

BAB V

PEMBAHASAN

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

A. Interpretasi Hasil dan Analisa Kesenjangan

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

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

1. Karakteristik Responden

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

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

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

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

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

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

2. Respon keluarga terhadap kemiskinan yang dialami

Tema 1 : Penilaian status ekonomi keluarga

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

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

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

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

Tema 2: Pengelolaan keuangan keluarga

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Perilaku keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita

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

Tema 3: Pemberian Kolostrum dan ASI Matur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tema 4: Pemberian susu formula

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tema 5: Pemberian makanan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pemberian makanan lanjutan pada anak usia < 6 bulan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pemberian makanan lanjutan saat anak berusia 6 bulan – 12 bulan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pemberian makanan lanjutan pada saat anak berusia > 12 bulan

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

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

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

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

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

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

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

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

b. Menu makanan yang diberikan

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

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

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

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

3. Strategi yang dilakukan keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita

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

Tema 6: Cara akses sumber nutrisi keluarga

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

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

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

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

Tema 7: Prinsip pemberian makan

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

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

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

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

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

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

Tema 8: Pemeliharaan kesehatan

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

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

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

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

4. Faktor pendukung dan penghambat dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Tema 9: Faktor penghambat

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

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

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

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

Tema 10: Faktor Pendukung

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

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

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

5. Kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan

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

Tema 11: Intervensi pelayanan kesehatan yang diterima

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tema 12: Kelemahan pelayanan kesehatan

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

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

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

Tema 13: Kekuatan pelayanan kesehatan

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

6. Harapan terhadap pelayanan kesehatan

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

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

Tema 14: Peningkatan pelayanan

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

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

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

Tema 15: Peningkatan sarana-prasarana

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

B. Keterbatasan Penelitian

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

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

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

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

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

C. Implikasi Hasil Penelitian

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

1. Bagi Pelayanan Keperawatan Komunitas di Puskemas Summersari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Bagi Penentu Kebijakan di Pemerintahan Kabupaten Jember

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

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

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

3. Bagi Penelitian Keperawatan

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

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

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

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

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

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