

# TESIS

## **ANALISIS *FAMILY RESILIENCE* : KAJIAN KUALITATIF PADA ORANG TUA YANG MEMILIKI BALITA STUNTING DI KABUPATEN MUARO JAMBI**



OLEH :

NAMA : Muhammad Cholil Munadi  
NIM : 10012682125020

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (S2)  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SRIWIJAYA  
2022**

**TESIS**

**ANALISIS *FAMILY RESILIENCE* : KAJIAN KUALITATIF  
PADA ORANG TUA YANG MEMILIKI BALITA STUNTING  
DI KABUPATEN MUARO JAMBI**

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar (S2)  
Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Sriwijaya



**OLEH :**

**NAMA : Muhammad Cholil Munadi**  
**NIM : 10012682024033**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (S2)  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SRIWIJAYA  
2022**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**PROPOSAL TESIS**

**ANALISIS *FAMILY RESILIENCE* : KAJIAN KUALITATIF  
PADA ORANG TUA YANG MEMILIKI BALITA STUNTING  
DI KABUPATEN MUARO JAMBI**

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar  
(S2) Magister Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Sriwijaya

**Oleh :**

**Muhammad Cholil Munadi**

**10012682125020**

Palembang, 14 Februari 2022

Pembimbing I

Dr. Rostika Flora, S.Kep., M.Kes

NIP.19710927 199403 2004

Pembimbing II

Dr. Dr.H.M. Zulkarnain, M.Med., Sc., PKK

NIP. 196109031989031002

# DAFTAR ISI

## Halaman

|                           |     |
|---------------------------|-----|
| Halaman Sampul Luar ..... | i   |
| Halaman Judul.....        | ii  |
| Halaman Pengesahan .....  | iii |
| Daftar Isi.....           | iv  |
| Daftar Tabel .....        | vi  |
| Daftar Gambar.....        | vii |

## BAB I PENDAHULUAN

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 1.1. Latar Belakang.....     | 1 |
| 1.2. Rumusan Masalah .....   | 6 |
| 1.3. Tujuan Penelitian.....  | 6 |
| 1.3.1. Tujuan Umum .....     | 6 |
| 1.3.2. Tujuan Khusus .....   | 6 |
| 1.4. Manfaat Penelitian..... | 6 |
| 1.4.1. Manfaat Teoritis..... | 6 |
| 1.4.2. Manfaat Praktis ..... | 6 |

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

|   |    |
|---|----|
| 2.1. <i>Family Resilience</i> .....                         | 8  |
| 2.1.1. Definisi <i>Family Resilience</i> .....              | 8  |
| 2.1.2. Proses Kunci (Domain) <i>Family Resilience</i> ..... | 9  |
| 2.1.3. Komponen <i>Family Resilience</i> .....              | 12 |
| 2.2. Stunting.....  | 14 |
| 2.2.1. Definisi Stunting .....                              | 14 |
| 2.2.2. Antropometri .....                                   | 15 |
| 2.2.3. Faktor-faktor Stunting.....                          | 19 |
| 2.2.4. Dampak Stunting.....                                 | 21 |
| 2.2.5. Intervensi Pencegahan Stunting .....                 | 22 |
| 2.3. Kerangka Pikir.....                                    | 24 |
| 2.4. Definisi Istilah .....                                 | 25 |

## BAB III METODE PENELITIAN

|  |    |
|--|----|
| 3.1. Desain Penelitian .....                       | 29 |
| 3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian.....              | 29 |
| 3.3. Sumber Informasi/ Informan Penelitian .....   | 29 |
| 3.4. Jenis dan Alat Pengumpulan Data .....         | 30 |
| 3.4.1. Jenis Data.....                             | 30 |
| 3.4.2. Alat Pengumpulan Data.....                  | 31 |
| 3.5. Pengolahan Data .....                         | 31 |
| 3.5.1. Wawancara .....                             | 31 |
| 3.5.2. FGD ( <i>Focus Group Discussion</i> ) ..... |    |
| 3.5.3. Lembar Pengamatan atau Observasi.....       | 32 |

|   |    |
|---|----|
| 3.5.4. Dokumentasi .....                                    | 33 |
| 3.6. Alur Analisis dan Penyajian Data.....                  | 33 |
| 3.6.1. Reduksi Data.....                                    | 33 |
| 3.6.2. Penyajian Data .....                                 | 33 |
| 3.6.3. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi .....            | 33 |
| 3.7. Validitas Data .....                                   | 34 |
| 3.7.1. Triangulasi Sumber.....                              | 34 |
| 3.7.2. Triangulasi Teknik.....                              | 34 |
| 3.7.3. Triangulasi Data.....                                | 34 |
| 3.8. Etika Penelitian.....                                  | 34 |
| 3.8.1. Lembar Persetujuan ( <i>Informes Consent</i> ) ..... | 34 |
| 3.8.2. Tanpa Nama ( <i>Anonimity</i> ).....                 | 34 |
| 3.8.3. Kerahasiaan ( <i>Confidentially</i> ).....           | 35 |
| 3.8.4. Keadilan dan Keterbukaan.....                        | 35 |
| 3.9. <i>Research Onion</i> .....                            | 34 |

#### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

|   |    |
|---|----|
| 4.1 Gambaran Umum .....                       | 30 |
| 4.1.1. Kabupaten Muaro Jambi.....             | 30 |
| 4.1.2. Puskesmas Pondok Meja .....            | 31 |
| 4.1.3. Puskesmas Tempino .....                | 31 |
| 4.2. Hasil Penelitian.....                    | 31 |
| 4.2.1. Karakteristik informan Penelitian..... | 31 |
| 4.2.2. Sistem Kepercayaan.....                | 31 |
| 4.2.3. Proses Organisasi.....                 | 32 |
| 4.2.4. Proses Komunikasi .....                | 33 |
| 4.2.5. <i>Mind Mapping Coding</i> .....       | 33 |
| 4.3. Pembahasan .....                         | 33 |
| 4.3.1. Sistem Kepercayaan.....                | 33 |
| 4.3.2. Proses Organisasi.....                 | 33 |
| 4.3.3. Proses Komunikasi .....                | 33 |
| 4.3.4. Keterbatasan Penelitian .....          | 33 |

#### **BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

|                     |    |
|---------------------|----|
| 5.1 Kesimpulan..... | 29 |
| 7.1. Saran .....    | 29 |

#### **DAFTAR PUSTAKA**

#### **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

|  | <b>Halaman</b> |
|--|----------------|
| <b>Gambar 2.1</b> Skala perhitungan antropometri .....   | 15             |
| <b>Gambar 2.2</b> Pengukuran antropometri berat badan .....  | 16             |
| <b>Gambar 2.3</b> Pengukuran antropometri tinggi badan .....   | 17             |
| <b>Gambar 2.4</b> Pengukuran antropometri lingkar kepala .....   | 17             |
| <b>Gambar 2.5</b> Pengukuran antropometri lingkar kepala .....   | 18             |
| <b>Gambar 2.6</b> Pengukuran antropometri ketebalan lipatan kulit .....  | 18             |
| <b>Gambar 2.7</b> Pengukuran antropometri tes genggam .....  | 19             |
| <b>Gambar 2.8</b> Kerangka pikir <i>family resilience</i> (Walsh, 2012 ) dengan modifikasi pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muara Jambi ..... | 24             |
| <b>Gambar 3.1</b> <i>Research Onion</i> .....  |                |

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Umumnya setiap orang tua mengharapkan anak yang terlahir dalam kondisi sehat tanpa ada permasalahan apapun. Akan tetapi terkadang yang terjadi tidak selalu sejalan dengan harapan, anak bisa saja terlahir dengan kondisi yang kurang sempurna mulai dari fisik sampai kondisi pertumbuhan dan perkembangan. Salah satu penanda anak memiliki permasalahan serta penghambatan pertumbuhan dan perkembangan adalah stunting (Markowitz & Cosminsky, 2018). Menurut Kemenkes RI (2018) stunting merupakan kondisi dimana balita memiliki panjang atau tinggi badan yang kurang jika dibandingkan dengan umur dan bila diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi median standar pertumbuhan anak dari WHO. Anak yang mengalami stunting menunjukkan kegagalan untuk mencapai potensi genetik pada tinggi badan dan merupakan indikator dari pertumbuhan yang buruk (Wemakor & Mensah, 2016).

Stunting terjadi karena kekurangan gizi masa kanak-kanak yang digunakan untuk merujuk pada populasi anak-anak yang terlalu pendek untuk usianya dan merupakan tanda yang jelas dari tidak berkembang fisik dan mental dengan baik dalam 1000 hari pertama (Shibre, Zegeye, & Haidar, 2020). Saat ini, Indonesia merupakan salah satu negara dengan prevalensi stunting yang cukup tinggi dibandingkan dengan negara-negara berpendapatan menengah lainnya. Rata-rata prevalensi balita stunting di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4%. Situasi ini jika tidak diatasi dapat mempengaruhi kinerja pembangunan Indonesia baik yang menyangkut pertumbuhan ekonomi, kemiskinan dan ketimpangan (TNP2K-Sekretariat Wapres RI, 2018). Berdasarkan data prevalensi balita stunting yang dikumpulkan *World Health Organization* (WHO), Indonesia termasuk ke dalam negara ketiga dengan prevalensi tertinggi di regional Asia Tenggara/*South-East Asia Regional* (SEAR) (Kemenkes RI, 2018) . Kondisi ini

menggambarkan tumbuh kembang anak di Indonesia yang tidak optimal. Anak yang tidak tumbuh optimal akan menimbulkan stress tersendiri bagi orang tua.

Oleh karena itu ketika orang tua yang mendapati bahwa anaknya mengalami stunting maka hal tersebut akan menjadi sebuah stressor dan tekanan bagi keluarga. Hal tersebut selaras dengan Hidayati (2011) dimana ketika suatu keluarga menghadapi sebuah keadaan diluar harapan maka akan menjadi stresor yang signifikan bagi keluarga tersebut. Respon keluarga dalam menghadapi tantangan tersebut akan menentukan perkembangan keluarga selanjutnya. Respon keluarga yang tidak adaptif cenderung menghasilkan perkembangan yang tidak optimal pula (Maulidia, Kinanthi, Permata, & Fitria, 2017).

Kondisi dimana keluarga berespon terhadap situasi atau kesulitan yang dihadapi dalam keluarga disebut dengan *family resilience* (Walsh, 1996). Walsh (2016) mendefinisikan *family resilience* sebagai kapasitas keluarga, sebagai sistem fungsional, untuk bertahan dan pulih dari tantangan hidup yang penuh tekanan. *Family resilience* juga bertujuan untuk mengidentifikasi dan menargetkan proses kunci keluarga yang dapat mengurangi stres dan kerentanan dalam situasi berisiko tinggi, mendorong penyembuhan dan pertumbuhan keluar dari krisis, dan memberdayakan keluarga untuk mengatasi kesengsaraan yang berkepanjangan. Pernyataan tersebut sejalan dengan hasil temuan dari Carr & Springer (2010) yang menyebutkan bahwa proses dan dinamika keluarga sangat berpengaruh dan menentukan kesehatan anak. Oleh karena itu stunting dapat dicegah jika intervensi terpadu diterapkan untuk meningkatkan faktor pada tingkat keluarga yang berkontribusi terhadap stunting (Nshimyiryo, dkk, 2019).

Terdapat 3 proses kunci (domain) dalam upaya intervensi dan pencegahan permasalahan yang dihadapi keluarga. Tiga domain tersebut adalah sistem kepercayaan, proses organisasi dan proses komunikasi. Pada domain sistem kepercayaan indikatornya adalah membuat makna dari kesulitan, pandangan positif dan transendensi & spritualitas. Pada domain proses organisasi indikatornya adalah fleksibilitas, keterhubungan dan



memobilisasi sumber daya sosial serta ekonomi. Sedangkan pada domain proses komunikasi indikatornya adalah kejelasan, keterbukaan berbagi emosional dan pemecahan masalah kolaboratif (Walsh, 2012).

Menurut Vogel (2017) *family resilience* setiap keluarga tergantung pada beberapa faktor salah satunya tantangan dari stresor saat ini, dimana peristiwa yang membuat stres tersebut salah satunya anak dengan perkembangan yang tidak sempurna, termasuk stunting. Hal tersebut dikarenakan stunting yang terjadi pada anak selama usia dini memiliki beberapa implikasi negatif dan telah dikaitkan dengan efek buruk pada perkembangan kognitif, prestasi sekolah dan produktivitas ekonomi di masa dewasa (Kismul, Acharya, Mapatano, & Hatløy, 2017). Hal ini juga dijelaskan oleh Kementerian Kesehatan RI (2018) yang menyatakan bahwa stunting dapat menimbulkan dampak jangka pendek, di antaranya penurunan fungsi kognitif, penurunan fungsi kekebalan tubuh, dan gangguan sistem metabolisme tubuh yang pada akhirnya dapat menimbulkan risiko penyakit degeneratif, seperti diabetes melitus, jantung koroner, hipertensi, dan obesitas.

Mackay (2003) mengemukakan konsep *family resilience* sebagai faktor pelindung dan kerentanan dengan menggunakan istilah proksimal dan distal. Pada istilah proksimal memiliki efek yang dialami secara langsung sedangkan istilah distal memiliki efek yang dialami secara tidak langsung melalui faktor mediasi lainnya. Efek dari proksimal pada konsep *family resilience* sebagai faktor pelindung dan kerentanan yang memengaruhi perilaku pengasuhan orang tua ke anak. Sedangkan efek dari distal pada konsep *family resilience* seperti sosial ekonomi keluarga menjadi faktor mediasi yang memengaruhi perilaku pengasuhan orang tua. Hal ini sejalan dengan hasil temuan dari Teja, (2019) pola asuh yang baik kepada bayi dan balita memiliki andil dalam penanggulangan stunting. Hal ini juga selaras dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Djannah & Maisaroh (2020) dimana terdapat hubungan antara pola asuh dengan kejadian stunting pada balita.

Menurut Girma, Fikadu, & Abdisa (2019) interaksi antara ibu dan anak sangat penting untuk merawat anak dan untuk memberi makan anak secara efektif. Akan tetapi orang tua yang mengalami permasalahan dalam pengasuhan anak yang berkaitan dengan perilaku interpersonal yang buruk karena berkurangnya minat ibu pada anak, maka akan mengganggu kualitas emosional pengasuhan dan berkurangnya kemampuan untuk memberikan diet sehat untuk anak. Padahal Alderete, Sonderegger, & Pérez-Stable (2018) juga menjelaskan bahwa konsekuensi dari asupan makanan yang tidak memadai akan mengacu pada perubahan dalam perkembangan yang abnormal pada berat badan anak.

Hal tersebut selaras dengan Darteh, Acquah & Kumi-Kyereme (2014) dimana stunting merupakan akibat dari asupan makanan yang tidak memadai dalam jangka waktu lama yang dapat diperburuk oleh penyakit kronis serta mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan linear. Stunting yang terjadi pada anak-anak secara signifikan berkaitan juga dengan pendidikan orang tua dan status ekonomi yang rendah. Tidak hanya itu program kesehatan ibu dan balita terkait higiene dan sanitasi harus terus dilanjutkan karena berkaitan juga dengan kejadian stunting (Soekatri, Sandjaja, & Syauqy, 2020).

Berdasarkan hasil dari Integrasi Susenas dan SSGBI Tahun 2019, di Indonesia sendiri terdapat 260 daerah prioritas stunting salah satunya Kabupaten Muaro Jambi dengan 13,15% prevalensi stunting (Kemenkes RI & BPS, 2019). Hal ini juga diperkuat dengan adanya surat edaran dari Kementerian Sekretariat Negara Republik Indonesia (2021) yang menyatakan bahwa salah satu daerah di Indonesia yang akan menjadi lokus stunting atau daerah prioritas dalam menurunkan stunting menjadi 14% pada tahun 2024 adalah Kabupaten Muaro Jambi. Menurut persentase stunting Februari 2021 pada 22 puskesmas yang ada di Kabupaten Muaro Jambi tercatat sebanyak 1148 balita yang mengalami stunting, akan tetapi angka tersebut naik menjadi 1166 per Agustus 2021 pada 155 desa yang ada di Kabupaten Muaro Jambi (Dinkes Kabupaten Muaro Jambi, 2021).

Berdasarkan data pada tahun 2019 di Kabupaten Muaro Jambi diketahui bahwa persentase penduduk berusia 10 tahun keatas yang menamatkan sekolah berdasarkan tingkat pendidikan yaitu dengan pendidikan terakhir SD/ MI sebesar 36,3%, SMP/ MTS 22,5%, tidak tamat/ tidak memiliki ijazah 16,7%, SMA/ MA 16,3%, SMK (3,3%), D-IV/S1/S2/S3 (2,9%), Akademi/ D-III (1,2%) dan Diploma I/ D-II sebesar 0,7%. Data pendidikan ini menunjukkan bahwa tingkatan pendidikan yang paling banyak di Kabupaten Muaro Jambi adalah tamatan SD/ MI. Selain itu menurut data masyarakat miskin berdasarkan Penerima Bantuan Iuran (PBI) jaminan kesehatan di Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2019 berjumlah 130.536 jiwa yang berarti ada sekitar 29,4% atau naik 7,34% jika dibanding tahun 2018 sebesar 22,06% jumlah masyarakat miskin yang ada di Kabupaten Muaro Jambi. Tentunya hal ini juga memengaruhi *Dependency Ratio* atau angka beban tanggungan keluarga di masyarakat Kabupaten Muaro Jambi. Dari hasil perhitungan diketahui bahwa angka beban tanggungan (*Dependency Ratio*) Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2019 sebesar 43,54% (Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi, 2019). Berdasarkan data dari Rencana Pembangunan Industri Provinsi Jambi (2021) diketahui bahwa lapangan utama pekerjaan masyarakat muaro jambi adalah pertanian (91.089), insdutri (39.416) dan jasa (63.167).

Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi (2019) menyebutkan bahwa capaian akses berkelanjutan terhadap air minum layak baru mencapai sebesar 75,15% penduduk, sedangkan penduduk yang menggunakan sarana dan akses terhadap sanitasi layak (Jamban Sehat) sebanyak 92.398 KK atau 83,5%. Dari 155 desa yang ada di Kabupaten Muaro Jambi diketahui sebanyak 99 desa (63,9%) melaksanakan STBM, 49 desa (31,6%) stop buang air besar sembarangan dan desa STBM sebanyak 37 desa (23,87%). Dari 106.974 rumah tangga yang ada di Kabupaten Muaro Jambi, diantaranya sebanyak 32.574 rumah tangga (30,3%) yang dipantau dan 19.291 rumah tangga yang ber-PHBS (59,2 %).

Berdasarkan data profil kesehatan Kabupaten Muaro Jambi terlihat masih rendahnya capaian program kesehatan. Hal ini tentunya berdampak

terhadap angka kejadian stunting di Kabupaten Muaro Jambi. Rendahnya tingkat pendidikan juga akan mempengaruhi bagaimana orang tua beradaptasi dengan kejadian stunting yang terjadi pada keluarga. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk menganalisis *family resilience* pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muaro Jambi.

## **1.2 Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan sebelumnya, rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana analisis *family resilience* pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muaro Jambi ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menganalisis *family resilience* pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muaro Jambi

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisis karakteristik keluarga yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muaro Jambi
2. Menganalisis domain sistem kepercayaan pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muaro Jambi.
3. Menganalisis domain proses organisasi pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muaro Jambi
4. Menganalisis domain proses komunikasi pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muaro Jambi

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan, wawasan dan referensi dalam bidang kesehatan masyarakat khususnya pada ranah ilmu perilaku.

## **1.4.2 Manfaat Praktisi**

### **1. Bagi Orang Tua**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat berguna untuk menambah wawasan para orang tua yang memiliki balita stunting mengenai gambaran *family resilience* pada orang tua yang memiliki balita stunting. Informasi ini juga diharapkan dapat membantu para orang tua yang memiliki balita stunting dalam memahami hal-hal apa saja yang perlu dilakukan untuk menghadapi tantangan-tantangan dalam merawat balita yang stunting .

### **2. Bagi Keluarga**

Diharapkan hasil penelitian ini dapat berguna untuk menambah wawasan para keluarga yang kerabatnya memiliki balita stunting mengenai gambaran *family resilience* pada orang tua yang memiliki balita stunting. Informasi ini juga diharapkan dapat membantu para keluarga untuk berperan penting dalam membantu keluarganya yang memiliki balita stunting dalam memahami hal-hal apa saja yang perlu dilakukan untuk menghadapi tantangan-tantangan dalam merawat balita yang stunting.

### **3. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat**

Dapat meningkatkan kepustakaan Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat dalam cakupan teoritis *family resilience* dan stunting, dimana penelitian ini juga dapat menambah wawasan, perbandingan dan sumber referensi bagi penelitian selanjutnya. Hasil dari penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi informasi dan bahan pembelajaran dalam mengkaji dinamika psikologis orang tua yang memiliki balita stunting.

### **4. Bagi Peneliti**

Dapat menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman dalam meningkatkan kemampuan peneliti dibidang kesehatan dan bidang ilmu perilaku khususnya mengenai *family resilience* dan kejadian stunting pada balita. Penelitian ini juga merupakan hasil dari penerapan ilmu selama perkuliahan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 *Family Resilience*

##### 2.1.1 Definisi *Family Resilience*

*Family resilience* merupakan suatu kondisi dimana sebuah keluarga dapat bertahan dan melakukan penyesuaian diri dalam menghadapi masalah serta gangguan. Permasalahan dalam kehidupan keluarga sebagai akibat dari dinamika perubahan sosial, politik, ekonomi, dan budaya yang menjadi tantangan bagi setiap keluarga. Oleh karena itu *family resilience* merupakan hal yang penting untuk dipenuhi karena keluarga merupakan tumpuan untuk menghasilkan sumber daya manusia yang unggul (Kirana, Iyoeaga, & Artisa, 2021).

Menurut Walsh (2012) *family resilience* merupakan suatu proses yang melibatkan potensi pemulihan, perbaikan, dan pertumbuhan dalam keluarga ketika menghadapi tantangan hidup yang serius. Meskipun beberapa keluarga hancur oleh peristiwa krisis, transisi yang mengganggu, atau kesulitan yang terus-menerus, yang luar biasa adalah banyak keluarga lain muncul dengan kekuatan dan lebih banyak akal, mampu mencintai sepenuhnya dan membesarkan anak-anak mereka dengan baik.

Konsep *family resilience* berasal dari penelitian tentang stres dan kekuatan keluarga. Oleh karena itu *family resilience* memberikan gambaran pada setiap keluarga dalam berbagai cara proses adaptasi atau proses respon pertumbuhan terhadap krisis (Kirana dkk., 2021). Yang, Feldman, & Li, (2021) mendefinisikan *family resilience* sebagai kapasitas keluarga untuk mengurangi kesulitan dengan menggunakan sumber daya, struktur, dan koneksi internalnya. *family resilience* juga mencakup kemampuan keluarga untuk menghadapi tantangan sosial.

Berdasarkan definisi-definisi yang telah jelaskan diatas, dapat disimpulkan bahwa *family resilience* adalah suatu kondisi dimana sebuah keluarga dapat bertahan dan melakukan penyesuaian diri yang melibatkan

potensi pemulihan, perbaikan, dan pertumbuhan dalam menghadapi masalah serta tantangan hidup dan sosial yang serius.

### **2.1.2 Proses Kunci (Domain) *Family Resilience***

Menurut Walsh (2012) terdapat 3 proses kunci (domain) *family resilience* yaitu :

#### **1. Sistem Kepercayaan**

Konstruksi bersama tentang realitas, dipengaruhi oleh keyakinan multigenerasi, budaya, dan spiritual, muncul melalui transaksi keluarga dan sosial.

##### **A. Membuat makna dari kesulitan**

- a. Pandangan relasional tentang ketahanan ; memandang kesulitan sebagai cobaan yang harus diatasi bersama dan percaya bahwa perjuangan mereka membuat hubungan mereka lebih kuat; upaya bersama dan kebanggaan dalam kemenangan membawa mereka lebih dekat
- b. Menormalkan, mengontekstualisasikan kesusahan ; ketika masalah dipandang sebagai dilema manusia dan perasaan rumit dilihat sebagai umum di antara mereka dalam kesulitan yang sama-dan dalam situasi yang ekstrim atau tidak adil, sebagai respon normal terhadap kondisi abnormal atau tidak manusiawi
- c. Rasa koherensi ; memandang krisis sebagai tantangan yang bermakna, dapat dipahami, dan dapat dikelola
- d. Penilaian fasilitatif ; atribusi penjelasan dan harapan masa depan

##### **B. Pandangan positif**

- a. Harapan dan bias optimis ; yang didasarkan kepercayaan, tidak peduli seberapa suram masa kini, masa depan yang lebih baik dapat dibayangkan.
- b. Dorongan ; tegaskan kekuatan dan fokus pada potensi dalam memperkuat keberanian untuk menangkap peluang dan bertahan
- c. Inisiatif aktif dan ketekunan (*can-do spirit*) ; kepercayaan bersama dalam melalui kesulitan. Keluarga menunjukkan keyakinan bahwa

mereka akan melakukan yang terbaik dan mendukung partisipasi aktif anggota dalam mengatasi tantangan mereka.

- d. Kuasai kemungkinan ; menerima apa yang tidak bisa diubah dan mentolerir ketidakpastian

### C. Transendensi dan spiritualitas

- a. Nilai yang lebih besar ; mencari kekuatan, kenyamanan, dan bimbingan di masa-masa sulit melalui hubungan dengan tradisi budaya dan spiritual mereka
- b. Spiritualitas ; iman, praktik kontemplatif, komunitas; hubungan dengan alam
- c. Inspirasi ; membayangkan kemungkinan, aspirasi; ekspresi kreatif; aksi sosial
- d. Transformasi ; pembelajaran, perubahan, dan pertumbuhan positif dari kesulitan

## 2. Proses Organisasi

### A. Fleksibilitas

Fleksibilitas, proses inti dalam ketahanan, melibatkan keterbukaan terhadap perubahan adaptif (Olson & Gorall, 2003)

- a. Rebound ; perubahan adaptif untuk menghadapi tantangan baru
- b. Mengatur ulang ; menstabilkan: kontinuitas, ketergantungan, prediktabilitas
- c. Kepemimpinan otoritatif yang kuat ; memelihara, membimbing, melindungi
- d. Bentuk keluarga yang bervariasi ; tim pengasuhan/pengasuhan yang kooperatif
- e. Hubungan pasangan/orang tua ; saling menghormati; mitra setara

### B. Keterhubungan

- a. Saling mendukung, kerja tim, dan komitmen
- b. Menghormati kebutuhan individu, perbedaan
- c. Mencari penyambungan kembali dan memperbaiki keluhan



### C. Memobilisasi sumber daya sosial dan ekonomi

- a. Merekrut keluarga besar, dukungan sosial, dan komunitas; model dan mentor
- b. Membangun keamanan finansial; menavigasi tantangan pekerjaan/keluarga yang penuh tekanan
- c. Transaksi dengan sistem yang lebih besar: akses kelembagaan, dukungan struktural

### 3. Proses komunikasi

#### A. Kejelasan

- a. Pesan, informasi yang jelas dan konsisten
- b. Memperjelas situasi ambigu; pencarian kebenaran

#### B. Keterbukaan berbagi emosional

- a. Perasaan menyakitkan: (sedih, penderitaan, kemarahan, ketakutan, kekecewaan, penyesalan)
- b. Interaksi positif: (cinta, penghargaan, syukur, humor, kesenangan, jeda)

#### C. Pemecahan masalah kolaboratif

- a. Brainstorming kreatif; akal
- b. Berbagi pengambilan keputusan; memperbaiki konflik; negosiasi, keadilan
- c. Berfokus pada tujuan; langkah konkret; membangun kesuksesan; belajar dari kemunduran
- d. Sikap proaktif: kesiapsiagaan, perencanaan, pencegahan

Berdasarkan domain yang telah dijabarkan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa terdapat tiga domain *family resilience* yaitu sistem kepercayaan, proses organisasi dan proses komunikasi. Pada domain sistem kepercayaan terdapat indikator membuat makna dari kesulitan, pandangan positif dan transendensi & spiritualitas. Pada domain proses organisasi terdapat indikator fleksibilitas, keterhubungan dan memobilisasi sumber daya sosial serta ekonomi. Sedangkan pada domain proses komunikasi indikatornya adalah kejelasan, keterbukaan berbagi emosional dan pemecahan masalah kolaboratif.

### 2.1.3 Komponen *Family Resilience*

Mackay (2003) mengemukakan bahwa terdapat domain pada fungsi keluarga yang dianggap sebagai aspek *family resilience* yaitu :

#### 1. Kohesi Keluarga

Hubungan emosional antara anggota keluarga sangat penting untuk berfungsinya sebuah keluarga. Keluarga yang memiliki ikatan emosional yang baik lebih mampu menghadapi tantangan untuk kesejahteraan mereka dan mengatasi dengan baik di bawah tekanan. Sementara peneliti yang berbeda telah memberikan nama yang berbeda untuk konstruksi yang mendasari - kohesi keluarga (Olson 1993), keterhubungan (Walsh 1998), keterlibatan afektif (Epstein et al. 1978), Steinhauer et al. 1984) – ide kuncinya adalah hubungan emosional antara anggota keluarga

#### 2. Sistem Kepercayaan Keluarga

Sistem kepercayaan keluarga mencakup nilai, sikap, keyakinan, bias, asumsi – “satu set premis dasar yang memicu respons emosional, menginformasikan keputusan, dan memandu tindakan” (Walsh 1998). Keyakinan dominan dari sebuah keluarga membentuk bagaimana keluarga sebagai satu unit mengatasi krisis dan kesulitan. Walsh membedakan tiga dimensi penting dari sistem kepercayaan keluarga: kapasitas untuk membuat makna dari kesulitan, pandangan positif dan spiritualitas atau transendensi.

#### 3. Strategi Koping

Coping adalah respon sadar yang disengaja terhadap stres. Mengatasi sering dipanggil untuk mewakili kompetensi dan ketahanan. Padahal ketiga istilah tersebut memiliki arti yang berbeda. Dimana koping mengacu pada respon adaptif terhadap stres, kompetensi mengacu pada karakteristik yang dibutuhkan untuk adaptasi yang sukses dan ketahanan tercermin dalam hasil di mana kompetensi dan koping telah ditampilkan (Compas et al. 2001).

#### 4. Komunikasi.

Komunikasi adalah aspek kunci dari fungsi keluarga. Komunikasi merupakan pusat proses pembuatan makna dalam keluarga – bagaimana

anggota keluarga memandang diri mereka sendiri dan hubungan mereka dengan dunia luar dan bagaimana mereka memahami tantangan yang mereka hadapi – serta proses coping. Komunikasi yang efektif penting dalam pengembangan rasa pengambilan keputusan bersama, yang dicapai melalui negosiasi, kompromi, dan timbal balik. Perkembangan proses komunikasi yang efektif dalam keluarga juga transfer ke hubungan dengan dunia profesional; misalnya, dalam berurusan dengan penyedia layanan.

Sedangkannya menurut Masten & Monn (2015) terdapat 5 komponen inti terkait kerangka terpadu untuk *family resilience* sebagai proses integratif yaitu :

1. Mengartikan adaptasi positif pada tingkat keluarga dan proses yang menghubungkan fungsi adaptif di seluruh tingkat sistem keluarga.
2. Penggambaran jalur fungsi adaptif pada anak dan keluarga dari waktu ke waktu dan interaksi adaptif.
3. Mengidentifikasi proses promotif untuk perkembangan adaptif pada keluarga dan proses di mana efek ini menyebar ke seluruh sistem keluarga.
4. Mengidentifikasi risiko terhadap adaptasi atau perkembangan positif untuk keluarga dan proses di mana risiko menyebar ke seluruh sistem keluarga.
5. Mengidentifikasi proses perlindungan yang mencegah atau mengurangi efek buruk atau mendorong pemulihan dari kesulitan pada anak atau keluarga dan proses di mana pengaruh perlindungan menyebar ke seluruh sistem keluarga.

Berdasarkan komponen *family resilience* yang telah jabarkan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa terdapat 9 komponen yaitu *family cohesion, family belief systems, coping strategies, communication, mengartikan adaptasi positif, penggambaran jalur fungsi adaptif, mengidentifikasi proses promotif, mengidentifikasi risiko dan mengidentifikasi proses perlindungan.*

## **2.2 Stunting**

### **2.2.1 Definisi Stunting**

Stunting merupakan bentuk kekurangan gizi anak yang paling umum, dengan perkiraan 155 juta anak di seluruh dunia jatuh di bawah 2 SD dari median standar panjang/tinggi badan menurut standar WHO pada tahun 2016. Stunting sekarang diakui sebagai indikator utama yang mencerminkan kesejahteraan anak-anak dan cerminan dari kesenjangan sosial (De Onis dkk, 2019). Hal tersebut selaras dengan Ademas, dkk. (2021) yang mendefinisikan stunting sebagai kondisi kekurangan gizi jangka panjang yang terjadi ketika anak gagal dalam mencapai potensi pertumbuhan liniernya. Seorang anak dikatakan 'stunting' jika tinggi badan anak kurang dari minus dua standar deviasi ( $- 2$  SD) dari standar WHO. Meskipun seorang anak mungkin baru bisa diklasifikasikan sebagai stunting ketika usia 2 sampai 3 tahun, tetapi stunting bisa saja terjadi dimulai dari dalam rahim.

MCA (2013) menjelaskan bahwa stunting merupakan masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. Kekurangan gizi pada usia dini meningkatkan angka kematian bayi dan anak, dimana yang menyebabkan penderitanya mudah sakit dan memiliki postur tubuh tak maksimal saat dewasa. Kemampuan kognitif para penderita juga berkurang, sehingga mengakibatkan kerugian ekonomi jangka panjang. Hal tersebut selaras dengan yang menjelaskan bahwa stunting merupakan salah satu bentuk malnutrisi kronis yang mencerminkan suatu proses kegagalan mencapai potensi pertumbuhan linier. Defisit protein esensial dan mikronutrien tingkat sel dan peradangan kronis pada balita stunting dapat mengurangi konsentrasi faktor pertumbuhan seperti insulin yang diperlukan untuk pertumbuhan linier (Tafesse, Yoseph, Mayiso, & Gari, 2021) .

Berdasarkan definisi-definisi yang telah jelaskan diatas, dapat disimpulkan bahwa stunting adalah kondisi kekurangan gizi jangka panjang yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu cukup lama dan akibat dari pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan yang

menyebabkan anak gagal dalam mencapai potensi pertumbuhan liniernya. Seorang anak dikatakan stunting jika tinggi badan anak kurang dari minus dua standar deviasi ( $-2\text{ SD}$ ) dari standar WHO. masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang.

### 2.2.2 Antropometri

Antropometri merupakan salah satu instrumen untuk mengukur status gizi seseorang yang meliputi tinggi badan, berat badan, ketebalan lipatan kulit, dan lingkar pinggang. Instrumen ini dapat mendeteksi perubahan komposisi tubuh untuk menilai status gizi pada kelompok populasi tertentu, termasuk bayi baru lahir, anak di bawah usia lima tahun dan orang dewasa. Keuntungan menggunakan pengukuran antropometri adalah pengukuran antropometrik rutin dapat menyarankan pola pertumbuhan dan perkembangan individu (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy, 2014).

NACS (2016) menjelaskan bahwa *Body Mass Index* (BMI) dan berat badan untuk tinggi badan adalah pengukuran antropometrik yang disajikan sebagai indeks. Masing-masing indeks ini dicatat sebagai z-score. Z-skor diukur dalam standar deviasi (SD), dan menggambarkan seberapa jauh dan ke arah mana pengukuran antropometrik individu menyimpang dari pengukuran untuk orang sehat pada usia dan jenis kelamin yang sama (median). Pada gambar kurva lonceng, skor-z untuk pengukuran median (tengah) adalah 0. Skor-Z yang lebih rendah dari median memiliki tanda minus (misalnya, -1). Z-skor lebih tinggi dari median memiliki tanda plus atau tidak ada tanda (misalnya, +2 atau 2).



**Gambar 2.1**  
**Skala perhitungan antropometri**

Pada garis bilangan di bawah ini, panah menunjuk ke arah bilangan yang semakin besar (di sebelah kanan median) atau semakin kecil (di sebelah kiri median). Semakin jauh pengukuran dari median (0) di kedua sisi, semakin besar risiko malnutrisi. Apapun tindakan yang digunakan, ukuran yang sama harus digunakan setiap kali status gizi klien dinilai untuk membandingkan hasil.

Menurut Rinninella dkk. (2017) pada instrumen antropometri terdapat beberapa hal yang harus di ukur untuk mengetahui status gizi seseorang anantara lain :

#### 1. Berat Badan

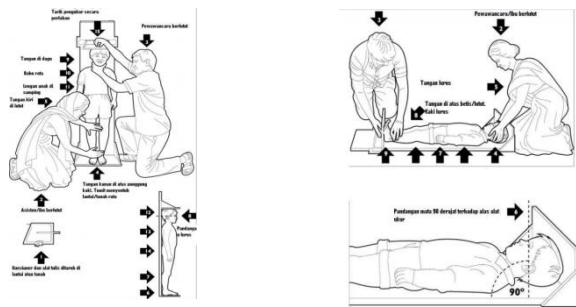
Berat badan adalah ukuran status gizi secara keseluruhan, tetapi dapat dipengaruhi oleh banyak variabel, seperti usia, jenis kelamin, asupan harian dan status hidrasi. Pada pasien yang berusia lebih dari 2 tahun dan mampu berdiri harus ditimbang pada timbangan platform dengan beban yang dapat dipindahkan atau dengan timbangan digital. Berat dicatat dalam kilogram dan dibulatkan ke 100 gram terdekat. Sedangkan untuk anak-anak di bawah usia 2 tahun harus ditimbang dengan ditempatkan terlentang di timbangan, pastikan beratnya tersebar merata di setiap sisi tengah timbangan. Berat dicatat dalam kilogram dan dibulatkan ke 10 gram terdekat.



**Gambar 2.2**  
**Pengukuran antropometri berat badan**

#### 2. Tinggi Badan

Ukuran panjang, tinggi badan atau alternatif tinggi badan merupakan ukuran yang sangat penting untuk mengamati status gizi jangka panjang. Untuk anak di bawah usia 2 tahun panjang telentang diperoleh dengan menggunakan infantometer (papan panjang padat) dalam posisi terlentang. Untuk anak-anak yang lebih tua dari 2 tahun tinggi ditemukan menggunakan stadiometer vertikal, jika mungkin dipasang di dinding, dengan lengan tegak lurus turun ke ubun-ubun kepala.



**Gambar 2.3**  
**Pengukuran antropometri tinggi badan**

### 3. Lingkar Kepala

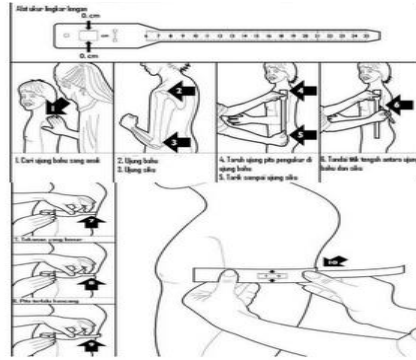
Lingkar kepala dapat diperoleh pada anak-anak sampai mereka mencapai usia 36 bulan, dengan menggunakan pita pengukur fleksibel yang ditempatkan di sekitar kepala melintasi tulang frontal, di atas alis dan telinga kanan dan kiri, di atas tonjolan oksipital di belakang kepala. Lingkar kepala ini dianggap sebagai indeks perkembangan otak dan status gizi yang berkorelasi dengan kekurangan gizi.



**Gambar 2.4**  
**Pengukuran antropometri lingkar kepala**

### 4. *Mid-Upper-Arm Circumference (MUAC)*

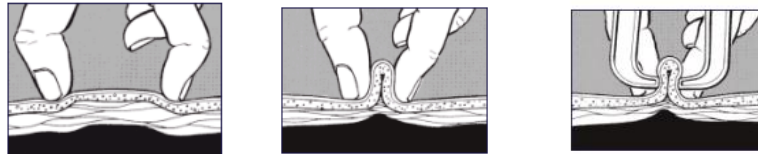
MUAC adalah pengukuran sederhana yang diambil dengan pita fleksibel yang ditempatkan tegak lurus terhadap sumbu panjang lengan, yang ditekuk pada sudut 90°. Titik tengah lengan atas di tengah antara akromion dan olekranon diukur dan ditandai. MUAC merupakan indikator komposisi tubuh yang lebih baik dari BMI pada pasien. Dalam sebuah penelitian di antara anak-anak berisiko tinggi malnutrisi menyarankan bahwa MUAC mungkin menjadi indikator antropometrik nutrisi potensial pada anak-anak berusia antara 6 dan 60 bulan.



**Gambar 2.5**  
**Pengukuran antropometri lingkar kepala**

#### 5. Ketebalan Lipatan Kulit

Ketebalan lipatan kulit diukur dengan menggunakan kaliper lipatan kulit di lengan kanan pada titik yang sebelumnya ditandai untuk MUAC di bagian belakang lengan. Pengukuran ketebala lipatan kulit ini berguna untuk mengidentifikasi simpanan lemak tubuh pasien dan berguna untuk membedakan otot dari simpanan lemak.



**Gambar 2.6**  
**Pengukuran antropometri ketebalan lipatan kulit**

#### 6. Tes Genggaman

Tes genggaman adalah pengukuran kekuatan yang dilakukan dengan menggunakan dinamometer genggam, yang merupakan instrumen non-invasif dan berbiaya rendah untuk mengukur status fungsional otot. Perubahan nutrisi mempengaruhi fungsi otot lebih awal daripada massa otot, sehingga kekuatan genggaman dapat membantu mendeteksi secara cepat adanya malnutrisi pada anak.





**Gambar 2.7**  
**Pengukuran antropometri tes genggaman**

Berdasarkan penjabaran mengenai antropometri diatas, dapat disimpulkan bahwa antropometri merupakan salah satu instrumen untuk mengukur status gizi seseorang dengan memperhatikan pengukuran dari tinggi badan, berat badan, *Body Mass Index* (BMI), ketebalan lipatan kulit,, *Mid-Upper-Arm Circumference* (MUAC), lingkar pinggang dan tes genggaman.

### **2.2.3 Faktor-faktor Stunting**

Berdasarkan laporan dari TNP2K (2017) stunting disebabkan oleh faktor multi dimensi dan tidak hanya disebabkan oleh faktor gizi buruk yang dialami oleh ibu hamil maupun anak balita. Oleh karena itu terdapat faktor-faktor yang menjadi penyebab stunting antara lain :

1. Praktek pengasuhan yang kurang baik, termasuk kurangnya pengetahuan ibu mengenai kesehatan dan gizi sebelum dan pada saat kehamilan serta setelah ibu melahirkan. Beberapa fakta dan informasi yang ada menunjukkan bahwa 60% dari anak usia 0-6 bulan tidak mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, dan 2 dari 3 anak usia 0-24 bulan tidak menerima Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI). Tidak hanya berfungsi untuk mengenalkan jenis makanan baru pada bayi, MPASI juga dapat mencukupi kebutuhan nutrisi tubuh bayi yang tidak dapat didukung lagi oleh ASI.
2. Masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan ANC-Ante Natal Care (pelayanan kesehatan untuk ibu selama masa kehamilan) Post Natal Care dan pembelajaran dini yang berkualitas. Berdasarkan data dari publikasi Kemenkes dan Bank Dunia menyatakan bahwa tingkat kehadiran anak di Posyandu semakin menurun dan balita belum

mendapat akses yang memadai ke layanan imunisasi. Tidak hanya itu akses ibu hamil ke layanan pembelajaran dini yang berkualitas masih terbatas.

3. Masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi. Hal ini dikarenakan ketidak terjangkau harga makanan bergizi. Terbatasnya akses ke makanan bergizi juga dicatat telah berkontribusi pada 1 dari 3 ibu hamil yang mengalami anemia.
4. Kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi. Data yang diperoleh di lapangan menunjukkan bahwa 1 dari 5 rumah tangga di Indonesia masih buang air besar (BAB) diruang terbuka, serta 1 dari 3 rumah tangga belum memiliki akses ke air minum bersih.

Sedangkan menurut Tiwari, Ausman, & Agho (2014) terdapat 4 tingkat faktor risiko potensial kejadian stunting pada anak antara lain :

1. Faktor tingkat orang tua ; meliputi status pekerjaan ibu, pendidikan ibu, usia ibu, usia ibu saat melahirkan anak, status menyusui ibu, lama menyusui, status perkawinan, melek huruf ibu, pendidikan pasangan, pekerjaan pasangan, urutan kelahiran, jarak kelahiran sebelumnya, jenis pertolongan persalinan, kunjungan klinik antenatal, waktu pemeriksaan pascapersalinan dan tempat persalinan. Cara persalinan dibagi menjadi tiga kategori: melahirkan di rumah, melahirkan di fasilitas kesehatan, dan melahirkan di fasilitas kesehatan dengan operasi caesar.
2. Faktor tingkat anak ; jenis kelamin bayi dan infeksi saluran pernapasan akut (didefinisikan sebagai gejala batuk disertai dengan napas pendek dan cepat yang berhubungan dengan dada selama 2 minggu sebelum survei). Setiap anak dengan tinja berair atau darah dan lendir dalam 2 minggu sebelumnya dianggap mengalami diare.
3. Faktor tingkat rumah tangga ; kerawanan pangan rumah tangga, indeks kekayaan rumah tangga, dan sumber air minum.
4. Faktor tingkat masyarakat; jenis tempat tinggal, kelompok kasta, zona ekologi, zona geografis dan sub-wilayah.

Berdasarkan faktor-faktor stunting yang telah jabarkan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa terdapat 8 faktor-faktor stunting yaitu praktek pengasuhan yang kurang baik, masih terbatasnya layanan kesehatan termasuk layanan, masih kurangnya akses rumah tangga/keluarga ke makanan bergizi, kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi, faktor tingkat orang tua, faktor tingkat anak, faktor tingkat rumah tangga dan faktor tingkat masyarakat.

#### **2.2.4 Dampak Stunting**

Stunting merupakan indikator dampak buruk dari kekurangan gizi pada anak usia dini dan sangat terkait dengan berbagai kondisi jangka pendek dan jangka panjang. Kondisi stunting pada balita berdampak terhadap peningkatan morbiditas dan mortalitas, keterlambatan pertumbuhan, kesejahteraan anak yang buruk dan kesenjangan sosial. Dampak dari stunting pada masa kanak-kanak juga termasuk kerusakan fisik dan kognitif yang tidak dapat diperbaiki. Ini adalah momok awal dan memiliki konsekuensi yang luas (Takele, Zewotir, & Ndanguza, 2019).

Menurut Flora (2021) stunting memiliki dampak buruk pada balita, pada dampak jangka pendek balita yang mengalami stunting biasanya mulai terdapat gangguan perkembangan pada otak anak, kecerdasan berkurang, gangguan pada pertumbuhan fisik, dan gangguan pada metabolisme dalam tubuh anak. Anak yang mengalami stunting lebih awal, yaitu sebelum memasuki usia 6 bulan, lebih memiliki risiko mengalami kekerdilan menjelang usia dua tahun. Jika hal tersebut terjadi, maka hal yang paling cepat mengalami risiko adalah pertumbuhan otaknya. Sedangkan dampak jangka panjang dari stunting terhadap anak, yaitu kesehatan yang buruk, dimana meningkatnya risiko terkena penyakit tak menular, rendahnya tingkat kognitif dan prestasi pendidikan anak. Risiko tinggi munculnya penyakit dan disabilitas pada usia tua, serta kualitas kerja yang tidak kompetitif yang berakibat terhadap rendahnya produktivitas ekonomi.

Hal tersebut selaras dengan WHO (dalam Flora, 2021) yang menjadikan 2 dampak stunting bagi balita antara lain :

1. Dampak jangka pendek

- a. Kejadian Kesakitan dan Kematian menjadi meningkat.
  - b. Terganggunya perkembangan anak, baik kognitif, motorik, dan verbal.
  - c. Meningkatnya biaya kesehatan.
2. Dampak jangka panjang
- a. Tinggi badan tidak normal, tidak sesuai dengan tinggi badan pada usia seharusnya.
  - b. Dapat mudah terkena obesitas, penyakit jantung dan lain-lain.
  - c. Kesehatan reproduksi terganggu.
  - d. Sulit mengikuti pelajaran saat sekolah.
  - e. Produktivitas dan kapasitas kerja yang tidak optimal.

Berdasarkan dampak stunting yang telah jabarkan diatas, dapat disimpulkan bahwa dampak dari stunting dibedakan menjadi dua yaitu jangka pendek dan jangka panjang.

### **2.2.5 Intervensi Pencegahan Stunting**

Menurut Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi (2018) upaya pencegahan stunting dilakukan melalui dua intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik untuk menyasar penyebab langsung dan intervensi gizi sensitif untuk menyasar penyebab tidak langsung, anatara lain:

1. Intervensi Gizi Spesifik
  - a. Kecukupan asupan makanan dan gizi
  - b. Pemberian makan, perawatan dan pola asuh
  - c. Pengobatan infeksi/penyakit.
2. Intervensi sensitive
  - a. Peningkatan akses pangan bergizi
  - b. Peningkatan kesadaran, komitmen dan praktik pengasuhan gizi ibu dan anak
  - c. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan gizi dan kesehatan
  - d. Peningkatan penyediaan air bersih dan sarana sanitasi.

Kementrian Kesehatan RI (2018) juga membagi kegiatan intervensi dalam pencegahan stunting yaitu : Intervensi Spesifik

## 1. Intervensi Sensitif

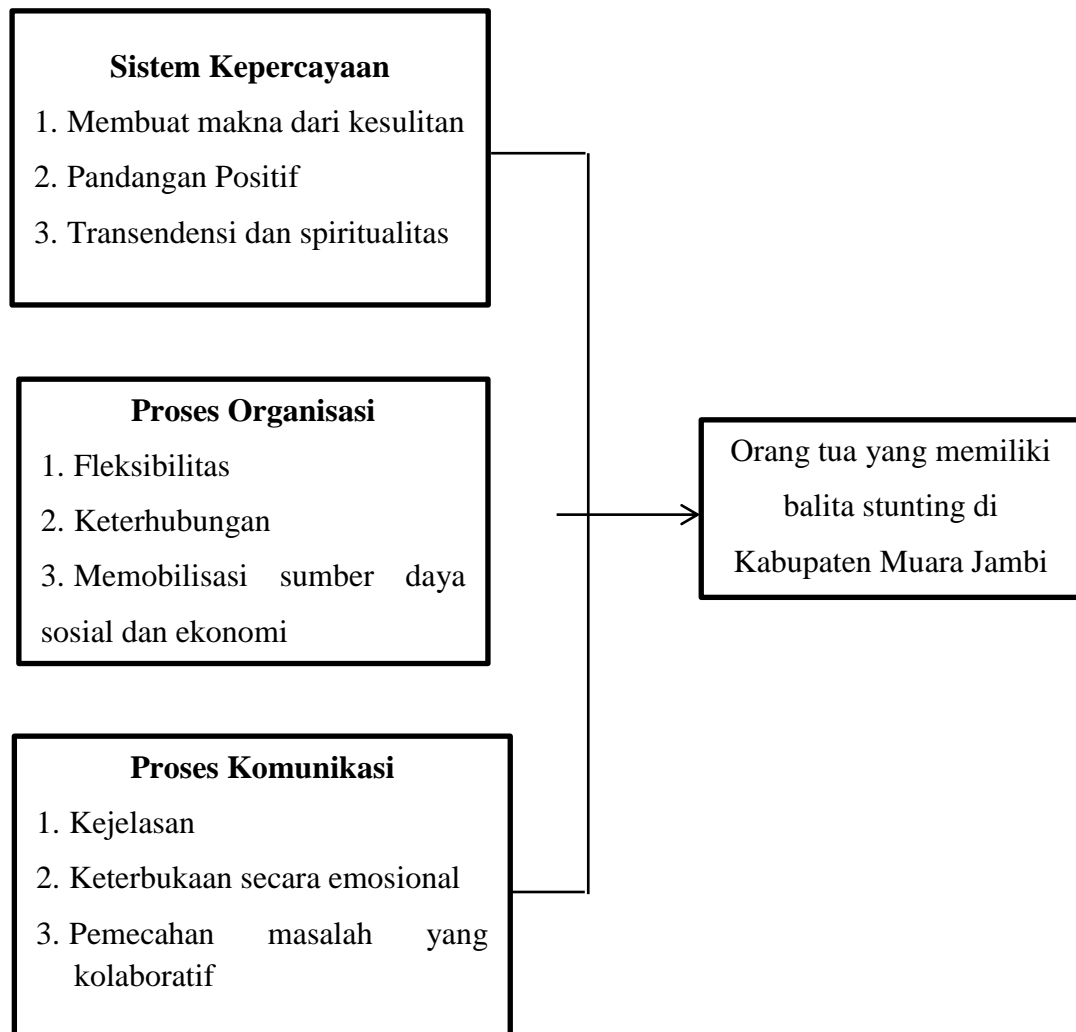
Target pada intervensi sensitif adalah meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dari orang tua atau keluarga tentang hal-hal yang berkaitan dengan gizi, serta memberikan pengetahuan masyarakat dalam pengolahan bahan makanan, misalnya ikan. Ikan di sekitar mereka banyak, tetapi tidak mereka konsumsi. Karena kebanyakan dari mereka hanya bisa memasak ikan dengan digoreng dan dibakar saja, sehingga anak-anak merasa lebih cepat bosan makan menu ikan.

## 2. Intervensi Spesifik

- a. Pemberian Tablet Tambah Darah untuk remaja putri, calon pengantin, ibu hamil
- b. Promosi ASI eksklusif dan makanan pendamping-ASI
- c. Promosi makanan berfortifikasi termasuk garam beryodium
- d. Promosi dan kampanye Tablet Tambah Darah
- e. Suplemen gizi mikro (Taburia) dan gizi makro (PMT)
- f. Kelas Ibu Hamil Dan Jaminan Kesehatan Nasional
- g. Promosi dan kampanye gizi seimbang dan perubahan perilaku
- h. Pemberian obat cacing dan Suplementasi vitamin A
- i. Tata Laksana Gizi Kurang/ Buruk

Berdasarkan intervensi pencegahan stunting yang telah jabarkan diatas, dapat disimpulkan bahwa upaya pencegahan stunting dilakukan melalui dua intervensi yaitu intervensi spesifik dan intervensi sensitif. Intervensi spesifik diarahkan untuk mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung masalah gizi, sedangkan intervensi sensitif diarahkan untuk mengatasi akar masalahnya dan sifatnya jangka panjang.

### 2.3 Kerangka Pikir



**Gambar 2.8**

**Kerangka pikir *family resilience* (Walsh, 2012 ) dengan modifikasi pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muara Jambi**

## 2.4 Definisi Istilah

**Tabel 2.1 Definisi Istilah**

| <b>Variabel</b>              | <b>Defenisi</b>  | <b>Cara Pengukuran</b>           | <b>Alat Ukur</b>                    |
|------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| Membuat makna dari kesulitan | <p>a. Pandangan relasional tentang ketahanan<br/>Memandang kesulitan sebagai cobaan yang harus diatasi bersama dan percaya bahwa perjuangan mereka membuat hubungan mereka lebih kuat; upaya bersama dan kebanggaan dalam kemenangan membawa mereka lebih dekat</p> <p>b. Menormalkan, mengontekstualisasikan kesusahan<br/>ketika masalah dipandang sebagai dilema manusia dan perasaan rumit dilihat sebagai umum di antara mereka dalam kesulitan yang sama-dan dalam situasi yang ekstrim atau tidak adil, sebagai respon normal terhadap kondisi abnormal atau tidak manusiawi</p> <p>c. Rasa koherensi<br/>Memandang krisis sebagai tantangan yang bermakna, dapat dipahami, dan dapat dikelola</p> <p>d. Penilaian fasilitatif<br/>Atribusi penjelasan dan harapan masa depan</p> | Wawancara mendalam dan observasi | Pedoman wawancara, lembar observasi |
| Pandangan positif            | <p>e. Harapan dan bias optimis<br/>Harapan didasarkan pada kepercayaan, tidak peduli seberapa suram masa kini, masa depan yang lebih baik dapat dibayangkan.</p> <p>f. Dorongan<br/>Tegaskan kekuatan dan fokus pada potensi dalam memperkuat keberanian untuk menangkap peluang dan bertahan</p> <p>g. Inisiatif aktif dan ketekunan (<i>can-do spirit</i>)</p>   | Wawancara mendalam dan observasi | Pedoman wawancara, lembar observasi |

|                                |  |                                  |                                     |
|--------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|
|                                | <p>Kepercayaan bersama dalam melalui kesulitan. Keluarga menunjukkan keyakinan bahwa mereka akan melakukan yang terbaik dan mendukung partisipasi aktif anggota dalam mengatasi tantangan mereka.</p> <p>h. Kuasai kemungkinan<br/>Menerima apa yang tidak bisa diubah dan mentolerir ketidakpastian</p>   |                                  |                                     |
| Transendensi dan spiritualitas | <p>e. Nilai yang lebih besar<br/>Mencari kekuatan, kenyamanan, dan bimbingan di masa-masa sulit melalui hubungan dengan tradisi budaya dan spiritual mereka</p> <p>f. Spiritualitas<br/>Iman, praktik kontemplatif, komunitas; hubungan dengan alam</p> <p>g. Inspirasi<br/>Membayangkan kemungkinan, aspirasi; ekspresi kreatif; aksi sosial</p> <p>h. Transformasi<br/>Pembelajaran, perubahan, dan pertumbuhan positif dari kesulitan</p> | Wawancara mendalam dan observasi | Pedoman wawancara, lembar observasi |
| Fleksibilitas                  | <p>f. Rebound<br/>Perubahan adaptif untuk menghadapi tantangan baru</p> <p>g. Mengatur ulang<br/>Menstabilkan: kontinuitas, ketergantungan, prediktabilitas</p> <p>h. Kepemimpinan otoritatif yang kuat<br/>Memelihara, membimbing, melindungi</p> <p>i. Bentuk keluarga yang bervariasi<br/>Pengasuhan yang kooperatif</p> <p>j. Hubungan pasangan/orang tua<br/>Saling menghormati, mitra/ setara</p>                                      | Wawancara mendalam dan observasi | Pedoman wawancara, lembar observasi |
| Keterhubungan                  | <p>d. Saling mendukung, kerja tim, dan komitmen</p> <p>e. Menghormati kebutuhan individu, perbedaan</p>  | Wawancara mendalam               | Pedoman wawancara,                  |



|   |  |                                  |                                     |
|---|--|----------------------------------|-------------------------------------|
|   | f. Mencari penyambungan kembali dan memperbaiki keluhan  | dan observasi                    | lembar observasi                    |
| Memobilisasi sumber daya sosial dan ekonomi | d. Memobilitas Kerabat, dukungan sosial, dan komunitas; model dan mentor<br>e. Membangun keamanan finansial; menavigasi tantangan pekerjaan/keluarga yang penuh tekanan<br>f. Transaksi dengan sistem yang lebih besar: akses kelembagaan, dukungan structural       | Wawancara mendalam dan observasi | Pedoman wawancara, lembar observasi |
| Kejelasan                                   | Mengklarifikasi informasi ambigu; pencarian kebenaran  | Wawancara mendalam dan observasi | Pedoman wawancara, lembar observasi |
| Keterbukaan secara emosional                | c. Perasaan menyakitkan: (sedih, penderitaan, kemarahan, ketakutan, kekecewaan, penyesalan)<br>d. Interaksi positif: (cinta, penghargaan, syukur, humor, kesenangan, jeda)   | Wawancara mendalam dan observasi | Pedoman wawancara, lembar observasi |
| Pemecahan masalah yang kolaboratif          | e. brainstorming kreatif; akal<br>f. Berbagi pengambilan keputusan; memperbaiki konflik; negosiasi, keadilan<br>g. Berfokus pada tujuan; langkah konkret; membangun kesuksesan; belajar dari kemunduran<br>h. Sikap proaktif: kesiapsiagaan, perencanaan, pencegahan | Wawancara mendalam dan observasi | Pedoman wawancara, lembar observasi |

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian analisis *family resilience* pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muara Jambi adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Pendekatan kualitatif dimaksudkan untuk mendapatkan data yang lebih lengkap, lebih mendalam, dan lebih bermakna agar tujuan dari penelitian ini dapat tercapai. Penelitian kualitatif merupakan metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, dimana peneliti adalah instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/ kualitatif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada *generalisasi* (Sugiyoni, 2016).

Pendekatan yang dilakukan pada penelitian ini menggunakan studi fenomenologi. Menurut Moran (dalam Gill, 2020) Istilah 'fenomenologi' mengacu pada studi tentang fenomena, di mana fenomena adalah segala sesuatu yang muncul kepada seseorang dalam pengalaman sadar mereka. Desain penelitian ini sangat membantu peneliti untuk dapat menggali informasi secara mendalam mengenai domain *family resilience* pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muara Jambi.

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan pada dua puskesmas di Kecamatan Mestong Kabupaten Muaro Jambi yaitu puskesmas Tempino dan puskesmas Pondok Meja. Kedua puskesmas tersebut merupakan puskesmas dengan data angka kejadian stunting tertinggi di Kabupaten Muaro Jambi. Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Maret 2022.

### 3.3 Sumber Informasi/ Informan Penelitian

Penelitian kualitatif bersifat *holistic* artinya penelitian ini dilakukan secara menyeluruh dan tidak dapat dipisah-pisahkan. Penelitian kualitatif tidak menetapkan penelitiannya pada variable penelitian saja, namun dilihat dari keseluruhan situasi sosial yang diteliti yang meliputi tempat, pelaku, dan aktivitas yang saling berintegrasi secara sinergis (Sugiyono, 2016).

Dalam penelitian kualitatif, sampel penelitian disebut dengan informan, narasumber ataupun partisipan (Etrawati, 2021). Teknik pengumpulan sampel pada penelitian ini teknik *non-probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang tidak memberikan peluang/kesempatan yang sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Jenis teknik *non-probability sampling* yang digunakan adalah *sampling purposive*. *Sampling purposive* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. (Sugiyono, 2016).

Kriteria pemilihan informan dalam penelitian ini yaitu orang tua yang tinggal di wilayah Kecamatan Mestong Kabupaten Muaro Jambi yang memiliki balita stunting, dengan pendidikan terakhir SD/ MI, SMP/ MTS dan SMA/ SMK serta terdaftar dalam Penerima Bantuan Iuran (PBI). Informan pada penelitian ini terdiri dari 18 informan adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.1 Daftar Informan Penelitian dan Pengumpulan Data**

| No           | Informan                                   | Status               | Jumlah             | Metode Pengumpulan Data |
|--------------|--|----------------------|--------------------|-------------------------|
| 1            | Ibu dari balita stunting                   | Informan Utama       | 6 Orang            | Wawancara Mendalam      |
| 2            | Ayah dari balita stunting                  | Informan Triangulasi | 5 Orang            | Wawancara Mendalam      |
| 4            | Keluarga lain (nenek) dari balita stunting | Informan Triangulasi | 1 Orang            | Wawancara Mendalam      |
| 4            | Ibu dari balita stunting                   | Informan Triangulasi | 3 Orang            | FGD                     |
| 5            | Keluarga lain (nenek) dari balita stunting | Informan Triangulasi | 1 Orang            | FGD                     |
| 6            | Ayah dari balita stunting                  | Informan Triangulasi | 2 Orang            | FGD                     |
| <b>Total</b> |  |                      | <b>18 Informan</b> |                         |

### **3.4 Jenis dan Alat Pengumpulan Data**

#### **3.4.1 Jenis Data**

##### 1. Data Primer

Data primer merupakan data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti dari lapangan. Data primer diperoleh dari sumber informan yaitu individu berupa hasil wawancara yang dilakukan peneliti (Hasan, 2002). Dalam mengumpulkan data primer, peneliti menggunakan hasil wawancara mendalam untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam mengenai variabel *family resilience* dengan domain sistem kepercayaan (membuat makna dari kesulitan, pandangan positif, transendensi dan spiritualitas), domain proses organisasi (fleksibilitas, keterhubungan, memobilisasi sumber daya sosial dan ekonomi) dan domain komunikasi (kejelasan, keterbukaan secara emosional dan pemecahan masalah yang kolaboratif). Alat yang akan digunakan untuk melakukan wawancara mendalam berupa lembar observasi, pedoman wawancara dan alat perekam.

##### 2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber-sumber yang telah ada. Data ini digunakan untuk mendukung informasi yang diperoleh secara langsung yang berasal dari bahan pustaka, literatur, penelitian terdahulu, dan lain sebagainya (Hasan, 2002). Dalam memperoleh data sekunder, peneliti menggunakan bahan pustaka, penelitian terdahulu, telaah dokumen berupa dokumen pemeriksaan kesehatan balita baik di rumah sakit ataupun puskesmas.

#### **3.4.2 Alat Pengumpulan Data**

Instrument penelitian digunakan untuk mengukur nilai variabel yang diteliti. Dalam penelitian kualitatif instrument utamanya adalah peneliti itu sendiri, namun setelah fokus penelitian sudah menjadi lebih jelas, maka kemungkinan akan dikembangkan instrumen penelitian sederhana yang diharapkan dapat melengkapi data dan membandingkan dengan data yang telah ditemukan (Sugiyono, 2016). Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuisioner, pedoman wawancara, penyebaran angket,

pedoman observasi dokumentasi dan FGD (*Focus Group Discussion*). Alat yang akan digunakan untuk melakukan wawancara mendalam berupa lembar observasi, pedoman wawancara dan alat perekam.

### **3.5 Pengolahan Data**

#### **3.5.1 Wawancara**

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data yang digunakan apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal lebih mendalam dari responden (Sugiyono, 2016). Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik wawancara terstruktur, yaitu memberikan pertanyaan-pertanyaan sesuai dengan pedoman wawancara. Tujuan dari teknik wawancara ini adalah untuk mengetahui secara mendalam variabel *family resilience* dengan domain sistem kepercayaan (membuat makna dari kesulitan, pandangan positif, transendensi dan spiritualitas), domain proses organisasi (fleksibilitas, keterhubungan, memobilisasi sumber daya sosial dan ekonomi) dan domain komunikasi (kejelasan, keterbukaan secara emosional dan pemecahan masalah yang kolaboratif) pada orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muara Jambi. Wawancara yang akan dilakukan pada orang tua yang memiliki balita stunting akan dilakukan secara terpisah. Hal tersebut untuk mengurangi bias-bias yang akan terjadi dan membuat informan lebih terbuka pada peneliti dalam memberikan informasi.

Berikut merupakan langkah- langkah yang dilakukan dalam mengelolah data wawancara mendalam:

- a. Menetapkan kepada siapa wawancara yang akan dilakukan.
- b. Menyiapkan pokok permasalahan yang akan dijadikan bahan wawancara.
- c. Membuka dan melangsungkan alur wawancara.
- d. Mengkonfirmasi hasil dari wawancara dan mengakhirinya
- e. Menulis hasil wawancara ke dalam catatan lapangan
- f. Mengidentifikasi tindak lanjut hasil wawancara yang telah diperoleh.

#### **3.5.2 FGD (*Focus Group Discussion*)**

FGD (*Focus Group Discussion*) atau Fokus Grup Diskusi adalah sebuah diskusi yang terarah yang didesain untuk mendapatkan informasi

terkait kepercayaan dan persepsi informan pada topik tertentu (Etrawati, 2020). Tujuan utama penelitian kelompok terarah adalah untuk memanfaatkan sikap, perasaan, keyakinan, pengalaman, dan reaksi responden dengan cara yang tidak mungkin dilakukan dengan menggunakan metode lain. Menurut Walden, (2019) terdapat teknik yang bisa digunakan dalam melakukan FGD antara lain :

1. *Story With a Gap*

Teknik ini adalah cara yang baik untuk mendapatkan saran tentang bagaimana orang mengatasi masalah tertentu. Fasilitator menceritakan situasi yang akrab bagi peserta tetapi menghentikan cerita sebelum masalah terpecahkan. Peserta kemudian diminta untuk melengkapinya.

2. *Other Person*

Teknik ini merupakan cara yang baik untuk bertanya tentang isu-isu sensitif adalah dengan membiarkan peserta berbicara tentang apa yang terjadi pada 'orang lain' meskipun, pada kenyataannya, itu adalah diri mereka sendiri. Peserta kemudian dapat mendiskusikan apa yang terjadi tanpa mengungkapkan bahwa itu adalah pengalaman pribadi.

3. *Using Participatory Tools*

Teknik ini seperti garis waktu, kalender musiman, latihan peringkat, dan peta komunitas dapat menjadi cara yang baik untuk memulai diskusi.

Walden, (2019) juga memberikan beberapa tips tambahan dalam melaporkan hasil FGD antara lain:

1. Untuk tujuan pelaporan, perlu diketahui secara kasar berapa banyak orang yang setuju atau tidak setuju dengan suatu pernyataan. Ekspresi kualitatif, seperti 'hampir semua', 'setengah' 'dua pertiga' digunakan.
2. Laporan harus dengan jelas menyebutkan jumlah peserta dalam kelompok. Generalisasi harus dihindari, karena ini dapat menghasilkan asumsi yang menyesatkan bahwa setiap orang dalam suatu komunitas memiliki pandangan yang sama.
3. Gunakan kutipan yang direkam, hal ini dapat menambah kehidupan laporan, terutama ketika mereka diungkapkan dengan baik atau memberikan deskripsi yang baik dan relevan dengan masalah dibahas.

4. Ingatlah bahwa informasi kualitatif dari FGD dapat digunakan untuk menjelaskan data kuantitatif dari sumber lain, membuat yang terakhir lebih berguna, menarik dan mudah dibaca.

### **3.5.3 Lembar Pengamatan atau Observasi**

Observasi dilakukan dengan mendatangi rumah partisipan, dimana pada penelitian ini adalah keluarga dan orang tua yang memiliki balita stunting di Kabupaten Muara Jambi untuk melakukan pengecekan secara visual. Langkah-langkah yang dilakukan untuk memperoleh data-data observasi antara lain:

1. Melakukan check-list kesesuaian data yang diamati dengan pertanyaan yang telah disusun.
2. Melakukan pemeriksaan kelengkapan pada lembar pengamatan
3. Membuat Kesimpulan hasil observasi.

### **3.5.4 Dokumentasi**

Dokumentasi merupakan salah satu metode pengumpulan yang digunakan pada penelitian kualitatif. Metode pengumpulan yang dilakukan adalah dengan cara melihat hasil pemeriksaan kesehatan balita stunting.

## **3.6 Analisis dan Alur Penyajian Data**

Jenis penelitian yang dilakukan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif, sehingga data yang terkumpul akan dianalisis dengan menggunakan analisis kualitatif yaitu dengan cara menuangkan hasil penelitian dengan kata-kata atau kalimat. Dengan demikian, penulis dapat menguraikan hasil penelitian secara mendalam sesuai dengan kejadian yang terjadi dilapangan. Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis taksonomi (*taxonomic analysis*) dimana dilakukan analisis terhadap keseluruhan data yang terkumpul berdasarkan domain yang telah ditetapkan yang dapat diuraikan lebih rinci dan mendalam melalui analisis taksonomi. Tahap – tahap analisis data penelitian kualitatif menurut model Milles dan Huberman (Sugiyono, 2016).

### **3.6.1 Reduksi Data**

Reduksi data merupakan suatu proses memilah-milah, memisahkan, mentederhanakan, mengabstrakan dan mentransportasi data kasar dari

catatan-catatan yang diperoleh dari lapangan. Data yang diperoleh dari lapangan akan akan dituangkan kedalam bentuk laporan yang lengkap dan terperinci. Laporan akan direduksi, dirangkum, dipilih hal-hal yang penting kemudian dicari tema dan polanya.

### **3.6.2 Penyajian Data**

Penyajian data merupakan suatu usaha yang dilakukan untuk menyusun sekumpulan informasi yang telah diperoleh dari lapangan, yang kemudian data tersebut akan disusun secara jelas dan sistematis untuk mempermudah dalam pengambilan kesimpulan.

### **3.6.3 Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi**

Pada tahap penarikan kesimpulan peneliti berusaha untuk memahami, menganalisis dan mencari makna dari data yang telah dikumpulkan. Kesimpulan-kesimpulan yang diperoleh selanjutnya akan diverifikasi untuk diuji validitasnya.

## **3.7 Validitas Data**

Pada penelitian kualitatif kriteria utama terhadap hasil penelitian adalah valid, reliabel dan obyektif. Validitas dalam sebuah penelitian sering ditekankan untuk melihat uji keabsahan. Pada penelitian ini metode triangulasi dilakukan sebagai validitas data. Triabgulasi dalam pengujian validitas ini diatikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu. Triangulasi yang digunakan pada penelitian ini adalah :

### **3.7.1 Triangulasi Sumber**

Triangulasi sumber untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Pada penelitian ini triangulasi sumber yang diambil sebagai informan terdiri dari informan utama yaitu ibu yang memiliki balita stunting dan informan triangulasi yaitu ayah atau keluarga lain yang memiliki anak stunting.

### **3.7.2 Triangulasi Teknik**

Triangulasi teknik untuk menguji kredibilitas data dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Pada peneilitian ini triangulasi teknik yang digunakan adalah wawancara



mendalam (*in-deph interview*), pengamatan (*observasi*), dan FGD (*Focus Group Discussion*).

### **3.7.3 Triangulasi Data**

Triangulasi Data dilakukan dengan menganalisis data yang dilakukan kepada beberapa orang dengan tujuan untuk menghindari subjektivitas dan interpretasi yang diperoleh bersifat objektif .

## **3.8 Etika Penelitian**

### **3.8.1 Lembar Persetujuan (*Informes Consent*)**

Subjek yang akan diwawancara dan diteliti sebelumnya diberitahu informasi secara lengkap tentang maksud, tujuan, manfaat dan dampak dari tindakan yang dilakukan. Responden diminta menandatangani lembar persetujuan

### **3.8.2 Tanpa Nama (*Anonimity*)**

Anonymity merupakan etika penelitian dimana peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur, tetapi hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data. Kode yang digunakan berupa nomor responden (angka arab).

### **3.8.3 Kerahasiaan (*Confidentially*)**

Kerahasiaan informasi yang dikumpulkan dari subyek dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, seluruh informasi yang akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan hanya kelompok tertentu saja yang disajikan atau dilaporkan sebagai hasil penelitian

### **3.8.4 Keadilan dan Keterbukaan**

Prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subjek. Sedangkan prinsip keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara professional.

### 3.9 *Research Onion*

#### **Gambar 3.1** ***Research Onion***

1. *Analysis Techniques & Procedural* : Digunakan untuk menjelaskan dengan jelas cara dan tujuan penelitian yang dilakukan.
2. *Cross- Sectional* : ketika semua pengamatan untuk satu titik waktu seperti di sebagian besar survei
3. *Mono-Method* : Hanya terdiri dari satu metode yang digunakan pada penelitian. Umumnya mengacu pada penggunaan metodologi kualitatif dan kuantitatif. Pada penelitian ini metode kualitatif yang digunakan
4. *Survey* : *Research survey* dalam metode penelitian kualitatif digunakan untuk mendapatkan data yang terjadi pada masa lampau atau saat ini, tentang keyakinan, pendapat, karakteristik dan perilaku. Dimana pada penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara mendalam dan FGD.
5. *Deductive*: Pendekatan deduktif dimulai dengan pengembangan hipotesis spesifik berdasarkan tinjauan literatur yang telah diamati oleh peneliti, dan secara bertahap mencoba untuk menguji hipotesis ini dan memeriksa apakah itu berlaku dalam konteks tertentu. Pada penelitian ini yang menjadi tinjauan literature yang diamati peneliti adalah teori *family resilience* dari Walsh (2012).
6. *Phenomenology*: Istilah 'fenomenologi' mengacu pada studi tentang fenomena, di mana fenomena adalah segala sesuatu yang muncul kepada seseorang dalam pengalaman sadar mereka

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Ademas, A., Adane, M., Keleb, A., Berihun, G., & Tesfaw, G. (2021). Water, sanitation, and hygiene as a priority intervention for stunting in under-five children in northwest Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01128-y>

- Alderete, E., Sonderegger, L., & Pérez-Stable, E. J. (2018). Emerging themes in food security: Environmental justice, extended families and the multiple roles of grandmothers. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0856-3>
- Bungin Burhan. (2004). *Metode Penelitian Kualitatif*. Penerbit:PT Rajagrafindo Persada, Jakarta.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative Inquiry & Research design : Choosing Among Five Approaches* (3rd ed). California: SAGE Publications Asia-Pacific Pte. Ltd.
- Darteh, E. K. M., Acquah, E., & Kumi-Kyereme, A. (2014). Correlates of stunting among children in Ghana. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-504>.
- De Onis, M., Borghi, E., Arimond, M., Webb, P., Croft, T., Saha, K., ... Flores-Ayala, R. (2019). Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years. *Public Health Nutrition*, 22(1), 175–179. <https://doi.org/10.1017/S1368980018002434>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi. (2019). *Profil Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2019* (Vol. 4; Adrianto & S. Pranata, eds.). Jambi: Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi.
- Dinkes Kabupaten Muaro Jambi. (2021). *Daftar Balita Stunting Perdesa Menurut EPPGBM Per Agustus*. Jambi: Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi.
- Djannah, R., & Maisaroh, S. (2020). *Family's Role on Stunting among Children in Bojong Jaya Village, Tangerang, Banten*. (77), 26911. <https://doi.org/10.26911/the7thicph.02.07>.
- DPRD dan Gubernur Jambi. (2021). Rencana Pembangunan Industri Provinsi Jambi Tahun 2020-2040. *Peraturan Daerah Provinsi Jambi Nomor 2 Tahun 2021*, 3(1), 1689–1699. Retrieved from <http://journal.unilak.ac.id/index.php/JIEB/article/view/3845%0Ahttp://dspac.e.uc.ac.id/handle/123456789/1288>
- Etrawati, F. (2020). *Pengumpulan dan Analisis Data Kualitaif* (edisi ke-1; R. Mirsawati, ed.). Depok: PT RajaGrafindo Persada.

- Flora, R. (2021). *Stunting Dalam Kajian Molekuler*. Palembang: UPT. Penerbit dan Percetakan Universitas Sriwijaya 2021.
- Gill, M. J. (2020). Phenomenological approaches to research. *Qualitative Analysis: Eight Approaches*, 53–80.
- Girma, S., Fikadu, T., & Abdisa, E. (2019). Maternal Common Mental Disorder as Predictors of Stunting among Children Aged 6-59 Months in Western Ethiopia: A Case-Control Study. *International Journal of Pediatrics (United Kingdom)*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/4716482>
- Hasan, Iqbal. (2002). *Pokok – Pokok Materi Metodologi Penelitian dan Aplikasinya*. Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Hidayati, N. (2011). Dukungan sosial bagi keluarga anak berkebutuhan khusus. *Insan*, 13(01), 12–20.
- Kemenkes RI. (2018). Situasi Balita Pendek (Stunting) di Indonesia. *Kementerian Kesehatan RI*, 301(5), 1163–1178.
- Kemenkes RI, & BPS. (2019). *Laporan Pelaksanaan Integrasi Susenas Maret 2019 dan SSGBI Tahun 2019*. 69.
- Kementerian Desa, P. D. T. dan T. (2018). *Panduan Fasilitasi Konvergensi Pencegahan Stunting di Desa*. Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). Cegah Stunting, itu Penting. *Pusat Data Dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI*, 1–27. Retrieved from <https://www.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/Buletin-Stunting-2018.pdf>
- Kementerian, S. (2021). *Kementerian sekretariat negara ri*. (17), 17–18
- Kirana, C. A. D., Iyoeaga, R. R., & Artisa, R. A. (2021). Family Resilience Policy in Kutawaringin District Bandung Regency. *Proceedings of the 2nd International Conference on Administration Science 2020 (ICAS 2020)*, 564(Icas 2020), 188–191. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210629.034>
- Kismul, H., Acharya, P., Mapatano, M. A., & Hatløy, A. (2017). Determinants of childhood stunting in the Democratic Republic of Congo: Further analysis of Demographic and Health Survey 2013-14. *BMC Public Health*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4621-0>

- Mackay, R. (2003). Family resilience and good child outcomes: An overview of the research literature . *Social Policy Journal of New Zealand*, 20(October), 98–118.
- Markowitz, D. L., & Cosminsky, S. (2018). Overweight and stunting in migrant Hispanic children in the USA. *Economics and Human Biology*, 3(2 SPEC. ISS.), 215–240. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2005.05.005>.
- Masten, A. S., & Monn, A. R. (2015). Child and Family Resilience: A Call for Integrated Science, Practice, and Professional Training. *Family Relations*, 64(1), 5–21. <https://doi.org/10.1111/fare.12103>
- Maulidia, F. N., Kinanthi, M. R., Permata, A. S., & Fitria, N. (2017). Family Resilience Pada Keluarga yang Memiliki Anak dengan Spektrum Autistik Ditinjau dari Perspektif Ibu. *Jurnal Psikologi Ilmiah*, Vol. 9, pp. 47–56.
- NACS. (2016). Nutrition Assessment, Counseling, and Support (NACS): A User's Guide—Module 2: Nutrition Assessment and Classification, Version 2. *Nutrition Assessment, Counseling, and Support (NACS)*, 2, 1–12. Retrieved from <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/NACS-Users-Guide-Module2-May2016.pdf>
- Nshimiyiryo, A., Hedt-Gauthier, B., Mutaganzwa, C., Kirk, C. M., Beck, K., Ndayisaba, A., ... El-Khatib, Z. (2019). Risk factors for stunting among children under five years: A cross-sectional population-based study in Rwanda using the 2015 Demographic and Health Survey. *BMC Public Health*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6504-z>
- Oh, S., & Chang, S. J. (2014). Concept Analysis: Family Resilience. *Open Journal of Nursing*, 04(13), 980–990. <https://doi.org/10.4236/ojn.2014.413105>.
- Rinninella, E., Ruggiero, A., Maurizi, P., Triarico, S., Cintoni, M., & Mele, M. C. (2017). Clinical tools to assess nutritional risk and malnutrition in hospitalized children and adolescents. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 21(11), 2690–2701.
- Shibre, G., Zegeye, B., & Haidar, J. (2020). Extent of and trends in inequalities in child stunting in Sierra-Leone from 2005 to 2013: Evidence from

- demographic and health surveys and multiple indicator cluster surveys. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01212-5>
- Soekatri, M. Y. E., Sandjaja, S., & Syauqy, A. (2020). Stunting was associated with reported morbidity, parental education and socioeconomic status in 0.5–12-year-old Indonesian children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1–9. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176204>
- Shrivastava, S. R. B. L., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2014). Assessment of nutritional status in the community and clinical settings. *Journal of Medical Sciences (Taiwan)*, 34(5), 211–213. <https://doi.org/10.4103/1011-4564.143648>
- Sugiyono (2016). *Metode Penelitian Pendidikan, Pendekatan Kuantitatif dan Kualitatif dan RD*. Bandung : Alfabeta
- Tafesse, T., Yoseph, A., Mayiso, K., & Gari, T. (2021). Factors associated with stunting among children aged 6–59 months in Bensa District, Sidama Region, South Ethiopia: unmatched case-control study. *BMC Pediatrics*, 21(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-03029-9>
- Takele, K., Zewotir, T., & Ndanguza, D. (2019). Understanding correlates of child stunting in Ethiopia using generalized linear mixed models. *BMC Public Health*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6984-x>
- Teja, M. (2019). Stunting Balita Indonesia Dan Penanggulangannya. *Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI*, XI(22), 13–18.
- Tiwari, R., Ausman, L. M., & Agho, K. E. (2014). Determinants of stunting and severe stunting among under-fives: Evidence from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *BMC Pediatrics*, 14(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-239>
- TNP2K. (2017). 100 Kabupaten/Kota Prioritas untuk Intervensi Anak Kerdil (Stunting). Jakarta Pusat : TIM Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan.
- TNP2K-Sekretariat Wapres RI. (2018). Panduan Konvergensi Program/Kegiatan Percepatan Pencegahan stunting. *TNP2K Sekretariat Wakil Presiden*

- Republik Indonesia*, 96. Retrieved from [http://tnp2k.go.id/filemanager/files/Rakornis\\_2018/Panduan\\_Konvergensi\\_Program\\_Kegiatan\\_Percepatan\\_Pencegahan\\_Stunting.pdf](http://tnp2k.go.id/filemanager/files/Rakornis_2018/Panduan_Konvergensi_Program_Kegiatan_Percepatan_Pencegahan_Stunting.pdf).
- Vogel, J. M. & the F. S. C. G. (2017). *Family Resilience and Traumatic Stress: A Guide for Mental Health Providers*.
- Walden, V. (2019). *Conducting Focus Groups Why Is This Important?* Retrieved from [www.oxfam.org.uk/policyandpractice](http://www.oxfam.org.uk/policyandpractice).
- Walsh, F. (2016). Family resilience: a developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 313–324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>
- Walsh, F. (2012). Family Resilience Strengths Forged through Adversity. *Normal Family Processes*, (October 2012), 399–427. Retrieved from [file:///D:/Bismillah\\_Disertasi\\_Awie/DISERTASIKU/Family\\_Resilience/Walsh-NFP4Ch.17-FamilyResilience.pdf](file:///D:/Bismillah_Disertasi_Awie/DISERTASIKU/Family_Resilience/Walsh-NFP4Ch.17-FamilyResilience.pdf)
- Walsh, F. (1996). The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family Process*, 35(3), 261–281. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x>
- Wemakor, A., & Mensah, K. A. (2016). Association between maternal depression and child stunting in Northern Ghana: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3558-z>
- Yang, B., Feldman, M. W., & Li, S. (2021). The Status of Family Resilience: Effects of Sustainable Livelihoods in Rural China. *Social Indicators Research*, 153(3), 1041–1064. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02518-1>

# LAMPIRAN



## 1. INFORMED CONSENT

### Surat Pernyataan Kesediaan Menjadi Subjek Penelitian (Informed Consent)

Saat ini saya sedang mengadakan penelitian mengenai permasalahan stunting di Kabupaten Muaro Jambi. Penelitian ini bertujuan untuk memenuhi tugas saya sebagai mahasiswa magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya yaitu tugas akhir pembuatan tesis. Untuk itu saya meminta bantuan Saudara/i untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian saya sebagai subjek penelitian.

Saya berharap kesediaan Saudara/i terlibat dalam penelitian ini bersifat suka rela dan tanpa ada paksaan. Sebagai imbalan atas kejujuran jawaban Saudara/i atas pertanyaan yang saya ajukan maka saya berjanji akan merahasiakan seluruh jawaban dan identitas Saudara/i, karena saya tahu bahwa kegiatan ini hanya semata-mata untuk kepentingan belajar.

Apabila saya mengingkari janji yang tersebut diatas, maka Saudara berhak menarik seluruh pernyataan yang telah Saudara/i berikan dan ini berarti pembatalan atas keterlibatan Saudara/i di penelitian ini. Apabila Saudara kemudian merasa bahwa penelitian ini merugikan dan mencemarkan Saudara/i maka jangan sungkan-sungkan untuk menghubungi saya melalui nomor HP di 081273591300.

Untuk itu maka, saya bertandatangan di bawah ini.

Nama : .....(Boleh disingkat/disamarkan/tidak diisi)

Umur : ..... tahun

Menyatakan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Peneliti

Yang Meyetujui,  
Muaro Jambi, .....2022  
Partisipan Penelitian,

Muhammad Cholil Munadi, S.Psi

(.....)  
(Boleh disingkat/disamarkan/tidak diisi)

Kepada  
Yth. Sdr/i .....  
Di tempat

Seperti saudara ketahui, saat ini saya sedang mengadakan penelitian. Penelitian disini bertujuan untuk memenuhi tugas saya sebagai mahasiswa magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya yaitu tugas akhir pembuatan tesis. Bantuan yang saya harapkan dari Saudara/i adalah kesediaan menjadi subjek penelitian atas inisiatif dan kehendak sendiri, tanpa paksaan. Segala hal yang berkaitan dengan rahasia saudara, tidak akan disampaikan secara terbuka pada umum.

Dalam penelitian ini nantinya saudara kami minta untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang kami ajukan berkaitan dengan permasalahan Saudara/i, bagaimana hal tersebut bisa terjadi, apakah hal tersebut mengganggu anda atau tidak, dan bagaimana saudara menghadapinya.

Saudara/i berhak menolak untuk ikut berpartisipasi baik saat ini dan akan datang tanpa tuntutan maupun resiko apapun. Saudara/i juga berhak bertanya kapan saja dan mendapat jawaban sejujurnya dari kami mengenai penelitian ini. Saudara/i dapat menghubungi saya melalui nomor HP di 081273591300

Dengan menandatangani lembar ini diartikan bahwa saudara telah memahami perihal penelitian ini dan menerima segala hal yan menyangkut pelaksanaannya sebagai partisipasi penelitian.

Hormat Kami,

Meyetujui,  
Muaro Jambi, .....2022  
Partisipan Penelitian,

Muhammad Cholil Munadi, S.Psi

(.....)  
(Boleh disingkat/disamarkan/tidak diisi)

## **2. KUISIONER DEMOGRAFI ORANG TUA**

### **Kuisioner Demografi Orang Tua**

#### **Analisis Family Resilience : Kajian Kualitatif Pada Orang Tua yang Memiliki Balita Stunting Di Kabupaten Muaro Jambi**

#### **Petunjuk Pengisian :**

Bacalah pernyataan dengan seksama, silahkan diisi sesuai dengan keadaan Saudara/i saat ini :

1. Nama :
2. Umur :
3. Agama :
4. Jenis kelamin :
5. Lama pernikahan :
6. Jumlah keluarga di rumah :
7. Status tempat tinggal :
8. Jumlah anak :
9. Pendidikan terakhir :
10. Pekerjaan istri :
11. Pekerjaan suami :
12. Penghasilan keluarga :
13. Dalam sehari-hari siapa yang merawat anak
  - a. Ibu
  - b. Ayah
  - c. Lainnya : .....

### 3. KUISIONER DEMOGRAFI BALITA

#### Kuisisioner Demografi Balita

#### Analisis Family Resilience : Kajian Kualitatif Pada Orang Tua yang Memiliki Balita Stunting Di Kabupaten Muaro Jambi

1. Nama balita : .....
2. Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan\* (coret salah satu)
3. Tanggal lahir : ...../...../.....
4. Usia : ..... Tahun ..... Bulan ..... Hari
5. Anak ke : ..... Dari ..... Bersaudara
6. Usia kehamilan : ..... Minggu
7. Berat badan lahir : ..... gram
8. Panjang badan lahir : ..... cm
9. Berat badan balita : ..... gram
10. Tinggi badan balita : ..... cm
11. Lingkar kepala : ..... cm
12. Status ASI : Iya / Tidak  
Jika Iya, berapa lama ..... bulan.
13. Apakah ibu memberikan makanan tambahan pada 6 bulan pertama :  
Iya / Tidak
14. Riwayat penyakit berulang :
15. Riwayat pemberian obat :

#### 4. PEDOMAN WAWANCARA (*FAMILY RESILIENCE*)

##### Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara *family resilience* dengan modifikasi 3 proses kunci (domain) *family resilience* menurut Walsh (2012).

- a. Pedoman wawancara informan utama (Ibu)
- b. Pedoman wawancara informan triangulasi (Ayah)

| Domain             | Sub-Domain                   | Indikator  | Pertanyaan  |
|--------------------|------------------------------|--|---|
| Sistem Kepercayaan | Membuat makna dari kesulitan | a. Pandangan relasional tentang ketahanan Memandang kesulitan sebagai cobaan yang harus diatasi bersama dan percaya bahwa perjuangan mereka membuat hubungan mereka lebih kuat; upaya bersama dan kebanggaan dalam kemenangan membawa mereka lebih dekat   | Bagaimana ibu/ bapak dan keluarga menghadapi kondisi anak (stunting)?   |
|                    |                              | b. Menormalkan, mengontekstualisasikan kesusahan ketika masalah dipandang sebagai dilema manusia dan perasaan rumit dilihat sebagai umum di antara mereka dalam kesulitan yang sama-dan dalam situasi yang ekstrim atau tidak adil, sebagai respon normal terhadap kondisi abnormal atau tidak manusiawi | Ketika mengetahui bahwa anak ibu/ bapak mengalami stunting apakah ada perubahan dalam kehidupan sehari-hari di keluarga ibu/ bapak? |
|                    |                              | c. Rasa koherensi Memandang krisis sebagai tantangan yang bermakna, dapat dipahami, dan dapat dikelola   | Bagaimana sikap keluarga kepada ibu/ bapak ketika mengetahui situasi saat ini ?   |
|                    |                              | d. Penilaian fasilitatif Atribusi penjelasan dan harapan masa depan  | Apakah menurut ibu/ bapak kondisi anaknya dapat mempengaruhi masa depannya? (Jika iya/ tidak Kenapa ?)                              |

|                   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|
| Pandangan positif | a. Harapan dan bias optimis<br>Harapan didasarkan pada kepercayaan, tidak peduli seberapa suram masa kini, masa depan yang lebih baik dapat dibayangkan.  | Bagaimana harapan ibu/ bapak kedepannya terkait situasi yang sedang ibu/ bapak rasakan sekarang? Kenapa ?   |   |
|                   | b. Dorongan<br>Tegaskan kekuatan dan fokus pada potensi dalam memperkuat keberanian untuk menangkap peluang dan bertahan  | Hal apa yang membuat ibu/ bapak begitu kuat agar harapan tersebut dapat tercapai?   |   |
|                   | c. Inisiatif aktif dan ketekunan ( <i>can-do spirit</i> )<br>Kepercayaan bersama dalam melalui kesulitan. Keluarga menunjukkan keyakinan bahwa mereka akan melakukan yang terbaik dan mendukung partisipasi aktif anggota dalam mengatasi tantangan mereka. | Apa yang membuat ibu/ bapak dapat yakin bahwa harapan itu akan terwujud?  |   |
|                   | d. Kuasai kemungkinan<br>Menerima apa yang tidak bisa diubah dan mentolerir ketidakpastian  | Bagaimana ibu/ bapak dapat meyakini keluarga agar dapat memahami keadaan ibu/ bapak?  |   |
|                   | Transendensi dan spiritualitas  | a. Nilai yang lebih besar<br>Mencari kekuatan, kenyamanan, dan bimbingan di masa-masa sulit melalui hubungan dengan tradisi budaya dan spiritual mereka | Apa yang selalu ibu/ bapak tanamkan didalam diri agar tetap kuat dalam menghadapi kondisi ini?                    |
|                   |   | b. Spiritualitas<br>Iman, praktik kontemplatif, komunitas; hubungan dengan alam   | Apakah ada perubahan yang ibu/ bapak rasakan terkait dengan lingkungan sekitar semenjak merawat anak (stunting) ? |
|                   |   | c. Inspirasi<br>Membayangkan kemungkinan, aspirasi; ekspresi kreatif; aksi social   | Bagaimana dampak positif yang ibu/ bapak dan keluarga rasakan setelah mengetahui kondisi anak (stunting) ?        |
|                   |   | d. Transformasi   | Apa yang bisa ibu/ bapak ambil hikmah ketika  |

|                   |   |   |   |
|-------------------|---|---|---|
|                   |   | Pembelajaran, perubahan, dan pertumbuhan positif dari kesulitan                             | menjalani kondisi seperti ini sekarang ?  |
| Proses Organisasi | Fleksibilitas                               | a. Rebound<br>Perubahan adaptif untuk menghadapi tantangan baru                             | Bagaimana usaha bapak/ ibu dalam menghadapi perubahan kondisi yang terjadi ?  |
|                   |   | b. Mengatur ulang<br>Menstabilkan: kontinuitas, ketergantungan, prediktabilitas             | Apaakah ada perubahan rutinitas ketika bapak/ ibu mengetahui anaknya mengalami stunting? (Jika tidak, kenapa? Jika iya, bagaimana bapak/ ibu mengatasi perubahan tersebut?) |
|                   |   | c. Kepemimpinan otoritatif yang kuat<br>Memelihara, membimbing, melindungi                  | Bagaimana peran kepala keluarga dalam menyikapi permasalahan yang ada ?   |
|                   |   | d. Bentuk keluarga yang bervariasi<br>Pengasuhan yang kooperatif                            | Bagaimana peran bapak/ ibu dalam mengasuh anak (stunting)?  |
|                   |   | e. Hubungan pasangan/orang tua<br>Saling menghormati, mitra/ setara                         | Apa yang akan bapak/ ibu lakukan ketika memiliki pendapat yang berbeda dengan pasangan ?  |
|                   | Keterhubungan                               | a. Saling mendukung, kerja tim, dan komitmen  | Bagaimana pembagian tugas dalam keluarga bapak/ ibu ?   |
|                   |   | b. Menghormati kebutuhan individu, perbedaan  | Bagaimana sikap bapak/ ibu menghadapi kebutuhan ekstra yang dibutuhkan anak (stunting)?   |
|                   |   | c. Mencari penyambungan kembali dan memperbaiki keluhan                                     | Bagaimana upaya bapak/ ibu untuk pengobatan anak (stunting) ?   |
|                   | Memobilisasi sumber daya sosial dan ekonomi | a. Memobilisasi Kerabat, dukungan sosial, dan komunitas; model dan mentor                   | Bagaimana sumbangsi keluarga lain bapak/ ibu dalam merawat anak (stunting) ?  |
|                   |   | b. Membangun keamanan finansial; menavigasi tantangan pekerjaan/keluarga yang penuh tekanan | Apakah dengan kondisi anak (stunting) menjadi tekanan ekonomi bagi keluarga ibu/ bapak?   |

|                   |                                    |   |  |
|-------------------|------------------------------------|---|--|
|                   |                                    | c. Transaksi dengan sistem yang lebih besar: akses kelembagaan, dukungan structural         | Apakah ada komunitas/ kegiatan yang diselenggarakan untuk orang tua yang memiliki anak-anak stunting? (jika iya) menurut bapak/ibu bagaimana pendapatnya mengenai kegiatan tersebut? |
| Proses komunikasi | Kejelasan                          | a. Mengklarifikasi informasi ambigu; pencarian kebenaran                                    | Bagaimana usaha bapak/ibu untuk mendapatkan informasi lebih lanjut terkait kondisi anak (stunting)?  |
|                   | Keterbukaan secara emosional       | b. Perasaan menyakitkan: (sedih, penderitaan, kemarahan, ketakutan, kekecewaan, penyesalan) | Apakah bapak/ibu selalu bercerita mengenai keluhan yang bapak/ibu rasakan kepada keluarga?   |
|                   |                                    | c. Interaksi positif: (cinta, penghargaan, syukur, humor, kesenangan, jeda)                 | Bagaimana bapak/ibu biasanya menghabiskan waktu bersama?   |
|                   | Pemecahan masalah yang kolaboratif | a. brainstorming kreatif; memperluas akal untuk mengatasi kesulitan.                        | Bagaimana cara keluarga bapak/ibu mengatasi suatu masalah yang terjadi di rumah?   |
|                   |                                    | a. Berbagi pengambilan keputusan; memperbaiki konflik; negosiasi, keadilan                  | Bagaimana cara keluarga bapak/ibu dalam mengambil keputusan?   |
|                   |                                    | b. Berfokus pada tujuan; langkah konkret; membangun kesuksesan; belajar dari kemunduran     | Bagaimana rencana keluarga bapak/ibu sekarang terkait merawat anak (stunting)?   |
|                   |                                    | c. Sikap proaktif: kesiapsiagaan, perencanaan, pencegahan                                   | Apa rencana kedepannya keluarga bapak/ibu dalam memperbaiki kondisi anak (stunting)?   |
| <b>Total</b>      |                                    |   | <b>30 Aitem Pertanyaan</b>   |



## 6. Panduan dan Pedoman *Focus Group Discussions* (FGD)

Panduan dan Pedoman *Focus Group Discussions* (FGD) menurut Menurut Walden, (2019).

### A. Persiapan

1. FGD umumnya dianggap paling efektif dengan sekitar 10-12 peserta. Namun disisi lainnya terdapat pernyataan yang menyarankan jumlah peserta FGD lebih kecil, yaitu 4-7 orang (Koentjoro, 2005: 7)
2. Peserta dapat dicocokkan menurut usia, jenis kelamin, latar belakang etnis atau karakteristik lain yang berkaitan dengan jenis informasi yang dicari dari diskusi.
3. Diskusi tidak boleh lebih dari satu jam; jika tidak, peserta dapat menjadi gelisah. Sesi yang lebih lama sangat tidak adil pada wanita dengan anak kecil.
4. Panduan pertanyaan harus dikembangkan, tetapi harus seputar topik dan pertanyaan terbuka daripada terstruktur seperti kuesioner.
5. Sebuah tempat di mana peserta dapat merasa aman dan tidak akan terdengar atau terganggu adalah suatu keharusan. Jika perempuan diundang, mungkin tepat untuk menyediakan fasilitas pengasuhan anak.
6. Fasilitator harus berpengalaman, akrab dengan konteks dan bahasa kelompok, dan idealnya cocok dengan susunan kelompok (misalnya, seorang wanita yang lebih tua untuk kelompok wanita yang lebih tua).
7. Pencatat khusus diperlukan, bahkan jika diskusi kelompok direkam secara elektronik, karena teknologi mungkin gagal atau tidak menangkap semua suara.
8. Minuman dapat disajikan setelah acara, terutama jika orang telah datang jauh, tetapi tidak selama diskusi, karena makan dan minum dapat mengganggu.

## **B. Pedomanan Pelaksanaan FGD**

1. Fasilitator harus memperkenalkan diri dan topik, menjelaskan prosedur dan menetapkan beberapa aturan dasar (matikan ponsel, dengarkan satu sama lain, jangan menyela).
2. Izin untuk membuat catatan dan rekaman lainnya harus dicari. Jika menggunakan perekam suara digital, pastikan peserta memahami bahwa mereka dapat mematikannya kapan pun mereka bertanya.
3. Peserta dapat memperkenalkan diri jika fasilitator ingin menggunakan nama saat menyapa mereka, tetapi ini harus dilakukan sebelum perekaman dimulai sehingga semua komentar tidak dicantumkan.
4. Fasilitator harus memulai dengan pertanyaan umum, dan kemudian mempersempit ke isu-isu khusus – ini untuk membuat orang merasa nyaman dan untuk memulai diskusi kelompok. Pertanyaan sensitif harus datang belakangan karena pada saat itu, peserta mungkin akan merasa lebih percaya diri untuk mendiskusikannya.
5. Fasilitator yang baik juga akan mengamati bahasa tubuh peserta, yang terkadang bisa berguna seperti diskusi yang sebenarnya. Bahasa tubuh dapat menunjukkan, misalnya, ketakutan, kecemasan, keengganan, dan terkadang orang tidak mengatakan yang sebenarnya.
6. Fasilitator juga perlu memastikan bahwa setiap orang dalam kelompok memiliki kesempatan untuk berbicara, serta mengatur siapa saja yang mendominasi diskusi.
7. Ada perbedaan pandangan tentang fasilitator yang berbagi informasi tentang diri mereka sendiri dan menawarkan nasihat. Masukan semacam itu harus wajar dan tidak menghalangi diskusi. Saran mungkin paling baik diberikan setelah kelompok selesai dan minuman disajikan.
8. Di akhir diskusi, fasilitator harus merangkum poin-poin utama dan memastikan tidak ada lagi komentar yang perlu ditambahkan. Informasi terbaik sering kali datang ketika fasilitator menyimpulkan, dan pencatat harus siap untuk menangkapnya.