

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

memberikan jajan bergizi, memiliki kiat untuk mengatasi masalah malas makan, memberikan makanan tambahan yang kaya vitamin dan protein (*Positive Deviance*, 2003, ¶8, <http://www.positivedeviance.org>, diperoleh 26 Maret 2008; Sirajuddin, 2007, ¶16, <http://www.gizi.net>, diperoleh 26 Maret 2008; Sternin, Sternin, & Marsh, 1998). Informasi penelitian tersebut yang telah memotivasi peneliti untuk melakukan penelitian. Informasi dari penelitian diharapkan dapat menjadi masukan bagi petugas kesehatan, khususnya perawat komunitas di Jember dalam menyusun program penanganan masalah gizi kurang dan buruk pada balita dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat dan pengembangan potensi yang dimiliki masyarakat.

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

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

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

B. Rumusan Masalah

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

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

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

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

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

2. Tujuan Khusus

Teridentifikasi:

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

D. Manfaat Penelitian

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

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