



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGALAMAN KELUARGA MISKIN DALAM PEMENUHAN NUTRISI
PADA BALITA DI LINGKUNGAN PELINDU KELURAHAN
KARANGREJO KECAMATAN SUMBERSARI – JEMBER**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh
Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Komunitas

Oleh:

**Hanny Rasni
0606026912**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.



Depok, Juli 2008

Pembimbing I

Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D

Pembimbing II

Wiwin Wiarsih, S.Kp., M.N.

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis Juli 2008

Hanny Rasni

**Pengalaman Keluarga Miskin Dalam Pemenuhan Nutrisi Pada Balita Di
Lingkungan Pelindu, Kelurahan Karangrejo, Kecamatan Sumpalsari, Jember**

x + 200 hal + 11 lampiran

Abstrak

Kemiskinan merupakan satu faktor terjadinya kekurangan gizi pada balita. Lingkungan Pelindu Kelurahan Karangrejo Kecamatan Sumpalsari-Jember merupakan daerah dengan jumlah keluarga miskin yang banyak tetapi tidak tercatat memiliki balita gizi kurang maka penelitian ini bertujuan mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita, dilakukan dengan desain fenomenologi deskriptif. Populasi adalah keluarga miskin dengan balita di Lingkungan Pelindu. 6 orang ibu yang menjadi pemberi asuhan utama pada anak di keluarga menjadi informan penelitian, yang ditentukan dengan *purposeful sampling* dan langkah-langkah Colaizzi digunakan dalam analisa data. Hasil penelitian menggambarkan: respon keluarga terhadap kemiskinan yang dialami terdiri dari 2 tema yaitu penilaian tingkat ekonomi, dan pengelolaan keuangan keluarga; perilaku keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita terdiri dari 3 tema yaitu pemberian ASI, pemberian susu formula; dan pemberian makan; strategi yang dilakukan dalam pemenuhan nutrisi pada balita terdiri dari 3 tema yaitu cara akses sumber nutrisi keluarga, prinsip pemberian makan, dan pemeliharaan kesehatan; faktor pendukung dan penghambat dalam pemenuhan nutrisi pada balita terdiri dari 2 tema yaitu faktor pendukung dan faktor penghambat; kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan terdiri dari 3 tema yaitu intervensi pelayanan kesehatan yang diterima, kelemahan pelayanan kesehatan, dan kekuatan pelayanan kesehatan; harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan terdiri dari 2 tema yaitu peningkatan pelayanan dan peningkatan sarana-prasarana. Perawat komunitas yang melakukan pelayanan pada masyarakat dan keluarga di Lingkungan Pelindu perlu mempertimbangkan sumber daya yang tersedia, nilai, keyakinan yang dianut oleh keluarga terutama berkaitan dengan budaya, dan meningkatkan pelayanan kesehatan, bagi pengambil kebijakan di pemerintahan Jember perlu memberdayakan keluarga miskin dalam pembangunan kesehatan masyarakat. Usulan penelitian selanjutnya diantaranya membandingkan atau mengetahui hubungan berbagai macam variabel yang muncul sebagai tema-tema dalam penelitian ini.

Kata kunci: pengalaman keluarga miskin, pemenuhan nutrisi, dan balita

Daftar pustaka: 102 (1979-2008)

**POSTGRADUATE PROGRAM NURSING FACULTY
WITH COMMUNITY NURSING SPECIALIZATION
THE UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis July 2008

Hanny Rasni

The Nutrient Fulfillment Experiences of Poor Family for The Children Under Five Year in Pelindu, Karangrejo, Sumpersari – Jember

x+200 pages + 11 appendix

Abstract

Poverty is a factor that causes children under five years old's malnutrition. Pelindu, Kelurahan Karangrejo, Kec. Sumpersari – Jember is an area with a large number of poor family but it has no record of the malnutrition case. So this research aims to find out the meaning of poor family's experience in fulfilling the children nutrient need. This research applies descriptive fenomenologic design. The research population is the poor family that has children under five years old. 6 mothers who give primary education to their children act as reserch informants that are selected by purposive sampling method and the analysis of the data uses Colaizzi method. The result shows that : there are two themes on the family's respon toward the poverty. They are the family valuation on their economic state and their household finance management pattern; the family behaviour in fulfilling nutrient for their children that can be clasify in 3 themes : kolostrom, ASI Matur, formulaic milk, food giving; nutrient supplying method which consist of 3 themes that are the access method of the family to nutrient sources, the principle of food supplying and the family health maintenance; supporting and demotivating factors; the strenght and weakness of health care which consist of 3 themes, that are the accepted health care intervention, the weakness and effectiveness of health care; the family expectation to the health care which consists of 2 themes: the improvement of service and health facility and also the infrastructure improvement. The nurse who works for the community and family in Pelindu has to consider the available resources, the value and belief hold by of those families especially within their cultural background. It is important for the policy makers in Jember to improve the service of health and empower the poor family to improve the public health. This research's suggestion is to compare and determine the correlation of various variables that appears as the themes in this research.

Keyword:

poor family experience, the nutrient fulfillment and the children under five years old.

Bibliography : 102 (1979-2008)

KATA PENGANTAR

Salam Sejahtera,

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kasih untuk rahmat dan berkatNya penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “Pengalaman Keluarga Miskin Dalam Pemenuhan Nutrisi Pada Balita Di Lingkungan Pelindu Kelurahan Karangrejo Kecamatan Sumbersari Jember”. Ucapan terimakasih disertai rasa hormat, penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu penulis selama pendidikan sampai menyelesaikan MA: tesis, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Dewi Irawati, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc, Ph.D, selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sekaligus Koordinator Mata Ajar Tesis dan sebagai pembimbing I yang telah memberikan waktu, tenaga, pikiran, serta perhatian untuk membimbing, mengarahkan, memotivasi penulis selama pendidikan dan penyelesaian hasil tesis ini.
3. Wiwin Wiarsih, S.Kp, M.N, selaku Pembimbing II yang telah mengingatkan, memperhatikan, memotivasi, membimbing, mengarahkan, dan memberi masukan dengan penuh kesabaran selama pendidikan dan penyelesaian hasil tesis ini.
4. Astuti Yuni Nursasi, SKp, M.N sebagai Wali Mahasiswa dan Ko Pembimbing yang dengan penuh perhatian memberikan motivasi, bimbingan, arahan, masukan bagi penulis selama proses pendidikan dan penyelesaian hasil penelitian.

5. Seluruh Dosen Pengajar Program Magister Keperawatan FIK-UI, khususnya Bagian Keilmuan Keperawatan Komunitas.
6. Seluruh Staf Akademik dan *Crew* Perpustakaan yang telah membantu selama proses belajar mengajar di program Magister Keperawatan, khususnya Mba Devi, Pak Udin, dan Pak Slamet.
7. Suami serta anakku tercinta yang telah memberikan dukungan, pengertian, dan kesediaan untuk hilangnya waktu kebersamaan selama menjalani proses pendidikan, serta suami yang memberikan masukan dalam perluasan wacana berpikir kepada penulis.
8. Keluarga besar K. Sihaloho di Cipinang dan Y. Akwan di Banyuwangi yang telah memberikan dukungan moril dan materiil
9. Pimpinan dan seluruh rekan-rekan di Universitas Jember (Unej) dan PSIK-Unej atas pengertian dan dorongan selama penulis melaksanakan tugas belajar.
10. Seluruh Staf Dinas Kesehatan Jember, Pejabat Pemerintah Daerah Jember yang telah memberikan izin dan memberikan data awal untuk penelitian ini.
11. Semua mahasiswa Program Magister Keperawatan Angkatan 2006, khususnya teman-teman di Kekhususan Keperawatan Komunitas yang telah memberikan dukungan serta semangat untuk terus maju
12. Prasetyo Agung yang turut membantu dalam perekaman proses wawancara, pemahaman Bahasa Madura, serta penulisan verbatim dalam hasil penelitian ini.
13. Heri Santoso yang turut membantu mengoreksi terjemahan Bahasa Madura ke Bahasa Indonesia.
14. Ibu Kepala Lingkungan Pelindu, dan Ibu Ketua RW 01 yang telah mengantarkan Peneliti ke setiap calon informan.

15. Mahasiswa PSIK-Unej yang telah membantu dalam penyelenggaraan penyuluhan kesehatan di Lingkungan Pelindu.
16. Seluruh masyarakat Lingkungan Pelindu yang menyambut baik peneliti dalam melakukan penelitian ini, khususnya para informan dan keluarga.
17. Keluarga Ibu In dan Ibu Eva yang bersedia menjadi informan uji coba dalam penelitian ini.
18. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah memberikan andil dalam penyusunan proposal ini

Kiranya Tuhan Yang Maha Kasih memberikan balasan yang lebih besar dari semua kebaikan yang telah diberikan.

Depok, Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul	i
Pernyataan Persetujuan	ii
Lembar Nama Penguji Tesis	iii
Abstrak	iv
Abstract	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	ix
Daftar Lampiran	x
I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan	14
D. Manfaat Penelitian	15
II. TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Masyarakat Miskin Bagian Dari Populasi Rentan	16
B. Keluarga Dengan Balita Gizi Kurang	25
C. Keberdayaan Keluarga Miskin Pada Pemenuhan Nutrisi Balita	45
D. Kontribusi Perawat Komunitas Pada Populasi Miskin	50
E. Studi Fenomenologi	53
III. METODE PENELITIAN	63
A. Desain Penelitian	63
B. Sampel Dari Informan	65
C. Tempat Dan Waktu Penelitian	70
D. Etika Penelitian	72
E. Alat Pengumpulan Data	76
F. Prosedur Pengumpulan Data	79
G. Analisa Data	81
H. Keabsahan Data	82
IV. HASIL PENELITIAN	85
A. Karakteristik Informan	85
B. Tema	88
V. PEMBAHASAN	114
A. Interpretasi Hasil dan Analisa Kesenjangan	114
B. Keterbatasan Penelitian	176
C. Implikasi Penelitian	179
VI. KESIMPULAN DAN SARAN	188
A. Kesimpulan	188
B. Saran	190
DAFTAR PUSTAKA	194
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Tabel Berat dan Tinggi Terhadap Umur Anak Indonesia (Umur 0-5 tahun)
Lampiran 2	Penjelasan Penelitian
Lampiran 3	Contoh Lembar Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian
Lampiran 4	Data Demografi
Lampiran 5	Pedoman Wawancara
Lampiran 6	Verbatim Informan VI (I-6)
Lampiran 7	Karakteristik Responden
Lampiran 8	Kisi-Kisi Tema
Lampiran 9	Surat Ijin Dari Instansi Terkait
Lampiran 10	Jadual Penelitian
Lampiran 11	Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Millenium Developments Goals (MDGs) memperkirakan terdapat 1,2 triliun orang miskin di dunia (Departemen Sosial [Depsos], 2004, <http://kfm.depsos.go.id>, diperoleh 11 April 2008), sedangkan Bank Dunia pada tahun 2000 memperkirakan terdapat sejumlah 1,5 milyar penduduk sangat miskin di dunia. 20 % populasi penduduk termiskin di dunia sekitar dua per tiganya meninggal karena penyakit infeksi, kematian ibu dan anak, serta kekurangan nutrisi (*International Community Nursing* [ICN], 2000, ¶4, <http://www.icn.ch>, diperoleh 24 Maret 2008). Gambaran global mengenai kemiskinan menyimpulkan ada pengaruh kemiskinan terhadap munculnya masalah kesehatan.

Secara umum dikatakan pendapatan atau penghasilan menentukan status ekonomi (Pappas, 1994 dalam Stanhope & Lancaster, 1996). Status ekonomi rendah sebagai suatu gambaran kemiskinan sangat terkait dengan status kesehatan (Link, 1996 dalam Stone, McGuire & Eigsti, 2002). Status ekonomi rendah merupakan salah satu kemungkinan penyebab terjadinya masalah kesehatan dan begitupun sebaliknya, ini terjadi karena kemungkinan adanya ketidakmampuan dalam berperilaku sehat atau

menjangkau pelayanan kesehatan yang membutuhkan biaya (Stone, Mcguire, & Eigsti, 2002).

Kemiskinan pada masyarakat menempatkan mereka pada keadaan rentan, yang memiliki peningkatan risiko atau ancaman untuk terjadinya gangguan kesehatan (Flaskerud & Winslow, 1998 dalam Stanhope & Lancaster, 2004). Kemiskinan ekonomi menempatkan masyarakat pada keadaan yang penuh risiko terjadinya masalah kehidupan, termasuk berbagai masalah kesehatan. Selain dari gambaran global pada abad ini yang telah digambarkan di atas, telah banyak penelitian yang menyatakan status sosioekonomi sebagai salah satu faktor penyebab kesakitan, kematian, dan masalah kesehatan lainnya (Garbarino, 1996; Grimes, 1996; Hartmann, Spalter-Roth & Chu, 1996; LeClere & Smith, 2000 dalam Stone, Mcguire & Eigsti, 2002).

Masalah gizi kurang merupakan salah satu akibat dari kemiskinan, seperti yang dinyatakan oleh MDGs (2007, ¶1, <http://www.iadb.org>, diperoleh 25 Maret 2008) bahwa sebagian besar kelaparan dan malnutrisi kronis diakibatkan dari ketidakmampuan membeli makanan (miskin absolut). Awal abad 21 terdapat lebih dari 800 juta manusia di dunia yang mengalami kelaparan dan malnutrisi kronis. *Asian Development Bank* (2003 dalam *World Health Organization* [WHO], 2003, <http://www.cupro.who.int>, diperoleh 26 Maret 2008) menyatakan negara-negara berkembang di Asia seperti Vietnam, Philipina, China, dan Indonesia memiliki populasi miskin (pendapatan per kapita per hari < dari 1 dolar US) lebih dari 15 %.

Catatan Statistik Indonesia tahun 2006 menyebutkan jumlah penduduk miskin terdapat sebesar 39,05 juta jiwa (17,75%) dari sekitar 220 juta jiwa penduduk Indonesia (Survei sosial dan ekonomi nasional [Susenas], 2006). Angka ini menunjukkan ada peningkatan 3,95 juta (15,97%) dari tahun sebelumnya. Indikator kemiskinan yang digunakan adalah penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan dengan rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah Rp. 152.847,-.

Jumlah tersebut berkembang menjadi tiga kali lipat jika menggunakan indikator kemiskinan internasional menurut MDGs yaitu miskin absolut adalah pendapatan warga di bawah satu dolar AS setiap harinya (*World Health Organization* [WHO], 2003, <http://www.cupro.who.int>, diperoleh 26 Maret 2008), satu dolar AS setara dengan Rp. 10.000,- atau pendapatan di bawah \pm Rp. 300.000,-/ bulan (Badan perencanaan pembangunan nasional (Bappenas), 2005, <http://www.bappenas.go.id>, diperoleh 25 Maret 2008). Data yang ada menyatakan masih banyak penduduk Indonesia berada di bawah garis kemiskinan dengan jumlah yang mengalami peningkatan pada tahun belakangan ini. Garis kemiskinan yang digunakan untuk menghitung jumlah penduduk miskin di Indonesia masih menggunakan standar jauh di bawah indikator internasional, sehingga kemungkinan jumlah penduduk miskin lebih banyak dari yang teridentifikasi oleh Susenas.

Salah satu akibat kemiskinan yang cukup besar di Indonesia adalah berkembangnya masalah gizi kurang pada balita (Atmarita & Fallah, 2004). Susenas tahun 2003 menyatakan di Indonesia terdapat 5.117.409 balita mengalami gizi kurang dan buruk

dari 18.608.762 balita atau 27,5 % (dalam Atmarita & Fallah, 2004). Departemen Kesehatan (Depkes) mencatat pada tahun 2007 ada 4,13 juta balita mengalami gizi kurang dan buruk di Indonesia, dan 775.397 balita diantaranya tergolong risiko gizi buruk (Depkes, 2008, ¶3, <http://www.depkes.go.id>, diperoleh 26 Maret 2008). Jumlah balita gizi kurang dan buruk di Indonesia menunjukkan penurunan, tetapi jumlah tersebut terbilang masih besar, mengingat populasi Indonesia yang cukup besar yaitu sekitar 220 juta jiwa (Susenas, 2006 dalam Berita Resmi Statistik, 2006), dengan demikian masalah gizi kurang dan buruk pada balita masih menjadi masalah utama di Indonesia.

Banyak propinsi di Indonesia menunjukkan prevalensi gizi kurang jauh di atas 10 % atau dapat diartikan memiliki masalah gizi kurang yang sangat serius dan berhubungan erat dengan angka kematian bayi, seperti Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Selatan, Sumatera Barat, Jawa Barat, dan Jawa Timur (Atmarita, 2004). Prevalensi balita gizi kurang di Jawa Timur pada tahun 2002 diperkirakan di atas 25 % yang dapat disimpulkan Jawa Timur mempunyai masalah besar mengenai gizi buruk dan kurang pada balita.

Tahun 2007 diperkirakan ada 5.000 balita menderita gizi kurang di Jatim (dalam Siswono, 2008, ¶1-2, <http://www.gizi.net>, diperoleh 28 Maret 2008). Siswono (2008) menyampaikan pernyataan Gubernur Jatim bahwa dari 38 juta jiwa penduduk Jatim terdapat 7,1 juta jiwa tergolong sangat miskin dan angka ini memunculkan gizi buruk pada balita. Departemen sosial (Depsos) mencatat untuk tahun 2007 terdapat hampir

satu juta keluarga miskin di Jatim dan sebagian besar anak gizi kurang berada pada keluarga miskin (Depsos, 2007, ¶4, <http://kfm.depsos.go.id> diperoleh 26 Maret 2008). Propinsi Jawa Timur terdiri dari tiga puluh delapan kabupaten/ kota, Kabupaten Jember merupakan kabupaten/ kota dengan angka kemiskinan tertinggi untuk tahun 2007, yaitu 239.594 keluarga (Depsos, 2007, ¶4, <http://kfm.depsos.go.id> diperoleh 26 Maret 2008). Angka kemiskinan yang tinggi di Jember pada tahun 2007, juga terdapat pada balita yang mengalami KEP (Kurang Energi Protein). Dinas Kesehatan (Dinkes) Jember mencatat, tahun 2007 terdapat 32.900 balita dengan KEP dari 171.446 orang (19,19%) (Dinkes Jember, 2008). WHO mengelompokkan prevalensi KEP di suatu wilayah ke dalam 4 kelompok yaitu: rendah (di bawah 10%), sedang (10-19%), tinggi (20-29%), sangat tinggi (\pm 30%) (Depkes, 2006), dengan demikian data prevalensi KEP balita tahun 2007 di Jember termasuk dalam kelompok tinggi menurut standar WHO.

Perbandingan data gizi kurang balita di Jember dengan data gizi kurang balita di Jawa Timur menyatakan adanya data mengenai gizi kurang pada balita di Jawa Timur yang tidak jelas. Balita dengan KEP di Jember yang merupakan salah satu kabupaten di Jawa Timur menunjukkan jumlah lebih dari 32. 000 anak pada tahun 2007 sedangkan Gubernur Jawa Timur menyatakan jumlah balita gizi kurang di propinsi Jawa Timur sebanyak 5.000 anak pada tahun 2007, hal ini menyimpulkan adanya kekurangakuratan data yang dipublikasikan pada masyarakat. Permasalahan ini dapat menggambarkan adanya kemungkinan masih ada balita yang mengalami masalah gizi kurang dan buruk tidak terakses dengan pelayanan kesehatan.

Keadaan gizi kurang pada balita akan berpengaruh pada kondisi balita dan perkembangan selanjutnya (Santrock, 2002; Hernawati dalam Depkes, 2006). “Dua tahun pertama pasca kelahiran merupakan masa emas dimana sel-sel otak sedang mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Gagal tumbuh yang terjadi akibat kurang gizi pada masa-masa emas ini akan berakibat buruk pada kehidupan berikutnya yang sulit diperbaiki“(Hadi, 2005,hlm 5). Banyaknya balita yang mengalami gizi buruk dan kurang akibat dari kemiskinan memerlukan penanganan segera dan penanganan yang dapat menyelesaikan masalah.

Beberapa penanganan yang dapat dilakukan sebagai upaya menyelesaikan masalah kemiskinan dan gizi kurang dan buruk adalah: memberikan kesempatan pada orang miskin untuk mengakses pangan murah, memperoleh pelayanan gizi dan kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat miskin (Husni, 2005, ¶5, <http://www.depsos.go.id>, diperoleh 26 April 2007; Stanhope & Lancaster, 1996). Semenjak krisis ekonomi tahun 1997 pemerintah telah melakukan program untuk menyelesaikan masalah gizi kurang dan buruk pada balita di masyarakat, yaitu program makanan tambahan (PMT) untuk balita dengan KEP. Pemberian makanan tambahan secara langsung selama 90 hari pada keluarga yang memiliki balita KEP menyebabkan keluarga cenderung menerima dan tidak kreatif untuk menyelesaikan masalah kekurangan gizi yang ada (Sirajuddin, 2007, <http://www.gizi.net>, diperoleh 26 Maret 2008).

Persoalan gizi kurang dan buruk pada balita belum dapat terselesaikan, permasalahan belum terselesaikan diperkirakan karena kurang memberdayakan masyarakat dan

kurang memanfaatkan sumber daya masyarakat (Soekirman, 2007, <http://www.gizi.net>, diperoleh 26 Maret 2008). Penanganan masalah gizi kurang dan buruk pada balita memerlukan suatu program yang bukan saja pemberian makanan tambahan secara langsung tetapi juga diperlukan penanganan yang menekankan pada peningkatan kemandirian dan kemampuan masyarakat dalam menyelesaikan masalah dengan menggunakan sumber daya dan potensi yang dimiliki. Keterlibatan semua pihak untuk bekerjasama secara komprehensif sangat dibutuhkan sehingga dapat menyelesaikan masalah gizi kurang dan buruk pada balita, terutama keterlibatan tenaga kesehatan yang bekerja di komunitas (Soekirman, 2008, <http://io.ppi-jepang.org>, diperoleh 26 Maret 2008).

Kepedulian perawat komunitas sebagai salah satu tenaga kesehatan profesional sangat dibutuhkan, untuk turut berkontribusi dalam menyelesaikan masalah kemiskinan berhubungan dengan masalah kesehatan (WHO, 2007, www.wpro.who.int, diperoleh 28 Maret 2008). Beberapa peran dapat dilakukan oleh perawat komunitas, seperti menyediakan program pelayanan yang dapat diakses oleh keluarga/ masyarakat miskin dalam memenuhi kebutuhan, membangun jaringan kerjasama dalam pemberian pelayanan, melakukan advokasi untuk perubahan aturan dan kebijakan yang berpihak pada kelompok miskin, melakukan dan meningkatkan penelitian untuk pengembangan pengetahuan terkait dampak negatif dari kemiskinan pada kesehatan, serta melakukan pemberdayaan masyarakat (Roberts, 2007, ¶6, <http://findarticles.com>, diperoleh 24 Maret 2008; Stanhope & Lancaster, 2004; Allender & Spradley, 2005; ICN, 2007, ¶8, <http://www.icn.ch>, diperoleh 24 Maret 2008).

Peran yang penting dilakukan oleh Perawat komunitas adalah melakukan pemberdayaan masyarakat miskin dengan membantu mereka memiliki keterampilan yang dibutuhkan agar dapat hidup sehat dan menjadi pengguna jasa asuhan kesehatan yang efektif (Stanhope & Lancaster, 1996). Peran perawat komunitas pada populasi miskin ditekankan pada peningkatan kemandirian masyarakat dalam mencapai kesehatan yang optimal dengan terus melakukan pengembangan potensi masyarakat.

Begitu pula peran perawat komunitas dalam berkontribusi menyelesaikan masalah gizi kurang pada balita yang ada pada masyarakat miskin terkait dengan kesehatan. Salah satu peran perawat komunitas adalah melakukan pemberdayaan masyarakat miskin agar memiliki kemampuan dan keterampilan dalam penyelesaian masalah gizi kurang di keluarga, seperti meningkatkan pengetahuan dan kemampuan positif keluarga miskin mengelola asupan nutrisi secara efektif dalam memenuhi kebutuhan gizi anak (Allender & Spradley, 2001). Intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas adalah peningkatan kemandirian dan kemampuan keluarga serta masyarakat untuk menangani masalah gizi kurang dan buruk pada balita serta meningkatkan kesehatan anak. Perawat komunitas melibatkan keluarga dan masyarakat untuk mendefinisikan masalah dan menjadikan mereka sebagai mitra untuk menyelesaikan masalah gizi kurang (ICN, 2007, ¶8, <http://www.icn.ch>, diperoleh 24 Maret 2008).

“Penyelesaian masalah dapat dilakukan dengan penelusuran kultur masyarakat sebagai potensi dalam menyelesaikan masalah gizi kurang dan buruk pada balita,

dikarenakan masalah tersebut ada pada masyarakat, maka gunakan potensi kultur masyarakat untuk mengatasi sendiri masalahnya” (Sirajuddin, 2007, ¶9, <http://www.gizi.net>, diperoleh 26 Maret 2008). Perawat komunitas diperlukan dalam berperan menangani masalah gizi kurang pada keluarga miskin dengan mengembangkan potensi keluarga termasuk peningkatan perilaku pemberian asupan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan.

Kabupaten Jember yang memiliki prevalensi KEP balita yang tinggi dan jumlah keluarga miskin yang cukup banyak di Jawa Timur juga membutuhkan keterlibatan perawat komunitas dalam menjalankan peran untuk membantu menyelesaikan masalah gizi kurang dan buruk pada balita. Pengamatan pada keadaan masyarakat miskin di Jember memperlihatkan kemiskinan tidak selalu diikuti dengan masalah gizi kurang dan buruk pada balita.

Salah satu kecamatan yang ada di Jember yaitu Kecamatan Summersari merupakan kecamatan bukan daerah rawan gizi dan pangan, menurut catatan tahun 2003-2006 (Dinkes Jember, 2006 dalam Lutfiah, 2007) tetapi memiliki jumlah keluarga miskin cukup banyak. Tahun 2007 terdapat 689 balita dengan KEP (13,70 %), indikator yang digunakan di Jember untuk menyatakan suatu kecamatan sebagai daerah rawan gizi adalah $KEP \geq 15 \%$ (Dinkes Jember, 2008). Keluarga miskin di Kecamatan Summersari pada tahun 2007 terdapat sejumlah 10.711 dari 38.794 keluarga ($> 20 \%$) (BPS Jember, 2008).

Beberapa kecamatan di Kabupaten Jember memiliki persentase jumlah keluarga miskin lebih kecil tetapi untuk prevalensi gizi kurang dan buruk lebih tinggi seperti, Kecamatan Balung yang sebagian besar penduduknya berada pada kategori keluarga sejahtera III tetapi prevalensi gizi kurang balita tahun 2007 adalah 29,59% dari 2.862 balita. Kecamatan Ambulu yang sebagian besar penduduknya berada pada kategori keluarga sejahtera II dan III juga menunjukkan prevalensi gizi kurang yang lebih tinggi dari Kecamatan Sumbersari, yaitu 22,93 % dari 2.827 balita (Dinkes Jember, 2008; BPS Jember, 2008).

Salah satu bagian dari Kecamatan Sumbersari yang memiliki cukup banyak keluarga miskin tetapi sedikit jumlah balita dengan gizi kurang dan buruk adalah Kelurahan Karangrejo. Tahun 2007 terdapat 4.705 keluarga miskin dari 4.714 keluarga sedangkan untuk KEP balita tercatat 9 dari 1.217 balita (Kelurahan Karangrejo, 2008). Kelurahan Karangrejo terdiri dari enam dusun (kampung) / lingkungan. Berdasarkan catatan petugas Puskesmas Sumbersari Desember 2007 terdapat suatu lingkungan yang tidak ada balita gizi kurang dan buruk walau sebagian besar penduduk termasuk dalam keluarga miskin, yaitu Lingkungan Pelindu. Lingkungan Pelindu ditinggali oleh 1.447 orang dengan 364 Kepala Keluarga (KK), 114 dari 175 balita berada di keluarga miskin (Kelurahan Karangrejo, 2008).

Data mengenai gambaran keluarga miskin dan prevalensi gizi kurang di Indonesia belum menggambarkan keadaan yang sebenarnya, seperti yang dinyatakan oleh Atmarita dan Fallah (2004). Data jumlah balita gizi kurang di Jawa Timur juga

diperkirakan kurang menggambarkan keadaan yang sebenarnya, seperti yang telah diuraikan di atas, kemungkinan di Kabupaten Jember dapat terjadi juga hal demikian. Perkiraan tersebut memerlukan pembuktian, tetapi data yang ada menunjukkan Lingkungan Pelindu memiliki keluarga miskin cukup banyak tetapi tidak terdapat masalah KEP pada balita.

Fenomena yang ditemukan di Lingkungan Pelindu – Jember belum diketahui, petugas kesehatan dan kelurahan setempat menyatakan belum mengetahui penyebab dari tidak terdapat masalah gizi kurang pada keluarga miskin di Lingkungan Pelindu. Begitupula pada wilayah lain di Jember, belum ada hasil penelitian yang dapat menjelaskan mengenai penyebab fenomena keluarga miskin memiliki balita dengan status gizi baik. Hasil penelitian tahun 2007 di salah satu wilayah di Jember, di Desa Darsono Kecamatan Arjasa menyatakan banyak balita gizi baik yang berasal dari keluarga miskin, namun penyebab adanya gizi baik pada balita di keluarga miskin tersebut tidak diketahui secara pasti (Sulistiowati, 2007). Hasil penelitian di Desa Yosorati Kecamatan Sumberbaru tahun 2006 menyatakan belum mengetahui penyebab terjadinya status gizi baik pada balita di keluarga miskin (Sulistiyani, 2006).

Beberapa penelitian mengenai fenomena gizi baik pada balita dalam keluarga miskin pernah dilakukan di beberapa daerah Indonesia dan di manca negara. Penelitian tersebut menggambarkan adanya perilaku ibu pada anak status gizi baik yang menunjang kesehatan anak. Contoh, Ibu memberikan ASI eksklusif pada anak, memberikan frekuensi makan lebih sering, memelihara kebersihan diri anak,

memberikan jajanan bergizi, memiliki kiat untuk mengatasi masalah malas makan, memberikan makanan tambahan yang kaya vitamin dan protein (*Positive Deviance*, 2003, ¶18, <http://www.positivedeviance.org>, diperoleh 26 Maret 2008; Sirajuddin, 2007, ¶16, <http://www.gizi.net>, diperoleh 26 Maret 2008; Sternin, Sternin, & Marsh, 1998). Informasi penelitian tersebut yang telah memotivasi peneliti untuk melakukan penelitian. Informasi dari penelitian diharapkan dapat menjadi masukan bagi petugas kesehatan, khususnya perawat komunitas di Jember dalam menyusun program penanganan masalah gizi kurang dan buruk pada balita dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat dan pengembangan potensi yang dimiliki masyarakat.

Intervensi pemberdayaan masyarakat dan keluarga miskin dalam menyelesaikan masalah gizi kurang dan buruk pada balita di satu wilayah dapat dilakukan setelah teridentifikasi gambaran penyebab dari fenomena keluarga miskin dengan anak yang tidak memiliki masalah gizi kurang (Sternin, Sternin, & Marsh, 1998). Penelitian yang mencari tahu mengenai gambaran pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita di wilayah yang tercatat bukan wilayah rawan gizi menjadi penting dilakukan.

Gambaran didapatkan dengan penelitian yang menekankan eksplorasi subyektif dari keluarga miskin terutama ibu sebagai pengasuh anak dalam mempersepsikan pengalaman asuhan yang telah dilakukan. Penelitian untuk mengetahui pengalaman sosial tidak dapat menggunakan pendekatan kuantitatif. Nilai obyektif tidak dapat digunakan untuk menggambarkan fenomena (Denzin & Lincoln, 1994 dalam

Streubert & Carpenter, 1999), sehingga pilihan yang tepat untuk mengetahui penyebab dari fenomena yang ada di Lingkungan Pelindu adalah menggunakan penelitian kualitatif. Eksplorasi persepsi dan deskripsi pengalaman yang disadari pelaku dinamakan dengan fenomenologi deskriptif (Streubert & Carpenter, 1999), yang penerapannya pada penelitian ini adalah mencari tahu arti dan makna gambaran pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi pada balita di Lingkungan Pelindu.

B. Rumusan Masalah

Kemiskinan dapat mengakibatkan berbagai masalah kesehatan, khususnya masalah gizi kurang pada balita (*World Bank*, 2006 dalam Bappenas, 2006, <http://www.bappenas.go.id>, diperoleh 25 Maret 2008). Namun menurut data kondisi ini tidak terjadi di Lingkungan Pelindu, Kelurahan Karangrejo, Kecamatan Sumbersari – Jember yang sebagian besar penduduknya masuk dalam kategori keluarga miskin.

Fenomena di Lingkungan Pelindu menimbulkan suatu pertanyaan: apa yang menyebabkan keluarga miskin tidak memiliki masalah gizi kurang pada balita. Tindakan yang dilakukan untuk mengetahui jawaban tersebut adalah dengan mencari tahu mengenai beberapa hal, seperti: apa strategi yang telah dilakukan oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak di masa balita, sehingga tidak terjadi gizi buruk dan kurang pada balita mereka. Uraian ini dapat dirumuskan dalam pertanyaan

penelitian, yaitu apa arti dan makna pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita di Lingkungan Pelindu, Kelurahan Karangrejo, Kecamatan Sumber Sari – Jember.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita di Lingkungan Pelindu.

2. Tujuan Khusus

Teridentifikasi:

- a. Respon keluarga terhadap kemiskinan yang dialami.
- b. Perilaku keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita.
- c. Strategi yang dilakukan oleh keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita.
- d. Faktor pendukung dan penghambat dalam pemenuhan nutrisi pada balita.
- e. Kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan yang ada terkait dengan pemenuhan nutrisi pada balita.
- f. Harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan terkait pemenuhan nutrisi pada balita .

D. Manfaat Penelitian

Secara umum, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan penambah wawasan bagi perawat komunitas ataupun tenaga kesehatan yang bekerja di masyarakat dalam melakukan intervensi terkait dengan penanganan masalah gizi kurang. Adapun manfaat dari penelitian secara khusus dapat menjadi masukan bagi :

1. Pemerintah setempat termasuk tenaga kesehatan yang berwenang untuk merancang program penanganan gizi kurang pada balita terutama di keluarga miskin, sesuai dengan karakteristik masyarakat. Harapannya, pemerintah dapat melakukan kerjasama dengan masyarakat, khususnya melakukan pemberdayaan masyarakat untuk mampu menyediakan asupan gizi sesuai kebutuhan balita walau dengan keadaan ekonomi yang terbatas
2. Pengembangan ilmu keperawatan dan juga penelitian selanjutnya, seperti melakukan uji coba mengenai pengaruh pemberian perawatan yang terkait dengan pemenuhan nutrisi pada balita di keluarga miskin, sesuai dengan perilaku keluarga yang teridentifikasi dari penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep yang dijelaskan dalam bab ini mengenai masyarakat miskin sebagai bagian dari populasi rentan (*vulnerable*), keluarga dengan balita gizi kurang dengan penjelasan mengenai faktor penyebab gizi kurang dan kebutuhan nutrisi pada balita, keberdayaan keluarga miskin pada pemenuhan nutrisi balita, kontribusi perawat komunitas pada populasi miskin, dan penjelasan studi fenomenologi.

A. Masyarakat Miskin Bagian Dari Populasi Rentan

Kelompok masyarakat miskin seringkali didefinisikan sebagai kumpulan orang atau keluarga yang menurut *income* (pendapatan) atau konsumsi berada pada tingkat rendah (Alender & Spradley, 2001). Kemiskinan merupakan keadaan yang penuh dengan masalah, bukan saja rendah dalam tingkat ekonomi, tetapi juga keadaan tidak mampu menjangkau sumber-sumber pelayanan, keadaan tidak memiliki keterampilan, keadaan rentan, keadaan tidak aman, dan merasa tidak mampu bersuara dan berdaya (WHO, 2003, ¶3, <http://www.cupro.who.int>, diperoleh 26 Maret 2008).

Maxwell (1999 dalam WHO, 2003, hlm.4, ¶4, <http://www.cupro.who.int>, diperoleh 26 Maret 2008), menyatakan kemiskinan adalah:

Suatu keadaan yang sering dihubungkan dengan kurang terpenuhinya kebutuhan, mengalami kesulitan dan kekurangan diberbagai keadaan hidup. Gambaran mengenai kekurangan materi, yaitu: pangan (makanan), sandang (pakaian), papan (perumahan), dan termasuk kurang mendapatkan pelayanan kesehatan, mengalami keterkucilan sosial, memiliki ketergantungan, ketidakmampuan untuk berpartisipasi dalam masyarakat, atau kurang berpenghasilan dan keadaan kekayaan yang kurang memadai.

Inti kemiskinan adalah keadaan tidak terpenuhinya kebutuhan kehidupan terutama pangan, sandang, papan, dan pemeliharaan kesehatan yang disebabkan oleh penghasilan, keterampilan, dan pengetahuan yang kurang. Keadaan tidak terpenuhi kebutuhan kehidupan dapat mengakibatkan munculnya berbagai masalah, terutama masalah kesehatan. Keadaan penuh risiko yang ada pada masyarakat miskin disebut dengan keadaan rentan.

Burger (2008, ¶1, hlm1, <http://www.urmc.rochester.edu>, diperoleh 27 Maret 2008) menuliskan mengenai kemiskinan yang dikutipnya dari beberapa sumber, “orang yang hidup dalam kemiskinan termasuk sebagai populasi rentan, artinya mereka berisiko tinggi, sangat memungkinkan untuk mengalami tindak kekerasan, pengabaian sehingga dapat terjadi gangguan kesehatan” (Daniel, 1998; Malone, 2000; Mirow, 2003; Rogers, 1997). Kemiskinan mengakibatkan populasi tersebut berada pada keadaan rentan untuk terjadi masalah-masalah kesehatan sebagai hasil dari akumulasi faktor risiko dan perbauran faktor risiko yang ada pada populasi miskin (Nichols et al., 1986, dalam Stanhope & Lancaster, 1996).

Masyarakat miskin seringkali berada pada lingkungan yang terpapar faktor penyebab terjadinya penyakit, berperilaku pola hidup yang menyimpang, tidak

mampu mengakses pelayanan kesehatan karena lokasi terpencil atau ketidakmampuan membayar jasa pelayanan kesehatan, sehingga mengakibatkan tingginya angka kesakitan dan kematian pada masyarakat miskin dibandingkan yang lain (WHO, 2003, hlm.13, ¶2, <http://www.cupro.who.int>, diperoleh 26 Maret 2008).

Kerentanan yang ada pada masyarakat miskin memerlukan tindakan yang dapat mencegah terjadi masalah terutama masalah kesehatan. Tindakan dapat dilakukan setelah diketahui secara pasti keadaan mengenai subyek atau penerima tindakan yaitu keadaan masyarakat miskin, sehingga konsep yang menjelaskan kategori masyarakat miskin dapat digunakan untuk menggambarkan kelompok masyarakat miskin.

1. Kategori keluarga miskin

Keluarga miskin di Indonesia dijelaskan dengan kategori tingkat pendapatan keluarga dan kategori pola waktu (Sastraatmadja, 2003, ¶ 4-6, <http://www.pikiran-rakyat.com>, diperoleh 26 April 2007).

a. Kategori tingkat pendapatan dibagi menjadi miskin absolut dan miskin relatif.

- 1) Miskin absolut adalah ketika tingkat pendapatan lebih rendah dari garis kemiskinan atau jumlah pendapatan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup minimum pada garis kemiskinan.
- 2) Miskin relatif adalah keadaan perbandingan antara kelompok pendapatan dalam masyarakat, yaitu antara kelompok yang mungkin tidak miskin karena memiliki tingkat pendapatan yang lebih tinggi daripada garis

kemiskinan dan kelompok masyarakat yang relatif lebih kaya atau dikenal dengan ketimpangan distribusi pendapatan.

- b. Kategori pola waktu dibagi menjadi *persistent poverty*, *cyclical poverty*, dan *seasonal poverty*. *Persistent poverty* adalah kemiskinan terus-menerus atau turun-temurun, pada umumnya pada daerah-daerah kritis sumberdaya alam atau daerah terisolasi, *cyclical poverty* adalah kemiskinan yang mengikuti pola siklus ekonomi secara keseluruhan, dan *seasonal poverty* adalah kemiskinan karena pendapatan yang berubah mengikuti hasil usaha seperti nelayan dan petani tanaman pangan. Selain dari kategori tersebut adapula yang disebut dengan *accidental poverty* yaitu kemiskinan karena terjadi bencana alam atau dampak dari suatu kebijaksanaan tertentu yang menyebabkan menurunnya tingkat kesejahteraan suatu masyarakat.

Masyarakat di Lingkungan Pelindu merupakan masyarakat yang menurut profil Kelurahan Karangrejo (2008) merupakan masyarakat berpenghasilan rendah di bawah UMK Jember. Penghasilan masyarakat di Lingkungan Pelindu bersumber dari pekerjaan sektor pertanian tetapi bukan sebagai pemilik tanah melainkan penggarap sawah-sawah milik masyarakat di wilayah lain. Masyarakat Pelindu dalam hal ini dapat tergolong dalam *seasonal poverty*, dapat pula termasuk dalam kemiskinan relatif, atau juga dapat dikatakan sebagai miskin absolut karena penghasilan ekonomi yang kurang memenuhi kebutuhan hidup minimal.

2. Indikator keluarga miskin

Indikator kemiskinan yang umum digunakan adalah indikator kemiskinan menurut BPS dan BKKBN. BPS menetapkan 14 kriteria keluarga miskin, yaitu: (1) luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang, (2) jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/ bambu/ kayu murahan, (3) jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/ rumbia/ kayu berkualitas rendah/ tembok tanpa diplester, (4) tidak memiliki fasilitas buang air besar/ bersama-sama dengan rumah tangga lain, (5) sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik, (6) sumber air minum berasal dari sumur/ mata air tidak terlindung/ sungai/ air hujan, (7) bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/ arang/ minyak tanah, (8) hanya mengonsumsi daging/ susu/ ayam satu kali dalam seminggu, (9) hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun, (10) hanya sanggup makan sebanyak satu/ dua kali dalam sehari, (11) tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/ poliklinik, (12) sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah: petani dengan luas lahan 0,5 ha; buruh tani; nelayan; buruh bangunan; buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000 per bulan, (13) pendidikan tertinggi kepala rumah tangga: tidak sekolah/ tidak tamat SD/ hanya SD, (14) tidak memiliki tabungan/ barang yang mudah dijual dengan nilai Rp. 500.000,-, seperti: sepeda motor (kredit/ nonkredit), emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya (Husni, 2005, ¶ 12, <http://www.depsos.go.id>, diperoleh 26 April 2007).

Berbeda dengan BPS yang menekankan pada aspek rumah yang ditinggali oleh keluarga, BKKBN menekankan indikator kemiskinan lebih pada keluarga dengan menggunakan istilah keluarga sejahtera. Keluarga miskin adalah keluarga dengan kategori pra-sejahtera (yang tidak tercapai kebutuhan sandang, pangan, dan papan pada kategori keluarga sejahtera I) dan keluarga dengan kategori sejahtera I alasan ekonomi. Keluarga miskin adalah keluarga yang paling sedikit tidak memenuhi 3 dari 6 indikator yang digunakan (tidak termasuk kategori pendidikan dan pelayanan kesehatan) (BKKBN Jember, 2008).

Indikator keluarga sejahtera I oleh BKKBN Jember untuk tahun 2007 adalah: (1) umumnya anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih, (2) anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja/ sekolah dan bepergian, (3) rumah yang ditempati keluarga mempunyai atap, lantai, dan dinding yang baik, (4) bila ada anggota keluarga sakit dibawa ke sarana kesehatan, (5) bila pasangan usia subur ingin ber KB pergi ke sarana kesehatan, (6) semua anak umur 7-15 tahun dalam keluarga bersekolah (BKKBN Jember, 2008). Indikator dari BKKBN Jember digunakan untuk pemilihan keluarga yang mendapatkan bantuan ekonomi dalam pelaksanaan program bantuan langsung tunai (BLT) oleh pemerintah pada keluarga miskin di Jember.

Secara pasti mengenai keberadaan keluarga miskin di Jember belum tergambarkan secara komprehensif. Jumlah keluarga miskin di Jember pada tahun 2007 terdapat sebanyak 329.811 dari 683.620 keluarga (BPS Jember, 2008). Hasil penelitian Wibisono (2006) menyatakan rata-rata pendapatan

penduduk miskin di pedesaan Kabupaten Jember Rp. 268.100,- per bulan sedangkan Upah Minimum Kabupaten Jember Rp. 360.000,- per bulan, maka dapat disimpulkan pendapatan penduduk miskin di desa lebih rendah dari Upah Minimum Kabupaten.

Pengeluaran untuk konsumsi primer per orang dalam sebuah keluarga miskin Rp. 114.670,- per bulan. Pendapatan penduduk miskin Rp. 268.100,- per bulan. Kesimpulan yang didapatkan dari perbandingan pendapatan yang lebih kecil dengan kebutuhan pengeluaran adalah sebagian besar pengeluaran rumah tangga dialokasikan untuk kebutuhan pangan (Wibisono, 2006).

Kebutuhan hidup minimum menurut statistik Jember tahun 2007 adalah Rp. 626.915,- dengan diantaranya kebutuhan untuk makanan Rp.277.575,- per orang selama satu bulan (BPS Jember, 2008). Perbandingan antara pendapatan penduduk miskin dari penelitian Wibisono (2006) dengan kebutuhan hidup untuk makanan menurut statistik Jember menyatakan adanya ketidaktercapaian pemenuhan kebutuhan makanan oleh penduduk miskin. Raharto (2005) juga mencatat pada penelitiannya di wilayah Kelurahan Sempusari, Kabupaten Jember mengenai kecukupan protein dan kecukupan energi masih belum mencapai 75 % atau masih kurang. Salah satu faktor determinan adalah pendapatan keluarga yang kurang.

3. Dampak kemiskinan terhadap kesehatan

Kemiskinan berdampak langsung pada kesehatan dan kesejahteraan. Terjadi hubungan yang dinamis antara status ekonomi rendah dengan risiko kesehatan, seperti perilaku gaya hidup menyimpang, contohnya: merokok, penggunaan obat-obat narkotika, kebersihan kurang, dan kurang mengonsumsi makanan yang dibutuhkan tubuh sehingga mengakibatkan adanya masalah kesehatan dan sebaliknya (Link, 1996 dalam Stone, McGuire & Eigsti, 2002). Tercatat populasi miskin memiliki angka lebih tinggi untuk penyakit kronis, kematian ibu dan bayi, usia harapan hidup yang lebih pendek, memiliki masalah kesehatan kompleks, dan memiliki keterbatasan fisik akibat dari penyakit kronis (Friedman, Bowden, & Jones, 2003).

Masalah kesehatan ini merupakan hasil dari hambatan yang diakibatkan ketidakmampuan menjangkau pelayanan kesehatan, contohnya karena ketidakmampuan membayar pelayanan kesehatan, tidak memiliki asuransi-jaminan, lokasi geografi yang sulit, kesulitan bahasa, penyebaran tenaga kesehatan yang tidak baik, kesulitan dalam transportasi, jam klinik yang tidak memadai, atau sikap dari pelayanan kesehatan yang kurang (Hawkins & Higgins, 1982; Kothoff, 1981 dalam Stanhope & Lancaster, 1996). Kemiskinan mengakibatkan berbagai masalah kesehatan: penyakit infeksi, kecacatan, penyakit metabolisme tubuh, yang dapat mengakibatkan kematian di sepanjang masa kehidupan.

Stanhope dan Lancaster (1996) menuliskan mengenai penelitian di Washington D.C. yang mengidentifikasi bahwa klien dari komunitas pendapatan rendah tiga kali lebih sering dirawat di rumah sakit dari orang di komunitas pendapatan tinggi. Mereka dirawat untuk asma, diabetes, tekanan darah tinggi, dan yang lain, dimana sebenarnya penyakit tersebut dapat dikendalikan dengan asuhan kesehatan rutin (Goldstein, 1994 dalam Stanhope & Lancaster, 1996).

Akibat kemiskinan juga dirasakan oleh kelompok anak. Elders (1994 dalam Stanhope & Lancaster, 1996) menuliskan: “banyak anak di AS menjadi anggota dari 5H (*hungry, homeless, hugless, hopeless, and without health care*)”. Anak dari orang tua tunggal memiliki kemungkinan dua kali lipat untuk miskin dari anak yang memiliki orang tua lengkap (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). Anak yang paling muda usia adalah anak yang paling berisiko. Mereka lebih rentan untuk mengalami kelambatan perkembangan dan terjadi gangguan disebabkan oleh nutrisi yang tidak adekuat atau karena tidak mendapat pelayanan kesehatan (Johnson dkk., 1991; Velsor-Friedrich, 1992 dalam Stanhope & Lancaster, 1996; Stone, McGuire & Eigsti, 2002). Anak-anak dari populasi miskin merupakan populasi terentan dari populasi lainnya.

Beberapa catatan menuliskan bahwa pendapatan rendah, tingkat pendidikan rendah, posisi pekerjaan rendah dihubungkan dengan kesakitan bayi, bayi lahir prematur, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), gangguan kelahiran, dan kematian bayi (Malloy, 1992; Sherman, 1994; Velsor-Friedrich, 1992 dalam Stanhope &

Lancaster, 1996). Kemiskinan juga berhubungan dengan penyakit kronis, injuri, kematian karena trauma, kelambatan perkembangan, kekurangan nutrisi, tidak diimunisasi, anemia gizi besi, penyimpangan tekanan darah. Anak-anak dengan kemiskinan lebih memungkinkan untuk menjadi kelaparan dan menderita kelemahan, iritabilitas, sakit kepala, kedinginan, infeksi telinga, kehilangan berat badan, ketidakmampuan untuk konsentrasi, dan tidak sekolah (Stone, McGuire & Eigsti, 2002; Friedman, Bowden & Jones, 2003). Kemiskinan berdampak besar pada balita, banyak masalah kesehatan yang dapat muncul akibat dari kemiskinan dan ancaman ini terus membayangi anak yang juga dapat berakibat gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada masa berikutnya.

B. Keluarga Dengan Balita Gizi Kurang

Kemiskinan berakibat pada ketidakmampuan atau ketidakberdayaan dalam pemenuhan kebutuhan gizi, karena keterbatasan daya beli makanan untuk mencukupi gizi keluarga. Tidak tersedianya makanan secara adekuat karena kondisi sosial ekonomi, dapat mengakibatkan adanya masalah gizi kurang, khususnya pada balita (bayi dan anak usia di bawah lima tahun) (Atmarita & Fallah, 2004; Soekirman, 2007, ¶4-6, <http://io.ppi-jepang.org>, diperoleh 25 Maret 2008).

1. Faktor penyebab balita gizi kurang

Faktor yang dapat menyebabkan terjadinya gizi kurang pada balita dapat dikelompokkan berdasarkan balita, keluarga, dan lingkungan:

a. Balita

Balita yang sering menderita sakit menjadi penyebab terpenting kedua pada masalah kekurangan gizi, apalagi di negara terbelakang dan yang sedang berkembang seperti Indonesia, dimana kesadaran akan kebersihan / *personal hygiene* yang masih kurang, serta ancaman endemisitas penyakit tertentu, khususnya infeksi kronik seperti angka kejadian tuberculosis (TBC) yang masih sangat tinggi. Kaitan infeksi dan kurang gizi seperti lingkaran setan yang sukar diputuskan, karena keduanya saling terkait dan saling memperberat. Kondisi infeksi kronik akan menyebabkan kurang gizi dan kondisi malnutrisi sendiri akan memberikan dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi (Soekirman, 2007, ¶4-6, <http://io.ppi-jepang.org>, diperoleh 25 Maret 2008).

b. Keluarga

Beberapa faktor yang terdapat pada keluarga adalah: kebiasaan makan karena kepercayaan sehat yang kurang baik, pola asuh yang kurang baik, dan pendidikan yang rendah:

1) Kepercayaan sehat yang kurang baik, seperti:

mitos ataupun kepercayaan/ adat istiadat masyarakat tertentu yang tidak benar dalam pemberian makanan sebelum ASI, yaitu pemberian air kelapa, air tajin, air teh, madu, dan pisang. Makanan yang diberikan pada bayi baru lahir sebelum ASI keluar sangat berbahaya bagi kesehatan bayi dan mengganggu keberhasilan menyusui (Azwar, 2000). Bayi diberikan minum hanya dengan air putih, memberikan makanan padat terlalu dini,

berpantang pada makanan tertentu (misalnya tidak memberikan pada anak makanan dari daging, telur, santan dll) dapat menghilangkan kesempatan anak untuk mendapat asupan lemak, protein maupun kalori yang cukup (Soekirman, 2007, ¶4-6, gizi buruk, <http://io.ppi-jepang.org>, diperoleh 25 Maret 2008; Azwar, 2000).

2) Pola asuh yang kurang baik, seperti:

a) Pemberian ASI yang kurang baik pada anak. Masih banyak ibu yang tidak memberikan kolostrum pada bayinya (ASI yang keluar pada hari-hari pertama, kental dan berwarna kekuning-kuningan mengandung zat kekebalan yang dapat melindungi bayi) (Azwar, 2000). Pemberian ASI terhenti karena ibu kembali bekerja, di daerah kota dan semi perkotaan ada kecendrungan rendahnya frekuensi menyusui dan ASI dihentikan terlalu dini pada ibu-ibu yang bekerja (Soekirman, 2007, ¶4-6, gizi buruk, <http://io.ppi-jepang.org>, diperoleh 25 Maret 2008; Azwar, 2000).

b) Pemberian MP-ASI yang kurang baik (Azwar, 2000): (1) Pemberian MP-ASI yang terlalu dini atau terlambat, pemberian MP-ASI sebelum bayi berumur 4 bulan dapat menurunkan konsumsi ASI dan gangguan pencernaan/diare dan jika pemberian MP-ASI terlambat (bayi sudah lewat usia 6 bulan) dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan anak. (2) MP-ASI yang diberikan tidak cukup, Pemberian MP-ASI pada periode umur 4-24 bulan sering tidak tepat dan tidak cukup baik kualitas maupun kuantitasnya. (3) Pemberian MP-ASI sebelum ASI pada usia 4-6 bulan, periode ini zat-zat yang diperlukan bayi terutama diperoleh dari

ASI dengan memberikan MP-ASI terlebih dahulu berarti kemampuan bayi untuk mengkonsumsi ASI berkurang yang berakibat menurunnya produksi ASI, hal ini dapat berakibat anak menderita kurang gizi. Seharusnya ASI diberikan dahulu baru MP-ASI. Frekuensi pemberian MP-ASI dalam sehari yang kurang akan berakibat kebutuhan gizi anak tidak terpenuhi.

c) Prioritas gizi yang salah pada keluarga, banyak keluarga yang memprioritaskan makanan untuk anggota keluarga yang lebih besar, seperti ayah atau kakak tertua dibandingkan untuk balita terutama yang di bawah umur dua tahun dan bila makan bersama-sama maka anak yang berusia balita akan kalah.

3) Pendidikan yang rendah, terutama pada perempuan yang umumnya berperan di sektor domestik atau menjadi pengasuh dari anggota keluarga. Anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang: tidak mendapat ASI eksklusif sampai dengan 6 bulan, tidak mendapat makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat (jumlah dan kualitas); kurang mengandung energi dan protein, zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B, serta vitamin dan mineral lainnya, dan faktor penyebab tersebut dapat dikarenakan keluarga memiliki tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah (Soekirman, 2007, ¶4-6, gizi buruk, <http://io.ppi-jepang.org>, diperoleh 25 Maret 2008).

- c. Lingkungan: Kesehatan lingkungan dan pelayanan dasar yang kurang, perubahan iklim (sumber daya alam berkurang, pencemaran atau polusi) menjadi satu faktor berubahnya kondisi kesehatan. Pelayanan kesehatan yang kurang menjangkau masyarakat atau kurang handalnya pemberi pelayanan kesehatan sebagai satu faktor kemungkinan penyebab masalah gizi kurang (Atmarita & Fallah, 2004).

Keadaan gizi kurang pada balita dapat mengakibatkan berbagai masalah kesehatan pada bayi dan juga berdampak pada yang lainnya. Keadaan gizi kurang pada balita merupakan keadaan *high risk* yang mengancam terjadi berbagai masalah kesehatan.

2. Kondisi *high risk* balita gizi kurang

Stanhope dan Lancaster (2004) menyatakan beberapa kategori umum adanya risiko kesehatan di masa balita adalah biologi, usia, lingkungan fisik-sosial, dan perilaku.

- a. Risiko yang mungkin dapat terjadi pada balita seperti terinfeksi penyakit, karena memiliki daya imunitas lebih rendah dari anak yang lebih besar dan orang dewasa. Fungsi anatomi-biologi yang belum matur juga berisiko untuk terjadi gangguan kesehatan, seperti saluran pencernaan yang belum sempurna berfungsi dapat mengakibatkan risiko terjadinya gangguan pencernaan karena asupan makanan yang tidak dapat ditoleransi, atau karena belum dapat mengontrol eliminasi perkemihan mengakibatkan adanya risiko tinggi terjadinya iritasi kulit yang berkontak dengan urin.

- b. Masih dalam masa pertumbuhan dan perkembangan bio-psiko-sosio menjadikan balita belum memiliki kemandirian untuk memenuhi kebutuhan yang ada pada dirinya. Balita masih bergantung pada pengasuh yang umumnya dilakukan oleh orang tua anak. Keadaan ini menempatkan balita berada pada keadaan berisiko karena dapat terjadi kesalahpahaman lingkungan dalam memenuhi kebutuhan dan keinginan anak.
- c. Ketidak mampuan dalam mengontrol diri atau belum dapat membedakan lingkungan yang berbahaya menyebabkan adanya potensi terjadinya injuri pada anak, sehingga keadaan ini juga menjadikan anak mempunyai risiko dibandingkan kelompok yang lebih besar.

Stone, Mc Guire, dan Eigsti (2002) menyatakan banyak faktor yang dapat mengakibatkan adanya risiko masalah kesehatan pada masa balita, yaitu risiko yang dibawa dari masa di dalam kandungan dan risiko setelah dilahirkan:

- a. Status kesehatan sebelum dilahirkan: faktor genetik, kesehatan ibu, perilaku kesehatan orang tua, dan kondisi lingkungan yang mempengaruhi tumbuh kembang semasa di dalam kandungan dan juga masa di dalam kandungan yang kurang (prematuur) dapat menjadi penyebab risiko kesehatan bagi bayi dan anak di kemudian hari. Faktor-faktor penyebab terjadinya kematian pada masa bayi banyak dipengaruhi karena gangguan pertumbuhan dan perkembangan di masa kehamilan ibu, yang disebabkan oleh ibu yang merokok, berat badan ibu terlalu rendah, berat badan selama kehamilan yang kurang (Shioro, Bhrman, 1995).

b. Status kesehatan setelah dilahirkan: pada masa neonatal banyak kematian bayi disebabkan oleh berat badan bayi yang terlalu rendah (kurang dari 2500 gram). Tiga penyebab utama terjadinya gangguan kesehatan pada bayi adalah perilaku merokok ibu yang mempunyai bayi, pemberian nutrisi yang tidak adekuat, dan asuhan medis yang kurang, seperti bayi yang tidak diimunisasi (Alexander & Korenbrot, 1995). Kegagalan tumbuh yang terjadi pada balita paling banyak disebabkan karena kemiskinan, pengetahuan nutrisi yang tidak adekuat pada orang tua, keyakinan yang salah, stress keluarga, hambatan pada pemberian makanan, dan pemberian ASI yang tidak efektif (Wong, Eaton, Wilson, dkk, 1999). Depkes (1997) menyatakan pada usia dini khususnya usia di bawah lima tahun (balita) banyak permasalahan yang dihadapi, diantaranya adalah masalah kekurangan gizi. KEP adalah salah satu masalah gizi utama pada balita di Indonesia.

Jika masa balita berada pada keadaan yang berisiko, maka terlebih pada balita yang telah mengalami gizi kurang karena masa balita merupakan masa kritis dalam upaya menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas. “Masa 6 bulan terakhir kehamilan dan dua tahun pertama pasca kelahiran merupakan masa emas dimana sel-sel otak sedang mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal”(Hadi, 2005, hlm 5). Anak yang mengalami gizi kurang berat mempunyai rata-rata IQ 11 *point* lebih rendah dibandingkan anak lainnya menurut *United Nations Children’s Fund* (UNICEF) (1998, dalam Hadi, 2005).

Keadaan risiko pada balita gizi kurang dimulai pada bayi dengan BBLR yang mempunyai risiko lebih tinggi untuk meninggal dalam lima tahun pertama kehidupan (Hadi, 2005). Bayi non BBLR dengan asupan gizi kurang dari kebutuhan serta masa rentan terinfeksi kuman penyakit di awal kehidupan dapat mengakibatkan penurunan status gizi, angka tertinggi yang menunjukkan adanya penurunan status gizi balita lahir non BBLR di Indonesia terdapat pada kelompok umur 18-24 bulan (Hadi, 2001 dalam Hadi, 2005).

Allender dan Spradley (2001) menyatakan kelompok bayi merupakan populasi terentan terutama di negara miskin. Banyak balita yang meninggal karena diare, penyakit infeksi akut saluran pernafasan bawah, demam, tuberculosis (TBC), atau pertusis. Faktor yang signifikan terjadinya penyakit-penyakit tersebut adalah karena gizi kurang. WHO (2003, hlm.20, ¶2, <http://www.cupro.who.int>, diperoleh 26 Maret 2008) menuliskan 60 % kematian anak di negara berkembang disebabkan karena berat badan yang kurang. Khususnya, 50-70 % disebabkan oleh diare, demam, malaria, dan infeksi pernafasan bawah pada anak-anak kurang gizi. Masalah kesehatan lain akibat kurang gizi yang belum terdeteksi tetapi sering ditemui seperti debil, gangguan intelektual dan perilaku, yang dapat pula berakibat pada kegagalan dalam sekolah, penggunaan alkohol dan obat-obat narkotika, perilaku kekerasan, atau bunuh diri (*U.S. Departement of Health and Human Services* (USDHHS), 1998 dalam Allender & Spradley, 2001). Adanya keadaan gizi kurang pada balita mengakibatkan kemungkinan munculnya

berbagai masalah kesehatan dan juga gangguan perkembangan pada tahap selanjutnya.

Linkage Profile (2002 dalam Hadi, 2005) menuliskan bahwa gizi kurang juga berkontribusi pada hilangnya nilai ekonomi. Nilai ekonomi dalam pembiayaan menangani masalah, yaitu gangguan akibat kekurangan iodium (GAKI) sebanyak 4,5 triliun rupiah, KEP sebesar 5,0 triliun rupiah, anemia pada anak sebesar 5,9 triliun rupiah. Apabila prevalensi dan 3 masalah gizi utama di Indonesia konstan sampai dengan 2010 maka diperkirakan bangsa Indonesia akan kehilangan nilai ekonomi mencapai 186,1 triliun rupiah, sebaliknya apabila 3 masalah gizi utama di Indonesia ditanggulangi dengan menggunakan strategi intervensi yang efektif maka intervensi tersebut akan mendatangkan nilai ekonomi 55,8 triliun rupiah. Selain berakibat pada penyakit dan juga kelambatan pengembangan negara, masalah gizi kurang pada balita juga berakibat pada peningkatan biaya yang dialokasikan untuk penanganan masalah kesehatan yang ditimbulkan.

Dampak buruk lainnya menurut *World Bank* (2006 dalam Bappenas, 2006, hlm4, ¶4, <http://www.bappenas.go.id>, diperoleh 28 Maret 2008) adalah rendahnya produktifitas kerja, kehilangan kesempatan sekolah, dan kehilangan sumber daya karena biaya kesehatan yang tinggi. Akibat yang ditimbulkan bukan saja masalah penyakit tetapi juga berakibat pada kelambatan pengembangan dan kemajuan satu negara karena sumber daya manusia yang rendah.

Balita yang mengalami gizi kurang dapat teridentifikasi dengan mengetahui batasan dalam penilaian status gizi balita, khusus yang dibicarakan dalam hal ini adalah mengenai gizi makro secara umum. Gizi atau nutrisi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi. Pengertian status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variable tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variable tertentu (Supariasa, Fajar & Bakri, 2001).

3. Status gizi balita

Penilaian status gizi secara langsung dibagi dalam empat penilaian yaitu: antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Penilaian status gizi secara tidak langsung dibagi menjadi tiga, yaitu: survei konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi. Penggunaan yang saat ini umumnya digunakan di masyarakat adalah penggunaan penilaian status gizi secara antropometri. Antropometri adalah ukuran dari tubuh atau lebih rincinya adalah berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Berbagai jenis ukuran tubuh antara lain: berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, dan tebal lemak di bawah kulit dan faktor umur (Supariasa, Fajar & Bakri, 2001). Menurut Puslitbang Gizi Bogor (1980 dalam Supariasa,

Fajar & Bakri, 2001), batasan umur yang digunakan adalah tahun umur penuh dan untuk anak umur 0-2 tahun digunakan bulan usia penuh.

Parameter antropometri merupakan dasar dari penilaian status gizi. Kombinasi antara beberapa parameter disebut dengan indeks antropometri. Dalam menentukan klasifikasi status gizi harus ada ukuran baku yang sering disebut rujukan. Baku Antropometri yang digunakan saat ini di Indonesia adalah *World Health Organization - National Centre for Health Statistics* (WHO-NCHS), dengan pembagian menjadi: gizi lebih, gizi baik, gizi kurang, dan gizi buruk. Klasifikasi status gizi memerlukan batasan-batasan yang disebut dengan ambang batas. Salah satu ambang batas yang digunakan adalah persen terhadap median. Median adalah nilai tengah dari suatu populasi. Antropometri gizi median sama dengan persentil 50, nilai median ini dinyatakan sama dengan 100 %, setelah itu dihitung persentase terhadap nilai median untuk mendapatkan ambang batas.

Kegiatan pemantauan status gizi (PSG) yang selama ini dilakukan merujuk pada acuan internasional WHO-NHCS yang digunakan untuk mengetahui balita yang mengalami kurang energi protein: gizi lebih = > 120 % median BB/U, gizi baik = 80 % - 120 % median BB/U, gizi sedang = 70 % - $79,9$ % median BB/U, gizi kurang = 60 % - $69,9$ % median BB/U, gizi buruk = < 60 % median BB/U, untuk mengetahui standar baku berat dan tinggi badan sesuai umur untuk anak di Indonesia dapat dilihat pada lampiran. Tercapai status gizi baik pada balita dikarenakan adanya kecukupan gizi pada balita. Angka Kecukupan Gizi (AKG)

pada balita di Indonesia dihitung berdasarkan rujukan yang dianjurkan oleh badan Internasional WHO/FAO. Penghitungan AKG lebih ditujukan untuk perencanaan kebutuhan pangan rata-rata setiap hari bagi orang Indonesia yang dapat menjamin terpenuhinya kecukupan gizi. Hasil penghitungan AKG dapat mengarahkan perilaku konsumsi makanan penduduk untuk terwujudnya pola makanan yang menjamin keseimbangan gizi setiap orang (Moehji, 2002).

Tabel 2.1. Angka kecukupan gizi yang dianjurkan rata-rata balita per hari

Gol. Umur	BB Kg.	TB Cm	Energi (Kkal)	Protein Gr	Vit.A RE	Vit. C Mg	Ca Mg	Fe Mg
0-6 bulan	5,5	60	560	12	350	30	600	3
7-12 bulan	8,5	70	800	15	350	35	400	5
1-3 tahun	12	90	1250	23	350	40	500	8
4-6 tahun	18	110	1750	32	360	45	500	9

Sumber: Moehji (2002). Ilmu gizi penanggulangan gizi buruk (hlm.29).

Papas Sinar Sinanti

Pencapaian kecukupan gizi pada balita tergantung pada pemberian asupan makanan atau nutrisi pada balita. Jenis makanan, jumlah makanan, dan frekuensi makan merupakan penentu tercapainya kecukupan gizi pada balita.

4. Makanan balita

Makanan merupakan kebutuhan setiap orang sejak dilahirkan sampai meninggal. Meskipun tidak dalam taraf ahli, tetapi manusia mengetahui makanan diperlukan untuk kesehatan dan melaksanakan kegiatan dalam hidup. Umumnya manusia akan mempertimbangkan susunan makanan dalam upaya memenuhi asupan gizi dan juga pembiayaannya (Sediaoetama, 2004). Sebelum dapat mengkonsumsi makanan padat, pada masa bayi dan anak masih memerlukan jenis makanan yang berbeda dari orang dewasa. Makanan yang ideal harus mengandung cukup bahan bakar (energi) dan semua zat gizi esensial (komponen bahan makanan yang tidak dapat

disintesis oleh tubuh sendiri akan tetapi diperlukan bagi kesehatan dan pertumbuhan dan harus dalam jumlah yang cukup) (Pudjiadi, 2005).

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang ideal untuk bayi terutama pada bulan-bulan pertama, kemudian akan dimulai dengan makanan pendamping ASI sebelum anak akan memulai makanan yang beragam. Moehji (2003) menuliskan mengenai pengaturan makanan anak usia di bawah lima tahun dalam beberapa tahap:

- a. Tahapan semasa ASI merupakan satu-satunya sumber zat gizi bagi anak, yaitu pada waktu mulai lahir sampai mencapai usia 4 bulan.
- b. Tahapan di mana anak sudah memerlukan makanan pendamping selain ASI, karena ASI tidak lagi memenuhi seluruh kebutuhan anak akan berbagai gizi. Tahap ini adalah sewaktu anak mulai memasuki bulan ke lima sampai usia delapan bulan (5-8 bulan).
- c. Tahapan anak mulai dapat menerima makanan biasa dengan ditambah ASI, yaitu anak mulai memasuki usia 9 bulan sampai mencapai usia 2 tahun.
- d. Tahap usia antara 2 tahun sampai 5 tahun, anak telah dapat makan makanan seperti menu orang dewasa.

Hari-hari pertama setelah dilahirkan ASI belum keluar banyak, akan tetapi menyusui bayi merupakan stimulasi bagi kelenjar buah dada untuk memproduksi ASI. ASI pada 5 hari pertama warnanya lebih kuning dan lebih kental, dinamakan kolostrum yang memiliki kandungan gizi sangat baik. Sampai dengan umur lima

bulan bayi tidak perlu mendapatkan makanan tambahan, setelah itu dapat diberikan bubur susu dan kemudian nasi tim. Makanan ibu yang sedang menyusui juga memerlukan tambahan dari biasanya sebagai bahan untuk memproduksi ASI, yaitu 600 cc susu sapi atau formula yang dibuat khusus bagi ibu yang sedang menyusui, ditambah dengan daging, ikan, sayur-mayur, dan buah-buahan. Dengan demikian maka ASI yang diproduksi akan mengandung cukup energi, protein, vitamin, dan mineral yang diperlukan bagi pertumbuhan yang sempurna, tanpa merugikan ibunya (Pudjiadi, 2005).

Tabel 2.2. Jadwal pemberian makanan pada bayi

Umur	Macam makanan	Pemberian selama 24 jam
1-2 minggu	ASI atau Formula adaptasi	Sesuka bayi 6-7 kali 90 ml
3 minggu – 3 bulan	ASI atau Formula adaptasi	Sesuka bayi 6 kali 100-150 ml
3 bulan	ASI atau Formula adaptasi Jus buah	Sesuka bayi 5 kali 180 ml 1-2 kali 50 – 75 ml
4-5 bulan	ASI atau Formula adaptasi Bubur susu Jus buah	Sesuka bayi 4 kali 180 ml 1 kali 40 – 50 gr bubuk 1 kali 50 – 100 ml
6 bulan	ASI atau Formula adaptasi Bubur susu Jus buah	Sesuka bayi 3 kali 180 -200 ml 2 kali 40 -50 gr bubuk 1-2 kali 50 – 100 ml
7-12 bulan	ASI atau Formula lanjutan Bubur susu Nasi tim (<i>Chicken rice</i>) Jus buah	Sesuka bayi 2 kali 200 – 250 ml 2 kali 40 – 50 gr bubuk 1 kali 40 – 50 gr bubuk 1-2 kali 50 – 100ml

Sumber: Pudjiadi (2004). Ilmu gizi klinis pada anak (hlm 19).
Fakultas Kedokteran UI

Pemberian makanan pada anak umur 0-12 bulan menurut Azwar (2000) dapat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut, yaitu:

- a. Makanan bayi umur 0-4 bulan diberikan ASI eksklusif atau hanya ASI.
- b. Makanan bayi umur 4-6 bulan selain ASI juga diberikan makanan lumat halus seperti bubur susu, pisang dan pepaya yang dilumatkan.

- c. Makanan bayi umur 6-9 bulan selain ASI juga diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) 2 x sehari, dengan ditambah sedikit sumber lemak seperti santan atau margarin.
- d. Makanan bayi umur 9-12 bulan, mulai diperkenalkan makanan keluarga yaitu dengan permulaan berbentuk nasi tim sebanyak 3 x sehari dengan 1 kali selingan seperti kacang ijo, atau buah.

Setelah anak berumur 1 tahun menunya harus bervariasi untuk mencegah kebosanan dan memenuhi cakupan gizi yang dibutuhkan. Makanan yang dapat diberikan susu, serelia (seperti bubur beras, roti), daging, sup, sayuran, dan buah-buahan. Makanan padat yang diberikan tidak perlu dihaluskan lagi melainkan dalam bentuk kasar supaya anak belajar mengunyah dengan giginya (Pudjadi, 2005). Selain itu bentuk, tampilan dari makanan juga mempengaruhi minat anak untuk mempunyai selera makan, sehingga dibutuhkan keterampilan dalam mengolah dan menyajikan makanan bagi anak. Azwar (2000) menyatakan makanan anak umur 12-24 bulan selain pemberian ASI yang terus berlanjut juga diberikan MP-ASI 3 x sehari dengan porsi setengah orang dewasa dan juga selingan kudapan 2 x sehari.

Tabel 2.3. Anjuran makanan satu hari pada balita (1-5 tahun) menurut Depkes RI

Usia (tahun)	Berat badan (KG)	Nasi 200 gram/padanan	Lauk		Sayur 100 gr	Buah 100 gr pepaya/padanan	Susu 200 cc
			50 gr tempe/padanan	100 gr ikan/padanan			
1-3	12	1 ½ x	2 x	2 x	1 x	1 x	1 x
3-5	18	2 ½ x	2 x	2 ½ x	1 x	2 x	1 x

Sumber: Depkes RI (1997). Pedoman Penanggulangan KEP dan Petunjuk Pelaksanaan PMT pada balita (hlm lampiran 10). Depkes RI

Keterangan:

- Anjuran makanan ini berlaku untuk anak sehat
- 200 gr nasi berasal dari 100 gr beras. Lauk, sayur, dan buah diukur dalam keadaan mentah
- susu dapat dipergunakan susu segar (susu sapi, kerbau, atau kambing) atau susu bubuk yang dicairkan. Untuk memperoleh 200 cc susu cair diperlukan 25 gr (3sdm) susu bubuk penuh atau 200 gr (2 ½ sdm) susu bubuk skim.
- Untuk golongan umur 1-3 tahun tambahkan 2 sdm gula dan 2 sdm minyak, sedangkan untuk golongan umur 3-5 tahun tambahkan 3 sdm gula dan 3 sdm minyak.
- selain bahan makanan yang tercantum dalam tersebut, dapat digunakan bahan makanan lain.

Tabel 2. 4. Jenis makanan harian bagi usia 1- 6 tahun

Teori	Usia	Sarapan Pagi	Kudapan pagi	Makan siang	Kudapan sore	Makan malam	Kudapan sebelum tidur malam
Ball dan Bindler (2003)	1-3 tahun	¼ gelas (60 ml) jus jeruk, ¼ mangkuk sereal dengan ½ gelas susu (120 ml), ¼ pisang.	5 keping biskuit dan ½ gelas (120 ml) susu	2 potong tipis daging (28 gr) dengan ½ tangkup roti, ½ mangkuk wortel/ sayur, 1 gelas (240) ml susu.	1 potong keju, ½ gelas (120 ml) jus buah	¼ piring pasta, ¼ - ½ potong apel, ½ gelas (120 ml) susu	½ gelas yogurt
	3-6 tahun	½ gelas (120 ml) jus jeruk, 1/3 mangkuk sereal dengan ¾ gelas (180 ml) susu, ½ pisang	5 keping biskuit, ½ buah jeruk, ½ gelas (120 ml) susu	3 potong tipis daging (42 gr) dengan ½ tangkup roti, ¼ mangkuk wortel/sayur, ¾ gelas (180 ml) susu.	1 potong keju, ½ gelas (120 ml) jus buah	¼ - ½ piring pasta dengan saus daging, ½ gelas jus apel, ½ gelas susu	½ gelas yogurt
Pudjiadi (2005)	3-6 tahun	Bubur beras/ roti semir mentega, telur/ daging/ ikan, 1 gelas susu	Biskuit/ keju/ kue basah/ es krim	Nasi, daging sapi/ ayam, ikan, telur / tempe, sayur: tomat/ wortel/ bayam, buah: pisang/ jeruk/ pepaya/ apel, 1 gelas susu	Biskuit/ keju/ kue basah/ es krim	Nasi/ roti semir mentega, ikan/ daging sapi/ tahu/ tempe, buah/ puding, 1 gelas susu	-

Sumber: Ball & Bindler (2003). *Pediatric Nursing Caring for Children* (hlm.132). *Rearson Education.Inc*; Pudjiadi (2005). Ilmu gizi klinis pada anak (hlm 42). Fakultas Kedokteran UI

Ada perbedaan pemberian jumlah anjuran asupan nutrisi balita di Indonesia dengan di luar negeri, yaitu Depkes (1997) dan Pudjiadi (2005) mempunyai ketentuan pemberian yang lebih sedikit, terutama menurut Depkes (2007) pada konsumsi susu yang hanya sekitar 200cc dalam sehari. Ball dan Bindler (2003)

mempunyai ketentuan pemberian asupan nutrisi yang lebih banyak, terutama terlihat pada pemberian susu sekitar 600ml dalam sehari dan ditambah dengan 120 ml *yogurt* sebelum tidur malam hari.

Pemberian asupan makanan balita sesuai kebutuhan dapat dilakukan oleh keluarga yang dapat melaksanakan peran keluarga dengan baik. Orang tua mempunyai andil besar dalam pemberian asupan makanan atau nutrisi pada balita.

4. Peran keluarga pada balita

Keluarga adalah kumpulan orang-orang yang bergabung bersama diikat oleh perkawinan, darah, atau adopsi dan lainnya yang berada dalam rumah yang sama (*US Bureau of The Cencus* dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003). Whall (1986 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) mendefinisikan keluarga adalah dua, tiga atau lebih orang yang bergabung bersama oleh ikatan saling berbagi dan kedekatan emosional antar anggotanya, serta dimana anggota keluarga mengidentifikasi diri sebagai bagian dari keluarga. BKKBN Kabupaten Jember menggunakan definisi keluarga adalah kumpulan orang yang tinggal bersama pada satu tempat tinggal yang disatukan dengan ikatan perkawinan dan/ darah dan/ adopsi pada dua generasi (keluarga inti) (BKKBN Jember, 2008).

Beberapa definisi di atas memiliki kelemahan dan kekuatan, dimana untuk dapat mengkuantitaskan keluarga akan mengalami kesulitan jika menggunakan definisi Whall, tetapi gambaran luasnya pengertian keluarga yang tidak hanya terikat

karena darah, perkawinan atau tempat tinggal dengan penekanan pada aspek psikologis sebagai gambaran ikatan emosi yang menyatukan anggota keluarga menjadi suatu keunikan tersendiri. Batasan definisi masyarakat yang terukur dibutuhkan sebagai masukan data yang dapat digunakan dalam mengelola masyarakat di suatu wilayah, sehingga diperlukan satuan yang dapat digunakan untuk menghitung dan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat dapat digunakan sebagai ukuran satuan. Begitu pula perawat keluarga dan komunitas dalam melakukan asuhan, definisi keluarga digunakan sebagai pembatas ketika melakukan proses asuhan keperawatan. Pembatas lain yang dapat digunakan sebagai kerangka kerja dalam melakukan asuhan atau intervensi adalah konsep perkembangan dan tugas perkembangan keluarga. Konsep ini menjelaskan adanya perubahan sistem keluarga sesuai perkembangan keluarga, termasuk perubahan dalam interaksi dan hubungan antara anggota sepanjang waktu (Aldous, 1996 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Tugas perkembangan keluarga meliputi tugas atau peran spesifik yang diharapkan pada setiap tahap dalam pencapaian lima fungsi dasar keluarga: fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi asuhan kesehatan, fungsi reproduksi, dan fungsi ekonomi (Friedman, Bowden & Jones, 2003). Duvall (1977 dalam Friedman, Bowden & Jones, 2003) membagi tahapan keluarga dalam delapan tahapan, yaitu: (1). Pasangan baru, (2) Keluarga dengan anak baru lahir (anak tertua baru lahir – 30 bulan), (3) Keluarga dengan anak usia prasekolah (anak tertua berusia 21/2 – 6 tahun), (4) Keluarga dengan anak usia sekolah (anak tertua berusia 6-13 tahun), (5)

Keluarga dengan remaja (anak tertua berusia 13-20 tahun), (6) Keluarga dengan pelepasan anak dewasa muda (anak tertua mulai melepaskan diri membentuk keluarga), (7) Keluarga usia pertengahan (kesepian dengan adanya kehilangan), (8) Keluarga lanjut usia (mengacu pada adanya anggota keluarga yang berusia lanjut).

Jika menggunakan teori Duvall maka pada keluarga dengan balita termasuk dalam tahap perkembangan keluarga dengan anak baru lahir dan keluarga dengan anak prasekolah, yaitu tahap II dan III. Tugas perkembangan keluarga tahapan keluarga dengan anak baru lahir : (1) Memulai keluarga menjadi keluarga muda sebagai unit yang stabil (integrasikan bayi baru lahir sebagai bagian keluarga). (2) Rekonsiliasi konflik tugas perkembangan dan kebutuhan yang beragam dari anggota keluarga. (3) Membantu kenyamanan hubungan pernikahan. (4) Memperluas hubungan dengan keluarga besar dengan peran orang tua dan kakek-nenek.

Tugas perkembangan keluarga dengan anak usia prasekolah: (1) Pencapaian kebutuhan anggota keluarga untuk rumah yang adekuat, ruangan, privasi, dan keamanan. (2) mensosialisasikan anak-anak. (3) Mengintegrasikan keanggotaan anak baru dengan juga memenuhi kebutuhan anak lainnya. (4) Memelihara kesehatan dihubungkan dengan keluarga (perkawinan dan orang tua-anak), keluarga besar, serta lingkungan. Tugas perkembangan keluarga dengan anak

balita umumnya dilakukan oleh orang tua kepada anak. Peran orang tua merupakan penentu tercapainya tugas perkembangan tersebut.

Nies dan McEwen (2001) menuliskan bahwa peran orang tua pada anak usia balita adalah memelihara kesehatan anak, bahkan ketika masih dalam kandungan peran ini dilakukan. Ibu seharusnya melakukan perilaku sehat termasuk mengkonsumsi nutrisi yang mencukupi dan menghindari rokok, alkohol, obat-obatan, dan perilaku lainnya yang dapat mengganggu dan mencelakai anak serta perkembangannya.

Dimulai dengan memberikan ASI, orang tua harus memberikan makanan yang mencukupi kebutuhan nutrisi dan mengimunitasikan mereka, menerima pelayanan kesehatan, dan melakukan pola hidup sehat. Orang tua menjadi model perilaku hidup sehat yang merupakan hal penting bagi anak-anak mereka. Tugas penting lainnya untuk orang tua adalah meyakini anak-anak mereka memiliki lingkungan sekitar rumah, tetangga, dan sekolah yang aman. Mereka harus menjaga anak-anak terhindar dari injuri, kekerasan, dan kelalaian. Orang tua harus belajar bagaimana melakukan peran pengasuh, pembimbing, dan penjaga anak-anak secara efektif untuk melalui tahap perkembangan anak.

Konsep tugas perkembangan keluarga dan peran orangtua pada anak di masa balita merupakan panduan bagi intervensi perawat komunitas di keluarga dengan balita untuk dapat terwujud gambaran keluarga sehat dan sejahtera. Keberdayaan keluarga miskin dalam menghadapi keterbatasan ekonomi merupakan salah satu

kondisi terlaksananya peran orang tua dan keluarga secara optimal termasuk dalam pemenuhan nutrisi pada balita.

C. Keberdayaan Keluarga Miskin Pada Pemenuhan Nutrisi Balita

Keberdayaan mengandung aspek kekuatan dan kapasitas yang dimiliki individu, kelompok, atau masyarakat dalam memimpin, sebagai sumber yang dikuatkan oleh jaringan kerja untuk berpikir kritis, percaya pada hubungan yang dijalin dan peningkatan partisipasi kelompok (Labonte, 1999 dalam Smith, et al., 2003, hlm 6, ¶5, <http://www.uscg.mil>, diperoleh 26 Maret 2008). *World Bank* (2006 dalam HCN, 2006, hlm.9, ¶1, <http://www.euro.who.int>, diperoleh 26 Maret 2008) mengidentifikasi empat karakteristik keberdayaan masyarakat: (1) masyarakat dapat mengakses informasi terkait pelayanan kesehatan, (2) mereka dapat melakukan pengambilan keputusan secara mandiri, (3) organisasi lokal mempunyai kapasitas dalam menentukan kebutuhan dan struktur pemerintahan dan institusi yang mempunyai akuntabilitas pada masyarakat, (4) tercapainya hak-hak kemanusiaan warga.

Masyarakat yang menjadi berdaya merupakan inti dari program peran kesehatan perawat komunitas dengan tujuan memampukan manusia untuk dapat meningkatkan pengendalian dan pencapaian kesehatan (*NWT Community Health Nursing*, 2003, hlm.8 ¶1, <http://www.hlthss.gov.nt.ca>, diperoleh 28 Maret 2008). Perawat turut berkontribusi dalam populasi miskin untuk memiliki keberdayaan,

mengubah inti dimensi rentan (persepsi ketidakmampuan yang mengakibatkan kehilangan harapan). Klien menjadi berdaya, memiliki otonomi pengambilan keputusan terkait asuhan pelayanan kesehatan dan pencapaian status kesehatan secara mandiri. Perawat komunitas memberdayakan klien dengan membantu mereka memiliki keterampilan untuk hidup sehat dan untuk menjadi konsumen asuhan kesehatan yang efektif. Langkah pertama yang dapat dilakukan oleh perawat adalah bersama dengan klien mengetahui masalah yang terjadi. Chez (1994 dalam Stanhope dan Lancaster, 1996) menyatakan perawat komunitas berperan untuk membantu klien mampu mengambil keputusan secara mandiri dan membantu klien mengenali kekuatan yang dapat digunakan untuk mengubah situasi.

Masalah gizi kurang pada balita akibat kemiskinan juga dapat ditangani dengan langkah awal melakukan identifikasi gambaran sebagian masyarakat miskin yang dapat bertahan atau memiliki mekanisme koping sehingga tidak memiliki masalah nutrisi pada balita, dan kemudian kemampuan adaptasi positif dapat diterapkan pada keluarga yang lain (Sirajuddin, 2007, ¶15-17, <http://www.gizi.net>, diperoleh 26 Maret 2008). Beberapa penelitian yang pernah mencari tahu mengenai gambaran penyebab dari adanya fenomena keluarga miskin dengan balita gizi baik menuliskan perilaku pengasuh dalam memberikan asupan nutrisi merupakan penyebab dari fenomena tersebut.

Penelitian di Kota Makasar, Jeneponto, dan Takalar tahun 2004 mengetahui analisis faktor risiko penyebab terjadinya deviasi positif atau status gizi yang baik pada anak balita di keluarga pendapatan ekonomi rendah (Sirajuddin, 2007, ¶14, <http://www.gizi.net>, diperoleh 26 Maret 2008): (1) Pemberian kolostrum kepada anak. (2) Selisih waktu lahir anak dengan keluarnya ASI lebih singkat. (3) Posisi menyusui bayi dalam keadaan duduk yang rileks. (4) Interaksi ibu dengan anak saat menyusui dalam keadaan santai dan bersahabat. (5) Produksi ASI tidak bermasalah. (6) Jika harus mengganti ASI maka nasi sebagai alternatif utama. (7) Frekuensi pemberian makan sehari lebih banyak. (8) Kesukaan anak terhadap nasi lebih menonjol. (9) Ibu mendapat tablet Fe saat menyusui. (10) Anak tidak memiliki kebiasaan malas makan. (11) Ibu punya kiat untuk mengatasi malas makan. (12) Keluarga melakukan pergaulan dengan tetangga dekat yang lebih harmonis.

Penelitian perawat komunitas pada penduduk desa di Michigan AS mengenai keluarga pendapatan ekonomi rendah dengan perilaku makan yang sehat pada anak *toddler*, mendapatkan gambaran pengalaman pengasuh yang telah dilakukan pada balita adalah (Omar, Coleman, Hoerr, 2001, hlm 96-102, <http://links.jstor.org>, diperoleh 28 Maret 2008):

- a. Pengasuh anak mengalami hambatan waktu dalam menyediakan makanan sehat dengan memasak sendiri, terutama karena adanya waktu yang sama antara bekerja dengan menyiapkan makanan anak. Hambatan tersebut diatasi dengan tetap berupaya untuk memilih makanan siap saji yang memenuhi kandungan

gizi baik bagi anak, seperti kandungan sayur yang banyak. Pengasuh juga mengalami hambatan / keterbatasan keuangan dalam memilih dan menyajikan makanan yang memiliki kandungan gizi yang baik. Pengasuh menyelesaikannya dengan mengupayakan penggunaan seefektif mungkin uang yang ada untuk mendapatkan makanan bergizi.

- b. Orangtua memperhatikan pengaruh makanan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan pada anak, seperti makanan yang dapat menyebabkan alergi pada anak. Orang tua berwaspada terhadap faktor risiko tersebut.
- c. Orangtua bertanggung jawab dalam mempersiapkan makan anak dengan baik, seperti ketika akan memberikan susu formula pada anak maka harus memastikan kebersihan botol yang akan digunakan, dan kemudian memastikan pencampuran susu dengan air, supaya menghasilkan susu yang tidak terlalu pekat atau encer.
- d. Perilaku makan diterapkan pada anak dan menjalin interaksi dengan baik ketika makan, orangtua membentuk pola dan perilaku makan dengan baik, seperti: duduk di meja makan selama makan, makanan dihabiskan, tidak melakukan kegiatan lain ketika makan dan melakukan makan bersama.
- e. Orangtua mempunyai keyakinan mengenai kesehatan yang dapat diakibatkan dari makanan, seperti kurangnya asupan kalsium pada nutrisi yang diberikan akan mempengaruhi terjadi masalah kesehatan pada masa dewasa nantinya. Pengasuh mengekspresikan kepedulian dari adanya dampak makanan yang diasup saat ini dengan kesehatan di masa yang akan datang

- f. Pengasuh melakukan proses belajar secara mandiri terkait pemberian nutrisi dengan mengikuti program pembelajaran untuk mendapatkan informasi yang baik mengenai cara pemberian nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan anak.

Monique dan Sternin (1998) dari *Lembaga Save The Children* menuliskan adanya perbedaan perilaku pada keluarga dengan pendapatan ekonomi rendah yang sama tetapi memiliki status gizi balita yang berbeda, yaitu ibu dari balita gizi baik memberikan tambahan makanan udang dan kepiting dari sungai serta juga daun kentang manis yang kaya vitamin. Penerapan perilaku adopsi dari pengalaman tersebut berdampak pada dua pertiga anak-anak di daerah Vietnam mengalami kenaikan berat badan dan setelah dua tahun 85 % anak tidak lagi mengalami gizi kurang (Dinkes Jatim, 2008, ¶5-8, <http://www.dinkesjatim.go.id>, diperoleh 24 Januari 2008).

Beberapa penyelidikan dan penelitian di atas menguraikan keberdayaan yang dimiliki oleh keluarga miskin yang berbeda dari keluarga miskin yang lain. Kemampuan keluarga dalam menggunakan potensi yang ada dengan optimal dalam mencukupi kebutuhan nutrisi pada balita mengindikasikan bahwa kontribusi perawat komunitas pada populasi miskin merupakan suatu kebutuhan, khususnya untuk menangani masalah gizi kurang pada balita.

D. Kontribusi Perawat Komunitas Pada Populasi Miskin

Bekerja dengan populasi yang mempunyai pendapatan rendah merupakan tantangan dan peluang bagi perawat komunitas. *Managed-care models, neighborhood health clinics, and community-based nursing centers* adalah beberapa cara yang dapat menjadi tantangan dalam memberikan pelayanan yang efektif dan peduli budaya (Craig, 1996; McCreary, 1996; Murphy, 1995 dalam Stone, McGuire & Eigsti, 2002). Perawat komunitas melakukan banyak peran sesuai dengan kebutuhan dari populasinya, beberapa peran yang dilakukan menurut Stone, McGuire dan Eigsti (2002) :

1. Perencana kesehatan: lakukan kerjasama dengan agensi kesehatan komunitas lokal dan juga bangun sistem pendidikan untuk pemberian pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan.
2. Advokat: bertemu dengan personil agensi kesehatan lokal dalam upaya membangun unit kesehatan *mobile* untuk menjangkau populasi miskin yang berisiko di komunitas atau bekerja dengan pemerintah setempat untuk membangun program yang meningkatkan program bantuan kesehatan yang terjangkau
3. Penemu kasus: lakukan pengkajian pada satu komunitas untuk mengidentifikasi kelompok berisiko.
4. Guru: lakukan pembelajaran dan prinsip belajar untuk mendidik suatu kelompok.

5. Perawat klinis: berpusat pada setiap tingkat pencegahan dari ketiga tingkatan (primer, sekunder, tersier), perawat komunitas melakukan berbagai peran terkait dengan domain sebagai perawat.

Roberts (2007, ¶6, <http://www.findarticles.com>, diperoleh 24 Maret 2008) menuliskan mengenai peran perawat pada populasi miskin adalah: menyediakan program yang dapat diakses untuk pelayanan kebutuhan masyarakat miskin, advokasi untuk perubahan kebijakan dan peraturan yang membela penduduk miskin, tingkatkan dan lakukan penelitian yang memperluas pengetahuan mengenai aspek negatif kemiskinan pada kesehatan, pastikan penanganan kemiskinan termasuk dalam kebijakan asuhan kesehatan komunitas yang diperbaharui atau dibuat.

Peran perawat dalam menurunkan kemiskinan merupakan peran vital untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan pada masyarakat miskin, peran yang dilakukan menurut ICN (2007, ¶7, <http://www.icn.ch>, diperoleh 24 Maret 2008) adalah: lakukan pendekatan partisipasi masyarakat, meningkatkan advokasi dan kemitraan, bekerja pada keluarga dan asuhan masyarakat, lobi untuk peningkatan asuhan kesehatan dan pelayanan sosial, inisiasi kebijakan kesehatan dan sosial yang berpihak pada masyarakat miskin, tandai hari internasional mengenai eradikasi kemiskinan sebagai *moment* peringatan, targetkan secara khusus pada kelompok perempuan dan populasi rentan lainnya.

Menurut Stanhope dan Lancaster (1996), peran perawat komunitas pada populasi miskin memiliki peran kritis dalam pemberian asuhan personal. Perawat peduli dengan keberadaan mereka dan membawa mereka untuk mampu mengkaji situasi dan mengintervensi dalam upaya memperbaiki kesehatan, memelihara kesehatan, dan meningkatkan kesehatan. Perawat harus dapat melihat dalam bingkai individual, keluarga, atau komunitas dalam berinteraksi dengan lingkungan. Langkah-langkah yang dilakukan adalah:

1. Ciptakan lingkungan yang terpercaya, karena banyak keluarga miskin tidak lagi percaya dengan pemberi pelayanan kesehatan atau sistem sosial yang ada pada kehidupan mereka.
2. Tunjukkan rasa hormat, menghargai, dan peduli pada mereka, dengan adanya rasa saling menghargai akan terjadi keterbukaan dan kerjasama yang baik dalam menjalankan intervensi.
3. Jangan membuat asumsi, adanya asumsi dapat menghalangi penerimaan mereka dan kemungkinan adanya kesalahan interpretasi yang dapat berakibat pada penolakan.
4. Kenali masyarakatnya, kemungkinan adanya perbedaan cara dan ketidakmampuan dalam melakukan pola yang sesuai dengan kesehatan karena kebiasaan yang dilakukan di keluarga mereka berbeda dengan yang umumnya dilakukan oleh keluarga atau masyarakat yang lain.
5. Koordinasikan satu jaringan kerja pemberi pelayanan, untuk tercapainya tujuan pelayanan yang komprehensif membutuhkan peran-peran lain dari bidang yang lainnya.

6. Advokasikan untuk dapat menjangkau asuhan pelayanan kesehatan, ketidakterjangkauan dan ketidakmampuan dalam pelayanan kesehatan memerlukan bantuan dalam mengupayakan dapat terlayannya keluarga atau populasi miskin.
7. Fokus pada intervensi: lakukan peran sebagai perawat yang memberikan pelayanan kesehatan individu, keluarga, dan komunitas dengan upaya menyelesaikan masalah kesehatan.

Salah satu peran perawat komunitas yang dilakukan pada penelitian ini adalah peran sebagai peneliti pada populasi miskin. Penelitian dibatasi oleh desain penelitian, sebagai kerangka dalam proses mencapai tujuan penelitian. Studi fenomenologi adalah desain yang dapat digunakan untuk mendapatkan gambaran arti dan makna pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita.

E. Studi Fenomenologi

Fenomenologi membawa persepsi bahasa mengenai pengalaman manusia dari seluruh fenomena. Perawat professional bekerja dengan pengalaman hidup seseorang, penelitian menggunakan metoda investigasi pada suatu fenomena menjadi penting untuk perawat. Beck (1994 dalam Streubert & Carpenter, 1999) mencatat “fenomenologi menjadi satu cara baru untuk menginterpretasikan kesadaran alamiah dalam kehidupan”.

1. Definisi fenomenologi

Streubert dan Carpenter (1999) menyatakan fenomenologi adalah ilmu yang bertujuan untuk menggambarkan fenomena, atau tampilan dari sesuatu, sesuai kehidupan. Cohen (1987 dalam Streubert & Carpenter, 1999) menilai mengenai fenomenologi telah digambarkan pertama kali sebagai penelitian fenomena oleh Immanuel Kant pada tahun 1764. Merleau-Ponty (1962 dalam Streubert & Carpenter, 1999) menjelaskan, fenomenologi adalah penelitian mengenai esensi; dan yang terkait, seluruh masalah mengandung muatan untuk mendapatkan definisi dari esensi: contohnya, esensi dari persepsi, atau esensi dari kesadaran. Tetapi fenomenologi juga menjadi satu filosofi yang mengambil esensi kembali pada eksistensi, dan tidak bermaksud mengarahkan pemahaman seseorang dan kehidupan dengan penilaian awal dibandingkan dari kenyataannya. Peneliti fenomenologi mengundang subyektifitas fenomena dalam keyakinan esensi kebenaran mengenai kenyataan ada dalam pengalaman hidup manusia (Polit & Hungler, 1999).

Fokus dari fenomenologi adalah bagaimana orang-orang yang mengalami satu pengalaman hidup menginterpretasikan pengalamannya. Peneliti fenomenologi percaya pengalaman hidup memberikan arti pada setiap persepsi mengenai satu bagian fenomena (Polit & Hungler, 1999). Tujuan fenomenologi adalah untuk menggambarkan secara penuh mengenai pengalaman hidup dan persepsi mengenai pencapaiannya. Empat aspek pengalaman hidup yang diminati oleh peneliti fenomenologi adalah *lived space* or *spatiality*, *lived body* atau

corporeality, *lived time* atau *temporality*, dan *lived human relation* atau *relationality* (van Manen, 1990 dalam Polit & Hungler, 1999).

Peneliti fenomenologi berasumsi mengenai eksistensi manusia penuh dengan arti dan ketertarikan karena kesadaran manusia pada eksistensi. Ungkapan *being-in-the-world* (or *embodiment*) adalah konsep pengetahuan dimana manusia mempunyai kontak fisik dengan kehidupannya; mereka berpikir, melihat, mendengar, merasakan, dan sadar sepanjang interaksinya dengan kehidupan (Polit & Hungler, 1999). Spiegelberg (1975 dalam Streubert & Carpenter, 1999) mendefinisikan fenomenologi sebagai nama untuk pergerakan filosofi dimana obyektif primer secara langsung diinventigasi dan digambarkan mengenai fenomena pengalaman yang disadarinya, tanpa teori mengenai penjelasan penyebabnya dan sebebaskan mungkin nir/ tidak ada prakonsepsi dan preasumsi yang tak teruji. Wagner (1983 dalam Streubert & Carpenter, 1999) menjelaskan, fenomenologi adalah satu cara untuk menilai diri sendiri, menilai yang lain, dan segala sesuatu yang berkontak-berhubungan dengan kita di dalam kehidupan-dunia. Fenomenologi adalah satu sistem interpretasi yang membantu kita menerima dan memahami diri kita sendiri, hubungan kita dan segala sesuatu dalam pengalaman kita dalam berbagai cara, termasuk untuk menggambarkan satu metoda dengan baik sebagai satu filosofi atau cara berpikir.

2. Karakteristik dasar metode fenomenologi

Tujuan fenomenologi adalah mencapai esensi pengalaman hidup dari fenomena dalam pencarian untuk keutuhan makna dimana mengidentifikasi esensi fenomena, dan gambaran akurat yang didapat melalui pengalaman hidup sehari-hari (Rose, Beeby, & Parker, 1995, dalam Steubert & Carpenter, 1999). Investigasi fenomenologi diidentifikasi dalam 6 (enam) langkah atau elemen inti.

a. Fenomenologi deskriptif

Fenomenologi deskriptif dibangun oleh Husserl pada tahun 1962 (Polit & Beck, 2006). Fenomena ini melingkupi eksplorasi langsung, analisa, dan gambaran dari bagian fenomena, bebas dari kemungkinan preasumsi yang tak teruji, mendekati kehadiran intuisi maksimal. Fenomenologi deskriptif menstimulasi persepsi kita dari pengalaman hidup. Spiegelberg mengidentifikasi tiga langkah proses untuk fenomenologi deskriptif:

- 1) Melakukan intuisi adalah langkah awal dimana peneliti menjadi total terlibat dalam fenomena dibawah investigasi dan peneliti mulai mengenal mengenai gambaran fenomena yang diberikan oleh partisipan. Peneliti menghindari kritik, evaluasi, opini, dan memberikan imbalan pada partisipan untuk perhatian yang diberikan dalam memberikan gambaran fenomena yang ada. Langkah intuisi fenomena dalam studi kualitatif melibatkan peneliti sebagai instrumen dalam proses wawancara. Peneliti menjadi alat untuk pengumpul data dan mendengarkan gambaran individu mengenai kualitas kehidupan melalui proses *interview*. Peneliti setelah mempelajari data sebagai transkrip

akan kembali mengulang gambaran partisipan mengenai makna kualitas hidup yang digambarkan.

- 2) Melakukan analisis dengan melibatkan identifikasi esensi fenomena dibawah investigasi yang didasari dari data dan bagaimana data ditampilkan.
- 3) Melakukan gambaran setelah analisa yang dilakukan, adalah upaya mengkomunikasikan dan membawanya dalam bentuk tulisan dan gambaran verbal. Gambaran didasari oleh satu klasifikasi atau pengelompokan fenomena.

b. Fenomena esensi

Fenomena esensi melibatkan dugaan sepanjang pencarian data untuk gambaran umum atau esensi dan membangun pola dari hubungan yang dibagikan oleh bagian fenomena. Variasi imajinasi bebas, digunakan untuk mendapatkan esensi hubungan antara esensi, melingkupi contoh nyata yang diberikan oleh tampilan partisipan dan variasi sistemik dari contoh-contoh ini dalam imajinasi. Dugaan esensi memberikan satu rasa untuk menetapkan apa yang esensial dan mana yang hanya kebetulan saja dalam gambaran fenomena (Spiegelberg, 1975 dalam dalam Steubert & Carpenter, 1999).

c. Fenomena tampilan

Fenomena tampilan melingkupi pemberian atensi sebagai cara dalam menampilkan fenomena. Pengamatan sebagai cara dalam tampilan fenomena, peneliti melakukan atensi untuk cara-cara yang berbeda dalam kehadiran obyeknya.

d. Fenomena konstitusi

Fenomena konstitusi adalah penelitian fenomena dimana mereka menjadi pembangunnya atau dikonstitusikan dalam kesadaran kita. Fenomena konstitusi mempunyai arti proses dimana fenomena secara perlahan ada dalam kesadaran, kemudian kita menjadi lebih sadar dari impresi pertama kali untuk satu gambaran penuh (Spiegelberg, 1975, dalam Steubert & Carpenter, 1999).

e. Fenomena reduksi

Fenomena reduksi adalah proses separasi, dimana peneliti selalu berupaya menghindari bias, asumsi, preasumsi dan melakukan pemurnian atau membangun gambaran murni.

f. Fenomenologi interpretasi atau *hermeneutic*

Kerangka interpretasi dalam fenomenologi digunakan untuk mencari tahu hubungan dan makna pengetahuan dan konteks yang ada pada setiap orang (Lincoln & Guba, 1985, dalam Steubert & Carpenter, 1999). Pendekatannya adalah interpretasi tampilan fenomena dalam teks atau kata-kata tertulis.

3. Interpretasi Metodologi

Tiga metodologi fenomenologi dijabarkan di bawah ini, yaitu Colaizzi, van Manen, Streubert.

- a. Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999; dalam Streubert & Carpenter, 2002) menjabarkan langkah-langkah penelitian fenomenologi dalam 9 (sembilan) langkah: (1) penggambaran fenomena yang diminati oleh peneliti, (2) pengumpulan gambaran-gambaran dari partisipan-partisipan terkait dengan

fenomena yang ingin didapatkan, (3) "pembacaan" seluruh gambaran fenomena yang didapat dari partisipan-partisipan, (4) pengembalian pada transkrip asli dan dilanjutkan dengan pengekstraksian (pengambilan sari pati) pernyataan-pernyataan yang bermakna (*significant*), (5) pengupayaan untuk mengemukakan arti dari setiap pernyataan bermakna, (6) pengaturan kelompok arti yang dibentuk dalam kelompok tema-tema, (7) penulisan gambaran hasil (*exhaustive*), (8) pengembalian pada partisipan untuk validasi gambaran, (9) penerimaan data baru jika ada selama validasi dengan memasukan dalam gambaran yang telah dihasilkan.

b. Van Manen (1984, dalam Streubert & Carpenter, 1999; Fain, 2004) meringkas tahapan dari fenomenologi ke dalam 4 (empat) tahap, yaitu:

- 1) Tahap pertama adalah pengembalian keaslian fenomena dari pengalaman hidup dengan proses: (i) pengorientasian pada fenomena, (ii) pembentukan atau formulasi pertanyaan fenomena, (iii) penghindaran asumsi dan ketidakpahaman.
- 2) Tahap kedua adalah pencarian atau investigasi dengan mengeksplorasi fenomena atau investigasi eksperimental, terdiri dari tahap *generate* data yang di dalamnya terdapat proses: (i) penggunaan pengalaman pribadi, (ii) pencarian sumber-sumber etimologikal, (iii) penggambaran pengalaman partisipan, (iv) penempatan gambaran pengalaman di dalam seni, dan selanjutnya tahap perujukkan fenomena pada literatur-literatur, tahap kedua

ini adalah upaya mendapatkan esensi asli fenomena dengan melihat dari berbagai sudut pandang.

- 3) Tahap ketiga adalah tahap refleksi atau pencerminan fenomena, terdiri dari dua tahap, yaitu analisa tema yang dikandung dengan proses: (i) pengupasan tema-tema, (ii) pengisolasian pernyataan tema, (iii) pemindahan linguistik dalam bentuk tulisan, (iv) pembersihan gambaran tema dari sumber-sumber artistik, dan tahap kedua adalah penentuan esensi tema-tema.
- 4) Tahap terakhir adalah tahap penulisan fenomena yang terdiri dari proses: (i) pemberian perhatian penuh pada bahasa ucapan (*spoken*), (ii) peragaman contoh-contoh, (iii) penulisan, dan (iv) pengulangan-pengulangan tulisan.

c. Streubert (1991, dalam Streubert & Carpenter, 1999; dalam Streubert & Carpenter, 2002) menuliskan dalam 10 tahapan: (1) Pengungkapan gambaran seorang peneliti dari fenomena yang diminati, peneliti dengan jelas mengungkapkan gambaran fenomena yang di”potret”. (2) Pengurangan (*bracket*) presuposisi peneliti untuk menghindari terjadi data yang bias pada partisipan-partisipan, pada tahap ini peneliti mengurung semua informasi yang diketahui mengenai fenomena yang ingin didapat sepanjang proses wawancara dengan partisipan. (3) Pewawancara partisipan-partisipan dilakukan dengan *setting* yang asing bagi partisipan. (4) Pembacaan transkrip-transkrip wawancara dilakukan dengan hati-hati untuk mencari kandungan satu makna atau rasa umum (*general*) dari pengalaman partisipan-partisipan. (5) Penyimpulan transkrip-

transkrip dengan pengupasan setiap esensi. (6) Perangkaian hubungan esensial, perangkaian setiap esensi yang didapat, dan dicari pula keterkaitan antar esensi. (7) Penyusunan bentukan gambaran-gambaran fenomena. (8) Pengembalian pada partisipan-partisipan untuk validasi gambaran-gambaran yang telah didapat. (9) Penyimpulan literatur yang sesuai (*relevant*). (10) Penyebaran informasi yang didapat pada komunitas keperawatan.

Beberapa metodologi ini memiliki kelebihan dan kekurangan, yaitu pada Colaizzi terlihat kesederhanaan metoda dan rincian dari proses yang akan dilakukan, tetapi pada van Manen ataupun Streubert tidak terlihat secara jelas rincian setiap langkah atau pada langkah yang dituliskan mengandung kumpulan langkah. Pada van Manen terdapat kelebihan dalam validasi data yang sejak awal telah melibatkan peneliti untuk melihat kenaturalan fenomena dengan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti yang akan membentuk persepsi peneliti dan persepsi langsung tersebut dapat dibandingkan dengan persepsi subyek atau pelaku untuk mendapatkan keakuratan, hal tersebut tidak ada pada metoda Colaizzi dan Streubert. Streubert mencoba untuk mendapatkan pendekatan keaslian persepsi subyek dengan mengurung asumsi peneliti dan melakukan wawancara yang memisahkan subyek dengan lingkungannya serta ada pembenaran-pembenaran fenomena yang dibentuk dengan merujuk pada literatur dan pengecekan gambaran pada subyek, tahapan ini kurang ditekankan oleh Colaizzi dan van Manen.

Penelitian yang dilakukan adalah menggunakan pendekatan metoda Colaizzi dari jenis studi fenomenologi deskriptif. Pilihan ini dilakukan mengingat rincian tahapan yang jelas dan sederhana serta prediksi adanya keterbatasan melakukan investigasi dari berbagai aspek terkait fenomena.

Teori-teori di atas menjadi dasar penelitian yang telah dilakukan terkait dengan mencari tahu arti dan makna pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita di Lingkungan Pelindu, yang meliputi: respon keluarga terhadap kemiskinan, perilaku keluarga, strategi yang diterapkan, faktor pendukung dan penghambat dalam memberikan asupan nutrisi pada anak, kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan, serta harapan keluarga pada pelayanan kesehatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

Pelaksanaan penelitian fenomenologi deskriptif ini dijelaskan dalam metode penelitian yang terdiri dari desain penelitian, pemilihan sampel penelitian, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data, dan analisa data.

A. Desain Penelitian

Spiegelberg (1965, dalam Streubert & Carpenter, 1999) menyatakan bahwa metoda fenomenologi menginvestigasi fenomena subyektif dalam keyakinan kebenaran esensial mengenai kenyataan yang didapatkan dalam pengalaman kehidupan. Penelitian mengenai pengalaman keluarga miskin dalam pemberian asupan nutrisi pada balita tepat jika menggunakan metoda fenomenologi yang meyakini kebenaran subyektif pengalaman pengasuh anak dalam melakukan asupan nutrisi yang telah dilakukan.

Karakteristik metoda fenomenologi yang sesuai adalah fenomenologi deskriptif, yang meliputi eksplorasi langsung, analisa, dan deskripsi bagian fenomena yang bebas dari asumsi tak teruji, dan adanya pengungkapan intuisi secara maksimal

(Spiegelberg, 1975, dalam Streubert & Carpenter, 1999). Peneliti secara langsung mengeksplorasi pengalaman partisipan, dan menganalisa serta mendeskripsikan pengalaman partisipan sebagai gambaran realita yang dialami oleh partisipan. Penelitian ini menekankan pengalaman subyektif dari pelaku yaitu ibu yang melakukan peran sebagai pengasuh utama anak balita di keluarga miskin terkait pengalaman dalam pemenuhan nutrisi pada balita.

Bagian-bagian gambaran yang diidentifikasi membentuk gambaran pengalaman adalah: respon keluarga terhadap kemiskinan, perilaku keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada anak, strategi yang dilakukan, faktor pendukung dan penghambat, kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan, harapan keluarga pada pelayanan kesehatan. Aspek-aspek tersebut menurut hasil penelitian sebelumnya dan teori merupakan faktor yang mempengaruhi keadaan gizi balita terkait dengan pemenuhan nutrisi yang dilakukan oleh pengasuh anak.

Fenomenologi deskriptif dilakukan dengan metoda Colaizzi, dengan sembilan tahap (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999). Sembilan tahap tersebut merupakan perluasan dari fenomenologi deskriptif (intuisi, analisa, dan deskripsi). Tahap 1-3 merupakan tahap intuisi, tahap 4-6 merupakan tahap analisa, dan tahap 7-9 merupakan tahap deskripsi. Metoda ini terdiri dari tahapan yang rinci dan sederhana, dengan mempercayakan sumber data dari partisipan sepenuhnya sebagai subyek atau pelaku yang mengalami. Gambaran pengalaman keluarga miskin mengenai pemberian nutrisi balita dilakukan dengan tahapan:

- a. Menggambarkan fenomena yang diketahui mengenai pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita di Lingkungan Pelindu.
- b. Mengumpulan gambaran subyektif pelaku, yaitu pengalaman ibu dari anak balita di keluarga miskin dengan tidak melibatkan asumsi peneliti sebagai pelaksanaan dari tahap intuisi.
- c. Mendokumentasi seluruh gambaran subyektif pelaku dari fenomena keluarga miskin dengan anak balita terkait pemenuhan nutrisi.
- d. Menuliskan dalam bentuk verbatim dan menyaring pernyataan yang signifikan.
- e. Mengungkapkan makna dari setiap pernyataan yang signifikan dalam kelompok kategori sebagai bagian tahap analisa.
- f. Mengorganisasikan kelompok makna dalam kelompok sub-sub tema, sub tema, dan tema.
- g. Menuliskan gambaran penuh mengenai pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita sebagai tahap deskripsi.
- h. Melakukan validasi mengenai gambaran pengalaman dengan meminta informan mengecek data yang ditampilkan.
- i. Memasukan data yang divalidasi oleh informan untuk menghasilkan gambaran pengalaman informan secara utuh.

B. Sampel Dari Informan

Spradley (1980 dalam Sugiyono, 2007) menyatakan bahwa penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi dan sampel. Istilah yang digunakan untuk sampel

adalah situasi sosial, yang terdiri dari: tempat, pelaku, dan aktifitas yang berinteraksi secara sinergis. Peneliti dapat mengidentifikasi secara mendalam aktifitas orang-orang yang ada pada tempat tertentu, salah satu contoh dari situasi sosial adalah keluarga dengan aktivitasnya di dalam rumah.

Penelitian dilakukan dengan mencoba menerapkan pernyataan Spradley dengan mengambil suatu situasi sosial di dalam keluarga miskin yang ada di Lingkungan Pelindu. Kategori dari situasi sosial yang diidentifikasi adalah keluarga dengan pengertian keluarga menurut *US Bureau of The Census* dalam Friedman, Bowden, dan Jones (2003), yaitu kumpulan orang-orang yang tergabung bersama diikat oleh perkawinan, darah, atau adopsi dan lainnya yang berada dalam rumah yang sama. Penggunaan pengertian keluarga ini berbeda dengan rencana penelitian yang menggunakan definisi dari BKKBN. Kenyataan yang ada di Lingkungan Pelindu adalah umumnya setiap rumah di dalamnya terdapat anggota keluarga yang terdiri dari 3 generasi (*extended family*). Kriteria inklusi keluarga miskin yang digunakan adalah rata-rata pendapatan keluarga per bulan berada di bawah standar Upah Minimum Kabupaten yang berlaku di Jember menurut Wibisono (2006).

Upaya untuk mendapatkan informasi utuh mengenai gambaran pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada anak balita dilakukan pada keluarga yang memiliki anak berusia 1-5 tahun. Gambaran diperoleh dengan menanyakan tindakan yang telah dilakukan dari mulai anak masih bayi atau baru lahir sampai dengan usia anak saat ini (pada saat wawancara).

Lingkungan Pelindu, Kelurahan Karangrejo, Kecamatan Sumbersari, Jember tercatat pada profil kelurahan sebagai wilayah dengan keluarga miskin yang tidak memiliki masalah gizi kurang (Kelurahan Karangrejo, 2008). Ungkapan bidan yang bekerja di Polindes (Poli Klinik Kesehatan Desa) Karangrejo juga menyatakan Lingkungan Pelindu tidak memiliki masalah gizi kurang pada balita. Pemilihan Lingkungan Pelindu sebagai tempat penelitian didasari dari data tersebut. Sampel diambil dari dua Rukun Warga (RW) di Lingkungan Pelindu, sebagai RW yang secara nyata memiliki warga miskin (tidak memiliki sawah dan umumnya bekerja sebagai penarik becak atau petani penggarap). Dikarenakan tidak lagi didapatkan kategori dan tema yang baru pada informan ke-6 (RW 01 dan RW 03), maka pada RW 02 tidak dilakukan pengumpulan data.

Catatan Puskesmas Sumbersari tahun 2007 menyatakan terdapat balita sebanyak 114 anak dari 364 keluarga di Pelindu. Namun menurut Ketua RW 01 (Pelindu Timur) wilayah RW 01 mempunyai jumlah balita lebih dari 114 anak, yaitu ada sekitar 117 balita sebagai hasil penghitungan bulan Maret 2008. Data ini belum ditambahkan dengan jumlah balita di RW 02 dan 03 yang ada di Lingkungan Pelindu.

Sampel adalah partisipan yang memenuhi kriteria inklusi. Rekrutmen dilakukan melalui purposeful sampling, yaitu memilih individu sampel sebagai partisipan penelitian dengan dasar pengetahuan fenomena yang dimiliki untuk tujuan membagikan pengetahuan (Streubert & Carpenter, 1999). Kriteria inklusi dari partisipan yang menjadi sumber data penelitian adalah:

1. Ibu dari anak balita (1-5 tahun) di keluarga miskin.
2. Ibu mampu memahami bahasa Indonesia secara pasif atau aktif.
3. Pendapatan keluarga di bawah Upah Minimum Kabupaten Jember, yaitu Rp. 360.000,- per bulan (Wibisono, 2006).
4. Ibu dan keluarga bersedia menjadi partisipan.
5. Keluarga mengetahui tanggal lahir (usia) anak secara pasti.

Beberapa kriteria inklusi pada proposal penelitian telah mengalami pergantian, yaitu informan bukan ibu yang memiliki anak balita usia 2 – 5 tahun tetapi ibu yang memiliki anak usia 1 – 5 tahun. Perubahan usia balita dikarenakan saat proses pengambilan data, ada keterbatasan pada anggota masyarakat dalam mengetahui kepastian usia anak karena kurang ada pencatatan tanggal kelahiran anak dalam keluarga sehingga salah satu kesulitan adalah mengetahui kepastian usia anak yang digunakan sebagai dasar dalam menentukan status gizi anak. Beberapa calon informan yang ditunjuk oleh Istri Kepala Kampung dan Ketua RW 01 adalah keluarga yang memiliki anak dengan usia yang kurang dapat dipastikan < 5 tahun, sehingga dari para calon informan yang ditunjuk kemudian dipilih keluarga yang mengetahui kepastian usia anak yaitu keluarga dengan anak usia 1-5 tahun.

Selain dari usia anak yang mengalami perubahan pada pelaksanaan penelitian, perubahan lain adalah informan memiliki kemampuan berbahasa Indonesia aktif. Masyarakat di Lingkungan Pelindu umumnya menggunakan bahasa Madura *Pendalungan* (perbauran Madura dengan Jawa Timur-an) dalam percakapan sehari-

hari. Saat pelaksanaan, peneliti mengalami kesulitan mencari informan yang mampu berbahasa Indonesia aktif, sehingga salah satu keluarga yang mempunyai kemampuan berbahasa Indonesia pasif (mampu memahami tetapi tidak mampu mengemukakan) dijadikan sebagai informan dalam penelitian ini.

Hasil akhir menghasilkan 6 informan yang diproses dalam analisa data untuk mencapai tujuan penelitian. Pencarian informan berhenti pada informan ke-6 dan tidak mencari informan baru lagi karena tidak lagi didapat tema atau esensi baru dan hanya mendapatkan pengulangan data dari informan. Jumlah partisipan direncana penelitian menekankan pada saturasi data, yaitu tidak didapat tema atau esensi baru lagi dari partisipan dan hanya mendapatkan pengulangan data dari partisipan (Streubert & Carpenter, 1999). Perkiraan pada proposal penelitian saturasi tercapai pada informan ke-10, tetapi pada pelaksanaan penelitian tidak lagi ditemukan kategori dan tema baru pada informan ke-6.

Identifikasi status gizi anak saat ini pada keluarga yang menjadi informan dilaksanakan dengan menimbang berat badan anak dan membandingkannya dengan usia saat ini. Pembacaan hasil BB/U untuk mengidentifikasi status gizi saat ini menggunakan rujukan berat dan tinggi terhadap umur anak Indonesia (umur 0-5 tahun) yang bersumber dari Departemen Kesehatan RI (terlampir).

Riwayat berat badan pada pelaksanaan penelitian hanya dapat dilihat pada sebagian anak, karena sebagian lainnya tidak memiliki KMS. Keluarga umumnya tidak

mengakses pelayanan kesehatan di posyandu atau mengakses pelayanan kesehatan saat ada anggota keluarga yang sakit. Akibat dari keluarga kurang mengakses pelayanan kesehatan terutama di posyandu, salah satunya adalah keluarga kurang memiliki catatan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Lingkungan Pelindu, Kelurahan Karangrejo, Kecamatan Sumbersari, Kabupaten Jember, Jawa Timur. Kecamatan Sumbersari tercatat pada tahun 2007 bukan merupakan daerah rawan gizi menurut standar Dinkes Jember (2008) dan merupakan daerah yang memiliki keluarga miskin cukup banyak dibandingkan kecamatan lain (BPS Jember, 2008). Lingkungan Pelindu tercatat tidak memiliki anak dengan masalah gizi kurang meskipun lingkungan memiliki banyak keluarga miskin (Kelurahan Karangrejo, 2008).

Penelitian dilaksanakan pada RW 01 dan RW 03 Lingkungan Pelindu, Jember. Jarak antara RW 01 dengan RW 03 diperkirakan sekitar 1 Km, sehingga pada pelaksanaan pengumpulan data tidak dapat dilaksanakan pada waktu yang bersamaan di kedua lokasi. Awal pencarian data di mulai pada RW 03 yang letaknya lebih ke Barat dan lebih di muka serta yang pertama kali ditunjukkan oleh istri Kepala Lingkungan Pelindu.

Wawancara berlangsung di ruangan depan (tamu) keluarga partisipan selama 60 menit yang juga dihadiri oleh anggota keluarga lain, seperti ibu dari partisipan, nenek, anak, atau adik. Wawancara dilakukan dengan posisi duduk di kursi atau di bawah (di lantai), saling berhadapan dengan jarak sekitar 1-1,5 meter dengan jarak alat rekam sekitar 50 cm dari partisipan dan peneliti. Hadirnya anggota keluarga lain seperti anak-anak dan adanya suara lain (suara ayam, televisi) turut terdengar pada hasil rekaman proses wawancara.

Penelitian dilaksanakan setelah penulisan proposal penelitian yaitu dimulai dari akhir April 2008 sampai dengan awal Juni 2008. Tahap awal adalah pengurusan administrasi perizinan penelitian sekitar 2 minggu. Ujicoba penelitian dilaksanakan pada 2 informan lain yang berada di Kelurahan Sumbersari saat rentang waktu pengurusan izin penelitian. Pengambilan data dilakukan setelah melaksanakan wawancara pada kedua informan ujicoba. Waktu pelaksanaan dalam pengumpulan data membutuhkan waktu 2 minggu dan 1 minggu kemudian dilangsungkan kegiatan penyuluhan kesehatan mengenai pemberian makanan sehat pada balita di RW 01 dan di RW 03 Lingkungan Pelindu, Jember. Minggu ke-2 Juni 2008 dilangsungkan analisa data dan penyusunan laporan hasil penelitian.

D. Etika Penelitian

Prinsip etika penelitian kualitatif terdiri dari tiga, yaitu menghormati manusia (kemanusiaan), memiliki manfaat (kemanfaatan), dan bersikap adil (keadilan) (Burns & Grove, 1999). Adapun beberapa aspek yang dilakukan pada penelitian ini adalah:

1. Hak kemanusiaan

Perlindungan hak kemanusiaan meliputi hak menentukan diri sendiri, privasi, anonimitas dan kerahasiaan, perlakuan yang adil, dan perlindungan dari ketidaknyamanan dan kekerasan (American Nurses Association [ANA], 1985 dalam Burns & Grove, 1999). Bebas dari eksploitasi merupakan salah satu perlindungan hak kemanusiaan yang dilakukan, partisipan yakin bahwa keikutsertaannya atau informasi yang diberikan tidak akan disebarluaskan untuk maksud lain. Penelitian terlebih dahulu dimulai dengan perkenalan dan penyampaian maksud dan tujuan pada partisipan untuk maksud membuka hubungan, dan juga penyampaian maksud bahwa hubungan yang dijalin tidak dieksploitasi dalam cara apapun. Partisipan juga dijelaskan mengenai tidak disebarluaskan informasi yang diberikan kepada yang tidak terkait dengan penelitian.

2. Hak menentukan diri sendiri

Peneliti memberikan hak partisipan untuk menentukan dirinya sendiri, partisipan mempunyai otonomi dan memiliki kapabilitas untuk mengendalikan aktifitasnya sendiri, seperti menentukan waktu dan tempat untuk wawancara yang tidak mengganggu partisipan. Partisipan juga memutuskan untuk menjadi informan pada

penelitian ini menurut keputusan dirinya sendiri tanpa desakan dari yang lain (seperti menghindari adanya tekanan dari ibu Kepala Kampung dan Ketua RW 01 yang dapat memaksa keluarga untuk menjadi informan), serta partisipan ketika menjawab pertanyaan maka diupayakan tidak ada tekanan dari siapapun.

3. Hak kerahasiaan

Partisipan mendapatkan privasi sesuai dengan keinginannya. Kerahasiaan lain adalah mengenai data yang diberikan oleh informan hanya digunakan untuk penelitian dan tidak disebarluaskan untuk maksud lain.

4. Hak anonimitas dan kerahasiaan

Anonimitas partisipan dijaga sepanjang pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti atau juga dirahasiakan pada partisipan lain atau orang lain yang tidak terkait (ANA, 1985 dalam Burns & Grove, 1999). Penelitian ini menekankan pada data yang diberikan oleh partisipan bukan oleh siapa yang memberikan data dengan cara tidak mencantumkan identitas informan atau yang lainnya pada dokumentasi.

Kerahasiaan atau keamanan dan keyakinan terjaganya informasi yang diberikan dalam penelitian ini adalah dengan cara memberitahukan proses penelitian dan proses pengolahan data penelitian bahwa data tidak digunakan untuk hal lain di luar penelitian, seperti menyampaikan bahwa informasi yang disampaikan bukan sebagai laporan untuk posyandu, puskesmas, kelurahan atau yang lain. Saat wawancara peneliti menanyakan kembali kepada partisipan

mengenai hal yang ingin diketahui oleh partisipan terkait dengan kejelasan konfidensialitas penelitian.

5. Hak perlakuan yang adil

Penelitian yang dilakukan menekankan pada kebebasan dari diskriminasi, atau tindakan menghakimi, dan adanya penghormatan pada kesepakatan antara peneliti dengan partisipan. Partisipan juga diberikan hak oleh peneliti untuk dapat menghubungi peneliti terkait dengan penelitian, dengan memberitahukan pada partisipan cara mengakses peneliti bila sepanjang proses penelitian ada hal yang ingin diklarifikasi oleh partisipan. Selama proses penelitian berlangsung tidak ada partisipan yang menghubungi peneliti untuk menanyakan sesuatu hal terkait penelitian, partisipan juga mengemukakan tidak merasakan adanya gangguan akibat penelitian.

Perlakuan yang adil sebagai bagian dalam menghormati kesediaan partisipan dalam memberikan informasi adalah dengan memberikan suatu cinderamata kepada setiap informan dan biskuit pada setiap anak dari keluarga informan tersebut. Perlakuan tersebut berlangsung bukan hanya pada informan yang memenuhi kriteria inklusi tetapi pada setiap keluarga yang bersedia menjadi informan dan keluarga yang peneliti kunjungi.

Selain dari perlakuan pada partisipan, peneliti juga melakukan suatu kegiatan bagi seluruh warga RW 01 dan RW 03 di Lingkungan Pelindu yang telah dijadikan tempat penelitian yaitu dengan: melakukan penyuluhan kesehatan, kegiatan

pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan, dan pemberian makanan sehat (nasi, lauk-pauk, sayuran, buah, bubur kacang hijau, dan biskuit) pada seluruh balita yang hadir di kegiatan penyuluhan. Penyuluhan berlangsung di RW 01 (Pelindu Timur) dan di RW 03 (Pelindu Barat). Penyuluhan dilakukan setelah terkumpulnya data penelitian dari para partisipan di wilayah tersebut.

6. Hak dilindungi dari kekerasan dan ketidaknyamanan

Penelitian ini bebas dari tindak kekerasan fisik dan juga mental, pertanyaan mengenai kemiskinan dilakukan dengan pendekatan pada partisipan secara terbuka. Peneliti berupaya untuk memahami keadaan dan kondisi keluarga partisipan, seperti keadaan rumah. Pemahaman ini dilakukan dengan cara terbuka pada partisipan dan berupaya menghargai eksistensi diri partisipan. Saat proses wawancara pada partisipan didapatkan ekspresi kesedihan dari Informan-5 ketika menceritakan keadaan kemiskinan yang dialami, maka peneliti menghentikan sejenak proses wawancara (rekaman dihentikan) dan memberikan rasa empati pada partisipan. Wawancara kembali dilanjutkan setelah ada kemauan dan kemampuan partisipan.

Informed consent dilakukan setelah penjelasan dan membacakan lembar penjelasan penelitian. Secara umum partisipan memahami penjelasan dan menyetujui untuk menjadi partisipan serta menandatangani lembar *informed consent*, kecuali pada partisipan yang tidak dapat menulis (I-1) meminta peneliti untuk mewakili menuliskan nama sebagai bentuk kesediaan.

E. Alat Pengumpulan Data

Alat yang digunakan sebagai instrumen pengumpul data penelitian pada penelitian fenomenologi adalah: peneliti, asisten peneliti, pedoman pengamatan untuk *field notes* (mencatat data yang didapatkan ketika wawancara: seperti ekspresi partisipan dan lainnya), pedoman wawancara sebagai pemandu ketika wawancara dilaksanakan yang direkam pada *MP4 (Music Players)*.

Pengujian kesahihan pedoman wawancara dilakukan dengan mengujikan pedoman pada 2 partisipan untuk uji coba, yaitu keluarga yang memiliki balita di Kelurahan Sumpersari, Jember. Hasil yang didapatkan bahwa pertanyaan mengenai pengalaman pemberian nutrisi pada anak dapat diceritakan secara gamblang atau jelas dan runut dari mulai masa bayi sampai dengan usia anak saat ini (2 tahun dan 5 tahun).

Peneliti sebagai alat penelitian diuji dengan latihan melakukan wawancara dengan 2 partisipan uji coba tersebut, sebelum melakukan wawancara penelitian pada partisipan di Lingkungan Pelindu. Hasil uji coba tersebut diketahui pedoman wawancara yang menggunakan Bahasa Indonesia (tulisan) baku harus diterjemahkan kembali dalam Bahasa Indonesia sehari-hari (lisan) dengan cara menempatkan informan sebagai nara sumber yang dihargai keberadaannya untuk menghindari salah pengertian maksud, seperti pertanyaan no. 4 yang tertulis di panduan wawancara:

“apa yang telah dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak ?” Pertanyaan ini diartikan seperti pertanyaan yang menyudutkan informan dan mengandung kesan yang telah dilakukan informan mempunyai konotasi “salah”, maka dengan demikian untuk menghindarinya, kalimat pertanyaan diganti menjadi:

“ibu, saya ingin dapat cerita dari ibu, mungkin saya bisa belajar banyak dari pengalaman itu, bagaimana cara ibu membesarkan anak-anak, terutama terkait pemberian makan pada anak, dari mulai lahir sampai dengan sekarang ?”

Selain melatih kemampuan wawancara, alat perekam yang digunakan dalam proses wawancara penelitian, yaitu MP4 juga dilakukan uji coba. Ujicoba kemampuan merekam dan memutar kembali hasil rekaman dilakukan saat mewawancarai kedua partisipan ujicoba. Hasil ujicoba MP4 diketahui, MP4 dapat digunakan dalam merekam suara dengan jelas dan bersih. Peneliti memilih MP4 dibandingkan *tape recorder* dikarenakan lebih mempermudah dalam proses dokumentasi ke dalam bentuk verbatim (suara dapat diperlambat dan volume diperbesar) serta dapat digandakan dengan mudah.

Ujicoba untuk operasional penggunaan alat rekam (MP 4) dilakukan dengan memperhatikan jarak meletakkan alat rekam antara komunikasikan agar dihasilkan suara yang bersih dan terdengar jelas, dan melatih teknis memperdengarkan hasil rekaman dari MP4. Penelitian ini dilaksanakan dengan menggunakan 2 buah MP4 dalam merekam proses wawancara untuk menghindari hal yang tidak diinginkan (seperti, kemungkinan adanya kejadian tidak terekam proses wawancara pada salah satu alat).

Selama proses penelitian ada terjadi sedikit permasalahan terkait dengan pemindahan hasil wawancara ke komputer yang menghapus sedikit rekaman wawancara pada salah satu informan (I-5), tetapi dikarenakan variabel sudah ada pada informan lain sehingga tidak mengganggu hasil penelitian secara berarti. Satu rekaman proses wawancara mengalami kegagalan karena ketika diperdengarkan hasil rekaman suara partisipan terlalu kecil dan bising sehingga perkataan partisipan kurang jelas terdengar dan tidak dapat dipindahkan dalam bentuk tulisan.

Seseorang yang membantu proses perekaman wawancara (asisten peneliti) tidak turut dalam percakapan atau bersifat pasif. Peneliti juga meminta bantuannya untuk pemahaman bahasa Madura yang digunakan oleh keluarga dan masyarakat di Lingkungan Pelindu. Orang tersebut adalah mahasiswa Politeknik Negeri Jember yang sejak lahir tinggal di Jember. Peneliti mengklarifikasi pengertian bahasa selama proses wawancara berlangsung yang salah satunya menggunakan dua bahasa (peneliti bertanya dengan bahasa Indonesia, dan informan menjawab dengan bahasa Madura), selama proses tidak didapatkan perbedaan bermakna mengenai arti dari bahasa yang digunakan (Bahasa Indonesia dengan Bahasa Madura) antara peneliti, asisten peneliti sebagai penengah dan informan. Peneliti juga meminta bantuan untuk memeriksa kembali hasil terjemahan dari Bahasa Madura ke Bahasa Indonesia kepada seorang mahasiswa Sastra Universitas Jember yang merupakan suku Madura *Pendalungan*.

Field notes sebagai panduan dalam menuliskan pandangan mata selama wawancara, peneliti sedikit mengalami keagapan dalam melakukan pandangan mata dan mencatatkan pada lembaran *field notes*. Terkait dengan perhatian peneliti pada komunikasi verbal yang sedang berlangsung sehingga kurang dapat untuk menuliskan pandangan mata secara rinci saat wawancara. Pandangan mata yang terekam adalah pandangan umum yang terjadi saat wawancara yaitu seperti kondisi rumah, keterbukaan partisipan dalam menyampaikan informasi: tangan tidak bersedekap, sikap tubuh yang santai (rileks): duduk dengan posisi tubuh sedikit condong ke arah peneliti, tangan partisipan menunjuk pada sesuatu, atau partisipan melakukan sesuatu.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Proses pemilihan informan dimulai dengan pengurusan ijin penelitian ke Linmas Bakesga Jember selama 3 hari, kemudian selama 7 hari ke Dinas Kesehatan Jember. Setelah dari Dinas Kesehatan, administrasi perijinan berlanjut ke Kecamatan Sumbersari selama 5 hari, ke Puskesmas Sumbersari, Kelurahan Karangrejo selama 1 hari sampai dengan akhirnya ke Kepala Lingkungan Pelindu.

Dua hari pertama di Lingkungan Pelindu, dilakukan pengenalan dengan masyarakat dan keluarga. Penelusuran calon informan di RW 03 dilakukan sehari kemudian dan dilaksanakan selama 3 hari setelah melakukan kesepakatan waktu dengan para calon informan. Penelusuran calon informan di RW 01 dilakukan 4 hari kemudian sesuai

kesepakatan waktu dengan para calon informan dan dilaksanakan selama 3 hari berturut-turut.

Penelusuran calon informan menghasilkan 11 calon informan yang bersedia menjadi informan untuk penelitian, tetapi dikarenakan terdapat 4 informan yang tidak memenuhi kriteria inklusi yaitu: satu keluarga berpenghasilan Rp. 800.000,/ bulan, satu orang ibu bukan merupakan pengasuh utama anak, serta dua keluarga memiliki anak yang kepastian usianya tidak diketahui jelas (mungkin telah berusia di atas lima tahun), maka jumlah informan yang memenuhi kriteria inklusi berkurang menjadi 7 orang. Satu wawancara mengalami kegagalan dalam perekaman proses wawancara, yaitu saat memutar ulang hasil rekaman wawancara didapatkan suara terlalu kecil dan bising sehingga tidak memungkinkan untuk data dapat didokumentasikan dalam bentuk tulisan, sehingga hasil akhir didapatkan 6 data verbatim.

Proses wawancara diakhiri dengan memastikan telah didapatkan informasi mengenai pengalaman partisipan dengan panduan dari tujuan khusus yang dituangkan dalam pedoman wawancara. Setelah wawancara dilakukan maka kegiatan validasi gambaran pengalaman keluarga dilakukan dengan menyampaikan dokumentasi tertulis hasil rekaman proses wawancara yang telah dilakukan kepada setiap informan dengan cara membacakannya. Partisipan dapat menerima tulisan rekaman wawancara (verbatim) dan tidak ada penambahan informasi. Kegiatan validasi berlangsung pada akhir minggu 1 Juni 2008, peneliti mengakhiri dengan melakukan kegiatan penyuluhan di RW 01 dan RW 03 dengan topik kebutuhan nutrisi pada

masa balita. Penyuluhan dilakukan di rumah Kepala Lingkungan Pelindu untuk warga RW 03 dan di rumah Ketua Rw 01 untuk warga RW 01.

G. Analisa Data

Tahap analisa data dilakukan sesuai dengan metoda fenomenologi Colaizzi, yaitu: memilah data dan mengekstrasi pernyataan bermakna dari transkrip data. Contohnya pernyataan bermakna dikelompokkan sebagai proses reduksi data, kemudian merangkai seluruh pernyataan bermakna yang dibuat ke dalam kelompok tema sebagai gambaran fenomena (Colaizzi 1978 dalam Streubert & Carpenter, 1999).

Pemahaman analisa data di atas diaplikasikan pada penelitian dengan tahap:

1. Setelah melakukan dokumentasi tertulis hasil wawancara maka dilakukan pemilahan pernyataan-pernyataan bermakna mengenai pengalaman keluarga dalam pemenuhan nutrisi anak di masa balita, dengan memberikan tanda khusus (garis bawah) pada pernyataan yang bermakna dan menuliskan ulang pada media yang terpisah.
2. Pernyataan yang telah dipilah tersebut dikelompokkan menjadi kategori-kategori bermakna mengenai seluruh aspek sesuai tujuan (respon keluarga pada kemiskinan, perilaku, strategi, faktor pendukung dan penghambat dalam pemberian nutrisi pada anak, kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan, harapan pada pelayanan kesehatan).
3. Kategori-kategori tersebut dirangkai, disusun membentuk sub-sub tema, sub tema, dan kemudian tema mengenai gambaran pengalaman keluarga miskin

dalam pemberian nutrisi anak di masa balita dengan membentuk tabel kisi-kisi tema.

4. Tema yang didapat tersebut menjadi dasar untuk menuliskan gambaran penuh mengenai pengalaman keluarga yang sebenarnya.
5. Gambaran yang telah disusun dilakukan pengoreksian oleh ahli/pakar (dosen) untuk uji kebenaran data dengan merujuk dokumentasi tertulis hasil rekaman wawancara.
6. Informasi dari hasil validasi dimasukkan pada gambaran yang dibuat.

G. Keabsahan Data

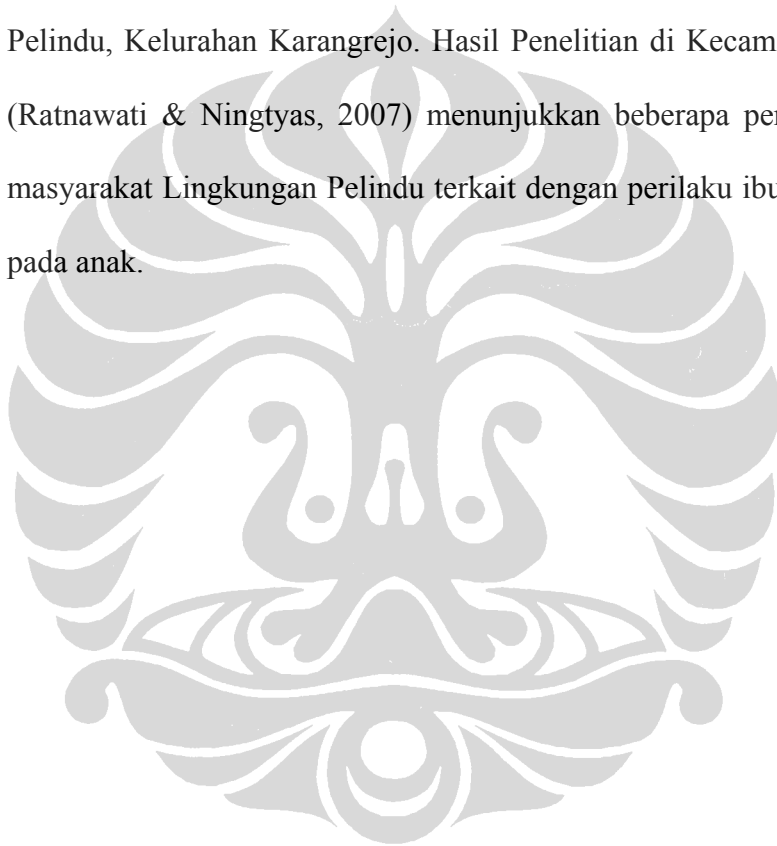
Keabsahan data menurut Guba dan Lincoln (1994, dalam Streubert & Carpenter, 1999) adalah data yang dapat menunjukkan kredibilitas, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability*. Kredibilitas data dapat diperoleh dengan adanya pengecekan ulang data pada informan yang memberikan informasi. Kemandirian data ditunjukkan dari data yang tidak dipengaruhi oleh berbagai hal. *Confirmability* dilakukan dengan pengecekan ulang data dokumentasi yang dilakukan oleh orang lain. *Transferability* menunjukkan adanya kemungkinan hasil penelitian mempunyai makna bagi orang lain dengan situasi yang hampir sama. Penelitian yang memenuhi aspek-aspek tersebut merupakan petunjuk dapat dipercayanya informasi yang disampaikan pada penelitian yang telah dilakukan.

Keabsahan pada penelitian ini untuk aspek kemandirian adalah dengan memberikan kemandirian informan dalam menjawab yang tidak dicampuri oleh pihak lain dan informasi yang disampaikan oleh informan selama penelitian tidak mengalami perubahan makna. Keabsahan juga dilakukan dengan peneliti tidak melibatkan asumsi atau tidak memberikan arahan pada informan dalam menjawab.

Aspek kredibilitas diperoleh pada penelitian ini dengan pengecekan oleh partisipan pada dokumentasi tertulis hasil rekaman wawancara. Pertanyaan gambaran negatif fenomena diajukan sebagai upaya untuk membandingkan dan mengkontraskan yang dilakukan oleh informan sehingga mendapatkan keaslian data.

Confirmability data didapat dengan pengecekan oleh pihak lain yang memiliki kemampuan dalam analisa penelitian, dalam hal ini bantuan dari ahli/ pakar. Selain dari bantuan pembimbing penelitian ini juga melakukan pengecekan informasi oleh orang lain yang turut dalam proses wawancara (asisten penelitian). Ini dilakukan karena adanya keterbatasan kemampuan peneliti dalam memahami bahasa yang digunakan oleh masyarakat setempat. Klarifikasi pemahaman bahasa yang digunakan peneliti dan informan sepanjang proses wawancara dilakukan dengan bantuan dari orang tersebut. Hasil terjemahan proses wawancara dikoreksi kembali oleh seseorang yang merupakan suku Madura *Pendalungan* dengan latar pendidikan sebagai mahasiswa sastra di Universitas Jember.

Transferability data dilakukan dengan membandingkan data dari penelitian sejenis dan melihat adanya kesamaan makna pada lingkungan yang sejenis, seperti keluarga lain di wilayah Lingkungan Pelindu atau keluarga etnis Madura di Kelurahan Summersari. Perbandingan data diperoleh dari hasil wawancara mengenai pengalaman keluarga yang memberikan perlakuan sama pada anak di masa balita (kurang lima tahun) di keluarga miskin Kelurahan Summersari dengan di Lingkungan Pelindu, Kelurahan Karangrejo. Hasil Penelitian di Kecamatan Wuluhan dan Jelbuk (Ratnawati & Ningtyas, 2007) menunjukkan beberapa perilaku yang sama dengan masyarakat Lingkungan Pelindu terkait dengan perilaku ibu dalam pemberian makan pada anak.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini menggambarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam mengenai arti dan makna pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita di Lingkungan Pelindu, Kelurahan Karangrejo, Kecamatan Sumpalsari – Jember. Bab ini terdiri dari uraian tentang karakteristik informan dan tema yang muncul dari perspektif informan mengenai pengalaman mereka selama merawat balita di keluarga mereka.

A. Karakteristik Informan

Karakteristik informan terdiri dari karakteristik ibu, karakteristik keluarga, dan karakteristik anak. Data karakteristik didapatkan dengan menanyakan secara langsung pada informan untuk data keluarga dan ibu, dan untuk status gizi anak saat ini diketahui dengan menimbang berat badan anak secara langsung. Format karakteristik informan (terlampir) digunakan sebagai panduan dalam mendapatkan informasi tersebut.

1. Karakteristik Ibu

Informan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang, sebagian besar berusia 20-30 tahun (4 dari 6), 1 orang berusia di bawah 20 tahun, dan 1 orang berusia di atas 30

tahun. Keseluruhan informan bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu mengasuh anak, merawat kebersihan rumah, dan memasak makanan bagi anggota keluarga. Pendidikan pada keseluruhan informan termasuk rendah, hanya 3 informan yang pernah menyelesaikan sekolah dasar atau pendidikan yang setara (MTS), sedangkan ada dua informan yang tidak menyelesaikan pendidikan SD, dan ada 1 orang informan yang tidak pernah sekolah. Informan tersebut tidak mampu secara aktif berbahasa Indonesia, selain itu juga tidak mampu membaca dan menulis, sehingga penjelasan penelitian dibacakan dari lembar penjelasan dan persetujuan untuk menjadi informan dilakukan dengan informan membolehkan peneliti menuliskan nama informan pada lembar persetujuan. Walau wawancara berlangsung dengan dua bahasa (peneliti bertanya dengan bahasa Indonesia dan informan menjawab dengan bahasa Madura) tetapi informan dapat menceritakan pengalaman pemberian nutrisi pada anak dengan baik.

2. Karakteristik Keluarga

Informasi yang di dapat dari Informan diketahui bahwa seluruh keluarga adalah penduduk asli di lingkungan tersebut atau di sekitar Karangrejo. Tipe keluarga hampir seluruhnya keluarga besar, hanya ada 1 yang merupakan tipe keluarga inti tetapi di sekitar rumah tersebut merupakan sanak-saudara (Mertua, Nenek, Kakak). Jumlah anggota keluarga umumnya relatif besar, hanya 1 keluarga yang terdiri dari 3 orang selebihnya 5 orang atau lebih. Variasi usia yang beragam pada satu keluarga (ada yang berusia lansia, dewasa, sampai dengan bayi), dikarenakan umumnya anggota keluarga yang tinggal di dalam rumah merupakan tiga generasi.

Lama perkawinan atau membina rumah tangga, berkisar 1-10 tahun, hanya 1 keluarga yang lebih dari 10 tahun. Peran pencari nafkah utama di keluarga yang menjadi informan semuanya diperankan oleh suami dan jenis pekerjaan semuanya adalah pekerjaan informal dengan jenis pekerjaan yang memiliki keterampilan rendah atau tanpa pendidikan khusus, seperti penarik becak atau pedagang kecil keliling. Jumlah penghasilan umumnya tidak tetap yang diperkirakan Rp. 150.000,- – Rp. 300.000,- setiap bulan dan masih jauh di bawah UMK (Upah Minimum Kabupaten) Jember.

3. Karakteristik Anak

Anak yang di ukur pada keluarga bervariasi, yaitu 1 anak berusia 1 tahun, 2 anak berusia 2 tahun, 2 anak berusia 4 tahun, dan 1 anak berusia 5 tahun. Jenis kelamin anak yang diukur sebanding antara laki-laki dan perempuan, yaitu 3 anak laki-laki dan 3 anak perempuan. Riwayat berat badan anak sebagian tidak tercatat karena tidak pernah ke posyandu atau hanya sekali ketika anak masih bayi. Hanya 3 anak yang memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS) dan ketiganya tercatat memiliki riwayat berat badan berada di warna hijau artinya berat badan yang normal sesuai dengan usia anak, sedangkan 3 anak lagi tidak memiliki KMS. Hasil ukuran berat badan anak yang telah dilakukan diketahui terdapat 2 anak yang berada pada rentang 100-110 %, 2 anak berada pada rentang 90 % serta 2 anak berada pada rentang 70 % - 80% yang dapat diartikan tidak ada anak yang berada pada keadaan gizi kurang (< 70%) (WHO-NHCS dalam Moehji, 2002). Semua anak berada pada keadaan gizi sedang dan baik, serta tidak ada anak berada pada keadaan gizi lebih.

B. Tema

Peneliti mengidentifikasi 15 tema sebagai hasil penelitian ini, selanjutnya tema-tema tersebut diuraikan berdasarkan tujuan khusus penelitian.

1. Respon keluarga terhadap kemiskinan yang dialami

Respon keluarga terhadap kemiskinan yang dialami terdiri dari 2 tema, yaitu penilaian status ekonomi keluarga dan penilaian kondisi keuangan keluarga. Tema-tema ini didapatkan dari penilaian informan mengenai keberadaan ekonomi keluarga.

Tema 1 : Penilaian status ekonomi keluarga

Penilaian status ekonomi keluarga terbentuk dari sub tema penilaian kondisi dan pendapatan keluarga. Sub tema penilaian informan mengenai **kondisi keluarga**, seluruh informan menyatakan kategori kondisi ekonomi yang **kekurangan**, seperti pernyataan di bawah ini:

“ya kurang, mau dibilang cukup, masih banyak utangnya” (I-2)

“e..agak kurang, ya ada (mengalami kesulitan), pas lagi bapaknya enggak bawa uang. kalau belanja masih utang”(I-5)

“keuangan? ya kurang-kurang. Belanja aja utang”(I-4)

Sub tema **pendapatan keluarga** dibentuk dari sub-sub tema pendapatan utama dan pendapatan tambahan. **Pendapatan utama** keluarga dari seluruh informan diketahui mempunyai kategori **sifat yang tidak pasti** dan **jumlah yang kecil** seperti pernyataan informan di bawah ini:

“*Tak masteh. Dang-kadang leh sepuluh, sebeles ebuh, snekah. Tak masteh. (Tidak pasti. Kadang dapat sepuluh (ribu rupiah), sebelas ribu, itu. Tidak pasti)*”(I-1)

“(jumlah pendapatan harian)kadang-kadang 7 ribu (rupiah), 8 ribu (rupiah)” (I-4)

“enggak tentu, kadang kalau punya rejeki ya sepuluh (ribu rupiah), kadang kalau engga ya...kan enggak tentu itu” (I-5)

Pendapatan tambahan juga memiliki kategori **sifat yang tidak pasti** dan **jumlah yang kecil**, seperti ungkapan dari informan berikut ini:

“Nenek saya kerja di pertanian di sawah...sawahnya orang...6 ribu sehari...Enggak setiap hari, itu kalau ada. Kalo nggak ada ya udah di rumah...Kadang-kadang cuma 1 minggu pas berhenti lagi. Sering preinya (banyak liburnya)” (I-2)

Tema 2 : Pengelolaan keuangan keluarga

Tema pengelolaan keuangan keluarga merupakan pengelolaan dari pendapatan keuangan keluarga terdiri dari sub tema jenis yang dibelanjakan dan jumlah uang yang dibelanjakan. **Jenis yang dibelanjakan** terdiri dari sub-sub tema pengeluaran rutin harian dan pengeluaran tidak rutin. **Pengeluaran rutin** terdiri dari kategori **konsumsi pangan** yaitu belanja bahan pangan pokok keluarga, belanja rokok, kopi untuk suami, dan jajan untuk anak:

“kalo dapat 15 (ribu rupiah) itu beli beras sekilo setengah...tujuh setengah (Rp. 7.500,-)... untuk satu hari...beli sayur...bayam itu cukup (satu ikat)...lalu beli tempe..., ndak usah ikan, kalo beli ikan nggak ada lah...tempe-tahu...lima ribu (rupiah) cukup untuk dua hari.”(I-3)

“Beli rokok eceran itu, cuma habis makan ngerokok..., cuma bapaknya yang ngopi. Bikin satu gelas besar itu...(beli) yang lima ratusan (rupiah)”(I-5)

“mon anak L tak mesthe, nak kenik. Nik sekunik jajan, jajan mangken mpon sobung lemak ratus paling mude, mil camil sing gen satos ruah. (kalau anak L tidak mesti, kan masih kecil. Sedikit-sedikit jajan, biasa jajan yang paling murah hanya lima ratus (rupiah), untuk camilan yang seratus itu)”(I-1)

Pengeluaran tidak rutin yang tergambarakan pada masyarakat Pelindu dari ungkapan informan adalah kategori pemberian **sumbangan untuk hajatan**, seperti ungkapan informan di bawah ini:

“Kalau ada orang *kepaten* (melayat), kawinan, atau tujuh bulanan itu mesti...”(I-2)

“ya cuma, enggak enaknyanya kalau ada kebutuhan mendadak...kayak orang menikah, sumbangan...ya beras, gula...”(I-6)

Jumlah belanja (bahan pangan) keluarga memiliki kategori **minimum**, seperti ungkapan informan di bawah ini:

“...*mon gun blenje mloloh, ben deng-kadeng beluk ebuh* (...(selain beras) kalau untuk belanja lainnya, kadang habis Rp. 8.000,-)”(I-1)

“Yah kalau dapat 10 ribu ya itu sudah (yang dibelanjakan), (kadang) kalau dapat 5 ribu...”(I-2)

2. Perilaku keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Perilaku keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada anak dibagi dalam 3 kelompok tema yang pembagiannya menurut perilaku pemberian ASI, susu formula, dan makanan.

Tema 3 : Pemberian Kolostrum dan ASI Matur

Pengalaman pemberian ASI tergambarkan dari sub tema waktu pemberian, penggunaan kolostrum, frekuensi pemberian, cara pemberian, selang waktu pemberian, stimulasi produksi ASI, lama pemberian ASI, pantangan selama pemberian, dan pola makan ibu selama pemberian ASI. **Waktu pemberian kolostrum dan ASI matur** sesuai dengan keluarnya ASI, yaitu kategori **usia 1 hari**, **usia 2 hari**, dan **usia 4 hari**. Ibu tidak menunda hari pemberian ASI, tetapi tidak selalu ASI telah keluar saat anak dilahirkan, seperti yang disampaikan informan berikut:

“iya begitu lahir itu langsung minum ASInya ibunya, ...” (I-3)

“(ASI keluar) satu hari setelahnya (anak lahir)ditetekin...”(I-5)

“(ASI keluar) ya sudah umur 4 hari...” (I-2)

Penggunaan kolostrum yaitu ASI yang pertama keluar terdiri dari kategori **tidak diberikan** oleh ibu kepada bayi, dan kategori yang **diberikan** tanpa membuangnya terlebih dahulu, seperti diungkapkan di bawah ini:

“(anak) diteteki....langsung”(I-5)

“...iya, dibuang dulu pertamanya, habis itu langsung diberikan” (I-2)

“(ASI) dibuang dulu,...dibuang gitu lo separuh (setengah)...” (I-3)

Frekuensi pemberian ASI, informan menyampaikan memberikan dalam kategori **sesuai kemauan anak** (*on demand*), seperti yang disampaikan informan di bawah ini:

“*tak e temoh, mon mpon peltak, nangis langsung e sosoin, tak temoh.* (tidak dihitung, kalau sudah kepingin, (anak) nangis langsung diberi ASI)”(I-1)

Cara pemberian ASI pada anak terdiri dari sub sub tema bentuk dan alasan. Seluruh informan memberikan langsung dengan cara diteteki ke anak, **ibu meneteki anak** dengan kategori **kedua sisi** payudara diberikan pada anak untuk meminum ASI, atau **satu sisi** payudara diberikan tanpa mengganti sisi lainnya, seperti yang disampaikan informan di bawah ini:

“(ibu meneteki) tidak bisa yang satunya (payudara kanan)...ndak keluar, cuma satu (menunjuk payudara kanan)...” (I-3)

“ASI...kanan aja (diberikan)...itu enggak ada pentilnya...iya sampe setahun ini pake yang kanan” (I-4)

“Iya (kedua sisi payudara diberikan, menunjuk kedua sisi payudara)” (I-2)

Alasan meneteki dengan satu sisi payudara dikarenakan **salah satu puting payudara tidak menonjol keluar**, sehingga ibu merasa tidak dapat meneteki dengan puting payudara yang tidak menonjol keluar. Pernyataan mengenai alasan ini disampaikan informan sesuai kutipan di bawah ini:

“ ndak bisa yang satunya(sambil menunjuk ke payudara sebelah kanan)...(putingnya) ndak keluar” (I-3)

“ enggak ada pentilnya (menunjuk pada payudara sebelah kiri)...enggak keluar”(I-4)

Selang waktu pemberian ASI yang dilakukan ibu pada anak terdiri dari kategori **setelah diberikan makanan pendamping** atau **sebelum pemberian makanan pendamping**, seperti yang diungkapkan di bawah ini:

“*Mareh e duleng, langsung e sosoin* (sesudah nyuapin, langsung disusuin)” (I-1)

“ya, kalau pagi dikasih makan dulu, habis itu dikasih ASI...ya habis mandi dikasih ASI..., habis itu didulang(disuapi), dikasih makan”(I-2)

“ya kalau ngelak (haus), bangun tidur itu dikasih ASI, baru jam 8 (pagi) itu dikasih pisang”(I-4)

Stimulasi produksi ASI dilakukan oleh ibu supaya ASI dapat keluar atau dapat meningkat produksinya, adapun informasi yang didapatkan mengenai stimulasi produksi ASI adalah mengenai sub sub tema jenis stimulasi dan tujuan stimulasi.

Jenis stimulasi yang dilakukan ibu adalah kategori mengkonsumsi **ramuan tradisional** yang terdiri dari **jamu** dan **daun katuk**, seperti yang disampaikan informan berikut ini:

“*Gih, ngenom ramuan jamu... e berik jamoh mbik dokonah* (ya minum ramuan jamu... diberi jamu oleh dukun)” (I-1)

“(ASI keluar) ya, sudah umur 4 hari, ya jamu itu, dikasih sama dukunnya itu”(I-2)

“(ASI) iya banyak, (caranya) anu, bikin jamu daun katuk, trus dibikin sayur lagi”(I-2)

Tujuan selain stimulasi produksi ASI juga untuk **kesehatan ibu** dan juga agar **anak tidak bau**, seperti yang dinyatakan informan berikut ini:

“...fungsi jamu itu ditubuh ibunya itu fit, pendarahan lancar, cepet kering, anaknya enggak bau amis...” (I-6)

Lama pemberian ASI dipilah menurut umur dan kemampuan anak sesuai dengan yang disampaikan oleh informan. Lama pemberian ASI menurut **umur**, memiliki keragaman yaitu **< 1 tahun, 1-2 tahun, > 2 tahun**, seperti yang dikutipkan dari pernyataan informan berikut ini:

“umur 2 bulan...ndak mau (diteteki), umur dua bulan itu pisang terus, hari (umur) segitu sudah mau dikasih nasi...”(I-3)

“*omor duk belas neka, omor sepuluh mpon kak tengkakan, omor duk belas gancang mpon...*(umur 12 (bulan), umur 10(bulan) sudah malas-malasan, umur 12 sudah disapih...”(I-1)

“Iya, empat bulan itu terus (ASI diberikan)...sampai sekarang (anak umur 2 tahun lebih) masih belum berhenti”(I-2)

Pantangan selama pemberian ASI digambarkan dalam sub sub tema jenis pantangan, lama pantangan, dan alasan pantangan. **Jenis pantangan** yang berlaku selama ibu memberikan ASI pada anak adalah kategori mengkonsumsi **makanan (lauk ikan dan sambal)**, seperti yang disampaikan informan berikut:

“*guleh pon, nak-kanak gik bayi tak oning nedhe en jukok, sambel sneka tak oning...* (saya waktu anak-anak bayi tidak makan lauk ikan, sambal juga tidak)...”(I-1)

Lama pantangan berlangsung **sampai anak umur 7 bulan**, seperti yang diungkapkan informan berikut:

“...*mon mpon omor petok guleh nedhe mpon, ...* (...kalau sudah umur tujuh (bulan),saya sudah boleh...” (I-1)

Alasan pantangan mengkonsumsi makanan tersebut adalah dikarenakan kategori anak **belum kuat**, seperti kutipan di bawah ini:

“...*reken kuat nahan gizina ruah* (...kan anak-anak sudah kuat, sudah kuat menahan kandungan gizinya (ikan yang dimakan ibu saat menyusui)” (I-1)

Pola makan ibu selama pemberian ASI terdiri dari sub sub tema **keberlangsungan kebiasaan jenis makanan yang dikonsumsi** serta mengenai

frekuensi makan. Perubahan kebiasaan jenis makanan yang dikonsumsi teridentifikasi kategori **adanya perubahan** yaitu selama menyusui ibu tidak mengkonsumsi ikan, atau adapula kategori ibu **tidak melakukan perubahan** kebiasaan jenis makanan yang dikonsumsi, artinya ibu tetap mengkonsumsi ikan atau yang lainnya jika makanan tersebut ada.

“(sebelum anak berumur 7 bulan, ibu memakan) *Cuma bajem gruah, tempe-tahu* (Cuma bayam itu, tempe-tahu)” (I-1)

“(ibu menyusui anak)...kalau makannya ya seadanya, kadang sayur pepaya muda, kelor...kalau lauknya, ikan asin, tempe, kalau punya uang ikan pindang...(saat anak masih bayi) tidak makan sambel” (I-2)

“(ketika memberikan ASI yang dikonsumsi selain nasi) tempe, sambel...(dari mulai anak lahir pola makan) enggak (berubah), ya gitu..., apa aja (tidak ada pantangan)” (I-4)

Frekuensi makan ibu ketika sedang memberikan ASI pada anak terdiri dari kategori **2-3 kali, 4 - 5 kali**, seperti yang terungkap dari pernyataan informan berikut ini:

“ya sembarang, kadang tiga kali, ya dua kali...kalau enggak lapar ya dua kali...kalau makan seadanya”...(I-2)

“(frekuensi makan dalam sehari) 4 (kali)”(I-4)

“(menu) makannya ndak berubah, tetapi beberap kali...lima kali (sehari)...iya, bangun tidur udah makan, habis ngarit makan lagi, jam 12 (siang) makan, jam 3 sore makan, kalo mau tidur makan lagi” (I-3)

Tema 4 : Pemberian susu formula

Tema susu formula terdiri dari sub tema waktu, lama, jumlah, dan alasan pemberian. **Waktu** pemberian susu formula pada anak terdiri dari kategori **sesaat baru lahir** atau saat anak **usia 1 tahun**, seperti pernyataan informan di bawah ini:

“iya minum ASI, dicampur susu, awal itu (baru lahir)...susu formula (menyebutkan merk dagang)...”(I-5)

“(baru lahir) langsung (diberikan)susu formula ...”(I-6)

“...agak besar sekitar 1 tahunan ada bantuan susu sama bubur sama (dari bu bidan)”(I-5)

Lama pemberian susu formula pada informan terdiri dari kategori **2 bulan, 3 bulan** (sesuai dengan masa pemberian makanan tambahan dalam program PMT), dan **11 bulan** (saat anak mengalami diare di usia 11 bulan, susu formula tidak diberikan lagi), seperti diungkapkan informan berikut ini:

“(lama) 2 bulan...susu formulanya berhenti...”(I-5)

“agak besar sekitar 1 tahunan ada bantuan susu sama bubur sama (dari) bu bidan...mungkin ada 3 bulan”(I-5)

“(baru lahir) langsung (diberikan)susu formula ...katanya diterusin aja susu formulanya..., sebelas bulan berhenti sendiri (minum susu formula)...” (I-6)

Jumlah pemberian susu tergambarkan dengan kategori **penambahan pemberian sesuai penambahan usia** (tidak sesuai dengan anjuran yang tertera pada kemasan/diberikan sesuai perkiraan ibu), seperti yang disampaikan informan berikut:

“yang habis lahir 150 (gram) habis 4 hari, kalau umur 4 bulan 150 (gram) habis 2-5 hari, terus 7 bulan 150 (gram) sehari semalam”(I-6)

Alasan pemberian susu formula dikarenakan **anak tidak mau diberikan ASI, berat badan lahir kurang (BBLR)**, dan karena **ada bantuan dari pelayanan kesehatan**, seperti yang disampaikan berikut ini:

“...katanya diterusin aja susu formulanya, mungkin enggak suka ASI, katanya (bidan)...” (I-6)

“...awal itu (lahir)...kan katanya beratnya kurang, 2 kilo (kilogram) itu...” (I-5)

“...agak besar sekitar 1 tahunan ada bantuan susu sama bubur sama (dari) bu bidan...”(I-5)

Tema 5 : Pemberian makananan

Pemberian makanan terdiri dari beberapa sub tema yaitu: pemberian makan menurut usia anak dan menu makanan yang diberikan. Sub tema pemberian makan menurut usia anak terdiri dari sub sub tema **makanan sebelum pengenalan ASI (pralaktal)** terdiri dari: waktu, lama, jenis makanan, porsi, frekuensi, alasan, dan cara pemberian. **Waktu** pemberian makanan pertama adalah kategori **segera setelah lahir**, seperti ungkapan dari informan di bawah ini:

“*Gik buru lair, e beriin kates-pepaya neka...(pas baru lahir, diberi pepaya...)*” (I-1)

“...pas baru lahir, kalau anak saya dikasih degan (kelapa muda)...”(I-2).

Lama pemberian makanan pertama terdiri dari kategori **1-3 hari** (pepaya, kelapa muda) atau selama **2 bulan** (pisang), seperti yang disampaikan informan berikut ini:

“...*Pertama berik kates, seareh gnikah kates...seareh poleh berik gedheng...(pertama diberi pepaya, sehari pepaya, sehari kemudian diberi pisang...)*”(I-1)

“*Keluar(lahir) langsung didulang (disuap dengan menggunakan sendok),...didulang sampe dua hari*” (I-6)

“*Sebelumnya(saat setelah lahir) pake degan itu...dalam 3 hari*”(I-2)

“*Iya, begitu lahir itu..., kalo makan dikasih pisang...satu pisang untuk tiga kali...(sampai) umur 2 bulan...*”(I-3)

Jenis makanan yang diberikan pertama kali adalah kategori **buah**, seperti pepaya, pisang dan kelapa muda.

“...*e beriin kates-pepaya neka (...diberi pepaya)*”(I-1)

“*Keluar(lahir) langsung didulang..., kelapa yang belum jadi (degan).*”(I-6)

“*Iya, begitu lahir itu langsung...kalo makan dikasih pisang*”(I-3)

Porsi pemberian makan pada anak sesaat baru lahir diukur dengan perkiraan 1 buah pisang setara dengan berat 100gram dan 1 sendok makan sama dengan 10

gram (Azwar, 2000), yaitu kategori **1 sendok makan (10 gram)** untuk pepaya/ kelapa muda atau $\frac{1}{2}$ **buah (50 gram)** untuk pemberian pisang.

“*Gik saloloh...(pepaya) (Hanya sesuap saja...)*”(I-1)

“Pisang gajih...Kalo baru lahir satu ndak habis, separuh (setengah)”(I-3)

Frekuensi pemberian adalah kategori **3 kali per hari** diberikan makanan pada bayi baru lahir, sebelum ASI diberikan.

“3 kali...(pisang diberikan ke anak dalam sehari)... ”(I-2)

“satu pisang itu diberikan untuk 3 kali (dalam sehari)”(I-3)

Alasan pemberian tergambarkan pada sub sub tema alasan jumlah, alasan melakukan tindakan, dan alasan jenis makanan. **Alasan jumlah** yaitu dikarenakan **keterbatasan kapasitas lambung**, seperti yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“...*kan kanak sneka kan kekenyangan....* (...Kan masih anak itu bisa kekenyangan...)” (I-1)

Alasan waktu pemberian makan saat anak baru lahir adalah dikarenakan **kebiasaan masyarakat**, sesuai dengan pernyataan dari informan di bawah ini:

“Ya enggak tau, katanya kalau pertama baru lahir dikasih degan...Kata nenek saya, sudah biasa kalau di sini mbak.”(I-2)

“...dulu saya digituin (diberi makan sesaat baru lahir)”(I-6)

Alasan jenis makanan yang diberikan terdiri dari kategori **keterbatasan fisik** bayi yang belum dapat mengunyah makanan padat dan kategori **kesegaran badan anak** seperti yang disampaikan informan di bawah ini:

“Kan masih belum bisa ngunyah, biar segar dan enak di badan, katanya,keadaannya masih lemah, katanya”(I-6)

Cara pemberian makanan pertama pada anak sesaat baru dilahirkan adalah makanan langsung diberikan **tanpa diolah**, seperti yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“(degan) disuapi 1 sendok, yang masih air-air”(I-2)

Sub sub tema **pemberian makanan pada saat anak berusia < 6 bulan**

Pemberian makanan pada saat anak berusia < 6 bulan terdiri dari: jenis, waktu, lama, porsi, frekuensi, jadwal, tujuan, dan cara pemberian. **Jenis** makanan lanjutan yang diberikan pada anak usia < 6 bulan terdiri dari kategori yang beragam dari **buah, buah + nasi, bubur bayi kemasan, nasi yang dihaluskan**, atau pemberian dua jenis makanan yaitu **nasi dan bubur bayi kemasan**. Gambaran mengenai jenis makanan yang diberikan tersebut sesuai dengan pernyataan informan di bawah ini:

“... *berik gedheng e duleng* (disuapi pisang ...)” (I-1)

“habis itu dikasih pisang... Habis itu ganti sama nasi..., umur tiga bulan (pisang) dicampur nasi (yang dihaluskan) sedikit” (I-2)

“...umur 4 bulan sudah bubur bayi kemasan (menyebutkan satu merk),...” (I-4)

“...umur dua bulan ...hari (umur) segitu sudah dikasih nasi sama kuah...satu sendok biasa itu, dipenyet-penyet (dihancurkan)...”(I-2)

“Selama 3 -7 bulan itu, dikasih bubur 2 kali sehari, nasinya 1 kali sehari”

Waktu pemberian makanan pada saat anak berusia < 6 bulan, yaitu **sebelum masa neonatus** (umur 2-3 hari, umur 26 hari) dan **setelah masa neonatus** (umur 2-3 bulan, umur 4-5 bulan), terungkap dari yang disampaikan informan seperti kutipan di bawah:

“... *seareh gnikah kates, seareh poleh berik gedheng*. (pertama diberi pepaya (sesaat setelah lahir), sehari kemudian diberi pisang)” (I-1)

“...habis itu dikasih pisang, umur 3 hari sampe umur lima bulan...”(I-2).

“umur 26 hari...maunya yang MP-ASI, dikasih itu sampai (umur) 7 bulan...”(I-6)

“...umur 2 bulan...sudah mau dikasih nasi”(I-3)

“...sampai umur 3 bulan...dikasih pisang ...”(I-5)

“...umur tiga bulan (pisang) dicampur nasi sedikit.” (I-2)

“(pisang)...dikasih...sampai umur 2 bulan...sudah enggak mau pisang,... umur 4 bulan sudah bubur bayi kemasan, umur 5 (bulan) dikasih nasi...diulek” (I-4)

Lama pemberian makanan lanjutan pada anak usia < 6 bulan terdiri dari kategori **1-2 bulan, 3-4 bulan**, lebih dari 6 bulan, yaitu **sampai 7 bulan** atau **sampai usia > 1 tahun** (dikarenakan anak telah diberikan nasi pada saat usia kurang dari 6 bulan). Informasi yang disampaikan partisipan dikutip di bawah ini:

“...umur 4 bulan sudah bubur bayi kemasan, umur 5 (bulan) dikasih nasi”(I-4)

“(Hari ke-2 setelah lahir) *didulang gedhang* (disuapi pisang),...sampai umur 2 bulan”(I-4)

“habis itu dikasih pisang, umur 3 hari sampe umur lima bulan. Habis itu ganti sama nasi..., umur tiga bulan (pisang) dicampur nasi sedikit” (I-2)

“...pisang...dikasih (sampai umur) 6 bulan”(I-5)

“...selama 3-7 bulan itu dikasih bubur 2 kali sehari, nasinya 1 kali sehari”(I-6)

“... *e berik pisang gnika sampek omor petok*...(...diberi pisang hingga umur tujuh (bulan)...”(I-1)

Porsi pemberian makanan lanjutan saat anak usia < 6 bulan terdiri dari kategori **1 sendok makan (10 gram) nasi, 1 buah (50-100gram) pisang**, atau **1/3 – 1 bungkus (7-20 gram keadaan kering) bubur bayi kemasan** seperti diungkapkan oleh informan berikut:

“...umur dua bulan ...hari (umur) segitu sudah dikasih nasi sama kuah...satu sendok biasa itu...”(I-3)

“Dikasih pisang... setengah pisang” (I-5)

“...*duleng sekalean gruah setong*... (...tiap kali makan satu pisang...)” (I-1)

“(dikasih MP-ASI) kalau pertama *sachet* kecil itu 1 hari dibagi 3 kali (7 gram)...”(I-6)

“(dikasih MP-ASI) ...terus ada satu minggu 1 bungkus jadi 2 kali (10 gram/ makan)...” (I-6)

“(dikasih MP-ASI)...sekitar 2 bulanan 1 bungkus 1 hari (20 gram/ makan)” (I-6)

Frekuensi pemberian makan pada anak usia < 6 bulan terdiri dari kategori **dua kali sehari** atau **tiga kali sehari**, seperti yang dinyatakan oleh informan berikut ini:

“pisang ...3 kali (sehari), jam 12 makan, jam 4 sore, pagi jam 7”(I-2)

“Dikasih pisang... dikasih 2 kali sehari, pagi sama sore...”(I-5)

Jadual pemberian makan pada anak usia < 6 bulan terdiri dari kategori **sebelum** dan **setelah** pemberian ASI, seperti yang diinformasikan partisipan berikut ini:

“sesudah nyuapin langsung disusin”(I-1)

“...kalau sudah makan dikasih ASI”(I-4)

“bangun tidur dikasih ASI...sedikit, baru jam 8 (pagi) itu dikasih pisang trus jam 3 sore”(I-2)

Tujuan pemberian makanan lanjutan untuk **mengatasi lapar, menjaga kesehatan, dan mencegah bayi menangis**, seperti yang diungkapkan di bawah ini:

“ ...dikasih pisang...ya, biar sehat, kalo dikasih ASI aja kurang, masih lapar, kalo dikasih pisang diam dah” (I-3)

“...*gih moleh tak lapar, moleh sehat* (ya, supaya tidak lapar, supaya sehat)...(kalau tidak makan pisang) *Nangis meloloh, kan gruah lapar sneka,*

mon lapar kan nangis nak-kanak nyeksa. (nangis terus, kan lapar, kalau lapar, kan nangis, menyiksa)”(I-1)

Cara pemberian makanan lanjutan pada anak usia < 6 bulan diberikan sesuai dengan jenis makanan terdiri dari sub sub tema proses penyiapan dan cara pengolahan. Proses penyiapan dilakukan dengan kategori **tanpa dimasak (pisang) atau dimasak/ ditanak (nasi)** dan cara pengolahan sebelum diberikan adalah dengan cara **dihaluskan** seperti dikerok atau diulek, seperti pernyataan informan berikut ini:

“didulang gedhang (disuapi pisang), pake sendok itu...dikerok itu,enggak (dimasak), yang mentahan itu...” (I-4)

“(nasi) diulek dikasih sayur bayem” (I-4)

“Nasinya itu diulek dulu, habis itu dikasih sayur” (I-2)

Sub sub tema pemberian makanan pada saat anak berusia 6 bulan – 12 bulan

Pemberian makanan lanjutan pada anak usia 6 – 12 bulan terdiri dari: jenis makanan, waktu, lama, porsi, dan frekuensi pemberian. **Jenis** makanan yang diberikan pada anak usia 6 bulan – 12 bulan terdiri dari kategori **makanan lunak** dan **makanan padat**, seperti yang diungkapkan informan di bawah:

“...sampek omor petok, pas gneka e berik lontong gruah gocek e alosan, mbik gegan bajem wortel, jukok teri (...hingga umur tujuh (bulan) setelah tu diberi lontong diulek sampe halus sama sayur bayam, wortel, dan ikan teri)” (I-1)

“maunya yang MP-ASI, dikasih itu sampai 7 bulan...berhenti sendiri, habis gitu sama dengan kita makannya, ya sama wis, pake sayur enggak usah diulek nasinya..”(I-6)

“...habis itu ganti sama nasi...ya itu umur 5 bulan masih diulek nasinya, umur setahun sudah biasa nasinya” (I-2)

Waktu pemberian makanan lanjutan saat anak usia 6 bulan – 12 bulan, dibagi menurut sub sub tema jenis makanan, yaitu makanan lunak dan makanan padat.

Ibu memberikan **makanan lunak** pada saat anak **umur 7 bulan** dan untuk pemberian **makanan padat**, dilakukan ibu saat anak **umur 6-7 bulan** atau ada juga ibu yang memberikan saat anak **umur 11 bulan**, seperti kutipan ungkapan informan di bawah ini:

“... e berik pisang gnika sampek omor petok...(diberi pisang hingga umur tujuh (bulan)... “(I-1)

“umur 6 bulan...(anak diberi makan) nasi (biasa) sama sayur”(I-5)

sampai 7 bulan (nasi diulek)...habis gitu...ya sama wis, pake sayur enggak usah diulek nasinya”(I-6)

“...omor sepoloh gi e bebek alus, omor sebeles mpon tak usah e gocek (umur sepuluh masih diulek halus, umur sebelas sudah tidak diulek)” (I-1)”

Lama pemberian makanan pada anak saat usia 6 bulan – 12 bulan, terdiri dari kategori **2-4 bulan** dan **7 bulan** (dari umur 5 bulan), serta untuk anak yang telah diberikan nasi maka pemberian dilakukan **sampai usia > 1tahun**, seperti yang dikemukakan informan di bawah ini:

“...umur 5, dikasih...nasi tim sampai umur 7 (bulan), (setelah itu) nasi biasa” (I-4)

“...(gedhang) sampe omor petok pas gnika e berik lontong guruh gocek e alosan (... (pisang) sampai umur tujuh bulan setelah itu diberi lontong diulek sampe halus)...omor sepoloh gi e bebek alus, omor sebeles mpon tak usah e gocek (umur 10 (bulan) (nasi) masih diulek alus, umur 11 sudah tidak diulek)” (I-1)

“...ya itu umur 5 bulan masih diulek nasinya, umur setahun sudah biasa nasinya (sampai sekarang)” (I-2)

Porsi pemberian makanan pada bayi usia 6 – 12 bulan adalah **1 sendok makan (10 gram)**, dan $\frac{1}{2}$ **mangkok kecil (25 gram)** setiap kali makan, seperti yang disampaikan informan berikut ini:

“...(6 bulan) dikasih nasi...seukuran itu, setengah mangkuk kecil” (I-5)

“...umur lima (bulan) nasi...satu sendok makan.”(I-4)

Frekuensi pemberian terdiri dari kategori **2 kali sehari**, dan **3 kali sehari** seperti yang disampaikan informan di bawah ini:

“nasinya diulek dulu...tetap tiga kali (sehari)” (I-2)

“...umur lima(bulan, makan) nasi...dua kali (sehari)...” (I-4)

Sub sub tema pemberian makanan pada saat anak berusia > 12 bulan

Pemberian makanan pada saat anak berusia > 12 bulan terdiri dari: tema waktu, lama, jenis makanan, porsi, frekuensi, alasan pemberian. **Waktu** pemberian makanan pada anak di usia > 12 bulan menurut umur, seperti yang disampaikan oleh informan yaitu memberi makan nasi pada saat anak **usia satu tahun**:

“...umur setahun sudah biasa nasinya” (I-2)

Lama pemberian makanan pada anak di usia > 12 bulan, masih berlangsung sampai saat wawancara dilakukan (**anak berusia 1-5 tahun**) seperti yang disampaikan informan berikut:

“...sampai sekarang...nasi biasa yang kasar itu” (I-4)

Jenis makanan yang diberikan adalah **nasi dengan sayur, atau nasi dengan sayur, dan lauk-pauk**. Gambaran kategori tersebut dinyatakan dari kutipan di bawah ini:

“...makan seadanya, kadang sayur pepaya muda, kelor, ...bayam..., kalau lauknya ikan asin, tempe...kalau ada (uang) beli ikan, kalau enggak ada ya udah sayur aja...”(I-2)

Porsi pemberian makanan pada anak berusia > 12 bulan sudah lebih banyak dari usia sebelumnya, yaitu memberikan nasi **1 centong (100 gram)** atau **3 centong (300 gram)**, seperti yang dikutip di bawah ini:

“(sekarang makan nasi) satu centong itu...”(I-5)

“iya kalo ini (sambil menunjuk anak ke-2)...(nasinya) tiga centong, dihabiskan” (I-3)

Frekuensi pemberian makan pada anak usia > 12 bulan, seperti yang telah dituliskan di atas pada kutipan pernyataan informan yaitu **2-3 kali sehari**.

“...3kali kadang 2 kali (sehari)...(I-5)

“...(pemberian) tetep 3 kali (sehari)...”(I-2)

Alasan frekuensi pemberian makan pada anak diusia > 12 bulan, adalah untuk **memenuhi permintaan anak**, atau dikarenakan **anak tidak mengkonsumsi jajanan**, seperti yang dituliskan pada pernyataan informan di bawah ini:

“(sekarang makan nasi)...3 kali kadang 2 kali (sehari), semintanya itu”(I-5)

“...tetep 3 kali (sehari), masalahnya enggak jajan itu”(I-2)

Sub tema menu makanan yang diberikan pada anak terdiri dari berbagai kategori, yaitu **makanan pokok** (nasi, singkong, mie), **lauk-pauk** (tahu-tempe, ikan asin, pindang, ikan teri, telur), **sayuran** (bayam, wortel, kentang, kacang panjang, pepaya muda, kelor, genjer), **buah-buahan** (rambutan, jambu, pepaya, pisang, apel malang, salak), **penganan** (bakso, *cilok* /olahan tepung kanji yang dibuat bulat kecil-kecil), wafer, biskuit, pisang goreng, *jemblem*/ olahan singkong diberi gula merah), dan **suplemen makanan** (susu kedelai). Ungkapan mengenai menu makanan yang diberikan anak sebagian telah dituliskan di atas beberapa dikutip di bawah ini sesuai dengan pernyataan informan:

“apel gitu (apel malang), kemarin dibeliin apel, pas loro (sakit) itu, kemarin ada yang jualan di sini, saya belikan satu kilo, dihabiskan sama anak pertama dan ke-2, katut (habis) 30 puluh (buah), habis” (I-3)

“ ya pisang, kadang-kadang apel, ...iya yang kecil-kecil itu, yang lima ratusan, ...(pisang) ya beli juga, di sini enggak ada (tidak menanam pohon pisang), kalau pepaya dikasih kakak saya yang ada di (kelurahan) Sumbersari...iya sering ke sini...kalau ke sini juga mbawa

susu (kedelai) itu...segelas ini (menunjukkan gelas sekitar 400 cc)...itu setiap minggu, mulai umur 24 (hari) sudah minum susu kedelai”(I-2)

“(mie)mintah, e mele agih, mon tak mintah, enten, mangken oning mintah, “ngkok ngakan ruah, bei lah buk, ngkok meleh mie, kan meleh mie”, *cokop nasek mbik mie, tak usah menu lain* (kalau minta dibelikan, kalau tidak minta ya tidak, misal sekarang minta, “saya makan ini saja, ini buk, saya beli mie, kan beli mie”, cukup nasi sama mie, tidak perlu menu lain)...*mie goreng (kemasan) neka (mie goreng itu)...nggih, bakso, deng-kadeng meleh agih lemak ratus, kan mon kantoh bisa-an, limak ratos mpon oleh* (ya bakso, kadang beli lima ratus, kan yang jual mudah, lima ratus sudah dapat)...(cilok atau olahan tepung bulat kecil) gih e berik-in (ya diberikan)” (I-1)

3. Strategi yang dilakukan oleh keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Tema pada strategi yang dilakukan oleh keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada anak terdiri dari 3, yaitu cara akses sumber nutrisi, prinsip pemberian makan, dan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan pada anak.

Tema 6: Cara akses sumber nutrisi keluarga

Upaya yang dilakukan dalam menyediakan pangan keluarga adalah **membeli, mencari, meminjam (berhutang), memelihara (tanaman pangan, hewan penghasil pangan)**. Beberapa kutipan yang menginformasikan mengenai cara akses sumber nutrisi keluarga adalah sebagai berikut:

“*ka mah, meleh sembereng ruah, sabeh tak endik* (yang mana? beli semuanya, sawah juga tidak punya)...*gih mon korang ya utang, mon mpon ndik rejekeh nik sekunik e serahin, nyicil, mpon pas kurang tak utang, tak nadhe nak-kanak, kan neser* (ya, kalau kurang ya hutang, kalau ada rejeki sedikit ya diserahkan nyicil, kalau kurang enggak ngutang, anak-anak enggak makan, kan kasihan)”(I-1)

“...juga bisa nyari bayam yang masih berduri di sawah itu...ya bayem, ya kelor (sayuran berbentuk daun berukuran kecil-kecil), itu kan nggak beli, minta ke tetangga, pepaya ya minta, kadang-kadang direbus, kadang juga disayur” (I-2)

“(telur)... kita oleh (dapat) sendiri (tidak beli), tapi pas kalau ada ya, tinggal ambil, punya ayam”(I-6)

“(pohon) rambutan, mangga, pisang...(panen) satu kali (setahun)...(singkong) ada..., anaknya di sini banyak, keluarga besar di sini, disimpan, makan dewe (makan keluarga sendiri)”(I-3)

Tema 7: Prinsip pemberian makan

Prinsip yang dipegang oleh keluarga dalam pemberian makan pada anak terdiri dari kategori **asal makan** dan **sesuai keadaan** artinya anak makan setiap hari tanpa ibu mempertimbangkan kuantitas dan kualitas gizi sesuai kebutuhan anak, seperti yang dikutip dari pernyataan informan berikut:

“...*blenjena gnika ebueng, penting nadhe ruah pon ben areh* (...belanja itu yang menghabiskan, yang penting makan tiap hari)”(I-1)

“ya...kalau ada dibelikan ikan pindang itu, kalau enggak ada, ya udah sayur aja...”(I-2)

Tema 8: Pemeliharaan kesehatan

Strategi yang dilakukan oleh keluarga untuk menunjang nutrisi balita adalah pemeliharaan kesehatan yang terdiri dari subtema **pengaturan pola aktivitas anak, pemberian ramuan tradisional (jamu), pemberian vitamin, dan pijatan rutin pada anak**, seperti diungkapkan oleh informan berikut ini:

“ya dikasih makan, disuruh tidur, gitu biar sehat, biar ndak kurus, ini diatur sama saya”(I-3)

“pijet ben minggu (pijat tiap minggu)...mulai gik lahir (muali lahir)...umur mpon mareh selapan, oleh sebulan (umur setelah selapan, dapat sebulan)”(I-1)

“yah..anu sering sakit-sakitan kalau pijetnya telat...kadang 2 bulan sekali, pokoknya kalau malam batuk-batuk, itu minta pijet..(dipijat) mulai masih bayi”(I-5)

“(jamu) iya, lima ratusan yang gendongan,...ya enggak tahu, supaya sehat katanya...iya itu langganan, ini kalau ada jamu bingung, sampe utang itu”(I-5)

“...ini, kan di posyandu dikasih vitamin itu...minyak ikan itu...(itu yang menyebabkan berat badannya besar) iya”(I-2)

4. Faktor pendukung dan penghambat dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Faktor pendukung dan penghambat merupakan dua tema dari tujuan ini, setiap faktor dipilah menurut sub tema anak, keluarga dan lingkungan.

Tema 9 : Faktor penghambat

Sub tema **anak** terdiri dari sub sub tema berat badan saat lahir, gangguan kesehatan, dan keinginan makan pada anak. **Berat badan saat lahir** menjadi faktor yang menghambat status gizi anak karena kategori **berat badan lahir rendah** (BBLR), seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

“...kan katanya beratnya (lahir) kurang, 2 kilo (kilogram) itu”(I-5)

Gangguan kesehatan merupakan faktor penghambat dalam pemenuhan gizi anak, gangguan kesehatan anak terbagi dalam jenis penyakit, dan frekuensi sakit. **Jenis penyakit** pada anak terdiri dari berbagai kategori, yaitu **gangguan sistem pencernaan, gangguan sistem pernafasan, dan panas-kejang**, kutipan informan di bawah ini menggambarkan mengenai keadaan sakit pada anak:

“...kira-kira 2 hari 3 malam, ASI keluar, saya paksain, disedot, disendokin, tetep enggak mau, mukanya sampe merah, terus ke bu bidan, katanya diterusin aja susu formulanya...11 bulan berhenti sendiri, kena muntaber, setelah sembuh saya kasih ASI, tapi dianya sudah enggak mau...keluar(lahir) langsung didulang sama itu, kelapa yang belum jadi, habis itu dikasih kates, habis itu didulang sama pisang, yang belum dikukus, pisang kepok itu, didulang sampe 2 hari, terus didulang pisang dicampur nasi sama ibu. Nasinya satu sendok, pisangnya sekerok, habis itu perutnya aboh (bengkak), saya periksain lagi, wis, katanya bidan nggak siap, makanya saya berhentikan, susu formula saya kasihkan lagi tapi dikentalin

sampai umur 26 hari, habis itu dia kok nangis terus, mungkin lapar, saya kasih pisang lagi, tapi perutnya bengkak lagi, ...maunya MP-ASI dikasih itu sampai 7 bulan..."(I-6)

"ini sakit-sakitan, panas itu,...pernah sampe step, ...enggak tahu, panas sampe dua hari, kalau stepnya sebentar, ...(berobat)anu itu, ke kiai, sakit perut katanya, dikasih air, sembuh pas, ...(kata kiai)enggak bisa ngengek (BAB) itu" (I-4)

"iya sakit batuk sama sesak itu,... iya kalau sudah pilek sama batuk mesti itu,...kadang-kadang empat kali (dalam sebulan) sering dibawa ke puskesmas, sakit-sakit itu, tapi anaknya besar,...(sering mengalami sakit)ya dari lahir, sampe sekarang...karena anaknya mau makan banyak, tapi kena infeksi usus...kalau sedikit dibilang kurang terus"(I-2)

Frekuensi sakit anak mempengaruhi dalam pemberian nutrisi seperti yang tergambar dari kutipan di atas, yaitu **anak sering menderita sakit**.

"...kadang-kadang empat kali (dalam sebulan) sering dibawa ke puskesmas (karena sakit)" (I-2)

Sub sub tema **keinginan makan** pada anak juga merupakan faktor yang mempengaruhi pemenuhan nutrisi anak dengan kategori anak **tidak memiliki selera makan**, seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

"(anak sakit) ndak mau makan, minum terus, diambihkan nasi ndak mau, ya ndak mau makan, minum terus...air gula, ndak mau bubur, orang sini (anggota keluarga) kalo sakit buat apa itu ndak mau, minum terus ini...gula ¼ (kilogram) itu habis satu hari, minum terus"(I-3)

Sub tema **keluarga** memiliki kategori **keterbatasan ekonomi** sebagai penghambat dalam pemenuhan nutrisi anak, seperti yang diungkapkan oleh informan berikut:

"...mbecek, jarang e nadhe, jukok ajem (narik becak, jarang makan lauk ayam)"(I-1)

Sub tema **lingkungan sosial** yang kurang mendukung dalam pemberian nutrisi pada anak adalah kebiasaan dalam memberikan **sumbangan pada anggota masyarakat yang melangsungkan hajatan** sehingga dapat menyebabkan

berkurangnya kemampuan penyediaan pangan keluarga. Ungkapan adanya kebiasaan tersebut dikutip di bawah ini:

“orang menikah, minta sumbangan...kalau enggak nyumbang gimana wong tradisinya sudah kayak gitu...kalau sudah pas bulan banyak yang hajatan, ya udah melemah (keadaan ekonomi lemah) wis...(I-6)

Tema 10: Faktor pendukung

Gambaran faktor pendukung dipilah menurut sub tema faktor anak, keluarga, lingkungan, dan faktor sanak famili. **Faktor anak** sebagai pendukung terbagi dalam kategori **berat lahir anak yang normal atau baik, frekuensi sakit yang jarang, dan selera makan pada anak yang besar** atau anak makan dengan porsi yang cukup banyak. Kutipan di bawah ini merupakan pernyataan informan yang menggambarkan hal tersebut:

“(anak) lahirnya 4 kilo (kilogram)”(I-2)

” (lahir) 3 kilo (kilogram) 2 ons” (I-4)

“...sakit...sekali itu aja...tidak pernah sakit lagi...”(I-4)

“3 centong nasi dihabiskan (sekali makan)”(I-3)

Faktor keluarga terbagi dalam kategori **anggota keluarga yang membantu dalam pengadaan pangan keluarga**, kategori ini juga terdapat pada **faktor sanak-famili**. Contoh ungkapan informan yang menyatakan itu adalah:

“mertua ngasih beras 10 kilo (kilogram) setiap panen”(I-5)

“kalau pepaya dikasih kakak saya...kalau hari minggu ke sini...”(I-2)

Faktor lingkungan yang mendukung pemenuhan nutrisi pada anak adalah dikarenakan **faktor lingkungan: alam** yaitu dengan kategori **tersedianya bahan pangan** dari **tanaman pangan yang tumbuh tanpa dipelihara** atau dengan

sengaja dipelihara dan sumber pangan hewani dari ternak yang dipelihara.

Kutipan-kutipan informan di bawah ini menyatakan kategori di atas:

“...sayuran...banyak, cari sendiri di sawah...bayam, kelor, pepaya...(minta ke tetangga)”(I-2)

“tapi pas kalau ada telur ya tinggal ambil, punya ayam” (I-6)

5. Kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan

Tema yang terdapat pada kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan terdiri dari: intervensi pelayanan yang diterima, sumber daya tenaga kesehatan, sarana-prasarana kesehatan.

Tema 11: Intervensi pelayanan yang diterima

Jenis intervensi yang diterima dibagi menurut sub tema jenis pelayanan kesehatan yaitu pelayanan kesehatan alternative/tradisional, terdiri dari dukun dan kyai, dan pelayanan kesehatan modern, terdiri dari: posyandu, puskesmas, dan praktek privat: bidan. Intervensi **pelayanan kesehatan alternatif/tradisional** pada sub sub tema **dukun beranak** terdiri dari kategori **pemeriksaan kehamilan, membantu proses persalinan, memberikan ramuan tradisional: jamu untuk stimulasi produksi ASI, memijatkan anak balita**. Selain dari dukun beranak, ada pelayanan kesehatan alternatif lain yaitu sub sub tema **kyai** yang terdiri dari kategori pemberian **pengobatan pada anak**. Kutipan untuk kategori tersebut dituliskan di bawah ini:

“(anak dilahirkan dengan bantuan)dukun kadintoh, tak oning kak bidan (dukun semua, tidak ada yang ke bidan)”(I-1)

“gih, ngenom ramuan jamu dari dokona ruah...(iya, minum ramuan jamu dari dukunya...(pasca melahirkan)” (I-1)

...pijet, ben minggu(pijat setiap minggu)...mulai gik lahir (mulai dari lahir)...(ke) Lek Sun (nama dukun pijat)...

“...anu itu..., ke Kyai, sakit perut katanya...dikasih air, sembuh pas...enggak bisa ngengek (BAB) itu” (I-4)

Sub tema **pelayanan kesehatan modern** pada sub sub tema **posyandu** memberikan intervensi dalam kategori **pemberian imunisasi pada anak, pemberian vitamin, pemberian makanan tambahan, pemeriksaan kehamilan, dan pengobatan gratis**, seperti kutipan di bawah ini:

“(pemeriksaan kehamilan) ke posyandu, kadang-kadang ke puskesmas...anu, yah normal (keadaan kesehatan anak), mungkin sering dibawa ke posyandu...iya, ya disuntik (di posyandu), suntik kesehatan katanya (imunisasi)...kadang-kadang kalau anak R panas, Cuma dikasih obat gitu...iya (di posyandu) kadang dikasih kacang ijo, telur, marie (biskuit)...itu, kan di posyandu dikasih vitamin itu, ...minyak ikan itu”(I-2)

Sub sub tema **puskesmas** memberikan pelayanan **pemeriksaan kehamilan, pengobatan gratis, pemberian resep, pemberian makanan tambahan, merujuk anak ke Rumah Sakit**, seperti kutipan pernyataan informan yang telah dituliskan di bawah ini:

“(anak lahir dan mendapat bantuan susu formula) dipuskesmas, kan katanya beratnya (lahir) kurang, 2 kilo (kilogram) itu...”(I-5)

“ya, dibawa ke puskesmas,...cuma diperiksa trus dikasih obat, sudah sembuh...dikasih sirup dan resep” (I-2)

“...*tak biseh neng-neng e puskesmas, langsung ke patrang* (... enggak bisa ditangani di puskesmas, langsung ke RS Umum Patrang)”(I-1)

“...(pelayanan di puskesmas dan posyandu) lumayan, lumayan kan enggak bayar...”(I-5)

Sub sub tema **praktek privat (bidan)** terdiri dari kategori **pelayanan pemeriksaan kehamilan, pengobatan, pertolongan persalinan**, seperti yang dikutip di bawah ini:

“(pemeriksaan kehamilan) *ke bu bidan mpon empak bulan* (ke bu bidan ketika hamil 4 bulan)” (I-1)

(berat lahir anak) 3 kilo 2 ons,... lahir di bu bidan...iya ke bidan karena dukunnya tidak mampu...”(I-4)

“...habis itu perutnya *aboh* (bengkak) saya periksain lagi...katanya bidan...”(I-6)

Tema 12: Kelemahan pelayanan kesehatan

Gambaran kelemahan pelayanan kesehatan hanya teridentifikasi pada sub tema posyandu yaitu dengan sub sub tema penyelenggaraan kegiatan, sumberdaya manusia, dan sarana-prasarana. Kategori yang menjadi kelemahan adalah **tidak terlaksana kegiatan posyandu, tenaga kesehatan tidak hadir saat jadwal posyandu, dan adanya sarana-prasarana yang terbatas**, seperti pernyataan informan di bawah ini:

“jarang-jarang (posyandu) di sini, sering dititipin ke ibu (kepala) kampung, enggak puas kalau bidannya enggak datang”(I-6)

...kalau di sini sering enggak ketemu tanggalnya itu (tidak ada)”(I-5)

...kalao di posyandu Cuma dikasih pil (obatnya)...(I-2)

Tema 13: Kekuatan pelayanan kesehatan

Gambaran kekuatan pelayanan kesehatan ada pada sub tema jenis pelayanan kesehatan puskesmas dengan sub sub tema sumber daya manusia dan sarana-prasarana, kategori untuk sumber daya manusia adalah **sifat petugas kesehatan yang sabar** dalam memberi pelayanan dan kategori untuk sarana-prasaran adalah **sarana-prasarana yang lebih lengkap**, seperti ungkapan informan berikut ini:

“...petugasnya itu sabar (petugas kesehatan puskesmas)”(I-5)

“kan lengkap di sana (puskesmas), dikasih sirup, resep” (I-2)

6. Harapan terhadap pelayanan kesehatan

Tema yang didapatkan pada harapan terhadap pelayanan kesehatan terdapat 2 tema, yaitu peningkatan pelayanan dan peningkatan sarana-prasarana. Secara umum didapatkan bahwa informan kurang memberikan informasi mengenai harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan, hanya ada 1 informan yang memberikan informasi mengenai tujuan khusus ini.

Tema 14: Peningkatan pelayanan

Harapan untuk pelayanan kesehatan yang diberikan adalah **pelayanan tepat waktu** untuk sub tema posyandu, seperti kutipan pernyataan informan berikut ini:

“pelayanannya, terus obatnya dibagusin, terus tepat waktu, apalagi posyandu” (I-6)

Tema 15: Peningkatan sarana-prasarana

Harapan untuk sarana-prasarana kesehatan yang diberikan adalah **pemberian obat yang baik**, seperti pernyataan informan ini:

“pelayanannya, terus obatnya dibagusin...”(I-6)

Hasil penelitian ini telah menjawab ke enam tujuan khusus yang menjadi tujuan dalam mengetahui gambaran arti dan makna pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita di Lingkungan Pelindu, Kelurahan Karangrejo, Kecamatan Sumbersari-Jember. Tujuan penelitian tercapai dengan mendapatkan hasil 15 tema menggunakan panduan pedoman wawancara penelitian.

BAB V

PEMBAHASAN

Uraian mengenai interpretasi hasil dan analisa kesenjangan penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasi penelitian terdapat pada bab ini. Perbandingan antara hasil penelitian dengan teori, konsep atau penelitian sebelumnya dilakukan pada interpretasi hasil dan analisa kesenjangan. Perbandingan proses penelitian yang terlaksana dengan rencana penelitian diuraikan dalam keterbatasan penelitian. Dampak hasil penelitian diuraikan dalam implikasi penelitian.

A. Interpretasi Hasil dan Analisa Kesenjangan

Indonesia berada dalam kondisi yang buruk bahkan dibandingkan dengan negara tetangga di Asia. Nilai IPM (Indeks Pembangunan Manusia) Indonesia berada di urutan ke-105 dari 174 negara di dunia, di bawah Singapura, Malaysia, dan Thailand. Tingkat pendidikan penduduk Indonesia yang terbesar adalah tamatan SD/MI yaitu 33,3% dan banyak pula yang tidak tamat SD/MI yaitu 31,33%. Menurut segi kesehatan banyak masyarakat yang tidak mengkases pelayanan kesehatan, dan 35,86 % balita mengalami gizi buruk. Bila tidak dipulihkan keadaan ini, kelak akan mengakibatkan suatu keadaan masyarakat yang bodoh, kerdil, dan menjadi beban pembangunan (Depkes, 2003). Gambaran keluarga miskin di Lingkungan Pelindu pada beberapa kondisi sesuai dengan kategori yang disampaikan oleh Depkes (2003)

tersebut, ini mengindikasikan kemungkinan besar dapat terjadi gizi kurang pada balita di keluarga miskin Lingkungan Pelindu.

1. Karakteristik Responden

Hasil pengamatan diketahui keluarga miskin di Lingkungan Pelindu, tinggal di rumah yang beralas tanah dan berdinding bambu, perabotan rumah yang sangat sederhana (memasak dengan kayu bakar, tidak memiliki kursi/bangku), fasilitas mandi dan cuci pakaian bersama-sama dengan rumah tangga lain, sedangkan untuk kebutuhan buang air besar dilakukan di sepanjang saluran air (parit/ kali), kriteria ini termasuk sebagai kategori keluarga miskin menurut BPS (2007). Tingkat pendidikan yang rendah (3 informan menamatkan SD, 2 informan tidak menamatkan SD, dan 1 informan tidak bersekolah), produktivitas kerja yang kurang (bekerja sebagai penarik becak, atau pedagang kecil keliling), dan keluarga kurang dapat mengakses pelayanan kesehatan adalah keadaan yang memenuhi kriteria untuk masuk sebagai kelompok berisiko tinggi terjadinya gizi kurang pada balita menurut Depkes (2003).

Jenis pekerjaan pencari nafkah pada keluarga di Lingkungan Pelindu umumnya berada di sektor informal, seperti penarik becak atau pedagang kecil dengan latar belakang tingkat pendidikan rendah (SD/MI). Penyebab terbatasnya ekonomi dapat dikarenakan jenis pekerjaan pencari nafkah keluarga yang kurang menghasilkan, seperti jenis pekerjaan kasar, tidak membutuhkan keterampilan atau pendidikan khusus (Bappenas, 2007). Stanhope dan Lancaster (1992) berpendapat

bahwa *human capital* merupakan potensi masyarakat untuk menjangkau sumber-sumber. Penurunan status kesehatan merupakan hasil dari penurunan *human capital* dan keterbatasan kemampuan anggota populasi untuk menjadi pekerja, mendapatkan pendidikan lanjut, atau melakukan sesuatu hal untuk meningkatkan kondisinya di suatu wilayah. Pendapat Stanhope dan Lancaster mengenai penurunan *human capital* sesuai dengan gambaran keadaan keluarga miskin di Pelindu sehingga dapat disimpulkan keluarga miskin di Pelindu berisiko untuk terjadi penurunan status kesehatan.

Susenas (2006) menyatakan jumlah penduduk miskin dipengaruhi oleh garis kemiskinan, karena penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah Garis Kemiskinan. Garis kemiskinan di Indonesia pada bulan Maret 2006 adalah Rp. 152.847,- per kapita per bulan (Susenas, 2006). Garis kemiskinan tersebut menyatakan keluarga miskin di Pelindu, Jember masih berada pada kondisi di bawah Garis Kemiskinan yang ditetapkan Susenas untuk tahun 2006, bahkan masih sangat jauh di bawah \$1/orang/ hari menurut standar MDGs.

Stanhope dan Lancaster (1992) menyatakan salah satu predisposisi terjadinya kerentanan pada suatu populasi adalah status sosioekonomi, kemiskinan (pendapatan rendah) adalah penyebab utama dari kerentanan pada keluarga yang mengalami. Permasalahan kemiskinan dan risiko terjadinya gizi kurang pada balita di keluarga miskin harus segera ditangani terutama terkait dengan peran tenaga

kesehatan khususnya perawat komunitas yang bekerja di daerah pedesaan. Anderson dan McFarlane (2000) menyampaikan bahwa peran serta masyarakat atau melakukan pemberdayaan masyarakat merupakan inti dalam intervensi keperawatan komunitas di daerah pedesaan. Perencanaan intervensi dapat dilakukan setelah adanya informasi mengenai status masyarakat yang didapatkan melalui pengkajian. Informasi hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan data dalam penyusunan rencana intervensi keperawatan komunitas yang digunakan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat terutama terkait dengan kesehatan balita. Data yang tergambarkan pada tema-tema dapat digunakan sebagai bahan pengkajian keluarga berisiko di Lingkungan Pelindu yang memerlukan intervensi keperawatan.

2. Respon keluarga terhadap kemiskinan yang dialami

Tema 1 : Penilaian status ekonomi keluarga

Penilaian status ekonomi keluarga terbentuk dari penilaian kondisi dan pendapatan keluarga. Keluarga miskin di Lingkungan Pelindu merasakan adanya kondisi kekurangan dalam ekonomi yang menjadikan keluarga memiliki keterbatasan dalam pengelolaan keuangan. Sahar (2008) menyatakan makna kemiskinan merupakan kondisi serba kekurangan dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari agar dapat bertahan untuk hidup. Kebutuhan mencakup pangan, sandang, papan, dan pelayanan kesehatan dasar yang tidak dapat dipenuhi secara mandiri oleh individu dan keluarga. Kondisi kekurangan yang disampaikan oleh Sahar (2008) sesuai dengan gambaran kondisi keluarga miskin di Pelindu.

Kondisi kekurangan bila tidak segera ditangani maka akan bertambah buruk dan dapat berakibat secara nyata terjadi masalah kesehatan pada keluarga miskin di Pelindu. Penyelesaian masalah dapat terjadi dengan adanya peningkatan pendapatan dan keadaan status ekonomi. Penyelesaian tersebut membutuhkan bukan saja peran perawat tetapi dari berbagai pihak seperti keterlibatan pemerintah dan juga pihak swasta.

Jumlah pendapatan yang dikemukakan oleh keluarga miskin di Lingkungan Pelindu adalah pendapatan utama dan tambahan yang didapat harian dengan jumlah yang kecil dan sifat yang tidak menentu, sekitar Rp. 5.000 – Rp. 15.000,- /keluarga. Pendapatan umumnya digunakan untuk mencukupi kebutuhan keluarga. Jumlah pendapatan tersebut masih jauh di bawah ketentuan dari BPS, yaitu minimal Rp. 600.000 per bulan untuk penghasilan kepala rumah tangga dapat dikategorikan tidak miskin (dalam Husni, 2005, <http://www.depsos.go.id>, diperoleh 26 April 2007). Profil Kelurahan Karangrejo (2008) menyatakan mengenai jenis pekerjaan pemberi jasa angkutan tidak bermotor (penarik becak) terdapat sebanyak 175 orang dengan perkiraan jumlah pendapatan setiap orangnya Rp. 100.000,- / bulan. Jumlah pendapatan yang disampaikan pada profil Kelurahan Karangrejo sesuai dengan yang dirasakan oleh keluarga miskin di Pelindu. Pendapatan yang kecil mengakibatkan adanya keterbatasan dalam pembelanjaan untuk memenuhi kebutuhan dalam bertahan hidup terutama dalam kecukupan pangan.

BPS Jember (2008) menyatakan bahwa untuk kebutuhan hidup minimum di Jember adalah sebesar Rp. 625.915,-/ kapita/ bulan dengan kebutuhan hidup untuk konsumsi makanan sebesar Rp. 277.575,-/ kapita/ bulan. Jumlah pendapatan keluarga miskin di Lingkungan Pelindu, Jember yang masih di bawah Rp. 300.000/ bulan/ keluarga (dengan jumlah keluarga relatif banyak), hasil perbandingan tersebut menyatakan jumlah pendapatan keluarga tidak dapat mencukupi kebutuhan hidup minimum di Jember. Keadaan keluarga miskin yang tidak tercukupi untuk kebutuhan hidup minimum di kabupaten Jember terlihat pada cara pengelolaan pengeluaran keuangan keluarga.

Tema 2: Pengelolaan keuangan keluarga

Pengelolaan keuangan keluarga adalah pengaturan pengeluaran dari pendapatan keuangan keluarga. Jenis pengeluaran keluarga terdiri dari pengeluaran rutin dan tidak rutin. Pengeluaran rutin yaitu untuk konsumsi pangan (nutrisi: beras, tahu-tempe, dan sayur yang dikonsumsi oleh seluruh anggota keluarga, rokok dan kopi bagi suami, dan jajan bagi anak) dan pengeluaran tidak rutin yaitu untuk sumbangan bagi anggota masyarakat yang melangsungkan hajatan. Penghasilan keluarga miskin di Lingkungan Pelindu sebagian besar umumnya digunakan untuk belanja pangan. Susenas (2006) menyampaikan komoditi yang paling penting bagi penduduk miskin adalah konsumsi pangan terutama beras. Persentase pengeluaran beras terhadap total pengeluaran sebulan nilainya di atas 20 %, bahkan di pedesaan nilainya lebih dari 25 %. Susenas (2005 dalam Bappenas, 2007) mendata konsumsi beras, protein, lemak, vitamin, dan mineral pada masyarakat Indonesia

masih kurang memenuhi kebutuhan. Jenis pangan yang dibelanjakan oleh keluarga miskin di Pelindu sesuai dengan gambaran yang disampaikan oleh Susenas (2006) dan kemungkinan sesuai pula dengan Susenas (2005) yang menyatakan kurang memenuhi kebutuhan.

Jenis pangan yang dibelanjakan oleh keluarga miskin di Pelindu, umumnya adalah bahan pangan yang harganya relatif murah, seperti beras, tahu-tempe, sayur dan kurang mengkonsumsi protein hewani. Keluarga miskin kurang mengkonsumsi protein hewani dikarenakan harganya relatif lebih mahal (Sediaoetama, 2004). Pemenuhan pangan seakan lebih mengutamakan konsep 'kenyang' tanpa memperhatikan kandungan gizinya (Bappenas, 2007). Perilaku keluarga miskin ini bertentangan dengan anjuran kesehatan untuk keluarga dalam mengkonsumsi makanan sehari-hari yaitu mengkonsumsi makanan dari berbagai jenis yang memenuhi kandungan gizi secara kualitas dan kuantitas. Departemen Kesehatan (2000) mempublikasikan pesan pemberian gizi pada balita yang beberapa pesan diantaranya adalah memberikan makanan yang beraneka ragam pada balita dan memberikan makanan yang memenuhi kecukupan gizi balita. Perilaku ini tidak mampu dilakukan oleh keluarga miskin di Pelindu karena faktor dominannya adalah keterbatasan pendapatan keluarga.

Sediaoetama (2004) menyatakan beras yang diolah menjadi nasi dalam hidangan rata-rata di Indonesia dikonsumsi seseorang sekitar 300 – 400 gram per hari, memiliki energi 1.089 -1.452 kalori (55-73 % konsumsi rata-rata seseorang/hari).

Protein yang dihasilkan dari beras terdapat sekitar 42 -55 % (kalau konsumsi rata-rata sekitar 55gram seorang/hari). Umumnya, semakin rendah tingkat ekonomi seseorang semakin tinggi tingkat jumlah beras yang dikonsumsi dan sebagian besar masyarakat mengakui beras sebagai sumber kalori tetapi melupakan beras sebagai sumber protein, nasi selain memiliki kandungan karbohidrat yang berfungsi sebagai sumber tenaga tetapi juga dapat sebagai zat pembangun yang diperlukan untuk pertumbuhan jaringan tubuh. Asupan nutrisi pada keluarga miskin di Pelindo relatif banyak mengkonsumsi nasi, walaupun nasi mengandung protein cukup tinggi tetapi kurang dalam kualitas karena bukan merupakan jenis protein lengkap seperti yang terdapat pada lauk-pauk hewani (contoh: ikan). Protein lengkap adalah protein yang dibutuhkan dalam mendukung pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh terutama pada balita (Sediaoetama, 2004).

Lauk-pauk yang dikonsumsi oleh keluarga yang didapatkan pada penelitian ini merupakan jenis lauk-pauk nabati seperti tahu dan tempe (contohnya: anak atau ibu makan nasi dengan lauk 2-3 potong tempe). Tahu dan tempe yang berasal dari kacang kedelai merupakan protein yang terbaik kualitasnya diantara kacang-kacangan. Kandungan protein pada kacang kedelai per 100 gram (1 potong) sebanyak 34,9 gr, karbohidrat 34,8 gr, dengan jumlah energi sebesar 286 kalori, selain itu juga mengandung kalsium, thiamin, vitamin A, dan lemak (Sediaoetama, 2004; Depkes RI, 1979). Harga untuk protein nabati lebih murah dibandingkan protein hewani, tetapi tidak selalu berarti harga mahal menunjukkan gizi yang lebih baik.

Kebutuhan lauk-pauk anak usia balita menurut Depkes (2000) adalah 2-3 potong lauk hewani, dan 1-2 potong lauk nabati yang dimakan tiga kali dalam sehari. Kebutuhan protein untuk anak balita sekitar 25 – 30 gram/ hari, sedangkan untuk ibu yang sedang menyusui membutuhkan protein sekitar 80 gram/ hari dan akan terpenuhi jika mengandung makanan mengandung protein yang besar dan lengkap (Sediaoetama, 2004). Penjelasan ini dapat menyimpulkan bahwa kondisi keluarga miskin di Lingkungan Pelindu mempunyai risiko tinggi terjadinya kekurangan gizi terutama kekurangan protein.

Sayuran dikonsumsi keluarga miskin di Pelindu dengan harga yang relatif murah dan terjangkau. Sayur-mayur diketahui banyak mengandung karotin (provitamin A) terutama sayuran berwarna hijau, semakin tua warna hijau semakin banyak kandungan karotin. Sayuran yang berwarna hijau, diantaranya kangkung, daun singkong, daun katuk, daun pepaya, genjer, dan daun kelor. Sayur berupa daun-daun ini harus selalu terdapat dalam susunan hidangan, setiap harinya (Sediaoetama, 2004). Sayuran dan buah diperlukan tubuh untuk melindungi tubuh dari berbagai penyakit dan mengatur kelancaran kerja alat-alat tubuh karena mengandung vitamin, mineral dan air (Sugeng, 1986). Orang dewasa dianjurkan untuk mengkonsumsi sayur sekitar 200 gram sehari, sedangkan untuk anak-anak sekitar $\frac{1}{2}$ - $1 \frac{1}{2}$ mangkuk sekali makan, dengan perkiraan $\frac{1}{2}$ mangkuk setara dengan 25 gram (Azwar 2000). Keluarga miskin di Lingkungan Pelindu diperkirakan cukup baik dalam mengkonsumsi sayur-sayuran (seringkali menyajikan sayuran pada saat makan pada keluarga termasuk pada anak), dan

potensi ini memerlukan penguatan untuk ditingkatkan dalam mengkonsumsi jenis sayur yang mengandung gizi yang baik.

Prioritas pengeluaran yang dilakukan oleh keluarga miskin yang lebih mementingkan kebutuhan pangan keluarga dibandingkan kebutuhan sandang dan lainnya menyatakan bahwa kebutuhan yang paling dasar masih menjadi prioritas utama untuk dipenuhi, tetapi juga masih ada pengeluaran rutin yang tidak sesuai untuk memenuhi kebutuhan nutrisi keluarga yaitu pengeluaran untuk rokok. Adanya pengeluaran untuk rokok mengakibatkan adanya pengurangan untuk pembelanjaan kebutuhan pangan pokok, hal ini dapat mengakibatkan kemungkinan semakin kurang tercukupi kebutuhan nutrisi keluarga. Keadaan ini memerlukan adanya perubahan perilaku keluarga dalam memprioritaskan jenis pengeluaran untuk lebih mementingkan tercapainya kesehatan keluarga secara optimal, dengan pengertian lebih mementingkan membeli nutrisi mengandung gizi yang baik sesuai kebutuhan keluarga dibandingkan dengan membeli rokok yang dikonsumsi suami.

Atmarita dan Fallah (2004) mendapatkan data kebiasaan merokok pada laki-laki pada tahun 2003 sebesar 40,7 %. Pengeluaran rumah tangga untuk konsumsi rokok cenderung meningkat dari rata-rata 10,03 % terhadap pengeluaran pangan total pada tahun 2000 menjadi 13,15 % pada tahun 2003. Data ini menunjukkan adanya nilai yang besar untuk pembelanjaan rokok di dalam rumahtangga Indonesia dan mungkin termasuk keluarga miskin di Pelindu. Selain dapat

berkurangnya kemampuan untuk belanja nutrisi bergizi, rokok dapat pula menyebabkan masalah kesehatan bagi keluarga. Masalah ini memerlukan penanganan yang dapat mengubah perilaku keluarga untuk menjadi lebih baik, seperti keluarga dapat memprioritaskan membelanjakan uang untuk memenuhi kecukupan gizi keluarga secara optimal.

Pengeluaran tidak rutin yang juga berdampak pada kurang tercapai kecukupan nutrisi keluarga adalah sumbangan yang dikeluarkan bagi anggota masyarakat yang sedang melangsungkan hajatan. Sumbangan yang diberikan pada anggota masyarakat yang sedang melangsungkan hajatan mengakibatkan kemampuan pembelian bahan pangan menjadi berkurang. Pembelian bahan pangan yang berkurang tersebut mempengaruhi pengurangan asupan makanan pada anak dan keluarga. Masyarakat Madura di Jember mempunyai budaya yang telah berlangsung turun temurun untuk memelihara tali persaudaraan yang dikenal dengan istilah *kaelangan obur*/ mencegah terjadi hilangnya rasa persaudaraan. Salah satunya adalah budaya saling membantu saudara yang sedang melangsungkan hajatan dengan memberikan sumbangan yang diminta oleh keluarga yang akan melangsungkan hajatan (Wiyata, 2001).

Keterbatasan ekonomi keluarga miskin di Pelindu mengakibatkan pengeluaran untuk sumbangan menyebabkan penurunan kemampuan pembelian bahan pangan, sehingga kemungkinan tidak tercukupi kebutuhan nutrisi keluarga akan semakin besar.

Leininger sebagai penggagas teori transkultural dengan *sunrise model*-nya menyatakan peranan budaya, nilai, kepercayaan, dan keyakinan yang dianut seseorang, keluarga, atau masyarakat mempengaruhi pola dan tindakan yang dilakukan oleh individu, keluarga, dan masyarakat tersebut, termasuk perilaku dalam memelihara kesehatan (Tomey & Alligood, 2006). Intervensi asuhan keperawatan dengan dasar teori transkultural berakar pada pendekatan budaya. Bentuk intervensi keperawatan dengan dasar pendekatan budaya salah satunya adalah rekonstruksi budaya (Leininger, 1991).

Budaya *kaelangan obur* yang dilakukan masyarakat Pelindu mempunyai tujuan yang baik yaitu untuk terus memelihara kepedulian sosial antar anggota masyarakat tetapi dalam hal ini kiranya perlu untuk dilihat kembali makna dan arti dari kegiatan yang dilangsungkan. Keluarga miskin merasakan kesusahan dalam memberikan sumbangan untuk anggota masyarakat yang sedang melangsungkan hajatan karena keadaan ekonomi keluarga yang kekurangan. Rekonstruksi budaya yang mungkin dapat dilakukan adalah melangsungkan hajatan dengan bentuk yang sederhana, tidak berlebihan dalam pelaksanaannya, tetapi tetap mempertahankan makna kegiatan termasuk menjaga jalinan persaudaraan antar anggota masyarakat dan memelihara kepedulian sosial. Hajatan dapat berlangsung secara sederhana dengan meminta sumbangan dari anggota masyarakat lain dalam jumlah dan bentuk yang seadanya dan semampunya (seperti memanfaatkan sumber daya alam yang ada tanpa meminta sumbangan bahan pangan yang tidak dimiliki oleh penyumbang) sehingga tidak memberatkan dan tidak mengakibatkan secara

signifikan penurunan kemampuan belanja bahan pangan di keluarga miskin. Penataan ulang (rekonstruksi) budaya sumbangan hajatan tersebut bertujuan untuk tidak menghambat pencapaian kecukupan nutrisi keluarga tetapi tetap dapat melestarikan budaya dan memelihara kepedulian sosial.

Umumnya orangtua di Pelindu kurang memperhatikan kebutuhan gizi anak dan lebih melihat pada karakteristik badan anak (kurus atau tidak kurus) sehingga kemungkinan telah ada balita yang menderita kekurangan gizi tertentu. Jenis makanan yang dikonsumsi keluarga miskin umumnya telah mengandung karbohidrat untuk sumber tenaga, protein nabati sebagai zat pembangun, dan vitamin sebagai zat perlindungan tubuh, tetapi keragaman jenis pangan terbatas oleh keadaan keuangan yang minimum. Keterbatasan dalam jenis pangan ditambah pula dengan keterbatasan dalam jumlah makanan yang dikonsumsi. Keluarga miskin di Lingkungan pelindu umumnya merupakan tipe keluarga besar dengan jumlah anggota keluarga yang banyak, kecukupan gizi pada anggota keluarga diperoleh dari pembagian makanan yang tersedia kepada anggota keluarga. Jumlah yang dibelanjakan relatif minim dan jenis pilihan makanan terbatas yang kemudian dibagi untuk sejumlah anggota keluarga. Hasil yang mungkin diperoleh adalah adanya konsumsi pangan yang kurang memenuhi kebutuhan anggota keluarga.

Salah satu tugas perkembangan keluarga dengan balita adalah fungsi asuhan kesehatan yaitu memelihara kesehatan anggota keluarga yang dilakukan oleh orang tua kepada anak (Duvall, 1997 dalam Friedman, Bowden & Jines, 2003).

Nies dan McEwen (2001) menyatakan bahwa salah satu peran orang tua pada anak usia balita adalah memelihara kesehatan anak, orang tua memberikan makanan yang mencukupi kebutuhan nutrisi anak. Perilaku ini tidak memungkinkan secara optimal dilakukan oleh keluarga miskin di Pelindu karena adanya keterbatasan penghasilan ekonomi keluarga dan besarnya jumlah anggota keluarga sehingga tidak mampu untuk menyediakan pangan yang memenuhi kebutuhan gizi secara kuantitas dan kualitas.

2. Perilaku keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Foster, Hunsberger, dan Anderson (1989) menuliskan bahwa hubungan nutrisi dengan kesehatan dan penyakit pada anak adalah keutamaan konsumen dalam menjaga kesehatan terutama orang tua dalam pemberian makanan pada anak, seperti pemberian ASI dan makanan pendamping.

Tema 3: Pemberian Kolostrum dan ASI Matur

Hasil penelitian mengenai pemberian ASI pada balita dimulai saat anak berusia 1, 2, dan 4 hari. Ibu menyusui anak pada hari keluarnya ASI, dapat dikatakan tidak menunda hari untuk pemberiannya. Gambaran pemberian ASI pada anak merupakan salah satu upaya ibu (orangtua) dalam memelihara kesehatan anak untuk dapat bertumbuh dan berkembang dengan baik. Hari-hari pertama setelah ibu melahirkan, ASI belum keluar banyak, akan tetapi menyusui bayi merupakan stimulasi kelenjar payudara untuk memproduksi ASI. ASI pada 5 hari pertama berwarna lebih kuning, dan lebih kental (kolostrum) dan merupakan susu yang

bernilai gizi tinggi. Kolostrum mengandung kadar protein (globulin) yang lebih tinggi dari ASI yang matur dan mengandung zat anti infeksi (Pudjiadi, 2005). Selain berfungsi sebagai asupan gizi, kolostrum juga merupakan pencahar yang ideal untuk membersihkan mekonium dari usus bayi yang baru lahir dan pemberian kolostrum mempersiapkan saluran pencernaan untuk dapat menerima makanan setelah usia 6 bulan, kolostrum lebih banyak mengandung antibodi dari ASI matur. Kadar karbohidrat dan lemak relatif lebih rendah dari ASI yang matur, serta kandungan mineral (Na, K, Cl) yang lebih tinggi dari ASI yang matur (Sulistiyani, 2006).

Hasil penelitian ini mendapatkan informasi bahwa kolostrum umumnya tidak digunakan dan tidak diberikan ke bayi, kolostrum umumnya dibuang. ASI yang pertama kali keluar dibuang sekitar $\frac{1}{2}$ gelas atau 100 cc. Azwar (2000) menyatakan beberapa permasalahan dalam pemberian ASI pada anak, seperti kolostrum yang dibuang atau tidak diberikan kepada anak. Ibu di keluarga miskin Lingkungan Pelindu membuang ASI yang pertama kali keluar memiliki keyakinan bahwa kandungan ASI yang pertama masih bau dan dapat menyebabkan 'amis' pada anak. Ratnawati dan Ningtyas (2007) dalam penelitian di Kecamatan Wuluhan dan Jelbuk - Kabupaten Jember mendapatkan perilaku masyarakat yang sama dengan di Lingkungan Pelindu terkait penggunaan kolostrum. Ibu membuang ASI yang pertama keluar karena kebiasaan masyarakat yang telah berlangsung turun-temurun mengakibatkan anak tidak mendapatkan gizi terbaik di saat setelah lahir (Swasono, 2005).

Nilai dan keyakinan yang ada pada masyarakat memerlukan perubahan dan pembaharuan. Perilaku ibu untuk memberikan kolostrum pada anak dapat dilakukan setelah ada perubahan nilai dan keyakinan yang salah menjadi yakin mengenai manfaat kolostrum yang sangat baik untuk anak. Ibu meyakini kolostrum mengandung gizi yang dibutuhkan anak dan dapat meningkatkan kekebalan tubuh anak yang berguna sampai dengan masa yang akan datang. Konstruksi perilaku baru atau penataan ulang pola kebiasaan masyarakat dalam pemanfaatan kolostrum pada bayi dengan dasar budaya perlu untuk dilakukan. Teori Leininger (1991) dapat digunakan sebagai intervensi keperawatan komunitas, rencana untuk turut melibatkan secara aktif tokoh masyarakat yang menjadi penentu aturan dan norma masyarakat menjadi penting untuk dilakukan. Hambatan terjadinya perubahan perilaku juga dapat terjadi dikarenakan adanya kekuatan dan sistem sosial yang menguatkan untuk terus berlangsungnya nilai dan keyakinan yang menyimpang dari nilai dan keyakinan sehat.

Fleming dan Parker (2001 dalam Ariani, 2007) mengemukakan faktor yang mungkin menimbulkan perilaku kurang baik adalah hambatan yang diciptakan oleh kekuatan dan sistem sosial antara lain keterbatasan fasilitas, ketidaktersediaan sumberdaya, keterampilan dan pengetahuan yang kurang pada petugas, serta kebijakan pemerintah yang kurang berpihak. Perilaku ibu tidak memberikan kolostrum pada anak dapat diubah dengan menggunakan teori tersebut, seperti disediakannya fasilitas pelayanan kesehatan terjangkau bagi ibu dan anak, adanya makanan yang mencukupi kebutuhan gizi ibu dan balita yang dapat dijangkau

keluarga, adanya tenaga kesehatan yang mempunyai pengetahuan dan keterampilan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat, serta pemerintah yang mendukung gerakan pemberian ASI eksklusif. Perubahan perilaku ibu, keluarga, dan masyarakat yang tidak memanfaatkan kolostrum dapat dilakukan ketika sudah tercapainya kesadaran tingginya manfaat kolostrum bagi anak, dan kesadaran ini didukung oleh peningkatan pelayanan petugas kesehatan dan penyediaan sarana pelayanan kesehatan yang membantu pencapaian perilaku.

Frekuensi pemberian ASI di keluarga miskin Pelindu disesuaikan dengan permintaan anak atau *on demand*. Frekuensi pemberian ASI oleh ibu pada anak di keluarga miskin Lingkungan Pelindu dilakukan sangat baik. ASI diberikan sesuai dengan permintaan anak/ *on demand* (diperkirakan anak sering diberikan ASI karena pada usia tersebut umumnya anak sering meminta ASI) sehingga seandainya Ibu memberikan ASI eksklusif pada anak sebelum usia 6 bulan, ASI akan cukup memenuhi gizi anak dengan pemahaman ibu mengonsumsi gizi yang baik saat menyusui anak. Azwar (2000) menyatakan salah satu faktor penyebab terjadinya asupan gizi yang kurang baik saat bayi adalah ibu memberikan MP-ASI sebelum anak berusia 6 bulan, sehingga frekuensi dan jumlah permintaan anak terhadap ASI berkurang.

Pudjiadi (2005) menyampaikan 2 hari pertama pemberian ASI cukup beberapa menit untuk merangsang ASI keluar, selanjutnya diberikan 15-20 menit sekitar setiap 3 jam. Kandungan ASI pada kadar 100ml, yaitu: 67 kalori, 1,2 g protein, 3,8

g lemak, 7,0 g laktose, 53 mg vitamin A, 4,3 mg vitamin C, 0,16 mg vitamin B1, 0,18 ug asam folic, 0,18 ug vitamin B12, 0,15 mg zat besi, 33 mg zat kapur. Kandungan zat gizi pada ASI dapat memenuhi kebutuhan gizi anak sebelum berusia 6 bulan, dan pemberian ASI pada anak merupakan cara yang sangat memudahkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pangan anak (tidak membeli dan langsung diberikan tanpa pengolahan, serta dapat diberikan sesuka anak tanpa khawatir akan habis jika diberikan) (Sediaoetama, 2004).

Selain dari faktor frekuensi pemberian ASI yang dapat menentukan keberhasilan pemberian ASI adalah cara pemberian ASI pada anak. Cara menyusui bayi yang paling baik adalah dengan menetek langsung pada anak seperti yang dilakukan oleh ibu di keluarga miskin Lingkungan Pelindu. Pudjiadi (2005) menyatakan menyusui anak adalah dengan cara ibu duduk nyaman dengan punggung bersender di kursi, ibu menggerakkan puting diujung mulut bayi untuk merangsangnya memasukkan ke dalam mulut dan mulai mengisap. Seluruh puting berada dalam mulut dengan bibir menutupi areola, dengan memperhatikan lubang hidung bayi tidak tertutupi sehingga dapat mengakibatkan bayi kesulitan bernafas, susui pada kedua payudara secara bergantian atau jangan hanya satu sisi. Ibu di keluarga miskin Lingkungan Pelindu memberikan ASI dengan cara menetek anak (tidak memerahnya terlebih dahulu atau tidak memberikan dengan dot/ botol pada anak) mengakibatkan anak mendapatkan kandungan ASI yang segar dan kandungan yang paling baik.

ASI adalah nutrisi yang komposisinya memenuhi kebutuhan energi dan jumlah kandungan *nutrient* ASI mencukupi kebutuhan gizi bayi sebelum berusia 6 bulan. ASI juga menyediakan perlindungan dari infeksi bakteri, diare, dan otitis media (Scariati et al., 1997; *American Academy of Pediatrics*, 1997 dalam Mahan & Stump, 2000). Reaksi alergi pada ASI hampir tidak pernah ada dibandingkan kejadian alergi bayi pada susu formula, selain itu hubungan kedekatan ibu dan anak selama pemberian ASI (meneteki) terfasilitasi dengan adanya *attachment and bonding* (Mahan & Stump, 2000). Bayi tumbuh sehat dan cerdas dan mengalami pertumbuhan emosi dan intelektual yang prima. Selain itu, ASI meningkatkan emosi antara bayi dan ibu menjadi lebih erat karena selama proses pemberian ASI terjadi kontak fisik ibu dan anak (bayi berada dalam pelukan ibu) (Swasono, 2005).

Pemberian ASI dengan cara meneteki anak yang dilakukan oleh ibu di keluarga miskin Lingkungan Pelindu kurang didukung dengan cara meneteki yang hanya menggunakan satu sisi payudara karena salah satu puting payudara tidak menonjol keluar. Pudjiadi (2005) menyampaikan bahwa bentuk puting payudara mempunyai pengaruh dalam keberhasilan menyusui bayi. Penentuan puting yang baik adalah dengan mengadakan tekanan ibu jari dan jari telunjuk pada areola yang menyebabkan menonjolnya puting. Jika hal itu tidak terjadi, maka puting tersebut tertanam oleh perlengketan dan akan menimbulkan kesukaran jika menyusukan bayi.

Anjuran untuk mengatasinya adalah dengan penggunaan alat yang ditempelkan pada areola dan ditahan setempat oleh kutang pada puting yang tidak menonjol atau tidak keluar selama beberapa minggu terus-menerus, diharapkan puting akan terbentuk dan berfungsi dengan biasa. Cara mencegah kejadian demikian adalah dengan memulai pemijatan payudara dari masa 6 minggu sebelum melahirkan. Ibu dianjurkan untuk memijat-mijat payudara dimulai dari pinggir kejurusan puting untuk merangsang mengalirnya darah (Pudjiadi, 2005). Ibu di Lingkungan Pelindu kurang melakukan upaya khusus untuk mencegah terjadinya puting payudara tidak menonjol keluar dan juga kurang mengatasi permasalahan puting yang tidak menonjol keluar agar dapat digunakan untuk meneteki anak, permasalahan ini berakibat pada keterbatasan dalam pemberian ASI dan mengganggu proses pemberian ASI secara optimal.

Selang waktu pemberian ASI pada anak di keluarga miskin Pelindu umumnya setelah anak diberikan makan tetapi juga ada ibu yang memberikan sedikit ASI sebelum anak diberikan makan. Ibu melakukan ini karena nilai dan keyakinan bahwa pemberian minum (ASI) dilakukan setelah pemberian makan. Perilaku ini mengakibatkan kemungkinan anak kurang mengisap ASI karena sudah kenyang terlebih dahulu karena diberi makan. Azwar (2000) menyampaikan salah satu faktor menurunnya produksi ASI adalah karena kurangnya rangsangan hisap bayi/anak, dan salah satunya dikarenakan anak telah lebih dulu diberi makan. Pemberian makan terlebih dahulu dapat pula mengakibatkan anak mengalami kekurangannya zat gizi tertentu (zat besi) yang banyak dikandung ASI. Pemberian

makan saat anak berusia kurang dari 6 bulan dapat pula mengakibatkan infeksi dan gangguan kesehatan lainnya.

Risiko munculnya masalah tersebut memerlukan penanganan dengan segera terutama peran serta perawat komunitas dalam mengubah perilaku masyarakat terkait dengan budaya. Nies dan McEwen (2001) menyatakan pengelolaan masalah kesehatan terkait dengan perbedaan budaya pada masyarakat terkucil adalah dengan cara penyediaan informasi dan pendidikan kesehatan, pemberian pelayanan dan fasilitas kesehatan, membangun profesionalitas kesehatan dari masyarakat terkucil, meningkatkan kerjasama dengan sektor swasta, pelaksanaan metoda pengembangan data, meningkatkan agenda penelitian mengenai isu kesehatan pada masyarakat terkucil. Pengelolaan tersebut kiranya dapat dilaksanakan pada masyarakat di Lingkungan Pelindu.

Stimulasi untuk kelancaran pemberian ASI dilakukan oleh ibu dengan mengkonsumsi jamu dan sayur daun katuk dengan tujuan untuk memelihara kesehatan ibu dan menjadikan badan anak tidak bau. Umumnya ibu mengkonsumsi ramuan tradisional jamu, yang diyakini sebagai minuman yang dapat merangsang dan meningkatkan produksi ASI. Kepastian mengenai adanya makanan atau minuman yang dapat mempercepat produksi ASI belum diketahui secara ilmiah. Bukti ilmiah menyatakan ekstrak ragi yang mengandung vitamin B kompleks alami membantu peningkatan kesehatan ibu menyusui, sedikit unsur kimia mangan alami yang didapat dari beras, gandum, kacang-kacangan, sayur-

sayuran membantu proses menyusui (Wikia, 2008, http://asuh.wikia.com/wiki/Gizi_ibu, diperoleh 27 Juni 2008). Kandungan jamu yang dikonsumsi ibu yang terdiri dari berbagai macam tanaman (seperti: timun, pucuk daun bambu, kunir/kunyit, rebung/batang bambu muda) tidak diketahui secara pasti khasiatnya, tetapi dimungkinkan adanya kesehatan yang meningkat pada ibu selama mengonsumsi jamu tersebut.

Lama pemberian ASI pada anak yang dilakukan ibu di keluarga miskin Lingkungan Pelindu sangat beragam, ada yang menghentikan pemberian ASI pada anak di usia 2 bulan, 1 tahun, tetapi ada yang belum menghentikan walau usia anak telah lewat dari 2 tahun. Departemen kesehatan RI menyarankan lama pemberian ASI pada anak sampai dengan 2 tahun, seperti yang dituliskan pada lembar KMS anak. Strategi Nasional PP-ASI (2005) mengumandangkan penggalakan pemberian ASI pada anak dengan slogan “pemberian ASI adalah hak azasi ibu; mendapat ASI adalah hak azasi bayi”. Keinginan pemerintah untuk ibu memberikan ASI eksklusif dan memberikan ASI sampai dengan usia anak 2 tahun membutuhkan dukungan dan peran serta dari berbagai pihak. Pendekatan yang perlu dilakukan pada keluarga miskin di Pelindu adalah upaya membangun kesadaran pada ibu untuk dapat memberikan ASI secara baik pada anak (sampai dengan usia anak 2 tahun) sehingga anak memperoleh ASI secara optimal tanpa ibu merasakan ada tekanan dari pihak yang lain.

Hasil penelitian ini mendapatkan data bahwa ibu selama menyusui memiliki pantangan dalam mengonsumsi ikan dan lama pantangan berlangsung sampai dengan anak berusia 7 bulan dengan alasan bahwa anak belum kuat untuk menahan gizi yang dikandung dari makanan tersebut. Peran budaya dalam pemberian ASI pada anak di Lingkungan Pelindu sangat dirasakan. Pantangan ini dilakukan karena ibu memiliki kepercayaan jenis makanan lauk ikan dapat menyebabkan masalah kesehatan pada anak karena ketahanan tubuh yang masih rendah pada anak. Perilaku pantangan tersebut dilakukan ibu karena ada nilai dan kepercayaan yang telah turun temurun dianut oleh masyarakat di Lingkungan Pelindu, tetapi budaya tersebut tidak sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mencapai kecukupan nutrisi balita yang dikandung dari ASI yang diberikan.

Ibu menyusui membutuhkan kalori makanan yang lebih besar dibandingkan kondisi biasa atau dibandingkan saat hamil. Protein yang dibutuhkan untuk dikonsumsi ibu sekitar 3 kali dari saat ibu hamil. Protein yang besar banyak didapatkan dari jenis hewani, dan ikan memiliki kualitas protein yang tergolong sempurna (protein lengkap), ikan mengandung semua asam amino esensial yang mencukupi kebutuhan tubuh (Sediaoetama, 2004). Ibu yang melakukan pantangan mengonsumsi ikan selama menyusui dapat mengakibatkan kurangnya konsumsi protein yang cukup baik dan lengkap (anjaran ibu mengonsumsi protein saat menyusui adalah sekitar 80 gram/hari) dan kurangnya asupan protein dari ikan dapat berdampak kurang baik pada anak, yaitu anak turut kurang mengonsumsi kandungan ASI yang berkualitas.

Pola makan ibu ketika menyusui anak di Lingkungan Pelindu mengalami perubahan dalam jumlah makanan, yang cenderung mengalami peningkatan, konsumsi ini dilakukan sesuai dengan keadaan ekonomi keluarga. Pertambahan jumlah konsumsi makanan selama menyusui sekitar 1-2 kali dari biasanya dapat berdampak positif pada produksi ASI dan juga bagi kesehatan ibu yang telah kehilangan energi selama menyusui anak untuk segera mendapatkan penggantinya, terlebih lagi bila keragaman gizi yang dikonsumsi dapat dilakukan serta kadar protein yang dibutuhkan dapat dikonsumsi.

Ibu yang sedang menyusui diharapkan dapat memproduksi ASI 800-1000 cc setiap hari. *Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences-National Research Council* menganjurkan perempuan di USA yang sedang menyusui untuk menambahkan makanan setiap harinya, yaitu: energi 5000 kkal, protein 20 gram, vitamin A 400 µg, vitamin D 5 µg, vitamin E 3mg, vitamin C 40 mg, vitamin B1 0,5 mg, vitamin B2 0,5 mg, niasin 5 mg, vitamin B6 0,5 mg, asam folik 100 µg, vitamin B12 1,0 µg, kalsium 400mg, fosfor 400 mg, magnesium 150 mg, besi 30 – 60 mg, seng 10 mg, iodium 50µg. Tambahan zat-zat gizi ini dapat diperoleh dengan 600 cc susu sapi atau formula khusus, ditambah dengan daging, ikan, sayur-mayur, dan buah-buahan. Konsumsi makanan tersebut akan mengakibatkan produksi ASI mengandung cukup energi, protein, vitamin, dan mineral yang diperlukan bagi pertumbuhan yang sempurna, tanpa merugikan ibu (Pudjiadi, 2005).

Kondisi yang ada di Lingkungan Pelindu, ibu belum mengkonsumsi sesuai dengan kebutuhan pangan pada ibu menyusui menurut standar tersebut, keterbatasan ekonomi keluarga dan juga pengaruh dari kepercayaan yang telah berlangsung turun-temurun berdampak pada terbatasnya konsumsi pangan ibu menyusui. Peranan pemerintah dan juga kontribusi perawat komunitas dan keluarga untuk meningkatkan asupan nutrisi ibu menyusui sesuai dengan kebutuhan perlu untuk segera dilakukan sehingga dapat mencegah terjadinya masalah gizi kurang pada balita di Pelindu.

Tema 4: Pemberian susu formula

Hasil penelitian ini mendapatkan data bahwa waktu pemberian susu formula dilakukan sesaat anak baru dilahirkan dan saat anak berusia 1 tahun (sebagai pelaksanaan program PMT oleh petugas puskesmas). Lama pemberian berkisar 2-3 bulan untuk keluarga yang diberikan susu formula dari bantuan puskesmas dan selama 11 bulan untuk keluarga yang anaknya menolak diberikan ASI.

Jumlah pemberian susu formula pada penelitian ini, dilakukan keluarga sesuai dengan penambahan usia anak. Cara pemberian susu formula dengan baik dan tepat kurang diketahui oleh keluarga miskin di Pelindu, seperti ibu tidak mengetahui komposisi susu bubuk dan air sebagai pelarut ketika proses pencampuran atau volume susu yang dibutuhkan anak. Ibu memberikan susu formula hanya dengan dasar perkiraan saja, tanpa mengikuti petunjuk yang tertera pada kemasan/pembungkus susu formula. Kejadian ini menandakan pengetahuan

ibu, keluarga ataupun masyarakat di Lingkungan Pelindu mengenai pemberian susu formula yang kurang baik dan kurang tepat, sehingga perlu untuk ditingkatkan. Risiko pemberian susu formula yang tidak sesuai dengan kebutuhan adalah kemungkinan terjadi asupan gizi kurang atau gizi lebih (Pudjiadi, 2005). Omar, Coleman & Hoerr (2001) menyampaikan mengenai penelitiannya bahwa perilaku orangtua sangat erat dengan status gizi anak, termasuk dalam memberikan susu formula pada anak, orangtua perlu untuk meningkatkan pengetahuan mengenai komposisi susu dan air yang tepat saat proses pembuatan sebelum diberikan kepada anak.

Alasan pemberian susu formula pada keluarga miskin di Pelindu ada yang dikarenakan anak menolak ASI dan karena anak dilahirkan dengan keadaan BBLR. Berat badan lahir kurang dari 2500 gram umumnya terdapat pada bayi prematur. Bayi ini umumnya belum dapat mengisap dan menelan dengan baik, bayi BBLR membutuhkan energi banyak untuk pertumbuhan, tetapi kapasitas mencerna makanan masih terbatas. ASI banyak mengandung gizi yang baik bagi bayi baru lahir termasuk pada bayi prematur atau BBLR (dengan fungsi fungsi pencernaan dan ginjal yang belum sempurna) tetapi kebutuhan gizi pada bayi BBLR untuk peningkatan kecepatan pertumbuhan kurang tercukupi hanya dari ASI.

Kecepatan pertumbuhan bayi cukup bulan pada bulan-bulan pertama hanya sekitar 10 gram/Kg BB tiap harinya, sedangkan ketika masih dalam perut ibu pada trimester ketiga mencapai 25 gram/Kg BB tiap hari. Protein, kalsium dan natrium

ASI kurang mencukupi untuk pertumbuhan bayi prematur (Pudjiadi, 2000). Tindakan pemberian susu formula pada bayi BBLR merupakan tambahan selain dari nutrisi utama yaitu ASI. Penjelasan mengenai pemberian susu formula yang disertakan dengan pemberian ASI pada bayi BBLR perlu dengan baik disampaikan oleh petugas kesehatan sehingga ibu memahami bahwa gizi ibu menyusui perlu untuk ditingkatkan, serta ibu terus merangsang produksi ASI dengan cara sesering mungkin menetekinya anak (selang-seling dengan pemberian susu formula). Ibu menetekinya anak sesering mungkin juga akan melatih anak untuk dapat menghisap dengan kuat dan melatih reflek menelan.

Petugas puskesmas memberikan susu formula dan bubur bayi selama 3 bulan sesuai dengan program PMT yang diberikan karena anak dilahirkan dengan berat 2 Kg. Sebaiknya selain pemberian susu formula, yang penting untuk disertakan adalah pemberian pengetahuan mengenai kebutuhan nutrisi pada anak yang dilahirkan dengan keadaan BBLR dan perhatian petugas kesehatan perlu ditingkatkan mengenai penyebab terjadinya BBLR, seperti mengenai riwayat kondisi ibu saat hamil. Beberapa ahli menyebutkan bahwa terjadinya BBLR erat dengan kejadian anemia pada ibu hamil, dan terutama terjadi di keluarga dengan pendapatan dan pendidikan rendah (Atmarita & Fallah, 2004). BBLR pada bayi menyebabkan risiko terjadinya gizi kurang, Hadi (2005) menyatakan keadaan risiko pada balita gizi kurang dimulai pada bayi dengan BBLR yang mempunyai risiko lebih tinggi untuk meninggal dalam 5 tahun pertama kehidupan.

Anak yang memiliki riwayat BBLR pada penelitian ini saat ditimbang mempunyai status gizi sedang, dengan usia 4 tahun. Kemungkinan adanya riwayat gizi kurang terjadi pada perkembangan anak di usia 1 tahun ketika mendapatkan bantuan susu formula dan bubur kemasan selama 3 bulan dari puskesmas. Ibu kurang mengetahui penyebab terjadinya BBLR dan riwayat BB kurang pada anak, serta ibu kurang mengetahui cara mencegah terjadinya BBLR dan cara pemberian makan pada anak dengan BBLR. Indikasi ini memerlukan penelitian lebih lanjut dan juga intervensi yang dapat meningkatkan pengetahuan ibu, sehingga untuk masa selanjutnya tidak didapatkan kasus BBLR ataupun keluarga dapat meningkatkan kemampuan dalam merawat anak dengan BBLR.

Peran perawat komunitas diperlukan di Lingkungan Pelindu untuk dapat berkontribusi melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif pada keluarga miskin yang berisiko tinggi terjadi masalah kesehatan, khususnya risiko terjadi masalah gizi kurang pada balita, termasuk pada kasus BBLR. Asuhan keperawatan komprehensif memiliki pengertian pelaksanaan program yang dimulai dari preventif dengan pemberian pelayanan pada kelompok perempuan usia produktif, pada ibu hamil, sampai dengan promotif saat setelah anak dilahirkan pada keluarga atau masyarakat yang berisiko tinggi, dalam hal ini pada keluarga miskin di Pelindu sebagai populasi rentan. Contoh intervensi yang dapat dilakukan adalah pemberian suplemen makanan seperti zat besi pada perempuan usia produktif dan ibu hamil serta peningkatan pengetahuan ibu hamil untuk mengkonsumsi makanan

yang mengandung gizi yang dibutuhkan ibu dan janin, dan juga dilakukan pemberian makanan tambahan dan suplemen makanan pada ibu menyusui.

Bayi dikenalkan susu formula terlebih dahulu sebelum ASI dapat berakibat bayi menolak diberikan ASI. Swasono (2005) menyatakan kekecewaan terkait dengan adanya instansi kesehatan yang memberikan susu formula pada bayi setelah menolong persalinan. Swasono (2005) juga menyampaikan kasus gizi kurang pada balita bukan karena kurang mengkonsumsi susu formula tetapi diakibatkan karena tidak dilakukan pemberian ASI dan makanan pendamping dengan benar. Kenyataan yang ada di beberapa daerah di Indonesia masih banyak tenaga kesehatan tidak langsung memberikan bayi kepada ibu setelah dilahirkan untuk segera diberikan ASI, tetapi tenaga kesehatan memberikan susu formula terlebih dahulu kepada bayi. Hanya terdapat 51 % ibu yang memberikan ASI sesaat anak dilahirkan pada persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan, sedangkan lainnya dikenalkan susu formula terlebih dahulu oleh tenaga kesehatan (SPM PP-ASI, 2005).

Kejadian ini juga terjadi pada satu keluarga informan, yaitu bidan memberikan susu formula sesaat anak dilahirkan dengan alasan ASI yang belum keluar. Tindakan tersebut mungkin menyebabkan terjadinya penolakan anak pada pemberian ASI di keluarga miskin Lingkungan Pelindu. Penolakan anak terhadap ASI mengakibatkan keluarga memberikan susu formula sebagai pengganti ASI. Hasil penelitian ini menandakan perlu adanya asuhan keperawatan pada kelompok

ibu menjelang melahirkan, seperti intervensi pada ibu untuk stimulasi produksi ASI, sehingga ketika anak lahir maka ASI telah siap diberikan dan secara fisiologis tubuh ibu dapat segera memproduksi ASI, terutama dengan adanya rangsangan reflek menghisap dari anak, dan pemberian susu formula karena alasan ASI belum diproduksi dapat dihindari.

WHO (2000 dalam Depkes, 2002) menyatakan bayi yang diberi susu selain ASI mempunyai risiko 17 kali lebih besar mengalami diare, 3-4 kali lebih besar kemungkinan terkena ISPA dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan ASI.

Pernyataan ASI ini sesuai dengan hasil penelitian ini mengenai adanya kejadian sakit yang sering pada anak di keluarga miskin yang diberikan susu formula sebagai pengganti ASI pada saat bayi. Kondisi ini memerlukan suatu upaya dari tenaga kesehatan untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan menghindari tindakan pelayanan kesehatan yang berisiko terhadap munculnya masalah kesehatan pada anak akibat tidak diberikan ASI eksklusif.

Tema 5: Pemberian makanan

a. Pemberian makanan menurut usia: sebelum pengenalan ASI (pralaktal)

Waktu pemberian makanan pralaktal dilakukan ibu di keluarga miskin Pelindu sesaat setelah anak dilahirkan. Pemberian makanan pertama ini telah dilakukan secara turun-temurun di masyarakat Lingkungan Pelindu. Ratnawati dan Ningtyas (2007) menyatakan dari hasil penelitiannya di masyarakat etnis Madura dan Jawa yang ada di Jember yaitu ada budaya pemberian makanan beberapa saat setelah

anak dilahirkan, bayi diberikan kelapa muda, pepaya, atau pisang yang diyakini dapat memberikan kesehatan pada bayi yang baru saja dilahirkan.

Pemberian makanan pralaktal dilakukan selama 1-3 hari atau bahkan ada ibu di Pelindu yang memberikan selama 2 bulan sebelum diganti dengan makanan lainnya. Pemberian makanan ini sebenarnya belum dibutuhkan anak karena kandungan ASI mencukupi kebutuhan gizi anak sampai dengan usia 6 bulan, serta manfaat lainnya dalam pemberian ASI eksklusif yaitu dapat meningkatkan daya tahan anak yang sangat menentukan kekebalan fisik anak di masa pertumbuhannya.

Bahaya yang dapat terjadi dalam pemberian makanan saat anak baru saja dilahirkan adalah terjadinya gangguan sistem pencernaan karena belum dapat mengolah makanan dengan baik, kejadian mengenai gangguan pencernaan akibat pemberian makan sesaat paska dilahirkan dialami oleh anak-anak di Lingkungan Pelindu, seperti anak mengalami distensi abdomen, dan panas-kejang. Pemahaman mengenai masalah ini belum dimiliki oleh keluarga dan masyarakat Pelindu sehingga kemungkinan masih akan terus dilakukan oleh masyarakat dan kemungkinan akan terus terjadi masalah kesehatan pada anak yang disebabkan pemberian makan sesaat anak dilahirkan.

Makanan yang diberikan pada usia ini adalah pepaya, kelapa muda atau pisang. Kelapa muda banyak mengandung mineral (kalsium, fosfor, besi, vitamin B, vitamin C, dan air) dan merupakan makanan yang bersifat fisiologis yang dapat

menetralkan keadaan tubuh (Depkes RI, 1979). Pepaya banyak mengandung vitamin C dan provitamin A, membantu memecah makanan dalam sistem pencernaan, membuat lancar saluran pencernaan, menanggulangi atau mengobati beragam penyakit dan gangguan kesehatan (penyembuhan luka, menghilangkan infeksi, dan alergi). Pisang memiliki kandungan vitamin A, B1, B2, dan C, membantu mengurangi asam lambung, menjaga keseimbangan air dalam tubuh, dan pisang dapat menanggulangi atau mengobati beragam penyakit (gangguan pada lambung, dan menurunkan kadar kolesterol dalam darah) (Link Media, 2008). Pisang juga banyak mengandung karbohidrat, kalsium, dan pospor (Sediaoetama, 2004). Jenis makanan yang diberikan sesaat anak dilahirkan merupakan makanan yang mempunyai dampak gizi yang baik bagi tubuh yang sudah dapat mencerna dengan baik tetapi merupakan tindakan yang membahayakan pada anak usia ini karena belum maturnya pertumbuhan anak. Belum sempurna perkembangan saluran pencernaan pada anak di usia ini sehingga berisiko terjadi gangguan kesehatan akibat pemberian makan.

Moore (1997) berpendapat bahwa pemberian makanan padat sebelum usia 4-6 bulan sangat berisiko terjadi gangguan kesehatan karena adanya reflek ekstruksi lidah, yang cenderung mendorong makanan padat keluar mulut dan ini tidak akan hilang sampai dengan anak berusia 4 bulan. Produksi amilase pankreatik (suatu enzim yang penting untuk pencernaan pati pada makanan bayi) masih sangat rendah sampai usia 4 bulan. Alasan lainnya adalah bayi dapat mempertahankan kontrol kepala dengan baik pada umur 4 bulan, dan dapat dibuat posisi duduk

dengan baik saat proses pemberian makan setelah usia itu. *Ekzema* dan penyakit atopik lainnya sering terjadi pada bayi yang menerima makanan padat lebih awal, semakin besar keragaman pangan, semakin besar bahayanya. Pemberian awal makanan padat tidak mempunyai pengaruh terhadap pola tidur anak serta makanan padat dapat menghambat penyerapan zat besi dan zat gizi lainnya dari ASI, dan pengenalan makanan padat sebelum usia 4-6 bulan diasosiasikan dengan masa pemberian ASI yang lebih pendek.

Teori ini menjelaskan pentingnya program ASI eksklusif dilaksanakan di Lingkungan Pelindu dan perlunya rekonstruksi budaya terkait dengan nilai dan keyakinan mengenai pemberian makanan padat sebelum anak berusia 6 bulan yang terjadi di keluarga miskin Lingkungan Pelindu. Peningkatan kesadaran harus dimulai oleh tenaga kesehatan yang bekerja dalam komunitas masyarakat Pelindu, dan berlanjut dengan keterlibatan semua pihak yang ada di Pelindu termasuk peningkatan kesadaran dan keterlibatan tokoh masyarakat seperti dukun yang memiliki peran dominan terhadap pemberian nasehat untuk pemeliharaan anak yang baru dilahirkan. Dukun dapat diberdayakan untuk peningkatan pelaksanaan ASI eksklusif terutama pada ibu yang dibantu oleh proses persalinan dan perawatan paska melahirkannya oleh dukun.

Pemberian makanan lanjutan pada anak usia < 6 bulan

Hasil penelitian menyatakan waktu pemberian makanan lanjutan adalah saat sebelum masa neonatus dan setelah masa neonatus dengan lama pemberian 1-2

bulan, 3-4 bulan, 7 bulan, atau > 1 tahun (telah diberi makan nasi sejak usia 2 bulan sampai dengan saat diwawancarai). Keberlangsungan pemberian makan pada anak sebelum berusia 6 bulan telah berlangsung cukup lama dan di berbagai tempat di Indonesia. Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997 menunjukkan bahwa hampir semua bayi (96,3%) di Indonesia pernah mendapat ASI, sebanyak 8,1 % bayi baru lahir mendapat ASI dalam 1 jam setelah dilahirkan, 53 % bayi mendapat ASI pada hari pertama, rata-rata lama pemberian ASI eksklusif hanya 1,7 bulan atau MP-ASI sudah mulai diberikan pada usia yang lebih dini. Konsumsi makanan pendamping (MP-ASI) telah diberikan pada usia bayi kurang dari 2 bulan sebanyak 35% dan usia 2-3 bulan sebanyak 37 % (SPM PP-ASI, 2005). Kebiasaan di Lingkungan Pelindu dan juga beberapa tempat di tanah air memerlukan penanganan dengan baik untuk terjadinya perubahan perilaku yang juga memerlukan pendekatan holistik pada masyarakat dengan turut memperhatikan keyakinan dan nilai yang ada di masyarakat.

Hasil penelitian mendapatkan data mengenai jenis makanan yang diberikan pada balita di saat usia < 6 bulan adalah buah, buah + nasi, bubur bayi kemasan, nasi yang dihaluskan, atau nasi dan bubur bayi yang diberikan pada bayi secara bergantian. Pemberian makanan pada anak diusia kurang dari 6 bulan yang terjadi di Lingkungan Pelindu diperkirakan mempengaruhi keadaan gizi anak yang tidak saja mengakibatkan kondisi negatif. Jenis makanan yang beragam, seperti buah (pisang), bubur bayi instant, atau nasi olahan yang diberikan sayuran (bayam, wortel, dan kelor) mengakibatkan adanya tambahan gizi selain dari ASI seperti

memperoleh karbohidrat, protein dan terutama vitamin dan mineral yang banyak terdapat pada sayuran dan buah. Porsi yang diberikan ibu pada anak di Lingkungan Pelindu pada saat anak usia kurang dari 6 bulan relatif sedikit (pada ibu yang masih memberikan ASI) dan bertambah sesuai dengan usia anak, kemungkinan dengan porsi yang sedikit tersebut masih membuat anak menginginkan konsumsi ASI dari ibu, tetapi tetap saja perilaku ibu ini membahayakan kondisi kesehatan anak terutama terjadinya masalah pada saluran pencernaan yang justru dapat berakibat sekunder terhadap penurunan status gizi anak.

Porsi pemberian makan pada hasil penelitian ini diketahui diberikan sebanyak 10 gram (pada anak yang masih diberikan ASI), 50-100 gram, 7-20 gram (anak tidak diberikan ASI) dengan frekuensi pemberian makan 2-3 x / hari. Risiko pemberian makan sebelum anak berusia 4-5 bulan adalah tingginya *solute load* hingga dapat menimbulkan hiperosmolalitas, kenaikan berat badan yang terlalu cepat, alergi pada zat makanan yang diberikan, kemungkinan mendapat garam dan nitrat yang dapat merugikan, mungkin terdapat makanan yang mengandung zat pewarna dan zat pengawet, atau mungkin makanan tercemar dalam penyediaan atau saat penyimpanan (Pudjiadi, 2000).

Masalah kesehatan akibat pemberian makan terlalu dini pada anak usia < 6 bulan banyak dialami keluarga miskin di Lingkungan Pelindu, seperti anak mengalami kolik abdomen dan mengalami panas-kejang akibat dari tidak dapat

dikeluarkannya sisa makanan yang ada pada abdomen. Kejadian gastroenteritis pada anak mungkin terkait dengan proses penyediaan makanan atau jenis makanan yang diberikan. Infeksi kuman dapat terjadi pada anak karena kurangnya kebersihan makanan, atau intoleransi saluran pencernaan pada jenis makanan yang dikonsumsi saat usia < 6 bulan (Sulistiyani, 2006).

Pemberian makan selain ASI sebelum anak berusia 6 bulan berisiko terjadinya masalah kesehatan yang justru dapat menyebabkan anak menjadi berkurang keadaan gizinya. Terdapat kaitan antara pemberian makanan dan gangguan kesehatan. Bappenas (2007) mencatat mengenai masalah kesehatan yang cukup tinggi prevalensinya pada balita adalah diare, ISPA, malaria, demam berdarah, dan HIV-AIDS. Infeksi ini dapat mengganggu penyerapan asupan gizi sehingga mendorong terjadinya gizi kurang dan buruk, yang juga dapat melemahkan daya tahan anak sehingga anak mudah sakit (Bappenas, 2007).

Tujuan ibu di keluarga miskin Pelindu memberikan makanan pada anak saat usia ini adalah untuk mengatasi lapar, menjaga kesehatan, dan mencegah bayi menangis. Perhatian ibu dalam mencukupi kebutuhan gizi anak di usia < 6 bulan di Lingkungan Pelindu cukup besar, terlihat dari tujuan ibu memberikan makan pada anak di usia tersebut yaitu untuk mengatasi rasa lapar pada anak, atau upaya ibu mencegah bayi menangis sebagai persepsi ibu adanya rasa lapar pada anak, dan untuk menjaga kesehatan anak. Perhatian yang besar ini perlu didukung oleh pengetahuan dan pemahaman yang baik, seperti pemahaman mengenai kebutuhan

gizi anak di usia tersebut, makanan yang mempunyai kandungan gizi untuk memenuhi kebutuhan gizi dan dapat meningkatkan kesehatan anak, serta makanan yang dapat dijangkau keluarga terutama terkait harga makanan tersebut. Makanan untuk anak usia kurang dari 6 bulan yang memenuhi kriteria tersebut adalah ASI, sehingga ibu perlu merasa yakin bahwa ASI sudah mencukupi gizi anak sampai dengan usia 6 bulan dan ibu tidak perlu memberikan makanan tambahan lain (kecuali pada kejadian khusus seperti bayi prematur atau BBLR).

Pemberian makanan lanjutan saat anak berusia 6 bulan – 12 bulan

Hasil penelitian ini mendapatkan informasi mengenai waktu pemberian makanan lanjutan pada saat usia ini, dimulai umur 6-7 bulan, atau umur 11 bulan. Anak berusia di atas 6 bulan sudah memerlukan makanan tambahan selain ASI, ASI hanya dapat mencukupi sekitar 60 % dari kebutuhan pangan anak di usia tersebut sehingga selain pemberian ASI diperlukan makanan tambahan (Pudjadi, 2005). Pemberian makanan selain ASI setelah anak berusia 6 bulan didasari jumlah dan kandungan gizi ASI yang tidak lagi mencukupi kebutuhan, juga dikarenakan sistem pencernaan yang telah siap menerima makanan karena tubuh telah memproduksi sempurna enzim pepsin, lipase, amilase saat usia 6 bulan, akibatnya makanan dapat diolah dengan baik oleh sistem pencernaan (Wikia, 2008, http://asuh.wikia.com/wiki/Gizi_ibu diperoleh 27 Juni 2008).

Pemberian makan oleh ibu di Pelindu umumnya diberikan sebanyak 2-3 kali dan hanya menekankan pada pemberian makan pokok tanpa ada terjadual untuk

pemberian kudapan. Anjuran makan pada anak berusia 6-12 bulan adalah sebanyak 2 kali untuk mengkonsumsi MP-ASI, dengan ditambah sedikit lemak dan margarin (Azwar, 2000). Pudjiadi (2004) menyampaikan saat usia 6 bulan bayi mengkonsumsi makanan lunak sebanyak 3 kali ditambah dengan 1-2 kali buah-buahan, dapat berupa nasi yang disaring terlebih dahulu dengan tambahan daging, ikan, atau hati serta sayuran seperti wortel, atau bayam. Jenis makanan selain nasi yang dihaluskan adalah bubur susu formula dengan keadaan kering dan *pre-cooked* (instant), tidak perlu dimasak, dapat diberikan setelah diberikan air matang seperlunya. Komposisi makanan siap saji tersebut harus memenuhi standar ketentuan internasional dalam *Codex Alimentarius* (1982), seperti kandungan protein > 15 %, kualitas protein > 70 % kasein.

Perilaku ibu dalam pemberian makan pada anak di usia 6-12 bulan di Lingkungan Pelindu merupakan lanjutan dari masa sebelumnya. Ibu di Lingkungan pelindu memberikan makanan lunak dan padat (nasi) pada anak di usia ini, pemberian makanan lunak berlangsung antar 3 bulan sampai dengan 1 tahun, makanan diberikan sebanyak 2 – 3 kali, dan porsi pemberian beragam dari 1 sendok – ½ mangkok kecil. Perilaku ini mempengaruhi status gizi anak selain dari perilaku ibu dalam pemberian ASI (pada keluarga yang masih memberikan ASI pada anak).

Jenis makanan anak usia 6-12 bulan yang dianjurkan oleh Departemen Kesehatan untuk anak berusia 6-8 bulan mengkonsumsi jenis makanan lunak, 8-12 bulan mengkonsumsi jenis makanan lembik, dan kemudian anak usia 12 bulan telah

dapat mengkonsumsi makanan orang dewasa (Depkes, 2007), terkait dengan anjuran ini telah dipublikasikan Depkes melalui KMS anak yang dipunyai oleh keluarga yang menggunakan pelayanan posyandu. Jenis makanan padat yang langsung diberikan pada anak usia < 12 bulan dapat mengakibatkan kemungkinan tidak terolah dengan baik (salah satunya karena gigi baru mulai tumbuh). Porsi makanan pada anak usia 6-12 bulan, sekitar 6-9 sendok makan penuh dan bila bayi meminta lagi, ibu dapat menambahnya (Azwar, 2000). Hasil yang didapat di keluarga miskin Pelindu pemberian porsi makan saat anak usia 6-12 bulan relatif sedikit, akibatnya dapat terjadi asupan nutrisi MP-ASI yang kurang pada anak. Sehingga ada kemungkinan anak masih meminta tambahan asupan makanan, sebagai dampaknya adalah anak meminta jajan pada ibu dan ini dapat berakibat pada penambahan pengeluaran keuangan bagi keluarga.

Penelitian ini juga mendapatkan informasi mengenai keragaman makanan yang diberikan oleh ibu pada anak di usia ini cukup baik (nasi, sayur, lauk, dan buah), dengan jenis makanan utama nasi yang memiliki kandungan energi, karbohidrat dan protein yang cukup besar, dan juga pemberian vitamin serta mineral dari sayuran yang diberikan. Tetapi, mungkin untuk pemberian protein bergantung pada kandungan gizi protein nabati (tahu-tempe) yang sering dikonsumsi oleh keluarga dan keluarga jarang mengkonsumsi protein hewani. Jenis makanan yang terbatas, jumlah makanan yang kecil karena porsi sedikit atau frekuensi kurang dapat pula mengakibatkan risiko keadaan kurang gizi pada anak.

Risiko ditunjukkan pada beberapa anak di keluarga miskin Lingkungan Pelindu yang memiliki perbedaan status gizi (berat badan menurut usia, ada yang status gizi baik dan ada yang status gizi sedang). Kemungkinan keluarga yang memberikan frekuensi, porsi, dan keragaman jenis makanan yang lebih baik pada anak mengakibatkan anak memiliki status gizi yang lebih baik, seperti ibu yang memberikan frekuensi makan 3 kali sehari pada anak memiliki anak dengan berat badan yang lebih baik dibandingkan ibu yang memberikan makan hanya ketika anak minta (kadang-kadang hanya 2 kali per hari), atau ibu yang memberikan makanan dengan porsi lebih besar (1 buah pisang) sebanyak 3 kali per hari pada anak memiliki berat badan yang lebih baik dibandingkan yang memberikannya $\frac{1}{2}$ buah setiap kali makan. Kandungan karbohidrat dari makanan yang diberikan pada anak mungkin berpengaruh pada penambahan berat badan anak tetapi yang juga memerlukan perhatian adalah perkembangan anak yang banyak dipengaruhi oleh kandungan kualitas gizi makanan.

Anak usia ini di Lingkungan Pelindu pada umumnya telah diberikan makanan tambahan seperti pemberian kudapan berupa penganan atau buah-buahan. Beberapa ibu di Lingkungan Pelindu merasakan adanya tambahan pengeluaran harian untuk memenuhi keinginan jajan pada anak. Pemberian jajan pada anak dapat menambah pemenuhan kebutuhan gizi anak, tetapi pemilihan jenis jajanan yang diberikan pada anak diutamakan yang mengandung gizi yang baik (Moehji, 2003). Azwar (2000) mengatakan pada usia 9-12 bulan anak sebaiknya telah diberikan makanan selingan 1 kali sehari, dengan memilih makanan selingan yang

bernilai gizi tinggi seperti kacang hijau, atau buah. Makanan selingan sebaiknya dibuat sendiri agar terjamin kebersihannya.

Ibu di keluarga miskin Pelindu beberapa memberikan jajan pada anak dengan mengelola (memasaknya) tetapi sebagian ibu langsung membelikan jajanan yang telah siap dimakan. Beberapa pilihan makanan jajanan kemasan (*chiki-chiki*) atau siap saji (*cilok* yaitu olahan tepung kanji yang dibentuk bulat kecil-kecil atau bakso) yang mungkin kurang bergizi dan dapat membahayakan kesehatan anak karena kandungan penyedap rasa, pengawet, atau pewarna makanan yang bersifat toksik pada tubuh.

Hal lain yang juga perlu untuk dipertimbangkan dalam pemberian makanan pada anak usia ini adalah frekuensi makan anak yang kurang, seringkali dialami anak menolak untuk makan dan orang tua tidak mencari alternatif untuk membuat anak terpenuhi kebutuhan pangan (Pudjiadi, 2995). Cara yang dapat dilakukan oleh ibu untuk menyusun hidangan makanan pada keluarga adalah: makanan harus dapat menyediakan zat-zat gizi, makanan harus dalam jangkauan keluarga, hidangan harus dinikmati oleh keluarga, suasana ketika makan harus menyenangkan, dan makanan harus memenuhi syarat sosial budaya (Sediaoetama, 2004). Ibu memberikan makanan dengan mempersiapkan penyajiannya, pertimbangan yang dilakukan dalam penyajian adalah makanan terjangkau oleh keluarga, memenuhi gizi anak, jenis makanan yang disukai, penyajian yang menarik, dan menciptakan

suasana yang menyenangkan saat makan, dengan demikian diharapkan upaya tersebut dapat meningkatkan selera makan anak (Mahan & Stump, 2000).

Ibu juga diharapkan tidak membiarkan anak menolak makan dan membiarkan anak tidak makan karena dapat mengakibatkan tidak terpenuhinya kebutuhan gizi anak yang menjadi penyebab risiko gizi kurang. Aneka ragam bahan makanan perlu disajikan pada anak dengan mencampurkan ke dalam makanan (lembik) pada usia ini, berbagai lauk-pauk dan sayuran diberikan secara bergantian. Pengenalan berbagai bahan makanan sejak usia dini akan berpengaruh baik terhadap kebiasaan makan yang sehat di kemudian hari (Azwar, 2000).

Hal yang terjadi juga pada keluarga miskin di Pelindu adalah pemberian menu makan yang kurang baik. Contoh makanan kurang baik yang dilakukan oleh ibu pada anak di Lingkungan Pelindu dengan persepsi ibu bahwa makanan yang diberikan telah mengandung cukup gizi sesuai kebutuhan anak adalah mie instan/siap saji. Pemberian mie instan pada anak bersamaan dengan nasi tanpa menu lainnya, seperti tanpa sayuran atau lauk-pauk dapat mengakibatkan anak tidak tercukupi kebutuhan gizinya. Peningkatan pengetahuan dan pemahaman pemberian gizi yang sehat dan memenuhi kebutuhan anak diperlukan masyarakat di Lingkungan Pelindu. Peran serta berbagai pihak, seperti pemerintah, petugas kesehatan, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), keterlibatan aktif masyarakat, serta juga produsen makanan.

Contoh yang mungkin perlu dilakukan adalah peranan media massa dalam memberi informasi yang benar dan baik, seperti televisi yang memberikan informasi bukan saja bertujuan untuk peningkatan literasi publik terhadap makanan yang dipasarkan. Pengalaman peneliti dalam proses wawancara merasakan adanya peran televisi yang sangat dominan pada keluarga miskin di Lingkungan Pelindu, anggota keluarga menyerap informasi yang disampaikan televisi termasuk iklan komersial makanan dan meyakini kebenaran pesan yang disampaikan oleh media massa tersebut. Bappenas (2007) menyatakan untuk strategi jangka panjang penanggulangan masalah gizi terdapat salah satu *item*-nya adalah pengaturan pemasaran pangan yang tidak sehat dan tidak aman. Indikasi ini memerlukan tindak lanjut dalam pengaturan distribusi makanan kemasan termasuk untuk pemberian informasi terkait yang bukan saja bertujuan untuk membeli produk yang dipasarkan tetapi juga mengenai kandungan gizi serta kandungan zat lainnya serta akibat mengkonsumsi zat tersebut.

Pemberian makanan lanjutan pada saat anak berusia > 12 bulan

Hasil Penelitian ini mendapatkan gambaran mengenai waktu pemberian makan pada saat anak berusia > 12 bulan mulai dilakukan saat anak berusia 1 tahun, dengan lama untuk jenis pemberian sampai dengan saat wawancara berlangsung yang berkisar pada usia 1-5 tahun (anak telah mengkonsumsi makanan yang sama dengan orang dewasa). Jenis makanan yang diberikan yaitu nasi+sayur atau nasi, sayuran dan lauk-pauk. Porsi pemberian sekitar 1-3 centong nasi dengan frekuensi makan 2-3 kali perhari. Secara teori dinyatakan pemberian jenis makanan pada

anak usia >12 bulan adalah makanan yang sama dengan anggota keluarga lain walau masih ada yang dibatasi untuk tidak dikonsumsi anak (seperti makanan yang terasa pedas). Frekuensi makan pada anak usia ini adalah 3 kali per hari, sebanyak $\frac{1}{2}$ porsi orang dewasa setiap kali makan, dengan tetap memberikan makanan selingan 2 kali sehari (Azwar, 2000).

Pemberian makanan pada anak usia >12 bulan yang terjadi di Lingkungan Pelindu umumnya masih kurang sesuai dengan anjuran makan, anak usia > 12 bulan mengkonsumsi makanan sebanyak $\frac{1}{2}$ - 1 porsi nasi ukuran makan orang dewasa setiap kali makan. Jenis makanan yang dikonsumsi umumnya nasi dengan sayur-mayur, dan lauk-pauk protein nabati. Anak juga mengkonsumsi buah-buahan yang didapat dari membeli atau didapat langsung dari tumbuhan yang menghasilkan buah yang tumbuh di Lingkungan Pelindu. Konsumsi makanan yang mengandung protein hewani, atau keragaman makanan yang bergizi masih sangat kurang karena dibatasi oleh keterbatasan ekonomi dan hal ini berisiko terjadinya gizi kurang pada balita.

Anjuran makan dari Depkes (2007) untuk anak usia di atas 1 tahun mungkin hampir terpenuhi (jumlah nasi yang dikonsumsi) oleh keluarga miskin di Lingkungan Pelindu, seperti yang disampaikan informan mengenai porsi makan anak setiap kali makan 1-3 centong nasi (100-300 gram), konsumsi lauk nabati: tempe 3 potong, dan sayur 1 centong, dan juga anak sering mengkonsumsi buah: jambu batu atau mangga, tetapi sebagian besar anak tidak mengkonsumsi susu.

Pemberian makan pada anak usia > 12 bulan jika dibandingkan anjuran Depkes hampir terpenuhi terutama untuk jumlah nasi yang dikonsumsi tetapi jenis makanan lainnya masih jauh di bawah anjuran kesehatan terutama anjuran yang disampaikan oleh Ball dan Bindler (2003) serta Pudjiadi (2005), khususnya terkait dengan konsumsi protein (protein hewani, dan susu).

Kebiasaan mengkonsumsi makanan yang beragam mempunyai dampak positif terkait memperoleh kandungan gizi yang spesifik pada setiap jenis makanan (Moehji, 2003). Perhatian keluarga di Lingkungan Pelindu selain pada gizi makanan juga mengenai kebersihan makanan. Informasi yang didapatkan dari penelitian di Lingkungan Pelindu ini adalah adanya frekuensi sakit saluran pencernaan pada anak yang cukup tinggi, seperti diare. Penyebab dari diare pada anak yang telah terjadi pada usia ini tidak diketahui oleh ibu, tetapi ibu menginformasikan mengenai adanya kemandirian anak untuk mengkonsumsi makanan tanpa pemantauan ketat lagi dari orang tua dan ibu menginformasikan pula mengenai kurang terbentuknya pola kebersihan saat makan.

Informasi mengenai pengalaman yang dialami ini dapat ditindak lanjuti dengan adanya peningkatan pengetahuan ibu untuk membentuk pola makan yang sehat pada anak termasuk juga pola hidup bersih. Dinas Kesehatan Probolinggo, Jawa Timur telah berhasil dalam melakukan perubahan perilaku terkait dengan PHBS di rumah tangga dengan menitikberatkan pada pemberdayaan masyarakat (Depkes, 2005), program ini dapat pula dicontoh oleh tenaga kesehatan yang bertugas di

Lingkungan Pelindu dengan melibatkan sektor pemerintah, swasta, dan lembaga masyarakat yang ada. Program tersebut memberdayakan para ibu yang aktif dalam kegiatan kemasyarakatan untuk memberikan penyuluhan kesehatan dan menjadi contoh peran untuk berperilaku sehat dan bersih di lingkungannya. Jika program dilaksanakan harapannya dapat menurunkan angka kasus diare pada balita di keluarga miskin Pelindu sehingga pertumbuhan berat badan anak tidak terhambat.

b. Menu makanan yang diberikan

Hasil Penelitian ini menyimpulkan mengenai pemberian makan pada balita di keluarga miskin Pelindu umumnya adalah jenis makanan pokok, lauk-pauk, sayuran, buah-buahan, penganan, dan suplemen makanan (susu kedelai). Makanan yang diberikan pada anak di Lingkungan Pelindu terdiri dari berbagai jenis yang mengandung karbohidrat, protein-lemak (khususnya protein-lemak nabati), vitamin, dan mineral. Moehji (2002) menyatakan penganeekaragaman bahan makanan ada pada jenis makanan pokok, lauk-pauk, sayur-mayur, dan buah, penganeekaragaman juga dapat dilakukan pada macam masakan yang dibuat dari satu jenis bahan pangan, serta penganeekaragaman pola menu dan makanan kebiasaan dengan dasar pedoman 4 sehat 5 sempurna. Pemberian makan dalam keragaman menu makanan pada keluarga miskin di Lingkungan Pelindu masih terbatas pada keadaan ekonomi, anak sangat jarang mengkonsumsi ikan atau daging segar karena harganya tidak terjangkau oleh keluarga.

Pengetahuan mengenai pemberian asupan gizi yang sesuai dengan kebutuhan gizi anggota keluarga dan penyusunan menu yang sesuai kebutuhan gizi keluarga serta dapat dijangkau oleh keluarga merupakan suatu program yang dibutuhkan oleh masyarakat dan keluarga di Lingkungan Pelindu, untuk menghindari adanya gizi kurang pada keluarga dan untuk memelihara, serta meningkatkan kesehatan keluarga. Pemberian makanan tambahan seperti protein hewani yang mengandung protein kualitas baik merupakan suatu kebutuhan untuk meningkatkan konsumsi makanan bergizi yang dibutuhkan oleh balita di keluarga miskin Pelindu.

Anak yang mengkonsumsi suplemen susu kedelai semenjak berusia 24 hari di salah satu keluarga miskin Pelindu, memiliki berat badan yang lebih baik dibandingkan anak yang hanya mengkonsumsi ASI. Ibu tersebut memiliki keterbatasan dalam pemberian makanan jenis protein hewani karena faktor ekonomi yang kurang, tetapi ibu memiliki kiat khusus yaitu, anak tidak dibelikan jajanan (karena akan menambah pengeluaran ekonomi), frekuensi makan diberikan minimal 3 kali per hari dengan menu makanan minimal nasi dan sayur, serta setiap minggu anak mengkonsumsi susu kedelai dan buah yang dibawa oleh sanak famili ketika berkunjung ke keluarga tersebut. Selain itu ibu juga rajin membawa anak ke posyandu untuk mendapatkan makanan kacang hijau atau biskuit serta pemberian minyak ikan. Ibu meyakini pemberian minyak ikan tersebut membantu proses pertumbuhan anak sehingga anak memiliki berat badan yang baik. Pengalaman dari keluarga tersebut dapat menjadi contoh untuk keluarga miskin di Pelindu lainnya dan juga dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya, terutama terkait

dengan hubungan pemberian susu kedelai terhadap penambahan berat badan pada balita.

3. Strategi yang dilakukan keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Beberapa strategi diidentifikasi oleh program *positive deviance* (Sternin, Sternin, & Marsh, 1998) sebagai dampak terjadinya gizi baik pada anak balita di keluarga miskin. Contohnya, pemberian jenis makanan yang mengandung protein tinggi, kaya vitamin dan mineral yang dibutuhkan oleh balita, bahan pangan yang dapat terjangkau oleh keluarga (tidak membeli tetapi dengan mencari di alam) (Dinkes Jatim, 2008). Strategi ini juga didapatkan pada keluarga miskin di Lingkungan Pelindu dalam pemberian nutrisi pada balita.

Tema 6: Cara akses sumber nutrisi keluarga

Keluarga miskin di Lingkungan Pelindu mendapatkan bahan pangan untuk keluarga melalui membeli, mencari, meminjam (berhutang), memelihara tanaman pangan, serta memelihara hewan penghasil pangan. Atmarita dan Fallah (2004) mendapatkan data dari Susenas (2003) mengenai adanya perbedaan konsumsi sayuran yang lebih sering pada masyarakat desa dibandingkan dengan kota. Konsumsi sayuran yang relatif banyak juga dirasakan pada keluarga miskin di Pelindu. Ketersediaan bahan pangan di alam dirasakan manfaatnya oleh keluarga miskin di Lingkungan Pelindu.

Keluarga merasakan keadaan kurang mampu untuk membeli bahan pangan sehingga memanfaatkan sumberdaya alam yang ada di Lingkungan Pelindu sebagai sumber nutrisi keluarga, seperti mencari sayur daun genjer, daun bayam berduri yang tumbuh di pematang sawah untuk dikonsumsi oleh anggota keluarga termasuk balita. Pemanfaatan lingkungan, khususnya bahan pangan yang disediakan alam berlangsung dalam keseharian pada masyarakat Lingkungan Pelindu. Luasnya area terbuka membuat alam menyediakan bahan pangan tanpa ditanam atau dipelihara oleh masyarakat. Sayuran jenis hijau daun, seperti: daun katuk, kelor, genjer, daun papaya, daun singkong, daun ubi, dan sayuran lainnya menjadi sumber vitamin yang sangat bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan gizi keluarga. Kebiasaan keluarga memakan sayuran memiliki dampak yang baik pada sistem pencernaan selain mendapat gizi dari sayuran, sehingga kesehatan dapat terus terpelihara dan ditingkatkan (Bappenas, 2007).

Selain dari memanfaatkan alam, keluarga miskin di Pelindu ada juga yang dengan sengaja memelihara tanaman atau hewan penghasil pangan. Salah satu program yang disusun pemerintah dalam penanggulangan KEP balita adalah pemanfaatan pekarangan. Pekarangan yang dimiliki keluarga dapat dimanfaatkan untuk menghasilkan berbagai bahan pangan bergizi dan juga menunjang program diversifikasi pangan dan gizi (sayuran, buah, ternak, dan ikan). Hasil pekarangan diharapkan dapat digunakan untuk konsumsi keluarga sebagai upaya meningkatkan gizi keluarga dan pendapatan keluarga (Depkes, 2007). Optimalisasi lahan untuk menghasilkan pangan yang bergizi bagi masyarakat perlu

didukung oleh pemerintah ataupun swasta, sehingga meningkatkan keterjangkauan keluarga dalam mengkonsumsi makanan bergizi selain dengan cara membeli. Perilaku ini dapat pula dijadikan contoh untuk dilakukan oleh keluarga lainnya yang memiliki karakteristik lingkungan seperti di Pelindu.

Tema 7: Prinsip pemberian makan

Keluarga miskin di Lingkungan Pelindu memiliki beberapa prinsip dalam pemberian makan pada anak, seperti asal anak makan tanpa memperhitungkan kandungan gizi yang dimakan, dan makan seadanya, dengan pengertian bahwa jika tidak ada uang untuk membeli lauk-pauk maka hanya memberikan nasi dan sayuran pada anak. Prinsip pemberian makan ini dapat berakibat negatif pada anak karena dapat mengakibatkan tidak tercukupi kebutuhan gizi anak sehingga dapat menyebabkan masalah gizi kurang pada anak, kekurangan gizi makro ataupun gizi mikro.

Salah satu kasus kekurangan gizi mikro yang berisiko tinggi terjadi di Indonesia adalah adanya kasus xerophthalmia. Kasus xerophthalmia di Indonesia dinyatakan telah tidak ada semenjak tahun 1992, tetapi serum retinol pada balita masih < 20 mcg/100ml (rendah) (Atmarita & Fallah, 2004). Selain dari konsumsi sayuran pada balita yang perlu ditingkatkan, juga perlu untuk diingatkan pada ibu untuk memberikan tambahan lemak saat pemberian makan sehingga dapat mempertinggi penyerapan vitamin A dan zat gizi lain yang larut dalam lemak (sejak usia 6 bulan makanan, diharapkan ibu sudah sedikit memberikan lemak, yaitu santan atau

minyak kelapa/margarin) (Azwar, 2000). Upaya ini diharapkan dapat menurunkan risiko kejadian kekurangan vitamin A pada anak dan keluarga termasuk keluarga miskin di Lingkungan Pelindu.

Prinsip pemberian makanan seadanya memerlukan intervensi untuk terjadinya perubahan prinsip yang mendukung pemberian gizi seimbang sesuai kebutuhan anak. Intervensi yang perlu untuk dilakukan pada keluarga miskin di Lingkungan Pelindu bukan saja pemberian informasi gizi yang sehat tetapi juga peningkatan akses bahan pangan bergizi yang terjangkau oleh keluarga, sehingga keluarga dapat mengkonsumsi makanan yang sesuai dengan kebutuhan, seperti adanya peningkatan pendapatan ekonomi keluarga atau adanya pemberdayaan keluarga dalam penyediaan pangan bergizi secara mandiri.

Kontribusi perawat komunitas pada keluarga miskin termasuk di dalamnya adalah membantu menyelesaikan inti masalah keluarga yaitu kemiskinan selain dari menangani masalah kesehatan keluarga (Stanhope & Lancaster, 1996). ICN (2007, <http://www.icn.ch>, diperoleh 24 Maret 2008) menyatakan dalam melakukan intervensi keperawatan keluarga miskin terlebih dahulu dengan melakukan pendekatan yang mengikutsertakan keluarga, dan kemudian juga melakukan kerjasama lintas sektor untuk upaya peningkatan status ekonomi-sosial, serta menginisiasi kebijakan sosial dan kesehatan yang berpihak pada masyarakat miskin.

Perubahan prinsip keluarga yang kurang baik diharapkan dapat berganti dengan prinsip yang baik ketika telah terjadi perubahan yang salah satunya adalah peningkatan status ekonomi dan sosial keluarga. Terjadi peningkatan status ekonomi keluarga dapat mengakibatkan peningkatan kemampuan keluarga dalam penyediaan pangan bagi anggota keluarga sesuai kebutuhan tanpa dibatasi oleh ketidakmampuan membeli karena kurang memiliki uang.

Tema 8: Pemeliharaan kesehatan

Hasil penelitian terkait dengan pemenuhan nutrisi pada balita adalah pemeliharaan kesehatan keluarga pada anak yaitu pengaturan pola aktivitas, pemberian jamu, pemberian vitamin, dan pemijatan rutin. Depkes (1997) menganjurkan pada kegiatan tidak langsung program PMT untuk dilakukan pemeliharaan kesehatan. Status gizi dan kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh faktor perilaku, sehingga untuk meningkatkan status gizi dan derajat kesehatan masyarakat perlu adanya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, minimal mampu memelihara bahkan dapat mendorong peningkatan kualitas kesehatan perorangan dan masyarakat.

Perilaku pemberian jamu pada anak menunjang pemeliharaan kesehatan anak, seperti konsumsi rimpang/ curcuma pada jamu yang diminum anak dapat meningkatkan nafsu makan dan meningkatkan fungsi metabolisme tubuh (Depkes dan Kwartir Nasional Gerakan Pramuka, 1994). Pemberian vitamin A pada anak dapat menstimulus pertumbuhan sel-sel baru pada tubuh dan bila kekurangan

vitamin A akan mengalami gangguan pertumbuhan (Montgomery, Conway, & Spector, 1993), pemijatan rutin (pada otot-otot tubuh) diperkirakan dapat menurunkan ketegangan otot (pengeluaran asam laktat tubuh) dan meningkatkan kenyamanan tubuh anak.

Anak balita memiliki kebutuhan istirahat yang lebih banyak dibandingkan orang dewasa (10-12 jam tidur / hari), dengan adanya pengaturan pola aktivitas sehari-hari yang dilakukan oleh ibu pada anak dapat membuat perkembangan dan pertumbuhan fisik dengan baik, ketika energi tubuh anak dapat diatur penggunaannya. Aktivitas yang berlebih dapat menyebabkan energi yang dimiliki tubuh dikeluarkan dengan jumlah yang besar sehingga simpanan energi digunakan untuk kebutuhan tersebut. Efek dari penggunaan simpanan energi (otot dan lemak tubuh) adalah penurunan status gizi yang dapat berakibat pada munculnya masalah gizi kurang pada anak. Pengalaman keluarga miskin di Pelindu dalam pemeliharaan kesehatan anak yang diyakini terkait dengan pemenuhan nutrisi pada balita dapat pula dilakukan di keluarga lain dalam upaya meningkatkan status gizi balita.

4. Faktor pendukung dan penghambat dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Tema 9: Faktor penghambat

Faktor yang dapat menghambat pemenuhan nutrisi pada anak di Lingkungan Pelindu adalah berat badan lahir yang rendah, keadaan kesehatan anak yang terganggu, keterbatasan ekonomi keluarga, dan budaya memberikan sumbangan

pada anggota masyarakat yang sedang melangsungkan hajatan. Gangguan kesehatan anak merupakan masalah besar pada pemenuhan nutrisi balita di Lingkungan Pelindu. Banyak penyakit pada balita disebabkan oleh kurang tepatnya pemberian nutrisi pada anak dan akibat dari munculnya masalah kesehatan pada anak dapat menurunkan tingkat gizi anak. Hasil penelitian ini diketahui berbagai macam gangguan kesehatan yaitu gangguan sistem pernafasan: batuk-pilek-sesak, gangguan sistem pencernaan: diare, tifus abdominalis, dan panas-kejang. Keadaan sakit pada anak mengakibatkan adanya penurunan selera makan, dan penurunan selera makan ini dapat mengakibatkan terjadinya hambatan pada proses penyembuhan, dan juga tidak terpenuhinya kebutuhan gizi anak. Selain itu, kebutuhan energi pada saat sakit yang umumnya lebih tinggi sedangkan asupan nutrisi yang biasanya lebih rendah dapat mengakibatkan terjadinya penurunan status gizi pada anak. Kejadian ini kemungkinan pernah terjadi pada balita di Pelindu sesuai dengan penuturan dari ibu.

Permasalahan yang dapat mengakibatkan penurunan status gizi pada anak perlu untuk diatasi, ibu perlu untuk dilatih agar mampu dalam melakukan perawatan dasar pada anak sehingga tidak terjadi penurunan status gizi saat anak sakit dan anak juga tidak bertambah payah keadaan sakitnya. Peningkatan pengetahuan juga diperlukan oleh ibu terkait cara memberikan makan pada anak sakit, seperti pada anak dengan diare yang membutuhkan banyak cairan dan elektrolit sebagai rehidrasi dan pemberian makan yang mudah dicerna serta tidak merangsang saluran pencernaan. Intervensi pada keluarga ini diharapkan dapat membantu

mempercepat proses penyembuhan dan menghindari terjadinya penurunan status gizi saat anak sakit.

Tema 10: Faktor Pendukung

Beberapa faktor yang menjadi gambaran faktor pendukung pemenuhan asupan nutrisi balita di keluarga miskin Lingkungan Pelindu adalah berat badan saat lahir yang normal, anak jarang mengalami sakit, selera makan anak yang besar, sanak famili dan anggota keluarga membantu penyediaan pangan, dan alam yang menyediakan bahan pangan keluarga. Faktor-faktor ini dapat digunakan oleh masyarakat lain yang memiliki karakteristik sejenis, seperti masyarakat pedesaan lain di wilayah Jember. Masyarakat suku Madura yang telah menetap lama di Jember memiliki kebudayaan yang saling berbagi antar keluarga atau sanak-famili, hal ini memiliki dampak positif terhadap pemenuhan nutrisi anak, contohnya anak dapat mengakses makanan yang diberikan oleh sanak-famili yang bertamu membawa buah-buahan (pepaya) atau pangan bergizi lainnya (susu kedelai, beras).

Faktor lainnya adalah selera makan anak yang besar, anak-anak di Lingkungan Pelindu umumnya mengkonsumsi buah-buahan (jambu air, jambu batu, pisang, mangga, salak) langsung dari tanaman yang ada di wilayahnya. Kebiasaan tersebut mengakibatkan terbentuk pola makan tanpa terlalu memilih jenis makanan yang ada dan anak-anak menghargai makanan bukan saja yang diolah di rumah tetapi juga yang terdapat di alam. Kemauan makan lainnya adalah anak makan dengan porsi yang besar, atau frekuensi makan yang sering. Akibat yang dapat terjadi

dengan anak mengkonsumsi makanan dengan frekuensi makan yang sering dan porsi yang besar adalah meningkatnya status gizi anak di keluarga miskin Lingkungan Pelindu. Kemungkinan kecil untuk terjadi kelebihan berat badan karena jenis makanan yang dikonsumsi pada umumnya rendah lemak dan keluarga banyak mengkonsumsi serat dari sayuran dan buah. Kemandirian anak untuk makan dan anak cenderung tidak bersikap memilih-milih makanan akan bertambah baik lagi jika didampingi oleh pemahaman yang baik mengenai makanan bergizi dan pola makan yang sehat.

5. Kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan

Berbagai pelayanan kesehatan diakses oleh masyarakat Pelindu terkait dengan pengasuhan anak, seperti pengobatan ke dukun, posyandu, puskesmas, Rumah Sakit, dan bidan.

Tema 11: Intervensi pelayanan kesehatan yang diterima

Hasil penelitian mendapatkan informasi mengenai intervensi pelayanan kesehatan yang diterima oleh keluarga miskin di Pelindu terkait dengan pemenuhan nutrisi anak adalah pemeriksaan kehamilan, bantuan proses persalinan, pemberian jamu, dan pemijatan anak serta pengobatan anak yang sakit oleh dukun bayi atau kyai. Imunisasi pada anak, pemberian vitamin, makanan tambahan, pemeriksaan kehamilan, dan pengobatan gratis didapatkan dari pelayanan posyandu. pemeriksaan kehamilan, pengobatan gratis, pemberian resep obat, pemberian makanan tambahan, serta rujukan ke RS didapat dari pelayanan puskesmas.

Pemeriksaan kehamilan, pengobatan, pertolongan persalinan didapatkan dari pelayanan kesehatan praktek privat: bidan.

Notoatmodjo (2007) menyampaikan mengenai perilaku masyarakat sebagai respon dari sakit adalah: pertama tidak ada aksi karena sakit yang tidak mengganggu aktivitas sehari-hari, kedua adalah mengobati sendiri karena adanya pengalaman masa lalu dan percaya pada kemampuan sendiri. Selain itu, respon lainnya adalah melakukan pengobatan tradisional, umum terjadi pada masyarakat sederhana karena masalah sehat-sakit lebih bersifat budaya daripada gangguan fisik, atau penggunaan obat-obatan yang dibeli dari toko obat, dan kemudian pencarian pengobatan ke fasilitas pengobatan modern yang diadakan lembaga pemerintah atau swasta, serta terakhir adalah pengobatan ke praktek privat.

Peranan budaya yang telah berlangsung turun temurun terjadi di Lingkungan Pelindu, seperti penggunaan dukun beranak/bayi untuk menolong persalinan dan melakukan petunjuk dukun untuk tujuan pemeliharaan kesehatan pada anak. Keluarga di Lingkungan Pelindu lebih mempercayai dukun dibandingkan dengan pelayanan kesehatan modern yang masih merupakan hal asing dan relatif baru bagi mereka, sesuai dengan yang disampaikan oleh Notoadmojo (2007). Dukun adalah orang yang dianggap terampil dan dipercayai oleh masyarakat untuk menolong persalinan serta perawatan ibu dan anak sesuai kebutuhan masyarakat. Anggapan dan kepercayaan masyarakat terhadap keterampilan dukun terkait pula dengan

nilai budaya masyarakat sehingga dukun bayi umumnya diperlakukan sebagai tokoh masyarakat setempat (Depkes, 1999).

Suku Madura dikenal sangat menghormati tokoh masyarakat, terkait dengan penyebaran Agama yang telah berlangsung turun-temurun, peranan kyai sangat besar di dalam masyarakat Madura terutama terkait pelaksanaan norma, tetapi selain itu masyarakat juga mempercayakan kyai dapat membantu menyelesaikan masalah seperti masalah kesehatan karena mempunyai ilmu yang luas. Keluarga miskin di Lingkungan Pelindu juga membawa anak ke kyai untuk mendapatkan pengobatan diwaktu sakit. Budaya ini dapat menjadi potensi untuk pemberdayaan masyarakat dalam memelihara kesehatan dengan baik, yaitu melakukan pendekatan pada masyarakat termasuk pada tokoh masyarakat yang dipercayai oleh anggota masyarakat.

Seperti penggunaan jasa kyai, jasa pelayanan dukun bayi menunjukkan masih dominannya peranan budaya di masyarakat Pelindu. Hal ini dapat digunakan sebagai potensi dalam pemberdayaan masyarakat dan peningkatan kesehatan dengan keterampilan kesehatan yang baik sesuai dengan kemampuan dan wewenangnya dengan di bawah pengawasan dari petugas kesehatan. Depkes (1999) juga menyampaikan tugas dari puskesmas untuk melakukan supervisi pada dukun bayi yang ada di masyarakat.

Intervensi yang dilakukan oleh pelayanan kesehatan alternatif tersebut terkait dengan pemenuhan nutrisi pada balita karena tokoh masyarakat tersebut memiliki peranan terhadap perilaku pemberian makan pada balita di Lingkungan Pelindu. Dukun bayi merupakan nara sumber yang dipercayai oleh masyarakat Lingkungan Pelindu termasuk mengenai cara pemberian makanan pada balita, tetapi masih banyak pelayanan yang didapatkan keluarga dari dukun tersebut bertentangan dengan kesehatan terutama terkait dengan pemberian makanan padat sejak anak lahir. Keterlibatan tokoh masyarakat ini merupakan suatu langkah yang tepat untuk tercapainya perubahan perilaku masyarakat, dan peningkatan pemahaman-keyakinan dari tokoh masyarakat mengenai pemberian makan pada balita sesuai nilai dan keyakinan kesehatan menjadi penting untuk diupayakan.

Masyarakat di Pelindu masih memiliki jarak terhadap pelayanan kesehatan karena adanya perbedaan pandangan terhadap nilai dan keyakinan kesehatan. Perbedaan pandangan ini memerlukan penyelesaian yang dapat menjadikan masyarakat mempercayai pelayanan kesehatan profesional mempunyai tujuan untuk meningkatkan kesehatan anggota masyarakat. Keluarga miskin masih memiliki pandangan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan posyandu atau puskesmas secara gratis belum memberikan pelayanan yang sama dengan pelayanan komersial. Keluarga lebih memilih pelayanan ke bidan atau praktek privat lainnya jika memiliki uang karena dipercayai pengobatan yang diberikan pada pelayanan kesehatan privat lebih baik dibandingkan di posyandu ataupun puskesmas.

Salah satu kebijakan pemerintah untuk menanggulangi kemiskinan sebagai wujud gerakan bersama dalam mengatasi kemiskinan dan mencapai pembangunan millennium (MDGs) adalah jaminan pemeliharaan kesehatan gratis bagi penduduk miskin di puskesmas dan rumah sakit kelas III (Bappenas, 2005). Upaya pemerintah dengan pemberian pelayanan bagi keluarga miskin memerlukan tanggapan yang baik dari penerima jasa pelayanan kesehatan, keluarga perlu memahami pentingnya memanfaatkan pelayanan kesehatan yang telah disediakan. Pemahaman keluarga untuk menerima pelayanan kesehatan dengan baik memerlukan pengetahuan dan informasi yang baik serta tentunya pemberian pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, termasuk dalam melaksanakan pemberian makanan tambahan pada program PMT.

Masyarakat di Lingkungan Pelindu bukan masyarakat pedalaman yang terkucil dari pelayanan kesehatan, jarak pelayanan kesehatan dengan domisili penduduk Pelindu cukup dekat, tetapi keluarga miskin tidak mampu menjangkau pelayanan kesehatan (tidak ke puskesmas) karena keterbatasan dalam ekonomi (tidak mempunyai ongkos untuk ke puskesmas), sedangkan pelayanan kesehatan melalui posyandu kurang terselenggara di Lingkungan Pelindu. Beberapa faktor tersebut yang menentukan pilihan pelayanan kesehatan yang digunakan oleh keluarga miskin di Lingkungan Pelindu.

Tema 12: Kelemahan pelayanan kesehatan

Beberapa kelemahan pelayanan kesehatan yang ada pada keluarga miskin di Pelindu adalah seringkali tidak terselenggara pelayanan posyandu, pelayanan kesehatan kurang melaksanakan pemantauan status gizi balita, dan kurangnya fasilitas untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku keluarga dalam pemberian gizi yang sehat pada balita. Pemerintah telah banyak melakukan program terkait dengan pelayanan pada keluarga miskin. Krisis ekonomi yang terjadi pada tahun 1997 telah mengakibatkan adanya berbagai masalah kesehatan pada keluarga miskin, sehingga pemerintah membuat program penanggulangan seperti Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) dengan kegiatan pelayanan kesehatan dasar, kesehatan ibu dan anak, serta pemberian gizi tambahan (Depkes, 1999).

Kenyataan program yang berlangsung di lapangan tidak sesuai dengan harapan, banyak ketidakberhasilan yang terjadi karena pelayanan kesehatan yang tidak komprehensif. Kejadian pada keluarga miskin di Pelindu banyak yang tidak mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan, seperti tidak ke posyandu karena perasaan takut dengan pelayanan kesehatan (takut terhadap ruangan dan alat-alat kesehatan yang asing, serta petugas kesehatan yang kurang ramah), atau tidak lagi mau membawa anak ke posyandu karena anak mengalami panas paska imunisasi di posyandu. Selain keluarga yang tidak mau menerima pelayanan kesehatan di posyandu, untuk keluarga yang mengakses pelayanan posyandu juga mengalami kekecewaan karena jarangya kegiatan posyandu dan seringkali petugas kesehatan

tidak datang ketika kegiatan posyandu berlangsung. Permasalahan ini dapat membahayakan masyarakat Pelindu karena dengan tidak teridentifikasinya keadaan gizi masyarakat maka petugas kesehatan tidak dapat mengetahui masalah yang ada pada masyarakat terkait gizi balita dan ini dapat menjadikan munculnya masalah kurang gizi yang tersembunyi, sehingga masa depan kesehatan masyarakat Pelindu dapat mengalami penurunan tanpa diketahui.

Tema 13: Kekuatan pelayanan kesehatan

Hal yang menarik didapatkan dari penelitian mengenai kekuatan pelayanan kesehatan terkait pemenuhan nutrisi pada anak di Lingkungan Pelindu adalah sifat petugas puskesmas yang memuaskan (sabar). Pemberian pelayanan dengan pendekatan humanistik, memperlakukan klien sebagai subyek, menghargai klien ternyata bukan saja perlu dilakukan oleh petugas kesehatan yang berada di rumah sakit tetapi diharapkan dilakukan oleh petugas kesehatan pada setiap jenis pelayanan dan pada setiap lini.

6. Harapan terhadap pelayanan kesehatan

Harapan keluarga miskin di Lingkungan Pelindu terhadap pelayanan kesehatan adalah peningkatan pelayanan dan peningkatan saran-prasarana. Keluarga miskin di Lingkungan Pelindu kurang dapat menyampaikan mengenai harapan terhadap pelayanan kesehatan, dan merasakan tidak berhak untuk menyampaikan harapan pada petugas/ pemerintah/ instansi pemerintah termasuk petugas kesehatan. Pengetahuan yang rendah kemungkinan sebagai faktor yang menyebabkan

keluarga tidak dapat mengemukakan pendapat. Prinsip menerima keadaan tanpa mengeluh dapat pula menjadi penyebab keluarga tidak mau untuk berharap termasuk berharap adanya perubahan atau perbaikan pada pelayanan kesehatan yang diterima.

Tema 14: Peningkatan pelayanan

Salah satu keluarga miskin di Lingkungan Pelindu menyampaikan mengenai harapan terhadap pelayanan untuk ditingkatkan terutama pelayanan yang tepat waktu, khususnya pada penyelenggaraan posyandu di Lingkungan Pelindu. Aspirasi dari masyarakat dan keluarga dapatlah kiranya diperhatikan dan keterlibatan masyarakat untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kiranya perlu untuk dimulai. Harapan masyarakat untuk dilakukan peningkatan pelayanan terutama pada posyandu merupakan sambutan baik masyarakat yang menandakan adanya kebutuhan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan harapan ini dapat direspon dengan pemberian peningkatan pelayanan, seperti menjangkau seluruh kelompok keluarga miskin dengan balita di Pelindu.

Peran dari perawat komunitas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang peduli budaya adalah dengan melakukan pengkajian kulturologikal, melakukan pengkajian budaya yang dimiliki, mencari tahu pengetahuan budaya lokal, mengenali isu politik terkait budaya, menyediakan pelayanan yang baik dengan pendekatan budaya, kenali budaya terutama didasari oleh adanya masalah-masalah kesehatan (Nies & McEwen, 2001). Peningkatan pelayanan kesehatan pada

masyarakat di Lingkungan Pelindu memerlukan peran perawat komunitas yang mampu mempelajari aspek-aspek budaya terutama terkait dengan masalah kesehatan dan mampu melakukan pendampingan pada masyarakat untuk perubahan (rekonstruksi) perilaku sampai dengan terbentuknya budaya baru yang sesuai dengan kesehatan.

Tema 15: Peningkatan sarana-prasarana

Selain dari peningkatan pelayanan, harapan yang disampaikan keluarga di Pelindu adalah pemberian obat-obatan yang baik. Pemahaman masyarakat mengenai obat yang diberikan dilihat dari bentuk (sirup, pil, suntik), merasa akan sangat baik jika diberi suntikan dan kurang dapat menerima pengobatan dalam bentuk pil-tablet untuk diberikan pada anak. Pemahaman mengenai pengobatan memerlukan pendekatan dengan menekankan peningkatan pengetahuan masyarakat mengenai obat dan efeknya serta juga mengenai pengembangan keluarga dalam penyediaan obat-obat rumah tangga untuk penanganan dasar saat anak sakit.

B. Keterbatasan Penelitian

Masyarakat Lingkungan Pelindu merupakan masyarakat pendatang yang telah menetap sangat lama di daerah tersebut (perkiraan bersamaan dengan pendatangan buruh perkebunan pada abad 19). Budaya yang telah terbentuk salah satunya adalah penggunaan bahasa sehari-hari dengan bahasa Madura Pendalungan dan kurang terbiasa dalam menggunakan Bahasa Indonesia. Peneliti sebagai orang yang berasal

dari luar Jember memiliki keterbatasan dalam pemahaman bahasa yang digunakan masyarakat Pelindu. Ini menyebabkan adanya kesulitan selama proses komunikasi dengan informan dalam interpretasi bahasa yang digunakan saat wawancara dan juga saat pendokumentasian dalam bentuk verbatim. Upaya meminimalkan keterbatasan tersebut pada penelitian ini adalah dengan meminta bantuan orang asli Jember sebagai penengah ketika wawancara berlangsung dan juga membantu dalam proses penerjemahan saat verbatim serta meminta bantuan pengoreksian bahasa yang ada di verbatim pada orang lain yang berasal dari suku Madura Pendalungan.

Peneliti mengalami kesulitan dalam pemilihan informan karena Kepala Lingkungan dan Ketua RW yang membantu dalam pencarian informan kurang memahami kriteria inklusi yang disampaikan Peneliti. Peneliti mendapatkan calon-calon informan yang tidak memenuhi kriteria dengan dasar petunjuk dari Istri Ketua RW dan Istri Kepala Lingkungan Pelindu. Penyelesaian untuk pemilihan informan dilakukan peneliti dengan segera mendapatkan data kriteria inklusi dari calon informan secara langsung, dan bila keluarga tidak memenuhi kriteria inklusi maka peneliti segera menyampaikan maksud dan tujuan penelitian serta mengakhiri proses wawancara. Peneliti tidak mengambil calon informan tersebut dan kemudian peneliti melanjutkan ke calon informan berikutnya, bila diketahui keluarga memenuhi kriteria inklusi maka pengumpulan data melalui wawancara pada informan dilakukan dengan panduan pedoman wawancara dan *field notes*.

Rencana penelitian ini dapat dilakukan tempat yang tenang dan sesuai dengan persetujuan antara informan dan peneliti. Informan menyetujui untuk menyampaikan informasi di dalam rumah (di ruang tamu) tetapi kesulitan yang dialami adalah ruangan yang terlalu ramai. Umumnya setiap kali wawancara dihadiri oleh anak-anak/ anggota keluarga lain. Adanya anak-anak ini tidak dapat untuk dihindari dan tidak ada tempat lain yang dapat memberikan rasa nyaman pada informan dalam menyampaikan informasi kecuali di rumah. Keterbatasan ini mengakibatkan adanya kegagalan 1 proses wawancara untuk didokumentasikan dalam verbatim. Suara yang terlalu gaduh (anak-anak yang saling bersenda gurau) terdengar pada hasil perekaman sehingga peneliti memutuskan tidak menggunakan data tersebut dalam penelitian ini, dan peneliti melakukan proses wawancara kembali pada informan yang lain sampai didapatkan hasil tidak menemukan kategori/ tema baru atau hanya terdapat pengulangan-pengulangan data.

Kurangnya referensi terkait budaya masyarakat Jember, hasil penelitian pada keluarga miskin di Jember, hasil penelitian terkait pemberian gizi pada balita, dan referensi mengenai pemberdayaan masyarakat merupakan keterbatasan yang dialami. Keterbatasan peneliti dalam mendapatkan referensi-referensi yang tepat, waktu untuk mencerna konsep-konsep atau teori yang dituliskan pada referensi merupakan kelemahan yang ada pada peneliti. Keterbatasan ini dapat menjadi masukan bagi peneliti untuk terus belajar , berlatih, dan mengembangkan diri.

C. Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian ini memiliki implikasi bagi pelayanan keperawatan komunitas, kebijakan, dan penelitian keperawatan yang akan datang.

1. Bagi Pelayanan Keperawatan Komunitas di Puskesmas Summersari

Dampak penelitian ini bagi pelayanan keperawatan komunitas adalah menggambarkan mengenai perilaku keluarga miskin dalam pemberian makan pada balita di Lingkungan Pelindu yang memiliki risiko terjadi kekurangan gizi pada balita, terjadi gangguan kesehatan pada anak (seperti diare karena gastroenteritis, panas-kejang, tifus abdominalis), atau risiko terjadinya gangguan perkembangan pada balita di keluarga miskin dan masyarakat Pelindu. Adanya masalah ini diperkirakan merupakan dampak dari perilaku kurang sehat keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita.

Tingkat pendidikan yang rendah, jenis pekerjaan yang kurang menghasilkan, jumlah anggota keluarga yang relatif banyak, merupakan suatu keadaan rentan yang ada pada keluarga miskin di Pelindu, jika tidak ada penanganan dapat berakibat munculnya berbagai masalah kesehatan. Keluarga miskin di Pelindu merasakan adanya kondisi kekurangan, umumnya keluarga hanya mampu berbelanja kebutuhan pangan: beras, tahu-tempe, dan sayur yang dikelola untuk asupan nutrisi keluarga termasuk balita. Pembelanjaan jenis bahan pangan yang mengandung tinggi protein yang berkualitas, seperti jenis ikan atau daging ayam/sapi kurang dapat dilakukan karena harga barang yang relatif mahal, tidak

terjangkau keluarga karena keterbatasan ekonomi. Jika perilaku ini terus berlanjut tanpa ada suatu upaya bantuan akan dapat mengakibatkan terjadi kasus kurang gizi yang berdampak pada hambatan perkembangan balita.

Prioritas pembelanjaan kebutuhan pangan yang sesuai dengan kebutuhan gizi kurang dimiliki keluarga, masih ada keluarga yang membelanjakan untuk rokok dibandingkan untuk konsumsi pangan bergizi bagi anak. Upaya perbaikan untuk itu perlu dilakukan dengan melakukan pendekatan pada keluarga mengenai pentingnya tercapai kecukupan gizi pada anak. Budaya memberikan sumbangan saat anggota masyarakat melangsungkan hajatan berakibat pada penurunan kemampuan belanja pangan keluarga, termasuk untuk balita. Adanya indikasi ini memerlukan pendekatan pada masyarakat Pelindu dengan basis budaya untuk terjadi penataan ulang sehingga pelestarian budaya tidak berdampak pada penurunan kemampuan pangan yang berisiko penurunan asupan nutrisi pada keluarga terutama pada balita.

Perilaku keluarga dalam pemberian ASI pada anak masih banyak dipengaruhi oleh budaya yang berlaku di masyarakat etnik Madura Pendalungan, seperti membuang kolostrum dan pantang makan ikan bagi ibu yang sedang menyusui. Perilaku ini memerlukan perubahan sehingga dapat meningkatkan asupan nutrisi yang terbaik dari ASI yang diberikan pada balita. Permasalahan kurang optimalnya proses menyusui juga didapatkan dari cara menyusui yang hanya memberikan satu sisi payudara karena salah satu puting payudara tidak menonjol keluar. Upaya

meningkatkan pemberian ASI, salah satunya adalah dengan mencegah terjadinya gangguan proses menyusui termasuk mampu menyusui dengan menggunakan kedua payudara.

Pemberian susu formula juga didapatkan pada keluarga miskin di Pelindu, alasan pemberian karena anak lahir dengan BBLR dan juga karena anak menolak ASI yang diberikan. Penyebab terjadinya BBLR terkait erat dengan kondisi ibu saat hamil, seperti karena kurang gizi pada ibu hamil. Indikasi ini memerlukan penanganan yang bukan saja diberikan pada kelompok balita tetapi juga pada kelompok perempuan usia produktif untuk menghindari terjadinya kurang gizi terutama saat hamil dan menyusui. Penolakan anak terhadap ASI kemungkinan karena lebih dulu dikenali dengan susu formula oleh petugas kesehatan yang membantu proses persalinan, untuk itu perlu ditanggapi secara positif yaitu petugas kesehatan yang membantu proses persalinan turut berperan serta dalam pelaksanaan ASI eksklusif. Petugas kesehatan dapat menggalakan pelaksanaan program ASI eksklusif dengan meningkatkan kemampuan ibu melakukan perawatan payudara sebagai persiapan pelaksanaan pemberian ASI yang dapat dimulai 6 minggu sebelum anak lahir.

Pemberian makanan pada balita dilakukan oleh keluarga miskin di Pelindu pada saat usia anak terlalu dini (anak berusia kurang dari 6 bulan), sehingga menimbulkan berbagai gangguan kesehatan. Nilai, keyakinan yang telah berlangsung turun-temurun mengenai pemberian makan sejak anak dilahirkan ini

sangat berbahaya bagi kesehatan anak dan juga dapat berdampak pada penurunan status gizi pada anak. Perubahan perilaku keluarga harus segera dilakukan, pendekatan budaya menjadi dasar untuk terjadinya perubahan perilaku ini, termasuk memberdayakan potensi masyarakat seperti dukun bayi sebagai tokoh yang dipercaya masyarakat terkait mengenai perawatan ibu dan anak termasuk cara pemberian makan pada anak. Selain pendekatan pada keluarga miskin maka dukun bayi yang selama ini berperan dominan di masyarakat dapat diberdayakan untuk turut menggalakan pelaksanaan ASI eksklusif pada balita.

Pemberian MP-ASI saat anak berusia 6 bulan ke atas yang ada di keluarga miskin, secara umum masih kurang memenuhi kecukupan gizi terutama asupan protein hewani, faktor utamanya adalah keterbatasan ekonomi keluarga. Pelaksanaan program PMT yang masih berlangsung dapat ditingkatkan pencapaian sarannya termasuk pemberian menu sesuai dibutuhkan balita. Selain dari itu juga perilaku kurang bersih juga diindikasikan terdapat pada keluarga dan balita sehingga terjadi masalah kesehatan terkait pemberian makan. Adanya masalah ini memerlukan penanganan sebagai upaya mencegah kondisi penurunan status gizi pada balita akibat sakit.

Kurangnya pengetahuan keluarga mengenai kebutuhan gizi pada balita memerlukan suatu upaya yang dapat meningkatkan pengetahuan tersebut. Indikasi adanya peranan media massa terkait perilaku pemberian makan yang kurang baik harus mendapat penanganan. Pemberi pelayan kesehatan dapat pula menggunakan

sarana media massa untuk memberikan informasi terkait pemberian makan yang sehat pada balita. Strategi lainnya yang dapat dilakukan adalah meningkatkan kemampuan keluarga melakukan pemeliharaan kesehatan anak yang berkaitan dengan pertumbuhan balita: pemijatan anak secara rutin atau pemberian jamu yang mengandung curcuma, atau pengaturan pola aktivitas. Perilaku ini dapat pula ditambah dengan peningkatan pengetahuan keluarga mengenai peran orangtua dalam pemeliharaan kesehatan balita termasuk pemberian stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak.

Support system sosial yang sangat tinggi di keluarga miskin Pelindu dapat dijadikan potensi dalam upaya akses pangan pada balita. Perilaku ini dapat dikuatkan oleh petugas kesehatan dan dapat pula digunakan untuk keluarga lain, sehingga kemandirian masyarakat dalam pencapaian kebutuhan gizi pada balita dapat dilakukan. Keluarga kurang mengatur asupan gizi dan pola makan pada anak diindikasikan terjadi pada keluarga miskin di Pelindu. Petugas kesehatan perlu untuk meningkatkan kemampuan keluarga, khususnya ibu dalam mengatur asupan gizi sesuai dengan kebutuhan balita dan pembentukan pola makan yang sehat pada anak.

Pelayanan kesehatan melalui posyandu kurang berjalan dan berfungsi di Lingkungan Pelindu, tetapi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tersebut cukup tinggi. Adanya gambaran tersebut perlu untuk segera ditanggapi, dinas kesehatan-puskesmas dapat meningkatkan keoptimalan pelayanan posyandu

termasuk dalam ketersediaan SDM, sarana-prasarana, dan peningkatan pelayanan. Peranan dukun dalam siklus kehidupan masyarakat Pelindu sangat dominan, termasuk dalam perawatan dan pemberian makan pada anak. Potensi sumber daya masyarakat ini perlu untuk diberdayakan dengan juga melakukan pengawasan dan supervisi. Pendekatan budaya pada masyarakat terkait dengan pemberian intervensi pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan sehingga masyarakat percaya dan merasa tidak asing lagi dengan pelayanan kesehatan sehingga dapat tercapai peningkatan kesehatan, perilaku sehat, termasuk perilaku keluarga dalam pemberian makan pada balita.

2. Bagi Penentu Kebijakan di Pemerintahan Kabupaten Jember

Beberapa dampak dari penelitian ini tertuju pada pemerintah daerah Jember secara khusus, gambaran perilaku pemberian makan pada keluarga miskin di Pelindu berisiko terjadi masalah gizi kurang sehingga berisiko terjadinya SDM yang kurang memiliki potensi dan dapat menghambat pengembangan dan pembangunan Jember. Inti masalah yang ada pada keluarga miskin di Pelindu adalah keadaan tidak berdaya keluarga karena keterbatasan yang dimiliki: pendidikan rendah, keterampilan kurang, pekerjaan yang kurang produktif, serta kurang dapat mengakses sumber pelayanan. Masalah ini jika dibiarkan terus berlanjut dapat berdampak pada munculnya masalah kurang gizi secara nyata serta masalah-masalah kesehatan dan sosial lainnya.

Masih ada anggota keluarga miskin di Pelindu yang mengalami buta aksara, tidak mampu membaca dan menulis ataupun berpendidikan sangat rendah (hanya sampai kelas 2-3 SD), umumnya mereka adalah ibu atau pengasuh utama anak-anak di keluarga. Ketidakmampuan yang dimiliki ibu dapat berakibat kurangnya pengetahuan ibu dan ini dapat pula berdampak pada hambatan pertumbuhan dan perkembangan balita. Permasalahan ini harus segera ditangani, ada upaya pemberdayaan masyarakat termasuk keluarga miskin di Pelindu untuk dapat membaca-menulis, memiliki pengetahuan kesehatan, keterampilan dalam perawatan kesehatan anak, dan juga memiliki kesempatan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga.

Potensi alam yang menghasilkan bahan pangan yang dapat digunakan oleh keluarga miskin di Pelindu dapat ditingkatkan. Optimalisasi lahan untuk menghasilkan bahan pangan bergizi bagi keluarga termasuk pada balita dapat didukung oleh pemerintah Jember. Kurang dapat mengakses pangan yang berkualitas untuk mencukupi kebutuhan gizi balita dapat segera ditangani dengan suatu upaya pemberdayaan masyarakat terutama dalam memanfaatkan alam (menanam tumbuhan penghasil pangan dan memelihara hewan penghasil pangan), untuk itu diperlukan dukungan dan fasilitas dari pemerintah Jember.

3. Bagi Penelitian Keperawatan

Beberapa dampak bagi penelitian keperawatan terlihat dari gambaran pengalaman keluarga miskin dalam pemberian makan pada balita yang ada di

Pelindu. Keluarga yang melakukan perawatan balita untuk menunjang asupan nutrisi dengan memberikan jamu yang mengandung curcuma pada anak secara rutin, diyakini dapat meningkatkan nafsu makan anak. Keyakinan ilmiah mengenai dampak dari pemberian jamu belum diketahui secara pasti, begitu pula dengan jamu yang dikonsumsi ibu saat menyusui yang dipercaya ibu dapat meningkatkan produksi ASI. Secara pasti penelitian yang menyatakan khasiat dari jamu yang diminum oleh ibu di Lingkungan Pelindu yang banyak mengandung daun-daunan belum diketahui, terkait dengan ini perlu segera untuk dilakukan penelitian sehingga hasilnya dapat ditindaklanjuti secara nyata.

Perawatan kesehatan lainnya yang dilakukan adalah perilaku pemijatan pada anak secara rutin yang diyakini ibu dapat memelihara kesehatan anak sehingga tidak terjadi penurunan status gizi pada anak. Pemijatan oleh dukun bayi dilakukan masyarakat Pelindu sejak turun-temurun, perilaku ini berkaitan dengan budaya yang ada di masyarakat. Hasil signifikan dari pemijatan belum diketahui, masih banyak tanda tanya mengenai khasiat pemijatan pada anak termasuk pada balita, tetapi upaya perilaku sehat dan peningkatan kesehatan perlu untuk terus dilakukan dan untuk itu informasi ilmiah yang memastikan mengenai manfaat dari pemijatan rutin pada balita sangat dibutuhkan.

Beberapa perilaku pemberian makan pada anak di keluarga miskin Pelindu, diketahui memiliki dampak positif seperti adanya satu keluarga yang memberikan susu kedelai semenjak anak berusia 24 hari dan anak memiliki

berat-badan yang baik. Kedelai yang sudah diolah diketahui mengandung zat gizi yang sangat baik, seperti kandungan vitamin dan protein yang cukup tinggi. Penelitian-penelitian ilmiah mengenai kandungan tempe-tahu telah diketahui, tetapi dampak pemberian susu kedelai terhadap pertumbuhan anak kemungkinan masih belum diketahui.

Kondisi keluarga miskin di Lingkungan Pelindu yang rentan terjadinya masalah kesehatan terutama terkait dengan perilaku yang berkaitan dengan budaya dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan. Nilai-nilai, keyakinan, dan kepercayaan yang dianut masyarakat Pelindu kemungkinan masih banyak yang belum diketahui selain dari yang telah teridentifikasi terkait penelitian ini. Beberapa nilai dan keyakinan itu (membuang kolostrum, pantang mengkonsumsi ikan saat menyusui anak) bertentangan dengan nilai kesehatan dan berisiko terjadinya masalah kesehatan. Indikasi ini memerlukan penelitian yang mengkaji mengenai budaya untuk mengeksplorasi mengenai nilai dan keyakinan yang berlaku di Pelindu, sehingga dapat digunakan dalam penyusunan rencana asuhan keluarga dan masyarakat di Pelindu. Beberapa variabel yang belum didapatkan dari penelitian ini juga dapat untuk ditindaklanjuti pada penelitian selanjutnya.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini terdiri dari kesimpulan yang mencerminkan hasil yang didapatkan dari penelitian dan saran yang merupakan rekomendasi untuk tindak lanjut.

A. Kesimpulan

1. Keluarga merasakan kondisi kekurangan ekonomi dikarenakan penghasilan kecil dan tidak pasti, penyebabnya adalah jenis pekerjaan yang kurang produktif. Pembelanjaan pangan dan memprioritaskan pembelanjaan masih kurang memenuhi kebutuhan gizi balita . Pelestarian budaya pemberian sumbangan pada anggota masyarakat yang melangsungkan hajatan berpotensi menurunkan kemampuan keluarga untuk belanja pangan.
2. Budaya merupakan faktor dominan untuk perilaku pemenuhan nutrisi pada balita, seperti: pemberian makanan sesaat anak dilahirkan, kolostrum tidak diberikan, tidak memberikan ASI eksklusif, dan pantang mengkonsumsi ikan pada ibu menyusui. Kurang memberikan ASI secara optimal karena hanya menetek dengan satu sisi payudara, terlebih dulu memberikan MP-ASI sebelum ASI, dan memberikan susu formula kurang sesuai dengan kebutuhan anak adalah beberapa perilaku yang diakibatkan dari kurangnya pengetahuan kesehatan pada keluarga dan kurang memberikan makanan yang mengandung tinggi protein berkualitas

(seperti: ikan) pada anak diakibatkan dari keterbatasan ekonomi keluarga. Faktor budaya, pengetahuan kurang dan keterbatasan ekonomi ini dapat berakibat terjadinya masalah kesehatan dan risiko gizi kurang pada anak.

3. Sumber daya alam yang ada di Pelindu banyak dimanfaatkan keluarga sebagai sumber pangan keluarga terutama untuk jenis sayur dan buah. Pemijatan secara rutin, pemberian jamu temu lawak, pengaturan pola aktivitas, dan pemberian vitamin A merupakan perawatan kesehatan yang dilakukan keluarga terkait pemenuhan nutrisi. Prinsip pemberian makan 'seadanya' dikarenakan keterbatasan ekonomi atau 'yang penting makan' tanpa memikirkan kandungan gizi merupakan masalah yang dapat berisiko terjadi gizi kurang pada balita.
4. Adanya anak lahir dengan BBLR, dan seringkali anak mengalami gangguan kesehatan merupakan faktor penghambat pemenuhan nutrisi, sedangkan anak memiliki selera makan yang besar, dan *support system* sosial: sanak famili mengunjungi keluarga dengan membawa bahan pangan merupakan faktor pendukung yang dirasakan keluarga. Gangguan pertumbuhan seringkali terjadi pada anak dengan BBLR dan faktor penyebabnya terkait dengan kurang gizi pada ibu saat hamil. Risiko berulangnya gangguan kesehatan terkait dengan riwayat pemberian makanan pada anak di usia kurang dari 6 bulan dan kurang terbentuknya pola hidup bersih pada anak dan terjadinya gangguan kesehatan berisiko menurunkan status gizi anak.
5. Dukun bayi memiliki peranan dalam memberikan pelayanan kesehatan mulai dari saat ibu hamil sampai dengan anak dilahirkan dan Kyai juga turut digunakan oleh keluarga miskin untuk mengobati anak. Kegiatan posyandu seringkali tidak

terlaksana di Pelindu dan petugas kesehatan yang tidak datang saat penyelenggaraan posyandu merupakan kendala yang dirasakan keluarga. Petugas yang sabar dan sarana yang lebih lengkap di Puskesmas dirasakan sebagai kekuatan pelayanan kesehatan. Program pemberian pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin yang dicanangkan Pemerintah RI sejak krisis moneter masih kurang optimal dilaksanakan.

6. Peningkatan pelayanan dan sarana prasarana terutama pada posyandu merupakan harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan. Keluarga kurang memahami program pelayanan kesehatan terutama mengenai pelayanan perawatan pada anak sakit di Posayandu dan Puskesmas.

B. Saran

1. Bagi Petugas Kesehatan Puskesmas Sumpalsari

- a. Peningkatan pelayanan kesehatan terutama pelaksanaan kegiatan posyandu. Perlu ditingkatkan kemampuan petugas kesehatan khususnya melibatkan perawat komunitas untuk menyelenggarakan posyandu dengan baik secara berkelanjutan dengan pendekatan budaya, dan upaya memberdayakan sumber daya masyarakat termasuk melibatkan dukun bayi dalam menyampaikan informasi kesehatan, seperti sosialisasi pemberian ASI eksklusif.
- b. Pelaksanaan program PMT yang sedang berlangsung perlu ditingkatkan dengan memberikan makanan tambahan yang mengandung tinggi protein

berkualitas, seperti pemberian makanan dari olahan ikan segar. Pelaksanaan program peningkatan gizi pada balita perlu meningkatkan keberdayaan masyarakat, seperti melibatkan kader kesehatan dan dinas terkait dalam melatih keterampilan keluarga menyusun menu bergizi, pemberian ASI secara optimal, memprioritaskan pembelanjaan pangan yang bergizi, meningkatkan kemanfaatan alam sebagai sumber gizi keluarga.

- c. Peningkatan perilaku pemberian gizi sesuai kebutuhan perlu didukung oleh petugas puskesmas dalam penggalakan program ASI eksklusif, petugas puskesmas diharapkan dapat mengenalkan ASI pada bayi sesaat anak dilahirkan dan tidak memberikan susu formula. Persiapan untuk pemberian ASI secara optimal perlu didukung dengan dilakukan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan perawatan payudara pada ibu yang dimulai 6 minggu sebelum melahirkan dan saat menyusui.
- d. Pelatihan keterampilan keluarga untuk perawatan dasar saat anak sakit dan mampu menggunakan obat-obatan rumah tangga/ herbal perlu dilakukan yang bertujuan untuk pertolongan pertama pada anak dan tidak terlambatnya penanganan anak sakit serta tidak mengakibatkan penurunan gizi pada anak.

2. Bagi Penentu Kebijakan di Pemerintahan Jember

- a. Peningkatan pengetahuan kesehatan pada keluarga termasuk peningkatan pendidikan ibu, seperti: pemberian pendidikan gratis pada kelompok ibu untuk memberantas buta aksara dan juga pemberian informasi kesehatan keluarga, khususnya informasi mengenai perawatan kesehatan anak.

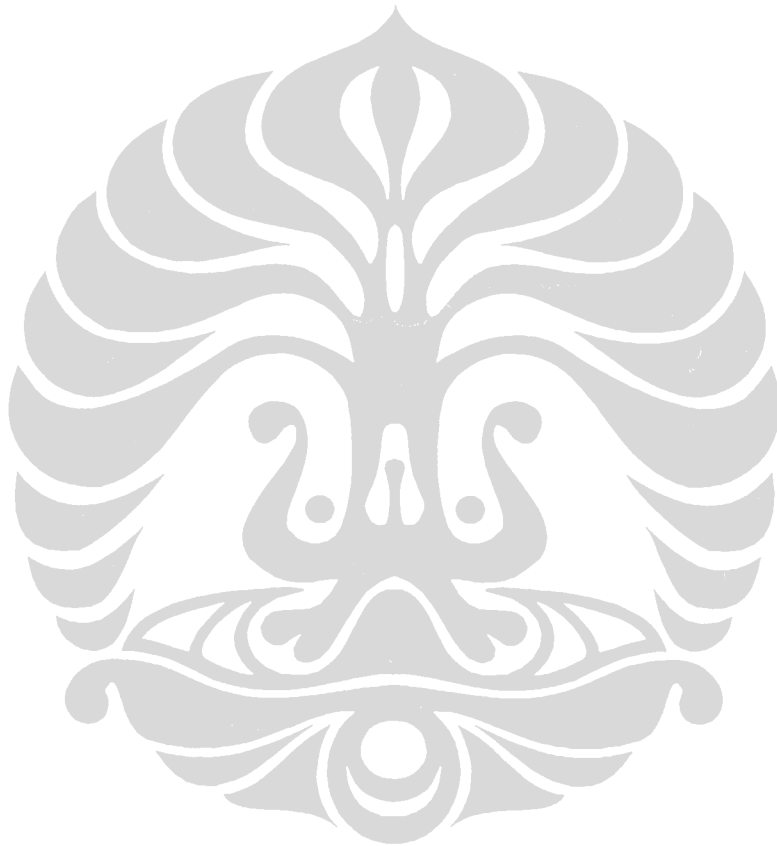
- b. Peningkatan akses pangan bergizi dengan pemberian lahan yang dapat dikelola dan pemberian bibit tanaman dan hewan penghasil pangan dapat difasilitasi oleh pemerintah untuk mengoptimalkan sumber daya alam yang baik di Lingkungan Pelindu. Peningkatan motivasi masyarakat untuk memanfaatkan sumber daya alam dapat dilakukan dengan penyelenggaraan festival tanaman dan hewan penghasil pangan yang juga melibatkan kesertaan pengembangan teknologi budidaya pangan.
- c. Pemberian fasilitas yang dapat mendukung perubahan perilaku pemenuhan nutrisi yang kurang sesuai dengan kesehatan, seperti: penyediaan tempat dan sarana-prasarana yang dapat memfasilitasi kegiatan penyampaian informasi mengenai pemberian gizi sehat pada balita.
- d. Peningkatan kepedulian sosial seperti membawa makanan yang mengandung gizi pada keluarga yang dikunjungi, dapat disosialisasikan oleh pemerintah.

3. Bagi Praktisi Peneliti Ilmu Keperawatan

- a. Pengembangan ilmu dengan penelitian lanjutan mengenai hubungan variabel pemberian jamu yang mengandung curcuma terhadap peningkatan selera makan anak, pemijatan rutin, pemberian susu kedelai terhadap peningkatan status gizi anak, serta penelitian mengenai kandungan dan dampak jamu yang dikonsumsi ibu menyusui.
- b. Perlu untuk segera dilakukan penelitian mengenai nilai keyakinan, dan kepercayaan yang dipengaruhi budaya sebagai dasar untuk pelaksanaan perubahan perilaku kesehatan keluarga dan perlu dilakukan penelitian *action*

research yang dapat mengubah perilaku untuk meningkatkan kesehatan termasuk pemberian gizi sesuai kebutuhan anak.

- c. Penelitian mengenai rekonstruksi budaya sebagai model untuk meningkatkan kekuatan peranan perempuan dalam keluarga dimasyarakat pedesaan dapat dilakukan sebagai tindak lanjut dan pengembangan ilmu keperawatan komunitas.



DAFTAR PUSTAKA

- Anderson & Mc Farlane (2000). *Community As Partner Theory And Practice In Nursing*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins
- Allender & Spradley (2001). *Community Health Nursing Concepts and Practice*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins
- Allender & Spradley (2005). *Community Health Nursing Concepts and Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Ariani (2007). *Aplikasi Model Adaptasi Roy dan Teori Green Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga Pada aggregate Remaja Dengan Perilaku Kekerasan di SMA dan SMK Kel. Pancoran Mas Kota Depok*. Jakarta: FIK-UI
- Atmarita (2005). *Nutrition Problems in Indonesia*. Yogyakarta: UGM
- Atmarita & Falah (2004). *Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Depkes RI
- Azwar (2000). *MP-ASI*. Jakarta: Dirjen Kesehatan Masyarakat Depkes RI
- Ball & Bindler (2003). *Pediatric Nursing Caring For Children*. Mew Jersey: Prentice Hall
- Bappenas (2005). *Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan Draf Ringkasan-Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia Per 25 Agustus 2005*. Jakarta: Bappenas
- Bappenas, 2006, <http://www.bappenas.go.id>, diperoleh 28 Maret 2008
- Bappenas (2007). *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
- BKKBN Jember (2008). *Register Pendataan Keluarga*. Jember: BKKBN Jember
- BPS Jember (2008). *Kabupaten Jember dalam Angka Tahun 2007*. Jember: BPS Jember, BAPPEKAB, & Pemkab
- Burns & Grove (1999). *Understanding Nursing Research*. Philadelphia: WB Saunders Company

- Clark (1999). *Nursing In The Community Dimensions of Community Health Nursing*. Stamford: Appleton & Lange
- Corputty WJ (1984). *Pengetahuan Barang Makanan*. Jakarta: PN Balai Pustaka
- Creswell (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design Chooshing Among Five Traditions*. London: SAGE Publication Ltd
- Creswell (2002). *Research Design Desain Penelitian Qualitative & Quantitaive Approaches Pendekatan Kualitatif & Kuantitatif*. Jakarta: KIK Press
- Depkes (1979). *Daftar Komposisi Bahan Makanan*. Jakarta: Direktorat Gizi Depkes
- Depkes (1989). *Buku Pegangan Kader Usaha Perbaikan Gizi Keluarga Ed.10*. Jakarta: Depkes
- Depkes (1991). *Pedoman Supervisi Dukun Bayi*. Jakarta: Depkes
- Depkes & KNG Pramuka (1995). *Kecakapan Khusus Saka Bakti Husada Krida Bina Obat*. Jakarta: Depkes & KNG Pramuka
- Depkes (1995). *Perawatan Kesehatan Masyarakat Petunjuk Pengelolaan Perawatan Kesehatan Masyarakat Cetakan ke-2*. Jakarta: Depkes
- Depkes (1997). *Pedoman Penanggulangan Kekurangan Energi Protein (KEP) dan Petunjuk Pelaksanaan PMT pada Balita*. Jakarta: Depkes RI Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat Direktorat Bina Gizi Masyarakat
- Depkes (1999). *Tuntuan Praktis Bagi Tenaga Gizi Puskesmas Bekalku Membina Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Jakarta: Depkes
- Depkes (1999). *Pedoman Teknis Pelaksanaan Kesehatan Dasar Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*. Jakarta: Depkes
- Depkes (2000). *Panduan Penggunaan Kartu Menuju Sehat (KMS) Balita Bagi Petugas Kesehatan*. Jakarta: Depkes
- Depkes (2000). *Gizi Seimbang Menuju Sehat Bagi Balita Pedoman Petugas Kesehatan*. Jakarta: Depkes & Departemen kesejahteraan Sosial
- Depkes (2002). *Manajemen Laktasi Buku Panduan Bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Depkes
- Depkes (2002). *Pedoman Perawatan Kesehatan di Rumah*. Jakarta: Depkes
- Depkes (2003). *Investasi Kesehatan Untuk Pembangunan Ekonomi*. Jakarta: Depkes

- Depkes (2005). *Standar Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Jakarta: Departemen Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat
- Desa/Kelurahan Karangrejo (2008). *Profil Desa/Kelurahan Kabupaten Jember tahun 2007*. Jember: Badan Pemberdayaan Masyarakat (BAPEMAS) Kabupaten Jember
- Dinkes Jawa Timur (2004). *Selayang Pandang Pembangunan Kesehatan Propinsi Jawa Timur*. Surabaya: Dinkes Jatim
- Dinkes Kabupaten Jember (2007). *KMS Kartu Menuju Sehat*. Surabaya: Rancangan Akademi Gizi (AKZI)
- Depsos, 2005, <http://www.depsos.go.id/ditppk/html/modules>, diperoleh 26 April 2008
- Depkes, 2007, <http://www.gizi.net/makalah/download>, diperoleh 26 Maret 2008
- Depkes, 2007, <http://www.gizi.net>, diperoleh 26 Maret 2008
- Dinkes Jatim, 2008, <http://www.sigizi.com/prov/jawa-timur/rekap/bulanan>, diperoleh 24 Januari 2008
- Dinkes Jatim, 2008, <http://www.dinkesjatim.go.id/berita-detail.html>, diperoleh 24 Januari 2008
- Ervin (2002). *Advanced Community Health Nursing Practice Population-Focused Care*, New Jersey: Prentice Hall
- FDT Sains, Kesehatan dan Teknologi (2008). *Perbaikan Gizi Keluarga dengan Cara Memperbaiki Kebiasaan Konsumsi Pangan dan Pengelolaan Keuangan: Kasus Kabupaten Aceh Besar*, Aceh: FDT Sains, Kesehatan, dan Teknologi
- Foster, Hunsberger, & Anderson (1989). *Family-Centered Nursing Care of Children*. Philadelphia: W.B Saunders Company
- Friedman (1995). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktik*. Jakarta: Penerbit EGC
- Friedman, Bowden, & Jones (2003). *Family Nursing Reserch, Theory, & Practice*, New Jersey: Pearson Education. Inc.
- Gatra, 2003, <http://www.gatra.com/article.php>, diperoleh 26 Maret 2008
- Green (1991). *Health Promotion Planning: An Education & Environment Approach*. Marry Field Publishing Company
- Hadi (2005). *Beban Ganda Masalah Gizi dan Implikasinya Terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional*. Yogyakarta: FK-UGM

- Hitchcock, Schubert dan Thomas (2001). *Community Health Nursing Caring in Action*. St. Louis: Mosby Inc.
- Husodo (25 Januari 2008). *Gizi Masyarakat dan Kualitas Manusia Indonesia*. Jakarta: Harian Kompas Gramedia
- ICN, 2000, <http://www.icn.ch/matterspoverty.htm>, diperoleh 24 Maret 2008
- JCN, 2008, <http://www.urmc.rochester.edu>, diperoleh 27 Maret 2008
- Jstor, 2001, <http://links.jstor.org>, diperoleh 28 Maret 2008
- Kresno dkk (1999). *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular*. Depok: FKM-UI & Dirjen P3M Depkes RI
- Leininger (1991). *Culture Care Diversity & Universality: A Theory Of Nursing*. New York: National League for Nursing Press
- Link Media (2008). *Kandungan Gizi Pada Buah*. Jakarta: Link Media
- Lutfiah (2007). *Kegiatan Magang di Sub Dinas Kesehatan Keluarga Seksi Gizi Kabupaten Jember: Kajian Hubungan Tingkat Pendidikan, Pengetahuan, dan Pendapatan Keluarga terhadap Pemberian ASI Eksklusif serta Pengaruh Pemberian ASI Eksklusif terhadap Satus Gizi (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Sumbersari Kabupaten Jember)*. Jember: FKM-Unej
- Mahan & Stump (2000). *Food, Nutrition, & Diet Therapy*. Philadelphia: W.B. Saunders Company A Division of Harcourt Brace & Company
- Medsurg Nursing, 2007, <http://findarticles.com/p/articles>, diperoleh 24 Maret 2008
- MDGs, 2007, <http://www.iadb.org/sds/doc/MDGspoverty.pdf>, diperoleh 25 Maret 2008
- Moehji (2002). *Ilmu Gizi Pengetahuan Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Penerbit Papas Sinar Sinanti
- Moehji (2003). *Ilmu Gizi Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta: Penerbit Papas Sinar Sinanti
- Montgomery, Conway, & Spector (1993). *Biokimia Berorientasi Pada Kasus – Klinik*. Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Moore (1997). *Terapi Diet & Nutrisi*. Jakarta: Hipokrates
- Nies & McEwen (2001). *Community Health Nursing Promoting The Health of Populations*. Philadelphia: WB Saunders Company

- Notoatmodjo (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Penerbit PT Rineka Cipta
- NWT CHN, 2003, <http://www.hthss.gov.nt.ca>, diperoleh 28 Maret 2008
- Polit & Beck (2006). *Essentials Of Nursing Research Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins
- Polit & Hungler (1999). *Nursing Research Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott
- Pudjiadi, S (2005). *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak*, Ed.4. Jakarta: Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Raharto (2005). *Pengukuran, Pemetaan Serta Determinan Ketahanan Pangan Regional dan Rumah Tangga di Jawa Timur*. Jember: Fakultas Pertanian-Unej
- Ratnawati & Ningtyas (2007). *Kajian Sosio Budaya Gizi Kaitannya dengan Pola Pemebrian Makan Balita pada Etnis Jawa dan Madura (Studi Kasus di Kabupaten Jember)*. Jember: FKM-Unej
- Sahar (2008). *Model Pelayanan Keperawatan Komunitas (PERKESMAS) Pada Keluarga Miskin*, Jakarta: Seminar Keperawatan dalam rangka Kongres Nasional I Ikatan Keperawatan Kesehatan Komunitas Indonesia, 26-27 Maret 2008.
- Santrock (2002). *Life-Span Development Perkembangan Masa Hidup*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Save The Children (2003). <http://www.positivedeviance.org.pdf>, diperoleh 26 Maret 2008
- Sediaoetama (2004). *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa Dan Profesi Jilid I*. Jakarta: Penerbit Dian Rakyat
- Sediaoetama (2004). *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa Dan Profesi*. Jakarta: Penerbit Dian Rakyat
- Soekirman (2001). *Perlu Paradigma Baru untuk Menanggulangi Masalah Gizi Makro di Indonesia*. Vienna Austria: Kuliah Perdana Kongres ke – VII Asosiasi Gizi se Dunia (IUNS)
- Speziale & Carpenter (2003). *Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative, 3rd*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins A Wolters Kluwer Company
- SPM PP-ASI (2005). *Strategi Nasional PP-ASI, 2005*. Jakarta: Depkes RI

- Stanhope & Lancaster (1996). *Community Health Nursing Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals*. St. Louis: Mosby
- Stanhope & Lancaster (2002). *Community Health Nursing Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals*. St. Louis: Mosby
- Stanhope & Lancaster (2004). *Community Health Nursing Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals*. St. Louis: Mosby
- Sternin, Sternin, & Marsh (1998). *Designing Community-Based Nutrition Program Using the Hearth Model and The Positive Deviance Approach-A Field Guide*. USA: Save The Children Federation
- Stone, McGuire, & Eigsti (2002). *Comprehensive Community Health Nursing Family, Aggregate, & Community Practice*. St. Louis: Mosby
- Streubert & Carpenter (1995). *Qualitative Research in Nursing Advancing The Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lipincott
- Streubert & Carpenter (1999). *Qualitative Research in Nursing Advancing The Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lipincott
- Sugeng (1986). *Petunjuk Praktis Menyusun Menu*. Semarang: Penerbit CV. Aneka Ilmu
- Sugiono (2007). *Memahami Penelitian Kualitatif Dilengkapi Contoh Proposal dan Laporan Penelitian*. Bandung: Penerbit Alfabeta
- Sulistiowati (2007). *Hubungan Antara Tingkat Pendapatan Keluarga, Tingkat Pendidikan dan Pengetahuan ibu dengan Status Gizi Anak Balita (studi Kasus di Desa Darsono, Kecamatan Arjasa, Kabupaten Jember, Universitas Jember, 2007, Jember: FKM-Unej*
- Sulistiyani (2006). *Praktik Pola Asuh Gizi oleh Keluarga Pada Anak Usia 6-24 bulan dengan Status Gizi Baik pada Keluarga Miskin (Positive Deviance) Studi Kualitatif di Desa Yosorati Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember*. Surabaya: FKM-Unair
- Supariasa, Fajar, & Bakri (2001). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Susenas (2006). *Tingkat Kemiskinan Di Indonesia Tahun 2005-2006, Berita Resmi Statistik No. 47/IX/ 1 September 2006*. Jakarta: Susenas
- Swasono (2005). *Pekan ASI Sedunia Membangun Kasih Sayang Lewat ASI*. Jakarta: Suara Karya

- Tomey & Alligood (2006). *Nursing Theorists and Their Work*, 6th, St. Louis: Mosby Inc.
- WHO Europe (2006). *What is the evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health ?*. Copenhagen: Health Evidence Network Evidence For Decisions Markers
- WHO, 2003, <http://whqlibdoc.who.int/emro>, diperoleh 26 Maret 2008
- WHO, 2006, <http://www.euro.who.int/document>, diperoleh 26 Maret 2008
- Wibisono (2006). *Profil dan Pola Konsumsi pada Rumah Tangga Miskin di Pedesaan Kabupaten Jember*. Jember: Lembaga Penelitian-Unej
- Wikia (2008). *Makanan Bagi Ibu Menyusui*. Jakarta: Wikia
- Wiyata (2001). *Memahami Perilaku Budaya Orang Madura*, Jakarta: Kompas Gramedia

