



**PENGALAMAN PEMBERIAN ASUPAN NUTRISI PADA BATITA
DI KELUARGA MISKIN YANG MEMILIKI STATUS GIZI BAIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ROWOTENGAH
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh
Ahmad Naufal Alfarisi
NIM 102310101040

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**PENGALAMAN PEMBERIAN ASUPAN NUTRISI PADA BATITA
DI KELUARGA MISKIN YANG MEMILIKI STATUS GIZI BAIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ROWOTENGAH
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

Ahmad Naufal Alfarisi
NIM 102310101040

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

PERSEMBAHAN

Dengan segala kerendahan hati dan puji syukur kehadirat Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayahanda Fathurrozi, Ibunda Istifadah, Adik-adikku Achmad Rifqy Ramadhan, Ridha Nur Afifah, Fihidayatul Azizah, dan keluarga besar tercinta, terima kasih atas doa dan kasih sayang yang senantiasa tercurah dan mengiringi perjalanan hidup dan motivasi hingga tumbuh dan berdiri sampai saat ini, serta pengorbanan selama ini demi teraihnya cita-cita masa depan;
2. Guruku TK ABA, SD Negeri 03 Bangsalsari, SMP Negeri 01 Bangsalsari, SMA Nurul Jadid, hingga Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember terhormat, yang telah memberikan ilmu dan membimbing dengan penuh kesabaran;
3. Pendamping hidup saya Erma Karlina, yang telah memberikan cinta, semangat, dan tetap sabar mengingatkan dalam menyelesaikan skripsi ini;
4. Semua sahabatku yang turut membantu dan mendo'akan saya selama ini;
5. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, terimakasih telah mengantarkan saya menuju masa depan yang lebih cerah atas dedikasi dan ilmunya.

MOTO

“Sesungguhnya jika kamu bersyukur, pasti Kami akan menambah (nikmat) kepadamu; dan jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), maka sesungguhnya azab-Ku sangat pedih”
(Terjemahan Surat Ibrahim Ayat 7) ^{*)}

“Sebaik-baik diantara manusia adalah yang paling besar manfaatnya bagi sesamanya”
(HR. Bukhari) ^{**)}

*Learn from yesterday, live today, hopefully for tomorrow,
The important thing is not to stop questioning.* ^{***)}

^{*)} Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *A Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

^{**)} Gunaim, Adil R. 2006. *A Good Personality*. Jakarta: Jakarta.

^{***)} Albert Einstein

PERNYATAAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

nama : Ahmad Naufal Alfarisi

NIM : 102310101040

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi baik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 17 Juni 2015

Yang menyatakan,



Ahmad Naufal Alfarisi
NIM 102310101040

SKRIPSI

**PENGALAMAN PEMBERIAN ASUPAN NUTRISI PADA BATITA
DI KELUARGA MISKIN YANG MEMILIKI STATUS GIZI BAIK
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ROWOTENGAH
KABUPATEN JEMBER**



oleh
Ahmad Naufal Alfarisi
NIM 102310101040

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Hanny Rasni, M. Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi baik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari : Rabu
tanggal : 17 Juni 2015
tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Tim Penguji
Ketua,



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes
NIP 19780323 200561 2 002

Anggota I,



Hanny Rasni, M.Kep
NIP 19761219 200212 2 003

Anggota II,



Ns. Ratna Sari Hardhani, M.Kep
NIP 19810811 201012 2 002

Mengesahkan
Ketua Program Studi,



Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes
NIP 19780323 200501 2 002

Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi baik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember (*Nutritional Intake Feeding Experience To Under-3-Year Old Toddlers Of Poor Family With Good Nutritional Status In Work Area Of Public Health Center Rowotengah, Jember Regency*)

Ahmad Naufal Alfarisi

ABSTRACT

Nutritional status of children is very important in growth and development processes. Health problems that often occur, i.e. malnutrition, can even be more severe or below average malnutrition such as marasmus disease (lack of carbohydrates or calories), kwashiorkor (protein deficiency), and can be both. It is caused by several factors, one of which is poverty. However, what is interesting is that there are a number of poor families can overcome these problems. This research aimed to get the value and meaning of a poor family's experience in providing nutrition to under 3-year-old toddlers who have good nutritional status in work area of Public Health Center (Puskesmas) Rowotengah, Jember regency. The research used qualitative method by descriptive phenomenological research design, and samples were taken by purposive sampling involving 5 informants. The research was identified within 11 themes, that is, type of family, occupation of the head of family, government assistance received by family, family attitudes related to poor condition experienced, financial management, nutritional intake feeding priority, nutritional intake fulfillment, daily self-care, coping strategies of health problems, health care, and family expectations. It is expected that the research be the basic data in assisting, helping and motivating other families having under 3-year-old toddlers.

Keywords: *Nutritional status of children, Poor family's*

RINGKASAN

Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi baik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember; Ahmad Naufal Alfarisi, 102310101040; 2015: xviii+141 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Memiliki anak dengan status gizi baik merupakan keinginan setiap orang tua untuk mewujudkannya orang tua harus selalu memperhatikan, mengawasi, dan merawat anak terutama dalam pertumbuhan dan perkembangan anak. Salah satu faktor penyebab anak mengalami kekurangan gizi bahkan menjadi gizi buruk adalah kemiskinan. Namun, ada anak dari keluarga miskin yang memiliki status gizi baik. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran arti dan makna pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik di wilayah kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan desain studi fenomenologi. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Penelitian ini mengalami saturasi data pada informan kelima, sehingga jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak 5 orang. Instrumen pengumpul data pada penelitian ini selain peneliti sendiri, juga menggunakan panduan wawancara, catatan lapangan, dan Mp4 dalam merekam proses wawancara. Teknik analisa data menggunakan langkah-langkah proses analisa data Colaizzi dengan memperhatikan etika penelitian seperti *informed consent*, *beneficiency*, *confidentially* (kerahasiaan), *anonymity* (tanpa nama) dan penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Rowotengah dengan waktu pengambilan data Januari-Maret 2015.

Hasil penelitian ini didapatkan 11 tema penelitian. Gambaran karakteristik keluarga miskin teridentifikasi 4 tema penelitian yaitu tipe keluarga, pekerjaan, bantuan pemerintah yang diterima keluarga, sikap keluarga terkait kondisinya. Tema tipe keluarga teridentifikasi subtema yaitu jenis keluarga. Tema pekerjaan teridentifikasi subtema yaitu jenis pekerjaan dan jumlah pendapatan sehari. Tema

bantuan pemerintah yang diterima keluarga teridentifikasi subtema yaitu jenis bantuan, jumlah bantuan yang diterima, dan jangka waktu penerimaan bantuan. Strategi yang dilakukan keluarga dalam pemenuhan asupan nutrisi pada batita teridentifikasi 5 tema yaitu pengelolaan keuangan, prioritas pemberian asupan nutrisi, pemenuhan asupan nutrisi, pemeliharaan perawatan diri, dan strategi penanganan masalah kesehatan. Tema pemenuhan asupan nutrisi didapatkan 6 subtema yaitu jenis makanan yang dikonsumsi, porsi makan anak, pemberian ASI, makanan yang dikonsumsi ibu saat ASI tidak keluar, susu formula, dan cara pemberian makan. Subtema jenis makanan yang dikonsumsi teridentifikasi 4 subsubtema yaitu sayur-mayur, lauk-pauk, buah-buahan, dan lain-lain. Tema pemeliharaan perawatan diri teridentifikasi 3 subtema yaitu jenis perawatan diri, sikap keluarga, dampak yang terjadi. Tema strategi penanganan masalah kesehatan teridentifikasi 3 subtema yaitu pelayanan kesehatan yang diakses, jenis strategi, jenis pembiayaan. Mengklasifikasi harapan keluarga terhadap pelayanan kesehatan teridentifikasi 2 tema yaitu, pemeliharaan kesehatan dan harapan keluarga. Tema pemeliharaan kesehatan teridentifikasi 3 subtema yaitu jenis pemeliharaan, frekuensi kunjungan posyandu. Tema harapan keluarga teridentifikasi tahap tumbuh kembang anak.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pengalaman keluarga miskin yang memiliki status gizi batita baik yang harus dilakukan adalah ibu harus memperhatikan pemenuhan kebutuhan makanan anak dan sadar gizi karena dengan keuangan minim atau miskin bisa memanfaatkan bahan makanan sederhana tapi bernilai gizi tinggi misalnya bisa mengambil dari sayur yang ditanam sendiri, daun singkong, bayam, dan katuk yang banyak mengandung vitamin. Pengetahuan dasar tentang makanan yang menjadi sumber zat gizi yang diperlukan oleh tubuh, seperti telur, tahu, tempe, kacang-kacangan, serta ikan yang merupakan sumber protein lain yang murah dan juga bisa sekali mengkonsumsi daging, padi-padian sebagai karbohidrat, serta buah dan sayuran sebagai sumber vitamin dan mineral sangat bermanfaat untuk anaknya. Pemberian ASI eksklusif pada enam bulan pertama usia bayi juga bisa membuat bayi tumbuh sehat dan tidak mudah sakit. Strategi penanganan masalah keluarga dengan

mengakses pelayanan kesehatan seperti dokter, bidan, dan perawat ketika dengan perawatan secara mandiri tidak tertangani. Pemeliharaan kesehatan keluarga dengan memanfaatkan posyandu sebagai kontrol dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak. Upaya Kebersihan diri seperti mandi dan membiasakan cuci tangan sebelum dan sesudah makan dapat mencegah batita dari sumber penyakit oleh karena itu, keluarga yang memiliki anak usia batita perlu mendapat perhatian khusus seperti pemenuhan nutrisi terkait jenis makanan, porsi makan, pemeliharaan perawatan diri, dan penanganan masalah kesehatan sehingga anak mendapat kesehatan yang optimal.



PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi berjudul “Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember” dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penulis menyadari penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan sebagai dosen penguji;
2. Hanny Rasni, M.Kep, selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini;
3. Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep, selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberi bimbingan, arahan, dan motivasi dalam penyusunan skripsi ini;
4. Ns. Latifa Aini S.,M.Kep, Sp.Kom, selaku dosen pembimbing akademik penulis selama menempuh masa studi dan memberikan pencerahan untuk tetap menjadi lebih baik;
5. Seluruh dosen, staf, dan karyawan Program Studi Ilmu keperawatan Universitas Jember yang telah memberi dukungan;

6. Seluruh informan, kader, dan bidan di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah serta segenap instansi yang telah membantu dalam proses administrasi studi pendahuluan dan penelitian;
7. teman-teman PSIK khususnya teman-teman 2010, Edho, Annas, Triaji, Firman, Arif, Rifki, Wulan, Wiwik, Feni, Winda, Myla, Rahma, Gigih, Retno, Yayang, Alvin, dan yang lainnya, terima kasih telah memberikan dukungan dan motivasinya untuk tetap berjuang menyelesaikan skripsi ini;
8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna dan jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhir kata, besar harapan penulis semoga skripsi ini dapat menjadi langkah awal penelitian yang bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Jember, Juni 2015

Penulis

DAFTAR ISI

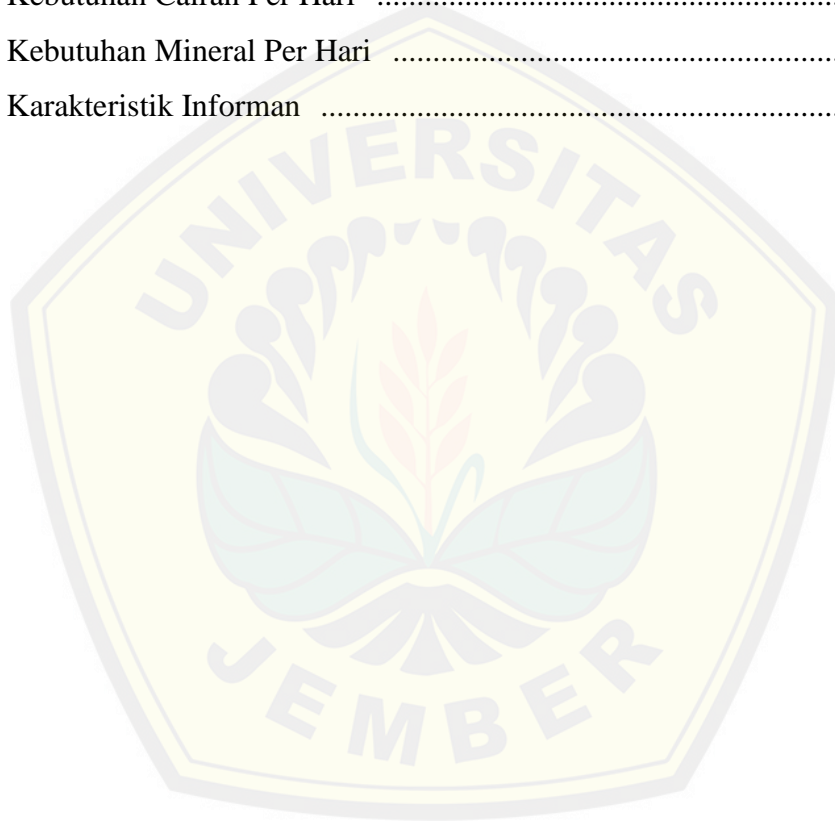
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTO	iv
PERNYATAAN	v
SKRIPSI	vi
PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Bagi Peneliti	7
1.4.2 Bagi Masyarakat	7
1.4.3 Bagi Pendidikan Keperawatan	8
1.4.4 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan	8
1.5 Keaslian Penelitian	9
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep Balita	10

2.1.1 Definisi Batita	10
2.1.2 Tahap Tumbuh Kembang Batita	10
2.2 Konsep Status Gizi	11
2.2.1 Definisi status gizi.....	11
2.2.2 Macam-Macam Status Gizi	12
2.2.3 Penilaian Status Gizi	14
2.2.4 Penggunaan Indeks Autropometri	16
2.2.5 Kartu Menuju Sehat (KMS)	18
2.2.6 Manfaat KMS	19
2.2.7 Grafik Pertumbuhan KMS	20
2.2.8 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi	21
2.3 Kebutuhan Nutrisi Pada Batita	23
2.4 Konsep Keluarga	28
2.5 Konsep Pengalaman.....	29
2.6 Kemiskinan	30
2.5.1 Definisi Kemiskinan	30
2.5.2 Ciri-Ciri Keluarga Miskin	30
2.7 Perilaku Positif Keluarga Miskin	34
2.8 Kerangka Teori	37
BAB 3. METODE PENELITIAN	38
3.1 Desain Penelitian	38
3.2 Narasumber (Informan)	41
3.3 Lokasi Penelitian	43
3.4 Waktu Penelitian	43
3.5 Pengumpulan Data	44
3.5.1 Prosedur Pengumpulan Data	44
3.5.2 Alat Pengumpul Data	46
3.6 Analisis Data	48
3.7 Keabsahan Data.....	49
3.8 Etika Penelitian	50
BAB 4. HASIL PENELITIAN	52

4.1 Karakteristik Informan	52
4.2 Tema Hasil Analisis Penelitian.....	52
4.2.1 Gambaran Karakteristik Keluarga.....	53
4.2.2 Strategi Yang Dilakukan Keluarga	55
4.2.3 Gambaran Harapan Keluarga	60
BAB 5. PEMBAHASAAN	62
5.1 Intrepretasi Hasil.....	62
4.2.1 Gambaran Karakteristik Keluarga.....	62
4.2.2 Strategi Yang Dilakukan Keluarga	70
4.2.3 Gambaran Harapan Keluarga	95
5.2 Keterbatasan Penelitian	98
BAB 6. PENUTUP	99
6.1 Kesimpulan	99
6.2 Saran.....	100
DAFTAR PUSTAKA	102
LAMPIRAN	110

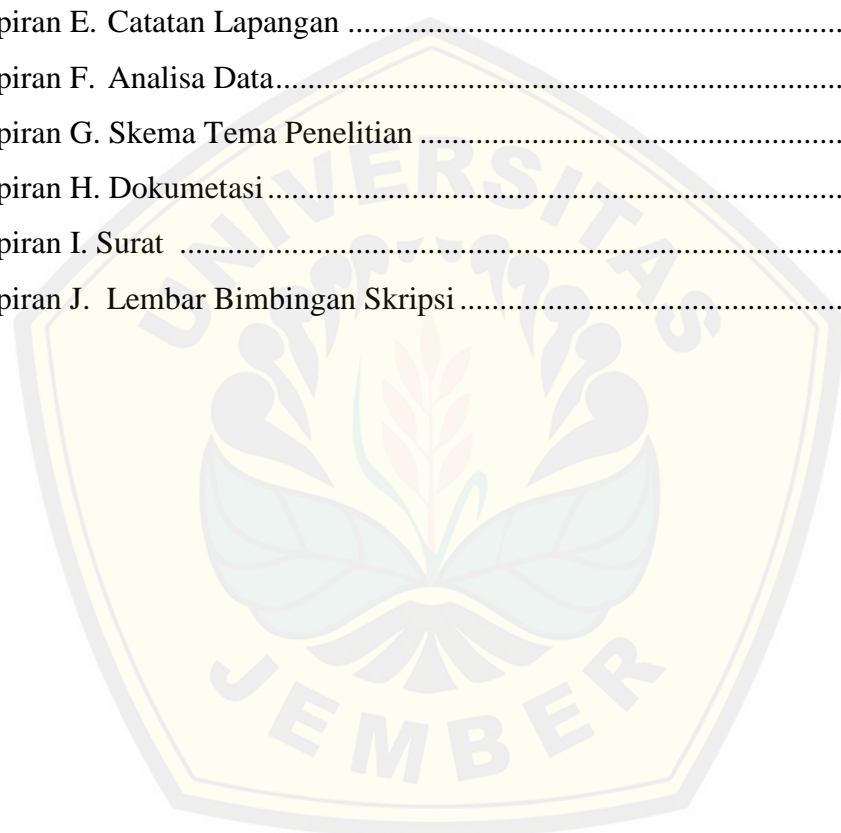
DAFTAR TABEL

	Halaman
2.2.4 Klasifikasi Status Gizi	17
2.3.1 Kebutuhan Energi Per Hari	25
2.3.2 Kebutuhan Protein Per Hari	26
2.3.3 Kebutuhan Vitamin Per Hari	26
2.3.4 Kebutuhan Cairan Per Hari	27
2.3.5 Kebutuhan Mineral Per Hari	28
4.1.1 Karakteristik Informan	52



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar <i>Informed Consent</i>	110
Lampiran B. Lembar Persetujuan Menjadi Informan	112
Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara	113
Lampiran D. Riwayat Status Gizi	114
Lampiran E. Catatan Lapangan	117
Lampiran F. Analisa Data.....	119
Lampiran G. Skema Tema Penelitian	124
Lampiran H. Dokumentasi	130
Lampiran I. Surat	131
Lampiran J. Lembar Bimbingan Skripsi	140



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Status gizi yang baik merupakan hakekat yang harus dimulai sedini mungkin, yakni sejak manusia itu masih berada dalam kandungan untuk membangun sumber daya berkualitas. Salah satu hal yang perlu diperhatikan adalah makanannya karena melalui makanan manusia mendapat zat gizi yang merupakan kebutuhan dasar untuk hidup dan berkembang. Ketidaktahuan tentang cara memberikan makan pada anak balita baik dari jumlah, jenis, dan frekuensi pemberian serta adanya kebiasaan yang merugikan kesehatan (pantang terhadap satu jenis makanan tertentu), secara langsung dan tidak langsung menjadi penyebab utama terjadinya masalah kurang gizi pada anak (Husaini, dkk., 1999).

Memiliki anak yang sehat dan cerdas adalah dambaan setiap orang tua untuk mewujudkannya tentu saja orang tua harus selalu memperhatikan, mengawasi, dan merawat anak secara seksama khususnya memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya meskipun proses tumbuh kembang anak berlangsung secara alamiah, proses tersebut sangat bergantung kepada orang tua. Apalagi masa balita adalah periode penting dalam tumbuh kembang anak dan merupakan masa yang menentukan pembentukan fisik, psikis dan intelegensinya (Sulistijani, 2001).

Negara Indonesia, prevalensi gizi kurang pada balita ($BB/U < -2SD$) memberikan gambaran yang fluktuatif dari 18,4% (2007) menurun menjadi 17,9% (2010) kemudian meningkat lagi pada tahun 2013 menjadi 19,6% (Risikesdas, 2013). Provinsi Jawa Timur yang cukup tinggi terdapat di Kabupaten Jember, yaitu sebanyak 9,3% balita mengalami gizi buruk, 21,1% balita mengalami gizi kurang, dan 3,6% balita mengalami gizi lebih, dan 66% balita dengan gizi baik (Risikesdas, 2007)

Masalah gangguan gizi disebabkan oleh faktor primer atau sekunder, faktor primer adalah susunan makanan seseorang salah dalam kuantitas dan kualitas contohnya penyediaan pangan, kemiskinan, ketidaktahuan, kebiasaan makan yang salah. Faktor sekunder meliputi semua faktor yang menyebabkan zat-zat gizi tidak sampai di sel-sel tubuh setelah makanan di konsumsi (Almatsier, 2002). Salah satu faktor masalah gizi adalah kemiskinan yang merupakan tujuan utama dalam pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) karena ada satu ukuran penting MDGs tentang kemiskinan terkait gizi, yaitu apakah masyarakat mengkonsumsi makanan berkecukupan jika tidak, mereka tergolong kekurangan gizi (*World Health Organization*, 2013).

Menurut catatan Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2009, jumlah penduduk miskin di Indonesia mencapai 32,53 juta orang, atau 14,15% dari total jumlah penduduk saat itu. Pada 2010 jumlahnya turun menjadi 31,02 juta orang, atau 13,33% dari total penduduk. pada periode 2009 hingga Maret 2014 tercatat hanya 28,28 juta orang atau 11,25% total penduduk.

Jumlah dan persentase penduduk miskin tertinggi menurut Provinsi di Indonesia, Maret 2014 yaitu dominan di Provinsi Jawa dengan jumlah penduduk miskin terbanyak terdapat di Jawa Tengah sebesar 4.836,45 ribu jiwa atau 14,46 %, Jawa Timur sebesar 4.786,79 ribu jiwa atau 12,42 %, dan Jawa Barat sebesar 4.327,07 ribu jiwa atau 9,44 %. Provinsi Jawa Timur, persentase penduduk miskin mengalami penurunan dari 12,55% Maret 2013 menjadi 12,42% Maret 2014 dari penduduk miskin 4.893,01 ribu jiwa menjadi sebanyak 4.786,79 ribu jiwa (BPS, 2014).

Kabupaten Jember merupakan 38 Kabupaten/Kota di Jawa Timur dengan jumlah masyarakat miskin tertinggi yakni sebesar 292,1 ribu jiwa, Kabupaten Malang sebesar 287,4 ribu jiwa, dan Kabupaten Sampang yakni 267,5 ribu jiwa (BPS Jawa Timur, 2011). Kecamatan Sumberbaru, menempati urutan ke-3 dari Kabupaten Jember dengan jumlah penduduk miskin sebesar 13.948 rumah tangga miskin dan 41.023 penduduk miskin (BPS Kabupaten Jember, 2012).

Menurut Nancy (2005) dampak yang terjadi terkait status gizi dari masalah kemiskinan adalah gizi buruk yang merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi atau di bawah rata-rata seperti penyakit marasmus (kekurangan karbohidrat atau kalori), kwarsiorakor (kekurangan protein), dan bisa keduanya. Kondisi gizi kurang dan buruk ini menyebabkan risiko balita menderita penyakit infeksi meningkat karena daya tahan tubuh yang rendah bahkan kondisi ini dapat menyebabkan kematian.

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) diberikan sekali sehari selama 90 hari berturut-turut. Evaluasi program pemberian makanan tambahan dapat dipantau dari penambahan berat badan balita yang dicatat setiap bulan. Perkembangan status gizi balita dicatat pada awal dan akhir pelaksanaan PMT Pemulihan serta dilaporkan oleh kepala puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Balita usia 6-59 bulan gizi kurang atau kurus termasuk balita dengan Bawah Garis Merah (BGM) dari keluarga miskin menjadi sasaran prioritas penerima PMT Pemulihan. Jenis PMT pemulihan yang diberikan yaitu berupa makanan lokal (Depkes RI, 2012).

Menurut Laporan Sutriyanto dalam Tribunnews.com tahun 2012 di Negara Vietnam, banyak balita dari keluarga miskin tetap berbadan sehat karena mereka menambahkan daun-daun hijau dari tanaman kentang manis. Daun hijau mempunyai kandungan betakaroten, vitamin, dan zat gizi mikro. Mereka juga mengonsumsi udang-udang kecil dan kepiting di sawah yang mempunyai kandungan protein dan mineral di samping itu, warga miskin yang badannya sehat cenderung mengonsumsi makan lebih banyak yakni 3 hingga 4 kali per hari dan memastikan tidak ada makanan yang tersisa kemudian mencuci tangan anak-anak sebelum dan sesudah makan yang bisa menurunkan 50% penyakit infeksi. Di Indonesia, di Berau Kalimantan Timur menemukan keluarga miskin mempunyai balita sehat ternyata mereka mengonsumsi makanan sarang lebah yang direbus atau ditumis untuk lauk anaknya. Lebah itu ternyata nilai proteinnya tinggi, walaupun sulit untuk dipraktekkan secara umum di samping itu, warga miskin Indonesia tetap sehat karena pola makan secara aktif, memberikan ASI saja

selama 4 sampai 6 bulan, mencuci tangan dengan sabun. Beberapa penelitian justru menyebutkan bahwa sebagian anak dalam keluarga tertentu dengan status sosial ekonomi yang rendah atau miskin mempunyai daya adaptasi yang tinggi sehingga mampu tumbuh dan berkembang dengan baik. Mereka dapat keluar dari permasalahan kekurangan gizi ketika keluarga-keluarga miskin lainnya terbelenggu dalam masalah kekurangan gizi padahal secara sosial ekonomi mereka sama dan hidup dalam lingkungan yang sama serta memiliki akses yang sama pula terhadap fasilitas kesehatan (Nasution, 2011). Pengaruh *Positive Deviance* terhadap status gizi anak usia 12-24 bulan pada keluarga miskin di Kecamatan Sidikalang Kabupaten Dairi menunjukkan bahwa tidak selamanya keluarga miskin memiliki anak dengan gizi buruk. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian yang telah dilakukannya bahwa status gizi anak pada keluarga miskin dipengaruhi oleh pola pengasuhan, kebersihan diri dan pelayanan kesehatan (Turnip, 2008).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2013 jumlah balita yang terdapat di wilayah kerja puskesmas Rowotengah Kecamatan Sumberbaru sebanyak 3.127 balita dengan status gizi lebih sebanyak 4 balita atau 0,13%, status gizi baik sebanyak 2.622 balita atau 83,85%, gizi kurang sebanyak 438 balita atau 14,02%, dan gizi buruk sebanyak 63 balita atau 2,01% (Dinkes Kabupaten Jember, 2013). Kecamatan Sumberbaru merupakan kecamatan dengan jumlah penduduk miskin tertinggi ke-3 di Kabupaten Jember ternyata masih ada keluarga miskin yang memiliki balita gizi baik dengan grafik pertumbuhan menurut umur dengan berat badan dari kartu

menuju sehat di wilayah kerja puskesmas Rowotengah sebanyak 36 batita yang pertumbuhan berat badannya tetap di grafik area hijau tua dengan nilai status gizi (-2SD sampai 2SD) dengan rincian Desa Rowotengah dengan 21 batita atau 2,8% dari 752 batita, Desa Sumber Agung dengan 8 batita atau 1,3% dari 614 batita, Desa Pringgowirawan dengan 4 batita atau 0,4% dari 904 batita, dan Desa Karang Bayat dengan 3 batita atau 0,3% dari 894 batita.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi untuk menggali arti dan makna pengalaman asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik oleh karena itu, menjadi penting untuk mengetahui pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik di wilayah kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik di wilayah kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik di wilayah kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mendapatkan gambaran karakteristik keluarga dalam pemberian asupan nutrisi pada batitanya;
- b. Mendapatkan gambaran strategi yang dilakukan keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada batita;
- c. Mendapatkan gambaran harapan keluarga.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjawab pertanyaan dari peneliti dan dapat menghasilkan pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik.

1.4.2 Bagi Masyarakat

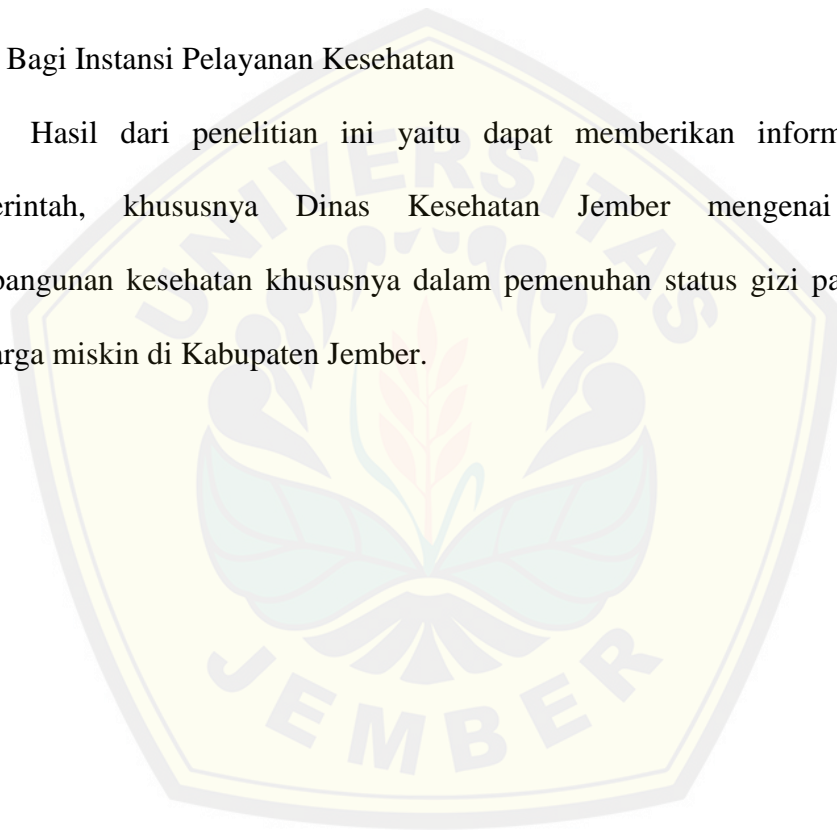
Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan sebagai tambahan pengetahuan kepada masyarakat tentang pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik dan bisa menjadi contoh bagi keluarga lainnya.

1.4.3 Bagi Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik.

1.4.4 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Hasil dari penelitian ini yaitu dapat memberikan informasi kepada pemerintah, khususnya Dinas Kesehatan Jember mengenai kebijakan pembangunan kesehatan khususnya dalam pemenuhan status gizi pada batita di keluarga miskin di Kabupaten Jember.



1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang menjadi dasar dari penelitian ini adalah yang telah dilakukan oleh Ria Dwitka Januarti dengan judul “Perilaku Keluarga Miskin Dalam Upaya Pemenuhan Kebutuhan Gizi Balita di Kelurahan Kadipiro Kecamatan Banjarsari Kota Surakarta”. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan studi deskriptif. Perbedaan dengan penelitian saat ini yang berjudul “Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember”. Penelitian saat ini bertujuan untuk mengetahui pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik di wilayah kerja puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember. Informan penelitian yang diambil adalah keluarga miskin yang memiliki batita dengan status gizi baik yang berada di wilayah kerja puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember. Pengumpulan data akan dilakukan dengan teknik wawancara mendalam dan observasi informan. Dengan demikian penelitian yang dilakukan berbeda dengan penelitian sebelumnya.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Batita

2.1.1 Definisi Batita

Batita adalah sekelompok penduduk berusia kurang dari tiga tahun atau penduduk yang belum merayakan ulang tahunnya yang ketiga dan menjadi sasaran pelayanan program kesehatan (Depkes, 2009).

Menurut Uripi (2004) karakteristik anak usia 1-3 tahun (batita) merupakan konsumen pasif, artinya anak menerima makanan dari apa yang disediakan ibunya. Laju pertumbuhan masa batita lebih besar dari masa usia pra-sekolah sehingga diperlukan jumlah makanan yang relatif besar. Namun perut yang masih lebih kecil menyebabkan jumlah makanan yang mampu diterimanya dalam sekali makan lebih kecil dari anak yang usianya lebih besar. Oleh karena itu, pola makan yang diberikan adalah porsi kecil dengan frekuensi sering

2.1.2 Tahap Tumbuh Kembang Batita

Pertumbuhan merupakan peningkatan jumlah dan ukuran sel tubuh, pertumbuhan berhubungan dengan perubahan kuantitas yang ditunjukkan dengan adanya peningkatan ukuran dan berat seluruh bagian tubuh, sedangkan perkembangan menitikberatkan pada perubahan yang terjadi secara bertahap dari tingkat yang rendah ke tingkat yang paling tinggi dan kompleks melalui proses maturasi dan pembelajaran dari lingkungannya, perkembangan berhubungan

dengan perubahan secara kualitas (Supartini, 2004). Perkembangan adalah aspek progresif adaptasi terhadap lingkungan yang bersifat kualitatif. Perubahan kualitatif merupakan peningkatan kapasitas fungsional penguasaan terhadap beberapa keterampilan yang lebih kecil (Potter & Perry, 2005).

Menurut Sigmund Freud dalam Wong (2009) kemampuan yang harus dicapai berdasarkan tahap pertumbuhan dan perkembangan usia satu sampai tiga tahun atau tahap anal adalah ketertarikan selama tahun kedua kehidupan berpusat pada bagian anal saat otot sfingter berkembang dan anak-anak mampu menahan atau mengeluarkan feses sesuai keinginan. Tahap ini, suasana di sekitar *toilet training* dapat menimbulkan efek seumur hidup pada kepribadian anak.

2.2 Konsep Status Gizi

2.2.1 Definisi Status Gizi

Gizi adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses, penyerapan dan penggunaan untuk pertumbuhan, perkembangan, dan pemeliharaan kehidupan (Santoso, 2004).

Status Gizi adalah suatu ukuran mengenai kondisi tubuh seseorang yang dapat dilihat dari makanan yang dikonsumsi dan penggunaan zat-zat gizi di dalam tubuh. Status gizi dibagi menjadi tiga kategori, yaitu status gizi kurang, gizi normal, dan gizi lebih (Almatsier, 2005).

2.2.2 Macam-Macam Status Gizi

Menurut *World Health Organization – National Centre for Health Service* (WHO-NCHS) mengemukakan bahwa status gizi dibagi menjadi empat, yaitu Gizi lebih, Gizi baik, Gizi kurang, dan Gizi buruk.

a. Status gizi baik

Status gizi baik merupakan suatu ukuran status gizi dimana terdapat keseimbangan antara jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh dan energi yang dikeluarkan dari luar tubuh sesuai dengan kebutuhan individu. Energi yang masuk ke dalam tubuh dapat berasal dari karbohidrat, protein, lemak, dan zat gizi lainnya (Nix, 2005).

b. Status gizi kurang

Status gizi kurang atau *Undernutrition* merupakan keadaan gizi seseorang dimana jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari energi yang dikeluarkan. Hal ini dapat terjadi karena jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari anjuran kebutuhan individu (Wardlaw, 2007). Menurut Sayogyo, dkk (1994), gizi kurang pada anak disebut juga kurang energi protein (KEP). Gizi kurang dibedakan menjadi beberapa tipe yaitu berat badan kurang (*underweight*), marasmus, kwashiorkor, kwashiorkor marasmik, pelisutan tubuh (*wasting*), tubuh pendek (*stunting*), dan defisiensi energi yang kronis (Gibney, 2009).

c. Status gizi buruk

Gizi buruk merupakan keadaan kurang gizi yang disebabkan karena kekurangan asupan energi dan protein juga mikronutrien dalam jangka waktu lama. Balita dengan gizi buruk dibedakan menjadi dua, yaitu gizi buruk tanpa komplikasi dan gizi buruk dengan komplikasi. Gizi buruk tanpa komplikasi ditandai dengan balita terlihat sangat kurus atau adanya edema. Gizi buruk dengan komplikasi, ditandai dengan kondisi balita gizi buruk dan adanya komplikasi medis seperti anoreksia, pneumonia berat, anemia berat, dehidrasi berat, demam sangat tinggi, dan penurunan kesadaran (Kementrian Kesehatan RI, 2011).

d. Status gizi lebih

Status gizi lebih atau *Overnutrition* merupakan keadaan tubuh seseorang yang mengalami kelebihan berat badan, yang terjadi karena kelebihan jumlah asupan energi yang disimpan dalam bentuk cadangan berupa lemak. Ada yang menyebutkan bahwa masalah gizi lebih identik dengan kegemukan. Kegemukan dapat menimbulkan dampak yang sangat berbahaya yaitu dengan munculnya penyakit degeneratif, seperti diabetes mellitus, penyakit jantung coroner, hipertensi, gangguan ginjal dan masih banyak lagi (Soerjodibroto, 1993).

Masalah gizi lebih ada dua jenis yaitu *overweight* dan obesitas. Kegemukan (obesitas) dapat terjadi mulai dari masa bayi, anak-anak, sampai pada usia dewasa (Suyono, 1986). Kejadian obesitas pada anak umumnya terjadi karena ketidakseimbangan antara asupan energi dengan aktivitas yang dilakukan, sehingga upaya yang dilakukan selain mengatur konsumsi makanan terutama

sumber energi, juga meningkatkan aktivitas fisik atau latihan jasmani anak (Sulistyoningsih, 2011).

2.2.3 Penilaian Status Gizi

Parameter Penilaian status gizi dan indeks antropometri yang umum digunakan untuk menilai status gizi anak adalah indikator Berat Badan Menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U), Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) (WHO, 2007).

a. Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

Berat badan merupakan salah satu ukuran antropometri yang memberikan gambaran tentang massa tubuh (otot dan lemak), karena massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan yang mendadak misalnya karena penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya makanan yang dikonsumsi maka berat badan merupakan ukuran antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal, dimana keadaan kesehatan baik dan keseimbangan antara intake dan kebutuhan zat gizi terjamin, berat badan berkembang mengikuti pertambahan umur. Sebaliknya keadaan abnormal, terdapat dua kemungkinan perkembangan berat badan yaitu berkembang lebih cepat atau berkembang lebih lambat dari keadaan normal. Berdasarkan sifat-sifat ini, maka indeks berat badan menurut umur (BB/U) digunakan sebagai salah satu indikator status gizi.

b. Indeks Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Tinggi badan merupakan ukuran antropometri yang menggambarkan pertumbuhan skeletal dalam keadaan normal, tinggi badan tumbuh bersamaan dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan relatif kurang sensitif terhadap masalah defisiensi zat gizi jangka pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan baru akan tampak pada saat yang cukup lama. Indeks TB/U lebih menggambarkan status gizi masa lampau, dan dapat juga digunakan sebagai indikator perkembangan sosial ekonomi masyarakat.

c. Indeks Massa Tubuh Menurut Umur (IMT/U)

Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menetapkan pelaksanaan perbaikan gizi adalah dengan menentukan atau melihat. Ukuran fisik seseorang sangat erat hubungannya dengan status gizi. Atas dasar itu, ukuran-ukuran yang baik dan dapat diandalkan bagi penentuan status gizi dengan melakukan pengukuran antropometri. Hal ini karena lebih mudah dilakukan dibandingkan cara penilaian status gizi lain terutama untuk daerah pedesaan (Supariasa, 2002).

2.2.4 Penggunaan Indeks Antropometri

Untuk menginterpretasikan Indeks antropometri dibutuhkan ambang batas (*cut of point*) yang dapat disajikan ke dalam beberapa cara, diantaranya adalah persen terhadap median dan menggunakan standar deviasi unit.

a. Persen terhadap median

Menurut Supriasa (2002) median adalah nilai tengah dari suatu populasi. Nilai median dinyatakan dalam 100%. *National Center for Health Statistics (NCHS)* merekomendasikan persentil ke-5 sebagai batas gizi baik dan kurang serta persentil 95 sebagai batas gizi lebih dan gizi baik. Cara perhitungan status gizi menggunakan persen terhadap median yaitu berat badan atau tinggi badan aktual (hasil pengukuran) masing-masing individu dibandingkan atau dibagi dengan nilai median berat badan atau tinggi badan pada baku rujukan (WHO-NCHS). Berikut adalah rumus penghitungannya:

$$\text{Indeks BB/U} = \frac{\text{Berat Badan aktual pada umur tertentu}}{\text{Nilai median BB pada umur tertentu}} \times 100\%$$

$$\text{Indeks TB/U} = \frac{\text{Tinggi Badan aktual pada umur tertentu}}{\text{Nilai median TB pada umur tertentu}} \times 100\%$$

$$\text{Indeks BB/TB} = \frac{\text{Berat Badan aktual pada umur tertentu}}{\text{Nilai median BB pada TB tertentu}} \times 100\%$$

Menurut ketentuan WHO (2007), klasifikasi dengan batas ambang sebagai berikut:

Tabel 2.2.4 Klasifikasi status gizi menurut WHO berdasarkan indeks antropometri

Indeks	Persentase	Klasifikasi
BB/U	$\geq 80\%$	gizi baik
	$< 80\%$	gizi kurang
	$< 60\%$	gizi buruk
TB/U	$\geq 90\%$	gizi baik
	$< 90\%$	gizi kurang
	$< 80\%$	gizi buruk
BB/TB	$\geq 85\%$	gizi baik
	$< 85\%$	gizi kurang

b. Standar Deviasi Unit

Standar deviasi unit disebut juga Z-Score. WHO menyarankan menggunakan cara ini untuk meneliti dan untuk memantau pertumbuhan. Gizi anak-anak di negara yang populasinya relatif gizi baik (*well nourished*) distribusi tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi (BB/TB) sebaiknya menggunakan persentil untuk anak-anak di negara yang populasinya relatif bergizi kurang (*undernourished*) lebih baik digunakan skor simpang baku sebagai pengganti persen terhadap median baku rujukan (Supriasa, 2002). Penilaian status gizi berdasarkan Z-Score dilakukan dengan melihat distribusi normal pertumbuhan seseorang. Nilai ini menunjukkan jarak nilai baku median dalam unit simpang baku dengan asumsi distribusi normal.

Penghitungannya menggunakan rumus berikut:

$$Z - \text{skor} = \frac{X - M}{SB}$$

Keterangan:

X = Hasil pengukuran

M = Nilai baku median

SB = Nilai simpang baku/standar deviasi

2.2.5 Kartu Menuju Sehat (KMS)

Kartu Menuju Sehat (KMS) adalah kartu yang memuat kurva pertumbuhan normal anak berdasarkan indeks antropometri berat badan menurut umur. Kurva atau grafik pertumbuhan KMS dibuat berdasarkan baku WHO-NCHS BB/U (Mastari, 2009). Kartu ini merupakan gambar kurva berat badan anak berusia 0-5 tahun terhadap umurnya. Kartu ini juga dilengkapi dengan penyuluhan dan catatan yang penting untuk diingat dan diperhatikan oleh ibu atau petugas kesehatan, antara lain riwayat kelahiran, imunisasi, pemberian ASI, dan lain-lain sehingga kartu tersebut disebut juga kartu menuju sehat. Gangguan pertumbuhan atau risiko kelebihan gizi dapat diketahui lebih dini dengan KMS, sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan secara lebih cepat dan tepat sebelum masalahnya lebih berat (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

2.2.6 Manfaat Kartu Menuju Sehat (KMS)

Menurut Depkes RI (1990) beberapa manfaat KMS balita, yaitu:

- a. Menunjukkan pola pertumbuhan pada balita yang digambarkan dengan tiga garis lengkung, yaitu:
 - 1) Garis berat badan yang menanjak dengan keterangan teruskan dibulan berikutnya, menyatakan bahwa anak tumbuh baik dan sehat;
 - 2) Garis berat badan yang cenderung rata selama dua bulan menyatakan bahwa anak kurang mendapat makanan yang memadai, seperti lebih banyak makanan selama bulan berikutnya;
 - 3) Garis berat badan yang menurun menyatakan bahwa ibu harus mencari nasihat khusus dan memastikan bahwa anak balita tidak sakit, harus diberikan makanan dan gizi tambahan selama bulan berikutnya.
- b. Sebagai media untuk mencatat dan memantau riwayat kesehatan balita secara lengkap, meliputi: pertumbuhan, perkembangan, pelaksanaan imunisasi, penanggulangan diare, pemberian kapsul vitamin A, kondisi kesehatan balita, pemberian ASI eksklusif, dan makanan pendamping ASI (MP-ASI).
- c. Sebagai media edukasi bagi orang tua balita tentang kesehatan anak.
- d. Sebagai sarana komunikasi yang dapat digunakan oleh petugas untuk menentukan penyuluhan dan tindakan pelayanan kesehatan dan gizi terbaik bagi balita.

2.2.7 Grafik Pertumbuhan KMS

Dalam KMS terdapat jalur-jalur warna yang mewujudkan derajat kesehatan anak tersebut dari sudut gizi (Sediaoetama, 2000). Grafik pertumbuhan KMS dibuat berdasarkan baku WHO–NCHS (Oswari, 1995). Gambar grafik pertumbuhan dibagi dalam 5 blok sesuai dengan golongan umur balita. Setiap blok dibentuk oleh garis tegak atau skala berat dalam kg dan garis datar skala umur menurut bulan. Blok 1 untuk bayi berumur 0 – 12 bulan, blok 2 untuk anak golongan umur 13 – 24 bulan, blok 3 untuk anak golongan umur 25 – 36 bulan. Grafik pertumbuhan untuk bayi dan anak sampai dengan umur 36 bulan terdapat pada halaman dalam KMS. Sedangkan untuk anak umur 37 – 60 bulan terdapat pada halaman berikutnya yang dibagi menjadi 2 blok yaitu blok ke 4 untuk anak umur 37 – 48 bulan dan blok ke 5 untuk anak golongan yang umur 49 – 60 bulan. Dalam setiap blok, grafik pertumbuhan dibentuk dengan garis merah (agak melengkung) dan pita warna kuning, hijau dan hijau tua.

Menurut (Wijono, 2009) Dasar pembuatannya sebagai berikut:

- 1) Garis merah (agak melengkung) dibentuk dengan menghubungkan angka angka yang dihitung dari 70 % median baku WHO – NCHS;
- 2) Dua pita warna kuning diatas garis merah terbentuk masing-masing dengan batas atas 75 % dan 80 % median baku WHO – NCHS;
- 3) Dua pita warna hijau muda diatas pita kuning dibentuk dengan batas atas 85 % dan 90 % median baku WHO – NCHS;
- 4) Dua pita warna hijau tua diatasnya dibentuk masing-masing dengan batas atas 95 % dan 100 % median baku WHO – NCHS;

- 5) Dua pita warna hijau muda dan kuning paling atas yang masing-masing pita bernilai 5 % dari baku median adalah daerah di mana anak-anak sudah mempunyai kelebihan berat badan.

2.2.8 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi

Menurut Putra (2013), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi status gizi, yaitu:

- a. status ekonomi

Pendapatan adalah jumlah riil dari seluruh anggota rumah tangga yang disumbangkan untuk memenuhi kebutuhan bersama maupun perseorangan dalam rumah tangga. Menurut Suhardjo (2003) dalam kehidupan sehari-hari pendapatan erat kaitannya dengan gaji, upah, serta pendapatan lainnya yang diterima seseorang setelah orang itu melakukan pekerjaan dalam kurun waktu tertentu.

- b. pengetahuan gizi

Pengetahuan gizi yang baik akan berguna dalam mempertimbangkan rasional dan pengetahuan tentang gizi dalam memilih makanan (Sediaoetama, 2001). Kemiskinan dan kekurangan persediaan pangan yang bergizi merupakan faktor penting dalam masalah kurang gizi, penyebab lain yang penting dari gangguan gizi adalah kurangnya pengetahuan tentang dan mengetahui kemampuan untuk menerapkan informasi tersebut dalam kehidupan sehari-hari (Suhardjo, 2003).

c. pola konsumsi dan asupan makanan

Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas hidangan. Hal ini menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh didalam suatu susunan hidangan dan perbandingan yang satu terhadap yang lain. Kalau susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari segi kuantitas maupun kualitasnya, maka tubuh mendapatkan kondisi kesehatan gizi yang sebaik-baiknya, disebut konsumsi adekuat. Kalau konsumsi baik dari kuantitas dan kualitasnya melebihi kebutuhan tubuh, dinamakan konsumsi berlebih, maka terjadi suatu keadaan gizi lebih. Sebaliknya konsumsi yang kurang baik kualitas dan kuantitasnya akan memberikan kondisi kesehatan gizi kurang atau kondisi defisit (Sediaoetama, 2000).

d. infeksi

Penyakit infeksi dapat disebabkan oleh faktor penyebab infeksi, induk semang (*host*), dan jalannya penularan (Notoatmodjo, 2003). Hal ini memperburuk keadaan gizi dan keadaan gizi yang buruk dapat mempermudah terkena penyakit infeksi, sehingga penyakit infeksi dengan keadaan gizi merupakan suatu hubungan timbal balik. Diare, tuberculosis, campak, dan batuk rejan merupakan penyakit yang umum terkait dengan masalah gizi.

e. pemeliharaan kesehatan

Pemeliharaan kesehatan merupakan perilaku yang berhubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, misalnya makan makanan yang bergizi, olah raga, perilaku pencegahan penyakit, dan sebagainya.

f. lingkungan

Lingkungan rumah tangga atau sekitar kurang memadai mengakibatkan status gizi seseorang berada pada taraf sehingga dapat meningkatkan risiko terserang gangguan kesehatan (Sediaoetama, 2001).

g. budaya

Status gizi terkait budaya misalnya sikap terhadap makanan, pengetahuan mengenai penyebab penyakit, tingkat kelahiran anak, dan produksi pangan. Banyak penduduk Indonesia yang melakukan pantangan dalam mengonsumsi jenis makanan tertentu, sehingga menyebabkan konsumsi makanan bergizi menjadi rendah (Almatsier, 2001)

2.3 Kebutuhan Nutrisi Pada Batita

Menurut Supariasa (2001) 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. Kebutuhan nutrisi tidak akan berfungsi secara optimal kalau tidak mengandung beberapa zat gizi yang sesuai dengan kebutuhan tubuh demikian juga zat gizi yang cukup pada kebutuhan nutrisi akan memberikan nilai yang optimal.

Ada beberapa komponen zat gizi yang dibutuhkan pada nutrisi bayi dan anak yang jumlahnya sangat berbeda untuk setiap usia. Secara umum zat gizi dibagi menjadi dua golongan, yaitu golongan makro dan golongan mikro. Zat gizi golongan makro terdiri atas kalori (berasal dari karbohidrat, lemak, dan protein) dan H₂O atau air sedangkan gizi golongan mikro terdiri atas vitamin dan mineral (Behrman dalam Hidayat, 2008).

a. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi yang tersedia di setiap makanan dan harus tersedia dalam jumlah yang cukup sebab kekurangan karbohidrat sekitar 15% dari kalori yang ada dapat menyebabkan terjadi kelaparan dan berat badan menurun. Demikian sebaliknya, apabila jumlah kalori yang tersedia dalam jumlah yang tinggi maka dapat menyebabkan terjadinya peningkatan berat badan (obesitas). Jumlah karbohidrat yang cukup dapat diperoleh dari susu, padi-padian, buah-buahan, sukrosa, sirup, tepung, dan sayur-sayuran (Hidayat, 2008). Karbohidrat yang terdapat di dalam makanan pada umumnya terdiri dari tiga jenis, yaitu monosakarida, disakarida, dan polisakarida (Sediaoetama, 2010).

b. Lemak

Lemak merupakan zat gizi yang berperan dalam pengangkut vitamin A, D, E, dan K yang larut dalam lemak. Komponen lemak terdiri atas lemak alamiah sekitar 98% (trigliserida dan gliserol), sedangkan 2%-nya adalah asam lemak bebas (monogliserida, digliserida, kolesterol, serta fosfolipid termasuk lesitin, sefalin, sfingomielin, dan serebroid). Lemak juga merupakan sumber yang

kaya akan energi dan pelindung organ tubuh terhadap suhu, seperti pembuluh darah, saraf, organ, dan lain-lain. Komponen lemak dalam tubuh harus tersedia dalam jumlah yang cukup sebab kekurangan lemak akan menyebabkan terjadinya perubahan kulit, khususnya asam linoleat yang rendah dan berat badan kurang, sedangkan sebaliknya apabila jumlah lemak pada anak terlalu banyak dapat menyebabkan terjadinya hiperlipidemia, hiperkolesterol, penyumbatan pembuluh darah, dan lain-lain. Jumlah lemak yang cukup dapat diperoleh dari susu, mentega, kuning telur, daging, ikan, keju, kacang-kacangan, dan minyak sayur (Pudjiadi dalam Hidayat, 2008).

Tabel 2.3.1 Kebutuhan energi per hari

Usia	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (Cm)	Energi (Kkal)
0-6 bulan	6	80	550
7-12 bulan	8,5	71	650
1-3 tahun	12	90	1000

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi tahun 2004 dalam Hidayat (2008)

c. Protein

Protein merupakan zat pembangun jaringan tubuh. Protein terutama terdapat pada otot, kelenjar, organ-organ dalam, otak, saraf, kulit, rambut, kuku, enzim-enzim, dan hormon (Jauhari, 2013). Sumber protein terdiri dari dua jenis protein yaitu protein hewani yang berasal dari hewan dan protein nabati yang berasal dari tumbuhan. Sumber protein hewani terdapat pada daging ayam, daging sapi, ikan, telur, susu, dan produk olahannya. Protein nabati banyak terkandung pada kedelai, kacang tanah, kacang hijau, sayuran, dan buah-buahan (Yuniastuti, 2008).

Tabel 2.3.2 Kebutuhan Protein per hari (per kg BB)

Usia	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (Cm)	Protein (gr)
0-6 bulan	6	60	10
7-12 bulan	8,5	71	18
1-3 tahun	12	90	25

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi tahun 2004 dalam Hidayat (2008)

d. Vitamin

Vitamin adalah senyawa-senyawa organik tertentu yang diperlukan dalam jumlah kecil tetapi esensial untuk reaksi metabolisme dalam sel dan penting untuk melangsungkan pertumbuhan normal serta memelihara kesehatan (Jauhari, 2013). Vitamin dibagi dalam dua kelompok, yaitu vitamin yang larut dalam lemak (vitamin A, D, E, dan K) dan vitamin yang larut dalam air (vitamin C, vitamin B-kompleks yang terdiri dari vitamin B1, B2, B6, B12 dan beberapa vitamin lainnya) (Yuniastuti, 2008).

Tabel 2.3.3 Kebutuhan Vitamin per hari

Usia	Berat Badan (Kg)	Tinggi Badan (Cm)	Vit. A (RE)	Tiamin (mg)	Riboflavin (mg)	Niasin (mg)	B12 (mg)	Vit. C (mg)
0-6 bulan	6	60	375	0,3	0,3	2	0,4	40
7-12 bulan	8,5	71	400	0,4	0,4	4	0,5	40
1-3 tahun	12	90	400	0,5	0,5	6	0,9	40

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi tahun 2004 dalam Hidayat (2008)

e. Air

Air merupakan kebutuhan nutrisi yang sangat penting, karena kebutuhan air pada bayi relatif tinggi, yaitu sebesar 75-80% dari berat badan. Air berfungsi bagi tubuh sebagai pelarut pertukaran seluler, medium untuk ion, transport nutrisi dan produk buangan, serta pengatur suhu tubuh. Sumber air dapat diperoleh dari air dan semua makanan (Hidayat, 2008).

Tabel 2.3.4 Kebutuhan Cairan per hari

Usia	Rata-rata berat badan (Kg)	Jumlah air dalam 24 jam (ml)	Jumlah air per kilogram berat badan dalam 24 jam (ml)
3 hari	3,0	250-300	80-100
10 hari	3,2	400-500	125-150
3 bulan	5,4	750-850	140-160
6 bulan	7,3	950-1100	130-155
9 bulan	8,6	1100-1250	125-145
1 tahun	9,5	1150-1300	120-135
2 tahun	11,8	1350-1500	115-125
4 tahun	16,2	1600-1800	100

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi tahun 2004 dalam Hidayat (2008)

f. Mineral

Menurut Jauhari (2013) mineral adalah unsur-unsur yang berada dalam bentuk sederhana yang biasanya disebut unsur-unsur mineral atau nutrient/ zat gizi anorganik. Sebagian besar mineral terdapat dalam tulang, dan kurang-lebih kandungan mineral tubuh adalah 4%. Mineral merupakan komponen zat gizi yang tersedia dalam kelompok mikro, yaitu: kalsium, klorida, kromium, kobalt, tembaga, fluorin, iodium, zat besi, magnesium, mangan, fosfor, kalium, natrium, sulfur, dan seng (Pudjiadi dalam Hidayat, 2008).

Tabel 2.3.5 Kebutuhan mineral per hari

Usia	Berat badan (Kg)	Tinggi badan (Cm)	Kalsium (mg)	Fosfor (mg)	Besi (mg)	Seng (mg)	Iodium (μg)
0-6 bulan	6	60	200	100	0,5	1,3	90
7-12 bulan	8,5	71	400	225	7	7,5	90
1-3 tahun	12	90	500	400	8	8,2	90

Sumber: Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi tahun 2004 dalam Hidayat (2008)

2.4 Konsep Keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang bergabung karena hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi satu dengan lainnya dalam perannya dan menciptakan dan mempertahankan suatu budaya (Bailon dan Maglaya dalam Susanto, 2012).

Lima fungsi dasar keluarga yang dikemukakan oleh Friedman, Bowden, & Jones (2003) yaitu a) fungsi afektif dan koping; b) fungsi sosialisasi; c) fungsi ekonomi; d) fungsi reproduksi; e) fungsi perawatan kesehatan. Keluarga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga dan kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga. Berikut ini tugas keluarga menurut Friedman (1998) yaitu 1) mengenal masalah kesehatan; 2) membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat; 3) melakukan perawatan; 4) mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat; 5) mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

2.5 Konsep Pengalaman

Pengalaman adalah keseluruhan peristiwa perjumpaan dan apa saja yang terjadi pada manusia dalam interaksinya dengan alam, diri sendiri, lingkungan sosial sekitarnya, dan dengan seluruh kenyataan. Pengalaman merupakan keseluruhan kegiatan dan hasil yang kompleks serta bersegi banyak dari interaksi aktif manusia sebagai makhluk hidup yang sadar dan bertumbuh dengan lingkungannya yang terus berubah dalam perjalanan sejarah (Sudarminta, 2003).

Pengalaman merupakan hal yang tak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia. Pengalaman menjadi hal yang berharga bagi setiap manusia dan dapat diberikan kepada siapa saja untuk digunakan dan menjadi pedoman serta pembelajaran manusia. Pengalaman yang kurang baik cenderung akan dilupakan sedangkan pengalaman yang menyenangkan terhadap suatu obyek akan timbul kesan yang dalam dan membekas sehingga dapat membentuk sikap yang positif dalam kehidupannya. Ada dua macam pengalaman, yakni pengalaman primer dan pengalaman sekunder. Pengalaman primer adalah pengalaman langsung persentuhan indrawi dengan benda-benda konkrit dan peristiwa yang disaksikan sendiri. Pengalaman sekunder adalah pengalaman tidak langsung atau pengalaman reflektif mengenai pengalaman primer (Sudarminta, 2003).

Sesuatu yang pernah dialami (dijalani, dirasakan, dan ditanggung) disebut pengalaman. Pengalaman dapat diartikan juga sebagai *memori episodic*, yaitu memori yang menerima dan menyimpan peristiwa yang terjadi atau dialami individu pada waktu dan tempat tertentu yang berfungsi sebagai *referensi otobiografi* (Gurusinga, 2011).

Ciri-ciri pokok pengalaman manusia menurut Sudarminta (2003) adalah sebagai berikut:

- a. Pengalaman manusia terus bertambah dan bertumbuh seiring dengan bertambahnya umur, kesempatan, dan tingkat kedewasaan manusia;
- b. Pengalaman manusia beraneka ragam, ciri ini paling mudah disadari seperti dapat melihat sesuatu, merasakan sesuatu, dan membayangkan sesuatu;
- c. Pengalaman manusia selalu berkaitan dengan objek tertentu di luar diri kita sebagai subjek dalam setiap pengalaman terjalin hubungan antara subjek yang mengalami dan objek yang dialami.

2.6 Kemiskinan

2.6.1 Definisi kemiskinan

Miskin merupakan sedikit atau tidak ada barang yang dimiliki atau tidak adekuatnya jangkauan terhadap sumber-sumber keluarga dan komunitas (Allender & Spradley dalam Susanto, 2012). Kemiskinan merupakan kondisi serba kekurangan dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari mencakup pangan, sandang, papan, dan pelayanan kesehatan dasar yang tidak dapat dipenuhi secara mandiri oleh individu atau keluarga.

2.6.2 Ciri-ciri keluarga miskin

- a. Pendapatan yang sangat rendah, tidak ada simpanan aset, tidak memiliki jaringan kekuasaan, status pendidikan dan pekerjaan sangat rendah dan beresiko (Allender & Spradley, 2005);

- b. Luas lantai hunian kurang dari 8 m² per anggota keluarga, jenis lantai sebagian besar tanah, tidak memiliki fasilitas air bersih, tidak ada jamban, konsumsi lauk pauk tidak bervariasi, tidak mampu membeli pakaian baru minimal 1 tahun sekali, dinding rumah terbuat dari papan atau triplek (BPS, 2004, diadopsi dari Konsep Keluarga Sejahtera);
- c. Kriteria BPS keluarga miskin sumber penghasilan dibawah Rp. 600.000 per bulan.

Indikator-indikator tersebut dipertegas dengan rumusan yang konkrit yang dibuat oleh Bappenas (2004) yaitu: terbatasnya kecukupan dan mutu pangan, dilihat dari stok pangan yang terbatas, rendahnya asupan kalori penduduk miskin dan buruknya status gizi bayi, anak balita, dan ibu. Sekitar 20 % penduduk dengan tingkat pendapatan terendah hanya mengkonsumsi 1.571 kkal per hari. Kekurangan asupan kalori, yaitu kurang dari 2.100 kkal per hari, masih dialami oleh 60 % penduduk berpenghasilan terendah.

Menurut BKKBN (2004) kemiskinan dilakukan lewat pertahapan keluarga sejahtera yang dibagi menjadi lima tahap, yaitu:

- a. Keluarga Pra Sejahtera

keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal atau belum seluruhnya terpenuhi, seperti: spritual, pangan, sandang, papan, dan kesehatan.

- b. Keluarga Sejahtera I

Keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan sosial psikologinya.

- 1) Pada 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, dinding yang baik;
- 4) Bila ada anggota keluarga sakit dibawa ke sarana kesehatan;
- 5) Bila pasangan usia subur ingin ber KB pergi ke sarana pelayanan;
- 6) Semua anak umur 7-15 tahun dalam keluarga bersekolah.

c. Keluarga Sejahtera II

Adalah keluarga yang sudah dapat memenuhi indikator tahapan keluarga sejahtera I dan indikator berikut:

- 1) Pada umumnya anggota keluarga melaksanakan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing;
- 2) Paling kurang sekali seminggu seluruh anggota keluarga makan daging/ikan/ telur;
- 3) Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu pasang pakaian baru dalam setahun;
- 4) Luas lantai rumah paling kurang 8 m² untuk setiap penghuni rumah;
- 5) Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat, sehingga dapat melaksanakan tugas/fungsi masing-masing;
- 6) Ada seorang atau lebih anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan;
- 7) Seluruh anggota keluarga umur 10 - 60 tahun bisa baca tulisan latin;

- 8) Pasangan usia subur dengan anak dua atau lebih menggunakan alat/obat kontrasepsi.

d. Keluarga Sejahtera III

Adalah keluarga yang sudah memenuhi indikator tahapan keluarga sejahtera I dan indikator keluarga sejahtera II dan indikator berikut:

- 1) Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama;
- 2) Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang atau barang;
- 3) Kebiasaan keluarga makan bersama paling kurang seminggu sekali dimanfaatkan untuk berkomunikasi;
- 4) Keluarga ikut dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal;
- 5) Keluarga memperoleh informasi dari surat kabar/majalah/radio/TV.

e. Keluarga Sejahtera III plus

Adalah keluarga yang memenuhi indikator tahapan keluarga sejahtera I, indikator keluarga sejahtera II dan indikator keluarga sejahtera III dan indikator berikut:

- 1) Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial;
- 2) Ada anggota keluarga yang aktif sebagai pengurus perkumpulan sosial/yayasan/ institusi masyarakat.

2.7 Perilaku Positif Keluarga dalam Pemberian Asupan Nutrisi Pada Balita di Keluarga Miskin

Adanya pengaruh perilaku terhadap masalah gizi, memerlukan pengamatan untuk mengetahui perilaku yang diperlukan untuk menanggulangi masalah gizi pada anak. Salah satu bentuk pengembangan perilaku dalam penanggulangan masalah gizi adalah *Positive Deviance* yang telah dilakukan di Jakarta, Bogor, dan Lombok Timur. Hasilnya adalah interaksi ibu dengan anak usia 6-17 bulan berhubungan positif dengan keadaan gizi anak. Anak-anak yang selalu diupayakan untuk mengkonsumsi makanan, mendapatkan respon saat berceloteh, selalu mendapatkan senyum dari ibu, keadaan gizinya lebih baik dibandingkan dengan teman sebaya lainnya yang kurang mendapatkan perhatian orang tua (Jahari *et al*, 2000).

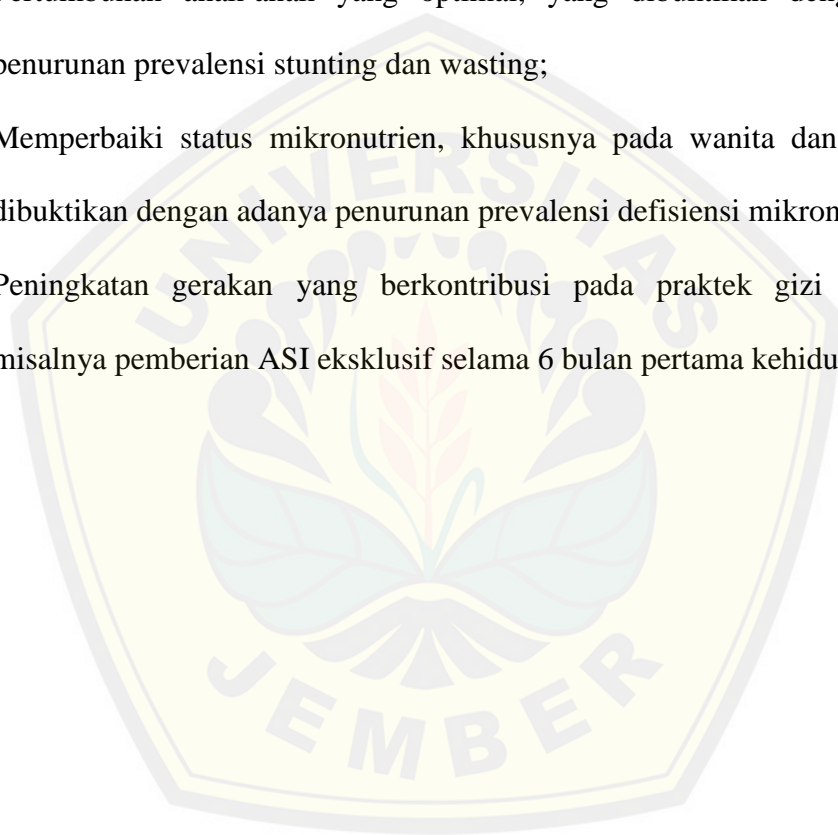
Positive Deviance didasarkan pada asumsi bahwa beberapa solusi untuk mengatasi masalah gizi sudah ada di dalam masyarakat, hanya perlu diamati untuk dapat diketahui bentuk penyimpangan positif yang ada, dari perilaku masyarakat tersebut. Setiap individu memiliki kebiasaan dan perilaku khusus, atau tidak umum yang memungkinkan mereka dapat menemukan cara-cara yang lebih baik, untuk mencegah kekurangan gizi. Mempelajari mengapa dari sekian banyak bayi dan balita di suatu komunitas miskin hanya sebagian kecil yang gizi buruk. Kebiasaan keluarga yang menguntungkan sebagai inti program *Positive Deviance* dibagi menjadi tiga atau empat kategori utama yaitu pemberian makan, pengasuhan, kebersihan, dan mendapatkan pelayanan kesehatan (*Child Survival Collaborations and Resources*, 2003).

Penelitian kohort di Vietnam tahun 1990 menginformasikan bahwa dari 700 orang anak yang seluruhnya mengalami kekurangan gizi tingkat dua dan tiga, setelah dua tahun ternyata hanya 3% yang tetap mengalami kekurangan gizi tingkat dua dan tiga. Dari seluruh peserta penelitian, 95% mengalami pemulihan menjadi normal dan 38% menjadi gizi kurang tingkat satu. Tingkat kemajuan tersebut diperoleh setelah melakukan observasi selama 14-23 bulan (*Child Survival Collaborations and Resources*, 2003).

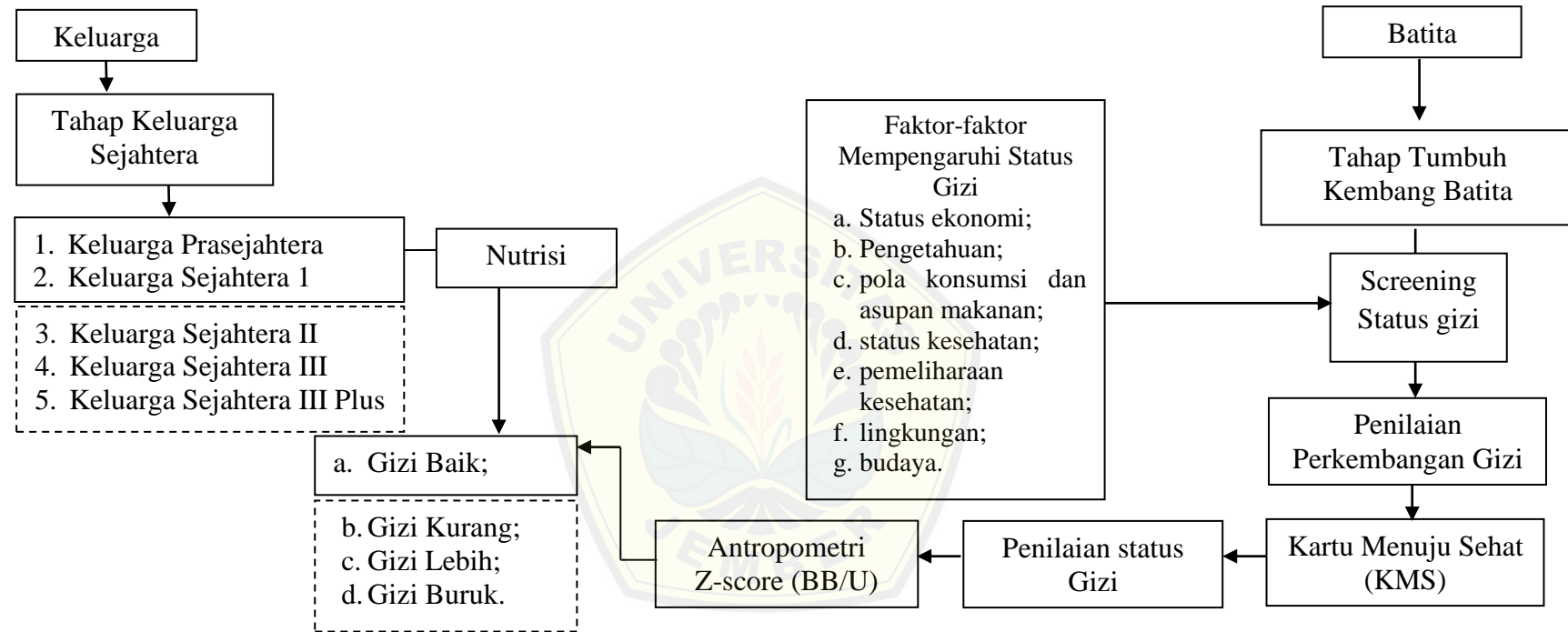
Berdasarkan *Journal Brounce Nutrition* dalam *Save Our Children* tahun 2014, mengatakan bahwa kekurangan gizi adalah dasar penyebab kematian hampir 2,6 juta anak setiap tahunnya. Hal ini di sebabkan salah satunya kemiskinan terkait gizi. Gizi yang baik selama periode 1000 hari pertama, yaitu periode antara ibu mulai hamil sampai dengan kelahiran bayinya, merupakan fase kritis bagi kesehatan, kebaikan dan kesuksesan anak di masa yang akan datang. Gizi yang tepat selama periode ini dapat berdampak pada kemampuan anak untuk tumbuh, belajar dan keluar dari kemiskinan. Hal tersebut juga bermanfaat untuk masyarakat, anak yang tercukupi kebutuhan gizinya memiliki produktivitas kerja yang baik dan nantinya diharapkan mampu memberi perbaikan prospek ekonomi bagi keluarga (*Save the Children*, 2012).

Menurut *Scaling Up Nutrition* (2012) strategi intervensi yang dapat dilakukan masing-masing negara untuk menanggulangi masalah malnutrisi adalah:

- a. Meningkatkan akses terhadap makanan bergizi, air bersih, sanitasi, pelayanan kesehatan, dan perlindungan sosial;
- b. Pertumbuhan anak-anak yang optimal, yang dibuktikan dengan adanya penurunan prevalensi stunting dan wasting;
- c. Memperbaiki status mikronutrien, khususnya pada wanita dan anak-anak, dibuktikan dengan adanya penurunan prevalensi defisiensi mikronutrien;
- d. Peningkatan gerakan yang berkontribusi pada praktek gizi yang baik, misalnya pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan.



2.8 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Bailon dan Maglaya dalam Susanto (2012), BKKBN (2004), Muaris (2006), Soetjningsih (2001), Supartini (2004), Potter & Perry (2005), Santoso (2004), Hartriyanti dan Triyanti (2007), WHO-NCHS BB/U dalam Mastari (2009), Putra (2013).

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian kualitatif. Denzin dan Lincoln (dalam Moleong, 2013) menjelaskan bahwa penelitian kualitatif adalah penelitian yang menggunakan latar alamiah, dengan maksud menafsirkan fenomena yang terjadi dan dilakukan dengan jalan melibatkan berbagai metode yang ada seperti wawancara, pengamatan dan pemanfaatan dokumen. Penelitian ini menggunakan metode fenomenologi. Penelitian kualitatif dengan desain fenomenologi berusaha memahami arti peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang-orang yang berada dalam situasi tertentu.

Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti objek penelitian yang bersifat alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara gabungan, analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi (Sugiyono, 2013). Penelitian kualitatif lebih terfokus pada representasi fenomena sosial, tidak bermaksud untuk menarik generalisasi suatu populasi ataupun menggambarkan karakteristik suatu populasi (Bungin, 2012).

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik di wilayah kerja puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember dengan menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi jenis deskriptif. Studi fenomenologi merupakan pendekatan riset induktif yang didasarkan pada filosofi fenomenologi yang diajukan untuk memahami keseluruhan manusia melalui pengalaman langsung (Dempsey & Dempsey, 2002).

Terdapat beberapa metodologi yang digunakan untuk penelitian fenomenologi, namun metode yang paling sering digunakan terdapat empat tahap menurut Polit, *et al* (2001), yaitu:

a. *Bracketing*

Bracketing merupakan proses mengidentifikasi dan menerima informasi baru untuk menciptakan suatu keyakinan dan opini yang objektif tentang fenomena yang ada di luar studi yang dipelajari. Pada fase ini peneliti akan menahan pengetahuan maupun opini yang dimiliki mengenai pengalaman keluarga miskin dalam memberikan asupan nutrisi pada batitanya yang memiliki status gizi baik. Proses yang dilakukan peneliti dengan cara memberikan pertanyaan-pertanyaan terbuka kepada informan ketika melakukan wawancara, dan tidak diperbolehkan memberikan pengarahan ketika informan memberikan jawaban. Proses ini akan menjaga keaslian data agar tidak bercampur dengan asumsi dan opini dari peneliti sendiri.

b. Intuizing

Tahap ini merupakan tahap menyimak data yang diberikan oleh informan untuk memaknai informasi yang disampaikan melalui wawancara. Pada tahap ini pertanyaan selanjutnya dikembangkan untuk mencapai tujuan penelitian dengan cara mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan pernyataan dari informan dan menanyakan hal yang belum jelas. Berdasarkan gambaran langsung dinyatakan oleh informan peneliti dapat mengetahui arti dan makna pengalaman keluarga miskin dalam memberikan asupan nutrisi pada batitanya yang memiliki status gizi baik.

c. Analyzing

Analyzing merupakan proses mengidentifikasi pernyataan yang signifikan, mengkategorikan, dan membuat arti penting dari data hasil wawancara yang dilakukan peneliti pada informan. Pada tahap ini peneliti menganalisis dengan cara mendengarkan hasil rekaman dan membaca transkrip hasil wawancara, selanjutnya peneliti menentukan dan memberi tanda pernyataan mana yang dianggap penting dan bermakna, kemudian dikategorikan berdasarkan kata kunci dan mengidentifikasi tema-tema yang menunjukkan pengalaman apa saja yang dilakukan keluarga miskin dalam memberikan asupan nutrisi pada batitanya yang memiliki status gizi baik.

d. *Describing*

Pada tahap ini merupakan tahap mengartikan fenomena untuk menggambarkan hasil penelitian pengalaman keluarga miskin dalam memberikan asupan nutrisi pada batitanya yang memiliki status gizi baik dalam bentuk laporan hasil penelitian yang dapat dibaca dan dipahami oleh pembaca.

3.2 Narasumber (Informan)

Penentuan sampel pada penelitian kualitatif tidak berdasarkan pada perhitungan statistik. Sampel dalam penelitian kualitatif bukan dinamakan responden, tetapi sebagai narasumber, informan, informan, teman, atau guru (Sugiyono, 2013).

Hal ini mengacu pada Steubert dan Carpenter (dalam Moleong, 2006) menyatakan bahwa jumlah informan pada penelitian fenomenologi sedikit berkisar antara 5-10 orang. Informan pada penelitian ini adalah keluarga miskin yang memiliki batita dengan status gizi baik yang memiliki pengalaman dalam pemberian asupan nutrisi. Proses pengumpulan data dianggap telah selesai dan peneliti tidak perlu mencari informan baru, jika data yang telah dikumpulkan sudah tidak lagi ditemukan variasi data atau informasi (Bungin, 2012).

Teknik pengambilan informan yang paling sering digunakan pada penelitian kualitatif yaitu teknik *purposive sampling* dan *snowball sampling* (Sugiyono, 2013). Penentuan informan dalam penelitian kualitatif lebih tepat menggunakan metode *purposive sampling* (Bungin, 2012).

Kriteria inklusi menjadi informan pada penelitian ini adalah:

- a. Keluarga miskin yang bersedia menjadi informan dan bersedia mengisi lembar *inform consent*;
- b. Berdomisili di wilayah kerja puskesmas Rowotengah Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember.
- c. Keluarga miskin yang memiliki batita dengan catatan sudah memiliki pengalaman pemberian asupan nutrisi dengan grafik pertumbuhan KMS tetap berada digaris hijau tua, dan penilaian status gizi berdasarkan $(BB/U) \geq 80\%$, dan Z-Score $-2SD$ sampai dengan $2SD$;
- d. Kriteria BPS keluarga miskin sumber penghasilan dibawah Rp 600.000 per bulan.
- e. Keluarga miskin yang menerima bantuan dari pemerintah;
- f. Keluarga yang memiliki peranan penting bagi batitanya dan dalam keadaan sehat rohani dan jasmani.

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Keluarga miskin yang memiliki batita dengan status gizi kurang, buruk, dan lebih;
- b. Batita yang mengalami penyakit akut dan kronis.

3.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian yang digunakan untuk penelitian ini di wilayah kerja puskesmas Rowotengah Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember. Tempat ini dipilih karena merupakan salah satu angka rumah tangga miskin dan penduduk miskin tertinggi ke-3 dan gizi kurang tertinggi ke-2 di Kabupaten Jember sebanyak 438 balita atau 14,02 %.

3.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan mulai dari pembuatan proposal penelitian, yaitu pada bulan September 2014 sampai dengan bulan November 2014. Penelitian dan analisa data akan dilaksanakan setelah penulisan proposal penelitian yang dimulai pada bulan Desember 2014. Waktu untuk pengambilan data dibutuhkan selama satu bulan di wilayah kerja puskesmas Rowotengah Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember. Selanjutnya peneliti melakukan analisis data dan penyusunan laporan hasil penelitian yang dimulai pada bulan Januari sampai dengan bulan Maret 2015.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Prosedur pengumpulan data

Terdapat tiga tahap prosedur dalam melakukan pengumpulan data pada penelitian ini, yaitu:

a. Tahap persiapan

- 1) Tahap persiapan dimulai oleh peneliti dengan mengurus perijinan penelitian ke Program Studi Ilmu Keperawatan, Lembaga Penelitian Universitas Jember dan Badan Kesatuan Bangsa dan Politik (Bankesbangpol) Kabupaten Jember dengan tembusan kepada Badan Perlindungan Masyarakat, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember;
- 2) Selanjutnya meminta surat pengantar dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang ditujukan kepada Puskesmas Rowotengah;
- 3) Peneliti mengidentifikasi dan menetapkan calon informan berdasarkan kriteria penelitian;
- 4) Kemudian peneliti mendatangi informan yang telah ditunjukkan oleh *key informan* yang memenuhi kriteria peneliti untuk melakukan pendekatan secara langsung kepada calon informan dan menjelaskan tujuan penelitian serta memberi lembar *inform consent*;
- 5) Peneliti membuat kontrak waktu dengan calon informan untuk melakukan wawancara apabila calon informan memberikan persetujuannya.

b. Tahap pelaksanaan

pada tahap pelaksanaan peneliti akan melakukan wawancara dengan tiga fase yaitu:

1) Fase orientasi

Pada fase ini mengkaji keadaan keluarga secara umum untuk mengetahui sejauh mana kesiapan informan untuk melakukan wawancara. Peneliti menyiapkan alat perekam yaitu *mp4* sebanyak 2 buah. Alat perekam diletakkan diatas meja, yaitu diantara peneliti dan informan berjarak sekitar 50-100 cm yang bertujuan mendapatkan hasil rekaman suara yang jelas. Peneliti juga menyiapkan alat tulis mencatat respon non-verbal informan ketika memberikan data saat wawancara.

2) Fase kerja

Pada fase kerja ini peneliti memulai wawancara dengan informan dan mengajukan pertanyaan mengenai “Bagaimana pengalaman pemberian asupan nutrisi dikeluarga miskin pada batita yang memiliki status gizi baik?” Pertanyaan ini diajukan untuk mengetahui pengalaman keluarga secara umum dalam menjaga anaknya tetap berada pada status gizi baik. Pertanyaan tersebut merupakan pertanyaan inti yang didukung oleh sembilan pertanyaan pendukung lainnya yang terdapat pada lembar panduan wawancara. Dalam bentuk pertanyaan terbuka, hal ini bertujuan agar informan dapat memberikan data secara luas. Peneliti tidak memberikan opininya agar tidak mempengaruhi hasil wawancara, sehingga data yang didapatkan murni dari informan. Catatan tentang

respon non-verbal pada informan di isi sesuai yang disampaikan informan ketika melakukan wawancara. Catatan tersebut untuk melengkapi hasil wawancara dan menjaga unsur keilmiah data tetap terjaga. Catatan yang digunakan oleh peneliti adalah panduan catatan lapangan yang ditulis oleh peneliti dan digabungkan pada transkrip wawancara.

3) Fase terminasi

Fase tahap ini merupakan tahap terakhir dari tahap pelaksanaan. Peneliti mengucapkan terimakasih kepada informan karena telah turut berpartisipasi dan bekerja sama ketika proses wawancara.

c. Tahap terminasi

Tahap ini merupakan tahap terakhir dimana peneliti melakukan validasi pada semua data transkrip hasil wawancara kepada informan. Peneliti menyampaikan bahwa penelitian ini telah selesai. Peneliti mengucapkan terimakasih kepada informan karena telah berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti.

3.5.2 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data utama dalam penelitian kualitatif adalah peneliti sendiri atau dengan bantuan orang lain (Moleong, 2011), yaitu:

a. Panduan wawancara

Panduan wawancara berisi sembilan daftar pertanyaan tentang pengalaman keluarga miskin dalam pemberian asupan nutrisi pada batita yang memiliki

status gizi baik yang ditanyakan kepada informan. Jenis wawancara yang digunakan dalam kategori *indept interview*, dimana dalam pelaksanaanya lebih bebas bila dibandingkan dengan terstruktur. Tujuannya menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya (Esterberg dalam Sugiyono, 2014).

b. Alat perekam

Alat perekam berfungsi untuk merekam seluruh wawancara yang dilakukan peneliti kepada informan, alat perekam membantu peneliti untuk mengambil data agar peneliti tetap dapat berkonsentrasi pada proses pengambilan data, tanpa harus terhenti untuk mencatat hasil wawancara. Alat perekam yang digunakan pada penelitian ini adalah *mp4* sebanyak 2 buah. Sebelum digunakan peneliti memeriksa keadaan *mp4* meliputi baterai, memeriksa kapasitas memori penyimpanan, disediakan cukup banyak agar cukup untuk menyimpan hasil rekaman hingga wawancara selesai.

c. Catatan lapangan (*field notes*)

Catatan lapangan (*field notes*) adalah alat yang digunakan peneliti untuk mendokumentasikan respon non-verbal informan dan digabungkan dengan data transkrip hasil wawancara.

3.6 Analisis Data

Analisa data adalah proses untuk mengorganisasikan data, mengkategorisasikan supaya menjadi satu kesatuan, mensintesis data, mencari dan menemukan polanya, mengambil data yang penting yang berhubungan dengan tujuan penelitian, dan memutuskan apa yang dapat dipaparkan kepada pembaca (Bogdan dan Biklen dalam Moleong, 2013). Teknik analisis data yang digunakan dalam riset fenomenologi meliputi data hasil wawancara dengan informan untuk menemukan tema atau kategori pengalaman yang dipandang dari perspektif informan (Dempsey & Dempsey, 2002).

Data yang didapat dari hasil rekaman wawancara informan didengarkan dan ditulis apa adanya dan digabungkan dengan hasil catatan lapangan sehingga menjadi transkrip. Analisa data pada penelitian ini menggunakan metode *Colaizzi*. Langkah-langkah analisa data menurut Colaizzi (dalam Polit, *et al*, 2001) yaitu sebagai berikut:

- a. peneliti mendengarkan hasil rekaman wawancara dan membaca transkrip data hasil wawancara agar peneliti memahami data yang diperoleh;
- b. peneliti memberikan tanda *bold* tebal pada pernyataan-pertanyaan yang dianggap penting dan bermakna, selanjutnya peneliti menentukan kata kunci dari pernyataan-pernyataan tersebut yang sesuai dengan tujuan penelitian;
- c. peneliti mengelompokkan hasil transkrip wawancara dan mencari perbedaan antara informan satu dengan yang lainnya untuk mempermudah peneliti dalam saturasi data;

- d. peneliti membentuk beberapa kategori sesuai dengan kata kunci-kata kunci yang telah ditemukan;
- e. beberapa kategori yang telah ditemukan dikelompokkan lagi menjadi beberapa sub tema. Beberapa sub tema tersebut dikelompokkan menjadi beberapa tema;
- f. setiap tema yang muncul dideskripsikan secara lengkap dan mendalam oleh peneliti dan disusun pada laporan hasil penelitian.

3.7 Keabsahan Data

Menurut Lincoln dan Guba (dalam Bungin, 2012) terdapat empat standar atau kriteria utama dalam menjamin keabsahan hasil penelitian kualitatif, yaitu:

- a. Standar kredibilitas

Kredibilitas merupakan istilah yang digunakan untuk menggantikan konsep validitas pada penelitian kualitatif. Kredibilitas pada penelitian kualitatif juga terletak pada keberhasilan peneliti dalam mengeksplorasi fenomena untuk mendeskripsikannya (Poerwandari, 2007). Peneliti melakukan kredibilitas dengan cara mengkonsultasikan kepada pembimbing penelitian dalam validasi pertanyaan apa sudah sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

- b. Standar transferabilitas

Hasil penelitian yang akan dilakukan dapat diterapkan pada tempat atau kelompok lain yang memiliki tipologi atau kriteria yang sama dengan penelitian tersebut. Standar transferabilitas ini tidak dapat dijawab dan dinilai

oleh peneliti sendiri, tetapi dijawab dan dinilai oleh pembaca laporan penelitian (Zuriah, 2009).

c. Standar dependabilitas

Standar dependabilitas adalah standar adanya pengecekan atau penilaian akan ketepatan peneliti dalam mengkonseptualisasikan apa yang diteliti (Bungin, 2012). Standar dependabilitas dalam penelitian kuantitatif disebut dengan reliabilitas.

d. Standar confirmabilitas

Standar confirmabilitas lebih berfokus pada pemeriksaan kepastian dan kualitas hasil penelitian. Standar confirmabilitas dilakukan untuk memeriksa apakah benar data hasil penelitian berasal dari pengumpulan data yang telah dilakukan oleh peneliti di lapangan (Bungin, 2012).

3.8 Etika Penelitian

Penelitian yang dilakukan hendaknya juga memperhatikan etika penelitian, yaitu (Potter dan Perry, 2005):

a. *Informed consent*

Informed consent berisi tentang tujuan penelitian, prosedur penelitian, pengumpulan data, keuntungan, serta potensial bahaya yang dapat diakibatkan oleh penelitian (Potter & Perry, 2005). Lembar *informed consent* ini diberikan kepada lima keluarga yang bersedia menjadi informan penelitian.

b. *Beneficiency*

Salah satu prinsip etika yang paling mendasar dalam penelitian adalah bahwa penelitian harus mengandung unsur kebaikan bagi informan (Polit *et al*, 2001). Informan mendapat jaminan kebebasan dari unsur bahaya bagi dirinya ketika menjadi informan dalam penelitian.

c. *Confidentialy* (Kerahasiaan)

Peneliti menjaga kerahasiaan informasi yang berkaitan dengan informan. Informasi yang berkaitan dengan infroman tidak disebarakan ataupun diberitahukan dalam bentuk apapun kepada orang lain (Potter & Perry, 2005). Informasi yang disampaikan oleh informan akan dijaga kerahasiannya dengan cara menjaga kerahasiaan transkrip data informan. Transkrip data informan hanya diketahui oleh pihak-pihak yang berkepentingan di dalam penelitian, seperti peneliti dan pembimbing penelitian.

d. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Anonymity adalah etika untuk menjaga kerahasiaan identitas informan yang diteliti, sehingga pada lembar observasi informan tidak perlu mencantumkan identitasnya, cukup memberikan tanda tangannya saja di lembar persetujuan. Peneliti dapat memberikan kode di lembar observasinya untuk mengetahui identitas informan (Potter & Perry, 2005). Prinsip ini diwujudkan dengan cara peneliti tidak mencantumkan nama pada transkrip wawancara, peneliti menggunakan kode yang berbeda ada setiap informan, kode tersebut diketahui oleh peneliti sendiri.

BAB 4. HASIL PENELITIAN

4.1 Karakteristik Informan

Tabel 4.1.1 Karakteristik Informan

Status Gizi Batita	Aspek Kemiskinan
Penilaian Status Gizi: Indeks Berat Badan Menurut Umur (BB/U) \geq 80%, Standart Deviasi Unit (Z-Score) $-2SD$ sampai dengan $2SD$, dan memiliki pengalaman pemberian nutrisi \geq 3 tahun.	Keluarga mendapat bantuan dari pemerintah, sumber penghasilan dibawah Rp. 600.000/Bulan, pekerjaan kepala keluarga, yaitu 2 orang sebagai buruh tani, 1 orang sebagai penarik becak, 1 orang sebagai buruh bangunan, 1 orang sebagai pemijat dan Ibu Rumah Tangga, umur 28-33 tahun, suku jawa, dan pendidikan SD dan tidak sekolah.

4.2 Tema Hasil Analisis Penelitian

Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang didapatkan dari hasil transkrip informan pada saat wawancara. Pertanyaan pada saat wawancara mengacu pada tiga tujuan khusus penelitian ini. Dari tiga tujuan khusus penelitian ini, didapatkan 11 tema mengenai pengalaman pemberian asupan nutrisi pada batita di keluarga miskin yang memiliki status gizi baik di wilayah kerja Puskesmas Rowotengah, sehingga narasi penjelasan sesuai tujuan khusus diuraikan dalam urutan penomoran mulai tema yang pertama sampai dengan tema yang terakhir.

4.2.1 Gambaran Karakteristik Keluarga

a. Tema 1: Tipe Keluarga

Jenis tipe keluarga yang dimunculkan oleh keluarga, yaitu tipe keluarga inti (*Nuclear*). Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“*Cuma* (hanya) bertiga. Saya, suami saya, dan irfan (anaknya) itu” (I.1)

“...anak saya 3, 5 orang sama suami sama saya” (I.3)

b. Tema 2: Pekerjaan Kepala keluarga

Pekerjaan kepala keluarga dibagi dengan dua sub tema, yaitu jenis pekerjaan keluarga dan jumlah pendapatan keluarga dalam sehari.

1) Jenis pekerjaan

Jenis pekerjaan keluarga dalam sehari-hari, yaitu buruh tani, buruh bangunan, toko bengkolan, penarik becak, tukang pijat, ibu rumah tangga. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Buruh tani, kalau ada pekerjaan ya kerja kalau tidak ada *bantu* (membantu) saya di warung (toko bengkolan) ini. Sehari-hari ya ini” (I.1)

“...Suami ya kerja tani, itu anu (yaitu) buruh gitu (seperti itu), kadang bangunan, kadang becak” (I.3)

2) Jumlah pendapatan dalam sehari

Jumlah pendapatan dalam sehari Rp 20.000-Rp 50.000 dan terkadang tidak mendapat penghasilan ketika tidak ada pekerjaan. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“...sehari itu kerja sehari penuh (seharian) Rp 50.000, kalau *Cuma* (hanya) jam 06.00 berangkatnya *ntar* (nanti) jam 11.00 pulang kalau orangnya belas kasih ya di kasih (diberi) Rp 25.000 kalau nggak (tidak) ya Rp 20.000” (I.1)

“Kadang Rp 30.000 kadang Rp 20.000 gitu (seperti itu) sehari-hari itu, tidak mesti (tidak pasti) kadang sama sekali tidak dapat...” (I.3)

c. Tema 3: Bantuan Pemerintah Yang Diterima Keluarga

Bantuan pemerintah yang diterima oleh keluarga dibagi dengan tiga sub tema, yaitu jenis bantuan yang diterima, jumlah yang diterima keluarga, jangka waktu penerimaan bantuan.

1) Jenis bantuan

Jenis bantuan pemerintah yang keluarga diterima, yaitu BLT (Bantuan Langsung Tunai), PKH (Program Keluarga Harapan), dan bantuan dari desa. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Dapat PKH (Program Keluarga Harapan) itu, di balai desa juga dapat (dapat)...gak nentu (tidak pasti), kadang 1 bulan kadang lebih gitu (seperti itu)” (I.2)

“Dapat bantuan, apa ya 3 bulan itu, BLT (Bantuan Langsung Tunai) itu tok (saja)” (I.3)

2) Jumlah yang diterima keluarga

Jumlah bantuan yang diterima keluarga tergantung jenis bantuan Jumlah yang diterima keluarga Rp 150.000-Rp 400.000. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Kadang dapat Rp 200.000, kadang dapat Rp 150.000 nggak mesti itu loh (tidak tentu) mas kalau kepunyaan ibunya keluar sampai Rp 275.000” (I.1)

“Rp 400.000, gak (tidak) tahu berapa bulan, tidak mesti (tidak pasti)” (I.3)

3) Jangka waktu penerimaan bantuan

Jangka waktu penerimaan bantuan ≥ 2 bulan bahkan jadwal penerimaan bantuan tidak menentu. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“...4 bulan sekali kadang 3 bulan sekali” (I.1)

“...*gak* (tidak) tahu berapa bulan, tidak mesti (tidak pasti)” (I.3)

d. Tema 4: Sikap Keluarga Terkait Kondisi Miskin

Sikap keluarga dalam menghadapi masalah kemiskinan yang dialami, keluarga selalu bersikap bersyukur dalam menerima kondisinya. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“*Ya disyukuri* (mensyukuri) mas...Penghasilan sedikit *ya anulah...*” (I.1)

“*Ya terima* (menerima) apa adanya takdir, *mang* (memang) *belum dikasih* (diberi) kaya” (I.2)

4.2.2 Strategi Yang Dilakukan Keluarga Dalam Pemenuhan Nutrisi Pada Batita

a. Tema 5: Pengelolaan Keuangan

Pengelolaan keuangan keluarga yaitu dengan pengutamaan pembelian bahan pokok dan berhutang dalam menyediakan bahan pokok. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“...kalau dapat Rp 50.000 ya mas, yang Rp 30.000 untuk beras yang Rp 20.000 buat sayur lauk pauknya itu *anu* (yaitu) kebutuhan dapurlah mas” (I.1)

“...Kalau gak (tidak) punya itu utang dulu *kan* (karena) sekarang semua mahal... takut anak saya *gak* (tidak) bisa makan, *gak* (tidak) bisa jajan” (I.3)

b. Tema 6: Prioritas Pemberian Asupan Nutrisi

Prioritas dalam pemberian asupan nutrisi adalah anak setelah itu keluarga karena menjadi penting dalam memberikan nutrisi yang baik bagi pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Ya buat keluarga terutama kebutuhan anak dulu, *ntar* (nanti) sisanya buat makan” (I.2)

“*Pokoke tak anue wes pokkoe anake seneng maeme. Pokoke lek ibue manut opo jare anakke.*” (yang terpenting saya usahakan biar anaknya suka makannya. Yang penting kalau ibunya mengikuti apa kata anaknya) (I.3)

c. Tema 7: Pemenuhan Asupan Nutrisi

Dalam pemenuhan asupan nutrisi, terbagi dalam lima subtema jenis makanan yang dikonsumsi (sub sub tema seperti sayur-mayur, lauk pauk, buah-buahan, lain-lain), porsi makan dalam sehari, pemberian ASI, sayuran yang dikonsumsi ibu saat ASI susah keluar, susu formula yang dikonsumsi batita, dan cara mengatasi batita susah makan.

1) Sayur mayur

Beberapa jenis sayuran yang dikonsumsi keluarga yang terdiri dari sayur bayam, sayur katuk, sayur labu, sayur sop, kacang panjang, sayur bening, wortel, kentang, sayur lodeh, dan kangkung. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Yang sering ya bayem (bayam), katu (katuk) iku mas, terus sop, kacang panjang, dan sayur bening ya gitu (seperti itu)” (I.1)

“...nasi yang di tem (nasi tim) itu loh mas sama kentang ma (dengan) wortel itu” (I.1)

“...sayurnya sayur bening, sop, oseng, lodeh itu mas” (I.2)

“Kangkung. Kan (itu) kangkung banyak gizinya...” (I.4)

2) Lauk pauk

Konsumsi lauk pauk seperti hati ayam, hati sapi, ayam, ikan tongkol, tahu, tempe, dadar jagung, telur, ikan pindang dalam memenuhi asupan nutrisi keluarga. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“ayam itu. daging ati (hati) ayam, sapi gitu (itu) mas. Kalau atinya (hatinya) ayam nggak (tidak) ada atinya (hatinya) sapi mas...” (I.1)

“...tempe, tahu, ikan, telur ya kalau lagi ada itu kadang ikan ayam... dadar jagung ya itu” (I.2)

“...ya kayak (seperti) ikan laut, pindang, tongkol, senengane wes (kesukaannya)...” (I.3)

3) Buah-buahan

Konsumsi buah-buahan yang disukai keluarga ada beberapa jenis seperti apel, salak, belimbing, pepaya, dan pisang. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Apel, salak” (I.5)

“Bubur itu nasi lembek (lunak) dikasih (diberi) pisang di uleg terus...” (I.2)

“Buah biasanya belimbing gitu (itu)” (I.3)

“...kadang-kadang kesulitan, kalau udah gitu (seperti itu) saya kasih (berikan) pisang mas sama kates (pepaya)” (I.1)

4) Makanan tambahan lainnya

Makanan lain yang dikonsumsi keluarga terdiri dari roti, biskuit, beras kencur, bubur kacang hijau, bubur beras merah, soto, bakso, nasi jagung, bubur instans, rawon, dan kerupuk. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“...bek (sama) bubur kacang ijo (hijau) ma (sama) beras merah...” (I.1)

“...Kalau dianya suka itu suka jamu, beras kencur itu dia suka...” (I.4)

“(bubur instans) itu terus baru kalau berhenti saya *kasih tem-teman* (berikan nasi tim) itu...” (I.3)

5) Frekuensi makan

Frekuensi makan anak dalam sehari ≥ 2 kali sesuai selera makan anak.

Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“... Harus 3 kali biasae (biasanya) *kan* orang 2x kalau saya 3x, pagi, jam 12, *ntar* (nanti) sore setengah 4 di kasih makan lagi *terus* (kemudian) mau tidur susu...” (I.1)

“...ya kalau sekarang gak temu (tidak tahu) mas, kalau cocok bisa sampai 5 kali...” (I.3)

6) Pemberian ASI Eksklusif

Pemberian ASI dalam sub tema lama pemberian ASI kepada anaknya didapatkan pemberian ASI ≥ 1 tahun. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“... *kasih* (beri) ASI sampai 1 tahun baru saya beri makan nasi...” (I.1)

“...ASI sampai umur 2 tahun.” (I.2)

“Di umur 13 itu berhenti ASI dan susu (bubuk)” (I.3)

7) Sayuran yang dikonsumsi ibu saat asi tidak keluar

Berbagai sayuran yang dikonsumsi oleh ibu untuk memperbanyak ASI atau saat ASI tidak keluar adalah daun labu, katuk, kacang, beluntas, daun pepaya. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Saya itu makan sayur itu *kulup-kulupan seneng* (sayur-sayuran suka)...ya *sayur sembarang wes* (apa saja sudah), daun beluntas itu *apik gawe* (bagus buat) susu, katu yo pisan (katuk juga)” (I.3)

“...Ya katu, daun kates (pepaya), saya campur itu” (I.4)

8) Susu formula yang dikonsumsi

Susu formula yang dipilih keluarga untuk konsumsi anaknya disaat lagi tidak bersama anak atau produksi ASI ibu tidak keluar seperti susu bubuk dan susu kental. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Kalau ASI susu (bubuk), *kalau pas* (sudah) tahu jalan udah *gak* (tidak) minum susu (bubuk) diumur 1 tahun berhenti...” (I.5)

“...Kalau susu (bubuk) itu dia *gak* (tidak) mau, kalau dia minta *baru dikasih* (diberikan)” (I.4)

“(susu kental) itu dan ASI sampai umur 2 tahun...” (I.2)

9) Cara ibu mengatasi anak yang susah makan

Cara ibu dalam memberikan makan pada anaknya dengan cara makan sambil digendong, makan sambil bermain, dan makan sambil duduk. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Ayo kita ikut kesana sambil, kadang-kadang makan sambil jalan dan *dijak maen* (sambil bermain)” (I.2)

“...Ya makan disini, kalau *mau maem* (makan) *duduk*...” (I.3)

d. Tema 8: Pemeliharaan Perawatan Diri Sehari-hari

Pemeliharaan perawatan diri sehari-hari didapatkan 3 subtema yaitu jenis perawatan diri (mandi dan cuci tangan), perhatian ibu, dampak yang terjadi. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Pake sendok tapi *tak* (saya) *cuci tangannya*. Kalau disuapin langsung *gitu gak* (itu tidak) mau tangannya ibu bau...” (I.3)

“Ya *di mandiin saya mas* (mandikan), 3 kali sehari jam 7, jam 2, nanti kalau *maen ndut ndut* (bermain tanah liat) ya saya mandikan lagi dari pada *rembes* (kotor)...” (I.3)

“...Kalau *nggak* (tidak) *telaten* (perhatian) ibunya ya kurus mas ya kurang gizi...” (I.1)

“...Masak orang *nggak* (tidak) punya *gizinya buruk gitu. kan* kasihan. ya dilakukan apapun yang terbaik buat dialah...” (I.4)

e. Tema 9: Strategi Penanganan Masalah Kesehatan

Penanganan masalah kesehatan yang dilakukan keluarga terdiri dari sub tema jenis strategi, mengakses pelayanan kesehatan, dan jenis pembiayaan. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Ya ke puskesmas, kalau puskesmas *gak jodoh* (tidak cocok) *kebidan ke dokter gitu* (itu)” (I.2)

“...Pelayanan baik, saya selalu gratis saya, saya *kan* (itu) punya JAMKESMAS (Jaminan Kesehatan Masyarakat) itu kalau ke rumah sakit ya itu yang *diajukan gak usah pake* (tidak perlu) biaya...” (I.3)

“... *nganu* (itu) ya *pinjam gitu loh* (seperti itu) mas, buat anak *kan gak papa* (tidak apa-apa) *ntar* (nanti) kalau punya penghasilan ya *nganu disauri* (saya ganti)” (I.1)

4.2.3 Gambaran Harapan Keluarga

a. Tema 10: Pemeliharaan Kesehatan

Pemeliharaan kesehatan keluarga terdiri dari 3 sub tema, yaitu kegiatan pemeliharaan posyandu, frekuensi kegiatan, jenis pemeliharaan kesehatan. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Ya *rajin mas. nggak* (tidak) *pernah nggak* (tidak) *hadir. Trus* (selalu) saya jalani mas. Meskipun nanti kalau di imunisasi turun. *Nggak apa-apa* (tidak masalah) daripada sakit. Biar pertumbuhannya biar dikontrol sama bidannya juga... Kalau ada *posyandu...*” (I.1)

b. Tema 11: Harapan Keluarga

Harapan keluarga dalam hal ini yaitu tahap tumbuh kembang anak. Hal ini dinyatakan dalam beberapa kata kunci yang berbeda seperti pernyataan dibawah ini:

“Mas biar pertumbuhannya biar *cepat* (cepat), *cepat* (cepat) apa itu mas *cepat berangkang biar cepat jalan* (cepat merangkak biar cepat berjalan)...” (I.1)

Hasil penelitian ini terdapat 11 tema yaitu tipe keluarga, pekerjaan kepala keluarga, bantuan pemerintah yang diterima keluarga, sikap keluarga terkait kondisi yang dialami, pengelolaan keuangan, prioritas pemberian nutrisi, pemenuhan asupan nutrisi, pemeliharaan perawatan diri, startegi penanganan masalah kesehatan, pemeliharaan kesehatan, dan harapan keluarga.

BAB 5. PEMBAHASAN PENELITIAN

5.1 Intrepretasi Hasil

5.1.1 Gambaran Karakteristik Keluarga

Tema satu: Tipe Keluarga

Tema satu menggambarkan tentang tipe keluarga dengan kategori yang didapatkan peneliti yaitu keluarga inti (*nuclear*). Keluarga memerlukan pelayanan kesehatan berasal dari berbagai pola kehidupan sesuai dengan perkembangan sosial, maka tipe keluarga juga akan berkembang mengikutinya. Berbagai tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional (Friedman, Bowden, & Jones dalam Susanto, 2012).

Tipe keluarga yang memiliki jumlah anak yang banyak pada keluarga yang keadaan sosial ekonomi cukup akan mengakibatkan berkurangnya perhatian anak dan kasih sayang yang diterima anak terutama jika jarak kelahiran anak terlalu dekat. Hal tersebut akan menjadi lebih parah pada keluarga dengan keadaan sosial ekonomi yang kurang karena mengakibatkan selain kurangnya kasih sayang dan perhatian pada anak juga kebutuhan primer seperti makanan, sandang, perumahan akan menjadi tidak terpenuhi (Soetjiningsih, 2007). Menurut Apriadji (1986) semakin besar jumlah anak dalam keluarga maka pengeluaran keluarga dalam memenuhi kebutuhan anak semakin besar pula dan proporsi makan makan untuk setiap individu akan berkurang.

Tema dua: Pekerjaan Kepala Keluarga

Tema dua menggambarkan tentang pekerjaan keluarga yang terbagi dalam dua subtema yaitu jenis pekerjaan dan jumlah pendapatan dalam sehari.

1) Jenis pekerjaan

Menurut Putra (2013) hal ini menunjukkan bahwa status ekonomi merupakan salah satu yang mempengaruhi status gizi oleh karena itu, mereka yang gagal memperoleh pekerjaan di sektor formal yang nyatanya sampai saat ini masih merupakan pekerjaan ideal karena berbagai alasan memasuki jenis pekerjaan disektor informal. Bagi banyak orang hal itu merupakan pilihan terakhir, tetapi bukan tidak banyak yang memilih menjadi penganggur umumnya yang terlibat pada sektor ini berpendidikan rendah, miskin, tidak terampil, dan kebanyakan para migran.

Menurut Badan Pusat Statistik terutama berdasarkan tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga. Terbatasnya ekonomi dikarenakan jenis pekerjaan yang kurang menghasilkan (Bappenas, 2007).

2) Jumlah Pendapatan Dalam Sehari

Tingkat pendapatan keluarga sangat mempengaruhi tercukupi atau tidaknya kebutuhan primer, sekunder, dan perhatian dan kasih sayang yang akan diperoleh anak. Hal tersebut tentu berkaitan erat dengan jumlah saudara dan pendidikan orang tua. Pendapatan keluarga mencakup data sosial seperti keadaan penduduk suatu masyarakat, keadaan keluarga, pendidikan, dan keadaan perumahan. Data ekonomi meliputi pekerjaan, pendapatan, kekayaan, pengetahuan, dan harga makanan yang tergantung pada pasar dan variasi musim

(Supriasa dkk, 2002). Keadaan ekonomi keluarga yang kurang mampu merupakan faktor yang kurang mendukung bagi pertumbuhan dan perkembangan anak balita. Hal ini disebabkan karena tingkat pendapatan keluarga sangat berpengaruh terhadap konsumsi pangan keluarga (Suhardjo dalam Sarah, 2006).

Tema ketiga: Bantuan Pemerintah Yang Diterima Keluarga

Tema ketiga menggambarkan tentang bantuan yang diterima keluarga karena kemiskinan telah menjadi sebuah persoalan yang tidak bisa disepelekan di kehidupan. Bahkan tidak hanya sebatas itu kemiskinan juga telah hadir dalam sejumlah kebijakan baik oleh elemen-elemen sosial masyarakat maupun pemerintah dalam menunjukkan kepedulian bersama untuk menangani persoalan ini. Tema bantuan pemerintah peneliti membagi dalam tiga subtema, yaitu jenis bantuan, besaran bantuan yang diterima, jangka waktu pemberian.

1) Jenis bantuan

Jenis bantuan untuk menekan tingginya angka kemiskinan yang semakin meningkat dari tahun ke tahun, pemerintah mencanangkan suatu program yang disebut Bantuan Langsung Tunai (BLT) dan Program Keluarga Harapan (PKH). PKH itu sendiri yaitu program pemberian uang tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) berdasarkan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan dengan melaksanakan kewajibannya. Program semacam ini secara internasional dikenal sebagai program *conditional cash transfers (CCT)* atau program Bantuan Tunai Bersyarat. Persyaratan tersebut dapat berupa kehadiran di fasilitas pendidikan (misalnya bagi anak usia sekolah), ataupun kehadiran di

fasilitas kesehatan (misalnya bagi anak balita, atau bagi ibu hamil). Tujuan ini berkaitan langsung dengan upaya mempercepat pencapaian target *Millennium Development Goals* (MDGs). Secara khusus, tujuan PKH (1) meningkatkan kondisi sosial ekonomi RTSM; (2) meningkatkan taraf pendidikan anak-anak RTSM; (3) meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, dan anak di bawah 6 tahun dari RTSM; (4) meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi RTSM (Kementerian Sosial RI, 2007)

Sasaran atau penerima bantuan PKH adalah Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang memiliki anggota keluarga yang terdiri dari anak usia 0-15 tahun dan/atau ibu hamil/nifas dan berada pada lokasi terpilih. Penerima bantuan adalah Ibu atau wanita dewasa yang mengurus anak pada rumah tangga yang bersangkutan (jika tidak ada Ibu maka nenek, tante/ bibi, atau kakak perempuan dapat menjadi penerima bantuan) Jadi, pada kartu kepesertaan PKH pun akan tercantum nama ibu/wanita yang mengurus anak, bukan kepala rumah tangga untuk itu orang yang harus dan berhak mengambil pembayaran adalah orang yang namanya tercantum di kartu PKH (Kementerian Sosial RI, 2007).

Calon Penerima terpilih harus menandatangani persetujuan bahwa selama mereka menerima bantuan, mereka akan (1) menyekolahkan anak 7-15 tahun serta anak usia 16-18 tahun namun belum selesai pendidikan dasar 9 tahun wajib belajar; (2) membawa anak usia 0-6 tahun ke fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH bagi anak; (3) untuk ibu hamil harus memeriksakan kesehatan diri dan janinnya ke fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH bagi ibu hamil (Kementerian Sosial RI, 2007).

Menurut Dian Marini (2015) Hal ini berbeda dengan Bantuan Langsung Tunai (BLT) yang didefinisikan sebagai bantuan Pemerintah dalam bentuk uang tunai yang diberikan kepada rumah tangga miskin akibat dari dampak kenaikan harga Bahan Bakar Minyak (BBM). Program Bantuan Langsung Tunai (BLT) dilatar-belakangi upaya mempertahankan tingkat konsumsi Rumah Tangga Sasaran (RTS) sebagai akibat adanya kebijakan kenaikan harga BBM oleh karena itu, tujuan pemberian BLT tersebut adalah: (1) membantu masyarakat miskin agar tetap dapat memenuhi kebutuhan dasarnya; (2) mencegah penurunan taraf kesejahteraan masyarakat miskin akibat kesulitan ekonomi; (3) meningkatkan tanggung jawab sosial bersama.

Sasaran penerima bantuan langsung tunai adalah Rumah Tangga Sasaran sebanyak 19,1 Juta Rumah Tangga Sasaran hasil pendataan oleh BPS yang meliputi Rumah Tangga Sangat Miskin (*poorest*), Rumah Tangga Miskin (*poor*) dan Rumah Tangga Hampir Miskin (*near poor*) di seluruh wilayah Indonesia. Kelemahan Bantuan Langsung Tunai Berkaca pada kebijakan BLT di masa lalu (kebijakan BLT tahun 2005) banyak kelemahan-kelemahan dan masalah-masalah yang akan ditimbulkan oleh kebijakan BLT ini, antara lain:

- a. Kebijakan BLT bukan kebijakan yang efektif dan efisien untuk menyelesaikan kemiskinan di Indonesia, ini dikarenakan kebijakan ini tidak mampu meningkatkan derajat dan tingkat kesejahteraan masyarakat miskin;
- b. Efektifitas dan efisiensi penggunaan dana BLT yang tidak dapat diukur dan diawasi karena lemahnya fungsi pengawasan pemerintahan terhadap kebijakan tersebut;

- c. Validitas data masyarakat miskin yang diragukan sehingga akan berdampak pada ketepatan pemberian dana BLT kepada masyarakat yang berhak;
- d. Kebijakan BLT memiliki kecenderungan menjadi pemicu konflik sosial di masyarakat;
- e. Peran aktif masyarakat yang kurang/minim, sehingga optimalisasi kinerja program yang sulit direalisasikan;
- f. Dari sisi keuangan negara, kebijakan BLT merupakan kebijakan yang bersifat menghambur-hamburkan uang negara karena kebijakan tersebut tidak mampu menyelesaikan masalah kemiskinan secara berkelanjutan dan tidak mampu menstimulus produktifitas masyarakat miskin;
- g. Data yang diberikan kepada pusat tidak sesuai dengan kenyataan yang terjadi dan data tersebut adalah data yang di gunakan pada tahun-tahun sebelumnya dan tidak adanya pembaharuan data.

Berbagai penelitian terkait program penanggulangan kemiskinan di negara berkembang menunjukkan bahwa pembangunan kapasitas kelembagaan pada masyarakat miskin perlu menjadi fokus utama, selain itu pengawasan pada pelaksanaan program harus dilakukan sebaik-baiknya, sehingga program dapat berjalan dengan tanpa ada penyimpangan (Achegbulu, 2011).

Berdasarkan hasil temuan program penanggulangan kemiskinan di wilayah kerja Puskesmas Rowotengah terdiri dari dua program, yaitu PKH dan BLT. Pelaksanaan PKH sudah cukup baik dibandingkan dengan BLT, ini dapat dilihat dari setiap tahapan proses pelaksanaannya yang sesuai dengan pedoman umum. Secara garis besar penerima bantuan menyatakan bahwa kedua program

penanggulangan kemiskinan membawa manfaat bagi kehidupan mereka. Rumah tangga miskin merasakan manfaat PKH jauh lebih besar dibandingkan dengan BLT. Sasaran penerima bantuan terdata oleh bidan setempat atau kader karena keluarga rajin mengunjungi posyandu sehingga mereka terdata dalam penerima bantuan dan mengetahui benar kondisi keluarga miskin tersebut.

2) Jumlah bantuan yang diterima keluarga

Jumlah nilai program BLT tercatat mencapai Rp 400.000 sedangkan bagi penerima PKH Bantuan tetap per RTSM/KSM per tahun sebesar Rp 300.000 dibayarkan pada tahap penyaluran bantuan kedua. Sedangkan untuk peserta PKH lokasi baru yang bantuannya hanya dibayarkan satu kali di akhir tahun, besar bantuan tetap per RTSM/KSM sebesar Rp 75.000 (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2015). Bantuan yang diterima keluarga harus dimanfaatkan dengan baik untuk kebutuhan anak terlebih dahulu dan upaya penghematan dalam hal ini seperti menabung dan membeli bahan makanan yang murah tetapi memiliki nilai gizi yang tinggi. Hal ini menunjang proses pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahap selanjutnya.

3) Jangka waktu penerimaan

Jangka penerimaan bantuan waktu dua bulan untuk penerima BLT sedangkan peserta PKH termasuk program jangka panjang namun kepesertaan PKH tidak akan bersifat permanen. Kepesertaan penerima bantuan PKH selama enam tahun selama mereka masih memenuhi persyaratan yang ditentukan apabila tidak ada lagi persyaratan yang mengikat maka mereka harus keluar secara alamiah setelah enam tahun diharapkan terjadi perubahan perilaku terhadap

peserta PKH dalam bidang pendidikan, kesehatan dan peningkatan status sosial ekonomi. Pada tahun kelima kepesertaan PKH akan dilakukan resertifikasi apabila peserta PKH tidak memenuhi kewajiban atas syarat kepesertaan dalam tiga bulan maka akan dilakukan pengurangan pembayaran bantuan tunai pematangan langsung dikenakan terhadap total bantuan pada periode tersebut dan lokasi baru bantuan hanya dibayarkan satu kali di akhir tahun (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan, 2015). Hal ini menjadi persoalan bagi RTSM dalam masa pemulihan status gizi anaknya apabila jadwal waktu penerimaan tidak tepat waktu akan mengakibatkan memperlambat masa pemulihan status gizi oleh karena itu, keluarga harus pandai mengelola keuangan atau pendapatan yang diperoleh sebagai cadangan dan bisa memanfaatkan makanan lokal yang murah tetapi memiliki nilai gizi tinggi.

Tema empat: Sikap Keluarga Terkait Kemiskinan Yang Dialami

Tema empat menggambarkan sikap keluarga dalam menilai kondisi kemiskinan yang dialami dengan cara bersyukur dan menerima. Kajian psikologi terutama psikologi positif perasaan bersyukur selama ini telah banyak dijelaskan dalam berbagai konsep seperti sebuah emosi, sebuah sikap, sebuah watak, sebuah kebiasaan, sebuah nilai moral, dan juga sebagai sebuah respon untuk mengurangi stress bahkan orang yang bersyukur lebih jarang menderita depresi. Hal ini dikarenakan mereka memiliki cara yang tepat untuk berhadapan dengan keadaan hidup yang menyulitkan dan lebih mampu mengingat hal-hal yang positif.

Kehidupan sosial sehari-hari pun dapat dipengaruhi secara positif oleh kebiasaan bersyukur (Emmons & McCullough dalam Fluhler, 2010).

Menurut Robert A. Emmons, Ph.D., dari University of California, terdapat fakta bahwa bersyukur secara teratur dapat meningkatkan kebahagiaan sebanyak 25%. Hasil dari penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa banyak bersyukur dan berfikir positif dapat mempengaruhi kesehatan fisik, *mood*, hubungan dengan pasangan, sistem kekebalan tubuh yang kuat, kurang terganggu terhadap sakit dan nyeri, dapat menurunkan tekanan darah, dan dapat tidur lebih nyaman dan lama sehingga akan merasa bugar ketika bangun karena orang yang bersyukur juga cenderung tidak terlalu mengejar hal materialistik asumsinya karena mereka sudah bersyukur dengan apa yang telah dimiliki maka hasrat untuk memiliki hal materiil menjadi lebih sedikit dan mereka juga tidak terburu-buru untuk mendapatkan kepuasan materiil (McCullough dan Polak dalam Fluhler, 2010).

5.1.2 Strategi Yang Dilakukan Keluarga Dalam Pemenuhan Nutrisi Pada Batita

Tema lima: Pengelolaan Keuangan

Tema lima menggambarkan tentang pengelolaan keuangan di keluarga miskin, utang boleh dikatakan adalah hal yang lazim dan paling populer dengan mekanisme gali lubang tutup lubang bagi penduduk miskin adalah sesuatu hal yang biasa dilakukan. Pengalaman selama ini, sebetulnya sudah banyak mengajarkan kepada mereka bahwa utang adalah salah satu roda penggerak kemiskinan yang membuat kehidupan orang miskin menjadi makin sulit oleh karena itu, mencegah atau paling tidak mengurangi tekanan kemiskinan dan

kemungkinan masuk dalam perangkap utang keluarga-keluarga miskin sebetulnya sudah melakukan berbagai upaya. Informan mengatakan bahwa selama ini mereka telah berusaha melakukan berbagai langkah penghematan (Soembodo, 2011). Memanfaatkan makanan lokal yang murah dan bernilai gizi tinggi bisa menjadi solusi bagi keluarga miskin dan keluarga bisa memanfaatkan halaman atau pekarangan sekitar rumah dengan menanam sayur atau buah dalam upaya penghematan dan mengurangi pengeluaran dalam sehari-hari terutama dalam pembelian sayur atau buah. Keluarga juga bisa mengolah bahan makanan tersebut seperti sayur bayam menjadi keripik bayam atau lainnya untuk menambah hasil keuangan keluarga dan meningkatkan taraf kehidupannya dengan memanfaatkan bahan sayur atau buah yang ditanam sendiri.

Tema enam: Prioritas Pemberian

Tema prioritas pemberian asupan nutrisi dalam PMK No.23 tentang upaya perbaikan gizi pasal 12 ayat 1 Tahun 2014 pelayanan gizi dilakukan untuk mewujudkan perbaikan gizi pada seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia dengan prioritas kepada kelompok rawan gizi antara lain meliputi:

- a) bayi dan balita;
- b) anak usia sekolah dan remaja perempuan;
- c) ibu hamil, nifas dan menyusui;
- d) pekerja wanita; dan
- e) usia lanjut.

Hal ini diungkapkan oleh semua informan yang mengatakan bahwa prioritas pemberian nutrisi anak yang selalu diutamakan anak karena kelompok yang paling rawan terhadap terjadinya kekurangan gizi. Kekurangan gizi dapat terjadi dari tingkat ringan sampai tingkat berat dan terjadi secara perlahan-lahan dalam waktu yang cukup lama. Status gizi atau status gizi masyarakat menggambarkan tingkat kesehatan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan asupan zat-zat gizi yang dikonsumsi seseorang. Anak yang kurang gizi akan menurun daya tahan tubuhnya sehingga mudah terkena penyakit infeksi sebaliknya anak yang menderita penyakit infeksi akan mengalami gangguan nafsu makan dan penyerapan zat-zat gizi sehingga menyebabkan kurang gizi. Anak yang sering terkenan infeksi dan gizi kurang akan mengalami gangguan tumbuh kembang yang akan mempengaruhi tingkat kesehatan, kecerdasan dan produktifitas di masa dewasa (Depkes RI, 2003).

Tema tujuh: Pemenuhan Asupan Nutrisi

Tema tujuh menggambarkan tentang makanan yang dikonsumsi oleh keluarga khususnya kepada batitanya. Dalam hal ini nutrisi merupakan elemen penting untuk proses dan fungsi tubuh. Enam katagori zat makanan adalah air, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Kebutuhan energi dipenuhi dengan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Air adalah komponen tubuh vital dan bertindak sebagai penghancur zat makanan. Vitamin dan mineral tidak menyediakan energi, tetapi penting untuk proses metabolisme dan keseimbangan asam basa (Potter dan Perry, 2005).

Pada masa batita usia 1-3 tahun, makanan belum banyak berbeda dengan masa bayinya. Sebagian besar makanan masih dalam bentuk lunak, tetapi berangsur-angsur diarahkan ke bentuk padat nasi dan lauk-pauk hendaknya dimasak sehingga tidak menyulitkan anak pada waktu makan dan mudah dicerna. Pemberian susu masih tetap dianjurkan pada masa pertumbuhan anak ini mulai menyukai makanan yang dipegang misalnya biskuit atau makanan lain semacam itu. Tema pemenuhan asupan nutrisi terdapat 6 sub tema yaitu jenis makanan yang dikonsumsi, porsi makan, pemberian ASI, makanan yang dikonsumsi ibu, susu formula, dan cara mengatasi anak susah makan.

1) Jenis makanan yang dikonsumsi

Makanan yang bergizi dan seimbang serta stimulasi yang intensif sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan anak. Makanan yang diberikan kepada anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal sebaiknya makanan bergizi, meliputi bahan makanan pokok sebagai sumber zat tenaga, bahan makanan lauk pauk sebagai sumber zat pembangun, bahan makanan sayuran sebagai sumber zat pengatur, susu, dan telur. Hal ini menjadi penting mengkonsumsi makanan sehari-hari yang beraneka ragam, kekurangan zat gizi pada jenis makanan yang satu akan dilengkapi oleh keunggulan susunan zat gizi jenis makanan lain sehingga diperoleh masukan zat gizi yang seimbang, jadi untuk mencukupi susunan zat gizi yang seimbang tidak mungkin dipenuhi hanya oleh satu jenis bahan makanan melainkan harus terdiri dan aneka ragam bahan makanan. Sub tema jenis makanan yang dikonsumsi dibagi jenis nasi, sayuran, jenis lauk-pauk, buah-buahan, dan lain-lain.

a. Beras

Beras merupakan salah satu bahan makanan pokok yang mempunyai susunan zat gizi yang hampir lengkap. Jenis beras yang dikonsumsi keluarga yaitu beras putih. Selain mengandung karbohidrat beras juga mengandung cukup protein, dan sedikit lemak, termasuk golongan vitamin dan mineral yang memadai. 100 g beras terdapat 78,3 g karbohidrat, dan 7,6 g protein dengan asam amino esensial yang lengkap kecuali kekurangan lisin. Nilai gizi beras putih berbeda dengan beras merah, karena warna merah menandakan lapisan aleuronnya masih lengkap (Widuri, 2013). Keluarga mengkonsumsi beras putih sebagai makanan sehari-hari, karena mengingat harga beras merah lebih mahal daripada beras putih. Bahan makanan ini melengkapi fungsi zat gizi yang salah satunya sebagai sumber energi.

b. Sayur-sayuran

Sayur dan buah banyak mengandung vitamin dan mineral, diantaranya vitamin A pada sayur wortel, vitamin C pada buah jeruk, zat besi pada sayur bayam, dan masih banyak lagi kandungan pada sayur dan buah yang bermanfaat untuk kesehatan manusia. Sayur dan buah memiliki manfaat bagi kesehatan manusia, diantaranya membantu perkembangan tubuh anak, menjaga kesehatan organ-organ tubuh, meningkatkan daya tahan tubuh, memperlancar peredaran darah, dan sebagainya.

Hasil temuan menunjukkan konsumsi sayur-sayuran yang murah tetapi bernilai gizi tinggi menjadi andalan keluarga, sebagian keluarga miskin memanfaatkan lahan untuk menanam sayuran dan mencari di sawah seperti

kangkung, bayam, katuk tanpa harus membeli yang terpenting sayuran dicuci dengan bersih dan dimasak. Apabila memiliki pendapatan lebih keluarga membeli sayuran lain seperti labu siam, sayur soup, kacang panjang, sayur lodeh/santan.

Beberapa manfaat dan kandungan sayur tersebut adalah sebagai berikut:

1) Sayur bayam

Menurut A. Widjaja W. tahun 1996, bayam termasuk (*Amaranthus spp. L.*) memiliki nilai nutrisi bayam sayuran terutama pada kandungan vitamin A (beta-karoten), vitamin C, riboflavin dan asam amino thiamine, niacin, kalsium dan zat besi, Selain itu bayam sayur juga kaya akan mineral lain seperti seng, magnesium, fosfor dan kalium. Kandungan hidrat arang bayam sayur cukup tinggi, dalam bentuk serat selulosa yang tidak tercerna. Serat tidak tercerna tersebut sangat penting peranannya dalam membantu proses pencernaan oleh lambung sehingga dapat mencegah segala bentuk gangguan lambung khususnya kanker lambung dan usus. Struktur bayam yang lembut bahan makanan ini sangat cocok untuk dikonsumsi oleh bayi dan anak-anak yang masih dalam pertumbuhan dan membutuhkan asupan gizi yang baik.

2) Sayur katuk

Tanaman dengan nama latin (*Sauropus adrogynus*) termasuk (*famili Euphorbiaceae*). Zat dan senyawa yang terkandung di dalamnya mencakup protein, lemak, kalsium, fosfor, besi, vitamin (A, B, C), pirolidinon, dan metil piroglutamat serta p-dodesilfenol sebagai komponen minor. Selain itu terkandung pula energi, hidrat arang, serat, abu, kalsium, karoten, dan air.

3) Sayur labu siam

Labu siam atau jipang merupakan tumbuhan yang termasuk (*famili Cucurbitaceae*). Kandungan asam folat pada buah labu siam termasuk cukup baik, yaitu 93 mkg per 100 g. Konsumsi 100 g labu siam cukup untuk memenuhi 23,25% kebutuhan tubuh akan asam folat. Asam folat ini ternyata sangat penting bagi ibu hamil karena dapat mengurangi risiko kelahiran bayi cacat. Konsumsi asam folat yang rendah pada ibu hamil berhubungan erat dengan berat bayi lahir rendah dan kejadian *tube defects* atau gangguan otak.

4) Sayur sop

Sayur Sop mengandung energi sebesar 27 kkal, protein 1,3 g, karbohidrat 1 g, lemak 2 g, kalsium 168 mg, fosfor 57 mg, dan zat besi 1,8 mg selain itu di dalam Sayur Sop juga terkandung vitamin A sebanyak 67 IU, vitamin B1 0,1 mg dan vitamin C 0,2 mg. Hasil tersebut didapat dari melakukan penelitian terhadap 100 g jumlah yang dapat dimakan sebanyak 100 %. Rekomendasi setiap dokter atau ahli gizi untuk menjaga nutrisi maupun vitamin dalam tubuh karena mengandung banyak gizi. Sayur sop terdiri dari wortel, kentang, daun kol, kembang kol, tomat, seledri dan rempah rempah. Berikut ini gizi yang terkandung pada masing-masing bahan sayur sop:

- i. Wortel: baik untuk kesehatan mata, kaya akan vitamin A, kalsium, zat besi, magnesium, fosfor, potassium, sodium, zinc, vitamin C, vitamin E dan beta karoten yang terlihat dari warna orange-nya. Selain untuk kesehatan mata wortel ini juga mampu mencegah serangan jantung karena akan mengurangi kadar kolestrol dalam darah.

- ii. Kentang: potassium, vitamin C (sumber kedua selepas oren), membekalkan karbohidrat kompleks dan fiber atau gentian kepada gula darah (blood sugar), pengawalan tekanan darah dan mengandungi vitamin B1, B2 dan B3 serta sedikit kandungan protein dan zat besi.
 - iii. Daun & kembang Kol: kol mengandungi senyawa anti kanker dan merupakan sumber vitamin C, vitamin A, vitamin B1, serta mineral, kalsium, kalium, klor, fosfor, sodium dan sulfur. Kandungan serat kasar pada kol sangat tinggi sehingga dapat memperkecil resiko penyakit kanker lambung dan usus.
 - iv. Tomat: buah ini mengandungi vitamin A dan vitamin C yang bermanfaat untuk meningkatkan kekebalan tubuh. Zat lycopene yang terkandung dalam tomat juga membantu tubuh memerangi radikal bebas sebagai antioksidan.
 - v. Seledri: daun seledri mengandungi protein, belerang, kalsium, besi, fosfor, vitamin A, B1, dan C. Natrium dalam daun seledri berfungsi untuk melarutkan deposit kalsium yang menyangkut di ginjal. Seledri juga mampu menurunkan tekanan darah tinggi.
- 5) Kacang panjang

Tanaman kacang panjang ini dapat dengan mudah ditanam, sehingga di setiap pelosok negeri dapat ditemui budidaya untuk sayuran ini. Harganya yang relatif terjangkau dan mudah penanamannya ini menjadikannya sangat digemari, selain itu kandungan pada kacang tanah pada zat gizinya tidak kalah penting jika dibandingkan dengan kacang-kacangan. Kandungan vitamin B1 dan B2, fosfor, zat besi riboflavin, zat besi, pektin dan serat merupakan

kombinasi yang mampu menjaga kesehatan tubuh. Pencegahan terhadap berbagai jenis berbahaya dan merangsang enzim-enzim yang baik bagi tubuh dapat diperoleh manfaat kacang panjang. Pada kenyataannya, sumber protein nabati seperti kacang panjang lebih ramah terhadap sistem pencernaan ketimbang protein hewani.

6) Sayur lodeh

Makanan berbentuk sayur berkuah yang biasa dikonsumsi oleh masyarakat Indonesia. Sayur Lodeh mengandung energi sebesar 240 kkal, protein 9,08 g, karbohidrat 30,65 g, lemak 12,45 g, kalsium 135 mg, fosfor 184 mg, dan zat besi 4,26 mg selain itu, di dalam Sayur Lodeh juga terkandung vitamin A sebanyak 1465 IU, vitamin B1 0,14 mg dan vitamin C 29 mg.

7) Kangkung

Kangkung dengan nama ilmiah *Ipomoea aquatica*, merupakan tanaman tropis yang media hidupnya di air dan tanah lembab. kandungan yang terdapat pada sayuran kangkung dalam setiap 100 g meliputi energi 29 kkal, protein 3 g, lemak 0,3 g, karbohidrat 5,4 g, kalsium 73 mg, fosfor 50 mg, zat besi 3 mg, vitamin A 6300 IU, vitamin B1 0,07 mg, vitamin C 32 mg. Hal ini menjadi pertimbangan pemberian sayur kangkung sebagai menu asupan makanan sehari-hari. Manfaat kangkung dalam kesehatan antara lain mengurangi haid berlebihan, mencegah penyakit diabetes melitus, kaya vitamin C dan B kompleks, mencegah insomnia, menajamkan penglihatan, menghilangkan ketombe, melancarkan air seni, mencegah mimisan, dan mencegah sariawan dan gusi berdarah.

c. Lauk pauk

Hasil temuan menunjukkan konsumsi lauk-pauk yang murah tetapi bernilai gizi tinggi seperti tahu, tempe, telur menjadi pilihan keluarga dalam memberikan makan kepada anak tetapi saat mendapat penghasilan lebih keluarga selalu mengupayakan untuk membeli bahan lauk-pauk yang lain seperti hati ayam atau sapi, ayam, ikan tongkol, ikan pindang, dan membuat olahan dadar jagung.

Beberapa manfaat lauk-pauk yang telah disebutkan, yaitu:

1) Hati ayam

Organ Hati Ayam sudah lama dikenal sebagai makanan yang tinggi mengandung berbagai nutrisi penting, bahkan seringkali ahli kesehatan menyarankan untuk menjadikannya sebagai bagian dari diet sehat anak-anak. Tingginya protein, berbagai mineral (fosfor dan zat besi), lemak, dan vitamin (B12, A, C, Niacin) sangat dibutuhkan terutama bagi pertumbuhan Anak.

2) Hati sapi

Di antara beberapa jeroan lain yang selama ini dianggap kaya akan manfaat bagi kesehatan adalah manfaat hati sapi. Pada sebagian orang, makan hati hewan ternak cukup dianjurkan, karena kandungan hati sapi memang mengandung zat besi yang tinggi. Kandungan hati sapi yang juga mengandung vitamin A, vitamin B12, asam folat, vitamin C, fosfor, seng, dan zat besi, bagus dikonsumsi mereka yang dalam masa penyembuhan dari sakit, dan ibu hamil. Hati juga dipercaya mengandung zat kolin yang berperan penting untuk perkembangan fungsi otak. Karenanya, bagus untuk dikonsumsi anak balita. Hati sapi sangat kaya akan zat gizi, terutama kandungan retinol yang mencapai

13303 ug/100 g. Nutrisi lain yang tidak kalah pentingnya adalah protein 19.7 g, lemak 3.2 g, kalsium 7 mg, fosfor 358 mg dan zat besi 6.6 mg. Sejumlah nutrisi di atas membuat hati sapi sangat layak untuk dikonsumsi. Berikut ini manfaat hati sapi bagi kesehatan: mengatasi anemia, menyehatkan otak, meningkatkan daya ingat, sumber gizi pada masa kehamilan, perkembangan sistem saraf, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, mencegah kanker dan jantung, sebagai sumber energi, dan menjaga kesehatan mata. Sebaiknya hati dan susu dijadikan makanan utama buat anak yang masih dalam masa pertumbuhan dan perkembangan, wanita hamil dan ibu menyusui, dan pasien terutama yang habis sembuh dari sakitnya (Widuri, 2013)

3) Ayam

Daging ayam menjadi salah satu favorit para ibu sebagai campuran makanan pendamping ASI akan tetapi, sebaiknya memilih ayam kampung bukan ayam negeri. Menurut USDA, 100 g ayam mengandung air 65 g, energi 215 kkal, protein 18 g, lemak 15 g, lemak jenuh 4 g, kolesterol 75 mg, kalsium 11 mg, besi 0,9 mg, magnesium 20 mg, fosfor 147 mg, kalium 189 mg, natrium 70 mg, dan seng 1,3 mg. kandungan vitamin C, vitamin B1 (hiamin), riboflavin, niacin, vitamin B-6 (pyridoxamine), folat, vitamin B-12, vitamin A, vitamin E (tocopherol), vitamin D dan vitamin K. Manfaat bagi kesehatan antara lain kandungan protein yang tinggi, sumber vitamin dan mineral penting, berat badan, mengontrol tekanan darah, mengurangi resiko kanker, mengurangi penumpukan kolesterol, dan meringankan gejala flu.

4) Ikan tongkol

Ikan tongkol (*Euthynnus spp*) dan banyaknya ikan tongkol yang diteliti (*Food Weight*) 100 gr dengan jumlah kandungan energi 117 kkal, protein 23,2 g, lemak 2,7 g. Manfaat ikan tongkol antara lain kesehatan mata, rheumatic dan linu tulang, anemia, mencegah ejakulasi dini, kulit kusam.

5) Tahu

Kandungan gizi seperti protein, lemak, karbohidrat, kalori, mineral, fosfor, vitamin B-kompleks seperti thiamin, riboflavin, vitamin E, vitamin B12, kalium dan kalsium (yang bermanfaat mendukung terbentuknya kerangka tulang). Kandungan sekitar 80% asam lemak tak jenuh tahu tidak banyak mengandung kolesterol sehingga sangat aman bagi kesehatan jantung bahkan karena kandungan hidrat arang dan kalorinya yang rendah, tahu merupakan salah satu menu diet rendah kalori. Menurut *American Journal of Clinical Nutrition* manfaat tahu dalam kesehatan sehari hari menurunkan kolesterol, peningkatan pembentukan estrogen, pada kandungan isoflavon yang mengandung hormon estrogen selain mencegah kanker payudara, isoflavon juga memperlambat proses penuaan pada perempuan.

6) Tempe

Tempe dibuat dari kacang kedelai yang difermentasikan dengan jamur *Rhizopus oligosporus*. Menurut penelitian terbaru, kandungan gizi tempe disejajarkan dengan kandungan gizi yang ada pada yogurt. Tempe merupakan sumber protein nabati yang mengandung serat pangan, kalsium, vitamin B, dan zat besi. Kandungan antibiotika dan antioksidan di dalamnya dapat

menyembuhkan infeksi serta mencegah penyakit degeneratif. Dalam 100 gram tempe mengandung protein 20,8 g, lemak 8,8 g, serat 1,4 g, kalsium 155 mg, fosfor 326 mg, zat besi 4 mg, vitamin B1 0,19 mg, karoten 34 mikrogram. Manfaat tempe antara lain sumber protein, menurunkan risiko serangan jantung, sumber vitamin, menangkal radikal bebas, mencegah anemia, mencegah diare dan kolera, serat pangan, mengatasi keracunan, hipokolesterolemik, mencegah perut kembung, baik untuk semua usia.

7) Telur

Banyaknya telur ayam yang diteliti (*Food weight*) 100 g bagian telur ayam yang dapat dikonsumsi (Bdd/Food Edible) 90 %, jumlah kandungan energi telur ayam 162 kkal, protein 12,8 g, lemak 11,5 g, karbohidrat 0,7 g, kalsium 54 mg, fosfor 180 mg, zat besi 3 mg, vitamin A 900 IU, vitamin B1 = 0,1 mg, vitamin C 0 mg.

8) Ikan pindang

Pakar biokimia pangan dan gizi Institut Pertanian Bogor (IPB), Prof Dr Ir Made Astawan MS mengatakan, kandungan gizi ikan pindang memang lebih baik dari ikan asin yakni mengandung protein yang tinggi berbagai jenis mineral, vitamin A dan asam omega-3. Semua sangat berguna untuk menangkal berbagai penyakit degenerative selain itu rasanya yang tidak terlalu asin membuat ikan pindang dapat dikonsumsi dalam jumlah besar sehingga asupan protein bagi tubuh sangat besar.

9) Olahan Jagung

Jagung mengandung vitamin A, B, E dan banyak mineral. Kandungan serat tinggi dengan memastikan bahwa berperan dalam pencegahan penyakit pencernaan seperti sembelit dan wasir serta kanker kolorektal. Antioksidan hadir di jagung juga bertindak sebagai agen anti-kanker dan mencegah Alzheimer. Kandungan zat gizi pada jagung hampir sama dengan nilai gizi pada beras, namun nilai proteinnya lebih tinggi. Namun kualitas protein pada beras lebih tinggi daripada jagung karena pada jagung kekurangan asam amino esensial triptofan. Individu yang mengkonsumsi jagung harus diimbangi dengan makanan lain seperti ikan, daging, dan kacang-kacangan, dan lain sebagainya kalau tidak akan mengalami gejala 3D, yaitu dermatitis, diare, dan dimensia (Widuri, 2013).

d. Buah-buahan

Buah mengandung banyak vitamin serta mineral yang merupakan komponen gizi penting bagi tubuh setiap manusia. Selain itu, buah merupakan sumber serat yang sangat berguna bagi pencernaan makanan dalam tubuh manusia oleh karena itu, buah merupakan salah satu kebutuhan yang harus dipenuhi bagi kesehatan tubuh (Parhati, 2011). Hasil temuan menunjukkan konsumsi buah pada keluarga miskin tidak terlalu sering mengingat kondisi yang dialami. Dalam sub tema buah-buahan terbagi 6 kategori, yaitu buah apel, salak, anggur, pisang, papaya, dan belimbing. Manfaat dari 6 buah tersebut adalah sebagai berikut:

a) Apel

Apel adalah buah yang keras namun segar, buah ini bisa dimakan dengan dikunyah ataupun dijus bahkan bisa dibuat keripik. Kulit apel mengandung banyak pektik (sejenis makanan yang mudah larut) bila dimakan bersama seluruh dagingnya, karena buah ini mampu membersihkan racun dalam tubuh. Vitamin yang banyak terkandung dalam buah ini adalah vitamin C dan mineral kalium dengan kadar gula yang rendah (Widuri, 2013).

b) Salak

Manfaat salak merupakan buah yang sangat baik bagi kesehatan tubuh manusia. Salak memiliki rasa manis asam yang khas sehingga sangat banyak digemari banyak orang. Kandungan gizi menurut Direktorat Gizi Departemen Kesehatan RI komposisi bahan makanan 1979 Energi 77 Kkal, Protein 0,4 g, Lemak 0 g, KH 20,9 g, Ca 28 mg, P 18 mg, Fe 4,2 mg, Vitamin A 0 SI, Vitamin B1 0,04 mg, Vitamin C 2 mg, Air 78 g. Buah salak juga termasuk nutrisi yang baik untuk kesehatan secara keseluruhan. Salak bisa dikonsumsi langsung. Selain itu, manfaat buah salak ini memang baik untuk tubuh seperti pengobatan mata, obat diare, program diet, baik untuk otak dan perut, menjaga stamina, menyembuhkan rabun jauh, baik untuk ibu hamil (Widuri, 2013).

c) Anggur

Setiap varietas anggur memiliki nilai gizi tersendiri, namun secara umum kandungan nutrisi anggur terdiri dari 70 % air dan 20 % zat gula, yang menjadikan buah anggur sangat baik untuk metabolisme tubuh. 10 % zat lain termasuk di dalamnya yaitu asam galat, glukosida, asam fosfat, mangan, zat

besi, sejumlah vitamin, kalsium dan senyawa lain warna merah dan coklat kehitaman dari buah anggur mengandung zat polifenol dan resveratrol terkandung dalam anggur yang kita kenal sebagai antioksidan (Widuri, 2013)

d) Pisang

Pisang adalah salah satu buah yang paling banyak dikonsumsi di dunia untuk alasan yang baik. Buah kuning berbentuk melengkung yang dibungkus dengan segudang gizi besar. Kandungan vitamin A, B, dan C dapat meringankan tekanan darah tinggi sebagai pengganti potassium. Pisang sangat baik diberikan pada anak-anak setiap harinya karena mengandung vitamin C, niasi, revoflavin, dan siamin. Pisang tidak banyak mengandung sodium dan bebas kolesterol, namun banyak mengandung gula alami yang bisa mencapai 50% (Widuri, 2013)

e) Pepaya

Kandungan vitamin dan pepaya hampir sama dengan kandungan vitamin dan mineral dalam buah melon, yaitu mengandung vitamin A, B kompleks, dan C, aneka karotenoid serta kalium. Namun, kandungan vitamin A dan B kompleks lebih banyak daripada buah lemon (Widuri, 2013). Manfaat dari buah pepaya antara lain enzim papain dan serat yang dapat membantu mengatasi masalah lambung dan gangguan pencernaan, mencegah flu, menjaga kesehatan ginjal, mencegah serangan jantung dan stroke, mempertajam penglihatan, mencegah penuaan dini, kesehatan kulit, vitalitas pria, dan antiradang.

f) Belimbing

Belimbing adalah salah satu buah eksotis yang kaya manfaat. Sekitar 100 g buah belimbing menyediakan 31 kalori yang jauh lebih rendah daripada untuk buah-buahan tropis populer lainnya. Secara ilmiah pada belimbing ini mampu menjaga kenormalan fungsi organ-organ pencernaan, sistem pembuluh darah dan jantung, serta menurunkan tekanan darah dan kolesterol karena itu buah ini selain mengandung serat makanan, juga mengandung vitamin A, C, dan kalium (Widuri, 2013).

2) Porsi makan anak

Porsi anak 1-3 tahun energi: 1000 Kkal per hari. Berikan tiga kali sehari sebanyak 1/3 porsi makan orang dewasa yang terdiri dari nasi, lauk pauk, sayur, dan buah. Berikan juga makanan selingan kaya gizi dua kali sehari di antara waktu makan. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan makanan yaitu cara menyajikan, porsi makan, temperature. Perlu sekali mengetahui banyaknya atau besar porsi makanan yang akan diberikan sehingga anak tersebut tidak akan kekurangan dan kebanyakan makan hal ini yang sangat penting agar terpenuhinya gizi sehingga pertumbuhan dan perkembangan tubuh anak akan sesuai dengan usianya (Johnson & Johnson, 2000).

3) Pemberian ASI Eksklusif

Pemberian ASI eksklusif di negara berkembang berhasil menyelamatkan sekitar 1,5 juta bayi per tahun. Berdasarkan hal tersebut, WHO merekomendasikan untuk hanya member ASI eksklusif sampai bayi berusia 4-6 bulan (Depkes, 2002). Namun, pada 2001 melalui konsultasi pakar dan telaah

penelitian yang sistematis, WHO merekomendasi pemberian asi eksklusif sebagai standart emas makanan bayi dari 4-6 bulan menjadi 6 bulan tanpa tambahan apapun, dilanjutkan dengan penambahan makanan pendamping ASI sampai bayi berusia 2 tahun atau lebih (WHO, 2002). Hasil temuan diwilayah kerja Puskesmas Rowotengah keluarga memberikan ASI ≥ 1 tahun. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Kharisma Virgian tahun 2012 perbandingan lama pemberian asi terhadap status gizi terdapat perbedaan ($p < 0,05$) status gizi antara lama pemberian ASI < 1 tahun dan $> 1-2$ tahun serta diperoleh rasio prevalens (RP) sebesar 7,75 (95% IK: 0,999-60,131). Hal ini berarti anak usia 3-5 tahun dengan lama pemberian ASI < 1 tahun memiliki risiko sebesar 7,75 kali untuk mengalami gizi kurang dibandingkan dengan pemberian ASI $> 1-2$ tahun.

4) Makanan yang dikonsumsi ibu saat ASI susah keluar

Menurut Endah Lasmadiwati, Herbalis, pada prinsipnya semua sayuran yang berwarna hijau tua bisa melancarkan ASI, misalnya daun pepaya, daun singkong, daun kacang panjang, dan bayam. Hasil temuan daun katuk juga menjadi bahan makanan yang dapat memperlancar ASI. Penelitian yang menyatakan bahwa katuk (*Sauropus androgynus* (L.) Merr efektif meningkatkan ASI pernah dimuat dalam jurnal Media Litbang Kesehatan volume XIV No. 3 tahun 2004. Disebutkan, ibu menyusui yang sejak hari kedua setelah melahirkan diberi ekstrak daun katuk sebanyak 3x300 mg setiap hari selama 15 hari berturut-turut, produksi ASI meningkat sebanyak 50,7 %. Selain itu daun katuk mengandung protein, lemak, kalium, fosfor, besi, vitamin A, B1, dan C yang lengkap. Kandungan nutrisi inilah yang membuat daun katuk melancarkan ASI

dengan berperan mencukupi asupan nutrisi. Tanaman yang daunnya bersifat dingin dan manis ini juga mengandung flavonoid, saponin, dan tanin. Kandungan tersebut menyebabkan daun katuk juga berperan sebagai antitemam, melancarkan air seni (*diuretic*), dan membersihkan darah, sehingga baik untuk ibu yang baru melahirkan sebaiknya, konsumsi daun katuk yang telah dimasak. Perebusan daun katuk dapat menghilangkan sifat racun (anti protozoa) yang terkandung di dalamnya oleh karena itu, wanita yang telah melahirkan anak sangat dianjurkan untuk memberikan air susu yang berasal dari tubuh si ibu karena air susu ibu sangat diperlukan bagi bayi yang baru lahir hingga usia tertentu. ASI yang merupakan singkatan dari air susu ibu bermanfaat untuk menurunkan antibodi, memberikan makanan, memberi minum dan lain-lain kepada bayi untuk itu ibu menyusui sebaiknya mengkonsumsi makanan yang dapat memperlancar air susunya.

5) Susu Formula

Hasil temuan dilapangan keluarga memberikan konsumsi susu formula saat ASI tidak keluar atau saat ibu lagi tidak bersama anaknya tetapi konsumsi ASI lebih banyak dan sering dari pada susu formula karena mengingat harga susu formula semakin mahal. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa bayi anda tidak kekurangan vitamin dan juga gizi yang sangat berpengaruh pada perkembangan tubuhnya. Bayi yang kurang disusui dan digantikan dengan susu formula diketahui mengalami sembelit atau diare, rentang terhadap penyakit anak termasuk diabetes anak-anak, alergi, asma, eksim, gangguan pencernaan, gangguan kandung kemih, dan infeksi saluran pernapasan. Mereka cenderung

menjadi gemuk dan memiliki tekanan darah tinggi di kemudian hari (Lawrence dalam Kosmala, 2006). Resiko tidak memberikan ASI juga dapat menurunkan kecerdasan kognitif (Smith, 2003).

6) Cara mengatasi susah makan

Menurut Sutanto (dalam Suwanto, 2008) susah makan merupakan masalah yang dihadapi oleh hampir semua ibu-ibu terkadang anak menolak makanan yang diberikan tanpa tahu apa penyebabnya. Susah makan dapat terjadi karena pemberian makan kepada anak sudah salah sejak awal misalnya anak terlalu lama diberi ASI dan pengenalan M-ASI terlambat tidak dikenalkan beragam bahan pangan, terlalu banyak diberi susu formula atau banyak diberi makanan jajan. Mengatasi susah makan dapat dilakukan dengan berbagai cara, salah satunya adalah memberikan suasana makan yang nyaman dan menyenangkan, perhatikan hal-hal berikut:

- a. Ajakan makan harus disampaikan dengan penuh kasih sayang. Lebih ideal jika disertai dengan menanamkan pemahaman tentang arti makanan;
- b. Coba dengan menambahkan hal-hal menyenangkan seperti sambil menonton TV, mendengarkan musik atau bermain tetapi usahakan anak tetap duduk dan sambil berkomunikasi;
- c. Coba ajak makan bersama temannya;
- d. Ajak makan bersama seluruh anggota keluarga dan duduk bersama di meja makan. Biarkan anak makan sendiri dengan alat makan yang sama dengan anggota keluarga yang lain;

- e. Buat jadwal makan secara teratur sehingga lama kelamaan anak akan mengenal dan tahu waktunya makan.

Hal ini sesuai dengan hasil temuan yang telah disampaikan oleh informan bahwa keluarga selalu berupaya memberikan kasih sayang dan perhatian dalam pemenuhan asupan nutrisinya dengan menciptakan suasana yang menyenangkan. Karena pada usia 1-3 tahun anak sudah harus makan seperti pola makan keluarga, yaitu: sarapan, makan siang, makan malam dan 2 kali selingan. Porsi makan pada usia ini setengah dari porsi orang dewasa. Memasuki usia 1 tahun pertumbuhan mulai lambat dan permasalahan mulai sulit makan muncul. Sementara itu aktivitas mulai bertambah dengan bermain sehingga makan dapat dilakukan sambil bermain. Namun, selanjutnya akan lebih baik kalau makan dilakukan bersama seluruh anggota keluarga dengan mengajarkannya duduk bersama di meja makan (Auliana, 2011).

Tema delapan: Pemeliharaan Perawatan Diri

Tema delapan menggambarkan tentang pemeliharaan perawatan diri yang berkaitan dengan upaya kebersihan diri dalam kaitannya dengan upaya pencegahan penyakit dilakukan dengan berbagai cara contohnya seperti kebiasaan mandi, mencuci tangan dan kaki, dan kebersihan pakaian. *Personal Hygiene* adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis (Tartowo & Wartonah, 2004).

Pemeliharaan perawatan diri anak yang diterapkan keluarga yaitu membiasakan cuci tangan dan mandi. Perawatan diri tidak hanya kegiatan mandi dan cuci tangan tetapi ada beberapa hal lain yang harus diperhatikan seperti *toileting*, kebersihan tubuh umum, berhias, perawatan kulit, rambut, kuku, gigi, rongga mulut dan hidung, mata, telinga, dan area perineum-genital.

Menurut Tarwoto & Wartonah (2004) dampak yang sering timbul pada masalah *personal hygiene* meliputi:

a. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpelihara kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga, dan gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak psikososial

Masalah sosial yang berhubungan dengan *personal hygiene* adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri, dan gangguan interaksi sosial.

Pemeliharaan perawatan diri sangat penting bagi anak karena tidak sedikit anak yang terkena penyakit akibat tidak memperhatikan *personal hygiene*, hal ini harus dimulai sejak dini karena apabila pada masa anak-anak sudah diberikan pengetahuan tentang *personal hygiene* maka pengetahuan anak tentang kebersihan dirinya akan lebih matang, sehingga anak akan terbiasa untuk melakukan kegiatan tersebut.

Tema sembilan: Strategi Penanganan Masalah Kesehatan

Tema sembilan menggambarkan penanganan masalah kesehatan yang dilakukan keluarga yang terbagi dalam tiga subtema, yaitu jenis strategi, jenis pembiayaan, dan mengakses pelayanan kesehatan. Perawatan kesehatan yang dilakukan secara mandiri oleh seseorang karena seseorang tersebut menganggap dengan melakukan perawatan secara mandiri saja gangguan kesehatan sudah dapat ditangani, ditambah dengan pengalaman yang lalu dengan melakukan perawatan secara mandiri seseorang juga dapat menangani masalah kesehatan, sehingga seseorang merasa percaya diri dan merasa tidak perlu membawa keluar untuk mencari pelayanan kesehatan yang lain (Notoadmodjo, 2007).

Pelayanan kesehatan akan diakses oleh seseorang apabila dengan perawatan mandiri masalah kesehatan yang dialami masih belum dapat ditangani. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan bahwa bidan adalah salah satu tenaga kesehatan. Bidan juga dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum atau dengan kata lain tidak terbatas pada ibu atau wanita hamil saja, apabila tidak terdapat dokter atau tenaga kesehatan lain yang berwenang untuk melakukan pengobatan pada wilayah tersebut. Jenis pembiayaan yang digunakan keluarga antara lain dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan berhutang dalam upaya pemeliharaan kesehatan. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau program jaminan kesehatan sosial merupakan program nasional yang memberikan kemudahan biaya perawatan kesehatan bagi masyarakat miskin dan yang hampir miskin di Indonesia. Program ini diperkenalkan oleh Departemen Kesehatan pada tahun

2007 untuk menanggapi mandat Konstitusi dalam menyediakan sistem jaminan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia sebagaimana tercantum pada UUD RI 1945 pasal 34 ayat 2. Jamkesmas menggantikan program askeskin yang dikelola oleh PT ASKES. Program ini didanai dari dana APBN melalui anggaran kementerian kesehatan di bawah skema alokasi bersama (*IBP Indonesia Core Team, 2012*).

Menurut pedoman teknis Jamkesmas 2011, tujuan keseluruhan dari Jamkesmas adalah untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan seluruh penerima Jamkesmas untuk menjamin bahwa kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien dapat dicapai. Tujuan khusus dari program ini adalah (1) untuk menyediakan kemudahan akses terhadap jaringan penyedia layanan kesehatan Jamkesmas; (2) untuk mempromosikan perawatan kesehatan standar pada semua anggota untuk mencegah layanan yang berlebihan yang dapat membuat tambahan beban biaya; (3) untuk melaksanakan manajemen keuangan Jamkesmas yang transparan dan akuntabel (*IBP Indonesia Core Team, 2012*).

Melalui program Jamkesmas diharapkan dapat memberikan kontribusi meningkatkan umur harapan hidup bangsa Indonesia, menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta penurunan angka kelahiran disamping itu, dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan peserta pada umumnya. Program jaminan kesehatan ini telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat peserta. Penerima manfaat pelayanan pengobatan gratis tersebut bermata pencaharian sebagai buruh tani, buruh bangunan, penarik becak, dan lain

sebagainya. Sebagian besar diantara mereka berpenghasilan tak menentu. Mengingat kondisi ekonomi mereka lemah, mereka merasa tertolong dengan adanya pengobatan gratis karena dapat meringankan beban hidup mereka. Pelaksanaan pengobatan gratis berdampak pada menurunnya angka kematian balita dan kasus gizi buruk.

Hasil temuan didapatkan bahwa sebagian keluarga memiliki jamkesmas tetapi tidak memanfaatkan program jaminan kesehatan dengan alasan seperti pelayanan yang tidak memuaskan sehingga keluarga berhutang untuk membawa anak ke periksa ke pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan karena pelayanan dengan membayar lebih diutamakan daripada yang memakai Jamkesmas. Perilaku berhutang tidak baik bagi keluarga karena akan menambah masalah dan mempengaruhi juga kondisi kesehatan baik fisik maupun mental. Hal ini berdasar studi dari Northwestern University di tahun 2013 seperti tekanan darah naik, mudah cemas, dan depresi. Upaya pelayanan kesehatan terkait penerima Jamkesmas harus selalu ada perbaikan terutama berkaitan mutu pelayanan kesehatan terkait kepuasan pasien karena merupakan cerminan dari kualitas pelayanan kesehatan yang mereka terima. Mutu pelayanan kesehatan adalah menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien makin sempurna kepuasan tersebut, maka makin baik pula mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1994).

5.1.3 Gambaran Harapan Keluarga

Tema sepuluh: Pemeliharaan Kesehatan

Tema sepuluh menggambarkan tentang pemeliharaan kesehatan keluarga dalam kegiatan posyandu, jenis pemeliharaan kesehatan, dan frekuensi kunjungan. Posyandu salah satu upaya yang telah dilakukan pemerintah dalam rangka perbaikan gizi, meningkatkan kesehatan ibu, dan anak terutama masyarakat yang berpenghasilan rendah. Kegiatan penyuluhan gizi melalui posyandu dengan memberikan masukan pesan-pesan gizi sederhana, pelayanan gizi, pemanfaatan lahan pekarangan yang secara keseluruhan kegiatan tersebut dilakukan oleh masyarakat (Depkes, 2000). Kegiatan Posyandu terdiri dari kegiatan utama dan kegiatan pengembangan/pilihan. Kegiatan utama mencakup kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, gizi, pencegahan dan penanggulangan diare. Semua anggota masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan dasar yang ada di posyandu terutama bayi dan anak balita, ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui, pasangan usia subur, dan pengasuh anak.

Manfaat posyandu bagi masyarakat adalah memperoleh kemudahan untuk mendapatkan (1) informasi dan pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi, dan anak balita; (2) pertumbuhan anak balita terpantau sehingga tidak menderita gizi kurang atau gizi buruk; (3) bayi dan anak balita mendapatkan kapsul Vitamin A; (4) bayi memperoleh imunisasi lengkap; (5) ibu hamil akan terpantau berat badannya dan memperoleh tablet tambah darah (Fe) serta imunisasi Tetanus Toksoid (TT); (6) ibu nifas memperoleh kapsul Vitamin A dan tablet tambah darah (Fe); (7) memperoleh penyuluhan kesehatan terkait tentang kesehatan

ibu dan anak; (8) apabila terdapat kelainan pada bayi, anak balita, ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui dapat segera diketahui dan dirujuk ke puskesmas; dan (9) dapat berbagi pengetahuan dan pengalaman tentang kesehatan ibu, bayi, dan anak balita.

Penyelenggaraan Posyandu sekurang-kurangnya satu kali dalam sebulan. Jika diperlukan, hari buka posyandu dapat lebih dari satu kali dalam sebulan. Hari dan waktunya sesuai dengan hasil kesepakatan masyarakat. Frekuensi kunjungan keluarga dalam mengakses posyandu yaitu sering dan aktif dalam setiap pertemuan. Tempat penyelenggaraan kegiatan posyandu berada di lokasi yang mudah dijangkau oleh keluarga. Kader posyandu pada lokasi penelitian melakukan kunjungan rumah pada balita yang tidak hadir, anak yang kurang gizi, atau anak yang mengalami gizi buruk rawat jalan, dan lain-lain. Memotivasi masyarakat misalnya untuk memanfaatkan pekarangan dalam rangka meningkatkan gizi keluarga, menanam tanaman obat keluarga, membuat tempat bermain anak yang aman dan nyaman. Selain itu, memberikan penyuluhan tentang perilaku hidup bersih dan sehat, pemberian ASI, pola makan anak, tumbuh kembang anak, pemberian kapsul Vitamin A, yang perlu dilakukan ketika anak sakit dan lain sebagainya. Keberhasilan pengelolaan posyandu memerlukan dukungan yang kuat dari berbagai pihak, baik dukungan moril, materil, maupun finansial. Selain itu diperlukan adanya kerjasama, tekanan dan pengabdian para pengelolanya termasuk kader. Apabila kegiatan posyandu terselenggara dengan baik akan memberikan kontribusi yang besar, dalam menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak balita.

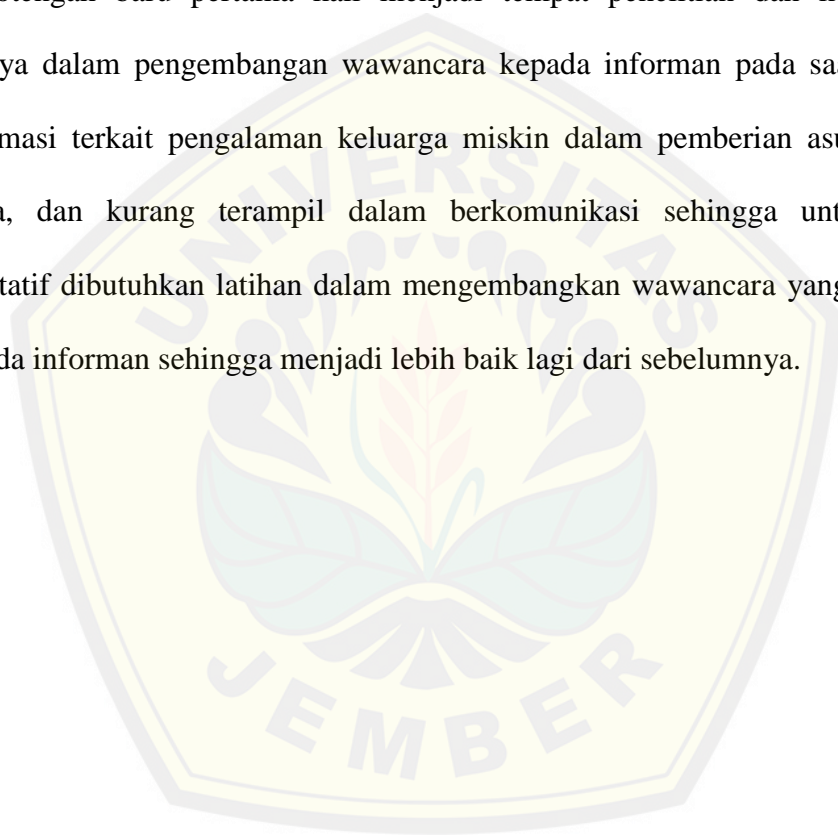
Tema sebelas: Harapan keluarga

Tema sebelas menggambarkan tentang harapan keluarga terkait pertumbuhan dan perkembangan batita. Proses tumbuh kembang anak memang ada tahapannya, seorang bayi yang baru lahir prosesnya akan membutuhkan waktu yang cukup lama untuk itu dapat tumbuh secara sempurna artinya mulai dari telungkup, merangkak, berdiri, berjalan, hingga pandai berbicara, membutuhkan waktu kurang lebih satu tahun.

Hasil temuan mengatakan bahwa sebagai orang tua menginginkan agar anak kita dapat cepat tumbuh sehingga kita merasa bahagia karena anak kita dapat tumbuh lebih cepat dari yang lain. Padahal hal itu belum tentu baik. Seperti halnya untuk proses berjalan, seorang bayi membutuhkan waktu 11 hingga 12 bulan untuk proses belajarnya, dan ini tentunya juga harus didukung dengan asupan makan yang baik agar bayi tersebut tetap sehat. Setiap individu berbeda dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya karena pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh beberapa faktor baik secara herediter maupun lingkungan (Wong dalam Supartini, 2004).

5.2 Keterbatasan Penelitian

Kelemahan pada penelitian ini adalah peneliti merupakan seorang peneliti pemula dan belum pernah melakukan penelitian kualitatif sebelumnya sehingga ada keterbatasan dalam penelitian seperti dalam menentukan informan peneliti dibantu oleh *key informan* (kader) karena wilayah kerja Puskesmas Rowotengah baru pertama kali menjadi tempat penelitian dan keterbatasan lainnya dalam pengembangan wawancara kepada informan pada saat menggali informasi terkait pengalaman keluarga miskin dalam pemberian asupan nutrisi batita, dan kurang terampil dalam berkomunikasi sehingga untuk peneliti kualitatif dibutuhkan latihan dalam mengembangkan wawancara yang mendalam kepada informan sehingga menjadi lebih baik lagi dari sebelumnya.



BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 6.1.1 Gambaran karakteristik keluarga miskin dengan tipe keluarga yang jumlah anaknya lebih sedikit lebih baik karena perhatian orang tua tidak terbagi dan asupan nutrisi bisa dimaksimalkan. Bantuan yang diterima PKH lebih baik daripada BLT. Pekerjaan keluarga yang kurang menghasilkan membuat keluarga harus pandai dalam mengelola keuangannya.
- 6.1.2 Startegi keluarga dengan pemberian ASI >1 tahun, memenuhi kandungan zat gizi dengan memanfaatkan makanan lokal yang murah tetapi bernilai gizi tinggi dan sesekali membeli bahan pokok daging. Perhatian orang tua juga sangat dibutuhkan dalam proses tumbuh kembang dalam pemenuhan asupan nutrisi.
- 6.1.3 Harapan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan memanfaatkan posyandu sebagai pemantauan dasar anak dalam proses tumbuh kembang dan saat kondisi anak sakit keluarga merawat sendiri anaknya. Pelayanan kesehatan akan diakses jika dengan perawatan mandiri tidak tertangani.

6.2 Saran

6.2.1 bagi Institusi Pendidikan

Pengembangan ilmu yang berhubungan dengan nutrisi pada keluarga miskin harus menjadi bahan dalam pendidikan sehingga bermanfaat bagi penelitian selanjutnya dalam mengembangkan hasil yang lebih baik lagi khususnya yang terkait dengan status gizi.

6.2.2 bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Peningkatan pelayanan kesehatan terutama tenaga kesehatan dalam menghadapi keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi balita. Pelaksanaan program peningkatan gizi pada balita perlu meningkatkan keberdayaan masyarakat, seperti melibatkan kader kesehatan dan dinas terkait dalam melatih keterampilan keluarga dalam memanfaatkan lahan pekarangan untuk sumber makanan bergizi, manajemen keuangan dalam pengelolaan pendapatan, dan manajemen menyusun menu bergizi.

6.2.3 bagi Keperawatan

Perlu dilakukan penelitian selanjutnya untuk memperkaya informasi dan pemilihan umur yang singkat bertujuan lebih mudah dalam menggali dan mengembangkan wawancara mendalam dan peneliti harus terampil dalam berkomunikasi.

6.2.4 bagi Masyarakat

Dalam pemberian asupan nutrisi pada anak orang tua harus memperhatikan makanan yang akan dikonsumsi sehingga bisa meningkatkan status gizi anak. Memanfaatkan makanan lokal yang murah tetapi bernilai gizi tinggi dan pandai dalam mengelola keuangan tanpa dengan cara berhutang, dan berperan aktif dalam kegiatan posyandu berguna dalam pemantauan pertumbuhan anak.



DAFTAR PUSTAKA

- Achegbulu, J.O. 2011. *Microfinance and Poverty Reduction: The Nigerian Experience*. International Business and Management. 3(1): 220-227.
- Apriadji, W H. 1986. *Gizi Keluarga: Seri Kesejahteraan Keluarga*. Jakarta: PT Penebar Swadaya.
- Allender & Spradley. 2005. *Communnity Health Nursing Concepts and Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Almatsier, S. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- _____. 2002. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- _____. 2005. *Prinsip Dasar Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Auliana Risqie. 2011. *Manfaat Bekatul dan Kandungan Gizinya*. Yogyakarta: Fakultas Teknik UNY.
- Azwar, Azrul. 1994. *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan: Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*. Jakarta: Yayasan Penerbitan IDI
- Badan Pusat Statistik. 2012. *Kecamatan Dalam Angka Sumberbaru 2012*. Jember: BPS Kabupaten Jember.
- _____. 2012. *Kabupaten Jember Dalam Angka 2012*. Jember: BPS Kabupaten Jember.
- _____. 2014. *Laporan bulanan Data Sosial Ekonomi*. Jakarta: BPS.
- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. 2011. *Provinsi Jawa Timur dalam Angka 2011*. Surabaya: BPS Provinsi Jawa Timur.
- _____. 2014. *Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin, Garis Kemiskinan, Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1), dan Indeks Keparahan Kemiskinan (P2) Menurut Kabupaten/Kota, 2011* [Serial online] <http://jatim.bps.go.id/index.php?hal=tabel&id=72> [18 September 2014].
- Bappenas. 2004. *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.

- _____. 2007. *Rencana Aksi Nasional Pangan Dan Gizi 2006-2010*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Barnes, Sarah. 2006. *Space, Choice and Control, and Quality Of Life in Care Settings for Older People*. *Jurnal Environment and Behavior*, Vol. 38 No. 5, September 2006, 589-604.
- Bungin, B. 2012. *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- BKKBN. 2004. *Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi: Kebijakan Program dan Kegiatan tahun 2005-2009*. Jakarta: BKKBN.
- CORE. 2003. *Positive Deviance & Health, Suatu Pendekatan Perubahan Perilaku & Pos Gizi. Diterjemahkan oleh PCI-Indonesia*. Jakarta: 2004.
- Dempsey, P A., & Dempsey, A D. 2002. *Riset Keperawatan: Buku Ajar dan Latihan*. Alih bahasa oleh Palupi W. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. 1990. *Pedoman Tenaga Gizi Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- _____. 2000. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- _____. 2002. *Manajemen Laktasi Buku Panduan Bagi Bidan Dan Petugas Kesehatan Di Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- _____. 2002. *Strategi Nasional Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Sampai Tahun 2005*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- _____. 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- _____. 2012. *Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2011*. [Serial online] http://www.depkes.go.id/downloads/PROFIL_DATA_KESEHATAN_INONESIA_TAHUN_2011.pdf [28 Desember 2014].
- _____. 2009. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2010. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2010*. Surabaya: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. [Serial online] <http://dinkes.jatimprov.go.id/> [13 September 2014].

- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2013. *Status Gizi Balita Menurut Jenis Kelamin dan Kecamatan Kabupaten Jember*. Jember: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
- Fluhler, D.B. 2010. *Gratitude Theory: A Literature Review*. [Serial online] media.wix.com [05 April 2015].
- Friedman, M. M. 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Friedman, M., Bowden, V.R., & Jones, E.G. 2003. *Family Nursing: Research, Theory and Practice (5th Ed.)*. New Jersey: Pearson.
- Gurusinga, A. L. BR. 2011. *Pengalaman Ibu Dalam Perawatan Episotomi di Desa Bandar Baru di kecamatan Sibolangit*. [Serial online] <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/27290/4/Chapter%20II.pdf> [27 Januari 2014]
- Gibney, M. J., dkk. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Terjemah oleh Andry Hartono. 2009. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. A. 2008. *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak untuk Pendidikan Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Husaini, dkk. 1999. *Kumpulan Makalah Diskusi Pakar Bidang Gizi Tentang Mp Asi, Antropometri Dan BBLR*. Jakarta: LPI PERSAGI dan UNICEF.
- IBP Indonesia Core Team. 2012. *JAMKESMAS dan Program Jaminan Kesehatan Daerah*. Bandung: Perkumpulan INISIATIF.
- Jahari. 2000. *Penyimpangan Positif Masalah KEP di Jakarta Utara DKI Jakarta dan di Pedesaan Kabupaten Bogor-Jawa Barat dan Lombok Timur-NTB, Hasil Penelitian*. Jakarta: LIPI dan UNICEF.
- Jauhari, A. & Nasution, N. 2013. *Nutrisi dan Keperawatan*. Yogyakarta: Dua Satria Offset.
- Johnson D.W, Johnson F.P. 2000. *Joining Together: Group Theory and Group Skill*. Pearson Education Company: New York.
- Kemenkes RI. 2010. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NO.1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. [Serial online] <http://gizi.depkes.go.id/wp-content/uploads/2012/11/buku-sk-antropometri-2010.pdf> [2 Oktober 2014].

- _____. 2010. *Kartu Menuju Sehat Model Baru diluncurkan*. [Serial online]. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/463-kartu-menuju-sehat-model-baru-diluncurkan.html> [18 Oktober 2014].
- _____. 2011. *Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk*. [Serial online]. <http://gizi.depkes.go.id/download/Pedoman%20Gizi/Buku%20Pedoman%20pelayanan%20anakdfr%20REV.pdf>. [18 Oktober 2014].
- _____. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2013*. [Serial online]. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risesdas202013.pdf> [21 Oktober 2014].
- _____. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan No. 23 Tentang Upaya Perbaikan Gizi Pasal 12 Ayat 1 Tahun 2014*. [Serial online]. http://sinforeg.litbang.depkes.go.id/upload/regulasi/PMK_No.23_ttg_Upaya_Perbaikan_Gizi_.pdf [25 Mei 2015].
- Kementerian Sosial RI. 2007. *Pedoman Umum PKH*. Jakarta: UPPKH Pusat
- Kosmala, Joana and Wallace, Louise. 2006. *Breastfeeding work: the role of employers in supporting women who wish to breastfeed and work in four organizations in England*. *Journal of Public Health*. Vol. 28 (3): 181-191.
- Marini, Dian. 2015. *Dampak Penyaluran Bantuan Langsung Tunai (BLT) Terhadap Masyarakat Miskin Di Desa Perawang Barat Kecamatan Tualang Kabupaten Siak*. *Jom FISIP* volume 2 no. 1- Februari 2015. University of Riau.
- Mastari, E.S. 2009. *Hubungan Pengetahuan Ibu Balita Dalam Membaca Grafik Pertumbuhan Kms Dengan Status Gizi Balita Di Kelurahan Glugur Darat I*. [Skripsi]. Universitas Sumatra Utara.
- McCullough, M.E & Emmons, R. A. 2003. *Counting Blessings versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 84 (2), pp 377-389.
- Moleong, L J. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya.
- _____. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya.
- _____. 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rosda Karya.

- _____. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya.
- Nasution, B. 2011. *Pengaruh pola asuh ibu terhadap status gizi balita keluarga miskin di kecamatan Panyabungan Utara kabupaten Mandailing Natal tahun 2011*. Medan: FKM USU Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- Nency, Y & Arifin, M.T., 2005. *Gizi Buruk Ancaman Generasi yang Hilang*. [Serial online] <http://ppi-jepang.org>. [19 September 2014]
- Nix S. W. 2005. *Basic Nutrition and Diet Therapy*. Ed 12. St. Louis: MosbyYear Book.
- Notoadmodjo, S, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Cetakan Pertama, Jakarta: PT. Rineka Ciptan.
- Notoadmojo S. 2007. *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Oswari, J. 1995. *Kartu Menuju Sehat*. Jakarta: EGC.
- Parhati, Rahmi. 2011. *Analisis Perilaku Pembelian dan Konsumsi Buah di Perdesaan dan Perkotaan*. Departemen Ilmu Keluarga Dan Konsumen. Fakultas Ekologi Manusia. Institut Pertanian Bogor.
- Putra, S. R. 2013. *Pengantar Ilmu Gizi dan Diet*. Jogjakarta: D Medika.
- Polit, D.F., Beck, C.T, & Hungler, B.P. 2001. *Essential of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization* (5th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P A & Perry, A G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik. Edisi 4. Volume 1*. Alih Bahasa: Yasmin Asih, dkk. Jakarta: EGC.
- Poerwandari, K. 2007. *Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia*. Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran Dan Pendidikan Psikologi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Januarti, Ria Dwitka. 2012. *Perilaku Keluarga Miskin Dalam Upaya Pemenuhan Kebutuhan Gizi Balita*. [Serial Online] <http://sosiologi.fisip.uns.ac.id/online-jurnal/>. Universitas Sebelas Maret [18 Mei 2015].

- Risikesdas. 2007. *Riset Kesehatan dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. [Serial online] <http://fisiopoltekesolo.ac.id/fisioterapi/images/stories/laporanNasional.pdf> [15 September 2014].
- _____. 2010. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. [Serial online] http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/buku_laporan/lapnas_risk esdas2010/Laporan_risikesdas_2010.pdf [18 September 2014].
- _____. 2013. *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. [Serial Online] <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf> [20 Desember 2014].
- Santoso, S. & Ranti, S. L. 2004. *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Save The Children. 2012. *Nutrition in the first 1000 days – state of the world’s mother 2012*. [Serial Online] <http://www.savethechildren.org/STATE-OF-THE-WORLDS-MOTHERS-REPORT-2012-FINAL.PDF> [10 Oktober 2014]
- Save Our Children. 2014. *Journal Brounce Nutrition*. [Serial online] http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/HEALTH_BROCHURE_2012.PDF [19 Februari 2015].
- Sayogyo, dkk. 1994. *Menuju Gizi Baik yang Merata di Pedesaan dan di Kota*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Scaling Up Nutrition. 2012. *Scaling Up Nutrition (SUN) Movement Strategy (2012-2015)*. [Serial online] <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2012/10/SUN-MOVEMENT-STRATEGY-ENG.pdf> [11 Oktober 2014].
- Sediaoetama, A D. 2000. *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi*. Jilid I. Jakarta: Dian Rakyat.
- _____. 2001. *Ilmu Gizi I*. Jakarta: Dian Rakyat.
- _____. 2010. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa Dan Profesi*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Soetjiningsih. 2007. *Tumbuh Kembang Remaja Dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Soerjodibroto. W. 1993. *Diit dan Exercise dalam Penanggulangan Kegemukan*. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia.

- Soetjiningsih. 2001. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Suahasil, Nazara. 2013. *Single Registry for Better Targeting of Social Protection Programmes in Indonesia. Poverty in Focus #25*. International Policy Centre for Inclusive Growth.
- Sudarminta, J. 2003. *Epistemologi Dasar Pengantar Filsafat Pengetahuan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Sugiyono. 2013. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- _____. 2014. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suhardjo. 2003. *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sulistijani, D. A. & Herlianty, M. P. 2001. *Menjaga Kesehatan Bayi Dan Balita*. Jakarta: Puspa Swara.
- Sulistyoningsih, H. 2011. *Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Supariasa. 2001. *Gizi dalam Masyarakat*. Jakarta: PT. Elex Media
- _____. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.
- Supartini Y. 2004. *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Susanto, T. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.
- Sutriyanto, Eko. 2012. *Makanan Lokal pun Bisa Buat Badan Sehat*. [Serial Online] <http://beta.tribunnews.com/kesehatan/2012/01/31/makanan-lokal-pun-bisa-buat-badan-sehat> [27 Desember 2014].
- Suyono, S. 1986. *Hubungan Timbal Balik antara Kegemukan dengan berbagai Penyakit*. Fakultas Kedokteran UI Jakarta.
- Suwarto. 2008. Hubungan Antara Pengetahuan Tentang Gizi Dan Partisipasi Ibu Ke Posyandu Dengan Pemberian Makanan Bergizi Kepada Anak Balita Di Kecamatan Tirto Kabupaten Pekalongan [Serial online] <http://core.ac.uk/download/pdf/16508237.pdf> [10 Mei 2015].
- Smith Melanie M, et al. 2003. *Influence of breastfeeding on cognitive outcomes at age 6-8 years: follow-up of very low birth weight infants*, Am J epidemiol 2003:158 1075-1082.

- Tarwoto, Wartonah. 2004. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan. Edisi ketiga*. Jakarta: Salemba Medika.
- Turnip, Frisda. 2008. *Pengaruh "Positive Deviance: Pada Ibu Dari Keluarga Miskin Terhadap Status Gizi Anak Usia 12-24 Bulan Di Kecamatan Sidikalang Kabupaten Dairi Tahun 2007*. Medan: Sekolah Pascasarjana USU.
- Tnp2k. 2015. *Program Keluarga Harapan (PKH): Program Bantuan Dana Tunai Bersyarat Di Indonesia*. [Serial Online] <http://www.tnp2k.go.id/> [15 Maret 2015].
- Universitas Jember. 2010. *Pedoman Penulisan Karya Ilmiah*. Edisi Ketiga. Jember: Universitas Jember.
- Uripi, V. 2004. *Menu Sehat Untuk Balita*. Jakarta: Penerbit Puspa Swara.
- Wardlaw, G. M. 2007. *Perspective in Nutrition*. Ed 7. McGraw-Hill: New York, USA.
- Widuri & Dedi. 2013. *Komponen Gizi & Bahan Makanan Untuk Kesehatan*. Yogyakarta
- Wijono, D. 2009. *Manajemen Perbaikan Gizi Masyarakat-Kebijakan dan Strategi-Pendekatan Kesehatan Komunitas*. Surabaya: Duta Prima Airlangga.
- World Health Organization. 2007. *WHO Reference 2007 for Child and Adolescent*. WHO: Geneva. [Serial online] <http://www.who.int/growthref/tools/en/> [1 Oktober 2014].
- _____. 2002. *Food and Nutrition Needs in Emergency*. [Serial online] <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/a83743.pdf> [20 Maret 2015].
- _____. 2013. *World Development Indicators: Millenium Development Goals: Eradicating Poverty and Saving Lives*. [Serial online] http://wdi.worldbank.org/views/download/FileDownloadHandler.ashx?filename=1.2_Millennium_Development_Goals_eradicating_poverty_and_saving_lives.pdf&filetype=pdf. [18 September 2014].
- Wong, et al. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong*. Jakarta: EGC.
- Yuniastuti, A. 2008. *Gizi dan Kesehatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Zuriah, N. 2009. *Metode Penelitian Sosial dan Pendidikan Teori-Aplikasi*. Jakarta: Bumi Aksara.



LAMPIRAN

LAMPIRAN A: LEMBAR INFORMED CONSENT

PERMOHONAN MENJADI INFORMAN

Kepada:

Calon Informan

Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah

Jember

Dengan hormat,

Bersama surat ini saya sampaikan bahwa saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Ahmad Naufal Alfarisi

NIM : 102310101040

Pekerjaan : Mahasiswa PSIK Universitas Jember

Alamat : Jln. Ahmad Yani 180 Kecamatan Bangsalsari, Jember

Bermaksud meminta ijin kesediaannya untuk memberikan informasi melalui metode wawancara-mendalam (*in-depth interview*) guna melengkapi data penelitian yang berjudul “Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Di Keluarga Miskin Yang memiliki Status Gizi Baik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember”. Peneliti akan memberikan jaminan tidak akan menimbulkan dampak yang merugikan bagi informan dan kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan hanya akan dipergunakan sebagaimana mestinya untuk kepentingan penelitian. Hal lain yang belum jelas menyangkut penelitian ini dapat ditanyakan langsung oleh informan, dan akan dijawab peneliti secara lisan, jujur, dan lengkap.

Segala bentuk ketidaknyamanan informan selama penelitian berlangsung dapat diutarakan kepada peneliti, dan informan berhak mengundurkan diri sebagai informan ketika penelitian masih berlangsung. Atas perhatian dan kesediaannya menjadi informan, peneliti ucapkan terima kasih.

Hari/Tanggal : _____

Hormat saya,

Ahmad Naufal Alfarisi

NIM. 102310101040



LAMPIRAN B. PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Kode Informan:

Setelah saya membaca dan memahami isi dan penjelasan pada lembar permohonan menjadi informan, maka saya _____ alamat _____ bersedia turut berpartisipasi sebagai informan dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yaitu:

Nama : Ahmad Naufal Alfarisi
 NIM : 102310101040
 Pekerjaan : Mahasiswa PSIK Universitas Jember
 Alamat : Jln. Ahmad Yani 180 Kecamatan Bangsalsari, Jember
 Judul : Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya, sehingga saya bersedia menjadi informan dalam penelitian ini. Saya bebas untuk menarik persetujuan ini dan menghentikan partisipasi saya dalam penelitian setiap saat.

Jember,2015

Peneliti

Informan

(_____)

(_____)

LAMPIRAN C. LEMBAR PANDUAN WAWANCARA

Pertanyaan Pembuka

Batita yang berada di wilayah kerja Puskesmas Rowotengah terdapat batita dengan status gizi baik pada keluarga miskin. Upaya yang dilakukan keluarga miskin dalam menjaga status gizi anaknya dalam kondisi baik akan menjadi contoh bagi keluarga lainnya. Oleh karena itu menjadi penting untuk lebih mengetahui bagaimana pengalaman keluarga miskin dalam memberikan asupan nutrisi pada batitanya. Saya berharap keluarga dapat meluangkan waktu untuk mendiskusikan ini bersama saya.

Pertanyaan untuk memandu wawancara:

- a. Bagaimanan gambaran karakteristik keluarga?
- b. Bagaimana penilaian terhadap kondisi yang di alami?
- c. Bagaimana mengelola keuangan dalam sehari-hari?
- d. Bagaimana perilaku keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada batita?
- e. Bagaimana cara keluarga mengakses sumber nutrisi?
- f. Bagaimana cara keluarga dalam merawat batitanya dalam pemberian nutrisi?
- g. Apa faktor pendukung dalam pemenuhan nutrisi pada batita?
- h. Apa faktor penghambat dalam pemenuhan nutrisi pada batita?
- i. Apa harapan keluarga terhadap batitanya?

LAMPIRAN D. RIWAYAT STATUS GIZI

Kode	Usia (bulan)	Berat Badan (kg)	Nilai Z-Score (SD)	Kode	Usia (bulan)	Berat Badan (kg)	Nilai Z-Score (SD)
I.1 (L)	12	8,5	-1.1	I.2 (P)	12	9,2	0,25
	13	9,5	-0,36364		13	9,3	0,08333
	14	9,5	-0,54545		14	9,5	0,08333
	15	9,6	-0,6363		15	9,4	-0,18182
	16	10	-0,45455		16	9,7	-0,09091
	17	10,4	-0,27273		17	10,2	0,14286
	18	10,8	-0,09091		18	10,3	0,07143
	19	10,3	-0,7272		19	10,1	-0,25
	20	10,5	-0,66667		20	10,7	0,06667
	21	11	-0,41667		21	10,3	-0,46154
	22	11,2	-0,46154		22	10,3	-0,54545
	23	11,3	-0,53846		23	11	-0,09091
	24	12	-0,14286		24	11,1	-0,18182
	25	11,7	-0,5		25	11,4	-0,08333
	26	12,2	-0,23077		26	11,5	-0,16667
	27	12,6	-0,07143		27	12	-0,07143
	28	12,5	-0,28571		28	12,1	-0,14286
	29	12,6	-0,35714		29	12,3	-0,14286
	30	12,5	-0,53333		30	12,2	-0,033333
	31	13	-0,33333		31	13	0,05556
32	13	-0,4375	32	13,8	0,38889		
33	13,1	-0,46667	33	14	0,38889		
34	13,2	-0,05	34	14,2	0,36842		
35	14	-0,125	35	14,3	0,31579		
36	14	-0,1875	36	14,3	0,21053		
37	14,3	-0,125	37	14,2	0,1		
38	15	0,15789	38	14,3	0,04762		
39	14,7	-0,05882	39	14,5	0,04762		

	40	15,1	0,05		40	14,7	0,04762
	41	15,3	0,05		41	14,7	-0,05556
					42	15,2	0,09091
					43	15	-0,010526
					44	15	-0,15789
					45	15,3	-0,10526
					46	15,4	-0,15
I.3 (P)	12	9,5	0,5	I.4 (L)	12	9	-0,6
	13	9,4	0,16667		13	9,7	0,18182
	14	9,5	0,08333		14	9,5	-0,54545
	15	9,5	-0,09091		15	9,6	-0,6363
	16	9,7	-0,09091		16	10,1	-0,36364
	17	10,2	0,14286		17	10,3	-0,36364
	18	10,5	0,21429		18	10,8	-0,09091
	19	10,3	-0,08333		19	10,3	-0,7272
	20	10,7	0,6667		20	10,7	-0,5
	21	10,3	-0,46154		21	11	-0,41667
	22	10,3	-0,54545		22	11,2	-0,46154
	23	11,3	0,11765		23	12,1	0,07143
	24	11,2	-0,09091		24	11,9	-0,21429
	25	11,6	0,05556		25	11,7	-0,5
	26	11,5	-0,16667		26	12,8	0,1875
	27	12,2	0,0625		27	13	0,1875
	28	12,1	-0,14286		28	12,5	-0,28571
	29	12,2	-0,21429		29	12,6	-0,35714
	30	12,3	-0,26667		30	12,8	-0,33333
	31	13	0,05556		31	13,2	-0,2
	32	13,8	0,38889		32	13	-0,4375
33	14	0,3889	33	13,5	-0,3 SD		
34	14,3	0,42105	34	13,2	-0,05 SD		
35	14,5	0,42105	35	14	-0,125		
36	14,3	0,21053	36	14,2	-0,0625		
37	14,1	0,05	37	14,7	0,10526		
38	14,4	0,09524					

I.5 (L)	12	9,2	-0,4			
	13	9,8	-0,1			
	14	10	-0,09091			
	15	9,6	-0,6363			
	16	10,1	-0,36364			
	17	10,8	0,07692			
	18	10,8	-0,09091			
	19	10,3	-0,7272			
	20	10,5	-0,66667			
	21	11	-0,41667			
	22	11,2	-0,46154			
	23	12,1	0,07143			
	24	11,9	-0,21429			
	25	11,7	-0,5			
	26	12,8	0,1875			
	27	12,9	0,125			
	28	12,5	-0,28571			
	29	12,6	-0,35714			
	30	12,8	-0,33333			
	31	13	0,33333			
	32	13,5	-0,125			
	33	13,5	-0,3			
	34	14,2	0,11111			
	35	14,3	0,05556			
	36	14,2	-0,0625			

LAMPIRAN E. CATATAN LAPANGAN

Kode	Posisi Wawancara	Waktu	Sebelum Wawancara	Selama Wawancara	Suasana Tempat	Terminasi
I.1	Duduk berhadapan diantara meja, jarak informan dengan peneliti ½ meter	16.00	Informan sedang melayani pembeli di toko bengkolannya dan Sebelumnya peneliti melakukan kontrak waktu	Informan masih berfikir dalam menjawab pertanyaan, sempat bergurau dan tertawa sehingga membuat suasana tidak tegang, pandangan mata dan bahasa tubuh non-verbal tertuju pada peneliti, bahasa jawa sesekali digunakan oleh informan.	Ruang tamu (ada bahan toko, meja, kursi, lantai tanah) suasana tenang, kondusif, peneliti meminta informan untuk memperkeras suaranya	Mengucapkan terimakasih dan informan menyambut salam peneliti
I.2	Duduk disofa bersebelahan dengan meja, jarak informan dengan peneliti ½ meter	15.00	Sedang bersama anaknya dan Sebelumnya peneliti melakukan kontrak waktu	Informan menjawab semua pertanyaan yang diajukan, terkadang bingung kemudian peneliti memakai bahasa yang lebih sederhana, terlihat hati-hati dalam menjawab, masih berfikir dengan sesekali mengangkat kepala keatas dan kebawah, pandangan mata terarah kepada peneliti.	Ruang tamu (terdapat lemari tempat gelas, piring, meja, sofa, lantai keramik, TV 14') suasana tenang dan peneliti meminta informan untuk memperkeras suaranya	Mengucapkan terimakasih atas kerja sama dan informan menjawab salam peneliti

I.3	Duduk berhadapan diantara meja, jarak informan dengan peneliti ½ meter	09.00	Sedang memberikan makan anaknya dan Sebelumnya peneliti melakukan kontrak waktu	Informan serius dalam menjawab pertanyaan peneliti, terlihat masih berfikir, bicara dengan hati-hati, mengklarifikasi setiap pertanyaan, pandangan mata tertuju pada peneliti.	Ruang tamu (ada kursi kayu dan plastik, meja, lantai dari tanah) suasana tenang, kondusif, dan peneliti meminta informan untuk memperkeras suaranya	Informan terlihat antusias dalam proses dan diakhiri dengan ucapan salam
I.4	Duduk berdekatan, jarak informan dengan peneliti ½ meter	11.00	Sedang bermain bersama anak didepan rumahnya dan Sebelumnya peneliti melakukan kontrak waktu	Sebelum menjawab pertanyaan informan masih berfikir, arah pandang tetap ke peneliti, sesekali menggunakan bahasa jawa, bertanya apabila ada pertanyaan yang kurang dimengerti. Wawancara terhenti ketika anaknya menangis, dan dilanjutkan kembali setelah kondisi membaik	Ruang tamu (sofa, meja, lantai keramik, TV 14') peneliti meminta informan untuk memperkeras suaranya agar memaksimalkan hasil rekaman	Mengucapkan terimakasih dan berpamitan
I.5	Duduk berhadapan diantara meja, jarak informan dengan peneliti ½ meter	16.00	Sedang menyusui anaknya yang ke-2 dan Sebelumnya peneliti melakukan kontrak waktu	Menjawab pertanyaan dengan seksama, sebelum menjawab masih bertanya dan sedikit bingung memberikan jawaban. Memperhatikan peneliti. Sesekali menggunakan bahasa jawa	Ruang tamu (meja, kursi, lantai keramik) peneliti meminta informan untuk memperkeras suaranya	Mengucapkan terimakasih dan informan menjawab salam peneliti

LAMPIRAN F. ANALISA DATA PENELITIAN

Analisa Data Penelitian
Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Dikeluarga Miskin Yang Memiliki
Status Gizi Baik Diwilayah Kerja Puskesmas Rowotengah

No	Tujuan Khusus	Tema	Sub tema	Sub subtema	Kategori	Informan					
						i.1	i.2	i.3	i.4	i.5	
1.	Menggali Gambaran Karakteristik Keluarga	a. Tipe keluarga	Jenis Keluarga		1. Nuclear (inti)	√	√	√	√	√	
		b. Pekerjaan	Jenis Pekerjaan		1. Toko Bengkolan	√					
					2. Buruh Tani	√	√				
					3. Buruh Bangunan			√		√	
					4. Becak			√			
					5. Pijat				√		
		Jumlah Pendapatan Dalam Sehari			1. Rp 20.000,-	√		√	√		
					2. Rp 25.000,-	√	√				
					3. Rp 30.000,-			√		√	
					4. Rp 50.000,-	√					
		c. Bantuan Pemerintah Yang diterima	Jenis Bantuan yang diterima keluarga		1. PKH (Program Keluarga Harapan)	√	√			√	
					2. BLT (Bantuan Langsung Tunai)			√	√		
			Jumlah Bantuan yang diterima			1. Rp 150.000,-	√	√			√
2. Rp 200.000,-	√					√					
3. Rp 275.000,-	√					√					
4. Rp 400.000,-							√				
	Jangka Waktu			1. 3 bulan	√	√	√		√		

			Penerimaan Bantuan		2. 4 bulan	√	√			√	
					3. Tidak tentu	√	√	√		√	
		d. Sikap Keluarga			1. Mensyukuri	√	√			√	
					2. Menerima	√			√		
2.	Strategi Yang Dilakukan Keluarga Dalam Pemenuhan Nutrisi Pada Batita	a. Pengelolaan keuangan	Membeli bahan makanan		1. Beras	√	√	√	√	√	
					2. Sayur	√	√	√	√	√	
					3. Lauk pauk	√	√	√	√	√	
				Cara keluarga		1. Berhutang	√	√	√	√	√
		b. Prioritas Pemberian				1. Anak	√	√	√	√	√
						2. Keluarga					
		c. Pemenuhan Asupan Nutrisi	Jenis makanan yang dikonsumsi	Sayuran	1. Sayur Bayam	√		√			√
					2. Sayur Katuk	√	√	√	√		
					3. Sayur Labu	√					
					4. Sayur Sop	√					
					5. Kacang Panjang	√					
					6. Sayur Bening	√	√	√			
					7. Wortel	√	√	√			
					8. Kentang	√		√			
9. Sayur Santan					√						
10. Kangkung									√		
		Lauk Pauk	1. Hati Ayam	√							
			2. Hati Sapi	√							
			3. Ayam		√	√		√			
			4. Ikan Tongkol			√					
			5. Tahu		√						
			6. Tempe	√	√		√	√			
			7. Dadar Jagung		√						

				8. Telur	√	√	√	√	√
				9. Ikan Pindang			√		
			Buah-Buahan	1. Apel	√	√		√	
				2. Salak	√	√		√	√
				3. Anggur				√	
				4. Papaya	√	√		√	
				5. Pisang	√	√		√	
				6. Belimbing			√	√	
			Lain-lain	1. Roti	√	√			
				2. Biskuit	√	√	√	√	
				3. Beras Kencur		√			
				4. Bubur Kacang Hijau	√	√			√
				5. Bubur Beras Merah	√				
				6. Soto			√		
				7. Bakso	√		√		
				8. Jamu		√			
				9. Nasi jagung		√			
				10. Bubur Instan			√		
				11. Rawon			√		
				12. Kerupuk			√	√	√
			Porsi Makan Dalam Sehari	1. Dua kali			√		
				2. Tiga kali	√			√	√
				3. Empat kali		√	√		
				4. Lima kali			√	√	√
			Pemberian ASI	Lama Pemberian	1. 12 bulan (1 Tahun)	√			√
					2. 13 bulan			√	
					3. 20 bulan			√	

					4. 24 bulan (2 Tahun)		√			
			Makanan yang Dikonsumsi Ibu Saat ASI Susah Keluar		1. Daun Labu	√	√			
					2. Katu	√	√	√	√	
					3. Sayur Bening	√		√		√
					4. Kacang		√			
					5. Beluntas			√		
					6. Daun Pepaya				√	
			Susu Formula		1. Susu Bubuk		√	√	√	√
					2. Susu Kental	√	√			
			Cara Pemberian Makan		1. Dibawa Jalan-jalan		√			
					2. Diajak bermain		√			√
					3. Digendong	√	√	√	√	√
					4. Duduk			√		
		d. Pemeliharaan Perawatan Diri	Jenis perawatan diri		1. Mandi	√	√	√	√	√
					2. Cuci tangan	√	√	√	√	√
			Sikap keluarga		1. Perhatian orang tua	√	√	√	√	√
			Dampak yang terjadi		1. Kurus	√	√	√	√	√
					2. Gizi buruk	√	√	√	√	√
		e. Strategi Penanganan Masalah Kesehatan	Jenis strategi		1. Merawat sendiri anak	√	√	√	√	√
					2. Ke pelayanan kesehatan	√	√	√	√	√
			Pelayanan kesehatan yang diakses		1. Dokter			√	√	√
					2. Perawat	√	√			
					3. Bidan		√	√		
			Jenis pembiayaan		1. Jamkesmas	√	√	√		
					2. Pinjam/Utang	√	√	√	√	√
3.	Mengklasifikasi Harapan	a. Pemeliharaan Kesehatan	Pelayanan kesehatan	Posyandu	1. Aktif	√	√	√	√	√
					2. 2 kali tidak hadir			√		

Keluarga Terhadap Pelayanan Kesehatan		masyarakat								
		Jenis pemeliharaan kesehatan		1. Imunisasi	√	√	√	√	√	√
				2. Timbang berat badan	√	√	√	√	√	√
	b. Harapan Keluarga	Tahap Tumbuh Kembang			3. Pemberian PMT	√	√	√	√	√
					1. Cepat merangkak	√	√	√	√	√
					2. Cepat jalan	√	√	√	√	√
					3. Cepat berdiri	√	√	√	√	√



LAMPIRAN G. SKEMA TEMA PENELITIAN

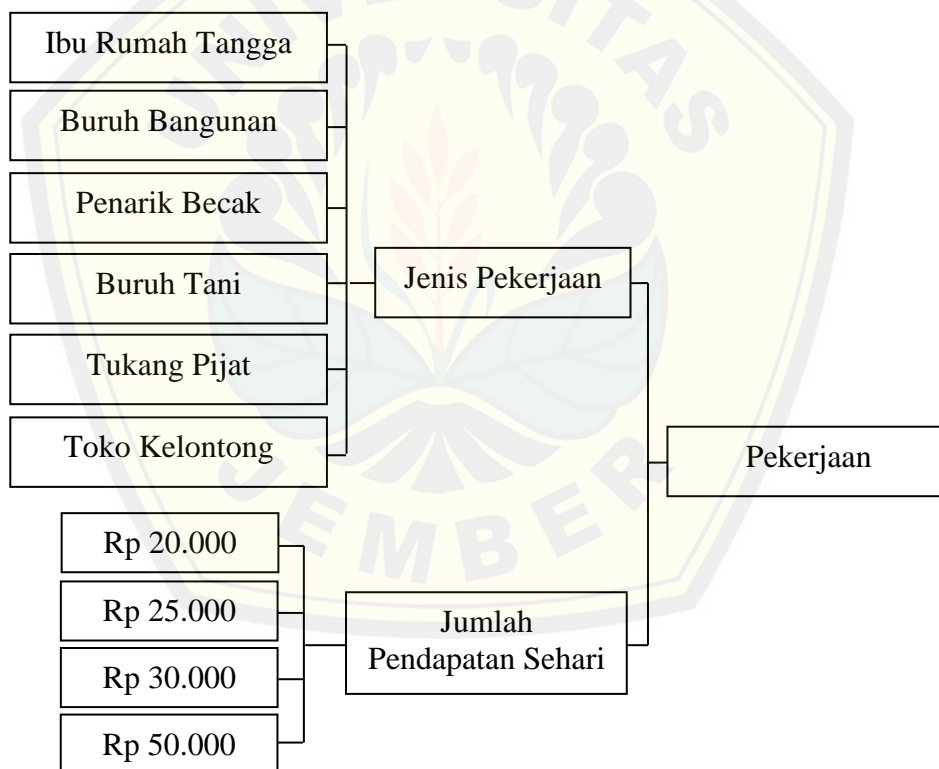
Skema Tema

Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Dikeluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik Diwilayah Kerja Puskesmas Rowotengah

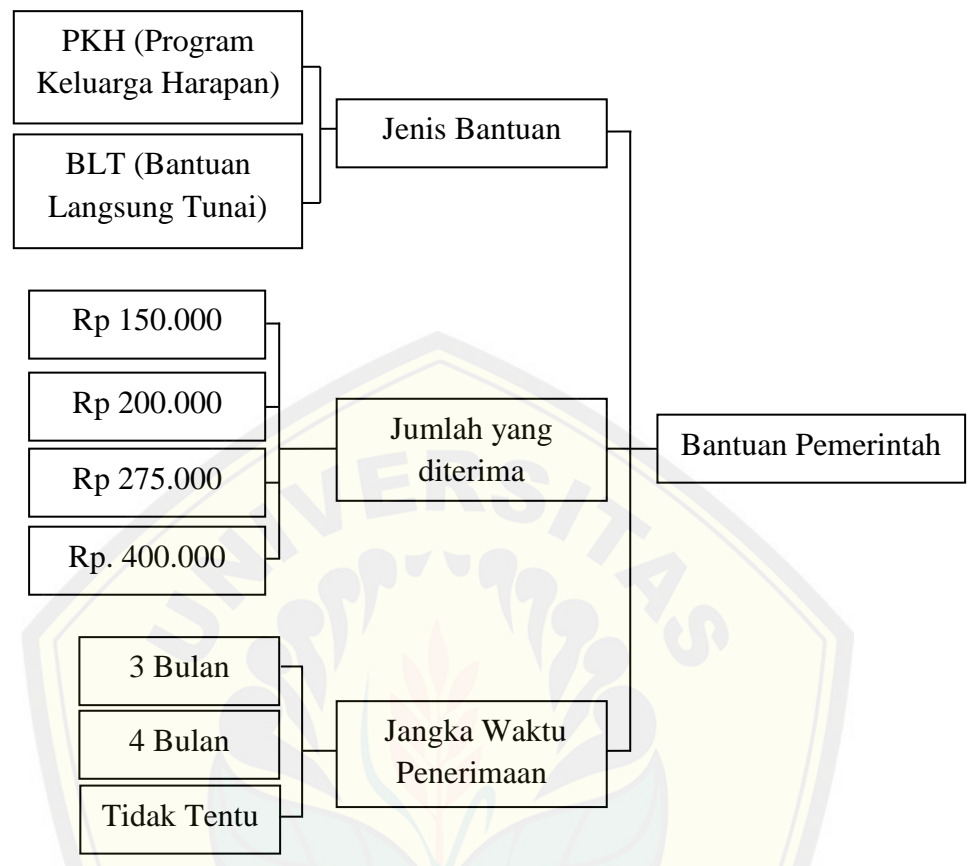
Skema 1, Tema 1: Tipe Keluarga



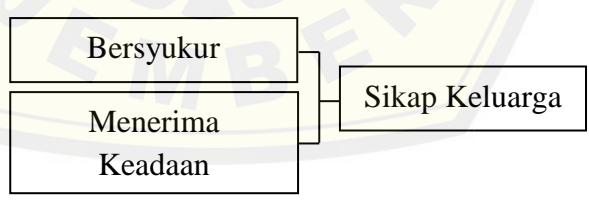
Skema 2, Tema 2: Pekerjaan Keluarga



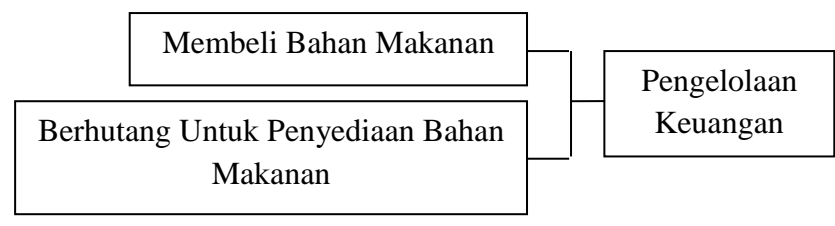
Skema 3, Tema 3: Bantuan Pemerintah Yang Diterima Keluarga



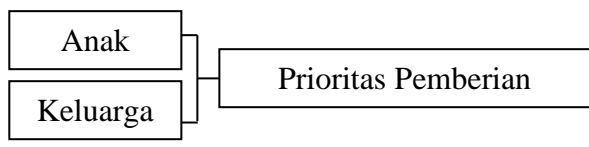
Skema 4, Tema 4: Sikap Keluarga Terkait Kondisi Miskin



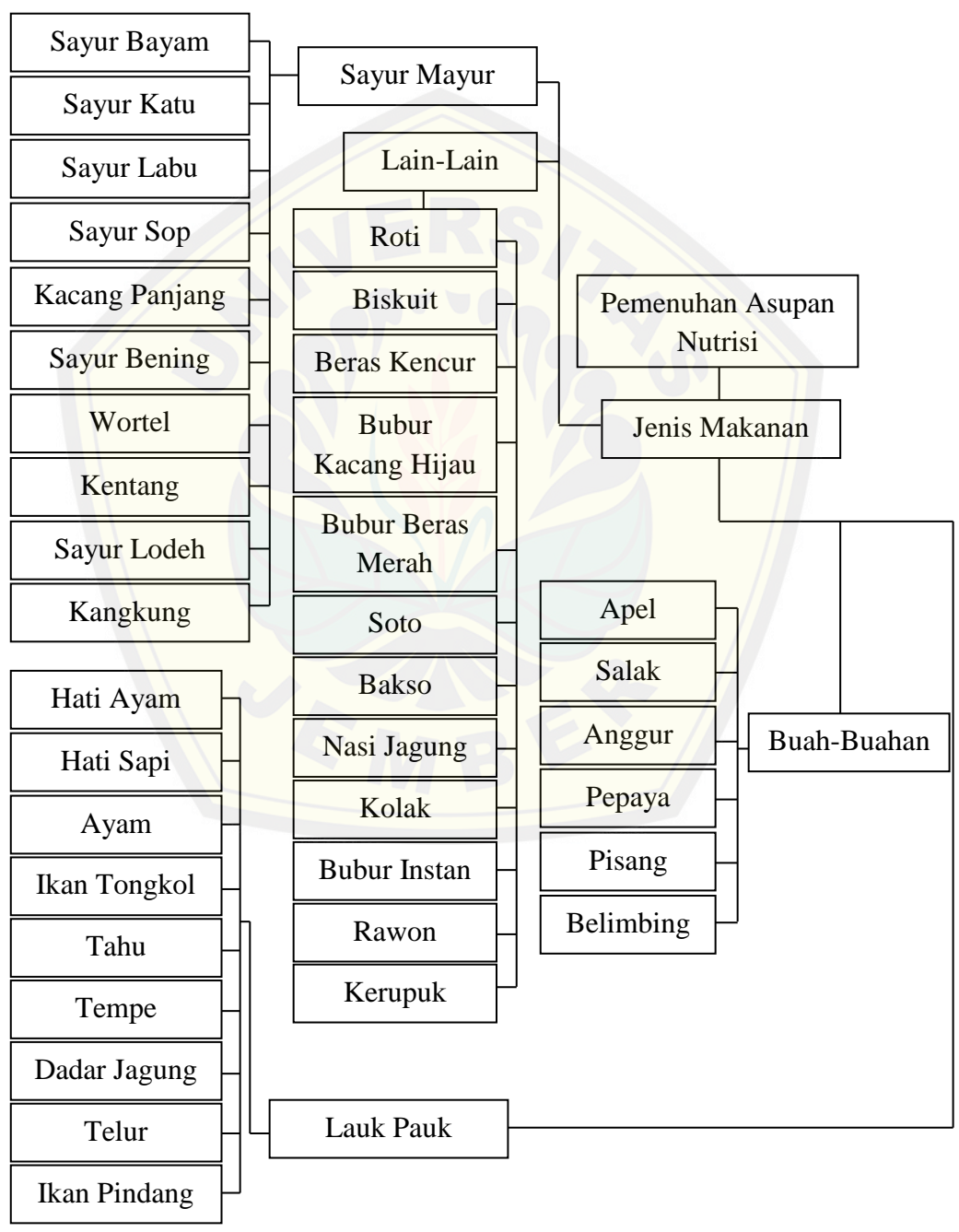
Skema 5, Tema 5: Pengelolaan Keuangan



Skema 6, Tema 6: Prioritas Pemberian Asupan Nutrisi

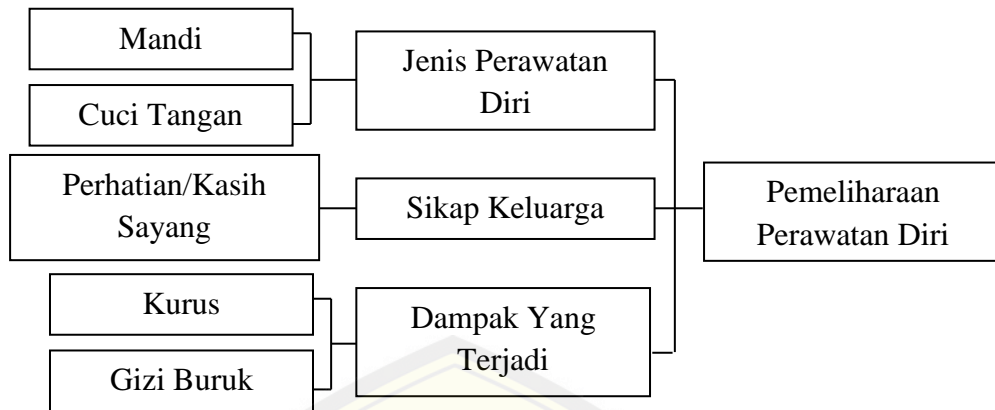


Skema 7, Tema 7: Pemenuhan Asupan Nutrisi

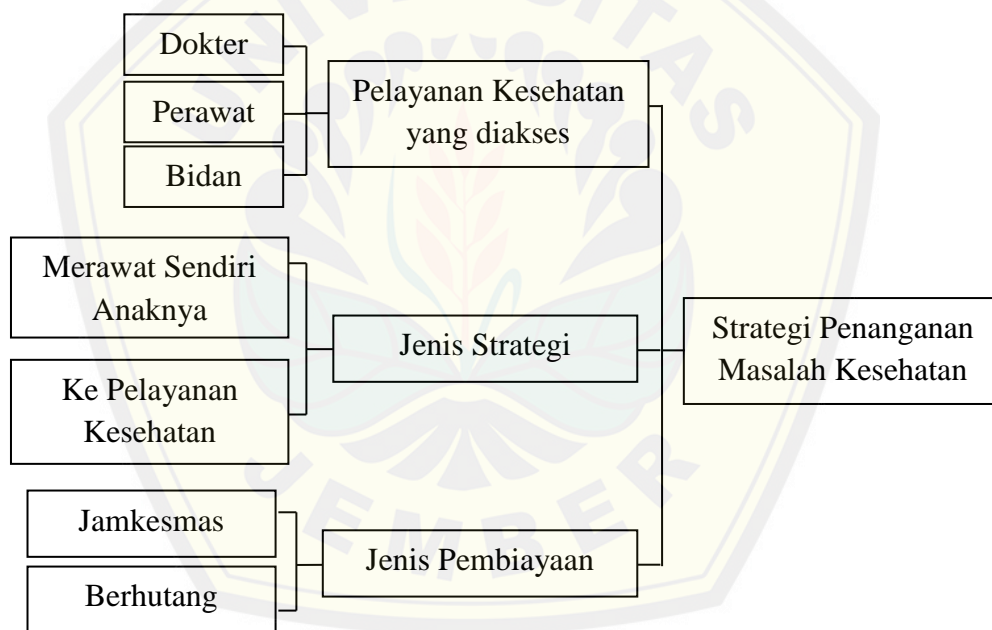




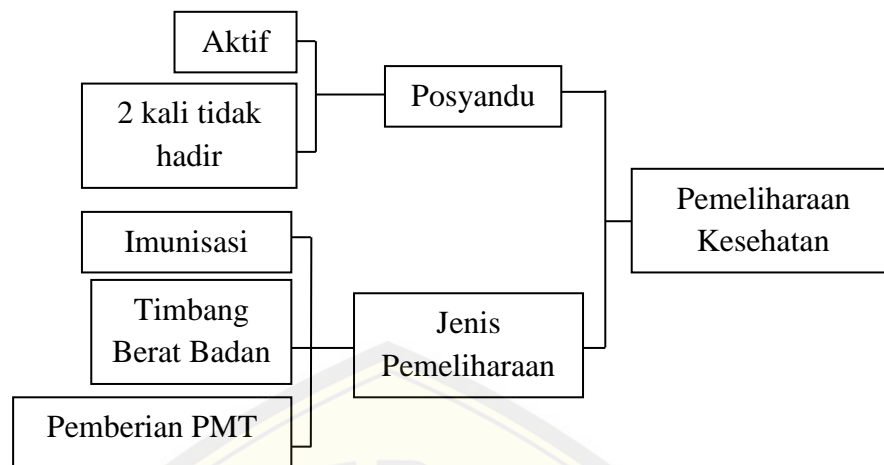
Skema 8, Tema 8: Pemeliharaan Perawatan Diri



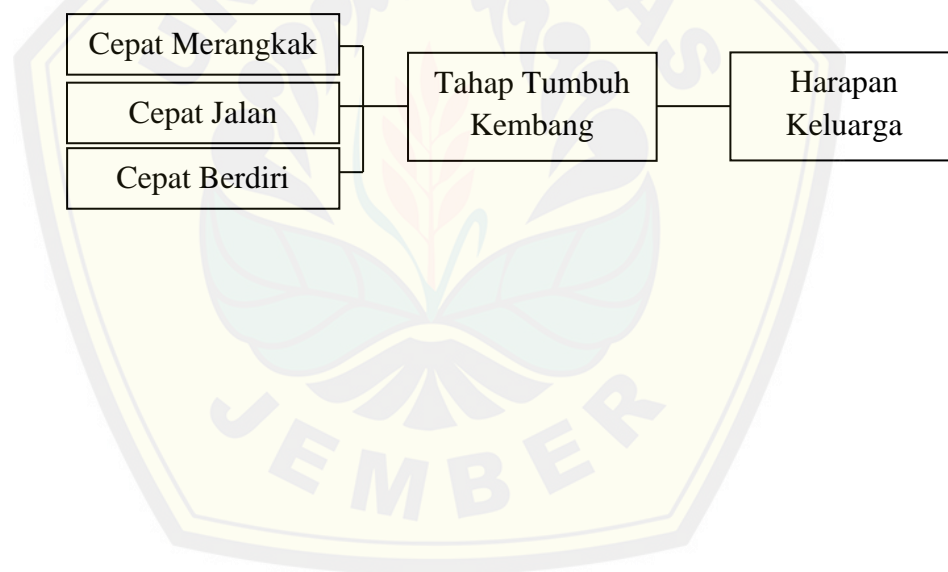
Skema 9, Tema 9: Strategi Penanganan Masalah Kesehatan



Skema 10, Tema 10: Pemeliharaan Kesehatan

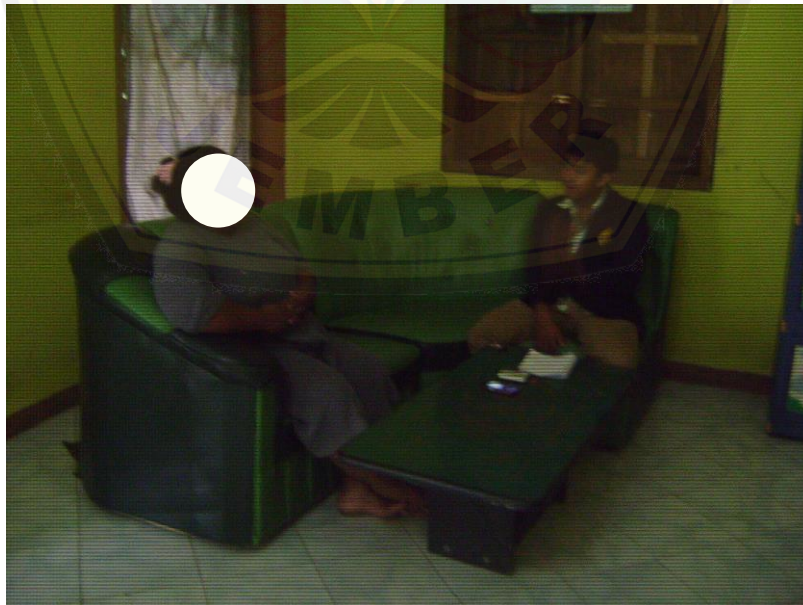


Skema 11, Tema 11: Harapan Keluarga



LAMPIRAN H. DOKUMENTASI PENELITIAN

Gambar 1. Menjelaskan Maksud Dan Tujuan Penelitian Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Dikeluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik Tahun 2015 oleh Ahmad Naufal Alfarisi Mahasiswa PSIK Universitas Jember



Gambar 2. Proses *Indepth Interview* Penelitian Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Dikeluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik Tahun 2015 oleh Ahmad Naufal Alfarisi Mahasiswa PSIK Universitas Jember

LAMPIRAN I. SURAT PENELITIAN



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 3636 /UN25.1.14/SP/2014 Jember, 01 Oktober 2014
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan
Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Ahmad Naufal Alfarisi
N I M : 102310101040
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul : Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi pada Balita di Keluarga
Miskin dengan Status Gizi Sehat di Kabupaten Jember
lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua
Nuzuliantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Letjen S. Parman No. 89 Telp. 337853 Jember



Kepada
 Yth. Sdr. : Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 Di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/1859/314/2014

Tentang

STUDI PENDAHULUAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember
- Memperhatikan : Surat dari Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember tanggal 01 Oktober 2014 Nomor : 3636/UN25.1.14/SP/2014 perihal Permohonan Studi Pendahuluan.

MEREKOMENDASIKAN

Nama / No. Induk : Ahmad Naufal Alfariis 102310101040
 Instansi / Fak : PSIK Universitas Jember.
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan tentang : " Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi pada Balita di Keluarga Miskin dengan Status Gizi Sehat di kabupaten Jember ".
 Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
 Tanggal : 02-10-2014 s/d 02-11-2014

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
 2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
 3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan
- Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 02-10-2014

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Sekretaris



Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua PSIK Universitas Jember
 2. Arsip



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 07 Oktober 2014

Nomor : 440 / *2014* / 414 / 2014
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :
Yth. Sdr. 1. Kepala Puskesmas Rowotengah
2. Kepala Puskesmas Panti
3. Kepala Puskesmas Kalisat
4. Kepala Puskesmas Sumberjambe
5. Kepala Puskesmas Sukowono
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1859/314/2014, Tanggal 02 Oktober 2014, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : AHMAD NAUFAL ALFARISI
NIM : 102310101040
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : PSIK Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan studi pendahuluan tentang "Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi pada Balita di Keluarga Miskin dengan Status Gizi Sehat di Kabupaten Jember"
Waktu Pelaksanaan : 07 Oktober 2014 s/d 02 November 2014

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Studi pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER**

dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
Pembina Utama Muda
NIP. : 19570202 198211 1 002

Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sri Rahayu
NIP : 1971042919911022001
Pangkat/Golongan : 3B
Jabatan : Koordinator Gizi Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah
(Bidan)

MENYATAKAN

Bahwa:
Nama : Ahmad Naufal Alfarisi
NIM : 102310101040
Jabatan : Mahasiswa PSIK Universitas Jember
Keterangan : Telah benar-benar melakukan studi pendahuluan dengan judul "Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik Di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Dari Tanggal 3 Oktober 2014 – 3 November 2014"

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan: Jember

Pada Tanggal 3 November 2014


BPS. SRI RAHAYU
SIP: 445065436
Jember
Sri Rahayu
NIP. 1971042919911022001



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor *2130* /UN25.1.14/LT/2014 Jember, 29 Desember 2014
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua Lembaga Penelitian
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Ahmad Naufal Alfarisi
N I M : 102310101040
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi pada Balita di Keluarga Miskin yang Memiliki Status Gizi Baik di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah
lokasi : 1. Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah
2. Desa Pringgowirawan
3. Desa Karang Bayat
4. Desa Sumber Agung
5. Desa Rowotengah
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua
N^o Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818
e-Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : 69 /UN25.3.1/LT/2015 20 Januari 2015
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa, dan Politik
Pemerintah Kabupaten Jember
di -

JEMBER

Memperhatikan surat Ketua dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 4430/UN25.1.4/LT/2014 tanggal 29 Desember 2014, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Ahmad Naufal Alfarisi/1023101040
Fakultas / Jurusan : PSIK/Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Alamat / HP : Bangsalsari Jember/HP. 085746733525
Judul Penelitian : Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember
Lokasi Penelitian : Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember
Lama Penelitian : Dua bulan (20 Januari 2015 – 20 Maret 2015)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.

a.n Ketua
Sekretaris



Dr. Zainuri, M.Si
NIP. 196403251989021001

Tembusan Kepada Yth. :

1. Ketua PSIK
Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepala
 Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember
 di -
 J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/173/314/2015

Tentang

PENELITIAN

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah
 2. Peraturan Bupati Jember No. 62 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kab. Jember
- Memperhatikan : Surat Ketua Lembaga Penelitian Universitas Jember tanggal 20 Januari 2015 Nomor : 69/UN25.3.1/LT/2015 Perihal Permohonan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM : Ahmad Naufal Alfarsi 1023101040
 Instansi : Jurusan Ilmu Keperawatan / PSIK / Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian dengan judul :
 "Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi pada Balita di Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember".
 Lokasi : Dinas Kesehatan dan Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember
 Tanggal : 05-02-2015 s/d 05-04-2015

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

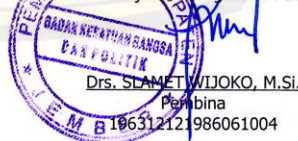
Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 05-02-2015

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid Kajian Strategis dan Politis


 Drs. SLAMET WIJOKO, M.Si.
 Pembina
 196312121986061004

- Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Ketua Lembaga Penelitian Univ. Jember
 2. Arsip ybs.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624
Website : dinkes.jemberkab.go.id E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 06 Februari 2015

Nomor : 440 / 2783 / 414 / 2015
Sifat : Penting
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. Kepala Puskesmas Rowotengah
di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/173/314/2015, Tanggal 05 Februari 2015, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : AHMAD NAUFAL ALFARISI
NIM : 1023101040
Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan penelitian dengan judul "Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi pada Balita di Keluarga Miskin yang Memiliki Status Gizi Baik di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember"
Waktu Pelaksanaan : 06 Februari 2015 s/d 06 April 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



Tembusan:
Yth. Sdr. Yang bersangkutan
di Tempat

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sri Rahayu
NIP : 1971042919911022001
Pangkat/Golongan : 3B
Jabatan : Koordinator Gizi Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah
(Bidan)

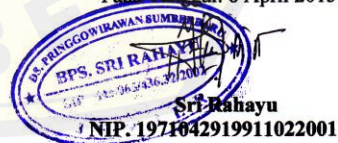
MENYATAKAN

Bahwa:
Nama : Ahmad Naufal Alfarisi
NIM : 102310101040
Jabatan : Mahasiswa PSIK Universitas Jember
Keterangan : Telah benar-benar melakukan penelitian dengan judul
"Pengalaman Pemberian Asupan Nutrisi Pada Batita Di
Keluarga Miskin Yang Memiliki Status Gizi Baik Di
Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Dari Tanggal 6
Februari 2015 – 6 April 2015"

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk dipergunakan
sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan: Jember

Pada Tanggal: 8 April 2015





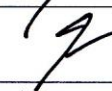
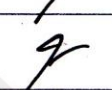


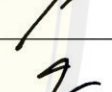

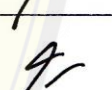


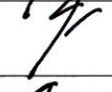
Sri Rahayu
NIP. 1971042919911022001

LAMPIRAN J. LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI

Dosen Pembimbing Utama:

Hanny Rasni, M.Kep



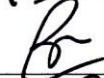

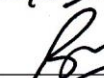




NIP 19761219 200212 2 003

Tgl/bulan/ tahun	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
17/09/2014	Konsultasi judul skripsi	Ganti judul skripsi	
22/09/2014	Konsultasi judul skripsi baru	Acc judul skripsi dan lanjut ke Bab 1	
3/10/2014	Konsultasi Bab 1 dan Bab 2	Revisi Bab 2 dan lanjut Bab 3	
6/10/2014	Konsultasi Bab 2 dan 3	Revisi Bab 3 di kriteria inklusi	
28/10/2014	Konsultasi Bab 1, 2, dan 3	Acc seminar proposal	
09/12/2014	Konsul revisi proposal seminar	Acc dan lanjut uji validitas	
10/12/2014	Konsultasi uji validitas	Acc dan lanjut penelitian ke informan selanjutnya	
02/02/2015	Konsultasi hasil-penelitian Bab 4	Revisi, memakai bahasa baku indonesia	
10/03/2015	Konsultasi analisa data	lanjut ke Bab 5 pembahasan	
17/03/2015	Konsultasi bab 5	Revisi pada hasil tema penelitian	
18/03/2015	Konsultasi bab 5 dan 6	Revisi sub bab saran pada bab 6	
25/5/2015	Konsultasi final	ACC Sidang	

Dosen Pembimbing Anggota:

Ns. Ratna Sari Hardiani, M.Kep

NIP 19810811 201012 2 002

Tgl/bulan/ tahun	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
23/9/2014	Konsul Judul dan bab 1	ACC dan lanjutkan	
26/11/2014	Konsul bab 1 dan bab 2	Revisi bab 2	
29/11/2014	Konsul bab 2	Revisi dan lanjut bab 3	
2/10/2014	Konsul bab 3	Revisi bab 1, 2, dan 3	
29/10/2014	Konsul bab 1, 2, dan 3	ACC seminar proposal	
9/12/2014	Revisi proposal skripsi	Revisi bab 1 dan 3. Lanjutkan uji validitas	
10/12/2014	Revisi proposal skripsi	ACC penelitian	
26/5/2015	Konsul bab 4, 5, dan 6	Revisi analisa data	
3/6/2015	Konsul pembahasan dan kesimpulan	Revisi bab 5 dan 6	
10/6/2015	Konsultasi final	ACC sidang	