

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Permasalahan *stunting* merupakan salah satu isu kesehatan yang mendapat perhatian serius karena dampaknya yang luas terhadap kualitas sumber daya manusia. Kondisi ini tidak, penanganan *stunting* menjadi bagian penting dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara berkelanjutan (*World Health Organization*, 2020). hanya berkaitan dengan gangguan pertumbuhan fisik anak, tetapi juga berpengaruh terhadap perkembangan kognitif, kemampuan belajar, serta produktivitas di masa depan. *Stunting* juga berkontribusi terhadap meningkatnya risiko penyakit tidak menular ketika dewasa, sehingga menjadi persoalan yang bersifat jangka panjang.

Istilah *stunting* merujuk pada keadaan di mana pertumbuhan fisik dan perkembangan otak anak terganggu akibat kekurangan nutrisi dalam jangka panjang, sehingga anak memiliki tinggi badan lebih rendah dibandingkan teman seusianya serta mengalami keterlambatan dalam proses berpikir (Anjani et al., 2024: 63). Definisi ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO), yang menyatakan bahwa *stunting* merupakan masalah pertumbuhan dan perkembangan anak yang dipengaruhi oleh kekurangan gizi, infeksi berulang, serta kurangnya rangsangan psikososial. Dalam pengukurannya, WHO menggunakan indikator tinggi badan menurut umur (*Height-for-Age*) yang dibandingkan dengan

standar pertumbuhan anak secara global. Seorang anak dikategorikan mengalami *stunting* apabila memiliki nilai *Z-score* kurang dari -2 standar deviasi (SD) dari median kurva pertumbuhan WHO (*World Health Organization*, 2006).

Kondisi ini pada dasarnya menunjukkan kegagalan tumbuh akibat kekurangan gizi kronis yang berlangsung dalam waktu lama, terutama sejak masa kehamilan hingga anak berusia dua tahun, yang dikenal sebagai periode emas atau 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Proses terjadinya *stunting* bahkan telah dimulai sejak dalam kandungan, ketika ibu mengalami kekurangan asupan gizi makro dan mikro yang berdampak pada pertumbuhan janin. Setelah kelahiran, kondisi ini dapat diperparah oleh pola makan yang tidak seimbang, tidak optimalnya pemberian ASI eksklusif, serta paparan infeksi berulang seperti diare atau ISPA. Akumulasi berbagai faktor tersebut menyebabkan gangguan pertumbuhan linier yang bersifat permanen, yang umumnya mulai tampak jelas setelah anak berusia dua tahun, ditandai dengan tinggi badan yang jauh berada di bawah standar usianya (Kemenkes RI, 2018).

Stunting di Indonesia kini menjadi salah satu indikator utama dalam pembangunan nasional, khususnya terkait dengan kualitas sumber daya manusia (SDM). Prevalensi *stunting* yang tinggi tidak hanya berdampak pada kesehatan dan tumbuh kembang anak, tetapi juga menimbulkan kerugian ekonomi yang signifikan, seperti penurunan produktivitas dan kualitas angkatan kerja di masa depan. Oleh karena itu, penurunan *stunting* telah ditetapkan sebagai program prioritas nasional melalui berbagai inisiatif strategis, termasuk Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun

2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*. Lebih jauh, upaya tersebut diperkuat melalui penyusunan Strategi Nasional Percepatan Pencegahan dan Penurunan *Stunting* (Stranas P3S) 2025–2029 yang menjadi bagian dari visi besar Indonesia Emas 2045, di mana peningkatan kualitas SDM ditempatkan sebagai pilar utama daya saing bangsa. Pengarusutamaan *stunting* sebagai isu pembangunan ini sejalan dengan target global *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya Tujuan ke-2, yaitu mengakhiri kelaparan dan mencapai ketahanan pangan, serta Tujuan ke-3, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan sejahtera untuk semua usia (Kementerian Perencana Pembangunan Nasional, 2020).

Berdasarkan hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024, prevalensi *stunting* di Indonesia tercatat sebesar 19,8%, menurun dari 21,5% pada tahun sebelumnya. Penurunan ini memang menjadi capaian penting, tetapi angka tersebut masih tergolong tinggi karena hampir satu dari lima anak balita mengalami *stunting*. Pemerintah menargetkan angka ini dapat ditekan menjadi 18,8% pada 2025 dan 14,2% pada 2029. Data tersebut memperlihatkan bahwa *stunting* tetap menjadi masalah mendesak yang menuntut perhatian serius, sekaligus menunjukkan tantangan besar bagi pemerintah dalam memastikan tumbuh kembang anak yang sehat (Kemenkes RI, 2025).

Sebagai bentuk keseriusan dalam menurunkan angka *stunting*, pemerintah Indonesia melalui Strategi Nasional Percepatan Pencegahan dan Penurunan *Stunting* (Stranas P3S) 2025–2029 menjalankan dua bentuk intervensi utama, yaitu intervensi

gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik diarahkan pada penyebab langsung *stunting* dalam masa kritis 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), dengan sasaran utama remaja putri, ibu hamil, dan anak balita melalui program seperti pemberian tablet tambah darah, peningkatan pemeriksaan kehamilan, pemberian ASI eksklusif, MP-ASI bergizi, imunisasi lengkap, serta pemantauan pertumbuhan anak. Sementara itu, intervensi gizi sensitif ditujukan pada akar penyebab *stunting* yang bersifat tidak langsung, seperti akses air bersih, sanitasi layak, bantuan pangan, edukasi pola asuh, serta pembangunan lingkungan dan perumahan sehat melalui keterlibatan lintas sektor di luar kesehatan. Kedua pendekatan ini dirancang secara holistik dan berkelanjutan untuk mendukung target pemerintah menurunkan prevalensi *stunting* menjadi 14,4% pada tahun 2029, serta 5% pada tahun 2045 sebagai bagian dari visi Indonesia Emas 2045, yang menempatkan kualitas sumber daya manusia sebagai kunci daya saing nasional (Kemenkes RI, 2024).

Kebijakan *stunting* tidak hanya hadir dalam intervensi spesifik dan sensitif, tetapi juga melalui intervensi yang bersifat koersif. Misalnya, keluarga yang memiliki anak dengan status *stunting* diwajibkan mengikuti program tertentu. Keterkaitan antara program *stunting* dan akses bantuan sosial semakin memperlihatkan bagaimana negara menggunakan mekanisme insentif-sanksi untuk mendorong kepatuhan masyarakat. Hal ini tampak dalam Program Keluarga Harapan (PKH) yang dirancang sebagai *conditional cash transfer*, yakni bantuan tunai yang diberikan kepada rumah tangga miskin dengan syarat tertentu, terutama dalam pemenuhan

kewajiban di bidang kesehatan dan pendidikan. Dalam kesehatan, keluarga penerima manfaat (KPM) diwajibkan membawa ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan rutin, memantau pertumbuhan balita di posyandu, serta memastikan anak mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Apabila syarat ini tidak dipenuhi, maka keluarga berisiko kehilangan hak atas bantuan yang diterima (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2017). Prinsip bantuan tunai bersyarat ini menunjukkan bahwa akses terhadap dukungan sosial tidak netral, melainkan terkait erat dengan upaya pendisiplinan ibu dan anak sesuai dengan standar kesehatan negara.

Hal ini menunjukkan bahwa, isu *stunting* dapat dipahami sebagai arena kuasa di mana tubuh ibu dan anak dijadikan sasaran intervensi negara. Program *stunting* membentuk konstruksi tertentu tentang anak yang tidak sesuai standar pertumbuhan medis dilabeli *stunting*. Proses ini menunjukkan adanya mekanisme pendisiplinan melalui pemantauan rutin, pencatatan data, dan evaluasi kesehatan. Dengan cara ini, baik ibu maupun anak dibentuk menjadi *docile bodies* yang diharapkan sesuai dengan konstruksi kesehatan versi negara (Rahmaniah et al., 2025: 279). Tubuh ibu dan anak diawasi secara sistematis lewat alat ukur seperti Kartu Kembang Anak, grafik pertumbuhan WHO, dan banyak lainnya. Alat-alat ini sebenarnya juga menjadi teknologi kuasa terkait kategori mana yang dianggap normal dan abnormal. Anak yang berat atau tingginya di bawah standar langsung diberi label *stunting*. Dari label itu muncul berbagai intervensi lanjutan, dan posisinya ibu jadi pihak yang harus dibimbing dan diawasi. Pendisiplinan program *stunting* juga terlihat dari cara negara

membentuk ibu ideal. Lewat penyuluhan dan konseling, negara mencoba untuk membuat standar tentang bagaimana ibu seharusnya merawat anak.

Dalam kerangka Michel Foucault, fenomena ini dapat dipahami sebagai bentuk biopolitik, yaitu upaya negara mengelola kehidupan biologis populasi. Biopolitik merupakan bentuk kuasa yang bekerja melalui berbagai pendisiplinan tubuh untuk menghasilkan populasi yang dianggap sehat dan produktif (Foucault, 2008: 317). Sejalan dengan itu, Filipe (2014: 2) menjelaskan bahwa biopolitik merujuk pada cara negara mengelola aspek-aspek kehidupan biologis populasi, seperti kesehatan, kelahiran, dan kematian. Dalam kebijakan *stunting*, negara tidak hanya berupaya menurunkan angka *stunting*, tetapi juga membentuk standar tertentu mengenai kesehatan anak yang kemudian menjadi acuan bagi masyarakat (Maulina, 2013: 147). Akibatnya, orang tua berada dalam relasi baru dengan berbagai bentuk pengetahuan medis yang diperkenalkan melalui program *stunting*.

Namun, kekuasaan tidak semata-mata berasal dari negara. Kekuasaan juga hadir dalam kehidupan sehari-hari melalui berbagai pengetahuan yang digunakan masyarakat untuk memahami realitas di sekitarnya. Kebudayaan dapat dipahami sebagai salah satu arena tempat kekuasaan bekerja. Ward Goodenough menjelaskan bahwa kebudayaan merupakan sistem kognitif yang tersusun atas pola-pola pengetahuan yang dimiliki bersama oleh anggota masyarakat (Keesing, 1999: 68). Pola-pola pengetahuan tersebut menjadi perangkat berpikir yang digunakan masyarakat untuk memahami dan menafsirkan terhadap berbagai pengalaman sosial, termasuk dalam memandang program *stunting* yang dijalankan pemerintah. Sebab

itu, masyarakat tidak diposisikan semata-mata sebagai penerima kebijakan, melainkan juga memiliki pengetahuan yang memengaruhi cara mereka memahami program *stunting*. Pengetahuan yang dimiliki masyarakat tersebut tidak hanya berada pada ranah pemikiran, tetapi juga terlihat dalam berbagai tindakan yang berkaitan dengan kesehatan anak.

Melalui cara inilah, kekuasaan negara bekerja tidak hanya di ranah ide, tetapi juga dalam aktivitas sehari-hari, seperti melalui program *stunting* yang mendefinisikan siapa yang *stunting*. Seorang anak yang berat badan dan tinggi badannya tidak sesuai kurva pertumbuhan dianggap *stunting* dan keluarganya kemudian diarahkan untuk mengikuti berbagai program intervensi kesehatan yang telah ditetapkan pemerintah, seperti penimbangan rutin di posyandu, pemberian makanan tambahan (PMT), dan imunisasi. Ibu yang tidak membawa anaknya ke posyandu sering kali dianggap lalai dalam memenuhi tanggung jawabnya sebagai orang tua, bahkan dapat mendapat teguran dari petugas kesehatan atau menghadapi kesulitan seperti keterlambatan dalam mengakses bantuan sosial.

Prevalensi *stunting* di Provinsi Sumatera Barat dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan pola yang fluktuatif. Berdasarkan data SSGI, pada tahun 2021 angka *stunting* tercatat sebesar 23,3%, meningkat menjadi 25,2% pada 2022, lalu menurun kembali menjadi 23,6% pada 2023 menurut Survei Kesehatan Indonesia (SKI). Kemudian mengalami kenaikan pada tahun 2024 tercatat berada di angka 24,9%. Data SSGI 2024 memperlihatkan variasi yang cukup lebar antar kabupaten/kota di Sumatra Barat. Prevalensi tertinggi berada di Pasaman Barat (35,5%), Kepulauan Mentawai

(32,0%), dan Solok Selatan (31,7%), sedangkan yang terendah berada di Kota Bukittinggi (16,8%), Kota Padang Panjang (16,8%), dan Kota Payakumbuh (17,8%). Dalam hal ini, Kota Sawahlunto mencatat prevalensi stunting sebesar 13,7% yang menempatkannya pada kategori rendah Meskipun tidak termasuk wilayah dengan prevalensi tertinggi, angka tersebut masih jauh di atas target nasional, sehingga menunjukkan bahwa *stunting* di Sawahlunto merupakan persoalan serius.

Pemerintah menunjukkan komitmen serius dalam menangani masalah *stunting* dengan menerbitkan Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*. Peraturan ini menjadi dasar hukum pelaksanaan Strategi Nasional Percepatan Penurunan *Stunting* yang telah mulai dijalankan tahun 2018. Tujuan utamanya adalah memperkuat intervensi yang diperlukan serta kelembagaan dalam upaya percepatan penurunan angka *stunting*. Strategi penurunan ini diterjemahkan ke dalam Rencana Aksi Nasional (RAN) berdasarkan *Lima Pilar Percepatan Penurunan Stunting*, dengan pendekatan berbasis keluarga berisiko untuk memastikan konvergensi program secara efektif. Kota Sawahlunto melalui SABESTI (Sawahlunto Bebas *Stunting*), yang menjadi bentuk konkret kolaborasi pemerintah daerah dalam mendukung target nasional penurunan *stunting* melalui berbagai intervensi terintegrasi (Barenlitbangda Kota Sawahlunto, 2023).

Berdasarkan data tahun 2024 dari Dinas Kesehatan Kota Sawahlunto, tercatat bahwa kasus *stunting* bervariasi di setiap kecamatan. Kecamatan Barangin menjadi wilayah dengan angka tertinggi mencapai 68 kasus, disusul Kecamatan Talawi

dengan 55 kasus, kemudian Kecamatan Silungkang dengan 32 kasus, dan Kecamatan Lembah Segar sebagai yang terendah dengan 55 kasus. Kecamatan Barangin menjadi kecamatan dengan angka *stunting* yang paling tinggi.

Desa Lumindai yang terletak di Kecamatan Barangin, Kota Sawahlunto, merupakan salah satu wilayah yang menjadi perhatian dalam penanganan *stunting*. Hal ini dibuktikan dengan penetapan Desa Lumindai sebagai lokasi prioritas penanganan *stunting* melalui Keputusan Walikota Sawahlunto Nomor: 188.45/145/WAKO-SWL/2022. Penetapan tersebut menunjukkan adanya perhatian pemerintah terhadap kondisi kesehatan masyarakat di wilayah tersebut, khususnya terkait permasalahan *stunting*.

Sejalan dengan itu, data dari Posyandu Desa Lumindai menunjukkan bahwa jumlah balita yang mengalami *stunting* masih tergolong tinggi dan cenderung mengalami peningkatan dalam beberapa tahun terakhir. Untuk lebih jelasnya, data tersebut disajikan pada tabel berikut:

Tabel 1. Data Balita *Stunting* di Desa Lumindai 2022-2026

Balita <i>Stunting</i> di Desa Lumindai 2022-2026				
2022	2023	2024	2025	2026
19	19	24	24	24

Sumber: Data Posyandu Desa Lumindai Tahun 2022-2026

Berdasarkan data tersebut, terlihat bahwa jumlah balita *stunting* mengalami peningkatan dari tahun 2023 ke 2024, yaitu dari 19 menjadi 24 balita, dan tetap berada pada angka yang sama hingga tahun 2026. Kondisi ini menunjukkan bahwa

permasalahan *stunting* di Desa Lumindai masih belum benar-benar selesai dan masih butuh intervensi secara terus-menerus. Lebih lanjut, kondisi ini tidak terlepas dari kondisi sosial-ekonomi warga Desa Lumindai yang memang rentan. Kebanyakan penduduknya bekerja sebagai petani dan buruh harian lepas. Akses mereka ke makanan bergizi dan layanan kesehatan yang layak juga masih terbatas. Kondisi ini yang membuat angka *stunting* di Desa Lumindai masih tinggi.

Pada tahap awal pelaksanaan program penanganan *stunting* di Desa Lumindai, upaya yang dilakukan dimulai melalui kegiatan sosialisasi. Sosialisasi ini difasilitasi dalam forum Rembuk *Stunting* 2022 yang melibatkan berbagai pihak pelaksana program seperti pemerintah desa, tenaga kesehatan, dan kader. Dalam forum tersebut dibahas kondisi *stunting* di desa serta intervensi yang akan dijalankan. Setelah itu, sosialisasi kepada masyarakat dilakukan secara berkelanjutan melalui kegiatan posyandu yang menjadi ruang utama penyampaian informasi terkait *stunting*, baik kepada ibu balita maupun ibu hamil.

Berdasarkan hasil penelitian, bentuk program yang dijalankan terbagi ke dalam intervensi spesifik dan intervensi sensitif. Intervensi spesifik lebih diarahkan langsung pada kondisi anak dan ibu sebagai sasaran utama. Salah satu kegiatan utamanya adalah pelaksanaan posyandu yang dilakukan setiap bulan. Dalam pelaksanaannya, posyandu secara tidak langsung menjadi ruang di mana proses pendisiplinan berlangsung, terutama melalui pemantauan rutin dan keterlibatan aktif ibu dalam setiap kegiatan.

Dalam kegiatan ini, terdapat alur yang cukup terstruktur, dimulai dari pencatatan di meja registrasi oleh kader, seperti nama ibu dan anak, kemudian dilanjutkan dengan pengukuran tinggi menggunakan stadiometere dan berat badan balita menggunakan timbangan digital atau dacin. Proses ini bukan hanya bertujuan untuk mengetahui kondisi fisik anak, tetapi juga membentuk kebiasaan pemantauan yang berulang dan teratur terhadap tubuh anak setiap bulannya. Hasil pengukuran tersebut dicatat dalam Kartu Kembang Anak (KKA) yang memuat grafik pertumbuhan, sehingga perkembangan anak dapat terus diawasi dari waktu ke waktu. Jika berat badan anak tidak mengalami kenaikan dalam beberapa periode, kondisi tersebut oleh kader disebut sebagai 2T, yang secara tidak langsung menjadi penanda bahwa terdapat ketidaksesuaian dari standar pertumbuhan yang diharapkan.

Setelah proses ini, ibu kemudian diarahkan untuk berkonsultasi dengan bidan dari Puskesmas Kolok. Pada tahap ini, bidan memberikan penjelasan mengenai kondisi anak, termasuk ketika anak teridentifikasi mengalami *stunting*, yang dipahami sebagai kondisi pertumbuhan tinggi badan dan berat badan yang tidak optimal. Berdasarkan kondisi tersebut, bidan kemudian memberikan arahan terkait pola makan, serta hal-hal yang perlu diperhatikan guna mendukung perbaikan pertumbuhan anak. Salah satu anjuran yang sering disampaikan secara berulang adalah pentingnya pemberian makanan yang memenuhi prinsip 4 sehat 5 sempurna bagi anak.

Selain kegiatan posyandu, terdapat pula pelaksanaan kegiatan gizi yang terdiri dari beberapa bentuk. Salah satunya adalah pemberian makanan bergizi, kegiatan ini ditujukan bagi balita yang hasil pemantauannya menunjukkan kondisi bermasalah. Meskipun tidak dilakukan secara rutin, intervensi ini tetap menjadi bagian dari upaya pengaturan pola konsumsi anak, terutama bagi keluarga yang dianggap membutuhkan perhatian khusus. Selanjutnya, terdapat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang dilaksanakan setiap selesai kegiatan posyandu, di mana kader menyediakan berbagai menu makanan bagi balita. Selain itu, terdapat bantuan makanan bergizi khusus bagi anak yang telah dikategorikan *stunting*, berupa susu UHT dan telur yang diberikan kepada keluarga sasaran dalam jangka waktu tertentu, yaitu selama 60 hari dalam satu tahun. Dalam pelaksanaannya, bantuan ini juga seringkali diikuti dengan anjuran terkait cara konsumsi, sehingga keluarga tidak hanya menerima bantuan, tetapi juga diarahkan dalam penggunaannya.

Kegiatan lain yang juga ditemukan adalah penyuluhan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, khususnya ahli gizi dari Puskesmas Kolok. Materi yang disampaikan mencakup stimulasi tumbuh kembang anak, pentingnya vitamin, pemberian obat cacing, serta pemanfaatan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Penyuluhan ini biasanya dilakukan bersamaan dengan kegiatan posyandu sehingga ibu dapat langsung menerima informasi setelah mengikuti pemeriksaan anak. Dalam kondisi seperti inilah, edukasi berperan sebagai sarana untuk membentuk pengetahuan ibu agar sesuai dengan standar kesehatan yang dianjurkan.

Selain intervensi spesifik dan sensitif, upaya penanganan *stunting* di Desa Lumindai juga beririsan dengan program bantuan sosial yang menysasar keluarga dengan ibu hamil dan anak balita. Berdasarkan hasil penelitian, terdapat lima keluarga dengan anak berstatus *stunting* yang tercatat sebagai penerima bantuan PKH..Sejak awal menerima bantuan, ibu telah diberitahu bahwa membawa anak ke posyandu menjadi bagian dari kewajiban. Kehadiran di posyandu berkaitan dengan keberlanjutan bantuan yang diterima. Dalam hal ini, keterikatan tersebut menghadirkan bentuk relasi kuasa, di mana kepatuhan terhadap prosedur kesehatan menjadi bagian dari persyaratan yang harus dipenuhi.

Program pencegahan *stunting* di Desa Lumindai umumnya merujuk pada standar pertumbuhan anak yang ditetapkan oleh *World Health Organization (WHO)* melalui *WHO Growth Standards*. Standar ini disusun berdasarkan populasi rujukan tertentu yang belum tentu sepenuhnya merepresentasikan keragaman biologis anak-anak di berbagai wilayah dunia. Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan *WHO Growth Standards* berpotensi menghasilkan klasifikasi berlebihan (*over-diagnosis*) terhadap kondisi *stunting* dan *wasting*, terutama pada anak-anak di kawasan Asia, termasuk kelompok etnis Melayu, yang secara biologis cenderung memiliki postur tubuh lebih ramping dan berat badan lebih rendah dibandingkan populasi rujukan WHO (Ong et al., 2013: 486). Dengan begitu, ukuran kesehatan anak yang berbasis indikator antropometri global tidak selalu sejalan dengan realitas biologis masyarakat setempat.

Dalam masyarakat Minangkabau, kesehatan anak dipahami melalui perpaduan antara kondisi fisik, kemampuan beraktivitas, serta stimulasi budaya yang melibatkan keluarga besar. Konsep anak yang sehat tidak semata-mata dilihat dari ketiadaan penyakit secara medis, tetapi juga dari kesiapan anak untuk tumbuh menjadi individu yang mandiri dan berkarakter sesuai dengan falsafah *Adat Basandi Syarak, Syarak Basandi Kitabullah* (Refalis & Rahmi, 2021). Secara budaya Minangkabau, anak yang sehat adalah anak yang mampu beraktivitas dengan baik dalam kehidupan sehari-hari, memiliki ketahanan fisik terhadap lingkungan, serta memperoleh keseimbangan antara aspek jasmani dan batin. Beberapa kegiatan budaya menjadi bagian penting dalam menstimulasi perkembangan anak, baik secara motorik maupun emosional. Selain itu, kesehatan anak juga dijaga melalui penggunaan tanaman obat serta tradisi (Hidayati & Amelia, 2020).

Pandangan serupa juga dapat ditemukan pada masyarakat Lumindai yang memiliki pengetahuan tersendiri dalam memahami kesehatan anak. Dalam ungkapan sehari-hari, misalnya, dikenal istilah *anak rancak* untuk menandai anak yang tumbuh dengan baik. Penilaian tersebut tidak didasarkan pada ukuran tinggi badan atau indikator medis semata, melainkan pada keseharian anak dan kondisi fisik anak, seperti tidak pucat, aktif bermain, jarang sakit, serta memiliki nafsu makan yang baik. Kondisi ini sejalan dengan upaya masyarakat dalam membentuk keseimbangan aspek jasmani dan batin, yang diwujudkan melalui tradisi yang ada di Lumindai seperti tradisi turun mandi, *baparabun*, *parasan ampek angkek* dan banyak lainnya. Situasi

ini menunjukkan adanya perbedaan mendasar antara cara masyarakat Lumindai dan program *stunting* dalam mendefinisikan kesehatan anak.

Penelitian mengenai *stunting* di Indonesia telah banyak dilakukan, salah satunya oleh Adriany dan Tesar (2022) yang menunjukkan bahwa *stunting* merupakan persoalan multidimensional yang tidak hanya berkaitan dengan aspek kesehatan, tetapi juga dibentuk melalui wacana kebijakan dan pengasuhan. Dengan menggunakan perspektif biopolitik, penelitian tersebut mengungkap bahwa *stunting* secara halus mendisiplinkan orang tua, guru, dan anak melalui intervensi berbasis individu. Kemudian, sejumlah penelitian terdahulu mengaitkan *stunting* dengan faktor budaya. Misalnya, Selva dan Karjoso (2021: 45) menekankan bahwa konstruksi sosial-budaya setempat sering kali melanggengkan praktik pengasuhan yang tidak adaptif terhadap pemenuhan gizi, sementara Wahyu dkk. (2022: 112) secara spesifik menunjukkan bagaimana nilai-nilai adat dan tabu makanan tradisional dalam masyarakat Batak membatasi aksesibilitas pangan bergizi pada balita. Namun, analisis yang semata-mata berbasis budaya sebagai penyebab cenderung menutup dimensi lain yang tidak kalah penting, yaitu bagaimana kebijakan intervensi *stunting* itu sendiri hadir dalam ruang sosial masyarakat.

Oleh karena itu, penelitian ini menawarkan kebaruan melalui pendekatan etnografi kritis untuk menelusuri bagaimana kebijakan mengadirkan relasi kuasa dalam implementasinya. Keterbatasan dalam penelitian sebelumnya inilah yang kemudian membuka ruang penting untuk melakukan pembacaan yang lebih kritis

terhadap wacana *stunting* di Desa Lumindai. Desa Lumindai sendiri menarik untuk diteliti karena masyarakatnya yang masih memegang kuat nilai adat. Penelitian ini bertujuan membongkar bagaimana kebijakan *stunting* mendisiplinkan tubuh ibu dan anak di Desa Lumindai, Kecamatan Barangin, Kota Sawahlunto.

B. Rumusan Masalah

Program percepatan penurunan *stunting* yang dijalankan pemerintah bertujuan untuk memperbaiki gizi anak dan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Namun, dalam kerangka pemikiran Michel Foucault, kebijakan ini dapat dimaknai sebagai bentuk pendisiplinan yang secara halus diarahkan kepada keluarga agar mengikuti berbagai kegiatan yang telah ditentukan negara. Melalui posyandu, pemeriksaan kehamilan, hingga penyuluhan gizi, masyarakat diajak untuk aktif dalam sistem kesehatan yang telah diatur sedemikian rupa. Setiap bulan data kesehatan dicatat, anak ditimbang dan diukur, sementara ibu didorong untuk hadir secara rutin. Proses ini menciptakan pola pendisiplinan yang terus-menerus dan membentuk keterlibatan masyarakat dalam kerangka kesehatan yang ditetapkan pemerintah.

Sementara masyarakat sebenarnya memiliki pengetahuan lokal yang telah lama menjadi dasar dalam menilai kesehatan anak. Di Desa Lumindai, misalnya, dikenal istilah *anak rancak* untuk menggambarkan anak yang sehat dengan ciri tidak pucat, aktif, dan memiliki nafsu makan baik. Oleh karena itu, penting untuk melihat bagaimana mekanisme pendisiplinan negara melalui program kesehatan di Desa Lumindai bertemu dengan pengetahuan lokal yang telah ada.

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana intervensi *stunting* bekerja sebagai mekanisme pendisiplinan terhadap tubuh ibu dan anak di Desa Lumindai?
2. Bagaimana relasi kuasa antara para aktor pelaksana program (tenaga kesehatan dan pemerintah desa) dengan warga masyarakat pemanfaat program (keluarga yang memiliki anak *stunting*) terjalin melalui implementasi program *stunting* di Desa Lumindai?

C. Tujuan Penelitian

1. Menjelaskan bagaimana intervensi *stunting* bekerja sebagai mekanisme pendisiplinan terhadap tubuh ibu dan anak di Desa Lumindai.
2. Menjelaskan bagaimana relasi kuasa antara para aktor pelaksana program (tenaga kesehatan dan pemerintah desa) dengan warga masyarakat pemanfaat program (keluarga yang memiliki anak *stunting*) terjalin melalui implementasi program *stunting* di Desa Lumindai.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah dalam pengembangan kajian antropologi, khususnya pada cabang Antropologi Kesehatan dari perspektif kritis. Dengan menempatkan *stunting* sebagai bentuk biopolitik di mana negara mengatur kehidupan biologis masyarakat melalui program kesehatan, penelitian ini memperkaya literatur ilmiah mengenai hubungan antara kesehatan,

kekuasaan, dan budaya. Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi bagi mahasiswa, peneliti, maupun akademisi yang tertarik menelusuri isu kesehatan melalui kerangka kritis, serta membuka ruang bagi kajian lintas disiplin.

2. Manfaat Praktis

Secara praktis, penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran bagi penulis dalam memahami bagaimana program *stunting* menghadirkan relasi antara aktor pelaksana program dengan masyarakat penerima manfaat. Selain itu, temuan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam melihat pelaksanaan program *stunting* agar lebih memperhatikan kondisi sosial masyarakat. Dalam pelaksanaannya, penting untuk tidak hanya menekankan pada capaian angka, tetapi juga memahami situasi yang dihadapi oleh keluarga. Hal ini dapat untuk menghindari praktik yang dapat menimbulkan tekanan atau stigma.

E. Tinjauan Pustaka

Dalam setiap penelitian sosial, tinjauan teoritis serta kajian penelitian terdahulu memiliki posisi yang sangat penting sebagai pijakan konseptual untuk memahami persoalan yang dikaji. Tinjauan teoritis berperan sebagai landasan berpikir yang menuntun arah analisis dan membantu peneliti menafsirkan fenomena secara lebih komprehensif. Melalui pemanfaatan teori-teori yang relevan, peneliti dapat menempatkan permasalahan penelitian dalam lingkup yang lebih luas. Sementara itu, telaah terhadap penelitian terdahulu memberikan gambaran mengenai perkembangan pengetahuan di bidang yang sama. Kajian ini membantu peneliti, mengidentifikasi kesenjangan penelitian (*research gap*). Dengan demikian, peneliti dapat

mengembangkan pertanyaan dan fokus penelitian yang lebih tajam, sekaligus menghindari duplikasi kajian yang sudah ada. Berdasarkan hal tersebut, tinjauan pustaka dalam penelitian ini dibagi ke dalam dua bagian utama, yaitu tinjauan teoritis dan penelitian terdahulu.

1. Tinjauan Teoritis

Penelitian ini bertolak dari kerangka biopolitik Michel Foucault untuk menjembatani operasionalisasi landasan teori yang digunakan, peneliti juga mendiskusikan beberapa teori mikro dari beberapa hasil penelitian terdahulu yang kiranya makin dapat membantu mendekatkan penghampiran empiris dari penelitian ini.

Michel Foucault menekankan bahwa kekuasaan modern tidak semata-mata bekerja melalui paksaan atau represi, melainkan melalui mekanisme yang halus, produktif, dan menyebar ke berbagai aspek kehidupan sehari-hari. Kekuasaan dalam hal ini tidak hanya menindas, tetapi juga membentuk cara manusia berpikir, bertindak, bahkan mendefinisikan dirinya sendiri. Mekanisme halus kekuasaan yang membentuk tubuh dan perilaku manusia inilah yang kemudian, menurut Foucault, bekerja melalui suatu bentuk pengaturan kehidupan yang disebut *biopolitic*. Biopolitik menurut Foucault (1978:196) merupakan strategi kekuasaan modern yang mengatur kehidupan (*the politics of life*) melalui regulasi atas tubuh, kesehatan, reproduksi, dan populasi. Artinya, negara tidak hanya mengatur individu, tetapi juga populasi secara keseluruhan dengan tujuan menciptakan masyarakat yang sehat, produktif, dan sesuai dengan standar tertentu.

Melalui karyanya *Discipline and Punish* (1975: 138), Foucault menulis bahwa disiplin merupakan mekanisme kekuasaan yang bekerja secara halus namun mendalam untuk mengatur tubuh manusia. Disiplin tidak sekedar melarang atau menghukum, tetapi juga memproduksi *docile bodies*, yaitu tubuh yang dapat dilatih, diawasi, digunakan, dan ditundukkan sesuai kebutuhan institusi sosial seperti sekolah, militer, rumah sakit, maupun penjara. Bagi Foucault, disiplin sebuah teknologi kekuasaan yang membentuk subjek sekaligus menginternalisasi kontrol dalam tubuh manusia itu sendiri. Selain disiplin, Foucault mengembangkan konsep *surveillance* atau pengawasan sebagai bentuk kekuasaan yang bekerja melalui pemantauan yang berkelanjutan. Dalam *Discipline and Punish*, ia menulis bahwa *visibility is a trap* (Foucault, 1995: 200). Artinya, individu yang merasa dirinya terus diawasi akan terdorong untuk berperilaku sesuai dengan aturan, bahkan tanpa adanya paksaan langsung. Konsep ini dipopulerkan melalui metafora *panopticon*, di mana orang-orang berada dalam posisi selalu bisa dilihat oleh pengawas, meskipun tidak selalu diawasi secara langsung.

Menurut Foucault, kekuasaan tersebar dalam jaringan relasi. Foucault menjelaskan bahwa kekuasaan bukan hanya dipegang oleh satu pihak atau berlaku secara hierarkis, melainkan tersebar di mana-mana dan dimiliki oleh semua orang. Dalam *Power/knowledge*, ia menulis bahwa pengetahuan dan kekuasaan tidak dapat dipisahkan, kekuasaan menciptakan pengetahuan, dan pengetahuan melegitimasi kekuasaan (Foucault, 2008: 131). Mengikuti pemikiran Foucault, seperti yang dikutip

oleh Bahasoan & Kotarumalos, 2014:16 menjelaskan konsep *Power/knowledge*, di mana produksi pengetahuan, tidak bisa dipisahkan dari praktik kuasa.

Guna melihat lebih jauh pada dimensi budaya gagasan Ward H. Goodenough menjadi penting, ia memandang kebudayaan sebagai sistem kognitif, yakni seperangkat pengetahuan dan aturan yang dimiliki bersama oleh anggota masyarakat untuk menafsirkan dunia dan menentukan bagaimana mereka harus bertindak. Setiap orang dalam masyarakat memiliki peta mental yang memberi tahu mereka bagaimana cara bertindak, berbicara, dan menilai sesuatu. Menurut Goodenough, budaya adalah pola pengetahuan (*pattern of culture*) yang mengarahkan dan membentuk pandangan dunia individu (Keesing, 1999).

Goodenough memandang sistem kognitif budaya sebagai cara manusia mengatur dan menafsirkan pengalaman hidupnya. Sementara itu, Foucault menekankan bahwa pengetahuan tidak hanya berfungsi untuk memahami dunia, tetapi juga menjadi alat kekuasaan yang mengarahkan perilaku. Dengan demikian, keduanya sama-sama melihat bahwa pengetahuan tidak pernah benar-benar netral, karena selalu terikat pada relasi kuasa yang bekerja dalam masyarakat. Bertolak dari pandangan tersebut, penelitian ini memusatkan perhatian pada pengetahuan sebagai bentuk kekuasaan yang lahir dan dijalankan melalui relasi sosial dalam kehidupan sehari-hari

2. Penelitian Terdahulu

Selanjutnya uraian tentang perspektif teoritis di atas akan peneliti ulas juga dengan sejumlah pandangan teoritis berdasarkan hasil penelitian yang juga telah mencoba mengurai relasi kuasa dalam implementasi program-program pembangunan. Peneliti menyajikan ulasan sejumlah literatur hasil penelitian yang telah dilakukan juga sebelumnya, sehingga dapat dijadikan referensi dalam penelitian ini.

Pertama, Adriany dan Tesar (2022) berdasarkan artikel mereka "*Unpacking the Discourses of Stunting in Indonesian Early Childhood Education and Parenting*" menyatakan bahwa meskipun berbagai intervensi telah dilakukan, seperti program kesehatan dan pendidikan anak usia dini, *stunting* masih menjadi persoalan yang rumit dan multidimensional. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode etnografi jangka panjang (2010–2021), dilengkapi dengan analisis mendalam terhadap dokumen-dokumen kebijakan terkait. Adriany dan Tesar (2022) juga menggunakan kerangka teori biopolitik dan biokuasa dari Michel Foucault dalam rangka mengurai wacana *stunting* di Indonesia berfungsi mendisiplinkan para orang tua, guru dan anak-anak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi *stunting* di Indonesia, meskipun komprehensif, cenderung menitikberatkan pada tanggung jawab individu, khususnya melalui program pengasuhan. Pendekatan ini secara implisit menempatkan beban utama pada orang tua, terutama ibu, dan kurang memperhatikan faktor-faktor struktural yang lebih luas seperti kemiskinan dan ketidaksetaraan sosial-ekonomi. Penulis berargumen bahwa penekanan pada individu ini merupakan refleksi dari ideologi neoliberalisme yang secara sistematis

memangkas peran negara dalam penyediaan layanan sosial. Lebih lanjut, penelitian ini mengkritik bagaimana program pengasuhan, yang sering kali mengadopsi model kelas menengah Barat, dapat menciptakan rasa bersalah dan memalukan bagi keluarga yang tidak mampu memenuhinya.

Kedua, Kajian Vidhyandika D. Perkasa (2020) dalam “COVID-19, *Power of Knowledge*, dan Perilaku Manusia: Tinjauan Antropologi” menunjukkan bahwa pandemi COVID-19 tidak hanya merupakan persoalan biologis, tetapi juga fenomena biososial yang menyingkap relasi antara pengetahuan, kekuasaan, dan perilaku manusia. Menggunakan konsep *Power/knowledge* dari Michel Foucault, Perkasa menegaskan bahwa pengetahuan berperan sebagai instrumen kekuasaan yang membentuk perilaku dan kepatuhan masyarakat melalui narasi yang dikontrol negara. Pengetahuan tidak bersifat netral, melainkan menjadi arena kontestasi antara pemerintah, ilmuwan, dan masyarakat dalam memaknai kebenaran tentang pandemi. Sementara itu, dengan mengacu pada teori Clifford Geertz tentang *model of* dan *model for*, Perkasa menguraikan bahwa pemerintah gagal menginternalisasikan pengetahuan ilmiah ke dalam konteks budaya masyarakat, sehingga kebijakan seperti PSBB tidak efektif mengubah perilaku karena tidak disesuaikan dengan realitas sosial dan sistem makna lokal. Hasil kajian ini menegaskan bahwa keberhasilan kebijakan kesehatan publik tidak hanya ditentukan oleh ketepatan medis atau administratif, tetapi juga oleh kemampuan memahami struktur makna, nilai, dan tatanan budaya yang membentuk rasionalitas masyarakat dalam merespons kebijakan negara.

Ketiga, penelitian oleh Supardal et al. (2024) berjudul “*State Instrumentalization Village: A Study on the Implementation of the Stunting Program in Ngargosari Village*” mengkaji bagaimana kebijakan penanggulangan *stunting* yang diinisiasi pemerintah pusat diimplementasikan di tingkat desa dalam lingkup otonomi desa. Meskipun Undang-Undang No. 6/2014 tentang Desa diharapkan memberi ruang bagi kemandirian desa, hasil penelitian menunjukkan bahwa praktik di lapangan justru memperlihatkan kuatnya dominasi negara melalui mekanisme kebijakan yang sentralistik. Analisis penelitian ini berpijak pada konsep hegemoni, yang digunakan untuk menjelaskan bagaimana intervensi negara dan kebijakan publik menembus hingga ranah kehidupan masyarakat desa, membentuk cara berpikir, bertindak, dan mengelola sumber daya desa. Pemerintah desa didorong untuk memobilisasi sumber daya, institusi, dan anggaran demi keberhasilan program *stunting*, namun di sisi lain kehilangan daya tawar terhadap kebijakan supra-desa. Akibatnya, kepala desa berperan layaknya pegawai administratif yang melaksanakan perintah negara daripada sebagai pelayan masyarakat yang mandiri. Penelitian ini menegaskan bahwa implementasi program *stunting* bukan hanya persoalan teknokratis dan kesehatan publik, tetapi juga merupakan arena hegemoni negara yang memengaruhi tatanan sosial dan otonomi desa, sehingga diperlukan penyesuaian kebijakan agar lebih kontekstual terhadap realitas sosial masyarakat lokal.

Selanjutnya, Kajian oleh John McCarthy, Gerben Nooteboom, Shaummil Hadi, Pande Made Kutanegara, dan Nulwita Muliati (2024) berjudul “*The Politics of*

Knowledge and Social Cash Transfers: The Constitutive Effects of an Anti-Poverty Regime in Indonesia” mengkaji rezim anti-kemiskinan di Indonesia dengan menggunakan kerangka teori Michel Foucault, khususnya konsep *politics of knowledge* dan *governmentality*. Melalui pendekatan kualitatif dengan landasan teori kritis, penelitian ini menegaskan bahwa pengetahuan teknokratik yang digunakan untuk merancang program bantuan sosial bukanlah netral, melainkan menjadi instrumen kekuasaan yang membentuk cara negara memahami, mendefinisikan, dan mengelola kemiskinan. Konsep *governmentality* digunakan untuk menjelaskan bagaimana program bantuan tunai bersyarat tidak hanya menyalurkan bantuan ekonomi, tetapi juga secara halus mengatur perilaku penerima agar sesuai dengan norma-norma yang ditetapkan negara, menciptakan subjek yang patuh, rasional, dan bertanggung jawab terhadap kesejahteraannya sendiri. Salah satu bentuk pendisiplinan paling nyata terlihat dalam kewajiban membawa anak ke Posyandu sebagai syarat penerimaan bantuan. Tindakan rutin ke Posyandu menjadi simbol kepatuhan dan bentuk internalisasi norma negara yang menekankan peran ibu dalam menjaga kesehatan anak. Dengan demikian, penelitian ini menunjukkan bahwa rezim anti-kemiskinan di Indonesia bukan sekadar upaya pengentasan kemiskinan, tetapi juga merupakan praktik kekuasaan yang membentuk subjek dan mereproduksi tatanan sosial tertentu di bawah logika pemerintahan modern yang digambarkan Foucault.

Terakhir, Penelitian oleh Kristina E. Gibson dan Sarah E. Dempsey (2015) berjudul “*Make Good Choices, Kid: Biopolitics of Children’s Bodies and School Lunch Reform in Jamie Oliver’s Food Revolution*” menganalisis bagaimana tubuh anak menjadi arena biopolitik dalam wacana kesehatan publik dan kebijakan makanan sekolah. Dengan menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dan analisis kritis terhadap program televisi *Food Revolution*, penelitian ini memperlihatkan bagaimana kekuasaan bekerja melalui wacana moral tentang pilihan makanan yang baik, di mana tanggung jawab atas kesehatan anak dipindahkan ke tingkat individu, khususnya keluarga dan anak, sementara faktor struktural seperti kebijakan pemerintah, kelas sosial, dan akses ekonomi terhadap makanan sehat sering diabaikan. Konsep biopolitik dari Michel Foucault menjadi kerangka utama untuk memahami bagaimana negara dan institusi sosial mengatur kehidupan melalui pengelolaan tubuh, perilaku, dan kebiasaan makan anak-anak. Sekolah, dalam hal ini, berfungsi sebagai ruang di mana norma tentang kesehatan dan gizi diproduksi serta direproduksi melalui kebijakan makan siang dan kampanye media. Dengan demikian, penelitian ini mengungkap bahwa kebijakan reformasi makanan sekolah tidak hanya berfungsi sebagai intervensi kesehatan, tetapi juga sebagai praktik biopolitik yang mengatur tubuh anak, membentuk subjek yang patuh dan rasional, serta mereproduksi relasi kekuasaan yang lebih halus dalam rezim kesehatan modern.

F. Kerangka Pemikiran

Bertolak dari perspektif Michel Foucault tentang biopolitik serta sejumlah teori mikro hasil penelitian mutakhir yang telah dibahas pada bagian tinjauan pustaka di atas, mekanisme pendisiplinan dalam implementasi program pembangunan menjadi aspek penting yang perlu diperhatikan dalam penelitian ini. Mekanisme pendisiplinan tersebut dapat dipahami melalui pendekatan empiris terhadap relasi sosial antara para aktor pelaksana program dengan masyarakat penerima manfaat. Relasi sosial yang tampak di permukaan sebenarnya menyimpan kondisi kekuasaan yang bekerja secara halus di balik kehidupan sosial sehari-hari.

Program Nasional *Stunting* merupakan salah satu kebijakan pemerintah yang berfokus pada pencegahan dan penurunan angka *stunting* melalui berbagai bentuk intervensi seperti sosialisasi program, pemeriksaan kehamilan rutin, imunisasi lengkap untuk anak, pemantauan pertumbuhan balita melalui posyandu, serta pemberian bantuan kepada keluarga pemanfaat program. Dalam pandangan Michel Foucault, kebijakan ini memperlihatkan biopolitik, yaitu bentuk kekuasaan yang berfokus pada pengelolaan kehidupan (*bios*) melalui regulasi sosial dan medis untuk menciptakan populasi yang sehat dan produktif (Foucault, 1978). Foucault (2008: 317) menjelaskan bahwa kekuasaan telah menyentuh dimensi biologis manusia seperti tubuh, kesehatan, reproduksi, dan keberlangsungan hidup populasi. Penentuan status *stunting* melalui indikator antropometri bukanlah sekadar aktivitas ilmiah, tetapi juga mekanisme pendisiplinan untuk mengendalikan populasi. Biopolitik

bekerja melalui intervensi *stunting* yang mengatur tubuh ibu dan anak secara simultan.

Pelaksanaan program *stunting* di Lumindai tidak dapat dilepaskan dari lingkup sosial budaya dan kondisi alam masyarakat setempat. Secara geografis, Lumindai merupakan wilayah perbukitan dengan akses jalan yang terbatas menuju pusat kota, sehingga memengaruhi ketersediaan bahan pangan bergizi. Letak wilayah yang relatif jauh dari fasilitas umum juga berdampak pada keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan. Masyarakat Lumindai hidup dalam kerangka nilai Minangkabau yang berlandaskan falsafah *adat basandi syarak, syarak basandi Kitabullah*, yakni prinsip keseimbangan antara norma adat dan aturan agama yang menjadi pedoman kehidupan sehari-hari. Struktur sosial setempat yang bersifat matrilineal menempatkan perempuan sebagai pengelola rumah tangga, sehingga peran ibu menjadi sentral dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan anak.

Pengetahuan budaya masyarakat Lumindai mengenai kesehatan anak terbentuk dari pengalaman dan tradisi yang diwariskan secara turun-temurun. Bagi masyarakat setempat, anak yang sehat sering disebut sebagai *anak rancak*, yaitu anak yang tidak pucat, aktif, jarang sakit, dan memiliki nafsu makan yang baik. Indikator pertumbuhan anak tidak dilihat dari bentuk fisik, tetapi juga dari kemampuan anak berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya. Ukuran tinggi dan berat badan dianggap sebagai faktor genetik. Selain itu, masyarakat memiliki beragam pengetahuan

mengenai makanan yang dianggap baik bagi ibu hamil dan anak. Pengetahuan ini menjadi pedoman dalam pengasuhan anak sehari-hari.

Pandangan seperti ini sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Ward Goodenough bahwa kebudayaan merupakan suatu sistem kognitif (*cognitive culture*), yakni seperangkat model berpikir yang berada dalam pikiran manusia dan menjadi dasar bagi mereka dalam memahami serta menafsirkan berbagai fenomena sosial sekitarnya (Keesing, 1999: 68). Dalam kerangka ini, cara masyarakat Desa Lumindai memandang kesehatan anak tidak hanya merupakan hasil dari kebijakan negara, tetapi juga berasal dari sistem kognitif budaya yang mereka miliki. Masyarakat dalam hal ini tidak dapat dipandang hanya sebagai objek kebijakan. Mereka merupakan subjek aktif yang berperan dalam menafsirkan kekuasaan dalam kehidupan sehari-hari. Intervensi negara melalui program *stunting* tidak pernah berlangsung dalam ruang kosong, melainkan bersinggungan dengan budaya yang khas di setiap daerah.

Kondisi tersebut tidak lepas dari dinamika kekuasaan yang turut menentukan batas-batas pengetahuan dan kebenaran. Pandangan ini sejalan dengan pemikiran Michel Foucault yang menekankan keterkaitan antara pengetahuan (*knowledge*) dan kekuasaan (*power*), di mana keduanya saling membentuk. Pengetahuan dan kekuasaan saling terkait erat, setiap produksi pengetahuan selalu melibatkan relasi kuasa yang menentukan apa yang dianggap benar, normal, dan sah dalam suatu masyarakat (1995: 28). Pengetahuan yang dianggap benar selalu didukung oleh

kekuasaan tertentu, dan sebaliknya, kekuasaan memproduksi pengetahuan yang memperkuat legitimasinya.

Li (2007) menjelaskan bahwa kekuasaan juga bekerja melalui praktik intervensi pembangunan yang tampak netral, namun sebenarnya sarat dengan tujuan untuk menata perilaku dan cara berpikir masyarakat sesuai logika pemerintah. Kekuasaan bekerja melalui proses *problematization*, yaitu ketika negara mendefinisikan suatu kondisi masyarakat sebagai masalah yang perlu diperbaiki agar sejalan dengan visi pembangunan (Li, 2007: 5–6). Melalui intervensi semacam ini, kekuasaan dijalankan lewat wacana, kebijakan, dan pelatihan teknis yang membentuk cara berpikir serta bertindak masyarakat.

Kekuasaan negara bekerja melalui mekanisme pendisiplinan sebagaimana dijelaskan Michel Foucault dalam *Discipline and Punish* (1978: 136–138). Bagi Foucault, disiplin sebagai teknik kekuasaan yang bekerja secara halus melalui pengaturan tubuh dan pembentukan perilaku. Melalui proses ini, individu dibentuk menjadi *docile bodies*, yaitu tubuh yang patuh, teratur, dan sesuai dengan standar yang diharapkan. Mekanisme pendisiplinan tersebut dijalankan melalui berbagai praktik seperti pembiasaan, normalisasi, dan pengawasan (*surveillance*). Pengawasan menjadi bagian penting dalam disiplin karena individu yang merasa dirinya terus dipantau akan cenderung menyesuaikan perilakunya tanpa harus dipaksa secara langsung. Dalam kondisi ini, disiplin tidak hanya menciptakan keteraturan sosial, tetapi juga membentuk kesadaran individu untuk mengikuti aturan yang berlaku.

Dalam program penanggulangan *stunting*, mekanisme pendisiplinan tampak melalui berbagai program kesehatan yang mengatur tubuh ibu dan anak dalam kehidupan sehari-hari. Ibu sebagai pengasuh utama diarahkan untuk rutin hadir di posyandu, mengikuti penyuluhan, menjalani pemeriksaan kehamilan, serta menerapkan pola makan yang sesuai dengan standar pemerintah. Pada saat yang sama, anak dijadikan objek pemantauan melalui pengukuran tinggi badan, berat badan, pemberian vitamin, imunisasi, serta pencatatan tumbuh kembang secara berkala. Seluruh proses tersebut dilakukan oleh bidan, kader posyandu, dan aparat desa melalui pengawasan yang terus-menerus, kemudian didokumentasikan dan dilaporkan secara berjenjang hingga ke pemerintah daerah dan pusat.

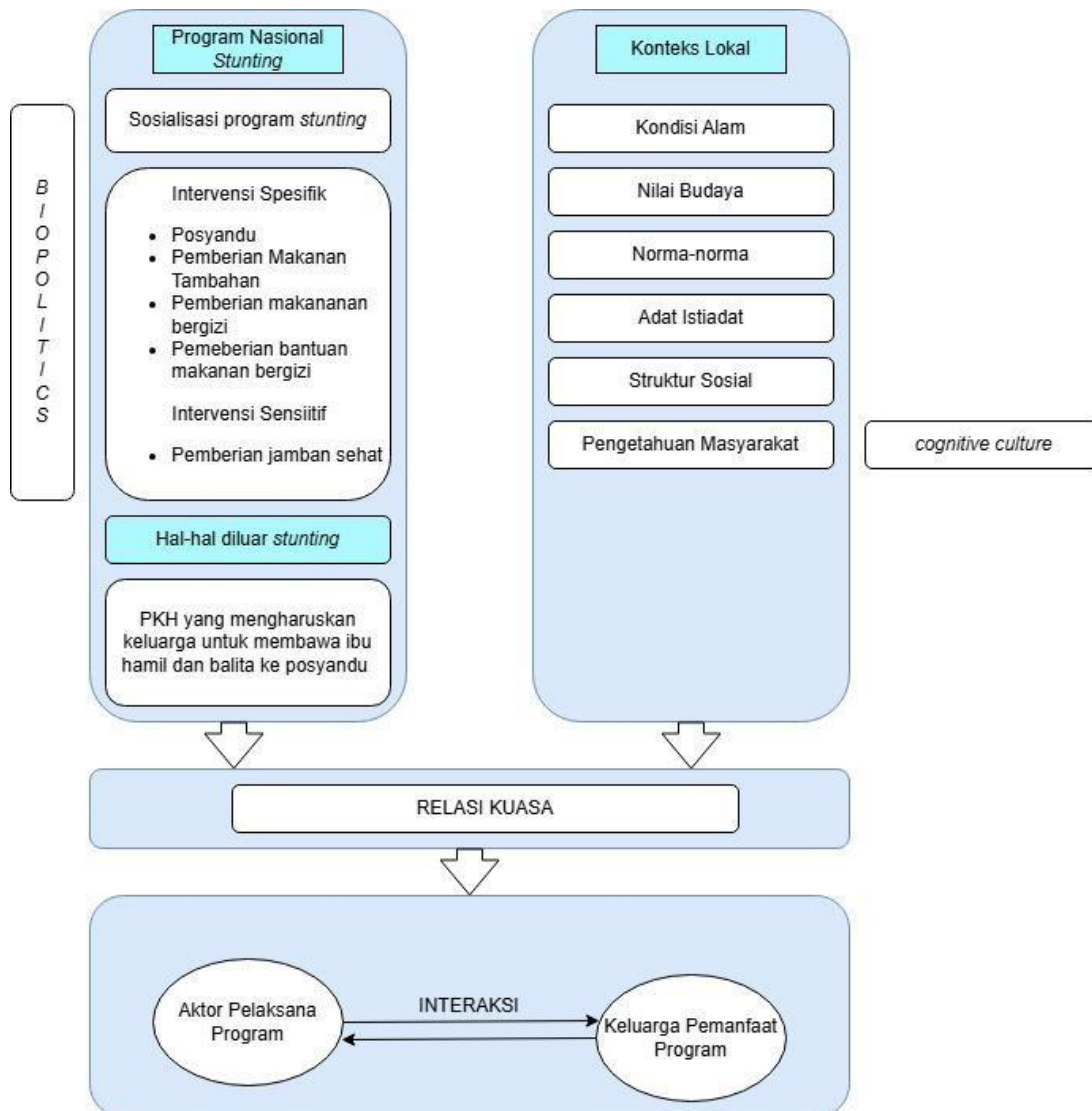
Dalam intervensi *stunting* di Desa Lumindai, kekuasaan bekerja melalui kebijakan kesehatan yang tampak teknis tetapi sarat dengan relasi kuasa. Negara melalui aparat kesehatan, bidan, dan pemerintah desa memiliki otoritas untuk menentukan siapa yang dianggap *stunting*. Masyarakat di sisi lain memiliki pengetahuan tradisional sendiri terkait kesehatan anak. Penerapan standar kesehatan negara yang merujuk pada kurva pertumbuhan WHO yang tidak sepenuhnya relevan dengan kondisi etnis Minangkabau yang secara genetik cenderung memiliki postur tubuh lebih pendek menunjukkan adanya perbedaan cara pandang antara logika medis negara dan pengetahuan lokal. Kondisi ini memperlihatkan bagaimana relasi kuasa bekerja.

Relasi kuasa semakin nyata ketika klasifikasi medis tentang *stunting* tidak hanya menentukan status kesehatan anak, tetapi juga sekaligus menjadi penentu akses keluarga terhadap bantuan sosial. Dalam hal ini, negara melalui aparat kesehatan dan pemerintah desa memiliki kuasa untuk mengarahkan perilaku masyarakat dengan cara mengaitkan kepatuhan terhadap program posyandu dengan PKH. Kondisi ini memperlihatkan bagaimana negara berusaha mengendalikan tubuh ibu dan anak melalui mekanisme medis, sedangkan masyarakat menyesuaikan dengan pemahaman kesehatan tradisional yang mereka miliki.



Berangkat dari jalan pikiran di atas peneliti merumuskan kerangka pemikiran sebagai berikut:

Bagan 1. Alur Kerangka Pemikiran



Sumber: Data Primer 2025

G. Metode Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Desa Lumindai, Kecamatan Barangin, Kota Sawahlunto. Desa Lumindai memiliki lima dusun meliputi: (1) Dusun Pasa Mudiak, (2) Dusun Pasar Hilir, (3) Dusun Guguak Bungo, (4) Dusun Batang Lunto, dan (5) Dusun Siromai. Berdasarkan wilayah hukum adat, Nagari Lumindai memiliki batas-batas yang jelas dengan nagari-nagari di sekitarnya. Di sebelah utara, Nagari Lumindai berbatasan langsung dengan Nagari Kajai, sementara di sebelah selatan berbatasan dengan Nagari Koto Laweh. Adapun di sebelah barat, wilayah ini berbatasan dengan Nagari Sibarambang, dan di sebelah timur berbatasan dengan Nagari Lunto. Di desa ini terdapat empat posyandu yang tersebar di beberapa dusun, yaitu Posyandu Anggrek 1, Posyandu Anggrek 2, Posyandu Anggrek 3A, dan Posyandu Anggrek 3B keempat posyandu ini menjadi pusat pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Desa Lumindai merupakan salah satu desa di Kecamatan Barangin yang menunjukkan angka *stunting* paling tinggi dalam beberapa tahun terakhir. Berdasarkan data Posyandu Desa Lumindai, jumlah balita *stunting* tercatat sebanyak 19 anak pada tahun 2022 dan 2023, kemudian meningkat menjadi 24 anak pada tahun 2024, serta tetap berada pada angka yang sama hingga tahun 2026. Data tersebut menunjukkan adanya peningkatan dan kecenderungan stagnasi pada angka yang cukup tinggi.

Desa Lumindai menjadi salah satu lokasi prioritas dalam intervensi pemerintah daerah. Selain itu, masyarakat Lumindai masih memiliki pengetahuan tradisional dalam menilai kesehatan anak. Hal ini menjadi menarik untuk diteliti, terutama untuk melihat bagaimana pengetahuan tersebut berinteraksi dengan standar kesehatan modern yang diperkenalkan oleh pemerintah. Di sisi lain, keterlibatan aparat desa, bidan, dan kader posyandu dalam program penanganan *stunting* juga membuka ruang bagi peneliti untuk mengamati secara langsung bagaimana relasi kuasa bekerja di Desa Lumindai.

2. Pendekatan Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif dengan jenis deskriptif melalui metode etnografi kritis. Penelitian kualitatif digunakan untuk memahami makna yang dikonstruksi dalam sosial tertentu (Creswell, 2015:48). Pendekatan kualitatif dipilih karena mampu menggali secara mendalam bagaimana *stunting* tidak hanya dipahami sebagai persoalan gizi dan kesehatan, tetapi juga sebagai konstruksi sosial-politik yang dibentuk melalui kebijakan pemerintah.

Menurut Creswell (2014: 130) etnografi kritis merupakan pendekatan penelitian yang melampaui deskripsi budaya semata untuk mengkritik dan menantang sistem kekuasaan, dominasi, dan ketidaksetaraan dalam sebuah kelompok sosial. Etnografi kritis adalah pendekatan kualitatif dalam penelitian yang secara eksplisit bertujuan untuk mengkritik hegemoni, penindasan, dan relasi kuasa asimetris, dengan harapan mendorong perubahan sosial. Pendekatan ini tidak hanya berfokus pada analisis

struktur kekuasaan, tetapi juga berusaha untuk mengangkat ketidakadilan yang dialami oleh komunitas yang terpinggirkan (Palmer & Caldas, 2017: 382).

Dengan menggunakan lensa kritis ini, dapat memahami bagaimana relasi kuasa terbentuk dalam pelaksanaan program pencegahan *stunting* di Desa Lumindai. Etnografi kritis tidak hanya menggambarkan kondisi yang ada di lapangan, tetapi juga melihat dan mengkritisi adanya ketimpangan atau dominasi dalam hubungan sosial masyarakat. Dalam penelitian ini, peneliti melihat bagaimana peran tenaga kesehatan, aparat desa, dan kader posyandu dalam menjalankan program *stunting*. Selain itu, penelitian ini juga memperhatikan bagaimana bentuk-bentuk pendisiplinan terjadi, misalnya melalui penimbangan rutin, penggunaan standar berat badan anak, serta cara petugas memberikan arahan kepada ibu-ibu di posyandu. Dengan pendekatan ini, peneliti dapat memahami bahwa kekuasaan tidak selalu terlihat secara langsung, tetapi juga bekerja secara halus melalui aturan dan kebiasaan sehari-hari dalam program *stunting*.

3. Informan Penelitian

Sebagaimana yang dijelaskan oleh Koentjaraningrat (1997:129), informan adalah individu yang memberikan keterangan, pengetahuan, serta pandangan kepada peneliti mengenai kehidupan sosial budaya suatu masyarakat yang sedang diteliti. Dalam penelitian kualitatif, informan tidak hanya menjadi objek penelitian, tetapi juga mitra dialog peneliti untuk memahami makna, nilai, dan praktik sosial yang ada di masyarakat. Secara umum, informan dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu informan kunci dan informan biasa. Informan kunci adalah mereka yang memiliki

otoritas, pengetahuan, dan pengalaman yang luas dalam menangani isu *stunting*, sekaligus berperan sebagai perpanjangan tangan kebijakan negara. Sedangkan informan biasa adalah individu yang memberikan informasi awal atau gambaran umum mengenai kondisi masyarakat di lokasi penelitian.

Informan kunci dalam penelitian ini adalah orang tua atau keluarga, terutama ibu yang memiliki anak *stunting*. Mereka dipilih karena merupakan pihak yang paling dekat dengan program *stunting* serta yang mengalami langsung interaksi dengan layanan kesehatan dalam kehidupan sehari-hari. Selain itu, dalam kehidupan masyarakat Desa Lumindai, peran pengasuhan anak sehari-hari lebih banyak dijalankan oleh ibu. Hal ini disebabkan oleh aktivitas ayah yang umumnya bekerja di sawah atau bertani, serta sebagian lainnya bekerja di sektor formal maupun informal di luar rumah. Kondisi ini membuat keterlibatan ayah dalam pengasuhan menjadi relatif terbatas, sehingga ibu menjadi aktor utama dalam pengurusan anak, termasuk dalam menjalankan program *stunting*.

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat 24 anak yang mengalami *stunting* di Desa Lumindai yang tersebar di beberapa dusun, yaitu 5 anak di Dusun Pasar Mudik, 6 anak di Dusun Pasar Hilir, 3 anak di Dusun Siromai, 9 anak di Dusun Gubuk Bungo, dan 2 anak di Dusun Batang Lunto. Berikut disajikan tabel yang memuat keseluruhan 24 anak yang mengalami *stunting* di Desa Lumindai:

Tabel 2. Daftar Sasaran Kegiatan Penanganan *Stunting* Desa Lumindai

No	Nama Orang Tua	Nama Anak	Umur	Alamat
1.	AF	MW	3 Thn 0 Bln	Pasar Hilir
2.	SY	MA	4 Thn 3 Bln	Pasar Hilir
3.	LF	MN	3 Thn 7 Bln	Pasar Hilir
4.	HPD	RT	2 Thn 8 Bln	Pasar Hilir
5.	AF	MQ	3 Thn 0 Bln	Pasar Hilir
6.	NU	ND	3 Thn 0 Bln	Pasar Hilir
7.	SP	MP	2 Thn 1 Bln	Pasar Mudik
8.	ES	NR	3 Thn 5 Bln	Pasar Mudik
9.	BW	ID	4 Thn 3 Bln	Pasar Mudik
10.	AK	AZ	2 Thn 8 Bln	Pasar Mudik
11.	MI	HM	2 Thn 8 Bln	Pasar Mudik
12.	YA	MA	3 Thn 5 Bln	Siromai
13.	SP	MF	1 Thn 11 Bln	Siromai
14.	YEP	AL	1 Thn 10 Bln	Siromai
15.	SS	SA	4 Thn 8 Bln	Guguk Bungo
16.	MW	AA	4 Thn 7 Bln	Guguk Bungo
17.	AR	AZ	4 Thn 2 Bln	Guguk Bungo
18.	SJ	MP	4 Thn 1 Bln	Guguk Bungo
19.	SW	AS	4 Thn 0 Bln	Guguk Bungo
20.	NRS	RD	3 Thn 3 Bln	Guguk Bungo
21.	WY	PA	2 Thn 9 Bln	Guguk Bungo
22.	RO	ML	2 Thn 1 Bln	Guguk Bungo
23.	YA	MI	3 Thn 10 Bln	Batang Lunto
24.	YN	MR	2 Thn 11 Bln	Batang Lunto

Sumber: SK Penetapan Anak Stunting Desa Lumindai 2025

Berdasarkan data pada tabel tersebut, peneliti kemudian melakukan proses seleksi terhadap calon informan penelitian. Peneliti memilih 12 informan yang dinilai mampu memberikan informasi secara mendalam serta memungkinkan untuk dilakukan wawancara secara berulang. Pemilihan jumlah informan ini juga mempertimbangkan persebaran wilayah, sehingga data yang diperoleh tidak terfokus pada satu dusun saja, melainkan mencakup beberapa dusun di Desa Lumindai.

Peneliti melakukan identifikasi awal terhadap calon informan dengan cara mendatangi langsung rumah-rumah warga yang memiliki anak dengan indikasi

stunting. Proses ini dilakukan secara *door to door*, dengan mengunjungi sekitar 20 rumah calon informan yang tersebar di beberapa dusun. Namun, pada saat kunjungan dilakukan, sebagian calon informan tidak berada di rumah karena sedang bekerja di sawah, sebab pada saat itu sedang musim pertanian, di mana padi sedang memasuki masa menguning sehingga sebagian besar warga lebih banyak menghabiskan waktu di lahan pertanian.

Dari proses identifikasi awal tersebut, peneliti berhasil bertemu dengan 15 calon informan. Selanjutnya, berdasarkan kesediaan informan, ketersediaan waktu, serta kemungkinan untuk dilakukan wawancara secara intensif dan berkelanjutan, hanya 12 informan yang dipilih sebagai informan penelitian. Pemilihan ini dianggap telah mewakili variasi wilayah serta memungkinkan peneliti memperoleh data yang lebih detail. Selain itu, pemilihan informan juga mempertimbangkan persebaran jumlah kasus *stunting* di masing-masing dusun. Dusun Guguk Bungo dipilih dengan jumlah informan lebih banyak karena merupakan wilayah dengan jumlah kasus *stunting* tertinggi dibandingkan dusun lainnya.

Adapun kedua belas informan tersebut terdiri dari ibu-ibu yang memiliki anak *stunting*, yang tersebar di beberapa dusun di Desa Lumindai. Profil masing-masing informan mencakup nama inisial, usia, pendidikan serta pekerjaan sehari-hari. Data ini penting untuk memberikan gambaran awal mengenai latar belakang sosial dan ekonomi informan. Berikut profil singkat dari kedua belas informan tersebut

disajikan secara rinci dalam tabel:

Tabel 3. Informan Ibu dengan Anak Stunting

No.	Informan	Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan
1.	NU	Perempuan	31	SMA	Ibu Rumah Tangga
2.	SY	Perempuan	39	SMP	Ibu Rumah Tangga
3.	MI	Perempuan	34	SD	Ibu Rumah Tangga
4.	SP	Perempuan	35	SMA	Ibu Rumah Tangga
5.	SJ	Perempuan	26	SMA	Ibu Rumah Tangga
6.	WY	Perempuan	29	SD	Ibu Rumah Tangga
7.	YA	Perempuan	35	SMP	Ibu Rumah Tangga
8.	YN	Perempuan	28	SMP	Ibu Rumah Tangga
9.	AR	Perempuan	38	SD	Ibu Rumah Tangga
10.	NRS	Perempuan	32	SD	Ibu Rumah Tangga
11.	HPD	Perempuan	28	SMP	Ibu Rumah Tangga
12.	YA	Perempuan	33	SD	Ibu Rumah Tangga

Sumber: Data Primer 2026

Selain itu, informan kunci dalam penelitian ini juga terdiri dari aparat desa, tenaga kesehatan, dan kader desa yang terlibat langsung dalam pelaksanaan program penurunan *stunting* di Desa Lumindai. Dari pihak aparat desa, peneliti mewawancarai sekretaris desa. Pemilihan sekretaris desa ini didasarkan pada rekomendasi kepala desa, yang menyatakan bahwa sekretaris desa lebih banyak terlibat dalam pengelolaan program, termasuk yang berkaitan dengan *stunting*. Selain itu, peneliti juga mewawancarai Kasi Administrasi Kesejahteraan, karena bidang ini berhubungan langsung dengan pelaksanaan program *stunting* di Desa Lumindai. Selanjutnya, dari unsur pelaksana di lapangan, peneliti mewawancarai dua orang kader desa yang berperan aktif dalam kegiatan posyandu dan pendampingan masyarakat. Sedangkan dari tenaga kesehatan, informan terdiri dari dua orang, yaitu seorang bidan desa dan seorang perawat yang bertugas di Desa Lumindai. Informan-informan ini dipilih

karena mereka merupakan aktor yang terlibat langsung dalam pelaksanaan program *stunting*. Dengan melibatkan berbagai pihak ini, peneliti dapat melihat bagaimana program dijalankan dalam pelaksanaannya di lapangan.

Disamping informan kunci, penelitian ini melibatkan informan biasa yang terdiri dari beberapa warga Desa Lumindai. Pertama, peneliti mewawancarai satu orang dukun beranak yang masih aktif di Desa Lumindai. Terdapat dua dukun beranak di Desa Lumindai, namun peneliti hanya dapat mewawancarai satu orang. Hal ini disebabkan karena faktor usia yang memengaruhi kemampuan pendengarannya. Dukun beranak yang diwawancarai dianggap masih memiliki pengetahuan yang baik tentang pengobatan tradisional anak dan ibu hamil. Kedua, peneliti juga mewawancarai masyarakat yang diketahui jarang memanfaatkan layanan posyandu. Informasi mengenai informan ini diperoleh dari kader desa yang mengetahui kehadiran warga dalam kegiatan posyandu. Dari beberapa kandidat yang teridentifikasi, peneliti menetapkan dua informan yang dinilai paling representatif alasan dan pengalaman.

Selain itu, peneliti juga mewawancarai seorang ayah dari anak *stunting*. Ia dimasukkan sebagai informan biasa, bukan informan kunci, karena selama wawancara di lapangan peneliti hampir selalu bertemu dengan ibu, dan dalam kehidupan sehari-hari di Desa Lumindai menunjukkan bahwa pengasuhan anak umumnya dilakukan oleh ibu. Hal ini juga diperkuat oleh data administratif, di mana dalam Surat Keputusan (SK) penetapan anak *stunting*, identitas orang tua yang tercantum adalah nama ibu dari ke-24 anak *stunting*, sehingga semakin menegaskan posisi ibu sebagai

pihak utama dalam keterlibatan program *stunting*. Kehadiran ayah ini dimaksudkan untuk memberikan perspektif yang lebih luas dalam melihat kesehatan anak di keluarga. Tidak hanya itu, peneliti juga mewawancarai seorang tokoh masyarakat di Desa Lumindai. Informan ini dipilih untuk memberikan gambaran mengenai sejarah desa dan kehidupan sosial budaya masyarakat. Adapun kriteria informan dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua, yakni informan kunci dan informan biasa.

Kriteria informan kunci pertama adalah ibu yang memiliki anak dengan status stunting berdasarkan SK Penetapan Anak Stunting Desa Lumindai Tahun 2025, berdomisili di Desa Lumindai dan bersedia diwawancarai secara berulang, serta mewakili persebaran wilayah dusun di Desa Lumindai. Kriteria informan kunci kedua mencakup sekretaris desa, Kasi Administrasi Kesejahteraan, kader posyandu, bidan desa, dan perawat yang bertugas di Desa Lumindai. Sementara itu, kriteria informan biasa meliputi: (1) dukun beranak yang masih aktif berpraktik di Desa Lumindai, (2) warga Desa Lumindai yang diketahui jarang memanfaatkan layanan posyandu berdasarkan informasi dari kader desa, (3) ayah dari anak yang berstatus stunting yang dapat memberikan perspektif berbeda mengenai kesehatan anak dalam keluarga, serta (4) tokoh masyarakat yang dinilai memahami sejarah desa serta kehidupan sosial budaya masyarakat Desa Lumindai. Dari data tersebut, peneliti kemudian menentukan siapa saja yang relevan untuk diwawancarai, baik dari kalangan orang tua, aparat desa, tenaga kesehatan, maupun masyarakat.

Tabel 4. Informan Penelitian

No.	Informan	Kelamin	Umur	Kedudukan
1.	NU	Perempuan	31	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
2.	SY	Perempuan	39	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
3.	MI	Perempuan	34	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
4.	SP	Perempuan	35	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
5.	SJ	Perempuan	26	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
6.	WY	Perempuan	29	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
7.	YA	Perempuan	35	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
8.	YN	Perempuan	28	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
9.	AR	Perempuan	38	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
10.	NRS	Perempuan	32	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
11.	HPD	Perempuan	28	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
12.	YA	Perempuan	33	Keluarga Penerima Manfaat (Informan Kunci)
13.	SN	Laki-laki	40	Aktor Pelaksana Program/ Sekretaris Desa (Informan Kunci)
14.	L	Perempuan	38	Aktor Pelaksana Program/ Kasi Administrasi Kesejahteraan (Informan Kunci)
15.	YFY	Perempuan	35	Aktor Pelaksana Program/ Ketua Kader (Informan Kunci)
16.	TH	Perempuan	36	Aktor Pelaksana Program/ Anggota Kader (Informan Kunci)
17.	SR	Perempuan	30	Aktor Pelaksana Program/ Bidan (Informan Kunci)
18.	HI	Perempuan	27	Aktor Pelaksana Program/ Perawat (Informan Kunci)
19.	MS	Laki-Laki	75	Dukun Beranak (Informan Biasa)
20.	A	Perempuan	38	Keluarga yang jarang ke posyandu (Informan Biasa)
21.	I	Perempuan	33	Keluarga yang jarang ke posyandu (Informan Biasa)
22.	K	Laki-Laki	38	Ayah dengan anak <i>stunting</i> (Informan Biasa)
23.	BY	Laki-Laki	85	Tokoh Masyarakat (Informan Biasa)

Sumber: Data Primer 2026

4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan bagian penting dalam penelitian kualitatif karena bertujuan untuk menggali informasi secara mendalam dari berbagai sumber. Teknik pengumpulan data adalah cara yang digunakan oleh peneliti untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan dalam suatu penelitian agar dapat menjawab rumusan masalah yang telah ditetapkan. Menurut Koentjaraningrat (1997), teknik pengumpulan data dalam penelitian sosial hendaknya dilakukan melalui observasi partisipasi, wawancara mendalam, dan studi dokumen, karena ketiganya saling melengkapi dalam memberikan gambaran yang menyeluruh tentang kehidupan masyarakat yang diteliti. Dalam penelitian ini, proses pengumpulan data dilakukan selama 34 hari di Desa Lumindai.

a. Observasi Partisipasi

Observasi Partisipasi merupakan teknik penting dalam penelitian kualitatif karena memberi peluang bagi peneliti untuk memahami bagaimana kehidupan sehari-hari masyarakat berlangsung. Menurut Jorgensen (2015:1), observasi partisipasi (*participant observation*) adalah metode penelitian di mana peneliti secara aktif berpartisipasi dalam kehidupan sehari-hari masyarakat yang diteliti sambil mengamati dan mengumpulkan informasi. Observasi partisipasi dilakukan untuk melihat secara langsung bagaimana kegiatan sehari-hari masyarakat dan pelaksanaan program *stunting* di Desa Lumindai. Dalam penelitian ini, peneliti terlibat langsung

dengan menghadiri beberapa kegiatan posyandu serta melakukan kunjungan ke rumah warga.

Observasi partisipasi dalam penelitian ini dilakukan di beberapa posyandu yang ada di Desa Lumindai, yaitu Posyandu Anggrek 1, Posyandu Anggrek 2, Posyandu Anggrek 3A, dan Posyandu Anggrek 3B. Observasi partisipasi dilakukan sebanyak dua kali di masing-masing posyandu. Kunjungan pertama dilakukan pada tahap observasi awal untuk memperoleh gambaran umum mengenai pelaksanaan kegiatan posyandu. Selanjutnya, kunjungan kedua dilakukan pada tahap penelitian lapangan untuk memperdalam pengamatan terhadap kegiatan yang berlangsung. Hal ini disesuaikan dengan jadwal kegiatan posyandu yang dilaksanakan satu kali dalam setiap bulan.

Dalam setiap kegiatan observasi partisipasi di posyandu, peneliti hadir lebih awal dibandingkan dengan informan. Kehadiran lebih awal ini bertujuan untuk mengamati secara utuh proses awal kegiatan, termasuk persiapan yang dilakukan oleh kader serta untuk menghindari kehilangan momen penting pada tahap awal pelayanan. Selama observasi partisipasi, peneliti mengamati proses kedatangan ibu-ibu, alur pendaftaran, proses penimbangan dan pengukuran anak, cara penyampaian hasil pemeriksaan, serta penggunaan istilah normatif seperti harus atau wajib dalam arahan yang diberikan kepada ibu. Selain itu, peneliti mengamati bagaimana data kesehatan anak dicatat, penggunaan dokumen seperti KKA dan KIA, serta bentuk teguran atau arahan yang diberikan kepada ibu terkait kehadiran di posyandu.

Selain di posyandu, observasi partisipasi juga dilakukan melalui kunjungan ke rumah keluarga yang memiliki anak *stunting*. Dalam kunjungan ini, peneliti mengamati kondisi rumah serta pola makan anak. Peneliti juga melihat sejauh mana keluarga mengikuti anjuran dari tenaga kesehatan, peran anggota keluarga lain dalam pengasuhan, serta sikap ibu terhadap kondisi anaknya. Selanjutnya, peneliti juga mengikuti kegiatan yang berkaitan dengan program *stunting* di Kantor Desa Lumindai. Observasi partisipasi ini dilakukan sebanyak satu kali, yaitu pada kegiatan Rembuk *Stunting* 2025 Desa Lumindai yang diselenggarakan pada akhir tahun dan bertepatan dengan waktu penelitian lapangan. Dalam kegiatan tersebut, peneliti mengamati bagaimana aparat desa dan tenaga kesehatan membahas program *stunting*, cara penyampaian instruksi, serta penggunaan data dalam proses diskusi. Peneliti juga memperhatikan adanya penekanan terhadap kader terkait kehadiran di posyandu. Seluruh hasil observasi partisipasi ini kemudian dituangkan dalam catatan lapangan yang disusun secara sistematis untuk merekam kejadian dan percakapan yang terjadi selama penelitian berlangsung.

b. Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam merupakan salah satu teknik pengumpulan data dalam penelitian kualitatif yang dilakukan secara terbuka dan fleksibel untuk menggali pandangan, pengalaman, serta makna subjektif dari informan (Bogdan & Biklen, 1998). Melalui wawancara mendalam, peneliti berupaya memahami dunia kehidupan partisipan dari sudut pandang mereka sendiri, bukan berdasarkan kategori atau asumsi peneliti.

Peneliti menyusun pedoman wawancara dengan membaginya ke dalam dua tujuan utama penelitian. Tujuan pertama untuk memahami bagaimana intervensi *stunting* bekerja sebagai mekanisme pendisiplinan terhadap tubuh ibu dan anak di Desa Lumindai. Tujuan kedua untuk melihat bagaimana relasi kuasa terbentuk antara para aktor pelaksana program seperti bidan, kader, dan pemerintah desa dengan masyarakat sebagai penerima manfaat. Pertanyaan-pertanyaan wawancara kemudian disusun secara terarah, tetapi tetap fleksibel mengikuti situasi di lapangan. Wawancara mendalam dilakukan kepada berbagai informan, yaitu ibu yang memiliki anak *stunting*, petugas posyandu, tenaga kesehatan, pemerintah desa, kader posyandu, dukun beranak, ayah dengan anak *stunting*, toko adat serta beberapa masyarakat lokal yang jarang hadir ke posyandu.

Dalam proses wawancara mendalam, peneliti menyesuaikan cara berkomunikasi dengan peran masing-masing informan. Ketika berinteraksi dengan ibu anak *stunting*, peneliti menggunakan bahasa yang lebih sederhana dan mudah dipahami agar informan merasa nyaman dan memahami maksud pertanyaan. Sementara itu, ketika wawancara mendalam dilakukan dengan tenaga kesehatan, maupun aparat pemerintah desa, peneliti menggunakan bahasa yang lebih formal. Hal ini dilakukan agar komunikasi tetap nyambung dan informan dapat menjelaskan program lebih rinci.

Wawancara mendalam dilakukan secara tatap muka di lokasi masing-masing informan, seperti di rumah, posyandu, atau kantor desa, dengan durasi yang menyesuaikan situasi di lapangan. Peneliti tidak membatasi waktu secara kaku, sehingga wawancara bisa berlangsung lebih lama ketika informan terlihat nyaman

dan banyak bercerita. Selama proses berlangsung, peneliti juga memperhatikan ekspresi dan nada bicara. Seluruh hasil wawancara direkam dengan izin informan, kemudian ditranskripsikan secara rinci. Dari transkrip tersebut, peneliti mengidentifikasi tema-tema penting yang berkaitan bagaimana relasi kuasa bekerja dalam program *stunting*.

c. Studi Dokumen

Studi dokumen berperan penting untuk membangun kerangka analisis yang kuat. Studi dokumen adalah kegiatan menelusuri, membaca, dan mengolah bahan penelitian dari sumber tertulis yang relevan (Creswell, 2014). Sumber sekunder yang ditelusuri meliputi data desa, dokumen pemerintah, serta literatur akademik mengenai *stunting*. Dokumen tersebut antara lain berupa Rencana Pembangunan Jangka Menengah Desa (RPJMDes), Aksi Konvergensi Penanganan Stunting Kota Sawahlunto. Selain itu, peneliti menelaah dokumen lain yang diberikan oleh Kasi Kesejahteraan desa, seperti dokumentasi kegiatan posyandu, laporan ambulance desa terkait *stunting*, serta berkas-berkas administrasi lain yang berkaitan dengan penanganan *stunting* di tingkat desa. Selain itu, peneliti memperoleh dokumen langsung dari posyandu, berupa buku dan catatan kegiatan yang mencakup inventaris posyandu, kegiatan penyuluhan, kunjungan rumah atau *sweeping*, pembagian tugas kader, catatan kunjungan ke posyandu, serta menu Pemberian Makanan Tambahan (PMT) yang disusun di masing-masing buku. Telaah dokumen ini membantu peneliti melihat bagaimana wacana *stunting* dibentuk melalui kebijakan desa. Studi dokumen

ini kemudian dibandingkan dengan data lapangan untuk melihat hubungan antara perencanaan tertulis dan realitasnya di masyarakat.

5. Analisis Data

Dalam penelitian kualitatif, analisis data tidak dilakukan setelah seluruh data terkumpul, melainkan berlangsung secara bersamaan dengan proses pengumpulan data. Hal ini dilakukan agar peneliti dapat memahami makna yang terkandung di dalam data secara mendalam serta responsif terhadap dinamika yang terjadi di lapangan. Merujuk pada Miles dan Huberman (dalam Afrizal 2016:178), analisis data dalam penelitian kualitatif terdiri atas tiga tahapan utama, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan serta verifikasi. Melalui pendekatan ini, peneliti dapat mengelola, menyusun, dan menginterpretasikan informasi secara sistematis untuk menjawab rumusan masalah dan mencapai tujuan penelitian. Adapun ketiga tahapan tersebut adalah sebagai berikut:

a. Reduksi Data

Reduksi data dalam penelitian ini dilakukan sejak awal proses pengumpulan data di Desa Lumindai. Setiap kali peneliti selesai melakukan wawancara mendalam dengan informan, peneliti langsung mentranskripsikan hasil wawancara tersebut ke dalam bentuk tulisan. Selain itu, data hasil observasi lapangan dan dokumentasi juga segera disusun secara sistematis. Setelah proses transkrip, peneliti melakukan pemilahan data dengan cara menyeleksi informasi yang relevan dengan fokus penelitian, khususnya yang berkaitan dengan pendisiplinan dan relasi kuasa dalam program *stunting*. Data yang tidak berkaitan dengan fokus penelitian disisihkan,

sementara data yang penting dipertahankan untuk dianalisis lebih lanjut. Selanjutnya, peneliti melakukan proses pengkodean (*coding*) dengan mengelompokkan data ke dalam beberapa indikator atau kategori, seperti bentuk intervensi program, praktik pendisiplinan, relasi kuasa yang ada. Proses pengkodean ini disusun dalam bentuk tabel agar data lebih terorganisir dan memudahkan peneliti dalam melihat pola-pola yang muncul.

b. Penyajian Data

Setelah data direduksi dan dikelompokkan berdasarkan kategori, langkah selanjutnya adalah penyajian data. Dalam penelitian ini, data disajikan dalam bentuk deskriptif naratif yang menggambarkan secara rinci fenomena yang terjadi di Desa Lumindai. Peneliti menyusun data berdasarkan tema-tema yang telah ditentukan, seperti implementasi program stunting di Desa Lumindai, bentuk pendisiplinan terhadap ibu dan anak penerima program dan lainnya. Data hasil wawancara disajikan dalam bentuk kutipan langsung dari informan untuk memperkuat analisis, sehingga perspektif masyarakat tetap terlihat secara nyata dalam penelitian ini. Selain itu, hasil pengkodean yang telah disusun dalam bentuk tabel juga menjadi dasar dalam menyusun narasi deskriptif. Melalui penyajian ini, peneliti dapat memperlihatkan bagaimana relasi kuasa bekerja dalam praktik, misalnya melalui aturan-aturan kesehatan, kewajiban menghadiri posyandu, atau kaitannya dengan program PKH.

c. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi

Penarikan kesimpulan dalam penelitian ini dilakukan secara bertahap selama proses penelitian berlangsung. Berdasarkan data yang telah direduksi dan disajikan,

peneliti mulai mengidentifikasi pola-pola yang berkaitan dengan relasi kuasa dalam program *stunting* di Desa Lumindai, termasuk bagaimana kekuasaan dijalankan melalui mekanisme pendisiplinan dan pengawasan terhadap masyarakat. Kesimpulan yang diperoleh tidak langsung bersifat final, melainkan terus diuji melalui proses verifikasi. Peneliti melakukan triangulasi data dengan membandingkan hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi untuk memastikan konsistensi informasi. Selain itu, peneliti juga membaca ulang transkrip wawancara dan menelaah kembali data yang telah dikoding untuk memastikan bahwa interpretasi yang dibuat benar-benar sesuai dengan kondisi di lapangan. Kesimpulan akhir yang dihasilkan merupakan hasil dari proses analisis yang berulang, sehingga memiliki tingkat keabsahan yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah.

7. Proses Jalannya Penelitian

Penelitian ini berangkat dari pengalaman penulis mengikuti kegiatan magang di Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana (DP3AP2KB) Provinsi Sumatera Barat pada bulan Juli 2025. Melalui program magang tersebut, penulis terlibat secara langsung dalam berbagai aktivitas kelembagaan yang berkaitan dengan isu kependudukan, khususnya terkait permasalahan *stunting*. Dari pengalaman tersebut, penulis memperoleh pemahaman awal bahwa *stunting* merupakan isu yang bersifat multidimensional dan mendesak untuk dikaji secara lebih lanjut. Selama masa magang, penulis juga secara paralel mulai merumuskan ide dan menyusun proposal skripsi dengan menjadikan isu *stunting* sebagai fokus kajian utama.

Setelah kegiatan magang berakhir pada bulan Agustus 2025, penulis melakukan konsultasi awal dengan dosen pembimbing terkait topik penelitian yang akan dikaji. Melalui serangkaian pertimbangan akademik, yang didukung oleh arahan dan masukan dari dosen pembimbing, penulis kemudian memutuskan untuk mengangkat isu *stunting* dengan menggunakan perspektif yang lebih kritis. Perspektif tersebut diarahkan agar penelitian ini tidak hanya memandang *stunting* sebagai persoalan kesehatan semata, tetapi juga sebagai fenomena sosial yang hadir di ruang kehidupan masyarakat, termasuk dalam praktik-praktik pendisiplinan serta relasi kuasa yang menyertainya.

Tahap selanjutnya adalah pengajuan proposal skripsi dan penyusunan kerangka penelitian. Pada periode Agustus hingga November 2025, penulis menjalani proses bimbingan secara intensif dan berkelanjutan dengan dosen pembimbing. Selama proses bimbingan tersebut, penulis memperoleh arahan yang mencakup perumusan judul, penyusunan rumusan masalah, pemilihan kerangka teori, hingga penyusunan metodologi penelitian. Bimbingan dilakukan secara bertahap dengan tujuan memastikan bahwa fokus dan pendekatan penelitian selaras dengan perspektif antropologi sosial yang digunakan.

Setelah melalui beberapa kali revisi dan penyempurnaan, penulis memperoleh persetujuan untuk melaksanakan seminar proposal yang diselenggarakan pada tanggal 4 Desember 2025. Seminar proposal ini menjadi titik awal penegasan rencana

penelitian sekaligus ruang evaluasi akademik atas rancangan penelitian yang telah disusun. Setelah dinyatakan lulus seminar proposal, penulis kembali melakukan revisi sesuai dengan masukan dan saran dari dosen penguji dan dosen pembimbing. Sebagai persiapan menuju penelitian lapangan, penulis menyusun dan menyesuaikan kembali kerangka observasi serta panduan wawancara agar selaras dengan tujuan penelitian. Tahap ini dilakukan untuk memastikan bahwa instrumen penelitian mampu menggali data yang relevan di lapangan.

Sebelum pelaksanaan penelitian lapangan, penulis juga mengurus surat izin penelitian yang dikeluarkan secara resmi pada tanggal 11 Desember 2025. Surat izin tersebut kemudian disampaikan kepada pihak-pihak yang terlibat dan berkaitan langsung dengan penelitian, yaitu Pemerintah Desa Lumindai, Posyandu Anggrek 1, Posyandu Anggrek 2, Posyandu Anggrek 3A, dan Posyandu Anggrek 3B di Desa Lumindai, serta Dinas Kesehatan dan Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Sawahlunto. Proses perizinan ini menjadi langkah awal yang penting untuk membangun akses komunikasi dan kerja sama dengan pihak-pihak terkait dalam pelaksanaan penelitian lapangan.

Selanjutnya, pada tanggal 30 Desember 2025 penulis tiba di Desa Lumindai sebagai lokasi penelitian dan mulai melakukan observasi awal di beberapa dusun yang ada di desa tersebut. Observasi awal ini dilakukan untuk memperoleh gambaran umum mengenai kondisi sosial, lingkungan, serta aktivitas masyarakat yang berkaitan

dengan fokus penelitian. Pada tanggal 2 Januari 2026, penulis secara resmi menyerahkan surat izin penelitian kepada Kepala Desa Lumindai. Pihak pemerintah desa kemudian memberikan konfirmasi dan izin kepada penulis untuk melaksanakan penelitian lapangan selama periode Januari 2026 hingga Februari 2026.

Selanjutnya, berdasarkan jadwal yang diperoleh dari pihak Puskesmas, kegiatan posyandu di Desa Lumindai dilaksanakan pada beberapa tanggal yang berbeda, yakni Posyandu Anggrek 1 pada 6 Januari 2026, Posyandu Anggrek 3A pada 8 Januari 2026, Posyandu Anggrek 2 pada 9 Januari 2026, dan Posyandu Anggrek 3B pada 14 Januari 2026. Selama kegiatan posyandu berlangsung, penulis melakukan observasi partisipatif dari pukul 09.00 hingga 12.00 sampai kegiatan selesai. Penulis mengikuti seluruh rangkaian kegiatan tanpa ada satu pun yang terlewat, mulai dari proses pendaftaran, penimbangan, pengukuran tinggi badan, pencatatan administrasi, hingga diskusi antara bidan, perawat, dan kader.

Selain melakukan observasi, penulis juga mewawancarai bidan dan tenaga kesehatan dari Puskesmas Kolok, serta kader-kader posyandu yang terlibat langsung dalam pelaksanaan program. Penulis turut mengakses berbagai dokumen administratif terkait program *stunting* sejak tahun 2022, termasuk buku pencatatan dan laporan kegiatan. Untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai pengalaman keluarga penerima program, penulis melakukan kunjungan langsung ke rumah ibu-ibu yang memiliki anak berstatus *stunting*. Wawancara di rumah dilakukan

agar penulis dapat melihat secara lebih konkret kondisi sosial, lingkungan tempat tinggal, serta dinamika keseharian keluarga yang tidak sepenuhnya tampak dalam ruang posyandu. Pendekatan ini juga memungkinkan penulis membangun kedekatan dengan informan sehingga informasi yang diperoleh lebih terbuka

Di luar hari pelaksanaan posyandu, penulis kembali ke kantor desa sebanyak tiga kali untuk mewawancarai Sekretaris Desa dan memperoleh informasi tambahan terkait mekanisme sosialisasi program, standar operasional, serta bentuk koordinasi antara pemerintah desa dan tenaga kesehatan. Selama kurang lebih 34 hari berada di lapangan, penulis tidak hanya mengumpulkan data terkait program *stunting*, tetapi juga menyaksikan berbagai dinamika sosial yang terjadi di masyarakat. Penulis menemukan bahwa realitas lapangan memiliki kompleksitas yang beragam, termasuk adanya kasus keguguran yang sempat memunculkan kesalahpahaman antara bidan dan kader.

Dalam proses penelitian tersebut, penulis juga menemukan beberapa kondisi sosial yang cukup mencolok di lapangan. Berdasarkan data yang diperoleh, sebagian besar masyarakat Desa Lumindai berada dalam kondisi ekonomi yang terbatas, di mana sekitar setengah dari kepala keluarga tidak memiliki pekerjaan tetap. Selain itu, tingkat pendidikan masyarakat juga relatif rendah, dengan hampir setengah masyarakat Desa Lumindai hanya menamatkan pendidikan hingga Sekolah Dasar. Temuan ini menunjukkan bahwa persoalan *stunting* tidak dapat dilepaskan dari

kondisi struktural seperti kemiskinan dan keterbatasan akses pendidikan. Di sisi lain, penulis juga melihat bahwa kehidupan masyarakat di Desa Lumindai masih sangat dekat dengan budaya lokal. Dalam keseharian, masyarakat masih menjalankan berbagai kebiasaan tradisional, termasuk dalam merawat anak dan memahami kesehatan.

Pengalaman lapangan tersebut menyadarkan penulis bahwa keberhasilan atau kegagalan suatu program tidak semata-mata ditentukan oleh aspek teknis, melainkan juga oleh mekanisme pendisiplinan, serta relasi kuasa yang bekerja dalam program *stunting*. Dengan menggunakan pendekatan etnografi kritis, penulis mengumpulkan data melalui wawancara mendalam, observasi partisipatif, dan analisis dokumen untuk memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif mengenai implementasi program *stunting* di Desa Lumindai. Analisis kemudian dilakukan dengan menggunakan kerangka teori Michel Foucault untuk melihat bagaimana praktik pengukuran, pencatatan, dan klasifikasi bekerja sebagai mekanisme pengaturan populasi. Di sisi lain, penulis juga mempertimbangkan dimensi budaya dengan merujuk pada konsep kebudayaan dari Goodenough untuk memahami bagaimana makna kesehatan anak dipahami oleh masyarakat.