

DISERTASI

**STRATEGI KOMUNIKASI KULTURAL DALAM UPAYA PENCEGAHAN
STUNTING DI DAERAH LAHAN KERING KABUPATEN KUPANG
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR**

***Cultural Communication Strategy in Efforts to Prevent Stunting
in the Dry Land Area of Kupang Regency,
East Nusa Tenggara Province***

Disusun dan diajukan oleh

MARNI

NIM K013191017



**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PENGAJUAN

**STRATEGI KOMUNIKASI KULTURAL DALAM UPAYA PENCEGAHAN
STUNTING DI DAERAH LAHAN KERING KABUPATEN KUPANG
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR**

Disertasi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Doktor

Program Studi

Ilmu Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

MARNI

NIM K013191017

Kepada

**PROGRAM DOKTOR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

DISERTASI**STRATEGI KOMUNIKASI KULTURAL DALAM UPAYA PENCEGAHAN
STUNTING DI DAERAH LAHAN KERING KABUPATEN KUPANG
PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR**

Disusun dan diajukan oleh

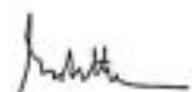
MARNI
Nomor Pokok K013191017

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Disertasi
pada tanggal 09 September 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

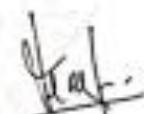
Menyetujui
Komisi Penasehat,



Prof. Dr. drg. Andi Zulkiffi, M.Kes
Promotor



Dr. Ridwan Mochtar Thaha, M.Sc
Ko-Promotor



Dr. Healthy Hidayanty, SKM, M.Kes
Ko-Promotor

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes., M.Sc, PH, Ph.D

Ketua Program Studi Doktor (S3)
Fakultas Kesehatan Masyarakat



Dr. Amihuddin Syam, SKM, M.Kes, M. Med. Ed

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Marni
NIM : K013191017
Program Studi : Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa disertasi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Adapun bagian-bagian tertentu dalam penulisan disertasi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan dengan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah, dan etika pedoman penulisan disertasi.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan disertasi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, September 2022

Yang Menyatakan,



Marni

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat, rahmat dan bimbingan-Nya, penulis dapat menyelesaikan penyusunan disertasi dengan judul **“Strategi Komunikasi Kultural Dalam Upaya Pencegahan Stunting Di Daerah Lahan Kering Kabupaten Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur,”** sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa dalam proses mengikuti pendidikan dan penyusunan disertasi tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak yang telah memberikan masukan sangat berarti. Dukungan dan masukan tersebut membuat saya dapat menyusun disertasi ini dengan baik.

Pada kesempatan ini, perkenankan penulis menghaturkan terima kasih yang tulus dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., selaku Rektor, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Dr. drh. Maxs U.E. Sanam, M.Sc., selaku Rektor Universitas Nusa Cendana, yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melanjutkan Studi Program Doktor.
3. Bapak Prof. Dr. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc. PH. Ph.D selaku Dekan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi Program Pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Prof. Apris A. Adu, S.Pt, M.Kes Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana Kupang, yang telah memberikan izin tugas belajar untuk melanjutkan Studi Program Doktor.
5. Bapak Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM., M.Kes., M.Sc.PH, selaku Ketua Program Studi S3 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi Program Pascasarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
6. Bapak Prof. Dr. drg. Andi Zulkifli, M.Kes., selaku Promotor, Bapak Dr. Ridwan Mochtar Thaha, MSc., Ibu Dr. Healthy Hidayanty, SKM., M.Kes., selaku Co-Promotor yang selalu meluangkan waktu, tulus dan ikhlas memberikan arahan, bimbingan, perhatian, motivasi kepada penulis mulai dari pengembangan topik hingga penulisan disertasi ini.
7. Bapak Prof. Dr. Aloysius Liliweri, M.S., selaku penilai eksternal, Bapak Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M.Sc., Prof. Dr. Drs. Stang, M.Kes., Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar, MS selaku penilai internal yang telah banyak

- memberikan masukan dan arahan bermanfaat dalam perbaikan penyusunan disertasi ini.
8. Seluruh Dosen dan Staf Prodi S3 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, atas bimbingan dan bantuan selama mengikuti proses perkuliahan hingga penulisan disertasi.
 9. Pemerintah Daerah Kabupaten Kupang atas izin penelitian pada wilayah kerja Kecamatan Kupang Timur dan Kecamatan Kupang Barat.
 10. Kedua orang tua penulis, ayahanda Yohanis Kandiak (almarhum) dan Ibunda Marta Marida, atas berkat doa yang tiada henti hingga penulis mampu menyelesaikan disertasi ini.
 11. Suami Dr. Drs. Hery Leo Sianturi, M.Si, dan anak terkasih Brant Allen Sianturi yang telah memberikan dukungan yang sangat besar kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan disertasi ini.
 12. Mertua Bapak Alfred Sianturi (Almarhum) dan Ibu Setia Siburian atas doa dan motivasi yang begitu besar kepada penulis.
 13. Saudara-saudariku; Marthen Luter, S.P., Martini, S.P, Mardani, Mariyono, Marliyanus, Marsel, S.Farm., atas dukungan dan doanya sehingga Tuhan memampukan saya dalam penulisan disertasi ini.
 14. Para Bapak/Ibu responden. Terima kasih yang sedalam - dalamnya atas fasilitas dan kesediaan untuk menjadi informan dan responden pada penelitian ini.
 15. Rekan-rekan Program Doktor angkatan 2019 Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Terkhusus Ridha Hafid, Musaida, Zanas Tasya, Yaumil, atas kerjasama, partisipasi dan bantuan bermanfaat yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.
 16. Semua pihak yang telah ikut membantu dalam kelancaran penyusunan disertasi ini yang tidak dapat saya sebutkan satu-persatu.

Penulis menyadari masih banyak terdapat keterbatasan dan jauh dari sempurna, sehingga penulis mengharapkan saran perbaikan dan kritik membangun untuk hasil yang lebih baik dan bermanfaat, Amin.

Makassar, September 2022

Penulis,

ABSTRAK

MARNI, *Strategi Komunikasi Kultural Dalam Upaya Pencegahan Stunting di Daerah Lahan Kering Kabupaten Kupang, Provinsi Nusa Tenggara Timur.* (Dibimbing oleh **Andi Zulkifli, Ridwan Mochtar Thaha, Healthy Hidayanty**)

Stunting di Kabupaten Kupang menduduki peringkat teratas dengan jumlah stunting terbanyak di Indonesia. Strategi kultural melalui tokoh agama dinilai efektif dalam meningkatkan perilaku pencegahan stunting pada anak. Penelitian ini bertujuan menghasilkan model komunikasi kultural dalam upaya pencegahan stunting.

Penelitian ini menggunakan *Mix Methode Sequential*, dengan pendekatan fenomenologi dan *pre-post control grup design*. Data dikumpulkan mulai Mei 2021 hingga Februari 2022 di Kecamatan Kupang Timur. Informan penelitian yaitu 20 ibu, 2 tenaga kesehatan, 1 penanggung jawab Program Stunting Kabupaten Kupang, 5 tokoh adat, 6 tokoh agama islam dan 6 tokoh agama kristen serta 102 responden (51 orang masing-masing kelompok). Analisis data menggunakan *thematic analysis* dan uji statistik menggunakan SPSS.

Penerapan strategi komunikasi kultural merujuk dari hasil kualitatif yang menunjukkan kurangnya kesadaran, motivasi, niat, praktik serta adanya budaya yang membatasi tindakan dalam pencegahan stunting. Penerapan strategi komunikasi kultural sebelum dan setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol menunjukkan adanya perbedaan peningkatan kesadaran ($P \text{ value} < \alpha 0,05$), motivasi ($P \text{ value} < \alpha 0,05$), niat ($P \text{ value} < \alpha 0,05$) dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting ($P \text{ value} < \alpha 0,05$). Disimpulkan bahwa penerapan strategi komunikasi kultural melalui tokoh agama dapat memengaruhi perubahan kesadaran, motivasi, niat dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting. Kepada pemerintah setempat agar melakukan pengawalan implementasi strategi komunikasi kultural dalam upaya pencegahan stunting pada anak.

Kata Kunci: Stunting, Komunikasi Kultural, Pencegahan Stunting, Peran Tokoh Agama, Stunting di Kabupaten Kupang.



ABSTRACT

MARNI, *Cultural Communication Strategy in Efforts to Prevent Stunting in the Dry Land Area of Kupang Regency, East Nusa Tenggara Province.* (Supervised by **Andi Zulkifli, Ridwan M Thaha, Healthy Hidayanti**)

Stunting in Kupang Regency is the top with the highest number of stunting in Indonesia. Cultural strategies through religious leaders are considered effective in increasing stunting prevention behavior in children. This study aims to produce a model of cultural communication in an effort to prevent stunting.

This study uses a Mix Sequential Method, with a phenomenological approach and pre-post control group design. Data was collected from May 2021 to February 2022 in East Kupang District. Research informants were 20 mothers, 2 health workers, 1 person in charge of the Kupang District Stunting Program, 5 traditional leaders, 6 Islamic religious leaders and 6 Christian religious leaders and 102 respondents (51 people in each group). Data analysis using thematic analysis and statistical tests using SPSS.

The application of cultural communication strategies refers to the qualitative results that show a lack of awareness, motivation, intentions, practices and the existence of a culture that limits actions in stunting prevention. The application of cultural communication strategies before and after the intervention in the intervention and control groups showed differences in the increase in awareness (P value < 0.05), motivation (P value < 0.05), intention (P value < 0.05) and mother's practice in stunting prevention efforts (P value < 0.05). It was concluded that the application of cultural communication strategies through religious leaders could influence changes in mothers' awareness, motivation, intentions and practices in stunting prevention efforts. To the local government to oversee the implementation of cultural communication strategies in an effort to prevent stunting in children.

Keywords: Stunting, Cultural Communication, Stunting Prevention, Role of Religious Leaders, Stunting in Kupang Regency



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN HASIL DISERTASI	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR ISTILAH	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah Penelitian.....	11
C. Tujuan Penelitian.....	12
D. Manfaat Penelitian.....	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	14
A. Stunting.....	14
B. Konsep Perilaku.....	27
C. Paparan Informasi Melalui Media Terhadap Permasalahan Stunting..	39
D. Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku dalam Upaya Pencegahan Stunting.....	44
E. Strategi Komunikasi Kultural dalam Upaya Pencegahan Stunting.....	54
F. Penerapan I-Change Model dalam Intervensi Masalah Kesehatan.....	65
G. Landasan Teori Penelitian.....	69
H. Kerangka Teori Penelitian.....	72
I. Kerangka Konsep Penelitian.....	73
J. Definisi Konsep.....	76
K. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	77
L. Hipotesis Penelitian.....	78
BAB III METODE PENELITIAN	80
A. Jenis Penelitian.....	80
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	81
1. Lokasi Penelitian.....	81
2. Waktu Penelitian.....	82
3. Pengumpulan Data.....	82
a) Data Primer.....	82
b) Data Sekunder.....	84
C. Alur Penelitian.....	85
D. Tahapan Penelitian.....	86

1. Tahapan Penelitian I.....	86
a) Instrumen Penelitian Tahap I.....	86
b) Informan Penelitian Tahap I.....	87
c) Teknik Pengumpulan Data Penelitian Tahap I.....	88
d) Teknik Analisis Data Penelitian Tahap I.....	92
e) Keabsahan Data Penelitian Tahap I.....	93
2. Penelitian Tahap II.....	94
3. Penelitian Tahap III.....	97
1) Instrumen Penelitian Tahap III.....	98
2) Responden Penelitian Tahap III.....	98
3) Teknis Analisis Data Penelitian Tahap III.....	101
4) Validitas dan Realibilitas Instrumen Penelitian.....	102
5) Pretest.....	107
6) Prosedur Intervensi.....	107
7) Post Test.....	109
E. Etik Penelitian.....	109
BAB IV HASIL PENELITIAN	110
A. Gambaran Lokasi Penelitian.....	110
B. Hasil Penelitian Tahap I.....	111
1. Karakteristik Informan.....	111
2. Kesadaran Ibu Terkait Permasalahan Stunting.....	111
3. Motivasi Ibu Terkait Upaya Pencegahan Stunting pada Anak.....	120
4. Niat Ibu Terhadap Upaya Pencegahan Stunting pada Anak.....	125
5. Praktik Pola Asuh Terkait Upaya Pencegahan Stunting Pada Anak.....	127
6. Peran Sosial Budaya Terhadap Kejadian Stunting pada Anak.....	141
C. Hasil Penelitian Tahap II.....	146
1. Penjaringan Tokoh Agama.....	147
2. Pelatihan Tokoh Agama.....	147
3. Penyusunan Modul Komunikasi Kultural.....	149
4. Uji Coba Modul.....	151
5. Model Komunikasi Kultural dalam Upaya Pencegahan Stunting....	152
D. Hasil Penelitian Tahap III.....	157
1. Karakteristik Responden.....	157
2. Uji Hipotesis.....	160
BAB V PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	168
A. Kesadaran Ibu Terkait Permasalahan Stunting.....	168
1. Pengetahuan.....	168
2. Isyarat Bertindak.....	170
3. Persepsi Berisiko.....	171
B. Motivasi Ibu Terkait Upaya Pencegahan Stunting pada Anak.....	174

1. Sikap.....	174
2. Keyakinan Diri.....	177
C. Niat Ibu Terhadap Upaya Pencegahan Stunting pada Anak.....	183
D. Praktik Pola Asuh Terkait Upaya Pencegahan Stunting Pada Anak.....	186
E. Peran Sosial Budaya Terhadap Kejadian Stunting pada Anak.....	199
F. Implikasi Penelitian.....	207
G. Keterbatasan Penelitian.....	207
H. Novelty.....	207
BAB VI KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	209
A. Kesimpulan.....	209
I. Kesimpulan Tahap 1.....	209
II. Kesimpulan Tahap 2.....	210
III. Kesimpulan Tahap 3.....	210
B. Rekomendasi.....	211
DAFTAR PUSTAKA.....	212
LAMPIRAN – LAMPIRAN.....	221

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	WHO Conceptual Framework on Childhood Stunting: Context, Causes, and Consequences, <i>With an Emphasis on Complementary Feeding</i>	16
Gambar 2.2	I-Change Model.....	39
Gambar 2.3	Tahapan Perubahan Perilaku.....	46
Gambar 2.4	Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku.....	49
Gambar 2.5	Elemen-Elemen Budaya Sebagai Satu Sistem.....	54
Gambar 2.6	Komunikasi Perubahan Perilaku Model Ekologi Sosial (MES).....	57
Gambar 2.7	Kerangka Teori Penelitian.....	72
Gambar 2.8	Kerangka Konsep Penelitian.....	75
Gambar 3.1	Sequential Exploratory Design.....	81
Gambar 3.2	Alur Pelaksanaan Penelitian.....	85
Gambar 4.1	Peta Lokasi Penelitian.....	110
Gambar 4.2	Tematik Kesadaran Ibu Terkait Permasalahan Stunting..	120
Gambar 4.3	Analisis Tematik Motivasi Ibu Terkait Upaya Pencegahan Stunting.....	125
Gambar 4.4	Analisis Tematik Niat Ibu Terkait Upaya Pencegahan Stunting.....	127
Gambar 4.5	Analisis Tematik Praktik Upaya Pencegahan Stunting Pada Anak.....	140
Gambar 4.6	Analisis Tematik Sosial Budaya Terkait Permasalahan stunting.....	146
Gambar 4.7	Modul Komunikasi Kultural Untuk Tokoh Agama Kristen	150
Gambar 4.8	Modul Komunikasi Kultural Untuk Tokoh Agama Islam...	151
Gambar 4.9	Model Komunikasi Kultural dalam Upaya Pencegahan Stunting pada Anak di Kabupaten Kupang.....	155

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Penyebab Stunting dan Pencegahannya.....	24
Tabel 2.2	Strategi Komunikasi Kultural Perubahan Perilaku.....	61
Tabel 2.3	Aplikasi I-Change Model Dalam Penanganan Masalah Kesehatan.....	67
Tabel 2.4	Matriks DO dan KO.....	77
Tabel 3.1	Matriks Jenis Data Penelitian.....	84
Tabel 3.6	Matriks Pengumpulan Data Kualitatif.....	92
Tabel 3.7	Desain Penelitian.....	97
Tabel 3.8	Matriks Referensi Variabel.....	99
Tabel 3.9	Uji Validitas dan Realibilitas Instrumen Kesadaran Ibu Terkait Upaya Pencegahan Stunting.....	103
Tabel 3.10	Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Instrumen Motivasi Ibu dalam Upaya Pencegahan Stunting.....	104
Tabel 3.11	Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Instrumen Niat Ibu dalam Upaya Pencegahan Stunting.....	105
Tabel 3.12	Hasil Uji Validitas dan Realibilitas Instrumen Praktik Ibu dalam Upaya Pencegahan Stunting.....	106
Tabel 4.1	Jadwal Pelatihan Tokoh Agama.....	148
Tabel 4.2	Karakteristik Responden dan Homogenitas.....	158
Tabel 4.3	Perbedaan Nilai Variabel Penelitian Sebelum dan Sesudah Mendapatkan Perlakuan pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol dan Antara kelompok Intervensi dengan kelompok Kontrol.....	161

DAFTAR ISTILAH

HAZ	:	Z-Score
Unicef	:	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	:	World health organization
NTT	:	Nusa Tenggara Timur
SSGBI	:	Studi Status Gizi Balita Terintegrasi
SSGI	:	Survei status gizi indonesi
BPS	:	Badan Pusat Statistik
P2PTM	:	Pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular
1000 HPK	:	1000 hari pertama kehidupan
I-Change Model	:	Integrated change model
Stunted	:	Balita pendek
Saverely Stunted	:	Sangat pendek
PB/U	:	Panjang badan per umur
TB/U	:	Tinggi badan per umur
MGRS	:	Multi centre growth reference study
Catch up growth	:	Tumbuh kejar
IUGR	:	Intrauterine growth restriction
WASH	:	Water, sanitation and hygiene
ASI	:	Air susu ibu
ISPA	:	Infeksi saluran pernafasan akut
SQ-LNS	:	Suplemen nutrisi berbasis lipid
TRA	:	Theory of reasoned action
TPB	:	Theory of planned behavior
PRECEDE	:	Predisposing, reinforcing, enabling, constructs in educational/ecological diagnosis evaluation
PROCEED	:	Policy, regulatory, organizational, constructsin, education, environmental development
MES	:	Model ekologi sosial
RT	:	Rukun tetangga
RW	:	Rukun warga
KPM	:	Kader pembangunan manusia
MCH-ECD	:	Early childhood growth and development
CF	:	Complementary feeding
RAP	:	Rapid assessment procedures
Covid-19	:	Corona virus disease 2019
FGD	:	Fokus group discussion
KIA	:	Kesehatan ibu Anak
STBM	:	Sanitasi total berbasis masyarakat
PAUD	:	Pendidikan anak usia dini
SPSS	:	Statistikal Package for the Social Sciens
Toga	:	Tokoh Agama
Toma	:	Tokoh Masyarakat
Kemenkes	:	Kementerian Kesehatan
Naketi	:	Pengakuan dosa/mengakui kesalahan
SD	:	Standar deviasi
Tatobi	:	Kompres Air Panas

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kekurangan gizi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menjadi beban kesehatan global, penyebab kematian dini dan morbiditas pada masa anak-anak. Permasalahan kekurangan gizi yang diderita oleh sebagian anak-anak menyebabkan adanya kondisi stunting, yang menunjukkan kegagalan untuk mencapai potensi genetik tinggi badan anak (M.H. Golden, 2009). Stunting mencerminkan kekurangan gizi kronis dan dapat menimbulkan dampak jangka panjang, antara lain hambatan pertumbuhan, penurunan kemampuan kognitif dan mental, kerentanan terhadap penyakit, produktivitas ekonomi rendah, dan kualitas hasil reproduksi rendah (Unicef, 2020).

Pada Tahun 2020 terdapat 149,2 juta anak di bawah usia 5 tahun mengalami stunting, dengan tinggi untuk usia Z-score (HAZ) di bawah -2 (yaitu lebih dari dua standar deviasi di bawah median populasi) (Unicef, 2021).

Permasalahan stunting, menyumbang sebesar 45% dari semua kematian anak di antara umur <5 tahun (Black RE *et al.*, 2013) *and* (García Cruz *et al.*, 2017), dan kasus kematian ini telah digambarkan sebagai 'puncak gunung es' dari masalah malnutrisi anak (Grantham-McGregor *et al.*, 2007).

Secara global, jumlah anak yang menderita stunting lebih banyak yang tinggal di negara bagian Asia. Dibandingkan dengan negara bagian lainnya. Negara bagian Asia memiliki jumlah anak dibawah lima tahun yang

mengalami stunting terbanyak yaitu 53%. Sedangkan, negara bagian Afrika hanya terdapat 41% (Unicef, 2021). Beban stunting dari 36 Negara yaitu 90%. Stunting ditemukan di banyak tingkatan dalam masyarakat. Di Bangladesh, stunting di bawah usia 5 tahun ditemukan pada seperempat rumah tangga terkaya (NIPORT, 2009).

Stunting merupakan akibat buruk dari kurangnya nutrisi selama anak dalam kandungan dan anak usia dini. Anak-anak yang menderita stunting tidak mencapai kemampuan otak yang maksimal dan perkembangan kognitif yang kurang. Anak-anak yang menderita stunting mengalami kerugian dimasa depan seperti, mereka akan kesulitan dalam belajar, berpenghasilan rendah saat dewasa dan sulit berpartisipasi dalam komunitas (Unicef, 2021).

Data dari WHO (*World Health Organization*), Unicef, dan *World Bank Group* dalam mapping masalah kesehatan anak di bawah lima tahun pada tahun 2020 menunjukkan bahwa, Indonesia termasuk dalam level sangat tinggi jumlah anak yang mengalami stunting yaitu $\geq 30\%$ (Unicef, 2021). Indonesia menempati peringkat Negara ke 2 dengan jumlah penderita stunting tertinggi setelah Timor Leste di Asia Tenggara. Timor Leste meduduki peringkat pertama dengan prevalensi anak penderita stunting yaitu 48,8%, Laos 30,2%, Kamboja 29,9%, Filipina 28,7%, Myanmar 25,2%, Vietnam 22,3%, Malaysia 20,9%, Brunei Darussalam 12,7%, Thailand, 12,3% dan Singapura 2,8% (Asian Development Bank, 2021).

Studi Status Gizi Balita terintegrasi (SSGBI) SUSENAS Tahun 2021, menunjukkan prevalensi stunting Indonesia sebesar 24,4% dibanding hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018 sebesar 30,8%. (SSGI, 2021) dan balita yang berstatus normal terjadi peningkatan dari 48,6% tahun 2013, menjadi

57,8% tahun 2018 (Balitbang Kemenkes RI, 2018). Meskipun demikian, angka tersebut masih jauh dari target WHO yaitu 20%. Dalam artian bahwa, Indonesia masih termasuk dalam kategori angka stunting tertinggi yaitu 25% (UNICEF, 2019).

Penurunan angka stunting dalam skala nasional berbeda dengan kondisi di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Prevalensi stunting di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan prevalensi tertinggi diantara 34 provinsi yang memiliki prevalensi stunting diatas prevalensi nasional Indonesia sebesar 24,4% (SSGI, 2021). Berdasarkan pemantauan (SSGI, 2021), prevalensi stunting di NTT masih berada dalam wilayah merah dengan prevalensi stunting pada anak yaitu 37,8% (SSGI, 2021). Dari keseluruhan wilayah di NTT, Kabupaten Kupang merupakan kabupaten yang memiliki prevalensi stunting cukup tinggi yaitu 33,9% dari 8.859 balita pada tahun 2019 dan terus mengalami peningkatan menjadi 40,4% (Dinkes. Kab. Kupang, 2019)(Kemenkes RI, 2021), dan salah satu kecamatan di Kabupaten Kupang yang memiliki prevalensi diatas standar nasional yaitu Kec.Kupang Timur sebesar 27,2% atau sebanyak 1.015 balita yang mengalami stunting.

Kabupaten Kupang Provinsi NTT khususnya di Kecamatan Kupang Timur dikenal sebagai daerah lahan kering (BPS, 2018). Lahan kering adalah suatu hamparan lahan yang tidak pernah digenangi atau tergenang air pada sebagian besar waktu dalam setahun (A. Hidayat et al., 2002).

Kondisi iklim di Nusa Tenggara Timur termasuk dalam kategori iklim semi-arid, dengan periode hujan yang berlangsung 3-4 bulan dan periode kering 8-9 bulan. Kondisi iklim demikian men determinasi pola pertanian tradisional NTT yang hanya mengusahakan tanaman semusim yang ditanam

dalam periode musim hujan. Keadaan demikian juga memengaruhi produktivitas tenaga kerja pertanian yang tergolong sangat rendah. Dampak dari pengaruh iklim global yang dimaksud antara lain adalah waktu *on set* dan *off set* musim hujan yang sulit diprediksi dan fenomena kondisi musim kemarau dan musim hujan yang ekstrim. Akibatnya adalah antara lain: kekeringan, gagal tanam, gagal panen, banjir dan gangguan hama dan penyakit tanaman yang serius (Dinkes. Kab. Kupang, 2019).

Kondisi iklim tersebut sangat memengaruhi pertanian. Penelitian yang dilakukan oleh PIKUL (Matheus, 2017) menunjukkan kondisi iklim yang tidak menentu dan rendahnya curah hujan di Kabupaten Kupang berdampak terjadinya gagal panen bagi petani dan ketidak cukupan pangan keluarga. Kab. Kupang yang berada dalam wilayah Nusa Tenggara tergolong sangat rawan pangan sebesar 14,5% yaitu pemenuhan energi kurang dari 70% kebutuhan yang dianjurkan untuk hidup sehat (Sitti, 2015). Tentunya kondisi rawan ini sangat memengaruhi kebutuhan nutrisi keluarga khususnya pada anak (Ricci J. A Becker S et all, 1996)

Permasalahan stunting yang diderita anak di bawah lima tahun akan berdampak pada tingkat kecerdasan, kerentanan terhadap penyakit, menurunkan produktifitas dan kemudian menghambat pertumbuhan ekonomi, meningkatkan kemiskinan dan ketimpangan. Tahun-tahun pada awal kehidupan seorang anak merupakan kesempatan terbaik untuk memelihara perkembangan fisik dan otak. Ada banyak bukti bahwa gizi buruk akibat malnutrisi di awal kehidupan dapat memiliki konsekuensi jangka panjang untuk pembelajaran dan produktivitas di masa depan anak (Gaticadomínguez, Victora C and Barros AJD, 2019).

Malnutrisi protein-energi menandakan ketidakseimbangan antara asupan dan kebutuhan tubuh untuk memastikan pertumbuhan dan fungsi yang optimal, dan ketidakseimbangan ini dalam waktu yang lama menyebabkan gizi buruk berupa stunting (Vella *et al.*, 1992). Hal ini sering dikaitkan dengan ketidakcukupan makanan, infeksi berulang, atau keduanya (Ricci J. A Becker S *et al.*, 1996), dan menyebabkan gangguan pertumbuhan, peningkatan angka morbiditas dan mortalitas (Pelletier, Fronqillo and Habicht, 1993), serta penurunan perkembangan psikologis dan intelektual (Pollitt *et al.*, 1993).

Masalah pertumbuhan anak usia dini juga dikaitkan dengan gangguan fungsional yang signifikan ketika telah dewasa (Pollitt *et al.*, 1993) mengurangi produktifitas kerja (Spurr, Barac-Nieto and Maksud, 1977), dan tentunya akan berdampak terhadap ekonomi masyarakat (Bhuiya, Zamicki and D'Souza, 1986) (Vella *et al.*, 1992) (Rahman *et al.*, 1997) (Ricci J. A Becker S *et al.*, 1996) (El-Sayed *et al.*, 2001).

Menurut P2PTM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular) Kementerian kesehatan Republik Indonesia, terdapat 4 kategori besar penyebab stunting pada anak, yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, makanan tambahan dan komplementer yang tidak adekuat, menyusui dan infeksi (World Health Organization, 2013). Rendahnya asupan gizi pada 1000 hari pertama kehidupan, yakni sejak janin hingga bayi umur dua tahun, buruknya fasilitas sanitasi, minimnya akses air bersih, dan kurangnya kebersihan lingkungan menjadi faktor penentu terjadinya stunting (P2PTM Kemenkes RI, 2018). Faktor keluarga seperti pengetahuan ibu, pola asuh Pendidikan ibu juga dikaitkan dengan stunting (Janevic T *et al.*, 2010). Ibu

dengan tingkat pendidikan < SMP memiliki risiko 1,56 kali memiliki anak dengan status stunting dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan \geq SMP (Rosha BC, Hardinsyah H and Baliwati YF, 2012).

Kondisi lainnya yang menyebabkan stunting pada anak yaitu sosial ekonomi dan budaya (Geberselassie *et al.*, 2018). Budaya memiliki peranan terhadap pola asuh dan pemberian makanan pada anak. Budaya berupa praktik pemberian makanan yang buruk dan banyaknya pantangan-pantangan menjadi penghambat pemberian dan pemenuhan nutrisi pada ibu hamil yang berdampak terhadap tumbuh kembang anak yang dikandungnya (Rafsanjani TM, 2018). Sama halnya dengan budaya pemberian makanan untuk anak, juga menjadi pembatasan konsumsi yang mengakibatkan kurangnya asupan nutrisi di masa tumbuh kembang anak (Faith and Kerns BA, 2005). Ketidaktahuan masyarakat terhadap faktor-faktor penyebab stunting tersebut dan pemberian pelayanan kesehatan yang belum sesuai standar, baik ditingkat masyarakat maupun di fasilitas pelayanan kesehatan menyebabkan terjadinya stunting (Steinholt M *et al.*, 2019).

Memperhatikan faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya stunting pada anak, mendorong pemerintah mencanangkan strategi nasional dalam upaya percepatan pencegahan stunting yang disebut “lima pilar strategi nasional percepatan pencegahan stunting”, yaitu: 1) Komitmen dan visi kepemimpinan; 2) Kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku; 3) Konvergensi, koordinasi, dan konsolidasi program pusat, daerah, dan desa; 4) Gizi dan ketahanan pangan; dan 5) Pemantauan dan evaluasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Mengacu pada pilar ke-dua strategi nasional percepatan pencegahan stunting menunjukkan pentingnya komunikasi perubahan perilaku dilakukan. Pilar 2 (dua) yaitu kampanye nasional dan komunikasi perubahan perilaku bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran publik sehingga memicu adopsi perilaku positif untuk mencegah stunting di periode 1000 HPK. Pilar 2 (dua) berperan penting untuk meningkatkan efektifitas intervensi gizi spesifik maupun sensitive (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Upaya yang dilakukan oleh pemerintah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang dalam menangani permasalahan stunting diantaranya yaitu: Bimbingan Teknis dalam rangka Pendampingan Operasi Timbang dalam Penanganan dan Pencegahan Stunting, Pembinaan Pola Makan Keluarga berbasis Menu Gizi Seimbang, Penggandaan Daftar Menu Gizi Seimbang, Orientasi Lintas Sektor/Program tentang Implementasi Percepatan Program 1000 HPK dalam rangka pembinaan pola makan keluarga, Penyediaan dukungan sarana dan prasarana pembinaan gizi masyarakat (buku pedoman dan anthropometric), Kunjungan Rumah oleh kader dan Petugas Gizi dan Advokasi Penurunan Masalah Gizi (Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur, 2020). Namun, upaya tersebut belum dapat menurunkan prevalensi stunting di Kabupaten Kupang.

Intervensi yang dilakukan oleh pemerintah Kab. Kupang sebagian besar berada pada ranah kebijakan, sehingga program yang langsung bersentuhan dengan masyarakat masih kurang dalam menggugah kesadaran para ibu untuk mencegah terjadinya stunting pada anak. Terlebih lagi dengan adanya kondisi pandemi saat ini, juga berdampak terhadap program-program

intervensi stunting. Program pemerintah tidak dapat berjalan sesuai rencana disebabkan adanya wabah Covid-19 yang mengakibatkan banyaknya anggaran program yang dipotong untuk menangani permasalahan Covid-19. Penelitian yang dilakukan oleh (Razak, Harpina and Adrianto, 2020), menjelaskan bahwa pandemi COVID-19 berdampak pada komitmen politik pemerintah Kab. Enrekang dalam penanganan stunting. Pemberlakuan pembatasan sosial skala besar menyebabkan anggaran beberapa program mengalami pemotongan. Di sisi lain, penyediaan jamban untuk sanitasi dan kebersihan menyerap dana terbesar sehingga program lainnya tidak dapat berjalan dengan baik. Oleh karena itu, diperlukan sebuah strategi komunikasi perubahan perilaku yang lebih inovatif dan dapat menggugah secara langsung kesadaran para ibu untuk mencegah terjadinya stunting pada anak.

Komunikasi perubahan perilaku dalam upaya pencegahan stunting bertujuan untuk meningkatkan kesadaran publik dan mengubah perilaku kunci (Foundation, 2020). Komunikasi perubahan perilaku ditujukan untuk masalah (komunikasi) yang penting tapi tidak urgent (membutuhkan proses dan waktu untuk perubahan). Penurunan *Stunting* merupakan masalah jangka panjang. Karena itu, perubahan perilaku-perilaku kunci harus bersifat berkelanjutan dan menetap. Perlu waktu untuk mengubah perilaku masyarakat (Aisyiyah, 2020).

Penerapan komunikasi perubahan perilaku, terutama untuk daerah-daerah yang masih memegang teguh adat istiadat dan kepercayaan leluhur, dibutuhkan komunikasi yang sedikit berbeda seperti komunikasi kultural dengan melibatkan tokoh agama. Penelitian yang dilakukan oleh (Nierkens *et al.*, 2005) dengan menggunakan I-Change Model menunjukkan bahwa

penting untuk memasukkan keyakinan yang menonjol pada etnis tertentu, seperti norma subjektif dari pemimpin agama dalam melakukan intervensi perubahan perilaku. Penelitian yang dilakukan di Uganda, dengan melibatkan tokoh agama yang secara aktif menyampaikan informasi gizi di mimbar dan program gereja dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat dalam upaya pencegahan gizi buruk (Abiyinza Sonia Bwekembe, 2019).

Tokoh agama memiliki kredibilitas terhadap audiens reseptif. Keterampilan komunikasi dengan statusnya, kekuatan persuasi, dan kemampuan untuk menyadarkan akan kebaikan terkait kesehatan individu dan nutrisi melalui pemaparan teks-teks agama dapat menyadarkan masyarakat untuk mengadopsi gaya hidup sehat (H and Mitchell, 2013). Oleh karena itu, pemimpin agama dapat menjadi agen yang efektif mempromosikan perubahan perilaku. Kekuatan jaringan yang luas dan kegiatannya yang aktif dari tokoh agama, memobilisasi pengikut mereka dalam mengambil dan menyebarkan narasi agama yang membawa pesan-pesan, nilai, dan norma sosial yang dapat memberikan informasi mengenai stunting dan cara pencegahannya (Kementerian Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, 2018). Meskipun tokoh agama memiliki pengaruh terhadap banyak orang, namun kemampuan mereka dalam penyampaian informasi gizi menjadi tantangan utama, oleh karena itu dibutuhkan pelatihan dan media yang dapat membantu mereka dalam menyebarkan pesan-pesan kesehatan (Abiyinza Sonia Bwekembe, 2019).

Penyampaian pesan-pesan kesehatan merupakan salah satu faktor informasi yang dapat memengaruhi terjadinya perubahan perilaku. Teori

Integrated Change Model (I-Change Model) telah memberikan kerangka yang jelas bahwa perubahan perilaku dapat terjadi dengan adanya faktor informasi dan predisposing (pengetahuan, sosial budaya) yang dapat memengaruhi kesadaran motivasi, niat dan praktik perilaku positif (Vries HD *et al.*, 2003). Sama halnya penelitian yang dilakukan oleh (Nierkens *et al.*, 2005) dengan mengembangkan intervensi berhenti merokok menggunakan *I-Change Model*, menjelaskan keterkaitan antara variabel yang menyebabkan terjadinya perubahan perilaku pada perokok yang menunjukkan 66% faktor dasar berupa sikap, pengaruh sosial dan keyakinan diri yang diidentifikasi dalam teori kognisi sosial di replikasi pada penelitian tersebut (Nierkens *et al.*, 2005)

Teori I-change model merupakan perpaduan antara aliran behaviorisme yang berorientasi pada individu dan sosial learning kepada masyarakat. Penerapan teori tersebut sudah pernah dilakukan dalam beberapa penelitian Kesehatan. Namun, belum pernah digunakan untuk menilai perilaku ibu dalam upaya pencegahan stunting melalui penerapan strategi komunikasi kultural. Oleh karena itu, dalam penelitian ini digunakan teori *I-Change Model* sebagai kerangka untuk melihat perubahan perilaku ibu dengan melakukan intervensi komunikasi kultural melalui tokoh agama.

Berdasarkan masalah yang dijabarkan diatas, kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang belum pernah melibatkan tokoh agama dalam intervensi untuk pencegahan stunting (Dinkes. Kab. Kupang, 2019) maka peneliti bermaksud untuk meneliti lebih mendalam bagaimana bentuk dan pengaruh dari model komunikasi kultural dalam upaya percepatan pencegahan stunting di daerah lahan kering Kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur.

B. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas adapun yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

- 1) Permasalahan stunting di Kabupaten Kupang menjadi masalah terbesar dengan karakteristik khusus wilayah sebagai daerah lahan kering, yang identik dengan kelangkaan variasi makanan untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi pada anak.
- 2) Permasalahan stunting disebabkan oleh berbagai hal diantaranya kesadaran, motivasi, niat, dan praktik ibu yang kurang tepat dalam menerapkan upaya pencegahan stunting pada anak serta adanya budaya masyarakat setempat.
- 3) Berbagai strategi telah diterapkan oleh pemerintah setempat dalam upaya pencegahan stunting pada anak namun belum efektif dalam menurunkan angka stunting di Kab. Kupang.
- 4) Penerapan komunikasi perubahan perilaku, terutama untuk daerah-daerah yang masih memegang teguh adat istiadat dan kepercayaan leluhur, dibutuhkan komunikasi yang sedikit berbeda seperti komunikasi kultural dengan melibatkan tokoh agama.

Adapun yang menjadi rumusan pertanyaan dalam penelitian ini yaitu:

- 1) Bagaimana praktik budaya setempat, terkait kesadaran, motivasi, niat dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting pada anak?
- 2) Bagaimana model komunikasi yang tepat dalam upaya pencegahan stunting pada anak?

- 3) Apakah komunikasi kultural dapat meningkatkan kesadaran, motivasi, niat dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting di daerah lahan kering Kec. Kupang Timur Kab. Kupang Provinsi NTT?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan umum

Adapun tujuan penelitian ini adalah untuk menghasilkan model komunikasi kultural dalam upaya pencegahan stunting.

Tujuan Khusus

- 1) Mengeksplorasi praktik budaya, kesadaran, motivasi, niat dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting pada anak di Kec. Kupang Timur Kabupaten Kupang.
- 2) Menemukan model komunikasi kultural sebagai upaya pencegahan stunting pada anak di Kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang.
- 3) Menganalisis pengaruh komunikasi kultural terhadap kesadaran, motivasi, niat dan praktik pola asuh dan pemberian makan pada anak dalam rangka upaya pencegahan stunting di Kecamatan Kupang Timur Kabupaten Kupang.

D. Manfaat Penelitian

- 1) Manfaat Ilmiah

Menambah khazanah ilmu pengetahuan dan menjadi sumber bacaan bagi peneliti berikutnya dalam penerapan komunikasi kultural untuk perubahan perilaku Kesehatan yang positif.

- 2) Manfaat Praktis

Bagi peneliti merupakan pengalaman berharga dalam melakukan penelitian sehingga dapat memperluas wawasan keilmuan dengan menggunakan metode komunikasi kultural melalui tokoh agama dalam meningkatkan kesadaran, motivasi, niat dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting.

3) Manfaat bagi Masyarakat

Hasil penelitian dapat menjadi model dan media yang digunakan untuk membantu tenaga kesehatan dalam penyebaran informasi pencegahan stunting pada anak melalui tokoh agama, dan dapat menambah pengetahuan dan kesadaran masyarakat khususnya ibu dalam upaya pencegahan stunting.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Stunting

1. Pengertian Stunting

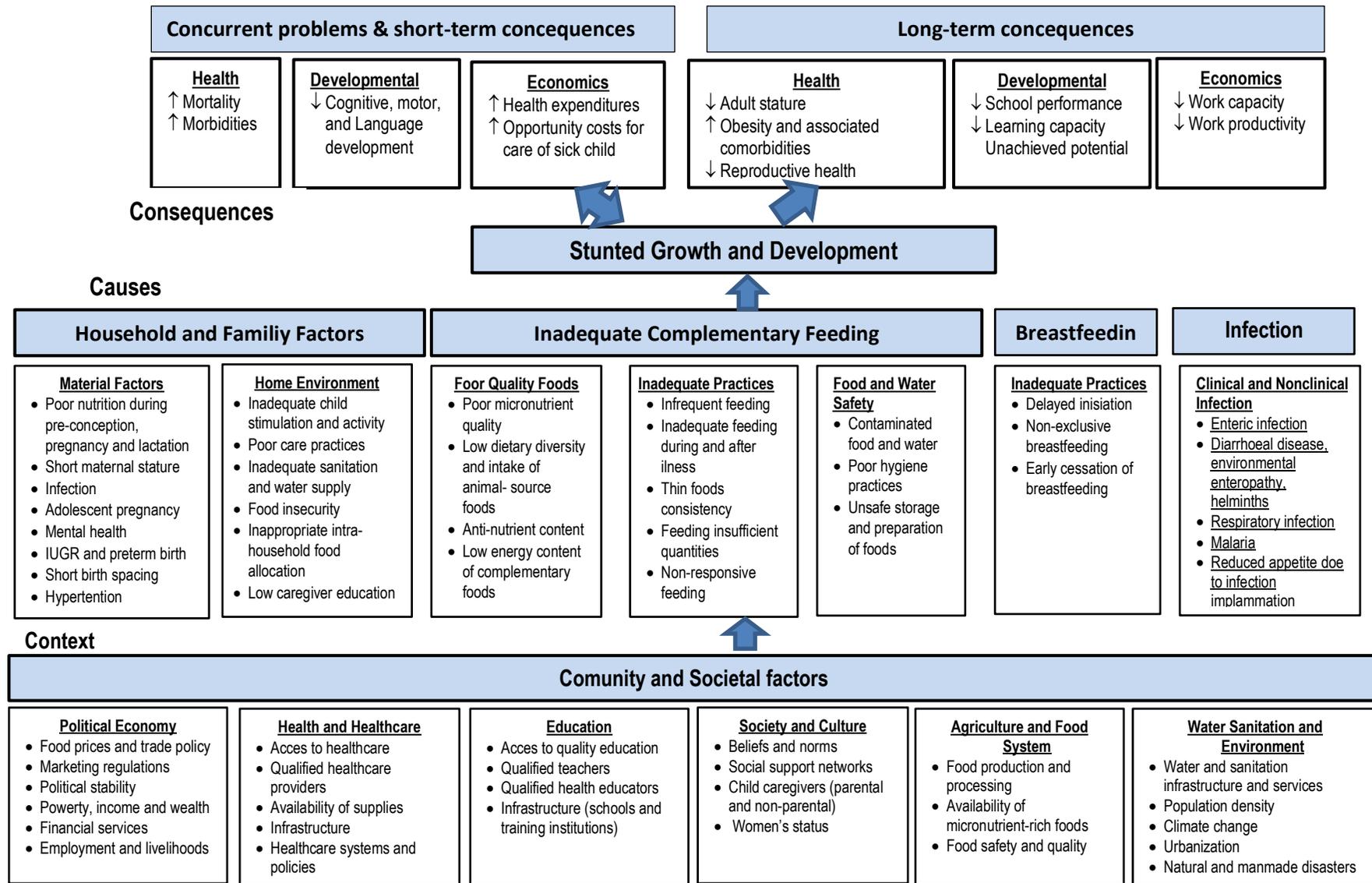
Stunting merupakan suatu keadaan dimana tinggi badan anak yang terlalu rendah. Stunting atau terlalu pendek berdasarkan umur adalah tinggi badan yang berada di bawah minus dua standar deviasi ($<-2SD$) dari tabel status gizi WHO *child growth* standard. Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita (bayi dibawah lima tahun) akibat dari` kekurangan gizi kronis sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah bayi lahir. Akan tetapi, kondisi stunting baru nampak setelah bayi berusia 2 tahun.

Balita pendek (stunted) dan sangat pendek (severely stunted) adalah balita dengan panjang badan (PB/U) atau tinggi badan (TB/U) menurut umurnya dibandingkan dengan standar baku WHO-MGRS (Multicentre Growth Reference Study) 2006. Sedangkan definisi stunting menurut Kementerian Kesehatan (Kemenkes) adalah anak balita dengan nilai z-scorenya kurang dari -2 SD/standar deviasi (stunted) dan kurang dari -3SD (*severely stunted*) (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan., 2017). *Stunting* dapat didiagnosis melalui indeks antropometri tinggi badan menurut umur yang mencerminkan pertumbuhan linier yang dicapai pada pra dan pasca persalinan dengan indikasi kekurangan gizi jangka panjang, akibat dari gizi yang tidak memadai dan atau kesehatan. Stunting merupakan pertumbuhan linear yang gagal untuk mencapai

potensi genetik sebagai akibat dari pola makan yang buruk dan penyakit (ACC/SCN, 2000).

Stunting yang telah terjadi bila tidak diimbangi dengan *catch-up growth* (tumbuh kejar) mengakibatkan menurunnya pertumbuhan. Masalah stunting merupakan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan meningkatnya risiko kesakitan, kematian, dan hambatan pada pertumbuhan baik motorik maupun mental. Stunting dibentuk oleh *growth faltering* dan *catch up growth* yang tidak memadai yang mencerminkan ketidakmampuan untuk mencapai pertumbuhan optimal. Hal tersebut mengungkapkan bahwa kelompok balita yang lahir dengan berat badan normal dapat mengalami stunting bila pemenuhan kebutuhan selanjutnya tidak terpenuhi dengan baik (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Stunting dan *Serve Stunting* (selanjutnya hanya disebut sebagai “Stunting”) pada balita merupakan salah satu masalah besar yang mengancam pengembangan sumber daya manusia. Diperkirakan terdapat 162 juta balita pendek pada tahun 2012, jika tren berlanjut tanpa upaya penurunan, diproyeksikan akan menjadi 127 juta pada tahun 2025. Sebanyak 56% anak pendek hidup di Asia dan 36% di Afrika (Madiba, Chelule and Mokgatle, 2019). *World Health Organization* (WHO) memberikan gambaran kerangka konseptual tentang permasalahan anak-anak stunting berupa konteks, penyebab dan konsekuensi seperti disajikan dalam Gambar 2.1.



Gambar 2.1. WHO conceptual framework on Childhood Stunting: Context, Causes, and Consequences, with an emphasis on complementary feeding (Stewart, 2013)

2. Faktor Penyebab Stunting

Terdapat berbagai faktor penyebab terjadinya stunting pada anak, yang dibagi menjadi 4 kategori besar yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, makanan tambahan / komplementer yang tidak adekuat, menyusui, dan infeksi:

a. Faktor Keluarga dan Rumah Tangga

Faktor keluarga dan rumah tangga dibagi lagi menjadi faktor maternal dan faktor lingkungan rumah. Faktor maternal berupa nutrisi yang kurang pada saat prakonsepsi, kehamilan, dan laktasi, tinggi badan ibu yang rendah, infeksi, kehamilan pada usia remaja, kesehatan mental, *Intrauterine growth restriction* (IUGR) dan kelahiran preterm, jarak kehamilan yang pendek, dan hipertensi (Utami, Setiawan and Fitriyani, 2019).

Faktor Lingkungan rumah, tinggal di daerah perdesaan, memasak dengan menggunakan arang, rumah yang terbuat dari kayu atau jerami, rumah tanpa lantai yang layak menunjukkan bahwa secara signifikan memiliki kaitan dengan kejadian stunting di Mozambique (García Cruz *et al.*, 2017).

Penelitian sebelumnya menjelaskan bahwa kondisi WASH (*Water, Sanitation, and Hygiene*) yang buruk dapat menyebabkan anak menjadi stunting (He and Bishwajit, 2018). Kondisi sanitasi dan kebersihan paling berpengaruh dalam meningkatkan jumlah stunting pada anak-anak juga diteliti di berbagai negara, seperti hasil yang

didapatkan pada penelitian yang dilakukan (Manzoni *et al.*, 2019) dimana terdapat hubungan yang signifikan antara kondisi air, sanitasi dan kebersihan dengan stunting pada anak-anak di Kamboja. Selanjutnya, pada penelitian yang dilakukan di India hasil yang sama didapatkan dimana kondisi sanitasi dan kebersihan harus menjadi sasaran utama untuk mengurangi jumlah stunting pada anak (Rah *et al.*, 2015).

b. Faktor Makanan Pelengkap yang tidak Adekuat

Faktor kedua penyebab stunting adalah makanan komplementer yang tidak adekuat yang dibagi lagi menjadi tiga, yaitu kualitas makanan yang rendah, cara pemberian yang tidak adekuat, dan keamanan makanan dan minuman. Kualitas makanan yang rendah dapat berupa kualitas mikronutrien yang rendah, keragaman jenis makanan yang dikonsumsi dan sumber makanan hewani yang rendah, makanan yang tidak mengandung nutrisi, dan makanan komplementer yang mengandung energi rendah. Keamanan makanan dan minuman dapat berupa makanan dan minuman yang terkontaminasi, kebersihan yang rendah, penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman (Amanda C *et al.*, 2018).

Anggota masyarakat yang memiliki permasalahan stunting cenderung memiliki anak yang gizinya kurang baik, serta kualitas makanan yang masih kurang diperhatikan (Kodish, Aburto *et al.*,

2015). Seperti penelitian yang dilakukan di India dimana terdapat hubungan yang signifikan antara penyediaan makanan yang tidak baik dengan tingkat kejadian stunting (Aguayo *et al.*, 2016).

c. Faktor Pemberian Air Susu Ibu

Faktor ketiga yang dapat menyebabkan stunting adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI) yang salah bisa karena inisiasi yang terlambat, tidak ASI eksklusif, penghentian menyusui yang terlalu cepat. Pemberian ASI secara dini dan eksklusif sekurang-kurangnya 4-6 bulan akan membantu mencegah berbagai penyakit anak, termasuk gangguan lambung dan saluran nafas, terutama asma pada anak-anak. Hal ini disebabkan adanya antibody penting yang ada dalam kolostrum ASI (dalam jumlah yang lebih sedikit), akan melindungi bayi baru lahir dan mencegah timbulnya alergi. Untuk alasan tersebut, semua bayi baru lahir harus mendapatkan kolostrum (Rahmi, 2008):

Inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama dapat mencegah kematian bayi dan infant yang lebih besar dengan mereduksi risiko penyakit infeksi, hal ini karena (WHO, 2010): 1). Adanya kolostrum yang merupakan susu pertama yang mengandung sejumlah besar faktor protektif yang memberikan proteksi aktif dan pasif terhadap berbagai jenis pathogen. 2). ASI eksklusif dapat mengeliminasi mikroorganisme pathogen yang terkontaminasi melalui air, makanan, atau cairan lainnya. Juga

dapat mencegah kerusakan barrier imunologi dari kontaminasi atau zat-zat penyebab alergi pada susu formula atau makanan. Waktu dan niat pemberian air susu dan durasi pemberian ASI eksklusif ditemukan sangat berhubungan erat dengan kejadian malnutrisi. Temuan ini mengindikasikan bahwa malnutrisi masih menjadi masalah penting dan utama pada anak dibawah usia tiga tahun di Nghean, Vietnam (Hien NN, 2009).Tingkat kekurangan gizi di Bangladesh adalah yang tertinggi di dunia akibat kurangnya asupan ASI bagi anak. Kekurangan asupan gizi bukan saja mengancam anak untuk menjadi stunting tetapi akan muncul beberapa penyakit lainnya seperti anak cacat dan berat badan kurang (Milton *et al.*, 2018).

d. Faktor Infeksi

Faktor keempat adalah infeksi klinis dan subklinis seperti infeksi pada usus: diare, *environmental enteropathy*, infeksi cacing, infeksi pernafasan, malaria, nafsu makan yang kurang akibat infeksi, inflamasi (Atsu, Guure and Laar, 2017). Infeksi adalah invasi (masuk ke dalam tubuh) dan multiplikasi (pertumbuhan dan perkembangan) mikroorganisme patogen di bagian tubuh atau jaringan, yang dapat menghasilkan cedera jaringan berikutnya dan kemajuan untuk terbuka penyakit melalui berbagai mekanisme seluler atau beracun (Adriana, Merryana., *et al* 2014) Beberapa contoh infeksi yang sering dialami yaitu infeksi enteric seperti diare, enteropati, dan

cacing, dapat juga disebabkan oleh infeksi pernafasan (ISPA), malaria, berkurangnya nafsu makan akibat serangan infeksi, dan inflamasi.

Konsumsi diet yang cukup tidak menjamin pertumbuhan fisik yang normal karena kejadian penyakit lain, seperti infeksi akut atau kronis, dapat mempengaruhi proses yang kompleks terhadap terjadinya atau pemeliharaan defisit pertumbuhan pada anak (Anisa P, 2012). Menurut (Suiraoaka and Supariasa, no date) hubungan penyakit infeksi dengan keadaan gizi kurang merupakan hubungan timbal balik dan sebab akibat. Penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan gizi dan keadaan gizi yang kurang dapat mempermudah seseorang terkena penyakit infeksi yang akibatnya dapat menurunkan nafsu makan, adanya gangguan penyerapan dalam saluran pencernaan atau peningkatan kebutuhan zat gizi oleh adanya penyakit sehingga kebutuhan zat gizi tidak terpenuhi.

Menurut (Supariasa, 2012) ada hubungan yang sangat erat antara infeksi (bakteri, virus, dan parasit) dengan kejadian malnutrisi. Mereka menekankan interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi dan juga infeksi akan mempengaruhi zat gizi dan mempercepat malnutrisi. ("Tando NM. Durasi Dan Frekuensi Sakit balita Dengan Terjadinya Stunting Pada Anak SD Di Kecamatan Malalayang Kota Manado," 2012) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa status kesehatan berupa

frekuensi dan durasi sakit pada balita memberikan resiko kemungkinan terjadinya stunting pada SD di Kecamatan Malayan Kota Manado. Penyakit infeksi akut akibat infeksi sistemik seperti pneumonia, diare persisten, disentri dan penyakit kronis seperti kecacangan mempengaruhi pertumbuhan linear. Infeksi akan menyebabkan asupan makanan menurun, gangguan absorpsi nutrisi, kehilangan mikronutrien secara langsung, metabolisme meningkat, kehilangan nutrisi akibat katabolisme yang meningkat, gangguan transportasi nutrisi ke jaringan (WHO). Sebuah penelitian di Peru menunjukkan infeksi parasit merupakan faktor risiko sebagai penyebab perawakan pendek atau stunting (Anisa P, 2012).

3. Dampak Stunting

Stunting memiliki dampak terhadap jangka panjang dan jangka pendek. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa stunting merupakan faktor risiko langsung yang menyebabkan masalah kesehatan reproduksi di kalangan wanita. Stunting merupakan masalah kesehatan masyarakat utama di negara berpendapatan rendah dan menengah karena hubungannya dengan peningkatan risiko kematian selama masa kanak-kanak. Selain menyebabkan kematian pada masa kanak-kanak, stunting juga memengaruhi fisik dan fungsional dari tubuh (Black *et al.*, 2008).

P2PTM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular) Kemenkes RI membagi dampak yang diakibatkan oleh stunting menjadi

dua yang terdiri dari jangka pendek dan jangka panjang. Dampak jangka pendek dari stunting adalah di bidang kesehatan yang dapat menyebabkan peningkatan mortalitas dan morbiditas, di bidang perkembangan berupa penurunan perkembangan kognitif, motorik, dan bahasa, dan di bidang ekonomi berupa peningkatan pengeluaran untuk biaya Kesehatan (World Health Organization, 2013). Stunting juga dapat menyebabkan dampak jangka panjang di bidang kesehatan berupa perawakan yang pendek, peningkatan risiko untuk obesitas dan komorbidnya, serta penurunan kesehatan reproduksi, di bidang perkembangan berupa penurunan prestasi dan kapasitas belajar, dan di bidang ekonomi berupa penurunan kemampuan dan kapasitas kerja (Mangani *et al.*, 2015).

Stunting pada masa kanak-kanak menyebabkan penurunan ukuran yang signifikan terhadap tubuh ketika anak telah dewasa, sebagaimana yang ditunjukkan oleh penelitian pada bayi di Guatemala yang selama dua dekade sebelumnya, telah terdaftar dalam program suplementasi. Salah satu konsekuensi utama dari ukuran tubuh dewasa anak yang tidak normal (stunting) akan menyebabkan berkurangnya kapasitas kerja, yang pada akhirnya memiliki dampak pada produktivitas ekonomi (Fadare *et al.*, 2019). Berdasarkan Kajian Literatur penyebab stunting dan pencegahannya dapat di lihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2.1. Penyebab Stunting dan Pencegahannya

NO	Penulis	Judul	Subjek Penelitian	Tujuan/Setting	Metode Penelitian	Hasil/ (Out Come)/ Temuan (Finding)/ Kesimpulan
1	(Madiba, Chelule and Mokgatle, 2019)	Attending Informal Preschools and Daycare Centers Is a Risk Factor for Underweight, Stunting and Wasting in Children under the Age of Five Years in Underprivileged Communities in South Africa.	Sampel terdiri dari 1256 ibu dan anak-anak mereka.	Tujuan penelitian adalah untuk menentukan status gizi anak-anak antara usia 12-60 bulan dan untuk mengetahui hubungan antara menghadiri prasekolah dan prevalensi gizi buruk.	Cross-sectional study	Prevalensi stunting di kabupaten ini sangat memprihatinkan bagi kesehatan masyarakat, karena ini mengindikasikan kekurangan gizi kronis. Anak yang menghadiri prasekolah atau pusat pengasuhan anak menunjukkan adanya peningkatan status gizi.
2	(Marjanne <i>et al.</i> , 2019)	Provincial Dietary Intake Study (PDIS): Prevalence and Sociodemographic Determinants of the Double Burden of Malnutrition in A Representative Sample of 1 to Under 10-Year-Old Children from Two Urbanized and Economically Active Provinces in South Africa	Sampel pada penelitian yaitu Gauteng (N=733), Western Cape (N=593) di Afrika Selatan.	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menentukan prevalensi dan predictor sosio-demografis dari malnutrisi di dua provinsi perkotaan aktif secara ekonomi di Afrika Selatan	<i>Multistage stratified cluster random sampling design</i> . Melakukan wawancara secara langsung dengan mendatangi rumah penduduk atau Cross-sectional study	Hasil survei cross-sectional ini dari sampel yang representatif dari anak-anak berusia 1– <10 tahun di dua provinsi Afrika Selatan menunjukkan bahwa stunting dan kelebihan berat badan / obesitas masih ada pada tingkat yang mengkhawatirkan, terutama dalam kelompok kelompok bawah umur.
3	(Hondru <i>et al.</i> , 2019)	The Interaction between Morbidity and Nutritional Status among Children under Five Years Old in Cambodia: A Longitudinal Study	Pada penelitian ini dilakukan 3 kali periode penelitian dengan jumlah sampel yang berbeda. Sampel pada penelitian yaitu (n=8927) yang dibagi menjadi 4 periode.	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui siklus yang buruk menjelaskan siklus yang buruk yang tidak berujung dengan menggunakan data logitudinal selama 4 periode dengan tindak lanjut dalam 24 bulan, dimana morbiditas diperoleh dengan 2 langkah pengukuran anthropometric.	A longitudinal - cohort study	Prevalensi stunting dan wasting masing-masing adalah 29,9% dan 8,9%, di mana 21,3% anak-anak memiliki beberapa kegagalan anthropometric. Studi ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara wasting dan stunting sebagian dapat dikategorikan penyakit akut, di mana wasting meningkatkan kemungkinan yang diikuti oleh meningkatkan risiko stunting.
4	(Kodish, Aburto and Gittelsohn, 2015)	Identifying the Sociocultural Barriers and Facilitating Factors to Nutrition-related Behavior Change: Formative Research for a Stunting	Sampel pada penelitian yaitu ibu yang memiliki anak usia 6 – 23 bulan. (n=26, 21 perempuan dan 5 laki-laki).	Tujuan penelitian yaitu untuk mengurangi prevalensi stunting, menyediakan suplemen nutrisi berbasis lipid (SQ-LNS) untuk anak-anak	Desain penelitian yang digunakan adalah <i>Rapid Assessment Procedures (RAP)</i>	Anggota masyarakat merasa bahwa penyakit yang berhubungan dengan gizi kurang menonjol atau tidak terlalu berbahaya dan lebih mengancam daripada penyakit lain, dan juga merasa

		Prevention Program in Ntchisi, Malawi		berusia 6 hingga 23 bulan.		bahwa kualitas makanan kurang penting untuk diperhatikan.
5	(Akombi BJ <i>et al.</i> , 2017)	Child malnutrition in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of demographic and health surveys (2006-2016)	Sampel penelitian diambil dari survey demografi dan kesehatan terbaru (2006-2016 dari 32 negara di sub sahara afrika (n=5.000-30.000 rumah tangga)	Studi ini memberikan meta analisis tentang prevalensi indikator malnutrisi (stunting, wasting dan underweight) dalam empat sub-wilayah Afrika sub-Sahara.	Cross sectional study	Intervensi nutrisi yang tepat perlu diprioritaskan di Afrika Timur dan Afrika Barat jika Afrika sub-Sahara ingin memenuhi nutrisi global WHO target peningkatan nutrisi ibu, bayi dan anak di tahun 2025 dan mengurangi jumlah stunting pada anak.
6	(Sjarif, Yuliarti and Iskandar, 2019)	Daily consumption of growing-up milk is associated with less stunting among Indonesian toddlers	Sampel pada penelitian ini sebanyak 172, terdiri dari 41 stunted (skor z tinggi badan untuk usia kurang dari -2) dan 131 anak normal.	Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi hubungan antara konsumsi sumber protein hewani dan stunting pada balita	Cross sectional study	Konsumsi 300 ml GUM setiap hari dapat dipertimbangkan untuk mencegah stunting pada balita. Produk daging merah (sosis, nugget, dan bakso), yang biasa dikonsumsi karena kepraktisan nya, tidak dapat dianggap sebagai sumber protein hewani yang signifikan karena variasi kandungan gizi nya yang luas.
7	(Pulungan and Mirasanti, 2017)	Effect of community-based food supplementation on improving growth of underweight children under five years of age in West Nusa Tenggara.	Sampel pada penelitian ini adalah anak-anak di bawah usia lima tahun yang beratnya di bawah garis merah, menurut kurva KMS pada Januari 2012 (n=25)	Untuk menilai keberhasilan program suplementasi makanan berbasis masyarakat dalam meningkatkan pertumbuhan anak-anak di Nusa Tenggara Barat.	Cohort Study	Program tambahan makanan selama 10 bulan untuk anak-anak balita di Distrik Paruga tidak berhasil meningkatkan berat badan dan tinggi badan.
8	(Sultana, Rahman and Akter, 2019)	Correlates of stunting among under-five children in Bangladesh: a multilevel approach	Sampel pada penelitian ini sebanyak 6965 anak usia 0-59 bulan.	Penelitian ini bertujuan untuk menentukan prevalensi dan mengidentifikasi faktor risiko terkait kekurangan gizi anak di Bangladesh menggunakan model regresi logistik bertingkat pada data dari Bangladesh Demographic and Health Survey (BDHS)	Jenis penelitian analisis deskriptif dan analisis regresi linear berganda multilevel dengan struktur data cluster.	Pemerintah dan organisasi non-pemerintah harus menghasilkan program yang efektif untuk menyadarkan wanita usia reproduksi tentang efek buruk dari interval stunting, dan untuk mengetahui orang tua tentang tinggi dan berat badan standar sesuai dengan usia dan jenis kelamin anak.

9	(Mgongo <i>et al.</i> , 2017)	Underweight, Stunting and Wasting among Children in Kilimanjaro Region, Tanzania; a Population-Based Cross-Sectional Study	Populasi penelitian terdiri dari keluarga dengan anak-anak (usia 0–36 bulan) di enam distrik di Kilimanjaro. Setelah dilakukan sampling maka di dapatkan 50 anak yang akan diteliti.	penelitian ini ingin bertujuan prevalensi dan faktor risiko yang terkait dengan kekurangan berat badan, stunting dan wasting di antara anak-anak berusia 0-24 bulan di enam distrik di wilayah Kilimanjaro, Tanzania utara.	Cross sectional study	Hasil penelitian menunjukkan perlunya pendekatan multi-sektoral untuk memperbaiki gizi buruk pada anak di bawah usia dua tahun. Perlunya memperbaiki pendidikan ibu dan status sosial ekonomi perempuan. Ini mungkin bermanfaat untuk mengurangi masalah kekurangan gizi pada anak.
10	(Milton <i>et al.</i> , 2018)	<i>Assessment of Nutritional Status of Infants Living in Arsenic-Contaminated Areas in Bangladesh and Its Association with Arsenic Exposure</i>	Penelitian ini mengikuti status gizi dari 120 bayi sejak lahir hingga usia 9 bulan di daerah yang terkontaminasi arsenik di Bangladesh.	Untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara paparan arsenic pada ibu dengan anaknya.	Cohort study	Tingkat kekurangan gizi di Bangladesh adalah yang tertinggi di dunia, pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan antara paparan arsenik ibu atau bayi terhadap stunting pada bayi. Satu studi Bangladesh melaporkan hubungan yang lemah antara paparan arsenik ibu dan cacat lahir, tetapi tidak dengan stunting dan kekurangan berat badan di antara anak-anak.
11	(Aguayo <i>et al.</i> , 2018)	Infant and young child feeding (IYCF) practices and nutritional status in Bhutan.	Sampel menggunakan hasil survey nutritional survey data 2015. Pengambilan sampel dengan menggunakan strategi multilevel (n=441)	Survei ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pemberian makan bayi dan anak kecil dan status gizi di Bhutan.	Metode penelitian yang digunakan yaitu kuantitatif dengan cross sectional study.	Dalam analisis ini, praktik IYCF yang relatif lebih baik yang mungkin berkontribusi dan dianggap sebagai "model" profil risiko gizi untuk wilayah Asia Selatan. Namun, masih memerlukan beberapa perbaikan dapat terus mempromosikan praktik-praktik yang dapat memastikan kecukupan pola makan untuk anak-anak di bawah dua tahun. Fokus utama pada penelitian adalah pemberian ASI eksklusif dalam 6 bulan pertama kehidupan.
12	(Sánchez-Encalada, Talavera-Torres and Wong-Chew, 2019)	An Educational Intervention to Mothers Improved the Nutritional Status of Mexican Children Younger Than 5 Years Old With Mild to Moderate Malnutrition.	Sampel pada penelitian ini yaitu anak berusia 1-5 tahun,	Tujuan penelitian ini untuk mengetahui apakah intervensi kepada ibu dapat meningkatkan status gizi anak atau tidak.	A quasi-experimental study.	lintervensi kepada ibu tentang peningkatan gizi anak menghasilkan nilai yang positif, sehingga terjadi peningkatan pengetahuan ibu dan berpengaruh pada status gizi anak.

B. Konsep Perilaku

1. Pengertian Perilaku

Perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar (*stimulus*). Perilaku manusia adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri, perilaku juga adalah apa yang dikerjakan oleh seseorang, baik dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung, perilaku terjadi apabila ada sesuatu yang (Skinner, 1938).

2. Bentuk-Bentuk Perilaku

Bentuk-bentuk perilaku dibedakan menjadi dua bagian, antara lain (Skinner, 1938):

a. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Perilaku ini merupakan perilaku dengan respon atau respon yang masih terbatas pada pemberian perhatian, pengetahuan atau kesadaran, persepsi, dan sikap yang terjadi kepada seseorang dan belum dapat diamati secara jelas.

b. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Perilaku ini merupakan perilaku yang sudah jelas dapat diberikan kepada seseorang dan mudah diamati atau terlihat orang lain.

Perilaku kesehatan (*health behavior*) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga

tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, dan sebagainya (Simbolon, Sianipar and Melva., 2018)

Menurut L.W. Green, faktor penyebab masalah kesehatan adalah faktor perilaku dan non perilaku. Faktor perilaku khususnya perilaku kesehatan dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu:

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*), adalah faktor yang terwujud dalam kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan juga variasi demografi seperti status ekonomi, umur, jenis kelamin, dan susunan keluarga. Faktor ini lebih bersifat dari dalam diri individu tersebut.
- 2) Faktor-faktor pe mungkin (*enabling factors*), adalah faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik, yang termasuk di dalamnya adalah berbagai macam sarana dan prasarana, misalnya: dana, transportasi, fasilitas, kebijakan pemerintah dan sebagainya.
- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), adalah faktor-faktor yang meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku petugas termasuk petugas kesehatan, termasuk juga disini Undang-Undang, peraturan-peraturan baik dari pusat maupun pemerintah daerah yang terkait dengan kesehatan.

Perilaku manusia sangat kompleks dan mempunyai ruang lingkup yang sangat luas. Menurut Benjamin Bloom, ranah perilaku terbagi dalam 3 domain, yaitu :

a. Pengetahuan (kognitif)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Bloom and Samuel., 1964):

Pengetahuan memiliki 6 (enam) tingkatan sebagai berikut:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu hal yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu 'tahu' merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Untuk mengukur bahwa seseorang itu tahu dilihat dari kemampuan seseorang untuk menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan sebagainya.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan tentang objek yang diketahui dan dapat diinterpretasikan secara benar. Orang yang telah paham terhadap suatu objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis diartikan sebagai kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, merencanakan, meringkas, menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini diartikan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang telah ada.

b. Sikap

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap dalam kehidupan sehari-hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas tapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku.

Sikap menentukan jenis tingkah laku dalam hubungannya dengan rangsangan yang relevan, individu lain atau fenomena-

fenomena. Dapat dikatakan bahwa sikap merupakan faktor internal tapi tidak semua faktor internal adalah sikap.

Adapun ciri-ciri sikap menurut WHO adalah sebagai berikut :

- 1) Pemikiran dan perasaan (*Thoughts and feeling*), hasil pemikiran dan perasaan seseorang, atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan pribadi terhadap objek atau stimulus.
- 2) Adanya orang lain yang menjadi acuan (*Personal references*) merupakan faktor penguat sikap untuk melakukan tindakan akan tetapi tetap mengacu pada pertimbangan-pertimbangan individu.
- 3) Sumber daya (*Resources*) yang tersedia merupakan pendukung untuk bersikap positif atau negatif terhadap objek atau stimulus tertentu dengan pertimbangan kebutuhan dari pada individu tersebut.
- 4) Sosial budaya (*Culture*) berperan besar dalam mempengaruhi pola pikir seseorang untuk bersikap terhadap objek/stimulus tertentu (Bloom and Samuel., 1964).

c. Tindakan (psikomotor)

Suatu sikap belum terwujud dalam bentuk tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi sebuah perbuatan diperlukan menanamkan pengertian terlebih dahulu, membentuk dan mengubah sikap atau menumbuhkan hubungan yang baik serta

diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain fasilitas dan faktor pendukung dari berbagai pihak (Bloom and Samuel., 1964). Adapun tingkatan dari tindakan adalah :

1) Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek yang pertama.

2) Respon Terpimpin (*Guide Response*)

Dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh-contoh adalah indikator tingkat kedua.

3) Mekanisme (*Mechanisme*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah menjadi kebiasaan maka ia sudah mencapai tingkat ketiga.

4) Adaptasi (*Adaptation*)

Tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi nya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Perilaku

Menurut WHO yang dikutip oleh (Kresno, 2012), perubahan perilaku dikelompokkan menjadi dua bagian, yaitu :

a) Perubahan Alamiah (*Natural Change*)

Perilaku manusia selalu berubah. Sebagian perubahan itu disebabkan karena kejadian alamiah. Apabila dalam masyarakat sekitar terjadi suatu perubahan lingkungan fisik atau sosial budaya dan ekonomi, maka anggota-anggota masyarakat di dalamnya juga akan mengalami perubahan.

b) Perubahan Terencana (*Planned Change*)

Perubahan perilaku ini terjadi karena memang direncanakan sendiri oleh subjek. Di dalam melakukan perubahan perilaku yang telah direncanakan dipengaruhi oleh kesediaan individu untuk berubah, misalnya apabila terjadi suatu inovasi atau program-program pembangunan di dalam masyarakat, maka yang sering terjadi adalah sebagian orang sangat cepat menerima inovasi atau perubahan tersebut dan sebagian orang lagi sangat lambat menerima inovasi atau perubahan tersebut.

Perubahan perilaku manusia ditinjau dari tingkat kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan oleh 3 faktor, yaitu :

- a) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.

- b) Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.
- c) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Secara teori memang perubahan perilaku atau mengadopsi perilaku baru itu disebabkan oleh faktor-faktor tersebut. Beberapa penelitian telah membuktikan hal itu, namun penelitian lainnya juga membuktikan bahwa proses tersebut tidak selalu seperti teori di atas, bahkan di dalam praktik sehari-hari terjadi sebaliknya. Artinya, seseorang dapat berperilaku positif, meskipun pengetahuan dan sikapnya masih negatif.

4. Proses Terbentuknya Perilaku

Perilaku manusia ialah perilaku yang dibentuk dan dapat dipelajari, menurut terdapat beberapa cara untuk membentuk perilaku seseorang, antara lain:

- a. Kebiasaan, terbukanya perilaku seseorang dikarenakan adanya kebiasaan yang sering dilakukan.
- b. Pengertian (*insight*), terbentuknya perilaku ini didapatkan karena adanya pengertian dari orang lain.

- c. Penggunaan model, adanya *role model* yang dijadikan sebagai acuan perubahan perilaku (Bimo, 2010).

Selanjutnya terdapat ahli lain memberikan gambaran terkait prosedur pembentukan perilaku, antara lain:

- a) Melakukan identifikasi tentang hal-hal yang merupakan penguat atau *reinforcer* berupa hadiah-hadiah atau rewards bagi perilaku yang akan dibentuk
- b) Melakukan analisis untuk mengidentifikasi komponen-komponen kecil yang membentuk perilaku yang dikehendaki. Kemudian komponen-komponen tersebut disusun dalam urutan yang tepat untuk menuju kepada terbentuknya perilaku yang dimaksud.
- c) Dengan menggunakan secara urut komponen-komponen itu sebagai tujuan-tujuan sementara, mengidentifikasi *reinforcer* atau hadiah untuk masing-masing komponen tersebut.
- d) Melakukan pembentukan perilaku dengan menggunakan urutan komponen yang telah tersusun itu. Apabila komponen pertama telah dilakukan maka hadiahnya diberikan. Hal ini akan mengakibatkan komponen atau perilaku (tindakan) tersebut cenderung akan sering dilakukan. Kalau perilaku ini sudah terbentuk kemudian dilakukan komponen (perilaku) yang kedua, diberi hadiah (komponen pertama tidak memerlukan hadiah lagi), demikian berulang-ulang sampai komponen kedua terbentuk. Setelah itu dilanjutkan dengan komponen

ketiga, keempat, dan selanjutnya sampai seluruh perilaku yang diharapkan terbentuk (Skinner, 1938).

5. Teori *I-Change Model*

I-Change Model atau Model Terpadu adalah model yang menjelaskan tentang motivasi dan perubahan perilaku yang berasal dari Sikap - Pengaruh Sosial - Self-Efficacy Model, yang dapat dianggap sebagai integrasi dari ide-ide Ajzen melalui *Theory Planned Behavior*, *Social Cognitive Theory* Bandura, *Trans theoretical Model* Prochaska, *Health Believe Model* (Green and Kreuter, 2005) (Ajzen, 2005) (JO and WF, 1997)). Fase perubahan perilaku pada *I-Change Model* adalah model fase yang mengasumsikan bahwa setidaknya terdapat tiga fase dalam proses perubahan perilaku yaitu: 1. Kesadaran ; 2. Motivasi ; 3. Aksi.

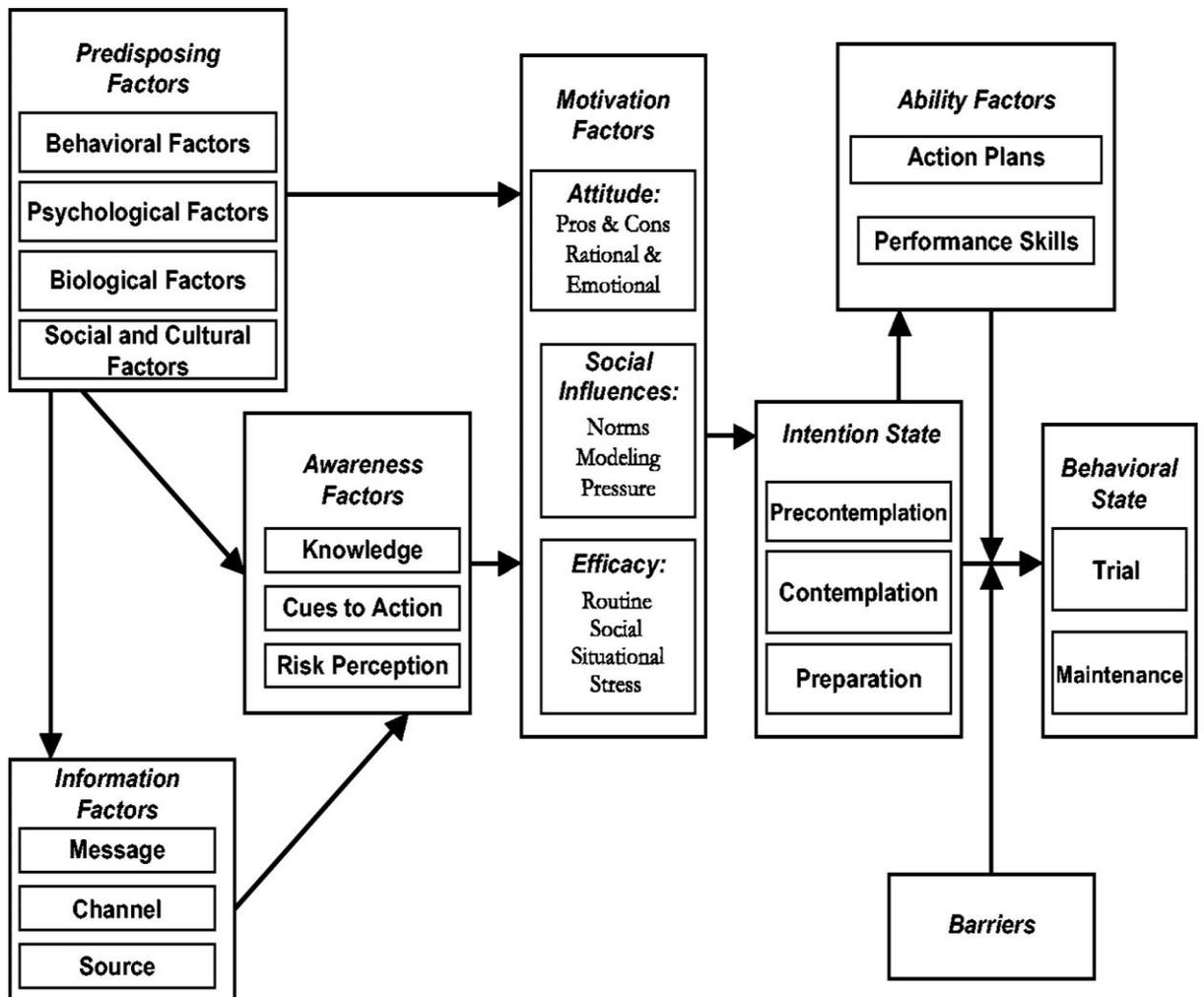
Kesadaran. Kesadaran adalah masalah tertentu dalam diri seseorang yang merupakan hasil dari pengetahuan yang akurat dan persepsi risiko dari orang tentang perilaku sendiri (tidak semua orang menyadari tingkat perilaku mereka sendiri).

Motivasi. Motivasi untuk mengubah perilaku tergantung pada sikap orang (keuntungan yang dirasakan dan kerugian dari perilaku), faktor sosial yang memengaruhi kepercayaan (norma orang lain, perilaku orang lain, dan dukungan orang lain) dan kemanjuran harapan diri (kemampuan dianggap melakukan perilaku kesehatan tertentu). Hasil akhir di tingkat motivasi untuk mengadopsi perilaku

kesehatan dapat diukur dengan niat, konsep yang berasal dari Fishbein & Ajzen, *Theory of Reasoned Action* atau konsep terkait tahapan perubahan *Trans theoretical Model* dari Prochaska.

Tindakan. Niat tidak harus mengarah pada perilaku. Faktor-faktor yang menentukan tindakan, selain niat positif, juga self-efficacy, perencanaan tindakan dan penetapan tujuan. Berkenaan dengan perencanaan tindakan dibedakan menjadi perencanaan persiapan yaitu perencanaan tindakan yang diperlukan untuk mengubah perilaku, perencanaan inisiasi yaitu perencanaan tindakan yang diperlukan untuk melakukan perilaku baru untuk pertama kalinya, dan mengatasi atau perencanaan pemeliharaan yaitu perencanaan tindakan untuk mengatasi hambatan dan relaps dalam mempertahankan perubahan perilaku. Selain itu, pengembangan keterampilan yang dibutuhkan untuk perilaku kesehatan yang baru juga diperlukan.

Faktor predisposisi *I-Change Model*, seperti pada Gambar 2.2, mengasumsikan bahwa proses motivasi ditentukan oleh berbagai faktor predisposisi seperti faktor perilaku (misalnya gaya hidup), faktor psikologis (misalnya kepribadian), faktor biologis (misalnya jenis kelamin, predisposisi genetik), faktor sosial dan budaya (misalnya adat pemberian makanan untuk bayi atau anak), dan informasi faktor (kualitas pesan, saluran dan sumber yang digunakan).



Gambar 2.2. I-Change Model

C. Paparan Informasi Melalui Media terhadap Permasalahan Stunting

1. Pengertian Paparan Media Informasi

National Education Association, media sebagai bentuk komunikasi baik tercetak maupun audio-visual dan peralatannya, dengan demikian media dapat dimanipulasi, dilihat, didengar, atau dibaca.

Informasi merupakan data yang telah diolah menjadi suatu bentuk yang penting bagi si penerima dan mempunyai nilai yang

nyata yang dapat dirasakan dalam keputusan-keputusan yang sekarang atau keputusan-keputusan yang akan datang. Dengan demikian media informasi mencakup semua lapisan masyarakat dalam menyalurkan berbagai macam informasi yang dituangkan dengan cara tertentu untuk memenuhi tujuan yang diinginkan. Informasi mengandung pesan-pesan yang nyata untuk menjawab suatu permasalahan yang terjadi di lingkungan masyarakat (Davis, 2002).

2. Jenis-Jenis Paparan Media Informasi

Paparan media informasi dapat bersumber dari berbagai jenis, seperti televisi, internet, surat kabar, majalah dan radio.

a. Media Televisi

Televisi adalah sistem penyiaran berupa gambar yang disertai dengan bunyi (suara) melalui kabel atau angkasa menggunakan alat yang mengubah cahaya atau gambar atau bunyi atau suara menjadi gelombang listrik dan mengubahnya kembali menjadi berkas cahaya yang dapat dilihat dan dapat didengar. Media televisi memiliki peran sebagai pemberi informasi dimana dalam proses penyampaian pesannya akan diinterpretasikan berbeda-beda menurut pandangan penonton.

b. Media Internet

Saat ini hampir semua orang mengetahui apa itu internet dan bergantung pada internet. Internet memiliki fungsi sebagai

aspek komunikasi penyedia informasi, dan fasilitas promosi, internet juga dapat menghubungkan manusia dengan berbagai pihak tanpa mengenal waktu dan tempat. Dalam internet dapat diperoleh berbagai macam informasi yang diinginkan sehingga dapat menambah pengetahuan dari setiap pengguna internet. Salah satu media yang banyak digunakan oleh masyarakat dalam mengakses internet adalah Smartphone.

Smartphone di sebagian besar masyarakat sudah menjadi perangkat kebutuhan bagi semua orang. Pengembangan dari teknologi smartphone dan jaringan internet telah melampaui dari fasilitas komunikasi menjadi sarana transaksi keuangan, GPS, dan keuntungan lainnya. Penerapan informasi teknologi yang membentuk aplikasi mobile pada smartphone merupakan salah satu wujud dari revolusi industri era 4.0.

Masa depan sektor kesehatan juga dipengaruhi oleh teknologi digital. Dampak era revolusi industri 4.0 pada sektor kesehatan dengan banyaknya aplikasi kesehatan yang bermunculan yang dapat dengan mudah diakses melalui perangkat smartphone atau tablet. Perkembangan teknologi ini semakin mendukung peningkatan kualitas pelayanan di bidang kesehatan sektor ini, karena dengan semakin canggihnya teknologi yang ada akan memudahkan kita dalam memperoleh informasi kebutuhan di bidang kesehatan yang tentunya akan

berdampak pada semakin baiknya kualitas pelayanan kesehatan.

c. Media Cetak

Salah satu penyedia informasi lainnya adalah media cetak baik berupa *booklet*, *leaflet*, *flyer*, lembar balik, surat kabar, majalah, poster. Berdasarkan keputusan menteri kesehatan Nomor 1787 pada tahun 2010 tentang iklan dan publikasi pelayanan kesehatan, salah satu media yang digunakan adalah media cetak. Media cetak lebih mengutamakan pesan-pesan visual seperti gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam berbagai tatanan warna.

3. Dampak Paparan Media Informasi terhadap Permasalahan Stunting

Saat ini di era globalisasi tidak dapat dipungkiri bahwa hadirnya sosial media semakin dibutuhkan dalam kehidupan sehari-hari, akan tetapi sosial media menghapuskan batasan-batasan dalam bersosialisasi, dalam sosial media tidak ada batasan ruang dan waktu dan dengan siapa mereka berkomunikasi, mereka dapat berkomunikasi kapanpun, dimana pun mereka berada dan dengan siapapun. Efek atau media informasi adalah bukan pada apa yang dilakukan khalayak terhadap media melainkan apa yang dilakukan media terhadap khalayaknya. Seorang ilmuwan pernah berfikir bahwa efek media mudah diukur, sebagai hubungan langsung antara pesan media dan efek media. Para ilmuwan menyadari

bahwa hubungan antara media dan khalayak adalah hal yang kompleks (Shirley, 2010).

Sangat penting seseorang untuk mendapatkan informasi terutama yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak (Upadhyay and Srivastava, 2016). Stunting dipengaruhi oleh paparan informasi yang diterima, baik itu informasi yang akurat maupun yang tidak akurat. Informasi yang kurang akurat seringkali berpengaruh terhadap perilaku seseorang, sehingga perlunya dilakukan perbaikan dan pendekatan yang baik sehingga informasi yang diterima menjadi benar (Amanda C *et al.*, 2018).

Untuk mendapatkan informasi terkait dengan stunting di Indonesia, peneliti menunjukkan bahwa sebanyak 80% ibu mendapat informasi melalui posyandu, 31,7% mendapatkan informasi dari puskesmas, dan sebanyak 16,9% melalui internet (Ali and Ashraf, 2018). Penelitian lain yang dilakukan di Pakistan menemukan bahwa akses informasi orangtua memiliki hubungan yang substansial dengan kurang gizi dan mengakibatkan kejadian stunting pada anak-anak dibawah umur 5 tahun (Pratiwi, Maulana and Hastuti, 2018). Sama halnya di India hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara paparan informasi dengan kejadian stunting (Aguayo *et al.*, 2016) .

D. Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku Dalam Upaya Pencegahan Stunting

Konsep Komunikasi Perubahan Perilaku adalah suatu model pendekatan sistematis dan interaktif, yang bertujuan untuk mempengaruhi dan mengubah perilaku spesifik suatu kelompok sasaran. Pengembangan Strategi Nasional Komunikasi Perubahan Perilaku Percepatan Pencegahan Stunting ini mengacu pada Model Ekologi Sosial (MES), yaitu sebuah kerangka kerja berbasis teori untuk memahami efek keragaman dan interaksi dari faktor pribadi dan lingkungan yang menentukan perilaku. Kerangka ini juga dapat digunakan untuk mengidentifikasi daya ungkit perilaku dan organisasi, serta faktor perantara lainnya untuk promosi kesehatan masyarakat.

Terdapat lima tingkat hierarki dari MES, yaitu: individu, antar pribadi, masyarakat, organisasi, dan kebijakan/lingkungan pendukung. Berikut adalah penjelasan tingkatan hierarki MES dan hal-hal yang mempengaruhi perubahan perilaku di masing-masing tingkat:

1. Individu: karakteristik individu yang mempengaruhi perubahan perilaku antara lain pengetahuan, sikap, perilaku, kepercayaan diri, riwayat pertumbuhan, jenis kelamin, usia, agama, ras/ suku, status ekonomi, sumber keuangan, nilai, tujuan, harapan, literasi, stigma, dan lain-lain.
2. Antar pribadi: jaringan sosial formal dan informal dan sistem pendukung sosial yang dapat mempengaruhi perilaku individu adalah

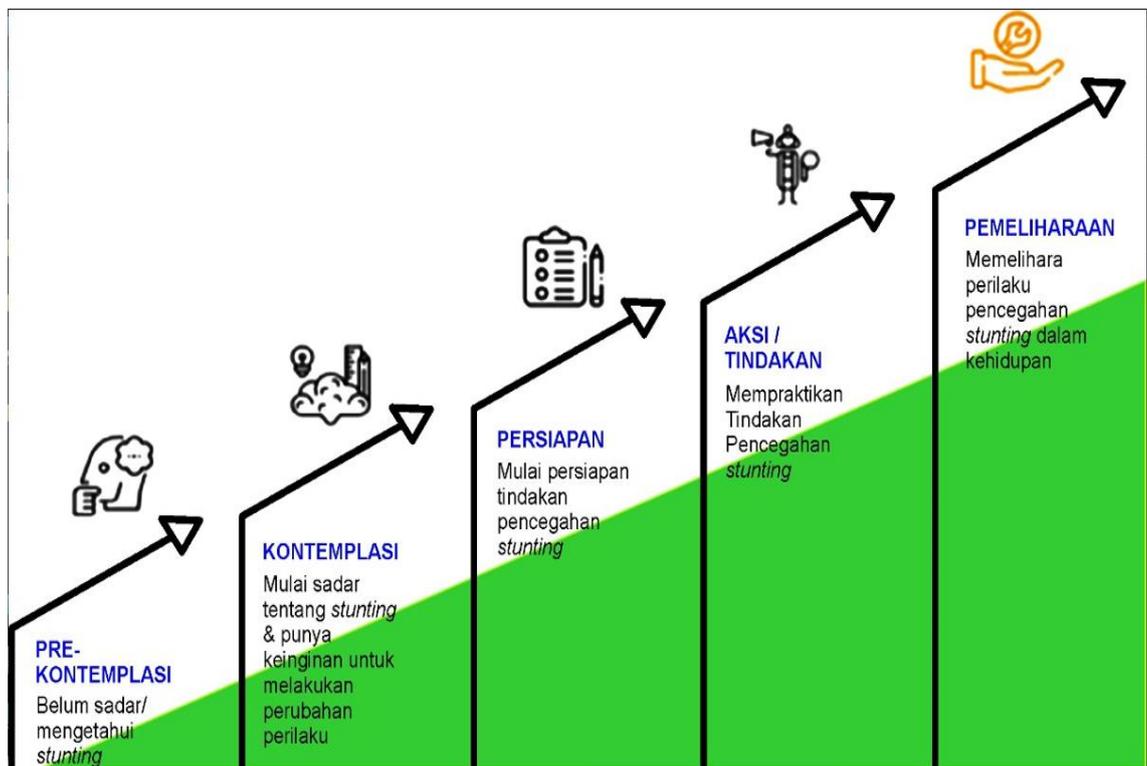
keluarga, teman, teman sebaya, rekan kerja, komunitas keagamaan, kebiasaan, atau tradisi.

3. Masyarakat: perubahan perilaku dipengaruhi oleh hubungan antara organisasi atau lembaga dalam batasan yang sudah ditentukan, antara lain lingkup rukun tetangga/rukun warga (RT/ RW), tokoh masyarakat, dan lingkup bisnis.
4. Organisasi: organisasi atau institusi sosial yang memiliki aturan, sehingga dapat mempengaruhi perilaku sesuai dengan batasan-batasan yang ada dalam organisasi.
5. Kebijakan/lingkungan sosial politik: perubahan perilaku dipengaruhi oleh kebijakan yang dibuat para pembuat kebijakan di berbagai tingkatan (nasional, provinsi, kabupaten, kota, desa) dan global. Misalnya, kebijakan alokasi sumber daya untuk kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak, serta akses terhadap layanan kesehatan.

Komunikasi perubahan perilaku adalah sebuah proses interaktif antar individu dan komunitas untuk menyusun pesan kunci pendekatan komunikasi, dan saluran komunikasi yang paling sesuai agar tercipta perilaku positif yang dikehendaki sesuai dengan konteks lingkungan masyarakat tersebut, sehingga dapat menyelesaikan permasalahan kesehatan yang paling penting di daerah tersebut. Komunikasi perubahan perilaku menyediakan lingkungan pendukung yang memungkinkan individu dan masyarakat untuk berinisiatif,

mempraktikkan, dan mempertahankan perilaku positif yang diharapkan tersebut (Pedrana *et al.*, 2019).

Perubahan perilaku memiliki tujuan yang spesifik dan bervariasi antar setiap kelompok. Namun, pemberian informasi kepada kelompok sasaran tidak serta merta menghasilkan perubahan perilaku. Dengan dukungan lingkungan yang kondusif, informasi dan kegiatan komunikasi yang tepat, maka perubahan perilaku kelompok sasaran dapat dicapai seperti pada gambar 2.3.



Gambar 2.3. Tahapan Perubahan Perilaku

Berdasarkan gambar diatas menurut kementerian kesehatan terdapat 5 tahap perubahan perilaku masyarakat yang dimulai dengan startegi komunikasi (Gambar 2.3).

1. Pre-kontemplasi, pada tahap ini individu atau masyarakat belum sadar dan mengetahui tentang stunting (pengetahuan masih kurang)
2. Kontemplasi, pada tahap ini individu atau masyarakat mulai sadar tentang stunting dan sudah mulai memiliki keinginan untuk melakukan perubahan.
3. Persiapan, pada tahap ini individu atau masyarakat mulai mempersiapkan tindakan-tindakan pencegahan terkait stunting.
4. Aksi atau tindakan, pada tahap ini individu atau masyarakat mulai melaksanakan tindakan stunting yang diketahui.
5. Pemeliharaan, tahap ini merupakan tahap yang penting sebab individu atau masyarakat harus tetap berusaha mempertahankan dan memelihara perilaku pencegahan stunting dalam kehidupannya sehari-hari.

Strategi perubahan perilaku sebagai bahan intervensi dipilih untuk menciptakan lingkungan yang memungkinkan untuk membangun norma-norma sosial yang mendukung serta mendorong masyarakat untuk mengambil keputusan yang baik atau positif (Null *et al.*, 2018).

Terdapat beberapa penelitian yang menunjukkan hasil dari komunikasi perubahan perilaku diantaranya yaitu penelitian yang dilakukan oleh (Wilner *et al.*, 2017). dimana dalam penelitiannya, mereka melakukan intervensi pemberian makanan tambahan dan minyak pada anak dengan menggunakan model care group dimana petugas kesehatan dilatih untuk menyampaikan perubahan - perubahan

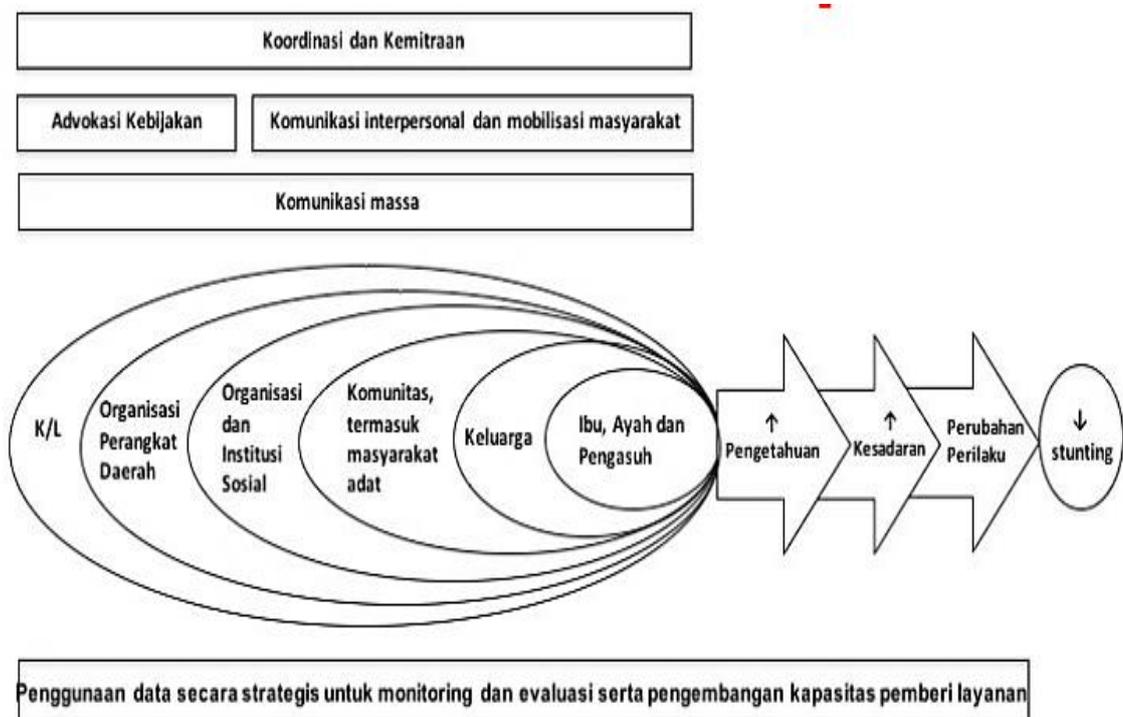
sosial dan perilaku kepada pengasuh atau orang tua anak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyampaian komunikasi perubahan perilaku melalui model care group dapat berkontribusi pada keberhasilan intervensi pemberian makanan tambahan yang bergizi pada anak (Wilner *et al.*, 2017). Selanjutnya penelitian yang serupa juga dilakukan oleh Eileen Kennedy, dimana mereka ingin mengetahui dampak komunikasi perubahan sosial dan perilaku terhadap intervensi khusus gizi pada indikator terpilih status gizi, dimana didapatkan hasil bahwa melalui pendekatan komunikasi perubahan perilaku tujuan-tujuan intervensi gizi cenderung memenuhi target sehingga program komunikasi perubahan sosial dapat diimplementasikan pada berbagai bentuk kegiatan intervensi lainnya (Kennedy *et al.*, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh (Rosales *et al.*, 2019) melakukan penelitian terkait rancangan intervensi yang terintegrasi untuk meningkatkan nutrisi dan perilaku WASH di Kenya dimana penelitian ini mendeskripsikan secara sistematis, teoritis melalui pendekatan informative. Intervensi diintegrasikan di dalam proyek yang menggunakan model kelompok perawatan dan bertujuan untuk menciptakan budaya perawatan anak-anak dalam mengurangi stunting (Arriola *et al.*, 2020). Penelitian serupa menunjukkan bahwa peran kelompok perawatan dalam komunikasi perubahan perilaku memiliki dampak besar dimana terjadi peningkatan yang signifikan terhadap ibu yang terlibat aktif dalam promosi ASI eksklusif dan memulai menyusui

dalam satu jam pertama setelah lahir, kemudian perilaku ibu dalam WASH juga menunjukkan peningkatan setelah adanya kelompok perawatan ini (Horii *et al.*, 2016).

Praktik baik di tingkat global yang menerapkan strategi perubahan perilaku melalui komunikasi interpersonal, dikombinasikan dengan kampanye komunikasi menggunakan media massa, advokasi kebijakan, mobilisasi/penggerakan masyarakat dan penggunaan data yang strategis terbukti ampuh untuk menurunkan angka stunting secara signifikan.

Gambar 2.4 merupakan kerangka konsep strategi komunikasi pencegahan stunting menurut kementerian kesehatan Republik Indonesia.



Gambar 2.4. Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku

Berdasarkan Gambar 2.4, dalam konteks pencegahan stunting, strategi komunikasi perubahan perilaku yang komprehensif akan memiliki peran yang saling terkait untuk mencapai tujuan di atas.

1. Meningkatkan pengetahuan. Dengan memastikan bahwa penerima pesan yang berbeda menerima informasi/pesan dasar tentang kekurangan gizi sebagai penyebab utama stunting dengan cara yang mudah dimengerti, sehingga dapat menyediakan layanan kesehatan maupun melakukan perubahan perilaku sesuai lingkungannya masing-masing. Peningkatan pengetahuan ini juga dapat dibantu dari penyebaran informasi seputar stunting melalui kampanye media massa. Dengan demikian, semua pemangku kepentingan merasa menjadi bagian dari permasalahan stunting yang merupakan prioritas nasional
2. Merangsang dialog di komunitas. Dengan mendorong dialog di level komunitas tentang fakta-informasi/pesan dasar gizi dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap masalah gizi buruk, di antaranya perilaku yang tidak sehat, praktik budaya yang terkait dengan kebiasaan makan dan makanan, dan pengaruh keluarga pada nutrisi anak di 1000 HPK. Melalui dialog ini, diharapkan para pembuat kebijakan dapat menggali permasalahan lokal spesifik di berbagai daerah di Indonesia, sehingga bisa membuat kebijakan yang lebih efektif dan tepat sasaran.

3. Mempromosikan perubahan perilaku. Dengan mempraktikkan komunikasi interpersonal terhadap kelompok target secara berkelanjutan untuk mendorong perubahan perilaku dan praktik yang mendukung upaya pencegahan stunting, seperti: inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif dalam enam bulan pertama, pemberian makan optimal selama usia 6 hingga 23 bulan, keterbukaan pikiran tentang norma sosial, dan kebutuhan dasar ibu hamil / menyusui perempuan (gizi ibu).
4. Menciptakan permintaan akan makanan, informasi, dan layanan kesehatan. Dengan menstimulasi kelompok target untuk meminta informasi dan akses terhadap layanan kesehatan terkait untuk pencegahan stunting, sehingga secara tidak langsung meningkatkan kualitas dan pemberian layanan kesehatan oleh penyedia layanan. Pada akhirnya, masyarakat yang berdaya akan mendorong terciptanya sistem akuntabilitas sosial di lingkungannya masing-masing.
5. Memberi dukungan terhadap terciptanya faktor pendukung (*enabling environment*) pencegahan stunting.
6. Advokasi berkelanjutan kepada pengambil keputusan dan kemitraan lintas sektor untuk pencegahan stunting dapat diwujudkan dengan melakukan penjangkauan yang sistematis. Hasil dari advokasi kebijakan ini dapat berupa dukungan kebijakan (peraturan Bupati/Walikota), penyediaan anggaran dalam APBD, penyediaan sumber daya, pengembangan kapasitas melalui pelatihan penyedia

layanan, dan implementasi strategi komunikasi secara menyeluruh oleh para pemangku kepentingan terkait. Untuk itu, diperlukan panduan advokasi dan kemitraan yang mencakup perencanaan, pembagian tugas dan tanggung jawab, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan diseminasi hasil untuk perbaikan penyelenggaraan.

7. Meningkatkan keterampilan penyedia layanan kesehatan. Dengan berfokus pada pengajaran atau memperkuat keterampilan baru termasuk konseling tentang perilaku yang mendukung pencegahan stunting melalui komunikasi interpersonal, sehingga dapat mudah dipahami dan diimplementasikan oleh kelompok target secara nyata. Pelatihan dilakukan dengan mengoptimalkan mekanisme yang telah ada untuk memberikan pengetahuan dan pelatihan bagi penyelenggara kampanye dan komunikasi perubahan perilaku secara efektif dan efisien, misalnya kepada institusi pemerintah maupun masyarakat madani (misalnya kader Posyandu, Kader Pembangunan Manusia (KPM), perwakilan organisasi keagamaan).
8. Melakukan pemantauan dan evaluasi. Agar program dapat dipantau perkembangannya secara terus menerus, maka dibutuhkan strategi pemantauan dan evaluasi berkelanjutan untuk memberikan umpan balik dan peningkatan kualitas penyelenggaraan kampanye dan komunikasi perubahan perilaku. Monitoring dan evaluasi berkala juga memungkinkan penyesuaian strategi berdasarkan data dan informasi yang terkini dan kredibel.

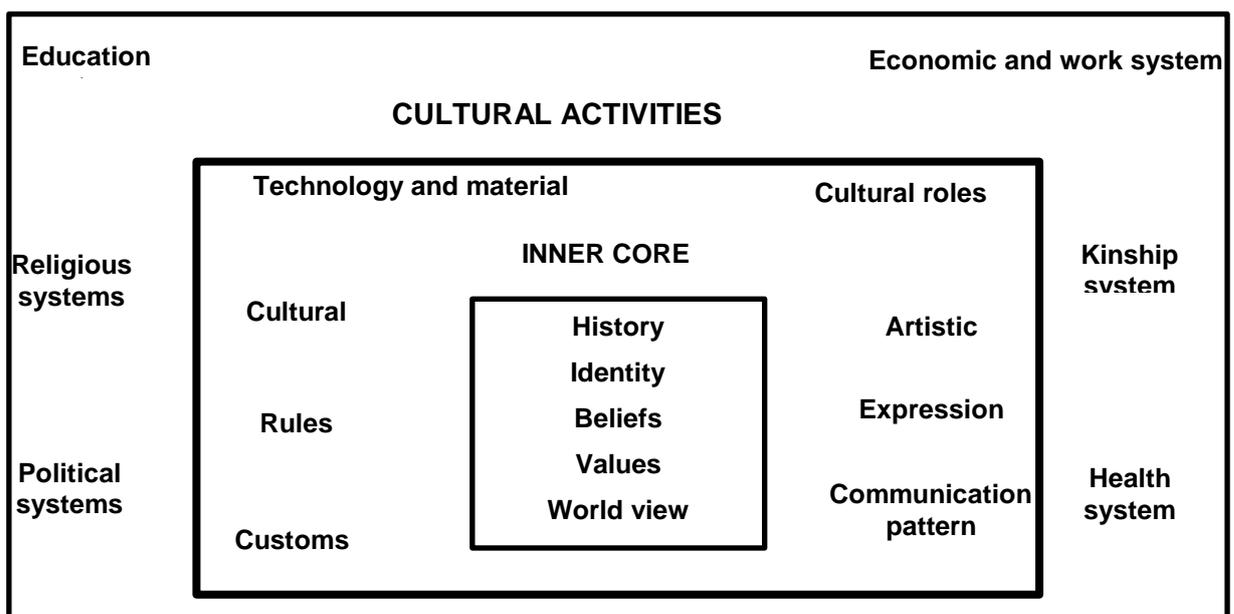
Apabila seluruh elemen ini terselenggara dengan baik, maka rancangan strategi komunikasi perubahan perilaku disusun menggunakan pesan kunci utama sebagai pedoman di tingkat nasional, namun dapat disesuaikan dengan konteks dan cara yang lebih efektif di tingkat lokal. Pesan kunci ini dibuat berbasis fakta, menysasar kelompok target, memiliki dampak yang terukur, dilengkapi dengan panduan dan alat bantu penyelenggaraan, serta didukung mekanisme koordinasi, anggaran, dan sumber daya yang memadai. Sebaliknya, untuk mengukur keberhasilan penerimaan pesan oleh kelompok target, berbagai upaya seperti survei langsung ke masyarakat, pemberitaan yang benar di media massa, respon terhadap kegiatan program yang baik, maupun munculnya inisiatif masyarakat untuk pencegahan stunting (Hoddinott *et al.*, 2017).

Strategi berbasis komunikasi banyak dikembangkan oleh peneliti-peneliti lain dan mendapatkan hasil yang positif seperti penelitian yang dilakukan oleh Henry Perry dimana penelitian ini menjelaskan tentang strategi komunikasi yang inovatif dalam meningkatkan kesehatan ibu, neonatal, dan anak dengan menggunakan pendekatan kelompok perawatan dimana setiap kelompok bertanggungjawab terhadap 10-15 rumah tangga untuk menjadi kesehatan keluarganya. Melalui pendekatan ini diperkirakan sekitar 1,3 juta rumah tangga (hampir di daerah perdesaan) telah dijangkau oleh kelompok perawatan (Perry *et al.*, 2015)

E. Strategi Komunikasi Kultural Dalam Upaya Pencegahan Stunting

(Clevenger, 1955) menjelaskan bahwa komunikasi merupakan sebuah proses penyampaian informasi dari satu tempat ke tempat yang lain. Definisi komunikasi yang diungkapkan oleh (Cherry,1966) menjelaskan bahwa komunikasi berarti membagi elemen-elemen perilaku dengan kesepakatan yang ditetapkan bersama. Asumsi dasar dari komunikasi berhubungan dengan bentuk-bentuk perilaku manusia untuk memenuhi keinginan berinteraksi dengan orang lain (Junaidi, 2006):

Kultural atau Budaya merupakan hubungan menyeluruh yang saling berpengaruh dan menentukan identitas kelompok, kepercayaan, nilai-nilai, aktifitas, aturan, adat, pola komunikasi dan institusi. Hubungan dari elemen-elemen tersebut dapat dilihat pada Gambar 2.5.



Gambar 2.5. Elemen-Elemen Budaya Sebagai Satu Sistem

Budaya merupakan sebuah sistem karena elemen-elemen tersebut memiliki peranan sebagai elemen utama dalam berinteraksi dengan anggota budaya lainnya. Terdapat tiga tingkatan budaya sebagai satu system yaitu: pertama adalah inti elemen yang terdiri dari sejarah, identitas, kepercayaan, nilai-nilai dan pandangan dunia. Ke-dua disebut sebagai daerah aktifitas yang terdiri dari aturan, adat, dan system komunikasi. Ke-tiga disebut sebagai bahagian luar institusi yang terdiri dari institusi ekonomi, keluarga, politik, Kesehatan dan agama. Hal ini menunjukkan budaya dan komunikasi sangat erat kaitannya.

Budaya sebagai suatu sistem akan memberikan pengaruh terhadap komunikasi, karena dasar dari komunikasi itu sendiri adalah budaya yang terdapat dalam masyarakat. Bahkan latar belakang budaya komunikator akan memberikan pengaruh setiap bagian dan setiap pola aktifitas komunikasi (Junaidi, 2006) . Dalam hal ini, komunikator yang memiliki budaya serupa dengan sasaran komunikasi akan lebih mudah menyampaikan informasi terkait stunting dan kesehatan anak hingga dapat memengaruhi perubahan perilaku ke arah yang baik. Terdapat beberapa alasan yang menyebabkan budaya memengaruhi komunikasi:

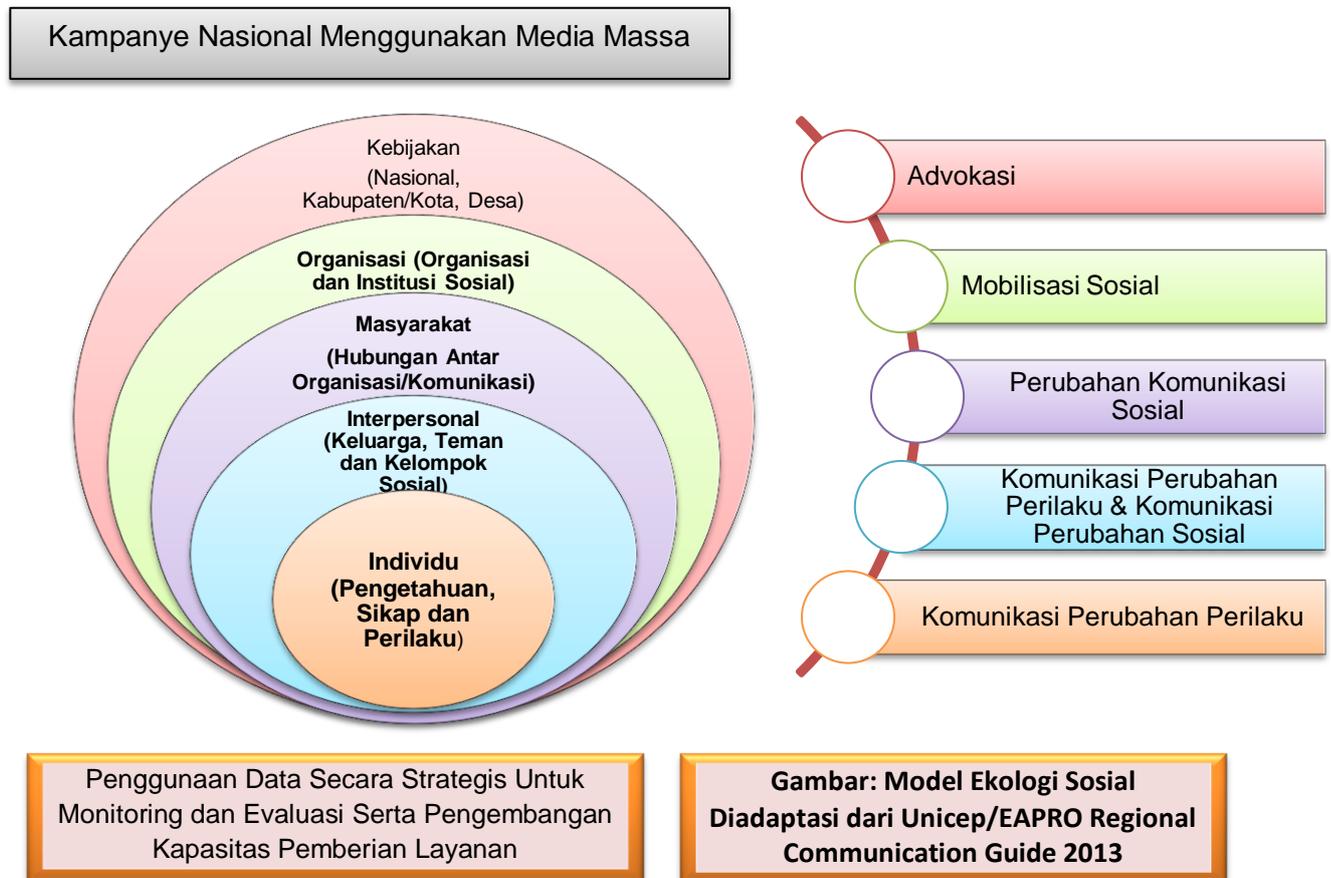
- 1) Budaya mengajarkan aturan yang signifikan, ritual dan prosedur,
- 2) Budaya menguatkan nilai-nilai,
- 3) Budaya mengajarkan hubungan antar individu.

Adanya pengaruh budaya terhadap komunikasi terjadi dengan cara:

- 1) Setiap budaya akan mendorong gaya komunikasi tertentu yang diharapkan dalam setiap budaya,
- 2) Budaya dengan kekuatannya akan berperan membentuk persepsi di dalam masyarakat,
- 3) Budaya akan mengikat atau menyatukan orang bersama-sama.

Budaya dan komunikasi menjadi bagian yang tidak dapat dipisahkan karena budaya akan memengaruhi bagaimana orang memaknai satu pesan yang disampaikan dalam proses komunikasi (Junaidi, 2006). Proses komunikasi berlangsung dalam konteks kebudayaan dan berperan penting dalam proses sosialisasi anggota sistem sosial.

Dalam strategi komunikasi perubahan perilaku dengan Model Ekologi Sosial (MES), seperti pada Gambar 2.6, menjelaskan intervensi komunikasi dari setiap tingkatan sasaran. Strategi komunikasi antara tokoh masyarakat, keluarga, kerabat atau komunitas yang disebut dengan interpersonal tetap menjadi metode yang sangat efektif dalam perubahan perilaku dan dapat meningkatkan keyakinan sasaran untuk berubah. Komunikasi interpersonal yang sesuai dengan budaya, sangat efektif dalam kesadaran dan adopsi perilaku dengan cepat menjadi perilaku yang permanen (Foundation, 2020).



Gambar 2.6. Komunikasi Perubahan Perilaku Model Ekologi Sosial (MES)

Komunikasi antar manusia dengan berorientasi terhadap budaya berperan dalam sistem kesehatan masyarakat yang berkontribusi terhadap peningkatan status Kesehatan masyarakat khususnya dengan permasalahan stunting (Bloom and Samuel., 1964) .

Penelitian yang dilakukan di Kenya, dengan menerapkan strategi komunikasi melalui pendekatan kultural, menunjukkan hasil bahwa bentuk intervensi yang dilakukan untuk meningkatkan pemberian makan kepada anak di pedesaan Kenya harus membangun konsep “budaya makanan inti kepada bayi dan anak kecil” karena ini akan sejalan dengan praktik pemberian makanan yang telah dianut oleh masyarakat setempat. Perlu

dilakukan pendekatan komunikasi yang inovatif sehingga tujuan inti dapat tercapai tanpa menghilangkan fitur budaya yang sudah ada.

Strategi komunikasi dilakukan dengan berbagai cara salah satunya melalui kontribusi tokoh agama dalam advokasi gizi. Melakukan advokasi gizi disela-sela ibadah memiliki kontribusi dalam pencapaian gizi yang baik diantara masyarakat. Pemimpin agama terbukti memainkan peran penting dalam mengadvokasi kesehatan dan gizi yang lebih baik (Abiyinza Sonia Bwekembe, 2019).

Penelitian strategi perubahan perilaku dengan pendekatan komunikasi telah banyak dilakukan diberbagai Negara dengan berbagai hasil yang berbeda. Seperti perubahan perilaku dengan menggunakan model ter integritas *Early Childhood Growth And Development* (MCH-ECD) yang tidak menunjukkan adanya perubahan perilaku yang dapat menurunkan jumlah stunting di Armenia (Rosales *et al.*, 2019). Selanjutnya didaerah Mozambique, Cabo Delgado memiliki pendekatan tersendiri yaitu dengan komunikasi di bagian intervensi nutrisi, karena budaya yang heterogenetic menyebabkan banyaknya persepsi-presepsi yang muncul tentang makanan sehingga perlu adanya perubahan perilaku dalam hal mengkonsumsi makanan dan pendekatan ini dianggap efektif untuk menurunkan jumlah stunting (Kodish, Aburto *et al.*, 2015). Penelitian lain di Ethiopia juga membuktikan hasil dalam menurunkan prevalensi stunting dengan melakukan intervensi perubahan sosial dan perilaku dengan menggunakan berbagai platform layak dan efektif, menghasilkan

perbaikan dalam praktik *Complementary Feeding (CF)* dan pengerdilan anak dalam kurun waktu 2 tahun (Kim, Kim and Kang, 2019).

Penelitian yang dilakukan di Mozambique menjelaskan tentang strategi komunikasi perubahan perilaku yang dilakukan terdapat 3 kelompok etnis yang memiliki perbedaan karakteristik sosiokultural, terdapat keberagaman budaya yang menyebabkan perbedaan substansial terkait makanan, penyakit dan kesehatan sehingga diperlukan juga bentuk pendekatan yang berbeda di setiap etnis, inilah pentingnya melakukan komunikasi kultural agar target intervensi dapat berjalan efektif sesuai dengan kebutuhan setiap etnis (Kodish, Aburto *et al.*, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh (Hagqvista *et al.*, 2020) melaporkan bahwa perlunya pengembangan dan peningkatan kompetensi dalam komunikasi kultural untuk melakukan perubahan perilaku masyarakat khususnya bagi tenaga kesehatan. Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh (Brooks, Manias and Bloomer, 2019) menjelaskan tentang pentingnya komunikasi kultural dimana terdapat tiga kegunaan utamanya seperti dapat memahami budaya sendiri dan orang lain, komunikasi yang dilakukan bersifat terbuka dan sensitive dan strategi untuk bekerjasama dengan pasien, keluarga untuk proses intervensi menjadi mudah dan optimal.

Sementara penelitian yang dilakukan oleh (Claramitaa *et al.*, 2020) di Indonesia membuktikan bahwa gaya komunikasi petugas kesehatan yang peka terhadap budaya dapat berdampak pada hasil kesehatan pasien dengan penyakit kronik di Indonesia. Hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter melalui pendekatan komunikasi kultural terhadap pasien

diabetes menunjukkan tekanan darah pasien atau kadar glukosa darah puasa menurun secara signifikan ($p < 0,05$), kecuali kadar glukosa darah dua jam (NS). Kemudian secara keseluruhan pasien mengungkapkan kepuasan yang lebih karena bisa mendapatkan pemahaman yang lebih baik terkait manajemen diri untuk menjaga diri dari penyakit kronik yang dimiliki. Dengan menggunakan pedoman komunikasi yang berorientasi pada kerjasama dan peka budaya petugas kesehatan dapat meningkatkan komunikasi untuk mendapatkan hasil kesehatan yang optimal (Claramitaa *et al.*, 2020). Kajian Literatur Strategi Komunikasi Kultural Perubahan Perilaku dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Strategi Komunikasi Kultural Perubahan Perilaku

No	Penulis	Judul	Sampel	Tujuan/Setting	Metode Penelitian	Hasil/ (Out Come)/ Temuan (Finding)/ Kesimpulan	Rekomendasi
1	(Rosales <i>et al.</i> , 2019)	Behaviour Change Communication Model Enhancing Parental Practices for Improved Early Childhood Growth And Development Out Comesin Rural Armenia– Aquasi-Experimental Study.	Dua puluh tiga komunitas dengan 680 peserta studi dialokasikan ke kelompok intervensi, sementara 20 komunitas lainnya dengan 630 peserta berperan sebagai kelompok kontrol.	Tujuan penelitian untuk mengetahui model perubahan perilaku dengan <i>Enhancing Parental Practices for Improved Early Childhood Growth And Development</i> (MCH-ECD)	Rapid assessment procedures (RAP)	Kelompok intervensi menunjukkan 83% lebih tinggi pada bidang ECD (kognitif, bahasa, motorik) dibandingkan dengan anak-anak di kelompok kontrol. Sistem Pengasuhan anak juga kelompok intervensi memiliki pengasuhan anak yang lebih baik, praktik gizi dan dukungan pembelajaran awal daripada kontrol. Tidak ada perubahan yang ditemukan dalam praktik disiplin dan tingkat stunting. Model terintegrasi MCH-ECD adalah bentuk plat pengiriman yang efektif untuk meningkatkan perilaku pengasuhan, pertumbuhan anak, dan perkembangan.	Pengembangan terhadap intervensi model MCH-ECD perlu dilakukan lebih optimal agar hasil yang diinginkan dapat tercapai secara maksimal.
2	(Kodish <i>et al.</i> , 2015)	Informing a Behavior Change Communication Strategy: Formative Research Findings From the Scaling Up Nutrition Movement in Mozambique	Anak 3 sampai 23 bulan. Total populasi 700.000 dan sampel yang didapatkan adalah N=527	Untuk menginformasikan intervensi pencegahan stunting di Cabo Delgado, Mozambik, dengan menggambarkan sosiokultural dan menjelaskan karakteristik yang berkaitan dengan makanan anak muda, penyakit, dan kesehatan	Cross-sectional study	Di daerah Cabo Delgado, budaya heterogenetika menghasilkan perbedaan substansial terkait dengan makanan, penyakit, dan kesehatan yang perlu dipertimbangkan untuk mengembangkan intervensi nutrisi yang efektif.	Sebelum dilakukan intervensi yang tepat untuk daerah Cabo maka terlebih dahulu harus diketahui perbedaan secara umum antar budaya setempat dengan melakukan pendekatan kepada kelompok masyarakat secara baik dengan menggunakan pendekatan komunikasi kultural.

3	(Hoddinott <i>et al.</i> , 2017)	Behavior Change Communication Activities Improve Infant And Young Child Nutrition Knowledge And Practice Of Neighboring Nonparticipants In A Cluster-Randomized Trial In Rural Bangladesh	Menganalisis data dari 300 ibu yang berpartisipasi dalam intervensi BCC gizi. Sampel 900 rumah tangga diundang untuk berpartisipasi dalam studi ini, 450 di Utara dan 450 di Selatan.	Untuk menguji dampak pada pengetahuan gizi bayi dan anak kecil dan praktik ibu yang bertetangga dengan ibu yang berpartisipasi dalam intervensi Komunikasi Perubahan Perilaku (BCC) gizi di pedesaan Bangladesh	Desain study Kuantitatif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa peserta juga dapat memperoleh manfaat dari intervensi BCC. Implikasi terkait efektivitas biaya BCC gizi juga dapat diperbaiki setelah melakukan penelitian.	Diperlukan penelitian lebih lanjut dan lebih terperinci terkait intervensi BCC.
4	(Null <i>et al.</i> , 2018)	Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Kenya: a cluster-randomised controlled trial	Sampel pada penelitian ini adalah Desa-desa yang sebagian besar penduduk mengandalkan sumber air komunal, memiliki sanitasi yang buruk Peserta diidentifikasi melalui sensus lengkap desa yang memenuhi syarat.	Untuk menilai apakah intervensi air, sanitasi, cuci tangan, dan nutrisi mengurangi diare atau memperbaiki pertumbuhann (stunting)	Cluster Randomised Trial	Perubahan perilaku dengan melakukan intervensi terkait sistem pengelolaan air, peningkatan sanitasi rumah tangga dapat mengurangi diare dan stunting pada anak bahkan tingkat kepatuhan anak menjadi tinggi untuk melakukan kegiatan lainnya	Intervensi terkait faktor penyebab stunting perlu lebih ditingkatkan lagi dan kegiatan lain yang harus diperhatikan adalah metode komunikasi perubahan perilaku di daerah Kenya.
5	(Danaei <i>et al.</i> , 2016)	Risk Factors for Childhood Stunting in 137 Developing Countries: A Comparative Risk Assessment Analysis at Global, Regional, and Country Levels	Sampel dalam penelitian yaitu jumlah kasus stunting yaitu anak-anak berusia 24-35 bulan risiko di 137 negara berkembang	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan stunting di Negara berkembang.	Survei berbasis populasi (Cross Sectional)	<i>Fetal growth restriction (FGR)</i> dan sanitasi yang tidak ditingkatkan adalah faktor risiko utama untuk terhambat di negara berkembang.	Untuk Mengurangi beban stunting membutuhkan perubahan paradigma dari intervensi yang hanya berfokus pada anak-anak dan bayi ke yang menjangkau ibu dan

							keluarga dan meningkatkan lingkungan hidup dan gizi mereka.
6	(Nu and Bersamin, 2017)	Collaborating With Alaska Native Communities to Design a Cultural Food Intervention to Address Nutrition Transition	Sampel dalam penelitian adalah kelompok budaya Yup'ik yang memiliki riwayat pendidikan perguruan tinggi yang akan diangkat menjadi coordinator. Terdapat 10 kelompok kerja.	Tujuan penelitian untuk merancang intervensi nutrisi multilevel yang menghubungkan komunitas Yup'ik terpencil di Alaska Barat.	Penelitian kualitatif	Perubahan perilaku dan interaksi sesama (komunikasi kultural) memiliki hubungan yang signifikan dengan intervensi lokal makanan untuk memperbaiki gizi.	Mengadakan kelompok budaya secara terpisah berdasarkan kelompok kerja untuk memberikan perasaan yang nyaman bagi peserta sehingga informasi yang diberikan dapat tersampaikan secara optimal.
7	(Hong, 2018)	Gendered Cultural Identities: The Influences of Family and Privacy Boundaries, Subjective Norms, and Stigma Beliefs on Family Health History Communication	Sampel sebanyak 317 (47,7%) Amerika, 169 (25,5%) Korea, dan 178 (26,8%) Cina. Sebanyak 360 (54,2%) perempuan dan 304 (45,8%) Laki-laki.	Tujuan penelitian untuk menyelidiki pengaruh komunikasi budaya terhadap norma riwayat kesehatan keluarga di Budaya Amerika, Cina, dan Korea	Penelitian menggunakan metode Regresi	Penelitian menunjukkan bahwa norma subjektif partisipan, stigma, keyakinan dan batasan keluarga/privasi dirasakan secara positif terkait dengan komunikasi riwayat kesehatan keluarga. Hasil menunjukkan bahwa dalam identifikasi interaksi budaya (komunikasi) memiliki batasan-batasan/privasi yang sulit untuk diubah.	Melihat itu, maka perlunya penambahan pendekatan (komunikasi) tentang peran sistem keluar, norma subjektif dan keyakinan stigma dalam komunikasi survey kesehatan keluarga.
8	(Wilner <i>et al.</i> , 2017).	Effective delivery of social and behavior change communication through a Care Group model in a supplementary feeding program	Sampel dalam penelitian yaitu anak berusia 6-59 bulan	Tujuan dalam penelitian ini yaitu untuk melakukan intervensi terhadap pemberian makanan tambahan dan minyak pada anak melalui model care group	Penelitian cross-sectional	Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan analisis aliran SBCC dan pertukaran informasi menunjukkan bahwa 100% pengasuh melaporkan tentang jumlah minyak dan CSB yang akan digunakan saat menyiapkan bubur.	Diperlukan koordinasi yang lebih baik antara petugas kesehatan dan kelompok perawatan sehingga tidak terjadi tumpang tindih informasi diantara keduanya.

9	(Abiyinza Sonia Bwekembe, 2019)	The Contribution Of Religious Leaders Towards Nutrition Advocacy In Semi-Urban And Urban Communities In Kampala District:	Sampel sebanyak 24 peserta yang dipilih secara acak.	Tujuan penelitian yaitu untuk menilai kontribusi para pemimpin agama dalam advokasi gizi di komunitas mereka dan Negara secara umum.	Penelitian kualitatif	Advokasi yang dilakukan tokoh agama diatas mimbar disela-sela ibadah memiliki dampak besar bagi masyarakat karena dapat meningkatkan pengetahuan tentang gizi.	Para calon pemimpin atau tokoh agama harus tetap melaksanakan program advokasi gizi sehat sehingga diperlukannya pelatihan dan kerjasama antara tokoh agama dan pemerintah
10	(Perry <i>et al.</i> , 2015)	Care Groups I: An Innovative Community-Based Strategy for Improving Maternal, Neonatal, and Child Health in Resource-Constrained Settings	Sampel dalam penelitian diambil dari hasil penelitian di 28 negara.	Tujuan penelitian untuk meningkatkan kesehatan ibu, neonatal dan anak melalui strategi berbasis komunikasi dengan membentuk kelompok perawatan.	Penelitian kualitatif	Model care group merupakan inovasi yang berkembang pesat di beberapa Negara. Kelompok keperawatan banyak diimplementasikan untuk intervensi kesehatan maternal, neonatal dan intervensi kesehatan gizi anak karena telah banyak berhasil.	Untuk menjadi seorang kelompok perawatan diperlukan pelatihan yang cukup dan komitmen yang tinggi agar tujuan kesehatan dapat tercapai sesuai dengan keinginan.

F. Penerapan *I-Change Model* dalam Intervensi Masalah Kesehatan

Model sosio kognitif membantu kita memahami asosiasi antara faktor penentu perubahan perilaku, dan bagaimana faktor penentu ini mempengaruhi perilaku. Integrasi teori mengarah pada model yang lebih baik untuk menjelaskan perilaku, seperti *Integrated Change Model (I-Change Model)*, yang menetapkan tiga fase perubahan: kesadaran, motivasi, dan tindakan. Untuk menerapkan perilaku yang sehat, tahap pertama adalah seseorang menjadi sadar akan risiko perilaku tertentu (misalnya, dampak stunting pada anak) dan menyadari bahwa ia benar-benar terlibat dalam perilaku ini. Ketika seseorang menyadari perilaku risiko kesehatan dan risiko pribadi, tahap selanjutnya adalah meningkatkan motivasi untuk berubah. Ketika seseorang termotivasi untuk berubah, orang tersebut dapat bergerak ke fase tindakan dimana fokusnya adalah bagaimana menerjemahkan niat menjadi tindakan.

Teori terintegrasi dapat digunakan untuk merancang intervensi yang mempromosikan kesehatan, termasuk kesehatan digital. Salah satu pendekatan pragmatis untuk merancang kesehatan digital adalah (1) memilih model teoritis, (2) merumuskan tujuan dan sasaran intervensi program kesehatan digital, (3) mengidentifikasi keyakinan yang menonjol menggunakan penelitian kualitatif dan kuantitatif, dan (4) mendesain konten program dan algoritme.

Berdasarkan *I-Change Model*, niat dan perilaku pencegahan stunting anak dapat diprediksi dari serangkaian faktor motivasi atau kognisi yaitu berupa; sikap, pengaruh-pengaruh persepsi sosial dan keyakinan diri. Faktor motivasi seperti sikap, pengaruh sosial dan keyakinan diri menentukan niat seseorang untuk berubah. Faktor motivasi ini memengaruhi faktor kesadaran (*Awareness*), sebagai contoh pengetahuan atau isyarat bertindak, faktor informasi, seperti kualitas pesan, dan faktor predisposisi yang disebut dengan perilaku, psikologikal, biologi, sosial dan budaya (Vries HD *et al.*, 2003).

Penelitian ini menggunakan teori *I-Change Model* karena dalam teori tersebut terdapat faktor sosial budaya dan faktor informasi yang dapat memengaruhi terjadinya sebuah perubahan perilaku. Penerapan teori tersebut sudah pernah dilakukan dalam beberapa penelitian Kesehatan. Namun, belum pernah digunakan untuk menilai perilaku ibu dalam upaya pencegahan stunting. Penerapan *I-Change Model* sebagai sebuah pendekatan pada beberapa penelitian sudah banyak digunakan, seperti pada Tabel 2.3.

Tabel 2.3. Aplikasi I-Change Model dalam Penanganan Masalah Kesehatan

Peneliti, Negara	Judul	Tahun	Sampel	Teori yang di Gunakan	Bentuk Intervensi	Desain Penelitian	Hasil
(Huver RME, Engels RCME and Vries Hd, 2006)	Are anti-smoking parenting practices related to adolescent smoking cognitions and behavior?	2006	Siswa-siswi SMA	<i>I-Change Model</i>	Pelatihan anti-merokok	Regresi logistik dilakukan secara cross-sectional pada dua titik waktu untuk membandingkan model anak-anak ketika pada usia yang berbeda, serta secara longitudinal, di mana variabel T1 digunakan untuk memprediksi T2	Hubungan antara praktek dan kognisi kebanyakan signifikan. Sementara beberapa praktek dikaitkan dengan kurang merokok (komunikasi tentang risiko kesehatan dari merokok, risiko kesehatan pernapasan, kualitas aktif merokok dan perhatian untuk merokok di sekolah), yang terkait dengan peningkatan peluang merokok (imbalan untuk tidak merokok, frekuensi komunikasi tentang merokok, komunikasi tentang diperbolehkan untuk merokok, harga rokok dan teman-teman yang merokok).
(Nierkens <i>et al.</i> , 2005)	Beliefs of Turkish and Moroccan immigrants in The Netherlands about smoking cessation: implications for prevention	2005	Masyarakat Turki dan Maroko yang berusia 35–54	<i>I-Change Model</i>	Mengisi Kuesioner	<i>Kuantitatif</i>	Hasil menunjukkan bahwa berbeda dengan dengan perokok, mantan perokok merasakan lebih sedikit keuntungan dari merokok dan lebih banyak keuntungan dari berhenti% dari varian yang di amati.
(Elfeddali I <i>et al.</i> , 2012)	The role of self-efficacy, recovery self-efficacy, and preparatory planning in predicting short-term smoking relapse	2012	121 Perokok Dewasa	<i>I-Change Model</i>	Menggunakan kuesioner melalui internet 2 minggu sebelum berhenti dan 1 dan 3 bulan setelah berhenti	<i>Quasi-Experimental</i>	Relaps yang terjadi pada perokok yang telah berhenti disebabkan rendahnya <i>self efficacy</i> .

(Hilberlink SR <i>et al.</i> , 2006)	Characteristics of patients with COPD in three motivational stages related to smoking cessation	2006	633 Perokok dengan COPD dari 67 tempat praktek umum	<i>I-Change Model</i>	Melalui pengisian kuesioner	<i>Cross-Sectional Study</i>	Perokok pada tahap <i>precontemplation</i> terkait keuntungan yang dirasakan secara signifikan lebih sedikit berhenti merokok. Seseorang yang memiliki rencana untuk berhenti merokok secara signifikan lebih tinggi kemungkinannya untuk berhenti. Perokok pada tahap <i>contemplating</i> berhenti merokok dan mempersiapkan pengembangan rencana untuk mengubah niat ke dalam sebuah tindakan berhenti merokok.
(Vries, 2017)	An Integrated Approach for Understanding Health Behavior; The I-Change Model as an Example	2017		<i>I-Change Model</i>	<i>Literature Review</i>		Integrasi lebih dari sekadar menggabungkan teori. Menggabungkan teori menyiratkan penggunaan model aditif sederhana. Integrasi, menjelaskan pengujian kritis dari konstruksi ini, dan konstruksi hanya akan ditambahkan jika mereka memiliki nilai tambahan secara teoritis dan empiris dan akan mengarah pada pengembangan dan pengujian hipotesis baru.

G. Landasan Teori Penelitian

Berdasarkan Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting Tahun 2018-2024, terdapat 5 pilar dalam intervensi konvergensi yang digunakan untuk menurunkan angka stunting diantaranya yaitu; Pilar 1 (Komitmen dan Visi Kepemimpinan), Pilar 2 (Kampanye Nasional dan Perubahan Perilaku), Pilar 3 (Konvergensi Program Pusat, Daerah dan Desa), Pilar 4 (Ketahanan Pangan dan Gizi), Pilar 5 (Pemantauan dan Evaluasi). Melalui 5 pilar tersebut dilakukan upaya intervensi dengan berbagai strategi mulai dari promosi dan konseling menyusui hingga fortifikasi pangan dengan sasaran yaitu meningkatnya konsumsi gizi, pola asuh yang baik, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Dengan meningkatnya beberapa hal tersebut maka, secara bertahap akan terjadi perbaikan gizi dan penurunan infeksi hingga akhirnya terjadi penurunan angka stunting. Pada penelitian ini, akan berfokus pada pilar ke-dua yaitu kampanye nasional dan perubahan perilaku.

Kampanye merupakan tindakan komunikasi yang bertujuan memengaruhi khalayak sasaran. Kampanye dengan menerapkan strategi komunikasi kultural menggunakan Tokoh Agama akan menjadi daya ungkit untuk mendorong perubahan perilaku masyarakat. Hal tersebut seperti yang dijelaskan pada Model Ekologi Sosial. Model Ekologi Sosial (MES) memberikan gambaran jelas bahwa terdapat berbagai keragaman dan interaksi dari faktor pribadi dan lingkungan yang menentukan perilaku. Yang artinya bahwa komunikasi yang dilakukan baik itu antar pribadi,

masyarakat, organisasi dan kebijakan sosial memiliki daya ungkit tersendiri yang dapat memengaruhi terjadinya perubahan perilaku.

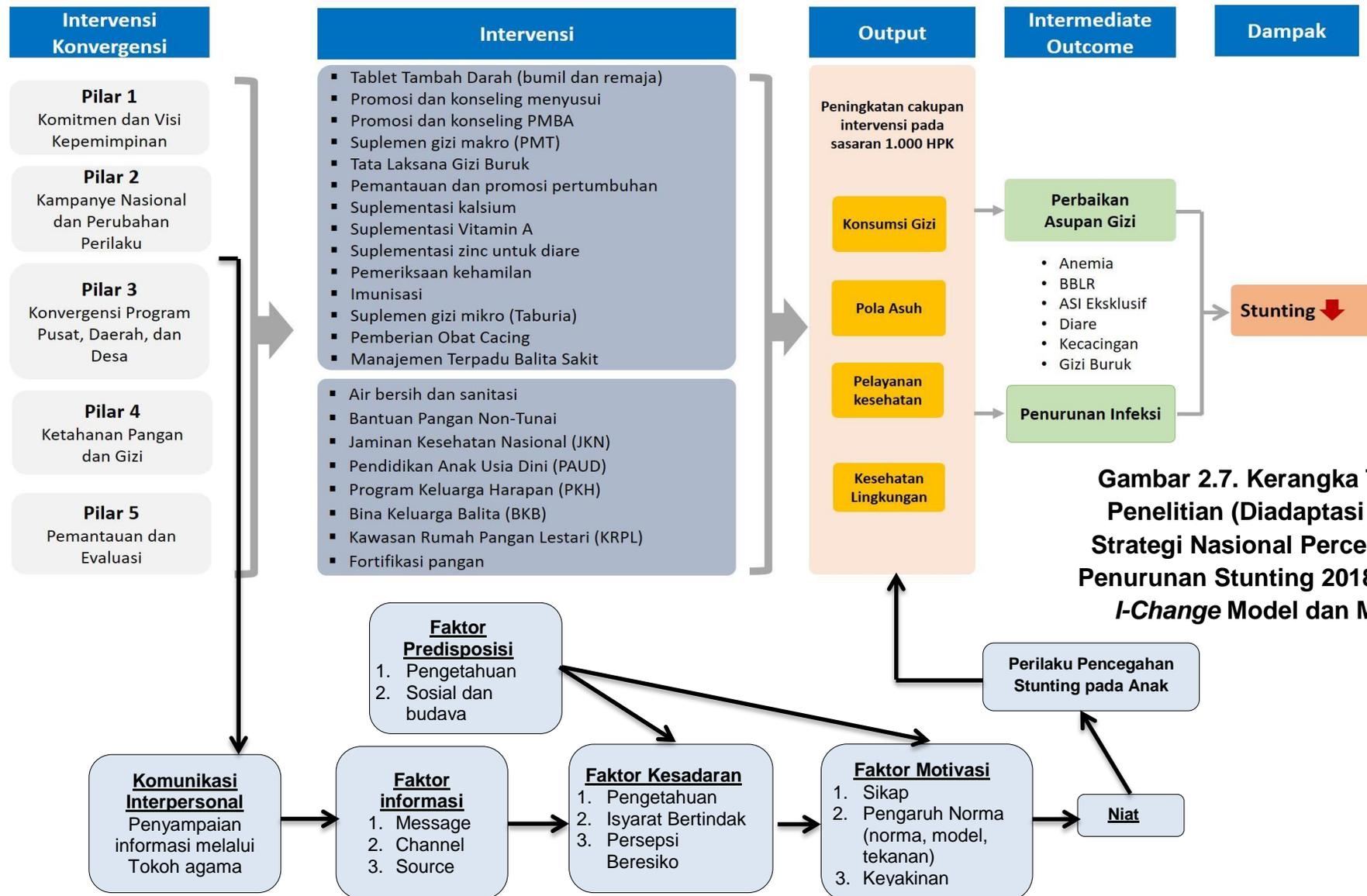
I-Change Model atau *Integrated Change Model* merupakan teori yang menjelaskan fase-fase dalam proses perubahan perilaku mulai dari kesadaran, motivasi dan aksi. Dalam teori tersebut terdapat satu poin yang berbeda dari teori-teori sebelumnya yaitu terdapat faktor informasi yang dilihat dari pesan, saluran dan sumber informasi yang dapat memengaruhi faktor kesadaran, motivasi dan niat hingga terbentuknya perubahan perilaku yang diharapkan.

Penggabungan ke tiga teori tersebut mulai dari penggunaan pilar kedua dari strategi percepatan penurunan stunting pada anak yang memberikan arahan bahwa kegiatan kampanye dan komunikasi perubahan perilaku menjadi bagian penting untuk dilakukan. Komunikasi perubahan perilaku baik itu secara pribadi, masyarakat, organisasi maupun pada ranah kebijakan sosial memberikan interaksi yang berbeda dan tentunya memiliki daya ungkit dengan memperhatikan sumber informasi, saluran informasi dan pesan dari informasi yang disampaikan, dapat memberikan pengaruh terhadap perubahan kesadaran hingga adanya motivasi yang menunjang munculnya niat untuk melakukan perubahan perilaku yang lebih baik hingga terbentuklah perilaku yang diharapkan, Teori ini dinamakan "Teori Kultural Natoni". Untuk nama teori ini diambil dari kata Natoni, yang mengandung nilai sejarah dan mempunyai manfaat sebagai sarana pengikat di kalangan masyarakat,

dan juga sebagai kehormatan karena didalamnya mengandung nilai kebersamaan yang amat tinggi kepada sesama, alam dan Sang Khalik serta berperan sebagai suatu sarana untuk menyatakan kekayaan budaya yang berisi cerita sejarah serta hubungan antara masyarakat dalam tatanan sosial, hubungan antara manusia dengan alam ataupun antara manusia dan Sang Khalik.

Peneliti menggabungkan ketiga teori tersebut hingga tampak kerangka yang jelas terkait upaya perubahan perilaku dengan menerapkan strategi komunikasi kultural melalui tokoh agama yang dapat meningkatkan kesadaran, motivasi dan niat ibu hingga terbentuknya upaya pencegahan stunting dan berdampak terhadap perbaikan gizi dan penurunan kejadian infeksi pada anak dan tentunya dapat menurunkan risiko terjadinya stunting pada anak. Kerangka teori penelitian ditunjukkan pada Gambar 2.7.

H. Kerangka Teori Penelitian



Gambar 2.7. Kerangka Teori Penelitian (Diadaptasi dari Strategi Nasional Percepatan Penurunan Stunting 2018-2024, I-Change Model dan MES

I. Kerangka Konsep Penelitian

Penelitian strategi komunikasi kultural di Kab. Kupang mengacu dari kombinasi teori *I-Change Model*, Model Ekologi Sosial dan Strategi Percepatan Penurunan Stunting yang ditetapkan oleh WHO, terbagi menjadi tiga tahapan yaitu: Tahap 1 Asessment, Tahap 2 Pengembangan Model dan Tahap III studi intervensi dan output.

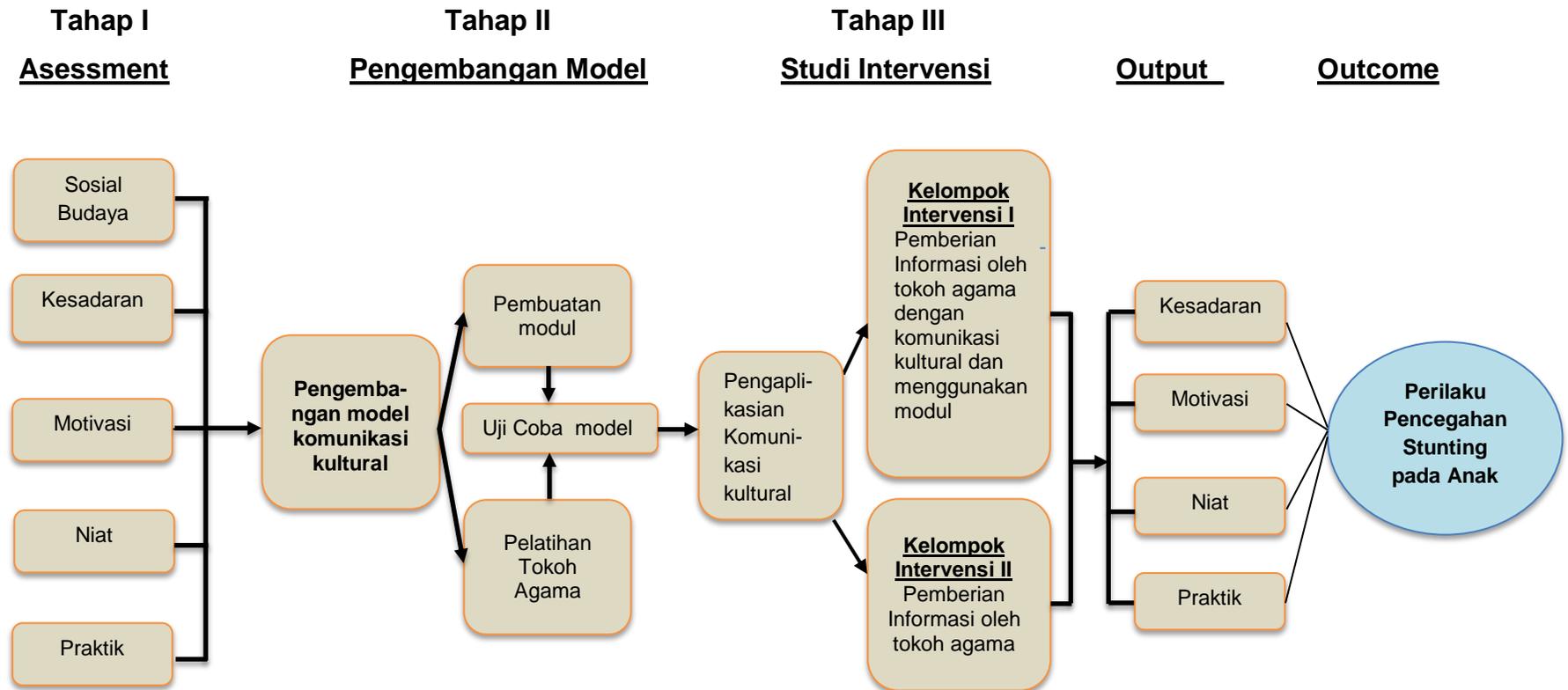
Tahap 1 merupakan Tahap *Assesment* dimana peneliti melakukan penilaian terhadap kondisi sosial budaya masyarakat kaitannya dengan permasalahan stunting, kesadaran, motivasi, niat dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting pada anak. Penilaian dan penelusuran terhadap variabel tersebut mengungkap fenomena-fenomena kejadian stunting di Kab. Kupang.

Tahap II merupakan pengembangan model komunikasi kultural. Pada tahap tersebut, ada dua kegiatan yang berjalan yaitu pembuatan modul dan pelatihan tokoh agama. Mengacu dari hasil asessment pada tahap 1, peneliti membuat modul komunikasi kultural dengan menggabungkan pesan-pesan kesehatan terkait stunting dan pesan-pesan agama berdasarkan kitab dari ketiga agama yaitu Katolik, Islam dan Kristen Protestan yang mendukung pesan kesehatan tersebut. Modul yang telah jadi kemudian diuji cobakan agar dapat diterima dan dimanfaatkan dengan baik oleh

tokoh Agama. Kegiatan selanjutnya yaitu pelatihan tokoh agama. Pelatihan ini diperuntukkan agar Tokoh Agama dapat memahami dengan baik tentang stunting dan agar mereka dapat menginformasikan pesan-pesan tersebut kepada jamaah disetiap kegiatan keagamaan. Namun sebelum itu, pola tersebut yang menjadi model komunikasi kultural kemudian diuji cobakan pada masing-masing tokoh agama.

Tahap III merupakan studi intervensi, dimana tokoh agama memulai intervensi dengan menyampaikan pesan-pesan agama pada setiap pertemuan keagamaan yang kemudian dilakukan *pre* dan *post test* untuk melihat pengaruh dari penerapan komunikasi kultural tersebut terhadap kesadaran, motivasi, niat dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting pada anak.

Lebih jelasnya, kerangka konsep penelitian strategi komunikasi kultural terhadap upaya pencegahan stunting pada anak di Kab. Kupang dapat di lihat pada gambar 2.8



Gambar 2.8. Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

 = Variabel Penelitian

J. Definisi Konsep

1. Sosial budaya adalah sistem tata nilai yang berlaku dalam sebuah masyarakat yang menjadi ciri khas dari masyarakat tersebut terkait pola asuh (Perawatan kebersihan diri anak, Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan pemberian makan pada anak).
2. Kesadaran adalah respon yang terbentuk dari pengetahuan dan persepsi risiko atau kemauan ibu untuk menerapkan pola asuh yang baik (Perawatan kebersihan diri anak, Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan pemberian makanan bernutrisi pada anaknya).
3. Motivasi adalah dorongan, hasrat atau pun minat di dalam diri ibu untuk menerapkan pola asuh yang baik (Perawatan kebersihan diri anak, Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan memberikan makanan yang bernutrisi pada anaknya) dilihat dari sikap ibu (keuntungan yang dirasakan dan kerugian dari perilaku), pengaruh sosial (norma, perilaku orang lain, dan dukungan orang lain) dan keyakinan terhadap pola asuh pada anak.
4. Niat adalah keinginan ibu untuk menerapkan pola asuh (Perawatan kebersihan diri anak, Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan pemberian makanan bernutrisi pada anaknya) dalam melakukan upaya pencegahan stunting.
5. Praktik adalah tindakan ibu berupa penerapan pola asuh (Perawatan kebersihan diri anak, Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan pemberian makanan) yang baik pada anak.
6. Perilaku pencegahan stunting pada anak adalah upaya pencegahan yang dilakukan para ibu dengan menerapkan pola asuh (Perawatan kebersihan

diri anak, Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan pemberian makanan bernutrisi pada anak).

K. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

Definisi operasional dan kriteria objektif pada penelitian ini, ditunjukkan pada Tabel 2.4.

Tabel 2.4. Matriks DO & KO

No	Variabel	Sub-Variabel	Definisi Operasional	Skala Ukur	Kriteria Objektif
1.	Kesadaran	1. Pengetahuan 2. Persepsi Beresiko	Respon yang terbentuk dari pengetahuan dan persepsi risiko atau kemauan ibu untuk menerapkan pola asuh yang baik (Perawatan kebersihan diri anak, Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan pemberian makanan bernutrisi pada anaknya).	Skala Guttman (Ordinal)	1. Kesadaran baik jika skor 12-17 2. Kesadaran kurang jika skor 6-11 3. Kesadaran rendah jika skor 0-5 (Sugiyono, 2010)
2.	Motivasi	1. Sikap ibu terkait pola asuh 2. Pengaruh Sosial (Norma, Modeling dan tekanan) 3. Keyakinan Diri	Dorongan, hasrat atau pun minat di dalam diri ibu untuk menerapkan pola asuh yang baik (Perawatan kebersihan diri anak, Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan memberikan makanan yang bernutrisi pada anaknya).	Skala Likert (Ordinal)	1. Motivasi kuat jika skor 79-100 2. Motivasi Sedang jika skor 53-78 3. Motivasi lemah jika skor 26-52 (Sugiyono, 2010)
3.	Niat	1. Niat dalam memberikan Perawatan kebersihan diri anak dan lingkungan 2. Niat merawat anak ketika sakit 3. Niat dalam memberikan makan pada anak	Keinginan ibu untuk menerapkan pola asuh (Perawatan kebersihan diri anak, Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan pemberian makanan bernutrisi pada anaknya) dalam melakukan upaya pencegahan stunting.	Skala Likert (Ordinal)	1. Niat kuat jika skor 14-20 dari jumlah total point 2. Niat sedang jika skor 7-13 dari total point 3. Niat lemah jika skor 0-6 (Sugiyono, 2010)
4.	Praktik	1. Pengasuhan anak 2. Perawatan kebersihan	Tindakan ibu berupa penerapan pola asuh yang baik (Perawatan kebersihan diri anak,	Skala Guttman (Ordinal)	1. Praktik baik jika skor 26-38% 2. Praktik kurang jika 13-25

diri anak dan lingkungan	Perawatan ketika anak sakit, Penjagaan anak dan pemberian makanan pada anak)	3. Praktik buruk jika skor 0-12 (Sugiyono, 2010)
3. Perawatan ketika anak sakit		
4. Pemberian makan pada anak		

L. Hipotesis Penelitian

1. Ada perbedaan tingkat kesadaran, motivasi, niat dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting sebelum dan sesudah pemberian informasi oleh tokoh agama pada kelompok kontrol.
2. Ada perbedaan tingkat kesadaran, motivasi, niat dan praktik ibu dalam upaya pencegahan stunting sebelum dan sesudah pemberian informasi melalui komunikasi kultural oleh tokoh agama menggunakan modul pada kelompok intervensi.
3. Ada perbedaan tingkat kesadaran, motivasi, niat dan praktik dalam upaya pencegahan stunting pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.