

**FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN WASTING PADA BALITA DI KOTA  
BANDAR LAMPUNG: SEBUAH KAJIAN KUALITATIF**

**TESIS**

**Oleh**

**DYAH SURYA AGUSTINE SESUNAN**



**PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2025**

**FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN WASTING PADA BALITA DI KOTA  
BANDAR LAMPUNG : SEBUAH KAJIAN KUALITATIF**

**Oleh**

**DYAH SURYA AGUSTINE SESUNAN**

**Tesis**

**Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar  
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Pada  
Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Kedokteran Universitas Lampung**



**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS LAMPUNG  
BANDAR LAMPUNG  
2025**

## ABSTRAK

# FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN WASTING PADA BALITA DI KOTA BANDAR LAMPUNG: SEBUAH KAJIAN KUALITATIF

OLEH

DYAH SURYA AGUSTINE SESUNAN

Wasting tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang kritis di Indonesia, khususnya di Kota Bandar Lampung dengan prevalensi 8,4% yang melebihi target provinsi (7,0%) maupun nasional. Penelitian kualitatif fenomenologis ini bertujuan mengeksplorasi faktor penyebab wasting pada balita melalui pendekatan yang menekankan dimensi psikososial di luar faktor biomedis dan sosial ekonomi konvensional. Penelitian dilaksanakan Maret-Mei 2025 di lima Puskesmas Kota Bandar Lampung dengan 36 informan yang dipilih secara purposif, meliputi ibu/pengasuh anak wasting, anggota keluarga, kader kesehatan, petugas gizi, pejabat daerah, dan Kepala Sub-koordinator Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinkes. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dianalisis menggunakan analisis tematik Braun dengan validitas data melalui triangulasi sumber. Analisis mengungkap sepuluh tema utama: asupan makanan tidak memadai, penyakit infeksi berulang, masalah sanitasi lingkungan terutama paparan asap rokok, ketidakamanan pangan rumah tangga, praktik pemberian makan tidak tepat, deteksi gizi terlambat, kendala ekonomi keluarga, respons emosional orang tua negatif, stigma sosial dan perasaan rendah diri, serta praktik pemberian MPASI tidak tepat. Temuan kritis menunjukkan periode transisi MPASI merupakan titik balik penurunan gizi pada anak dengan berat lahir baik. Penelitian ini memperkenalkan kerangka konseptual baru yang menempatkan faktor psikososial ibu, khususnya stigma sosial dan respons emosional, sebagai penyebab mendasar yang mempengaruhi praktik pemberian makan dan ketersediaan pangan. Pengurangan wasting memerlukan intervensi komprehensif multisektoral yang menangani penyebab langsung dan faktor psikososial mendasar dengan pendekatan sensitif stigma dan dukungan kesehatan mental ibu terintegrasi dalam program gizi.

**Kata Kunci:** balita, kesehatan mental ibu, MPASI, stigma sosial, wasting

## **ABSTRAK**

### **CAUSATIVE FACTORS OF WASTING AMONG CHILDREN UNDER FIVE IN BANDAR LAMPUNG CITY: A QUALITATIVE STUDY**

**BY**

**DYAH SURYA AGUSTINE SESUNAN**

Wasting remains a critical public health issue in Indonesia, particularly in Bandar Lampung City with a prevalence of 8.4% exceeding both provincial (7.0%) and national targets. This phenomenological qualitative study aims to explore causative factors of wasting among children under five through an approach emphasizing psychosocial dimensions beyond conventional biomedical and socioeconomic factors. The study was conducted from March to May 2025 across five primary health centers in Bandar Lampung City with 36 purposively selected informants, including mothers/caregivers of wasted children, family members, community health workers, nutrition officers, local officials, and the Head of Family Health and Nutrition Sub-coordinator at the District Health Office. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using Braun's thematic analysis with data validity ensured through source triangulation. Analysis revealed ten major themes: inadequate food intake, recurrent infectious diseases, environmental sanitation issues particularly household tobacco smoke exposure, household food insecurity, inappropriate feeding practices, delayed detection of nutritional problems, family economic constraints, negative parental emotional responses, social stigma and feelings of inferiority, and incorrect complementary feeding practices. A critical finding showed that the complementary feeding transition period represents a turning point where children with good birth weight experience nutritional decline. This study introduces a new conceptual framework positioning maternal psychosocial factors, specifically social stigma and emotional responses, as underlying causes influencing feeding practices and food availability. Effective wasting reduction requires comprehensive multisectoral interventions addressing immediate causes and underlying psychosocial factors with stigma-sensitive approaches and maternal mental health support integrated into nutrition programs.

**Keywords:** children under five, maternal mental health, complementary feeding, social stigma, wasting.

Judul Tesis

**: FAKTOR PENYEBAB KEJADIAN WASTING PADA  
BALITA DI KOTA BANDAR LAMPUNG: SEBUAH  
KAJIAN KUALITATIF TAHUN 2025**

Nama Mahasiswa : Dyah Surya Agustine Sesunan

Nomor Pokok Mahasiswa : 2328021002

Program Studi : Magister Kesehatan Masyarakat

Fakultas : Kedokteran



Ketua Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat

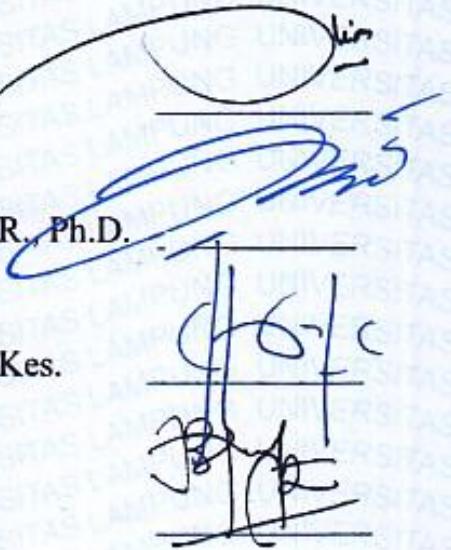


Dr.dr. Betta Kurniawan,S.Ked.,M.Kes, Sp.Par.K  
NIP. 19781009 2005011001

## MENGESAHKAN

### 1. Tim Penguji

Ketua : Dr. dr. Dian Isti Angraini, MPH.



Sekretaris : Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., Ns., MMR., Ph.D.

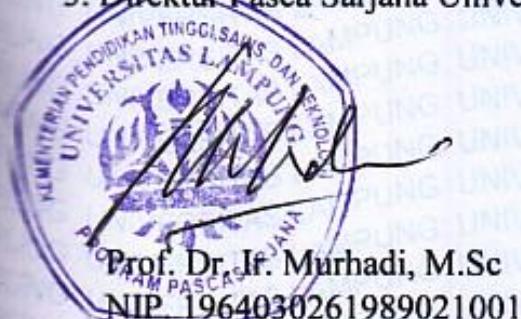
Anggota : Prof.Dr.Dyah Wulan Sumezar RW, SKM,M.Kes.

Anggota : Dr. dr. Reni Zuraida, M.Si

### 2. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung



### 3. Direktur Pasca Sarjana Universitas Lampung



Tanggal Lulus Ujian Tesis : **16 Desember 2025**

## LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa:

1. Tesis dengan judul "Faktor Penyebab Kejadian *Wasting* Pada Balita Di Kota Bandar Lampung: Sebuah Kajian Kualitatif" adalah karya saya sendiri dan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan yang tidak sesuai dengan etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau yang disebut *plagiarism*.
2. Hak intelektual atas karya ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya, maka saya bersedia dan sanggup dituntut sesuai hukum yang berlaku.

Bandar Lampung, Desember 2025

Pembuat Pernyataan



Dyah Surya Agustine Sesunan

## **RIWAYAT HIDUP**

Penulis dilahirkan di Palembang pada tanggal 26 Agustus 1985, sebagai anak keempat dari empat bersaudara, dari Bapak Dr. Ir. H. Dirwansyah Sesunan, MM. dan Ibu Prof. Dr. dr. Efrida Warganegara, M.Kes, Sp.MK.

Pendidikan Taman Kanak-kanak (TK) diselesaikan tahun 1991 di TK Muhammadyah Palembang, Sekolah Dasar (SD) diselesaikan pada tahun 1997 di SD BPI Bandung, Sekolah Menengah Pertama (SMP) diselesaikan pada tahun 2000 di SLTPN 7 Bandung, dan Sekolah Menengah Atas (SMA) diselesaikan pada tahun 2003 di SMUN 20 Bandung.

Pada tahun 2004, penulis terdaftar sebagai mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lampung. Setelah menyelesaikan Pendidikan profesi dokter penulis sempat bekerja di RSIA Restu Bunda dan Pertamina. Setelah itu, penulis sempat melaksanakan kegiatan dari Kemenkes sebagai PTT (pegawai tidak tetap) pada kategori daerah terpencil di Lampung Tengah pada tahun 2011-2014. Kemudian penulis keterima CPNS pada tahun 2015 di Kota Metro, dan sekarang bekerja di PKM Segala Mider Kota Bandar Lampung dari tahun 2017-sekarang. Selanjutnya, penulis melanjutkan studi Magister Kesehatan Masyarakat pada tahun 2023 di Universitas Lampung.

**Saya persembahkan tesis ini untuk Ayah, Bunda, Papa, Mama, Suami, dan  
anak-anakku tercinta yang selalu mendoakan dan mendukung setiap  
langkah yang saya ambil**

لَمْ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ وَعَسَىٰ أَنْ تَكُرَّ هُوَا شَيْئًا وَهُوَ حَيْرٌ لَكُمْ ۝ وَعَسَىٰ أَنْ تُحِبُّوَا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ ۝ وَاللَّهُ يَعْ

“Boleh jadi kamu membenci sesuatu, padahal ia amat baik bagimu, dan boleh jadi (pula) kamu menyukai sesuatu, padahal ia amat buruk bagimu. Allah mengetahui, sedang kamu tidak mengetahui.”

## **SANWACANA**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, karena atas rahmat dan hidayah-Nya tesis ini dapat diselesaikan. Tesis dengan judul “Faktor Penyebab Kejadian Wasting Pada Balita Di Kota Bandar Lampung: Sebuah Kajian Kualitatif” adalah salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., selaku Rektor Universitas Lampung;
2. Dr. dr. Evi Kurniawaty, S. Ked., M.Sc., selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung;
3. Dr. dr. Dian Isti Angraini, MPH., selaku pembimbing utama dan atas kesediaannya memberikan bimbingan, arahan, saran dan kritik dalam penyelesaian tesis;
4. Bayu Anggileo Pramesona, S.Kep., Ns., MMR., Ph.D., selaku pembimbing kedua atas kesediaannya memberikan bimbingan, arahan, saran dan dan kritik dalam penyelesaian tesis;
5. Prof. Dr. Dyah Wulan Sumezar, SKM., M.Kes., selaku pembahas utama yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian tesis;
6. Dr. dr. Reni Zuraida, M.Si selaku pembahas kedua yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian tesis;
7. Dr. dr. Susianti, S.Ked., M.Sc., selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama masa perkuliahan;
8. Seluruh dosen, staf dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu, waktu, bantuan yang telah diberikan selama proses perkuliahan dan penyusunan tesis;

9. Seluruh responden dalam penelitian ini atas ketersediaan menjadi subjek penelitian;
10. Ayah, Bunda, Papa, Mama terima kasih atas doa, kasih sayang, nasihat serta motivasi semasa sekolah magister ini.
11. Papa Andre dan anak-anak Mimi tercinta, Ara, Athaya, dan Kamal yang telah memberikan dukungan serta pengertian dan kasih sayangnya;
12. Keluarga tercinta yang telah memberikan segalanya;
13. Sahabat dan teman- teman angkatan 2023 yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuan dan dukungan selama proses perkuliahan;
14. Seluruh pihak yang telah membantu saya dalam menyelesaikan penelitian ini yang tidak dapat saya sebut satu persatu.

Akhir kata, saya menyadari bahwa tesis yang saya tulis ini, masih jauh dari kata sempurna. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat untuk mendorong penelitian-penelitiannya.

Bandar Lampung, Desember 2025  
Penulis,

Dyah Surya Agustine Sesunan

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Landasan Teori.....	7
2.1.1 Definisi Balita .....	7
2.1.2 Karakteristik Balita .....	7
2.1.3 Status Gizi.....	8
2.1.4 Wasting .....	11
2.1.5 Diagnosis dan Klasifikasi <i>Wasting</i> .....	12
2.1.6 Dampak <i>Wasting</i> .....	13
2.1.7 Faktor Penyebab Kejadian <i>Wasting</i> .....	15
2.1.8 Prevalensi Kejadian <i>Wasting</i> .....	22
2.1.9 Penelitian Kualitatif .....	23
2.1.9.1 Pengertian dan Karakteristik Penelitian Kualitatif.....	23
2.1.9.2 Pendekatan-pendekatan dalam Penelitian Kualitatif.....	24
2.1.9.3 Metode pengumpulan data kualitatif.....	24
2.1.9.4 Analisis Tematik Sebagai Metode Analisis .....	25
2.1.9.5 Keabsahan dan Kualitas dalam Penelitian Kualitatif .....	26
2.1.9.6 Relevansi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan.....	26
2.1.9.7 pertimbangan Etis dan Praktis.....	27
2.2 Penelitian Terdahulu .....	28
2.3 Kerangka Teori .....	35
2.4 Kerangka Konsep.....	36
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>37</b>
3.1 Jenis dan Sifat Penelitian .....	37

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian .....	37
3.2.1 Waktu Penelitian .....	37
3.2.2 Tempat Penelitian .....	37
3.3 Fokus Penelitian .....	38
3.4 Subjek Penelitian .....	40
3.4.1 Teknik Pengambilan Informan .....	40
3.5 Kriteria Penelitian .....	40
3.5.1 Kriteria Inklusi .....	40
3.5.2 Kriteria Ekslusi .....	41
3.6 Pengumpulan Data .....	41
3.7 Analisa dan Validasi Data .....	41
3.7.1 Analisa Data .....	41
3.7.2 Validasi Data .....	42
3.8 Keabsahan Data .....	43
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>46</b>
4.1 Gambaran Umum Subjek Penelitian .....	46
4.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	47
4.3 Hasil Wawancara Mendalam .....	48
4.4 Asupan Makanan .....	50
4.4.1 Perilaku Memilih-milih Makanan .....	50
4.4.2 Jumlah Porsi Makan yang Inadekuat .....	51
4.4.3 Keanekaragaman Makanan yang Terbatas .....	51
4.5 Penyakit Infeksi .....	52
4.5.1 Adanya Penyakit Infeksi .....	52
4.5.2 Riwayat Penyakit Infeksi Berulang .....	53
4.6 Sanitasi Lingkungan .....	53
4.6.1 Paparan Asap Rokok di Lingkungan Balita .....	53
4.7 Pangan Rumah Tangga .....	54
4.7.1 Ketersediaan Makanan dalam Rumah Tangga Terbatas .....	54
4.8 Pola Pengasuhan .....	55
4.8.1 Praktik Pemberian Makan yang Tidak Tepat .....	55
4.8.2 Kurangnya Keteraturan Pemberian Makan .....	56
4.9 Akses Layanan Kesehatan .....	56
4.9.1 Keterlambatan Deteksi Masalah Gizi .....	57
4.10 Faktor Sosial Ekonomi .....	57
4.10.1 Keterbatasan Ekonomi Keluarga .....	58
4.11 Respon Emosional Orang Tua .....	58

4.11.1 Perasaan Marah dan Kesal Saat Anak Susah Makan .....	59
4.11.2 Perasaan Sedih dan Khawatir.....	59
4.12 Stigma dan Tekanan Sosial .....	60
4.12.1 Perasaan Rendah Diri Akibat Komentar Lingkungan.....	60
4.13 Peralihan ke MPASI .....	61
4.13.1 Pemberian MPASI yang Tidak Benar.....	61
4.14 Kerangka Konsep Baru .....	73
<b>BAB V PEMBAHASAN .....</b>	<b>76</b>
5.1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian <i>Wasting</i> pada Balita di Kota Bandar Lampung .....	76
5.1.1 Faktor Asupan Makanan .....	76
5.1.1.1 Perilaku memilih milih makanan (Food selectivity) .....	76
5.1.1.2 Jumlah Porsi Makan yang Inadekuat .....	78
5.1.1.3 Keanekaragaman yang terbatas.....	80
5.1.2 Faktor Penyakit Infeksi .....	81
5.1.2.1 Adanya Penyakit Infeksi .....	81
5.1.2.2 Riwayat Penyakit Infeksi Berulang.....	82
5.1.2.3 Dampak Infeksi terhadap Asupan Makanan .....	84
5.1.3 Faktor Sanitasi dan Lingkungan .....	86
5.1.3.1 Paparan Asap Rokok di Lingkungan Balita .....	86
5.1.4 Faktor Ketahanan Pangan Rumah Tangga.....	87
5.1.4.1 Keterbatasan Ketersedian Makanan.....	87
5.1.5 Faktor Pola Pengasuhan .....	89
5.1.5.1 Praktik Pemberian Makan yang Tepat .....	89
5.1.5.2 Kurangnya ASI Eksekutif .....	90
5.1.6 Faktor Akses Layanan Kesehatan .....	91
5.1.6.1 Keterlambatan Deteksi Masalah Gizi.....	91
5.1.7 Faktor Sosial Ekonomi.....	92
5.1.7.1 Keterbatasan Ekonomi Keluarga .....	92
5.1.8 Faktor Respon Emosional Orang Tua .....	94
5.1.8.1 Tekanan Psikologis dalam pengasuhan Anak <i>Wasting</i> .....	94
5.1.8.2 Dampak Kesehatan Mental Orang tua Terhadap Praktik Pemberian Makan.....	95
5.1.8.3 Mekanisme Pengaruh Kesehatan Mental Orang tua terhadap Status Gizi Anak .....	97
5.1.8.4 Siklus Mainutrisi Kesehatan Mental .....	99
5.1.8.4 Implikasi untuk Intervensi.....	99
5.1.9 Stigma Sosial dan Beban Psikologis Keluarga .....	100
5.1.9.1 Bentuk dan Dampak Stigma Sosial terhadap Keluarga anak <i>Wasting</i> .....	100
5.1.9.2 Penolakan dan Denial sebagai Respons terhadap stigma.....	101
5.1.9.3 Dampak Stigma terhadap Akses Layanan Kesehatan .....	102

5.1.9.4 Isolasi Sosial dan Berkurangnya Dukungan Sosial.....	103
5.1.9.5 Mekanisme Pengaruh Stigma terhadap Status Gizi Anak.....	104
5.1.9.6 Implikasi untuk Intervensi yang Sensitif Stigma .....	105
5.1.10 Praktik Pemberian MPASI yang Tidak Tepat sebagai Fase Penting .....	106
5.1.11 Periode Kritis dalam Terjadinya <i>Wasting</i> .....	108
5.2 Implikasi Temuan untuk Intervensi Gizi .....	108
5.3 Keterbatasan Penelitian.....	109
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>111</b>
6.1 Kesimpulan .....	111
6.2 Saran .....	112
6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota .....	112
6.2.2 Bagi Petugas Kesehatan.....	112
6.2.3 Bagi Kader Posyandu.....	112
6.2.4 Bagi Keluarga dan Masyarakat .....	113
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>115</b>

**DAFTAR TABEL**

	<b>Halaman</b>
Tabel 1. Definisi Operasional .....	10
Tabel 2. Tren Status Gizi Balita berdasarkan SSGI 2022 .....	22
Tabel 3. Prevalensi Status Gizi Balita Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, SKI 2023 .....	22
Tabel 4. Penelitian Terdahulu .....	28
Tabel 5. Fokus Penelitian .....	38
Tabel 6. Karakteristik Informan (n=36) .....	48
Tabel 7. Tematik Wawancara .....	61

**DAFTAR BAGAN**

	<b>Halaman</b>
Gambar 1. Kerangka Teori.....	35
Gambar 2. Kerangka Pikir.....	36
Gambar 3. Kerangka Konsep Baru.....	75

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

*Wasting* merupakan salah satu bentuk malnutrisi akut yang menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia. Kondisi ini ditandai dengan berat badan yang sangat rendah terhadap tinggi badan (BB/TB), yang mencerminkan kekurangan gizi dalam jangka waktu pendek. *Wasting* pada balita tidak hanya berdampak pada pertumbuhan fisik, tetapi juga berpengaruh terhadap perkembangan kognitif, peningkatan risiko kesakitan dan kematian, serta produktivitas di masa mendatang. *Wasting* didefinisikan sebagai berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan (BB/TB atau BB/PB) yang rendah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023; Lamid & Triwinarto, 2020). Anak dikatakan gizi kurang (*wasting/ wasted*) jika memiliki BB/TB atau BB/PB  $-3SD \leq -2 SD$  dan dikatakan gizi buruk (*severely wasted*) jika BB/TB atau BB/PB  $< -3 SD$  (Kementerian Kesehatan RI, 2020). *Wasting* tidak boleh diabaikan. Upaya-upaya pencegahan sangatlah penting, termasuk deteksi dini *wasting* dengan melakukan pemantauan pertumbuhan rutin di posyandu dan secara mandiri di rumah.

Secara global, prevalensi *wasting* pada balita masih menjadi tantangan besar dalam pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*). Menurut data World Health Organization (WHO), sekitar 45 juta anak balita di seluruh dunia mengalami *wasting*, yang berkontribusi terhadap hampir setengah dari seluruh kematian anak di bawah usia lima tahun. Kondisi ini menunjukkan bahwa *wasting* bukan hanya masalah kesehatan individu, melainkan masalah kesehatan masyarakat yang memerlukan intervensi komprehensif. Pada data dunia tahun 2022, *wasting* berada di angka 6,8 % (JME, 2023). Dari sub-kawasan, Asia Selatan memiliki persentase tertinggi (14,3%), yang sedikit lebih tinggi dari persentase regional

sebesar 13,6%. Diikuti oleh Oseania (tidak termasuk Australia dan Selandia Baru) sebesar 8,3%, Asia Tenggara (7,8%) dan Asia Timur, yang memiliki persentase terendah (1,5 persen). Dari data tersebut, dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan kawasan ini memiliki lebih banyak anak di bawah usia lima tahun yang terkena *wasting* dibandingkan rata-rata dunia pada tahun 2022, bahkan dua kali lipat persentase dunia.

Di Asia Tenggara, prevalensi yang mengalami *wasting* sangat tinggi sebesar 14,5%. Di Indonesia berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 menunjukkan bahwa prevalensi anak umur 0-23 bulan (baduta) yg terdiagnosa *wasting* (kurus/ gizi kurang) sebesar 7,2% dan sangat kurus sebesar 4,5%. Sedangkan pada anak umur 0-59 bulan (balita), 6,7% terdiagnosa *wasting* (kurus/gizi kurang) dan 3,5% terdiagnosa sangat kurus (Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), 2018). Meskipun telah terjadi perbaikan dalam berbagai indikator kesehatan anak, prevalensi *wasting* masih berada pada tingkat yang mengkhawatirkan. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan Studi Status Gizi Indonesia (SSGI), prevalensi *wasting* pada balita mengalami fluktuasi dan belum mencapai target nasional yang ditetapkan. Disparitas prevalensi *wasting* juga terjadi antar wilayah, dengan beberapa provinsi dan kota menunjukkan angka yang lebih tinggi dibandingkan rata-rata nasional.

Pada data Survei Status Gizi Indonesia (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023), prevalensi di Kota Bandar Lampung didapat sebesar 8,4%. Angka ini pun di atas target prevalensi kejadian *wasting* Provinsi Lampung sebesar 7,0% dan menjadi target pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2024 dan Rencana Strategi (Renstra) Kementerian Kesehatan 2024 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Provinsi Lampung, khususnya Kota Bandar Lampung sebagai ibu kota provinsi, memiliki tantangan tersendiri dalam penanganan masalah *wasting*

pada balita. Sebagai pusat pemerintahan, pendidikan, dan ekonomi di Provinsi Lampung, Kota Bandar Lampung memiliki karakteristik unik dengan keberagaman sosial ekonomi masyarakat, mulai dari penduduk dengan tingkat kesejahteraan tinggi hingga masyarakat yang hidup di bawah garis kemiskinan. Data profil kesehatan menunjukkan bahwa prevalensi *wasting* di Kota Bandar Lampung masih perlu mendapat perhatian serius, mengingat implikasinya terhadap kualitas sumber daya manusia di masa depan.

Berbagai penelitian telah mengidentifikasi faktor-faktor penyebab terjadinya *wasting* pada balita, yang meliputi faktor langsung seperti asupan makanan yang tidak adekuat dan penyakit infeksi, serta faktor tidak langsung seperti ketahanan pangan keluarga, pola asuh, akses terhadap pelayanan kesehatan, kondisi sanitasi dan lingkungan, serta faktor sosial ekonomi keluarga. Namun, sebagian besar penelitian yang telah dilakukan menggunakan pendekatan kuantitatif yang memberikan gambaran statistik tentang hubungan atau pengaruh antar variabel, namun kurang dapat menggali secara mendalam mekanisme, proses, dan pengalaman nyata dari para orang tua atau pengasuh balita yang mengalami *wasting*.

Penelitian-penelitian kuantitatif sebelumnya telah berhasil mengidentifikasi berbagai faktor risiko kejadian *wasting* pada balita, seperti status ekonomi keluarga, pola asuh pemberian makan, riwayat penyakit infeksi, dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Namun, pendekatan kuantitatif memiliki keterbatasan dalam mengungkap dimensi psikososial yang lebih dalam, khususnya terkait pengalaman emosional ibu dan stigma sosial yang mungkin menyertai kondisi *wasting*. Aspek-aspek ini sulit diukur melalui kuesioner terstruktur, namun berpotensi memiliki pengaruh signifikan terhadap upaya pencegahan dan penanganan *wasting* di masyarakat.

Stigma sosial yang melekat pada ibu yang memiliki anak dengan kondisi *wasting* merupakan fenomena yang belum banyak dieksplorasi dalam konteks lokal Kota Bandar Lampung. Stigma ini dapat bermanifestasi dalam berbagai

bentuk, mulai dari pelabelan negatif oleh lingkungan sekitar, anggapan bahwa ibu tidak mampu merawat anak dengan baik, hingga isolasi sosial yang dialami keluarga (Manguib et al., 2025; Moganedi & Mudau, 2024). Kondisi ini tidak hanya berdampak pada kesehatan mental ibu, tetapi juga dapat mempengaruhi keputusan ibu dalam mencari pertolongan kesehatan, kepatuhan terhadap program intervensi gizi, serta pola pengasuhan yang diterapkan. Pemahaman mendalam tentang bagaimana stigma ini bekerja dan mempengaruhi perilaku kesehatan menjadi penting untuk merancang intervensi yang lebih sensitif dan efektif.

Kondisi emosional dan perasaan ibu seperti rasa bersalah, malu, cemas, atau bahkan depresi yang muncul ketika menghadapi kondisi *wasting* pada anaknya, belum mendapat perhatian memadai dalam literatur penelitian sebelumnya. Beban emosional ini dapat mempengaruhi kapasitas ibu dalam memberikan perawatan optimal, kualitas interaksi ibu-anak, serta motivasi dalam mengakses layanan kesehatan (Costa et al., 2021; Saharoy et al., 2023). Studi kualitatif memungkinkan peneliti untuk menggali narasi personal ibu, memahami makna yang mereka berikan terhadap kondisi anaknya, serta mengeksplorasi bagaimana konteks sosial budaya di Bandar Lampung membentuk pengalaman emosional mereka.

Penelitian kualitatif ini bertujuan untuk mengisi celah pengetahuan dengan mengeksplorasi dimensi-dimensi yang tidak tertangkap dalam penelitian kuantitatif, khususnya peran stigma sosial dan kondisi psikologis-emosional ibu sebagai faktor yang berkontribusi terhadap kejadian *wasting*. Melalui pendekatan wawancara mendalam dan observasi, penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman *holistic* tentang kompleksitas masalah *wasting* yang tidak hanya bersifat biologis dan ekonomi, tetapi juga sosial dan psikologis, sehingga dapat memberikan rekomendasi intervensi yang lebih komprehensif dan kontekstual.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang terkait rumusan masalah penelitian ini yaitu apa saja faktor penyebab terjadinya *wasting* pada balita di Kota Bandar Lampung?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengeksplorasi faktor penyebab kejadian *wasting* pada balita di Kota Bandar Lampung.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengeksplorasi peran faktor penyebab dasar terhadap kejadian *wasting* pada balita di Kota Bandar Lampung.
2. Mengeksplorasi peran faktor penyebab tidak langsung terhadap kejadian *wasting* pada balita di Kota Bandar Lampung.
3. Mengeksplorasi peran faktor penyebab langsung terhadap kejadian *wasting* pada balita di Kota Bandar Lampung.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1. Bagi Dinas Kesehatan dan Pemerintahan Kota Bandar Lampung

Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi data dasar atau rujukan upaya pencegahan dan penurunan kejadian *wasting* oleh Dinas Kesehatan di Kota Bandar Lampung. Perangkat daerah baik camat, lurah, RT, RW dapat menganalisa kebijakan yang telah berjalan khususnya di program gizi masyarakat di wilayah kerjanya.

### 2. Bagi Petugas Kesehatan

Diharapkan para tenaga kesehatan bisa memfokuskan faktor-faktor yang dapat menyebabkan kejadian *wasting* sehingga bisa melakukan promotif dan preventif.

### 3. Bagi Kader Posyandu

Diharapkan para kader posyandu bisa melakukan pendekatan yang efektif dan melaporkan kasus *wasting* pada wilayah tertentu.

### 4. Bagi Keluarga dan Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi yang berguna

untuk masyarakat dan dapat mengurangi jumlah kasus *wasting* di Kota Bandar Lampung.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Definisi Balita**

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2018) balita adalah anak yang telah memasuki usia diatas satu tahun yang diperhitungkan berusia 12-59 bulan yang sering disebut dengan anak dibawah lima tahun. Adapun menurut WHO kelompok usia balita adalah usia 0-60 bulan. Masa balita merupakan periode penting dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Masa balita adalah masa dimana masih bergantungnya anak pada orangtua untuk setiap pemenuhan kebutuhannya. Balita adalah kelompok usia yang berada dalam proses pertumbuhan dan perkembangan yang unik (Hijriati, 2021). Pertumbuhan yang berlangsung pada masa balita merupakan pertumbuhan yang sangat pesat, dan akan mempengaruhi dan menentukan pertumbuhan anak selanjutnya, maka sering disebut *golden age* (Bonita *et al.*, 2022).

Balita merupakan kelompok usia yang sering mengalami masalah gizi. Masalah gizi yang sering terjadi pada balita yaitu KEP (kekurangan energi protein), obesitas, *stunting*, gizi buruk dan gizi kurang (Rahut *et al.*, 2024) (Ekholuenetale *et al.*, 2022). Gizi kurang pada balita dapat dikategorikan berdasarkan status gizi dengan indikator BB/U (Permenkes, 2020)

##### **2.1.2 Karakteristik Balita**

Masa balita adalah masa pembentukan dan perkembangan manusia, usia ini merupakan usia yang rawan karena balita sangat peka terhadap gangguan pertumbuhan serta bahaya yang menyertainya. Masa balita disebut juga sebagai masa keemasan, dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keindraan, berfikir, berbicara serta

pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral (Setyatama *et al.*, 2023).

Karakteristik balita menurut (Anwar & Rosdiana, 2023) yaitu:

1) Anak usia 1-3 tahun

Usia 1-3 tahun merupakan konsumen pasif artinya anak menerima makanan yang disediakan orang tuanya. Laju pertumbuhan usia balita lebih besar dari usia prasekolah, sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif besar. Perut yang lebih kecil menyebabkan jumlah makanan yang mampu diterimanya dalam sekali makan lebih kecil bila dibandingkan dengan anak yang usianya lebih besar oleh sebab itu, pola makan yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi sering.

2) Anak usia prasekolah (3-5 tahun)

Usia 3-5 tahun anak menjadi konsumen aktif. Anak sudah mulai memilih makanan yang disukainya. Pada usia ini berat badan anak cenderung mengalami penurunan, disebabkan karena anak beraktivitas lebih banyak dan mulai memilih maupun menolak makanan yang disediakan orang tuanya.

### **2.1.3 Status Gizi**

Status gizi balita merupakan hal penting yang harus diketahui oleh setiap orang tua. Perlunya perhatian lebih terhadap tumbuh kembang anak di usia balita didasarkan fakta bahwa kurang gizi pada masa emas ini bersifat *irreversible* (tidak dapat pulih), sedangkan kekurangan gizi dapat mempengaruhi perkembangan otak anak. Status gizi balita diukur berdasarkan umur, Berat Badan (BB) dan tinggi badan. Gizi menjadi bagian sangat penting dalam pertumbuhan dan perkembangan balita yang di dalamnya memiliki keterkaitan yang erat hubungannya dengan kesehatan dan kecerdasan. Pemberian gizi yang kurang baik terutama terhadap anak-anak, akan menurunkan potensi sumber daya pembangunan masyarakat. Gizi sangat erat kaitannya dengan kesehatan seseorang. Agar fungsi tersebut dapat bekerja

dengan baik, jumlah zat gizi yang dikonsumsi seseorang harus sesuai dengan kebutuhan tubuh. Apabila tubuh mngkonsumsi zat gizi kurang dari kebutuhanya maka akan terjadi kasus gizi kurang, sebaliknya apabila jumlah zat gizi yang akan dikonsumsi berlebihan akan mengakibatkan tubuh kelebihan zat gizi (Kementerian Kesehatan, 2024).

Acuan yang digunakan oleh tenaga kesehatan dalam menilai status gizi anak adalah dengan menggunakan antropometri. Dimana parameter pengukuran standar antropometri berdasarkan Kementerian Kesehatan RI, 2020 adalah:

- a. Berat badan menurut umur (BB/U)
- b. Panjang/Tinggi badan menurut umur (PB/U atau TB/U)
- c. Berat badan menurut panjang/tinggi badan (BB/PB atau BB/TB)
- d. Indeks Massa tubuh menurut umur (IMT/U)

Masalah gizi yang terjadi pada anak-anak yaitu *stunting*, *wasting*, *underweight*, dan *overweight*.

Penentuan status gizi anak berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, dilihat dari Indeks berat badan (BB/PB atau BB/TB) dikategorikan :

- a. Gizi buruk (*severely wasted*)
- b. Gizi kurang (*wasted*)
- c. Gizi baik (normal)
- d. Beresiko gizi lebih (*possible risk of overweight*)
- e. Gizi lebih (*overweight*)
- f. Obesitas (*obese*)

**Tabel 1.** Definisi Operasional

No	Tema Utama	Definisi Konseptual	Definisi Operasional (Kualitatif)	Indikator / Aspek yang Diamati	Referensi
1	<b>Wasting pada balita</b>	<i>Wasting</i> adalah kondisi gizi kurang pada anak usia 0–59 bulan dengan berat badan tidak sesuai tinggi badan menurut tinggi badan (BB/TB) dibawah -2 SD dari standar WHO.	<i>Wasting</i> dipahami sebagai kondisi anak dengan berat badan tidak sesuai tinggi badan yang mencerminkan masalah gizi akut akibat asupan makanan dan penyakit.	Status gizi balita berdasarkan hasil pengukuran BB/TB; persepsi ibu tentang berat badan anak; pengetahuan ibu tentang kondisi anak.	WHO (2021), Kemenkes RI (2023)
2	<b>Pengetahuan gizi ibu</b>	Pemahaman ibu mengenai zat gizi, makanan bergizi seimbang, dan kebutuhan nutrisi anak.	Bagaimana ibu memahami konsep gizi, mengenal makanan bergizi, dan mengaitkannya dengan kesehatan anak.	Pengetahuan tentang jenis makanan bergizi; pentingnya protein; pemahaman tentang jadwal dan porsi makan anak.	Notoatmo djo (2020), Kemenkes RI (2022)
3	<b>Pola asuh dan praktik pemberian makan</b>	Segala bentuk perilaku orang tua dalam memberi makan, mengatur waktu, porsi, serta respons terhadap perilaku makanan anak.	Sikap dan kebiasaan ibu/pengasuh dalam memberi makan anak sehari-hari, termasuk pemberian ASI, MP-ASI, dan makanan keluarga.	Frekuensi makan; jenis makanan yang diberikan; cara pemberian makan; tanggapan ibu terhadap anak yang sulit makan	UNICEF (2021), Kemenkes RI (2023)
4	<b>Faktor sosial ekonomi keluarga</b>	Kondisi ekonomi, pekerjaan, dan tingkat pendidikan keluarga yang mempengaruhi kemampuan menyediakan makanan bergizi.	Kondisi nyata keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan dan kesehatan anak	Pendapatan keluarga; pekerjaan orang tua; pengeluaran untuk makanan; tingkat pendidikan ibu.	BPS (2023), WHO (2022)

**Tabel 1.** Definisi Operasional (Lanjutan)

No	Tema Utama	Definisi Konseptual	Definisi Operasional (Kualitatif)	Indikator / Aspek yang Diamati	Referensi
5	<b>Akses dan pemanfaatan layanan kesehatan</b>	Kemudahan dan kemauan masyarakat untuk menggunakan layanan gizi dan kesehatan anak.	Bagaimana ibu memanfaatkan fasilitas posyandu, posyandu, puskesmas, dan program gizi di wilayahnya.	Frekuensi kunjungan posyandu; keikutsertaan dalam program gizi; persepsi terhadap petugas kesehatan.	Kemenkes RI (2023), WHO (2020)
6	<b>Dukungan keluarga dan sosial</b>	Bantuan emosional, finansial, dan praktis dari anggota keluarga dan lingkungan sekitar dalam pemenuhan gizi anak	Bentuk dukungan nyata yang diterima ibu dari suami, keluarga, dan kader posyandu.	Keterlibatan suami; peran keluarga lain; bantuan kader; dukungan masyarakat	WHO (2021), Notoatmoko (2020)

#### 2.1.4 *Wasting*

*Wasting* adalah salah satu bentuk kekurangan gizi yang mencerminkan berat badan anak terlalu kurus menurut tinggi badannya, ditandai dengan z-score BB/TB kurang dari -2 SD untuk *wasting* dan z-score BB/TB kurang dari -3 SD untuk *severe wasting* (Kementerian Kesehatan RI, 2020). *Wasting* pada anak-anak merupakan hasil dari penurunan berat badan yang cepat atau ketidakmampuan menambah berat badan (UNICEF, WHO, The World Bank, 2019).

*Wasting* mengakibatkan balita berisiko mengalami ketertinggalan tumbuh kembang secara jangka panjang, penurunan fungsi sistem imunitas, peningkatan keparahan dan kerentanan terhadap penyakit menular, serta peningkatan risiko kematian terutama balita yang mengalami *severe wasting* (UNICEF, WHO, The World Bank, 2019). Tumbuh kembang yang terjadi saat balita akan berdampak pada individu di masa yang selanjutnya. Jika anak mengalami ketidaksesuaian atau kegagalan tumbuh kembang, tidak teridentifikasi dan tidak mendapat tindakan yang baik, maka anak tidak dapat

mencapai pertumbuhan yang maksimal. Hal tersebut dapat berdampak pada berkurangnya kualitas generasi penerus bangsa di masa depan (Soedarsono & Sumarmi, 2021).

Kejadian *wasting* merupakan salah satu masalah gizi masyarakat di Indonesia. Menurut WHO, angka masalah kesehatan masyarakat diklasifikasikan serius jika memiliki persentase 10,0%-14,0%, dan diklasifikasikan kritis jika melebihi  $\geq 15\%$  (JGMI, 2022). Angka kejadian *wasting* di Indonesia cenderung turun dalam beberapa tahun terakhir, yakni 7,4% di tahun 2019, 7,1% di tahun 2021, tetapi naik di tahun 2022 yaitu 7,7% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023). Walaupun kejadian *wasting* di Indonesia semakin berkurang, namun angka *wasting* di Kota Bandar lampung berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia, 2023 berada di angka 8,4%, dan dikhawatirkan terus mengalami kenaikan tiap tahunnya (Kemenkes RI, 2023).

#### **2.1.5 Diagnosis dan Klasifikasi *Wasting***

Menurut (Permenkes, 2020) indikator untuk menilai kemungkinan kondisi *wasting* ini pada anak yakni berat badan menurun dengan cepat sedangkan tinggi badan (BB/TB) tetap bertambah. Anak dikatakan mengalami kondisi ini ketika hasil pengukuran indikator BB/TB berada di -3 sampai dengan di bawah -2 standar deviasi (SD).

Anak juga bisa mengalami *wasting* akut (*severe acute malnutrition*) Ketika indikator BB/TB menunjukkan angka di bawah -3 SD. Bisa dikatakan, *wasting* akut adalah kondisi penurunan berat badan yang sudah lebih parah ketimbang kondisi yang biasa.

Secara umum, kondisi ini ditandai dengan penurunan berat badan drastis sehingga membuat bobot tubuh anak tidak sebanding dengan tinggi badannya. Itulah mengapa kondisi ini biasanya membuat tubuh anak tampak sangat kurus. Bahkan tak jarang, sampai membuat

tulang-tulang di tubuh menonjol seperti hanya dibalut langsung oleh kulit. Anak yang mengalami kondisi ini juga kerap merasa sangat lemas, yang membuatnya sulit untuk beraktivitas normal seperti anak seusianya. Namun, ketika kondisi berat badan kurang pada anak ini tidak segera diobati, otomatis bisa berkembang lebih parah hingga mengakibatkan *wasting* akut.

Jika tingkat keparahan *wasting* anak sudah mencapai akut, akan timbul beberapa gejala seperti berikut.

- a. Indikator BB/TB menunjukkan angka kurang dari -3 SD.
- b. Memiliki pembengkakan karena cairan (*edema*) di beberapa bagian tubuh.
- c. Lingkar lengan atas (LILA) cenderung kecil, biasanya kurang dari 12,5 cm.

Apabila tidak mendapatkan perawatan secepatnya, kondisi berat badan menurun pada tingkat yang parah ini bisa berkembang semakin buruk. Tidak menutup kemungkinan, nantinya akan mengakibatkan terjadi gizi buruk pada anak.

#### **2.1.6 Dampak *Wasting***

Meskipun *wasting* merupakan masalah akut, jika anak berulang kali mengalami episode *wasting* pada tahun-tahun awal kehidupannya, hal tersebut dapat meningkatkan risiko mortalitas dan *stunting* jangka panjang (Meri Agritubella *et al.*, 2023). Anak-anak yang mengalami *wasting* memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah sehingga rentan terhadap keterlambatan perkembangan dan risiko penyakit. Anak *wasting* berisiko menderita edema yang ditandai dengan pembengkakan pada wajah, kaki, dan atau anggota badan (UNICEF, 2021). Adapun penjelasan tentang dampak yang timbul akibat *wasting*:

- 1) Kekebalan (sistem imunitas) tubuh rendah.

Anak *wasting*, khususnya anak gizi buruk, memiliki sistem imunitas yang rendah sehingga mudah terkena penyakit infeksi seperti diare, batuk pilek, dan pneumonia. Balita *wasting* bila menderita penyakit infeksi maka kondisinya dapat lebih parah dan lebih sulit untuk sembuh dibandingkan anak gizi baik (Ali *et al.*, 2022; Calder & Jackson, 2000; Rytter *et al.*, 2014).

2) Gangguan pertumbuhan fisik.

Anak *wasting* berisiko mengalami gangguan pertumbuhan fisik, termasuk pertumbuhan tinggi badan, dikarenakan kurangnya asupan zat gizi yang diperlukan untuk bertumbuh. Jika kondisi ini berlangsung dalam waktu yang lama, anak tersebut memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami *stunting*, yaitu kondisi di mana tinggi badan lebih pendek bila dibandingkan anak seusianya (De Onis & Blössner, 1997; Nurfia, 2023; Setyatama *et al.*, 2023; Wandji Nguedjo *et al.*, 2024).

3) Gangguan perkembangan otak.

Zat gizi adalah kunci penting dalam mendukung perkembangan otak balita. Sama seperti *stunting*, asupan gizi pada anak yang mengalami *wasting* juga terganggu, yang berisiko bagi perkembangan otak yang optimal, kemampuan belajar, serta produktivitas kerja di masa depan (Galler *et al.*, 2021).

4) Berisiko terkena penyakit tidak menular saat usia dewasa.

Sama halnya dengan *stunting*, anak yang mengalami *wasting* memiliki risiko lebih tinggi untuk menderita penyakit tidak menular, seperti diabetes dan penyakit jantung, saat usia dewasa (Grey *et al.*, 2021).

5) Kematian.

Dari semua bentuk masalah gizi anak, *wasting*, khususnya gizi buruk memiliki risiko kematian yang paling tinggi, yaitu hingga hampir 12 kali lebih tinggi dibandingkan anak gizi baik. Risiko kematian yang tinggi pada anak gizi buruk dikarenakan kekebalan (sistem imunitas) tubuh yang rendah sehingga bila menderita

penyakit infeksi, maka kondisinya akan lebih parah dan lebih sulit untuk sembuh, serta dapat menyebabkan kematian (Caulfield *et al.*, 2004).

### **2.1.7 Faktor Penyebab Kejadian *Wasting***

UNICEF (1998) status gizi disebabkan oleh penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung yang mempengaruhi status gizi yaitu asupan makanan dan penyakit infeksi. Penyebab tidak langsung yang mempengaruhi status gizi yaitu akses terhadap makanan, perawatan anak dan ibu hamil, dan sanitasi/pelayanan kesehatan. Penyebab utama dari masalah gizi yaitu kemiskinan, pengetahuan dan keterampilan yang kurang serta perilaku. Akar masalah yang mempengaruhi status gizi yaitu ideologi, politik, ekonomi, sosial dan budaya.

#### a. Faktor Penyebab langsung

Faktor penyebab langsung terdiri dari asupan zat gizi dan penyakit terutama penyakit infeksi.

##### 1. Asupan Makanan

Selama masa pertumbuhannya, balita membutuhkan asupan makanan yang adekuat diantaranya adalah asupan energi dan proteinnya (Ali *et al.*, 2022; Hall *et al.*, 2020; Mohammed *et al.*, 2019). Anak yang kurang asupan energi dan proteinnya akan memiliki resiko yang lebih tinggi terjadi *wasting* dibandingkan dengan anak yang asupan energi dan proteinnya cukup (Zhang *et al.*, 2022).

Gangguan gizi pada awal kehidupan memengaruhi kehidupan berikutnya. Gizi kurang pada balita tidak hanya memengaruhi gangguan pertumbuhan fisik, tetapi juga mempengaruhi kualitas kecerdasan dan perkembangan di masa mendatang. Oleh karena itu peran makanan yang bernilai gizi tinggi sangat penting seperti pada makanan yang mengandung energi, protein (terutama protein hewani), vitamin (vitamin B

kompleks, vitamin C, vitamin A), dan mineral (Ca,Fe, Yodium, Fosfor, Zn).

## 2. Penyakit Infeksi

Anak-anak di negara berkembang terutama pada tahun- tahun pertama dari kehidupan mereka sering menderita penyakit infeksi. Infeksi memberikan kontribusi terhadap defisiensi energi, protein, dan gizi lain karena menurunnya nafsu makan sehingga asupan makanan berkurang. Sakit pada anak mempunyai efek negatif pada pertumbuhan anak. Dalam penelitian (Rahut *et al.*, 2024; Wandji Nguedjo *et al.*, 2024), anak yang sakit pada satu bulan terakhir meningkatkan risiko terjadinya *wasting*.

Penyakit infeksi yang sering terjadi pada anak balita adalah demam, diare, dan infeksi saluran pernafasan atas. Kenyataannya, kekurangan gizi dan penyakit infeksi sering terjadi pada saat bersamaan. Kekurangan gizi dapat meningkatkan risiko infeksi, sedangkan infeksi dapat menyebabkan kekurangan gizi yang mengarahkan ke lingkaran setan. Anak kurang gizi, mempunyai daya tahan terhadap penyakitnya rendah, jatuh sakit, dan akan menjadi semakin kurang gizi, sehingga mengurangi kapasitasnya untuk melawan penyakit dan sebagainya. Ini disebut juga *infection malnutrition*.

Penyakit diare salah satu penyakit dengan sumber penularan melalui air (*water borne disease*) dan penyakit diare yang terjadi pada balita umumnya disertai muntah dan mencret. Diare berdampak terhadap pertumbuhan linear anak. Diare merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas pada anak di negara berkembang. Anak balita rata-rata mengalami tiga kali diare pertahun. Menurut *World*

*Health Organization* (WHO), diare adalah suatu keadaan buang air besar dengan konsistensi lembek hingga cair dan frekuensi lebih dari tiga kali sehari. Diare akut berlangsung selama 3-7 hari, sedangkan diare persisten terjadi selama >14 hari. Secara klinis penyebab diare terbagi menjadi enam kelompok yaitu infeksi, malabsorbsi, alergi, keracunan makanan, imunodefisiensi dan penyebab lain seperti gangguan fungsional dan malnutrisi (Ararsa *et al.*, 2023).

b. Faktor Penyebab Tidak Langsung

Faktor penentu status gizi anak secara tidak langsung, dipengaruhi oleh tiga faktor penentu yang mewujudkan dirinya di tingkat rumah tangga, meliputi ketersediaan pangan keluarga, pola asuh dan pemberian ASI, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Menurut Peraturan pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan, dimana ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan tanpa menambahkan dan atau mengganti dengan makanan atau minuman lain.

Penelitian di Bangladesh menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif hingga usia balita mencapai 6 bulan berkontribusi secara signifikan untuk meningkatkan status gizi anak (T. R. Chowdhury *et al.*, 2020).

1. Faktor Utama

Faktor penentu gizi anak paling utama dipengaruhi oleh faktor utama. Faktor utama dari permasalahan gizi pada anak adalah kemiskinan. Kemiskinan ini dipengaruhi kuantitas dan kualitas sumber daya potensial yang ada di masyarakat misalnya: manusia, ekonomi, lingkungan, organisasi, dan teknologi.

- Kemiskinan

Kemiskinan merupakan faktor masalah utama terjadinya permasalahan gizi. Seseorang dianggap berada dalam kemiskinan absolut saat dia tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar mereka secara memadai seperti makanan, kesehatan air, tempat tinggal, pendidikan dasar, dan partisipasi masyarakat. Dampak kemiskinan terhadap gizi buruk anak sangat besar. Rumah tangga dan individu miskin tidak dapat mencapai ketahanan pangan, memiliki sumber daya perawatan yang tidak memadai, dan tidak dapat memanfaatkan (atau berkonstribusi untuk menciptakan) sumber daya untuk kesehatan secara berkelanjutan (Mulu *et al.*, 2022; Muse *et al.*, 2025).

- Karakteristik Keluarga

Sumber pangan keluarga, terutama mereka yang sangat miskin, akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makanannya jika yang harus diberi makanan jumlahnya sedikit. Pangan yang tersedia untuk suatu keluarga yang besar mungkin cukup untuk keluarga yang besarnya setengah dari keluarga tersebut, tetapi tidak cukup untuk mencegah gangguan gizi pada keluarga yang besar tersebut.

Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin paling rawan terhadap kurang gizi diantara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling terpengaruh oleh kekurangan pangan. Sebab seandainya besar keluarga bertambah maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda memerlukan pangan relatif lebih banyak dari pada anak-anak yang lebih tua. Dengan demikian anak-anak yang muda mungkin tidak diberi cukup makan. Selain anak-

anak, wanita yang sedang hamil dan menyusui juga merupakan kelompok yang rawan akan kekurangan gizi. Apabila mereka hidup dalam keluarga dengan jumlah yang besar dan kesulitan dalam persediaan pangan tentunya masalah gizi akan timbul. Pembagian pangan yang tepat kepada setiap anggota keluarga sangat penting untuk mencapai gizi yang baik.

Pangan harus dibagikan untuk memenuhi kebutuhan gizi setiap orang dalam keluarga. Anak, wanita hamil dan menyusui harus memperoleh sebagian besar pangan yang kaya akan protein. Semua anggota keluarga sesuai dengan kebutuhan perorangan, harus mendapat bagian energi, protein dan zat-zat gizi lain yang cukup setiap harinya untuk memenuhi kebutuhan (Muse *et al.*, 2025).

- Pola distribusi makanan dalam keluarga

Makanan dibagikan berdasarkan hierarki dalam keluarga, di mana ayah atau kepala keluarga mendapat porsi utama, diikuti oleh anak laki-laki, lalu perempuan dan anak-anak kecil. Pada pola matriarki atau *egaliter*, pembagian makanan lebih merata, tanpa memandang *gender* atau hierarki dalam keluarga. Dilihat dari pola berbasis kebutuhan, makanan dibagikan sesuai kebutuhan nutrisi, misalnya anak-anak yang sedang dalam masa pertumbuhan mendapatkan makanan bergizi lebih banyak. Berdasarkan Pola Individualistik, setiap anggota keluarga mengambil makanan sendiri sesuai porsi yang mereka inginkan, tanpa ada aturan khusus.

Dampak pola distribusi makanan antara lain mempengaruhi kesehatan dan gizi, dinamika sosial

keluarga, perubahan sosial dan modernisasi. Pola distribusi yang tidak merata dapat menyebabkan malnutrisi pada kelompok tertentu dalam keluarga, terutama perempuan dan anak-anak. Jika distribusi makanan tidak adil, dapat menimbulkan ketimpangan dan ketidakpuasan dalam keluarga. Masyarakat modern cenderung bergeser ke pola distribusi yang lebih merata, terutama dengan meningkatnya kesadaran akan gizi dan hak perempuan. Pola distribusi makanan dalam keluarga dapat mencerminkan nilai budaya dan sosial masyarakat. Di daerah seperti Lampung, pola ini masih bisa dipengaruhi oleh adat patriarki, tetapi perubahan zaman juga membawa pergeseran ke arah pembagian makanan yang lebih setara.

- Tingkat Pendidikan Ibu

Menurut (Luzingu *et al.*, 2022) semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin mudah diberikan pengertian mengenai suatu informasi dan semakin mudah untuk mengimplementasikan pengetahuannya dalam perilaku khususnya dalam hal kesehatan dan gizi. Dengan demikian, pendidikan ibu yang relatif rendah juga akan berkaitan dengan sikap dan tindakan ibu dalam menangani masalah kurang gizi pada anak balitanya.

Pendidikan orang tua akan berpengaruh terhadap pengasuhan anak, karena dengan pendidikan yang tinggi pada orang tua akan memahami pentingnya peranan orang tua dalam pertumbuhan anak. Selain itu, dengan pendidikan yang baik, diperkirakan memiliki pengetahuan gizi yang baik pula. Ibu yang berpendidikan lebih baik cenderung lebih mudah menerima informasi gizi dan menerapkan pengetahuannya dalam mengasuh anak dan

dalam praktik pemberian makanan. Pada penelitian di beberapa negara juga menunjukkan bahwa pendidikan ibu berhubungan dengan kejadian *wasting* (Akombi *et al.*, 2017; Hailegebriel, 2020; Rahut *et al.*, 2024).

- **Pekerjaan**

Ibu yang tidak bekerja dinilai akan mempunyai waktu yang banyak untuk mengasuh dan memperhatikan anaknya. Asupan gizi anaknya juga akan diperhatikan. Penelitian yang dilakukan di Pakistan menyebutkan bahwa proporsi anak *wasting* lebih tinggi pada ibu yang bekerja dibandingkan ibu yang tidak bekerja (Siddiqa *et al.*, 2023).

- **Tingkat Pendapatan**

Gizi balita dilihat dari analisis hubungan antara status ekonomi orang tua dengan status gizi balita yaitu status ekonomi orang tua mempengaruhi status gizi anak balita usia 1-5 tahun di Kecamatan Pujon, Kabupaten Malang. Pendapatan merupakan faktor yang paling menentukan kualitas dan kuantitas makanan. Kemampuan orang tua untuk membeli bahan makanan bergantung terhadap besar kecilnya pendapatan orang tua. Selain itu tingkat pendapatan dapat menentukan pola makan. Orang tua dengan pendapatan terbatas menyebabkan daya beli makanannya rendah sehingga tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang diperlukan dan pada akhirnya berakibat buruk terhadap status gizi anak balitanya. Sebaliknya, semakin tinggi pendapatan orang tua maka kebutuhan gizi anggota keluarga dapat terjamin.

## 2. Faktor masalah dasar

Masalah dasar dari timbulnya masalah gizi adalah ketidakmampuan pengelola negara dalam mengelola proses politik, sehingga banyak menimbulkan penyalahgunaan wewenang, sehingga pelaksanaan program pembangunan negara tidak sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945, sehingga kesejahteraan umum tidak dapat tercapai secara optimal. Selanjutnya, ketidakcakapan para pemimpin dalam mengelola negara yang mengakibatkan banyak penyalahgunaan anggaran, akan berdampak pada rendahnya mutu pendidikan, rendahnya kualitas sumber daya manusia, menyebabkan negara tidak mampu membuka lapangan kerja, yang mengakibatkan pada tingginya angka pengangguran, sehingga memunculkan kemiskinan (Coovadia *et al.*, 2009).

### 2.1.8 Prevalensi Kejadian *Wasting*

Dari gambar hasil SSGI 2022 dibawah ini, terlihat bahwa untuk tren prevalensi status gizi di Indonesia, terlihat bahwa prevalensi kejadian *wasting* pada tahun 2022 meningkat sebesar 0,6% dibanding tren pada tahun 2021 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

**Tabel 2.** Tren Status Gizi Balita berdasarkan SSGI 2022

	Hasil Riskesdas		Hasil SSGI			Keterangan
	2013	2018	2019	2021	2022	
Stunting	37,6	30,8	27,7	24,4	21,6	Menurun 2,8
<i>Wasting</i>	12,1	10,2	7,4	7,1	7,7	Meningkat 0,6
Underweight	19,6	17,7	16,3	17,0	17,1	Meningkat 0,1
Overweight	11,8	8,0	4,5	3,8	3,5	Menurun 0,3

Dilihat dari grafik di bawah, terlihat prevalensi di Kota Bandar Lampung di atas prevalensi kejadian *wasting* di provinsi Lampung sebesar 8,4% dibanding 7,3% (Kemenkes RI, 2023). Target RPJMD Provinsi Lampung pada Tahun 2024 (Akhir Periode RPJMD) sebesar 4% dengan realisasi pencapaian triwulan 2 tahun 2024 sebesar 7% (BAPPEDA Lampung, 2024).

**Tabel 3.** Prevalensi Status Gizi Balita Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Lampung, SKI 2023

<b>Tabel 3 (Lanjutan)</b>	<b>Status Gizi Balita</b>				
	<b>ting</b>	<b>Wasting</b>	<b>Under weight</b>	<b>Over weight</b>	<b>N</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>Tertimbang</b>
Lampung Barat	24,6	4,9	13,5	3,6	389
Tanggamus	17,1	6,5	13,0	1,7	773
Lampung Selatan	10,3	7,1	11,0	3,7	1.327
Lampung Timur	14,2	6,3	13,3	2,8	1.217
Lampung Tengah	16,7	7,0	14,8	3,4	1.662
Lampung Utara	23,5	7,4	18,0	2,1	770
Way Kanan	22,7	10,2	16,4	3,5	611
Tulang Bwanag	9,8	9,9	10,9	2,7	509
Peswaran	10,0	5,2	6,3	3,9	583
Pringsewu	15,8	8,8	16,3	1,8	473
Mesuji	5,0	3,1	2,9	4,1	291
Tulangbawang Barat	10,5	7,1	9,7	4,1	356
Pesisir Barat	16,1	10,3	11,5	5,6	218
Kota Bandar	13,4	8,4	8,6	4,8	1.335
Lampung					
Kota Metro	7,1	8,2	9,1	3,5	197
<b>LAMPUNG</b>	<b>14,9</b>	<b>7,3</b>	<b>12,3</b>	<b>3,4</b>	<b>10.712</b>

Sumber : Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023

## 2.1.9 Penelitian Kualitatif

### 2.1.9.1 Pengertian dan Karakteristik Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif adalah pendekatan penelitian yang bertujuan untuk menemukan dan mengeksplorasi hipotesis atau teori baru berdasarkan pemahaman mendalam tentang makna dari fenomena tertentu (Pyo et al., 2023). Berbeda dengan penelitian kuantitatif yang berfokus pada pengujian hipotesis dan analisis statistik, penelitian kualitatif melibatkan pengumpulan dan analisis data non-numerik seperti teks, video, atau audio untuk memahami konsep, opini, atau pengalaman.

Penelitian kualitatif mencakup spektrum pendekatan yang luas, termasuk *grounded theory*, *fenomenologi*, *etnografi*, *action research*, dan *general inquiry*, dengan berbagai teknik pengumpulan dan analisis data (Lim, 2025). Pendekatan ini sangat penting dalam membedah fenomena sosial yang kompleks dan memberikan wawasan yang mendalam serta berpusat pada manusia.

Inti dari penelitian kualitatif adalah mengajukan pertanyaan terbuka yang jawabannya tidak mudah dikuantifikasi, seperti "bagaimana" dan "mengapa". Karena sifat terbuka dari pertanyaan penelitian, desain penelitian kualitatif seringkali tidak linear seperti desain kuantitatif. Salah satu kekuatan penelitian kualitatif adalah kemampuannya untuk menjelaskan proses dan pola perilaku manusia yang sulit dikuantifikasi, seperti pengalaman, sikap, dan perilaku (Chai et al., 2021)

#### **2.1.9.2 Pendekatan-Pendekatan dalam Penelitian Kualitatif**

Lima pendekatan kualitatif yang umum digunakan dalam penelitian pendidikan kedokteran dan kesehatan meliputi studi kasus, *etnografi*, *grounded theory*, *narrative inquiry*, dan fenomenologi. Setiap pendekatan menawarkan kesempatan bagi peneliti untuk menjawab pertanyaan kompleks dengan cara yang berbeda.

**Fenomenologi** mengeksplorasi pengalaman dan persepsi individu terhadap fenomena tertentu, bertujuan untuk mengklarifikasi hasil kuantitatif yang kompleks atau tidak terduga dengan memberikan konteks yang lebih dalam melalui wawasan kualitatif (Abu & Toyon, 2021). **Studi kasus** adalah metode penelitian kualitatif yang memeriksa suatu kasus atau fenomena spesifik secara mendalam untuk memahami karakteristik unik, tindakan, dan konteksnya. **Grounded theory** bertujuan untuk mengembangkan teori yang berakar pada data dari lapangan, bergerak melampaui deskripsi untuk menghasilkan teori yang menjelaskan proses, aksi, atau interaksi.

#### **2.1.9.3 Metode Pengumpulan Data Kualitatif**

Meskipun beberapa metodologi kualitatif dikaitkan dengan bentuk spesifik teknik pengumpulan data, banyak jenis pengumpulan data dapat digunakan di berbagai metodologi.

Teknik pengumpulan data kualitatif memungkinkan pengumpulan deskripsi yang kompleks dan kaya yang membangun konteks dan makna.

Metode pengumpulan data yang umum digunakan meliputi:

- **Wawancara mendalam** untuk memahami perspektif, pengalaman, dan makna yang diberikan partisipan.
- **Focus Group Discussion (FGD)** untuk mengeksplorasi persepsi dan pengalaman kelompok.
- **Observasi partisipan** di mana peneliti terlibat langsung dalam setting yang diteliti.
- **Analisis dokumen** untuk melengkapi data dari sumber lain.

#### 2.1.9.4 Analisis Tematik sebagai Metode Analisis

Analisis tematik yang dikembangkan dan diadaptasi oleh Braun dan Clarke adalah salah satu teknik analisis data kualitatif paling populer dalam psikologi serta ilmu sosial dan kesehatan. Pendekatan mereka yang sekarang disebut *reflexive TA* (analisis tematik refleksif), menempatkan subjektivitas dan refleksivitas peneliti di garis depan (Braun, 2024).

Analisis tematik, termasuk pendekatan *reflexive TA*, digunakan secara luas dalam penelitian promosi kesehatan kualitatif. *Paper* asli mereka tahun 2006 telah dikutip lebih dari 190.000 kali di Google Scholar pada Maret 2024. Buku mereka tahun 2022 yang berjudul "*Thematic Analysis: A Practical Guide*" menjadi panduan definitif untuk analisis tematik, mencakup kontekstualisasi TA, pengembangan tema, dan aspek kualitas dalam penelitian.

Pendekatan *reflexive TA* adalah contoh pendekatan kualitatif *Big Q* atau *non-positivis* yang merangkul subjektivitas peneliti sebagai sumber daya untuk penelitian, memandang praktik

analisis tematik sebagai inheren subjektif, menekankan refleksivitas peneliti, dan menolak gagasan bahwa pengkodean bisa akurat karena merupakan praktik yang *inheren interpretative* (Braun, 2024).

Tema dalam *reflexive TA* dikonseptualisasikan sebagai cerita interpretatif berbasis makna yang menangkap ide atau makna inti, bukan sekadar ringkasan topik atau kategori. Tema dengan makna bersama harus kaya dan multifaset, mencakup berbagai observasi tentang konsep sentral (makna pemersatu) dari tema tersebut (Braun, 2024; Susanto et al., 2023).

#### **2.1.9.5 Keabsahan dan Kualitas dalam Penelitian Kualitatif**

Metode kualitatif sangat penting untuk penelitian implementasi dan diseminasi karena menerangi proses, hubungan, konteks, dan fenomena lain yang diketahui mempengaruhi implementasi. Untuk memastikan kualitas penelitian kualitatif, berbagai strategi dapat digunakan termasuk kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas (Kajamaa, 2020; Khalid & The, 2024).

Panduan penelitian kualitatif menekankan aspek penting tentang *trustworthiness* (kepercayaan) dalam penelitian kualitatif, merinci metode untuk menetapkan kredibilitas, dependabilitas, konfirmabilitas, dan transferabilitas. Triangulasi sumber data, *member checking, peer debriefing, dan reflexivity* adalah beberapa strategi untuk meningkatkan kredibilitas penelitian (Khalid & The, 2024; Yadav, 2022).

#### **2.1.9.6 Relevansi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan**

Dalam penelitian kuantitatif, pentingnya ditempatkan pada peneliti yang bertindak sebagai orang luar untuk mengambil pandangan objektif dengan menjaga jarak tertentu dari subjek

penelitian; sebaliknya, penelitian kualitatif mendorong melihat ke dalam subjek penelitian untuk memahami mereka secara mendalam, sambil juga menekankan kebutuhan peneliti untuk mengambil pandangan intersubjektif yang terbentuk dan dibagikan berdasarkan pemahaman bersama dengan subjek penelitian (Mammen et al., n.d.; Rauteda & History, 2025).

Meskipun penelitian kualitatif terkadang ditempatkan berlawanan dengan penelitian kuantitatif, keduanya tidak harus berlawanan dan tentu tidak saling eksklusif. Dengan mengintegrasikan kedua jenis data, metode *mixed methods* meningkatkan validitas dan kredibilitas temuan penelitian, sangat berguna untuk mengeksplorasi isu multifaset dan menjembatani tren numerik dengan pengalaman manusia (Nair & Prem, n.d.; Sharma et al., 2023).

#### **2.1.9.7 Pertimbangan Etis dan Praktis**

Peneliti kualitatif sering menganggap diri mereka sebagai "instrumen" dalam penelitian karena semua observasi, interpretasi, dan analisis disaring melalui lensa personal mereka sendiri. Oleh karena itu, penting bagi peneliti untuk merefleksikan pendekatan mereka dan menjelaskan secara menyeluruh pilihan yang dibuat dalam mengumpulkan dan menganalisis data.

Karena peran utama peneliti dalam menganalisis dan menginterpretasi data, penelitian kualitatif tidak dapat direplikasi; peneliti memutuskan apa yang penting dan apa yang tidak relevan dalam analisis data, sehingga interpretasi dari data yang sama dapat sangat bervariasi. Namun, transparansi dalam proses penelitian dan penggunaan *audit trail* dapat meningkatkan dependabilitas penelitian (Khalid & The, 2024; Mwita, 2022).

## 2.2 Penelitian Terdahulu

**Tabel 4.** Penelitian Terdahulu

No	Nama dan tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
1	Muse, A.I., et al (2024)	<i>Determinants of acute malnutrition among 6 to 59 months children in public health facilities</i>	Mengidentifikasi penentu malnutrisi akut pada usia 6-59 bulan	pengendalian kasus berbasis rumah sakit yang tak tertandingi	estimasi pendapatan keluarga rata-rata, jumlah anggota keluarga, pegawai swasta, pegawai pemerintah, pegawai organisasi non-pemerintah, kerawanan pangan, pemberian susu botol, dan kurangnya jamban diidentifikasi sebagai faktor penentu malnutrisi akut.. Prevalensi keseluruhan <i>stunting</i> dan <i>wasting</i> masing-masing adalah 46,4% dan 15,3%. Usia, penggunaan zat, dan kehilangan nafsu makan secara independen dikaitkan dengan <i>stunting</i> . Sedangkan usia, penyakit, dan buang air besar sembarangan merupakan faktor yang terkait dengan <i>wasting</i> ..
2	Mulu,N.,et al (2021)	<i>Determinants of stunting and wasting in street children in Northwest Ethiopia: A community-based study</i>	Mengidentifikasi faktor penentu <i>stunting</i> dan <i>wasting</i> pada anak jalanan usia 5 hingga 18 tahun di Northwest Ethiopia.	Sebuah studi cross-sectional berbasis komunitas	Prevalensi gizi kurang lebih tinggi pada anak sekolah negeri (37,1%) dibandingkan dengan anak sekolah swasta (28,3%). Tidak memiliki mobil keluarga, frekuensi makan camilan tidak lebih dari dua kali sehari, dan olahraga dengan intensitas berat berhubungan signifikan dengan gizi kurang pada siswa sekolah dasar negeri.
3	Ali, M.A., et al (2022)	<i>Determinants of undernutrition among private and public primary school children: A comparative cross-sectional study toward nutritional transition in northwest Ethiopia</i>	Menilai kekurangan gizi dan faktor-faktor yang terkait di antara anak-anak sekolah dasar negeri dan swasta di kota Gondar, barat laut Ethiopia	Sebuah studi cross-sectional berbasis sekolah dan metode pengambilan sampel acak sederhana (lotre).	Pendapatan keluarga di bawah rata-rata, tidak menyukai makanan manis, dan tidak memiliki kebiasaan membaca merupakan faktor yang berhubungan signifikan dengan

**Tabel 4.** Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
4	Murarkar, S., et al (2020)	<i>Prevalence and determinants of undernutrition among under-five children residing in urban slums and rural area, Maharashtra, India: a community-based cross-sectional study</i>	Total 2929 ibu dan 3671 balita mereka tercakup dalam program ini	Sebuah studi cross-sectional berbasis komunitas dan analisis regresi logistik multivariat	<p>gizi kurang pada siswa sekolah dasar swasta..</p> <p>Prevalensi <i>stunting</i> pada anak balita adalah 45,9%, <i>wasting</i> 17,1% dan 35,4% anak kekurangan berat badan. Prevalensi <i>wasting</i>, <i>stunting</i> dan kekurangan berat badan lebih terlihat di daerah kumuh perkotaan daripada di daerah pedesaan. Di daerah pedesaan pemberian ASI eksklusif (<math>p &lt; 0,001</math>) dan diare akut dikaitkan dengan <i>wasting</i>, anak dengan urutan kelahiran 2 atau kurang dari 2 dikaitkan dengan <i>stunting</i> dan pemberian ASI eksklusif dan pendidikan ibu yang rendah dikaitkan dengan kekurangan berat badan. Sedangkan di daerah kumuh perkotaan pemberian ASI eksklusif dikaitkan dengan <i>wasting</i>, jenis kelamin anak dan tipe keluarga dikaitkan dengan <i>stunting</i>, dan pendapatan keluarga yang rendah dikaitkan dengan kekurangan berat badan.</p>

**Tabel 4.** Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
5	Luzingu,J.K., et al (2022)	<i>Risk factors associated with under-five: stunting, wasting, and underweight in four provinces of the Democratic Republic of Congo: analysis of the ASSP project baseline data</i>	Penelitian ini melibatkan 3.911 anak berusia 0–59 bulan dan pasangan ibu	Studi ini menggunakan data dasar dari proyek ASSP untuk memperkirakan prevalensi <i>stunting</i> , <i>wasting</i> , dan <i>underweight</i> di empat provinsi di Kongo.	Prevalensi <i>stunting</i> , <i>underweight</i> dan <i>wasting</i> masing-masing adalah 42,7%, 21,9% dan 8,2%. Bertambahnya usia anak merupakan faktor risiko yang berhubungan dengan <i>stunting</i> dan <i>underweight</i> , sedangkan jenis kelamin tidak berhubungan dengan 3 indikator kekurangan gizi. Tingkat pendidikan ibu yang rendah, ibu yang bekerja dalam 12 bulan terakhir sebelum survei, anak yang tinggal di provinsi Kasai Occidental, anak yang lahir di fasilitas kesehatan, anak yang dianggap oleh ibu mereka lahir sangat kecil berhubungan dengan risiko <i>stunting</i> yang lebih tinggi. Faktor yang berhubungan dengan <i>underweight</i> adalah anak dari provinsi Kasai Occidental, ibu yang bekerja dalam 12 bulan terakhir sebelum survei, dan anak yang dianggap lahir sangat kecil atau kecil oleh ibu mereka. Anak yang lahir dari ibu berusia 35–49 tahun dan anak yang disusui dengan kombinasi air minum memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami <i>wasting</i> .

**Tabel 4.** Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
6	Zhang, M., et al (2022)	<i>Prevalence of malnutrition and associated factors among children aged 6–24 months under poverty alleviation policy in Shanxi province, China: A cross-sectional study</i>	Ditujukan untuk mengetahui prevalensi malnutrisi pada masa kanak-kanak dan faktor risiko yang terkait serta untuk mengeksplorasi strategi perkembangan terbaik pada bayi dan anak kecil (IYC).	Penelitian cross-sectional ini dilakukan enam bulan setelah pembagian makanan bergizi YingYangBao (YYB). Data dianalisis menggunakan perangkat lunak EpiInfo dan SPSSv.26 yang mencakup statistik deskriptif, Pearson Chi-square, dan analisis regresi logistik multivariat.	Prevalensi <i>stunting</i> tertinggi terjadi pada ibu-ibu menyusui usia 12 hingga 18 bulan (3,9%). Prevalensi berat badan kurang (0,5%) dan <i>wasting</i> (1,5%) tertinggi terjadi pada ibu-ibu menyusui usia 18–24 bulan, sedangkan prevalensi kelebihan berat badan tertinggi terjadi pada ibu-ibu menyusui usia 6–12 bulan (9,0%). Faktor risiko signifikan yang berhubungan dengan malnutrisi adalah ibu-ibu menyusui dari Shaanxi Utara dan ibu dengan paritas $\geq 3$ . Ibu-ibu menyusui dengan ayah yang berpendidikan lebih tinggi, intervensi ibu-ibu menyusui, waktu pemberian makanan tambahan yang tepat, dan penyiapan makanan tambahan yang terpisah secara signifikan berhubungan dengan risiko malnutrisi yang lebih rendah..

**Tabel 4.** Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
7	Vijay J., et al (2024)	<i>Malnutrition among under-five children in Nepal: A focus on socioeconomic status and maternal BMI</i>	Data Survei Demografi dan Kesehatan Nepal 2016 (NDHS).	Hubungan antara malnutrisi dan variabel prediktor dinilai dengan regresi logistik multivariat menggunakan perangkat lunak Stata 16.0 dan rasio odds (OR) dengan interval kepercayaan 95% dilaporkan.	Tingkat <i>stunting</i> (36%) lebih tinggi daripada berat badan kurang (27%) dan <i>wasting</i> (10%) di antara anak-anak di bawah lima tahun. Anak-anak dari rumah tangga menengah dan kaya memiliki risiko 49% dan 47% () lebih rendah untuk mengalami <i>stunting</i> daripada anak-anak dari rumah tangga termiskin. Peluang seorang anak untuk mengalami <i>stunting</i> adalah 1,6 kali lebih tinggi pada anak-anak yang memiliki 3-4 anak daripada anak-anak dengan 1-2 anak dalam keluarga mereka. BMI ibu dalam kategori normal dan kelebihan berat badan serta jarak kelahiran yang lebih besar secara signifikan terkait dengan berat badan kurang dan <i>stunting</i> di antara anak-anak..

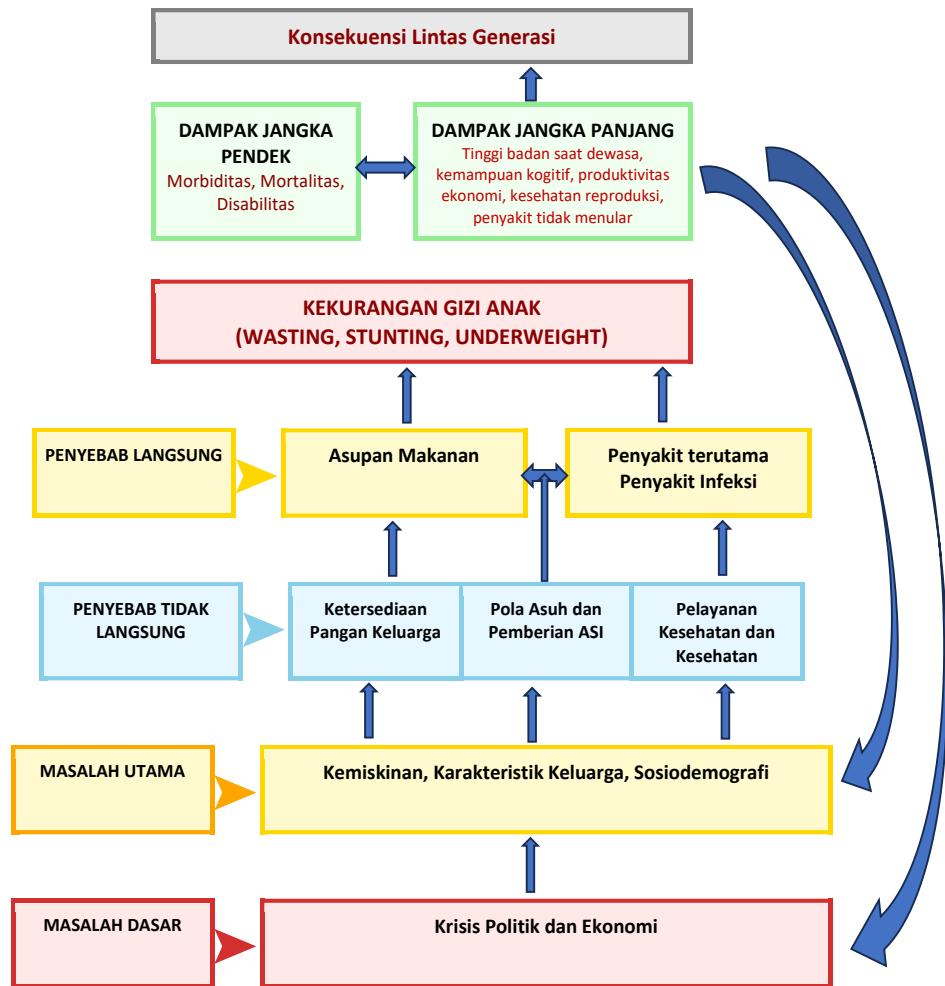
**Tabel 4.** Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
8	Nguedjo, M, W., et all (2024)	<i>The phenotypes of double burden of malnutrition in pairs of mothers and their children aged 0–59 months at a rural district in west region, Cameroon: A cross-sectional study</i>	Data dikumpulkan dari 200 anak balita dari kedua jenis kelamin dengan menggunakan kuesioner yang diberikan kepada ibu/wali anak yang memberikan persetujuan..	Sebuah studi cross-sectional dilakukan di Distrik Kesehatan di wilayah Dschang di wilayah Barat Kamerun antara Juni 2021 hingga November 2021. Malnutrisi pada anak-anak dinilai berdasarkan standar pertumbuhan WHO. Analisis regresi logistik dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan berbagai bentuk malnutrisi yang terjadi bersamaan	Prevalensi fenotipe DBM sebesar 2,7% pada ibu overweight/obesitas-anak kurus, 7,7% pada ibu overweight/obesitas-anak <i>underweight</i> , dan 16,5% pada ibu overweight/obesitas-anak <i>stunting</i> . Hasil analisis regresi logistik menunjukkan besarnya risiko fenotip ibu overweight/obesitas-anak <i>stunting</i> pada ibu muda, seperti halnya pada ibu dengan tingkat sosial ekonomi rendah. tingkat pendidikan dan terbatasnya konsumsi makanan ibu meningkatkan risiko menyajikan fenotipe ibu yang kelebihan berat badan/anak obesitas yang terbuang."

**Tabel 4.** Penelitian Terdahulu (Lanjutan)

No	Nama dan tahun	Judul	Objek dan Subjek	Teknik Pengorganisasian dan Analisis Data	Hasil Penelitian
9	Islam, M., et al (2024)	<i>Drivers of stunting and wasting across serial cross-sectional household surveys of children under 2 years of age in Pakistan: potential contribution of ecological factors</i>	Selidiki hubungan z-score panjang-untuk-usia (LAZ) dan skor-z-berat-untuk-panjang (WLZ) dengan berbagai indikator di antara anak-anak berusia di bawah 2 tahun di Pakistan menggunakan survei gizi tingkat rumah tangga dan kumpulan data ekologi yang representatif.	Dengan menggunakan metadata yang diberi tag geografis dari Survei Gizi Nasional Pakistan tahun 2011 dan 2018, data antropometrik dari 29.887 anak (9231 dari 2011 dan 20.656 dari 2018) dianalisis	LAZ dikaitkan secara positif dengan peningkatan kondisi sosial ekonomi, ketahanan pangan, ukuran kelahiran, usia ibu, indeks massa tubuh, tinggi badan, dan skor diet. Hubungan negatif dengan LAZ ditemukan pada peningkatan suhu, curah hujan, diare, kepadatan rumah tangga, dan paritas. Pola serupa diamati dengan WLZ untuk suhu permukaan yang lebih tinggi dan curah hujan dikaitkan dengan penurunan pertumbuhan linier, bersamaan dengan peningkatan prevalensi diare dan paritas ibu yang lebih tinggi.
10	Rahut, D. B., et al (2024)	<i>Geospatial and environmental determinants of stunting, wasting, and underweight: Empirical evidence from rural South and Southeast Asia</i>	Untuk mengeksplorasi faktor-faktor penentu geospasial dan lingkungan dari kekurangan gizi (stunting, wasting, dan berat badan kurang),	Regressi Poisson dan data dari putaran terakhir Demografi dan Survei Kesehatan (DHS) dari India, Bangladesh, Pakistan, Nepal, Kamboja, dan Timor-Leste.	Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan positif antara kekurangan gizi anak dan faktor-faktor seperti buta huruf ibu, air minum yang tidak aman, dan bahan bakar memasak yang kotor di Asia Selatan dan Asia Tenggara. Anak-anak dari rumah tangga miskin di India, Pakistan, dan Kamboja terkena dampak secara tidak proporsional. Selain faktor sosial ekonomi, risiko iklim seperti peningkatan suhu dan variasi curah hujan juga muncul sebagai faktor penentu penting kekurangan gizi anak di India, Bangladesh, dan Timor-Leste.

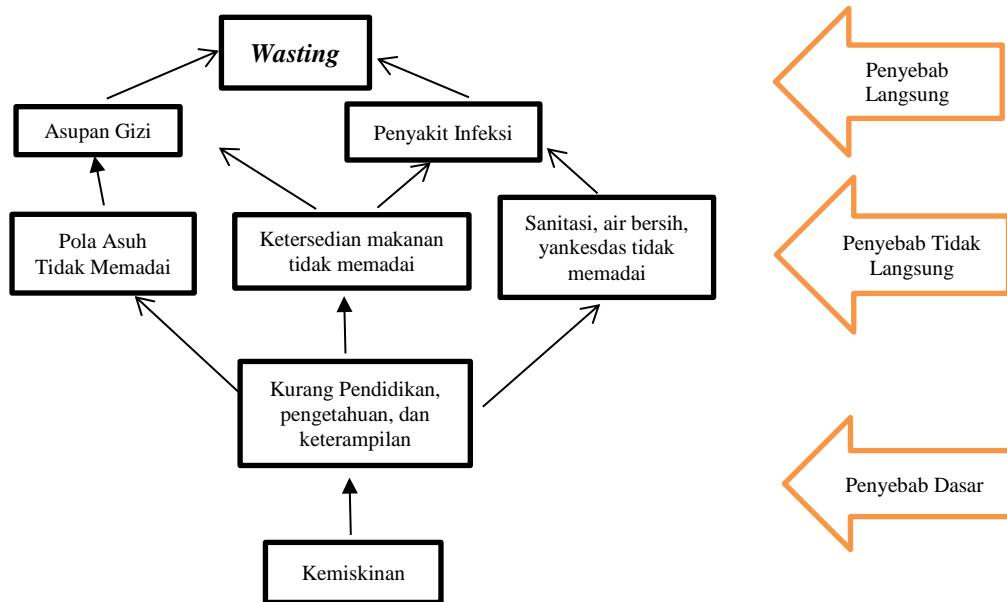
## 2.3 Kerangka Teori



Sumber : Model Konseptual UNICEF tentang Determinan Kekurangan Gizi Anak (1998)

**Gambar 1.** Kerangka Teori

## 2.4 Kerangka Konsep



Sumber : Bunga Rampai *Wasting* Bencana, Kemenkes, 2020

**Gambar 2.** Kerangka Konsep

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis dan Sifat Penelitian**

Pendekatan yang diterapkan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan *phenomenon qualitative study*. Tujuan penelitian kualitatif adalah untuk memahami kualitas suatu fenomena tertentu, mendapatkan jawaban atas pertanyaan "mengapa" dan "bagaimana". Penelitian kualitatif bertujuan untuk mengumpulkan data secara multidimensional dan memberikan penjelasan mendalam mengenai fenomena yang diteliti. Pada akhirnya, tujuan penelitian kualitatif adalah membantu peneliti memahami topik penelitian dan mengungkap implikasi dari temuan penelitian tersebut.

Tujuan dari penelitian ini, penulis dapat *mengeksplor* lebih dalam lagi mengenai fenomena kejadian *wasting* dan faktor-faktor kemungkinan yang menjadi penyebab kasus *wasting* di Provinsi Lampung, khususnya di Kota Bandar Lampung.

#### **3.2 Waktu dan Tempat Penelitian**

##### **3.2.1 Waktu Penelitian**

Waktu penelitian dilaksanakan sejak tanggal dikeluarkannya izin penelitian dalam perkiraan kurun waktu kurang lebih 7 (bulan) bulan, mulai Maret - Oktober 2025 untuk pengumpulan data dan pengolahan data yang meliputi penyajian dalam bentuk tesis dan proses bimbingan berlangsung.

##### **3.2.2 Tempat Penelitian**

Tempat dilakukan penelitian ini adalah daerah Kota Bandar Lampung Provinsi Lampung, yang memiliki data balita *wasting* sebanyak 387 balita. Penelitian akan dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dan di wilayah kerja Puskesmas Kota Karang, Puskesmas Kebon Jahe, Puskesmas Segala Mider, Puskesmas Susunan Baru, dan

Puskesmas Pinang Jaya. Kelima puskesmas ini memiliki prevalensi balita *wasting*, 3 prevalensi tinggi, 1 prevalensi sedang, dan 1 prevalensi rendah di Kota Bandar Lampung, dengan latar belakang geografis yang berbeda-beda. Wilayah kerja Puskesmas Kota Karang merupakan daerah pesisir dan pegunungan yang mayoritas penduduknya menengah ke bawah. Wilayah kerja Puskesmas Kebon Jahe, Segala Mider, dan Susunan Baru merupakan daerah perkotaan yang memiliki masayarakat dengan latar belakang yang bervariasi dari kalangan menengah ke atas hingga kalangan menengah ke bawah. Sedangkan wilayah kerja Puskesmas Pinang Jaya merupakan daerah pedesaan dengan tingkat perekonomian menengah dan tidak majemuk.

### 3.3 Fokus Penelitian

Fokus penelitian ini berguna sebagai batasan mengenai objek penelitian kualitatif untuk memilah data yang relevan dengan data yang tidak relevan. Pembatasan ini didasarkan pada urgensi masalah yang dihadapi dalam penelitian ini.

**Tabel 5.** Fokus Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Aspek Yang Dieksplorasi
<b>Status Wasting</b>	Kondisi malnutrisi akut pada balita usia $< 59$ bulan dengan indicator BB/TB atau BB/PB $< -2$ SD berdasarkan standar WHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riwayat Status gizi balita</li> <li>• Perjalanan Penyakit</li> <li>• Kondisi Klinis Saat Ini</li> </ul>
<b>Asupan Makanan Balita</b>	Pola konsumsi makanan balita sehari-hari yang mencakup jenis, jumlah, frekuensi, dan kualitas makanan yang dikonsumsi serta praktik pemberian makan yang diterapkan keluarga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis dan variasi makanan yang dikonsumsi</li> <li>• Frekuensi dan porsi makan</li> <li>• Praktik pemberian ASI dan MPASI</li> <li>• Kebiasaan konsumsi makanan jadi/<i>junk food</i></li> <li>• Pola distribusi makanan dalam keluarga</li> <li>• Respon anak terhadap makanan</li> <li>• Strategi mengatasi anak sulit makan</li> </ul>
<b>Riwayat Penyakit Infeksi</b>	Pengalaman balita mengalami penyakit infeksi seperti diare, ISPA, demam, campak dan penyakit infeksi lainnya dalam periode	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis dan frekuensi penyakit infeksi</li> <li>• Durasi dan tingkat keparahan sakit</li> <li>• Penanganan saat anak sakit</li> <li>• Dampak penyakit terhadap nafsu makan</li> <li>• Perubahan berat badan saat/pasca sakit</li> </ul>

**Tabel 5.** Fokus Penelitian (Lanjutan)

Variabel	Definisi Operasional	Aspek Yang Dieksplorasi
	tertentu yang mempengaruhi status gizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pola penyakit berulang</li> </ul>
<b>Faktor Penyebab Tidak Langsung</b>		
<b>Pola Asuh dan Perawatan Anak</b>	Cara dan praktik pengasuhan anak dalam keluarga, termasuk pemberian makan, perawatan kesehatan, dan pemenuhan kebutuhan tumbuh kembang anak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktik pemberian makan sehari-hari</li> <li>• Pengasuh utama anak (ibu/orang lain)</li> <li>• Waktu dan perhatian untuk anak</li> <li>• Pengetahuan tentang tumbuh kembang anak</li> <li>• Respon terhadap masalah makan/kesehatan</li> <li>• Keterlibatan ayah dan anggota keluarga lain</li> </ul>
<b>Ketersediaan dan Akses Pangan</b>	Kemampuan keluarga dalam menyediakan dan mengakses pangan bergizi untuk memenuhi kebutuhan gizi balita baik dari segi ekonomi maupun ketersediaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumber pangan keluarga</li> <li>• Kemampuan ekonomi membeli pangan bergizi</li> <li>• Akses ke pasar/sumber pangan</li> <li>• Prioritas alokasi pangan dalam keluarga</li> <li>• Strategi pemenuhan kebutuhan pangan</li> <li>• Ketahanan pangan rumah tangga</li> </ul>
<b>Pelayanan Kesehatan dan Lingkungan</b>	Akses dan pemanfaatan layanan kesehatan serta kondisi sanitasi dan kebersihan lingkungan tempat tinggal yang dapat mempengaruhi kesehatan balita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemanfaatan posyandu dan puskesmas</li> <li>• Aksesibilitas layanan kesehatan</li> <li>• Pemantauan tumbuh kembang rutin</li> <li>• Kelengkapan imunisasi</li> <li>• Kondisi sanitasi rumah</li> <li>• Akses air bersih dan jamban</li> <li>• Kebersihan lingkungan</li> </ul>
<b>Faktor Penyebab Mendasar</b>		
<b>Karakteristik Sosial Ekonomi Keluarga</b>	Status sosial ekonomi keluarga yang mencakup pendapatan, pendidikan, pekerjaan, dan kondisi ekonomi yang mempengaruhi kemampuan pemenuhan kebutuhan dasar balita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingkat pendapatan keluarga</li> <li>• Pendidikan orang tua (terutama ibu)</li> <li>• Pekerjaan orang tua</li> <li>• Jumlah anggota keluarga</li> <li>• Prioritas pengeluaran keluarga</li> <li>• Dukungan ekonomi dari keluarga besar</li> </ul>
<b>Pengetahuan dan Sikap Gizi</b>	Pemahaman dan sikap orang tua/pengasuh tentang gizi seimbang, makanan bergizi, dan pentingnya gizi untuk tumbuh kembang anak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengetahuan tentang gizi seimbang</li> <li>• Pemahaman kebutuhan gizi balita</li> <li>• Sumber informasi gizi</li> <li>• Sikap terhadap edukasi gizi</li> <li>• Kepercayaan/mitos tentang makanan</li> <li>• Penerapan pengetahuan gizi</li> </ul>
<b>Faktor Sosial Budaya</b>	Nilai, norma, kepercayaan, dan praktik budaya dalam masyarakat yang mempengaruhi pola pemberian makan dan pengasuhan anak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pola distribusi makanan dalam keluarga (patriarki)</li> <li>• Kepercayaan/pantangan makanan</li> <li>• Tradisi pemberian makanan pada balita</li> <li>• Peran gender dalam pengasuhan</li> <li>• Pengaruh keluarga besar/lingkungan</li> <li>• Nilai budaya terkait gizi anak</li> </ul>

Fokus penelitian ini memastikan bahwa data yang dikumpulkan akan memberikan gambaran komprehensif tentang faktor-faktor penyebab *wasting*

pada balita di Kota Bandar Lampung dari perspektif fenomenologi kualitatif.

### 3.4 Subjek Penelitian

#### Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki balita yang terdiagnosa *wasting* di Kota Bandar Lampung sebanyak 387 balita.

#### Informan

Total informan kunci yang akan direkrut pada penelitian ini adalah sebanyak 10 orang ibu yang memiliki balita terdiagnosa *wasting* atau pengasuh balita *wasting*. Selain itu informan pendukung yang direkrut adalah 10 anggota keluarga serumah yang memiliki balita *wasting*, lima orang kader posyandu, lima orang perangkat daerah (camat/lurah/RT/RW) di wilayah tempat tinggal balita dengan *wasting*, lima orang penanggung jawab program gizi Puskesmas, dan satu orang Kepala Subkoordinator Kesehatan Keluarga dan Gizi Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. Informan diambil hingga data atau informasi yang dibutuhkan mencapai saturasi atau titik jenuh.

#### 3.4.1 Teknik Pengambilan Informan

Pengambilan informan dilakukan dengan cara *purposive sampling*, yaitu teknik penetapan dengan cara memilih informan diantara populasi sesuai dengan kriteria inklusi dan ekslusi yang telah ditentukan.

### 3.5 Kriteria Penelitian

#### 3.5.1 Kriteria Inklusi

Adapun kriteria inklusi calon informan yang diambil dalam penelitian ini adalah:

1. Informan yang memiliki/mengasuh balita terdiagnosa *wasting* berdasarkan rekam medis di Puskesmas dan data laporan ke Dinkes Kota Bandar Lampung,
2. Informan yang kooperatif untuk diwawancara.

### 3.5.2 Kriteria Ekslusii

Kriteria eksklusi calon informan pada penelitian ini adalah :

1. Informan yang memiliki balita dengan penyakit bawaan, memiliki penyakit kronis dan memerlukan perawatan berkelanjutan.
2. Informan yang tidak bersedia untuk diwawancara.

### 3.6 Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan penulis meliputi:

#### 1. Data Primer

- a. Observasi partisipan, peneliti terlibat secara intensif dan dekat dengan sekelompok orang, budaya, atau masyarakat tertentu.
- b. Pedoman wawancara, penulis menanyakan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun agar mudah dipahami oleh responden sehingga bisa didapat data yang akurat.
- c. Interview secara mendalam, penulis menanyakan lebih mendalam terkait pertanyaan yang ada di pedoman wawancara maupun yang tidak masuk di pedoman wawancara, terkait pola fikir, pola asuh terutama yang berhubungan dengan gizi semenjak responden hamil agar di dapat data yang lebih valid lagi.

#### 2. Data Sekunder

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) informan sejak masa kehamilan, yang memiliki balita terdiagnosa *wasting* serta laporan bulanan puskesmas ke Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.

### 3.7 Analisa dan Validasi Data

#### 3.7.1 Analisa Data

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan analisis tematik menurut Braun (2006) karena metode ini memungkinkan peneliti mengidentifikasi dan memahami pola makna yang muncul dari pengalaman para informan terkait faktor penyebab *wasting* pada balita. Pendekatan ini dipilih karena *fleksibel*, sesuai untuk penelitian kualitatif di bidang kesehatan masyarakat, dan mampu menggambarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan pola asuh, pengetahuan gizi, kondisi keluarga, maupun pemanfaatan layanan kesehatan.

Proses analisis dimulai dengan *familiarisasi* data, yaitu membaca transkrip wawancara mendalam berulang kali untuk memahami konteks pernyataan informan. Selanjutnya dilakukan coding, yaitu memberi label pada potongan data yang relevan dengan kejadian *wasting*, seperti pengetahuan gizi ibu, pemberian makan, kondisi ekonomi, akses layanan kesehatan, dan dukungan keluarga. Pengodean dilakukan secara induktif, sehingga kode muncul langsung dari data.

Kode-kode yang telah dihasilkan kemudian dikelompokkan menjadi subtema dan tema utama yang menggambarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap *wasting*. Tema awal ditinjau kembali agar konsisten dengan data dan tidak saling tumpang tindih. Tema yang tidak relevan akan disederhanakan atau digabungkan sehingga hanya menyisakan tema yang benar-benar mencerminkan kondisi di lapangan. Hasil analisis disajikan dalam bentuk narasi tematik yang didukung kutipan langsung dari informan untuk memperkuat temuan penelitian terkait *wasting* pada balita.

### 3.7.2 Validasi Data

Validitas dalam penelitian kuantitatif dilihat berdasarkan akurasi sebuah alat ukur yaitu instrumen. Validitas dalam penelitian kualitatif mengacu pada apakah temuan penelitian secara akurat mencerminkan situasi dan didukung oleh bukti. Dalam penelitian ini triangulasi yang digunakan yaitu triangulasi sumber data. Dalam konteks penelitian ini, triangulasi sumber data dilakukan dengan mengumpulkan informasi dari beberapa kelompok informan yang memiliki pengalaman, pandangan, dan peran berbeda terkait kejadian *wasting* pada balita. Sumber data tersebut meliputi:

1. Ibu atau pengasuh balita, memberikan informasi mengenai praktik pemberian makan, kondisi psikologis, pola asuh, serta dinamika keluarga dalam memenuhi kebutuhan anak.
2. Kader posyandu, memberikan perspektif mengenai praktik pemantauan pertumbuhan, perilaku ibu selama kegiatan posyandu,

serta kondisi lingkungan sosial masyarakat.

3. Petugas gizi puskesmas (PJ gizi), memberikan data mengenai proses pelayanan kesehatan, kendala dalam penjangkauan kasus, dan faktor teknis terkait pemantauan status gizi balita.
4. Keluarga serumah atau anggota keluarga lain, memberikan data pendukung mengenai dukungan keluarga, pembagian peran, dan kondisi sosial ekonomi rumah tangga.
5. Perangkat daerah dan Dinas Kesehatan, memberikan pandangan pada level kebijakan, program, serta dukungan lintas sektor terkait pencegahan dan penanganan *wasting*.

Melalui triangulasi sumber data ini, peneliti membandingkan kesesuaian informasi yang muncul dari berbagai informan. Misalnya, informasi tentang pemberian makan balita dari ibu diverifikasi dengan penjelasan kader terkait kebiasaan ibu saat posyandu, dan dibandingkan dengan catatan petugas gizi mengenai status pertumbuhan balita. Proses perbandingan berulang ini memungkinkan peneliti memastikan bahwa data benar-benar menggambarkan situasi lapangan secara akurat.

Triangulasi sumber dilakukan secara bersamaan dengan proses pengumpulan data, sehingga setiap temuan sementara dapat langsung dikonfirmasi, dilengkapi, atau diperbaiki dengan sumber lain. Dengan demikian, data yang dihimpun semakin kaya, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan sebagai dasar penarikan kesimpulan yang valid.

### 3.8 Keabsahan Data

Untuk menghindari kesalahan atau kekeliruan data yang telah terkumpul, perlu dilakukan pengecekan keabsahan data. Untuk menilai keabsahan data pada suatu penelitian kualitatif yakni (1) *credibility* (derajat kepercayaan), (2) *transferability* (keteralihan), (3) *dependability* (kebergantungan), (4) *confirmability* (kepastian), (5) *authenticity* (keaslian) (Susanto et al., 2023).

### 1) Derajat kepercayaan (*credibility*),

Uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif, dan *member check*.

Ada beberapa cara yang peneliti lakukan untuk memperoleh tingkat kredibilitas yang tinggi, antara lain:

- a. Peneliti memperpanjang waktu penelitian, yaitu dengan melakukan pertemuan sebanyak 3 kali dengan tiap-tiap partisipan. Hal ini bertujuan agar peneliti lebih mengenal partisipan, lingkungan dan kegiatan yang dilakukannya sehari-sehari.
- b. Peneliti melakukan wawancara dan pengamatan secara berkesinambungan hingga mencapai tingkat *redundancy*. Selain itu, dengan cara ini peneliti juga dapat melihat dengan cermat, rinci dan mendalam setiap informasi yang diperoleh sehingga dapat membedakan mana yang bermakna dan mana yang tidak.
- c. Triangulasi dalam penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti menanyakan berbagai pertanyaan kepada tiap-tiap informan atau orang terdekat mereka yang berkesinambungan dengan pertanyaan ke informan kunci. Hal ini bertujuan untuk menguji kebenaran jawaban yang diberikan oleh informan yang lain.

### 2) Keteralihan (*transferability*),

*Transferability* pada penelitian kualitatif berkenaan dengan pertanyaan, hingga dimana penelitian dapat diterapkan atau digunakan dalam situasi lain. *Transferability* tergantung pada pemakai, manakala hasil penelitian tersebut dapat digunakan dalam konteks dan situasi sosial lain. Peneliti membuat laporannya dengan uraian yang rinci, jelas, sistematik sehingga dapat dipercaya. Dengan demikian pembaca menjadi jelas dan memutuskan dapat atau tidaknya hasil penelitian tersebut diaplikasikan ditempat lain. Kriteria ini penting untuk menjamin keabsahan riset

kualitatif.

3) Kebergantungan (*dependability*),

Uji *dependability* dilakukan melalui audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Pengujian *dependability* dilakukan oleh pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti dalam melaksanakan penelitian. Peneliti membuktikan bahwa seluruh rangkaian proses penelitian mulai dari menentukan fokus/masalah, memasuki lapangan, mengumpulkan data, menganalisis data, sampai membuat suatu kesimpulan benar-benar dilakukan.

4) Kepastian (*confirmability*).

Kepastian (*confirmability*) dalam penelitian kualitatif lebih diartikan sebagai konsep intersubjektivitas atau konsep transparansi, yaitu kesediaan peneliti mengungkapkan secara terbuka tentang proses dan elemen-elemen penelitiannya sehingga memungkinkan pihak lain/peneliti lain melakukan penilaian tentang hasil-hasil temuannya.

5) Keaslian (*Authenticity*)

Keaslian data yang diterima oleh penerima informasi harus benar-benar terjaga. Keaslian data merupakan hal yang sangat penting, karena jika data yang diperoleh ternyata telah diubah oleh pihak yang tidak berhak maka akan sangat berbahaya. Enkripsi juga akan mampu membuktikan bahwa data yang diperoleh benar-benar berasal dari pengirim yang asli dan data yang dikirimkan juga benar benar asli. *Authenticity*, yaitu memperluas konstruksi personal yang diungkapkan subjek penelitian. Penelitian memberi kesempatan dan memfasilitasi pengungkapan konstruksi personal yang lebih detail, sehingga memengaruhi mudahnya pemahaman yang lebih mendalam.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **4.1 Gambaran Umum Subjek Penelitian**

Subjek penelitian ini dipilih secara purposive dengan mempertimbangkan keterlibatan langsung mereka terhadap kejadian *wasting* pada balita. Subjek utama terdiri dari orang tua atau pengasuh balita yang mengalami *wasting*, karena mereka merupakan pihak yang paling mengetahui secara langsung pola asuh, kebiasaan makan, kondisi sosial ekonomi, serta faktor-faktor lain yang memengaruhi status gizi anak. Selain itu, penelitian ini juga melibatkan petugas kesehatan, seperti petugas gizi puskesmas, serta kader posyandu yang memiliki pengalaman dalam mendampingi dan menangani kasus *wasting* di wilayah kerjanya. Para tenaga kesehatan ini memberikan perspektif dari sisi pelayanan, edukasi, serta tantangan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan *wasting* di masyarakat.

Subjek lainnya yang turut diikutsertakan adalah tokoh masyarakat atau aparat kelurahan, yang dapat memberikan informasi tentang kondisi lingkungan, pola hidup masyarakat, serta dinamika sosial yang mungkin berkontribusi terhadap permasalahan gizi pada balita di wilayah tersebut. Penelitian ini dilakukan di lima wilayah kerja puskesmas di Kota Bandar Lampung yaitu Puskesmas Kota Karang, Puskesmas Kebon Jahe, Puskesmas Pinang Jaya, dan Puskesmas Segala Mider yang memiliki angka kasus *wasting* yang cukup tinggi, sedang dan rendah (Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung, 2024). Pemilihan subjek mempertimbangkan variasi latar belakang sosial ekonomi, tingkat pendidikan, serta akses terhadap fasilitas kesehatan, agar diperoleh gambaran yang lebih utuh dan mendalam mengenai berbagai faktor penyebab *wasting* dari berbagai sudut pandang.

Objek penelitian ini ditelaah secara kualitatif untuk menggali secara mendalam berbagai aspek yang melatarbelakangi kejadian *wasting*. Faktor-faktor tersebut mencakup, namun tidak terbatas pada, pola asuh orang tua,

pemberian makan kepada balita, pengetahuan dan perilaku ibu terkait gizi, status sosial ekonomi keluarga, kondisi sanitasi dan lingkungan tempat tinggal, serta akses terhadap layanan kesehatan.

Melalui pendekatan kualitatif, penelitian ini berupaya memahami bagaimana berbagai faktor tersebut saling berkaitan dalam kehidupan sehari-hari subjek penelitian, serta bagaimana persepsi dan pengalaman mereka terhadap permasalahan *wasting*. Dengan demikian, objek penelitian tidak hanya berfokus pada kondisi balita yang mengalami *wasting* secara klinis, tetapi juga pada konteks sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan yang membentuk situasi tersebut. Dengan memahami objek penelitian secara komprehensif, hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam merancang intervensi yang lebih tepat sasaran untuk mencegah dan mengatasi *wasting* pada balita, khususnya di wilayah perkotaan seperti Kota Bandar Lampung.

#### **4.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Kota Bandar Lampung, Provinsi Lampung pada periode Maret-Mei 2025. Kota Bandar Lampung memiliki luas wilayah 197,22 km<sup>2</sup> dengan jumlah penduduk sekitar 1.166.066 jiwa. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung (2024), terdapat 387 balita yang terdiagnosis *wasting* dengan prevalensi 4,2% dari total balita. Penelitian dilakukan di lima puskesmas dengan karakteristik geografis yang berbeda:

1. Puskesmas Kota Karang: Wilayah pesisir dan pegunungan, mayoritas masyarakat ekonomi menengah ke bawah, termasuk tiga tertinggi prevalensi kasus *wasting* di Kota Bandar Lampung.
2. Puskesmas Kebon Jahe: Wilayah perkotaan dengan masyarakat heterogen, termasuk tiga tertinggi prevalensi kasus *wasting* di Kota Bandar Lampung
3. Puskesmas Segala Mider: Wilayah perkotaan padat penduduk, termasuk prevalensi sedang kasus *wasting* di Kota Bandar Lampung
4. Puskesmas Susunan Baru: Wilayah perkotaan dengan variasi sosial ekonomi, termasuk prevalensi rendah kasus *wasting* di Kota Bandar Lampung.
5. Puskesmas Pinang Jaya: Wilayah pedesaan dengan tingkat perekonomian

menengah, termasuk tiga tertinggi prevalensi kasus *wasting* di Kota Bandar Lampung

#### 4.3 Hasil Wawancara Mendalam

Penelitian dilakukan dengan metode wawancara mendalam kepada informan dengan jumlah informan sebanyak 36 orang yang terdiri dari ibu/ pengasuh balita sebanyak 10 orang, keluarga serumah 10, PJ gizi puskesmas sebanyak 5 orang, kader posyandu sebanyak 5 orang, perangkat daerah sebanyak 4 orang Ketua RT dan 1 orang Lurah, serta Kepala Subkoordinator Kesehatan Keluarga dan Gizi Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung. Gambaran tentang informan dalam penelitian ini dapat dilihat pada table 5. karakteristik informan.

**Tabel 6.** Karakteristik Informan (n=36)

Kode	Jabatan	Pendidikan Terakhir	Umur (Tahun)	Wilayah Kerja Puskesmas
I1	Ibu balita	SMP	44	Kebon Jahe
I2	Ibu balita	SMA	34	Kebon Jahe
I3	Ibu balita	SMA	37	Kota Karang
I4	Ibu balita	SD	28	Kota Karang
I5	Ibu balita	SD	45	Pinang Jaya
I6	Ibu balita	SD	22	Pinang Jaya
I7	Ibu balita	SMA	34	Segala Mider
I8	Ibu balita	SMP	25	Segala Mider
I9	Ibu balita	SMP	27	Susunan Baru
I10	Ibu balita	SMP	28	Susunan Baru
I11	Kader	SMP	54	Kebon Jahe
I12	Kader	SMA	39	Kota Karang
I13	Kader	SMA	56	Pinang Jaya
I14	Kader	SMA	43	Segala Mider
I15	Kader	SMA	46	Susunan Baru
I16	PJ Gizi	D3	30	Kebon Jahe
I17	PJ Gizi	D3	26	Kota Karang
I18	PJ Gizi	D3	38	Pinang Jaya
I19	PJ Gizi	D3	37	Segala Mider
I20	PJ Gizi	S1	26	Susunan Baru

**Tabel 6.** Karakteristik Informan (n=36) (Lanjutan)

Kode	Jabatan	Pendidikan Terakhir	Umur (Tahun)	Wilayah Kerja Puskesmas
I21	Ketua RT	D3	33	Kebon Jahe
I22	Ketua RT	D3	52	Kota Karang
I23	Ketua RT	S1	44	Pinang Jaya
I24	LURAH	S2	37	Segala Mider
I25	Ketua RT	D3	34	Susunan Baru
I26	Keluarga Serumah	SD	50	Kebon Jahe
I27	Keluarga Serumah	SMA	28	Kebon Jahe
I28	Keluarga Serumah	SMK	28	Kota Karang
I29	Keluarga Serumah	SPGN	62	Kota Karang
I30	Keluarga Serumah	SD	41	Pinang Jaya
I31	Keluarga Serumah	SMP	28	Pinang Jaya
I32	Keluarga Serumah	SMA	44	Segala Mider
I33	Keluarga Serumah	SMA	38	Segala Mider
I34	Keluarga Serumah	SD	35	Susunan Baru
I35	Keluarga Serumah	S1	46	Susunan Baru
I36	Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung	S2	48	Kepala Subkoordinator Kesehatan Keluarga dan Gizi Bidang Kesehatan Masyarakat

Keterangan : I = Informan

Proses wawancara dilakukan secara bertahap dalam sehari dilakukan 3-4 informan yang diwawancara, penentuan jadwal informan yang akan di wawancara berdasarkan janji temu yang telah dilakukan sebelumnya. Selama proses wawancara, peneliti juga sekaligus melakukan observasi langsung keadaan rumah dan observasi dokumen pendukung seperti buku KIA pertumbuhan balita (KMS) maupun pelaporan yang dilakukan oleh puskesmas secara online.

Peneliti melakukan wawancara mendalam kepada seluruh informan baik informan kunci maupun informan pendukung menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun dan pertanyaan tersebut berkembang sesuai dengan kebutuhan informasi yang dibutuhkan oleh peneliti. Triangulasi sumber yang digunakan dalam penelitian ini adalah keluarga serumah, kader posyandu, perangkat daerah, PJ Gizi puskesmas dan penanggung jawab.

Proses wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi yang bisa menjawab tujuan dari penelitian ini.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan 36 informan yang terdiri dari orang tua balita dan tenaga kesehatan, diperoleh enam tema utama yang menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi balita. Keenam tema tersebut adalah asupan makanan tidak adekuat, praktik pengasuhan dan pemberian makan, pengetahuan dan sikap ibu tentang gizi, kondisi sosial ekonomi keluarga, sistem pelayanan kesehatan, serta dukungan keluarga dan lingkungan sosial.

#### **4.4 Asupan Makanan**

Berdasarkan hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan, ditemukan bahwa asupan makanan menjadi salah satu faktor krusial yang berkontribusi terhadap kejadian *wasting* pada balita. Dalam konteks asupan makanan, perilaku memilih-milih makanan (*picky eating*), jumlah porsi makan yang inadekuat, keanekaragaman makanan yang terbatas, muncul sebagai temuan penting yang perlu dikaji lebih lanjut.

##### **4.4.1 Perilaku Memilih-milih Makanan**

Salah satu tantangan utama yang dihadapi orang tua adalah perilaku *picky eating* atau memilih-milih makanan pada balita.

“Ya karena dia susah makan, milih-milih. Kadang juga nggak habisin makanannya. Sering juga minta nasi kecap aja, ya saya kasih daripada nggak mau makan sama sekali.” (I1)

“Yang bikin susah itu dia Cuma mau makanan tertentu aja. Hari ini mau telur, besoknya nolak telur. Terus minta ayam goreng terus, kalau dikasih yang lain ngamuk. Anaknya pemilih banget, Bu. Kalau ikan digoreng mau, tapi kalau direbus atau dikukus langsung nggak mau. Sayuran juga cuma mau wortel, yang lain ditolak mentah-mentah.” (I6)

“Yang paling sulit itu sayur, Bu. Dia susah banget makan sayur. Kalau ikan, ayam, udang, itu mau. Sayur kayak wortel, brokoli, buncis, direbus juga nggak mau. Milih-milih banget makannya.” (I8)

“Faktor utamanya dari pola makan. Banyak orang tua yang tidak tahu jenis makanan bergizi dan membiarkan anaknya pilih-pilih makanan. Misalnya anak cuma minum kuahnya saja, tidak makan isinya.” (I17)

#### **4.4.2 Jumlah Porsi Makan yang Inadekuat**

Selain masalah pemilihan makanan, kuantitas asupan makanan juga menjadi perhatian serius. Banyak balita mengonsumsi makanan dalam porsi yang sangat kecil dan tidak memadai untuk kebutuhan tumbuh kembangnya.

“Makannya dikit banget, Bu. Paling banter 5-6 suap udah bilang kenyang. Padahal porsi segitu kan nggak cukup buat anak seusianya.” (I1)

“Kalau lagi mau makan, paling banter tiga suap aja udah bilang kenyang. Saya harus ngejar-ngejar dia sambil bawa piring supaya bisa nambah beberapa suap lagi.” (I7)

“Anak saya memang makannya kurang. Susu juga kurang suka. Dia lebih suka minum air putih atau ikut kalau ada yang sedang minum.” (I9)

“Banyak orang tua yang tidak sabaran saat memberikan anak makan dan mengikuti maunya anak.” (I18)

“Pertama mungkin dari faktor ekonomi ya Ibu... tapi pola makannya tidak terlalu terjaga oleh orang tuanya sendiri.” (I19)

#### **4.4.3 Keanekaragaman Makanan yang Terbatas**

Keterbatasan variasi makanan menjadi tantangan tambahan dalam pemenuhan gizi balita.

“Mulai kelihatan sejak usia sekitar 18 bulan. Dari segi makannya, kadang dia mau, kadang tidak. Tapi dia lebih suka buah-buahan dibanding makanan berat. Kalau disambung dengan susu juga kadang tidak mau.” (I5)

“Telur puyuh suka, telur ayam biasa nggak mau. Ati ayam juga suka. Sayur seperti bayam, wortel itu susah dimakan.” (I7)

“Untuk sayur dia susah, Bu. Kalau bayam dipotong kecil-kecil juga nggak mau. Ikan mau, asal digoreng.” (I8)

"Kalau anak tidak suka ikan, kami sarankan diolah jadi nugget atau tekwan." (I17)

#### **4.5 Penyakit Infeksi**

Selain faktor asupan makanan, hasil wawancara juga mengungkapkan bahwa penyakit infeksi merupakan faktor penting yang berkontribusi terhadap kejadian *wasting* pada balita. Temuan dari wawancara mendalam menunjukkan dua aspek utama terkait penyakit infeksi, yaitu adanya penyakit infeksi yang sedang dialami serta riwayat penyakit infeksi berulang yang dapat memperburuk status gizi balita.

##### **4.5.1 Adanya Penyakit Infeksi**

Penyakit infeksi menjadi salah satu faktor penting yang berperan terhadap terjadinya *wasting* pada balita. Infeksi yang berulang, terutama yang melibatkan saluran cerna dan sistem pernapasan, dapat mengganggu proses penyerapan zat gizi serta meningkatkan kebutuhan metabolismik tubuh. Kondisi ini berkontribusi pada menurunnya status gizi anak, khususnya berat badan terhadap tinggi badan. Beberapa informan mengungkapkan bahwa anak sering mengalami sakit sejak usia dini, terutama demam dan diare berulang.

"Sejak sering sakit, demam. Kalau demam biasanya disertai diare. Sejak bayi, bahkan sebelum usia 40 hari sudah pernah diare." (I4)

"Sebelumnya juga pernah dirawat saat usia 8 bulan karena diare. Terakhir sempat dirawat inap karena demam tinggi akibat campak." (I5)

"Kalau sekarang kadang batuk aja, oh iya sama ini dok kenapa ya ada benjolan di belakang telinga?" (I10)

"Dari pengamatan kami, faktor utamanya adalah kurang gizi dan infeksi pencernaan seperti diare." (I20)

##### **4.5.2 Riwayat Penyakit Infeksi Berulang**

Pola penyakit infeksi yang berulang merupakan salah satu karakteristik yang sering ditemukan pada balita dengan masalah gizi, khususnya *wasting*. Kondisi ini menunjukkan adanya hubungan yang

erat antara status gizi dan daya tahan tubuh anak. Anak dengan gizi kurang cenderung memiliki sistem imun yang lemah sehingga lebih rentan terhadap infeksi, sedangkan infeksi yang berulang dapat memperburuk kondisi gizi akibat berkurangnya nafsu makan, gangguan penyerapan zat gizi, dan peningkatan kebutuhan energi selama sakit. Beberapa informan menggambarkan bahwa anak mereka sering mengalami sakit secara berulang, baik berupa batuk, demam, maupun diare.

"Pernah, biasanya batuk. Sebulan sekali ada aja. Biasanya saya obatin dulu di rumah, dua hari kalau belum sembuh baru ke Puskesmas." (I1)

"Sakitnya berulang terus, Bu. Baru sembuh seminggu, eh sakit lagi. Paling sering itu diare sama demam. Dalam 3 bulan terakhir udah 4 kali sakit." (I7)

"Sejak usia 6 bulan sampai sekarang, hampir tiap bulan pasti sakit. Tiap bulan ada aja berobat batuk." (I10)

"..., atau infeksi berulang. Itu jadi hambatan." (I17)

#### **4.6 Sanitasi Lingkungan**

Faktor ketiga yang teridentifikasi melalui hasil wawancara adalah sanitasi lingkungan yang berpengaruh terhadap kejadian *wasting* pada balita. Dalam konteks sanitasi lingkungan, paparan asap rokok di lingkungan balita menjadi temuan yang menonjol dan perlu mendapat perhatian khusus mengingat dampaknya terhadap kesehatan dan status gizi anak.

##### **4.6.1 Paparan Asap Rokok di Lingkungan Balita**

Paparan asap rokok di lingkungan rumah menjadi salah satu faktor risiko penting yang memengaruhi kesehatan balita. Lingkungan tempat tinggal yang tidak bebas asap rokok dapat berdampak pada gangguan pernapasan, menurunkan daya tahan tubuh, serta berkontribusi terhadap terjadinya infeksi berulang pada anak. Selain itu, kebiasaan merokok di dalam rumah sering kali sulit dikendalikan karena dianggap sebagai kebiasaan yang wajar di kalangan orang dewasa, terutama ayah atau anggota keluarga laki-laki. Beberapa

informan menggambarkan situasi paparan asap rokok di rumah mereka.

"Suami sama mertua saya perokok. Rumahnya kan kecil, jadi kemana-mana kena asap rokok. Saya udah protes berkali-kali, tapi mereka bilang 'ah, nggak apa-apa'. Padahal anak saya sering batuk pilek." (I1)

"Ini bu, Bapaknya perokok berat, Bu. Sehari bisa 2 bungkus. Di rumah juga sering ngerokok, apalagi kalau lagi nonton TV. Anak saya sering batuk-batuk, mungkin karena asap rokok itu." (I7)

"Di rumah ada 3 orang yang ngerokok: suami, ayah mertua, sama kakak ipar. Mereka ngerokok di teras, tapi kan asapnya masuk ke dalam rumah juga. Anak saya jadi sering batuk pilek." (I10)

"Ternyata ada perokok di rumah, ... Itu jadi hambatan." (I17)

"Pertama, tentu bantuannya harus lebih banyak dan merata. Kedua, perhatian juga perlu diarahkan ke kebiasaan merokok para orang tua. Sering kali mereka bisa beli rokok, tapi tidak mampu beli makanan bergizi untuk anaknya." (I18)

"Meminta ayah berhenti merokok. Merokok itu lumayan ya... harusnya uangnya bisa buat makan anak." (I36)

#### **4.7 Pangan Rumah Tangga**

Faktor ketahanan pangan di tingkat rumah tangga menjadi temuan penting yang terungkap dari wawancara dengan para informan. Keterbatasan ketersediaan makanan dalam rumah tangga mencerminkan kondisi ekonomi dan akses pangan keluarga yang berdampak langsung pada asupan gizi balita sehari-hari.

##### **4.7.1 Ketersediaan Makanan dalam Rumah Tangga Terbatas**

Keterbatasan ketersediaan makanan di tingkat rumah tangga menjadi salah satu faktor yang memengaruhi status gizi balita. Keterbatasan ini tidak hanya terkait dengan jumlah (kuantitas) makanan yang tersedia, tetapi juga dengan variasi dan kandungan gizinya (kualitas). Dalam keluarga dengan pendapatan tidak tetap atau rendah, pola makan anak sering kali bergantung pada kondisi ekonomi harian. Ketika sumber penghasilan utama tidak tersedia, pilihan bahan makanan menjadi

lebih terbatas, sehingga asupan gizi anak pun menurun. Beberapa informan menggambarkan situasi tersebut dalam keseharian mereka.

"Kalau ayahnya ada, biasanya makan lebih lengkap seperti ikan dan sayur. Tapi kalau sedang tidak ada, saya hanya masak telur goreng, tahu, atau rempeyek." (I2)

"... Malam kalau masih ada sayur, ya saya kasih sayur. Kalau tidak, makan apa saja yang ada." (I3)

"Edukasi kami, makanan anak itu nggak sulit, nggak mahal juga... bisa dibuat sendiri di rumah." (I36)

#### **4.8 Pola Pengasuhan**

Faktor ketahanan pangan rumah tangga muncul sebagai temuan penting yang mencerminkan kondisi sosial ekonomi keluarga balita. Berdasarkan narasi para informan, keterbatasan ketersediaan makanan di rumah tangga tidak hanya berdampak pada kuantitas pangan, tetapi juga mempengaruhi keteraturan pemberian makan kepada balita.

##### **4.8.1 Praktik Pemberian Makan yang Tidak Tepat**

Pola pengasuhan, khususnya praktik pemberian makan, berperan penting dalam menentukan status gizi balita. Cara orang tua atau pengasuh memberikan makanan dapat memengaruhi selera makan, perilaku makan, dan kecukupan nutrisi anak. Praktik pemberian makan yang tidak tepat misalnya terlalu memaksa, menakut-nakuti, atau menggunakan metode tidak sehat untuk membujuk anak, dapat menimbulkan resistensi anak terhadap makanan dan berpotensi menurunkan asupan gizi.

"Saya juga nggak mau terlalu makan, karena kalau dipaksa malah trauma dan tambah nggak mau makan." (I8)

"Pernah juga dirayu, bahkan sampai ditakut-takuti agar mau makan." (I2)

"Kalau betul-betul tidak mau makan, saya beri susu UHT seperti anjuran dokter. Biasanya saya bujuk dengan cara menonton HP. Dengan itu dia mau makan." (I5)

"Tantangannya adalah kurang kooperatifnya keluarga. Mereka menerima edukasi, namun kesulitan dalam mengaplikasikannya menjadi kebiasaan." (I16)

"Faktor paling besar menurut saya adalah asupan makanan dan dukungan dari orang tua. Seberapa rajin dan sabar orang tua, terutama ibu dan ayah, dalam memberikan makanan kepada anak sangat memengaruhi kondisi gizi. Banyak orang tua yang tidak sabaran saat memberikan anak makan dan mengikuti maunya anak." (I18)

#### **4.8.2 Kurangnya Keteraturan Pemberian Makan**

Ketidakteraturan dalam jadwal dan pola pemberian makan menjadi salah satu faktor yang memengaruhi kecukupan asupan nutrisi balita. Pola makan yang tidak konsisten dapat menyebabkan anak tidak memperoleh energi dan zat gizi yang cukup untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan optimal. Ketidakteraturan ini dapat muncul karena anak yang sedang "mood" makan atau menolak makanan tertentu, serta kurangnya penerapan disiplin jadwal makan oleh orang tua atau pengasuh.

"Kalau dia sedang mau makan, bisa sampai empat kali sehari. Tapi kalau lagi nggak mood, paling cuma dua kali. Biasanya pagi dan malam saja. Kalau makannya banyak, susunya cuma sekali. Tapi kalau nggak mau makan, bisa lima kali nyusu, Bu." (I8)

"Tantangannya ada yang menolak... Setelah menjalankan program pemberian PMT pun, tidak *dimaintenance* dengan baik oleh orang tuanya." (I19)

#### **4.9 Akses Layanan Kesehatan**

Akses layanan kesehatan merupakan faktor berikutnya yang ditemukan berkontribusi terhadap kejadian *wasting*. Hasil wawancara menunjukkan bahwa keterlambatan deteksi masalah gizi menjadi permasalahan yang menyebabkan penanganan *wasting* tidak dilakukan secara tepat waktu.

##### **4.9.1 Keterlambatan Deteksi Masalah Gizi**

Deteksi dini masalah gizi pada balita seringkali mengalami keterlambatan. Sebagian besar kasus baru teridentifikasi ketika anak

sudah berusia lebih dari satu tahun, padahal intervensi gizi lebih awal dapat mencegah konsekuensi jangka panjang terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Keterlambatan ini disebabkan oleh rendahnya kesadaran orang tua terhadap tanda-tanda kurang gizi, minimnya pemantauan rutin, serta terbatasnya akses atau pemanfaatan layanan posyandu secara optimal. Beberapa informan menjelaskan pengalaman mereka terkait waktu teridentifikasinya masalah gizi pada anak.

"Tahu waktu umur setahun, pas Posyandu. Kader sama nakesnya yang bilang kalau berat badannya kurang." (I1)

"Waktu ke posyandu, Bu. Ketemu sama Mbak Nita, kader Posyandu. Ketahuannya sekitar usia 3 tahun." (I7)

"Ketahuannya sekitar usia 3 tahun... di Posyandu, waktu nimbang berat badan." (I8)

"Saya tahu dari kader posyandu. Waktu saya bawa anak saya ke Posyandu, kader memberi tahu bahwa berat badannya kurang." (I9)

"Banyak yang masih menganggap penimbangan tidak penting, terutama pada anak usia di atas dua tahun." (I16)

"Awalnya kami hanya melihat dari anak-anak yang datang ke Posyandu, tapi setelah jemput bola, ternyata kasusnya jauh lebih banyak." (I17)

#### **4.10 Faktor Sosial Ekonomi**

Faktor sosial ekonomi menjadi determinan penting yang teridentifikasi melalui hasil wawancara dalam kejadian *wasting* pada balita. Dalam konteks sosial ekonomi, keterbatasan ekonomi keluarga muncul sebagai temuan yang mendasari berbagai permasalahan gizi, baik secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita."

##### **4.10.1 Keterbatasan Ekonomi Keluarga**

Faktor ekonomi menjadi determinan utama dalam kemampuan keluarga menyediakan makanan bergizi bagi balita. Keterbatasan

sumber daya finansial memengaruhi kuantitas, kualitas, dan variasi makanan yang tersedia di rumah, sehingga berdampak langsung terhadap status gizi anak. Dalam banyak kasus, keluarga dengan pendapatan tidak tetap atau rendah cenderung mengutamakan bahan makanan yang lebih murah dan mudah didapat, meskipun tidak selalu memenuhi kebutuhan gizi anak secara optimal. Beberapa informan mengungkapkan pengalaman mereka terkait keterbatasan ekonomi dalam penyediaan makanan.

"Ya itu, anaknya susah makan. Terus ekonomi juga berpengaruh, jadi nggak bisa kasih yang lebih. Tapi selalu diusahain, minimal ada tahu tempe, telur." (I1)

"Iya, dulu sempat ada kendala ekonomi. Suami belum punya pekerjaan tetap." (I2)

"Dulu waktu bapaknya masih kerja sebagai nelayan, masih mudah dapat ikan. Sekarang kadang harus beli di warung, harganya mahal. Jadi kalau tidak ada ikan atau daging, saya ganti dengan telur. Iya, tidak setiap hari. Ayam atau daging kadang-kadang saja." (I3)

"Yang paling sulit itu berat badan susah naik. Walaupun sudah makan, tetap saja susah naik. Kalau tidak ada telur, bisa susah makannya." (I4)

"Kesulitannya lebih ke kondisi ekonomi. Suami saya baru saja di-PHK dari tempat kerjanya di 'Si Cepat', tepat sebelum lebaran. Jadi kondisi keuangan agak terganggu." (I9)

"Pertama mungkin dari faktor ekonomi ya... rata-rata dominan menengah ke bawah." (I19)

#### 4.11 Respon Emosional Orang Tua

Faktor respon emosional orang tua muncul sebagai temuan yang mencerminkan beban psikologis yang dialami keluarga dalam menghadapi masalah gizi balita. Berdasarkan narasi para informan, perasaan marah dan kesal ketika anak menolak makan, serta perasaan sedih dan khawatir terhadap kondisi anak, menjadi pengalaman emosional yang kompleks dan dapat mempengaruhi cara orang tua menangani situasi pemberian makan.

#### **4.11.1 Perasaan Marah dan Kesal Saat Anak Susah Makan**

Menghadapi kesulitan makan pada balita menimbulkan berbagai respon emosional pada orang tua. Perasaan marah dan kesal merupakan respon yang umum dialami.

"Ya, kesel juga, tapi saya sabar. Saya rayu pakai cara halus, janji nanti beli jajan atau mainan asal mau makan dulu." (I3)

"Ya jujur saja, kadang kesel juga. Tapi tetap saya usahakan agar dia tetap makan. Saya tidak menyerah." (I4)

"Jujur saja, kadang marah, kesal, ya namanya ibu. Tapi tetap saya bujuk dan usahakan dia tetap makan." (I5)

"Jujur saja, Bu, kadang emosi. Soalnya lihat anak lain lahap makan, sedangkan anak sendiri susah banget makannya. Sudah diakalin macam-macam tetap susah." (I8)

"Kendala terbesarnya adalah kesadaran masyarakat. Meski sudah diberikan PMT, kadang warga tidak melanjutkan pola makan sehat di rumah... faktor ekonomi juga jadi hambatan utama." (I22)

"Tantangan yang luar biasa adalah... masyarakat yang kurang mau bekerja sama... orang tuanya... pasrah, udah keburu kesal dan emosi. 'Anaknya nggak mau sih Bu, mingkem mulutnya.' (I36)

#### **4.11.2 Perasaan Sedih dan Khawatir**

Selain menghadapi tantangan praktis dalam pemenuhan gizi, orang tua juga mengalami perasaan sedih, khawatir, dan cemas terkait kondisi gizi anak mereka. Emosi ini muncul sebagai respons alami terhadap ketidakmampuan atau keterbatasan yang dirasakan dalam memenuhi kebutuhan gizi anak, sekaligus menjadi motivator bagi mereka untuk terus berupaya meningkatkan asupan makanan dan kesehatan anak.

"Sedih, sih. Tapi ya bertekad, insyaAllah bisa diperbaiki. Saya usahain terus kasih makanan yang bergizi." (I1)

"Saya khawatir juga, Bu. Tapi tetap saya usahakan ada yang masuk, seperti sari buah. Susu juga saya kasih, dia suka yang rasa coklat." (I7)

"Sedih, tentu saja. Saya langsung diskusi dengan orang tua dan suami. Saya juga berusaha agar berat badan dan tinggi badannya bisa meningkat." (I9)

"Sebagai orang tua tentu kami merasa khawatir. Saya dan istri langsung berpikir harus berusaha agar anak bisa kembali sehat." (I27)

#### 4.12 Stigma dan Tekanan Sosial

Faktor stigma dan tekanan sosial muncul sebagai temuan yang mencerminkan dimensi sosial dalam pengalaman keluarga balita *wasting*. Berdasarkan narasi para informan, komentar negatif dari lingkungan sekitar menimbulkan perasaan rendah diri pada orang tua, yang tidak hanya berdampak pada kesejahteraan psikologis tetapi juga dapat mempengaruhi motivasi orang tua dalam mencari solusi untuk masalah gizi anaknya.

##### 4.12.1 Perasaan Rendah Diri Akibat Komentar Lingkungan

Selain khawatir dan sedih, orang tua juga kerap mengalami perasaan rendah diri yang timbul akibat komentar atau penilaian dari lingkungan sekitar terkait kondisi gizi anak mereka. Umpatan balik negatif, baik yang disampaikan secara langsung maupun tidak langsung, dapat memengaruhi kepercayaan diri orang tua dalam mengasuh dan merawat anak, serta menimbulkan tekanan psikologis tambahan. Beberapa informan menggambarkan pengalaman mereka terkait komentar lingkungan.

"Setiap bulan dibilang, 'Kok kecil terus ya?' Itu-itu saja. Jadi kadang saya minder juga. Kadang merasa begitu." (I3)

"Ada yang menerima, ada juga yang menolak. Kadang orang tua tidak percaya anaknya kurang gizi." (I14)

"Yang paling berat sebenarnya komentar dari orang sekitar... dibilang kok belum bisa jalan. Istri saya kadang merasa sedih." (I28)

#### 4.13 Peralihan ke MPASI

Peralihan ke MPASI teridentifikasi sebagai faktor yang saling terkait dengan berbagai aspek lainnya seperti pengetahuan ibu, ketahanan pangan keluarga, dan akses informasi kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara, pemberian MPASI yang tidak benar mencerminkan kompleksitas permasalahan yang meliputi ketidaktahuan mengenai prinsip MPASI responsif, keterbatasan ekonomi dalam menyediakan bahan makanan bergizi, serta minimnya paparan informasi yang tepat mengenai praktik pemberian makan yang sesuai pada periode *complementary feeding*.

##### 4.13.1 Pemberian MPASI yang Tidak Benar

Masa transisi dari ASI eksklusif ke makanan pendamping ASI (MP-ASI) merupakan periode kritis dalam perkembangan gizi balita. Praktik pemberian MP-ASI yang tidak tepat, baik dari segi jenis, frekuensi, maupun cara pemberian, dapat menimbulkan masalah seperti kesulitan makan, muntah, dan penurunan berat badan. Pemilihan makanan yang kurang variatif atau terlalu awal diberikan dapat memengaruhi penerimaan anak terhadap makanan sehat serta kecukupan gizi harian.

"Sejak usia 8 bulan, mulai terlihat sulit makan. Awalnya waktu ASI masih lancar, tidak terlalu masalah. Tapi saat mulai MP-ASI, dia jadi susah makan. Kalau diberi nasi, dia langsung muntah." (I2)

"MPASI pertama saya kasih bubur beras putih sama gula merah. Kata mama saya, biar anak doyan makan. Sayuran atau buah belum saya kasih karena takut mencret." (I8)

"Waktu usia 4 bulan, saya udah kasih pisang yang dikerok. Soalnya neneknya bilang supaya anak cepet gemuk. ASI doang katanya nggak cukup. Kalau lagi rewel saja." (I10)

"Modalnya bagus... berat badan lahirnya bagus... tapi kemudian ketika anak ini melewati fase ASIX dan MPASI, nah di situ... turun." (I36)

**Tabel 7.** Tematik Wawancara

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Kutipan</b>	<b>Kesimpulan</b>
<b>Asupan Makanan</b>	Perilaku memilih-milih makanan	<p>"Ya karena dia susah makan, milih-milih. Kadang juga nggak habisin makanannya. Sering juga minta nasi kecap aja, ya saya kasih daripada nggak mau makan sama sekali." (11)</p> <p>"Yang bikin susah itu dia cuma mau makanan tertentu aja. Hari ini mau telur, besoknya nolak telur. Terus minta ayam goreng terus, kalau dikasih yang lain ngamuk. Anaknya pemilih banget, Bu. Kalau ikan digoreng mau, tapi kalau direbus atau dikukus langsung nggak mau. Sayuran juga cuma mau wortel, yang lain ditolak mentah-mentah" (16)</p> <p>"Yang paling sulit itu sayur, Bu. Dia susah banget makan sayur. Kalau ikan, ayam, udang, itu mau. Sayur kayak wortel, brokoli, buncis, direbus juga nggak mau. Milih-milih banget makannya" (18)</p> <p>"Faktor utamanya dari pola makan. Banyak orang tua yang tidak tahu jenis makanan bergizi dan membiarkan anaknya pilih-pilih makanan. Misalnya anak cuma minum kuahnya saja, tidak makan isinya." (117)</p>	<p>Picky eating merupakan masalah utama yang dihadapi hampir seluruh responden. Balita menunjukkan perilaku sangat selektif dan tidak konsisten dalam memilih makanan, terutama menolak sayuran dan metode pengolahan tertentu. Orang tua cenderung mengikuti keinginan anak dengan menyediakan makanan yang diminta untuk menghindari penolakan total. Minimnya pengetahuan orang tua tentang nutrisi seimbang dan strategi mengatasi Picky eating menyebabkan terbentuknya pola makan kurang bergizi dan monoton yang berkontribusi terhadap status gizi kurang pada balita.</p>
	Jumlah Porsi makan yang inadekuat	<p>"Makannya dikit banget, Bu. Paling banter 5-6 suap udah bilang kenyang. Padahal porsi segitu</p>	<p>Asupan kalori dan nutrisi balita sangat tidak memadai dengan porsi makan hanya 3-6 suap setiap kali makan,</p>

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
		<p>kan nggak cukup buat anak seusianya" (I1)</p> <p>"Kalau lagi mau makan, paling banter tiga suap aja udah bilang kenyang. Saya harus ngejar-ngejar dia sambil bawa piring supaya bisa nambah beberapa suap lagi." (I7)</p> <p>"Anak saya memang makannya kurang. Susu juga kurang suka. Dia lebih suka minum air putih atau teh kalau ada yang sedang minum." (I9)</p> <p>"Banyak orang tua yang tidak sabaran saat memberikan anak makan dan mengikuti maunya anak." (I18)</p> <p>"Pertama mungkin dari faktor ekonomi ya Ibu. ...., tapi pola makannya tidak terlalu terjaga oleh orang tuanya sendiri." (I19)</p>	<p>jauh di bawah kebutuhan anak seusianya. Masalah ini diperburuk oleh minimnya asupan alternatif seperti susu karena anak lebih memilih air putih atau teh. Ketidaksabaran orang tua dalam pemberian makan dan kecenderungan mengikuti keinginan anak mencerminkan kurangnya pemahaman tentang kebutuhan gizi dan teknik feeding yang tepat. Kondisi ini diperparah oleh faktor ekonomi yang menyebabkan pengawasan pola makan tidak optimal, sehingga terjadi defisit energi kronis yang berdampak pada pertumbuhan fisik balita</p>
	Keanekaragaman makanan yang terbatas	<p>"Mulai kelihatan sejak usia sekitar 18 bulan. Dari segi makannya, kadang dia mau, kadang tidak. Tapi dia lebih suka buah-buahan dibanding makanan berat. Kalau disambung dengan susu juga kadang tidak mau." (I5)</p> <p>"Telur puyuh suka, telur ayam biasa nggak mau. Ati ayam juga suka. Sayur seperti bayam, wortel itu susah dimakan." (I7)</p> <p>"Untuk sayur dia susah, Bu. Kalau bayam dipotong kecil-kecil juga nggak mau. Ikan mau, asal digoreng." (I8)</p> <p>"Kalau anak tidak suka ikan, kami sarankan diolah jadi nugget atau tekwan."</p>	<p>Keragaman pangan yang sangat terbatas menjadi permasalahan serius dalam pemenuhan gizi balita. Anak menunjukkan preferensi ekstrem terhadap jenis dan bentuk makanan tertentu, seperti hanya menerima telur puyuh namun menolak telur ayam, atau hanya menerima ikan goreng namun menolak ikan rebus. Penolakan terhadap sayuran terjadi secara konsisten meskipun telah dilakukan modifikasi pengolahan.</p> <p>Ketergantungan pada satu atau dua jenis makanan dan preferensi buah dibandingkan makanan pokok mengindikasikan kegagalan dalam membangun pola makan</p>

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
		(I17)	seimbang. Implementasi saran modifikasi pengolahan dari tenaga kesehatan terhambat oleh keterbatasan pengetahuan dan keterampilan orang tua, sehingga terjadi defisiensi mikronutrien yang berdampak pada tumbuh kembang optimal.
<b>Penyakit Infeksi</b>	Adanya penyakit infeksi	<p>"Sejak sering sakit, demam. Kalau demam biasanya disertai diare. Sejak bayi, bahkan sebelum usia 40 hari sudah pernah diare." (I4)</p> <p>"Sebelumnya juga pernah dirawat saat usia 8 bulan karena diare. Terakhir sempat dirawat inap karena demam tinggi akibat campak." (I5)</p> <p>"Kalau sekarang kadang batuk aja, oh iya sama ini dok kenapa y ada benjolan di belakang telinga?" (I10)</p> <p>"Dari pengamatan kami, faktor utamanya adalah kurang gizi dan infeksi pencernaan seperti diare." (I20)</p>	Penyakit infeksi merupakan faktor signifikan yang memperburuk status gizi balita, terutama infeksi saluran pencernaan (diare) dan infeksi sistemik (campak, demam). Onset yang sangat dini sebelum usia 40 hari menunjukkan kerentanan tinggi akibat sistem imun yang belum optimal, kemungkinan terkait dengan status gizi sejak dalam kandungan atau praktik sanitasi yang buruk. Siklus malnutrisi-infeksi terlihat jelas dimana gizi kurang melemahkan imunitas sehingga anak mudah sakit, sementara infeksi berulang meningkatkan kebutuhan nutrisi dan menurunkan nafsu makan, sehingga menciptakan siklus penurunan status gizi yang sulit diputus tanpa intervensi komprehensif.
	Riwayat penyakit infeksi berulang	<p>"Pernah, biasanya batuk. Sebulan sekali ada aja. Biasanya saya obatin dulu di rumah, dua hari kalau belum sembuh baru ke Puskesmas." (I1)</p> <p>"Sakitnya berulang terus, Bu. Baru sembuh seminggu, eh sakit lagi. Paling sering itu diare sama</p>	Infeksi berulang dengan frekuensi sangat tinggi (bulanan hingga 4 kali dalam 3 bulan) merupakan indikator kuat status gizi buruk dan kondisi lingkungan yang tidak sehat. Pola sakit yang persisten seperti batuk, diare, dan demam sejak usia 6 bulan menunjukkan

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
		<p>demam. Dalam 3 bulan terakhir udah 4 kali sakit." (I7)</p> <p>"Sejak usia 6 bulan sampai sekarang, hampir tiap bulan pasti sakit. Tiap bulan ada aja berobat batuk." (I10)</p> <p>"....., atau infeksi berulang. Itu jadi hambatan." (I17)</p>	<p>kegagalan sistem pertahanan tubuh akibat malnutrisi kronis. Perilaku pengobatan yang tertunda dengan mengobati sendiri di rumah dapat memperparah kondisi dan memperpanjang episode sakit. Siklus infeksi berulang ini menjadi hambatan utama dalam program pemulihan gizi karena setiap episode sakit menghambat absorpsi nutrisi, meningkatkan katabolisme, dan menurunkan nafsu makan, sehingga diperlukan pendekatan yang menangani baik aspek nutrisi maupun pencegahan infeksi.</p>
<b>Sanitasi Lingkungan</b>	Paparan asap rokok dilingkungan balita	<p>"Suami sama mertua saya perokok. Rumahnya kan kecil, jadi kemana-mana kena asap rokok. Saya udah protes berkali-kali, tapi mereka bilang 'ah, nggak apa-apa'. Padahal anak saya sering batuk pilek" (I1)</p> <p>"Ini bu, Bapaknya perokok berat, Bu. Sehari bisa 2 bungkus. Di rumah juga sering ngerokok, apalagi kalau lagi nonton TV. Anak saya sering batuk-batuk, mungkin karena asap rokok itu" (I7)</p> <p>"Di rumah ada 3 orang yang ngerokok: suami, ayah mertua, sama kakak ipar. Mereka ngerokok di teras, tapi kan asapnya masuk ke dalam rumah juga. Anak saya jadi sering batuk pilek." (I10)</p> <p>"Ternyata ada perokok di rumah, ..... Itu jadi hambatan." (I17)</p>	<p>Paparan asap rokok di lingkungan rumah merupakan masalah sanitasi serius yang berdampak ganda pada kesehatan balita. Paparan kronik terhadap asap rokok menyebabkan infeksi saluran pernapasan berulang seperti batuk dan pilek yang memperburuk status gizi, serta mengalihkan alokasi dana keluarga dari pembelian makanan bergizi untuk rokok. Resistensi anggota keluarga perokok untuk berhenti merokok menunjukkan kurangnya kesadaran tentang bahaya perokok pasif dan prioritas kesehatan anak, yang diperparah oleh kondisi rumah sempit dengan ventilasi terbatas. Oleh karena itu, diperlukan intervensi edukasi intensif, kebijakan lebih tegas tentang larangan merokok di lingkungan</p>

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
		<p>"Pertama, tentu bantuanmu harus lebih banyak dan merata. Kedua, perhatian juga perlu diarahkan ke kebiasaan merokok para orang tua. Sering kali mereka bisa beli rokok, tapi tidak mampu beli makanan bergizi untuk anaknya." (I18)</p> <p>"Meminta ayah berhenti merokok. Merokok itu lumayan ya... harusnya uangnya bisa buat makan anak." (I36)</p>	<p>anak, serta program realokasi anggaran keluarga untuk prioritas gizi anak.</p>
<b>Ketahanan Pangan Rumah Tangga</b>	Ketersediaan makanan dalam Rumah Tangga terbatas	<p>"Kalau ayahnya ada, biasanya makan lebih lengkap seperti ikan dan sayur. Tapi kalau sedang tidak ada, saya hanya masak telur goreng, tahu, atau rempeyek." (I2)</p> <p>"... Malam kalau masih ada sayur, ya saya kasih sayur. Kalau tidak, makan apa saja yang ada." (I3)</p> <p>"Edukasi kami, makanan anak itu nggak sulit, nggak mahal juga... bisa dibuat sendiri di rumah." (I36)</p>	<p>Ketahanan pangan tingkat rumah tangga sangat tidak stabil dengan variasi kualitas menu yang bergantung pada kehadiran dan pendapatan kepala keluarga. Pola makan berfluktuasi antara menu lengkap seperti ikan dan sayur saat ada penghasilan, dengan menu minimal seperti telur, tahu, dan rempeyek saat kondisi sulit, yang mencerminkan ketidakmampuan menyediakan gizi seimbang secara konsisten. Meskipun edukasi dari tenaga kesehatan menekankan bahwa makanan bergizi tidak harus mahal, implementasinya terhambat oleh keterbatasan ekonomi yang nyata dan minimnya pengetahuan tentang alternatif pangan bergizi murah.</p> <p>Ketidakstabilan ketahanan pangan ini menciptakan pola asupan gizi yang tidak konsisten sehingga menghambat</p>

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
<b>Pola Pengasuhan</b>	Praktik pemberian makan yang tidak tepat	<p>"Saya juga nggak mau terlalu maksi, karena kalau dipaksa malah trauma dan tambah nggak mau makan." (I8)</p> <p>"Pernah juga dirayu, bahkan sampai ditakut-takuti agar mau makan." (I2)</p> <p>"Kalau betul-betul tidak mau makan, saya beri susu UHT seperti anjuran dokter. Biasanya saya bujuk dengan cara menonton HP. Dengan itu dia mau makan." (I5)</p> <p>"Tantangannya adalah kurang kooperatifnya keluarga. Mereka menerima edukasi, namun kesulitan dalam mengaplikasikannya menjadi kebiasaan." (I16)</p> <p>"Faktor paling besar menurut saya adalah asupan makanan dan dukungan dari orang tua. Seberapa rajin dan sabar orang tua, terutama ibu dan ayah, dalam memberikan makanan kepada anak sangat memengaruhi kondisi gizi. Banyak orang tua yang tidak sabaran saat memberikan anak makan dan mengikuti maunya anak" (I18)</p> <p>"Kalau dia sedang mau makan, bisa sampai empat kali sehari. Tapi kalau lagi nggak mood, paling cuma dua kali. Biasanya pagi dan malam saja. Kalau makannya banyak, susunya cuma sekali. Tapi kalau nggak mau makan, bisa lima kali</p>	<p>pertumbuhan optimal dan pemulihan dari malnutrisi.</p> <p>Praktik pemberian makan menunjukkan ketidakkonsistenan dan metode yang kurang efektif. Orang tua berada dalam dilema antara tidak memaksa anak karena takut menimbulkan trauma dengan kebutuhan memastikan asupan adekuat, sehingga menggunakan berbagai strategi tidak optimal seperti rayuan berlebihan, ancaman, screen time sebagai distraksi, atau menyerah mengikuti kemauan anak. Penggunaan gadget sebagai alat bantu feeding menciptakan asosiasi yang tidak sehat dan tidak berkelanjutan. Kesenjangan antara pengetahuan dan praktik mengindikasikan perlunya pendampingan intensif dan berkelanjutan, bukan hanya edukasi satu kali. Kurangnya kesabaran dan konsistensi orang tua, dikombinasikan dengan tidak adanya strategi feeding terstruktur, menghasilkan pola makan tidak teratur yang berkontribusi pada asupan tidak adekuat dan status gizi buruk.</p>

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
		<p>nyusu, Bu." (I8)          "Tantangannya ada yang menolak...          Setelah menjalankan program pemberian PMT pun, tidak dimaintaince dengan baik oleh orang tuanya." (I19)</p>	
	Kurangnya keteraturan pemberian makan	<p>"Kalau dia sedang mau makan, bisa sampai empat kali sehari. Tapi kalau lagi nggak mood, paling cuma dua kali. Biasanya pagi dan malam saja. Kalau makannya banyak, susunya cuma sekali. Tapi kalau nggak mau makan, bisa lima kali nyusu, Bu." (I8)          "Tantangannya ada yang menolak...          Setelah menjalankan program pemberian PMT pun, tidak dimaintaince dengan baik oleh orang tuanya." (I19)</p>	<p>Ketidakteraturan jadwal makan sangat terlihat dengan frekuensi bervariasi 2-4 kali sehari tergantung kondisi anak, bukan berdasarkan kebutuhan fisiologis atau jadwal terstruktur. Kompensasi asupan yang tidak tepat seperti pemberian susu 5 kali saat anak tidak makan menunjukkan kurangnya pemahaman tentang balanced feeding dan dapat menyebabkan anak kenyang dengan cairan sehingga menolak makanan padat.</p> <p>Kegagalan mempertahankan status gizi pascaprogram PMT mengindikasikan bahwa intervensi temporer tidak cukup tanpa perubahan perilaku permanen.</p> <p>Ketidakteraturan ini menciptakan pola makan kacau yang mengganggu ritme biologis anak, tidak membangun kebiasaan makan sehat, dan menyulitkan monitoring asupan harian untuk memastikan kecukupan nutrisi berkelanjutan.</p>
Akses Layanan Kesehatan	Keterlambatan deteksi masalah gizi	<p>"Tahu waktu umur setahun, pas Posyandu. Kader sama nakesnya yang bilang kalau berat badannya kurang." (I1)          "Waktu ke posyandu, Bu. Ketemu sama Mbak Nita, kader</p>	<p>Deteksi malnutrisi terlambat secara signifikan dengan diagnosis baru terjadi pada usia 1-3 tahun melalui Posyandu, padahal masalah gizi kemungkinan sudah dimulai jauh lebih awal.</p>

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
		<p>posyandu. "Ketahuannya sekitar usia 3 tahun." (I7) "Ketahuannya sekitar usia 3 tahun... di Posyandu, waktu nimbang berat badan." (I8) "Saya tahu dari kader posyandu. Waktu saya bawa anak saya ke posyandu, kader memberi tahu bahwa berat badannya kurang." (I9) "Banyak yang masih menganggap penimbangan tidak penting, terutama pada anak usia di atas dua tahun." (I16) "Awalnya kami hanya melihat dari anak-anak yang datang ke posyandu, tapi setelah jemput bola, ternyata kasusnya jauh lebih banyak." (I17)</p>	<p>Keterlambatan ini disebabkan oleh partisipasi Posyandu yang tidak rutin terutama setelah anak berusia 2 tahun karena persepsi bahwa penimbangan tidak penting, sistem yang pasif menunggu kunjungan bukan proaktif mencari kasus, serta kurangnya pemantauan pertumbuhan di rumah oleh orang tua. Strategi jemput bola mengungkap fenomena gunung es bahwa kasus aktual jauh lebih banyak daripada yang terdeteksi.</p> <p>Keterlambatan deteksi ini kritis karena window of opportunity untuk intervensi gizi optimal adalah 1000 hari pertama kehidupan, sehingga intervensi yang terlambat memerlukan upaya lebih besar dengan hasil kurang optimal serta meningkatkan risiko dampak jangka panjang pada kognitif dan fisik anak.</p>
<b>Faktor Sosial Ekonomi</b>	Keterbatasan ekonomi keluarga	<p>"Ya itu, anaknya susah makan. Terus ekonomi juga berpengaruh, jadi nggak bisa kasih yang lebih. Tapi selalu diusahain, minimal ada tahu tempe, telur." (I1) "Iya, dulu sempat ada kendala ekonomi. Suami belum punya pekerjaan tetap." (I2) "Dulu waktu bapaknya masih kerja sebagai nelayan, masih mudah dapat ikan. Sekarang kadang harus beli di warung, harganya mahal. Jadi kalau tidak ada ikan atau daging,</p>	<p>Keterbatasan ekonomi merupakan determinan fundamental yang mendasari sebagian besar masalah gizi. Karakteristik ekonomi keluarga meliputi pekerjaan tidak tetap atau kehilangan pekerjaan akibat PHK, profesi informal seperti nelayan dengan pendapatan fluktuatif, dan status sosial ekonomi menengah ke bawah. Dampak langsung terlihat pada keterbatasan akses pangan bergizi dengan ketergantungan pada</p>

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
		<p>saya ganti dengan telur. Iya, tidak setiap hari. Ayam atau daging kadang-kadang saja." (I3)</p> <p>"Yang paling sulit itu berat badan susah naik. Walaupun sudah makan, tetap saja susah naik. Kalau tidak ada telur, bisa susah makannya." (I4)</p> <p>"Kesulitannya lebih ke kondisi ekonomi. Suami saya baru saja di-PHK dari tempat kerjanya di Si Cepat, tepat sebelum Lebaran. Jadi kondisi keuangan agak terganggu." (I9)</p> <p>"Pertama mungkin dari faktor ekonomi ya... rata-rata dominan menengah ke bawah." (I19)</p>	<p>protein murah seperti tahu, tempe, dan telur, sementara konsumsi protein hewani berkualitas seperti ikan, daging, dan ayam sangat terbatas. Perubahan kondisi ekonomi seperti kehilangan pekerjaan nelayan atau PHK langsung berdampak pada penurunan kualitas pangan. Meskipun orang tua berusaha memberikan minimal protein, keterbatasan ekonomi kronis menciptakan defisit nutrisi kumulatif yang dimanifestasikan dengan berat badan yang sulit naik meskipun anak sudah makan. Oleh karena itu, diperlukan intervensi multilevel berupa bantuan ekonomi langsung, program subsidi pangan bergizi, dan pemberdayaan ekonomi keluarga untuk keberlanjutan jangka panjang.</p>
<b>Respon Emosional Orang Tua</b>		<p>Perasaan marah dan kesal saat anak susah makan</p> <p>"Kendala terbesarnya adalah kesadaran masyarakat. Meski sudah diberikan PMT, kadang warga tidak melanjutkan pola makan sehat di rumah... faktor ekonomi juga jadi hambatan utama." (I22)</p> <p>"Jujur saja, kadang marah, kesal, ya namanya ibu. Tapi tetap saya bujuk dan usahakan dia tetap makan." (I5)</p> <p>"Jujur saja, Bu, kadang emosi. Soalnya lihat anak lain lahap makan, sedangkan anak sendiri susah banget makannya. Sudah diakalin macam-</p>	<p>Respon emosional negatif seperti marah, kesal, dan frustrasi dialami secara universal oleh orang tua dalam menghadapi anak susah makan akibat usaha berulang tanpa hasil memuaskan, yang diperburuk oleh perbandingan sosial dengan anak lain yang lahap makan. Terdapat spektrum respons dari yang masih berusaha meskipun frustrasi hingga yang pasrah total. Mekanisme yang digunakan seperti membujuk dan menjajikan reward berupa jajan atau mainan menunjukkan keterbatasan strategi efektif dan dapat</p>

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
		<p>macam tetap susah." (I8)</p> <p>"Ya, kesel juga, tapi saya sabar. Saya rayu pakai cara halus, janji nanti beli jajan atau mainan asal mau makan dulu." (I3)</p> <p>"Ya jujur saja, kadang kesel juga. Tapi tetap saya usahakan agar dia tetap makan. Saya tidak menyerah." (I4)</p> <p>"Tantangan yang luar biasa adalah... masyarakat yang kurang mau bekerja sama... orang tuanya... pasrah, 'anaknya nggak mau sih Bu, mingkem mulutnya.'" (I36)</p>	<p>menciptakan pola tawar-menawar yang tidak sehat. Beban emosional kronis ini dapat menyebabkan caregiver burnout, inkonsistensi dalam praktik feeding, dan memengaruhi kualitas interaksi orang tua-anak yang penting untuk perkembangan. Sikap pasrah sebagian orang tua mengindikasikan hilangnya self-efficacy dan membutuhkan dukungan psikososial, bukan hanya edukasi teknis, sehingga intervensi perlu mengakomodasi aspek kesehatan mental caregiver untuk efektivitas program gizi jangka panjang.</p>
Perasaan sedih dan khawatir		<p>"Sedih, sih. Tapi ya bertekad, insyaAllah bisa diperbaiki. Saya usahain terus kasih makanan yang bergizi." (I1)</p> <p>"Sedih, tentu saja. Saya langsung diskusi dengan orang tua dan suami. Saya juga berusaha agar berat badan dan tinggi badannya bisa meningkat." (I9)</p> <p>"Saya khawatir juga, Bu. Tapi tetap saya usahakan ada yang masuk, seperti sari buah. Susu juga saya kasih, dia suka yang rasa coklat." (I7)</p> <p>"Sebagai orang tua tentu kami merasa khawatir. Saya dan istri langsung berpikir harus berusaha agar anak bisa kembali sehat." (I27)</p>	<p>Respons emosional sedih dan khawatir menunjukkan perhatian tulus orang tua terhadap kondisi anak, berbeda dari respons marah atau kesal yang lebih reaktif terhadap perilaku feeding. Kesedihan muncul setelah diagnosis gizi kurang dan menunjukkan kesadaran tentang seriusnya masalah, yang secara positif dapat memotivasi tindakan seperti diskusi dengan keluarga, tekad untuk memperbaiki, dan pencarian alternatif berupa sari buah atau susu dengan rasa tertentu. Keterlibatan kedua orang tua dalam kekhawatiran dan pengambilan keputusan bersama merupakan faktor protektif yang penting. Namun, kekhawatiran yang tidak disertai pengetahuan dan keterampilan adekuat</p>

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>	<b>Kutipan</b>	<b>Kesimpulan</b>
<b>Stigma dan Tekanan Sosial</b>	Perasaan rendah diri akibat komentar lingkungan	<p>"Setiap bulan dibilang, 'Kok kecil terus ya?' Itu-itu saja. Jadi kadang saya minder juga. Kadang merasa begitu." (I3)</p> <p>"Yang paling berat sebenarnya komentar dari orang sekitar... dibilang kok belum bisa jalan. Istri saya kadang merasa sedih." (I28)</p> <p>"Ada yang menerima, ada juga yang menolak. Kadang orang tua tidak percaya anaknya kurang gizi." (I14)</p>	dapat menjadi kontraproduktif sehingga menyebabkan stres dan trial-error tanpa arah yang jelas. Stigma sosial dan komentar negatif dari lingkungan menambah beban psikologis signifikan bagi orang tua sehingga menciptakan perasaan rendah diri, minder, dan kesedihan yang dapat memengaruhi kesehatan mental caregiver dan kualitas pengasuhan. Komentar berulang tentang ukuran tubuh atau pencapaian perkembangan seperti belum dapat berjalan bersifat menghakimi dan menyalahkan orang tua, bukan memberikan dukungan. Ironisnya, stigma ini dapat menyebabkan orang tua menolak menerima diagnosis gizi kurang sebagai mekanisme pertahanan psikologis terhadap rasa malu sosial. Fenomena ini mengindikasikan perlunya perubahan perspektif masyarakat tentang malnutrisi dari kesalahan orang tua menjadi masalah kesehatan masyarakat yang membutuhkan dukungan komunal.
<b>Peralihan ke MPASI</b>	Pemberian MPASI yang tidak benar	<p>"Sejak usia 8 bulan, mulai terlihat sulit makan. Awalnya waktu ASI masih lancar, tidak terlalu masalah. Tapi saat mulai MP-ASI, dia jadi susah makan. Kalau diberi nasi, dia langsung muntah." (I2)</p> <p>"MPASI pertama saya</p>	Praktik pemberian MPASI yang tidak sesuai standar WHO merupakan akar masalah gizi yang dimulai sejak fase penting peralihan ASI ke makanan padat. Permasalahan meliputi pemberian MPASI terlalu dini pada usia 4 bulan berdasarkan mitos bahwa ASI tidak cukup dan pisang dapat

**Tabel 7.** Tematik Wawancara (Lanjutan)

Tema	Subtema	Kutipan	Kesimpulan
		"kasih bubur beras putih sama gula merah. Kata mama saya, biar anak doyan makan. Sayuran atau buah belum saya kasih karena takut muncrat." (I8)	membuat gemuk, komposisi MPASI yang tidak tepat seperti bubur beras dengan gula merah tanpa protein dan mikronutrien yang mencerminkan kurangnya pengetahuan tentang kebutuhan gizi komprehensif, penundaan pengenalan sayur dan buah karena ketakutan tidak berdasar seperti takut anak muncrat, serta pengaruh kuat dari generasi tua yang meneruskan praktik salah berbasis budaya bukan bukti ilmiah. Kesalahan pada fase MPASI ini menciptakan fondasi buruk untuk pola makan selanjutnya sehingga menyebabkan penurunan status gizi meskipun status gizi lahir baik. Oleh karena itu, diperlukan edukasi pre dan postnatal yang intensif, melibatkan keluarga besar, dan follow-up ketat selama periode transisi ASI-MPASI untuk mencegah penurunan status gizi sejak dini.
		"Waktu usia 4 bulan, saya udah kasih pisang yang dikerok. Soalnya neneknya bilang supaya anak cepet gemuk. ASI doang katanya nggak cukup. Kalau lagi rewel saja." (I10)	
		"Modalnya bagus... berat badan lahirnya bagus... tapi kemudian ketika anak ini melewati fase ASIX dan MPASI, nah di situ... turun." (I36)	

#### 4.14 Kerangka Konsep Baru

Berdasarkan temuan penelitian kualitatif ini, diperoleh kerangka konsep baru yang memperkaya pemahaman tentang determinan kejadian wasting pada balita. Kerangka konsep ini dikembangkan melalui analisis mendalam terhadap pengalaman ibu dan keluarga balita wasting di Kota Bandar Lampung, yang mengungkap dimensi-dimensi baru yang selama ini belum banyak dieksplorasi dalam literatur gizi masyarakat.

Pada tingkat penyebab langsung, *wasting* tetap disebabkan oleh asupan gizi yang tidak memadai dan penyakit infeksi. Namun, penelitian ini

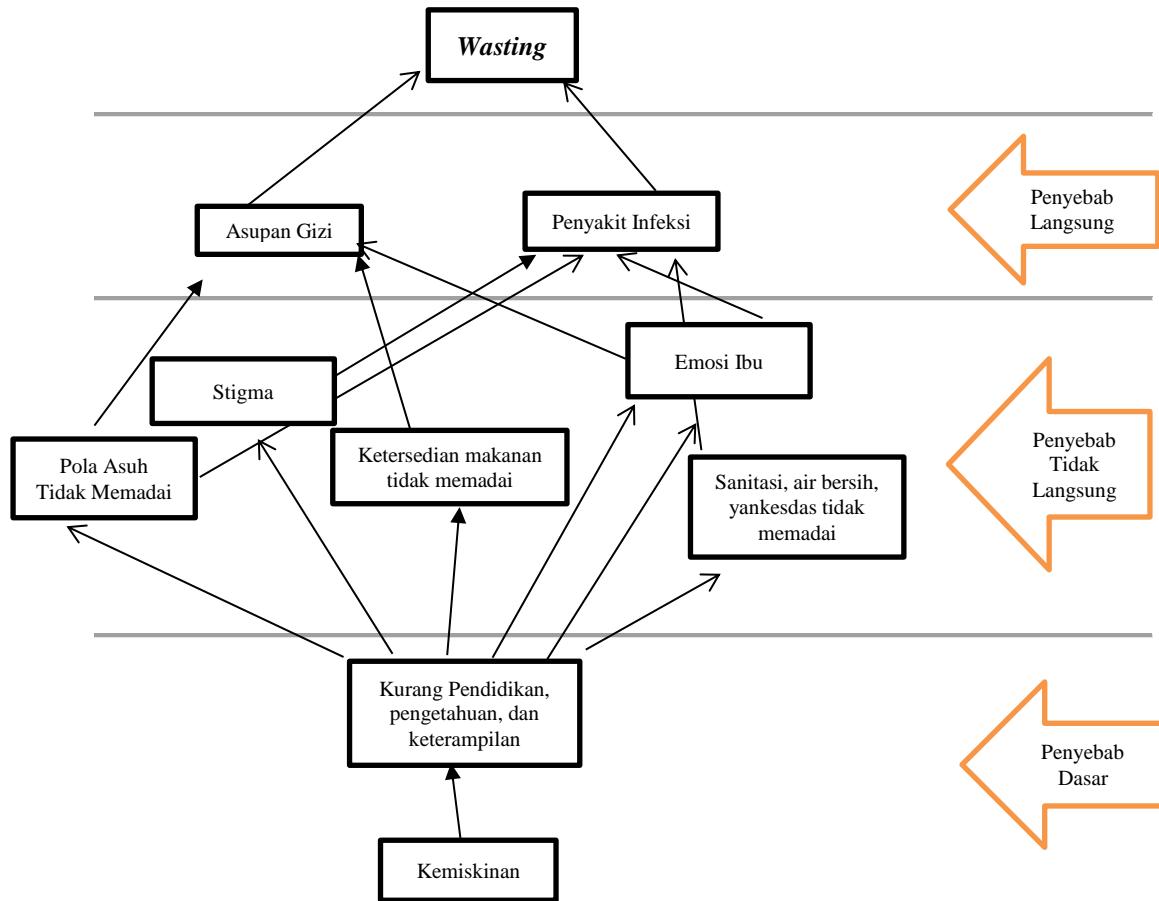
mengidentifikasi bahwa kedua faktor langsung tersebut tidak berdiri sendiri, melainkan dipengaruhi oleh serangkaian faktor tidak langsung yang lebih kompleks dari yang selama ini dipahami.

Pada tingkat penyebab tidak langsung, selain faktor-faktor konvensional seperti pola asuh tidak memadai, ketersediaan makanan tidak memadai, serta kondisi sanitasi, air bersih, dan layanan kesehatan yang tidak memadai, kerangka konsep baru ini menempatkan stigma dan emosi ibu sebagai faktor tambahan yang memiliki jalur pengaruh tersendiri. Stigma yang dialami ibu, baik dari lingkungan sosial maupun layanan kesehatan, terbukti mempengaruhi pola asuh dan ketersediaan makanan melalui mekanisme penghindaran sosial dan penurunan kepercayaan diri dalam pengasuhan. Sementara itu, emosi ibu yang negatif (stres, cemas, merasa bersalah) memengaruhi kualitas interaksi ibu-anak dan praktik pemberian makan, yang pada gilirannya berdampak pada asupan gizi anak.

Pada tingkat penyebab dasar, kemiskinan tetap menjadi akar masalah utama, namun kerangka konsep baru ini menekankan bahwa kemiskinan tidak hanya berdampak pada keterbatasan akses pangan dan layanan kesehatan, tetapi juga memperburuk kondisi psikososial ibu melalui tekanan ekonomi yang meningkatkan stres dan menguatkan stigma sosial.

Kerangka konsep baru ini memberikan implikasi penting bagi pengembangan intervensi wasting yang lebih holistik dan efektif. Intervensi tidak hanya perlu menargetkan perbaikan asupan gizi dan pengendalian infeksi, tetapi juga harus mempertimbangkan aspek psikososial ibu, termasuk pengurangan stigma dan dukungan kesehatan mental, sebagai komponen integral dalam program pencegahan dan penanganan wasting.

Adapun kerangka konsep yang baru adalah sebagai berikut :



**Gambar 3.** Kerangka Konsep Baru

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Kesimpulan**

Penelitian ini menunjukkan bahwa kejadian *wasting* pada balita di Kota Bandar Lampung merupakan akibat dari interaksi kompleks antara faktor biologis, perilaku, sosial, dan struktural. Penyebab langsung meliputi rendahnya asupan gizi, infeksi berulang, dan gangguan makan sejak dini. Faktor tidak langsung mencakup rendahnya pengetahuan gizi keluarga, keterbatasan ekonomi, peran pengasuh non-ibu yang kurang teredukasi, serta persepsi masyarakat yang keliru tentang status gizi anak.

Secara khusus, penelitian ini menemukan kerangka konseptual baru dalam memahami faktor penyebab *wasting*, yaitu pentingnya mempertimbangkan aspek psikososial ibu sebagai faktor tidak langsung yang selama ini kurang mendapat perhatian. Stigma sosial yang dialami ibu terkait status gizi anaknya dan respons emosi negatif (seperti stres, kecemasan, atau perasaan bersalah) terbukti mempengaruhi praktik pengasuhan dan pemberian makan anak. Temuan ini memperkaya pemahaman tentang determinan *wasting* yang selama ini lebih berfokus pada aspek fisik dan ekonomi, dengan menambahkan dimensi kesehatan mental dan dukungan psikososial ibu sebagai komponen penting yang perlu diintervensi.

Penanganan *wasting* saat ini belum sepenuhnya menyangkut akar masalah. Program seperti PMT dan edukasi gizi telah berjalan, namun masih terbatas dari sisi pendekatan emosional, komunikasi interpersonal, dan keberlanjutan intervensi. Keterlibatan lintas sektor dan keluarga secara menyeluruh menjadi kunci keberhasilan dalam menurunkan angka *wasting* secara berkelanjutan.

## 6.2 Saran

### 6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota

1. Mengembangkan sistem PMT yang tidak hanya fokus pada pemberian makanan jadi, tetapi juga mencakup penyediaan bahan makanan mentah secara berkala (bulanan) kepada keluarga balita *wasting*.
2. Menyelenggarakan program pelatihan memasak makanan bergizi bagi ibu-ibu balita dengan metode demonstrasi langsung dan praktik mandiri.
3. Mengoptimalkan sistem deteksi dini melalui peningkatan kualitas data posyandu dan integrasi dengan sistem informasi kesehatan digital.

### 6.2.2 Bagi Petugas Kesehatan

1. Mengembangkan keterampilan konseling yang lebih personal dan empatik, tidak hanya memberikan informasi umum tetapi mampu melakukan *dietary recall*, mengidentifikasi hambatan spesifik setiap keluarga, dan menyusun rencana intervensi yang realistik sesuai kondisi ekonomi dan sosial budaya keluarga
2. Melakukan kunjungan rumah dengan pendekatan holistik yang tidak hanya fokus pada anak, tetapi juga mengobservasi kondisi rumah, pola asuh, dan dinamika keluarga.
3. Membangun jejaring yang kuat dengan perangkat daerah (RT/RW/Lurah), tokoh masyarakat, dan lembaga sosial keagamaan untuk memperkuat intervensi gizi.

### 6.2.3 Bagi Kader Posyandu

1. Mengikuti pelatihan penyegaran minimal 2 kali setahun tentang deteksi dini malnutrisi, teknik pengukuran antropometri yang akurat, cara mengisi dan menginterpretasi KMS dengan benar, serta keterampilan komunikasi efektif dengan orang tua.
2. Melakukan *sweeping* atau kunjungan rumah aktif untuk menjangkau balita yang tidak datang ke posyandu, terutama pada keluarga dengan riwayat anak *wasting* atau berat badan tidak naik.

3. Menjadi jembatan komunikasi antara petugas kesehatan dan keluarga, membantu menerjemahkan informasi medis ke dalam bahasa yang mudah dipahami masyarakat. Kader perlu berani melakukan advokasi halus kepada keluarga tentang isu-isu sensitif seperti dampak rokok, pentingnya pembagian peran dalam pengasuhan, dan prioritas belanja keluarga.

#### **6.2.4 Bagi Keluarga dan Masyarakat**

1. Keluarga, terutama ayah, perlu menyadari bahwa masalah gizi anak adalah tanggung jawab bersama, bukan hanya beban ibu.
2. Mengubah pola pikir dan perilaku dalam pengelolaan keuangan keluarga dengan memprioritaskan pembelian bahan makanan bergizi dibandingkan pengeluaran yang kurang esensial (rokok, jajanan tidak sehat, dan lainnya).
3. Mengoptimalkan penggunaan bahan pangan lokal bergizi dengan variasi menu yang disesuaikan dengan kondisi anak.
4. Menerapkan *responsive feeding* yaitu memberi makan sesuai sinyal lapar dan kenyang anak, dengan sabar dan tanpa paksaan, namun tetap konsisten dengan jadwal dan jenis makanan bergizi.
5. Menerapkan kebijakan rumah bebas asap rokok secara konsisten, dengan menetapkan bahwa anggota keluarga yang merokok harus melakukannya di luar rumah dan jauh dari jangkauan anak.

# **DAFTAR PUSTAKA**

## DAFTAR PUSTAKA

- Aboagye, RG., Seidu, AA., Ahinkorah, BO., Arthur-Holmes, F., Cadri, A., Dadzie, LK., Hagan, JE., Eyawo, O., & Yaya, S. (2021). Dietary diversity and undernutrition in children aged 6–23 months in sub-saharan africa. *Nutrients*, 13(10), 1–22. <https://doi.org/10.3390/nu13103431>
- Abu, M., & Toyon, S. (2021). Research in Business & Social Science Explanatory sequential design of mixed methods research: Phases and challenges. *10*(5), 253–260.
- Akombi, BJ., Agho, KE., Hall, JJ., Wali, N., Renzaho, AMN., & Merom, D. (2017). Stunting, wasting and underweight in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph14080863>
- Ali, MS., Kassahun, CW., Wubneh, CA., Mekonen, EG., & Workneh, BS. (2022). Applied nutritional investigation Determinants of undernutrition among private and public primary school children: A comparative cross-sectional study toward nutritional transition in northwest Ethiopia. *Nutrition*, 96, 111575. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111575>
- Anwar, C., & Rosdiana, E. (2023). Health Counseling About Nutrition, Growth and Development in Children at PAUD Harsya Ceria Jeulingke Banda Aceh. *Jurnal Pengabdian Masyarakat (Kesehatan)*, 5(1), 69–78.
- Ararsa, GG., Getachew, MT., Diddana, TZ., & Alemayehu, FR. (2023). Prevalence of undernutrition and associated factors among children aged 6–23 months: A cross-sectional analysis from South-East Ethiopia. *Journal of Nutritional Science*, 12. <https://doi.org/10.1017/jns.2023.109>
- Asebe, HA., Asmare, ZA., Mare, KU., Kase, BF., Tebeje, TM., Asgedom, YS., Shibeshi, AH., Lombebo, AA., Sabo, KG., Fente, BM., Bezie, MM., & Seifu, BL. (2024). The level of wasting and associated factors among children aged 6–59 months in sub-Saharan African countries: multilevel ordinal logistic regression analysis. *Frontiers in Nutrition*, 11(June), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1336864>
- BAPPEDA, L. (2024). Evaluasi RKPD Triwulan 2 2024. *Tunas Agraria*, 3(3). <https://doi.org/10.31292/jta.v3i3.129>
- Berge, JM., Miller, J., Veblen-Mortenson, S., Kunin-Batson, A., Sherwood, NE., & French, SA. (2020). A Bidirectional Analysis of Feeding Practices and Eating Behaviors in Parent/Child Dyads from Low-Income and Minority Households. *Journal of Pediatrics*, 221, 93-98.e20. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.02.001>
- Bonita, E., Suryana, E., Hamdani, MI., & Harto, K. (2022). The Golden Age : Perkembangan Anak Usia Dini dan Implikasinya Terhadap Pendidikan Islam. *Tarbawiyah : Jurnal Ilmiah Pendidikan*, 6(2), 218. <https://doi.org/10.32332/tarbawiyah.v6i2.5537>
- Bourke, CD., Berkley, JA., & Prendergast, AJ. (2016). Immune Dysfunction as a Cause and Consequence of Malnutrition. *Trends in Immunology*, 37(6), 386–398. <https://doi.org/10.1016/j.it.2016.04.003>
- Braun, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. 3, 77–101.

- Braun, V. (2024). *Perspective A critical review of the reporting of reflexive thematic analysis in Health Promotion International*.
- Calder, PC., & Jackson, AA. (2000). Undernutrition, infection and immune function. *Nutrition Research Reviews*, 13(1), 3–29. <https://doi.org/10.1079/095442200108728981>
- Caulfield, LE., de Onis, M., Blössner, M., & Black, RE. (2004). Undernutrition as an underlying cause of child deaths associated with diarrhea, pneumonia, malaria, and measles. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80(1), 193–198. <https://doi.org/10.1093/ajcn/80.1.193>
- Chai, HH., Gao, SS., Chen, KJ., Duangthip, D., Chin, E., & Lo, M. (2021). *A Concise Review on Qualitative Research in Dentistry*.
- Chiong, TXB., Tan, MLN., Lim, TSH., Quak, SH., & Aw, MM. (2024). Selective Feeding—An Under-Recognised Contributor to Picky Eating. *Nutrients*, 16(21), 1–10. <https://doi.org/10.3390/nu16213608>
- Chiu-Wen, Y., Yuan-Ting, C., Yi-Chien, C., Wie-Chih, C., Yi-Chen, H. (2021). Economically Disadvantaged Households. *Nutrients*, 13(10), 1–12.
- Chowdhury, S., & Chakraborty, P. (2017). Universal health coverage - There is more to it than meets the eye. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 169–170. <https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc>
- Chowdhury, TR., Chakrabarty, S., Rakib, M., Afrin, S., Saltmarsh, S., & Winn, S. (2020). Factors associated with stunting and wasting in children under 2 years in Bangladesh. *Heliyon*, 6(9), e04849. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04849>
- Coovadia, H., Jewkes, R., Barron, P., Sanders, D., & McIntyre, D. (2009). The health and health system of South Africa: historical roots of current public health challenges. *The Lancet*, 374(9692), 817–834. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60951-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60951-X)
- Costa, J., Santos, O., Virgolino, A., Em, M., Stefanovska-petkovska, M., Silva, H., Navarro-costa, P., & Barbosa, M. (2021). *Maternal Mental Health in the WORKplace ( MAMH @ WORK ): A Protocol for Promoting Perinatal Maternal Mental Health and Wellbeing*.
- Dassie, GA., Chala Fantaye, T., Charkos, TG., Sento Erba, M., & Balcha Tolosa, F. (2024). Factors influencing concurrent wasting, stunting, and underweight among children under five who suffered from severe acute malnutrition in low- and middle-income countries: a systematic review. *Frontiers in Nutrition*, 11(December), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1452963>
- De Onis, M., & Blössner, M. (1997). WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition. *Programme of Nutrition World Health Organization Geneva*.
- Ekholuenetale, M., Okonji, OC., Nzoputam, CI., & Barrow, A. (2022). Inequalities in the prevalence of stunting, anemia and exclusive breastfeeding among African children. *BMC Pediatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03395-y>
- Ekholuenetale, M., Tudeme, G., Onikan, A., & Ekholuenetale, CE. (2020). Socioeconomic inequalities in hidden hunger, undernutrition, and overweight among under-five children in 35 sub-Saharan Africa countries. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 95(1). <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0034-5>

- Elmighrabi, NF., Fleming, CAK., & Agho, KE. (2023). Wasting and Underweight in Northern African Children : *Nutrients*, 15(3207), 2014–2018.
- Erika, E., Sari, Y., & Hajrah, WO. (2020). Kejadian Wasting pada Balita Usia 6-59 Bulan. *Jurnal Bidan Cerdas*, 2(3), 154–162. <https://doi.org/10.33860/jbc.v2i3.110>
- Fitriani, F., Farisni, TN., Yarmaliza, Y., Zakiyuddin, Z., Reynaldi, F., Safrizal, S., Junaidi, H., Syahputri, VN., & Indriasari, R. (2022). Factors Affecting Early Feeding Using Complementary Foods Breast Milk on Infants Under 6 Months of Age in Nagan Raya Regency Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(G), 478–482. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2022.8710>
- Fitzpatrick, S., & Whitfield, KC. (2025). Maternal postpartum depression and responsive feeding in the first 2 years: A review. *Infant Behavior and Development*, 80, 102073. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2025.102073>
- Galler, JR., Bringas-Vega, ML., Tang, Q., Rabinowitz, AG., Musa, KI., Chai, WJ., Omar, H., Abdul Rahman, MR., Abd Hamid, AI., Abdullah, JM., & Valdés-Sosa, PA. (2021). Neurodevelopmental effects of childhood malnutrition: A neuroimaging perspective. *NeuroImage*, 231(October 2020), 117828. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2021.117828>
- Getachew, B., Berhane, Y., Dessie, Y., Yallew, WW., Berhane, HY., & Kim, SS. (2025). Association between wasting and inadequate breastfeeding practices among infants under six months in SNNPR and Somali regions of Ethiopia: A multilevel cross-sectional study. *PLoS ONE*, 20(2 February), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318323>
- Ghimire, U., Aryal, BK., Gupta, AK., & Sapkota, S. (2020). Severe acute malnutrition and its associated factors among children under-five years: A facility-based cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02154-1>
- Girma, B., Bimer, K., Kassaw, C., Mengistu, N., Zewdie, A., & Sewalem, J. (2024). *Common mental disorders and associated factors among mothers of children attending severe acute malnutrition treatment in Gedio Zone , Southern Ethiopia , 2022 : a cross- sectional study*. 1–9.
- Grey, K., Gonzales, GB., Abera, M., Lelijveld, N., Thompson, D., Berhane, M., Abdissa, A., Girma, T., & Kerac, M. (2021). Severe malnutrition or famine exposure in childhood and cardiometabolic non-communicable disease later in life: A systematic review. *BMJ Global Health*, 6(3). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003161>
- Gusmelia M. (2018). Faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian wasting pada balita usia 1-5 tahun di indonesia. 19(6), 92.
- Hailegebriel, T. (2020). Prevalence and Determinants of Stunting and Thinness/Wasting Among Schoolchildren of Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Food and Nutrition Bulletin*, 41(4), 474–493. <https://doi.org/10.1177/0379572120968978>
- Hall, J., Walton, M., Van Ogtrop, F., Guest, D., Black, K., & Beardsley, J. (2020). Factors influencing undernutrition among children under 5 years from cocoa-growing communities in Bougainville. *BMJ Global Health*, 5(8), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002478>

- Haycraft, E., Witcomb, GL., & Farrow, C. (2020). The Child Feeding Guide: A digital health intervention for reducing controlling child feeding practices and maternal anxiety over time. *Nutrition Bulletin*, 45(4), 474–482. <https://doi.org/10.1111/nbu.12445>
- Health, NM., Sharma, A., Sharma, Y., Thapa, A., & Kar, N. (2025). *Mental health of mothers with malnourished children in Nepal: a prospective observational study* *Mental Health of Mothers with Malnourished Children in Nepal: A Prospective Observational Study*.
- Helena, R., Reupert, A., McGaw, V., Charles, G., Drost, L., & Foster, K. (2025). *Stigma in relation to families living with parental mental illness* *Stigma in relation to families living with parental mental illness: An integrative review*. <https://doi.org/10.1111/inm.12820>
- Hijriati, PR. (2021). Proses Belajar Anak Usia 0 Sampai 12 Tahun Berdasarkan Karakteristik Perkembangannya. *Bunayya: Jurnal Pendidikan Anak*, 7(1), 152. <https://doi.org/10.22373/bunayya.v7i1.9295>
- Id, AA., Id, DM., Wambui, E., & Sidze, EM. (2025). Association between maternal mental health and early childhood development, nutrition, and common childhood illnesses in Khwiser. 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317762>
- Islam, M., Ali, S., Majeed, H., Ali, R., Ahmed, I., Soofi, S., & Bhutta, ZA. (2025). Drivers of stunting and wasting across serial cross-sectional household surveys of children under 2 years of age in Pakistan: potential contribution of ecological factors. *American Journal of Clinical Nutrition*, January. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2025.01.003>
- Jeyakumar, A., Babar, P., Menon, P., Nair, R., Jungari, S., Tamboli, A., Dhamdhare, D., Hendre, K., Lokare, T., Dhiman, A., & Gaikwad, A. (2022). Is Infant and Young Child-feeding (IYCF) a potential double-duty strategy to prevent the double burden of malnutrition among children at the critical age? Evidence of association from urban slums in Pune, Maharashtra, India. *PLoS ONE*, 17(12 December), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278152>
- JGMI. (2022). *Jurnal Gizi Masyarakat Indonesia*. 74–164.
- JME. (2023). Levels and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: Key Findings of the 2023 Edition. *UNICEF, World Health Organization and World Bank Group*, 24(2), 32.
- Kajamaa, A. (2020). *How to ... assess the quality of qualitative research*. 596–599. <https://doi.org/10.1111/tct.13242>
- Kallas, K., Marr, K., Moirangthem, S., Heude, B., Koehl, M., Waerden, J. Van Der, & Downes, N. (2023). *Maternal Mental Health Care Matters: The Impact of Prenatal Depressive and Anxious Symptoms on Child Emotional and Behavioural Trajectories in the French EDEN Cohort*.
- Kanniappan, V., Muthuperumal, P., Venkataraman, P., Murugesan, A., Chinnasami, B., Muthiah, M., Sethuraman, S., Abishek, JR., Suresh, S., Nambirajan, MK., Angeline Grace, G., Veeragoudhaman, TS., & Deivasigamani, K. (2025). A protocol to study the effect of targeted parental education intervention to identify early childhood development disorder – multisite intervention study. *Archives of Public Health*, 83(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01495-y>

- Kapantow, NH., Kairupan, R., & Sanggelorang, Y. (2022). Association of infectious disease history with wasting among Indonesian toddler in coastal areas. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 9(12), 4363. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20223193>
- Karlsson, O., Kim, R., Guerrero, S., Hasman, A., & Subramanian, SV. (2022). Child wasting before and after age two years: A cross-sectional study of 94 countries. *EClinicalMedicine*, 46, 101353. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101353>
- Kassaw, A., Kefale, D., Baye, FD., Agimas, MC., Awoke, G., Zeleke, S., Aytene, TM., Chekole, B., Asferie, WN., Beletew, B., & Azmeraw, M. (2024). Wasting and its associated factors among under-two years children in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20063-1>
- Kemenkes RI. (2023). *survei kesehatan indonesia*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). Buku Saku : Hasil Survei Status Gizi Indonesia (SSGI) 2022. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 1–7.
- Khalid, S., & The, A. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research Sirwan Khalid Ahmed To cite this version : HAL Id : hal-04699461. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, 100051. <https://doi.org/10.1016/j.jglmedi.2024.100051>
- Khanna, D., Yalawar, M., Saibaba, PV., Bhatnagar, S., Ghosh, A., Jog, P., Khadilkar, AV., Kishore, B., Paruchuri, AK., Pote, PD., Mandyam, RD., Shinde, S., Shah, A., & Huynh, DTT. (2021). Oral nutritional supplementation improves growth in children at malnutrition risk and with picky eating behaviors. *Nutrients*, 13(10), 1–15. <https://doi.org/10.3390/nu13103590>
- Kolemen, AB., Akyuz, E., Toprak, A., Deveci, E., & Yesil, G. (2021). Evaluation of the parents ' anxiety levels before and after the diagnosis of their child with a rare genetic disease : the necessity of psychological support. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13023-021-02046-2>
- Kwon, DH., Park, HA., Cho, YG., Kim, KW., & Kim, NH. (2020). Different associations of socioeconomic status on protein intake in the Korean elderly population: A cross-sectional analysis of the Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Nutrients*, 12(1). <https://doi.org/10.3390/nu12010010>
- Lamid, A., & Triwinarto, A. (2020). *Bunga Rampai Wasting Bencana Bagi Sumber Daya Manusia: Tantangan Indonesia Maju Tahun 2045*. [http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3927/1/Bunga\\_Rampai\\_Wasting\\_Bencana.pdf](http://repository.bkpk.kemkes.go.id/3927/1/Bunga_Rampai_Wasting_Bencana.pdf)
- Liebe, RA., Khan, T., Azad, R., Adams, LM., Braun, AC., Davis, HA., & Misyak, SA. (2025). *Experienced poverty stigma is associated with food insecurity , mental health , and resource utilization among Southern US mothers with low income*. 1–10.
- Lim, WM. (2025). *What Is Qualitative Research ? An Overview and Guidelines*. <https://doi.org/10.1177/14413582241264619>
- Luzingu, JK., Stroupe, N., Alaofe, H., Jacobs, E., & Ernst, K. (2022). Risk factors associated with under-five stunting, wasting, and underweight in four

- provinces of the Democratic Republic of Congo: analysis of the ASSP project baseline data. *BMC Public Health*, 22(1), 1–33. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14842-x>
- Mammen, J., Tyo, M., & Seshadri, S. (n.d.). *Perspective Mapping : Tutorial for Collecting Quantifiable Qualitative Interview Data*. 27. <https://doi.org/10.2196/72622>
- Manguiob, RL., Punto, IJC., Cabrera, DM., Calaoagan, AB., & Huliganga, HJN. (2025). Behind Closed Doors : Unspoken Experiences of Mothers Raising Children with Conduct Disorder. 4, 590–596. <https://doi.org/10.70838/pemj.420405>
- Manivannan, MM., Vaz, M., & Swaminathan, S. (2023). Perceptions of healthcare providers and mothers on management and care of severely wasted children: A qualitative study in Karnataka, India. *BMJ Open*, 13(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067592>
- Masuke, R., Msuya, SE., Mahande, JM., Diarz, EJ., Stray-Pedersen, B., Jahanpour, O., & Mgongo, M. (2021). Effect of inappropriate complementary feeding practices on the nutritional status of children aged 6–24 months in urban Moshi, Northern Tanzania: Cohort study. *PLoS ONE*, 16(5 May), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250562>
- Meri Agritubella, S., Uthia, R., Rosy, A., & Kemenkes Riau, P. (2023). An Overview of Wasting and Stunting based on Nutritional Status Assessment for Toddlers. *INCH : Journal of Infant And Child Healthcare*, 2(1), 28–32.
- Moganedzi, SE., & Mudau, TS. (2024). *Stigma and Mental Well-Being among Teenage Mothers in the Rural Areas of Makhado , Limpopo Province*.
- Mohammed, SH., Larijani, B., & Esmaillzadeh, A. (2019). Concurrent anemia and stunting in young children: Prevalence, dietary and non-dietary associated factors. *Nutrition Journal*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12937-019-0436-4>
- Morales, F., Montserrat-de la Paz, S., Leon, MJ., & Rivero-Pino, F. (2024). Effects of Malnutrition on the Immune System and Infection and the Role of Nutritional Strategies Regarding Improvements in Children's Health Status: A Literature Review. *Nutrients*, 16(1), 1–16. <https://doi.org/10.3390/nu16010001>
- Muhammad, K., & Karim, R. (2025). *Child undernutrition is associated with maternal mental health and other sociodemographic factors in low-income settings in Dhaka , Bangladesh*. 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0322507>
- Mulu, N., Mohammed, B., Woldie, H., & Shitu, K. (2022). Determinants of stunting and wasting in street children in Northwest Ethiopia: A community-based study. *Nutrition*, 94. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111532>
- Muse, AI., Osman, MO., & Ibrahim, AM. (2025). Determinants of acute malnutrition among 6 to 59-months children in public health facilities. *Clinical Nutrition Open Science*, 59, 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2024.12.004>
- Mwita, KM. (2022). *Research in Business & Social Science Strengths and weaknesses of qualitative research in social science studies*. 11(6), 618–625.
- Nair, SS., & Prem, SS. (n.d.). *A Framework for Mixed-method*. 45–53.
- Nurfia, YT. (2023). Persepsi Kompetensi Literasi Stunting Wasting Masyarakat

- Desa Besuk Dalam Pola Asuh Hidup Sehat. *SINDA: Comprehensive Journal of Islamic Social Studies*, 3(3), 123–129.
- Odei Obeng-Amoako, GA., Karamagi, CAS., Nangendo, J., Okiring, J., Kiirya, Y., Aryeetey, R., Mupere, E., Myatt, M., Briend, A., Kalyango, JN., & Wamani, H. (2021). Factors associated with concurrent wasting and stunting among children 6–59 months in Karamoja, Uganda. *Maternal and Child Nutrition*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1111/mcn.13074>
- Permenkes. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020. 2507(February), 1–9.
- Punuh, MI., Akili, RH., & Tucunan, A. (2021). The relationship between early initiation of breastfeeding, exclusive breastfeeding with stunting and wasting in toddlers in Bolaang regency of east Mongondow. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 9(1), 71. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20214983>
- Pyo, J., Lee, W., Choi, EY., Jang, SG., & Ock, M. (2023). Qualitative Research in Healthcare : Necessity and Characteristics. 12–20.
- Rahut, DB., Mishra, R., & Bera, S. (2024). Geospatial and environmental determinants of stunting, wasting, and underweight: Empirical evidence from rural South and Southeast Asia. *Nutrition*, 120, 112346. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2023.112346>
- Rauteda, KR., & History, A. (2025). *Quantitative Research in Education : Philosophy , Uses and Limitations*. 2(1), 1–11.
- Ravikumar, D., Spyreli, E., Woodside, J., McKinley, M., & Kelly, C. (2022). Parental perceptions of the food environment and their influence on food decisions among low-income families: a rapid review of qualitative evidence. *BMC Public Health*, 22(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12414-z>
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes* (p. hal 156). [https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan\\_Riskesdas\\_2018\\_Nasional.pdf](https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan_Riskesdas_2018_Nasional.pdf)
- Rogers, A., Obst, S., Teague, SJ., Rossen, L., Spry, EA., Macdonald, JA., Sunderland, M., Olsson, CA., Youssef, G., & Hutchinson, D. (2020). Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(11), 1082–1092. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>
- Rytter, MJH., Kolte, L., Briend, A., Friis, H., & Christensen, VB. (2014). The immune system in children with malnutrition - A systematic review. *PLoS ONE*, 9(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105017>
- Saha, J., Chouhan, P., Malik, NI., Ghosh, T., Das, P., Shahid, M., Ahmed, F., & Tang, K. (2022). Effects of Dietary Diversity on Growth Outcomes of Children Aged 6 to 23 Months in India: Evidence from National Family and Health Survey. *Nutrients*, 15(1), 159. <https://doi.org/10.3390/nu15010159>
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., & Taksande, AB. (2023). *Postpartum Depression and Maternal Care : Exploring the Complex Effects on Mothers and Infants*. 15(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.41381>
- Setyatama, IP., Siswati Siswati, & Masturoh Masturoh. (2023). Edukasi Stimulasi Perkembangan Balita Dengan KPSP (Kuesioner Pra Skrining

- Perkembangan) Di Desa Randusari Kecamatan Pagerbarang Kabupaten Tegal. *Sejahtera: Jurnal Inspirasi Mengabdi Untuk Negeri*, 2(2), 105–113. <https://doi.org/10.58192/sejahtera.v2i2.742>
- Sharma, LR., Bidari, S., Bidari, D., Neupane, S., & Sapkota, R. (2023). *Exploring the Mixed Methods Research Design: Types, Purposes, Strengths, Challenges, and Criticisms*. 9028, 3–12. <https://doi.org/10.36348/gajll.2023.v05i01.002>
- Shibiru, T., & Arulandhu, A. (2025). Magnitude and factors associated with wasting among children on antiretroviral therapy in the East Wollega zone, Western Ethiopia. *BMC Pediatrics*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05690-w>
- Siddiqa, M., Shah, GH., Mayo-Gamble, TL., & Zubair, A. (2023). Determinants of Child Stunting, Wasting, and Underweight: Evidence from 2017 to 2018 Pakistan Demographic and Health Survey. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2023, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2023/2845133>
- Singh, A., & Kapoor, R. (2020). *Is Second Hand Smoke associated with Child's Nutritional Status? A Meta-Analysis*. 1–16. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-99899/v1>
- Soedarsono, AM., & Sumarmi, S. (2021). Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Wasting pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Simomulyo Surabaya. *Media Gizi Kesmas*, 10(2), 237. <https://doi.org/10.20473/mgk.v10i2.2021.237-245>
- Susanto, D., Risnita, & Jailani, M. S. (2023). Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data Dalam Penelitian Ilmiah. *Jurnal QOSIM Jurnal Pendidikan Sosial & Humaniora*, 1(1), 53–61. <https://doi.org/10.61104/jq.v1i1.60>
- Sutanto, AV., & Nurhidayah, LR. (2024). Picky Eating Behavior on the Incident of Stunting in Children Toddlers in Tirtomoyo, Wonogiri. *Placentum: Jurnal Ilmiah Kesehatan Dan Aplikasinya*, 12(1), 32. <https://doi.org/10.20961/placentum.v12i1.83139>
- Thurstans, S., Sessions, N., Dolan, C., Sadler, K., Cichon, B., Isanaka, S., Roberfroid, D., Stobaugh, H., Webb, P., & Khara, T. (2022). The relationship between wasting and stunting in young children: A systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 18(1). <https://doi.org/10.1111/mcn.13246>
- Tickell, KD., Achieng, C., Masheti, M., Anyango, M., Ndirangu, A., Diakhate, M. M., Yoshioka, E., Levin, C., Rubin Means, A., Choo, EM., Ronen, K., Unger, JA., Richardson, BA., Singa, BO., & McGrath, CJ. (2023). Family MUAC supported by a two-way SMS platform for identifying children with wasting: the Mama Aweza randomised controlled trial. *EClinicalMedicine*, 64, 102218. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102218>
- Vijay, J., & Patel, KK. (2024). Malnutrition among under-five children in Nepal: A focus on socioeconomic status and maternal BMI. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 27(September 2023), 101571. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101571>
- Wandji Nguedjo, M., Tchuente, BRT., Ngoumen, DJN., Mouafo, HT., Dibacto, RE. K., Fandio, GCDW., & Tsamo, VN. (2024). The phenotypes of double burden of malnutrition in pairs of mothers and their children aged 0–59 months at a rural district in west region, Cameroon: A cross-sectional study.

- Clinical Epidemiology and Global Health*, 29(July), 0–5.  
<https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101743>
- Wijaya-Erhardt, M. (2019). Nutritional status of Indonesian children in low-income households with fathers that smoke. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 10(2), 64–71.  
<https://doi.org/10.24171/j.phrp.2019.10.2.04>
- Yadav, D. (2022). Criteria for Good Qualitative Research: A Comprehensive Review. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 31(6), 679–689.  
<https://doi.org/10.1007/s40299-021-00619-0>
- Zhang, M., Giloi, N., Shen, Y., Yu, Y., Aza Sherin, MY., & Lim, MC. (2022). Prevalence of malnutrition and associated factors among children aged 6–24 months under poverty alleviation policy in Shanxi province, China: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 81(August), 104317.  
<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104317>