

## BAB VI PENUTUP

### A. Kesimpulan

Penelitian ini didasari pada kebijakan pemerintah Indonesia tentang *stunting* yang bertujuan untuk membangun manusia Indonesia yang berkualitas. Sudah lebih satu dekade kebijakan pertama tentang *stunting* diterbitkan dan sudah banyak setelahnya kebijakan yang diterbitkan mulai dari tingkat nasional sampai daerah untuk ini mengatasi persoalan ini. Namun, sampai saat ini persoalan *stunting* belum benar-benar terentaskan. Ada banyak penyebabnya gagal suatu kebijakan. Dari beberapa literatur diantara penyebab itu adalah pada implemetasi kebeijakan.

Penelitian ini mencoba fokus megkaji kebijakan itu dari efektivitas implementasi kebijakan pencegahan *stunting* tersebut yang dilakukan di tiga nagari dari tiga kabupaten di Sumatera Barat, yaitu Nagari Sasak (Kabupaten Pasaman Barat), Nagari Malampah (Kabupaten Pasaman), dan Nagari Sungai Nanam (Kabupaten Solok). Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini menempatkan budaya sebagai elemen sentral dalam memahami bagaimana kebijakan diterima, dijalankan, dan dialami oleh pelaksana maupun masyarakat sasaran. Hal yang dibahas bukan hanya apa yang dilakukan oleh pelaksana program, tetapi juga bagaimana program itu dimaknai, ditafsirkan, dan dijalankan dalam konteks kehidupan masyarakat sehari-hari.

Kebijakan pencegahan *stunting* pada dasarnya diarahkan pada dua bentuk intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik (bersifat langsung dan berbasis layanan kesehatan) dan intervensi gizi sensitif (bersifat tidak langsung melalui pemenuhan kebutuhan dasar, sanitasi, pendidikan keluarga, dan pemberdayaan sosial). Efektivitas kebijakan diukur dari tercapainya perubahan perilaku konsumsi gizi dan pola pengasuhan pada kelompok 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), karena fase ini

merupakan periode paling menentukan perkembangan otak, pertumbuhan fisik, dan imunitas tubuh anak.

Namun, hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pencegahan *stunting* di ketiga lokasi penelitian belum efektif. Ketidakefektifan ini terlihat dari beberapa poin utama:

### **1. Pelaksanaan implementasi kebijakan pencegahan *stunting***

Secara administratif dan prosedural, program pencegahan *stunting* telah berjalan sesuai rencana. Program intervensi gizi spesifik rutin dilaksanakan setiap bulannya di posyandu. Bidan desa, kader posyandu dan kader lainnya telah menjalankan tugasnya masing-masing sesuai tupoksinya. Masing-masing pelaksana implementasi sudah mengetahui tugasnya. Kegiatan di posyandu itu di antaranya adalah:

- Pemberian tablet tambah darah kepada ibu hamil,
- Imunisasi dasar bagi balita,
- Pemberian vitamin A dan obat cacing,
- Penimbangan berat dan pengukuran tinggi anak,
- Penyuluhan tentang gizi, kesehatan dasar, dan
- Pelaksanaan kelas ibu hamil.

Namun, data lapangan menunjukkan bahwa keberhasilan administratif tersebut tidak sejalan dengan perubahan perilaku keluarga dalam pemenuhan kebutuhan gizi seimbang. Kegiatan posyandu memperlihatkan bahwa isu gizi telah menjadi bagian dari rutinitas pelayanan, namun belum sepenuhnya diterima sebagai kebutuhan yang bermakna oleh ibu hamil dan orang tua balita. Sejak tahap persiapan hingga akhir pelayanan, fokus utama kegiatan lebih tertuju pada kelancaran alur administrasi dan tindakan medis, sementara komunikasi mengenai gizi berlangsung singkat,

terfragmentasi, dan sering kali berada di posisi sekunder. Hal ini menandakan adanya jarak antara keberhasilan administratif dan keberhasilan substantif program.

## **2. Penerimaan masyarakat terhadap program pencegahan *stunting*.**

Penerimaan kelompok sasaran kebijakan dipengaruhi oleh pengetahuan dan cara petugas menyampaikan program. Penerimaan orang tua terhadap isu gizi tidak hanya terbentuk di ruang posyandu, melainkan berakar pada pengalaman hidup sehari-hari, kebiasaan keluarga, serta cara mereka memahami kesehatan dan pertumbuhan anak. Posyandu menjadi titik temu sementara antara orang tua dan pesan gizi formal, namun makna akhir dari pesan tersebut ditentukan di luar ruang pelayanan, terutama di rumah dan dalam relasi keluarga.

Dalam kehidupan sehari-hari, kesehatan anak dipahami secara fungsional dan kasat mata. Anak dianggap sehat apabila anak tidak rewel, jarang sakit, mau bermain, dan tidak menunjukkan tanda fisik yang mengkhawatirkan. Selama indikator ini terpenuhi, orang tua merasa tidak ada masalah yang mendesak untuk diperbaiki. Konsep gizi seperti kecukupan protein, keseimbangan zat gizi, atau pencegahan masalah pertumbuhan yang tidak menjadi prioritas karena dampaknya tidak langsung terlihat dalam rutinitas harian. Penerimaan terhadap indikator gizi juga bersifat selektif. Berat badan anak diterima sebagai ukuran kesehatan yang relevan karena hasilnya konkret dan mudah dipahami. Sebaliknya, panjang badan dan grafik pertumbuhan tidak memiliki makna praktis sehingga pesan ini diabaikan. Pertumbuhan anak tidak sesuai umurnya atau anak bertubuh pendek tidak ada hubungannya dengan gizi. Anak pendek dipahami hal yang biasa karena keturunan.

Resistensi terhadap isu gizi muncul secara halus dan tidak konfrontatif. Orang tua jarang menolak secara langsung, tetapi menyampaikan keberatan melalui alasan pengalaman pribadi, kebiasaan keluarga, dan perbandingan dengan generasi sebelumnya. Pernyataan seperti “anak saya tetap aktif meskipun makannya begitu” atau “dulu kita dibesarkan dengan makanan sederhana dan tetap sehat” menunjukkan

bahwa pesan gizi dipahami sebagai standar eksternal yang tidak selalu sesuai dengan realitas lokal. Dalam konteks ini, resistensi bukan semata ketidaktahuan, melainkan bentuk negosiasi nilai antara pengetahuan medis dan pengalaman hidup sehari-hari.

Secara keseluruhan, penerimaan orang tua terhadap isu gizi dapat dipahami sebagai penerimaan yang bersifat pragmatis dan selektif. Orang tua menerima aspek pelayanan yang dirasakan langsung manfaatnya dan menegosiasikan atau mengabaikan pesan gizi yang dianggap tidak relevan, merepotkan, atau bertentangan dengan pengalaman mereka. Dalam konteks ini, resistensi nilai bukanlah penolakan terbuka, melainkan cara orang tua mempertahankan otonomi dalam pengasuhan anak. Posyandu, dengan demikian, lebih berfungsi sebagai ruang layanan rutin daripada sebagai arena transformasi pemahaman gizi.

### **3. Budaya Pelaksana Berbeda dengan Budaya Penerima Program**

Penelitian ini menegaskan adanya kesenjangan makna budaya antara pelaksana program dan masyarakat sasaran. Pelaksana program membawa budaya birokratis-rasional pemerintah yang berisi pemikiran-pemikiran ilmiah dalam pemenuhan kebutuhan gizi untuk mencegah *stunting*. masyarakat sasaran berangkat dari budaya pragmatis dan berbasis pengalaman hidup.

Program intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif pada dasarnya untuk memperbaiki kondisi gizi target. Aktivitas menimbang dan mengukur baduta dan balita itu sangat penting untuk mengetahui kondisi gizi anak. Gizi anak dikatakan baik jika hasil pengukuran dan penimbangan badan anak naik sesuai pertambahan umur anak. Sebaliknya, bila hasil timbangan dan pengukuran badan anak tidak naik sejalan pertambahan umur, maka gizi anak dikatakan buruk. Akan tetapi, keadaan itu dimaknai berbeda oleh target. Bagi target timbangan anak tidak naik karena anak susah diberi makan. Oleh karena itu, target setuju makanan anak ditingkatkan tetapi cenderung dari segi kuantitas (bukan dari variasi makanan dan kandungan gizinya karena belum



dipahami). Sementara tubuh anak pendek itu hal biasa karena keturunan, tidak ada kaitannya dengan gizi. Begitu juga dengan tablet tambah darah pada ibu hamil tidak dikonsumsi karena ibu hamil merasa baik-baik saja, dalam artian mereka tidak demam atau sakit sehingga tidak perlu minum obat karena tablet tambah darah dipahami sebagai obat. Perbedaan budaya ini yang mengakibatkan tidak terjadinya perubahan *mindset* masyarakat terhadap makanan bergizi yang tercermin dari perilaku dalam pemenuhan gizinya.

Jadi, kegagalan substantif implementasi kebijakan pencegahan *stunting* yang tidak semata-mata disebabkan oleh keterbatasan sumber daya atau lemahnya sosialisasi program, melainkan oleh ketidaksinkronan makna antara budaya birokrasi pelaksana kebijakan dan sistem makna lokal masyarakat sasaran. Dengan mengintegrasikan teori interaksi kontekstual dan teori budaya simbolik Clifford Geertz, penelitian ini menunjukkan bahwa keberhasilan administratif—seperti terpenuhinya target penimbangan, distribusi tablet tambah darah, dan layanan posyandu—tidak secara otomatis menghasilkan perubahan perilaku gizi, karena pesan kebijakan tidak terinternalisasi ke dalam kerangka makna orang tua tentang kesehatan, pertumbuhan, dan risiko anak. Intervensi gizi dipersepsikan sebagai aktivitas rutin dan simbolik, bukan sebagai kebutuhan mendesak, sehingga penerimaan kebijakan bersifat nominal tanpa transformasi praktik rumah tangga. Dengan demikian, penelitian ini menawarkan perspektif baru dalam studi pembangunan melalui kebijakan kesehatan masyarakat dengan menempatkan makna budaya sebagai variabel kunci yang menjembatani—atau justru memutus—relasi antara *input* kebijakan dan *outcome* perilaku, sebuah aspek yang masih jarang dieksplorasi secara mendalam dalam kajian *stunting* di Indonesia.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang menunjukkan bahwa ketidakefektifan implementasi kebijakan pencegahan *stunting* lebih disebabkan oleh perbedaan makna. Tegasnya kegagalan bukan pada *knowledge transfer*, tetapi pada

*meaning translation*. Berdasarkan hal tersebut saran dapat diberikan kepada pemerintah daerah, pelaksana lapangan, lembaga adat, serta pihak-pihak yang berkepentingan dalam pengembangan kebijakan dan penelitian lanjutan. Seluruh rekomendasi yang disampaikan berangkat langsung dari temuan empiris di ketiga nagari yaitu Sasak, Malampah, dan Sungai Nanam yang menunjukkan kompleksitas hubungan antara kebijakan kesehatan negara dengan struktur budaya masyarakat.

#### 1. Saran untuk Pemerintah Daerah

Pertama, pemerintah perlu meninjau ulang desain kebijakan pencegahan *stunting* agar tidak didominasi oleh pendekatan medis-administratif semata, tetapi mengintegrasikan pendekatan sosial-budaya sebagai komponen inti intervensi. Penelitian ini menunjukkan bahwa program penanggulangan *stunting* telah berjalan sesuai target administratif yaitu imunisasi, pemberian vitamin A distribusi tablet tambah darah, penimbangan dan pengukuran antropometri serta kelas ibu hamil telah dilaksanakan secara rutin namun tidak menghasilkan perubahan perilaku yang signifikan pada tingkat keluarga.

Kedua, indikator keberhasilan kebijakan perlu diperluas dari sekadar capaian kuantitatif (jumlah imunisasi, jumlah ibu yang hadir di kelas, jumlah kunjungan posyandu) menjadi indikator kualitatif yang menilai internalisasi pengetahuan kesehatan dalam keluarga. Indikator yang perlu ditambahkan antara lain: perubahan persepsi ibu tentang makanan bergizi; transformasi pola makan sehari-hari; keterlibatan keluarga luas, terutama nenek atau yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan; serta tingkat kenyamanan dan kepercayaan masyarakat saat berinteraksi dengan petugas. Perubahan indikator ini akan menggeser orientasi program dari “memenuhi target laporan” menjadi “mendorong transformasi makna dan kebiasaan”.

Ketiga, pemerintah daerah perlu menyusun model intervensi pencegahan *stunting* berbasis nagari yang lebih kontekstual. Mengingat setiap nagari memiliki struktur sosial, nilai keluarga, kebiasaan makan, dan interpretasi kesehatan yang

berbeda, maka pendekatan yang seragam (*one size fits all*) berpotensi tidak efektif. Pemerintah daerah dapat memanfaatkan pemetaan sosial-budaya dalam penelitian ini sebagai dasar penyusunan model intervensi kontekstual. Model ini dapat mencakup analisis struktur kekerabatan, peran keluarga besar, persepsi masyarakat terhadap pangan lokal, hingga pola komunikasi antar-generasi. Dengan demikian, kebijakan yang dirancang akan lebih relevan dan memiliki peluang lebih besar untuk diterima oleh komunitas.

Keempat, perangkat kebijakan perlu diarahkan untuk memperkuat kolaborasi dengan lembaga adat, tokoh agama, pemimpin informal, dan kelompok perempuan senior. Temuan penelitian menunjukkan bahwa pengasuhan anak dan kebiasaan makan sering kali mengikuti pola yang diwariskan turun-temurun melalui keluarga luas, sehingga tokoh-tokoh lokal memegang peranan penting dalam legitimasi perubahan perilaku. Pemerintah perlu secara formal melibatkan lembaga tersebut dalam perencanaan, sosialisasi, dan pendampingan keluarga 1.000 HPK sehingga intervensi tidak dipersepsi sebagai instruksi dari luar, tetapi sebagai bagian dari kesepakatan nilai internal komunitas.

## 2. Saran untuk Pelaksana Program di Tingkat Nagari

Pertama, pelaksana program seperti bidan desa, tenaga puskesmas, dan kader posyandu perlu memperoleh pelatihan mengenai kompetensi budaya (*cultural competence*) dan komunikasi empatik. Penelitian membuktikan bahwa cara penyampaian pesan kesehatan yang terlalu normatif, menekan, atau menghakimi menyebabkan sebagian ibu merasa tidak nyaman, malu, atau bahkan enggan datang ke posyandu. Komunikasi yang lebih sensitif, yang menghindari stigmatisasi seperti menyebut anak “kurang gizi” secara langsung, perlu diperkenalkan sebagai standar etis dalam penyuluhan kesehatan. Pelatihan ini harus mencakup kemampuan mendengarkan aktif, memahami konteks kehidupan keluarga, serta teknik konseling yang menekankan penghargaan terhadap pengalaman ibu.

Kedua, pelaksana program perlu mengubah pendekatan penyuluhan dari metode ceramah satu arah menjadi pendekatan dialogis yang memungkinkan masyarakat mengemukakan pengalaman, pertanyaan, dan hambatan mereka secara terbuka. Penyuluhan yang bersifat interaktif akan memberikan ruang bagi petugas untuk memahami makna-makna lokal yang melekat pada kebiasaan makan dan praktik pengasuhan. Dengan memahami logika budaya masyarakat, petugas dapat merumuskan strategi perubahan perilaku yang lebih realistis dan dapat diterima.

Ketiga, perlu dikembangkan metode pendampingan berbasis kunjungan rumah (*home visit*) yang memungkinkan petugas melihat langsung kondisi dapur, pola makan sehari-hari, serta relasi keluarga besar dalam pengambilan keputusan. Pendekatan ini memiliki potensi besar untuk menjembatani perbedaan nilai antara petugas dan keluarga, sekaligus memberikan edukasi yang lebih alami dalam konteks kehidupan sehari-hari keluarga.

Keempat, pelaksana program perlu menggunakan contoh pangan lokal sebagai materi edukasi. Banyak ibu yang memahami makanan bergizi hanya sebagai makanan mahal atau makanan kota, sehingga terjadi kesenjangan antara pesan kesehatan dan realitas ekonomi keluarga. Dengan menggunakan contoh seperti ikan lokal, daun singkong, talas, ubi, atau kacang-kacangan yang tersedia di sekitar nagari, edukasi gizi akan lebih kontekstual dan mudah diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

Kelima, pelaksana program perlu secara aktif mengundang dan melibatkan nenek serta tokoh perempuan senior dalam kelas ibu hamil dan kelas balita. Penelitian menunjukkan bahwa keputusan mengenai makanan sering kali bukan hanya ditentukan oleh ibu, melainkan oleh keluarga luas. Melibatkan mereka secara langsung akan mempermudah internalisasi nilai kesehatan dalam jaringan sosial rumah tangga.

### 3. Saran untuk Lembaga Adat, Tokoh Agama, dan Komunitas Lokal

Pertama, lembaga adat perlu memainkan peran lebih aktif dalam menyosialisasikan pentingnya gizi seimbang dan pola pengasuhan sehat berdasarkan



perspektif nilai-nilai adat. Dalam masyarakat Minangkabau, nilai-nilai seperti musyawarah, *duduak samo rendah*, dan kebersamaan dalam keluarga besar dapat dijadikan dasar untuk membangun kesadaran kolektif tentang pentingnya kesehatan generasi penerus. Melibatkan unsur adat akan memperkuat legitimasi pesan kesehatan dan memperluas jangkauan pengaruh program.

Kedua, tokoh agama perlu terlibat dalam mengaitkan pesan kesehatan dengan nilai-nilai keagamaan. Kajian kesehatan dalam perspektif Islam, misalnya, dapat menjadi acuan untuk mendorong keluarga memahami bahwa pemenuhan gizi anak adalah bagian dari tanggung jawab moral dan spiritual. Pendekatan ini dapat meminimalkan resistensi sekaligus memperkuat penerimaan masyarakat terhadap pesan kesehatan.

Ketiga, komunitas lokal perlu diberdayakan untuk menghidupkan kembali solidaritas sosial terkait pemenuhan kebutuhan keluarga 1.000 HPK. Misalnya melalui arisan gizi, dapur sehat nagari, atau kelompok belajar keluarga muda. Penguatan jejaring sosial ini penting untuk memastikan bahwa perubahan perilaku tidak hanya bergantung pada petugas kesehatan, tetapi juga didukung oleh lingkungan sosial tempat keluarga hidup.

#### 4. Saran Akademik dan Pengembangan Penelitian Lanjutan

Dari sisi akademik penelitian lanjutan perlu diarahkan untuk mengembangkan model intervensi sosial-budaya yang dapat diuji di berbagai nagari. Model ini akan berfungsi sebagai panduan bagi pemerintah daerah dalam merancang program pencegahan *stunting* yang sensitif budaya, dan dapat menjadi kontribusi penting bagi literatur kebijakan kesehatan.

Secara keseluruhan, saran-saran ini menegaskan bahwa keberhasilan intervensi pencegahan *stunting* tidak dapat dicapai hanya melalui pendekatan medis dan administratif, tetapi memerlukan integrasi intervensi sosial-budaya yang mampu menjembatani perbedaan nilai antara petugas kesehatan dan masyarakat. Perubahan

perilaku keluarga merupakan proses sosial yang membutuhkan kesabaran, dialog, empati, serta pelibatan aktif seluruh elemen komunitas. Dengan menempatkan masyarakat sebagai mitra pengetahuan dan bukan sekadar objek kebijakan, pemerintah dan pelaksana program dapat mendorong transformasi yang lebih bermakna dan berkelanjutan dalam upaya pencegahan *stunting* di Sumatera Barat dan Indonesia secara umum.

