat pasif atau aktif yang diartikan menjadi perilaku diamati secara rasional (Soemarti & Kundrat, 2022).

Perilaku menjadi respon terhadap stimulus atau rangsangan dari suatu lingkungan terhadap individu, individu manusia sebagai makhluk sosial tidak lepas dari interaksi dengan orang lain dan lingkungannya. Stimulus yang beragam tidak terlepas dari hubungan komunikasi atau interaksi manusia dengan lingkungannya yang menyebabkan individu memberikan reaksi terhadap suatu stimulus tersebut. Diartikan bahwa perilaku dari sebuah stimulus merupakan tindakan yang dapat diamati, digambarkan, dicatat, diukur oleh orang lain atau pelakunya sendiri (Dahlia & Suharni, 2021).

Perilaku atau tingkah laku yang menjadi problema dimulai dari tingkah laku individu yang berhubungan dengan eksternal maupun internal. Perilaku eksternal dimulai dari orang lain maupun lingkungan disekitarnya dan perilaku internal

berasal dari dalam dirinya sendiri. Perilaku maladaptif yang merupakan perilaku tidak sesuai dengan norma sosial yang ada, dapat memberikan dampak pada kesejahteraan manusia lainnya yang berada di lingkungan dan sekitar perilaku maladaptif tersebut.

Modifikasi perilaku merupakan upaya, proses atau tindakan untuk mengubah perilaku dengan menerapkan prinsip-prinsip belajar yang teruju secara sistematis untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif (Dahlia,2021). Menurut pandangan behavioristik, modifikasi perilaku dapat diartikan sebagai penggunaan secara sistematis teknik kondisioning pada manusia untuk menghasilkan perubahan frekuensi perilaku tertentu dengan mengontrol lingkungan perilaku tersebut. Teknik kondisioning dilakukan secara ketat dengan memfokuskan pada stimulus, respon dan akibat konsekuensi yang diharapkan dapat membentuk perilaku baru sesuai dengan tujuan.

Perubahan perilaku merupakan penerapan prinsip-prinsip belajar yang telah diuji secara eksperimental untuk mengubah perilaku yang maladaptif, kebiasaan-kebiasaan yang tidak adaptif dilemahkan sampai dihilangkan dan perilaku adaptif dimunculkan sampai dipertahankan. Konsep modifikasi perilaku menurut Eysenk dalam Dahlia (2021) adalah usaha mengubah perilaku dan emosi manusia dengan cara menguntungkan berdasarkan hukum-hukum teori modern proses belajar. Sedangkan Powers dan Osborn menggambarkan perilaku sebagai penggunaan secara sistematis teknik kondisioning pada manusia untuk menghasilkan perubahan frekuensi perilaku sosial tertentu atau tindakan mengontrol lingkungan perilaku tersebut.

Mengacu pada pengertian modifikasi perilaku menekankan pada penerapan teori dan hukum belajar, ketika teknik kondisioning diterapkan secara ketat maka stimulus didefinisikan secara objektif, respon dan akibat dicatat secara tepat dan cermat sehingga dapat mengubah perilaku dengan tujuan yang diinginkan, proses tersebut dinamakan perubahan perilaku atau modifikasi tingkah laku. Terdapat dua konsep dasar dalam modifikasi perilaku, yaitu perilaku sebagai hasil belajar dan pendekatan sistematis. Perilaku sebagai hasil proses belajar menyatakan bahwa sebigaian besar perilaku maladaptif atau simtom-simtom kelainan sampai tingkat tertentu diperoleh sebagai proses belajar sedangkan pendekatan simtomatis berawal dari penelitian laboratorium yang menggunakan subyek coba binatang yang diterapkan pada manusia.

Perubahan perilaku dalam modifikasi perilaku tidak hanya memfokuskan pada perilaku defisit namun juga dapat diterapkan pada peningkatan perilaku, pemeliharaan perilaku maupun perkembangan sampai perluasan perilaku. Modifikasi perilaku dapat dilakukan untuk menciptakan perilaku baru atau meningkatkan perilaku yang sudah terbentuk namun masih perlu ditingkatkan, baik dari segi frekuensi, intensitas, dan lamanya perilaku itu muncul. Pemeliharaan perilaku bertujuan agar perilaku yang sudah terbentuk tidak hilang atau berkurang frekuensi, intensitas dan durasi perilaku itu muncul.

Perilaku defisit/maladaptif atau perilaku yang tidak dikehendaki dapat dilakukan dengan memberikan hukuman (*punishment*) dan prosedur penghapusan (*extinction*). Perkembangan perilaku bertujuan untuk membentuk perilaku yang lebih spesifik agar menjadi sasaran pembentukan perilaku. Sedangkan perluasan

perilaku bertujuan agar variasi perilaku yang berhasil dikukuhkan bertambah luas penggunaan dan jenisnya perilaku tersebut.

2.2.1.2 Klasifikasi Perilaku

Perilaku manusia sebagai suatu aktivitas yang sangat kompleks contohnya pada perilaku berbicara, berpakaian, berjalan, persepsi, emosi, pikiran dan motivasi serta masih banyak aktivitas perilaku lainnya. Menurut Blum dalam Soemarti & Kundrat (2022) seorang ahli psikologi pendidikan yang mengatakan bahwa pembagian perilaku menjadi tiga kawasan mempunyai batasan yang jelas dan tegas. Pembagian tersebut dilakukan untuk kepentingan pendidikannya yaitu dengan mengembangkan atau meningkatkan ketiga domain perilaku, terdiri dari ranah kognitif (*cognitive domain*), ranah afektif (*affective domain*) dan ranah psikomotor (*psychomotor domain*) (Soemarti & Kundrat, 2022).

Skinner dalam Soemarti & Kundrat (2022) menjelaskan dalam pemberian klasifikasi dari adanya respon perilaku, yaitu:

1. *Respondent Response (Reflexive)*

Respondent Response merupakan perilaku/respon yang ditimbulkan oleh rangsangan-rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus ini disebut dengan *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon yang relatif tetap.

2. *Operant Response (Instrumental Response)*

Operant Response merupakan perilaku/respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh rangsangan atau stimulus tertentu. Stimulus atau rangsangan ini disebut *reinforcing stimulator* dan *reinforce* karena memberikan penguat respon. Menurut Damayanti dalam Soemarti & Kundrat (2022) dilihat dari

klasifikasi bentuk respon terhadap stimulus maka perilaku dibedakan menjadi dua yaitu perilaku tertutup atau perilaku tidak tampak dan perilaku terbuka atau perilaku tampak.

2.2.1.3 Pembentukan Perilaku

Perilaku manusia sebagian besar berasal dari bagaimana proses perilaku tersebut terbentuk dan dipelajari, buku pengantar psikologi oleh penulis Sidenreg Rappang (2018) menjelaskan pembentukan perilaku menurut beberapa pandangan para ahli mulai dari pembentukan perilaku dengan kebiasaan, pengertian dan modelling sebagai berikut:

1. Pembentukan perilaku dengan *kondisioning* atau kebiasaan

Perilaku dengan cara membiasakan diri untuk dapat berperilaku seperti yang diharapkan dan akhirnya akan terbentuk perilaku tersebut. Misalnya anak dibiasakan untuk makan buah, mengucapkan kata minta tolong bila memerlukan bantuan, disiplin untuk datang tepat waktu dan lain sebagainya. Perilaku dengan kondisioning atau kebiasaan ini didasarkan atas tempat belajar yang baik, belajar kondisioning atau kebiasaan yang baik ini dikemukakan oleh Pavlov maupun oleh Thorndike dan Skinner dalam Sidenreg (2018).

Skinner menjelaskan bahwa individu yang berperilaku, karena adanya rangsangan atau stimulus (s) baik yang berasal dari dalam maupun dari luar individu. Hal ini mengharuskan individu merespon atau menjawab proses yang terjadi. Stimulus diterima pancaindra kemudian diteruskan ke otak (o) untuk segera memberikan jawaban atau respon (r) dalam bentuk aktivitas, formulasi ini sering disebut *S-O-R* atau *Stimulus Organisme Respon*. Stimulus atau rangsangan dari luar

melalui lingkungan yang baik akan memberikan kondisioning atau kebiasaan yang baik terhadap perilaku individu tersebut.

2. Pembentukan perilaku dengan pengertian (*Insight*)

Pembentukan perilaku dengan pengertian (*Insight*) misalnya datang ke kantor tidak sampai terlambat karena tidak sesuai dengan peraturan yang ada, demi keamanan diri sendiri memakai sabuk pengaman didalam mobil dan lain sebagainya. Proses pembentukan perilaku tersebut berdasarkan atas teori belajar kognitif yaitu belajar disertai dengan adanya pengertian (*Insight*). Teori pembentukan perilaku dengan pengertian (*Insight*) tersebut dikemukakan oleh Kohler yang merupakan seorang tokoh dalam psikologi Gestalt dan termasuk dalam aliran kognitif Hergenhahan dalam Sidenreg (2018).

3. Pembentukan perilaku dengan menggunakan model (*Modelling*)

Model atau memberikan contoh tertentu masih dapat dilakukan untuk memberikan pembentukan perilaku. Misalnya anak diberikan contoh oleh orangtuanya dengan bersikap baik kepada oranglain maka anak akan mencontoh atau menjadikan orangtuanya sebagai panutan yang memimpinya dengan hal tersebut merupakan pembentukan perilaku dengan modelling. Pemimpin atau panutan dijadikan contoh nyata oleh orang yang dipimpinya atau pengikutnya, proses ini didasarkan atas teori belajar sosial atau *observational learning teory* yang dikemukakan oleh Albert Bandura dalam Sidenreg (2018).

2.2.1.4 Kriteria Perilaku

Menurut Azwar dalam H. Siti (2018), mengatakan bahwa pengukuran perilaku yang berisi pernyataan-pernyataan terpilih dan telah diuji realibilitas dan

validitasnya maka dapat digunakan untuk mengungkapkan perilaku kelompok responden. Kriteria pengukuran perilaku, yaitu:

1. Perilaku Positif jika T skor yang diperoleh responden dari kuesioner $> T$ mean.
2. Perilaku Negatif jika nilai T skor yang diperoleh responden dari kuesioner $\leq T$ mean.
3. Subyek memberi respon dengan empat kategori ketentuan, yaitu: selalu, sering, jarang, tidak pernah.

Menurut Hidayat dalam Ansari (2019) mengatakan bahwa panjang interval masing-masing kelas atau kategori dihitung menggunakan rumus, yaitu:

$$t = \frac{R}{n}$$

Keterangan:

t = panjang interval

R = selisih skor maksimal dan skor minimal

n = Jumlah Kelas

Dengan skor jawaban:

1. Selalu (SL), jika responden sangat setuju dengan pertanyaan kuesioner dan diberikan melalui jawaban kuesioner skor empat.
2. Sering (SR), jika responden setuju dengan pernyataan kuesioner dan diberikan melalui jawaban kuesioner skor tiga.
3. Kadang-kadang (KD), jika responden tidak setuju dengan pernyataan kuesioner dan diberikan melalui jawaban kuesioner skor dua.
4. Tidak Pernah (TP), jika responden tidak setuju dengan pernyataan kuesioner dan diberikan melalui jawaban kuesioner skor satu.

2.2.2 Teori tentang Masyarakat

2.2.2.1 Pengertian Masyarakat

Masyarakat dalam istilah bahasa Inggris adalah *society* yang berasal dari kata Latin *socius* yang berarti kawan, istilah masyarakat lainnya berasal dari kata Arab yaitu *syaraka* yang berarti ikut serta dan berpartisipasi. Pengertian masyarakat sangat beragam, dalam istilah sosiologi biasanya definisi dibuat berdasarkan hasil penelitian maupun pengalaman sehari-hari. Masyarakat adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul atau saling berinteraksi sebagai suatu kesatuan manusia yang mempunyai prasarana melalui warga-warganya sehingga dapat berinteraksi (Suaib,2020).

Hendropuspito dalam Handoyo (2015) menggambarkan bahwa masyarakat sebagai suatu kesatuan yang konsisten dari orang-orang yang hidup dan tinggal bersama di daerah tertentu kemudian bekerja sama dalam kelompok-kelompok berdasarkan kebudayaan sama untuk mencapai kepentingan yang sama. Definisi tersebut juga sejalan dengan menurut Muthahhari dalam Handoyo (2015) mengatakan bahwa masyarakat merupakan suatu kelompok manusia yang dibawah tekanan serangkaian kebutuhan dan di bawah pengaruh seperangkat kepercayaan, ideal dan tujuan tersatukan dan terlebur dalam suatu rangkaian kesatuan hidup bersama. Kalimat kunci dari definisi tersebut adalah kehidupan bersama, maksud dari kehidupan bersama adalah kehidupan yang di dalam kelompok-kelompok manusia disuatu wilayah tertentu, berbagai iklim, identitas, serta berbagai kesenangan maupun kesedihan.

Pengertian lain masyarakat merupakan kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat kontinyu dan terkait oleh suatu rasa identitas bersama. Kontinuitas merupakan suatu kesatuan masyarakat yang memiliki keempat ciri yaitu interaksi antar warga; adat istiadat; kontinuitas waktu; rasa identitas kuat yang mengikat semua warganya (Koentjaraningrat dalam Suaib,2020;7). Pengertian tersebut memahami masyarakat sebagai kelompok manusia yang hidup relatif sebagai kesamaan bersama berdasarkan suatu tatanan kebudayaan tertentu, yang memuat unsur pokok mulai dari kelompok manusia; hidup dalam kesamaan, berdasarkan tatanan kebudayaan tertentu.

Masyarakat yang merupakan suatu kenyataan yang obyektif secara mandiri, bebas dari individu-individu yang merupakan anggota-anggotanya. Masyarakat sebagai sekumpulan manusia didalamnya memiliki beberapa unsur-unsur yang terkandung di dalamnya. Unsur-unsur tersebut yaitu: masyarakat merupakan manusia yang hidup bersama; bercampur untuk waktu yang cukup lama; masyarakat sadar bahwa mereka merupakan suatu kesatuan; dan sadar bahwa masyarakat tersebut merupakan suatu sistem hidup bersama.

Pengertian masyarakat tersebut sudah disusun oleh para pemikir atau pemerhati masyarakat, maka dapat diidentifikasi unsur-unsur menonjol yang merupakan ciri-ciri dari masyarakat tersebut (Handoyo, 2015;3), sebagai berikut:

1. Masyarakat bercirikan sebagai kelompok yang memiliki suatu perasaan bersatu atau *sense of belonging* (sebuah perasaan yang terkait dengan rasa memiliki yang ada di dalam diri seseorang) yang relatif sama sampai tingkat kepentingan

tertentu dalam kurun waktu yang cukup lama dan dilakukan secara berulang-ulang di dalam masyarakat tertentu.

2. Masyarakat bercirikan kelompok manusia yang hidup dan bekerja dalam suatu kerangka yang sama untuk waktu yang relatif lama, memiliki hubungan saling bekerjasama antar setiap kepentingannya.
3. Masyarakat sebagai kelompok manusia dapat menyelenggarakan hidupnya dalam suatu kerangka organisatoris dan tumbuh dari kebiasaan atau kesepakatan.
4. Masyarakat sebagai kelompok manusia terdiri dari kelompok-kelompok yang lebih kecil, baik kelompok dalam alur genealogis maupun dalam alur organisatoris.

Selo Soemardjan dalam Suaib (2020;8) mengatakan bahwa masyarakat merupakan orang yang hidup bersama dan menghasilkan kebudayaan dan mereka mempunyai kesamaan wilayah, identitas, mempunyai kebiasaan, tradisi, sikap dan perasaan persatuan yang diikat oleh kesamaan. Defenisi tersebut sejalan dengan Emile Durkheim dalam Suaib (2020;8) mengatakan bahwa keseluruhan ilmu pengetahuan tentang masyarakat harus didasari oleh prinsip-prinsip fundamental yaitu realitas sosial dan kenyataan sosial. Kenyataan sosial diartikan sebagai gejala kekuatan sosial di dalam bermasyarakat, masyarakat yang sebagai wadah paling sempurna bagi kehidupan bersama antar manusia.

2.2.2.2 Pekerja Sosial Masyarakat

Salah satu pelaku penyelenggaraan kesejahteraan sosial yang berasal dari unsur masyarakat secara perseorangan adalah Pekerja Sosial Masyarakat. Pekerja Sosial Masyarakat (PSM) yaitu warga masyarakat yang mempunyai kepedulian,

memiliki wawasan dan komitmen pengabdian dibidang sosial kemanusiaan. Keberadaan Pekerja Sosial Masyarakat diakui secara legal maupun informal melalui Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2019 tentang Pekerja Sosial Masyarakat (Sundari, 2023).

Pekerja Sosial Masyarakat sebagai Potensi dan Sumber Kesejahteraan Sosial (PSKS) perlu dioptimalkan perannya, khususnya dalam rangka penanganan sosial di masyarakat yang memiliki kedudukan sebagai relawan sosial di Desa atau Kelurahan tertentu. Penanganan sosial yang dimaksud mulai dari masalah kemiskinan, keterlantaran, kecacatan, keterpencilan, bencana alam, ketunaan sosial, penyimpangan perilaku, akibat bencana sosial dan masalah kesejahteraan sosial lainnya. Pekerja Sosial Masyarakat (PSM) agar dapat menghadapi kompleksitas permasalahan sosial, maka perlu peningkatan kuantitas dan kualitas demi mengimbangi cepatnya pertumbuhan permasalahan sosial.

Fungsi dari Pekerja Sosial Masyarakat menurut Permensos Nomor 10 tahun 2019 tentang Pekerja Sosial Masyarakat, yaitu:

1. Pekerja Sosial Masyarakat sebagai inisiator harus dapat mengambil inisiatif dan inovasi dalam menangani masalah kesejahteraan sosial.
2. Pekerja Sosial Masyarakat sebagai motivator dengan melakukan sosialisasi, memberikan informasi dan memotivasi masyarakat.
3. Pekerja Sosial Masyarakat sebagai dinamisor dengan cara mengerakkan masyarakat dalam menghadapi dan mengatasi masalah kesejahteraan sosial.
4. Pekerja Sosial Masyarakat sebagai administrator melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan yang berlangsung.

Pekerja Sosial bertugas untuk membantu masyarakat maupun individu untuk mengembalikan keberfungsian sosialnya, dimana pekerja sosial bertugas menyeimbangkan antara kemampuan individu dan sistem pelayanan sosial di masyarakat melalui intervensi. Pekerja sosial dalam proses pertolongan tidak melihat individunya saja namun melihat sistem pelayanan sosial yang ada di masyarakat sebagaimana pekerja sosial. Selain itu pekerja sosial juga menghubungkan kembali individu dengan sistem sosial yang ada di masyarakat, dalam memperoleh sumber dan pelayanan sosial penting untuk diperhatikan dalam praktik pekerja sosial dengan masyarakat agar mampu meningkatkan keberfungsian sosialnya (Humaedi, 2020).

Ketersediaan Pekerja Sosial Masyarakat juga harus diimbangi dengan penguasaan kompetensi yang dibutuhkan Pekerjaan Sosial Masyarakat, mengingat berkembang pesatnya masalah sosial dan semakin kompleksnya masalah sosial maka diperlukan Sumber Daya Manusia yang Kompeten. Kementerian Sosial merupakan pilar yang sangat berpengaruh dalam upaya peningkatan kapasitas Pekerja Sosial Masyarakat dengan meningkatkan program pelayanan dan kebijakan kesejahteraan sosial melalui peningkatan mutu Sumber Daya Manusia. Oleh karena itu, melakukan upaya peningkatan kompetensi Pekerja Sosial Masyarakat dengan menyinergikan dan mengintegrasikan gerak langkah Pekerja Sosial Masyarakat bersama Potensi Sumber Kesejahteraan Sosial lainnya dalam penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial Masyarakat.

2.2.3 Teori tentang Stunting

2.2.3.1 Pengertian Stunting

Stunting merupakan sebuah kondisi gagal pertumbuhan dan perkembangan yang dialami anak-anak akibat kurangnya asupan gizi dalam waktu lama, infeksi berulang dan stimulasi psikososial yang tidak memadai, terutama pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Stunting memiliki dampak jangka panjang yang sangat terkait dengan rendahnya kualitas sumber daya manusia, yaitu rendahnya kecerdasan, meningkatkan resiko penyakit tidak menular pada usia dewasa (BKKBN,2021). Berdasarkan asumsi tersebut bisa dipahami bahwa stunting merupakan keadaan terhadap anak yang mengalami perlambatan didalam pertumbuhan yang ditandai dengan perubahan abnormal pertumbuhan fisik.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan Stunting, *stunting* adalah:

Stunting merupakan kondisi dimana terdapat gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada dibawah standar yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah dibidang Kesehatan.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 dipahami bahwa stunting merupakan keadaan anak yang mengalami perlambatan di dalam pertumbuhan yang ditandai dengan adanya perubahan abnormal pertumbuhan fisik. Faktor terjadinya stunting adalah faktor lingkungan dimana faktor lingkungan, faktor perilaku dan genetik, faktor kondisi sosial ekonomi, faktor pemberian ASI dan kejadian bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Selain dampak perlambatan pertumbuhan dan perkembangan, stunting juga berpengaruh kepada

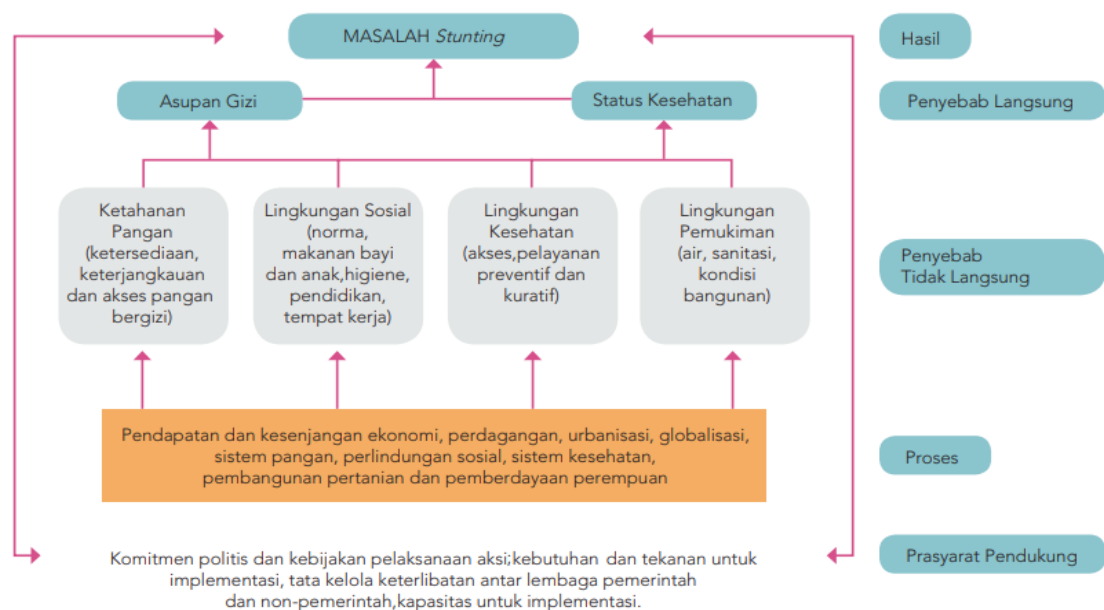
penurunan produksi zat antibodi sehingga tidak ada pertahanan tubuh terhadap bibit penyakit yang masuk kedalam tubuh yang mengakibatkan zat gizi tidak dapat diserap dengan sempurna oleh tubuh anak.

2.2.3.2 Penyebab Stunting

Penelitian pada "*The Conceptual Framework of the Determinants of Child Undernutrition*", "*Drivers of Malnutrition*" dan "Faktor Penyebab Masalah Gizi Konteks Indonesia" menjelaskan adanya penyebab langsung dan tidak langsung masalah gizi pada anak termasuk stunting. Faktor penyebab langsung masalah gizi anak stunting adalah rendahnya asupan gizi dan status kesehatan, sedangkan faktor penyebab tidak langsung anak stunting dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pendapatan kesenjangan ekonomi keluarga, jaminan kesehatan dan lain sebagainya (Subandi,2018).

Faktor penyebab langsung masalah gizi anak stunting berhubungan dengan ketahanan pangan, khususnya akses terhadap pangan bergizi (makanan), lingkungan sosial yang terkait dengan praktik pemberian makanan bayi dan anak (pengasuhan), akses terhadap pelayanan kesehatan untuk pencegahan dan pengobatan (kesehatan), serta kesehatan lingkungan yang meliputi tersedianya sarana air bersih dan sanitasi (lingkungan). Keempat faktor tersebut mempengaruhi asupan gizi dan status kesehatan pada ibu dan anak, sehingga diperlukan intervensi terhadap keempat faktor penyebab langsung dari permasalahan anak stunting. Faktor penyebab langsung pada pertumbuhan dan perkembangan anak tentunya dipengaruhi oleh faktor-faktor tertentu.

Faktor penyebab langsung pada pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh faktor lingkungan dan faktor keturunan. Penelitian Dubois dalam Subandi (2018) pada Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota mengatakan bahwa faktor keturunan hanya mempengaruhi sedikit (4%-7% pada wanita) yang dapat mempengaruhi tinggi badan seseorang. Sebaliknya, pengaruh faktor lingkungan bayi/balita pada saat lahir sangat besar (74%-87% pada wanita), yang membuktikan bahwa kondisi lingkungan harus mendukung dan dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan anak.



Gambar 2. 1 Kerangka Penyebab Masalah Stunting di Indonesia

Sumber: Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota

Gambar 2.1 menunjukkan bahwa faktor penyebab langsung masalah gizi anak stunting sangat berhubungan dengan asupan gizi dan status kesehatan. Keadaan ibu hamil dengan konsumsi asupan gizi yang rendah dan mengalami

penyakit infeksi akan melahirkan bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR), dan/atau panjang badan bayi yang di bawah standar KIA (Kesehatan Ibu dan Anak). Asupan gizi yang baik tidak hanya ditentukan oleh ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga, tetapi juga dipengaruhi oleh pola asuh seperti pemberian kolostrum (Asi yang pertama kali keluar), Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian Asi Eksklusif dan pemberian Makanan Pendamping Asi (MPASI) secara tepat.

Selain itu, faktor kesehatan lingkungan seperti akses air bersih dan sanitasi layak serta pengelolaan sampah juga berhubungan erat dengan kejadian infeksi penyakit menular pada bayi/balita. Kehidupan anak sejak dalam kandungan ibu hingga berusia dua tahun (1.000 HPK) merupakan masa-masa kritis dalam mendukung pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal. Faktor lingkungan yang baik terutama diawal-awal kehidupan anak, dapat memaksimalkan potensi genetik (keturunan) yang dimiliki anak sehingga anak dapat mencapai tinggi badan optimalnya, faktor lingkungan yang mendukung ditentukan oleh berbagai aspek atau sektor.

Faktor penyebab langsung masalah anak stunting juga berhubungan dengan praktik pengasuhan yang kurang baik dari orangtua, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada masa kehamilan serta setelah ibu melahirkan. Terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC (*Ante Natal Care*) yaitu pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan; PNC (*Post Natal Care*) yaitu pelayanan kesehatan setelah melahirkan; dan pembelajaran dini yang berkualitas merupakan faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya stunting. Kurangnya hygiene dan sanitasi juga berkaitan

dengan kecacingan yang juga merupakan salah satu faktor yang erat kaitannya dengan permasalahan gizi buruk anak stunting.

Penyebab tidak langsung masalah stunting dipengaruhi oleh berbagai faktor, yaitu mulai dari pendapatan dan kesenjangan ekonomi, perdagangan, urbanisasi, globalisasi, sistem pangan, jaminan sosial, sistem kesehatan, pembangunan pertanian dan pemberdayaan perempuan. Mengatasi penyebab stunting diperlukan prasyarat pendukung mulai dari komitmen politik dan kebijakan pelaksanaan; keterlibatan pemerintah dan lintas sektor; dan kapasitas untuk melaksanakan intervensi. Penyebab tidak langsung masalah stunting secara spesifik memerlukan komitmen politis dan kebijakan pelaksanaan aksi; kebutuhan dan tekanan untuk implementasi; tata kelola keterlibatan antar lembaga pemerintah dan non pemerintah; serta kapasitas untuk implementasi sebagai syarat pendukung pencegahan anak stunting.

2.2.3.3 Ciri-Ciri Anak yang Mengalami Stunting

Menurut KDPD TT (Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi, 2017) mengatakan bahwa balita stunting dapat dikenali dengan ciri-ciri, sebagai berikut:

1. Tanda pubertas terlambat
2. Performa buruk pada tes perhatian dan memori belajar
3. Pertumbuhan gigi terlambat
4. Usia 8-10 tahun anak menjadi lebih pendiam
5. Tidak banyak melakukan eye contact
6. Pertumbuhan melambat

7. Wajah tampak lebih muda dari usianya

Balita dengan kekurangan gizi akan menyebabkan berkurangnya lapisan lemak di bawah kulit hal ini terjadi karena kurangnya asupan gizi sehingga tubuh memanfaatkan cadangan lemak yang ada, selain itu imunitas dan produksi albumin juga ikut menurun sehingga balita akan mudah terserang infeksi dan mengalami perlambatan pertumbuhan dan perkembangan. Balita dengan gizi kurang akan mengalami peningkatan kadar asam basa pada saluran cerna yang akan menimbulkan diare (Maryunani,2016). Adapun ciri-ciri lain dari anak yang mengalami stunting adalah sebagai berikut (Maryunani,2016) :

1. Anak memiliki bentuk dwarfisme tertentu, ukuran lengan atau kaki mereka mungkin tidak sesuai dengan proporsi normal tubuh mereka.
2. Anak memiliki kadar hormon tiroksin yang rendah, mereka mungkin kehilangan energi, sembelit, memiliki kulit yang kering, dan rambut yang kering.
3. Anak memiliki tingkat hormon pertumbuhan (GH) yang rendah, yang dapat mempengaruhi pertumbuhan wajah mereka, menyebabkan mereka terlihat muda secara tidak normal.
4. Pertumbuhan anak tertunda disebabkan oleh penyakit perut atau usus di mana mereka mungkin mengalami tinja berdarah, diare, sembelit, muntah, atau mual.

2.2.3.4 Dampak Stunting

Permasalahan stunting pada usia dini terutama pada periode 1000 HPK, akan berdampak pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM), stunting menyebabkan organ tubuh tidak tumbuh dan berkembang secara optimal. Balita stunting berkontribusi terhadap 1,5 juta (15%) kematian anak balita di dunia dan

menyebabkan 55 juta *Disability-Adjusted Life Years* (DALYS) yaitu hilangnya masa hidup sehat setiap tahunnya. Dampak dari permasalahan gizi anak terbagi menjadi dampak dalam jangka pendek dan dampak dalam jangka panjang (Subandi,2018).

1. Jangka pendek

Stunting menyebabkan gagal tumbuh, hambatan perkembangan kognitif dan motorik dan tidak optimalnya ukuran fisik tubuh serta gangguan metabolisme bayi/balita. Kejadian stunting tersebut mengakibatkan kemampuan motorik dan mental terhambat serta terjadi peningkatan risiko lebih rentan penyakit sampai kematian bayi/balita dan berpengaruh pada masa depan bayi/balita. Dampak lainnya yaitu faktor risiko *overweight*/obesitas yang akan memicu kejadian penyakit degeneratif jika berlangsung dalam kurun waktu yang lama (Adriyani Adam,2022).

2. Jangka panjang

Stunting menyebabkan menurunnya kapasitas intelektual bayi/balita yang sedang mengalami tumbuh dan kembang. Gangguan struktur dan fungsi saraf dan sel-sel otak yang bersifat permanen serta menyebabkan penurunan kemampuan menyerap pelajaran diusia sekolah akan berpengaruh pada produktivitasnya saat dewasa. Selain itu, kekurangan gizi juga menyebabkan gangguan pertumbuhan (pendek dan atau kurus) serta meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti diabetes melitus, hipertensi, jantung kroner dan stroke.

2.2.3.5 Perilaku dalam Pencegahan Stunting

Salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam rangka percepatan penurunan dan pencegahan stunting yaitu dengan perubahan perilaku masyarakat menggunakan intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif. Secara garis besar dalam penyelenggaraan intervensi yang terpadu untuk kelompok prioritas di lokasi prioritas merupakan kunci keberhasilan perbaikan gizi dan tumbuh kembang anak dalam pencegahan stunting. Intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif diharapkan dapat mencegah masalah gizi, baik kekurangan maupun kelebihan gizi pada bayi/ balita yang sedang mengalami masa pertumbuhan dan perkembangan (Riskiyana,2018).

Upaya penurunan stunting dilakukan melalui intervensi gizi spesifik untuk mengatasi penyebab langsung terjadinya stunting dan umumnya diberikan oleh sektor kesehatan seperti asupan makanan, pencegahan infeksi, status gizi ibu, penyakit menular dan kesehatan lingkungan. Sementara dalam intervensi gizi sensitif merupakan kegiatan yang berhubungan dalam mengatasi penyebab tidak langsung permasalahan stunting yang umumnya berada di luar kewenangan Kementerian Kesehatan. Selain dua hal tersebut, diperlukan juga faktor pendukung yang memungkinkan terjadinya penurunan stunting seperti komitmen politik dan kebijakan, keterlibatan pemerintahan dan lintas sektor serta kapasitas untuk melaksanakan intervensi yang ada.

1. Intervensi Gizi Spesifik

Intervensi gizi spesifik merupakan upaya pencegahan stunting yang ditujukan kepada anak dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30% penurunan stunting (Eko Putro,2017). Intervensi gizi

spesifik terbagi atas penyebab stunting yang meliputi, kecukupan asupan makanan dan gizi; pemberian makan, perawatan dan pola asuh; dan pengobatan infeksi/penyakit (Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting Periode 2018-2024).

Contoh lain dari intervensi gizi spesifik yang merupakan kegiatan langsung mengatasi terjadinya stunting seperti asupan makanan, infeksi, status gizi ibu, penyakit menular dan kesehatan lingkungan yang umumnya diberikan oleh sektor kesehatan (Subandi,2018). Terdapat tiga kelompok intervensi gizi spesifik sesuai dengan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting periode tahun 2018-2024, yaitu:

1) Intervensi Prioritas

Intervensi prioritas yaitu intervensi pencegahan stunting yang diidentifikasi memiliki dampak paling besar dalam pencegahan stunting dan ditujukan untuk menjangkau semua sasaran prioritas.

2) Intervensi Pendukung

Intervensi pendukung yaitu intervensi pencegahan stunting yang berdampak pada masalah gizi dan kesehatan lain yang terkait dengan stunting serta diprioritaskan setelah intervensi prioritas dilakukan.

3) Intervensi Prioritas sesuai kondisi tertentu

Intervensi prioritas sesuai kondisi tertentu yaitu intervensi yang diperlukan sesuai dengan kondisi tertentu, termasuk saat darurat bencana (program gizi darurat). Pandangan kelompok dimaksudkan sebagai panduan bagi pelaksanaan

program intervensi apabila terjadi keterbatasan sumberdaya, dalam intervensi gizi spesifik percepatan penurunan stunting yang dimaksud, sebagai berikut:

Matriks 2. 2 Intervensi Gizi Spesifik Percepatan Pencegahan Stunting

NO	Kelompok Sasaran	Intervensi Prioritas	Intervensi Pendukung	Intervensi Prioritas sesuai Kondisi Tertentu
Kelompok Sasaran 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK)				
1.	Ibu Hamil	1) Pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil dari kelompok miskin/ Kurang Energi Kronik (KEK) 2) Suplementasi tablet tambah darah	1) Suplementasi Kalsium 2) Pemeriksaan Kehamilan	1) Perlindungan dari penyakit malaria 2) Pencegahan HIV
2.	Ibu menyusui dan anak 0-23 bulan	1) Promosi dan konseling menyusui 2) Promosi dan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) 3) Tata laksana gizi buruk 4) Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus 5) Pemantauan dan promosi pertumbuhan	1) Suplementasi kapsul vitamin A 2) Suplementasi taburia 3) Imunisasi 4) Puplementasi zinc untuk pengobatan diare 5) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	Pencegahan kecacingan
Kelompok Sasaran Usia Lainnya				
3.	Remaja Putri dan Wanita Usia Subur	Suplementasi tablet tambah darah		
4.	Anak usia 24- 59 bulan	1) Tata laksana gizi buruk 2) Pemberian makanan tambahan pemulihan bagi anak kurus 3) Pemantauan dan promosi pertumbuhan anak	1) Suplementasi kapsul vitamin A 2) Suplementasi taburia 3) Suplementasi zinc untuk pengobatan diare 4) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).	Pencegahan kecacingan

Sumber: Strategi Nasional Percepatan Pencegahan Stunting Periode tahun 2018-2024

Matriks 2.2 menunjukkan tentang intervensi gizi spesifik percepatan pencegahan stunting yang dapat disimpulkan bahwa merupakan kegiatan secara langsung mengatasi penyebab terjadinya stunting dan umumnya diberikan oleh sektor kesehatan seperti asupan makanan, pencegahan infeksi, status gizi ibu, penyakit menular dan kesehatan lingkungan. Intervensi gizi spesifik juga berfokus

pada kelompok sasaran ibu hamil sampai bayi usia 23 bulan. Secara garis besar terdapat sembilan point besar intervensi gizi spesifik, yaitu:

(1) Pemberian Makanan Tambahan bagi Ibu Hamil dan Balita Kurus (PMT)

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dilakukan kepada ibu hamil yang mengalami Kekurangan Energi Kronik (KEK), identifikasi dilakukan dengan cara mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA) dan dinyatakan berisiko apabila LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu yang mengalami KEK berisiko untuk melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). Sehingga untuk mencukupi kebutuhan gizi ibu hamil KEK (Kekurangan Energi Kronik) harus diberikan Makanan Tambahan Ibu Hamil sedangkan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Balita diberikan pada balita kurus usia 6-59 bulan yang indikator Berat Badan (BB) menurut Panjang Badan (PB)/Tinggi Badan (TB) kurang dari minus 2 standar deviasi (<-2 SD) yang tidak rawat inap dan tidak rawat jalan, ketentuan tersebut sesuai dengan Petunjuk Teknik Pemberian Makanan Tambahan (2017), Surat Edaran Dirjen Kesmas (2017) dan Permenkes No.51 Tahun 2016 tentang Standar Produk Suplementasi Gizi.

(2) Tablet Tambah Darah bagi Remaja, WUS dan Ibu Hamil

Remaja Putri (rematri) rentan menderita anemia karena banyak kehilangan darah pada saat menstruasi, remaja yang mengalami anemia berisiko tinggi untuk mengalami anemia pada masa kehamilannya. Hal ini akan berdampak pada terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan janin serta berpotensi menimbulkan komplikasi kehamilan dan persalinan. Oleh karena itu, remaja dan Wanita Usia Subur (WUS) perlu meminum Tablet Tambah Darah (TTD) sebanyak satu kali dalam seminggu, sementara ibu hamil mengkonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD)

sebanyak sembilan puluh tablet atau lebih selama masa kehamilan untuk mencegah anemia saat masa kehamilan.

(3) Promosi dan Konseling Menyusui

Pencegahan stunting memiliki standar ideal (golden standard) yang direkomendasikan Who, yaitu pemberian Asi Eksklusif sejak bayi lahir sampai usia 6 bulan; pemberian MPASI mulai usia 6 bulan; lanjutan pemberian Asi sampai bayi berusia 2 tahun atau lebih. Pemberian ASI eksklusif (bayi diberikan ASI saja tanpa tambahan apapun) pada bayi usia 0-6 bulan sangat penting untuk kelangsungan hidup bayi. Untuk itu, diperlukan promosi dan edukasi untuk memberikan ASI eksklusif melalui berbagai cara baik pertemuan langsung (konseling menyusui oleh tenaga kesehatan terlatih) maupun promosi di media massa cetak dan elektronik, pemberian ASI eksklusif diatur oleh Peraturan Pemerintah No.33 Tahun 2012.

(4) Promosi dan Konseling Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA)

Setelah pemberian ASI secara eksklusif selama 0-6 bulan, selanjutnya bayi mulai dikenalkan dengan pendamping ASI (MP-ASI) dengan tetap memberikan ASI lanjutan sampai dengan usia 2 tahun atau lebih. Pemberian MP-ASI mulai usia 6 bulan menjadi sangat penting mengingat pada usia 6-11 bulan, kontribusi ASI pada pemenuhan kebutuhan gizi hanya dua pertiga sedangkan sepertiganya harus dipenuhi dari MP-ASI. Pemberian MP-ASI memperhatikan kuantitas dan kualitas memenuhi prinsip gizi seimbang agar tidak cenderung tinggi karbohidrat tetapi juga mencakup protein, vitamin dan mineral namun tetap berbasis lokal dan berkelanjutan karena memanfaatkan pangan yang ada dimasyarakat.

(5) Tata Laksana Gizi Buruk

Balita dengan status gizi buruk perlu ditangani segera dengan intervensi pemulihan yang dapat dilakukan dengan metode pendekatan individual maupun pendekatan masyarakat. secara umum, balita gizi buruk tanpa penyakit cukup ditangani dengan pemberian makanan tambahan untuk mengejar pertumbuhannya. Sementara, balita gizi buruk dengan penyakit harus dilakukan pengobatan penyakitnya terlebih dahulu untuk selanjutnya diberikan makanan tambahan.

Daerah dengan jumlah kasus gizi buruk yang tinggi didirikan Pusat Pemulihan Gizi (*Therapeutic Feeding Center/TFC*), balita gizi buruk akan diberikan perawatan dan pemberian makanan tambahan secara intensif sesuai dengan usia dan kondisinya dengan melibatkan peran serta aktif orangtua. Agar orangtua berkeinginan membawa balita gizi buruk ke *TFC*, beberapa daerah menyediakan kompensasi sebesar upah harian untuk menggantikan hari kerja yang hilang selama mendampingi anak di *TFC*. Hal terpenting lainnya yaitu upaya orangtua untuk menjaga kontinuitas perawatan dan pemberian makanan bergizi anak saat kembali kerumah, ketentuan tersebut secara lebih rinci dijelaskan pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Anak di Rumah Sakit *WHO* sebagai Tata Laksana Gizi Buruk.

(6) Pemantauan dan Promosi Pertumbuhan

Kegiatan pemantauan pertumbuhan dilakukan sejak anak berusia 0-72 bulan dengan penimbangan berat badan setiap bulan dan pengukuran tinggi badan setiap 3 bulan sekali. Kegiatan pemantauan dilakukan di fasilitas kesehatan dasar hingga taman kanak-kanak yang diatur juga dalam Peraturan Menteri Kesehatan

(Permenkes) No.66 Tahun 2014 tentang pemantauan tumbuh kembang anak. Pencatatan pemantauan juga dapat dilakukan dalam buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) bersama petugas kesehatan seperti posyandu, jika berat badan anak dibawah garis merah, artinya anak mengalami kurang gizi sedang hingga berat.

(7) Suplementasi Mikronutrien

Suplementasi mikronutrien terdiri dari suplementasi kalsium untuk ibu hamil serta suplementasi kapsul vitamin A, suplementasi taburia dan suplementasi zinc untuk pengobatan diare bagi anak usia 0-59 bulan. Vitamin A diberikan posyandu setiap bulan Februari dan Agustus, pemberian vitamin A sejak tahun 2006 dilakukan terintegrasi dengan pemberian obat cacing dan imunisasi campak. Taburia merupakan tambahan multivitamin dan mineral untuk memenuhi kebutuhan gizi dan tumbuh kembang balita usia 6-59 bulan dengan prioritas balita usia 6-24 bulan.

(8) Pemeriksaan Kehamilan dan imunisasi

Pemeriksaan kehamilan (*Antenatal Care*) dilakukan selama 4 kali selama masa kehamilan, yaitu 1 kali pada trimester 1; 1 kali pada trimester 2; dan 2 kali pada trimester 3. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan dan dicatat pada buku KIA, selain itu ibu hamil juga mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) untuk menghindari tetanus neonatorium. Pemeriksaan kehamilan dan imunisasi dilakukan sampai ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar memiliki perlindungan terhadap infeksi tetanus, hal tersebut diatur dalam Permenkes No. 97 tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Kehamilan.

(9) Manajemen Terpadu Balita Sakit

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah pendekatan pelayanan terintegrasi dalam tata laksana balita sakit yang berfokus pada kesehatan anak usia 0-59 bulan secara menyeluruh dilayanan rawat jalan fasilitas kesehatan dasar. Pelayanan MTBS dilakukan oleh perawat atau bidan dengan supervisi dokter yang terlatih, pada daerah yang kesulitan mengakses layanan kesehatan tenaga non kesehatan diperbolehkan melakukan pelayanan kuratif terbatas dengan pendekatan MTBS berbasis masyarakat (MTBS-M). Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) diatur dalam Pedoman MTBS-M Tahun 2014 dan Permenkes No.25 Tahun 2015 tentang upaya kesehatan anak.

2. Intervensi Gizi Sensitif

Intervensi Gizi Sensitif idealnya dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan dan berkontribusi pada 70% intervensi pencegahan stunting. Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah masyarakat secara umum dan tidak khusus ibu hamil dan balita pada 1000 HPK (Eko Putro,2017). Intervensi gizi sensitif merupakan kegiatan yang berhubungan dengan penyebab tidak langsung stunting pada umumnya dibedakan menjadi empat jenis, yaitu penyediaan air minum dan sanitasi, pelayanan gizi dan kesehatan, peningkatan kesadaran pengasuhan dan gizi; serta peningkatan akses pangan bergizi.

Intervensi gizi sensitif berdasarkan Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota (2018), sebagai berikut:

Matriks 2. 3 Intervensi Gizi Sensitif Percepatan Penurunan Stunting

No	Jenis Intervensi	Program/Kegiatan Intervensi
1.	Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi	1) Akses air minum yang aman 2) Akses sanitasi yang layak
2.	Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan	1) Akses pelayanan Keluarga Berencana (KB) 2) Akses Jaminan Kesehatan (JKN) 3) Akses bantuan uang tunai untuk keluarga miskin (PKH)
3.	Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak	1) Penyebarluasan informasi melalui berbagai media 2) Penyediaan konseling perubahan perilaku antar pribadi 3) Penyediaan konseling pengasuhan untuk orangtua 4) Penyediaan akses Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), promosi stimulasi anak usia dini, dan pemantauan tumbuh-kembang anak 5) Penyediaan konseling kesehatan dan reproduksi untuk remaja 6) Pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
4.	Peningkatan akses pangan bergizi	1) Akses Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) untuk keluarga kurang mampu 2) Akses fortifikasi bahan pangan utama (garam, tepung terigu, minyak goreng) 3) Akses kegiatan Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) 4) Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

Sumber: Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota (2018)

Penjelasan matriks 2.3 tentang intervensi gizi sensitif sebagai upaya pencegahan stunting terbagi menjadi empat point besar dengan penjelasan lebih terperinci sebagai berikut:

1) Peningkatan penyediaan air minum dan sanitasi

(1) Akses air minum yang aman

Anak yang diare atau cacingan menjadikan zat gizi dari makanan yang dikonsumsi tidak diserap oleh tubuh, dalam kondisi tertentu tubuh memecah cadangan makanan untuk melawan infeksi sehingga membuat anak menjadi kurus, infeksi berulang yang terjadi dalam waktu cukup lama bisa menjadi faktor pemicu terjadinya stunting. Kejadian infeksi sangat terkait dengan kondisi lingkungan yang tidak sehat, seperti tidak tersedianya akses air bersih, sarana sanitasi layak, dan pengelolaan sampah. Oleh karena itu, penyediaan air bersih dan sanitasi memiliki

peran penting dalam penurunan stunting karena berhubungan erat dengan upaya pencegahan infeksi penyakit.

Upaya untuk menyediakan sarana air bersih dan sanitasi baik di pedesaan maupun di perkotaan dilakukan antara lain melalui program Penyediaan Air minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) dan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). PAMSIMAS bertujuan untuk meningkatkan praktik hidup bersih dan sehat di masyarakat; meningkatkan jumlah masyarakat yang memiliki akses air minum dan sanitasi yang berkelanjutan; meningkatkan kapasitas masyarakat dan kelembagaan lokal (pemerintah daerah maupun masyarakat) dalam penyelenggaraan layanan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat dan meningkatkan efektifitas dan kesinambungan jangka panjang pembangunan sarana dan prasarana air minum dan sanitasi berbasis masyarakat.

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) bertujuan untuk mengubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan dengan metode pemicuan, lima pilar dalam STBM adalah Stop Buang Air Besar Sembarangan, Cuci Tangan Pakai Sabun, pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga, pengelolaan sampah rumah tangga dan pengelolaan limbah cair rumah tangga.

(2) Akses Sanitasi yang Layak

Air dan sanitasi pada dasarnya merupakan bagian yang tidak terpisahkan sehingga program penyediaan sanitasi pun sama dengan penyediaan air bersih, seperti PAMSIMAS dan STBM. Pada RPJMN tahun 2020-2024, pemerintah telah menetapkan beberapa target untuk meningkatkan akses sanitasi dan air minum yang aman dan berkelanjutan bagi masyarakat, yaitu: Target akses sanitasi layak 90%

termasuk akses air minum aman 20%; Target akses air minum layak yang didukung dengan penyediaan akses air minum perpipaan 30% melalui pembangunan 10 juta sambungan rumah tangga; Bebas dari praktik BABS (Buang Air Besar Sembarangan).

2) Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan

(1) Keluarga Berencana (KB)

Pelayanan kesehatan dalam Keluarga Berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas melalui upaya promotif, preventif, pelayanan, dan pemulihan termasuk perlindungan efek samping, komplikasi, dan kegagalan alat kontrasepsi dengan memperhatikan hak-hak reproduksi, serta pelayanan infertilitas. Melalui KB, masyarakat jadi bisa mengatur jarak kehamilannya sehingga lebih mudah untuk memastikan kecukupan gizi anak.

(2) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diimplementasikan mulai tahun 2014 ditujukan untuk memberikan perlindungan bagi seluruh penduduk agar dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa hambatan finansial. Bagi penduduk miskin dan hampir miskin, pemerintah memberikan bantuan iuran agar seluruh masyarakat tercakup dalam layanan JKN. Dengan adanya jaminan kesehatan, ibu hamil maupun bayi dan balita dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas secara tepat waktu, seperti pemeriksaan kehamilan, imunisasi serta pengobatan penyakit atau infeksi, hal ini tentunya akan

berkontribusi dalam upaya penurunan stunting melalui peningkatan status kesehatan ibu dan balita.

(3) Program Keluarga Harapan (PKH)

Program Keluarga Harapan merupakan program Bantuan Tunai Bersyarat yang telah dilaksanakan sejak tahun 2007, program ini ditujukan untuk keluarga miskin dengan ibu hamil, anak balita dan anak usia sekolah. Keluarga yang mendapat PKH akan memperoleh uang tunai apabila melaksanakan beberapa persyaratan, antara lain ibu hamil datang melakukan pemeriksaan ke pelayanan kesehatan minimal 4 kali, anak balita datang ke posyandu setiap bulan, dan anak sekolah hadir di fasilitas pendidikan. PKH bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga miskin dalam jangka pendek dan mengatasi kemiskinan antar generasi dalam jangka panjang, keluarga penerima manfaat PKH juga akan didampingi agar pengetahuan dan kesadaran keluarga mengenai kesehatan dan gizi dapat meningkat sehingga uang tunai yang diperoleh dapat dipergunakan untuk meningkatkan kualitas asupan gizi ibu hamil, anak balita, dan anak sekolah.

3) Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan dan gizi ibu dan anak

(1) Penyebaran informasi melalui media

Media memainkan peranan penting dalam edukasi ke masyarakat, Kementerian Kesehatan dan Kominfo bekerja bersama untuk membuat kampanye dan komunikasi perubahan perilaku di masyarakat. Kominfo meluncurkan kampanye Genbest (Generasi Bersih dan Sehat) untuk meningkatkan kesadaran remaja dalam mencegah stunting. Penyebaran informasi melalui tidak hanya dilakukan pada kementerian kesehatan dan informasi saja tetapi setiap stakeholder

yang terkait dalam pencegahan stunting juga dapat memberikan penyebaran dalam upaya pencegahan stunting.

(2) Konseling perubahan perilaku antar pribadi

Perubahan perilaku yang dilakukan melalui komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) merupakan bagian yang penting dari intervensi sensitif untuk menurunkan stunting. Beberapa kegiatan terkait upaya perubahan perilaku antara lain penyuluhan untuk mencegah pernikahan dini, penyuluhan keluarga berencana, penyuluhan gizi dan kesehatan, penyuluhan gemar bercocok tanam, dan penyuluhan gemar makan ikan. Kegiatan KIE dapat dilakukan dengan berbagai pendekatan, baik melalui media massa cetak dan elektronik, kegiatan pendidikan, pertemuan langsung, dan juga melalui seni budaya.

(3) Konseling pengasuhan untuk orangtua

Kegiatan pola asuh (parenting) ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan orang tua dalam menerapkan pengasuhan yang tepat pada anak, termasuk didalamnya perbaikan pola asuh untuk mencegah stunting. Pola asuh berkaitan dengan perilaku dan kebiasaan yang dilakukan oleh anggota keluarga, dalam pemberian makanan, orangtua perlu membiasakan anak mengonsumsi sayuran dan buah-buahan serta menghindari makanan yang manis, asin, dan berlemak. Kebiasaan memandikan anak, mengajari anak buang air besar pada tempatnya, perilaku cuci tangan, dan hal-hal lainnya juga akan membantu membiasakan anak untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

(4) PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini)

Upaya penurunan stunting di PAUD dan Bina Keluarga Balita (BKB) ditempuh dengan dua pendekatan yaitu penyediaan makanan bergizi seimbang

sesuai dengan kondisi pertumbuhan anak dan pengenalan makanan seimbang dan faktor terkait stunting lainnya. Faktor terkait stunting lainnya dapat melalui Alat Permainan Edukatif (APE) yang digunakan oleh Posyandu. Mengingat periode emas pertumbuhan dan perkembangan terjadi sampai anak berusia 2 tahun, maka prioritas peningkatan status gizi anak adalah melalui pemberian MP-ASI dan makanan yang memenuhi prinsip gizi seimbang.

(5) Konseling Kesehatan Reproduksi untuk Remaja

Remaja diberikan pemahaman mengenai kesehatan reproduksi agar mereka memiliki pengetahuan yang cukup untuk membuat keputusan yang bertanggung jawab berkaitan dengan hak-hak kesehatan reproduksi dan seksualnya. Tujuannya untuk melindungi remaja dari risiko pernikahan usia dini, kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi, infeksi menular seksual dan penyakit lainnya. Apabila kehamilan tidak direncanakan dengan baik atau hamil pada usia yang terlalu muda, maka hal ini akan memperbesar risiko melahirkan anak dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

(6) PPA (Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak)

Perempuan dan anak seringkali rentan terhadap kekerasan, masih banyak praktik di keluarga yang berkaitan dengan gender dan mempengaruhi asupan gizi perempuan. Misalnya, makanan biasanya diberikan kepada kepala keluarga atau anak laki-laki terlebih dahulu sebelum dikonsumsi oleh ibu dan anak perempuan, akibatnya perempuan memiliki status gizi yang lebih rendah dari laki-laki. Hal ini bisa mengakibatkan anemia pada masa remaja yang apabila berlanjut hingga kehamilan, berpotensi melahirkan anak dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

4) Akses Pangan Bergizi

(1) Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT)

Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) adalah bantuan sosial pangan dalam bentuk non tunai dari pemerintah yang diberikan kepada Keluarga Penerima Manfaat (KPM) setiap bulannya melalui mekanisme akun elektronik yang digunakan hanya untuk membeli bahan pangan di pedagang bahan pangan/e-warong yang bekerjasama dengan bank. Program ini dijalankan sejak tahun 2018, tujuannya adalah untuk mengurangi beban pengeluaran dan menyediakan makanan yang lebih bergizi dengan menyediakan beras dan telur untuk keluarga miskin. BPNT merupakan transformasi dari penyaluran Raskin (Beras Untuk Rumah Tangga Miskin) dan diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 63 Tahun 2017.

(2) Fortifikasi Bahan Pangan Utama (Garam, Tepung Terigu dan Minyak Goreng)

Fortifikasi adalah pengayaan zat gizi terutama vitamin dan mineral ke dalam bahan pangan tertentu yang banyak dikonsumsi masyarakat luas. Kebijakan fortifikasi juga sudah diterapkan pada tepung terigu dengan menambahkan zat besi (Fe), asam folat, Zink, dan vitamin B1 dan B2, fortifikasi pangan dinilai sebagai salah satu upaya pemenuhan zat gizi mikro masyarakat yang terbukti *cost-effective*. Hal ini karena fortifikasi dilakukan pada bahan pangan yang dikonsumsi masyarakat luas, terutama oleh penduduk yang kurang mampu.

(3) KRPL (Kawasan Rumah Pangan Lestari)

Program-program yang bertujuan untuk meningkatkan pertumbuhan sektor pertanian dan meningkatkan ketahanan pangan merupakan komponen penting dalam program Percepatan Perbaikan Gizi 1000 HPK. Program tersebut

memastikan ketersediaan pangan bergizi dengan harga terjangkau untuk semua golongan masyarakat. Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) berfungsi sebagai basis ketahanan pangan, program ini menitikberatkan kegiatannya pada pemberdayaan kelompok wanita tani dengan memanfaatkan pekarangan rumah sebagai lahan tanam untuk semua jenis tanaman yang bernilai gizi konsumsi keluarga, sehingga keluarga diharapkan dapat memenuhi kebutuhan pangannya dengan tanaman yang ada di pekarangan rumah yang telah diatur dalam KRPL Tahun 2019 Kementerian Pertanian.

(4) Penguatan regulasi mengenai label dan iklan pangan

Regulasi label dan iklan pangan penting dilakukan agar konsumen mengetahui produk yang akan dia konsumsi dan mampu membuat keputusan yang baik untuk kesehatannya. Membaca label makanan kemasan dan memahami komposisi serta anjuran penyajian yang tertera adalah cara penting untuk mengatur asupan gizi yang akan dikonsumsi, khususnya gula, garam, dan lemak. Konsumsi melebihi takaran yang dianjurkan oleh Kementerian Kesehatan dapat meningkatkan risiko penyakit tidak menular seperti jantung, diabetes, hipertensi, hingga stroke. Selain itu, klaim produk susu formula untuk ibu hamil dan menyusui yang tidak tepat juga dikhawatirkan dapat menimbulkan masalah kesehatan sehingga perlu diawasi dengan seksama.

3. Intervensi Pendukung

1) Pencatatan Sipil

Setiap anak yang baru lahir harus mendapatkan akta kelahiran agar terdaftar dalam sistem bantuan sosial. Dengan memiliki akta, anak dapat

memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas/ posyandu serta mengakses sarana pendidikan usia dini yang disediakan oleh pemerintah. Oleh karena itu, pencatatan sipil menjadi peranan yang penting dalam pencegahan stunting.

2) Penguatan Posyandu

Posyandu merupakan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) yang diselenggarakan secara berkala setiap satu bulan sekali oleh masyarakat dengan dukungan petugas kesehatan. Posyandu merupakan garda terdepan dari pelayanan kesehatan dan gizi kepada ibu hamil dan anak balita, pemantauan pertumbuhan di sebagian besar Posyandu masih berdasarkan indikator berat badan menurut umur.

3) Surveilans Gizi

Surveilans gizi berfungsi untuk memberikan informasi keadaan gizi masyarakat dan faktor yang mempengaruhinya secara cepat, akurat, dan berkelanjutan sehingga dapat digunakan untuk menetapkan kebijakan gizi maupun penanggulangan masalah gizi. Surveilans dapat dilakukan melalui aplikasi elektronik pencatatan dan pelaporan gizi berbasis masyarakat (e-PPGBM), dengan adanya sistem surveilans yang kuat, anak yang kurang gizi maupun stunting dapat memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkannya dengan cepat. Termasuk jika membutuhkan perawatan lebih lanjut dengan dirujuk ke rumah sakit di tingkat Kabupaten/Kota, hal tersebut telah diatur dalam Permenkes No.14 Tahun 2019 tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi.

4) Advokasi Pemerintah Daerah

Advokasi kepada pemerintah daerah dapat dilakukan dengan mengawal penerapan kebijakan percepatan penurunan stunting di daerah. Pada tingkat

kabupaten/kota, dilakukan delapan aksi integrasi, yaitu serangkaian kegiatan intervensi gizi untuk mencegah dan menurunkan stunting secara lintas sektor. Bupati/Walikota selaku pimpinan daerah menunjuk tim lintas sektor yang nantinya bertanggung jawab untuk memastikan terlaksananya Aksi Integrasi dari tingkat kabupaten/kota hingga tingkat desa.

Aksi Integrasi dilaksanakan mengikuti siklus perencanaan dan penganggaran di Kabupaten/Kota. Tahapan intervensi yang dilakukan terdiri dari 8 Aksi, yaitu: Analisis Situasi, Penyusunan Rencana Kegiatan, Rembuk Stunting, Peraturan Bupati/Walikota tentang Kewenangan Desa dalam percepatan penurunan stunting, Pembinaan Kader Pembangunan Manusia, Sistem Manajemen Data Stunting, Pengukuran dan Publikasi Data Stunting dan Reviu Kinerja Tahunan. Kegiatan tersebut telah diatur dalam Panduan Konvergensi Stunting untuk OPD Edisi Nov 2018.

5) Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa

Dana Desa dapat digunakan untuk menanggulangi stunting, untuk memastikan stunting menjadi isu prioritas dalam perencanaan di tingkat desa, kepala desa merekrut Kader Pembangunan Manusia (KPM). KPM merupakan kader masyarakat yang bertugas untuk memfasilitasi aksi konvergensi penurunan stunting di tingkat desa. Pengertian konvergensi intervensi pada sasaran adalah bahwa setiap ibu hamil, ibu menyusui, ibu nifas, dan anak usia 0-23 bulan mendapatkan akses layanan atau intervensi yang diperlukan untuk penanganan stunting secara terintegrasi.

KPM mengajak peran serta atau partisipasi masyarakat dan lembaga dalam proses perencanaan, pelaksanaan kegiatan dan pemantauan; serta berkoordinasi dengan pelaku program dan lembaga lainnya seperti bidan desa, petugas puskesmas lainnya (ahli gizi, perawat, sanitarian), guru PAUD dan aparat desa. Kegiatan konvergensi pencegahan stunting telah diatur dalam Buku Saku Desa dalam Penanganan Stunting Tahun 2017.

4. Intervensi Terintegrasi

1) Inisiasi Intervensi Terintegrasi

Intervensi gizi terintegrasi merupakan kegiatan pencegahan dan penanggulangan permasalahan gizi khususnya stunting dengan melibatkan berbagai daerah terkait. Disebut terintegrasi apabila dari sisi jenis kegiatan yang dilakukan lengkap dan sesuai permasalahan, cakupan mencapai angka cakupan minimal dan tepat sasaran, dan dari sisi kualitas intervensi sesuai standar dengan tingkat kepatuhan (compliance) yang tinggi. Kegiatan intervensi gizi terintegrasi di susun berdasarkan program intervensi baik spesifik dan sensitif yang terbukti efektif.

2) Lokasi Fokus Intervensi Penurunan Stunting

Pemilihan lokasi fokus intervensi stunting pada tingkat kabupaten/kota didasarkan pada sejumlah indikator, antara lain jumlah balita stunting; prevalensi stunting; serta tingkat kemiskinan. Sejak pertama kali dilaksanakan pada tahun 2018, lokasi fokus intervensi penurunan stunting terus bertambah setiap tahunnya. Dari 100 kabupaten/kota di tahun 2018, diperluas menjadi 160

kabupaten/kota di tahun 2019 hingga 260 kabupaten/kota di tahun 2020 dan pada tahun 2021 jumlah ini bertambah lagi menjadi 360 kabupaten/kota.

Cakupan akan terus diperluas secara bertahap hingga pada tahun 2023 akan mencakup 514 kabupaten/kota. Oleh karena itu, diharapkan pada tahun 2024, seluruh kabupaten/kota telah mengimplementasikan intervensi penurunan stunting terintegrasi yang mendukung dalam pencapaian target RPJMN 2020-2024. Perkembangan lokasi fokus stunting diatur dalam Surat Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional (PPN) Lokus Stunting Tahun 2019 dan Surat Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional (PPN) tentang Fokus Stunting Tahun 2020.

2.2.4 Teori Pekerjaan Sosial dengan Anak

2.2.4.1 Pengertian Pekerjaan Sosial dengan Anak

Pekerjaan sosial sebagai suatu profesi pertolongan kemanusiaan memberikan sumbangan yang cukup besar terhadap setiap upaya yang ditujukan untuk mengatasi permasalahan sosial yang dimiliki oleh masyarakat. Melalui bantuan profesi pekerjaan sosial diharapkan agar mereka mampu untuk memecahkan masalahnya maupun yang ada pada lingkungan sekitarnya dan meningkatkan kesejahteraannya (Nufal,2022;30). Pekerjaan Sosial dalam intervensi terhadap masalah-masalah sosial diarahkan pada upaya membantu dan menolong individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar dapat berfungsi sosial sesuai dengan status dan peranannya.

Zastrow menjelaskan bahwa pekerjaan sosial adalah aktivitas profesional untuk menolong individu, kelompok dan masyarakat dalam meningkatkan atau memperbaiki kapasitas mereka agar berfungsi secara sosial dan menciptakan

kondisi-kondisi masyarakat yang kondusif untuk mencapai tujuan tersebut. Menurut *National Association of Social Worker (NASW)* pekerjaan sosial merupakan pelayanan profesional kepada seseorang, kelompok, dan masyarakat untuk meningkatkan dan memulihkan kemampuan melaksanakan fungsi sosial serta menciptakan kondisi masyarakat yang mendukung pencapaian tujuan tersebut. Berdasarkan pengertian pekerjaan sosial di atas yang dikemukakan oleh para ahli tersebut, dapat disimpulkan bahwa pekerjaan sosial merupakan salah satu praktik profesional yang menjalankan tugasnya kepada orang/individu, kelompok dan masyarakat yang didasarkan pada praktik dan pengetahuan akademis guna mendorong adanya perubahan-perubahan sosial, pembangunan sosial serta pemberdayaan sosial.

Pengertian Pekerjaan sosial menurut Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2019 tentang Pekerja Sosial sebagai berikut:

1. Pekerja Sosial adalah seseorang yang memiliki pengetahuan, keterampilan, dan nilai-nilai praktik pekerjaan sosial serta telah memperoleh sertifikat kompetensi.
2. Praktik pekerjaan sosial adalah penyelenggaraan pertolongan professional yang direncanakan, terpadu, berkesinambungan dan tersupervisi. Tujuannya untuk mencegah disfungsi sosial, serta memulihkan dan meningkatkan keberfungsian sosial individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Berdasarkan pengertian tersebut, dapat kesimpulan bahwa pekerjaan sosial merupakan kegiatan bantuan professional yang direncanakan, berkelanjutan dan terawasi dengan baik. Hal ini mencakup upaya dalam mengatasi masalah sosial, meningkatkan keterampilan sosial dan memfasilitasi akses sumber daya sosial untuk

klien. Kegiatan menjalankan tugasnya, pekerja sosial mampu bekerja secara terencana dan terpadu dalam menghadapi masalah-masalah sosial yang kompleks serta memiliki supervisi yang baik agar dapat memberikan pelayanan yang optimal bagi klien dan lingkungannya.

Praktik pekerjaan sosial dengan anak adalah praktik pekerjaan sosial yang menitikberatkan klien anak berusia sebelum delapan belas tahun. Praktik pekerjaan sosial dengan anak dibahas dalam buku yang berjudul *Praktik Pekerjaan Sosial dengan anak* yang ditulis oleh Ellya Susilowati (2021). Praktik pekerjaan sosial dengan anak juga memiliki sejarah yang panjang hingga sampai pada praktik profesional pekerjaan sosial dengan anak.

Pekerjaan sosial dengan anak (Ellya Susilowati, 2021;1) adalah:

Pekerjaan sosial dengan anak merupakan salah satu bidang pekerjaan sosial disamping bidang pekerjaan sosial disabilitas, lansia dan sebagainya. Bidang pekerjaan sosial dengan anak memiliki tantangan, pengetahuan dan bidang keterampilan khusus. Tantangan yang dihadapi pekerjaan sosial dalam bidang ini karena pekerja sosial harus bekerja dengan keragaman berbagai kelompok anak dan keluarga mereka, dari bayi hingga remaja dan pengasuh termasuk orangtua tunggal hingga keluarga lengkap serta pengasuh alteranatif.

Melalui asumsi tersebut dapat dipahami bahwa pekerjaan sosial dengan anak merupakan bagian dari bidang pekerjaan sosial yang memiliki tantangan, pengetahuan dan keterampilan yang harus dipelajari tersendiri. Tantangan yang didapati dalam praktik pertolongan pekerjaan sosial adalah membentuk kerjasama dibalik adanya keberagaman yang ada di dalam diri klien baik individu maupun kelompok. Tantangan dalam menerapkan dasar praktik pertolongan pekerjaan sosial dengan anak maka bidang ini digolongkan kedalam praktik profesional.

2.2.4.2 Tujuan Pekerjaan Sosial dengan Anak

Tujuan dari pekerjaan sosial yaitu sebagai profesi yang memberikan layanan dalam bidang kesejahteraan sosial, baik secara langsung maupun tidak langsung dengan maksud membantu mengoptimalkan potensi yang dimiliki oleh individu, keluarga, masyarakat dalam menjalankan tugas-tugas kehidupan mereka. Tujuan ini dicapai melalui proses identifikasi dan pemecahan masalah sosial, serta memberikan penguatan dan motivasi kepada klien untuk mengembalikan keberfungsian sosialnya.

Berdasarkan Pujilaksono, dkk (2017:19) mengatakan bahwa tujuan-tujuan dari praktik Pekerjaan Sosial dengan anak adalah:

1. Mengembangkan kemampuan seseorang dalam pemecahan masalah (*To enhance the problem-solving and coping capacities of people*).
2. Menghubungkan orang dan sistem sehingga dapat menyediakan sumber, pelayanan, dan kesempatan (*To Link people with systems that provide them with resources, services, and opportunities*).
3. Meningkatkan efektivitas operasional sistem secara manusiawi (*To promote the effective and humane operation of these systems*).
4. Memberikan kontribusi pada pengembangan dan penyempurnaan perumusan dan implementasi kebijakan sosial (*to contribute of the development and emprovement*).

2.2.4.3 Peran Pekerjaan Sosial dengan Anak

1. Peran Katalisator

Katalisator merupakan salah satu peran penting yang digunakan untuk mengorganisasikan usaha-usaha dalam mempercepat perubahan yang ada

dimasyarakat dengan rekan sesama pekerja sosial maupun *stakeholder*, peran ini dilakukan untuk mempermudah proses perubahan individu, kelompok dan masyarakat menjadi katalis untuk bertindak dan menolong sepanjang proses pengembangan intervensi. Katalisator menyediakan waktu, pemikiran dan sarana-sarana yang dibutuhkan dalam proses pelayanan pekerja sosial dengan anak, pekerja sosial juga memprakarsai kerjasama antardisiplin yang berhubungan dengan anak. Pekerja sosial dalam hal ini mempermudah terjalannya reaksi dimasyarakat seperti menggerakkan rasa partisipatif dan kerjasama masyarakat untuk pencegahan permasalahan anak dengan kondisi stunting.

2. *Social Planner*

Pekerja Sosial berperan sebagai perencana sosial atau *sosial planner* melakukan perencanaan untuk kegiatan intervensi terhadap anak stunting, perencanaan sosial ini dapat dilakukan bersama Tim Kerja Masyarakat. Perencanaan sosial ini, pekerja sosial bersama Tim Kerja Masyarakat membuat Rencana Tindak Lanjut (RTL) untuk kegiatan intervensi yang dilakukan dalam menangani permasalahan anak stunting dimasyarakat. Pekerja sosial sebagai perencana sosial harus bisa menjadi perencana sosial bagaimana mengumpulkan data mengenai masalah yang dihadapi, menganalisa dan memberikan alternatif tindakan rasional.

3. Edukator

Peran edukator dilakukan dengan memberikan penyadaran maupun peningkatan pengetahuan kepada masyarakat, pada peranan ini pekerja sosial memberikan penyadaran mengenai kondisi sosial, kebijakan serta akses terhadap

pelayanan sosial yang ada di masyarakat. Pekerja Sosial dalam hal ini membantu warga menyadari akan permasalahan yang ada di daerahnya dengan cara melakukan sosialisasi tentang Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) dan Potensi dan Sumber Kesejahteraan Sosial (PSKS) melalui Rembug Warga. Selain itu Pekerja Sosial memberikan pengetahuan dengan penyuluhan permasalahan anak stunting.

4. Fasilitator

Pekerja Sosial sebagai fasilitator berperan dalam memberikan fasilitas yang mendukung kegiatan penanganan masalah anak stunting, fasilitator pada setiap kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat dan *stakeholder* terkait terkhususnya memberikan fasilitas berupa serangkaian kegiatan baik dalam bentuk sarana dan prasarana pencegahan stunting di Masyarakat.

5. *Broker*

Pekerja sosial sebagai broker atau perantara bertugas menghubungkan individu maupun kelompok masyarakat yang membutuhkan bantuan atau layanan masyarakat (*Community Service*), yang masyarakat tidak mengetahui dimana dan bagaimana mengakses pelayanan tersebut dengan lembaga yang menyediakan layanan masyarakat. Pekerja sosial membantu menghubungkan kelompok sasaran pencegahan stunting di masyarakat dengan penyedia layanan masyarakat di Desa Legok Kaler, Puskesmas Kecamatan Paseh dan Pelayanan Aplikasi ETSIMIL untuk persiapan kehamilan calon pengantin.

6. Advokat

Pekerja sosial membantu individu, kelompok, masyarakat dalam memperoleh haknya khususnya anak baik berupa sumber daya, pelayanan atau aktif dalam

mendukung perubahan kebijakan atau program yang berhubungan dengan hak anak. Permasalahan penelitian berhubungan dengan pencegahan stunting, maka pekerja sosial membantu masyarakat untuk memperoleh fasilitas berupa sarana dan prasarana untuk mendukung program pemerintah dalam upaya perubahan perilaku masyarakat dalam pencegahan stunting pada anak balita.

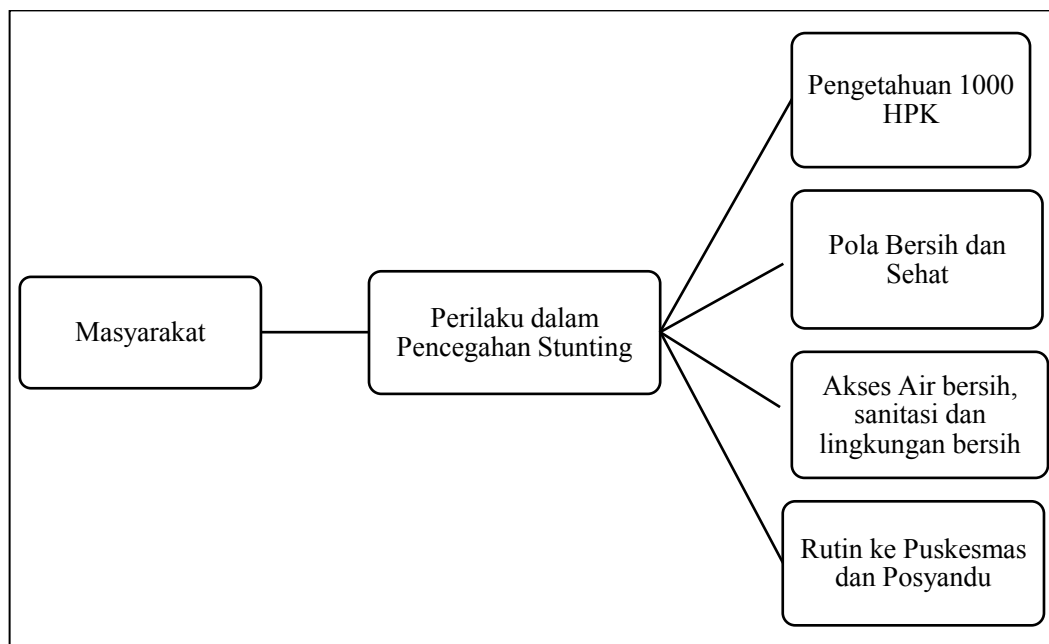
7. Motivator

Pekerja sosial dapat berperan sebagai motivator guna mengembangkan serta meningkatkan proses pendidikan maupun pemberian pengetahuan kepada masyarakat dalam upaya perubahan perilaku untuk pencegahan stunting. Pekerja sosial berupaya agar masyarakat termotivasi memberikan pola pengasuhan yang terbaik dari orangtua kepada anaknya, agar tercipta perubahan perilaku dalam pencegahan stunting dimasyarakat. Pekerja sosial sebagai motivator juga berperan aktif dalam memberikan motivasi, semangat, dukungan dan dorongan agar penerima manfaat dapat termotivasi melakukan perubahan yang lebih baik, terkhususnya dalam permasalahan penelitian tentang perubahan perilaku masyarakat dalam pencegahan stunting.

2.3 Kerangka Pikiran

Kerangka berpikir juga disebutkan sebagai uraian singkat dari antar konsep variabel yang digunakan dengan berupa gambaran konseptual dari variabel-variabel obyek yang diteliti. Bagaimana hubungan antar variabel, seperti apa deskripsi teoritis dari masing-masing variabel dan juga argumentasinya serta dapat menjelaskan secara kronologis konsep teori yang telah dibangun atas teori-teori yang sudah ada. Kerangka pikiran tersebut pada

akhirnya menghasilkan suatu dugaan yang dapat dituangkan dapat uraian pembahasan pada metode penelitian kuantitatif, penjelasan kerangka berpikir sebagai berikut:



Gambar 2. 2 Kerangka Penelitian

Perilaku merupakan upaya proses atau tindakan untuk mengubah perilaku dengan menerapkan prinsip-prinsip belajar yang tertuju secara sistematis untuk mengubah perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif yang diinginkan. Perilaku maladaptif adalah perilaku yang tidak dapat menyesuaikan diri baik menyesuaikan diri dengan lingkungan, peranannya dan sebagainya yang ada pada individu tersebut sedangkan perilaku adaptif adalah perilaku yang dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan, peran sosialnya dan lain sebagainya. Perilaku melalui perubahan perilaku dapat juga difokuskan pada aspek penerapan peningkatan perilaku adaptif, pemeliharaan perilaku adaptif maupun perkembangan sampai perluasan perilaku adaptif.

Perilaku dapat dilakukan untuk menciptakan perilaku baru atau meningkatkan perilaku yang sudah terbentuk namun masih perlu ditingkatkan, baik dari segi frekuensi, intensitas, dan lamanya perilaku itu muncul. Pemeliharaan perilaku bertujuan agar perilaku yang sudah terbentuk tidak hilang atau berkurang frekuensi, intensitas dan durasi perilaku itu muncul. Perilaku defisit/maladaptif dapat dilakukan dengan memberikan hukuman (*Punishment*) dan prosedur penghapusan (*Extinction*).

Pencegahan stunting adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan anak tidak terhambat, pencegahan stunting diatur dalam aspek tingkatan kebijakan, tingkatan organisasi/pemberi layanan kesehatan, tingkat masyarakat dan tingkat individu/antarpribadi. Tindakan pencegahan stunting antara lain pengetahuan mengenai 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), asupan gizi seimbang, pola hidup sehat dan bersih, akses air bersih, sanitasi, lingkungan bersih dan rutin periksa ke Puskesmas dan Posyandu.

Puskesmas menerapkan program pencegahan stunting dengan pendekatan keluarga salah satunya adalah pada ibu hamil dengan melakukan kunjungan *Antenatal* secara rutin. Proses terjadinya stunting mulai dari dalam kandungan sehingga kunjungan *Ante Natal Care* (ANC) sangat penting selama kehamilan karena dapat mencegah, mendeteksi dan mengobati faktor resiko sejak awal kehamilan. Upaya pencegahan dengan memberikan pelayanan yang mempengaruhi status kesehatan ibu dan anak seperti imunisasi, gizi dan konseling menyusui sehingga dapat mencegah terjadinya berat badan lahir rendah, berat badan kurang pada anak dan anak stunting.