

BAB III

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan metode penelitian dan teknik analisis data. Bagian yang dibahas mencakup jenis penelitian, populasi dan sampel, variabel beserta pengukurannya, sumber dan metode pengumpulan data, serta metode analisis data—yang disusun dalam enam skema pembahasan: (1) Rancangan dan Desain Penelitian, (2) Populasi dan Sampel, (3) Definisi Operasional, (4) Jenis dan Sumber Data, (5) Teknik Pengumpulan Data, dan (6) Teknik Analisis Data.

3.1 Rancangan dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif *cross-sectional*, sebuah pilihan metodologis yang memungkinkan pengukuran hubungan antarvariabel secara simultan tanpa memanipulasi kondisi yang berlangsung secara alamiah di lapangan. Secara operasional, peneliti menemui para ibu dan pengasuh balita selaku aktor utama ekosistem komunikasi keluarga, lalu mengukur tiga jalur komunikatif secara simultan: pola komunikasi dalam keseharian rumah tangga, intensitas paparan pesan KPP dari tenaga kesehatan, serta sejauh mana inovasi media sosial membentuk kebiasaan pencarian informasi gizi. Ketiganya direkam pada satu titik pengukuran, sehingga pola mediasi antara variabel komunikasi dan perilaku pencegahan stunting dapat dianalisis secara terstruktur dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Desain ini lazim digunakan dalam penelitian epidemiologi dan sosial untuk menggambarkan prevalensi masalah atau perilaku tertentu dalam populasi pada satu titik waktu. Dalam desain ini, data dikumpulkan melalui instrumen seperti survei atau kuesioner yang kemudian dianalisis untuk

melihat korelasi antara variabel independen dan dependen, seperti faktor-faktor yang memengaruhi perubahan perilaku pada kelompok tertentu (Shields & Rangarajan, 2013). Meskipun desain ini tidak dapat membuktikan hubungan sebab-akibat secara langsung, ia memberikan wawasan yang berguna untuk merumuskan kebijakan atau intervensi lebih lanjut.

Penelitian ini mengoperasionalkan dua lapisan sumber data yang bekerja secara komplementer. Data sekunder, mencakup laporan prevalensi gizi, dokumen kebijakan, dan studi terdahulu, berfungsi sebagai kerangka kontekstual yang mengidentifikasi celah yang belum terjawab. Data primer, sebaliknya, menjadi inti penelitian ini: dikumpulkan langsung dari para ibu dan pengasuh balita yang menjalani ekosistem komunikasi keluarga yang nyata. Pengumpulan data dilakukan melalui kuesioner terstruktur yang merekam persepsi dan pengalaman responden dalam menerima serta merespons tiga stimulus komunikatif, yaitu pola komunikasi keluarga, pesan KPP dari tenaga kesehatan, dan konten inovasi media sosial, yang seluruhnya dianalisis untuk mengungkap seberapa kuat kekuatan-kekuatan komunikatif tersebut membentuk perilaku pencegahan stunting. Penggunaan data primer dipandang penting karena mampu menjawab permasalahan penelitian secara objektif: data ini diperoleh secara langsung dan menjamin keaslian serta akurasi sumber terkait persepsi, opini, maupun preferensi, melalui pengisian kuesioner secara langsung oleh ibu (Lancaster, 2007).

Data sekunder merupakan data terkumpul oleh lembaga pengumpul data dan diperbolehkan untuk dipublikasikan kepada peneliti yang membutuhkan data tersebut (Saunders, 2012).

3.2 Populasi

Populasi yang ditetapkan mencakup seluruh keluarga yang memiliki anak usia 0–59 bulan (balita usia bawah lima tahun) yang berdomisili di wilayah dengan jumlah stunting tinggi, sedang, dan rendah. Penetapan populasi ini mempertimbangkan ketersediaan data dari Dinas Kesehatan Kota Semarang, yang hanya mencakup jumlah kasus stunting secara umum tanpa data prevalensi per puskesmas. Kondisi ini menyebabkan setiap puskesmas tidak memiliki peluang yang sama untuk terpilih bila digunakan metode sampling acak murni. Karena itu, penentuan populasi memperhitungkan kategori tingkat stunting wilayah agar memperoleh gambaran yang lebih representatif sesuai dengan tujuan penelitian.

3.3 Sampel

Penentuan sampel dalam penelitian ini ditempuh melalui dua tahap. Tahap pertama adalah pemilihan lokasi penelitian, yaitu puskesmas. Dari 39 puskesmas yang ada di Kota Semarang, dilakukan pemilihan awal secara acak dengan mempertimbangkan jumlah kasus stunting di masing-masing puskesmas. Berdasarkan proses tersebut, ditetapkan sembilan puskesmas sebagai lokasi penelitian: Purwoyoso, Karanganyar, Poncol, Bandarharjo, Halmahera, Kagok, Candilama, Padangsari, dan Ngesrep.

Tahap kedua adalah penentuan sampel ibu di masing-masing puskesmas terpilih. Setelah lokasi penelitian terpilih, peneliti mengumpulkan data awal untuk mengetahui jumlah populasi sasaran (N), yaitu jumlah keluarga yang memiliki balita usia 0–59 bulan.

Puskesmas Purwoyoso sebanyak 53 orang, Karanganyar 27 orang, Poncol 52 orang, Bandarharjo 227 orang, Halmahera 815 orang, Kagok 78 orang, Candilama 88 orang, Padangsari 47 orang, dan Ngesrep 1.201 orang. Total populasi sasaran (N) dalam penelitian ini berjumlah 2.588 orang.

Selanjutnya, penentuan jumlah sampel dilakukan menggunakan rumus Lemeshow dengan tingkat kepercayaan 95% dan margin of error sebesar 5%, sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times (1 - P)}{d^2}$$

Dimana:

n = Jumlah Sampel

Z = Simpangan rata – rata pada tingkat signifikansi α

P = Proporsi populasi

d = *margin of error*

Dengan demikian, diperoleh :

$$n = \frac{Z^2 \times P \times (1 - P)}{d^2} = \frac{Z^2_{\alpha=5\%} \times P \times (1 - P)}{d^2} = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{0,05^2} = 384,16$$

Karena jumlah populasi penelitian bersifat terbatas ($N = 2.588$), maka dilakukan penyesuaian ukuran sampel menggunakan rumus koreksi populasi terbatas, yaitu:

$$N_i = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

Dengan demikian, diperoleh :

$$N_i = \frac{384,16}{1 + \frac{384,16 - 1}{2588}} = 334,618 \approx 335$$

Jumlah sampel minimal yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 335 Ibu. Selanjutnya, jumlah sampel didistribusikan secara proporsional pada masing-masing puskesmas berdasarkan jumlah populasi sasaran menggunakan rumus:

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

Dimana :

n_i =Jumlah sampel pada puskesmas pada sampel ke $-i$

N_i =Jumlah populasi pada puskesmas pada sampel ke $-i$

N =Jumlah total populasi pada seluruh puskesmas

n =Jumlah sampel total

Berdasarkan perhitungan menggunakan rumus tersebut didapatkan sampel masing – masing puskesmas yaitu Puskesmas Purwoyoso sebanyak 7 Ibu, Karanganyar 4 Ibu, Poncol 7 Ibu, Bandarharjo 30 Ibu, Halmahera 105 Ibu, Kagok10 Ibu, Candilama 11 Ibu, Padangsari 6 Ibu, dan Ngesrep 155 Ibu. Total sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 335 Ibu.

3.4 Teknik Sampling

Pengambilan sampel dilakukan secara non-probabilistik dengan mempertimbangkan kriteria keterwakilan yang ditetapkan peneliti. Pendekatan ini dipilih ketika unit yang relevan tidak dapat diidentifikasi secara acak, melainkan perlu dipilih berdasarkan karakteristik tertentu yang sesuai dengan tujuan penelitian. Menurut Sugiyono (2020) Purposive sampling bertujuan agar data yang diperoleh lebih fokus, mendalam, dan sesuai dengan konteks permasalahan yang sedang diteliti.

Penggunaan metode purposive sampling dalam penelitian ini didasarkan pada pertimbangan bahwa data tersedia dari Dinas Kesehatan Kota Semarang hanya mencakup jumlah kasus stunting, bukan prevalensi per puskesmas. Kondisi tersebut menyebabkan setiap puskesmas tidak memiliki peluang yang sama untuk terpilih apabila menggunakan metode sampling acak. Purposive sampling dipilih untuk memungkinkan peneliti menentukan lokasi penelitian berdasarkan karakteristik khusus, yaitu jumlah kasus stunting yang mencerminkan beban wilayah. Bahkan, metode tersebut juga digunakan untuk menjamin keterwakilan tiga kategori tingkat stunting tinggi, sedang, dan rendah yang ditetapkan berdasarkan hasil pengelompokan kuartil. Dengan demikian, setiap kategori dapat terwakili secara proporsional, sehingga survei mampu menggambarkan variasi kondisi stunting di berbagai wilayah Kota Semarang secara lebih akurat dan representatif.

3.5 Pengukuran variabel dan indikator

Penjelasan mengenai pengertian operasional yang terdiri dari tiga variabel dapat tergambar dalam matriks penelitian berikut.

Tabel 3.1
Definisi Operasional dan Indikator Variabel

Variabel	Definisi Konsep	Definisi Operasional	Indikator	Item Pertanyaan	Sumber
Komunikasi Perubahan Perilaku (X1)	Komunikasi perubahan perilaku adalah proses penyampaian pesan kesehatan yang dirancang untuk memengaruhi sikap, norma, dan praktik individu atau kelompok supaya terjadi perubahan perilaku ke arah yang lebih sehat dan bermanfaat. Tujuannya bukan sekadar memberi informasi, tetapi mengarahkan pada tindakan nyata melalui strategi komunikasi yang persuasif dan berulang	• Pesan persuasif → sejauh mana pesan kesehatan mendorong perubahan perilaku. • Kejelasan pesan → pemahaman Ibu terhadap isi pesan. • Konsistensi pesan → kesesuaian isi pesan dari berbagai sumber.	Indikator 1: Pesan Persuasif	1. Informasi tentang pencegahan stunting yang saya terima mampu mendorong saya untuk melakukan tindakan sehat.	(Soofi dkk., 2024) Specialized nutritious foods and behavior change .. Discusses SBCC components and measurement in nutrition programs.
				2. Pesan kesehatan yang saya dapatkan terasa meyakinkan untuk mengubah perilaku keluarga saya.	
				3. Saya merasa pesan kesehatan yang disampaikan mampu menyentuh kebutuhan saya sehari-hari.	
			Indikator 2: Kejelasan Pesan	1. Pesan mengenai pencegahan stunting disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami.	
				2. Informasi kesehatan yang saya terima jelas dan tidak menimbulkan kebingungan	

				3. Saya mudah memahami langkah-langkah pencegahanstunting dari pesan yang disampaikan.	
			Indikator 3: Konsistensi Pesan	1. Informasi tentang pencegahan stunting yang saya terima dari berbagai sumber (tenaga kesehatan, media, keluarga) konsisten satu sama lain.	
				2. Pesan kesehatan yang saya peroleh tidak saling bertentangan antar sumber.	
				3. Saya merasa isi pesan tentang pencegahan stunting selalu selaras dan tidak berubah-ubah.	
Pola Komunikasi Keluarga (X2)	Pola komunikasi keluarga adalah sistem interaksi verbal dan non-verbal antar anggota keluarga yang membentuk pemahaman bersama, nilai,	Komunikasi dua arah → sejauh mana anggota keluarga saling bertukar informasi.	Indikator 1: Komunikasi Dua Arah	1. Saya dapat dengan mudah menyampaikan pendapat kepada anggota keluarga mengenai kesehatan anak.	(Y. Zhang dkk., 2024) The relationship between family communication and .. Study on family
				2. Anggota keluarga mendengarkan dengan baik	

	dan perilaku, termasuk dalam hal kesehatan. Teori FamilyCommunication Patterns membaginya menjadi conversation orientation (tingkat keterbukaan diskusi) dan conformity orientation (tingkat penekanan keseragaman sikap)	• Keterbukaan → kemampuan menyampaikan pendapat/masalah kesehatan tanpa hambatan. • Dukungan emosional → adanya perhatian dan empati dari anggota keluarga.		ketika saya menyampaikan informasi tentang kesehatan.	communication patterns and healthcommunication — supports using conversation and conformity dimensions.
				3. Diskusi tentang kesehatan anak di keluarga saya berjalan secara timbal balik, bukan satu arah.	
			Indikator 2: Keterbukaan	1. Anggota keluarga terbuka membicarakan masalah kesehatan anak tanpa merasa malu atau sungkan.	
				2. Di dalam keluarga, kami saling berbagi informasi tentang gizi, pola makan, dan kesehatan anak.	
				3. Setiap anggota keluarga merasa bebas menyampaikan pendapat atau kekhawatiran terkait kesehatan anak.	
			Indikator 3: Dukungan Emosional	1. Anggota keluarga saling memberi semangat dalam menjaga kesehatan dan pencegahan stunting.	

				2. Saya merasa mendapat dukungan dari keluarga untuk menerapkan pola hidup sehat bagi anak. 3. Keluarga saya selalu memberikan dorongan positif ketika ada perubahan perilaku untuk mencegah stunting.	
Inovasi Komunikasi melalui Media Sosial (X3)	Inovasi komunikasi melalui media sosial adalah pemanfaatan platform digital interaktif untuk menyebarkan, menerima, dan mengadaptasi informasi kesehatan dengan cara baru yang lebih partisipatif, cepat, dan luas. Menurut teori <i>Diffusion of</i>	- Pemanfaatan platform (WhatsApp, Instagram, TikTok, dsb.) - Frekuensi penggunaan untuk mengakses/mengirim informasi kesehatan - Interaktivitas (respon, komentar, diskusi daring) - Kepercayaan pada informasi yang diperoleh	Indikator 1: Pemanfaatan Platform	1. Saya menggunakan media sosial (WhatsApp, Instagram, TikTok, dsb.) dalam mendapatkan informasi kesehatan anak. 2. Media sosial menjadi salah satu sumber utama saya dalam memperoleh informasi tentang pencegahan stunting.	(Erika dkk., 2024) Stunting Super App as an Effort Toward .. (JMIR Human Factors, 2024). Example of an Indonesian app-based innovation and indicators for app use and usefulness.
			Indikator 2: Frekuensi Penggunaan	1. Saya sering mencari informasi tentang kesehatan dan gizi anak melalui media sosial.	

	<i>Innovations</i> (Rogers, 2003), media sosial dapat mempercepat adopsi inovasi perilaku kesehatan.	Keterlibatan digital (partisipasi aktif dalam kampanye kesehatan)		2. Setiap minggu saya menggunakan media sosial untuk memperbarui pengetahuan terkait kesehatan anak.	
			Indikator 3: Interaktivitas	1. Saya aktif berdiskusi atau bertanya tentang kesehatan anak melalui grup WhatsApp, komentar, atau forum online.	
				2. Saya merespons atau memberikan umpan balik pada konten kesehatan yang dibagikan di media sosial.	
			Indikator 4: Kepercayaan pada Informasi	1. Saya percaya bahwa informasi pencegahan stunting di media sosial berasal dari sumber yang dapat dipercaya	
				2. Saya lebih yakin melakukan suatu tindakan kesehatan setelah melihat informasi di media sosial yang kredibel.	

			Indikator 5: Keterlibatan Digital	1. Saya mengikuti akun atau komunitas di media sosial yang membahas kesehatan ibu dan anak. 2. Saya pernah membagikan atau menyebarkan konten kesehatan terkait pencegahan stunting di media sosial.	
Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan (Mediasi)	Perilaku pencarian informasi kesehatan adalah upaya aktif individu untuk memperoleh pengetahuan tentang kesehatan melalui berbagai sumber (tenaga medis, media massa, media sosial, atau jaringan sosial) yang memengaruhi pengambilan keputusan kesehatan. Menurut Health Information Seeking Behavior (HISB) model,	• Frekuensi mencari informasi kesehatan • Sumber rujukan (dokter, posyandu, media sosial, dll.) • Validitas sumber (akurasi, kredibilitas) • Penerapan informasi dalam kehidupan sehari-hari	Indikator 1: Frekuensi Mencari Informasi	1. Saya secara rutin mencari informasi tentang kesehatan anak.	(Kubb & Foran, 2020) Online Health Information Seeking by Parents for Their Children: A Systematic Review (JMIR 2020). Foundational review about parents' online health searches and measurement approaches.
				2. Ketika ada isu kesehatan anak, saya segera mencari informasi tambahan.	
			Indikator 2: Sumber Rujukan	1. Saya mencari informasi kesehatan dari tenaga medis (dokter, bidan, posyandu).	
				2. Saya menggunakan media massa atau media sosial sebagai sumber informasi kesehatan anak.	

	perilaku tersebut terkait kebutuhan informasi, ketersediaan sumber, dan kepercayaan		Indikator 3: Validitas Sumber	1. Saya memeriksa apakah informasi kesehatan berasal dari sumber yang resmi/terpercaya 2. Saya lebih mempercayai informasi kesehatan jika sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan	
			Indikator 4: Penerapan Informasi	1. Saya menerapkan informasi kesehatan yang saya peroleh dalam kehidupan sehari-hari 2. Informasi yang saya dapatkan membantu saya mengambil keputusan dalam merawat anak.	
Perilaku Pencegahan Stunting (Y)	Perilaku pencegahan stunting adalah serangkaian tindakan kesehatan yang dilakukan rumah tangga untuk mencegah terjadinya gagal tumbuh pada anak akibat	• Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama • Pola makan bergizi seimbang untuk anak	Indikator 1: Pemberian ASI	1. Saya memberikan ASI eksklusif kepada anak selama 6 bulan pertama. 2. Saya tetap melanjutkan pemberian ASI bersamaan dengan makanan tambahan sesuai usia anak	(Tewodros dkk., 2024) Effectiveness of elements of social behavior change. Review of SBCC components in nutrition programs.

	kekurangan gizi kronis, penyakit infeksi, dan sanitasi buruk. WHO dan UNICEF menekankan pencegahan stunting melalui intervensi gizi spesifik dan sensitive (UNICEF, 2015; WHO, 2013).	• Kunjungan rutin ke posyandu/pelayanan kesehatan • Pemberian imunisasi dasar lengkap dan vitamin • Menjaga sanitasi (air bersih, cuci tangan, jamban sehat)	Indikator 2: Pola Makan Bergizi	1. Saya memberikan makanan bergizi seimbang sesuai kebutuhan anak.	
				2. Saya memastikan anak mengonsumsi buah dan sayur setiap hari.	
			Indikator 3: Kunjungan Posyandu	1. Saya rutin membawa anak ke posyandu/pelayanan kesehatan setiap bulan	
				2. Saya menimbang berat badan anak secara teratur di posyandu.	
			Indikator 4: Imunisasi	1. Anak saya mendapatkan imunisasi dasar lengkap sesuai jadwal.	
				2. Saya memberikan vitamin atau suplemen sesuai anjuran tenaga kesehatan.	
			Indikator 5: Sanitasi	1. Saya memastikan ketersediaan air bersih untuk kebutuhan sehari-hari anak.	

				2. Saya membiasakan keluarga mencuci tangan dengan sabun sebelum makan atau memberi makan anak.	
				3. Saya menggunakan jamban sehat untuk mencegah penyakit yang dapat memengaruhi pertumbuhan anak.	

Sumber: Diolah dari berbagai jurnal (2025)

Penyelarasan Indikator dengan Teori Asal dan Penjelasan Adaptasi

Definisi operasional pada Tabel 3.1 diturunkan dari konstruk inti teori yang menjadi landasan masing-masing variabel. Sebagian indikator merupakan operasionalisasi langsung dari konstruk teoretis, sementara sebagian lain merupakan adaptasi yang dikontekstualisasikan dengan realitas pencegahan stunting dalam keluarga perkotaan di Indonesia. Bagian ini menegaskan keterkaitan setiap indikator dengan teori asalnya, sekaligus menjelaskan dasar adaptasinya, agar koherensi antara kerangka teoretis pada Bab II dan instrumen pengukuran pada bab ini tetap terjaga.

Komunikasi Perubahan Perilaku (X1). Variabel ini berakar pada pendekatan Social and Behavior Change Communication yang menekankan kualitas pesan sebagai penggerak perubahan perilaku. Indikator pesan persuasif, kejelasan pesan, dan konsistensi pesan dioperasionalisasikan dari dimensi efektivitas pesan dalam komunikasi kesehatan, yakni daya bujuk, keterpahaman, dan keselarasan pesan antarsumber. Secara eksplanatif, indikator pesan persuasif sejalan dengan konstruk cues to action dalam Health Belief Model dan dengan jalur pemrosesan sentral pada Elaboration Likelihood Model, sedangkan kejelasan dan konsistensi pesan menopang pembentukan sikap positif sebagaimana dijelaskan Theory of Planned Behavior. Adaptasi yang dilakukan terletak di perumusan indikator di tataran kualitas pesan yang dipersepsi pengasuh, bukan di tataran konstruk teoretis yang abstrak, sehingga instrumen mampu menangkap pengalaman responden secara langsung.

Pola Komunikasi Keluarga (X2). Variabel ini bersumber dari Family Communication Patterns Theory yang membedakan dua dimensi inti, yaitu orientasi percakapan dan orientasi konformitas. Indikator komunikasi dua arah dan keterbukaan merupakan operasionalisasi langsung dari orientasi percakapan, yakni derajat keluarga dalam mendorong pertukaran pendapat yang bebas dan sering mengenai kesehatan anak. Indikator dukungan emosional merupakan adaptasi yang berfungsi merepresentasikan iklim afektif penopang orientasi percakapan; dalam konteks keluarga Indonesia, keterbukaan diskusi kesehatan hanya berlangsung optimal ketika anggota keluarga merasa didukung secara emosional, sehingga dukungan emosional diperlakukan sebagai prasyarat afektif, bukan sebagai dimensi Family Communication Patterns yang berdiri sendiri. Adapun orientasi konformitas tidak dioperasionisasikan sebagai indikator tersendiri karena fokus penelitian diarahkan dalam keluarga dialogis sebagai penggerak utama perilaku pencarian informasi; orientasi konformitas tetap diperhitungkan sebagai latar kontekstual yang menjelaskan peran otoritas anggota keluarga senior dalam pengambilan keputusan kesehatan.

Inovasi Komunikasi melalui Media Sosial (X3). Variabel ini berlandaskan Diffusion of Innovations Theory yang menempatkan saluran komunikasi, atribut inovasi, dan sistem sosial sebagai penentu kecepatan adopsi. Indikator pemanfaatan platform dan frekuensi penggunaan mengoperasionisasikan elemen saluran komunikasi, yaitu medium yang melaluinya inovasi perilaku kesehatan disebarkan. Indikator interaktivitas dan keterlibatan digital mengoperasionisasikan elemen sistem sosial sekaligus atribut

keteramatan, sebab partisipasi aktif dan keteramatan praktik anggota lain di ruang digital mempercepat peniruan perilaku. Indikator kepercayaan pada informasi mengoperasionalkan atribut keunggulan relatif dan kesesuaian, karena informasi yang dipersepsi kredibel dan sesuai dengan kebutuhan lebih mudah diadopsi. Adaptasi yang dilakukan terletak di penerjemahan kondisi pendukung proses adopsi ke dalam indikator perilaku penggunaan media sosial yang teramati, sehingga instrumen menangkap kondisi yang dihipotesiskan teori sebagai akselerator adopsi tanpa harus mengukur setiap tahap proses adopsi secara terpisah.

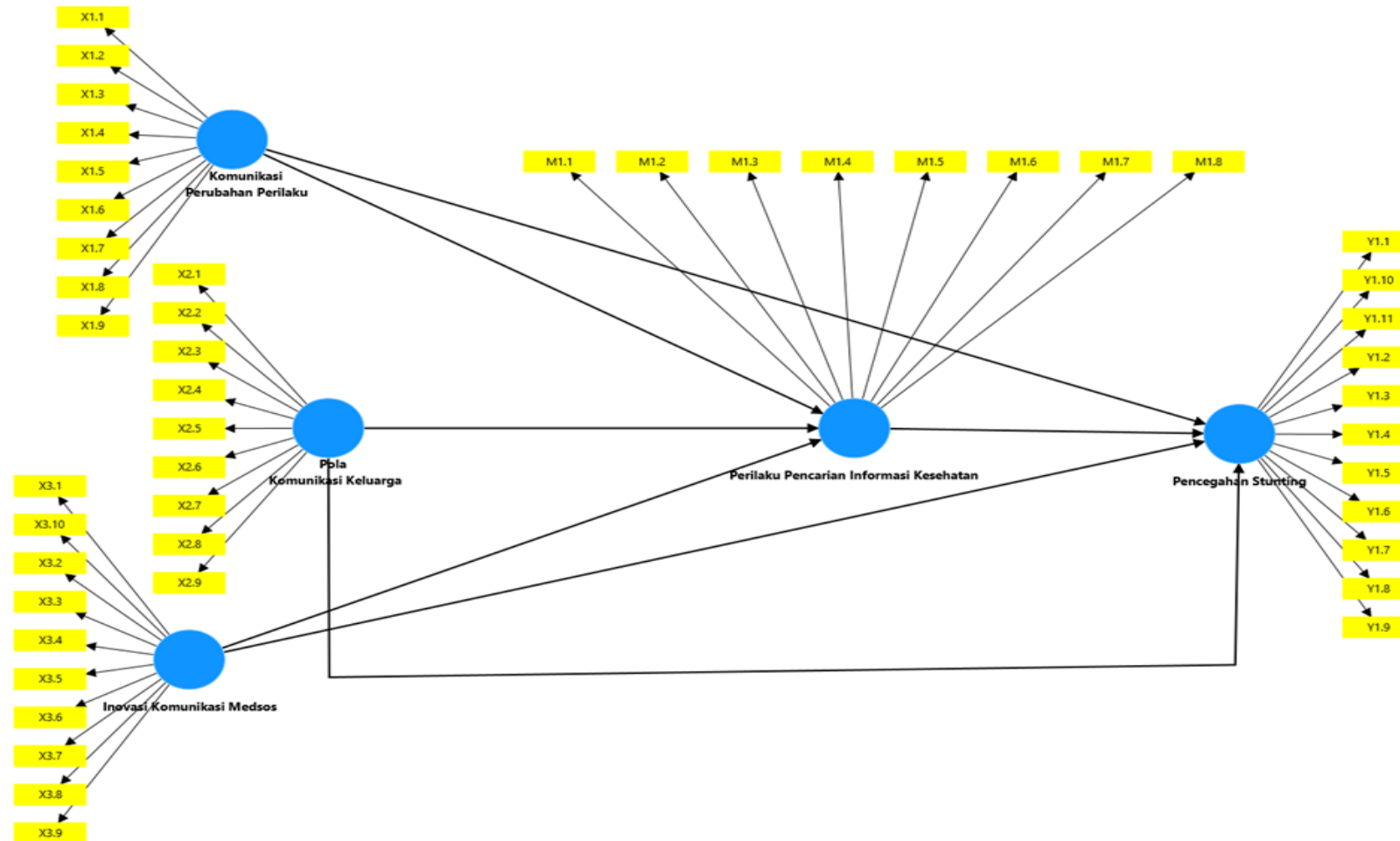
Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan (Z). Variabel mediasi ini bersumber dari model Health Information Seeking Behavior yang menempatkan kebutuhan informasi, pemilihan sumber, dan penilaian kredibilitas sumber sebagai komponen utama. Indikator frekuensi mencari informasi mengoperasionalkan keaktifan pencarian yang dipicu oleh kebutuhan informasi, indikator sumber rujukan mengoperasionalkan proses pemilihan sumber, dan indikator validitas sumber mengoperasionalkan penilaian atas akurasi dan kredibilitas sumber. Indikator penerapan informasi merupakan adaptasi yang memperluas cakupan model hingga tahap pemanfaatan informasi; adaptasi ini diperlukan karena variabel berperan sebagai mediator, sehingga konstruk harus menjangkau bukan hanya tindakan mencari, melainkan juga penerjemahan informasi menjadi keputusan kesehatan, sejalan dengan jalur deliberasi menuju tindakan pada Planned Risk Information Seeking Model.

Perilaku Pencegahan Stunting (Y). Berbeda dengan variabel komunikasi, variabel terikat ini tidak diturunkan dari satu teori perilaku tunggal, melainkan

dioperasionalisasikan dari kerangka intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif yang dirumuskan WHO dan UNICEF. Indikator pemberian ASI, pola makan bergizi, kunjungan posyandu, imunisasi, dan sanitasi merupakan turunan langsung dari praktik pencegahan yang direkomendasikan kerangka tersebut. Dalam model penelitian, keempat teori komunikasi dan perilaku berfungsi sebagai lensa eksplanasi atas faktor anteseden, sedangkan variabel ini berperan sebagai keluaran perilaku yang teramati, sehingga keselarasannya terletak di konsistensi antara penjelasan teoretis mengenai pembentuk perilaku dan tindakan pencegahan yang terukur.

Dengan pemetaan tersebut, seluruh indikator pada Tabel 3.1 memiliki rujukan teoretis yang jelas, dan setiap adaptasi terhadap konstruk asli telah dijustifikasi secara konseptual. Penegasan ini memperkuat prinsip bahwa teori berfungsi sebagai lensa eksplanasi yang menerangkan keterkaitan antarvariabel, sementara indikator merupakan representasi terukur yang disesuaikan dengan konteks penelitian. Ketepatan adaptasi indikator tersebut selanjutnya diuji secara empiris melalui pengujian validitas dan reliabilitas instrumen yang dipaparkan pada bab berikutnya.

Gambar 3.1 Model Analisis



Hipotesis Utama

1. **H1:**Komunikasi Perubahan Perilaku berpengaruh positif terhadap Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan.
2. **H2:**Pola Komunikasi Keluarga berpengaruh positif terhadap Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan.
3. **H3:**Inovasi Komunikasi Medsos berpengaruh positif terhadap Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan.

Hipotesis Mediasi

4. **H8:**Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan memediasi pengaruh Komunikasi Perubahan Perilaku terhadap Pencegahan Stunting.
5. **H9:**Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan memediasi pengaruh Pola Komunikasi Keluarga terhadap Pencegahan Stunting.
6. **H10:**Perilaku Pencarian Informasi Kesehatan memediasi pengaruh Inovasi Komunikasi Medsos terhadap Pencegahan Stunting.

3.6 Metode Analisis Data

Pengujian hipotesis menggunakan pendekatan statistik inferensial *Structural Equation Modelling* (SEM) metode alternatif yaitu *Partial Least Square* (PLS). *Structural Equation Modelling* metode alternatif *Partial Least Square* merupakan metode analisis yang *powerful* karena PLS tidak mengasumsikan data harus memenuhi skala pengukuran tertentu, dapat diterapkan pada semua skala data—dalam penelitian ini menggunakan skala Likert yang merupakan data ordinal, serta lebih toleran terhadap ukuran sampel yang relatif kecil (Ghozali, 2014). Model evaluasi PLS membantu peneliti dalam mendapatkan nilai variabel laten untuk tujuan prediksi. Secara formal, variabel laten dalam model merupakan agregat linier dari indikator-indikatornya (Ghozali, 2014). Penduga bobot (*weight estimate*) dalam untuk menghasilkan skor variabel laten diperoleh dari hasil spesifikasi *inner*

model dan *outer model*. *Inner model* adalah model struktural yang menghubungkan indikator (variabel manifes) dengan konstruksinya (variabel latennya).

Pendugaan parameter yang diperoleh melalui *Partial Least Square* (PLS) meliputi tiga kategori yaitu:

1. *Weight estimate* yang digunakan untuk menciptakan skor variabel laten.
2. Mencerminkan estimasi jalur (*path estimate*) yang menghubungkan variabel laten dan antar variabel laten dan blok indikatornya (*loading*).
3. Berkaitan dengan nilai rata-rata dan lokasi parameter (nilai konstanta regresi) untuk indikator dan variabel laten.

Untuk memperoleh ketiga estimasi tersebut, PLS menggunakan proses iterasi tiga tahap, dan setiap tahap menghasilkan estimasi tersendiri. Tahap pertama menghasilkan penduga bobot (*weight estimate*), tahap kedua menghasilkan estimasi untuk *inner model* dan *outer model*, dan tahap ketiga menghasilkan estimasi nilai rata-rata dan lokasi konstanta. Pada dua tahap pertama proses iterasi, indikator dan variabel laten diperlakukan sebagai deviasi (penyimpangan) dan nilai means (rata-rata). Pada tahap ketiga, hasil estimasi diperoleh berdasarkan matriks data asli, hasil penduga bobot dan koefisien jalur pada tahap kedua digunakan untuk menghitung means dan lokasi parameter.

Adapun langkah-langkah pengujian model empiris penelitian berbasis *Partial Least Square*, sebagai berikut:

1. *Outer model*, yaitu spesifikasi hubungan antara variabel laten dengan indikatornya, disebut juga dengan *outer relation* atau *measurement model*, mendefinisikan karakteristik konstruk dengan variabel manifesnya.

Model pengukuran atau outer model dengan indikator reflektif dievaluasi dengan *convergent validity* dari indikatornya dan *discriminant validity* dari indikatornya (AVE) serta *composite reliability* (pc) untuk blok indikator.

a. Uji Validitas

Uji validitas atau dalam PLS disebut dengan *Covergent validity* dari model pengukuran dengan reflektif indikator dinilai berdasarkan korelasi antara *item score/component score* dengan *construct score* yang dihitung dengan PLS. Ukuran reflektif individual dikatakan tinggi jika berkorelasi lebih dari 0,70 dengan konstruk yang ingin diukur. Meski demikian untuk penelitian tahap awal dari pengembangan skala pengukuran nilai loading 0,5 sampai 0,60 dianggap cukup (Ghozali, 2014).

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas pada analisis metode PLS dapat diketahui melalui nilai *Average Variance Extracted* (AVE) dan *Composite Reliability* :

1) *Average Variance Extracted* (AVE)

Discriminant validity dari model pengukuran dengan reflektif indikator dinilai berdasarkan *cross loading* pengukuran dengan konstruk. Jika korelasi konstruk dengan item pengukuran lebih besar daripada ukuran konstruk lainnya, maka hal menunjukkan bahwa konstruk laten memprediksi ukuran pada blok mereka lebih baik daripada ukuran pada blok lainnya. Menurut Fornell dan Larcker, metode lain dalam menilai *discriminant validity* adalah membandingkan nilai *square root of average variance extracted*

(AVE) setiap konstruk dengan korelasi antara konstruk dengan konstruk lainnya dalam model. Jika nilai akar kuadrat AVE setiap konstruk lebih besar daripada nilai korelasi antara konstruk dengan konstruk lainnya dalam model, maka dikatakan memiliki nilai *discriminant validity* yang baik (Ghozali, 2014). Berikut rumus menghitung AVE :

$$AVE = \frac{\sum \lambda_i^2}{\sum \lambda_i^2 + \sum \text{var}(\varepsilon_i)}$$

Dimana λ_i adalah *component loading* ke indikator dan $\text{var}(\varepsilon_i)$

$= 1 - \lambda_i^2$. Nilai AVE direkomendasikan harus lebih besar dari 0,50.

2) *Composite Reliability*

Composite reliability blok indikator yang mengukur suatu konstruk dapat dievaluasi dengan dua macam ukuran yaitu internal consistency yang dikembangkan oleh Werts, Linn dan Joreskog (Ghozali, 2014) dan Cronbach's Alpha. Dengan menggunakan output yang dihasilkan PLS maka composite reliability dapat dihitung dengan rumus sebagai berikut:

$$pc = \frac{(\sum \lambda_i)^2}{(\sum \lambda_i)^2 + \sum \text{var}(\varepsilon_i)}$$

Dimana λ_i adalah *component loading* ke indikator dan $\text{var}(\varepsilon_i)$
 $= 1 - \lambda_i^2$. Nilai pc direkomendasikan harus lebih besar dari 0,60 (nilai
 ambang kritis Cronbach Alpha). *Composite reliability* (pc) sebagai
 ukuran internal consistence hanya dapat digunakan untuk konstruk
 dengan refleksif indikator.

2. *Inner Model*(Uji Persamaan Struktural)

a. Uji Pengaruh Langsung

Model struktural atau uji hipotesis dievaluasi dengan melihat nilai koefisien parameter dan nilai t statistik serta signifikansi koefisien parameter tersebut. Nilai t statistik diperoleh dari hasil *bootstrapping* dengan membagi nilai koefisien parameter dengan nilai standar errornya.

Model evaluasi PLS berdasarkan pada pengukuran prediksi yang mempunyai sifat non parametrik. Sebagaimana telah dijelaskan sebelumnya, model struktural atau uji hipotesis dievaluasi dengan melihat nilai koefisien parameter dan nilai t statistik serta signifikansi koefisien parameter tersebut. Nilai koefisien parameter yang dilambangkan dengan “ β ” diketahui dari kolom *Original Sampel Estimate*(O). Nilai t statistik diperoleh dari hasil *bootstrapping* dengan membagi nilai koefisien parameter dengan nilai standar errornya.

Penilaian model PLS dilakukan dengan menggunakan nilai R-Square untuk setiap variabel laten dependen. Perubahan nilai R-Square dapat

digunakan untuk menilai pengaruh variabel laten independen tertentu terhadap variabel laten dependen apakah mempunyai pengaruh *substantive*.

Disamping menilai R Square, model PLS juga dievaluasi dengan melihat *Q-square predictive relevance* untuk model konstruk. Q-Square mengukur seberapa baik nilai observasi dihasilkan oleh model dan juga estimasi parameternya. Nilai Q-Square lebih besar 0 (nol) menunjukkan bahwa model mempunyai nilai predictive relevance, sedangkan nilai Q-Square kurang dari 0 (nol) menunjukkan bahwa model kurang memiliki *predictive relevance*. Adapun kaidah penolakan dan penerimaan hipotesis sebagai berikut:

1. Ho diterima dan Ha ditolak jika $t \text{ hitung} < t \text{ tabel } (\pm 1,96)$
2. Ho ditolak dan Ha diterima jika $t \text{ hitung} > t \text{ tabel } (\pm 1,96)$

Analisis jalur (*Path Analysis*) melihat pengaruh langsung (*direct effect*) dan tidak langsung (*indirect effect*) dapat diketahui dengan cara mengalikan koefisien *standardized* (tanpa konstanta) yang dihasilkan dari analisis *Results for inner weights*. Koefisien pengaruh langsung dibandingkan dengan koefisien pengaruh tidak langsung, apabila koefisien pengaruh tidak langsung lebih besar dari koefisien pengaruh langsung, maka peran variabel intervening dapat dibuktikan.

b. Analisis Variabel Mediasi atau Intervening

Analisis variabel mediasi atau intervening bertujuan untuk mengetahui pengaruh langsung dan tidak langsung antarkonstruk dalam model. Analisis pengaruh langsung dan tidak langsung berfungsi untuk melihat bagaimana temuan novelty penelitian ini—yakni model integratif yang menempatkan

PPIK sebagai mediator dari tiga jalur komunikasi sekaligus—dapat dibuktikan secara empiris melalui pengujian efek mediasi, sebagaimana yang menjadi kontribusi utama penelitian ini terhadap literatur pencegahan stunting. Analisis tersebut dilakukan dengan analisis atas koefisien jalur dengan mengetahui nilai signifikansi besaran nilai t . Variabel mediasi dapat dibuktikan apabila nilai t hitung lebih besar dari t tabel dari hasil analisis pada Gambar 3.1.

Menurut Baron dan Kenny (Ghozali, 2014), suatu variabel disebut variabel mediator jika variabel tersebut ikut mempengaruhi hubungan antara variabel predictor (independent) dan variabel kriteria (dependen). Analisis variabel mediasi menggunakan program PLS yang dilihat dari koefisien pengaruh tidak langsung yang nilainya dapat dilihat pada output *Specific Indirect Effect*. Jika didapatkan nilai t hitung lebih besar dari $\pm 1,96$ atau nilai sig. kurang dari 0,05, maka variabel mediasi terbukti. Mediasi parsial (parsial mediasi) apabila didapatkan t hitung pengaruh langsung dan tidak langsung signifikan secara statistik. Mediasi sempurna (mediasi full) apabila didapatkan t hitung pengaruh langsung tidak signifikan, sedangkan nilai t hitung pengaruh tidak langsung signifikan secara statistik.