



Pemberdayaan Gizi Keluarga Berbasis Komunitas untuk Pencegahan Stunting di Asia Tenggara: Studi Komparatif Intervensi Partisipatif pada Komunitas Perdesaan Indonesia dan Timor-Leste

Doni Febriann¹

Pusat Kebijakan Sosial dan Pembangunan Partisipatif
Institut Teknologi Bogor

Korespondensi Email : donifebriann@ac.id

Phone Number : +6285-xxxx-xxxx (For send LoA)

Abstract (English) :

Stunting remains a serious public health and human development problem in Southeast Asia. This problem is not only related to malnutrition but is also influenced by poverty, parenting patterns, access to nutritious food, sanitation, maternal health, family literacy, child feeding practices, and the capacity of community health services. This article analyzes a community-based nutrition empowerment model for stunting prevention in rural communities in Indonesia and Timor-Leste. Using a community-based comparative evaluation approach, the article explains the relationship between nutritional vulnerability, participatory interventions, family capacity building, changes in parenting behavior, service collaboration, and children's health aspirations. Findings indicate that stunting prevention programs are more effective when they emphasize not only nutrition counseling but also integrate maternal and family education, growth monitoring, nutritious local food practices, sanitation, home visits, community cadres, and collaboration between integrated health posts (Posyandu), health facilities, local governments, schools, community organizations, and families. Indonesia demonstrates the strength of the Posyandu model and health cadres, which can be strengthened through mentoring of at-risk families, while Timor-Leste demonstrates the importance of integrating household food security, maternal and child health, and community-based nutrition education. This article contributes to the study of community service delivery by emphasizing that stunting prevention must be understood as a process of family and community empowerment, not simply medical intervention or food aid distribution.

Keywords: *community service delivery; stunting; family nutrition empowerment; maternal and child health; rural communities; Indonesia; Timor-Leste; Southeast Asia; food security*

Abstrak (Indonesia)

Stunting masih menjadi persoalan kesehatan masyarakat dan pembangunan manusia yang serius di Asia Tenggara. Persoalan ini tidak hanya berkaitan dengan kekurangan asupan gizi, tetapi juga dipengaruhi oleh kemiskinan, pola pengasuhan, akses pangan bergizi, sanitasi, kesehatan ibu, literasi keluarga, praktik pemberian makan anak, serta kapasitas layanan kesehatan komunitas. Artikel ini menganalisis model pengabdian masyarakat berbasis pemberdayaan gizi keluarga untuk pencegahan stunting pada komunitas perdesaan Indonesia dan Timor-Leste. Dengan menggunakan pendekatan



evaluasi komparatif berbasis komunitas, artikel ini menjelaskan hubungan antara kerentanan gizi, intervensi partisipatif, penguatan kapasitas keluarga, perubahan perilaku pengasuhan, kolaborasi layanan, dan keberlanjutan kesehatan anak. Temuan menunjukkan bahwa program pencegahan stunting lebih efektif apabila tidak hanya menekankan penyuluhan gizi, tetapi juga mengintegrasikan edukasi ibu dan keluarga, pemantauan tumbuh kembang, praktik pangan lokal bergizi, sanitasi, kunjungan rumah, kader komunitas, dan kolaborasi antara posyandu, fasilitas kesehatan, pemerintah lokal, sekolah, organisasi masyarakat, serta keluarga. Indonesia menunjukkan kekuatan model posyandu dan kader kesehatan yang dapat diperkuat melalui pendampingan keluarga berisiko, sedangkan Timor-Leste menunjukkan pentingnya integrasi antara ketahanan pangan rumah tangga, kesehatan ibu-anak, dan edukasi gizi berbasis komunitas. Artikel ini berkontribusi pada kajian pengabdian masyarakat dengan menegaskan bahwa pencegahan stunting harus dipahami sebagai proses pemberdayaan keluarga dan komunitas, bukan semata-mata intervensi medis atau distribusi bantuan pangan.

Kata kunci: pengabdian masyarakat; stunting; pemberdayaan gizi keluarga; kesehatan ibu dan anak; komunitas perdesaan; Indonesia; Timor-Leste; Asia Tenggara; ketahanan pangan

Pendahuluan

Stunting merupakan salah satu indikator paling penting dalam menilai kualitas pembangunan manusia karena mencerminkan kegagalan pertumbuhan anak akibat kekurangan gizi kronis, infeksi berulang, pola pengasuhan yang tidak memadai, serta lingkungan kesehatan yang kurang mendukung. Stunting tidak hanya berdampak pada tinggi badan anak, tetapi juga berkaitan dengan perkembangan kognitif, kapasitas belajar, produktivitas ekonomi pada masa dewasa, dan risiko kesehatan jangka panjang. UNICEF, WHO, dan World Bank melalui Joint Child Malnutrition Estimates mencatat bahwa pada tahun 2024 terdapat sekitar 150,2 juta anak balita di dunia yang mengalami stunting, atau sekitar 23,2 persen dari seluruh anak balita secara global (UNICEF, WHO, & World Bank, 2025). Fakta ini menunjukkan bahwa stunting bukan hanya persoalan rumah tangga miskin, tetapi merupakan persoalan struktural yang berhubungan dengan kualitas sistem pangan, kesehatan, pendidikan, sanitasi, perlindungan sosial, dan tata kelola pembangunan.

Di Asia Tenggara, stunting memiliki karakter yang kompleks karena kawasan ini mengalami pertumbuhan ekonomi yang relatif cepat, tetapi masih menyimpan ketimpangan sosial, kesenjangan wilayah, kemiskinan perdesaan, serta ketidakmerataan akses pangan bergizi. Negara-negara di kawasan ini menghadapi beban ganda malnutrisi, yaitu masih tingginya kekurangan gizi pada kelompok tertentu, bersamaan dengan meningkatnya konsumsi pangan ultra-proses, obesitas, dan penyakit tidak menular. ASEAN telah mengembangkan kerangka strategis dan rencana aksi gizi untuk mendorong penanganan malnutrisi secara lintas sektor, termasuk melalui penguatan kebijakan pangan, kesehatan ibu dan anak, keamanan pangan, sanitasi, serta



perlindungan sosial (ASEAN Secretariat, 2018). Dengan demikian, pencegahan stunting tidak dapat hanya didekati melalui pendekatan klinis, tetapi membutuhkan intervensi komunitas yang menghubungkan keluarga, layanan kesehatan, pemerintah lokal, dan sistem pangan.

Indonesia dan Timor-Leste menjadi dua konteks penting untuk dianalisis karena keduanya memiliki tantangan stunting yang nyata, tetapi berada pada kapasitas kelembagaan dan struktur komunitas yang berbeda. Indonesia telah mencatat penurunan prevalensi stunting nasional menjadi 19,8 persen berdasarkan Survei Status Gizi Indonesia 2024, meskipun angka ini masih menunjukkan bahwa satu dari lima balita menghadapi risiko pertumbuhan yang tidak optimal (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2025). Timor-Leste menghadapi beban stunting yang lebih tinggi. Food and Nutrition Survey Timor-Leste 2020 mencatat prevalensi stunting anak balita sebesar 47,1 persen, dengan wasting 8,6 persen dan underweight 32,4 persen (Government of Timor-Leste & UNICEF, 2022; Nutrition International, 2024). Perbedaan ini memungkinkan analisis komparatif mengenai bagaimana pengabdian masyarakat dapat dirancang sesuai konteks: Indonesia dengan sistem posyandu, kader, dan strategi nasional yang relatif mapan; Timor-Leste dengan kebutuhan integrasi gizi, pangan, kesehatan ibu-anak, dan ketahanan rumah tangga yang lebih mendesak.

Persoalan komunitas yang menjadi fokus artikel ini adalah lemahnya kapasitas keluarga dan komunitas dalam mencegah stunting secara berkelanjutan. Secara sosial, stunting berkaitan dengan pengetahuan keluarga, pola asuh, praktik pemberian makan bayi dan anak, serta peran ayah, ibu, nenek, kader, dan tokoh lokal dalam membentuk keputusan gizi. Secara ekonomi, stunting dipengaruhi oleh daya beli rumah tangga, akses terhadap pangan bergizi, kerentanan pendapatan, dan ketidakstabilan harga pangan. Secara kultural, pola makan anak dan ibu hamil dibentuk oleh kebiasaan lokal, pantangan makanan, persepsi terhadap makanan bergizi, serta distribusi makanan dalam keluarga. Secara kelembagaan, pencegahan stunting bergantung pada kualitas posyandu atau layanan kesehatan primer, kemampuan kader, pemantauan antropometri, rujukan kasus, sanitasi, air bersih, dan koordinasi lintas sektor. Secara akademik, banyak program pengabdian masyarakat masih menempatkan stunting sebagai masalah edukasi gizi, padahal literatur kesehatan masyarakat menunjukkan bahwa stunting merupakan hasil interaksi kompleks antara gizi, infeksi, kemiskinan, pengasuhan, sanitasi, dan kebijakan sosial (Black et al., 2013; Ruel et al., 2013; Victora et al., 2021).

Kajian teoritis mengenai pemberdayaan masyarakat memberikan landasan penting dalam memahami intervensi pencegahan stunting. Freire (1970) menekankan bahwa pemberdayaan dimulai dari kesadaran kritis masyarakat terhadap kondisi yang memengaruhi kehidupannya. Dalam konteks stunting, keluarga perlu memahami bahwa pertumbuhan anak bukan hanya urusan ibu, tetapi hasil dari keputusan kolektif rumah tangga, akses pangan, layanan kesehatan, lingkungan bersih, dan dukungan



sosial. Chambers (1994) menekankan pentingnya partisipasi masyarakat dalam memecahkan masalah lokal. Pendekatan ini relevan karena penyebab stunting dapat berbeda antara satu komunitas dan komunitas lain. Kabeer (1999) menjelaskan bahwa pemberdayaan melibatkan sumber daya, agensi, dan capaian. Dalam pencegahan stunting, sumber daya dapat berupa pengetahuan gizi, pangan lokal, layanan kesehatan, dan dukungan sosial; agensi berupa kemampuan keluarga mengambil keputusan pengasuhan; sedangkan capaian berupa perbaikan praktik makan, kesehatan ibu-anak, dan pertumbuhan anak.

Literatur kesehatan masyarakat juga menunjukkan bahwa intervensi gizi yang efektif membutuhkan kombinasi antara nutrition-specific interventions dan nutrition-sensitive interventions. Intervensi spesifik gizi mencakup pemberian makanan tambahan, suplementasi mikronutrien, promosi ASI eksklusif, praktik pemberian makan bayi dan anak, serta pemantauan tumbuh kembang. Intervensi sensitif gizi mencakup ketahanan pangan, pertanian keluarga, sanitasi, air bersih, pendidikan ibu, perlindungan sosial, dan pemberdayaan ekonomi (Ruel et al., 2013; Bhutta et al., 2013). Dengan demikian, program pengabdian masyarakat untuk pencegahan stunting tidak dapat hanya berupa penyuluhan sekali datang, tetapi harus menjadi proses pendampingan keluarga yang menyatukan pendidikan, praktik, pemantauan, dan dukungan sosial.

Penelitian mengenai perilaku pengasuhan menunjukkan bahwa keputusan pemberian makan anak tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan ibu, tetapi juga oleh norma keluarga, waktu kerja, beban domestik, akses pangan, pengaruh orang tua atau mertua, serta kemampuan membeli makanan bergizi (Menon et al., 2020; UNICEF, 2021). Karena itu, pendekatan yang hanya menyalahkan ibu atas kondisi gizi anak tidak adil dan tidak efektif. Pencegahan stunting harus melibatkan ayah, nenek, kader, tokoh masyarakat, penyedia layanan kesehatan, dan pemerintah lokal. Program pengabdian masyarakat yang baik harus mengubah ekosistem pengasuhan, bukan hanya menambah informasi kepada ibu.

Dalam konteks Indonesia, posyandu merupakan infrastruktur sosial-kesehatan yang sangat penting. Posyandu memungkinkan pemantauan pertumbuhan balita, edukasi gizi, imunisasi, pelayanan ibu-anak, serta deteksi dini risiko kesehatan. Namun, efektivitas posyandu sangat bergantung pada kapasitas kader, kualitas alat ukur antropometri, keteraturan kunjungan, kemampuan konseling, serta tindak lanjut terhadap keluarga berisiko. Banyak keluarga hadir ke posyandu untuk menimbang anak, tetapi belum selalu memahami arti grafik pertumbuhan atau langkah konkret jika berat badan anak tidak naik. Di sinilah pengabdian masyarakat dapat memperkuat posyandu melalui pelatihan kader, kelas orang tua, kunjungan rumah, demonstrasi pangan lokal bergizi, dan pemantauan keluarga risiko tinggi.

Dalam konteks Timor-Leste, pencegahan stunting perlu dikaitkan lebih kuat dengan ketahanan pangan rumah tangga, kesehatan ibu, akses layanan dasar, dan edukasi komunitas. Tingginya prevalensi stunting menunjukkan bahwa persoalan gizi



anak tidak dapat dipisahkan dari kemiskinan perdesaan, keterbatasan akses pangan beragam, sanitasi, serta kapasitas layanan kesehatan. Program pengabdian masyarakat di Timor-Leste perlu menempatkan keluarga sebagai pusat intervensi, tetapi juga memperhatikan dukungan komunitas, kebun pangan lokal, promosi ASI, pemberian makan anak, kesehatan ibu hamil, dan pemantauan balita. Karena sumber daya kelembagaan berbeda dengan Indonesia, model intervensi perlu lebih menekankan integrasi layanan dan mobilisasi komunitas.

Kesenjangan penelitian dan praktik pengabdian masyarakat dapat dirumuskan dalam beberapa hal. Pertama, banyak program pencegahan stunting masih bersifat edukatif, tetapi belum cukup partisipatif dan belum selalu mengubah praktik rumah tangga. Kedua, intervensi sering berfokus pada ibu, padahal keputusan gizi anak dipengaruhi oleh keluarga besar dan lingkungan sosial. Ketiga, pengukuran dampak sering terbatas pada jumlah peserta penyuluhan, bukan pada perubahan perilaku makan, kunjungan posyandu, keberagaman pangan, atau kapasitas kader. Keempat, kajian komparatif Asia Tenggara tentang model pengabdian masyarakat untuk stunting masih terbatas. Kelima, keberlanjutan program sering lemah karena pendampingan keluarga, pemantauan kasus, dan koordinasi lintas sektor tidak berjalan secara konsisten.

Kebaruan artikel ini terletak pada analisis komparatif yang menempatkan pencegahan stunting sebagai proses pemberdayaan keluarga dan komunitas. Artikel ini tidak melihat stunting semata-mata sebagai masalah kesehatan anak, tetapi sebagai indikator relasi antara pengetahuan keluarga, akses pangan, layanan dasar, pola asuh, sanitasi, dan kapasitas kelembagaan lokal. Kerangka analitis yang dikembangkan adalah: kerentanan gizi keluarga → diagnosis partisipatif → edukasi dan praktik gizi berbasis pangan lokal → pemantauan tumbuh kembang → pendampingan keluarga berisiko → perubahan perilaku pengasuhan → ketahanan kesehatan anak.

Tujuan artikel ini adalah menganalisis secara komparatif bagaimana intervensi pengabdian masyarakat berbasis pemberdayaan gizi keluarga dapat memperkuat pencegahan stunting, meningkatkan kapasitas pengasuhan, memperbaiki praktik pangan anak, dan membangun keberlanjutan kesehatan komunitas pada wilayah perdesaan Indonesia dan Timor-Leste.

Metode

Artikel ini menggunakan desain evaluasi komparatif berbasis komunitas yang menggabungkan pendekatan *community-based participatory research*, *participatory action research*, dan *theory of change analysis*. Indonesia dan Timor-Leste dipilih karena keduanya menghadapi persoalan stunting yang signifikan, tetapi memiliki perbedaan penting dalam tingkat prevalensi, kapasitas kelembagaan, struktur layanan kesehatan komunitas, dan kondisi ketahanan pangan rumah tangga. Unit analisis artikel ini adalah ekosistem pencegahan stunting berbasis komunitas yang mencakup ibu hamil, ibu menyusui, balita, ayah, nenek, kader kesehatan, posyandu atau layanan kesehatan



primer, pemerintah lokal, sekolah, organisasi masyarakat, petugas gizi, dan aktor perlindungan sosial. Artikel ini tidak mengklaim sebagai penelitian lapangan primer yang mengumpulkan survei rumah tangga, wawancara langsung, atau pengukuran antropometri secara mandiri. Oleh karena itu, artikel ini tidak menciptakan jumlah responden, kutipan informan, atau data prevalensi lokal yang tidak dapat diverifikasi. Analisis disusun melalui sintesis laporan resmi, data internasional, dokumen kebijakan, literatur kesehatan masyarakat, dan kajian pemberdayaan komunitas, terutama dari UNICEF, WHO, World Bank, ASEAN, Kementerian Kesehatan Indonesia, Pemerintah Timor-Leste, Nutrition International, serta jurnal kesehatan masyarakat dan pembangunan sosial.

Logika evaluasi mengikuti hubungan antara masalah komunitas, intervensi partisipatif, mekanisme pemberdayaan, hasil terukur, dan implikasi keberlanjutan. Masalah komunitas direkonstruksi dari bukti mengenai prevalensi stunting, kerentanan pangan, praktik pengasuhan, akses layanan kesehatan, sanitasi, dan literasi gizi keluarga. Intervensi partisipatif dianalisis melalui model kelas gizi keluarga, demonstrasi pangan lokal, pemantauan pertumbuhan, kunjungan rumah, konseling ayah dan keluarga besar, penguatan kader, serta kolaborasi lintas sektor. Pengukuran dampak dilakukan melalui interpretasi kualitatif-komparatif terhadap indikator seperti peningkatan kunjungan layanan, perubahan praktik pemberian makan bayi dan anak, pemanfaatan pangan lokal bergizi, keterlibatan keluarga, kapasitas kader, dan keberlanjutan pendampingan. Validitas diperkuat melalui triangulasi sumber, perbandingan lintas kasus, konsistensi teoritis, dan kehati-hatian dalam membedakan bukti terverifikasi dari interpretasi analitis. Pertimbangan etik dilakukan dengan menghindari klaim lapangan yang tidak dikumpulkan langsung, tidak menyalahkan ibu atau keluarga atas kondisi stunting, serta menempatkan komunitas sebagai subjek pemberdayaan yang berhadapan dengan kondisi struktural, ekonomi, sosial, dan kelembagaan yang kompleks.

Temuan dan Pembahasan

Tabel 1. Matriks Komparatif Masalah Komunitas, Intervensi Partisipatif, Mekanisme Pemberdayaan, dan Hasil Terukur

Variabel	Komunitas 1: s/Kasus Perdesaan Indonesia		Komunitas 2: s/Kasus Perdesaan Timor-Leste		Bukti Empiris	Interpretasi Analitis
	Masalah	Stunting	Stunting	Stunting	Indonesia	Indonesia
Masalah komunitas	telah menurun	masih tinggi	masih sangat tinggi	dan berkaitan dengan ketahanan pangan	nesia mencatat prevalensi stunting 19,8% pada	a menghadapi tantangan konsolidasi penurunan stunting,
	tetapi menjadi	masih karena	tinggi	rumah		
	tantangan praktik					



	pengasuhan, keragaman pangan, sanitasi, dan tindak lanjut keluarga berisiko belum merata.	tangga, kesehatan ibu, praktik pemberian makan anak, serta akses layanan dasar.	SSGI 2024; Timor-Leste mencatat prevalensi stunting 47,1% pada Food and Nutrition Survey 2020 (Kementerian Kesehatan RI, 2025; Government of Timor-Leste & UNICEF, 2022).	sedangkan Timor-Leste menghadapi kebutuhan transformasi gizi komunitas yang lebih mendasar.
Kontes sosial keluarga	Posyandu, kader, keluarga, ibu balita, ayah, dan pemerintah desa menjadi aktor penting dalam pencegahan stunting.	Keluarga, komunitas desa, layanan kesehatan primer, dukungan pangan lokal, dan aktor pembangunan menjadi struktur penting intervensi.	Literatur gizi anak menunjukkan bahwa stunting dipengaruhi oleh gizi, infeksi, pengasuhan, sanitasi, dan kondisi sosial ekonomi (Black et al., 2013; Ruel et al., 2013).	Pencegahan stunting harus melibatkan ekosistem keluarga dan komunitas, bukan hanya ibu sebagai individu.
Intervensi partisipatif	Kelas ibu-balita, posyandu aktif, kunjungan rumah,	Edukasi gizi keluarga, ASI, promosi praktik	Nutrition International (2024)	Intervensi harus menghubungkan



	demonstrasi menu pangan lokal, kader, dan pemantauan keluarga berisiko.	pemberian makan anak, kebun pangan lokal, ibu hamil, dan mobilisasi komunitas.	menekankan pentingnya kerja sama pemerintah dan mitra pembangunan untuk menurunkan stunting di Timor-Leste.	pengetahuan, praktik pangan, layanan kesehatan, dan dukungan sosial secara simultan.
Mekanisme pemberdayaan	Keluarga diperkuat melalui pemahaman grafik pertumbuhan, praktik menu lokal, konseling pengasuhan, dan rujukan dini.	Keluarga diperkuat melalui literasi gizi, pemanfaatan pangan lokal, peningkatan kesadaran kesehatan ibu-anak, dan solidaritas komunitas.	UNI CEF, WHO, dan World Bank menegaskan bahwa stunting merupakan masalah global yang membutuhkan pemantauan dan intervensi berkelanjutan (UNICEF, WHO, & World Bank, 2025).	Pemberdayaan terjadi ketika keluarga mampu mengambil keputusan gizi berdasarkan pengetahuan, akses, dan dukungan komunitas.
Hasil terukur	Indikator meliputi kunjungan posyandu, pemantauan berat dan tinggi badan, praktik	Indikator meliputi keberagaman pangan, kesehatan ibu hamil, praktik makan anak,	WHO dan UNICEF menekankan pentingnya praktik	Pengukuran tidak hanya melihat prevalensi stunting, tetapi juga perubahan



	pemberian makan, eksklusif, tindak keluarga tinggi.	akses ASI dasar, dan partisipasi komunitas. risiko	layanan dan	infant and young child feeding, pemantaua n pertumbuhan, serta layanan kesehatan primer dalam gizi anak (WHO, 2023; UNICEF, 2021).	perilaku dan kapasitas keluarga.
Kolaborasi kelembagaan	Posyandu, puskesmas, pemerintah desa, kader, sekolah, perguruan tinggi, dan organisasi masyarakat menjadi aktor utama.	Layanan kesehatan primer, komunitas desa, kementerian terkait, NGO, lembaga internasional, dan keluarga menjadi aktor utama.	ASEAN	Kolaborasi	
Implikasi	Keberlanjutan bergantung pada kader	Keberlanjutan bergantung pada ketahanan	FAO, IFAD, UNICEF,	Pencegahan stunting harus dikaitkan	



keberlanjutan	terlatih, data pangan keluarga, WFP, dan dengan sistem	Relevansi Asia Tenggara	Indonesia	Timor-	Stun	Model
	keluarga berisiko, layanan ibu-anak, WHO pangan lokal, kunjungan edukasi berulang, (2024) layanan rumah, dan dan dukungan menekankan kesehatan, integrasi layanan pembangunan n bahwa sanitasi, dan gizi dengan internasional. ketahanan perlindungan gizi pangan dan sosial. perlindungan sosial.		menunjukkan pentingnya memperkuat sistem komunitas yang sudah ada agar penurunan stunting tidak berhenti pada capaian administratif.	Leste menunjukkan pentingnya menggabungkan gizi, pangan, kesehatan ibu-anak, dan pembangunan desa sebagai satu kesatuan.	ting tetap menjadi agenda penting dalam kerangka pembangu nan manusia dan SDGs kawasan Asia Tenggara (ASEAN Secretariat, 2018; UNDP, 2024).	pengabdian masyarakat Asia Tenggara harus bergerak dari penyuluhan menuju pendampingan keluarga dan perubahan ekosistem komunitas.

Matriks di atas menunjukkan bahwa pencegahan stunting membutuhkan pendekatan yang lebih luas daripada edukasi gizi satu arah. Penyuluhan tetap penting, tetapi tidak cukup apabila keluarga tidak memiliki akses pangan bergizi, tidak memahami pemantauan pertumbuhan, tidak memperoleh dukungan pengasuhan, atau tidak terhubung dengan layanan kesehatan. Dalam konteks Indonesia, kekuatan utama terletak pada keberadaan posyandu, kader, dan strategi nasional yang dapat menjadi



fondasi pendampingan keluarga. Dalam konteks Timor-Leste, tantangan lebih mendasar karena prevalensi stunting tinggi dan berkaitan erat dengan ketahanan pangan, kesehatan ibu, sanitasi, serta akses layanan dasar. Kedua kasus memperlihatkan bahwa pengabdian masyarakat harus mengubah stunting dari isu teknis kesehatan menjadi agenda pemberdayaan keluarga dan komunitas.

1. Stunting sebagai Masalah Pembangunan Keluarga dan Komunitas

Temuan pertama menunjukkan bahwa stunting tidak dapat dipahami hanya sebagai akibat kekurangan makanan. Stunting adalah hasil dari proses panjang yang melibatkan gizi ibu sebelum dan selama kehamilan, pemberian ASI, praktik makanan pendamping ASI, infeksi berulang, sanitasi, air bersih, kemiskinan, literasi keluarga, dan kualitas layanan kesehatan. Karena itu, intervensi pengabdian masyarakat yang hanya menyampaikan pesan “makan bergizi” tidak akan cukup apabila tidak disertai pemetaan hambatan keluarga dalam memperoleh, mengolah, dan memberikan pangan bergizi kepada anak.

Di Indonesia, penurunan prevalensi stunting menjadi 19,8 persen menunjukkan adanya kemajuan penting, tetapi angka tersebut masih memperlihatkan tantangan serius. Pada tingkat komunitas, keluarga berisiko dapat tetap luput dari perhatian apabila data pertumbuhan anak tidak ditindaklanjuti, posyandu hanya menjadi kegiatan penimbangan rutin, atau kader belum memiliki kapasitas konseling yang memadai. Beberapa keluarga mungkin datang ke posyandu, tetapi tidak memahami arti berat badan tidak naik, panjang badan yang tidak sesuai umur, atau kebutuhan rujukan. Artinya, ketersediaan layanan tidak otomatis menghasilkan pemberdayaan apabila keluarga tidak memahami dan tidak mampu menggunakan informasi yang diberikan.

Di Timor-Leste, tingginya prevalensi stunting menunjukkan bahwa masalah gizi anak berkaitan lebih kuat dengan kerentanan struktural. Ketahanan pangan rumah tangga, akses terhadap pangan beragam, kesehatan ibu, sanitasi, dan layanan dasar menjadi faktor yang sangat menentukan. Keluarga mungkin mengetahui bahwa anak membutuhkan makanan bergizi, tetapi tidak memiliki akses ekonomi atau produksi pangan yang cukup. Karena itu, intervensi di Timor-Leste perlu menggabungkan edukasi gizi dengan kebun pangan lokal, dukungan ibu hamil, promosi ASI, layanan kesehatan primer, dan perlindungan sosial.

Secara teoritis, temuan ini mendukung pandangan Sen (1999) bahwa pembangunan harus dipahami sebagai perluasan kapabilitas. Keluarga tidak cukup diberi informasi; mereka harus memiliki kemampuan nyata untuk mengubah informasi menjadi praktik. Kapabilitas tersebut mencakup akses pangan, kemampuan memasak, waktu pengasuhan, dukungan keluarga, sanitasi, layanan kesehatan, dan kepercayaan diri dalam mengambil keputusan. Kabeer (1999) juga relevan karena pemberdayaan keluarga dalam pencegahan stunting membutuhkan sumber daya, agensi, dan capaian. Sumber daya berupa pangan, layanan, informasi, dan dukungan; agensi berupa



keputusan keluarga; capaian berupa perbaikan perilaku pengasuhan dan pertumbuhan anak.

Implikasi praktisnya adalah pengabdian masyarakat harus memulai program dengan diagnosis keluarga dan komunitas. Kader, fasilitator, dan tenaga kesehatan perlu memahami mengapa anak berisiko stunting. Apakah karena pola makan tidak beragam, infeksi berulang, sanitasi buruk, ibu hamil kekurangan energi kronis, anak tidak mendapat ASI eksklusif, atau keluarga tidak rutin memantau pertumbuhan? Diagnosis ini harus dilakukan secara partisipatif agar keluarga tidak merasa disalahkan. Program harus membangun percakapan yang menghargai pengalaman keluarga, bukan memberi instruksi yang menghakimi.

2. Intervensi Partisipatif: Dari Penyuluhan Gizi ke Pendampingan Praktik Keluarga

Temuan kedua menunjukkan bahwa intervensi pencegahan stunting paling kuat ketika bergerak dari penyuluhan menuju pendampingan praktik keluarga. Penyuluhan gizi sering kali menyampaikan informasi umum tentang makanan sehat, ASI, dan kebersihan. Namun, keluarga membutuhkan pengetahuan yang dapat dipraktikkan: bagaimana membuat menu bergizi dari bahan lokal, bagaimana memberi makan anak yang sulit makan, bagaimana mengenali tanda pertumbuhan tidak optimal, bagaimana menjaga kebersihan makanan, dan bagaimana melibatkan ayah dalam pengasuhan.

Dalam konteks Indonesia, intervensi berbasis posyandu dapat diperkuat melalui kelas gizi keluarga. Kelas ini tidak hanya diikuti ibu, tetapi juga ayah, nenek, dan anggota keluarga yang memengaruhi keputusan makan anak. Materi dapat mencakup membaca Kartu Menuju Sehat, memahami berat badan tidak naik, praktik membuat makanan pendamping ASI, pemanfaatan telur, ikan, tempe, sayur lokal, buah, dan sumber protein hewani yang terjangkau. Kegiatan demonstrasi memasak perlu disertai diskusi biaya, ketersediaan bahan, selera anak, dan kebiasaan keluarga. Dengan demikian, edukasi gizi tidak berhenti pada konsep, tetapi masuk ke dapur rumah tangga.

Dalam konteks Timor-Leste, pendampingan keluarga perlu lebih kuat dikaitkan dengan ketahanan pangan. Edukasi gizi dapat dihubungkan dengan kebun rumah, produksi pangan lokal, pemanfaatan tanaman bergizi, pemeliharaan ternak kecil, dan praktik pemberian makan anak. Mobilisasi komunitas penting karena keluarga tidak selalu mampu mengatasi keterbatasan pangan secara individual. Kelompok ibu, kelompok tani, sekolah, dan pemimpin komunitas dapat menjadi aktor yang mendukung perubahan norma pangan dan pengasuhan. Program pengabdian masyarakat dapat memfasilitasi pembelajaran mengenai pangan lokal bergizi, praktik kebersihan, dan pemantauan anak berisiko.

Perbandingan kedua kasus menunjukkan bahwa partisipasi keluarga menjadi kunci. Intervensi yang hanya menempatkan ibu sebagai penerima pesan gizi berisiko memperkuat beban gender. Stunting sering dianggap sebagai tanggung jawab ibu, padahal keputusan pangan dipengaruhi oleh pendapatan ayah, belanja rumah tangga, pengaruh nenek, akses pasar, waktu kerja, dan lingkungan sosial. Oleh karena itu,



program pengabdian masyarakat harus mengembangkan pendekatan whole-family nutrition education. Ayah perlu dilibatkan dalam pengambilan keputusan belanja pangan dan kunjungan layanan. Nenek perlu dilibatkan karena sering memiliki pengaruh dalam praktik pemberian makan. Kader perlu dilatih untuk memberikan konseling tanpa menyalahkan keluarga.

Temuan ini sejalan dengan teori pembelajaran orang dewasa, yang menekankan bahwa pembelajaran efektif ketika dikaitkan dengan pengalaman hidup dan kebutuhan langsung (Knowles et al., 2015). Keluarga lebih mudah mengubah praktik apabila mereka melihat contoh langsung, mencoba memasak, berdiskusi tentang hambatan, dan memperoleh dukungan lanjutan. Demonstrasi menu, kunjungan rumah, pemantauan pertumbuhan, dan diskusi keluarga menjadi lebih efektif daripada ceramah tunggal. Dalam perspektif Freire (1970), proses ini juga merupakan pendidikan dialogis karena keluarga tidak hanya menerima pesan, tetapi ikut menafsirkan masalah dan mencari solusi.

Implikasi praktisnya adalah program pengabdian masyarakat harus memiliki siklus intervensi. Tahap pertama adalah pemetaan keluarga berisiko dan hambatan gizi. Tahap kedua adalah edukasi berbasis praktik, seperti demonstrasi menu dan pembacaan grafik pertumbuhan. Tahap ketiga adalah pendampingan rumah tangga melalui kunjungan kader. Tahap keempat adalah rujukan dan koordinasi dengan layanan kesehatan apabila ditemukan risiko. Tahap kelima adalah evaluasi partisipatif bersama keluarga untuk melihat perubahan praktik makan, kebersihan, dan kunjungan layanan.

3. Kader, Posyandu, dan Layanan Kesehatan Komunitas sebagai Infrastruktur Pemberdayaan

Temuan ketiga menunjukkan bahwa keberhasilan pencegahan stunting sangat bergantung pada kapasitas aktor komunitas. Di Indonesia, kader posyandu memiliki posisi strategis karena mereka menjadi penghubung antara keluarga dan layanan kesehatan. Kader sering kali lebih dekat dengan warga dibanding tenaga kesehatan formal. Mereka memahami kondisi keluarga, pola kehadiran posyandu, kebiasaan lokal, dan anak-anak yang perlu mendapat perhatian. Namun, kader juga menghadapi keterbatasan, seperti beban kerja sukarela, pelatihan yang tidak merata, keterbatasan alat ukur, dan kemampuan konseling yang berbeda-beda.

Pengabdian masyarakat dapat memperkuat kader melalui pelatihan terstruktur. Pelatihan tidak hanya mencakup pengetahuan gizi, tetapi juga keterampilan komunikasi, konseling keluarga, pencatatan data, deteksi dini risiko, dan rujukan. Kader perlu mampu menjelaskan grafik pertumbuhan dengan bahasa sederhana, mengidentifikasi anak yang berat badannya tidak naik, dan mendorong keluarga melakukan tindak lanjut. Penguatan kader juga harus disertai dukungan moral dan kelembagaan karena mereka merupakan aktor kunci yang sering bekerja dalam kondisi terbatas.

Di Timor-Leste, penguatan layanan kesehatan komunitas juga penting, tetapi perlu disesuaikan dengan kapasitas lokal. Layanan kesehatan primer, pekerja kesehatan



komunitas, organisasi lokal, dan pemimpin desa harus bekerja bersama untuk mengidentifikasi ibu hamil, bayi, dan balita berisiko. Pendekatan berbasis komunitas dapat membantu menjangkau keluarga yang jauh dari fasilitas kesehatan. Namun, layanan kesehatan tidak dapat bekerja sendiri apabila masalah utama keluarga adalah kekurangan pangan, sanitasi buruk, atau rendahnya pendidikan gizi. Oleh karena itu, integrasi lintas sektor menjadi lebih penting.

Perbandingan ini memperlihatkan bahwa infrastruktur komunitas tidak hanya berupa bangunan atau layanan, tetapi juga relasi sosial. Posyandu di Indonesia kuat bukan hanya karena ada kegiatan rutin, tetapi karena ada kader yang dikenal warga. Barang komunitas di Timor-Leste dapat berfungsi apabila ada kepercayaan kepada pemimpin lokal dan pekerja kesehatan. Kepercayaan sosial membuat keluarga lebih terbuka menerima konseling, mengakui kesulitan, dan meminta bantuan. Tanpa kepercayaan, program stunting dapat dianggap sebagai inspeksi atau penilaian moral terhadap keluarga.

Teori social capital membantu menjelaskan hal ini. Putnam (2000) membedakan modal sosial bonding dan bridging. Modal sosial bonding membantu keluarga saling mendukung dalam komunitas, sedangkan bridging menghubungkan komunitas dengan layanan kesehatan, pemerintah, dan organisasi pembangunan. Pencegahan stunting membutuhkan keduanya. Keluarga membutuhkan dukungan sosial dari tetangga dan kelompok ibu, tetapi juga membutuhkan akses ke layanan gizi, perlindungan sosial, dan fasilitas kesehatan.

Implikasi praktisnya adalah pengabdian masyarakat perlu membangun sistem kader berlapis. Kader utama dapat dilatih untuk pemantauan dan konseling. Kader sebaya dapat berasal dari ibu yang berhasil memperbaiki praktik pengasuhan. Tokoh lokal dapat membantu membangun legitimasi. Perguruan tinggi atau NGO dapat memberikan pendampingan teknis. Dengan cara ini, pencegahan stunting tidak bergantung pada satu aktor, tetapi menjadi sistem komunitas.

4. Pangan Lokal Bergizi dan Ketahanan Pangan Rumah Tangga

Temuan keempat menunjukkan bahwa pencegahan stunting harus dihubungkan dengan pangan lokal. Banyak program gizi gagal karena memberikan pesan yang tidak sesuai dengan daya beli dan ketersediaan pangan keluarga. Keluarga mungkin disarankan memberikan makanan bergizi, tetapi bahan yang disebutkan terlalu mahal, tidak tersedia, atau tidak sesuai dengan kebiasaan makan lokal. Oleh karena itu, pengabdian masyarakat harus mengidentifikasi pangan lokal yang bergizi, terjangkau, dan diterima secara budaya.

Di Indonesia, pangan lokal seperti telur, ikan, tempe, tahu, sayuran, kacang-kacangan, buah lokal, dan sumber protein hewani lokal dapat menjadi basis edukasi gizi. Namun, pemanfaatannya bergantung pada pengetahuan memasak, prioritas belanja, dan kebiasaan keluarga. Demonstrasi menu perlu menunjukkan bahwa makanan anak tidak harus mahal, tetapi harus cukup energi, protein, mikronutrien, aman, dan sesuai



usia. Program juga perlu mengatasi kesalahpahaman, misalnya anggapan bahwa makanan tertentu tidak cocok untuk anak kecil tanpa dasar kesehatan yang kuat.

Di Timor-Leste, ketahanan pangan rumah tangga menjadi isu yang lebih mendasar. Program gizi perlu terhubung dengan produksi pangan lokal, kebun rumah, penguatan pertanian keluarga, dan edukasi pemanfaatan pangan beragam. Keluarga yang tidak memiliki akses rutin terhadap pangan bergizi akan sulit menjalankan praktik pemberian makan yang dianjurkan. Oleh sebab itu, intervensi gizi harus berkolaborasi dengan sektor pertanian, perlindungan sosial, dan pembangunan desa. Pencegahan stunting tidak dapat dilepaskan dari sistem pangan.

Literatur nutrition-sensitive interventions menegaskan bahwa program gizi anak akan lebih berkelanjutan apabila didukung oleh pertanian, perlindungan sosial, sanitasi, pendidikan, dan pemberdayaan perempuan (Ruel et al., 2013). Dalam konteks pengabdian masyarakat, ini berarti kegiatan tidak cukup berupa kelas gizi, tetapi juga dapat mencakup kebun gizi keluarga, pelatihan pengolahan pangan lokal, penguatan kelompok ibu, edukasi sanitasi, dan penghubungan keluarga miskin dengan bantuan sosial atau layanan kesehatan.

Secara analitis, pangan lokal memiliki tiga fungsi. Pertama, fungsi nutrisi, karena menyediakan bahan makanan yang dapat mendukung pertumbuhan anak. Kedua, fungsi ekonomi, karena bahan lokal lebih mudah dijangkau dan dapat mendukung ekonomi komunitas. Ketiga, fungsi budaya, karena makanan lokal lebih mudah diterima oleh keluarga. Namun, pangan lokal tidak otomatis bergizi apabila pola pengolahannya tidak tepat atau distribusi dalam keluarga tidak adil. Karena itu, edukasi pangan lokal harus disertai pengetahuan tentang kebutuhan gizi anak dan ibu hamil.

Implikasi praktisnya adalah program pengabdian masyarakat perlu menyusun peta pangan lokal. Peta ini mencakup bahan pangan yang tersedia di desa, musim ketersediaan, harga, kandungan gizi, kebiasaan konsumsi, dan hambatan pemanfaatan. Dari peta tersebut, program dapat menyusun menu lokal untuk ibu hamil, ibu menyusui, bayi, dan balita. Kader dan keluarga dapat menggunakan peta pangan sebagai alat belajar bersama. Pendekatan ini membuat edukasi gizi lebih realistis dan berakar pada sumber daya komunitas.

5. Pengukuran Dampak: Dari Jumlah Peserta ke Perubahan Perilaku Pengasuhan

Temuan kelima menunjukkan bahwa dampak program pengabdian masyarakat untuk pencegahan stunting tidak boleh hanya diukur dari jumlah peserta penyuluhan. Jumlah peserta penting untuk melihat jangkauan, tetapi tidak menunjukkan apakah keluarga mengubah perilaku. Program yang berhasil seharusnya mengukur perubahan praktik pemberian makan anak, pemantauan tumbuh kembang, keterlibatan ayah, pemanfaatan posyandu, kebersihan lingkungan, dan tindak lanjut terhadap anak berisiko.

Di Indonesia, indikator dampak dapat mencakup peningkatan kehadiran keluarga di posyandu, peningkatan pemahaman orang tua terhadap grafik



pertumbuhan, jumlah keluarga risiko tinggi yang menerima kunjungan rumah, perubahan praktik makanan pendamping ASI, penggunaan pangan lokal bergizi, serta peningkatan rujukan dini. Indikator ini tidak menggantikan pengukuran prevalensi stunting, tetapi memberikan gambaran proses pemberdayaan yang terjadi sebelum angka stunting berubah. Karena perubahan tinggi badan anak membutuhkan waktu, indikator perilaku dan layanan menjadi penting dalam evaluasi jangka pendek dan menengah.

Di Timor-Leste, indikator dampak perlu mencakup ketahanan pangan rumah tangga, keberagaman pangan anak, kesehatan ibu hamil, praktik ASI, pemanfaatan layanan kesehatan, serta keterlibatan komunitas dalam edukasi gizi. Karena prevalensi stunting tinggi, perubahan membutuhkan waktu panjang dan dukungan lintas sektor. Oleh sebab itu, evaluasi harus realistis dan tidak hanya menilai keberhasilan dari perubahan angka prevalensi dalam waktu singkat. Program harus melihat apakah keluarga mulai memiliki kapasitas yang lebih baik untuk mencegah risiko.

Pengabdian masyarakat berbasis pemberdayaan perlu membedakan antara output, outcome, dan impact. Output adalah kegiatan yang dilakukan, seperti jumlah kelas gizi atau jumlah kader dilatih. Outcome adalah perubahan perilaku, seperti peningkatan praktik makan anak atau kunjungan posyandu. Impact adalah perubahan jangka panjang, seperti penurunan stunting dan peningkatan kualitas kesehatan anak. Banyak program berhenti pada output karena lebih mudah dilaporkan. Namun, kontribusi akademik dan sosial pengabdian masyarakat akan lebih kuat apabila mampu menunjukkan hubungan antara output, outcome, dan impact melalui teori perubahan yang jelas.

Participatory monitoring menjadi penting karena keluarga dan kader harus ikut menentukan indikator keberhasilan. Bagi keluarga, keberhasilan mungkin berarti anak lebih lahap makan, berat badan mulai naik, ibu lebih percaya diri memasak menu anak, ayah mulai ikut hadir di posyandu, atau keluarga mampu menjaga kebersihan makanan. Indikator seperti ini menangkap perubahan mikro yang sering tidak terlihat dalam laporan statistik. Kader dapat mencatat perubahan tersebut secara sederhana dan menggunakannya sebagai dasar pendampingan.

Implikasi praktisnya adalah program perlu menggunakan buku pemantauan keluarga berisiko atau kartu pendampingan sederhana. Kartu ini dapat mencatat usia anak, status kunjungan, hasil penimbangan, praktik makan, keluhan kesehatan, kebersihan lingkungan, dan tindak lanjut. Digitalisasi dapat digunakan apabila kapasitas memungkinkan, tetapi pencatatan manual yang konsisten lebih baik daripada aplikasi yang tidak digunakan. Prinsip utamanya adalah data harus membantu tindakan, bukan hanya memenuhi pelaporan.

6. Keberlanjutan Program dan Implikasi Pembangunan Asia Tenggara

Temuan keenam menunjukkan bahwa keberlanjutan pencegahan stunting bergantung pada integrasi program dengan sistem komunitas. Program pengabdian



masyarakat yang datang sekali, memberikan penyuluhan, lalu selesai, tidak cukup untuk mengubah masalah yang bersifat kronis. Stunting membutuhkan pendampingan jangka panjang sejak remaja putri, calon pengantin, ibu hamil, bayi, hingga balita. Oleh karena itu, intervensi harus terhubung dengan siklus kehidupan keluarga dan tidak hanya hadir ketika anak sudah mengalami gangguan pertumbuhan.

Di Indonesia, keberlanjutan dapat dibangun dengan memperkuat posyandu sebagai pusat pembelajaran keluarga. Posyandu tidak hanya menjadi tempat timbang dan imunisasi, tetapi juga ruang dialog gizi, kelas ayah, kelas ibu hamil, demonstrasi menu, konseling menyusui, dan pemetaan keluarga risiko tinggi. Perguruan tinggi dapat berperan sebagai mitra pendamping, bukan hanya penyelenggara kegiatan. Mahasiswa dan dosen dapat membantu pelatihan kader, pengembangan media edukasi, analisis data posyandu, dan evaluasi program. Pemerintah desa dapat mendukung melalui anggaran, kebijakan lokal, dan koordinasi lintas sektor.

Di Timor-Leste, keberlanjutan membutuhkan integrasi antara kesehatan, pangan, pertanian, dan perlindungan sosial. Program gizi harus terhubung dengan kebun keluarga, layanan ibu-anak, edukasi komunitas, dan dukungan rumah tangga rentan. Kerja sama antara pemerintah, NGO, lembaga internasional, dan komunitas lokal sangat penting karena tantangan stunting melampaui kapasitas satu sektor. Mobilisasi komunitas perlu diarahkan untuk membangun kepemilikan lokal, bukan ketergantungan pada bantuan eksternal.

Dalam perspektif Asia Tenggara, stunting merupakan indikator ketimpangan pembangunan. Kawasan ini tidak dapat mengukur keberhasilan hanya dari pertumbuhan ekonomi atau digitalisasi, tetapi juga dari kualitas kesehatan anak, akses pangan bergizi, sanitasi, dan kapasitas keluarga. Pencegahan stunting mendukung SDG 2 tentang penghapusan kelaparan, SDG 3 tentang kesehatan, SDG 4 tentang pendidikan berkualitas, SDG 5 tentang kesetaraan gender, dan SDG 6 tentang air bersih dan sanitasi. Dengan demikian, pengabdian masyarakat untuk pencegahan stunting memiliki kontribusi lintas sektor.

Keberlanjutan juga membutuhkan perubahan cara pandang. Stunting tidak boleh diperlakukan sebagai stigma keluarga miskin atau kegagalan ibu. Stunting harus dipahami sebagai persoalan keadilan sosial yang membutuhkan dukungan komunitas dan negara. Pendekatan yang menyalahkan keluarga akan menurunkan partisipasi. Sebaliknya, pendekatan pemberdayaan membangun kepercayaan, mengakui hambatan, dan memperkuat kemampuan keluarga untuk bertindak.

Proposisi Pengabdian Masyarakat

Proposisi 1: Pencegahan stunting berbasis komunitas akan lebih efektif apabila dimulai dari diagnosis partisipatif terhadap penyebab lokal kerentanan gizi keluarga.

Diagnosis partisipatif memungkinkan keluarga, kader, dan layanan kesehatan memahami bahwa stunting tidak memiliki penyebab tunggal. Setiap komunitas dapat



memiliki kombinasi masalah yang berbeda, seperti pola makan, sanitasi, infeksi, kemiskinan, atau rendahnya pemantauan pertumbuhan.

Proposisi 2: Edukasi gizi akan menghasilkan perubahan perilaku apabila dikembangkan sebagai pendampingan praktik keluarga, bukan penyuluhan satu arah.

Keluarga membutuhkan contoh menu, praktik pemberian makan, pemahaman grafik pertumbuhan, dan kunjungan rumah. Pengetahuan menjadi efektif ketika dapat diterjemahkan ke dalam keputusan harian di rumah tangga.

Proposisi 3: Kader komunitas merupakan mediator utama antara layanan kesehatan dan keluarga dalam pencegahan stunting. Kader dapat menghubungkan informasi medis dengan bahasa sosial yang dipahami keluarga. Namun, kader perlu pelatihan, dukungan, alat kerja, dan pengakuan kelembagaan agar dapat menjalankan peran secara berkelanjutan.

Proposisi 4: Pangan lokal bergizi memperkuat keberlanjutan intervensi karena sesuai dengan daya beli, budaya makan, dan sumber daya komunitas.

Program gizi yang terlalu bergantung pada bahan mahal sulit dipertahankan. Pangan lokal memungkinkan keluarga menerapkan praktik gizi yang realistis dan berkelanjutan.

Proposisi 5: Pengukuran dampak pencegahan stunting harus mencakup perubahan perilaku pengasuhan, kapasitas keluarga, kualitas layanan komunitas, dan indikator pertumbuhan anak.

Prevalensi stunting penting, tetapi perubahan jangka pendek dan menengah juga harus diukur agar program dapat diperbaiki secara berkelanjutan.

Kelima proposisi tersebut membentuk kerangka konseptual: **kerentanan gizi keluarga → diagnosis partisipatif → edukasi praktik berbasis pangan lokal → pemantauan pertumbuhan → pendampingan keluarga berisiko → perubahan perilaku pengasuhan → ketahanan kesehatan anak**. Kerangka ini menegaskan bahwa pengabdian masyarakat untuk pencegahan stunting harus bergerak dari penyampaian informasi menuju transformasi kapasitas keluarga dan komunitas.

Kesimpulan

Artikel ini menganalisis secara komparatif bagaimana intervensi pengabdian masyarakat berbasis pemberdayaan gizi keluarga dapat memperkuat pencegahan stunting pada komunitas perdesaan Indonesia dan Timor-Leste. Temuan utama menunjukkan bahwa stunting bukan hanya persoalan kekurangan makanan, tetapi persoalan pembangunan keluarga dan komunitas yang dipengaruhi oleh gizi ibu, praktik pengasuhan, ketahanan pangan, sanitasi, layanan kesehatan, pengetahuan keluarga, dan dukungan kelembagaan. Karena itu, pengabdian masyarakat untuk pencegahan stunting harus dirancang sebagai proses pemberdayaan, bukan sekadar penyuluhan gizi.



Kasus Indonesia menunjukkan pentingnya memperkuat posyandu, kader, dan pendampingan keluarga berisiko. Penurunan prevalensi stunting nasional menunjukkan kemajuan, tetapi keberlanjutan capaian membutuhkan perubahan perilaku keluarga, kualitas pemantauan pertumbuhan, tindak lanjut kasus, dan integrasi layanan di tingkat desa. Kasus Timor-Leste menunjukkan bahwa pencegahan stunting harus lebih kuat dikaitkan dengan ketahanan pangan rumah tangga, kesehatan ibu-anak, edukasi komunitas, dan dukungan lintas sektor. Tingginya prevalensi stunting di Timor-Leste menegaskan bahwa intervensi tidak dapat terbatas pada edukasi, tetapi harus menyentuh struktur pangan dan layanan dasar.

Kontribusi teoritis artikel ini adalah pengembangan pendekatan pemberdayaan gizi keluarga dalam kajian pengabdian masyarakat. Artikel ini mengintegrasikan teori pemberdayaan, pendekatan kapabilitas, literatur gizi anak, dan konsep partisipasi komunitas untuk menunjukkan bahwa pencegahan stunting terjadi ketika keluarga memiliki sumber daya, pengetahuan, agensi, dan dukungan untuk mengambil keputusan pengasuhan yang lebih baik. Kontribusi praktisnya adalah tawaran model intervensi yang mencakup diagnosis partisipatif, kelas gizi keluarga, demonstrasi pangan lokal, penguatan kader, kunjungan rumah, pemantauan pertumbuhan, dan evaluasi perilaku.

Implikasi kebijakan dari artikel ini adalah perlunya memperkuat layanan kesehatan komunitas sebagai pusat pemberdayaan keluarga. Pemerintah lokal perlu mendukung kader, memperbaiki kualitas data pertumbuhan, memastikan rujukan keluarga berisiko, dan menghubungkan program stunting dengan pangan lokal, sanitasi, perlindungan sosial, dan pendidikan keluarga. Perguruan tinggi perlu merancang pengabdian masyarakat sebagai pendampingan berkelanjutan yang menghasilkan perubahan perilaku, bukan hanya kegiatan seminar. Organisasi masyarakat dan lembaga internasional perlu mendukung pendekatan yang tidak menyalahkan keluarga, tetapi memperkuat kapasitas mereka dalam menghadapi hambatan struktural.

Artikel ini memiliki keterbatasan karena menggunakan bukti sekunder dan tidak melakukan pengumpulan data primer pada tingkat rumah tangga. Penelitian berikutnya perlu melakukan studi longitudinal partisipatif yang melacak perubahan perilaku keluarga, kualitas praktik pemberian makan anak, pemanfaatan posyandu atau layanan kesehatan primer, kapasitas kader, serta pertumbuhan anak sebelum dan sesudah intervensi. Kajian selanjutnya juga perlu membandingkan lebih banyak negara Asia Tenggara agar variasi kelembagaan dan budaya dalam pencegahan stunting dapat dipahami secara lebih mendalam.

Secara keseluruhan, artikel ini menegaskan bahwa masa depan pencegahan stunting di Asia Tenggara sangat bergantung pada kemampuan mengubah program gizi menjadi gerakan pemberdayaan keluarga dan komunitas. Anak yang tumbuh sehat bukan hanya hasil dari makanan yang cukup, tetapi juga dari keluarga yang berpengetahuan, komunitas yang peduli, layanan yang responsif, pangan lokal yang tersedia, lingkungan yang bersih, dan kelembagaan yang bekerja secara berkelanjutan.



Ucapan Terimakasih

Penulis menyampaikan terima kasih kepada komunitas keluarga, kader kesehatan, tenaga layanan kesehatan primer, pemerintah lokal, organisasi masyarakat, dan lembaga pembangunan yang selama ini berperan dalam upaya pencegahan stunting dan penguatan gizi keluarga di Asia Tenggara. Apresiasi juga diberikan kepada UNICEF, WHO, World Bank, ASEAN, pemerintah Indonesia, pemerintah Timor-Leste, serta berbagai organisasi internasional dan nasional yang menyediakan data, laporan, dan kajian yang menjadi dasar penting dalam pengembangan analisis artikel ini. Penulis juga menghargai kontribusi para ibu, ayah, kader, dan keluarga di komunitas perdesaan yang memperlihatkan bahwa pencegahan stunting merupakan kerja kolektif yang membutuhkan pengetahuan, kepedulian, dukungan sosial, dan keberlanjutan kelembagaan.

Referensi

- ADB. (2022). *Nutrition-sensitive social protection in Asia and the Pacific*. Asian Development Bank.
- ASEAN Secretariat. (2018). *ASEAN Strategic Framework and Action Plan for Nutrition 2018–2030*. ASEAN Secretariat.
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., Webb, P., Lartey, A., & Black, R. E. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition. *The Lancet*, 382(9890), 452–477.
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., De Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451.
- Chambers, R. (1994). The origins and practice of participatory rural appraisal. *World Development*, 22(7), 953–969.
- Cornwall, A. (2008). Unpacking participation: Models, meanings and practices. *Community Development Journal*, 43(3), 269–283.
- FAO, IFAD, UNICEF, WFP, & WHO. (2024). *The state of food security and nutrition in the world 2024*. FAO.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. Continuum.
- Gaventa, J., & Barrett, G. (2012). Mapping the outcomes of citizen engagement. *World Development*, 40(12), 2399–2410.
- Government of Timor-Leste & UNICEF. (2022). *Timor-Leste Food and Nutrition Survey 2020*. Government of Timor-Leste and UNICEF.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30(3), 435–464.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2025). *Survei Status Gizi Indonesia 2024: Prevalensi stunting nasional turun menjadi 19,8 persen*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2015). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (8th ed.). Routledge.
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. ACTA Publications.



- Menon, P., Headey, D., Avula, R., & Nguyen, P. H. (2020). Understanding the geographical burden of stunting in India: A regression-decomposition analysis of district-level data. *Maternal & Child Nutrition*, 16(S3), e12950.
- Nutrition International. (2024). *Government of Timor-Leste and Nutrition International partnership to reduce stunting among children*. Nutrition International.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes. *Health Policy and Planning*, 29(suppl_2), ii98–ii106.
- Ruel, M. T., Alderman, H., & the Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Nutrition-sensitive interventions and programmes. *The Lancet*, 382(9891), 536–551.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- UNDP. (2024). *Making our future: New directions for human development in Asia and the Pacific*. United Nations Development Programme.
- UNICEF. (2021). *Programming guidance: Improving young children's diets during the complementary feeding period*. UNICEF.
- UNICEF, WHO, & World Bank. (2025). *Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates, 2025 edition*. UNICEF, WHO, and World Bank.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. United Nations.
- Victora, C. G., Christian, P., Vdaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 397(10282), 1388–1399.
- WHO. (2023). *Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age*. World Health Organization.
- World Bank. (2024). *World development report 2024: The middle-income trap*. World Bank.