

Pendampingan Keluarga Risiko Stunting dan Keberfungsian Keluarga: Studi Kualitatif di Kota Tangerang

Nugroho Putro Baskoro* , Ida Widianingsih, Riswanda

Universitas Padjadjaran, Indonesia

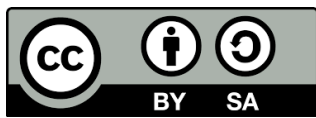
Email: nugroho23001@mail.unpad.ac.id* , ida.widianingsih@unpad.ac.id,
riswanda@untirta.ac.id

Keywords:

*Family Assistance; Stunting
Risk; Family Functioning.*

Abstract

This study aims to examine the social influence process of family mentoring at risk of stunting and analyze its impact on family functioning in Tangerang City. The study used a descriptive qualitative approach with seven informants (three policy/implementer informants and four target families) selected purposively, and analyzed using Bibb Latane's Social Impact Theory and the McMaster Model of Family Functioning. Data were collected through in-depth interviews, field observations, and documentation studies, then analyzed thematically with triangulation of sources and techniques. The results show that the mentoring process can be understood through three elements of Social Impact Theory: the strength of the source of influence, the closeness of interaction, and the diversity of mentoring sources: the strength of cadres is built from close kinship and professional legitimacy; closeness (immediacy) is strengthened by proximity of residence and frequency of informal contact; while the number of sources of influence (number) is effective not because of the large number of people present at once, but because of the complementary functions between elements of the Family Support Team (TPK). Based on the McMaster Model, informant narratives indicate the most consistent strengthening of families' ability to recognize and address health problems and follow health behavior rules, while the Communication, Roles, and Affective Responsiveness dimensions remain relatively stable because they are not the direct targets of intervention. Overall family functioning remains limited by socio-economic structural determinants beyond the TPK's authority. This study also found indications of some families' dependence on cadres, in line with the weaknesses of the Social Impact Theory acknowledged by Latane. Thus, the social impact of mentoring is enabling and selective, not comprehensive, so the program's success needs to be supported by cross-sector coordination to reach structural determinants beyond the capacity of family mentoring.



This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

Copyright © 2026 by Author. Published by
Riviera Publishing

Kata Kunci:

Pendampingan Keluarga; Risiko
Stunting; Keberfungsian
Keluarga.

Abstrak

Penelitian ini bertujuan mengkaji proses pengaruh sosial pendampingan keluarga risiko stunting dan menganalisis dampaknya terhadap keberfungsian keluarga di Kota Tangerang. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan tujuh informan (tiga informan kebijakan/pelaksana dan empat keluarga sasaran) yang dipilih secara purposive, dan dianalisis melalui Teori Dampak Sosial Bibb Latane serta McMaster Model of Family Functioning. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi lapangan, dan studi

dokumentasi, kemudian dianalisis secara tematik dengan triangulasi sumber dan teknik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pendampingan dapat dipahami melalui tiga unsur Teori Dampak Sosial yaitu kekuatan sumber pengaruh, kedekatan interaksi, dan keberagaman sumber pendampingan: kekuatan (strength) kader dibangun dari kedekatan kekerabatan dan legitimasi profesional; kedekatan (immediacy) diperkuat oleh kedekatan tempat tinggal dan frekuensi kontak informal; sementara jumlah sumber pengaruh (number) efektif bukan karena banyaknya orang yang hadir sekaligus, melainkan karena fungsi yang saling melengkapi antar-unsur Tim Pendamping Keluarga (TPK). Ditinjau dari McMaster Model, Narasi informan menunjukkan indikasi penguatan yang paling konsisten pada kemampuan keluarga mengenali dan menangani masalah Kesehatan serta mengikuti aturan perilaku kesehatan, sedangkan dimensi Communication, Roles, dan Affective Responsiveness relatif stabil karena bukan sasaran langsung intervensi. Keberfungsian keluarga secara menyeluruh tetap dibatasi oleh determinan struktural sosial-ekonomi yang berada di luar kewenangan TPK. Penelitian ini juga menemukan indikasi ketergantungan sebagian keluarga terhadap kader, sejalan dengan kelemahan Teori Dampak Sosial yang diakui Latane sendiri. Dengan demikian, dampak sosial pendampingan bersifat enabling dan selektif, bukan menyeluruh, sehingga keberhasilan program perlu ditopang oleh koordinasi lintas sektor untuk menjangkau determinan struktural yang berada di luar kapasitas pendampingan keluarga.

PENDAHULUAN

Stunting merupakan persoalan serius yang tidak hanya berdampak pada pertumbuhan fisik anak, tetapi juga berkaitan dengan kualitas pengasuhan, ketahanan keluarga, akses layanan dasar, serta kapasitas sosial keluarga dalam memenuhi kebutuhan anak. *World Health Organization*, (2020) mendefinisikan stunting sebagai kondisi tinggi badan menurut usia yang berada di bawah -2 Standar Deviasi (SD) pada kurva pertumbuhan WHO, yang umumnya diakibatkan oleh asupan nutrisi tidak adekuat dan/atau infeksi berulang pada 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia tahun 2024, prevalensi stunting nasional tercatat sebesar 19,8 persen (Kemenkes RI, 2025), Pada periode yang sama, prevalensi Provinsi Banten mencapai 21,1 persen, sedangkan Kota Tangerang berada pada angka 11,2 persen, Kota Tangerang juga menerbitkan angka 5,5–5,6 persen berdasarkan e-PPGBM. Angka tersebut tidak boleh dicampur dengan SSGI karena sumber data dan metode pengukurannya berbeda. Perbedaan angka SSGI dan e-PPGBM mencerminkan perbedaan sumber serta metode pencatatan. Penelitian ini menggunakan SSGI untuk perbandingan antardaerah dan nasional, sedangkan data e-PPGBM digunakan sebagai data pemantauan administratif daerah, sementara Bank Dunia memperkirakan kerugian ekonomi akibat stunting di Indonesia mencapai sekitar US\$3,7 miliar per tahun atau setara 2,3 persen PDB (World Bank Document, 2023).

Dalam konteks pembangunan sosial, stunting dapat dipahami sebagai indikator ketidakmampuan sistem sosial, terutama keluarga, dalam menjalankan peran dan fungsinya secara optimal. Anak yang mengalami stunting seringkali berasal dari keluarga dengan keterbatasan akses terhadap sumber daya serta lemahnya dukungan sosial. Oleh karena itu, upaya penanggulangan stunting tidak dapat hanya berfokus pada intervensi medis dan pemenuhan gizi semata, melainkan juga harus menyasar penguatan keluarga sebagai unit sosial utama dalam pemenuhan kesejahteraan anak. Pemerintah Indonesia menetapkan target

penurunan prevalensi stunting hingga 14 persen pada 2029 melalui RPJMN 2025–2029, yang secara kelembagaan didukung oleh Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting.

Kota Tangerang menjadi lokus menarik untuk dikaji karena, meskipun berada di Provinsi Banten yang tercatat sebagai provinsi keenam dengan jumlah balita stunting terbanyak di Indonesia pada 2024, Kota Tangerang berhasil mempertahankan prevalensi stunting secara konsisten di bawah rata-rata provinsi dan nasional selama lima tahun terakhir. Salah satu strategi utama yang dikembangkan Pemerintah Kota Tangerang melalui Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak, Pengendalian Penduduk, dan Keluarga Berencana (DP3AP2KB) adalah program pendampingan keluarga risiko stunting, Pemerintah Kota Tangerang pada 2022 membentuk 754 Tim Pendamping Keluarga yang tersebar di 13 kecamatan yang merupakan gabungan kader PKK, kader KB, dan tenaga Kesehatan, sebagai aktor sosial yang berinteraksi langsung dengan keluarga calon pengantin, ibu hamil, ibu nifas, hingga balita berusia di bawah 24 bulan, melalui edukasi, motivasi, monitoring, dan fasilitasi akses layanan.

Namun demikian, keberhasilan program pendampingan pada dasarnya tidak hanya ditentukan oleh keberadaan program itu sendiri, melainkan oleh sejauh mana program tersebut mampu memberikan pengaruh sosial yang bermakna dan berkelanjutan bagi keluarga penerima manfaat. Evaluasi program penurunan stunting selama ini masih cenderung menekankan indikator prevalensi, cakupan layanan, dan capaian administratif, sementara perubahan pada keberfungsian keluarga sebagai dampak sosial program belum banyak menjadi fokus kajian. Beberapa penelitian terdahulu memberikan gambaran yang relevan namun belum secara khusus menjawab persoalan ini. (Christian et al., 2020) mengevaluasi program gizi komprehensif di pedesaan Malawi dan menemukan perbaikan pada praktik pemberian makan dan cuci tangan, tetapi tidak pada prevalensi stunting itu sendiri. (Hernayanti et al., 2025) menyimpulkan bahwa pendampingan kader kesehatan level desa di Kabupaten Kulon Progo meningkatkan pengetahuan gizi ibu hamil, sementara (Alexandra & Yusran, 2024) menemukan bahwa program pendampingan di Nagari Kandang Baru, Kabupaten Sijunjung, menghadapi hambatan resistensi masyarakat dalam mengakui status stunting anak mereka.

Kajian pendampingan stunting umumnya menilai peningkatan pengetahuan, kepatuhan layanan, praktik pemberian makan, atau perubahan prevalensi. Masih terbatas penelitian yang secara bersamaan menjelaskan mekanisme pengaruh sosial pendamping, dimensi keberfungsian keluarga yang mengalami perubahan, serta kemungkinan munculnya ketergantungan keluarga terhadap aktor pendamping. Penelitian ini mengisi kesenjangan tersebut melalui analisis lintas kasus terhadap pengalaman keluarga dan pelaksana pendampingan di Kota Tangerang. Kebaruan penelitian ini terletak pada tiga hal. Pertama, penelitian menghubungkan mekanisme pengaruh sosial pendamping dengan perubahan selektif dalam keberfungsian keluarga. Kedua, penelitian menawarkan interpretasi kontekstual terhadap unsur number dalam Teori Dampak Sosial, yaitu bahwa efektivitas tim tidak hanya ditentukan oleh jumlah pendamping, tetapi oleh komplementaritas fungsi antara kader KB, kader PKK, tenaga kesehatan, dan aktor lintas sektor. Ketiga, penelitian menemukan paradoks kedekatan pendampingan: kedekatan sosial dapat membangun kepercayaan dan kepatuhan, tetapi pendampingan yang terlalu dominan tanpa strategi pelepasan dapat menghasilkan ketergantungan keluarga.

Untuk mengisi kesenjangan tersebut, penelitian ini menggunakan dua kerangka teori yang diposisikan sebagai dua tahap analisis dalam satu alur proses. Teori Dampak Sosial Bibb Latane, (1981) menjelaskan mekanisme pengaruh sosial melalui Prinsip 1, $I = f(S, I, N)$, yaitu dampak sosial merupakan fungsi multiplikatif dari strength (kekuatan, salience, status, dan relasi sumber pengaruh), immediacy (kedekatan ruang dan waktu), dan number (jumlah sumber pengaruh). Prinsip 2 (hukum psikososial), $I = sN^t$ dengan $t < 1$, menegaskan bahwa penambahan sumber pengaruh pertama memberikan dampak marjinal terbesar, sedangkan penambahan berikutnya memberikan dampak yang semakin menurun. Latane sendiri, dalam artikel aslinya, turut mengakui dua kelemahan teorinya, yaitu model ini memandang individu sebagai penerima pasif (passive recipients), bukan pencari aktif (active seekers), dan model ini bersifat statis sehingga belum menjelaskan akumulasi dampak sosial dari waktu ke waktu—dua catatan yang relevan diuji kembali pada konteks pendampingan keluarga.

Sementara itu, *McMaster Model of Family Functioning* (Epstein et al., 1978) digunakan untuk menganalisis ruang perubahan yang terjadi setelah keluarga menerima pengaruh sosial tersebut. Model ini memandang keluarga sebagai sistem terbuka yang terdiri atas enam dimensi keberfungsian, yaitu *Problem Solving*, *Communication*, *Roles*, *Affective Responsiveness*, *Affective Involvement*, dan *Behavior Control*, yang harus dinilai secara bersamaan karena satu dimensi tidak dapat dipahami terpisah dari dimensi lainnya. Dengan mengintegrasikan kedua teori tersebut, penelitian ini merumuskan alur analisis: kekuatan, kedekatan, dan jumlah sumber pengaruh membentuk proses penerimaan pengaruh sosial oleh keluarga, yang selanjutnya berasosiasi dengan perubahan pada dimensi-dimensi tertentu keberfungsian keluarga.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini dirumuskan untuk menjawab dua pertanyaan: (1) bagaimana pengaruh sosial pendamping keluarga terhadap perubahan perilaku keluarga risiko stunting di Kota Tangerang ditinjau dari Teori Dampak Sosial Bibb Latane; dan (2) bagaimana dampak pendampingan terhadap keberfungsian keluarga ditinjau dari dimensi McMaster Model. Penelitian ini tidak dimaksudkan untuk mengukur hubungan sebab-akibat secara kuantitatif maupun menilai efektivitas program berdasarkan indikator statistik, melainkan untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai proses dan dampak sosial pendampingan sebagai kontribusi teoritis bagi pengembangan kerja sosial berbasis keluarga di Indonesia, sekaligus sebagai bahan pertimbangan praktis bagi perbaikan desain program pendampingan keluarga risiko stunting. Manfaat teoretis penelitian ini adalah memperkaya literatur tentang aplikasi Teori Dampak Sosial dalam konteks kerja sosial berbasis keluarga, khususnya dalam memahami mekanisme pengaruh sosial pada program pendampingan. Manfaat praktisnya adalah memberikan rekomendasi bagi pemerintah daerah dan DP3AP2KB dalam merancang program pendampingan yang lebih efektif, berkelanjutan, dan mendorong kemandirian keluarga.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif untuk memahami secara mendalam proses dan dampak sosial program pendampingan keluarga risiko stunting, mengingat fokus penelitian adalah pada makna, pengalaman, dan perspektif subjektif yang tidak dapat ditangkap secara memadai melalui metode kuantitatif (Creswell, 2015). Peneliti

berperan sebagai instrumen utama pengumpulan data, dibantu pedoman wawancara dan pedoman observasi (Moleong, 2000).

Informan penelitian dipilih secara purposive sampling, yaitu penentuan informan yang dipandang paling relevan dan mampu memberikan informasi secara lengkap terkait fokus penelitian (Yegidis, Weinbach, & Myers, 2018). Penelitian ini melibatkan tujuh informan, terdiri atas tiga informan pada level kebijakan dan pelaksana (Kepala Bidang KB, Ketahanan, dan Kesejahteraan Keluarga DP3AP2KB; Kepala Unit Pelaksana Teknis Keluarga Berencana; dan Koordinator Tim Pendamping Keluarga) serta empat informan keluarga sasaran pendampingan dengan karakteristik risiko yang beragam, sebagaimana dirangkum pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian

Informan	Kategori	Keterangan
dr. D	Informan Kebijakan	Kepala Bidang KB, Ketahanan, dan Kesejahteraan Keluarga DP3AP2KB
Ibu NA	Informan Kebijakan/Pemantauan	Kepala Unit Pelaksana Teknis (UPT) Keluarga Berencana
Ibu OV	Informan Pelaksana Program	Koordinator Tim Pendamping Keluarga (TPK)
Ibu NV (KRS-1)	Informan Keluarga Sasaran	Hamil anak ke-4, usia 39 tahun, belum pernah ber-KB, riwayat tensi tinggi
Ibu IY (KRS-2)	Informan Keluarga Sasaran	Usia 43 tahun, riwayat 10 kali hamil, jarak kehamilan dekat, balita sempat Bawah Garis Merah
Ibu LD (KRS-3)	Informan Keluarga Sasaran	Usia 36 tahun, kehamilan anak ke-6 tidak terpantau hingga usia 6 bulan
Ibu GN (KRS-4)	Informan Keluarga Sasaran	Usia 18 tahun, kehamilan pertama risiko tinggi, suami bekerja merantau

Sumber data: diolah peneliti, 2026

Data primer dikumpulkan melalui tiga teknik, yaitu wawancara mendalam (*indepth interview*) yang dilakukan selama dua minggu berdasarkan pedoman wawancara yang disusun mengacu pada dimensi *Strength*, *Immediacy*, dan *Number* (Latane) serta keenam dimensi McMaster Model; observasi lapangan yang dilaksanakan bersamaan dengan wawancara; dan studi dokumentasi terhadap catatan TPK, transkrip wawancara, serta dokumen kebijakan terkait. Penelitian dilaksanakan di Kota Tangerang, Provinsi Banten, selama dua bulan (Juni–Juli 2026).

Analisis data mengikuti tahapan Creswell (2018): mengelola dan mengorganisasi data, membaca dan mencatat gagasan yang muncul, mendeskripsikan dan mengklasifikasikan data ke dalam tema, mengembangkan dan mengevaluasi interpretasi dengan mengaitkannya pada teori, serta merepresentasikan temuan dalam bentuk narasi deskriptif yang didukung tabel dan kutipan langsung informan. Keabsahan data (*trustworthiness*) dijaga melalui triangulasi sumber (membandingkan narasi tiga kategori informan: kebijakan, pelaksana, dan keluarga sasaran) dan triangulasi teknik (memadukan wawancara, observasi, dan dokumentasi), serta pengecekan ulang (*member checking*) informal atas poin-poin kunci hasil wawancara kepada

informan kunci. Aspek etika penelitian dijaga melalui persetujuan lisan (*informed consent*), penjelasan tujuan penelitian, hak informan untuk menolak menjawab atau menghentikan wawancara, serta penyamaran identitas keluarga sasaran menggunakan inisial.

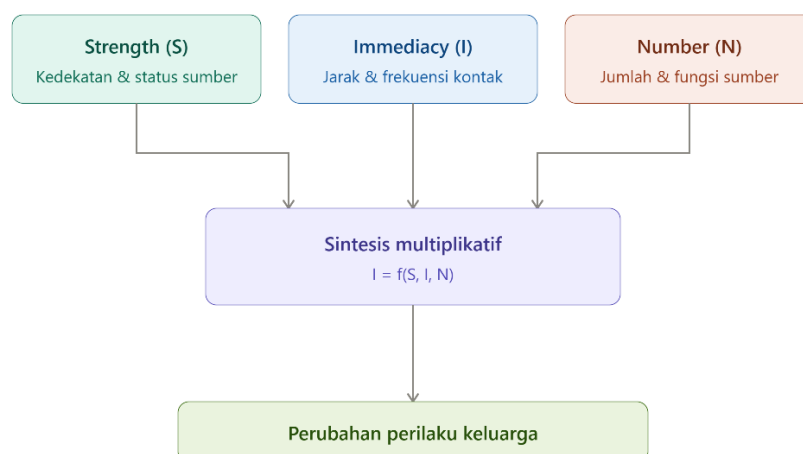
HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Program Pendampingan Keluarga Risiko Stunting

Program pendampingan keluarga berisiko stunting merupakan bagian dari pelaksanaan kebijakan percepatan penurunan stunting sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021, yang kemudian dijabarkan pada tingkat daerah melalui Peraturan Wali Kota Tangerang Nomor 114 Tahun 2022. Keluarga risiko stunting didefinisikan sebagai keluarga yang di dalamnya terdapat sasaran prioritas, yaitu calon pengantin, ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 24 bulan. Pelaksana lapangan adalah Tim Pendamping Keluarga (TPK) beranggotakan tiga unsur (kader KB, kader PKK, dan tenaga kesehatan) dengan frekuensi pendampingan yang telah distandardisasi—calon pengantin dua kali, ibu hamil hingga delapan kali, dan balita setiap bulan hingga usia 24 bulan—serta intensitas lebih tinggi pada kasus risiko tinggi. Koordinasi lintas sektor diwadahi melalui forum mini lokakarya yang mempertemukan TPK dengan Kelurahan, Kantor Urusan Agama, Kecamatan, Puskesmas, dan Dinas Sosial.

Informan kunci menegaskan bahwa keberhasilan pendampingan sangat bergantung pada terbangunnya kepercayaan (*trust*) keluarga terhadap kader, yang pada kasus resistensi tinggi diperkuat dengan melibatkan sumber lain yang telah dipercaya keluarga, seperti bidan Puskesmas atau perangkat kelurahan. Informan kunci juga mencatat bahwa akar masalah keluarga risiko stunting sebagian besar bersumber dari kondisi sosial-ekonomi—pekerjaan tidak tetap, keterbatasan pendapatan, dan minimnya akses layanan—dibandingkan semata-mata pola asuh yang keliru, sebagaimana ditegaskan: “Kalau dibilang gini, itu anak aku temen ini stunting karena pola asuh, kalau aku gak percaya. Kalau aku lebih cenderung mereka karena sosial ekonomi” (dr. D, Informan Kebijakan).

Mekanisme Pengaruh Sosial Pendampingan: Strength, Immediacy, dan Number



Gambar 1. Mekanisme Pengaruh Sosial Pendampingan
(Sumber data: diolah peneliti, 2026)

Bagian ini menjawab rumusan masalah pertama dengan menganalisis tiga dimensi inti Prinsip 1 Latane, $I = f(S, I, N)$.

Strength (Kekuatan Sumber Dampak)

Temuan menunjukkan bahwa kekuatan sumber dampak dibentuk oleh dua hal: kedekatan kekerabatan atau hubungan personal kader dengan keluarga sasaran, dan pelibatan sumber berstatus lebih tinggi pada kasus resisten. Hampir seluruh informan keluarga menyebutkan hubungan kekerabatan atau pertemanan lama dengan kader sebagai alasan utama kepercayaan mereka, sebagaimana dituturkan Ibu IY: “Udah kenal Bu Mimin udah lama saya, nenek dia sama nenek saya tuh berkawan juga... jadi besti gitu.” Pada kasus resistensi tinggi, seperti penolakan kontrasepsi jangka panjang selama bertahun-tahun, Informan mengaitkan perubahan kepatuhan keluarga dengan keterlibatan bidan dan aparat kelurahan yang memiliki legitimasi lebih tinggi.: “Akhirnya dibonceng sama Pak Kemas, kita semua ngikutin sama Pak Lurah... akhirnya dipanggil Bu Bidannya ya, langsung dikasih edukasi juga” (Ibu OV, Informan Pelaksana). Temuan ini menggambarkan secara langsung Prinsip 1 Latane: ketika sumber berstatus rendah belum cukup mengubah perilaku, penambahan sumber berstatus lebih tinggi memperbesar dampak sosial secara berlipat.

Immediacy (Kedekatan Sumber Dampak)

Immediacy tergambar pada dua bentuk kedekatan: kedekatan tempat tinggal dan frekuensi kontak. Ibu LD menuturkan kedekatan rumahnya dengan rumah kader (“rumahnya di depan... sebelum ini juga udah ketemu terus”), sementara Ibu OV menjelaskan bahwa pemantauan bahkan berlangsung di luar jadwal resmi: “Karena ketemu setiap hari ya jadi kelihatan gitu kan... ibaratnya sambil lewat, sambil ke warung, sambil ditanya.” Dimensi ini juga dirancang terstruktur melalui jadwal kunjungan berkala dan berkelanjutan sepanjang siklus hidup keluarga sasaran, sejalan dengan pemikiran Latane bahwa dampak sosial meningkat seiring berkurangnya jarak dan bertambahnya frekuensi paparan sumber terhadap sasaran.

Number (Jumlah Sumber Dampak)

Data lapangan menunjukkan dua pola yang selaras dengan hukum psikososial Latane, $I = sN^t$ ($t < 1$). Pertama, jumlah sumber bertambah signifikan pada kasus resistensi tinggi melalui eskalasi forum mini lokakarya kecamatan. Kedua, dan lebih penting, penambahan jumlah pendamping yang hadir bersamaan dalam satu kunjungan tidak berpengaruh signifikan terhadap kepercayaan keluarga: “Mau yang datang satu atau tiga orang, saya rasa sih enggak... selama sasaran kita merasa nyaman didatangi oleh si orang ini... itu akan tetap bisa dipercaya” (Ibu OV). Ketika ditelusuri lebih jauh, Ibu OV menjelaskan bahwa ketiga unsur TPK sesungguhnya membawa fungsi yang berbeda: “Kader KB itu lebih ke pencatatan laporannya. Nakes ya itu melakukan pemeriksaan kesehatannya. Kader PKK lah tahu pelan-pelan.” Temuan ini mengoreksi pemaknaan Number sekadar sebagai jumlah kepala yang hadir; dalam konteks pendampingan berbasis tim multi-unsur, Number lebih tepat dimaknai sebagai jumlah sumber pengaruh yang relevan dan saling melengkapi fungsinya, bukan pengulangan pesan dari sumber yang berlipat.

Sintesis Multiplikatif

Ketiga dimensi bekerja secara multiplikatif dan saling menguatkan, sebagaimana tergambar pada kasus Ibu IY: sumber berstatus tinggi (bidan, lurah) dikombinasikan dengan kedekatan berkelanjutan (dibujuk bertahun-tahun) dan penambahan aktor lintas sektor

menghasilkan perubahan perilaku yang sebelumnya gagal dicapai oleh satu sumber saja—konsisten dengan formula $I = f(S, I, N)$. Desain TPK yang membagi tiga unsur ke dalam peran berbeda, bukan tugas identik, secara tidak langsung juga mengantisipasi risiko difusi tanggung jawab sebagaimana dijelaskan Latane melalui Prinsip 3 mengenai divisi dampak.

Tabel 2. Matriks Keterkaitan antara Mekanisme Dampak Sosial Latane dan Dimensi McMaster Model

Unsur Latane	Mekanisme	Dampak pada Keluarga	Dimensi McMaster Terkait
Strength	Kredibilitas & kedekatan personal kader/nakes	Penerimaan informasi & kesediaan menerima pendampingan	Problem Solving; Communication (eksternal)
Immediacy	Kedekatan tempat tinggal & frekuensi kontak informal	Respons & pemantauan lebih cepat dan berkelanjutan	Affective Involvement; Behavior Control
Number	Kombinasi fungsi kader KB, PKK, nakes, & lintas sektor	Perubahan perilaku pada kasus resistensi tinggi	Behavior Control; Problem Solving
S + I + N simultan	Pengaruh terintegrasi pada kasus resistensi tinggi	Perubahan perilaku yang sebelumnya gagal dicapai satu sumber	General Functioning (tetap terbatas struktural)

Dampak Pendampingan terhadap Keberfungsian Keluarga: Enam Dimensi McMaster Model

Bagian ini menjawab rumusan masalah kedua. Tabel 3 merangkum penilaian kualitatif terhadap keenam dimensi keberfungsian keluarga pada masing-masing keluarga informan, dengan kategori Kurang Berfungsi, Cukup Berfungsi, dan Berfungsi Baik berdasarkan pola perubahan yang menunjukkan kecenderungan dari data wawancara.

Tabel 3. Ringkasan Perubahan Keberfungsian Keluarga per Dimensi McMaster Model

Dimensi	Ibu NV (KRS-1)	Ibu IY (KRS-2)	Ibu LD (KRS-3)	Ibu GN (KRS-4)
<i>Problem Solving</i>	Cukup → Baik	Kurang → Baik	Cukup → Baik	Cukup → Baik
<i>Communication</i>	Baik (stabil)	Baik (stabil)	Baik (stabil)	Baik (stabil)
<i>Roles</i>	Cukup → Baik	Baik (stabil)	Cukup → Baik	Baik
<i>Affective Responsiveness</i>	Baik (stabil)	Baik (stabil)	Baik (stabil)	Baik (stabil)
<i>Affective Involvement</i>	Kurang → Baik	Cukup → Baik	Cukup → Baik	Baik
<i>Behavior Control</i>	Kurang → Baik	Kurang → Baik	Kurang → Baik	Cukup → Baik

Tanda panah menunjukkan arah perubahan yang menunjukkan kecenderungan dari narasi informan mengenai kondisi sebelum dan sesudah pendampingan, sedangkan “stabil” menunjukkan dimensi yang sejak awal sudah tergolong baik. Pola pada tabel memperlihatkan bahwa dampak pendampingan paling menonjol pada dimensi *Problem Solving*, *Affective Involvement*, dan *Behavior Control*—yaitu dimensi yang secara langsung bersinggungan dengan konten pendampingan (kesehatan reproduksi dan gizi)—sementara *Communication*

dan *Affective Responsiveness* relatif tidak berubah karena sejak awal sudah berfungsi baik dan bukan sasaran langsung intervensi TPK.

Problem Solving

Narasi keluarga menunjukkan bahwa proses pendampingan membantu mereka mengenali risiko kesehatan yang sebelumnya kurang diperhatikan. Ibu LD, misalnya, tidak menyadari dirinya hamil hingga usia kandungan enam bulan sebelum pendampingan lebih intensif. Ibu IY berhasil menuntaskan masalah kegagalan kontrasepsi berulang melalui kontrasepsi jangka panjang, bahkan berinisiatif sendiri meminta rujukan ke dokter spesialis kulit untuk anaknya: “Saya sering berobat, ke rumah sakit, pertama puskesmas minta rujukan... saya pengen dikasih spesialis kulit.” Namun demikian, peningkatan ini tidak selalu linear menuju kemandirian penuh; informan kunci mencatat adanya keluarga yang justru semakin bergantung pada kader untuk hal-hal yang seharusnya dapat mereka lakukan sendiri (“aku mah gak bisa kalau gak sama Bu ini”), sebuah temuan yang dibahas lebih lanjut pada sub-bab 3.5.

Communication

Pola komunikasi suami-istri pada keempat keluarga informan digambarkan terbuka dan lancar, namun pola ini tampak sudah terbentuk sebelum pendampingan berlangsung. Ketika ditanya secara spesifik mengenai perubahan komunikasi internal sebagai dampak langsung pendampingan, Koordinator TPK menyatakan secara jujur: “Kalau secara spesifik sih nggak... tapi kalau yang komunikasi lebih jauh sih nggak ada ya” (Ibu OV). Dengan demikian, dampak pendampingan pada dimensi ini lebih tepat dipahami sebagai perluasan komunikasi keluarga dengan sistem eksternal (kader, tenaga kesehatan), khususnya pada isu yang memerlukan persetujuan pasangan seperti kontrasepsi, sejalan dengan pandangan McMaster Model bahwa keluarga adalah sistem terbuka, bukan sebagai perubahan pola komunikasi internal keluarga secara menyeluruh.

Roles

Data menunjukkan kecenderungan pembagian peran yang lebih fleksibel pada sejumlah keluarga, misalnya berbagi tugas mengantar makanan dan pengasuhan malam hari antara Ibu IY dan suaminya. Pada level kebijakan, perluasan peran ayah turut didorong melalui program Gerakan Ayah Teladan Indonesia (GATI). Meski demikian, Koordinator TPK menegaskan belum banyak menerima cerita spesifik mengenai restrukturisasi peran keluarga secara menyeluruh, dan keterlibatan ayah yang teramat sering kali dipicu oleh peristiwa krisis kesehatan anak, bukan pola yang merata sejak awal pendampingan. Otoritas pengambilan keputusan akhir, terutama terkait KB, pada sejumlah kasus juga masih berada di tangan kepala keluarga. Oleh karena itu, perubahan pada dimensi ini lebih tepat dibaca sebagai indikasi parsial pada ranah pengambilan keputusan kesehatan, bukan perubahan menyeluruh pembagian peran keluarga.

Affective Responsiveness

Kemampuan keluarga memberikan respons emosional yang sesuai konteks tampak relatif baik pada seluruh keluarga informan, namun kondisi ini sudah terbentuk sejak sebelum pendampingan dan sebagian datanya sesungguhnya menggambarkan relasi keluarga-pendamping (kepercayaan, kenyamanan) yang lebih tepat dibaca sebagai indikator *Strength* dan *Immediacy* pada Teori Latane, bukan *Affective Responsiveness* internal keluarga dalam pengertian McMaster. Setelah pemisahan ini, tidak ditemukan bukti kuat mengenai perubahan

signifikan pada dimensi ini sebagai dampak langsung pendampingan, mengingat program memang tidak dirancang sebagai intervensi konseling relasi keluarga.

Affective Involvement

Keterlibatan emosional antaranggota keluarga secara umum berada pada rentang yang sehat (*empathic involvement*), tercermin dari kepatuhan mengikuti pemeriksaan kehamilan, kelas ibu hamil, dan respons cepat pasangan terhadap kondisi darurat anak: “Kalau anak sakit, Bapak cepet... langsung kita ke puskesmas... sigap dia mah” (Ibu IY). Perlu dicatat bahwa sebagian bukti ini pada dasarnya adalah indikator kepatuhan terhadap program kesehatan (*behavioral compliance*), yang tidak selalu identik dengan keterlibatan afektif yang bersifat empatik dalam pengertian McMaster, sehingga kesimpulan yang lebih tepat adalah bahwa pendampingan berkontribusi pada peningkatan perhatian keluarga terhadap kebutuhan kesehatan anggotanya, bukan perubahan menyeluruh pada seluruh aspek keterlibatan afektif.

Behavior Control

Dimensi ini paling konsisten menunjukkan perubahan positif, mencakup kedisiplinan mengontrol kenaikan berat badan kehamilan (“pokoknya gak boleh lebih dari 15 kilo”—Ibu NV), kepatuhan menjalani kontrasepsi jangka panjang meskipun sebelumnya berulang kali menolak (Ibu IY dan Ibu LD), kedisiplinan mengikuti jadwal posyandu dan pemberian makanan tambahan, serta kepatuhan penuh terhadap jadwal pemeriksaan kehamilan risiko tinggi (Ibu GN). Program juga menerapkan mekanisme kontrol eksternal berupa sweeping bagi keluarga yang tidak hadir pada jadwal layanan. Perubahan ini merepresentasikan pergeseran pola kontrol perilaku keluarga dari kecenderungan tidak terstruktur (mendekati kategori *chaotic*) menjadi pola kontrol perilaku fleksibel yang terstruktur oleh standar dan jadwal kesehatan yang jelas—kategori yang dalam McMaster Model dipandang paling sehat.

Keterkaitan Dampak Sosial dan Keberfungsian Keluarga: Sintesis dan Keterbatasan Struktural

Mengintegrasikan kedua kerangka teori, dapat dikemukakan bahwa besarnya dampak sosial yang diterima suatu keluarga—ditentukan oleh kekuatan, kedekatan, dan jumlah sumber pengaruh (Latane)—berasosiasi secara selektif dengan perbaikan pada dimensi keberfungsian keluarga tertentu (McMaster), bukan pada keseluruhan dimensi secara merata. Keluarga yang menerima kombinasi dampak sosial paling kuat, paling dekat, dan paling banyak sumber (Ibu IY dan Ibu GN) menunjukkan perbaikan paling jelas pada dimensi *Problem Solving* dan *Behavior Control*, yaitu dimensi yang secara langsung menjadi sasaran materi pendampingan. Sebaliknya, dimensi *Roles*, *Communication*, dan *Affective Responsiveness* yang berada pada ranah privat relasi keluarga cenderung tidak berubah signifikan, karena TPK memang tidak secara khusus dirancang untuk melakukan intervensi relasional atau konseling keluarga, melainkan berfokus pada edukasi dan pemantauan kesehatan reproduksi serta gizi.

Keterbatasan struktural yang diungkapkan informan kunci menunjukkan batas kapasitas pendampingan dalam memengaruhi keberfungsian keluarga secara menyeluruh (*general functioning*). Kepala UPT Keluarga Berencana menjelaskan bahwa persoalan keluarga risiko stunting jauh melampaui isu kesehatan dan gizi: “Banyak sekali permasalahannya, bukan hanya stuntingnya saja, tapi faktor-faktor lain terkait sanitasi, terkait KB, terkait rumah tidak layak huni, dan juga air bersih” (Ibu NA). Persoalan tersebut memerlukan koordinasi lintas Organisasi Perangkat Daerah (Dinas Perumahan, Kawasan Pemukiman dan Pertanahan, Dinas Ketenagakerjaan, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil)

yang berada di luar kewenangan TPK. Dalam kerangka McMaster, pemenuhan kebutuhan dasar (*basic task accomplishment*) merupakan prasyarat bagi keberfungsian keluarga pada tugas perkembangan dan tugas krisis, sehingga TPK lebih berperan sebagai fasilitator akses menuju bantuan sosial dan layanan dasar, bukan sebagai pihak yang dapat menyelesaikan akar persoalan struktural secara tuntas. Dengan demikian, dampak sosial pendampingan terhadap keberfungsian keluarga bersifat memfasilitasi dan memperkuat (*enabling*), bukan menggantikan faktor struktural yang lebih fundamental. Perubahan perilaku kesehatan perlu dibedakan dari perubahan keberfungsian keluarga. Kepatuhan terhadap jadwal layanan menunjukkan perubahan perilaku proksimal, sedangkan keberfungsian keluarga menuntut bukti mengenai kemampuan keluarga mengambil keputusan, membagi peran, berkomunikasi, merespons emosi, serta menyelesaikan masalah secara mandiri.

Catatan Kritis dan Perbandingan dengan Penelitian Terdahulu

Tidak seluruh keluarga risiko stunting menunjukkan perubahan sebagaimana keempat keluarga informan yang relatif kooperatif. Ibu NA menceritakan kasus keluarga yang tetap bertahan pada pola hidup lama meskipun telah berulang kali menerima edukasi dari TPK, Puskesmas, dan kelurahan: “Kembali lagi ke pola yang lama, kehidupan yang tidak bersih, tidak higienis... sudah diedukasi... tapi kembali lagi ke keluarganya.” Kasus negatif ini menegaskan bahwa kombinasi Strength, Immediacy, dan Number yang tinggi tidak selalu menjamin perubahan perilaku ketika kesadaran dasar keluarga belum terbentuk, dan penting untuk menghindari kesan bahwa dampak sosial pendampingan selalu berhasil. Pola penolakan serupa juga dilaporkan Widnyani et al. (2023) pada pelaksanaan TPK di lokasi lain, yang mengidentifikasi ketidakpercayaan terhadap diagnosis stunting dan rasa malu keluarga sebagai penghambat utama penerimaan pendampingan, sehingga kasus negatif dalam penelitian ini bukan anomali tunggal, melainkan pola yang cenderung berulang lintas konteks pelaksanaan TPK. Dibaca melalui kerangka Latane, kegagalan ini sekaligus menyingkap batas eksplanatif model dampak sosial itu sendiri: formula $I = f(S, I, N)$ memprediksi besarnya tekanan sosial yang diterima sasaran, tetapi tidak menjelaskan mengapa sebagian individu tetap resisten sekalipun menerima tekanan sosial yang secara teoritis sudah tinggi. Kesenjangan ini menunjukkan kecenderungan adanya variabel penyaring (*moderating factor*) pada level individu atau keluarga—seperti kesiapan kognitif menerima diagnosis atau tingkat kepercayaan dasar terhadap otoritas kesehatan—yang belum terakomodasi dalam ketiga prinsip Strength, Immediacy, dan Number, dan perlu menjadi perhatian dalam pengembangan teoritis lebih lanjut maupun dalam strategi pendampingan di lapangan.

Temuan lain yang perlu dibaca secara kritis adalah indikasi ketergantungan sebagian keluarga terhadap kader (“banyak juga yang kayak udah menggantungkan harapan... aku mah gak bisa kalau gak sama Bu ini”—dr. D). Temuan ini sejalan dengan dua kelemahan yang telah diakui sendiri oleh Latane bersama koleganya dalam revisi teori tersebut (Nowak, Szamrej, & Latane, 1990): model dampak sosial memandang individu sebagai penerima pasif, bukan pencari aktif, dan model tersebut bersifat statis sehingga belum menjelaskan bagaimana paparan dampak sosial jangka panjang dapat berujung pada ketergantungan, bukan kemandirian. Semakin kuat, dekat, dan banyak sumber dampak yang diterima keluarga, semakin besar pula potensi keluarga menjadi pasif, alih-alih berkembang mandiri—sebuah paradoks yang perlu menjadi perhatian dalam desain evaluasi program pendampingan sosial ke depan. Implikasinya, keberhasilan pendampingan tidak cukup diukur dari besarnya dampak

sosial (I) yang diterima keluarga dalam satu periode, melainkan juga dari sejauh mana proses tersebut mendorong pergeseran posisi keluarga dari penerima pengaruh (target pasif) menuju pencari pengaruh (active seeker) yang mampu mengakses layanan kesehatan secara mandiri setelah masa pendampingan resmi berakhir—sebuah dimensi keberhasilan yang tidak tercakup dalam formula $I = f(S, I, N)$ itu sendiri, karena formula tersebut mengukur besaran dampak pada satu titik waktu, bukan kualitas dan keberlanjutan dampaknya bagi kemandirian keluarga. Temuan ketergantungan memperlihatkan perbedaan antara kepatuhan dan pemberdayaan. Pendampingan dapat dinilai berhasil secara administratif ketika keluarga mengikuti layanan, tetapi belum berhasil secara substantif apabila keluarga belum mampu mengambil keputusan dan mengakses layanan tanpa kehadiran kader.

Dibandingkan dengan penelitian Christian et al. (2020) di Malawi yang menemukan perbaikan pada praktik pemberian makan namun tidak pada prevalensi stunting, penelitian ini menunjukkan pola serupa dalam hal selektivitas dampak: perubahan lebih kuat pada perilaku proksimal (Problem Solving, Behavior Control) dibandingkan hasil akhir yang bersifat multifaktorial (general functioning). Penelitian ini melengkapi temuan Hernayanti et al. (2025) mengenai peningkatan pengetahuan gizi ibu hamil dengan penjelasan mekanistik mengenai bagaimana peningkatan tersebut terjadi melalui kombinasi S, I, N. Sejalan dengan temuan Alexandra et al. (2024) mengenai resistensi masyarakat di Kabupaten Sijunjung, penelitian ini menunjukkan bahwa resistensi dapat diperlunak melalui penambahan sumber pengaruh berstatus tinggi, namun studi kasus negatif pada penelitian ini juga menegaskan bahwa strategi tersebut tidak selalu berhasil. Koreksi terhadap pemaknaan Number sebagai fungsi yang saling melengkapi, bukan sekadar jumlah orang yang hadir, juga ditemukan pada penelitian Mitra et al. (2026) di Kabupaten Kampar, yang menunjukkan bahwa efektivitas TPK dalam mendorong perubahan perilaku gizi ibu dan anak lebih ditentukan oleh kejelasan pembagian peran antar-anggota tim dibandingkan frekuensi kunjungan atau jumlah anggota yang hadir sekaligus. Konvergensi temuan pada dua konteks wilayah yang berbeda ini memperkuat argumen bahwa koreksi terhadap dimensi Number bukan kekhususan lokal Kota Tangerang, melainkan pola yang cenderung konsisten pada desain pendampingan berbasis tim multi-unsur di Indonesia, sehingga layak dipertimbangkan sebagai proposisi teoritis yang lebih umum ketika hukum psikososial Latane diterapkan pada konteks kerja sosial berbasis tim, bukan hanya pada konteks kerumunan atau kelompok yang dikaji Latane secara orisinal.

KESIMPULAN

Pengaruh sosial pendamping keluarga terhadap perubahan perilaku keluarga risiko stunting di Kota Tangerang bekerja sesuai formula $I = f(S, I, N)$ Latane (1981): kekuatan dibangun dari kedekatan kekerabatan dan legitimasi profesional, kedekatan diperkuat kedekatan tempat tinggal dan frekuensi kontak informal, sementara jumlah sumber pengaruh efektif karena fungsi yang saling melengkapi, bukan sekadar bertambahnya jumlah orang yang hadir. Ketiga dimensi tampak saling memperkuat, terutama pada keluarga yang sebelumnya menunjukkan resistensi, sebagaimana tampak pada kasus resistensi tinggi yang baru berubah setelah kombinasi kader, bidan, dan aparat kelurahan dilibatkan bersamaan.

Ditinjau dari McMaster Model, dampak pendampingan bersifat selektif: perbaikan paling jelas pada dimensi *Problem Solving* dan *Behavior Control*, dengan *Affective Involvement* yang perlu dibaca lebih hati-hati karena sebagian buktinya berbasis kepatuhan

program, sedangkan dimensi *Communication*, *Roles*, dan *Affective Responsiveness* relatif stabil karena bukan sasaran langsung intervensi. Keberfungsian keluarga secara menyeluruh tetap dibatasi oleh determinan struktural sosial-ekonomi di luar kewenangan TPK, sehingga dampak sosial pendampingan lebih tepat dipahami sebagai mekanisme yang bersifat enabling—memfasilitasi akses dan memperkuat kapasitas keluarga—bukan menggantikan penyelesaian faktor struktural yang lebih fundamental.

Berdasarkan simpulan tersebut, penelitian ini merekomendasikan beberapa hal. Pertama, DP3AP2KB perlu menambahkan indikator kemandirian keluarga, bukan hanya jumlah kunjungan dan kepatuhan layanan. Bagi pemerintah daerah dan DP3AP2KB: mempertahankan rekrutmen kader berbasis kedekatan sosial; memperkuat koordinasi lintas sektor (Dinas Perumahan, Kawasan Pemukiman dan Pertanahan, Dinas Ketenagakerjaan, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil) secara terstruktur untuk menjangkau determinan struktural; merancang kombinasi *Strength-Immediacy-Number* secara sengaja sejak awal pendampingan pada keluarga risiko resisten tinggi, bukan hanya sebagai langkah eskalasi. Kedua, setiap keluarga perlu memiliki rencana transisi atau *exit strategy* yang menjelaskan kapan intensitas pendampingan dikurangi. Ketiga, forum mini lokakarya perlu menghasilkan penanggung jawab, batas waktu tindak lanjut, dan status penyelesaian masalah struktural. Keempat, kedekatan sosial kader perlu dikombinasikan dengan kompetensi, etika, perlindungan data, dan batas profesional. Jangan merekomendasikan rekrutmen hanya berdasarkan hubungan kekerabatan karena dapat menimbulkan risiko kerahasiaan dan tekanan sosial. Bagi penelitian selanjutnya: menguji secara kuantitatif bentuk fungsi $I = sN^t$ dari hukum psikososial Latane; memperluas variasi informan pada konteks perdesaan dan wilayah dengan prevalensi stunting lebih tinggi; menggunakan instrumen terstandardisasi seperti *McMaster Family Assessment Device* (FAD); serta merancang penelitian longitudinal untuk menguji keberlanjutan perubahan perilaku dan risiko ketergantungan keluarga setelah masa pendampingan resmi berakhir.

Penelitian ini memiliki keterbatasan yang perlu menjadi bahan pertimbangan dalam membaca temuan, yaitu jumlah informan keluarga yang terbatas pada empat keluarga di satu wilayah perkotaan sehingga temuan bersifat transferabel secara kontekstual, bukan generalisasi statistik; pendekatan kualitatif deskriptif yang tidak menguji hubungan sebab-akibat maupun bentuk fungsional kuantitatif Teori Dampak Sosial secara formal; penilaian keberfungsian keluarga yang bersifat interpretatif dan belum menggunakan instrumen psikometrik standar; data retrospektif yang berpotensi dipengaruhi bias ingatan; serta durasi penelitian dua bulan yang belum bersifat longitudinal.

REFERENSI

- Alexandra, Yoana, & Yusran, Rahmadani. (2024). Evaluasi Implementasi Peran Tim Pendamping Keluarga (TPK) Dalam Penurunan Stunting Di Nagari Kandang Baru Kabupaten Sijunjung. *Journal of Governance and Local Politics (JGLP)*, 6(2), 283–292.
- Anastas, J. W. (2015). *Research design for social work and the human services*. Oxford University Press.
- BKKBN. (2021). Rencana aksi nasional percepatan penurunan stunting.
- Christian, P., dkk. (2020). Effect of a comprehensive nutrition program on reducing stunting among children aged 6–23 months in rural Malawi.

- Creswell, J. W. (2015). *Penelitian kualitatif & desain riset: Memilih di antara lima pendekatan*. Pustaka Pelajar.
- Creswell, J. W. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Epstein, N. B., dkk. (1973). State of the art—1973. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 18, 175–183.
- Epstein, N. B., dkk. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(4), 19–31.
- Hernayanti, dkk. (2025). Efektivitas pendampingan oleh tim pendamping keluarga terhadap perilaku pencegahan stunting di Kabupaten Kulon Progo.
- Kementerian Kesehatan RI. (2024). *Buku saku hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2024*. Kemenkes RI.
- Lancet. (2013). Maternal and child nutrition series. *The Lancet*.
- Latane, B. (1981). The psychology of social impact. *American Psychologist*, 36(4), 343–356.
- Mitra, M., dkk. (2026). How family assistance teams support maternal-child nutrition behavior change for stunting prevention: A qualitative comparative case study in Kampar Regency, Indonesia. *Journal of Current Health Sciences*, 6(2), 61–70.
- Moleong, L. J. (2000). *Metodologi penelitian kualitatif*. Remaja Rosdakarya.
- Nowak, A., dkk. (1990). From private attitude to public opinion: A dynamic theory of social impact. *Psychological Review*, 97(3), 362–376.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting.
- Peraturan Wali Kota Tangerang Nomor 114 Tahun 2022 tentang Percepatan Penurunan Stunting.
- Roediger, R., dkk. (2020). Determinants of stunting reduction in low- and middle-income countries: A mixed-methods analysis.
- Widnyani, G. A. K. P., dkk. (2023). The role of the family assistance team (TPK) in preventing stunting in toddler in the community. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 5(2), 373–380.
- World Bank. (2023). *The economic and social costs of stunting in Indonesia* (World Bank Document).
- World Health Organization. (2020). *Landscape analysis on countries' readiness to accelerate actions to reduce stunting*.
- Yegidis, B. L., dkk. (2018). *Research methods for social workers* (8th ed.). Pearson.