

Abstrak

Munculnya kasus penderita gizi buruk tidak hanya terdapat disatu wilayah, akan tetapi menyebar ke berbagai kabupaten dan kotamadya yang ada di Sumatera barat. Kasus KEP di Sumatera Barat sebenarnya bukan merupakan hal baru, karena KEP sudah muncul sejak 10 tahun yang lalu dengan kecenderungan meningkat dalam 5 tahun terakhir. Bebarapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan anak yang mempunyai gizi baik pada usia dibawah 12 tahun. Hal ini sebenarnya menunjukkan bahwa keluarga mempunyai kemampuan secara ekonomi untuk memenuhi kebutuhan gizi anak. Persoalan gizi muncul ketika anak berumur 12 bulan keatas dimana anak membutuhkan variasi makanan untuk memenuhi gizinya. Hal ini menimbulkan pertanyaan bagaimana peran ibu rumah tangga sebagai penyedia kesehatan keluarga?, Apakah ada hubungan anantara rendahnya peran ibu sebagai penyedia kesehatan keluarga dengan merebaknya penyakit KEP di kotamadya Padang.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dalam menjelaskan masalahnya. Populasi penelitiannya adalah ibu rumahtangga yang mempunyai anak balita. Data diambil dengan teknik kuesioner menggunakan alat pengumpul data berupa daftar pertanyaan. Data dianalisis dengan menggunakan tabel frekuensi dan tabel silang. Lokasi penelitian di wilayah kerja Puskesmas Kuranji.

Hasil penelitian menunjukkan peran ibu rumah tangga sebagai penyedia kesehatan keluarga diwujudkan dalam bentuk mencari informasi tentang kesehatan keluarga (anak), menentukan menu makanan, dan menganjurkan anggota keluarga untk hidup sehat. Ada kesenderungan di kalangan keluarga yang hanya menyediakan satu menu untuk seluruh anggota keluarga anaknya cenderung terkena KEP. Sementara itu keluarga yang membedakan menu makanan untuk anak-anak dengan orang dewasa cenderung anaknya tidak terkena KEP.

1. Pendahuluan

Propinsi Sumatera Barat menempati urutan pertama dalam hal jumlah penderita KEP diantara propinsi-propinsi di Indonesia. Laporan Kepala Kantor Wilayah Sumatera Barat, dr. Rasyidah Rasyid menyebutkan bahwa dari total 300.000 balita, 23.000 balita diantara berpotensi dan terancam menderita gizi buruk, apabila tidak mendapat perhatian serius (Kompas, 2-8-1999).

Munculnya kasus penderita gizi buruk tidak hanya terdapat di satu daerah akan tetapi menyebar di berbagai kabupaten dan kotamadya yang ada di Sumatera Barat (Kompas, 2-8-1999). Data pasti mengenai penyakit ini memang sangat sulit didapat mengingat kebanyakan masyarakat enggan untuk melaporkan. Perkembangan pada bulan September menunjukkan bahwa penderita KEP mengalami penurunan meskipun jumlahnya belum banyak. Tercatat sampai bulan September 1999 jumlah balita penderita KEP nyata di Sumatera Barat sebanyak 9.481. Sekitar 71 balita diantaranya mengalami gizi akut (kritis) akibat menderita penyakit bawaan seperti janjung, paru-paru, gangguan metabolisme, dan penyakit infeksi (Media Indonesia, 29-10-1999).

Kasus KEP di Sumatera Barat sebenarnya bukan merupakan hal baru karena KEP sudah muncul sejak 10 tahun yang lalu dengan kecenderungan meningkat dalam 5 tahun terakhir. Pada tahun 1994(544 anak);1995 (698 anak) ;1996(1.145 anak); 1997 (1.581 anak); 1998 (2.000 anak); 1999 (8.874 anak) (Sumber : Diolah dari Kompas 2-8-1999).

Akan munculnya kasus gizi buruk di Sumatera Barat sudah sejak tahun 1989 diingatkan oleh Sekretaris Menteri Negara Lingkungan Hidup, Thamrin Nurdin, pada waktu itu. Menurutnya Sumatera Barat adalah daerah yang paling rawan penyakit kekurangan gizi. Kualitas gizi anak balita di propinsi ini termasuk yang paling buruk di Indonesia (Singgalang 14 September 1989). Gambaran tersebut menunjukkan bahwa kemiskinan bukan merupakan faktor utama dalam mendorong munculnya penyakit KEP. Ada banyak faktor di luar faktor medis dan kemiskinan yang berhubungan dengan merebaknya penyakit KEP di Sumatera Barat.

2. Masalah Penelitian

Sementara itu hasil penelitian BEM Unand (2000), Pramono (1999) serta laporan Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Kotamadya Padang tahun 1999 menunjukkan bahwa kebanyakan anak yang mempunyai gizi baik pada usia dibawah 12 bulan. Ini berarti bahwa ibu rumah tangga dapat memenuhi kebutuhan makan bagi bayinya. Padahal kebanyakan bayi pada usia tersebut menu makananya adalah air susu ibu atau ASI dan susu tambahan atau kalengan atau makanan tambahan. Pada saat krisis ekonomi susu kalengan melambung tinggi akan tetapi kebanyakan anak mempunyai gizi baik. Ini berarti bahwa ibu rumah tangga pada dasarnya secara ekonomi mampu memenuhi kebutuhan akan susu tambahan sekalipun dalam masa krisis ekonomi. Oleh karena itu faktor ekonomi pada dasarnya kurang begitu dapat menjelaskan merebaknya penyakit KEP yang terjadi saat ini di Sumatera Barat.

Ketika anak balita berumur satu tahun keatas peran ibu sangat dibutuhkan untuk memilih dan menyediakan makanan sehat bagi anaknya karena anak sudah memerlukan variasi makanan. Akan tetapi dari hasil penelitian tersebut juga nampak bahwa sebagian esar anak yang terkena KEP berumur satu tahun keatas. Hal menimbulkan pertanyaan bagaimana peran ibu rumah tangga sebagai penyedia kesehatan atau health provider dalam keluarga? Apakah ada hubungan antara rendahnya peran ibu sebagai *health provider* dengan merebaknya penyakit KEP di Kotamadya Padang?

3. Tinjauan Pustaka

Menurut Marchione faktor sosial-ekonomi dan faktor sosial-budaya merupakan faktor penyebab munculnya kekurangan makanan (*malnutrition*) dikalangan anak-anak (Marchione, 1980:263). Faktor sosial-ekonomi meliputi tingkat subsistensi pertanian, sedangkan tingkat sosial-budaya meliputi kedewasaan ibu, kecocokan/ keharmonisan kedua orang tua (*compatibility of parents*), dan perbedaan ukuran keluarga yang ideal.

Keluarga diakui mempunyai fungsi yang sangat beragam. Berbagai fungsi keluarga kebanyakan masih dilaksanakan oleh ibu rumah tangga, khususnya memelihara dan merawat anak termasuk didalamnya kesehatan anak, menyajikan kebutuhan gizi keluarga meskipun dalam keluarga modern sekalipun (lihat Bakarruddin, 1994) Pramono,1996; Asmawi,1994). Hal ini berarti bahwa kedudukan dan peran ibu rumah tangga sangat penting dalam memelihara perkembangan dan pertumbuhan anaknya. Menurut Soetrisno (1997) perempuan/ibu mempunyai peran sebagai "penyedia kesehatan" (*health provider*) baik pada tingkat keluarga maupun komunitas.

Pada tingkat keluarga fungsi *health provider* dapat dilihat dari peran ibu sebagai tokoh panutan dalam sosialisasi nilai-nilai hidup sehat. Seorang ibu menjalankan fungsi tersebut melalui cara menganjurkan kepada anggota keluarganya untuk mau memperhatikan kesehatan masing-masing dan mendorong untuk mengadopsi kebiasaan hidup sehat sehingga dapat memperkecil resiko terkena penyakit. Sementara itu pada tingkat komunitas kesempatan untuk menjalankan peranya sebagai *health provider* muncul karena adanya hubungan yang erat antar ibu rumah tangga. Melalui kesempatan "ngumpul" tersebut mereka dapat membicarakan masalah-masalah kesehatan yang sedang mereka hadapi. Dengan kata lain sebagai *health provider* ibu berfungsi sebagai penggerak timbulnya kesadaran dalam masalah-masalah kesehatan yang timbul dalam masyarakat dan mendorong mereka secara bersama memecahkannya.

Agar dapat menjalankan fungsinya sebagai *health provider* secara efektif menurut Helena Pizarri et al (1987) ada empat faktor yang harus diperhatikan yaitu (1) teknologi kesehatan, (2) pengetahuan, (3) sumber daya, dan (4) waktu (dalam Sutrisno, 1997:109). Keempat faktor tersebut harus dijalankan secara seiring agar ibu dapat menjalankan fungsinya sebagai *health provider* secara efektif. Itu artinya bahwa agar penggunaan teknologi kesehatan dapat efektif haruslah didukung oleh pengetahuan, sumber daya, dan waktu yang dimiliki oleh kaum perempuan itu sendiri.

Faktor sumberdaya dalam hal ini mencakup tingkat pendidikan ibu rumah tangga. Sedangkan pengetahuan mencakup tentang makanan sehat, memilih, menyiapkan, dan menyajikan makanan yang sehat. Faktor ini akan menentukan pilihan ibu rumah tangga dalam menentukan makanan yang akan diberikan kepada anaknya. Menurut Damayanti, anak balita dapat dibagi menjadi dua masa yaitu usia 1-2 tahun sebagai konsumen pasif dan usia 3-5 tahun sebagai konsumen aktif. Pada usia konsumen pasif orangtua sangat berperan dalam mengatur makanan sehari-hari. Pada usia ini balita belum dapat memilih makanan yang sesuai dengan kebutuhan. Keadaan gizi dan kesehatan balita sangat tergantung pada orang tuanya. Dalam masa ini, peran ibu rumah tangga sangat besar didalam memberikan makanan sehat terhadap anaknya.

Sementara pada usia konsumen aktif balita sudah mulai dapat memilih makanannya. Peran orangtua sangat penting dalam mengarahkan balita agar mempunyai kebiasaan makan yang baik dikemudian hari. Kekurangpengetahuan ibu rumah tangga terhadap makanan sehat untuk balita akan menyebabkan kecenderungan anak kekurangan gizi.

Gambaran teoritis tersebut nampaknya tidak berbeda jauh dari hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh para peneliti baik di Sumatera Barat maupun di propinsi lainya. Fungsi ibu rumah tangga sebagai *health provider* khususnya, nampaknya mempunyai peranan penting terhadap merebaknya penyakit Kekurangan Energi Protein (KEP), disamping faktor-faktor lainya.

Melalui studi kasusnya Wahyu Pramono (2000) menemukan dari data 86 anak penderita KEP di wilayah kerja Belimbing diperoleh gambaran bahwa kebanyakan (62,7%) anak penderita KEP adalah wanita, sisanya (37,3%) anak laki-laki. Sementara itu bila dilihat dari usia anak penderita KEP kebanyakan (80,2%) anak berusia diatas 12 bulan, 18,6 anak berusia 7-12 bulan, dan hanya 1,2% anak yang berusia 4-6,9 bulan. Usia terendah anak penderita KEP adalah 6 bulan dan usia tertinggi 3,2 tahun. Gambaran ini dapat diartikan bahwa pada saat usia anak mampu memakan makanan yang bervariasi, pada usia tersebut justru banyak anak menderita KEP. Dengan kata lain, hal itu bermakna bahwa pada saat peran ibu dibutuhkan oleh anak untuk memberikan makanan sehat, ibu tidak mampu memenuhinya. Ketidakmampuan ibu rumah tangga dalam menjalankan peran sebagai *health provider* bagi keluarga secara baik nampaknya tidak hanya semata-mata karena kemiskinan tetapi juga ada faktor lain yang bermain.

Ketidakmampuan ibu rumah tangga dalam berperan mengatur makanan dan memilih makanan yang sesuai dengan kebutuhan ada kemungkinan berhubungan dengan pengetahuan ibu rumah tangga terhadap makanan sehat rendah. Pengetahuan para ibu rumah tangga terhadap perbedaan makanan anak balita dengan orang dewasa hanya dari segi fisiknya saja. Makanan untuk anak balita menurutnya harus lembek. Sedangkan makanan apa yang dibutuhkan anak balita pada dalam masa pertumbuhan mereka tidak mengetahui. Mereka menyamakan kebutuhan makan anak balita sama dengan kebutuhan makan orang dewasa, sehingga makanan anak balita disamakan dengan makanan orang dewasa.

Disamping itu pemahaman ibu rumah tangga terhadap gejala-gejala awal penyakit KEP yang kurang memadai menyebabkan anak terlambat diketahui mengidap penyakit tersebut sehingga penanganan kasusnya pun terlambat. Mereka biasanya kurang mengetahui tanda-tanda awal penyakit KEP dan mengetahui anaknya terkena KEP setelah anaknya sakit parah. Kesibukan ibu rumah tangga karena bekerja nampaknya juga berhubungan dengan penyakit KEP yang diderita oleh anaknya. Ibu rumah tangga yang bekerja cenderung menyerahkan pengasuhan anaknya kepada orang lain (saudaranya atau anaknya yang tertua). Hal ini menyebabkan mereka kurang memperhatikan menu makanan anaknya. Segala kebutuhan anaknya diserahkan kepada saudara atau anaknya yang tertua tersebut untuk mengaturnya.

Menurut hasil penelitian Marchione di Jamaica memperlihatkan bahwa anak-anak akan kurang menderita bila kedua orangtuanya ada dalam rumahtangga, ayah sebagai pemberi nafkah utama dan ibu tidak bekerja. Demikian juga hasil penelitian di Banglades dan Gambia yang dilakukan oleh WHO menunjukkan bahwa anak-anak cenderung menderita penyakit bersamaan dengan waktu sibuk (*peak session*) di pertanian dimana ibu-ibu banyak menghabiskan waktunya bekerja di ladang atau di sawah. Hal yang sama juga terjadi di Kabupaten Lombok dimana anak akan banyak terjerat penyakit ketika para ibu sibuk di sawah ikut memanen padi. Ibu-ibu tidak lagi mempunyai waktu untuk menyiapkan makanan bagi anaknya sehingga cenderung memberikan makanan seadanya.

4. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dalam menjelaskan permasalahan penelitiannya. Data diambil dengan menggunakan teknik kuisioner dengan menggunakan alat pengumpul data berupa daftar pertanyaan. Daftar pertanyaan diperlukan sebagai pertanyaan berstruktur dalam wawancara untuk menghindari kesalahan dalam pengisian kuisioner.

Populasi penelitian adalah ibu rumah tangga yang mempunyai anak balita. Sampel dibagi dua yaitu ibu rumah tangga yang mempunyai anak terkena KEP dan yang tidak terkena KEP. Sampel diambil secara proporsional sebanyak 30 orang, 15 ibu rumah tangga yang mempunyai balita yang

terkena KEP dan 15 yang tidak terkena KEP. Anggota sample ditentukan berdasarkan undian terhadap daftar populasi yang tersedia di Puskesmas.

Analisa data dilakukan dengan menggunakan table frekuensi untuk mendeskripsikan masalah KEP di wilayah kerja Puskesmas Kuranji. Sedangkan table silang digunakan untuk menganalisis kecenderungan hubungan antara peran ibu sebagai *health provider* dengan masalah KEP.

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Kuranji.

5. Hasil Penelitian dan Pembahasan

5.1. Gambaran Responden

Dilihat dari tingkat pendidikannya kebanyakan 16(53,3%) responden mempunyai pendidikan menengah umum(SMU). Sedangkan umur responden antara 21-43 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa para responden masih dalam usia subur.

Sementara itu sebagian besar 29(96,7%) responden tidak bekerja dalam arti memperoleh pendapatan dan hanya satu (4,3%) orang responden yang ikut bekerja mencari nafkah. Mereka hanya sebagai ibu rumah tangga yang bekerja mengurus anak. Sedangkan kehidupan rumah tangga hanya mengandalkan pendapatan yang diperoleh suami. Jenis pekerja suami responden adalah sebagai berikut:

Tabel 1: Pekerjaan Suami Responden

Jenis Pekerjaan	Jumlah	Persentase
1. Swasta	8	26,7
2. PNS	4	13,3
3. Buruh/Kuli	8	26,7
4. Tukang Jahit	3	10
5. Wiraswasta	4	13,3
6. Ngejek/Sopir	2	10
Jumlah	30	100

Gambaran mengenai jenis pekerjaan suami responden menunjukkan kebanyakan mempunyai pekerjaan yang hanya menghasilkan pendapatan yang rendah. Hal ini nampak dari sebagian besar (86,7%) pendapatan suami responden berkisar antara Rp.200.000-Rp.500.000 perbulan. Besar pendapatan tersebut dalam masa krisis ekonomi saat ini diperkirakan kurang mencukupi untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarga sehari-hari dalam satu bulan, yang rata-rata mempunyai anak 3 orang.

5.2. Penyakit KEP di Wilayah Kerja Puskesmas Kuranji.

Wilayah kerja Puskesmas Kuranji meliputi kelurahan Korong Gadang, Lubuk lintah, Pasar Ambacang, Andang, dan Ampang. Sampai bulan Juli 2000 anak yang terkena KEP di wilayah kerja Puskesmas ini masih sebanyak 30 anak balita yang tersebar di lima kelurahan tersebut dengan perincian sebagai berikut:

Tabel 2: Jumlah Anak Yang Terkena KEP Juli 2000
Di Wilayah Kerja Puskesmas Kuranji

Kelurahan	Jumlah	Persentase
1. Korong Gadang	8	26,7
2. Lubuk Lintah	5	16,7
3. Pasar Ambacang	11	36,7
4. Andung	4	13,3
5. Ampang	2	6,6
Jumlah	30	100

Sumber data: Monografi Puskesmas Kuranji

Dari 15 keluarga yang mempunyai anak, kebanyakan 12(80%) satu orang anaknya terkena KEP. Kebanyakan 8(53,4%) anak yang terkena KEP termasuk dalam kategori ringan, 5 (33,3%) tergolong sedang, dan 2 (13,3) tergolong berat. Sedangkan dari 15 anak yang terkena KEP saat ini, 7(46,7%) anak telah dinyatakan sembuh dan 8(53,3%) anak belum sembuh.

5.3. Pengetahuan Ibu Rumah Tangga terhadap Penyakit KEP

Pengetahuan ibu rumah tangga terhadap penyakit kekurangan energi protein nampaknya masih sangat minim pada saat pertama kali anaknya terkena KEP. Mereka kebanyakan kurang mengetahui tanda-tanda awal penyakit tersebut. Hal ini nampak dari sebagian besar 12(80%)ibu rumah tangga yang anaknya terkena KEP tidak mengetahui saat pertama kali anaknya terkena KEP. Mereka kebanyakan 12(80%) diberi tahu oleh petugas puskesmas/paramedis bahwa anaknya terkena KEP. Disamping itu para tetangga (20%) juga berperan dalam memberitahu kepada responden bahwa anaknya terkena penyakit KEP.

Kekurangpengetahuan responden terhadap penyakit KEP menimbulkan reaksi bermacam-macam ketika pertama kali diberitahu anaknya terkena KEP. Para ibu rumah tangga sebagian 4(26,7%) mengatakan tidak percaya bahwa anaknya terserang penyakit KEP, sebagian besar 11(73,3%) cemas terhadap kondisi anaknya tersebut.

Meskipun pada awalnya pengetahuan terhadap tanda-tanda penyakit KEP masih rendah akan tetapi pengetahuan tentang akibat penyakit KEP terhadap anak nampaknya cukup baik. Sebagian besar 11(73,3) ibu rumah tangga mengetahui akibat penyakit KEP tersebut dan hanya 4(26,7%) yang mengatakan tidak tahu. Oleh karena itu kebanyakan 14(87,4%) ibu rumah tangga berpendapat bahwa penyakit KEP berbahaya, 1(6,3%) mengatakan sangat berbahaya, dan 1(6,3%) mengatakan tidak berbahaya. Meskipun penyakit ini dianggap berbahaya akan tetapi para ibu rumah tangga yakin bahwa penyakit tersebut dapat disembuhkan.

Kesadaran ibu rumah tangga akan pentingnya institusi kesehatan dalam menanggulangi masalah KEP nampaknya cukup tinggi. Hal ini nampak dari reaksi ibu rumah tangga dalam menanggulangi penyakit tersebut. Puskesmas/Posyandu merupakan institusi kesehatan yang pertama kali menjadi tempat untuk menyembuhkan penyakit tersebut, selain itu Rumah Sakit Umum (RSU) merupakan institusi kesehatan berikutnya yang menjadi rujukan masyarakat dalam mengatasi masalah KEP yang dihadapi. Hal ini menunjukkan bahwa institusi kesehatan yang selama ini beroperasi di tingkat paling bawah masih cukup mendapatkan kepercayaan rakyat.

Kepercayaan terhadap institusi kesehatan juga nampak dari frekuensi ibu rumah tangga mengikuti kegiatan Posyandu. Semua ibu rumah tangga mengatakan pernah mengikuti kegiatan Posyandu di desanya, meskipun tidak selalu rutin. Dalam enam bulan terakhir sebagian besar 13(43,3%) ibu rumah tangga mengikuti kegiatan 3-4 kali, 11(36%) 5 kali keatas, dan 6(20%) yang mengikuti kegiatan Posyandu 1-2 kali.

5.4. Peran Ibu Rumah Tangga Sebagai *Health Provider*

Peran sebagai ibu rumah tangga yang sangat dominan dalam mengurus pekerjaan domestik nampaknya masih sangat lekat dimainkan oleh para istri, terutama dalam menyiapkan menu makanan keluarga. Apa yang akan dimakan oleh anggota keluarga sebagian besar (96,7%) ditentukan oleh ibu. Hal ini menunjukkan bahwa ibu mempunyai peranan yang penting dalam masalah kesehatan keluarga. Kecukupan akan gizi keluarga akan sangat tergantung pada pengetahuan ibu rumah tangga terhadap makanan sehat.

Meskipun sebagian besar (96,3%) ibu rumah tangga mengetahui menu makanan empat sehat lima sempurna akan tetapi pengetahuan tersebut tidak diimbangi dengan pengetahuannya terhadap perbedaan kebutuhan gizi bagi setiap anggota keluarga. Mereka menganggap semua anggota keluarga mempunyai kebutuhan yang sama. Hal ini nampak dari tidak adanya perbedaan menu yang disajikan oleh ibu rumah tangga untuk orang dewasa dengan anak-anak. Sebagian besar 18(60%) ibu rumah tangga menentukan satu jenis menu makanan untuk semua anggota masyarakat, dan hanya 12(40%) yang membedakan menu anak-anak dengan orang dewasa. Gambaran tersebut memberikan makna bahwa sebagian masyarakat masih menganggap bahwa anak-anak adalah orang dewasa yang kecil, sehubungan dengan gizi. Konsekuensi pandangan ini adalah masyarakat tidak membedakan kebutuhan gizi antara anak-anak dengan orang dewasa. Padahal anak-anak mempunyai kebutuhan gizi khusus yang berbeda dengan orang dewasa. Susunan makanan yang cukup cenderung ditafsirkan dalam rangka kuantitas, bukan kualitasnya (Foster and Anderson, 1978, ibid.:322). Penelitian yang dilakukan oleh Sharman (1970:82), Hendrickse (1966:344), Jelliffe dan Bennett (1962:175) memberikan gambaran yang sama yaitu kurangnya pemahaman masyarakat tradisional mengenai kebutuhan gizi khusus bagi anak-anak yang berbeda dengan orang dewasa (dalam . Foster and Anderson, 1978).

Pengetahuan yang cukup memadai terhadap menu makanan sehat nampaknya juga disosialisasikan terhadap anak-anaknya. Semua ibu rumah tangga selalu menganjurkan anak-anaknya makan sayur meskipun dalam prakteknya tidak selalu dilakukan. Hanya 19(63,3%) ibu rumah tangga yang mencoba membujuk anaknya untuk makan sayur, 1(3,3%) memaksanya, dan 10(33,4%) membiarkannya. Disamping itu, sebagian besar 20(66,7%) mereka juga mengajarkan anak-anak untuk selalu mencuci tangan terlebih dahulu sebelum makan, disamping berdoa terlebih dahulu.

Peran ibu rumah tangga sebagai penyedia kesehatan bagi keluarganya tidak hanya diwujudkan dalam bentuk memenuhi kebutuhan akan makanan yang sehat tetapi juga dalam bentuk mencari informasi mengenai masalah kesehatan keluarga. Informasi tentang kesehatan sebagian besar 16(53,3%) mereka pereoleh dari mengikuti kegiatan Posyandu, 7(23,3) diperoleh dari membaca buku, 6(20%) melalui penyuluhan kesehatan, dan 1(3,4%) dengan melihat kegiatan kesehatan.

Hubungan antar tetangga, terutama antar ibu rumah tangga nampak cukup akrab didaerah penelitian. Hampir semua ibu rumah tangga selalu menyempatkan diri untuk mengobrol dengan tetangga. Kegiatan tersebut kebanyakan 18(60%) dilakukan pada sore hari. Kesempatan tersebut nampaknya juga digunakan untuk membicarakan masalah-masalah yang berkaitan dengan kesehatan keluarganya (anak). Sebagian besar 24(80%) ibu rumah tangga membicarakan kesehatan anaknya dengan tetangganya, 6(20%) tidak membicarakan.

Forum "ngomong-ngomong di sore hari" tersebut juga digunakan untuk saling memberi dan meminta nasihat tentang masalah kesehatan. Sebagian besar 21(70%) ibu rumah tangga memberikan saran-saran untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga, 9(30%) tidak memberikan saran. Disamping memberikan saran, sebagian besar 27(90%) ibu rumah tangga meminta nasihat kepada tetangganya dalam mengatasi masalah kesehatan keluarganya, 3(10%) mengatakan tidak meminta nasihat.

5.5. Hubungan Peran Ibu Rumah Tangga Sebagai *Health Provider* dengan Masalah KEP.

Ibu rumah tangga mempunyai peran yang penting sebagai penyedia kesehatan keluarga. Melalui pengetahuannya terhadap menu makanan sehat dan menentukan menu makanan keluarga. Disamping itu dengan kemampuannya mencari informasi tentang kesehatan keluarga baik melalui kegiatan-kegiatan posyandu maupun dengan melalui obrolan dengan para tetangga, ibu rumah tangga telah membantu keluarga mengatasi masalah kesehatannya.

Meskipun hasil penelitian tidak melakukan uji statistik mengenai hubungan antara peran ibu rumah tangga sebagai penyedia kesehatan keluarga dengan masalah KEP, akan tetapi analisa tabel silang menunjukkan ada kecenderungan bahwa ibu rumah tangga yang anaknya terkena KEP kurang menjalankan perannya sebagai penyedia kesehatan bagi keluarganya. Para ibu rumah tangga yang anaknya terkena KEP cenderung kurang pengetahuannya mengenai tanda-tanda awal penyakit tersebut.

Disamping itu keluarga yang anaknya terkena KEP cenderung hanya menghadirkan menu makanan satu jenis untuk seluruh keluarga. Artinya ibu tidak membedakan antara menu untuk anak-anak dengan menu untuk orang dewasa. Kecenderungan tersebut terlihat dalam table 3.

Tabel 3 : Hubungan Antara Status Penyakit Anak Dengan Jenis Menu Makanan Yang Dihadirkan

Status Penyakit Anak	Jenis Menu Makanan		Jumlah
	Satu Jenis	Banyak Jenis	
Terkena KEP	12 (66,7%)	3 (25%)	15
Tidak Terkena KEP	6 (33,3%)	9 (75%)	15
Jumlah	18 (100%)	12 (100%)	30

Pada keluarga yang anaknya terkena KEP, 66,7% hanya menghadirkan satu menu makanan untuk seluruh keluarga. Sementara itu pada keluarga yang anaknya tidak terkena KEP, 75% membedakan menu makanan untuk anak dan orang dewasa. Hal itu memberikan gambaran bahwa pada keluarga yang hanya menghadirkan satu menu makanan untuk seluruh keluarga, anaknya cenderung terkena KEP, sedangkan pada keluarga yang membedakan menu makanan antara anak-anak dengan orang dewasa, anaknya tidak terkena KEP.

6. Kesimpulan

Peran ibu rumah tangga sebagai penyedia kesehatan diwujudkan melalui kemampuannya mengatasi persoalan-persoalan yang menyangkut kesehatan keluarganya. Para ibu rumah tangga menjalankan peran tersebut dengan cara mencari informasi tentang kesehatan keluarga (anak), menentukan menu makanan, dan menganjurkan anggota keluarga untuk hidup sehat.

Peran ibu sebagai penyedia kesehatan keluarga berhubungan dengan status penyakit anak. Ada kecenderungan di kalangan keluarga yang hanya menyediakan satu menu makanan untuk seluruh

anggota keluarga, anaknya terkena KEP. Sementara itu, pada keluarga yang membedakan menu makanan untuk anak-anak dengan orang dewasa, cenderung anaknya tidak terkena KEP.

Walaupun sebagian besar ibu rumah tangga yang anaknya terkena KEP kurang mengetahui tanda-tanda awal penyakit tersebut akan tetapi tidak mengurangi kemampuannya dalam mengatasi masalah KEP tersebut. Para tetangga merupakan *partner* yang sangat penting dalam memberikan informasi mengenai penyakit tersebut.

7. Ucapan Terima Kasih

Penelitian ini terlaksana berkat bantuan dari dana spp/dpp Unand 2000. Untuk itu ucapan terima kasih dihatorkan kepada:

- a. Lembaga Penelitian Universitas Andalas yang telah memberikan bantuan dana tersebut kepada peneliti.
- b. Saudari Widya Nazinda yang telah membantu dalam mengumpulkan data, serta para pegawai Puskesmas Kuranji yang telah memberikan data-data sekundernya.

8. Daftar Pustaka

Afrizal, "Busung Lapar dan Krisis Partisipasi Sosial", *Mimbar Minang*, 31 Mei 1999.

Agus, Zulkarnain, dkk. *Survei Pemantauan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak di Propinsi Sumatera Barat* (Lap. Sementara), Kerjasama Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Dengan Heller Keller, Kanwil dan Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat, Padang, 2000.

Altman, Irwin, et.all, (ed), *Human Behavior and Environment Advances in Theory and Research*, Plenum Press, New York an London, 1980.

Asmawi, 1996, *Wanita dan Pendidikan*, Laporan Penelitian, Lembaga Penelitian Universitas Andalas, Padang.

Bakaruddin, Rosyidi, *Role Sharing dalam Keluarga*, Laporan penelitian, Lembaga Penelitian Universitas Andalas, Padang, 1994.

Damayanti, *Ilmu Gizi Dalam Daur Kehidupan*, (Modul Kuliah), Akademi Gizi Jakarta, tanpa tahun.

Foster, George M. et.all, *Antropologi Kesehatan*, (terjemahan), UI Press, Jakarta, 1978.

Jerome, Norge W. (ed.), *Nutritional Anthropology: Contemporary Approaches to Diet and Culture*, Redgrave Publishing Company, New York, 1980.

Johnson, Thomas M. and Sargent, Carolyn, F. *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*, Pareger, New York, 1990.

Karyadi, Darwin dan Susanto, Djoko, "Masalah Kemiskinan: Telaah Kebijakan Pelayanan Kesehatan, Gizi, dan Keluarga Berencana", dalam Sitorus, MT.Felix. dkk (peny.), *Memahami dan Menanggulagi Kemiskinan di Indone-sia*, PT.Grasindo, Jakarta, 1996.

- Landy, David, *Culture, Disease, and Healing. Studies in Medical Anthropology*, Macmillan Publishing Co.Inc., New York, 1977.
- McElroy, Ann and Townsend, Patricia K., *Medical Anthropology in Ecological Perspective*, Westview Press, 1985.
- Marchione, J.T, " Factors Associated with Malnutrition in the Children of Western Jamaica" dalam Jerome, Norge W. (ed.), *Nutritional Anthropology: Contemporary Approaches to Diet and Culture*, Redgrave Publishing Company, New York, 1980.
- McElroy, Ann and Townsend, Patricia K., *Medical Anthropology in Ecological Perspective*, Westview Press, 1985.
- Pramono, Wahyu, 1996, *Persepsi Suami terhadap Peran Ganda Istri*, Tesis S2, Universitas Padjajaran, Bandung.
- Sanjur, Diva, *Social and Cultural Perspectives in Nutrition*, Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, London, 1982.
- Soetrisno, Lukman, *Kemiskinan, Perempuan dan Pemberdayaan*, Jogjakarta, 1997.
- Tim Penelitian BEM KM Unand. Sumatera Barat, *Perilaku Ibu Balita tentang Pelayanan Posyandu terhadap Status Gizi Balita di Daerah Kemiskinan Sumatera Barat*, Laporan Penelitian, Padang, 1999.