



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN KELUARGA
MEMENUHI KEBUTUHAN NUTRISI BALITA
GIZI KURANG DI KELURAHAN
PANCORANMAS DEPOK**

TESIS

**OLEH :
Poppy Fitriyani
0706194892**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2009**



TESIS

**STUDI FENOMENOLOGI PENGALAMAN KELUARGA
MEMENUHI KEBUTUHAN NUTRISI BALITA
GIZI KURANG DI KELURAHAN
PANCORANMAS DEPOK**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

OLEH :
Poppy Fitriyani
0706194892

PEMBIMBING I : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D.
PEMBIMBING II : Wiwin Wiarsih, S.Kp., M.N.

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2009**

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2009

Poppy Fitriyani

Studi Fenomenologi Pengalaman keluarga memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang di Kelurahan Pancoranmas Depok 2009

ix + 117 halaman+ 3 tabel+ 12 lampiran

Abstrak

Peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita merupakan peran yang sangat penting agar pertumbuhan dan perkembangan balita berjalan dengan optimal. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang di Kelurahan Pancoranmas Depok. Penelitian ini dilakukan melalui pendekatan kualitatif desain fenomenologi deskriptif dengan metode wawancara mendalam. Partisipan adalah keluarga atau *caregiver* utama yang merawat balita dengan gizi kurang. Data yang dikumpulkan berupa hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan yang dianalisis dengan menerapkan teknik Colaizzi. Penelitian ini mengidentifikasi 7 tema yaitu perasaan keluarga terhadap kondisi balita gizi kurang dan penilaian terhadap penyebab gizi kurang sebagai respon keluarga menghadapi pertumbuhan balita; upaya yang dilakukan keluarga dengan cara memperhatikan prinsip pemberian makan dan menggunakan strategi tertentu; sistem pendukung yang digunakan keluarga adalah dukungan sosial keluarga dari keluarga dan masyarakat dalam bentuk dukungan informasi dan dukungan instrumental; makna pengalaman keluarga adalah peningkatan motivasi; harapan yang diinginkan keluarga dalam mengatasi masalah gizi kurang terutama ditujukan terhadap program pemerintah. Kesimpulan dari hasil penelitian ini memperlihatkan bahwa pengalaman keluarga memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang sangat beragam mulai dari respon keluarga, upaya yang dilakukan, sistem pendukung keluarga, makna pengalaman keluarga, dan harapan keluarga. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dalam memberikan intervensi keperawatan terhadap keluarga dalam mengatasi masalah gizi kurang pada balita dan juga dapat memberikan masukan bagi pemerintah dalam upaya mengatasi masalah gizi kurang pada balita.

Kata kunci : gizi kurang, balita, keluarga
Daftar Pustaka, 66 (1989 – 2009)

UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER PROGRAM IN NURSING SCIENCE
MAJORING IN NURSING COMMUNITY
POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING

Thesis, July 2009
Poppy Fitriyani

Family's experience in fulfilling nutritional demand of underweight of under five years
at Pancoran Mas village, Depok

ix + 117 pages+ 3 tables +12 appendixes

Abstract

Family's role in fulfilling nutritional demand of under five years is important to optimize growth and development of children. This study aimed to provide in-depth understanding of family's experience in fulfilling nutrition for underweight children at Pancoranmas village, Depok. This study design was descriptive phenomenology with in-depth interview for data collecting. The participants were families or primary caregivers who caring for underweight children. Data gathered through interview recording and field notes, which then transcribed and analyzed with Collatzi's analysis method. This study indentified 7 themes, which are family's feeling to children condition and appraisal to the causes of underweight refers to family's responses to the growth of children; family use certain strategy to improve their feeding practice; family applies social support from family members and the community especially informational and instrumental support; the meaning of family's experience is high motivation; family hopes that the government has a good program to solve malnutrition problem. The result indicated that there were various experience of family in fulfilling nutritional demand like family's response, family's feeding practice, family support system, the meaning of family and family's hope. This study gave information about nursing intervention for family in managing nutritional problem and provided some ways to guide government programs which related to malnutrition management in children.

Keywords : underweight, under five years, family

References : 66 (1989-2009)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur hanya untuk Allah SWT karena atas limpahan ridho-Nya peneliti dapat menyelesaikan laporan penelitian yang berjudul “Studi Fenomenologi Pengalaman Keluarga Memenuhi Kebutuhan Nutrisi Balita Gizi Kurang di Kelurahan Pancoranmas Depok“. Tesis ini disusun sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Kekhususan Keperawatan Komunitas. Selama melakukan penelitian dan penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Rasa hormat, ucapan terimakasih serta penghargaan setinggi-tingginya peneliti sampaikan kepada :

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc., sebagai Ketua Program Studi Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D, selaku pembimbing I yang telah memberikan ide, bimbingan, semangat, arahan dan motivasi pada peneliti untuk penyusunan tesis ini.
4. Wiwin Wiarsih, SKp., MN, selaku pembimbing II yang senantiasa memberi perhatian, dorongan, motivasi, mencurahkan waktu dan dengan sabar memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dalam penyusunan tesis ini.
5. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N., selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk kesempurnaan tesis ini.

6. Seluruh staff pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia khususnya bagian keilmuan komunitas yang telah memberikan ilmunya
7. Seluruh rekan sejawat di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia khususnya bagian keilmuan Jiwa dan Komunitas yang telah memberikan masukan, semangat dan motivasi untuk terus maju
8. Seluruh Staf Akademik dan Staf Perpustakaan yang telah membantu selama proses belajar mengajar di Program Magister Keperawatan
9. Suami tercinta (Lukman Hakim) yang mendukung dengan segala pengorbanan, doa, dan supportnya, serta anak-anakku tercinta (Fakhry Zahran Hakim dan Akmal Gibran Hakim) yang telah memberikan dukungan, pengertian, dan kesediaan untuk hilangnya waktu kebersamaan selama menjalani proses pendidikan dan selalu menjadi inspirasi dan semangat untuk menyelesaikan pendidikan
10. Bapak, Ibu, Kakak-kakak tercinta, dan seluruh keluarga yang telah memberikan dukungan serta semangat untuk terus maju.
11. Kepala Kelurahan Pancoranmas Depok yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian ini
12. Mahasiswa profesi S1 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang sudah membantu dalam mencari partisipan
13. Semua partisipan yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menceritakan pengalamannya dalam penelitian ini
14. Semua teman-teman Program Magister Keperawatan Angkatan 2007, khususnya teman-teman di Kekhususan Keperawatan Komunitas (Mawar, Indri, Dian, Rita,

Asmi, Happy, Maryam, Aris, Asep, Jaji, Budi M, Budi S, Akhmkadi) yang telah banyak membantu, memberikan dukungan serta semangat untuk terus maju

15. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini, tanpa mengurangi rasa terimakasih, tidak dapat disebutkan satu persatu.

Peneliti menyadari bahwa penyusunan hasil tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran sangat peneliti harapkan demi kesempurnaan tesis ini. Peneliti berharap semoga hasil penelitian yang diperoleh dapat memberikan manfaat bagi kemajuan ilmu keperawatan pada umumnya, khususnya pemberdayaan keluarga dalam penanganan gizi balita.

Jakarta, Juli 2009

Peneliti

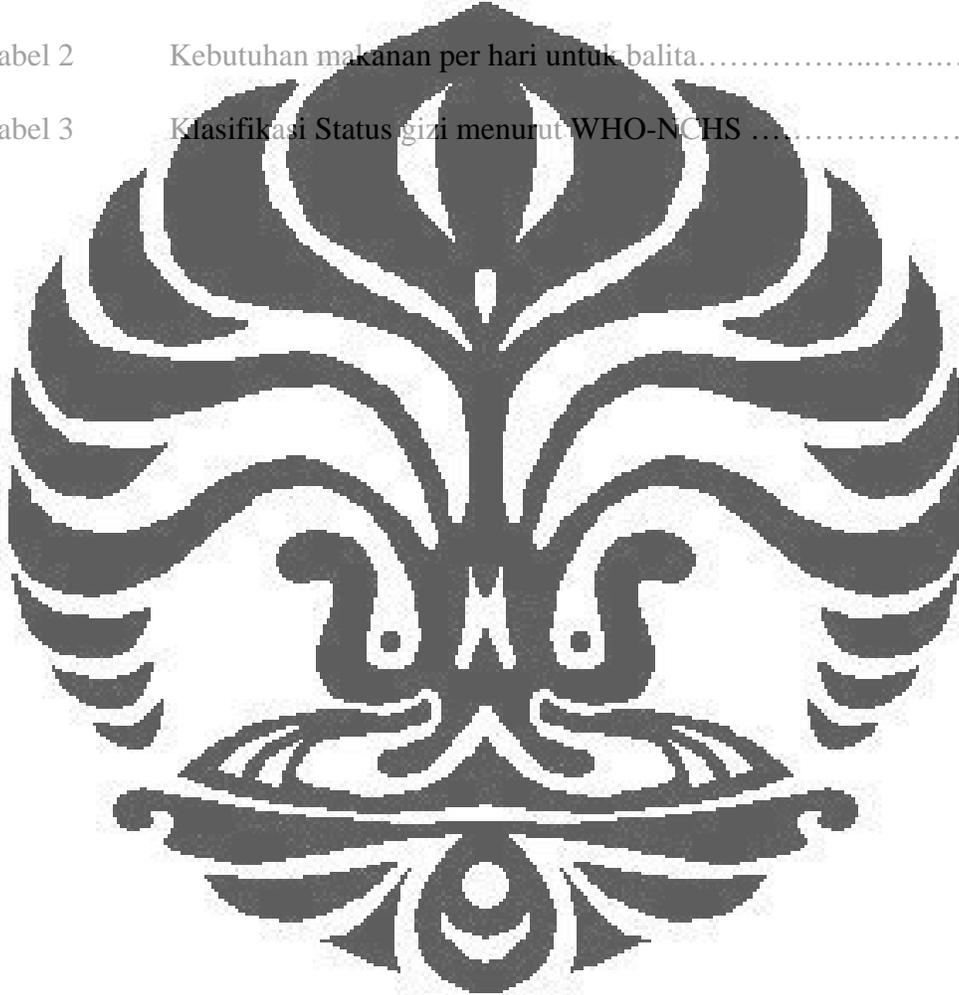
DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	Hal i
Pernyataan Persetujuan	ii
Lembar Nama Penguji Tesis.....	iii
Abstrak.....	iv
Abstract.....	v
Kata Pengantar.....	Vi
Daftar Isi.....	Vii
Daftar tabel.....	Viii
Daftar lampiran	Ix
I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan.....	10
D. Manfaat Penelitian.....	10
II. TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Populasi balita gizi kurang sebagai populasi rentan.....	13
B. Faktor yang mempengaruhi gizi kurang.....	17
C. Dampak Gizi kurang.....	23
D. Upaya penanggulangan gizi kurang.....	25
E. Peran Keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita.....	30
F. Studi Fenomenologi.....	43
III. METODE PENELITIAN	48
A. Desain Penelitian.....	48
B. Sampel Dari Partisipan.....	50
C. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	52
D. Etika Penelitian.....	53
E. Alat Pengumpulan Data.....	55
F. Prosedur Pengumpulan Data.....	58
G. Analisa Data.....	60
H. Keabsahan Data.....	61
IV. HASIL PENELITIAN	63
1. Karakteristik Partisipan.....	63
2. Tema.....	65
V. PEMBAHASAN	82
A. Interpretasi Hasil dan Analisa Kesenjangan.....	82
B. Keterbatasan Penelitian.....	103
C. Implikasi Penelitian.....	105
VI. SIMPULAN DAN SARAN	109
A. Kesimpulan.....	109

B. Saran.....	110
DAFTAR PUSTAKA.....	113
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Angka Kecukupan Gizi 2004 bagi orang indonesia.....	35
Tabel 2	Kebutuhan makanan per hari untuk balita.....	36
Tabel 3	Klasifikasi Status gizi menurut WHO-NCHS	38



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan Penelitian
Lampiran 2	Lembar Persetujuan menjadi Informan
Lampiran 3	Data Demografi
Lampiran 4	Pedoman Wawancara
Lampiran 5	Lembar Catatan Lapangan (<i>Field Notes</i>)
Lampiran 6	Skema Tema
Lampiran 7	Data Demografi Partisipan dan Anak Balita
Lampiran 8	Kisi-kisi Tema
Lampiran 9	Surat Izin Penelitian dari Kelurahan
Lampiran 10	Surat Izin Kantor Kesbanglinmas
Lampiran 11	Surat Lolos Kaji Etik
Lampiran 12	Daftar riwayat Hidup peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan utama pembangunan nasional adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) yang dilakukan secara berkelanjutan. Upaya peningkatan kualitas SDM dimulai dengan perhatian utama pada proses tumbuh kembang anak sejak pembuahan sampai mencapai remaja. Pada masa tumbuh kembang ini, pemenuhan kebutuhan dasar anak seperti perawatan dan makanan bergizi yang diberikan dengan penuh kasih sayang dapat membentuk SDM yang sehat, cerdas dan produktif (Sururi, 2006).

Menurut penjelasan Sururi (2006) secara umum di Indonesia terdapat dua masalah gizi utama yaitu gizi kurang makro dan gizi kurang mikro. Gizi kurang makro pada dasarnya merupakan gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan asupan energi dan protein. Masalah gizi makro adalah masalah gizi yang utamanya disebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan energi dan protein. Kekurangan zat gizi makro umumnya disertai dengan kekurangan zat gizi mikro. Kekurangan gizi mikro yaitu kurang zat besi, yodium dan vitamin A yang menyebabkan kekeringan selaput ikat mata karena kekurangan vitamin A.

Trend gizi buruk di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun ke tahun, dimana pada tahun 2004 mencapai 28.47% termasuk kelompok gizi kurang dan gizi buruk (Dep.Kes, 2004). Supari (2006, dalam Siswono, 2006) mengatakan jumlah balita di seluruh Indonesia yang menderita busung lapar sekitar 3.957 anak dan balita yang menderita gizi kurang sekitar 76.178 anak per Desember 2005. UNICEF (2006, dalam Sinung, 2006) menjelaskan bahwa jumlah anak balita penderita gizi buruk mengalami lonjakan dari 1.8 juta pada tahun 2005 menjadi 2.3 juta pada tahun 2006 dan masih ada 5 juta lebih yang mengalami gizi kurang. Jumlah penderita gizi buruk dan gizi kurang ini sekitar 28% dari total balita di seluruh Indonesia. Dari jumlah balita penderita gizi buruk dan gizi kurang, sekitar 10% berakhir dengan kematian. Dari angka kematian balita yang 37 per 1.000, separuhnya adalah kekurangan gizi. Dengan kenyataan seperti ini, masalah tersebut harus ditanggapi dengan serius.

Masalah gizi makro dan mikro dapat terjadi pada setiap siklus kehidupan manusia dimulai dari janin dalam kandungan, bayi, balita, anak usia sekolah, remaja dan dewasa. Hal ini didukung oleh pendapat Sururi (2005) bahwa suatu penelitian menunjukkan bahwa kekurangan gizi pada siklus awal akan mempengaruhi kejadian kekurangan gizi pada siklus berikutnya. Balita adalah periode usia di bawah lima tahun (balita), pada masa ini otak berkembang sangat cepat dan akan berhenti saat anak berusia tiga tahun. Sejak anak dalam kandungan hingga berumur 2 tahun merupakan masa emas yang merupakan masa kritis untuk tumbuh kembang fisik, mental dan sosial. Pada masa ini

tumbuh kembang otak paling pesat (80%) yang akan menentukan kualitas SDM pada masa dewasa. Pertumbuhan dan perkembangan sangat dipengaruhi oleh asupan gizi, jika asupan gizi kurang pada anak sejak lahir hingga lima tahun akan sangat berpengaruh terhadap kualitas otaknya. Perkembangan otak tidak dapat diperbaiki bila balita kekurangan gizi pada "masa emasnya" (Huriah, 2007). Dari hasil penelitian yang dilakukan Puslitbang Gizi Depkes (2003), balita yang mengalami gizi buruk, pada perkembangan selanjutnya saat anak duduk di bangku sekolah, IQ lebih rendah 13 poin daripada anak-anak yang cukup gizi.

Hartati (2008, dalam Anonim, 2008) menyatakan, penyebab utama gizi kurang adalah akibat rendahnya pendapatan ekonomi keluarga dan kurangnya pengetahuan orangtua dalam memberikan asupan gizi kepada anaknya. Namun hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rasni (2008) bahwa pada studi yang dilakukan di daerah miskin ternyata status gizi balita tergolong status gizi baik. Berdasarkan pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa kemiskinan atau rendahnya pendapatan keluarga bukan menjadi penyebab utama terjadinya gizi kurang.

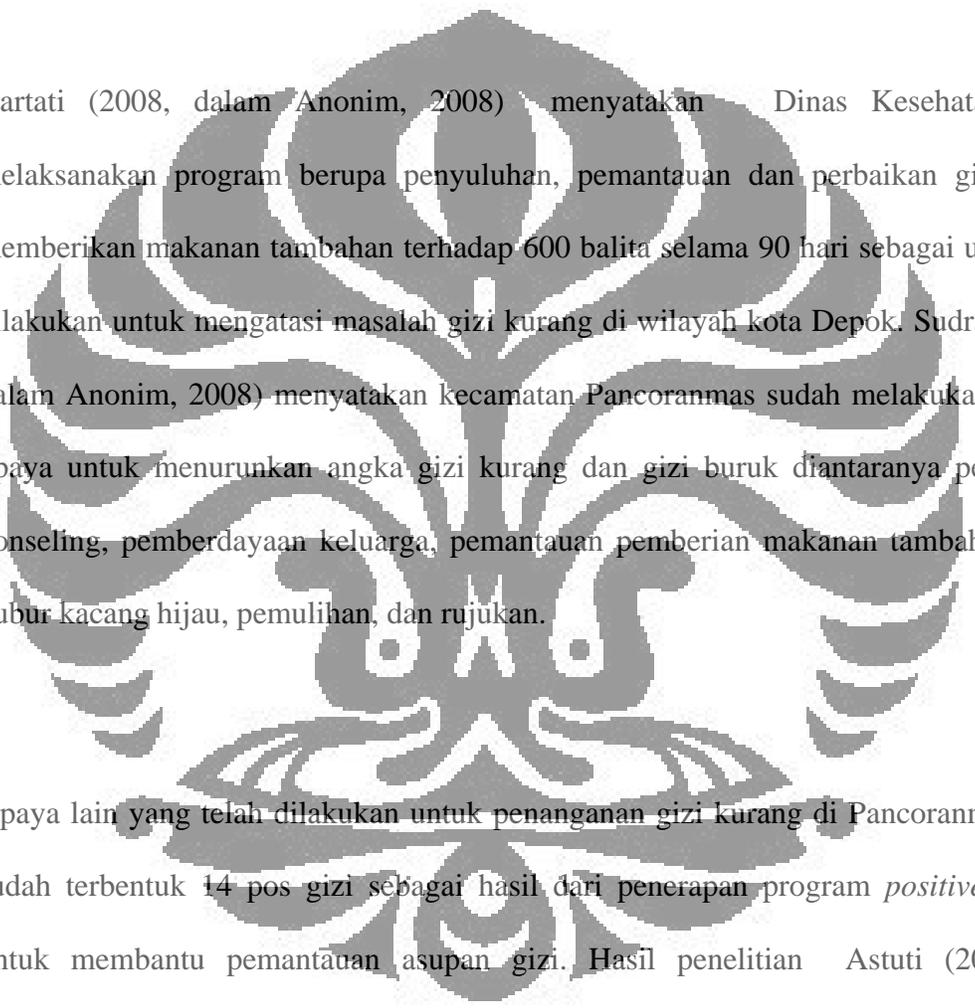
Menurut Basuki (2008) penyebab gizi kurang adalah salah satunya rendahnya pengetahuan ibu tentang gizi, sehingga balita menjadi kurang diperhatikan dan akhirnya berat badannya pun di bawah standar. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Huriah (2006) tentang hubungan antara perilaku ibu dalam memenuhi gizi dengan status gizi balita di Kecamatan Beji Depok didapatkan hasil bahwa variabel yang paling dominan

mempengaruhi status gizi balita adalah pendidikan ibu. Hasil penelitian yang senada dilakukan oleh Djasmidar (1999) tentang faktor yang berhubungan dengan status gizi baik pada keluarga miskin didapatkan hasil bahwa faktor yang berhubungan adalah pengetahuan ibu.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi gizi kurang adalah faktor budaya yang dianut oleh keluarga. Dalam hal asupan gizi anggota keluarga berbeda antara perempuan dengan laki-laki. Hal ini terjadi karena dalam hal makan, budaya masyarakat lebih mendahulukan bapak, kemudian anak laki-laki, baru kemudian anak perempuan dan terakhir ibu (Anonim, 2007).

Kondisi masalah gizi masyarakat juga tercermin dari kondisi masalah gizi masyarakat di Kelurahan Pancoranmas Depok. Menurut Musa (2007), Dinas Kesehatan (Din.Kes) Jawa Barat pada tahun 2005 mencatat bahwa 25.428 dari 3.7 juta balita menderita gizi buruk; sedangkan berdasarkan data laporan penanganan Gizi Buruk DinKes Kota Depok tahun 2005 tercatat dari 114.980 balita didapatkan 1.135 balita (1,03%) mengalami gizi buruk, dan 9.714 balita (8,8%) mengalami gizi kurang. Hasil wawancara dengan Kasub DinKes BinKesmas Kota Depok, didapatkan bahwa kecamatan yang paling banyak balita gizi buruk adalah Kecamatan Pancoranmas (dalam Huriyah, 2007). Syarifah (2008, dalam Siswono, 2008), Kepala Bidang Bina Kesehatan Keluarga (Binkesga) Dinas Kesehatan Kota Depok, mengungkapkan bahwa di Kota Depok hingga bulan November 2008 ada 441 balita mengalami gizi buruk dan 350 mengalami gizi kurang atau tengah mendekati ambang gizi buruk. Wali Kota Depok, Ismail (2008, dalam Anonim, 2008) menerangkan

bahwa 16 kelurahan dari 63 kelurahan di Kota Depok didapati terjangkit kasus gizi buruk. Kasus paling banyak terjadi di Kelurahan Pancoranmas dengan 42 kasus, Kelurahan Ratujuaya dengan 33 kasus, dan Kelurahan Depok dengan 41 kasus. Ketiga kelurahan tersebut berada di wilayah kecamatan Pancoranmas.



Hartati (2008, dalam Anonim, 2008) menyatakan Dinas Kesehatan telah melaksanakan program berupa penyuluhan, pemantauan dan perbaikan gizi dengan memberikan makanan tambahan terhadap 600 balita selama 90 hari sebagai upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah gizi kurang di wilayah kota Depok. Sudrajat (2008, dalam Anonim, 2008) menyatakan kecamatan Pancoranmas sudah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan angka gizi kurang dan gizi buruk diantaranya penyuluhan, konseling, pemberdayaan keluarga, pemantauan pemberian makanan tambahan seperti bubur kacang hijau, pemulihan, dan rujukan.

Upaya lain yang telah dilakukan untuk penanganan gizi kurang di Pancoranmas adalah sudah terbentuk 14 pos gizi sebagai hasil dari penerapan program *positive deviance* untuk membantu pemantauan asupan gizi. Hasil penelitian Astuti (2008, tidak dipublikasikan) tentang motivasi kader dalam mengelola pos gizi didapatkan bahwa kader merasakan kekuatan saat mengelola pos gizi karena keterlibatan peserta, tercapainya tujuan pos gizi dan motivasi dari pelaku pos gizi. Hambatan utama yang dirasakan kader adalah partisipasi masyarakat, kurangnya monitoring dan tidak tercapainya tujuan.

Menurut salah seorang petugas Puskesmas Pancoranmas bahwa masalah gizi kurang dan gizi buruk di Kelurahan Pancoranmas sudah mulai berkurang dan bantuan untuk balita yang mengalami gizi kurang dan gizi buruk masih terus diberikan, bahkan sekarang sudah mulai diterapkan *positive deviance* namun di lapangan masih ditemukan masalah gizi kurang dan gizi buruk ini.

Tingginya gizi kurang pada balita tidak terlepas dari peran keluarga, karena pola makan atau kebiasaan makan anak tergantung pada pola makan keluarga selain itu balita masih sangat tergantung pada keluarga dalam pemenuhan asupan kebutuhan gizinya. Oleh karena itu, untuk menanggulangi masalah gizi kurang pada balita diperlukan pemberdayaan keluarga karena keluarga merupakan *entry point* dalam menurunkan risiko gangguan akibat pengaruh gaya hidup dan lingkungan. Hasil penelitian dari Lian, Muda, Hussin dan Hock (2007) tentang persepsi tenaga kesehatan bahwa keluarga sebagai *care giver* memainkan peranan penting dalam meningkatkan kesehatan balita yang mengalami malnutrisi. Praktik memenuhi makanan balita lebih berdasarkan pada kebutuhan dari semua anggota keluarga daripada kebutuhan balita sendiri. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Azis (1992) bahwa faktor yang mempengaruhi kenaikan berat badan anak adalah : praktek pemberian makan oleh ibu, praktek ibu menimbang anak, dan pendidikan ibu. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa peran keluarga sangat penting dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita.

Hasil observasi dan praktek aplikasi yang telah dilakukan oleh peneliti di wilayah kelurahan Pancoranmas Depok didapatkan data bahwa perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita belum sesuai sehingga menyebabkan anaknya mengalami gizi kurang. Hal ini dapat dilihat dari data rata-rata ibu menyediakan makan pagi dengan cara membeli bubur ayam, nasi uduk dan biskuit; jumlah makanan yang diberikan : pagi dan siang rata-rata 3 – 5 sendok, sore lebih dari 5 sendok sampai dengan habis; anak sering dibelikan jajanan yang kurang bergizi seperti snack (chiki); jarak waktu pemberian jajanan dengan waktu makan cukup dekat (< 2 Jam); pemberian susu : kebanyakan diberikan susu kental manis 3 – 4 gelas sehari; dan variasi jenis makanan tambahan kurang dengan jumlah tidak tentu. Menurut DepKes (1995) kebutuhan makanan sehari yang seharusnya dikonsumsi balita adalah nasi sebanyak 1-3 piring, lauk 2-3 potong, sayur 1-1.5 mangkuk, dan buah 2-3 potong. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa balita belum mendapatkan makanan yang sesuai dengan yang dianjurkan oleh Depkes. Fenomena tersebut perlu ditelaah lebih lanjut apa yang menyebabkan perilaku ibu dalam praktek pemberian makan yang dilakukan oleh ibu belum sesuai dengan kebutuhan anak balita sehingga menyebabkan anak balita mengalami gizi kurang. Dengan demikian maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang sehingga pengembangan asuhan keperawatan komunitas didasarkan pada kebutuhan.

Perawat komunitas mempunyai peranan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan termasuk masalah balita. Banyaknya prevalensi jenis penyakit yang dialami oleh balita

dan dengan kondisi tubuh balita yang mempunyai keterbatasan dalam sistem imun menyebabkan balita berada pada label populasi rentan. Aspek yang paling penting dari peran perawat komunitas adalah menurunkan risiko kesehatan dan meningkatkan kesehatan populasi balita dengan gizi kurang. Berdasarkan hal tersebut maka peran perawat spesialis komunitas harus lebih ditingkatkan khususnya dalam mengatasi masalah nutrisi pada balita.

Menggali pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang merupakan hal yang penting untuk dapat merencanakan dan memberikan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan keluarga. Pengalaman seseorang merupakan sesuatu yang unik, berbeda, dan tidak dapat diukur secara kuantitatif. Agar pengalaman tersebut dapat dipahami dan dimaknai dengan baik maka penelitian kualitatif penting untuk dilakukan. Penelitian kualitatif mencari jawaban dari pertanyaan yang menekankan bagaimana pengalaman sosial terjadi dan dimaknai (Denzin & Lincoln, 2003). Dengan demikian untuk dapat mengeksplorasi pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi anak balita dengan gizi kurang maka penelitian kualitatif dianggap lebih dapat mencapai pemahaman yang mendalam dibandingkan dengan penelitian kuantitatif.

Metode penelitian kualitatif yang akan dilakukan dalam menggali fenomena ini adalah menggunakan desain fenomenologi karena pendekatan ini merupakan cara yang paling baik untuk menggambarkan dan memahami pengalaman keluarga dalam memenuhi

kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang. Desain fenomenologi merupakan pendekatan yang sangat bermanfaat untuk digunakan pada fenomena yang diminati bila fenomena tersebut belum didefinisikan atau dikonseptualisasikan dengan baik (Polit & Hungler, 1999). Peneliti juga ingin mengeksplorasi langsung, menganalisis dan mendeskripsikan fenomena ini, sehingga peneliti menggunakan jenis fenomenologi deskriptif. Fenomenologi deskriptif merupakan langkah pertama dari enam langkah atau elemen sentral dalam penelitian fenomenologi (Spiegelberg, 1975 dalam Speziale & Carpenter, 2003).

B. Rumusan Masalah

Tingginya kasus gizi buruk di wilayah Depok, dan paling banyak terjadi di kelurahan Pancoranmas dengan jumlah 42 kasus (Ismail, 2008 dalam Anonim, 2008). Berbagai upaya telah dilakukan diantaranya adalah pemberdayaan keluarga, rujukan kasus, dan membentuk 14 pos gizi untuk membantu pemantauan asupan gizi, namun partisipasi masyarakat khususnya keluarga masih belum optimal (Astuti, 2008, tidak dipublikasikan). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengalaman keluarga memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang di Kelurahan Pancoranmas Depok, sehingga dapat dirumuskan pertanyaan penelitian, yaitu apa arti dan makna pengalaman keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita di Kelurahan Pancoranmas Depok.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran mengenai arti dan makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang di Kelurahan Pancoranmas Depok.

2. Tujuan khusus : Teridentifikasi:

- a. Respon keluarga dalam menghadapi pertumbuhan balita gizi kurang
- b. Bagaimana upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi nutrisi balita gizi kurang
- c. Sistem pendukung yang digunakan keluarga dalam melakukan upaya pemenuhan nutrisi balita gizi kurang
- d. Makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang
- e. Harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan terkait pemenuhan nutrisi balita gizi kurang

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 :

a. Pelayanan dan masyarakat

Pemerintah setempat termasuk tenaga kesehatan yang berwenang untuk merancang program penanganan gizi kurang pada balita sesuai dengan karakteristik masyarakat. Harapannya, pemerintah dapat meningkatkan keadaan gizi keluarga dengan mewujudkan perilaku keluarga yang sadar gizi, dan meningkatkan kualitas pelayanan gizi baik di puskesmas maupun di posyandu untuk menurunkan prevalensi masalah gizi kurang. Masyarakat dan keluarga dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perannya dalam meningkatkan dan mengoptimalkan pertumbuhan ; dapat meningkatkan kepedulian keluarga dalam menangani masalah gizi kurang pada balita.

b. Pengembangan ilmu keperawatan

Pengembangan penelitian ini dapat memperkaya khasanah penelitian kualitatif secara umum dan dapat dikembangkan sesuai tema yang ditemukan dengan penelitian lanjutan, baik yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif. Hasil penelitian dapat dikembangkan menjadi model pemberdayaan keluarga dalam mengatasi masalah gizi di Indonesia. Pengembangan Ilmu Keperawatan dapat digunakan sebagai dasar pelaksanaan asuhan keperawatan pada populasi balita dengan masalah gizi kurang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep yang dijelaskan dalam bab ini mengenai populasi balita gizi kurang sebagai populasi rentan, faktor yang mempengaruhi gizi kurang, dampak gizi kurang, upaya penanggulangan gizi kurang. Kemudian akan dijelaskan tentang peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan penjelasan mengenai keluarga dengan gizi kurang, kebutuhan nutrisi balita, penilaian status gizi, perilaku keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi, dan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku keluarga. Kemudian akan dijelaskan juga mengenai konsep studi fenomenologi.

A. Populasi Balita Gizi Kurang sebagai Populasi Rentan

Keadaan gizi masyarakat akan mempengaruhi tingkat kesehatan dan umur harapan hidup yang merupakan salah satu unsur utama dalam penentuan keberhasilan pembangunan negara. Masalah gizi adalah gangguan pada beberapa segi kesejahteraan perorangan dan atau masyarakat yang disebabkan oleh tidak terpenuhinya kebutuhan akan zat gizi yang diperoleh dari makanan (Soekirman, 2000). Lebih lanjut Soekirman mengatakan bahwa masalah gizi dibagi dalam dua kelompok yaitu masalah gizi kurang dan masalah gizi lebih. Sedangkan dari sudut zat gizinya, masalah gizi dapat berupa masalah gizi makro dan gizi mikro. Masalah

gizi makro dapat berbentuk gizi kurang dan gizi lebih, sedang untuk masalah gizi mikro hanya dikenal gizi kurang.

Secara umum di Indonesia terdapat dua masalah gizi utama yaitu gizi kurang makro dan gizi kurang mikro. Gizi kurang makro pada dasarnya merupakan gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kekurangan asupan energi dan protein. Masalah gizi makro adalah masalah gizi yang utamanya disebabkan ketidakseimbangan antara kebutuhan dan asupan energi dan protein. Kekurangan zat gizi makro umumnya disertai dengan kekurangan zat gizi mikro. Kelompok usia yang paling berisiko terkena kekurangan zat gizi adalah kelompok balita.

Trend gizi buruk dan gizi kurang di Indonesia mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Supari (2006, dalam Siswono, 2006) mengatakan jumlah balita di seluruh Indonesia yang menderita busung lapar sekitar 3.957 anak dan balita yang menderita gizi kurang sekitar 76.178 anak per Desember 2005. UNICEF (2006, dalam Sinung, 2006) menjelaskan bahwa jumlah anak balita penderita gizi buruk mengalami lonjakan dari 1.8 juta pada tahun 2005 menjadi 2,3 juta pada tahun 2006 dan masih ada 5 juta lebih yang mengalami gizi kurang. Jumlah penderita gizi buruk dan gizi kurang ini sekitar 28% dari total balita di seluruh Indonesia. Dari jumlah balita penderita gizi buruk dan kurang, sekitar 10% berakhir dengan kematian. Dari angka kematian balita yang 37 per 1.000, separuhnya adalah kekurangan gizi. Dengan kenyataan seperti ini, masalah tersebut harus ditanggapi dengan serius.

Hasil Riskesdas 2007 (Dep.Kes, 2008) menghasilkan berbagai peta masalah kesehatan, misalnya prevalensi gizi buruk yang berada diatas rerata nasional (5,4%) ditemukan pada 21 provinsi dan 216 kabupaten/kota. Sedangkan berdasarkan gabungan hasil pengukuran gizi buruk dan gizi kurang Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa sebanyak 19 provinsi mempunyai prevalensi gizi buruk dan gizi kurang diatas prevalensi nasional sebesar 18,4%. Namun demikian, target Rencana Pembangunan Jangka Menengah untuk pencapaian program perbaikan gizi yang diproyeksikan sebesar 20%, dan target *Millenium Development Goals* sebesar 18,5% pada 2015, telah dapat dicapai pada 2007. Data diatas menunjukkan adanya penurunan angka gizi kurang dan hal ini perlu lebih dioptimalkan lagi dengan cara meningkatkan peran perawat di komunitas.

Perawat komunitas mempunyai peranan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan pada populasi yang rentan. Salah satu populasi yang rentan mengalami masalah adalah populasi balita gizi kurang. Banyaknya prevalensi jenis penyakit yang dialami oleh balita dan dengan kondisi tubuh balita yang mempunyai keterbatasan dalam sistem imun menyebabkan balita berada pada label populasi rentan.

Rentan berarti mempunyai dampak lebih sensitif terhadap faktor risiko dibandingkan dengan yang lain (O'connor, 1994 dalam Stanhope & Lancaster, 2000). Populasi rentan didefinisikan sebagai kelompok sosial yang mempunyai risiko relatif atau kerentanan terhadap dampak kesehatan (Flaskerud & Winslow, 1998 dalam

Stanhope & Lancaster, 2000). Kelompok populasi rentan adalah subkelompok populasi yang dapat berkembang menjadi masalah kesehatan sebagai akibat dari terpaparnya terhadap risiko atau mempunyai akibat yang buruk dibandingkan dengan populasi keseluruhan.

Kelompok balita merupakan kelompok masyarakat yang disebut kelompok rentan gizi yaitu kelompok masyarakat yang paling mudah menderita kelainan gizi (Nurhalinah, 2006). Pendapat ini didukung juga dengan Davis dan Sherer (1994, dalam Hitchcock, Schubert, Thomas 1999) bahwa bayi dan anak-anak merupakan populasi yang paling rentan terhadap dampak kekurangan nutrisi. Pada saat usia balita, aktifitas balita mulai meningkat, balita sudah dapat memilih makanannya sendiri.

Menurut Stanhope dan Lancaster (2000) faktor predisposisi yang menempatkan balita gizi kurang sebagai kelompok populasi rentan adalah karena balita yang mengalami kurang nutrisi disebabkan oleh faktor risiko sosial ekonomi, khususnya kemiskinan. Kemiskinan ini menyebabkan terbatasnya persediaan makanan, terbatasnya akses makanan, faktor pendidikan orang tua, gaya hidup yang tidak sehat, dan kurang informasi kesehatan dan akses kesehatan. Menurut Davis dan Sherer (1994, dalam Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999) prevalensi status kurang nutrisi lebih banyak pada kelompok sosial ekonomi rendah karena terbatasnya jumlah dan variasi makanan.

Menurut Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) populasi balita gizi kurang merupakan kelompok populasi yang rentan terhadap terjadinya masalah gizi kurang karena faktor biologis. Faktor biologis yang mempengaruhi balita gizi kurang sebagai populasi rentan adalah karena faktor usia dan ketergantungan pada orang lain (orang tua) dalam penyediaan makanan balita. Menurut Davis dan Sherer (1994, dalam Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999), kelompok bayi dan balita gizi kurang merupakan kelompok yang rentan karena sistem kekebalan tubuh yang belum berkembang sehingga menyebabkan lebih mudah terkena masalah nutrisi. Hal ini dapat diperparah juga jika bayi lahir prematur dan berat badan lahir rendah sehingga mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan terganggu sebagai akibat dari kekurangan nutrisi.

B. Faktor yang Mempengaruhi Gizi Kurang

Menurut Bowden, Dickey, dan Greenberg (1998) faktor yang menyebabkan malnutrisi adalah kurang adekuatnya intake makanan yang mengandung protein dan kalori yang dibutuhkan oleh tubuh, perbedaan sosial dan budaya tentang kebiasaan makan yang mempengaruhi nutrisi, kurang pengetahuan tentang nutrisi, kelebihan makanan baik dalam jumlah maupun kualitas yang tidak dibutuhkan oleh tubuh, adanya penyakit yang menyertai seperti pencernaan, absorpsi makanan, gagal menyusun menu berdasarkan tingkat aktifitas dan istirahat. Sedangkan menurut Soekirman (2008) timbulnya masalah gizi kurang pada anak balita, bukanlah sesuatu yang berdiri sendiri namun disebabkan oleh banyak faktor terkait. Lebih lanjut

Soekirman mengatakan faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya gizi kurang pada balita dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung. Pendapat lain dikemukakan oleh Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) bahwa masalah nutrisi disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah faktor sosial ekonomi yang terdiri dari status ekonomi, budaya, pendidikan; faktor perilaku; faktor ketersediaan makanan; dan faktor biologis.

Dari beberapa pendapat diatas dapat disimpulkan bahwa penyebab terjadinya gizi kurang pada balita adalah karena penyebab langsung dan tidak langsung.

i. Penyebab langsung

Penyebab langsung gizi kurang adalah makan tidak seimbang, baik jumlah dan mutu asupan gizinya, di samping itu asupan zat gizi tidak dapat dimanfaatkan oleh tubuh secara optimal karena adanya gangguan penyerapan akibat adanya penyakit infeksi. Anak balita tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang. Makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu (ASI), dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya akan berkonsekuensi terhadap status gizi bayi. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disiapkan sendiri di rumah. Pada keluarga dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah seringkali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi balita karena ketidaktahuan.

Suryanto (2008, dalam Anonim, 2008) menjelaskan, salah satu penyebab terjadinya gizi kurang adalah asupan yang kurang. Biasanya hal itu terkait dengan sosial ekonomi, salah asuh atau penyakit yang menyertai (TBC pada anak). Depkes (1997) menjelaskan bahwa penyebab timbulnya gizi kurang adalah kekurangan makanan yang dimakan sehari-hari dalam waktu lama, dan penyakit infeksi.

Menjadi penyebab terpenting kedua kekurangan gizi adalah kesadaran akan kebersihan/*personal hygiene* yang masih kurang, serta ancaman endemisitas penyakit tertentu, khususnya infeksi kronik seperti misalnya tuberculosi (TBC) masih sangat tinggi. Kaitan infeksi dan gizi kurang seperti layaknya lingkaran setan yang sukar diputuskan, karena keduanya saling terkait dan saling memperberat. Kondisi infeksi kronik akan menyebabkan gizi kurang dan kondisi malnutrisi sendiri akan memberikan dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi.

2. Penyebab tidak langsung

Pendapatan merupakan faktor kunci yang menentukan kesehatan nutrisi di Indonesia. Hughes dan Simpson (1995, dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999) melaporkan bahwa status sosial ekonomi sebagai salah satu faktor yang terbesar yang mempengaruhi kesehatan nutrisi. Hal ini didukung oleh penjelasan Soekirman (2008) bahwa kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi kurang. Lebih lanjut dijelaskan data dari Indonesia dan di negara

lain menunjukkan adanya hubungan antara gizi kurang dan kemiskinan. Proporsi anak yang gizi kurang dan gizi buruk berbanding terbalik dengan pendapatan. Makin kecil pendapatan penduduk, makin tinggi persentase anak yang kekurangan gizi; makin tinggi pendapatan, makin kecil persentasenya.



Kemiskinan sangat identik dengan tidak tersedianya makan yang adekuat. Kemiskinan menyebabkan rendahnya pengetahuan keluarga dalam memelihara kesehatan anggota keluarga terutama anak balita. Hal ini menyebabkan anak tidak memperoleh pengasuhan yang baik sehingga anak tidak memperoleh nutrisi yang baik. Kemiskinan juga menghambat anak memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai. Penelitian yang dilakukan oleh Basuki (2003) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi bawah dua tahun (baduta) didapatkan hasil bahwa faktor yang paling berpengaruh adalah tingkat ekonomi keluarga.

Pendidikan secara tidak langsung mempengaruhi status gizi pada balita. Beberapa alasan yang menyebabkan terjadinya gizi kurang yakni: pertama kurangnya pengetahuan orang tua tentang nutrisi dan bagaimana mengatur nutrisi sehingga menyebabkan kebiasaan makan yang tidak sehat; kedua, rendahnya pendidikan formal orang tua sehingga menyebabkan sulitnya mendapat pekerjaan yang aman sehingga orang tua tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi balita seperti menyediakan menu seimbang. Menurut Basuki (2008),

penyebab gizi buruk adalah salah satunya rendahnya pengetahuan ibu tentang gizi, sehingga balita menjadi kurang diperhatikan dan akhirnya berat badannya pun di bawah standar.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Huriah (2006) tentang hubungan antara perilaku ibu dalam memenuhi gizi dengan status gizi balita di Kecamatan Beji Depok didapatkan hasil bahwa pengetahuan yang baik berpeluang 3.08 kali mempunyai anak dengan status gizi yang normal dibandingkan dengan ibu yang pengetahuannya kurang baik; hasil analisis lebih lanjut didapatkan juga variabel yang paling dominan mempengaruhi status gizi balita adalah pendidikan ibu. Hasil penelitian yang senada dilakukan oleh Djasmidar (1999) tentang faktor yang berhubungan dengan status gizi baik pada keluarga miskin didapatkan hasil bahwa faktor yang berhubungan adalah pengetahuan ibu.

Pengetahuan gizi orang tua mengenai bahan makanan akan berpengaruh terhadap hidangan yang disajikan oleh keluarga. Dengan pengetahuan yang memadai maka seorang ibu akan menyediakan makanan yang baik untuk keluarganya terutama anak balita sehingga diharapkan asupan zat gizi bagi anak akan terpenuhi sesuai kebutuhannya. Kurangnya pengetahuan gizi orang tua tentang kebutuhan gizi anaknya akan berakibat pada timbulnya masalah gizi sehingga berakibat pada terganggunya proses tumbuh kembang anak.

Budaya yang di anut keluarga dapat mempengaruhi status gizi balita. Dalam hal asupan gizi anggota keluarga berbeda antara perempuan dengan laki-laki. Hal ini terjadi karena dalam hal makan, budaya masyarakat lebih mendahulukan bapak, kemudian anak laki-laki, baru kemudian anak perempuan dan terakhir ibu (Anonim, 2007). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Bradbard et.al (1997 dalam Greder, 2000) menemukan bahwa faktor etnik dan kondisi budaya merupakan faktor yang kuat dalam pemilihan makan dan penyiapan makanan keluarga.

Pemilihan makanan dipengaruhi oleh pola budaya makan dalam keluarga. Setiap budaya mempunyai cara-cara tertentu atau kegiatan yang berhubungan dengan makanan. Cara makan termasuk kegiatan yang meliputi cara penyiapan, distribusi, penyimpanan, konsumsi, dan mengatur makanan dibangun pada saat usia muda. Fenomena yang sekarang terjadi di masyarakat, orang tua (ibu) belum memberikan makan dengan menu yang seimbang seperti makan nasi digabung dengan mie yang kandungannya sama sehingga prinsip menu seimbang belum terpenuhi. Menurut Nancy (2005) kebiasaan, mitos ataupun kepercayaan / adat istiadat masyarakat tertentu yang tidak benar dalam pemberian makan akan sangat merugikan anak. Misalnya kebiasaan memberi minum bayi hanya dengan air putih, memberikan makanan padat terlalu dini, berpantang pada makanan tertentu misalnya tidak memberikan anak daging, telur, santan, dll. Hal ini menghilangkan kesempatan anak untuk mendapat asupan lemak, protein maupun

kalori yang cukup. Kebiasaan tersebut perlu dihindari dan diubah agar dampak yang dihasilkan tidak berakibat buruk bagi kesehatan anak.

C. Dampak Gizi Kurang

Dampak kekurangan gizi adalah akibat negatif dari kekurangan gizi terhadap kesejahteraan perorangan, keluarga dan masyarakat sehingga dapat merugikan pembangunan nasional suatu bangsa (Soekirman, 2000). Burkhalter, dkk (dalam Soekirman, 2000) menyatakan bahwa dampak kekurangan gizi secara umum dikelompokkan ke dalam 11 kategori yaitu dampak terhadap : a) kematian anak, b) penyakit anak, c) kematian ibu, d) kesuburan wanita atau fertilitas, e) fungsi mata, f) kecerdasan, g) prestasi sekolah, h) anggaran pendidikan dan kesehatan pemerintah, i) jumlah ekonomi air susu ibu, j) produktivitas kerja, dan k) masalah ekonomi bangsa.

Menurut Depkes (2005) gizi kurang menyebabkan gangguan pertumbuhan dan perkembangan fisik maupun mental, mengurangi tingkat kecerdasan, kreatifitas dan produktifitas penduduk. Dari hasil penelitian yang dilakukan Puslitbang Gizi Depkes (2003), balita yang mengalami gizi buruk, pada perkembangan selanjutnya saat anak duduk di bangku sekolah, IQ lebih rendah 13 poin daripada anak-anak yang cukup gizi. Pendapat yang senada dikatakan oleh Benjamin (1996, dalam Hitchcock, Schubert, & Thomas, 1999) balita gizi kurang yang berada dalam kemiskinan dapat menyebabkan kurang prestasi akademik, keterlambatan perkembangan dan kognitif, dan kekurangan nutrisi kronik. Hal senada juga dijelaskan oleh Sentika (2008, dalam

Nita, 2008) bahwa gizi buruk dapat mengakibatkan otak anak tidak berkembang optimal. Hal ini bersifat permanen dan tidak dapat dipulihkan. Hasilnya, mutu SDM yang rendah sehingga menjadi beban di masyarakat.

Menurut Khomsan (2008, dalam Nita, 2008) gizi kurang pada balita dapat berdampak terhadap pertumbuhan fisik maupun mentalnya. Anak kelihatan pendek, kurus dibandingkan teman-temannya sebaya yang lebih sehat. Ketika memasuki usia sekolah tidak bisa berprestasi menonjol karena kecerdasannya terganggu. Menurut Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) anak yang mengalami gizi kurang akan menyebabkan terlambatnya pertumbuhan dan perkembangan, anak menjadi pendek dan penurunan intake protein. Dari pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa gizi kurang sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita.

Menurut Soekirman (2000), bila jumlah penduduk yang menderita gizi kurang cukup besar, maka masalahnya akan menjadi masalah masyarakat dan selanjutnya menjadi masalah bangsa. Masyarakat yang terdiri dari keluarga yang menyandang masalah gizi akan menyandang masalah sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas rendah. Rendahnya kualitas SDM merupakan tantangan berat menghadapi persaingan bebas di era globalisasi dan secara keseluruhan dampaknya dapat merugikan perekonomian negara. Untuk itu diperlukan upaya penanggulangan yang efektif agar dampak gizi kurang dapat dihindari.

D. Upaya Penanggulangan Masalah Gizi

Penanganan kasus gizi kurang memerlukan peranan dari pemerintah, praktisi kesehatan, maupun keluarga. Pemerintah harus meningkatkan kualitas Posyandu, jangan hanya sekedar untuk penimbangan dan vaksinasi, tapi harus diperbaiki dalam hal penyuluhan gizi dan kualitas pemberian makanan tambahan, pemerintah harus dapat meningkatkan kesejahteraan rakyat agar akses pangan tidak terganggu. Praktisi kesehatan harus meningkatkan pelayanan dan pemberdayaan keluarga agar keluarga dapat mengatasi masalah gizi kurang. Para keluarga khususnya harus memiliki kesabaran bila anaknya mengalami problema makan, dan lebih memperhatikan asupan makanan sehari-hari bagi anaknya.

Depkes (2005) menjelaskan bahwa Kebijakan upaya perbaikan gizi dikembangkan dan diarahkan untuk meningkatkan status gizi masyarakat. Pokok program yang telah dicanangkan oleh pemerintah dalam mengatasi gizi kurang diantaranya adalah adanya 1) program pemberdayaan keluarga, melalui upaya perbaikan gizi keluarga secara terintegrasi dengan upaya peningkatan ekonomi dan ketahanan pangan, 2) program pendidikan gizi untuk mendukung tercapainya keluarga sadar gizi, 3) program suplementasi gizi, bertujuan untuk memberikan tambahan gizi kepada kelompok rawan utamanya untuk keluarga miskin dalam jangka pendek berupa makanan pendamping ASI untuk anak usia 6-11 bulan pada keluarga miskin.

Hardiansyah (2008) menjelaskan intervensi yang telah dilakukan dalam mengatasi gizi kurang adalah dengan menggiatkan pemantauan pertumbuhan anak di Posyandu, pemberian makanan suplemen (Makanan Pendamping ASI, Vitamin A dan tablet zat besi), pendidikan dan konseling gizi, pendampingan keluarga dan promosi keluarga sadar gizi serta Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) atau 'local area monitoring' melalui Puskesmas dan Posyandu.

Upaya penanganan masalah gizi pada balita dinilai kurang efektif karena dari tahun ke tahun prevalensi angka gizi kurang dan gizi buruk relatif stagnan. Hal ini sejalan dengan penjelasan Hardiansyah (2008) bahwa hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional menunjukkan angka kasus gizi buruk tidak banyak berubah, masih sekitar 8.5 persen dari populasi anak balita. Stagnansi ini menunjukkan adanya sesuatu yang tidak efektif. Selama ini penanganan masalah gizi dilakukan secara parsial sehingga tidak mampu menyentuh semua aspek pokok yang menjadi akar dari permasalahan tersebut. Contohnya, pemberian Makanan Pendamping ASI. Program ini bagus untuk perbaikan gizi anak, tapi setelah si anak sudah pulih program dihentikan dan orang tuanya tidak mampu menyediakan kebutuhan gizi anaknya secara berlanjut karena miskin sehingga kasus itu kemudian akan berulang lagi.

Lebih lanjut Hardiansyah (2008) menjelaskan, upaya penanganan masalah gizi seharusnya dilakukan secara berlanjut dari berbagai aspek oleh lembaga/instansi lintas sektor dengan dukungan penuh dari pimpinan tertinggi Negara dan ditopang

dengan program pemberdayaan ekonomi seperti pemberdayaan petani, pemberian kredit mikro dan pengembangan usaha kecil dan menengah.

Hartati (2008, dalam Anonim, 2008) menyatakan Dinas Kesehatan Depok telah melaksanakan program berupa penyuluhan, pemantauan dan perbaikan gizi dengan memberikan makanan tambahan terhadap 600 balita selama 90 hari sebagai upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah gizi kurang di wilayah kota Depok. Sudrajat (2008, dalam Anonim, 2008) menyatakan kecamatan Pancoranmas sudah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan angka gizi kurang dan gizi buruk diantaranya penyuluhan, konseling, pemberdayaan keluarga, pemantauan pemberian makanan tambahan seperti bubur kacang hijau, pemulihan, dan rujukan. Upaya lain yang telah dilakukan untuk penanganan gizi buruk di Pancoranmas adalah sudah terbentuk 14 pos gizi sebagai hasil dari penerapan program *positive deviance* untuk membantu pemantauan asupan gizi.

Upaya penanganan masalah gizi di kota Depok yang telah menunjukkan hasil yang signifikan. Berdasarkan data laporan penanganan gizi DinKes Kota Depok tahun 2005 tercatat dari 114.980 balita didapatkan 1.133 balita (1.03%) mengalami gizi buruk, dan 9.714 balita (8.8%) mengalami gizi kurang. Syarifah (2008, dalam Siswono, 2008), Kepala Bidang Bina Kesehatan Keluarga (Binkesga) Dinas Kesehatan Kota Depok, mengungkapkan bahwa di Kota Depok hingga bulan November 2008 ada 441 balita mengalami gizi buruk dan 350 mengalami gizi

kurang atau tengah mendekati ambang gizi buruk. Berdasarkan data tersebut jumlah gizi buruk dan gizi kurang di wilayah Depok cenderung mengalami penurunan.

Meskipun penanganan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Depok telah menunjukkan hasil, namun dari data nasional ternyata angka gizi kurang dan gizi buruk masih stagnan dan cenderung meningkat. Hal ini perlu diwaspadai dan diperlukan berbagai upaya yang lebih mendorong masyarakat dan keluarga agar ikut terlibat aktif dalam mengatasi masalah gizi pada balita. Salah satu tenaga kesehatan yang dapat berperan aktif dalam upaya penanganan gizi di masyarakat adalah perawat komunitas.

Perawat komunitas mempunyai peranan penting dalam mengatasi masalah gizi pada populasi balita. Menurut Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999), aspek yang paling penting dari peran perawat komunitas adalah menurunkan risiko kesehatan dan meningkatkan kesehatan populasi balita dengan gizi kurang. Berdasarkan hal tersebut maka peran perawat komunitas harus lebih ditingkatkan khususnya dalam mengatasi masalah nutrisi pada balita.

Menurut Pender (2001), peran perawat komunitas dalam menangani masalah gizi sangat penting yaitu harus mampu memberikan dorongan secara profesional kepada klien agar mereka mampu merubah dan memodifikasi perilaku dalam pemenuhan gizi. Sedangkan menurut Allender dan Spradley (2001), peran perawat komunitas

dalam mengatasi masalah gizi pada populasi balita meliputi pendidikan kesehatan tentang nutrisi pada anak balita dan pemberian informasi pada orang tua tentang tanggungjawab dalam memelihara dan kesehatan anak.

Intervensi keperawatan komunitas pada populasi balita gizi kurang dapat dilakukan dengan tiga tingkat pencegahan masalah yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Menurut Stanhope dan Lancaster (2003), pencegahan primer adalah suatu upaya untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah munculnya penyakit. Pencegahan sekunder dapat berupa deteksi dini keadaan kesehatan masyarakat dan penatalaksanaan yang tepat untuk mengatasi masalah. Sedangkan pencegahan tersier adalah upaya untuk mengembalikan kemampuan individu agar dapat berfungsi secara optimal.

Menurut Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999), intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah gizi kurang pada balita pada level pencegahan primer adalah dengan cara memberikan edukasi pada orang tua tentang nutrisi anak, melakukan kunjungan rumah, dan membantu keluarga dalam penyediaan makanan. Lebih lanjut Hitchcock, Schubert, dan Thomas menjelaskan intervensi pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan cara melakukan skrining atau deteksi dini status gizi balita dan pemantauan status gizi balita. Intervensi pencegahan tersier dapat dilakukan dengan cara upaya rujukan balita yang sudah

mengalami gizi buruk serta rehabilitasi gizi buruk setelah di rawat di rumah sakit (Huriah, 2007).

Perawat perlu melibatkan keluarga dalam pelaksanaan intervensi keperawatan komunitas pada populasi balita gizi kurang. Keluarga memegang peranan penting dalam meningkatkan status gizi balita.

E. Peran keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

1. Keluarga dengan balita gizi kurang

Menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2003) keluarga adalah kumpulan orang-orang yang bergabung bersama diikat oleh perkawinan, darah, atau adopsi dan lainnya yang berada dalam rumah yang sama. Sedangkan menurut Depkes (1998) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Secara prinsip keluarga adalah unit terkecil masyarakat, terdiri atas dua orang atau lebih, adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah, hidup dalam satu rumah tangga, di bawah asuhan seorang kepala rumah tangga, berinteraksi diantara sesama anggota keluarga, setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing, menciptakan, mempertahankan suatu kebudayaan. Hal ini senada dengan pendapat yang dikemukakan oleh 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. Dari beberapa definisi tersebut disimpulkan bahwa keluarga adalah sekumpulan orang yang bergabung bersama dalam satu ikatan darah atau adopsi, mempunyai kedekatan secara emosional dan mempertahankan suatu budaya.

Berdasarkan teori Duvall (1985, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003) 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 adalah :

- (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.

Tahapan perkembangan keluarga merupakan panduan perawat dalam intervensi dengan keluarga agar keluarga dapat mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan setiap anggota keluarga. Menurut Duvall (1985, dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003) tugas perkembangan keluarga dengan anak usia prasekolah adalah : (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. Berdasarkan tugas perkembangan tersebut, tanggung jawab yang harus dilakukan oleh keluarga adalah membentuk individu dalam keluarga menjadi lebih berpotensi (Andrews, Bubolz & Paolucci, 1980 dalam Hanson & Boyd, 1996).

Keluarga dengan balita merupakan kelompok yang kompleks yang terdiri dari orang tua dan anak-anak. Tahapan perkembangan keluarga berhubungan dengan pertumbuhan individu anggota keluarga dan memenuhi kebutuhan sesuai dengan perkembangannya. Dalam kegiatan sehari-hari, keluarga harus menciptakan pola pemeliharaan kesehatan untuk mencapai kesehatan fisik, mental dan sosial yang optimal. Kesehatan fisik dapat tercapai dengan cara meningkatkan kebersihan, nutrisi, latihan, dan tidur. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lian, Muda, Hussin, dan Hock (2007) tentang persepsi tenaga kesehatan bahwa keluarga sebagai *care giver* memainkan peranan penting dalam meningkatkan kesehatan balita yang mengalami malnutrisi. Praktik memenuhi makanan balita lebih berdasarkan pada kebutuhan dari semua anggota keluarga daripada kebutuhan balita sendiri. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Azis (1992) bahwa faktor yang mempengaruhi kenaikan berat badan anak adalah : praktek pemberian makan oleh ibu, praktek ibu menimbang anak, dan pendidikan ibu.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa peran keluarga sangat penting dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita.

2. Kebutuhan nutrisi balita

Makanan mengandung zat-zat gizi yang sangat diperlukan oleh tubuh untuk mempertahankan kehidupan manusia, untuk bekerja, untuk tumbuh dan berkembang, untuk melawan penyakit dan untuk mengganti bagian tubuh yang sudah rusak atau aus. Menurut Kishore (2008), pemenuhan gizi dapat berpengaruh terhadap kesehatan dan daya tahan anak. Jika gizi anak baik, maka risiko anak terkena penyakit berkurang.

Menurut Depkes (1995) di dalam makanan terdapat enam jenis zat gizi yaitu karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral dan air. Zat gizi ini diperlukan bagi balita sebagai zat tenaga, zat pembangun dan zat pengatur.

a. Zat tenaga

Zat gizi yang menghasilkan tenaga atau energi adalah karbohidrat, lemak dan protein. Bagi balita, tenaga diperlukan untuk melakukan aktivitasnya serta pertumbuhan dan perkembangannya. Oleh karena itu kebutuhan zat gizi sumber tenaga bagi balita relatif lebih besar daripada orang dewasa. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Djasmidar (1999) menunjukkan ada hubungan yang bermakna ($p < 0,05$) asupan energi dan asupan protein dengan status gizi baik anak usia 6-17 bulan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Harsiki (2002) didapatkan hasil terdapat

hubungan yang bermakna antara konsumsi energi dan protein dengan keadaan gizi anak balita ($p < 0,05$).

b. zat pembangun

Protein sebagai zat pembangun bukan hanya untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan organ-organ tubuh balita, tetapi juga menggantikan jaringan yang aus atau rusak. Secara fisiologis balita sedang dalam masa pertumbuhan sehingga kebutuhannya relatif lebih besar daripada orang dewasa. Namun jika dibandingkan dengan bayi yang usianya kurang dari satu tahun kebutuhannya relatif lebih kecil. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Andrafikar (2003) menunjukkan variabel yang paling dominan berhubungan dengan terjadinya KEP pada anak umur 6 bulan sampai dengan 3 tahun di Kota Padang adalah tingkat konsumsi Protein. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Orisinal (2001) menunjukkan variabel yang berhubungan dengan status gizi balita adalah konsumsi protein.

c. Zat pengatur

Zat pengatur berfungsi agar faal organ-organ dan jaringan tubuh termasuk otak dapat berjalan seperti yang diharapkan. Berikut ini zat yang berperan sebagai zat pengatur :

- 1) Vitamin, baik yang larut dalam air (Vitamin B kompleks dan vitamin C) maupun yang larut dalam lemak (vitamin A,D, E dan K).
- 2) Berbagai mineral seperti kalsium, zat besi, iodium,dan fluor.
- 3) Air, sebagai alat pengatur vital kehidupan sel-sel tubuh

Menurut Kishore (2008), menu ideal untuk anak balita adalah yang seimbang, mengandung karbohidrat, lemak, protein, vitamin, dan mineral yang sesuai dengan kebutuhan anak. Makanan untuk balita harus cukup energi dan semua zat gizi sesuai dengan umur. Oleh karena itu makan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita perlu adanya suatu standar acuan kecukupan gizi.

Angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan adalah banyaknya masing-masing zat gizi esensial yang harus dipenuhi dari makanan mencakup hampir semua orang sehat untuk mencegah defisiensi zat gizi (Sudiarti, 2007 dalam FKM UI, 2007). Angka kecukupan gizi yang dianjurkan didasarkan pada patokan berat badan menurut kelompok umur dan jenis kelamin.

Tabel 1. Angka kecukupan gizi 2004 bagi orang Indonesia

	Kelompok umur			
	0-6 bln	7-12bln	1-3thn	4-6 th
Berat badan	6	8,5	12	17
Tinggi badan	60	71	90	110
Energi (Kkal)	550	650	1000	1550
Protein (g)	10	16	25	39
Vit A (RE)	375	400	400	450
Vit C (mg)	40	40	40	45
Vit D (μ g)	5	5	5	5
Vit E (mg)	4	5	6	7
Vit K (μ g)	5	10	15	20
Kalsium (mg)	200	400	500	500
Fosfor (mg)	100	225	400	400
Fe (mg)	5	7	8	9

Sumber : Sudiarti (2007), Departemen Gizi dan Kesehatan Masyarakat FKM UI

Angka Kecukupan gizi rata-rata per orang per hari dapat digunakan untuk merencanakan penyediaan makanan bagi keluarga, kelompok maupun nasional. Menurut Depkes (1995) jабaran AKG menurut takaran konsumsi makanan sehari berdasarkan kelompok umur balita adalah :

Tabel 2. Kebutuhan makanan per hari untuk balita

Jenis makanan	Usia	
	1-3 tahun	2-4 tahun
Nasi /pengganti	1-1,5 piring	1-3 piring
Lauk hewani	2-3 potong 1 gls susu	2-3 potong 1-2 gls susu
Lauk nabati	1-2 potong	1-3 potong
Sayuran	½ mangkuk	1-1 ½ mangkuk
Buah	2-3 potong	2-3 potong

Sumber : Depkes (1995)

Angka kecukupan zat gizi yang dianjurkan digunakan sebagai standar untuk mencapai status gizi yang optimal bagi balita. Status gizi merupakan hal yang penting karena merupakan salah satu faktor risiko untuk terjadinya kesakitan dan kematian (Triyanti dan Hartiyanti, dalam FKM UI, 2007). Untuk mengetahui status gizi balita maka diperlukan kegiatan penilaian status gizi.

3. Penilaian status gizi balita

Menurut penjelasan Triyanti dan Hartiyanti (2007, dalam FKM UI, 2007) pengertian penilaian status gizi adalah interpretasi dari data yang didapatkan dengan menggunakan berbagai metode untuk mengidentifikasi populasi atau individu yang berisiko atau dengan status gizi buruk. Metode dalam penilaian status gizi dibagi dalam dua kategori. Kategori yang pertama adalah metode secara langsung yang terdiri dari penilaian dengan melihat tanda klinis, tes

laboratorium, metode biofisik, dan antropometri. Kategori yang kedua adalah penilaian secara tidak langsung yaitu dengan melihat statistik kesehatan dan penilaian dengan variabel ekologi.

Penilaian status gizi yang biasa dilakukan di masyarakat saat ini adalah antropometri. Menurut Triyanti dan Hartriyanti (2007, dalam FKM UI, 2007) pengukuran antropometri adalah pengukuran terhadap dimensi tubuh dan komposisi tubuh. Antropometri adalah pengukuran yang paling sering digunakan sebagai metode penilaian status gizi secara langsung untuk menilai dua masalah utama gizi yaitu : (1) Kurang energi Protein(KEP), khususnya pada anak-anak dan ibu hamil, (2) Obesitas pada semua kelompok umur.

Menurut Arisman (2003) penilaian antropometris yang penting dilakukan adalah penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, lingkaran lengan, dan lipatan kulit triseps. Sedangkan menurut Triyanti dan Hartriyanti (2007, dalam FKM UI, 2007), macam - macam pengukuran antropometri yang bisa digunakan untuk melihat pertumbuhan adalah berat badan, tinggi badan, panjang badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, lingkaran lengan atas.

Menurut Supariasa, Fajar, dan Bakri (2001), indikator antropometri atau indeks antropometri yang umum digunakan untuk menilai status gizi adalah berat badan

terhadap umur (BB/U), tinggi badan terhadap umur (TB/U) dan berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB). Lebih lanjut dijelaskan oleh Supriasa, Fajar, dan Bakri, diantara beberapa macam indeks antropometri, BB/U merupakan indikator yang paling umum digunakan. Pada tahun 1978, WHO lebih menganjurkan penggunaan BB/TB karena dapat menghilangkan faktor umur yang sulit didapat secara benar. BB/TB lebih menggambarkan keadaan gizi kurang akut pada waktu sekarang walaupun tidak dapat menggambarkan status gizi pada waktu lampau.

Depkes (2000) mengatakan bahwa untuk pemantauan status gizi standar penentuan yang digunakan direkomendasikan baku antropometri yang digunakan di Indonesia adalah baku *World Health Organization-National Center for Health Statistics (WHO-NCHS)*. Klasifikasi indeks untuk penentuan status gizi yang digunakan adalah seperti pada tabel berikut ini :

Tabel 3. Klasifikasi Status gizi menurut *WHO-NCHS*

Indek	Status gizi	Keterangan
Berat badan menurut umur (BB/U)	Gizi lebih Gizi baik Gizi kurang Gizi buruk	≥ 2 SD -2 sampai +2 SD < -2 sampai -3 SD < - 3 SD
Tinggi badan menurut umur (TB/U)	Normal Pendek (stunted)	-2 sampai +2 SD < - 2 SD
Berat badan menurut tinggi badan (BB/TB)	Gemuk Normal Kurus (wasted) Sangat kurus	≥ 2 SD -2 sampai +2 SD < -2 sampai -3 SD < - 3 SD

Sumber : DepKes (2000)

4. Perilaku keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

Tahap pertumbuhan dan perkembangan balita merupakan masa tahapan yang paling penting. Anak balita yang sedang menjalani masa pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan pola makan dan jenis makanan yang teratur dan seimbang untuk menyediakan semua kalori, vitamin, dan mineral yang dibutuhkan. Pada masa ini perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita seperti pemberian makanan yang baik akan mempengaruhi status gizi balita.

Menurut Notoatmodjo (2003) perilaku adalah suatu kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku atau aktifitas individu tidak muncul dengan sendirinya, tetapi sebagai akibat dari stimulus yang diterima oleh individu yang bersangkutan baik dari stimulus eksternal maupun internal. Skinner (1938, dalam Notoatmodjo, 2003) mengemukakan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Menurut Sunaryo (2004), perilaku adalah aktivitas yang timbul dari stimulus dan respons serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah respons terhadap suatu stimulus baik dari dalam maupun dari luar. Perilaku ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita merupakan suatu respon terhadap kebutuhan balita yang sedang dalam masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat.

Notoatmodjo (2003) menjelaskan bahwa perilaku seseorang sangat tergantung pada karakteristik atau factor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Faktor-faktor yang membedakan perilaku disebut determinan perilaku yaitu determinan internal dan determinan eksternal. Determinan internal adalah karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat bawaan misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya. Sedangkan determinan eksternal adalah lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sariningsih (2002) menyatakan bahwa perilaku orang tua yang menentukan terpenuhinya kebutuhan gizi balita miskin adalah perilaku dalam dimensi ekonomi dan sosial. Bagian dari dimensi ekonomi adalah keterampilan dari keluarga miskin dalam mengelola pendapatan yang rendah, sedangkan dari aspek dimensi sosial adalah penerapan pengetahuan mengenai gizi secara praktis dalam kehidupan sehari-hari.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Green (1991) membagi tiga faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang yaitu faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*). Faktor predisposisi mencakup pengetahuan,

sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan keyakinan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, dan persepsi masyarakat terhadap kesehatan. Faktor-faktor ini terutama berkaitan dengan hal-hal yang positif yang bisa mempermudah terwujudnya perilaku, sehingga sering disebut sebagai faktor pemudah.



Faktor pemungkin mencakup ketersediaan sumber atau sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, kemudahan akses terhadap fasilitas yang ada, sistem rujukan yang ada, peraturan hukum yang berlaku, keterampilan yang dimiliki oleh sumber daya manusia di bidang kesehatan. Masyarakat dapat berperilaku sehat tentunya memerlukan sarana dan prasarana penunjang yang memadai.

Faktor pendukung mencakup sikap dan perilaku petugas kesehatan dan personil lainnya, keluarga, kelompok atau masyarakat yang memanfaatkan potensinya dalam memberikan contoh dalam berperilaku. Perilaku yang sehat yang ditampilkan oleh masyarakat tidak hanya dipengaruhi oleh sikapnya, namun dipengaruhi pula oleh fasilitas yang ada serta adanya perilaku dari seorang figur yang dapat dijadikan panutan.

Dari penjelasan Green (1991) dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari orang yang bersangkutan. Pendapat ini ditambahkan oleh Notoatmodjo (2003) bahwa ketersediaan fasilitas, sikap dan perilaku para petugas kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya perilaku.

Menurut Skinner (1938, dalam Notoadmodjo, 2003) perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok :

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
- b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.
- c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman. Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut.

Baranowske dan Nadar (1985, dalam Danielson, Bissell, Fry, 1993) telah meneliti hubungan antara keluarga terhadap perilaku sehat dan sakit. Hasil

penelitian ini menjelaskan bahwa keluarga memegang peranan penting dalam semua level pencegahan penyakit. Dalam level pencegahan primer keluarga dapat mempengaruhi pemilihan gaya hidup yang dapat mencegah penyakit. Dua hal penting gaya hidup yang mempengaruhi kesehatan adalah perilaku pemenuhan nutrisi dan perilaku promosi kesehatan. Perilaku pemenuhan nutrisi keluarga dipengaruhi oleh latar belakang budaya keluarga, status sosial ekonomi, dan kepuasan keluarga terhadap kehidupan keluarga.

Nies dan McEwen (2001) mengatakan bahwa perilaku yang sehat dalam keluarga termasuk dalam pelaksanaan promosi dan proteksi kesehatan. Keluarga dengan balita mempunyai kewajiban mulai dengan memberikan ASI, imunisasi, memberikan makanan yang mencukupi kebutuhan nutrisi dan menerima pelayanan kesehatan, dan melakukan pola hidup sehat. Lebih lanjut Allender dan Spradley (2001) mengatakan orang tua menjadi model perilaku hidup sehat yang merupakan hal penting bagi anak balita. Tugas penting lainnya untuk orang tua adalah menciptakan kesehatan lingkungan sekitar rumah, tetangga, dan sekolah yang aman. Orang tua harus belajar bagaimana melakukan peran pengasuh, pembimbing, dan penjaga anak-anak secara efektif untuk melalui tahap perkembangan anak.

C. Studi Fenomenologi

Menurut Irawan (2006) gambaran suatu fakta atau fenomena yang sama akan dimaknai oleh setiap orang dengan arti yang berbeda-beda. Husserl dan Heidegger (dalam Polit & Beck, 2004) menyatakan bahwa studi fenomenologi merupakan suatu pendekatan untuk menggali makna dari gambaran pengalaman hidup seseorang. Oleh karena itu menurut Geertz (1973, dalam Irawan, 2006) peneliti yang berorientasi pada fenomenologis menekankan aspek subjektif dari tingkah laku manusia. Dari pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa studi fenomenologi adalah suatu pendekatan untuk menggali makna suatu fenomena atau pengalaman hidup seseorang yang menekankan pada aspek subjektif dari tingkah laku manusia.

Fokus dari penelitian fenomenologi adalah makna pengalaman seseorang berdasarkan suatu fenomena. Spiegelberg (1975, dalam Speziale & Carpenter, 2003) mengidentifikasi langkah-langkah dasar dalam penelitian fenomenologi yang salah satunya adalah fenomenologi deskriptif. Metode fenomenologi deskriptif meliputi eksplorasi langsung, analisa, dan deskripsi bagian fenomena yang bebas dari asumsi tak teruji, dan adanya pengungkapan intuisi secara maksimal (Spiegelberg, 1975, dalam Speziale & Carpenter, 2003). Peneliti secara langsung mengeksplorasi pengalaman partisipan, dan menganalisa serta mendeskripsikan pengalaman partisipan sebagai gambaran realita yang dialami oleh partisipan.

Spiegelberg (1975, dalam Spiziale & Carpenter, 2003) mengidentifikasi 3 langkah proses dalam fenomenologi deskriptif yaitu intuisi, analisis dan deskripsi. Pada langkah intuisi, peneliti harus menyatu secara total dengan fenomena yang sedang diteliti. Langkah kedua yaitu analisis, peneliti mengidentifikasi esensi dari fenomena yang diteliti berdasarkan data yang didapat dan bagaimana data ditampilkan.

Menurut Banonis (1989, dalam Speziale & Carpenter, 2003), tujuan analisis data adalah untuk menjaga atau mempertahankan keunikan pengalaman hidup partisipan dengan memahami fenomena yang sedang diteliti. Dalam penelitian kualitatif hasil rekaman wawancara dan catatan lapangan merupakan sumber data utama (Polit & Beck, 2004).

Analisis data fenomenologi dapat menggunakan metoda Colaizzi, dengan sembilan tahap (1978, dalam Speziale & Carpenter, 2003) yang terdiri dari: (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.

Langkah yang ketiga adalah deskripsi, tujuannya adalah mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritikal yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Proses menggali pengalaman hidup dalam studi fenomenologi adalah menggambarkan pengelompokan semua elemen yang kritis atau esensi yang umum tentang pengalaman hidup dan menjelaskan esensi ini secara detail. Elemen atau esensi yang kritikal dideskripsikan secara terpisah dan kemudian dihubungkan dengan konteks yang terkait satu sama lain (Speziale & Carpenter, 2003). Gambaran semua elemen hasil pengelompokan fenomena ditulis dalam narasi secara deskriptif yang dipergunakan untuk mengkomunikasikan hasil penelitian.

Berdasarkan teori-teori di atas, maka dasar penelitian yang akan dilakukan dalam menggali arti dan makna pengalaman keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita gizi kurang di Kelurahan Pancoranmas Depok adalah studi fenomenologi yang meliputi: respon keluarga terhadap pertumbuhan balita, upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang, sistem pendukung keluarga dalam upaya memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang, makna pengalaman keluarga, serta harapan keluarga pada pelayanan kesehatan.

BAB III

METODE PENELITIAN

Aplikasi rencana penelitian kualitatif 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, analisa data dan keabsahan data.

A. Desain Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti berusaha untuk menggali arti dan makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada balita dengan gizi kurang. Melalui desain penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi deskriptif peneliti mencoba mengeksplorasi fenomena pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang di Kelurahan Pancoranmas Depok.

Penerapan metode fenomenologi deskriptif meliputi eksplorasi langsung, analisa, dan deskripsi bagian fenomena yang bebas dari asumsi tak teruji, dan adanya pengungkapan intuisi secara maksimal. 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 atau anggota keluarga yang melakukan peran sebagai pengasuh utama anak balita di keluarga terkait pengalaman dalam pemenuhan nutrisi pada balita. Bagian-bagian gambaran pengalaman yang diidentifikasi adalah: respon keluarga dalam menghadapi pertumbuhan balita, bagaimana upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi nutrisi balita, sistem pendukung yang digunakan keluarga dalam melakukan upaya pemenuhan nutrisi balita, harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan terkait pemenuhan nutrisi pada balita.

Peneliti mencoba melihat fenomena khususnya pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan kurang gizi melalui tiga langkah dalam proses fenomenologi deskriptif, yaitu intuisi, analisis, dan deskripsi. Pada langkah intuisi, peneliti berusaha menyatu secara total dengan fenomena yang sedang diteliti dan proses awal untuk mengetahui tentang fenomena yang digambarkan oleh partisipan. Peneliti berusaha memahami fenomena melalui penelaahan konseptual dan hasil-hasil penelitian tentang fenomena gizi kurang dan pengalaman keluarga untuk memenuhi nutrisi; saat pengumpulan data, peneliti menyatukan diri dengan proses dengan menyelami pengalaman keluarga terkait pemenuhan nutrisi balita; melakukan *bracketing* yaitu menghindari sikap kritis dan evaluatif terhadap semua informasi yang diberikan oleh partisipan dengan cara tidak menghakimi dan mengurung semua pengetahuan yang diketahui peneliti tentang fenomena; saat analisis data peneliti menyatukan diri dengan hasil pendataan dengan cara mendengarkan deskripsi individu tentang pengalamannya kemudian mempelajari data yang telah ditranskripsikan dan ditelaah berulang-ulang.

Langkah kedua yaitu analisis, peneliti mengidentifikasi esensi dari fenomena yang diteliti berdasarkan data yang didapat dan bagaimana data ditampilkan. Peneliti kemudian mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan antara elemen-elemen tertentu dengan fenomena tersebut. Peneliti mengidentifikasi tema-tema arti dan makna tentang pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita berdasarkan data yang diperoleh dari transkrip wawancara dengan partisipan guna menjamin keakuratan dan kemurnian hasil penelitian.

Langkah yang ketiga adalah deskripsi, tujuannya adalah mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kriptikal yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Proses menggali pengalaman hidup dalam studi fenomenologi adalah menggambarkan pengelompokan semua elemen yang kritis atau esensi yang umum tentang pengalaman hidup dan menjelaskan esensi ini secara detail. Gambaran semua elemen hasil pengelompokan fenomena ditulis dalam narasi secara deskriptif yang dipergunakan untuk mengkomunikasikan hasil penelitian yaitu mengenai gambaran arti dan makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang.

B. Sampel Dari Partisipan

Dalam penelitian kualitatif besar sampel ditentukan berdasarkan informasi yang dibutuhkan sampai mencapai saturasi. Dalam penelitian ini, peneliti mengambil sampel atau partisipan berdasarkan kriteria yang sesuai dengan tujuan penelitian.

Besar sampel yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 6 orang. Hal ini berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rasni (2007, tidak dipublikasikan) tercapainya saturasi data pada partisipan ke-7. Penelitian lain yang dilakukan oleh Astuti (2008, tidak dipublikasikan) dapat tercapai saturasi data pada partisipan ke-6.

Pemilihan sampel dilakukan melalui teknik *purposeful sampling*, yaitu memilih individu sampel sebagai partisipan penelitian yang sesuai dengan tujuan penelitian dengan kriteria yang telah ditentukan yaitu keluarga yang merawat balita gizi kurang dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

1. *Caregiver* utama
2. Mampu menceritakan pengalamannya
3. Bersedia menjadi partisipan

Proses pemilihan sampel dilakukan dengan bantuan mahasiswa yang sedang melakukan praktek profesi di wilayah Pancoranmas Depok. Mahasiswa diberikan penjelasan mengenai kriteria calon partisipan yang diharapkan. Kemudian dengan bantuan mahasiswa, peneliti mendatangi rumah calon partisipan yang sesuai dengan kriteria untuk ditanyakan kesediaannya untuk berpartisipasi dalam penelitian tentang pengalaman keluarga yang mempunyai balita dengan gizi kurang.

Peneliti mengidentifikasi status gizi anak saat ini 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).

Peneliti mendapatkan 6 partisipan yang sesuai dengan kriteria yang diharapkan dan dapat mencapai tujuan. Pencarian partisipan berhenti pada partisipan ke-6 dan tidak mencari partisipan baru lagi karena tidak lagi didapat tema atau esensi baru dan hanya mendapatkan pengulangan data dari partisipan. Hal ini disebabkan karena telah tercapainya saturasi data, yaitu situasi dimana informasi yang diberikan oleh partisipan ke-enam sudah tidak memberikan tambahan informasi baru tentang fenomena yang diteliti.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah Kelurahan Pancoranmas Depok, yang merupakan daerah yang memiliki keluarga balita dengan angka gizi kurang yang terbanyak di wilayah Depok. Waktu penelitian dilakukan mulai bulan Februari 2009 sampai dengan Juli 2009 dengan kegiatan mulai dari penyusunan proposal pada bulan Februari sampai dengan pertengahan April, permohonan uji etik pada minggu ke-3 April, permohonan surat izin ke wilayah Pancoranmas pada minggu ke-4 April, pelaksanaan uji coba wawancara pada minggu ke-1 Mei, pengumpulan data mulai minggu ke-2 Mei sampai dengan minggu ke-4 Mei, analisis data dan penyusunan laporan hasil penelitian dilakukan pada minggu ke-1 Juni sampai dengan minggu ke-2 Juli 2009.

D. Etika Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini berusaha melindungi hak azasi dan kesejahteraan partisipan dalam penelitian ini. Peneliti telah melakukan pengajuan kaji etik terhadap proposal penelitian ini kepada Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia dan telah dinyatakan lolos kaji etik. Semua partisipan yang diikutsertakan dalam penelitian ini diinformasikan hak-haknya selama penelitian berlangsung seperti:

1. Hak Otonomi

Peneliti merekrut partisipan berdasarkan kamauan dan kerelaan dari calon partisipan untuk mengikuti penelitian ini sehingga partisipasi dalam penelitian ini bersifat sukarela dan tidak memaksa sehingga digunakan prinsip etik *self determination*. Partisipan diberikan hak untuk berpartisipasi ataupun berhak untuk menolak dalam penelitian ini. Dalam proses penelitian ini, semua partisipan telah menyetujui dan merasa tidak keberatan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Partisipan mempunyai hak untuk menolak partisipasi atau mengundurkan diri dari penelitian. Oleh karena itu, pada awal kontrak dengan partisipan, peneliti memberikan *informed consent* yang bertujuan untuk menanyakan kesediaan partisipan dalam berpartisipasi selama penelitian dan pada berbagai tahap di proses penelitian. Tujuan dari *informed consent* adalah memudahkan partisipan dalam memutuskan kesediaannya mengikuti proses penelitian. *Informed consent* merupakan penjelasan singkat proses pelaksanaan penelitian meliputi tujuan

penelitian, prosedur penelitian, lamanya keterlibatan partisipan, dan hak-hak partisipan. Semua partisipan dalam penelitian ini diminta untuk menandatangani lembar persetujuan jika partisipan bersedia untuk berpartisipasi dalam proses penelitian.

2. *Beneficence*

Penelitian ini bersifat menggali pengalaman keluarga, tidak melakukan suatu tindakan apapun yang dapat membahayakan keluarga sehingga peneliti meyakinkan subyek bahwa penelitian ini dapat bermanfaat untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga dengan anak balita yang mengalami gizi kurang. Penelitian ini bersifat tidak membahayakan dan tidak menimbulkan risiko apapun sehingga prinsip yang akan dipakai adalah *beneficence*.

Peneliti melakukan wawancara mendalam dengan partisipan selama kurang lebih 30-50 menit setiap kali wawancara dan menanyakan hal-hal yang bersifat pengalaman pribadi yang dilakukan oleh partisipan. Kepentingan partisipan khususnya kenyamanan pada penelitian ini dilakukan dengan cara memberikan kebebasan kepada partisipan untuk tidak mengungkapkan hal-hal yang tidak ingin diungkapkan. Partisipan diberikan kebebasan dalam memilih tempat wawancara yang sesuai dengan keinginan partisipan sehingga membuat partisipan merasa tenang dan nyaman selama proses wawancara. Waktu pelaksanaan wawancara juga disepakati bersama sesuai dengan waktu kosong yang disediakan oleh partisipan. Dalam pelaksanaan penelitian ini, peneliti berusaha menyesuaikan waktu yang disepakati oleh keluarga karena keluarga

mempunyai anak balita yang kadang-kadang pada saat wawancara, balita minta perhatian ibunya dan jika balita dalam kondisi yang memerlukan perhatian khusus seperti sedang sakit.

3. *Justice*

Partisipan mungkin merasa malu jika identitas pribadi diekspos dalam penelitian ini. Semua partisipan diperlakukan secara adil dan sama tanpa membedakan antara satu dengan yang lainnya. Semua Informasi tentang partisipan dan pengalaman dari semua partisipan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian dan tidak akan digunakan untuk kepentingan lain diluar tujuan penelitian. Oleh karena itu penelitian ini menjaga kerahasiaan identitas partisipan dengan cara tidak mencantumkan nama partisipan dan menggantinya dengan kode seperti P1 untuk partisipan satu, P2 untuk partisipan dua dan seterusnya. Konfidensialitas atau keamanan dan keyakinan terjaganya informasi dalam penelitian ini adalah dengan cara memberitahukan proses penelitian dan proses pengolahan data penelitian bahwa data tidak digunakan untuk hal lain di luar penelitian.

E. **Alat Pengumpulan Data**

Alat pengumpulan data yang paling utama dalam penelitian kualitatif adalah peneliti karena dalam penelitian kualitatif segala sesuatunya belum mempunyai bentuk yang pasti dan perlu dikembangkan sepanjang penelitian (Lincoln & Guba,1986; dalam

Speziale & Carpenter, 2003). Alat bantu yang digunakan sebagai instrumen pengumpul data penelitian pada penelitian fenomenologi ini adalah: *field notes* (mencatat data yang didapatkan ketika wawancara: seperti ekspresi partisipan dan lainnya), pedoman wawancara, dan *tape recorder* atau *MP4*.

Peneliti sebagai alat penelitian melakukan uji coba dengan cara melakukan latihan wawancara dan juga sekaligus uji coba membuat *field notes* dengan 2 partisipan uji coba sebelum melakukan wawancara penelitian pada partisipan di Kelurahan Pancoranmas Depok. Peneliti menganggap mampu melakukan wawancara pada saat uji coba peneliti karena dapat berkomunikasi secara efektif dengan partisipan dengan indikator tergambarkannya secara verbal semua informasi yang dibutuhkan sesuai tujuan penelitian. Peneliti merasa kesulitan membuat *field notes* dengan baik pada saat uji coba karena peneliti masih berfokus pada kegiatan wawancara dan kurang mengobservasi dan mencatat respon non verbal partisipan pada saat wawancara.

Pedoman wawancara adalah panduan tidak baku yang digunakan selama proses wawancara. Pedoman wawancara ini dibutuhkan saat partisipan menceritakan hal yang tidak fokus, sehingga peneliti perlu memfokuskan kembali sesuai dengan tujuan penelitian. Pedoman wawancara disusun berdasarkan tujuan khusus yang akan dicapai pada penelitian ini. Pertanyaan dalam pedoman wawancara ini akan menggali gambaran pengalaman yang akan diidentifikasi yaitu: respon keluarga dalam menghadapi pertumbuhan balita gizi kurang, bagaimana upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi nutrisi balita gizi kurang, sistem pendukung

yang digunakan keluarga dalam melakukan upaya pemenuhan nutrisi balita gizi kurang, makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang, harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan terkait pemenuhan nutrisi pada balita gizi kurang. Pedoman wawancara telah diuji pada saat melakukan uji coba wawancara dengan indikator apakah pertanyaan yang diajukan dapat dipahami dan dijawab oleh partisipan. Ada beberapa pertanyaan dalam pedoman wawancara yang belum dipahami oleh partisipan seperti kata respon dan pertumbuhan. Oleh karena itu peneliti mengganti dan merevisi pedoman wawancara dengan bahasa yang mudah dimengerti oleh partisipan seperti kata respon diganti dengan tanggapan, pertumbuhan diganti dengan kenaikan berat badan.

Tape recorder/MP4 digunakan untuk merekam informasi verbal dari partisipan secara lengkap, karena peneliti tidak mungkin mencatat secara lengkap respon verbal partisipan dari proses wawancara mendalam. Uji coba alat perekam ini dilakukan pada saat mewawancarai kedua partisipan uji coba. Uji coba untuk operasional penggunaan alat rekam (*tape recorder/MP 4*) telah dilakukan dengan memperhatikan jarak, volume, dan posisi meletakkan alat rekam antara peneliti dengan partisipan agar dihasilkan suara yang bersih dan terdengar jelas, dan melatih teknis memperdengarkan hasil rekaman dari *tape recorder/MP4*. Hasil uji coba alat perekam didapatkan hasil rekaman yang bagus dengan jarak 30-50 cm, volume sedang, dan dengan posisi mic menghadap ke atas.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Tahapan proses penelitian ini diawali dengan mengurus perizinan dari sektor terkait yaitu Kepala Kesatuan bangsa, politik, dan perlindungan masyarakat wilayah Depok, dan Kepala Kelurahan Pancoranmas. Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan izin dari Kepala Kelurahan Pancoranmas.

Pada kontak pertama, peneliti mengunjungi partisipan untuk membangun hubungan saling percaya. Peneliti menjelaskan tentang tujuan penelitian dan menanyakan kesediaan partisipan untuk mengikuti penelitian ini. Sebagai indikator telah terbinanya hubungan saling percaya antara peneliti dan partisipan adalah kesediaan partisipan menceritakan biodata yang dimiliki dan kesediaan membuat kontrak untuk dilakukan wawancara. Pada kontak selanjutnya peneliti melakukan wawancara sesuai dengan kontrak waktu dan tempat yang telah disepakati bersama.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan berbagai partisipan, *field notes* atau catatan lapangan pada saat wawancara berlangsung. Wawancara mendalam dipilih dalam penelitian ini untuk mengeksplorasi secara mendalam arti dan makna pengalaman partisipan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang. Tempat wawancara berlangsung disesuaikan dengan kesepakatan dengan partisipan dengan durasi selama 30-50 menit. Wawancara dilakukan dengan posisi duduk di kursi atau di bawah (di lantai) dan saling berhadapan. Posisi berhadapan memungkinkan peneliti untuk mengamati respon verbal dan non verbal partisipan secara jelas. Kesejajaran mencerminkan

penghargaan peneliti terhadap partisipan. Jarak antara peneliti dengan partisipan pada saat wawancara kurang lebih berkisar 0,5 meter. Jarak yang tidak terlalu jauh memudahkan akses peneliti dan partisipan terhadap *tape recorder* untuk menjamin kualitas hasil rekaman yang baik.

Pertanyaan yang diajukan selama proses wawancara adalah semi terstruktur dan dalam bentuk pertanyaan terbuka. Wawancara semi terstruktur diterapkan pada penelitian ini dengan tujuan untuk mengantisipasi informasi yang diberikan oleh partisipan melebar dari fokus penelitian. Wawancara dengan pertanyaan terbuka memberikan kebebasan dan keleluasaan yang lebih besar dalam jawaban dibandingkan jenis interview yang lain (Speziale & Carpenter, 2003).

Selama proses wawancara berlangsung, peneliti memperhatikan dan mencatat respon non verbal partisipan. Respon non verbal partisipan ditulis dengan menggunakan alat tulis yang ada sebagai *field notes*.

Setelah proses wawancara selesai, peneliti menyalin hasil rekaman proses wawancara dalam bentuk verbatim. Proses transkripsi ini dilakukan dengan memutar kembali kaset hasil rekaman dan menuliskannya sesuai dengan apa yang disampaikan oleh partisipan. Hasil catatan lapangan berupa respon non verbal partisipan, diintegrasikan dalam transkrip sesuai saat kejadian respon tersebut selama proses wawancara.

G. Analisis Data

Kegiatan analisis data dimulai dengan mendengar deskripsi verbal partisipan dan diikuti dengan membaca berulang-ulang hasil transkrip verbatim atau respon secara tertulis. Pada penelitian ini peneliti mendapatkan pengalaman mendalam tentang fenomena keluarga memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang dengan menggunakan metode Colaizzi sebagai berikut :

- a. Menggambarkan fenomena yang akan diteliti mengenai pengalaman keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita gizi kurang dengan cara menelaah literature tentang teori dan hasil penelitian yang terkait dengan fenomena atau pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang
- b. Mengumpulkan gambaran subyektif dari pelaku, yaitu pengalaman keluarga balita gizi kurang dengan tidak melibatkan asumsi peneliti sebagai pelaksanaan dari tahap intuisi. Hal ini dilakukan dengan cara mengumpulkan data melalui wawancara mendalam dan membuat catatan lapangan
- c. Membaca seluruh gambaran subyektif pelaku dari fenomena keluarga dengan anak balita terkait pemenuhan nutrisi dengan cara menuliskan dalam bentuk verbatim dan membuat kata kunci dari pernyataan yang spesifik
- d. Mengungkapkan makna dari setiap pernyataan yang signifikan ke dalam kelompok kategori sebagai bagian tahap analisa.
- e. Mengorganisasikan kelompok makna dalam kelompok sub-sub tema, sub tema, dan tema dengan membuat tabel kisi-kisi tema
- f. Menuliskan gambaran penuh mengenai pengalaman keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita

- g. Memvalidasi deskripsi mengenai gambaran pengalaman dengan meminta partisipan mengecek kembali hasil wawancara dalam bentuk verbatim.
- h. Memasukan data yang divalidasi oleh partisipan untuk menghasilkan gambaran pengalaman partisipan secara utuh.

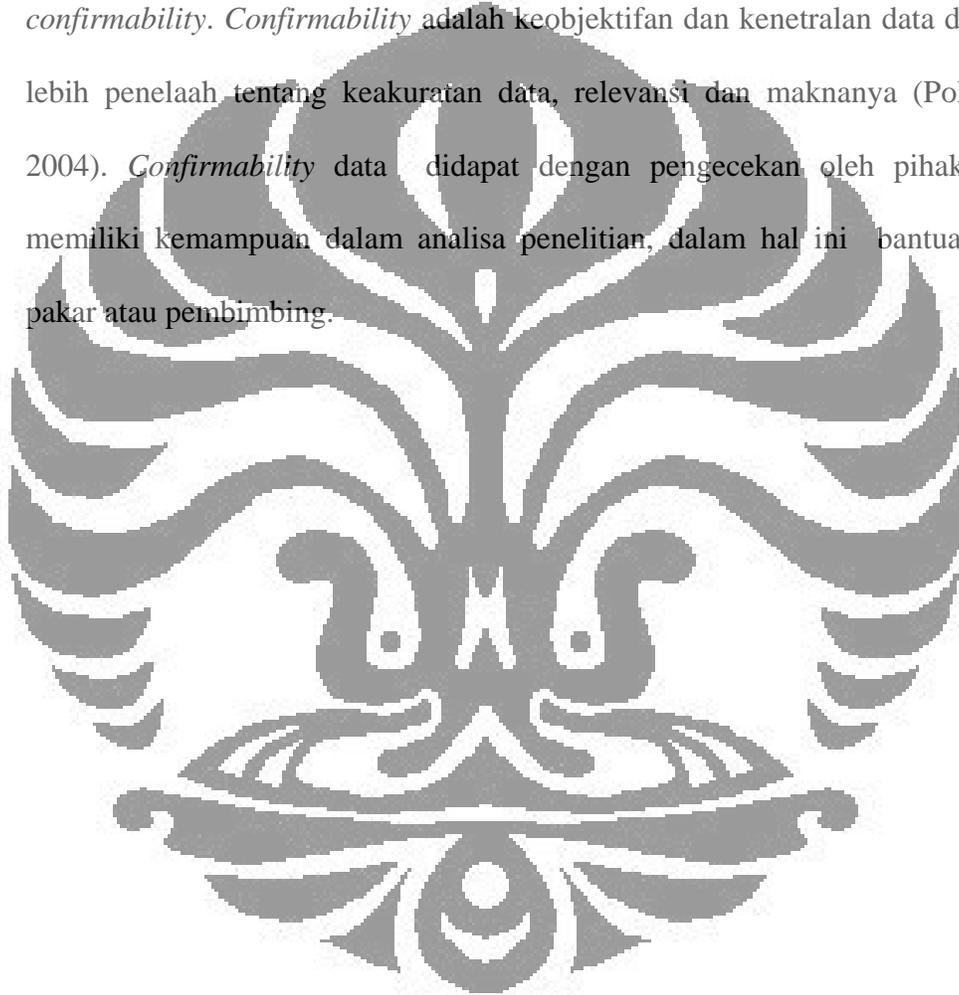
H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan istilah dalam penelitian kualitatif untuk menjaga ketepatan (Speziale & Carpenter, 2003). Menurut Yonge dan Stewin (1988 dalam Speziale & Carpenter 2003) ada 4 kriteria keabsahan data yaitu : *Credibility*, *dependability*, *confirmability*, *transferability*. Dalam penelitian ini, peneliti menerapkan *credibility*, *dependability*, dan *confirmability* untuk mencapai keabsahan data.

Credibility meliputi kegiatan yang meningkatkan kemungkinan dihasilkannya penemuan yang dapat dipercaya (Lincoln & Guba, 1985 dalam Speziale & Carpenter, 2003). Tujuan prosedur ini adalah untuk memvalidasi keakuratan hasil laporan transkrip kepada partisipan terhadap apa yang telah diceritakan tentang pengalamannya. Peneliti melakukan prinsip *Credibility* dengan cara mengembalikan transkrip wawancara kepada partisipan untuk memvalidasi hasil verbatim yang sudah dibuat.

Dependability adalah kestabilan data pada waktu dan kondisi apapun (Polit & Beck 2004). Suatu pendekatan untuk mencapai *dependability* adalah dengan cara *inquiry audit* yang melibatkan penelaah eksternal untuk menganalisis hasil data dan

penalaahan dokumen-dokumen yang mendukung. Penelaah eksternal yang dilibatkan adalah pembimbing. Peneliti telah melibatkan penelaah eksternal yang dalam hal ini adalah pembimbing dalam menganalisis hasil data penelitian. Hasil penelitian ini juga telah diperiksa dan dianalisis oleh pihak yang memiliki kemampuan dalam analisis data penelitian kualitatif oleh pembimbing untuk memenuhi prinsip *confirmability*. *Confirmability* adalah keobjektifan dan kenetralan data dari dua atau lebih penelaah tentang keakuratan data, relevansi dan maknanya (Polit & Beck, 2004). *Confirmability* data didapat dengan pengecekan oleh pihak lain yang memiliki kemampuan dalam analisa penelitian, dalam hal ini bantuan dari ahli/pakar atau pembimbing.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini menggambarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam mengenai arti dan makna pengalaman keluarga dalam pemenuhan nutrisi balita gizi kurang di Kelurahan Pancoranmas Depok. Bab ini terdiri dari uraian tentang karakteristik partisipan dan tema yang muncul dari perspektif partisipan mengenai pengalaman mereka selama merawat balita di keluarga mereka berdasarkan tujuan khusus dari penelitian ini.

A. Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan terdiri dari karakteristik caregiver utama, dan karakteristik anak. Data karakteristik keluarga didapatkan dengan menanyakan secara langsung pada partisipan, dan untuk status gizi anak saat ini diketahui dengan menimbang berat badan anak. Format karakteristik partisipan dan karakteristik anak (lampiran 3) digunakan sebagai panduan dalam mendapatkan informasi tersebut.

Partisipan terdiri dari 6 *caregiver* utama yaitu 5 orang adalah ibu dari balita dan 1 orang adalah sebagai nenek dari balita. Rentang usia partisipan berkisar antara usia 24 sampai dengan usia 70 tahun. Semua partisipan adalah ibu rumah tangga, dengan pendidikan yang bervariasi mulai dari SD sampai dengan SMU. Semua partisipan beragama Islam, dan berasal dari suku Betawi dan Jawa. Penghasilan keluarga partisipan rata-rata per bulan adalah sebesar kurang dari satu juta (di bawah UMK Depok).

Karakteristik anak didapatkan balita dengan rentang usia antara 17 sampai dengan 42 bulan, terdiri dari 3 orang balita berjenis kelamin perempuan dan 3 orang berjenis kelamin laki-laki. Dari kriteria urutan kelahiran balita didapatkan 3 orang balita merupakan anak pertama, 2 orang balita merupakan anak ke-2 dari 2 bersaudara, dan 1 orang balita merupakan anak ke-3 dari 4 bersaudara. Berat badan anak balita antara 8,5 sampai 11 kilogram.

Wawancara dengan ibu atau nenek (partisipan) dilakukan di rumah partisipan dengan situasi yang cukup nyaman, namun ada beberapa kondisi dimana anak balita sedang rewel dan minta perhatian ibu atau nenek sehingga proses wawancara terpaksa ditunda sementara dan diteruskan jika suasana sudah dapat mendukung proses wawancara.

B. Tema

Penelitian ini telah dianalisis dengan menggunakan metode Collaizzi dan menghasilkan 7 tema sebagai hasil penelitian. Proses lengkap analisa data, mulai dari penentuan kata kunci, kategori, sub-sub tema, sub tema dan tema (lampiran 8). Tema-tema yang dihasilkan akan dijabarkan berdasarkan tujuan khusus penelitian. Berikut akan dijelaskan hasil penelitian didapatkan tema-tema sebagai berikut :

1. Respon keluarga terhadap pertumbuhan balita

Hasil analisis terhadap respon keluarga terhadap pertumbuhan balita menghasilkan 2 tema yaitu **perasaan terhadap kondisi balita, dan penilaian terhadap penyebab**. Tema-tema ini didapat dari perasaan atau tanggapan partisipan terhadap pertumbuhan balita. Selanjutnya masing-masing tema akan dijabarkan secara rinci seperti di bawah ini.

Tema 1 : Perasaan keluarga terhadap kondisi balita

Perasaan partisipan terhadap kondisi balita dirasakan oleh keluarga sebagai sub tema respon **secara psikologis dan respon sikap**. **Respon secara psikologis** tergambar dari sub-sub tema **perasaan cemas**. **Perasaan cemas** tergambar dari pernyataan empat orang partisipan yang menjelaskan bahwa partisipan merasakan **resah, khawatir, takut, dan bingung** jika berat badan

anaknyanya tidak naik setiap bulan. Kategori **Perasaan resah dan khawatir** dinyatakan oleh partisipan empat dan enam yang anaknya mengalami perubahan berat badan yang kadang naik dan kadang turun. Hal ini diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“...yah resah aja sih...kan kalau itu kan harusnya tiap bulan naik yah ...biar kata berapa ons lah atau sekilo, mesti naiklah dia”(P4).

“...yah khawatir aja sih dibilang kurang gizi”(P4)

“...Ya kasianan dia kecil amat gitu yah....”(P6)

Sedangkan partisipan tiga menyatakan perasaan bahwa keluarga merasa **takut** jika berat badan anaknya tidak naik setiap bulannya dan juga mengalami penurunan drastis semenjak anaknya berumur setahun dua bulan, seperti diungkapkan berikut ini :

“....takut juga kalau berat badannya gak naik-naik!...”(P3).

Kategori lain adalah dinyatakan oleh partisipan dua dan tiga yang merasakan **penasaran dan bingung** dengan berat badan anaknya yang tidak pernah naik, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“...saya penasaran nih anak makannya doyan, tapi segitu – segitu aja gak naik ...yah penasaran sih bingung gimana yah...”(P2)

“...ya nih makanya bingung, badannya segitu-segitu aja...”(P3)

Sub tema lain yang dinyatakan oleh partisipan adalah adanya **respon sikap** yang diungkapkan oleh partisipan lima dan enam. Partisipan enam mengungkapkan

kategori keluarga sudah **sadar** adanya masalah gizi kurang pada balita karena kurang persediaan makanan di rumah dan karena asupannya yang kurang, seperti diungkapkan berikut ini:

“...saya sadar sih kalau itu kurang gizi....”(P6).

Sedangkan partisipan lima menyatakan bahwa partisipan **menerima** pertumbuhan balita yang mengalami gizi kurang dan dirasakan lebih baik bila dibandingkan dengan kondisi saudara/kakak kandungnya yang juga mengalami gizi kurang. Hal ini diungkapkan seperti di bawah ini :

“...mendingan lah daripada kakaknya...”(P5)

Dari hasil tentang respon keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada balita dengan gizi kurang maka perlu juga untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang menyebabkan gizi kurang pada balita. Hal ini dapat dilihat dari tema yang didapat berikut ini.

Tema 2: Penilaian terhadap penyebab gizi kurang

Tema ini didapatkan dari **sub tema penyebab langsung dan penyebab tidak langsung**. **Penyebab langsung** didapat dari tiga partisipan yang mengungkapkan bahwa penyebab anaknya mengalami gizi kurang yaitu karena **intake yang kurang**. Ketiga partisipan tersebut menjelaskan bahwa penyebab anaknya mengalami gizi kurang karena kurangnya makanan yang dikonsumsi, kurangnya

ketersediaan makanan dan kurangnya asupan. Hal ini tergambar dari pernyataan partisipan satu, empat, dan enam berikut ini:

“...kurang makan...makannya susah...”(P1)

“...emang makannya kurang sih waktu itu ...(P4)”

“...kurang makanan di rumahemang asupannya kurang..”(P6)

Sub tema penyebab tidak langsung didapatkan dari sub-sub tema status ekonomi, kesakitan, faktor genetik, dan keyakinan. Faktor status ekonomi didapatkan dari pernyataan partisipan dengan kategori pendapatan yang kurang sementara kebutuhan rumah tangga yang banyak sehingga menyebabkan penyediaan makanan untuk balita belum optimal, seperti diungkapkan oleh partisipan enam berikut ini :

“...pendapatannya kurang...kebutuhannya banyak...jadi saya makan seadanya saja, ada telur ya telur bareng-bareng gitu...”(P6)

Penyebab lain yang dijelaskan oleh partisipan adalah sub tema kesakitan dengan kategori sering sakit dan adanya gangguan kesehatan. Kategori sering sakit diungkapkan oleh empat partisipan yang menyatakan bahwa hampir setiap bulan anak balita mengalami sakit seperti demam, batuk pilek, dan radang tenggorokan, sehingga mempengaruhi status gizi anak balita. Berikut ini adalah ungkapan partisipan satu, empat dan lima :

“...waktu bayi juga sering sakit panas, batuk, pilek, ..ya sebulan ada lah sekali....”(P1)

“...hampir tiap bulan panas, demam tinggi, batuk, pilek”(P4)

“...seringnya sih itu ..penyakit radang gitu yah..”(P6)

Kategori lain dari **sub-sub tema kesakitan** dinyatakan oleh partisipan karena balita sering mengalami **gangguan kesehatan** seperti yang diungkapkan oleh partisipan dua dan enam berikut ini:

“...iya pengaruh banget kalau lagi sakit makannya kurang....”(P2)

“....Kalau batuk dia berasa banget cepet kurus dia itu..”(P6)

Sub tema penyebab tidak langsung juga mempunyai **sub-sub tema genetik** yang didapat dari tiga partisipan yang mengungkapkan bahwa penyebab balita mengalami gizi kurang adalah karena **faktor keturunan**, seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“...Kayanya bawaan bapaknya deh ...bapaknya aja ceking...”(P2)

“...Katanya sih dulu juga bapaknya begitu...katanya..kata cerita mertua saya..”(P1)

Partisipan enam menyatakan bahwa penyebab anaknya kurang gizi adalah karena **keyakinan tentang pertumbuhan balita** yaitu karena ada **bakat** atau **bawaan** seperti yang diungkapkan oleh partisipan dua dan enam berikut ini :

“...emang bawaannya dia gitu kali badannya yah..”(P2)

“...kata bapaknya emang udah awaknya kali mah segitu...mungkin juga begitu....(P6)”

Dari hasil diatas terlihat bahwa keluarga sudah dapat menyatakan tentang faktor-faktor penyebab anak balita mengalami gizi kurang. Untuk itu perlu diketahui juga apa upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang.

2. Upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

Hasil penelitian ini menggambarkan upaya yang telah dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang ke dalam 2 tema yaitu **tema prinsip pemberian makan dan strategi yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita.**

Tema 4 : Prinsip Pemberian makananan

Tema ini muncul sebagai ungkapan yang dijelaskan oleh keluarga dalam melakukan upaya keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita. Dari beberapa yang sudah diungkapkan oleh partisipan didapatkan **tema prinsip pemberian makanan.** Partisipan mengatakan bahwa jika anak balita tidak mau makan, maka upaya yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi adalah dengan cara **memberikan makan dengan porsi sedikit tapi sering,**

memberikan susu formula, dan memberikan cemilan. Kategori sedikit tapi

sering tergambar dari ungkapan partisipan tiga berikut ini :

“...ini kalau makannya sedikit-sedikit begini lebih sering sih saya kasihin...”(P3).

Ungkapan partisipan dua menjelaskan bahwa pemberian susu formula dilakukan sebagai alternatif makanan untuk pengganti asupan agar balita masih tetap dapat asupan makanan meskipun tidak makan nasi. Hal ini ungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“...kalau malem nih makannya gak mau ...udah dikasih susu aja...siang juga sih kalau dia gak mau makan saya kasih susu.. ..”(P2).

Sedangkan Partisipan lima menjelaskan bahwa ia memberikan cemilan jika anaknya tidak mau makan, seperti ungkapan berikut ini :

“...yah di kasih cemilan aja roti....terus sosis yang itu tuh...so nice...”(P3)

Keluarga sudah melakukan berbagai upaya yang dilakukan yaitu dengan menerapkan prinsip pemberian makan. Lebih lanjut keluarga juga menggambarkan strategi yang sudah dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita.

Tema 4 : Strategi yang digunakan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

Partisipan satu menyatakan **strategi yang digunakan keluarga** dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang adalah dengan cara **memberikan vitamin, ramuan tradisional, mengajak anak untuk bermain, menyiapkan makanan sesuai dengan selera anak, dan dengan cara memberikan reward/punishment**. Umumnya partisipan **memberikan vitamin** penambah nafsu makan yang berbahan dasar curcuma seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“...dikasih vitamin..pernah dikasih curcuma..” (P1)

Selain itu, ada dua partisipan yang memberikan obat penambah nafsu makan dalam bentuk **ramuan tradisional** yaitu jamu cekok yang terbuat dari temu lawak atau biang kunyit, seperti yang diungkapkan oleh partisipan di bawah ini :

“...kalau dia gak mau...ampe saya cekokin....”(P5).

Strategi lain yang pernah dilakukan oleh keluarga dalam mengatasi anak yang susah makan adalah dengan cara mengajak anak untuk **bermain** di luar rumah atau di dalam rumah, yang diungkapkan oleh partisipan empat berikut ini :

“...dia mau makan kadang-kadang harus main, kadang-kadang di rumah aja....”(P4)

Sementara partisipan lain menyatakan bahwa kadang –kadang jika anaknya tidak mau makan maka yang dilakukan oleh partisipan adalah dengan cara membohongi anak balita yang bersifat *reward dan punishment* , seperti yang dilakukan oleh partisipan enam di bawah ini :

“...sama dibohongin kalau pergi gitu..pergi tar gak diajak gitu..”(P6)

Cara lain yang dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah dengan cara memberikan **stimulasi atau pemijatan** pada anak balita jika anak balita sudah tampak rewel dan tidak mau makan. Hal ini diungkapkan oleh partisipan satu seperti di bawah ini :

“...dari bayi juga suka diurut..pokoknya kalau udah rewel-rewel saya urut...”(P1)

Sub-sub tema sesuai selera anak terdiri dari **kategori mengikuti kesukaan anak** seperti yang diungkapkan oleh partisipan di bawah ini :

“...dia sukanya pake kecap...apa telornya dikecapin...ayam pake kecap gitu aja..”(P6).

3. Sistem pendukung keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

Sistem pendukung yang digunakan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita merupakan faktor pendukung yang dapat memperkuat upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita melalui

interaksinya dengan lingkungan. Sistem pendukung keluarga menghasilkan satu tema tentang dukungan sosial keluarga.

Tema 5: Dukungan sosial keluarga

Dukungan sosial keluarga terbentuk dari **sub tema sumber dukungan dan bentuk dukungan** yang didapat oleh partisipan dalam mengatasi masalah gizi kurang pada balita. Hasil identifikasi dari partisipan didapatkan hasil bahwa keluarga mendapatkan dukungan tentang cara mengatasi anak balita dengan gizi kurang yaitu dari sumber dukungan **internal** yang didapat dari keluarga yaitu orang tua dan kakak. Kategori sumber dukungan internal yang didapat dari orang tua diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“...dapat informasi dari orang tua...ya udah kalau gak mau makan...kasih susu aja..”(P4)

Sedangkan kategori sumber dukungan internal yang didapat dari kakak diungkapkan oleh partisipan di bawah ini:

“...pernah nanya kakak saya ...kasih aja vitamin penambah nafsu makan”(P3)

Dukungan eksternal yang didapat oleh keluarga berasal **dari masyarakat, pemberi layanan kesehatan dan media**. Sumber dukungan eksternal yang

didapat dari **masyarakat** mempunyai **kategori teman dan tetangga** diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“Dikasih tahu sama temen ibu saya ...ini nih dikasih ini aja biar mau makan...vitamin yang ada gambar ikannya...”(P4)

Sedangkan **sumber informasi** yang didapat dari **tetangga** diungkapkan oleh partisipan berikut ini:

“tetangga sih ada itu ...tukang tempe...dikasih ini deh vitamin...”(P3)

Partisipan lain menyatakan sumber informasi **eksternal** di dapat dari pemberi layanan kesehatan yaitu dari tukang urut yang dikategorikan dalam **cara tradisional**, dari bidan yang dikategorikan sebagai **tenaga kesehatan**, dan bersumber dari posyandu yang dikategorikan sebagai **institusional**. Partisipan satu mengungkapkan bahwa informasi yang didapatkan dari tukang urut adalah dengan cara dicekok dengan biang kunyit, sebagaimana berikut ini :

“kata tukang urut dicekok aja pake biang kunyit...”(P1)

Sedangkan partisipan lima menyatakan bahwa jika anak balita tidak mau makan maka ia bertanya kepada bidan sebagai **kategori tenaga kesehatan**, sebagai berikut ini :

“ ke bidan ...dikasih vitamin..”(P5)

Partisipan lima juga menyatakan bahwa ia pernah mendapatkan informasi dari posyandu sebagai kategori institusional, seperti yang diungkapkan berikut ini :

“dapet vitamin dari posyandu ...”(P5)

Sub-sub tema media mempunyai kategori yaitu **media elektronik** seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“...tahunya dari TV...”P4

Bentuk dukungan yang digunakan oleh keluarga mempunyai **sub tema dukungan informasi dan dukungan instrumental**. **Sub tema dukungan informasi mempunyai kategori jenis informasi** seperti informasi pengobatan, informasi ramuan tradisional, informasi makanan pengganti dan informasi stimulasi. Kategori informasi pengobatan diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“Pernah nanya kakak saya ...kasih aja vitamin penambah nafsu makan ...gitu aja paling suruh makan aja...suruh ngemil-ngemil yang penting ngisi ”P3

Bentuk informasi yang lain yang diperoleh partisipan yaitu berupa informasi tentang ramuan tradisional yaitu dicekok. Hal ini diungkapkan oleh salah satu partisipan seperti di bawah ini :

“...kan gak doyan makan tuh waktu itu..umur 6 bulanan kali...gak mau makan... kata tukang urut dicekok aja pake biang kunyit...”(P1)

Salah satu partisipan lain menyatakan bahwa informasi yang didapat untuk memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang yaitu dengan cara diberikan makanan pengganti seperti diungkapkan berikut ini :

“...dapet informasi dari orang tua...ya udah kalau gak mau makan...kasih susu gitu aja..abis kalau kalau gak dikasih susu gak ada asupan...ya udah dikasih susu aja, abis bingung kalau dia gak mau makan, kalau susu juga gak mau ...bingung juga dikasih apa....”(P4)

Informasi yang lain adalah bentuk informasi tentang stimulasi seperti yang diungkapkan oleh salah satu partisipan yaitu :

“ cuman kan kata orang tua bilang coba deh diurut...di urut tapi sama aja, badannya sih segini-segini juga....sampai sekarang masih diurut..”(P1)

Sub tema lain tentang bentuk dukungan yang didapat dari pernyataan partisipan adalah adanya **dukungan instrumental** yaitu bentuk dukungan berupa **supplement** yaitu dengan **kategori vitamin** yang didapat dari bidan atau posyandu. Hal ini diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“ kalau 6 bulan, sekali juga dari itu...dapet itu kan...vitamin dari posyandu..itu juga dikasih tetep aja kagak ngaruh ...abis makan itu tetep aja kagak ngaruh juga...begitu-begitu juga...gak ada eh...maksudnya langsung buru-buru makan...itu gak...”(P5)

4. Makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang

Makna pengalaman dari keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita merupakan pengalaman yang dapat membuat keluarga lebih memahami dan lebih memotivasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita. Dalam penelitian didapatkan satu tema tentang makna yaitu peningkatan motivasi.

Tema 6: Peningkatan motivasi

Tema ini didapat dari pernyataan partisipan tentang makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita adalah adanya **peningkatan pengetahuan dan peningkatan tanggung jawab** dimana keluarga merasa dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita yang gizi kurang ini menjadikan keluarga lebih tahu dan ingin lebih mencari informasi lebih banyak tentang cara mengatasi anak yang mengalami susah makan sehingga anaknya mengalami gizi kurang. Hal ini seperti diungkapkan di bawah ini:

“...pengen nanya-nanya perkembangan ...makanya bingung ...pengen nanya-nanya perkembangannya gimana..”P4

Partisipan lain mengatakan bahwa maknanya adalah adanya **peningkatan tanggung jawab** seperti diungkapkan oleh satu partisipan berikut ini :

“...Saya juga pengen banget ...gimana sih pengen ngurusin bener-bener..”(P2)

5. Harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

Masalah balita dengan gizi kurang merupakan masalah yang perlu ditangani segera agar dampak yang dihasilkan tidak menjadi lebih parah. Untuk itu pemerintah perlu melakukan berbagai upaya agar status gizi balita dapat ditingkatkan dengan optimal. Penelitian ini menggali harapan keluarga terhadap program pemerintah dalam upaya pemenuhan nutrisi balita.

Tema 8: Harapan terhadap Program pemerintah dalam mengatasi gizi kurang

Tema ini tergambar dari pernyataan keluarga tentang harapan terhadap pelayanan kesehatan yaitu hampir semua partisipan menyatakan ingin adanya peningkatan **jenis pelayanan** yang dilakukan dalam mengatasi gizi kurang diantaranya yaitu ingin tetap adanya bantuan **makanan tambahan** seperti makanan bayi dan biskuit. Hal ini diungkapkan oleh partisipan enam berikut ini :

“...ada makanan bayi dulu yah...kalau di Jakarta dibagi biskuit....”(P6)

Sementara partisipan lain menyatakan ingin adanya **jaminan kesehatan** bagi balita yang dirawat di rumah sakit karena gizi kurang seperti **biaya Rumah sakit yang ditanggung** oleh pemerintah seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini :

“...mungkin yah perawatan di rumah sakit apa ditanggung...apa bagaimana...”(P6)

Sedangkan partisipan lain menyatakan bahwa harapannya adalah ingin adanya **kunjungan rumah** bagi keluarga balita yang mengalami masalah gizi kurang seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“...yah kalau sering-sering kaya begini nih datang ke rumah kan jadi ada penjelasan gitu...”(P2)

Harapan yang paling banyak diinginkan oleh partisipan adalah adanya **penyuluhan** pada keluarga dalam rangka menambah pengetahuan mereka untuk mengatasi masalah balita gizi kurang. Harapan tersebut diungkapkan oleh partisipan satu, dua, tiga, dan empat. Ungkapan partisipan dinyatakan berikut ini:

“...Harapannya ya ..ini...pengerenya ini deh budikasih nasehat anaknya nih suruh begini ...pengeren banget ada orang yang ngebilangin gitu ...mau banget dibilangin ..jadi kita tahu gitu ada usaha...usaha sih tetep usaha ...cuman mungkin ada cara lain...iya pengennya sih dikasih tahu nih anaknya diginiin....”(P2)

“...belum ada penyuluhan gitu...kalau misalnya buat gizi anak gimana baiknya...dikasih tahu lah gitu...belum ada sih penyuluhan kaya begini...”(P3)

Satu partisipan menyatakan bahwa program pemerintah yang harus dilakukan adalah **pemberdayaan keluarga** terutama dalam hal pemberdayaan ekonomi dan peningkatan pengetahuan keluarga seperti yang diungkapkan berikut ini :

“...jadi menurut saya dari dalam lingkungan itu aja...mungkin pemberdayaan manusianya..mungkin kan ada yang gak kerja ..pendapatannya kurang..di dalam ruangan itu sendiri dong...tarolah tahu tempe kalau setiap hari dikasih menurut saya bagus mba...gak ngaruh mesti makan ayam....daging....”(P6)

Harapan yang lain diinginkan oleh partisipan adalah peningkatan **frekuensi pelayanan** terutama posyandu agar dilaksanakan lebih intensif seperti diungkapkan di bawah ini.

“tapi kan posyandu cuman sebulan sekali...coba kalau seminggu sekali...”(P6).

Hasil penelitian ini telah menjawab ke-lima tujuan khusus yang menjadi tujuan dalam mengetahui gambaran arti dan makna pengalaman keluarga dalam pemenuhan nutrisi balita gizi kurang di Kelurahan Pancoranmas Depok. Tujuan penelitian tercapai dengan mendapatkan hasil 7 tema menggunakan panduan pedoman wawancara penelitian.

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang uraian mengenai interpretasi hasil dan analisa kesenjangan penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasi penelitian. 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

Penelitian ini berfokus pada pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang. Partisipan yang terpilih berasal dari Kelurahan Pancoranmas Depok. Berdasarkan hasil penelitian, peneliti mengidentifikasi tujuh tema. Selanjutnya peneliti akan membahas secara rinci masing-masing tema yang teridentifikasi berdasarkan tujuan khusus yang diharapkan.

1. Respon keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

Respon keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dijawab dalam dua tema diantaranya perasaan terhadap kondisi gizi kurang pada balita dan penilaian

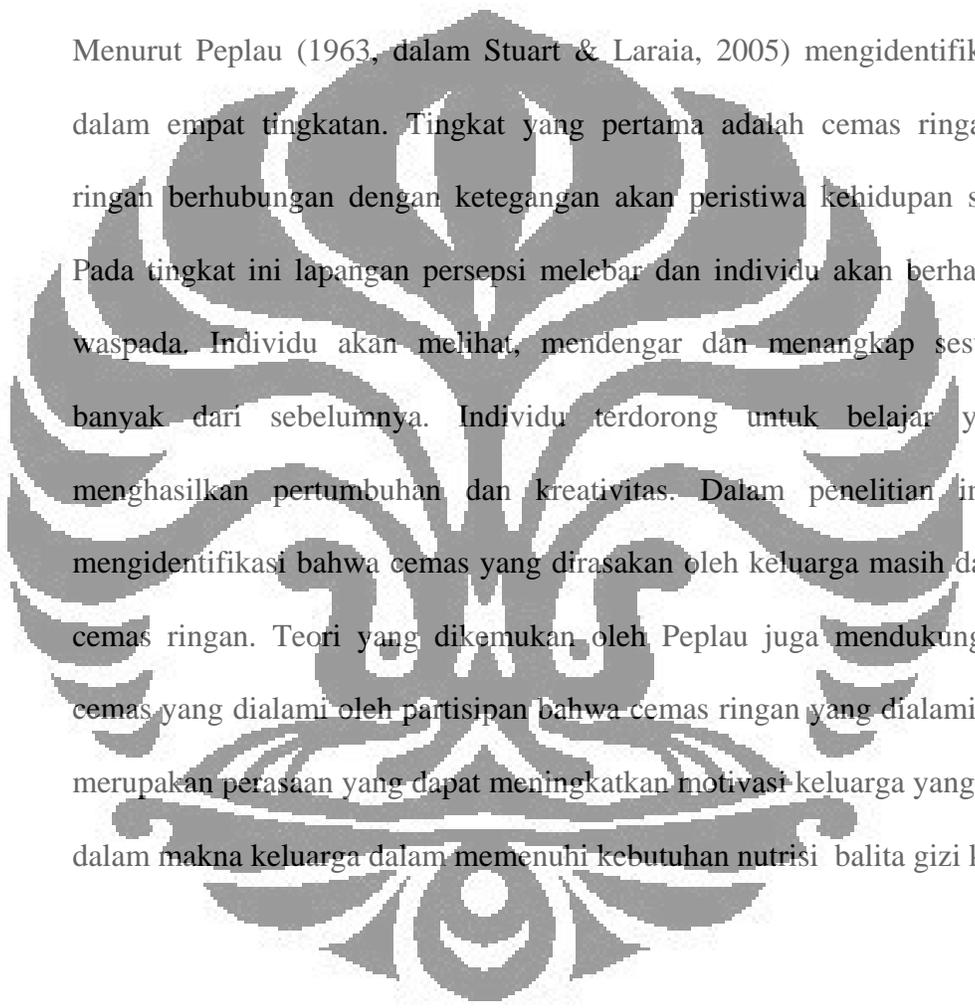
terhadap penyebab gizi kurang. Pembahasan secara rinci tentang tema-tema ini akan dibahas berikut ini.

TEMA 1 : Perasaan terhadap kondisi balita gizi kurang

Respon keluarga terhadap kondisi gizi kurang pada balita dinyatakan oleh respon psikologis dari partisipan yang rata-rata mengalami rasa cemas yang digambarkan oleh partisipan dengan kriteria resah, khawatir, bingung, dan takut terhadap kondisi anak balitanya yang mengalami penurunan berat badan ataupun stagnan. Perasaan yang lain yang juga dirasakan oleh partisipan adalah respon sikap bahwa memang kondisi balita sudah disadari oleh partisipan dan menerima dengan alasan karena kondisi balita yang sedang mengalami gizi kurang ini sudah lebih baik bila dibandingkan dengan saudara kandungnya yang juga mengalami gizi kurang. Sikap partisipan ini didasari oleh kenyataan bahwa kondisi balita mereka yang mengalami gizi kurang selalu mengalami perubahan berat badan artinya berat badan selalu turun dan tidak pernah naik.

Cemas adalah suatu emosi, pengalaman subjektif seseorang, dan merupakan bagian kehidupan seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Lebih lanjut Stuart dan Laraia menjelaskan bahwa cemas sebagai dasar dari kondisi manusia dan memberikan peringatan yang berharga yang dalam kenyataannya cemas penting

untuk pertahanan. Sedangkan menurut Herawati (1997), cemas merupakan istilah yang sangat akrab dengan kehidupan sehari-hari yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang disertai berbagai keluhan fisik.



Menurut Peplau (1963, dalam Stuart & Laraia, 2005) mengidentifikasi cemas dalam empat tingkatan. Tingkat yang pertama adalah cemas ringan. Cemas ringan berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lapangan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati dan waspada. Individu akan melihat, mendengar dan menangkap sesuatu lebih banyak dari sebelumnya. Individu terdorong untuk belajar yang akan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas. Dalam penelitian ini peneliti mengidentifikasi bahwa cemas yang dirasakan oleh keluarga masih dalam tahap cemas ringan. Teori yang dikemukakan oleh Peplau juga mendukung perasaan cemas yang dialami oleh partisipan bahwa cemas ringan yang dialami partisipan merupakan perasaan yang dapat meningkatkan motivasi keluarga yang tergambar dalam makna keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh pendapat Rahman (2004, dalam Bower & Bruce, 2004) bahwa perasaan psikologis ibu dapat meningkatkan keefektifan program kesehatan anak di negara berkembang. Perasaan psikologis yang dialami ibu seharusnya merupakan perasaan yang dapat meningkatkan motivasi

ibu dalam merawat dan meningkatkan kesehatan anak. Pendapat ini didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Pipes (1989) bahwa hasil observasi terhadap orangtua tentang kemampuan dan kepuasan peran orang tua adalah faktor psikologis yang dapat mempengaruhi intake makanan dan perilaku makan anak. Faktor-faktor seperti pengalaman terdahulu, usia, pengetahuan tentang tumbuh kembang anak dan input anggota keluarga tertentu merupakan faktor determinan terhadap perasaan orang tua. Perasaan partisipan dalam penelitian ini juga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti tingkat pengetahuan atau pendidikan partisipan bervariasi dari SD sampai dengan SMA, rata-rata anak balita merupakan anak pertama sehingga partisipan belum mempunyai pengetahuan tentang cara meningkatkan status gizi anak.

Tema 2 : Penilaian terhadap Penyebab Gizi Kurang

Partisipan dalam penelitian ini menyatakan bahwa penyebab anaknya mengalami gizi kurang adalah karena penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung yang dirasakan oleh partisipan adalah karena kurang jumlah asupan makanan. Penyebab tidak langsung disebabkan oleh faktor status ekonomi, gangguan kesehatan, dan keturunan.

Hasil penelitian ini mendukung pendapat yang dikemukakan oleh Soekirman (2008) bahwa faktor-faktor yang dapat menyebabkan terjadinya gizi kurang pada balita dapat dikelompokkan menjadi penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung gizi kurang adalah makan tidak seimbang, baik jumlah dan mutu asupan gizinya, di samping itu asupan zat gizi tidak dapat dimanfaatkan oleh tubuh secara optimal karena adanya gangguan penyerapan akibat adanya penyakit infeksi. Anak balita tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang. Makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu (ASI), dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya akan berkonsekuensi terhadap status gizi bayi. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disiapkan sendiri di rumah. Pada keluarga dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah seringkali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi balita karena ketidaktahuan.

Hal senada yang mendukung hasil penelitian ini juga diungkapkan oleh Suryanto (2008, dalam Anonim, 2008) bahwa salah satu penyebab terjadinya gizi kurang adalah asupan yang kurang. Biasanya hal itu terkait dengan sosial ekonomi, salah asuh atau penyakit yang menyertai (TBC pada anak). Depkes (1997) juga

menjelaskan bahwa penyebab timbulnya gizi kurang adalah kekurangan makanan yang dimakan sehari-hari dalam waktu lama, dan penyakit infeksi.

Lebih lanjut Soekirman (2008) menjelaskan bahwa penyebab terpenting kedua kekurangan gizi adalah kurang kesadaran akan kebersihan, serta ancaman endemisitas penyakit tertentu, khususnya infeksi kronik seperti misalnya tuberculosis (TBC) masih sangat tinggi. Kaitan infeksi dan gizi kurang seperti layaknya lingkaran setan yang sukar diputuskan, karena keduanya saling terkait dan saling memperberat. Kondisi infeksi kronik akan menyebabkan gizi kurang dan kondisi malnutrisi sendiri akan memberikan dampak buruk pada sistem pertahanan sehingga memudahkan terjadinya infeksi.

Dari penjelasan Soekirman (2008) diatas dijelaskan bahwa masih tingginya tingkat penyakit Infeksi yang terjadi di Indonesia disebabkan karena kondisi kesehatan dan kesadaran akan kebersihan / *personal hygiene* yang masih kurang. Kebiasaan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya kebersihan/*personal hygiene* masih kurang sehingga menyebabkan tingginya angka kejadian infeksi di Indonesia. Dalam penelitian ini belum tergali tentang kebiasaan masyarakat dalam hal kebersihan diri karena menurut peneliti hubungan antara kebersihan diri dengan kejadian gizi kurang tidak terlalu signifikan.

Penyebab lain yang dinyatakan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah karena faktor ekonomi. Salah satu partisipan menyatakan bahwa pendapatan keluarga yang kurang sehingga menyebabkan pemenuhan kebutuhan makanan untuk balita tidak optimal. Hal ini didukung dengan data demografi partisipan didapatkan rata – rata penghasilan keluarga adalah dibawah satu juta (dibawah Upah Minimum Kota Depok). Penelitian ini mendukung hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Basuki (2003) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan status gizi bawah dua tahun (baduta) didapatkan hasil bahwa faktor yang paling berpengaruh adalah tingkat ekonomi keluarga.

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat yang dilaporkan oleh Hughes dan Simpson (1995 dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999) yang menyatakan bahwa status sosial ekonomi merupakan salah satu faktor yang terbesar yang mempengaruhi kesehatan nutrisi. Pendapat ini didukung juga oleh Davis dan Sherer (1994, dalam Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999) yang menyatakan bahwa prevalensi status kurang nutrisi lebih banyak pada kelompok sosial ekonomi rendah karena terbatasnya jumlah dan variasi makanan.

Hal ini didukung juga oleh penjelasan Soekirman (2008) bahwa kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah gizi buruk. Lebih lanjut dijelaskan bahwa data dari Indonesia dan di negara lain menunjukkan adanya

hubungan antara gizi kurang dan kemiskinan. Proporsi anak yang gizi kurang dan gizi buruk berbanding terbalik dengan pendapatan. Makin kecil pendapatan penduduk, makin tinggi persentase anak yang kekurangan gizi; makin tinggi pendapatan, makin kecil persentasenya.

Berdasarkan hasil penelitian ini dan hasil penelitian sebelumnya didapatkan fenomena bahwa kemiskinan sangat identik dengan tidak tersedianya makan yang adekuat. Kemiskinan menyebabkan rendahnya pengetahuan keluarga dalam memelihara kesehatan anggota keluarga terutama anak balita. Hal ini menyebabkan anak tidak memperoleh pengasuhan yang baik sehingga anak tidak memperoleh nutrisi yang baik. Kemiskinan juga menghambat anak memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai.

2. Upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

Tahap pertumbuhan dan perkembangan balita merupakan masa tahapan yang paling penting. Anak balita yang sedang menjalani masa pertumbuhan dan perkembangan membutuhkan pola makan dan jenis makanan yang teratur dan seimbang untuk menyediakan semua kalori, vitamin, dan mineral yang dibutuhkan. Pada masa ini perilaku ibu dalam upaya memenuhi kebutuhan nutrisi balita seperti pemberian makanan yang baik akan mempengaruhi status gizi

balita. Hasil penelitian ini menggambarkan upaya yang telah dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang ke dalam 2 tema yaitu tema prinsip pemberian makan dan strategi yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita.

Tema 3 : Prinsip pemberian makan

Upaya yang dilakukan oleh partisipan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang dilakukan dengan cara memberikan makan sedikit tapi sering. Hal ini dinyatakan oleh salah satu partisipan bahwa jika anaknya makan sedikit maka cara yang dilakukan adalah partisipan tetap memberikan makan dengan porsi kecil tapi sering. Dalam hal ini partisipan sudah melakukan hal yang benar yang sesuai dengan anjuran Depkes (2006) bahwa penatalaksanaan diet di rumah tangga untuk anak dengan gizi kurang adalah dianjurkan ibu untuk memberikan aneka ragam makanan dalam porsi kecil dan sering kepada anak sesuai dengan kebutuhan.

Upaya lain yang dilakukan oleh partisipan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang dilakukan dengan cara memberikan susu formula jika anak balita tidak mau makan. Hal ini dilakukan partisipan sebagai salah satu alternative yang dapat diberikan karena susu dianggap sebagai nutrisi pengganti sebagai asupan yang diperlukan oleh balita. Frekuensi susu yang diberikan hanya

2 kali sehari dengan jumlah sekitar 100-200 ml setiap kali minum. Jenis susu yang diberikan adalah susu bubuk.

Upaya yang dilakukan oleh keluarga sudah mendukung apa yang dianjurkan oleh Depkes (1995) bahwa kebutuhan susu untuk anak balita adalah sejumlah 1- 2 gelas. Namun jumlah yang diberikan tersebut belum mencukupi jika anak hanya minum susu sebagai pengganti makan. Menurut Khomsan (2008) salah satu penyebab masih banyaknya kasus gizi kurang dan gizi buruk karena anak Indonesia selama ini sangat kurang minum susu, bahkan paling rendah dibanding negara-negara Asia lain. Menurut Organisasi Pangan Dunia (FAO, 2008 dalam Khomsan, 2008), masyarakat Indonesia mengonsumsi susu rata-rata 9 liter setiap tahun per kapita. Tertinggal jauh dibanding Malaysia 25,4 liter; Singapura 32 liter; Filipina 11,3 liter; dan bahkan Vietnam 10,7 liter.

Lebih lanjut Khomsan (2008) menjelaskan rendahnya konsumsi susu di Indonesia disebabkan banyak faktor, diantaranya adalah pemahaman yang rendah tentang pentingnya susu bagi kesehatan. Susu memiliki keunggulan yakni kandungan vitamin dan mineralnya lebih lengkap dan lebih mudah diserap dengan sempurna oleh tubuh.

Peranan susu dapat dilihat dari proses *turning over* tulang. Pada usia muda, formasi (pembentukan) tulang lebih besar daripada resorpsi (peluruhan) sehingga diperlukan asupan kalsium yang tinggi. Absorpsi kalsium pada masa anak-anak sangat tinggi, yakni 75 persen jika dibandingkan dewasa yang hanya sekitar 20-40 persen. Kalsium diperlukan dalam pertumbuhan seorang anak. Angka Kecukupan Gizi (AKG) kalsium adalah 800-1200 mg. Satu gelas susu dapat memenuhi 25% AKG protein pada batita dan 45% AKG kalsium.

Tema 4 : Strategi yang digunakan keluarga

Dalam penelitian ini, partisipan juga mengatakan bahwa strategi yang digunakan dalam mengatasi anak dengan gizi kurang yaitu dengan memberikan suplemen vitamin. Depkes (1995) menjelaskan bahwa vitamin berfungsi agar faal organ-organ dan jaringan tubuh termasuk otak dapat berjalan seperti yang diharapkan. Hal ini diperkuat oleh Cook dan Payne (1985, dalam Pipes 1989) bahwa penggunaan suplemen vitamin secara signifikan dapat meningkatkan prosentase anak kelas 2 dan kelas 6 dalam memenuhi kebutuhan vitamin yang sesuai dengan Angka Kebutuhan Gizi (AKG) yang dianjurkan. Lebih lanjut Cook dan Payne juga menjelaskan hasil penelitiannya bahwa lebih dari setengah dari jumlah responden usia prasekolah dan usia sekolah menerima multivitamin dan mineral. Berdasarkan hal tersebut maka keluarga sudah melakukan yang

sesuai juga dengan yang dianjurkan oleh Depkes (1995) bahwa di dalam makanan balita harus terdapat enam jenis zat gizi yang diantaranya adalah kebutuhan vitamin.

Angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan adalah banyaknya masing-masing zat gizi esensial yang harus dipenuhi dari makanan mencakup hampir semua orang sehat untuk mencegah defisiensi zat gizi (Sudiarti, 2007 dalam FKM UI 2007). Lebih lanjut Sudiarti menjelaskan bahwa kebutuhan vitamin untuk anak usia 0-5 tahun adalah : vitamin A sebanyak 375-450 RE, vitamin C antara 40-45 mg, vitamin D 5 µg, Vitamin K 5-20 µg, vitamin E 4-7 mg.

Partisipan juga memberikan ramuan tradisional jamu cekok sebagai upaya dalam meningkatkan nafsu makan balita. Jamu cekok merupakan salah satu upaya pengobatan yang telah dikenal luas dan dimanfaatkan oleh masyarakat untuk tujuan mengobati penyakit ringan, mencegah datangnya penyakit dan menjaga ketahanan dan kesehatan anak. Menurut penelitian yang sudah dilakukan oleh Limananti dan Triratnawati (2003) Semua informan menyatakan keyakinannya bahwa dengan mengkonsumsi jamu *cekok* maka nafsu makan anak meningkat. Selain itu faktor biaya yang relatif lebih murah daripada mengkonsumsi suplemen penambah nafsu makan juga menjadi pertimbangan orang tua memilih jamu *cekok*.

Upaya lain yang dilakukan oleh keluarga dalam meningkatkan nafsu makan balita adalah dengan melakukan pijat. Menurut Roesli (2008) pemijatan dapat meningkatkan nafsu makan, berat badan, dan kecerdasan bayi dan balita. Penelitian yang dilakukan oleh Field (1986, dalam Kautsar 2008) menunjukkan bahwa pada 20 bayi prematur (berat badan 1.280 dan 1.176 g), yang dipijat 3 x 15 menit selama 10 hari, mengalami kenaikan berat badan 20% – 47% per hari dibanding yang tidak dipijat. Sedang pada bayi cukup bulan yang berusia 1-3 bulan yang dipijat 15 menit, dua kali seminggu selama 6 minggu mengalami kenaikan berat badan yang lebih tinggi dari kelompok kontrol .

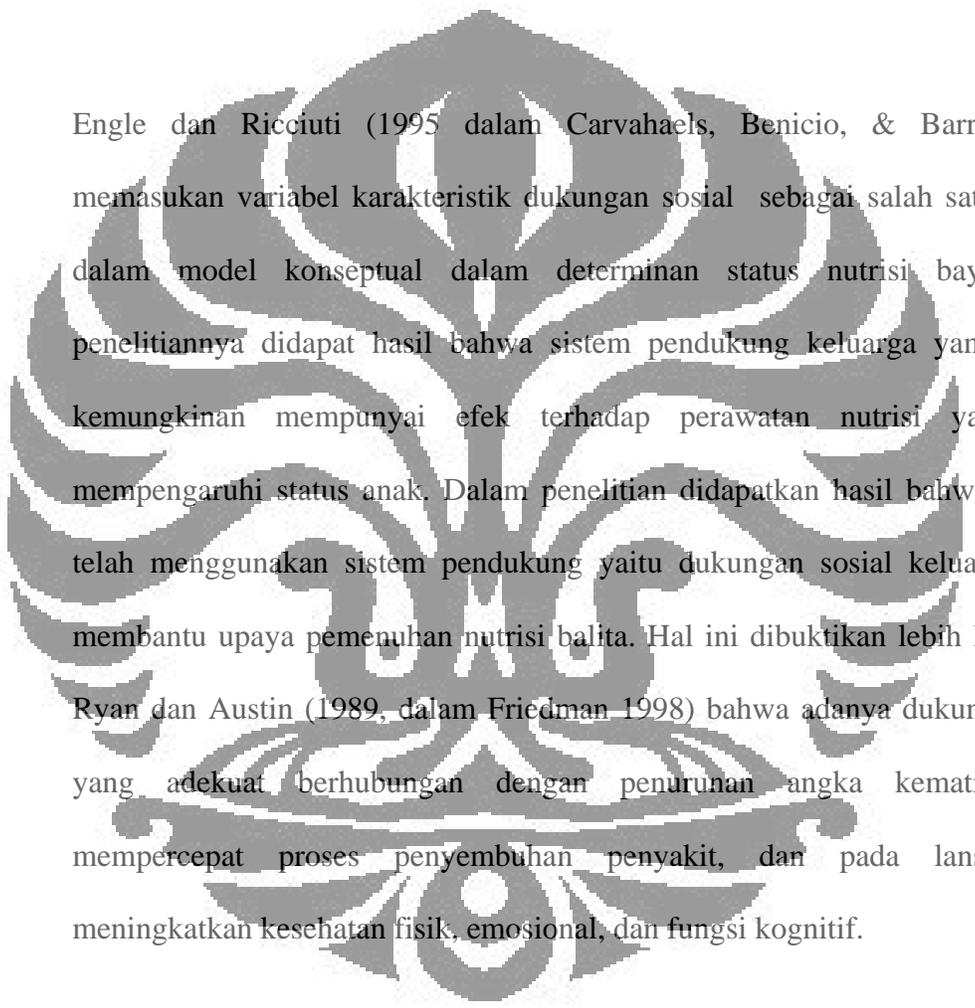
3. Sistem pendukung keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

Sistem pendukung keluarga merupakan faktor yang memperkuat keluarga dalam melakukan upaya pemenuhan kebutuhan nutrisi untuk balita gizi kurang. Hasil penelitian ini mendapatkan satu tema tentang dukungan sosial keluarga.

Tema 5 : Dukungan sosial keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang

Definisi sederhana dari dukungan sosial adalah akses terhadap individu, kelompok atau institusi yang dapat memberikan bantuan dalam situasi yang sulit (Norbeck et al, 1983 dalam Carvahaels, Benicio, & Barros, 2005). Kane (1988,

dalam Friedman 1998) mendefinisikan dukungan sosial keluarga sebagai proses hubungan antara keluarga dan lingkungan sosial. Sedangkan menurut Friedman (1998) dukungan sosial keluarga merupakan dukungan yang diterima oleh anggota keluarga atau dukungan yang dapat diakses oleh keluarga.



Engle dan Ricciuti (1995 dalam Carvahaels, Benicio, & Barros, 2005) memasukan variabel karakteristik dukungan sosial sebagai salah satu variabel dalam model konseptual dalam determinan status nutrisi bayi. Dalam penelitiannya didapat hasil bahwa sistem pendukung keluarga yang adekuat kemungkinan mempunyai efek terhadap perawatan nutrisi yang dapat mempengaruhi status anak. Dalam penelitian didapatkan hasil bahwa keluarga telah menggunakan sistem pendukung yaitu dukungan sosial keluarga dalam membantu upaya pemenuhan nutrisi balita. Hal ini dibuktikan lebih lanjut oleh Ryan dan Austin (1989, dalam Friedman 1998) bahwa adanya dukungan sosial yang adekuat berhubungan dengan penurunan angka kematian, akan mempercepat proses penyembuhan penyakit, dan pada lansia dapat meningkatkan kesehatan fisik, emosional, dan fungsi kognitif.

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Friedman (1998) bahwa dukungan sosial keluarga dapat bersumber dari internal dan eksternal keluarga diluar keluarga inti. Hal ini juga sesuai dengan konsep yang dijelaskan oleh Pender

(2001) bahwa adanya pengaruh dari keluarga, teman sebaya, dan tenaga kesehatan sebagai role model atau yang memberi contoh akan mempengaruhi individu dalam melakukan suatu perilaku kesehatan. Dalam penelitian ini partisipan mendapatkan dukungan baik dari internal maupun dari eksternal keluarga. Sumber dukungan internal keluarga didapat dari orangtua, saudara dan teman. Sedangkan sumber dukungan eksternal keluarga didapat dari tukang urut, bidan, dan dari Posyandu.

Bentuk dukungan keluarga yang didapat oleh partisipan adalah dukungan informasi dan dukungan instrumental. Informasi yang didapat oleh keluarga adalah berupa nasehat atau informasi tentang bagaimana cara mengatasi anak balita dengan gizi kurang. Dukungan instrumental yang didapat oleh keluarga adalah bentuk bantuan materiil berupa vitamin sebagai penambah nafsu makan balita. Penelitian ini sesuai dengan bentuk dukungan yang dijelaskan oleh House dan Kahn (1985, dalam Friedman, 1998) dibagi empat jenis dukungan yaitu : instrumental, informasi, penghargaan, dan emosional. Bantuan instrumental berupa dukungan materi seperti benda atau barang yang dibutuhkan dan bantuan finansial untuk biaya pengobatan. Dukungan informasi dapat berupa saran-saran, nasihat, dan petunjuk yang dapat dipergunakan dalam mencari jalan keluar. Dukungan penghargaan berupa penghargaan positif, dorongan untuk maju atau persetujuan terhadap gagasan atau perasaan individu lain. Sedangkan dukungan

emosioal dapat berupa kehangatan, kepedulian, dan dapat empati yang meyakinkan keluarga bahwa keluarga diperhatikan oleh orang lain.

4. Makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita

Makna pengalaman dari keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita merupakan pengalaman yang dapat membuat keluarga lebih memahami dan lebih memotivasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita. Dalam penelitian didapatkan satu tema yaitu makna peningkatan motivasi.

Tema 6 : Peningkatan motivasi

Makna peningkatan motivasi dirasakan keluarga sebagai pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang. Dengan kondisi balita yang mengalami gizi kurang menyebabkan keluarga ingin lebih dapat meningkatkan pengetahuan tentang makanan seimbang dan perkembangan balita. Selain itu, diungkapkan juga oleh partisipan bahwa adanya keinginan yang kuat untuk lebih merawat anaknya yang mengalami gizi kurang. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sariningsih (2002) tentang perilaku orangtua dalam memenuhi kebutuhan gizi balita pada keluarga miskin di Kelurahan Babakan Kota Bandung, didapatkan hasil bahwa pada keluarga miskin yang memiliki balita dengan gizi kurang bahkan gizi buruk, ibu balita kurang memiliki motivasi dalam merawat anak balita dengan gizi kurang yang ditandai dengan kurang kreatifitas dalam

mengolah makanan serta kurang telaten dalam merawat balita. Hal ini dapat dipahami karena kondisi keluarga yang memiliki keterbatasan dalam pengetahuan tentang gizi kurang.

5. Harapan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang

Masalah balita dengan gizi kurang merupakan masalah yang perlu ditangani segera agar dampak yang dihasilkan tidak menjadi lebih parah. Untuk itu pemerintah perlu melakukan berbagai upaya agar status gizi balita dapat ditingkatkan dengan optimal. Penelitian ini menggali harapan keluarga terhadap program pemerintah dalam upaya pemenuhan nutrisi balita.

Tema 7 : Program pemerintah dalam mengatasi masalah balita dengan gizi kurang

Harapan partisipan terkait dengan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah gizi kurang adalah terkait dengan jenis pelayanan yang perlu ditingkatkan baik dalam hal makanan tambahan, adanya jaminan kesehatan atau tanggungan biaya bagi balita yang perlu perawatan, pendidikan kesehatan dan perlu adanya pemberdayaan keluarga. Selain itu partisipan juga mengharapkan perubahan frekuensi layanan yaitu layanan Posyandu yang tadinya sebulan sekali menjadi seminggu sekali.

Upaya mengatasi masalah gizi kurang memerlukan peran perawat komunitas. Hitchcock, Schubert, dan Thomas (1999) menjelaskan bahwa intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nutrisi adalah dengan melakukan pengkajian sumber ekonomi dan kebiasaan makan keluarga, memberikan edukasi tentang nutrisi balita, memberikan suplemen vitamin, dan kunjungan rumah. Selain itu diperlukan juga penyediaan makanan untuk anak.

Depkes (2005) menjelaskan bahwa Kebijakan upaya perbaikan gizi dikembangkan dan diarahkan untuk meningkatkan status gizi masyarakat. Pokok program yang telah dicanangkan oleh pemerintah dalam mengatasi gizi kurang diantaranya adalah adanya 1) program pemberdayaan keluarga, melalui Upaya Perbaikan gizi keluarga secara terintegrasi dengan upaya peningkatan ekonomi dan ketahanan pangan, 2) program pendidikan gizi untuk mendukung tercapainya keluarga sadar gizi, 3) program suplementasi gizi, bertujuan untuk memberikan tambahan gizi kepada kelompok rawan utamanya untuk keluarga miskin dalam jangka pendek berupa makanan pendamping ASI untuk anak usia 6-11 bulan pada keluarga miskin.

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa sebenarnya program yang diharapkan oleh partisipan adalah sama dengan apa yang sudah dilakukan oleh pemerintah. Namun pada kenyataannya program-program tersebut belum bisa

dirasakan langsung manfaatnya oleh sebagian masyarakat. Hal ini sejalan dengan penjelasan Hardiansyah (2008) bahwa upaya penanganan masalah gizi pada anak usia di bawah lima tahun (balita) dinilai kurang efektif karena dalam beberapa tahun terakhir status gizi buruk pada populasi itu relatif stagnan. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional menunjukkan angka kasus gizi buruk tidak banyak berubah, masih sekitar 8.5 persen dari populasi anak balita. Stagnansi ini menunjukkan adanya sesuatu yang tidak efektif, Menurut dia selama ini penanganan masalah gizi dilakukan secara parsial sehingga tidak mampu menyentuh semua aspek pokok yang menjadi akar dari permasalahan tersebut. Contohnya, pemberian Makanan Pendamping ASI. Program ini bagus untuk perbaikan gizi anak, tapi setelah anak sudah pulih program dihentikan dan orang tuanya tidak mampu menyediakan kebutuhan gizi anaknya secara berlanjut karena miskin sehingga kasus itu kemudian akan berulang lagi.

Lebih lanjut Hardiansyah (2008) menjelaskan, upaya penanganan masalah gizi seharusnya dilakukan secara berlanjut dari berbagai aspek oleh lembaga/instansi lintas sektor dengan dukungan penuh dari pimpinan tertinggi Negara dan ditopang dengan program pemberdayaan ekonomi seperti pemberdayaan petani, pemberian kredit mikro dan pengembangan usaha kecil dan menengah.

Intervensi antara lain dilakukan dengan menggiatkan pemantauan pertumbuhan anak di Posyandu, pemberian makanan suplemen (Makanan Pendamping ASI,

Vitamin A dan tablet zat besi), pendidikan dan konseling gizi, pendampingan keluarga dan promosi keluarga sadar gizi serta Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) atau 'local area monitoring' melalui Puskesmas dan Posyandu.

Hartati (2008, dalam Anonim, 2008) menyatakan Dinas Kesehatan telah melaksanakan program berupa penyuluhan, pemantauan dan perbaikan gizi buruk dengan memberikan makanan tambahan terhadap 600 balita selama 90 hari sebagai upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah gizi kurang di wilayah kota Depok. Sudrajat (2008, dalam Anonim 2008) menyatakan kecamatan Pancoranmas sudah melakukan berbagai upaya untuk menurunkan angka gizi buruk diantaranya penyuluhan, konseling, pemberdayaan keluarga, pemantauan pemberian makanan tambahan seperti bubur kacang hijau, pemulihan, dan rujukan. Penanganan kasus gizi kurang memerlukan peranan dari pemerintah, praktisi kesehatan, dan keluarga. Pemerintah harus meningkatkan kualitas Posyandu, jangan hanya sekedar untuk penimbangan dan vaksinasi, tapi harus diperbaiki dalam hal penyuluhan gizi dan kualitas pemberian makanan tambahan, pemerintah harus dapat meningkatkan kesejahteraan rakyat agar akses pangan tidak terganggu. Praktisi kesehatan harus meningkatkan pelayanan dan pemberdayaan keluarga agar keluarga dapat mengatasi masalah kurang gizi. Para keluarga khususnya harus memiliki kesabaran bila anaknya mengalami problema makan, dan lebih memperhatikan asupan makanan sehari-hari bagi anaknya.

Upaya lain yang telah dilakukan untuk penanganan gizi buruk di Pancoran Mas adalah sudah terbentuk 14 pos gizi untuk membantu pemantauan asupan gizi. Hasil penelitian Astuti (2008, tidak dipublikasikan) tentang motivasi kader dalam mengelola pos gizi didapatkan bahwa kader merasakan kekuatan saat mengelola pos gizi karena keterlibatan peserta, tercapainya tujuan pos gizi dan motivasi dari pelaku pos gizi. Hambatan utama yang dirasakan kader adalah partisipasi masyarakat, kurangnya monitoring dan tidak tercapainya tujuan.

Partisipan menyatakan harapannya terhadap pelayanan kesehatan atau dalam hal ini program pemerintah adalah dengan ditingkatkannya program pemberdayaan keluarga. Oleh karena itu, untuk menanggulangi masalah gizi kurang pada balita diperlukan pemberdayaan keluarga karena keluarga merupakan *entry point* dalam menurunkan risiko gangguan akibat pengaruh gaya hidup dan lingkungan.

Hal ini didukung oleh hasil penelitian dari Lian, Muda, Hussin dan Hock (2007) tentang persepsi tenaga kesehatan bahwa keluarga sebagai *care giver* memainkan peranan penting dalam meningkatkan kesehatan balita yang mengalami malnutrisi. Praktik memenuhi makanan balita lebih berdasarkan pada kebutuhan dari semua anggota keluarga daripada kebutuhan balita sendiri. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Azis (1992) bahwa faktor yang mempengaruhi kenaikan berat badan anak adalah : praktek

pemberian makan oleh ibu, praktek ibu menimbang anak, dan pendidikan ibu. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa peran keluarga sangat penting dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita.

B. Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan terkait dengan penelusuran literature, metodologi baik dalam hal partisipan, instrument, proses wawancara, dan analisa.

1. Peneliti mengalami kesulitan dalam penelaahan literature sehingga penelaahan terhadap fenomena kurang mendalam. Kendala lain adalah adanya keterbatasan dalam memperoleh sumber dalam bentuk *full text* karena beberapa sumber hanya menampilkan abstrak penelitian sehingga peneliti kurang mendapatkan informasi yang detail tentang hasil penelitian atau fenomena yang sedang diteliti. Hal ini dikarenakan kemampuan peneliti yang belum optimal dalam menelusuri sumber literatur di internet serta aksesibilitas sumber literatur yang masih terbatas.
2. Hambatan dari aspek partisipan ditemui saat partisipan diminta menjawab pertanyaan terkait upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita. Partisipan malah bertanya sebaiknya apa yang harus dilakukan jika anaknya tidak mau makan. Untuk mengatasi hal ini, peneliti akan menghentikan wawancara dan menjelaskan bahwa nanti

setelah proses wawancara selesai akan dijelaskan lebih lanjut terkait pertanyaan yang diajukan. Hambatan lain yang ditemui dari aspek partisipan adalah terbatasnya kemampuan partisipan dalam menceritakan pengalamannya sehingga peneliti harus memancing pertanyaan dengan memberi contoh ilustrasi dari partisipan lain.

3. Keterbatasan dari aspek peneliti adalah kemampuan peneliti melakukan wawancara belum optimal sehingga hasil penelitian ini masih bersifat superfisial, belum menggali pengalaman keluarga secara mendalam, dan masih banyak aspek yang belum tergali dalam penelitian ini dikarenakan peneliti baru pertama kali melakukan penelitian kualitatif. Pada wawancara awal, peneliti kurang konsentrasi dengan respon atau jawaban dari partisipan sehingga peneliti mengalami bloking terhadap pertanyaan selanjutnya. Hal ini diantisipasi dengan cara peneliti lebih berkonsentrasi lagi dalam melakukan wawancara.
4. Keterbatasan lain yang dirasakan oleh peneliti adalah pada saat melakukan verbatim hasil wawancara. Kemampuan melakukan verbatim dirasakan masih belum terampil sehingga diperlukan trik khusus yaitu dengan cara melakukan verbatim segera setelah wawancara dan mendengarkan verbatim dalam kondisi tenang, konsentrasi dan tidak terburu-buru.
5. Waktu penelitian yang relatif pendek juga menjadi salah satu keterbatasan dalam penelitian ini. Kondisi ini mengakibatkan ketajaman analisis peneliti

menjadi terbatas, deskripsi narasi dan pembahasan menjadi kurang mendalam.

C. Implikasi Hasil Penelitian

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

1. Bagi Pelayanan Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini memberikan gambaran mengenai perasaan keluarga terhadap kondisi balita yang mengalami perasaan psikologis yang diekspresikan dengan perasaan cemas, takut, khawatir dan bingung. Dampak dari kondisi tersebut tentunya akan mempengaruhi kualitas pengasuhan ibu dalam meningkatkan pertumbuhan balita. Oleh karena itu diperlukan adanya upaya dari tenaga kesehatan khususnya perawat atau tenaga kesehatan yang lain untuk memberikan sikap caring, menghargai, memperhatikan, dan mendengarkan keluhan atau perasaan yang dihadapi keluarga dalam menghadapi pertumbuhan balita. Diharapkan juga adanya peran serta masyarakat terutama kader untuk mendampingi keluarga dengan memberikan dukungan pada keluarga pada saat Posyandu.

Upaya yang telah dilakukan keluarga dalam mengatasi anak balita dengan gizi kurang perlu lebih ditingkatkan terutama dalam prinsip pemberian makan dan

strategi yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi balita. Untuk itu perlu ditingkatkan peran perawat komunitas dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga agar lebih difokuskan pada upaya preventif dan promotif terutama dalam hal pengetahuan keluarga tentang cara mencegah dan mengatasi masalah balita gizi kurang.

Sistem pendukung yang didapat keluarga berupa dukungan sosial keluarga dapat dijadikan kekuatan dalam upaya memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang. 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. Petugas kesehatan perlu untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam menangani dan meningkatkan status gizi balita melalui pemberian gizi yang sesuai dengan kebutuhan balita.

Program yang telah dicanangkan oleh pemerintah terkait dengan upaya penanganan masalah balita dengan gizi kurang perlu ditingkatkan dan dioptimalkan pelaksanaan sampai ke tingkat pemberdayaan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita. Pelayanan kesehatan melalui Posyandu tidak hanya dalam melakukan penimbangan dan pemberian makanan tambahan saja tapi lebih kepada cara pemberdayaan keluarga terutama dalam peningkatan pengetahuan dan informasi dari tenaga kesehatan ataupun kader tentang nutrisi

yang baik bagi balita. Adanya gambaran tersebut perlu untuk segera ditanggapi, Dinas Kesehatan-Puskesmas dapat meningkatkan keoptimalan pelayanan Posyandu termasuk dalam ketersediaan SDM, sarana-prasarana, dan peningkatan pelayanan.

2. Bagi Penelitian Keperawatan

Beberapa dampak bagi penelitian keperawatan terlihat dari gambaran pengalaman keluarga dalam pemenuhan nutrisi balita gizi kurang di kelurahan pancoranmas depok. Keluarga merasakan perasaan cemas dan menerima dalam menghadapi pertumbuhan balita sehingga perlu dilakukan penelitian untuk melihat fenomena ini dari segi kuantitatif.

Upaya dan strategi yang telah dilakukan keluarga merupakan upaya yang sudah baik dan perlu ditingkatkan dengan melakukan berbagai penelitian tentang upaya-upaya yang sudah dilakukan keluarga seperti cara pemijatan/ urut diyakini dapat meningkatkan nafsu makan anak dan dapat meningkatkan status gizi balita. Keyakinan ilmiah mengenai dampak dari pemijatan belum banyak dilakukan oleh praktisi keperawatan khususnya perawat komunitas, terkait dengan ini maka perlu segera untuk dilakukan penelitian sehingga hasilnya dapat ditindaklanjuti secara nyata.

Sistem pendukung keluarga mencakup dukungan sosial keluarga yaitu adanya sumber dukungan yang didapat dari keluarga, masyarakat dan media; bentuk dukungan yang didapat berupa informasi dan instrumental merupakan faktor yang memperkuat keluarga dalam upaya mengatasi masalah gizi kurang sehingga perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh sumber dukungan dan bentuk dukungan yang telah dilakukan keluarga terhadap peningkatan status gizi balita.

Makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dapat meningkatkan motivasi keluarga dalam mengatasi masalah gizi kurang sehingga perlu dibuktikan lebih lanjut bagaimana motivasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita.

Banyaknya harapan yang ditujukan kepada pemerintah terkait dengan program untuk mengatasi masalah nutrisi perlu ditingkatkan dan dibuktikan dengan uji coba model pemberdayaan keluarga dalam mengatasi masalah gizi kurang.

BAB VI

SIMPULAN 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 keemasan terhadap pertumbuhan balita yang mengalami gizi kurang. Hal ini dibuktikan juga dengan hasil penelitian sebelumnya sehingga fenomena ini sangatlah wajar dirasakan oleh keluarga karena dampak yang dapat dirasakan jika pertumbuhan anak balita terhambat akan menyebabkan gangguan perkembangan pada balita dan berdampak pada kehidupan selanjutnya. Namun pembuktian secara kuantitatif masih perlu dilakukan untuk membuktikan fenomena ini.
2. Prinsip pemberian makan yang dilakukan keluarga dalam mengatasi anak balita dengan gizi kurang seperti makan sedikit tapi sering, pemberian makan cemilan dan pemberian susu formula merupakan tindakan yang sesuai yang diharapkan dapat meningkatkan dan merubah status gizi balita. Pemijatan secara rutin, pemberian jamu temu lawak merupakan perawatan kesehatan yang dilakukan keluarga terkait pemenuhan nutrisi.

3. Sistem pendukung yang digunakan keluarga merupakan faktor yang memperkuat upaya keluarga dalam menangani masalah kesehatan yang dirasakan keluarga untuk meningkatkan status gizi balita. Hal ini juga perlu penelitian lebih lanjut terkait dengan bentuk-bentuk dukungan apa saja yang perlu dilakukan oleh keluarga dalam mengatasi masalah balita dengan gizi kurang.
4. Makna pengalaman keluarga menunjukkan adanya peningkatan motivasi keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang. Sikap ini merupakan sikap yang positif dan berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya. Sikap ini perlu dipertahankan dan ditingkatkan agar keluarga lebih termotivasi dalam mengoptimalkan kesehatan balita khususnya dalam pemenuhan nutrisi.
5. Peningkatan jenis pelayanan dan frekuensi pelayanan terutama pada pelayanan Puskesmas dan Posyandu merupakan harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan. Keluarga berharap agar pemerintah terutama Puskesmas dan Posyandu lebih memperhatikan masyarakat dalam hal mengatasi masalah gizi kurang seperti tetap diberikannya suplementasi makanan, adanya jaminan kesehatan, pendidikan kesehatan, home visit dan pemberdayaan keluarga.

B. Saran

1. Bagi Petugas Kesehatan Puskesmas Pancoranmas

- a. Peningkatan pelayanan kesehatan terutama sikap perawat atau tenaga kesehatan dalam menghadapi keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita. Pelaksanaan program peningkatan gizi pada balita perlu

meningkatkan keberdayaan masyarakat, seperti melibatkan kader kesehatan dan dinas terkait dalam melatih keterampilan keluarga dalam memanfaatkan lahan pekarangan untuk sumber makanan bergizi, manajemen keuangan dalam pengelolaan pendapatan, dan manajemen menyusun menu bergizi.

- b. 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.
- c. Peningkatan program Posyandu terutama dalam pemberian informasi tentang gizi kepada keluarga yang mempunyai balita dengan gizi kurang.
- d. Peningkatan program perawatan kesehatan masyarakat dalam program Puskesmas dan pelibatan perawat spesialis komunitas dalam menjalankan program Puskesmas dalam pembinaan keluarga yang mengalami masalah gizi kurang dan peningkatan pengetahuan kesehatan pada keluarga termasuk peningkatan pendidikan ibu dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita.
- e. 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.
- f. Peningkatan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat khususnya bagi keluarga dengan balita yang mengalami gizi kurang.

2. Bagi Praktisi Peneliti Ilmu Keperawatan

- a. Perlu dibuktikan dengan melakukan penelitian kuantitatif tentang faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi respon keluarga dalam menghadapi pertumbuhan balita dan sejauhmana tingkat kecemasan keluarga dalam menghadapi pertumbuhan balita dengan gizi kurang
- b. Penelitian kuantitatif tentang pengaruh dukungan sosial keluarga terhadap peningkatan status gizi balita
- b. Pengembangan ilmu dengan penelitian lanjutan mengenai hubungan variabel pengaruh pemijatan rutin terhadap peningkatan status gizi anak.
- c. Perlu dilakukan penelitian *action research* tentang model pemberdayaan keluarga yang dapat meningkatkan status gizi balita.

DAFTAR PUSTAKA

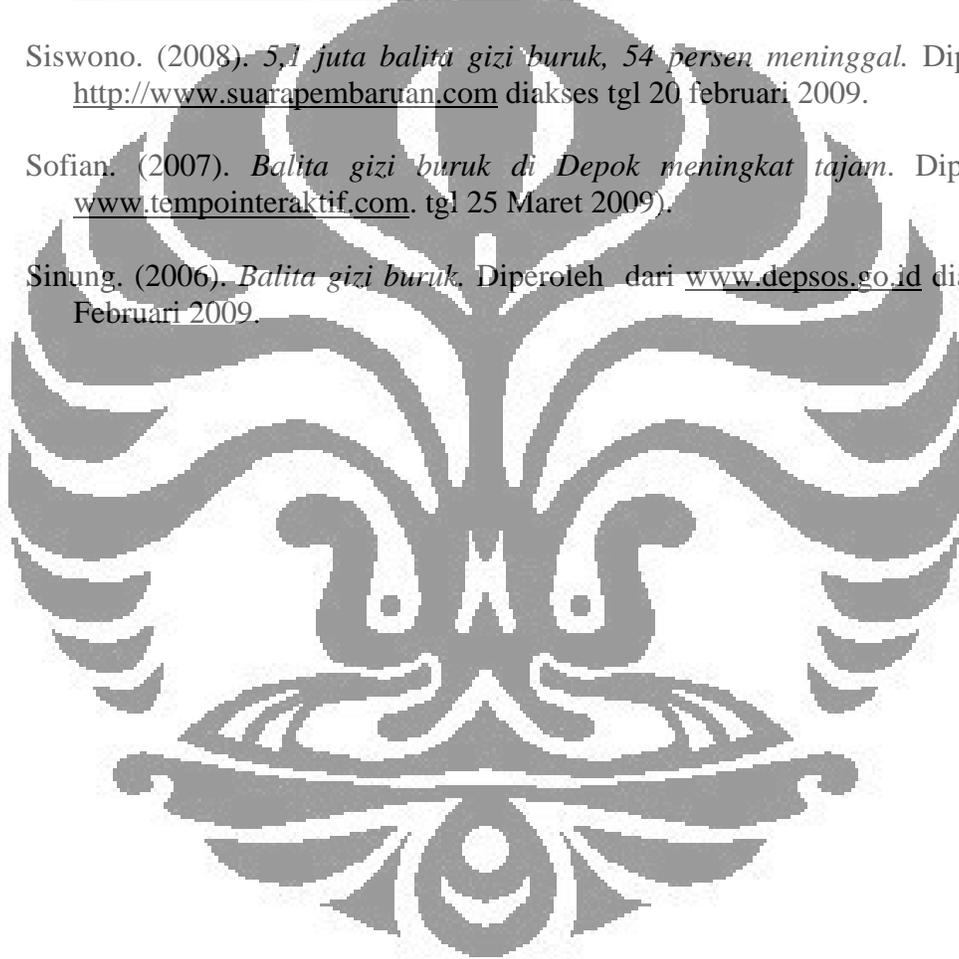
- Allender, J.A and Spreadley, B.W. (2001). *Community health nursing: concepts and practice*. (5th Ed.), Philadelphia : Lippincott.
- Andrafikar. (2003). *Faktor Determinan Kurang Energi dan Protein (KEP) Anak Usia 6 Bulan sampai dengan 3 Tahun di Kecamatan Kuranji Kota Padang Tahun 2003*. Tesis UI.
- Anonim. (2008). *441 balita kota Depok menderita gizi buruk*. Diperoleh dari www.pdrc.co.id. Tgl 21 Februari 2009).
- Almatsier. (2002). *Prinsip dasar ilmu gizi*. Gramedia Pustaka Utama.
- Arisman. (2003). *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC.
- Astuti, N.P. (2008). *Pengalaman Kader dalam Mengelola Pos Gizi dengan Pendekatan Positive Deviance di Kelurahan Pancoran Mas Kecamatan Pancoran Mas Kota Depok Jawa Barat*. Tidak dipublikasikan.
- Atmarita (2005). *Nutrition Problems in Indonesia*. Yogyakarta: UGM
- Azis, E. (1992). *Hubungan perilaku ibu terhadap gizi dengan kenaikan berat badan anak di Kabupaten Bogor tahun 1992*.Tesis UI.
- Basuki, U. (2003). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baduta (6-23bulan) Pada Keluarga Miskin dan Keluarga Tidak Miskin Di Kota Bandar Lampung tahun 2003*.Tesis UI.
- Bowden, V.R., Dickey, S.B., & Greenberg, C.S., (1998). *Children and their families : the continuum of care*. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Brockopp, D.Y., & Tolsma, M.T.H. (1995). *Dasar-Dasar Riset Keperawatan*. Edisi ke-2. Jakarta : EGC.
- Carvahaels, M.A., Benicio, M.H.D., & Barros, A. (2005). Social Support and Infant Malnutrition : a case control study in an urban area of Southeastern Brazil. *British Journal of Nutrition*. 94, 383-389.
- Danielson, C.B., Bissell, B.H., & Fry, P.W. (1993). *Families, Health, & Illness : Perspectives on Coping and Intervention*. St. Louis : Mosby.
- Depkes. (2006). *Pedoman Tatalaksana Kurang Energi Protein pada Anak di Puskesmas dan Rumah Tangga*. Diperoleh dari www.gizi.net. Tgl 12 April 2009.

- Depkes (1997). *Pedoman Penanggulangan Kekurangan Energi Protein (KEP) dan Petunjuk Pelaksanaan PMT pada Balita*. Jakarta: Depkes RI
- Depkes. (1998). *Tuntuan Praktis Bagi Tenaga Gizi Puskesmas Bekalku Membina Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi)*. Jakarta: Depkes
- Depkes. (2003). *Investasi Kesehatan Untuk Pembangun Ekonomi*. Jakarta: Depkes.
- Depkes. (2005). *Standar Pemantauan Pertumbuhan Balita*. Jakarta: Departemen Kesehatan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Depkes, RI. (2005). *Pedoman perbaikan gizi balita dasar dan madrasah ibtdaiyah*. Jakarta: Dirjen Binkesmas Direktorat Gizi Masyarakat.
- Depkes, RI (1995). *Panduan 13 Pesan Dasar Gizi Seimbang*. Jakarta: Depkes.
- Djasmidar. (1999). *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Status Gizi Baik Anak Usia 6-17 Bulan pada Keluarga Miskin di Jakarta Utara, Kabupaten Bogor dan Kabupaten Lombok Timur Tahun 1999 (Analisis Data Sekunder)*. Tesis UI.
- FKM UI. (2007). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (2003). *Family Nursing: research, theory, and practice*. 5th Ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. (1998). *Keperawatan Keluarga :Teori dan Praktek*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Greder, K.A.B. (2000). *Human Development and Family Studies*. Iowa: Iowa State University.
- Green (1991). *Health Promotion Planning: An Education & Environment Approach*. Marry Field Publishing Company.
- Hanson , S.M.H., & Boyd, S.T. (1996). *Family Health Care Nursing : Theory, Practice, and Research*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- Hardiansyah. (2008). *Upaya penanganan masalah gizi kurang kurang efektif*. Diperoleh dari www.menkokesra.go.id, tgl 10 Juli 2009.
- Harsiki, T. (2002). *Hubungan Pola Asuh Anak dan Faktor Lain Dengan Keadaan Gizi Anak Balita Keluarga Miskin di Pedesaan dan Perkotaan Propinsi Sumatera Barat Tahun 2002*. Tesis UI.
- Herawati, N. (1997). *Asuhan Keperawatan Klien Ansietas*. Tidak dipublikasikan.

- Hitchcock, J.E., Schubert, P.E., Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: caring in action*. Alhani : Delmas Publisher.
- Huriah, T. (2006). *Hubungan perilaku ibu dalam memenuhi gizi dengan status gizi balita di Kecamatan Beji Depok*. Tesis UI.
- Irawan, P. (2006). *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Depok : Departemen Ilmu Administrasi FISIP UI.
- Khomsan, A. (2000). *Teknik pengukuran pengetahuan gizi*. Bogor: Jurusan gizi masyarakat dan sumberdaya keluarga Fakultas Pertanian IPB.
- Khomsan. (2008). *Pentingnya Gizi untuk Pertumbuhan Anak*. Diperoleh dari www.medicastore.com, tgl 20 Maret, 2009).
- Kautsar. (2008). *Pijat bayi*. Diperoleh dari <http://kautsarku.wordpress.com>, tgl 10 Juli 2009.
- Lian, C.W., et.al. (2007). A Qualitative Study on Malnutrition in Children from the Perspectives of Health Workers in Tumpat, Kelantan. *Mal J Nutr* 13(1): 19-28, 2007.
- Lindsay, A.C., Machado, M.T., Sussner, K.M, & Hardwick, C.K. (2009). Brazilian Mother's Beliefs, Attitudes and Practices related to Child Weight Status and Early Feeding within the Context of nutrition transition. *Journal of Biosocial Science*. Cambridge : Jan 2009. Vol 41.
- Musa. (2007). *Gizi Buruk di Jawa Barat*. Diperoleh <http://www.pikiran-rakyat.com>, tanggal 19 Desember 2007.
- Nita. (2008). *Mengetahui Status Gizi Balita Anda*. Diperoleh dari <http://www.medicastore.com>, tgl 15 Februari 2009.
- Nency, Y., & Arifin, M.T. (2007). *Gizi buruk, ancaman generasi yang hilang*. Diambil dari <http://io.ppi-jepang.org/article.php>.
- Nies, M.A., and McEwen, M. (2001). *Community Health Nursing: Promoting the Health of Population*. (3rd Ed.), Philadelphia: Davis Company.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan : Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Penerbit Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- Nurhalinah. (2006). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Gizi Balita terhadap Kemampuan Ibu dalam Memberikan Asupan Gizi Balita di Kecamatan Indralaya Kecamatan Ogan Ilir*. Tesis FIK UI.
- Nursasi, A.Y. (2008). *Studi Fenomenologi: Pengalaman Ibu dalam Meningkatkan Gizi Anak Melalui Kegiatan Pos Gizi di RW 19 Kelurahan Depok Kecamatan Pancoran Mas*. Tidak dipublikasikan.
- Orisinal. (2001). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita di Sumatera Barat Tahun 2001 (Analisis Data Sekunder)*. Tesis UI.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parson, M.A. (2001). *Health Promotion in Nursing Practice*. NJ : Prentice hall.
- Pipes, P.L. (1989). *Nutrition in Infancy and Childhood*. 4th ed. St.Louis: Mosby Company.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods*. 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. 6th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Rasni, H. (2008). *Pengalaman Keluarga Miskin dalam Pemenuhan Nutrisi pada Balita di Lingkungan Pelindu Kelurahan Karangrejo Kecamatan Summersari Jember*. Tidak dipublikasikan.
- Roesli. (2008). *Pedoman Pijat bayi*. Diperoleh dari www.bookoopedia.com, tgl 10 Juli 2009.
- Siswono. (2006). *Program untuk balita kurang gizi*. Diperoleh dari www.republika.co.id. Tgl 23 Februari 2009.
- Sariningsih, Y. (2002). *Perilaku Orangtua Dalam Memenuhi Kebutuhan Gizi Balita Pada Keluarga Miskin Di Kelurahan Babakan Kota Bandung*. Tesis FKM UI.
- Soekirman. (2000). *Ilmu Gizi dan aplikasinya: untuk keluarga dan masyarakat*. Jakarta : Depdiknas.
- Soekirman. (2008). *Gizi buruk, kemiskinan, dan KKN*. Diperoleh dari www.pdrc.co.id diambil tgl 16 Februari 2009.
- Supariasa, I.D.N., Bakri, B., Fajar, I. (2002). *Penilaian status gizi*. Jakarta: EGC.
- Speziale, H.J.S, & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.

- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 8th ed. St. Louis: Mosby.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2000). *Community & Public Health Nursing*. 5th ed. St. Louis : Mosby.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2003). *Community & Public Health Nursing*. 5th ed. St. Louis : Mosby.
- Sururi. (2006). *Penanggulangan gizi buruk*. Diperoleh dari <http://www.dinkespurworejo.go.id/> tgl 24 Februari 2009.
- Siswono. (2008). *5,1 juta balita gizi buruk, 54 persen meninggal*. Diperoleh dari <http://www.suarapembaruan.com> diakses tgl 20 februari 2009.
- Sofian. (2007). *Balita gizi buruk di Depok meningkat tajam*. Diperoleh dari www.tempointeraktif.com. tgl 25 Maret 2009).
- Sinung. (2006). *Balita gizi buruk*. Diperoleh dari www.depsos.go.id diakses tgl 21 Februari 2009.



PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Poppy Fitriyani

**Status : Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan
Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

NPM : 0706194892

Bermaksud mengadakan penelitian tentang "Pengalaman Keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang" dengan pendekatan kualitatif. Bersama ini saya akan menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang akan saya lakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang makna pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita gizi kurang. Adapun manfaat penelitian secara garis besar adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan keluarga dengan balita dalam mengatasi gizi kurang di rumah.

Penelitian ini tidak akan memberikan pengaruh yang merugikan pada Bapak/Ibu/Saudara, hanya menggunakan wawancara untuk menggali pengalaman Bapak/Ibu/Saudara tentang pengalaman keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita dengan gizi kurang. Partisipasi Bapak/Ibu/Saudara bersifat sukarela tanpa paksaan, dan apabila menolak sebagai partisipan tidak ada sanksi apapun.

Wawancara akan dilakukan satu kali pertemuan selama 50-60 menit dengan partisipan, sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat oleh peneliti dan partisipan, jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara yang kedua dengan waktu disepakati dan ditetapkan kemudian. Selama wawancara dilakukan, partisipan diharapkan dapat menyampaikan pengalamannya dengan runut dan lengkap.

Selama penelitian dilakukan, peneliti menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan dan tape recorder untuk membantu kelancaran pengumpulan data. Semua catatan yang berhubungan dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode partisipan dan bukan nama sebenarnya dari partisipan. Partisipan berhak mengajukan keberatan pada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan, dan selanjutnya akan dicari penyelesaian berdasarkan kesepakatan peneliti dan partisipan.

Depok , April 2009

Peneliti

Poppy Fitriyani

NPM. 0706194892

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Setelah membaca dan mendengarkan penjelasan penelitian ini (terlampir) dan setelah mendapatkan jawaban dari pertanyaan saya terkait penelitian ini, maka saya memahami tujuan penelitian ini yang nantinya akan bermanfaat bagi keluarga-keluarga lain yang juga mempunyai anggota keluarga dengan balita. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan pada penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi pemahaman tentang nutrisi balita. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Tanda Tangan Informan

Tanggal :

Tanda Tangan Saksi

Tanggal :

Tanda Tangan Peneliti

Tanggal :

DATA DEMOGRAFI

Inisial Partisipan :

Umur partisipan :

Alamat :

Agama :

Jenis Kelamin :

Suku :

Status Pendidikan :

Pekerjaan :

Nomor Telepon :

Penghasilan keluarga :

Hubungan dengan balita :

Usia balita :

BB :

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

Saya sangat tertarik untuk mengetahui pengalaman Bapak/Ibu/Saudara dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita, dapatkah Bapak/Ibu menceritakan apa saja terkait dengan pengalaman tersebut, termasuk semua peristiwa, pendapat, pikiran dan perasaan yang dialami selama ini.

- a. Bagaimana tanggapan atau perasaan Bapak/Ibu/Saudara dalam menghadapi pertumbuhan atau perubahan berat badan balita ?
- b. bagaimana upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi nutrisi balita ?
- c. menurut bapak/ibu.saudara sumber dukungan apa yang ibu dapatkan dalam melakukan upaya pemenuhan nutrisi balita?
- d. Apa makna atau hikmah keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita?
- e. apa harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan terkait pemenuhan nutrisi pada balita?

Lampiran 5

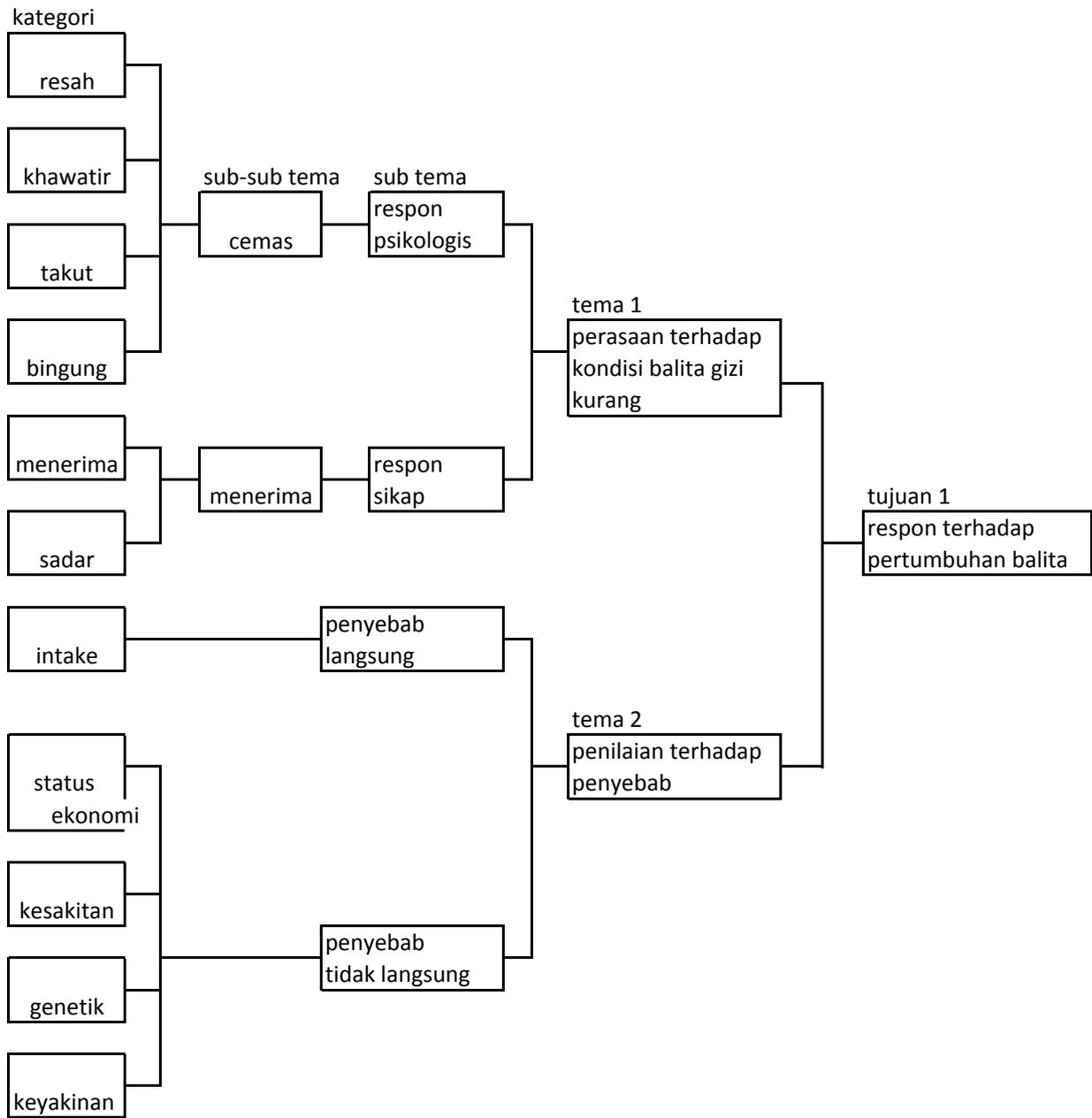
LEMBAR CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTE*)

Tanggal :
Waktu (jam) :
Tempat :
Pewawancara :
Informan :
Dihadiri oleh :
Posisi duduk :
Situasi Wawancara :

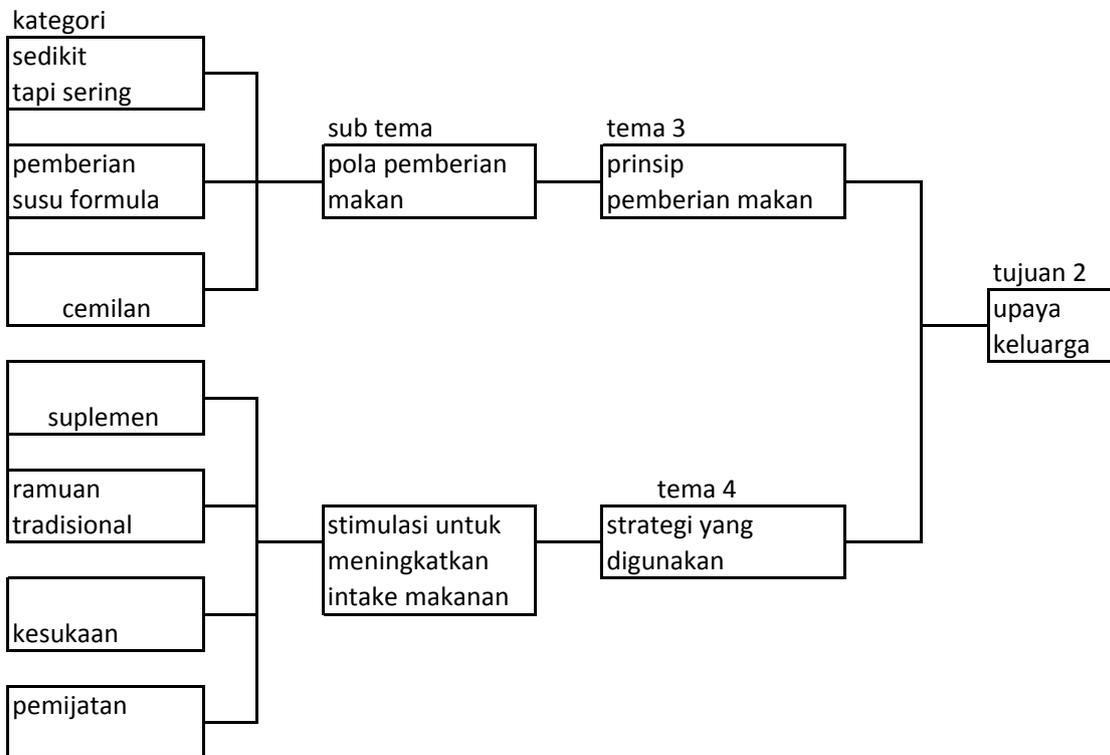
Karakteristik partisipan (penampilan, pakaian, dll):

RESPON YANG DIAMATI	ARTI DARI RESPON
Rencana isi <i>field Note</i> :	
Komunikasi non verbal yang sesuai dengan komunikasi verbal informan	
Komunikasi non verbal yang tidak sesuai dengan komunikasi verbal informan	

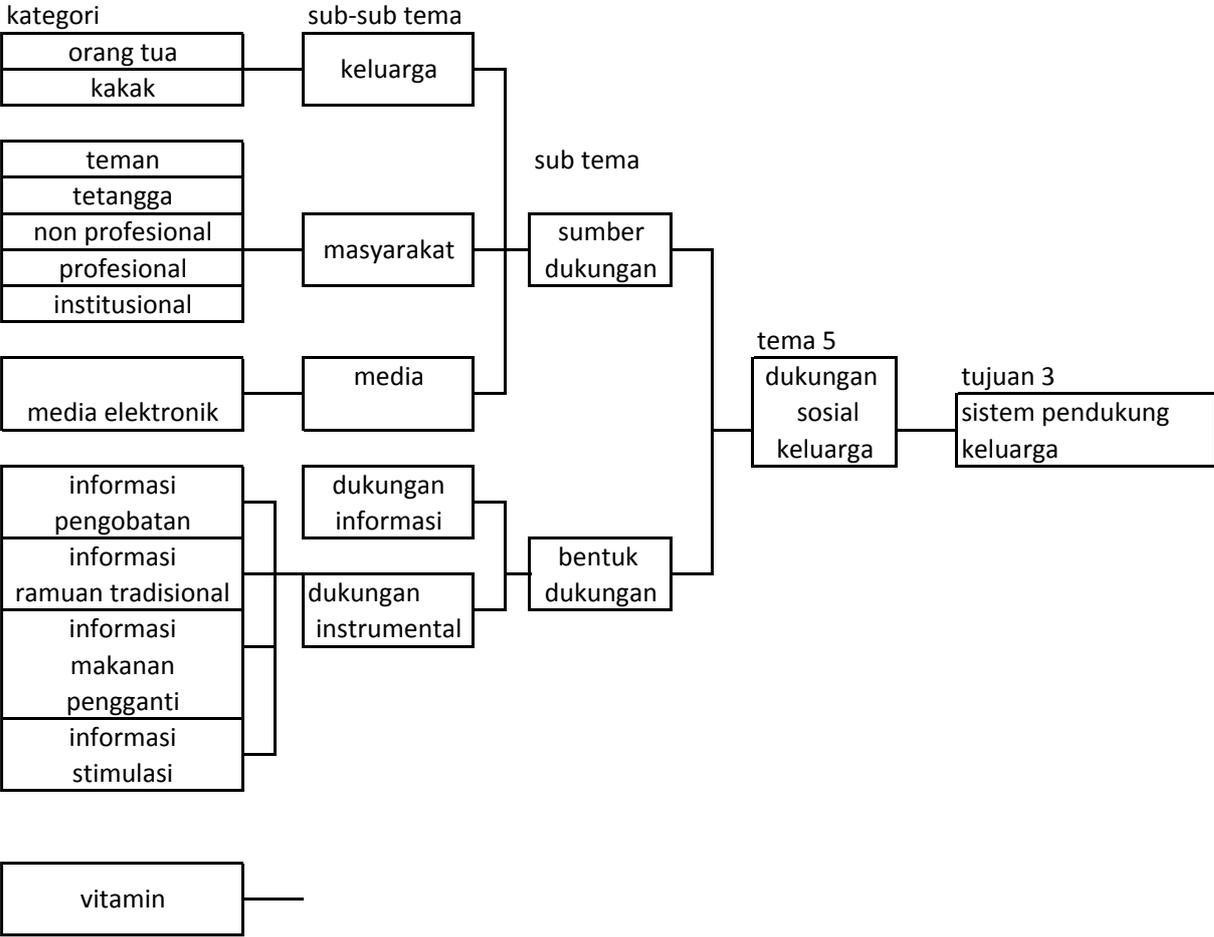
Skema 1. Respon terhadap pertumbuhan balita



Skema 2 . Upaya yang dilakukan keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita



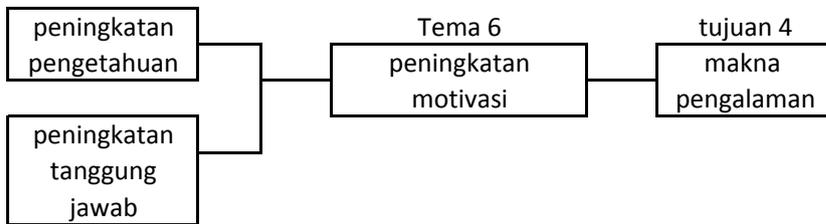
Skema 3. Sistem pendukung keluarga



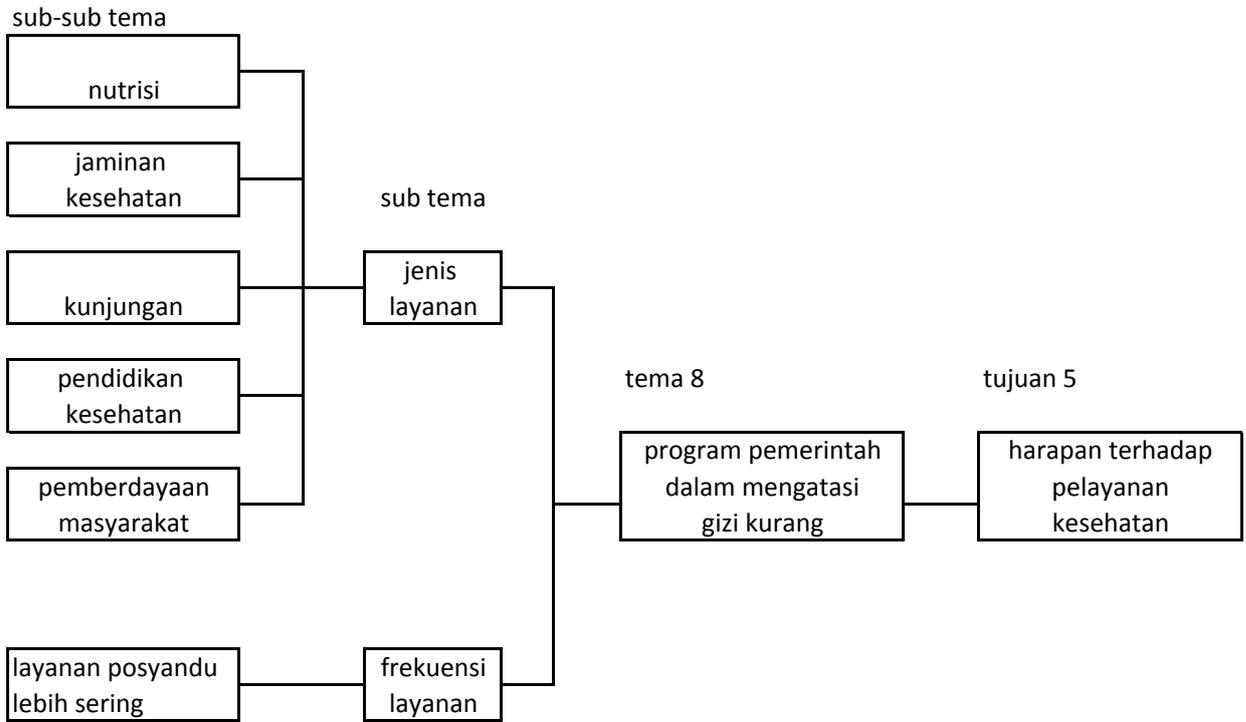
Lampiran 6

Skema 4. Makna pengalaman keluarga

kategori



Skema 5. Harapan terhadap pelayanan kesehatan



Data demografi partisipan

No.	Usia ibu/nenek	Hubungan dg balita	Agama	Suku	Pekerjaan	Penghasilan	Pendidikan
P1	30 th	ibu	Islam	betawi	Ibu rumah tangga	< 1 jt	SMA
P2	27 th	ibu	Islam	Jawa	Ibu rumah tangga	< 1 jt	SD
P3	35 th	ibu	Islam	Betawi	Ibu rumah tangga	< 1 jt	SMP
P4	24 th	ibu	Islam	Jawa	Ibu rumah tangga	< 1 jt	SMA
P5	70 th	nenek	Islam	Jawa	Ibu rumah tangga	< 1 jt	SD
P6	35 th	ibu	Islam	Betawi	Ibu rumah tangga	>1 jt	SMEA

Data demografi anak balita

No	Usia balita	BB (kg)	Jenis kelamin	Urutan kelahiran	Jumlah saudara
P1	17 bulan	8.5	Perempuan	2	1
P2	32 bulan	10	Perempuan	1	-
P3	18 bulan	9.1	Laki-laki	1	-
P4	26 bulan	10	Laki-laki	1	-
P5	26 bulan	9.6	Laki-laki	2	2
P6	31 bulan	10	perempuan	3	3

KISI-KISI TEMA

Tujuan khusus	Tema	Sub tema	sub-sub tema	kategori	kata kunci	p1	p2	p3	p4	p5	p6		
Respon terhadap pertumbuhan	respon terhadap kondisi balita	respon psikologis	cemas	resah	* yah resah aja sih ..kan kalau itu kan harusnya tiap bulan naik yah				v				
				khawatir	* yah khawatir aja sih di bilang kurang gizi....				v				
					* yah kasianan dia kecil amat gitu yah...							v	
				takut	* takut juga kalau berat badannya gak naik-naik...			v					
				bingung	* cuman herannya kok gak naik-naik ...bingung saya juga gak ngerti ...		v						
					* yah bingung sih...gimana caranya...			v					
					* makanya nih lagi bingung pengen nanya-nanya ...				v				
					* yah nih makanya bingung badannya segitu-segitu aja				v				
			* saya penasaran nih anak makannya doyan tapi segitu-segitu aja gak naik-naik			v							
			* yah penasaran sih bingung gimana yah....			v							
		respon sikap			sadar	* saya sadar sih kalau itu kurang gizi...							v
					menerima	* mendingan lah daripada kakaknya....						v	

Tujuan khusus	Tema	Sub tema	Sub-sub tema	kategori	kata kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6			
respon terhadap pertumbuhan balita	penilaian terhadap penyebab	penyebab langsung	intake	kurang asupan	* emang makannya kurang sih waktu itu...				v					
					* kurang makanmakannya susah...	v								
					* kurang makanan di rumah...emang asupannya kurang						v			
		penyebab tidak langsung	status ekonomi	pendapatan	kesakitan	sering sakit	* pendapatannya kurang...kebutuhannya banyak...						v	
							* hampir tiap bulan panas...demam tinggi, batuk, pilek				v			
								v						
													v	
											v			
			gangguan kesehatan					* kalau lagi sakit gak mau makan...panas, batuk, pilek			v			
								* kalau sakit malah gak mau makan...	v					
								* ...tapi kalau lagi sakit nih bu....gak mau makan...		v				
								* lagi sakit gak mau makan....				v		
								* kalau batuk dia berasa banget cepet kurus dia itu						
								v						
					yah adakah sebulan sekali....									
genetik	keturunan				* katanya sih dulu juga bapaknya begitu...katanya.... kata cerita mertua saya	v								
					* kayanya bawaan bapaknya deh...bapaknya aja ceking			v						
keyakinan	bakat				emang bawaannya dia gitu kali badannya yah....		v							
					kata bapaknya emang udah awaknya kali mah segitu ...						v			

Tujuan khusus	Tema	sub tema	su-sub tema	kategori	kata kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6		
upaya yang dilakukan keluarga	prinsip pemberian makan	pola pemberian makanan	porsi makan	sedikit tapi sering	kalau makan..biarpun sedikit tetep saya kasih...			v					
					makannya sedikit-sedikit begini lebih sering sih saya kasihin			v					
			pemberian susu formula	paling dikasih susu aja				v					
				kalau malem nih makannya gak mau udah dikasih susu aja			v						
				siang juga sih kalau dia gak mau makan saya kasih susu									
				yah dikasih cemilan aja roti...sosis yang itu tuh...so nice			v						
	strategi yang digunakan	stimulasi untuk meningkatkan nutrisi	suplemen	pengobatan	pake vitamin udah...pake scott emulsion pernah...P6						v		
					...kalau gak..dikasih vitamin waktu itu omivid ...				v				
					dikasih vitamin....pernah dikasih curcuma....P1	v							
			cara tradisional	ramuan tradisional	kalau dia gak mau...ampe saya cekokin kalau dia kagak mau...						v		
					mau makan...								
					dicekok ama biang kunyit	v							
					kesukaan	dia sukanya pake kecap..apa telornya dikecapin...						v	
			perhatian terhadap prinsip perkembangan	perhatian terhadap prinsip perkembangan	bermain	pemijatan	dari bayi juga suka diurut..pokoknya kalau udah rewel-rewel	v					
							saya ajak main ...bari jalan ...P6						v
							saya ajak jalan...saya ngeliat mobil di depan ...	v					
			perhatian terhadap prinsip perkembangan	perhatian terhadap prinsip perkembangan	bermain	pemijatan	dia mau makan kadang-kadang harus main....				v		
							..sama dibohongin kalau pergi gitu...pergi tar gak diajak..gitu ...						v
suka dibohongi tar kalau gak mau dicekok										v			

tujuan khusus	tema	sub tema	sub-sub tema	kategori	kata kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6
sistem pendukung keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita	dukungan sosial keluarga	sumber dukungan	keluarga	orang tua	dapet informasi dari orang tua ..				v		
					cuman kan kata orang tua bilang coba deh di urut	v					
					kata emak saya..jangan...jangan dikasih pisang ambon	v					
			kakak	pernah nanya kakak saya...kasih aja vitamin ...			v				
		masyarakat	teman	dikasih tahu sama temen ibu saya					v		
			tetangga	tetangga sih ada itu...tukang tempe...dikasih ini deh vitamin....		v					
			cara tradisional	kata tukang urut dicekok aja pake biang kunyit....		v					
			tenaga kesehatan	ke bidan...dikasih vitamin...					v		
			institusional	dapet vitamin dari posyandu					v		
		media	media elektronik	...tahunya dari TV					v		
		bentuk dukungan	dukungan informasi	jenis informasi	dikasih tahu sama temen ibu saya					v	
					pernah nanya kakak saya...kasih aja vitamin ...			v			
					kata tukang urut dicekok aja pake biang kunyit....		v				
					...ya udah kalau gak mau makan kasih susu aja...				v		
					cuman kan kata orang tua bilang coba deh di urut		v				
			dukungan instrumental	vitamin	dapet vitamin dari posyandu					v	
		ke bidan ...dikasih vitamin					v				

Tujuan khusus	tema	sub tema	sub-sub tema	kategori	kata kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6
makna pengalaman	peningkatan			peningkatan	setelah perawat ke sini baru tahu deh		v				
				pengetahuan	makanya bingung ...pengen nanya-nanya ...			v			
	peningkatan			pengen banget ...gimana sih pengen ngurusin bener..			v				
	tanggung jawab			pengennya mah gemuk...sehat	v						

Tujuan khusus	tema	sub tema	sub-sub tema	kategori	kata kunci	P1	P2	P3	P4	P5	P6			
harapan terhadap pelayanan kesehatan pemerintah dalam mengatasi gizi kurang	program pemerintah	jenis layanan	nutrisi	makanan	ada makanan bayi dulu yah...kalau di Jakarta dibagi biskuit						v			
				tambahan										
			jaminan	tanggung RS	mungkin yah perawatan di rumah sakit apa ditanggung							v		
				kesehatan	perhatian	pengennya sih biar lebih diperhatikan lagi...				v				
			kunjungan	home visit	yah kalau sering-sering kaya begini nih datang ke rumah					v				
			pendidikan kesehatan	penyuluhan	...belum ada penyuluhan gitu..kalau misalnya buat gizi				v					
					dikasih tahu lah gitu ...belum ada sih penyuluhan					v				
					pengen banget ada orang yang ngebilangin gitu....				v					
					pengennya ini deh bu...dikasih nasehat				v					
			pemberdayaan masyarakat	pemberdayaan keluarga	jadi menurut saya dari dalam lingkungan itu aja..								v	
					pemberdayaan manusianya...									
			frekuensi layanan				lebih sering	tapi kan posyandu cuman sebulan sekali.. coba kalau seminggu sekali						v

DAFTAR RIWAYAT HIDUP PENELITI

Nama : Poppy Fitriyani

Tempat/ tanggal lahir : Sukabumi, 22 September 1977

Telp/HP : 081381903090

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Sudajaya Hilir III Sukabumi 1983
2. SMPN 2 Sukabumi 1989
3. SMAN 1 Sukabumi 1992
4. S1 Keperawatan FIK UI 1995

Riwayat Pekerjaan :

1. Tahun 2000-sekarang : Dosen FIK UI