

Studi Komparatif Implementasi Gerakan CANTIK di Puskesmas Stunting Tinggi dan Rendah Kabupaten Pekalongan

Any Ayu Arrohmah^{1*}, Yuniarti², Dewi Nugraheni Restu Mastuti³,
Wahyuningsih⁴

^{1,2,3,4}Kesehatan Masyarakat, Universitas Pekalongan
Jalan Sriwijaya Nomor 3, Kota Pekalongan, Provinsi Jawa Tengah

*Correspondent Email: anyayuarrohmah2@gmail.com

Diterima: 23 Juli 2026 | Disetujui: 14 Agustus 2026 | Diterbitkan: 15 Agustus 2026

Abstract. *The implementation of the CANTIK movement in Pekalongan Regency leaves disparities between Community Health Centers (Puskesmas). Bojong 1 Community Health Center (low stunting) is able to transform the seven theoretical variables into adaptive local practices, while Siwalan Community Health Center (high stunting) still faces systemic weaknesses. This study aims to examine the seven theoretical variables. The method used is a qualitative, descriptive comparative case study approach, comparing Siwalan Community Health Center and Bojong 1 Community Health Center descriptively to enrich the findings. Data collection through observation, in-depth interviews with 12 key informants, and documentation. The results show that the implementation of CANTIK is effective in Bojong 1 Community Health Center because the standards and goals/targets are clearly understood, communication is structured and adaptive, cadres are trained, budget is available, task division is clear, there is no double job, commitment and strong internal support, structured administrative procedures, flexible and adaptive bureaucracy, as well as responsive political support and low myth resistance. On the other hand, the Siwalan Community Health Center faces serious obstacles such as cadres not understanding the movement, inconsistent targets, SOPs not anticipating referral rejections, communication constraints, lack of sustainability of sector collaboration, Villages not allocating Village Funds (ADD), uneven availability/quality of resources (anthropometric tools, educational media), demotivation due to rewards not commensurate with work, late reporting, low participation and strong traditions/myths. In conclusion, the success of the program is determined by the ability to transform central policies into adaptive local practices. Therefore, it is necessary to map the capacity of cadres in Siwalan, Village advocacy regarding Village Fund allocation for interventions, cadre incentives, and equipment maintenance, provide simple daily record templates, cultural approaches/key figures, while in Bojong 1 document best practices.*

Keywords: CANTIK; posyandu; policy implementation; public health; stunting

PENDAHULUAN

Generasi emas 2045 merupakan impian Indonesia, pada masa ini Indonesia mengalami bonus demografi dengan tersedia Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas, sehat, cerdas, dan mampu bersaing (BKKBN, 2021). Namun stunting menjadi isu global dalam konteks pembangunan manusia yang dihadapi berbagai negara berkembang termasuk Indonesia (Hakim, 2024). Stunting adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang, yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada di bawah standar (Z-Score <-2 SD) (Perpres No 72 Tahun 2021).

Prevalensi stunting di Indonesia terus mengalami penurunan dari tahun ke tahun, terlihat pada tahun 2023 sebesar 21,5% (Kemenkes RI, 2022). Kemudian tahun 2024, turun menjadi sebesar 19,8% (Kemenkes RI, 2024). Agenda pembangunan nasional juga menempatkan percepatan penurunan stunting sebagai fokus utama karena stunting berakibat multidimensi selain menghambat pertumbuhan fisik, tetapi juga meningkatkan kerentanan terhadap penyakit, dan mengancam perkembangan kognitif. Data di Jawa Tengah pada tahun 2023 menunjukkan prevalensi sebesar 20,7% (SKI) (BPK RI, 2024). Sementara pada tahun 2024 prevalensi turun menjadi sebesar 17,1% (Kemenkes RI, 2024). Adapun di Kabupaten Pekalongan menurut SSGI pada tahun 2024, prevalensi stunting sebesar 19,5%. Sedangkan menurut e-PPGBM pada tahun 2024 prevalensi stunting sebesar 5,84% (baduta) dan sebesar 6,95% (balita). Namun pada tahun 2025 prevalensi stunting kembali naik, sebesar 7,68% (baduta) dan sebesar 8,02% (balita) (Dinkes Kabupaten Pekalongan, 2025). Kenaikan tersebut dikarenakan adanya peningkatan akurasi (validasi) dan perluasan cakupan pendataan balita di Posyandu.

Komitmen percepatan penurunan stunting diwujudkan oleh Dinkes sesuai arahan dalam Peraturan Bupati Pekalongan No. 9 tahun 2020 melalui Gerakan Pencegahan Stunting dengan CANTIK (Catat dan laporkan, Antropometri, Tindakan rujukan yang bermasalah gizi, Intervensi sesuai tata laksana, dan Konseling/edukasi) (Perbup Pekalongan No 9 Tahun 2020). Melalui gerakan ini diharapkan 100% sasaran ibu hamil dan balita mendapatkan deteksi dini dan edukasi, serta intervensi untuk mencegah kasus stunting baru sehingga Indonesia bebas stunting dapat segera terwujud (Kemenkes, 2024).

Kabupaten Pekalongan memiliki karakteristik wilayah membentang dari pesisir Laut Jawa (utara) hingga dataran tinggi (selatan). Kecamatan Siwalan terletak di dekat Pesisir sehingga rawan terhadap rob atau luapan air sungai. Sedangkan Kecamatan Bojong terletak di tengah yang relatif lebih aman. Perbedaan tersebut mempengaruhi tingkat partisipasi di Posyandu. Jumlah stunting di Siwalan juga relatif tinggi yaitu 211 dengan salah satu Desa tertinggi Tengeng Wetan sebanyak 16 anak. Tingginya angka stunting di Desa ini mendorong Pemerintah Kabupaten untuk menetapkan Tengeng Wetan sebagai lokasi prioritas intervensi penurunan stunting (lokus stunting) (Puskesmas Siwalan, 2025). Sedangkan di Bojong 1 yaitu 53 dengan salah satu Desa terendah Menjangan dimana jumlah stunting nihil (Puskesmas Bojong 1, 2025).

Implementasi gerakan ini belum optimal karena terdapat variasi pemahaman, ketersediaan dan kualitas sumber daya belum merata, kurang responsif terhadap dinamika lapangan, pelaporan belum optimal dan terdapat variasi penerimaan terhadap intervensi (tradisi/kepercayaan masyarakat). Implementasi di Kabupaten Pekalongan juga belum terdapat kajian dengan pendekatan gabungan teori Edward III dan Van Meter Van Horn serta menyoroti implementasi di Puskesmas dan Posyandu wilayah stunting tinggi dan rendah. Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengkaji implementasi gerakan CANTIK di kabupaten pekalongan berdasarkan standar dan tujuan/sasaran kebijakan, komunikasi, sumber daya, karakteristik organisasi, disposisi, struktur birokrasi dan lingkungan sosial politik. Sehingga menjadi dasar evaluasi strategi dan efektivitas program pencegahan stunting di Kabupaten Pekalongan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus komparatif deskriptif untuk memahami secara mendalam implementasi gerakan CANTIK di Kabupaten Pekalongan dengan mengkaji pelaksanaan di Puskesmas Siwalan (kasus stunting tinggi) dan Puskesmas Bojong 1 (kasus stunting rendah) berdasarkan 7 tema (standar dan tujuan/sasaran kebijakan, komunikasi, sumber daya, karakteristik organisasi, disposisi, struktur birokrasi, lingkungan sosial politik) untuk memperkaya temuan. Metode pengumpulan data melalui observasi, dokumentasi, dan wawancara mendalam dengan 12 informan utama yang dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Teknik analisis data Miles and Huberman yang terdiri dari reduksi data berdasarkan 7 tema dan sub tema yang muncul sesuai gabungan teori Edward III dan Van Meter Van Horn, penyajian data dalam bentuk tabel dan narasi serta penarikan kesimpulan (Sugiyono, 2022).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Karakteristik Informan

No	Kode Informan	Jabatan	Usia (Tahun)
1.	IU 1	PJ program gizi Dinkes	38
2.	IU 2	Petugas promkes Dinkes	36
3.	IU 3	Petugas gizi Puskesmas Siwalan	50
4.	IU 4	Petugas gizi Puskesmas Bojong 1	57
5.	IU 5	Petugas promkes Puskesmas Siwalan	33
6.	IU 6	Petugas promkes Puskesmas Bojong 1	33
7.	IU 7	Bidan Desa Tengeng Wetan	40
8.	IU 8	Bidan Desa Menjangan	38
9.	IU 9	Kader Tengeng Wetan	39
10.	IU 10	Kader Tengeng Wetan	43
11.	IU 11	Kader Menjangan	40
12.	IU 12	Kader Menjangan	39

Analisis hasil temuan penelitian berdasarkan 7 tema gabungan teori implementasi kebijakan Edward III (1980) dan Van Meter Van Horn (1975) sebagai berikut.

Tema 1. Standar dan tujuan/sasaran kebijakan

Tema 1 mengidentifikasi hal mendasar dalam sebuah program yang meliputi Sub tema definisi, tujuan, sasaran, SOP, dan indikator kinerja. Berikut hasil analisis wawancara dengan informan utama.

Tabel 2. Definisi/pemahaman gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Gerakan CANTIK merupakan respon positif percepatan penurunan stunting yang dimulai Juni 2024, meliputi pendataan, pengukuran, rujukan, intervensi, edukasi. Jadi tidak hanya pengukuran (penimbangan), tetapi menekankan pelaporan akurat dan tepat waktu.
IU 2	Gerakan CANTIK konsepnya secara serentak dari tingkat petugas, kader sampai masyarakat harus melaksanakan pengukuran, rujukan, tata laksana, edukasi dan ada point penting yaitu pemberdayaan masyarakat.
IU 3	Gerakan CANTIK itu mencatat, melaporkan, intervensi, evaluasi, dan tindak lanjut.
IU 4	Gerakan CANTIK itu menggerakkan masyarakat ke Posyandu dengan rangkaian kegiatan: pendaftaran, pengukuran, pencatatan, imunisasi, edukasi, intervensi (PMT).
IU 5	Petugas pernah mendengar CANTIK, tetapi lebih mengenal Gerlap Anting dari PKK. Jadi gerakan CANTIK itu Kader/Bidan lapor ke Petugas Gizi masalah gizi balita, lalu diberi konseling atau rujukan.
IU 6	Gerakan CANTIK itu menggerakkan bayi/balita datang ke Posyandu agar terpantau pertumbuhan & perkembangan.
IU 7	Gerakan CANTIK di Posyandu meliputi pengukuran, tata laksana, konseling dengan kader didampingi Bidan, rujukan ke Puskesmas, PMT.
IU 8	Gerakan CANTIK muncul untuk mendata anak stunting jika bermasalah di beri intervensi (konseling, PMT) dan rujukan jika tidak membaik.
IU 9	Kader pernah mendengar gerakan CANTIK tetapi agak lupa, kegiatannya di Posyandu ada penimbangan, rujukan, dan edukasi.
IU 10	Kader belum pernah dengar istilah CANTIK, tahu dari sosialisasi Puskesmas (spanduk, leaflet).
IU 11	Kader memahami gerakan CANTIK dengan sasaran datang ke Posyandu, ditimbang, dapat PMT, jika BB tidak naik/mengarah stunting dibawa ke Puskesmas.
IU 12	Kader memahami gerakan CANTIK sebagai program pencegahan stunting agar menuju Indonesia emas 2045.

Teori Van Meter Van Horn mensyaratkan standar dan tujuan kebijakan yang spesifik dan dipahami pelaksana agar implementasi seragam dan mengurangi potensi distorsi implementasi (Ramlah et al., 2024). Gerakan CANTIK merupakan gerakan intervensi gizi terpadu yang mencakup lima komponen utama yaitu pendataan, pengukuran, rujukan, intervensi, dan edukasi. Namun kader di Siwalan tidak memahami gerakan tersebut dikarenakan faktor lupa dan belum pernah mendengar istilah gerakan CANTIK ini. Hal ini menandakan adanya *implementation gap* di tingkat akar rumput akibat komunikasi tidak menjangkau *street-level bureaucracy* (Ramlah et al., 2024).

Tabel 3. Tujuan Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Gerakan CANTIK bertujuan menurunkan prevalensi stunting dan prevalensi masalah gizi (gizi kurang, BB kurang, BB tidak naik, Bumil KEK, Bumil anemia), memantau tumbuh kembang, mengetahui status gizi dan tata laksananya. Sebagai deteksi dini/pencegahan stunting.
IU 2	Gerakan CANTIK bertujuan untuk memotret kondisi kesehatan bayi balita, mengetahui ada/tidak stunting, tata laksana & rujukan.
IU 3	Gerakan CANTIK bertujuan untuk mengatasi dan mencegah stunting.
IU 4	Gerakan CANTIK bertujuan agar semua balita yang ada sehat dan normal. Jadi tidak akan menimbulkan masalah di masa yang akan datang.
IU 5	Gerakan CANTIK bertujuan untuk menangani dan menanggulangi stunting.
IU 6	Gerakan CANTIK bertujuan sebagai upaya pencegahan stunting.
IU 7	Gerakan CANTIK bertujuan untuk mencegah stunting.
IU 8	Gerakan CANTIK bertujuan untuk deteksi dini dan penanganan stunting.
IU 9	Gerakan CANTIK bertujuan untuk mencegah agar tumbuh kembang masyarakat lebih baik.
IU 10	Gerakan CANTIK di pahami bertujuan sebagai pencegahan dari hulu.
IU 11	Gerakan CANTIK bertujuan supaya tidak ada yang stunting.

Kode	Hasil Analisis
IU 12	Gerakan CANTIK dipahami bertujuan untuk mencegah tumbuh kembang kurang.

Gerakan CANTIK bertujuan untuk mencegah dan menurunkan stunting, dengan beberapa informan menambahkan aspek deteksi dini, penanganan, pemantauan tumbuh kembang, serta pencegahan masalah gizi lain. Dengan demikian, tujuan gerakan ini telah di sampaikan dan di pahami dengan baik oleh petugas hingga tingkat kader.

Tabel 4. Sasaran Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Sasaran gerakan CANTIK tidak hanya balita tetapi juga ibu hamil, 100% dari wilayah kerja Puskesmas.
IU 2	Sasaran gerakan CANTIK prioritas ibu hamil dan balita saja.
IU 3	Sasaran gerakan CANTIK adalah menyeluruh dari remaja, pra nikah, hamil, nifas, baduta, hingga setelah stunting.
IU 4	Sasaran gerakan CANTIK adalah ibu hamil, balita.
IU 5	Sasaran gerakan CANTIK adalah mulai dari remaja, ibu hamil, dan balita.
IU 6	Sasaran gerakan CANTIK adalah balita dan ibu hamil.
IU 7	Sasaran gerakan CANTIK adalah sasaran Posyandu ada balita dan Ibu hamil.
IU 8	Sasaran gerakan CANTIK adalah seluruh balita dan ibu hamil, datanya diperbarui tiap 3 bulan.
IU 9	Sasaran gerakan CANTIK adalah usia baduta dan balita.
IU 10	Sasaran gerakan CANTIK mulai dari calon pengantin, ibu hamil, sampai balita.
IU 11	Sasaran gerakan CANTIK adalah seluruh baduta, balita, dan Ibu hamil.
IU 12	Sasaran gerakan CANTIK adalah ibu hamil dan balita.

Sasaran gerakan CANTIK yaitu seluruh Ibu hamil dan balita (100%) di wilayah kerja Puskesmas. Namun temuan di lapangan terjadi inkonsistensi sasaran gerakan berdasarkan ungkapan informan lain di Puskesmas Siwalan yang menyatakan sasaran dari remaja, calon pengantin, ibu nifas, bahkan setelah stunting. Hal ini menunjukkan standar belum dipahami dan diterapkan secara seragam. Dalam teori Edward III (1980) dan Van Meter Van Horn (1975), kejelasan dan konsistensi standar dan tujuan/sasaran merupakan prasyarat bagi keberhasilan komunikasi kebijakan.

Tabel 5. SOP Gerakan CANTIK

Kode	Hasil analisis
IU 1	SOP gerakan CANTIK meliputi pencatatan di aplikasi, pengukuran di pastikan <i>clear</i> dari benda-benda yang mempengaruhi hasil pengukuran, rujukan untuk masalah gizi berat, tata laksana sesuai masalahnya, edukasi oleh kader di dampingi Nakes.
IU 2	SOP gerakan CANTIK (edukasi) yaitu edukasi oleh kader didampingi Bidan Desa, menggunakan media (buku KIA, leaflet, lembar balik), edukasi harus interaktif (dua arah, simulasi).
IU 3	SOP gerakan CANTIK meliputi alat terstandar, pengukuran akurat, rujukan berjenjang (Posyandu → Puskesmas → RS), ketentuan PMT (14, 28, 90 hari).
IU 4	SOP gerakan CANTIK meliputi alat terstandar, cara ukur benar, rujukan berjenjang, ketentuan PMT.
IU 5	SOP gerakan CANTIK (konseling/edukasi) yaitu petugas paham materi, memiliki media edukasi (lisan, cetak, digital).
IU 6	SOP gerakan CANTIK meliputi pendataan sasaran, pengukuran antropometri terstandar, edukasi.
IU 7	SOP gerakan CANTIK meliputi pendataan sasaran, pengukuran antropometri terstandar, edukasi, pelaporan tepat waktu.
IU 8	SOP gerakan CANTIK meliputi alat terstandar, wajib input EPPGBM, kunjungan rumah untuk yang tidak datang, PMT pangan lokal.
IU 9	SOP gerakan CANTIK mencakup alur 5 meja Posyandu.
IU 10	SOP gerakan CANTIK mengacu buku KIA dan panduan Puskesmas.
IU 11	SOP gerakan CANTIK meliputi pendataan, pengukuran dengan alat terstandar, rujukan berjenjang, dan edukasi.
IU 12	SOP gerakan CANTIK meliputi pendataan & pengukuran 100%, alat standar digital.

SOP gerakan CANTIK yaitu pencatatan dan pelaporan menggunakan aplikasi, pengukuran akurat dengan alat antropometri terstandar, rujukan berjenjang, intervensi sesuai tata laksana (PMT 14, 28, 90 hari) dan edukasi dengan media interaktif. Dengan demikian SOP telah tersedia dan dipahami dengan baik oleh petugas, namun belum mengantisipasi situasi lapangan seperti penolakan rujukan dan intervensi oleh orang tua.

Tabel 6. Indikator kinerja Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Indikator kinerja gerakan CANTIK meliputi Prevalensi stunting (target 14% di 2024), balita wasting, BB kurang, BB tidak naik, Ibu hamil KEK diberi PMT. Selain itu pendataan sasaran 100%, kehadiran Posyandu 100%.
IU 2	Indikator kinerja gerakan CANTIK (edukasi) meliputi peningkatan pengetahuan/kesadaran, penerimaan edukasi, partisipasi ke Posyandu target >80%.
IU 3	Indikator kinerja gerakan CANTIK meliputi kehadiran Posyandu, capaian pemeriksaan bumil (minimal 6 kali).
IU 4	Indikator kinerja gerakan CANTIK yaitu D/S (cakupan kunjungan) terpenuhi.
IU 5	Indikator kinerja gerakan CANTIK yaitu peningkatan pengetahuan/kesadaran masyarakat.
IU 6	Indikator kinerja gerakan CANTIK meliputi kehadiran sasaran, hasil pengukuran baik (tidak ada stunting).
IU 7	Indikator kinerja gerakan CANTIK meliputi kehadiran 100%, pengukuran 100%, pelaporan tepat waktu.
IU 8	Indikator kinerja gerakan CANTIK meliputi 100% sasaran terlayani, entry EPPGBM minimal 80%, penurunan stunting.
IU 9	Indikator kinerja gerakan CANTIK meliputi kehadiran 100%, dan pengukuran 100%.
IU 10	Indikator kinerja gerakan CANTIK meliputi kenaikan BB minimal, imunisasi lengkap, status gizi baik.
IU 11	Indikator kinerja gerakan CANTIK Pendataan dan pengukuran 100%, alat standar, kunjungan rumah bagi yang tidak datang ke Posyandu.
IU 12	Indikator kinerja gerakan CANTIK Pendataan & pengukuran 100%, alat standar digital.

Indikator kinerja di Puskesmas Siwalan lebih menekankan pada proses di tingkat Posyandu (kehadiran, pengukuran, pelaporan) harus 100% dan tepat waktu serta cakupan layanan (imunisasi dan status gizi baik). Sebaliknya di Puskesmas Bojong 1 indikator kinerja yaitu d/s terpenuhi (100% sasaran terlayani), kualitas alat dan data (minimal entry 80%), serta penurunan stunting. Indikator kinerja kuantitatif (target 100%, D/S) memicu *gaming the indicators* (manipulasi capaian indikator) di mana pelaksana mengejar target formal tanpa substansi kualitas (Hill & Plimmer, 2024). Sehingga diperlukan validasi silang dan insentif berbasis kualitas (Gärtner et al., 2024).

Tema 2. Komunikasi

Tema 2 memegang peranan krusial dalam memastikan kebijakan/program di laksanakan dengan tepat oleh pelaksana dan di pahami oleh pemangku kebijakan serta membangun jaringan. Terdiri dari sub tema strategi penyampaian informasi, umpan balik (*feedback*), koordinasi, dan monitoring evaluasi.

Tabel 7. Strategi penyampaian informasi Gerakan CANTIK

Kode	Hasil analisis
IU 1	Strategi penyampaian informasi melalui Surat edaran ke Puskesmas, koordinasi lintas OPD (Dinas P3A & PPKB), dan melalui sosial media, serta sosialisasi sebelum pelaksanaan dan monitoring evaluasi pelaksanaan.
IU 2	Strategi penyampaian informasi mengacu petunjuk teknis yang diturunkan menjadi SOP. Rapat koordinasi, tidak boleh terlalu improvisasi.
IU 3	Strategi penyampaian informasi mengikuti standar kerja dari Dinas.
IU 4	Strategi penyampaian informasi melalui sosialisasi sebelum program dilaksanakan (teknis dan output). Tanya jawab lewat grup.
IU 5	Strategi penyampaian informasi melalui pembinaan/refreshing kader tentang tanda-tanda calon stunting (BB tidak naik 2 bulan berturut-turut).
IU 6	Strategi penyampaian informasi melalui media sosial (Instagram, FB, TikTok), flyer, Bidan Desa (grup WA kader), pengeras suara masjid, pertemuan lintas sektor tiap tribulan.

Kode	Hasil analisis
IU 7	Strategi penyampaian informasi melalui personal sesuai risiko, kelas ibu hamil, info jadwal lewat grup oleh kader.
IU 8	Strategi penyampaian informasi melalui: Dinas → Petugas Gizi → Bidan Desa → Kader. Koordinasi lintas program.
IU 9	Strategi penyampaian informasi melalui penyuluhan, edukasi, dan grup WA.
IU 10	Strategi penyampaian informasi melalui pengeras suara masjid dan kunjungan <i>door to door</i>
IU 11	Strategi penyampaian informasi melalui pertemuan perwakilan kader dan bidan Desa di Puskesmas/Desa. Info jadwal via grup WA.
IU 12	Strategi penyampaian informasi melalui sosialisasi dan pertemuan di Puskesmas.

Dalam teori implementasi kebijakan Edward III (1980), komunikasi menempati posisi sentral sebagai variabel yang memengaruhi keseluruhan proses implementasi, mencakup transmisi informasi, kejelasan pesan, konsistensi, serta koordinasi antar pelaksana (Hasanah & Handayani, 2025). Dinkes menerapkan strategi multisaluran adaptif yang selaras dengan komunikasi dua arah (Aminullah, 2026). Di Puskesmas Siwalan dengan menyampaikan standar kerja dari Dinas, memanfaatkan pembinaan kader serta kelas ibu hamil juga pendekatan sederhana tetapi langsung menyentuh masyarakat (pengeras suara masjid, dan *door to door*). Sebaliknya Puskesmas Bojong 1 lebih bervariasi, dimana dilakukan dengan sosialisasi sebelum pelaksanaan program, memanfaatkan grub untuk diskusi, sosmed untuk edukasi, lewat mikrofon masjid, dan koordinasi lintas program maupun lintas sektor. Ini menunjukkan pentingnya *interpersonal relay* dalam rantai komunikasi kebijakan (Kondolele et al., 2025).

Tabel 8. Umpan balik (*Feedback*) pada Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	<i>Feedback</i> dari pelaporan hasil penimbangan dan intervensi rutin berjenjang: Posyandu → Puskesmas → Dinkes
IU 2	Umpan balik melalui laporan dari Puskesmas mencakup hasil pengukuran, temuan masalah, dan tata laksana.
IU 3	Umpan balik melalui pelaporan: Kader → Bidan Desa → Puskesmas → Dinas.
IU 4	Umpan balik dari Laporan kegiatan tiap minggu.
IU 5	Umpan balik dari laporan di grup WA atau pertemuan kader.
IU 6	Umpan balik melalui evaluasi tiap desa, pertemuan kader sebulan sekali.
IU 7	Umpan balik dari pelaporan melalui Sigizi Kesga dan EPPGBM.
IU 8	Umpan balik dari pencatatan berkala, kader melaporkan progres PMT ke koordinator gizi.
IU 9	Umpan balik dari Laporan setiap bulan ke Puskesmas.
IU 10	Umpan balik dari laporan hasil pengukuran dan masukan saat pertemuan rutin (keluhan PMT, alat rusak).
IU 11	Umpan balik melalui catatan manual (buku besar, lembar bantu) yang difoto atau diberikan ke Bidan Desa.
IU 12	Umpan balik laporan rutin Posyandu.

Umpan balik (*feedback*) gerakan CANTIK dilakukan melalui pelaporan berjenjang, pertemuan rutin, pelaporan berkala (bulanan), serta pemanfaatan aplikasi (Sigizi Kesga) dan catatan manual kader. Dalam komunikasi dua arah, umpan balik merupakan komponen yang tidak kalah krusial karena berfungsi sebagai bahan evaluasi dan koreksi berkelanjutan.

Koordinasi gerakan CANTIK di tingkat Dinkes melalui mekanisme formal dan bersifat hierarkis dengan surat edaran untuk programmer seluruh Puskesmas, namun tetap terbuka dengan umpan balik dari rapat koordinasi dengan promkes, bidan desa dan kader. Sedangkan di tingkat Puskesmas melalui mekanisme formal (rapat/pertemuan rutin lintas program dan lintas sektor) dan informal (lewat grub WA). Komunikasi dan koordinasi sebagai faktor penentu keberhasilan implementasi kebijakan, tanpa komunikasi yang jelas dan koordinasi yang disiplin, transformasi kebijakan berisiko terperosok dalam fragmentasi program dan disparitas implementasi antarwilayah (Jose Moises et al., 2024).

Monitoring evaluasi gerakan CANTIK melalui pemantauan laporan bulanan di Sigizi Kesga dan pertemuan kader untuk mengevaluasi sekaligus mencari solusi dari kendala yang muncul selama pelaksanaan. Selain itu monitoring evaluasi lewat grub WA maupun kunjungan langsung juga di lakukan oleh Dinkes dan Puskesmas untuk memastikan pelaksanaan berjalan secara efektif dan efisien dan mencapai target.

Tema 3. Sumber daya

Tema 3 memegang peranan penting, program tidak dapat berjalan tanpa sumber daya yang mendukung. Sumber daya ini meliputi persiapan dan pengembangan kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM), anggaran, sarana prasarana, dan sistem informasi.

Tabel 9. Persiapan dan pengembangan SDM pada Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Mekanisme mempersiapkan SDM melalui zoom meeting dengan Puskesmas untuk persiapan SDM, kevalidan alat, dan teknis lapangan serta ada <i>refresh</i> ilmu untuk petugas.
IU 2	Kader didampingi nakes, tidak dilepas sendiri. Ada <i>refreshing</i> kader dan <i>workshop</i> , namun belum tentu pelatihan formal.
IU 3	Mekanisme persiapan dan pengembangan kapasitas petugas melalui zoom meeting, rapat koordinasi di Dinkes, <i>refreshing</i> kader, sosialisasi program baru.
IU 4	Tidak ada pelatihan khusus petugas gizi, menunggu program dari atas.
IU 5	Petugas Promkes dilatih Dinkes. Kader dapat pembinaan/ <i>refreshing</i> setahun sekali.
IU 6	Pengembangan kapasitas melalui zoom, pelatihan Posyandu, monev Dinas. Pemberdayaan kader setahun sekali dengan <i>assessment</i> keterampilan.
IU 7	Pelatihan stunting untuk bidan hanya sekilas. Sering dipanggil rapat stunting karena desa lokus.
IU 8	Pelatihan khusus stunting belum ada, hanya pelatihan pembuatan PMT untuk bidan dan kader.
IU 9	Kader pernah pelatihan membuat makanan dan cara mengukur (TB, BB, LILA).
IU 10	Kader pernah pelatihan komunikasi efektif, pengisian formulir/aplikasi, dan membuat PMT lokal.
IU 11	Kader pernah pelatihan cara ukur benar dan pembuatan PMT oleh Puskesmas/Dinas untuk perwakilan kader.
IU 12	Kader pernah pelatihan tentang pengukuran, pencatatan, pengisian buku KIA, pembuatan PMT, dan edukasi masyarakat.

Puskesmas Siwalan untuk petugas promkes dilatih oleh Dinkes sedangkan Bidan Desa hanya sekilas saja. Sebaliknya persiapan dan pengembangan kapasitas SDM Puskesmas Bojong 1 untuk petugas gizi tidak ada pelatihan sedangkan untuk kader di latih terkait pengukuran, pembuatan PMT, edukasi dan pengisian buku KIA. Kesenjangan ini mengindikasikan bahwa prioritas pengembangan kapasitas SDM belum terdistribusi secara merata.

Tabel 10. Anggaran Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Anggaran gerakan CANTIK berasal dari BOK, Bankeu, CSR, dan Desa untuk PMT balita bermasalah gizi dan Bumil KEK selain itu ada suplementasi gizi, hingga media edukasi cetak
IU 2	Sumber anggaran gerakan CANTIK dari APBD, APBN, DAK Non Fisik untuk Puskesmas, tidak ada anggaran khusus media karena menggunakan sosmed, cetak di kurangi jika perlu pengadaan sendiri.
IU 3	Anggaran gerakan CANTIK dari BOK Kemenkes. Jika tidak cukup, mengusulkan ke ADD Desa.
IU 4	BOK (Puskesmas) dan ADD Desa (operasional Posyandu & PMT).
IU 5	Terdapat dua sumber dana dalam pelaksanaan gerakan CANTIK yaitu BOK (pelatihan kader) dan BLUD (operasional, media cetak).
IU 6	Anggaran gerakan CANTIK berasal dari BOK.
IU 7	Anggaran gerakan CANTIK dari Desa dan Puskesmas, diberikan waktu berbeda agar <i>continue</i> untuk PMT.
IU 8	Puskesmas menganggarkan tetapi tidak semua tercover, sisanya di talangi Desa untuk PMT.
IU 9	Alokasi Anggaran untuk PMT.
IU 10	Alokasi Anggaran untuk perbaikan alat ukur, transport kader, insentif kader, konsumsi penyuluhan, PMT.
IU 11	Alokasi Anggaran untuk PMT dari Desa atau Puskesmas.
IU 12	Alokasi Anggaran untuk PMT.

Anggaran dari BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), ada dari DAK Non Fisik (Dana Alokasi Khusus Non Fisik), ada dari BLUD (Badan Layanan Umum Daerah), ada dari BanKeu (Bantuan Keuangan), ada dari CSR (*Corporate Social Responsibility*), dan ada dari ADD (Anggaran Dana Desa),

dialokasikan selain untuk PMT juga untuk media edukasi, pelatihan kader, operasional Posyandu, perbaikan alat, transport, dan insentif kader. Keberagaman sumber pembiayaan ini menunjukkan adanya komitmen dari berbagai tingkatan pemerintahan dari Pusat, Provinsi, Kabupaten, hingga Desa dalam mendukung percepatan penurunan stunting. Namun, variasi sumber anggaran yang ada belum sepenuhnya diimbangi oleh mekanisme pengelolaan yang terintegrasi, sehingga berpotensi menimbulkan tumpang tindih atau bahkan kekosongan pendanaan pada aspek-aspek tertentu.

Tabel 11. Sarana prasarana Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Semua Posyandu sudah punya alat antropometri terstandar, media edukasi lebih ke digital namun leaflet tetap ada, suplementasi gizi (pengajuan).
IU 2	Ada lembar balik dan media "Isi Piringku".
IU 3	Alat antropometri standar sudah ada di Posyandu, suplementasi gizi hanya untuk gizi buruk.
IU 4	Alat dari pemerintah, perbaikan alat inisiatif Desa.
IU 5	Media Edukasi berupa cetak (buku KIA) dan elektronik (Instagram).
IU 6	Media edukasi digital, cetak minim.
IU 7	Alat antropometri terstandar semua, belum ada leaflet/lembar balik.
IU 8	Alat terbaru, kader sudah dilatih cara ukur dan baca hasil.
IU 9	Alat cukup, ada timbangan, pengukur tinggi. Tetapi LiLA dan LiKa masih pakai meteran biasa. Suplementasi gizi (susu gizi kurang buruk, dan TTD untuk bumil)
IU 10	Alat antropometri digital semua dan berfungsi. Ada vitamin A dan TTD sisanya di Puskesmas, media edukasi tidak ada.
IU 11	Alat digital semua, kadang error pakai manual. Suplemen dari Puskesmas dan belum ada media edukasi.
IU 12	Timbangan digital, jika error pakai timbangan gantung. Tidak ada media edukasi (pakai omongan langsung).

Sarana prasarana prasarana gerakan CANTIK meliputi alat antropometri terstandar sudah ada di seluruh Posyandu untuk menjamin presisi pengukuran dan status gizi secara akurat. Kendala di lapangan (Posyandu Menjangan Bojong) alat yang digunakan error, temuan di Posyandu Tengeng Wetan Siwalan tidak terdapat alat ukur terstandar untuk mengukur LiLA dan LiKa (Pita LiLA). Ini menunjukkan bahwa sumber daya tidak pernah bersifat absolut, tetapi sangat bergantung pada komitmen Pemerintah Desa (Widyawati et al., 2022). Di Posyandu Tengeng Wetan Siwalan dan Menjangan Bojong tidak ada media edukasi, hanya secara lisan ketika mengedukasi. Sebagai agen perubahan di tingkat masyarakat, kader memerlukan lebih dari sekadar pengetahuan lisan. Mereka membutuhkan alat bantu komunikasi yang terstandarisasi agar pesan gizi dapat disampaikan secara seragam dan efektif sehingga di lapangan tidak terlewatkan. Suplementasi gizi di peruntukan untuk sasaran prioritas yaitu yang bermasalah gizi.

Sistem informasi yang digunakan untuk pemantauan dan pelaporan yaitu Sigizi Kesga (Sistem Informasi Gizi dan Kesehatan Keluarga) yang merupakan portal utama dari Kemenkes. Aplikasi Sigizi Kesga dirancang untuk efisiensi. Namun di lapangan kader sering kali tidak mampu menginput data karena keterbatasan teknologi dan akses internet, sehingga beban penginputan sepenuhnya berada pada petugas gizi yang jumlahnya terbatas. Hal ini menyebabkan *overload* kerja dan berpotensi menurunkan akurasi data. Digitalisasi justru dapat menjadi beban tambahan jika tidak disertai dengan pelatihan massal kader dan penyediaan perangkat *mobile* yang memadai (Zhang et al., 2025).

Tema 4. Karakteristik organisasi

Karakteristik organisasi mempengaruhi pelaksanaan program karena komponen internal seperti struktur tim/pembagian tugas dan tanggung jawab, bahkan kendala yang muncul menentukan bagaimana program di rencanakan, di koordinasikan, dan di laksanakan.

Tabel 12. Struktur tim/pembagian tugas pada Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Belum ada struktur tim hanya PJ Program gizi.
IU 2	Pembagian tim di promkes meliputi sub Koordinator Promkes dan pemberdayaan masyarakat, admin, serta petugas yang bertanggung jawab di lapangan.
IU 3	Pembagian tim ada bagian entry data (KIA, Imunisasi, Gizi), Bidan Desa, Kader.
IU 4	Pembagian tugas Petugas gizi (koordinator & input data), Promkes (edukasi), Bidan & Kader (pelaksana).

Kode	Hasil Analisis
IU 5	Pembagian tugas meliputi promkes (edukasi ke masyarakat), Petugas gizi (koordinasi), Bidan Desa (intervensi).
IU 6	Pembagian tim di Posyandu ILP ada Bidan, Perawat, Promkes, Gizi, Kesling sesuai programnya.
IU 7	Pembagian tim/tugas berdasarkan alur 5 meja di Posyandu ILP (Pendaftaran s/d Edukasi & PMT).
IU 8	Pembagian tim di Posyandu terdiri dari Bidan Desa, Kader, Perawat/Petugas Puskesmas.
IU 9	Pembagian tim berdasarkan alur 5 meja.
IU 10	Ada struktur kepengurusan ketua, sekretaris, bendahara dan pembagian meja yang tua di pendaftaran dan yang muda di pengukuran.
IU 11	Pembagian tugas terdiri dari pendaftaran, timbang/ukur, catat, pembagian PMT, ada bidan, serta perawat dan dokter (pemeriksaan lansia).
IU 12	Pembagian tugas meliputi bagian pendaftaran, administrasi, penimbangan, penyuluhan.

Struktur tim/pembagian tugas gerakan CANTIK di tingkat Dinkes tidak ada, hanya ada PJ program yaitu gizi. Kondisi ini berdampak pada tingginya beban kerja individu dan program rentan terhadap kegagalan, ini mengindikasikan fragmentasi wewenang yang dalam teori Edward III disebut sebagai hambatan birokrasi (Firiansyah, 2026). Sedangkan di tingkat Puskesmas dan Posyandu sudah memahami tugas dan fungsi, petugas gizi sebagai koordinator, petugas promkes kaitan edukasi, bidan desa dan kader pelaksana di lapangan, serta alur 5 meja di Posyandu yang terdiri dari pendaftaran, pengukuran, pencatatan, pemeriksaan, edukasi dan PMT. hal ini menunjukkan adanya standardisasi prosedur yang baik di tingkat operasional.

Memastikan tanggung jawab terhadap tugas gerakan CANTIK dilakukan dengan kesadaran akan tugas pokok dan fungsi, disiplin serta saling membantu. Selain itu pendampingan dan monitoring evaluasi juga di lakukan untuk membahas laporan capaian, jika belum maksimal/kurang terdapat mekanisme teguran dari Puskesmas maupun Dinas. Hal ini sejalan dengan temuan penelitian di Kabupaten Ponorogo tentang implementasi program penurunan stunting, bahwa keberhasilan intervensi gizi ditentukan oleh sistem pengawasan berjenjang dari Puskesmas hingga Dinas Kesehatan (Aisyah, 2023). Mekanisme *reward and punishment* yang diterapkan secara konsisten akan mendorong terbentuknya budaya kerja disiplin dan kolaboratif. Namun, teguran harus diikuti dengan solusi teknis bukan sekadar sanksi agar tidak menimbulkan resistensi.

Tabel 13. Kendala (*double job*) dalam Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Kendala tetap apa tetapi tidak terlalu berpengaruh karena sudah tahu apa yang dilakukan masing-masing, masih terus diupayakan terkait koordinasi lintas sektor agar ada keberlanjutan.
IU 2	Ada <i>double job</i> , solusinya pembagian tugas berdasarkan kemampuan SDM, bukan kuantitas.
IU 3	Tidak ada <i>double job</i> , sesuai tugas dan fungsi masing-masing.
IU 4	Tidak ada <i>double job</i> , hanya <i>backup</i> jika sakit/berhalangan.
IU 5	Tidak ada <i>double job</i> , sesuai <i>job desk</i> masing-masing.
IU 6	Di Puskesmas tidak ada <i>double job</i> . Di Posyandu tugas bergilir agar semua paham.
IU 7	Tidak ada <i>double job</i> , saling bantu jika ada yang keteteran.
IU 8	Tidak ada <i>double job</i> , lancar-lancar saja.
IU 9	Tidak ada <i>double job</i> , saling bantu jika perlu.
IU 10	<i>Double job</i> terjadi jika jumlah kader yang datang sedikit (satu orang merangkap dua meja), terpaksa karena sasaran harus terlayani.
IU 11	Dari awal ada pembagian tugas dan kader paham semua bagian, jika ada yang kesusahan dibantu jadi tidak ada <i>double job</i> .
IU 12	Tidak ada <i>double job</i> karena jumlah kader mencukupi (5-8 orang)

Puskesmas Bojong 1 dan Puskesmas Siwalan sepakat tidak ada jika kader rajin datang saat Posyandu, tugas jelas bahkan bergilir agar semua paham tugasnya, jumlah kader cukup dan ada mekanisme saling bantu. Ini menunjukkan bahwa *double job* bukan masalah struktural, melainkan masalah skala beban kerja (Harahap et al., 2025).

Tema 5. Disposisi/sikap pelaksana

Disposisi/sikap pelaksana mencerminkan komitmen dan kecenderungan individu untuk melaksanakan program dengan optimal. Tanpa disposisi yang baik, program yang di dukung anggaran besar sekalipun cenderung tidak efektif.

Tabel 14. Komitmen Pelaksana Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Komitmen, sudah instruksi mencapai target 100% D/S, terus di- <i>push</i> .
IU 2	Sudah pasti komitmen didukung edaran dan peran Promkes krusial.
IU 3	Komitmen dan disiplin karena tupoksi dan urgent.
IU 4	Komitmen tidak bisa sendiri, butuh lintas program & lintas sektor.
IU 5	Berkomitmen penuh mendukung program Dinkes.
IU 6	Komitmen pada pekerjaan, terbuka dengan masukan kader.
IU 7	Komitmen karena stunting <i>urgent</i> dan nakes punya tanggung jawab.
IU 8	Selama tujuan baik, untuk generasi emas pasti berkomitmen.
IU 9	Komitmen itu pasti dalam melaksanakan tugas semaksimal mungkin, tetapi bagaimanapun kader itu relawan.
IU 10	Kader komitmen, pernah diikutkan pelatihan untuk menunjang keterampilan.
IU 11	Kader berkomitmen mendukung program Puskesmas karena tujuannya pasti baik.
IU 12	Komitmen sebagai garda terdepan menggerakkan masyarakat.

Komitmen mulai dari Dinkes, Puskesmas, hingga kader, selain memang sudah tupoksi juga peran krusial, stunting *urgent*, hingga kader sebagai garda terdepan masyarakat serta didukung oleh Pemdes. Ini menunjukkan bahwa *double job* bukan masalah struktural, melainkan masalah skala beban kerja (Harahap et al., 2025).

Tabel 15. Dukungan internal/eksternal pada Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Dukungan struktural dan operasional.
IU 2	Dukungan internal (penguatan kader, KIE) dan eksternal (advokasi linsek, CSR).
IU 3	Dukungan Kapus sangat luar biasa (kebijakan Kapus).
IU 4	Ada tambahan petugas sebagai penyemangat.
IU 5	Internal: semangat pribadi dan tanggung jawab sebagai petugas. Eksternal: lingkungan kerja suportif.
IU 6	Sikap profesional menghadapi beban kerja dan keinginan memberi manfaat.
IU 7	Menikmati tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan.
IU 8	Petugas menikmati setiap proses dalam pekerjaannya.
IU 9	Panggilan hati dan niat ikhlas menjadi relawan (kader).
IU 10	Panggilan hati.
IU 11	Sudah panggilan hati, jika tidak kita (kader) siapa lagi yang mau.
IU 12	Rasa bangga bisa menggerakkan masyarakat.

Dukungan internal/eksternal di tingkat manajerial (Dinkes), dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti instruksi, kebijakan, dan dukungan sumber daya (struktural dan operasional). Semakin ke tingkat lapangan (kader), dukungan semakin bersifat internal dan berbasis nilai (panggilan hati, niat ikhlas, dan rasa bangga). Puskesmas berada di posisi tengah dimana dukungan Kepala Puskesmas penting sebab posisi strategisnya mampu menggerakkan seluruh aspek operasional, manajerial, dan pengawasan. Selain itu sikap profesionalisme dan menikmati pekerjaan mendukung pelaksanaan gerakan CANTIK.

Tabel 16. Kendala (demotivasi) dalam Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Tidak ada demotivasi, menyadari pentingnya program, lelah tidak mempengaruhi karena dijalani dengan enjoy.
IU 2	Tidak ada demotivasi di Dinkes, dijalani dengan <i>have fun</i> dan ikhlas. <i>Burn out</i> mungkin di Puskesmas.
IU 3	Tidak demotivasi, ikhlas dan <i>enjoy</i> , tahu manfaatnya.
IU 4	Tidak pernah demotivasi (semangat)
IU 5	Hambatan bukan dari petugas, tapi dari masyarakat (biaya transport/waktu ke RS).

Kode	Hasil Analisis
IU 6	Pernah demotivasi (pekerjaan banyak, ibu rumah tangga) tapi tetap semangat.
IU 7	Tidak demotivasi, lelah biasa.
IU 8	Tidak pernah demotivasi (menikmati).
IU 9	Pernah demotivasi (lelah, imbalan tidak sebanding, minat masyarakat kurang).
IU 10	Pernah demotivasi (jika warga tidak menghargai), tapi karena panggilan hati tetap jalan.
IU 11	Pernah demotivasi (gaji tidak sebanding), tapi panggilan hati.
IU 12	Pernah demotivasi sebelum dapat pelatihan.

Meskipun komitmen dan dukungan tinggi, temuan ini juga mengungkap adanya kecenderungan demotivasi, terutama di tingkat kader. Di Puskesmas Siwalan, petugas menjalankan programnya karena memang sudah tugas, lelah biasa tetapi *enjoy* sedangkan kader di lapangan merasakan demotivasi karena beban dan imbalan tidak sebanding serta kurangnya penghargaan dari masyarakat. Sebaliknya temuan di Puskesmas Bojong 1 petugas promkes memiliki tantangan besar dalam mencapai *work life balance* (keseimbangan kerja dan kehidupan pribadi), dan kader pernah demotivasi ketika imbalan tidak sebanding. Dengan demikian, penguatan disposisi pelaksana tidak cukup hanya melalui peningkatan komitmen, tetapi perlu disertai perhatian terhadap kesejahteraan, keseimbangan hidup-kerja, serta pengakuan atas kontribusi pelaksana di tingkat akar rumput.

Tema 6. Struktur birokrasi

Struktur birokrasi berperan sebagai kerangka kerja yang memastikan kebijakan di interpretasikan menjadi aksi nyata secara konsisten dan efisien yang meliputi efektivitas prosedur administrasi dan adaptasi birokrasi.

Tabel 17. Efektivitas prosedur administrasi Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Prosedur administrasi meliputi pendataan manual dan di aplikasi oleh petugas gizi Puskesmas atau bidan desa bahkan memberdayakan kader untuk input langsung, pelaporan <i>real time</i> , cukup efisien.
IU 2	Dinkes menerima laporan dan mengkaji/evaluasi laporan sudah berjalan efektif, memaklumi perbedaan wilayah & beban kerja tetapi tetap ada <i>deadline</i> .
IU 3	Prosedur administrasi meliputi pencatatan sasaran, hasil pengukuran dan hasil pemeriksaan, manual di lembar bantu/buku besar Posyandu lalu di Sigizi, sudah cukup efektif dan efisien.
IU 4	Prosedurnya sudah efektif dari kader ke Puskesmas baru dari Puskesmas ke Dinas.
IU 5	Prosedur berjenjang dari Posyandu (Kader) ke Bidan Desa ke Petugas Gizi Puskesmas, sudah berjalan efektif sesuai alur.
IU 6	Prosedur meliputi pendataan sasaran, pencatatan hasil pengukuran dan intervensi, pelaporan. Sudah berjalan baik, meski formulir kadang tidak lengkap karena kondisi Posyandu ramai.
IU 7	Perencanaan dari Dinas (juknis), pelaksanaan oleh Puskesmas, pelaporan manual lalu input aplikasi. Pelaporan sudah baik meskipun kadang terlambat.
IU 8	Prosedur administrasi melalui pelaporan lewat aplikasi sudah bagus tetapi tidak <i>real time</i> , sering di <i>rapel</i> .
IU 9	Prosedur administrasi meliputi pendataan sasaran, pencatatan hasil pengukuran, dan pelaporan. Cukup baik, sesuai <i>deadline</i> .
IU 10	Pencatatan dan pelaporan Cukup baik, pakai kertas lalu di input petugas gizi.
IU 11	Pencatatan dan pelaporan. Sudah terbuka (pihak Desa/masyarakat).
IU 12	Pencatatan manual dan input ke aplikasi. Administrasi sudah efektif, namun pelaporan sering telat karena tidak langsung direkap.

Efektivitas prosedur administrasi gerakan CANTIK meliputi pencatatan manual oleh kader kemudian di input ke aplikasi Sigizi Kesga oleh petugas gizi dan pelaporan berjenjang dari Puskesmas lalu dilaporkan ke Dinas telah berjalan dengan efektif dan efisien meskipun masih terdapat kendala di lapangan seperti formulir tidak lengkap dan keterlambatan pelaporan.

Tabel 18. Adaptasi birokrasi pada Gerakan CANTIK

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Melihat <i>impact</i> , penguatan kader, kolaborasi, dan strategi komunikasi serta menyesuaikan kondisi daerah.

Kode	Hasil Analisis
IU 2	Memberikan keleluasaan kepada Puskesmas.
IU 3	Sering mendampingi, sering sosialisasi, pendekatan kekeluargaan dengan kader dan Pemdes.
IU 4	Disesuaikan dengan kondisi, lingkungan, wilayah (PMT lokal).
IU 5	Mekanisme rujukan berjenjang fleksibel artinya jika bisa di atasi di Puskesmas maka rujukan cukup sampai Puskesmas, jika tidak maka rujuk ke Rumah Sakit.
IU 6	Birokrasi luwes, kader diberi waktu untuk menyerahkan laporan.
IU 7	Memberikan waktu (<i>deadline</i>) untuk penyerahan laporan.
IU 8	Kader diberi waktu untuk menyelesaikan laporan jika tidak bisa <i>real time</i> .
IU 9	Memberikan <i>deadline</i> pelaporan.
IU 10	Kader pernah diajari input tapi terkendala teknologi & internet.
IU 11	Pendekatan fleksibel dan komunikasi efektif.
IU 12	Memberikan <i>deadline</i> pelaporan yang tegas

Adaptasi birokrasi pada gerakan CANTIK dapat dilihat dari birokrasi yang menyesuaikan kondisi wilayah misalnya PMT lokal, dan pendekatan kekeluargaan. Selain itu birokrasi bersifat luwes dalam penyerahan laporan tetapi tetap ada *deadline* yang harus di patuhi. Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan yang melibatkan relawan, struktur birokrasi harus menyediakan simplifikasi administratif dan sistem penagihan yang ramah, bukan sekadar formalitas (Amrullah et al., 2022). Mekanisme rujukan juga fleksibel. Hal ini dapat meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan serta kepercayaan masyarakat.

Tema 7. Lingkungan sosial politik

Lingkungan sosial politik dapat bersifat mendukung ataupun menghambat pelaksanaan program. Dengan demikian sinergi antara dukungan pemerintah daerah dan lintas sektor, strategi partisipasi/peran masyarakat, serta adaptasi terhadap tradisi/kepercayaan secara keseluruhan menghasilkan perubahan nyata yang positif dan keberhasilan program.

Tabel 19. Dukungan pemda, pemdes, dan linsek

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Dukungan pemda meliputi ada CSR masuk, koordinasi lintas OPD untuk intervensi, serta Bupati mengeluarkan edaran, anggaran intervensi, dan instruksi untuk mendukung percepatan penurunan stunting.
IU 2	Dukungan pemda meliputi mengirim surat edaran di barengi gerakan linsek (Bapprida), Inspektorat mengawasi, Bupati menginstruksikan agar masalah stunting teratasi dengan baik serta DPRD kaitan regulasi dan menampung aspirasi masyarakat.
IU 3	Mengadakan rapat linsek tiap 3 bulan, melibatkan Camat, Dindik, OPD serta Camat aktif perintahkan ke Desa.
IU 4	Dukungan Pemda memberi anggaran dan menggerakkan PKK.
IU 5	Dukungan melalui PKK
IU 6	Dukungan Pemda baik karena stunting isu nasional, terdapat anggaran untuk rembuk stunting dan melibatkan PKK.
IU 7	Tokoh agama/masyarakat aktif membawa anak/cucu ke Posyandu sebagai contoh.
IU 8	Desa menganggarkan.
IU 9	Tokoh masyarakat/tokoh agama ikut <i>woro-woro</i> .
IU 10	Tokoh masyarakat/tokoh agama memberikan dana sosial dan ikut meng edukasi.
IU 11	Desa memberikan anggaran.
IU 12	RT ikut <i>woro-woro</i> .

Dukungan pemda, pemdes dan linsek semuanya bergerak sesuai porsinya masing-masing dalam mendukung gerakan CANTIK. Dukungan pada level Dinkes selain anggaran juga berupa kebijakan Bupati dan koordinasi lintas sektor/lintas OPD. Sedangkan pada level Puskesmas hingga Posyandu dukungan dari Camat, PKK hingga tokoh agama/masyarakat.

Tabel 20. Strategi partisipasi/peran masyarakat

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Strategi partisipasi masyarakat melalui informasi dari mulut ke mulut (testimoni di Posyandu), melibatkan tokoh agama untuk ikut mempengaruhi.
IU 2	Strategi partisipasi masyarakat dilakukan dengan menjadikan program kebutuhan, pendekatan tokoh agama, sosialisasi/penyuluhan personal.
IU 3	Strategi partisipasi masyarakat melibatkan lintas sektor berupa ancaman bantuan PKH akan di cabut jika tidak mau ke Posyandu karena tingkat pendidikan masyarakat juga rendah.
IU 4	Strategi partisipasi masyarakat dengan melibatkan tokoh agama yang efektif untuk mempengaruhi masyarakat yang kolot dengan menyelipkan edukasi di majelis.
IU 5	Masyarakat mulai tahu tentang stunting meskipun belum merata pengetahuannya, kader aktif dan PKK gencar.
IU 6	Strategi partisipasi masyarakat dengan penekanan bahwa kader sebagai ujung tombak dan dilakukan kunjungan rumah untuk sasaran yang tidak datang dengan tetep di motivasi.
IU 7	Strategi partisipasi masyarakat dilakukan dengan pendampingan oleh kader dan berkoordinasi dengan bidan desa.
IU 8	Strategi partisipasi masyarakat melalui kelas balita dan ibu hamil serta penyuluhan tentang nutrisi dan pentingnya pemantauan tumbuh kembang.
IU 9	Strategi partisipasi masyarakat dengan di edukasi terus, ajak rutin ke Posyandu.
IU 10	Strategi partisipasi masyarakat dengan di motivasi, variasi PMT penyuluh, dan lomba balita sehat.
IU 11	Strategi partisipasi masyarakat melalui ajakan pentingnya Posyandu untuk cegah stunting, imunisasi gratis, dan gencarkan informasi lewat grup WA.
IU 12	Strategi partisipasi masyarakat melalui kunjungan rumah, motivasi terus, dan PMT dibuat menarik.

Strategi partisipasi/peran aktif masyarakat oleh Dinkes yaitu selain sosialisasi dan kunjungan rumah juga menekankan bahwa ini kebutuhan masyarakat serta menggandeng tokoh agama yang dapat mempengaruhi masyarakat. Di Puskesmas Siwalan dengan tingkat partisipasi Posyandu rendah pendekatan motivasi, pendampingan oleh kader dan bidan desa, PKK gencar, hingga variasi PMT kurang mengena sehingga pendekatan berbasis ancaman perlu untuk meningkatkan kesadaran. Sebaliknya di Puskesmas Bojong 1 strategi partisipasi masyarakat lebih beragam mulai dari motivasi, melibatkan tokoh agama untuk edukasi, penekanan kader sebagai ujung tombak, memanfaatkan kelas balita dan ibu hamil hingga informasi lewat grup WA. Keberagaman strategi mencerminkan pemahaman bahwa tidak ada pendekatan tunggal yang cocok untuk seluruh masyarakat, dan diperlukan adaptasi strategi berdasarkan karakteristik lokal.

Tabel 21. Tradisi/mitos/kepercayaan masyarakat

Kode	Hasil Analisis
IU 1	Mitos masih ada tetapi ibu sekarang tidak percaya mitos.
IU 2	Masih ada persepsi stunting itu genetik karena ciri fisik pendek, masih ada pantangan makan untuk ibu hamil dan praktik pemberian MPASI dini.
IU 3	Praktik pemberian MPASI atau yang sekarang PMBA dimana harus banyak minyak/lemak dan lauk hewani itu di tentang karena takut bikin batuk atau cacangan.
IU 4	Hidup di Desa banyak tradisinya tetapi tergantung orangnya mau percaya atau tidak.
IU 5	Tidak ada mitos khusus, hanya kebiasaan kasih bubur kosong tanpa protein hewani, tapi Ibu muda sudah pintar.
IU 6	Masyarakat takut anaknya di cap stunting jika ke Posyandu, justru jika tidak ke Posyandu maka tidak terpantau status gizinya dan tidak tahu bagaimana status gizinya.
IU 7	Ada sebagian masyarakat yang lebih percaya ke dokter, tidak mau ke Posyandu.
IU 11	Tradisi kepercayaan pasti ada, tetapi pengaruhnya tergantung masing-masing orang mau percaya atau tidak. Kalau melek ilmu pasti di cari kebenarannya dulu dari segi pengetahuan. Dulu masih ada simbah yang ngasih pisang ke bayi kalau nangis padahal itu tidak di sarankan selain ASI.

Tradisi/mitos/kepercayaan masyarakat masih ada tetapi tergantung masyarakat percaya atau tidak. Di Puskesmas Siwalan praktik PMBA yang benar justru di tentang, meskipun ibu muda sudah pintar masih ada sebagian yang memberi bubur kosong (tanpa protein hewani), didukung dengan lebih percaya ke dokter daripada ke Posyandu yang lebih murah meriah biayanya, hal ini akan menurunkan tingkat partisipasi di

Posyandu. Sebaliknya di Puskesmas Bojong 1 mitos tidak di percaya sebab mereka *crosscheck* di internet dan dokter yang lebih tahu. Temuan ini menunjukkan adanya pergeseran kesadaran positif seiring penetrasi informasi digital, meskipun pengaruh orang tua masih terasa. Kemudian pemikiran keliru “takut di cap stunting” mengancam tingkat partisipasi dan kepercayaan masyarakat terhadap Posyandu. Hal ini sejalan dengan penelitian (Putri, 2026) yang menyatakan bahwa kekhawatiran cap negatif atau stigma sosial merupakan hambatan psikologis signifikan, ibu-ibu khawatir anak dicap "tidak terawat" atau dinilai sebagai orang tua yang gagal, sehingga cenderung enggan kembali ke Posyandu, pada akhirnya memperburuk kasus stunting itu sendiri. Temuan ini mengonfirmasi penelitian (Pramudhyta, 2025) bahwa lingkungan sosial budaya adalah *make or break* (menentukan keberhasilan atau kegagalan) bagi intervensi gizi.

Perubahan nyata setelah gerakan CANTIK di laksanakan selain angka prevalensi stunting turun tetapi juga peningkatan pengetahuan, kesadaran, dan partisipasi di Posyandu karena lebih mendekat ke Masyarakat. Kabupaten Pekalongan meraih Juara 1 penurunan prevalensi stunting se-Jawa Tengah tahun 2025. Ini membuktikan bahwa secara agregat, CANTIK dan program pendukung lainnya berhasil. Keberhasilan sebuah kabupaten tidak boleh dirayakan tanpa mengatasi disparitas antar Puskesmas.

KESIMPULAN

Implementasi Gerakan Pencegahan Stunting dengan CANTIK di Kabupaten Pekalongan menyisahkan ketimpangan antar antara wilayah stunting tinggi dan rendah. Puskesmas Bojong 1 berhasil karena mampu menerjemahkan tujuh variabel teori menjadi praktik lokal adaptif, sosialisasi tujuan hingga ke kader, komunikasi terfasilitasi, optimalisasi sumber daya lewat ADD Desa, disposisi tinggi, kemampuan mengelola resistensi mitos, struktur birokrasi luwes, serta lingkungan sosiopolitik yang mendukung. Sebaliknya, Puskesmas Siwalan masih menghadapi kelemahan sistemik, pemahaman kader dan masyarakat rendah, sasaran tidak konsisten, komunikasi tersendat, sumber daya tidak merata, kolaborasi tidak berkelanjutan, demotivasi, beban birokrasi, dan lingkungan sosiopolitik apatis. Dinas Kesehatan sudah menyediakan kerangka kebijakan yang baik, tetapi belum memiliki mekanisme intervensi diferensial untuk mengatasi ketimpangan implementasi antarpuskesmas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, Puskesmas Siwalan, Puskesmas Bojong 1, Pemerintah Desa Tengeng Wetan dan Pemerintah Desa Menjangan yang telah mengizinkan, serta memberikan data dan informasi yang berkaitan dengan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, F. (2023). Implementation Of Stunting Reduction Acceleration Policy In Ponorogo Regency. *JOSS:Journal of Social Science*, 2(7), 614–623. <https://doi.org/10.57185/joss.v2i7.105>.
- Aminullah, S. (2026). *Coordination Communication For Health Transformation*. Public Relations of BKPK. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/en/komunikasi-koordinasi-transformasi-kesehatan/>.
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). (2021). *Panduan Pelaksanaan Pendampingan Keluarga Dalam Upaya Percepatan Penurunan Stunting Di Tingkat Desa/Kelurahan*. https://stunting.go.id/wp-content/uploads/2021/10/Panduan-Pelaksanaan-Pendampingan-Keluarga_BKKBN.pdf.
- BPK RI. (2024). *Stunting Turun, Jateng Raih Penghargaan Insentif Fiskal Rp6,45 M*. BPK RI. <https://jateng.bpk.go.id/stunting-turun-jateng-raih-penghargaan-insentif-fiskal-rp645-m/#:~:text=Prevalensi stunting Jateng berdasarkan Survey,yang sebesar 20%2C8 persen.>
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan. (2025). *Data Status Gizi Kabupaten Pekalongan*. Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan. <https://dinkes.pekalongankab.go.id/articles?category=data-status-gizi&page=1>.

- Firiansyah, I. R. (2026). Fragmentasi Kewenangan dalam Penyelenggaraan Administrasi Pemerintahan Daerah di Kota Batam: Tinjauan Literatur Kritis. *Journal of Innovative and Creativity*, 6(1), 6273–6279. <https://doi.org/10.31004/joecy.v6i1.7623>.
- Gärtner, A., Leising, D., Schönbrodt, F. D. (2024) Towards responsible research assessment: How to reward research quality. *PLoS Biol* 22(2): e3002553. <https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.3002553>.
- Hakim, R. (2024). Efektivitas Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Capaian Penilaian Kinerja Aksi Konvergensi Stunting Dalam Rangka Menurunkan Angka Stunting Tahun 2023 Di Provinsi Lampung. *Jurnal Sosial Dan Humanis Sains*, 09(01), 1–13. https://saburai.id/jurnal_saburai/index.php/jshs/article/view/3248/0.
- Harahap, C. B., Triyoga, A. I., Titisia, D. (2025). Double Burden and Women's Well-Being Issues: Implications for Social Relations from the Perspective of Hannah Arendt's Vita Activa. *Digital Press Social Sciences and Humanities*, 1–11. <https://doi.org/10.29037/digitalpress.412471>.
- Hasanah, R., Handayani, R. (2025). Implementasi Identitas Kependudukan Digital (IKD) di Kota Tangerang: Analisis Implementasi Kebijakan Model George C. Edwards III. *PUBLICNESS: Journal of Public Administration Studies*, 4(4), 1–8. <https://doi.org/10.24036/publicness.v4i4.315>.
- Hill, K., Plimmer, G. (2024). Employee Performance Management: The Impact of Competing Goals, Red Tape, and PSM. *Public Personnel Management*, 53(3), 458–485. <https://doi.org/10.1177/00910260241231371>.
- Jose Moises, D. R., Kgabi, N. A., Kunguma, O. (2024). Policy implementation: Assessing institutional coordination and communication for flood warning in Namibia. *Jamba : Journal of Disaster Risk Studies*, 16(1). <https://jamba.org.za/index.php/jamba/article/view/1534/3027>.
- Kemendes RI. (2022). Hasil Survei Status Gizi Indonesia (Ssgi) 2022. In *Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK)*. <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/laporan-hasil-survei/>.
- Kemendes RI. (2024). Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2024 Dalam Angka. In *Kementerian Kesehatan RI* (Vol. 1, Issue 1). <https://www.badankebijakan.kemkes.go.id/survei-status-gizi-indonesia-ssgi-2024/>.
- Kemendes. (2024). *Juknis Intervensi Serentak Pencegahan Stunting*. <https://s.kemkes.go.id/IntervensiSerentakPencegahanStunting>.
- Kondolele, S., Sultan, M. I., Akbar, M., Putra, B. A. (2025). The nexus between public communication and policy implementation revisited: insights from the Population and Civil Registration Service of South Sulawesi, Indonesia. *Frontiers in Communication*. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2025.1556747>.
- Pemerintah Kabupaten Pekalongan. (2020). Peraturan Bupati Pekalongan Nomor 9 Tahun 2020 Tentang Penurunan Stunting Di Kabupaten Pekalongan. In *Pemerintah Kabupaten Pekalongan* (Vol. 1, Issue 1). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/202038/perbup-kab-pekalongan-no-10-tahun-2022>.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan Stunting, JDIH BPK RI 1 (2021). <https://peraturan.bpk.go.id/Details/174964/perpres-no-72-tahun-2021>.
- Pramudhyta, I. (2025). Efektivitas Program Intervensi Serentak Terhadap Percepatan Penurunan Stunting Kabupaten Lampung Tengah. *Skripsi*. <https://digilib.unila.ac.id/90952/>.
- Puskesmas Bojong 1. (2025). *Data Status Gizi Puskesmas Bojong 1 2025*. Puskesmas Bojong 1. <https://puskesmasbojong1.pekalongankab.go.id/articles/visi-dan-misi>.
- Puskesmas Siwalan. (2025). *Data Status Gizi Puskesmas Siwalan 2025*. Puskesmas Siwalan. <https://puskesmasiwalan.pekalongankab.go.id/articles/visi-dan-misi-puskesmas>.

- Putri, B. Q. (2026). *Hasil timbangan anak bebani para ibu: Cap negatif dari tenaga posyandu hambat kasus 'wasting' dan 'stunting.'* The Conversation. <https://theconversation.com/hasil-timbangan-anak-bebani-para-ibu-cap-negatif-dari-tenaga-posyandu-hambat-kasus-wasting-dan-stunting-278672>.
- Ramlah, N., Palutturi, S., Balqis., Arifin, M. A., Yahya, S. (2024). The Readiness of Implementation of Universal Health Coverage Program in Soppeng Regency. *Journal of Law and Sustainable Development*, 12(1). <https://ojs.journalsdg.org/jlss/article/view/2254/1351>.
- Sugiyono. (2022). *Metode Penelitian Kualitatif Untuk penelitian yang bersifat: eksploratif, enterpretif, interaktif, dan konstruktif*. ALFABETA Bandung.
- Widyawati., Yusuf, N. R., Sulmiah. (2022). Analysis of Village Resources in Realizing Sustainable Village Development: A Case Study of Bontorappo Village, Arungkeke Village And Pattiro Village, Jeneponto Regency, South Sulawesi. *Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi Publik: Jurnal Pemikiran Dan Penelitian Administrasi Publik*, 12(2), 439–449. <https://doi.org/10.26858/jiap.v12i2.38378>.
- Zhang, Q., Dai, W., Chen, J., Gu, Y., Zhao, Y. (2025). The 'side effects' of digitalization: A study on role overload and job burnout of employees. *PLOS One*, 20(4), 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322112>.