

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

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

A. Masyarakat Miskin Bagian Dari Populasi Rentan

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Kategori keluarga miskin

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

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

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

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

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

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

2. Indikator keluarga miskin

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

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

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

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

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

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

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

3. Dampak kemiskinan terhadap kesehatan

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

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

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

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

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

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

B. Keluarga Dengan Balita Gizi Kurang

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

1. Faktor penyebab balita gizi kurang

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

a. Balita

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

b. Keluarga

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

1) Kepercayaan sehat yang kurang baik, seperti:

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

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

2) Pola asuh yang kurang baik, seperti:

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

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

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

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

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

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

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

2. Kondisi *high risk* balita gizi kurang

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

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

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

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

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

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

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

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

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

berbagai masalah kesehatan dan juga gangguan perkembangan pada tahap selanjutnya.

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

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

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

3. Status gizi balita

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

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

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

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

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

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

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

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

Papas Sinar Sinanti

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

4. Makanan balita

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

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

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

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

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

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

Tabel 2.2. Jadwal pemberian makanan pada bayi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Keterangan:

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

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

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

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

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

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

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

4. Peran keluarga pada balita

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Keberdayaan Keluarga Miskin Pada Pemenuhan Nutrisi Balita

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D. Kontribusi Perawat Komunitas Pada Populasi Miskin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. Studi Fenomenologi

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

1. Definisi fenomenologi

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

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

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

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

2. Karakteristik dasar metode fenomenologi

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

a. Fenomenologi deskriptif

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

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

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

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

b. Fenomena esensi

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

c. Fenomena tampilan

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

d. Fenomena konstitusi

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

e. Fenomena reduksi

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

f. Fenomenologi interpretasi atau *hermeneutic*

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

3. Interpretasi Metodologi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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