

ABSTRAK

Kekurangan energi dan protein selain disebabkan oleh faktor medis juga disebabkan oleh faktor sosial, budaya, dan ekonomi. Oleh karena itu, untuk dapat mendukung program medis dalam mengatasi masalah kekurangan energi protein maka perlu mengetahui gambaran kondisi sosial, budaya, dan ekonomi keluarga penderita. Pertanyaannya adalah sejauhmana kita mempunyai gambaran mengenai kondisi sosial, budaya, ekonomi penderita kekurangan energi protein tersebut? Bagaimana latar belakang belakang sosial, pendidikan, pendapatan, pekerjaannya? Bagaimana tingkat pengetahuan yang dimiliki keluarga terhadap makanan sehat?

Penelitian ini bertipe deskriptiv-analitis dengan menggunakan wawancara mendalam sebagai alat pengumpul datanya. Disamping itu data mengenai profil keluarga penderita KEP digunakan data yang telah dikumpulkan oleh Depkes Kotamadya Padang. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Belimbing.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kemiskinan nampaknya bukan merupakan faktor utama yang berhubungan dengan anak terkena KEP. Tingkat pengetahuan dan ketrampilan yang rendah tentang makanan sehat bagi anak balita serta tanda-tanda penyakit awal KEP ibu rumah tangga lebih banyak berhubungan dengan anak terkena KEP. Faktor ini juga ditunjang oleh kurang aktifnya ibu rumah tangga mengikuti kegiatan posyandu di daerahnya. Disamping itu kesibukan ibu rumah tangga untuk membantu mencari nafkah menyebabkan ibu rumah tangga kurang dapat berperan sebagai "health provider" bagi keluarganya.

1. Pendahuluan

Dalam kondisi miskin, untuk dapat bertahan hidup, keluarga akan menjalankan berbagai strategi adaptasi. Salah satu strategi tersebut diantaranya adalah mengurangi berbagai kebutuhan yang tidak perlu. Bahkan untuk keluarga yang sudah sangat parah kondisi ekonominya, strategi tersebut sampai pada mengurangi mutu makanan yang dikonsumsi. Kasus keluarga di desa Uluran, kecamatan Sirkit, Kabupaten Buleleng, Propinsi Bali memperlihatkan bahwa sejak bulan Juni 1998 sekitar 46 kepala keluarga terpaksa mengkonsumsi singkong sebagai pengganti beras (Rustanto, 1999: 3). Hal ini akan menimbulkan masalah apabila keluarga tersebut mempunyai anak yang masih berumur dibawah lima tahun (balita).

Dalam usia balita, anak sangat membutuhkan gizi tinggi untuk membantu pertumbuhan fisik maupun intelegensinya. Kekurangan gizi dan protein pada anak balita akan menimbulkan berbagai penyakit yang mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan anak selanjutnya. Menurut pakar gizi dari Universitas Andalas, dr. Zulkarnain Agus, MPH mengatakan bahwa,

"otak bayi 90% terbentuk pada masa dalam kandungan hingga usia dua tahun. Kerusakan jaringan pertumbuhan otak akibat kekurangan gizi tak akan terpulihkan. Meski penyakit kurang gizi berhasil disembuhkan, pertumbuhan sel otak dan fisik tetap terganggu. Setelah dewasa anak tersebut menjadi bodoh dan pemalas" (Kompas 2-8-1999).

Sementara itu Kepala Perwakilan Unicef di Indoensia Stephen J Woodhouse mengemukakan bahwa:

"kekurangan gizi dalam keluarga akan mengakibatkan sekitar 50% wanita dan remaja mengalami kekurangan zat besi, 30% penduduk kekurangan yodium, 16% kekurangan vitamin A. 17 juta anak tidak bersekolah, dan 3,1% mengulang atau keluar dari sekolah dasar (Republika, 14-11-1997).

Pada taraf yang akut kekurangan energi protein akan menyebabkan kematian. Di Sumatera Barat penyakit ini telah merenggut 36 bayi (Kompas, 2-8-1999).

2. Masalah Penelitian

Kekurangan energi dan protein selain disebabkan oleh faktor medis juga disebabkan oleh faktor sosial, budaya, dan ekonomi. Oleh karena itu untuk menanggulangnya diperlukan berbagai pendekatan yang multidimensional dan interdisi-pliner agar persoalannya dapat diatasi secara tuntas. Secara medis, kekurangan energi protein dapat diatasi melalui pemberian makanan yang bergizi secara teratur dalam jangka waktu tertentu sehingga berat badan bayi menjadi naik. Akan tetapi penanganan medis tidak akan ada artinya apabila kondisi sosial, budaya dan ekonomi tidak ikut dibenahi. Bayi yang berat badannya naik akan turun kembali dalam keluarga dimana kondisi ekonomi, pengetahuan terhadap makanan sehat, pola makan keluarga tidak dibenahi. Oleh karena itu, untuk dapat mendukung program medis dalam mengatasi masalah kekurangan energi protein maka perlu mengetahui gambaran kondisi sosial, budaya, dan ekonomi keluarga penderita. Pertanyaannya adalah sejauhmana kita mempunyai gambaran mengenai kondisi sosial, budaya, ekonomi penderita kekurangan energi protein tersebut? Bagaimana latar belakang sosial, pendidikan, pendapatan, pekerjaannya? Bagaimana tingkat pengetahuan yang dimiliki keluarga terhadap makanan sehat, pola makan keluarga, ketrampilan dalam menyajikan makanan sehat? pertanyaan-pertanyaan tersebut perlu dijawab untuk membantu mengatasi

persoalan kekurangan energi protein agar dapat dibuat suatu kebijakan yang komprehensif dan jangka panjang.

3. Tinjauan Pustaka.

Penyakit kekurangan energi protein sebenarnya merupakan salah satu jenis dari akibat gizi buruk. Disamping itu, akibat dari gizi yang buruk balita dapat menderita marasmus dan marasmic kwashiorkor. Dalam kehidupan sehari-hari kita, penyakit ini lebih dikenal sebagai penyakit busung lapar.

Merebaknya penyakit busung lapar yang seakan-akan meledak jumlahnya secara mendadak diketahui, sebenarnya merupakan akumulasi dari waktu ke waktu. Penyakit busung lapar tidak sama dengan penyakit menular yang secara serempak dapat terjadi dalam waktu yang singkat dan dalam jumlah yang banyak. Munculnya secara tiba-tiba dan dalam jumlah yang banyak lebih disebabkan oleh persoalan sosial-budaya dan gaya pemerintah dalam mencermati munculnya gejala penyakit. Hal ini dapat dilihat dari demikian cepatnya laporan data perubahan jumlah penderita penyakit ini dari bulan ke bulan selama tahun 1999 di berbagai daerah di Indonesia, sehingga seakan-akan penyakit ini merupakan penyakit endemik.

Ada banyak faktor saling berhubungan yang menyebabkan banyak anak menderita busung lapar. Faktor-faktor tersebut ada yang secara langsung bertanggung jawab terhadap terjadinya busung lapar ada yang tidak berhubungan langsung. Kurang pasokan energi protein ke dalam tubuh anak dapat berkaitan dengan pengetahuan tentang gizi, budaya makan nilai-nilai tentang makanan dan daya beli (Afrizal, 1999).

Marchione berdasarkan hasil penelitiannya di Jamaica sampai kepada kesimpulan teoritik bahwa 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. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa status berat anak-anak dari keluarga yang ibunya dewasa ternyata lebih tinggi. Ibu yang berumur dibawah 20an tahun cenderung mempunyai berat badan anak lebih ringan daripada ibu yang berumur 30 tahun. Sedangkan pertumbuhan anak khususnya berat badan anak didukung oleh kohesifitas keluarga. Anak-anak akan kurang menderita bila kedua orangtuanya ada dalam rumahtangga, ayah sebagai pemberi nafkah utama dan ibu tidak bekerja. Singkatnya, berat badan anak berdasarkan usia lebih baik dalam keluarga yang lebih kohesif.

Keluarga diakui mempunyai fungsi yang sangat beragam yaitu edukasi, sosialisasi, ekonomi, reproduksi, dan sebagainya. Dari berbagai fungsi keluarga tersebut nampaknya, ibu rumah tangga merupakan titik sentral untuk menjalankan fungsi tersebut. Berbagai fungsi keluarga kebanyakan masih dilaksanakan oleh ibu rumah tangga, khususnya memelihara dan merawat anak termasuk didalamnya kesehatan anak, menyajikan kebutuhan dan 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. Kelalaian ibu rumah tangga dalam ini akan sangat berpengaruh terhadap kesehatan anak.

Faktor lain yang juga mempengaruhi masalah kekurangan gizi pada anak-anak yaitu pengetahuan masyarakat 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. Kekurangpengetahuan terhadap hal-hal tersebut akan menyebabkan kecenderungan anak kekurangan gizi.

Kecenderungan adanya pengetahuan yang rendah oleh keluarga akan makanan yang bergizi, nampak dari gambaran yang salah mengenai makanan bayi yang sehat. Dalam pandangan masyarakat makanan bayi yang sehat adalah makanan yang diproduksi oleh pabrik makanan bayi. Hal ini menyebabkan keluarga (ibu rumah tangga) banyak mengabaikan penguasaan ketrampilan untuk membuat makanan bayi sendiri dengan bahan yang ada disekitarnya. Kecenderungan ini menjadi bumerang ketika harga-harga makanan bayi kalengan melambung tinggi sehingga tidak terjangkau lagi oleh keluarga golongan bawah. Harga susu yang tinggi menyebabkan keluarga tidak mampu memberikan susu pada bayinya.

Kondisi ini diperparah oleh kesehatan ibu menyusui itu sendiri yang tidak baik. Akibatnya air susu ibu tidak lagi dapat keluar karena konsumsi makanan yang tidak memadai. Konsumsi makanan yang kurang sehat bagi ibu rumah tangga dalam keluarga pada dasarnya tidak hanya akibat dari kemiskinan yang dideritanya. Kondisi tersebut juga dipengaruhi oleh gender. Dalam masyarakat, gender merupakan kriteria umum yang dipakai untuk mengalokasikan sumber-sumber yang terbatas di komunitas maupun rumah tangga (Moelyarto, 1997:375). Akibat dari hubungan gender yang asimetris menurut C. Safliios-Rothschild (1997) menyebabkan berkurangnya akses wanita terhadap makanan, pelayanan kesehatan, pendidikan, serta ketrampilan untuk mendapatkan pekerjaan yang produktif (dalam Moelyarto, 1997).

Dalam keluarga miskin, makanan dan pelayanan kesehatan termasuk sumber-sumber yang terbatas. Alokasi terhadap kedua hal tersebut berkaitan dengan status anggota rumah tangga. Akses yang rendah terhadap makanan dan pelayanan kesehatan khususnya bagi ibu dalam rumah tangga sangat berpengaruh terhadap kesehatan anak balita.

4. Metode Penelitian.

Penelitian yang dilakukan ini berbentuk deskriptif analitis dengan menggambarkan profil keluarga penderita kekurangan energi protein berdasarkan latar belakang pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pengetahuan terhadap penyakit kekurangan energi protein, makanan dan penyajian makanan sehat, dan pola makan keluarganya.

Wawancara mendalam dilakukan terhadap keluarga penderita kekurangan energi protein untuk mendapatkan data mengenai pengetahuan terhadap penyakit KEP, makanan sehat, dan pola makan keluarga. Data mengenai profil keluarga diperoleh melalui data sekunder yang telah dikumpulkan oleh Kanwil Kesehatan Sumatera Barat dan Puskesmas Blimbing. Data sekunder ini menjadi data utama untuk menggambarkan profil keluarga penderita kekurangan energi protein. Sementara beberapa informan diwawancara secara mendalam sebagai kasus untuk mendapatkan gambaran yang lebih mendalam mengenai masalah tersebut.

Informan penelitian ini adalah ibu rumah tangga yang anaknya menderita kekurangan energi protein. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara. Informan ditentukan secara purposif dengan menggunakan kriteria tingkat pendidikan, pendapatan, serta pekerjaan informan. Jumlah informan yang diwawancarai secara mendalam sebagai kasus sebanyak 5 orang.

Data sekunder yang diperoleh dari Kanwil Kesehatan Sumbar dan Puskesmas Blimbing dianalisa dengan menggunakan tabel frekuensi untuk menggambarkan profil keluarga. Sedangkan data dari para informan didudukkan sebagai kasus dan dianalisa secara kualitatif dengan menggunakan pemahaman interpretatif.

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Blimbing, Kotamadya Padang. Daerah ini dipilih karena berdasarkan data dari Kanwil Depkes, penderita KEP banyak terdapat disini yaitu sebanyak 86 anak.

5. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Data terakhir yang diterima dari Kanwil Departemen Kesehatan Padang pada bulan Juni 1999 menunjukkan adanya penurunan penderita KEP yaitu dari 586 anak penderita KEP pada bulan Juni menjadi 420 anak pada bulan Agustus 1999. Para penderita KEP tersebut tersebar di 19 wilayah Puskesmas di Kotamadya Padang.

Berbagai usaha telah dan sedang dilakukan untuk mengembalikan status gizi penderita KEP. Usaha-usaha untuk menanggulangi masalah ini tidak hanya dilakukan oleh pemerintah kotamadya Padang saja tetapi juga melibatkan institusi sosial seperti Dewan Masjid Cabang Padang, BUMN, Perusahaan Swasta, dan Tim Penggerak PKK dengan jajarannya sampai di tingkat Kelurahan.

Disamping mengadakan berbagai kerjasama antar instansi, usaha menanggulangi masalah KEP dilakukan dengan membenahi institusi kesehatan yang merupakan ujung tombak dalam menanggulangi masalah tersebut yaitu Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Posyandu.

Sampai saat ini di Kotamadya Padang terdapat 3 Rumah Sakit Umum, 9 Rumah Sakit Swasta, 3 Rumah Sakit Khusus, 19 Puskesmas dan 46 Puskesmas Pembantu. Melalui instansi Rumah Sakit dan Puskesmas yang ada di Kotamadya Padang para penderita KEP dirawat inap maupun rawat jalan. Usaha lain adalah mengaktifkan kembali Posyandu-Posyandu yang selama ini tidak berjalan dengan baik.

Disamping membenahi institusi kesehatan yang terkait dengan kegiatan penanggulangan masalah KEP juga dilakukan penanganan langsung kasus-kasus KEP. Untuk kasus KEP ringan (Berat Badan 70-79%) yang berasal dari keluarga non miskin (non gakin) diberikan penyuluhan dan petunjuk gizi. Sementara untuk anak dari keluarga miskin (gakin) diberikan pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan dengan nilai Rp.750/hari, termasuk seluruh anak berumur dibawah dua tahun dengan berat badan normal. Sedangkan untuk kasus KEP sedang (Berat Badan 60-70%) dan KEP berat (Berat Badan <60%) diberikan PMT pemulihan senilai Rp.3.500/hari.

5.1. PUSKESMAS Belimbing

Puskesmas Belimbing terletak di Kecamatan Kuranji yang mencakup wilayah kerja cukup luas yaitu 4 kelurahan. Untuk melayani pasien di wilayah kerjanya, Puskesmas ini mempunyai seorang Dokter Umum dan seorang Dokter Gigi, dibantu oleh bidan, serta sejumlah pegawai yang kesemuanya berjumlah 30 orang. Kantor Puskesmas terletak di Jalan Mangga di lingkungan perumahan Belimbing.

Di wilayah kerja Puskesmas ini terdapat 33 buah pos pelayanan terpadu (Posyandu) yang tersebar di empat kelurahan tersebut masing-masing adalah 6 buah di kelurahan Gunung Sarik, 6 buah di kelurahan Kalumbuk, 16 buah di kelurahan Kuranji, dan 5 buah di kelurahan Sei Sapih. Kesemua posyandu tersebut saat ini aktif menjalankan kegiatan yang sudah direncanakan oleh Puskesmas.

Berdasarkan wawancara dengan Sie Gizi Keluarga Puskesmas didapat data bahwa terdapat 120 orang anak yang terkena KEP. Data tersebut bila dibandingkan dengan data sekunder yang kami peroleh dari laporan Kanwil Depkes Padang pada bulan Juni 1999 nampaknya ada kenaikan penderita KEP di wilayah kerja Puskesmas Belimbing. Dari 120 penderita KEP tersebut 66 anak sudah dinyatakan sembuh, sedangkan sisanya 54 anak sampai saat ini masih dalam pengawasan dan perawatan.

Kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas untuk menangani penderita KEP antara lain pemberian makanan tambahan (PMT), penyuluhan, kunjungan rumah, merujuk yaitu membawa penderita ke rumah sakit bagi yang menderita penyakit KEP parah. Disamping itu juga lebih mengintensifkan kegiatan posyandu yang ada. Program pemberian makanan tambahan selain berasal dari program Pemda TK I, juga didapat dari PT. Semen Padang, perumahan Rai Minang. Program ini tidak seluruhnya dapat menjangkau sasaran, karena makanan tambahan yang diberikan kepada keluarga juga digunakan untuk anggota keluarga yang tidak terkena KEP.

5.2. Profil Keluarga Penderita KEP dan Faktor Penyebabnya

Dari data sekunder yang ada di Puskesmas menjelaskan bahwa kebanyakan para penderita KEP dari keluarga miskin. Kriteria miskin disini tidak dijelaskan lebih lanjut. Hal ini sangat menyulitkan peneliti dalam menganalisa apakah persoalan KEP memang terkait dengan persoalan kemiskinan di daerah wilayah kerja Puskesmas atau ada faktor lainnya yang berhubungan dengan hal tersebut.

Demikian juga data di Kanwil Depkes Padang hanya dicantumkan mengenai jenis kelamin anak penderita KEP, nama orangtuanya, tempat tinggal, umur, berat badan anak, serta perkembangan anak selama menjalani perawatan. Disamping itu juga dicantumkan mengenai status keluarga miskin (Gakin) dan non miskin (Non Gakin) tanpa ada penjelasan mengenai kriterianya.

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. Apakah gambaran ini memberikan makna bahwa anak-anak wanita kurang diperhatikan dibandingkan dengan laki-laki, atau anak wanita kurang mempunyai nilai ekonomi dibandingkan laki-laki, sehingga kurang mendapatkan perawatan gizi yang baik? Hal ini perlu dilakukan penelitian lebih lanjut.

Sementara itu bila dilihat dari usia anak penderita KEP kebanyakan (69) anak berusia diatas 12 bulan, 16 anak berusia 7-12 bulan, dan hanya 1 anak yang berusia 4-6,9 bulan. Usia terendah anak penderita KEP adalah 6 bulan dan usia tertinggi 3,2 tahun. Anak usia diatas 12 bulan sampai lima tahun merupakan masa pertumbuhan, kebutuhan energi dan zat gizi tinggi namun kemampuan pencernaan untuk mencerna makanan dalam jumlah besar belum sempurna sehingga anak membutuhkan makanan selingan atau tambahan. Dalam kondisi yang demikian maka peran ibu rumah tangga sangat penting dalam memberikan makanan sehat bagi anaknya. Menurut Damayanti, anak balita dapat dibagi menjadi dua masa yaitu

- a. Usia 1-2 tahun sebagai konsumen pasif, artinya pada usia ini peran 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. ini, peran ibu rumah tangga sangat besar didalam memberikan makanan sehat terhadap anaknya.
- b. Usia 3-5 tahun sebagai konsumen aktif, artinya pada usia ini balita sudah mulai dapat memilih makanannya. Peran orangtua sangat penting dalam

mengarahkan balita agar mempunyai kebiasaan makan yang baik dikemudian hari."

Sementara itu dari data tersebut justru kebanyakan anak penderita KEP pada usia diatas 12 bulan. Hal ini juga sejalan dengan hasil penelitian Tim Penelitian BEM KM Unand tentang Perilaku Ibu Balita tentang Pelayanan Posyandu terhadap Status Gizi Balita di daerah Kemiskinan Sumatera Barat tahun 1999. 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. Hal ini nampak dari kasus 5 keluarga yang telah diwawancarai dalam penelitian ini. Data yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dengan 5 keluarga yang anaknya menderita KEP memberikan gambaran bahwa pendidikan tertinggi suami atau istri keluarga penderita KEP adalah sekolah menengah umum/kejuruan (SMU/SMK). Sedangkan pendidikan terendah adalah sekolah dasar (SD).

Jumlah anak yang dipunyai keluarga penderita KEP paling sedikit 1 dan paling banyak 11 anak. Sedangkan anak yang terkena KEP berumur antara 10 bulan sampai 4 tahun. Dalam satu keluarga bahkan ada anaknya yang terkena KEP 2 orang dan satu keluarga dua anaknya terkena KEP dalam periode yang berbeda.

Pendapatan keluarga antara Rp 250.000-Rp 600.000 yang diperoleh para suami bekerja di sektor swasta yaitu menjual mie bakso, penjual ikan di Pasar Raya Padang, karyawan perusahaan, dan sebagai Tim SAR sedangkan hanya 2 keluarga yang istrinya bekerja. Rumah para keluarga penderita KEP adalah rumah BTN bertipe 21, berlantai semen (ada sebagian yang memakai keramik di ruang tamunya), berdinding permanen, dan beratapkan seng sebagaimana umumnya rumah-rumah di Padang. Disamping itu mereka juga menggunakan penerangan listrik dan air dari PAM. Mereka rata-rata memiliki televisi berwarna, radio tape, serta perabot meja kursi tamu di ruang tamunya. Dua keluarga mempunyai peralatan rumah tangga yang cukup mewah seperti alat pemanas nasi (*magic jar*) dan kulkas.

Apabila dilihat dari gambaran tersebut maka agak mengherankan apabila para keluarga tersebut kemudian dikategorikan sebagai keluarga miskin. Barangkali ukuran miskin hanya didasarkan pada besar kecilnya pendapatan keluarga perbulannya, bukan pada penghasilannya. Ukuran kemiskinan melalui perhitungan pendapatan keluarga kadang-kadang menyesatkan. Karena tidak mencakup semua penghasilan yang diperoleh keluarga dari berbagai sumber diluar pendapatan tetapnya per bulan. Hal ini akan menyulitkan analisa penyebab merebaknya penyakit KEP di kotamadya Padang. Faktor kemiskinan menjadi kurang relevan lagi digunakan sebagai faktor penyebab anggota keluarga terkena penyakit KEP, mengingat kondisi keluarga dilihat dari kelengkapan peralatan rumah tangga cukup "mewah" bagi sebuah keluarga miskin.

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. Kasus ibu WT (23th), AZ (30), AM (32), dan LD (30th) yang mempunyai anak penderita KEP memperkuat dugaan kemungkinan tersebut.

Ibu WT pendidikan sekolah dasar, bersuamikan seorang yang bekerja sebagai penjual bakso yang juga berpen-didikan sekolah dasar, dengan pendapatan sekitar Rp.300.000 perbulan. Sedangkan ibu WT sendiri tidak bekerja. Mereka mempunyai seorang anak berumur 10 bulan yang saat ini terkena KEP. Ibu WT sama sekali tidak mengetahui tentang penyakit KEP. Anaknya diketahui terkena KEP setelah anak susah makan dan berat badanya turun, rewel serta sering mencret. Ia membawanya ke rumah sakit namun tidak diberitahu apa penyakitnya. Ia juga berusaha memberi obat sendiri dengan memberikan pisang *kalek* yang direndam. Ibu WT baru aktif mengikuti kegiatan posyandu setelah anaknya berusia 8 bulan. Itupun setelah diberitahu dan diajak oleh orang lain. Sebelumnya ia sama sekali tidak pernah mengikuti kegiatan tersebut. Bagi ibu WT perbedaan makanan anak balita, anak-anak, dan orang dewasa terletak pada keras dan lembeknya makanan sehingga balita mudah memakanya. Ibu WT juga tetap memberikan ASI tanpa susu tambahan. Sedangkan makanan tambahan yang diberikan berupa nasi campur pisang, nasi campur garam, dan kadang-kadang roti-rotian atau jajanan, atau bubur SUN. Selain itu terkadang anaknya dibiarkan ikut meminum minuman suaminya seperti teh, kopi, dan sebagainya.

Apa yang terjadi pada kasus ibu WT tersebut juga merupakan gambaran kejadian yang dialami oleh ibu AZ (30), AM (32), dan LD (30th). Mereka biasanya kurang mengetahui tanda-tanda awal penyakit KEP dan mengetahui anaknya terkena KEP setelah anaknya sakit parah. Disamping itu kekurang-pengetahuan mengenai makanan sehat bagi anak balita ada kemungkinan berhubungan dengan kekurangaktifan para ibu tersebut mengikuti kegiatan posyandu. Para ibu mengemukakan alasan malas untuk mengikuti kegiatan posyandu dan baru aktif mengikuti kegiatan posyandu setelah anaknya terkena KEP. Padahal kebanyakan posyandu yang ada di lingkungan kerja Puskesmas cukup aktif mengadakan kegiatan setiap bulannya.

Kesibukan ibu rumah tangga karena bekerja nampaknya juga berhubungan dengan penyakit KEP yang diderita oleh anaknya. Kasus ibu AM (32) dan ibu AZ (30) menjelaskan hal tersebut.

Ibu AM bersuamikan JH yang bekerja sebagai penjual ikan di Pasar Raya, Padang dengan pendapatan sekitar Rp.400.000 perbulan. Untuk mengatasi kesulitan ekonomi keluarga ibu Am juga bekerja menjual kain. Keluarga ini mempunyai 11 anak, usia anak tertua 13 tahun dan terkecil 1 tahun. Jarak umur antara anak yang satu dengan yang lain sangat dekat, rata-rata 1 tahun. Untuk mengasuh anak-anaknya ibu AM menyerahkan kepada anaknya yang tertua.

Dalam kasus tersebut 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.

6. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kemiskinan nampaknya bukan merupakan faktor utama yang berhubungan dengan anak terkena KEP. Tingkat pengetahuan dan ketrampilan yang rendah tentang makanan sehat bagi anak balita serta tanda-tanda penyakit awal KEP ibu rumah tangga lebih banyak berhubungan dengan anak terkena KEP. Faktor ini juga ditunjang oleh kurang aktifnya ibu rumah tangga mengikuti kegiatan posyandu di daerahnya. Disamping itu kesibukan ibu rumah tangga untuk membantu mencari nafkah menyebabkan ibu rumah tangga kurang dapat berperan sebagai *health provider* bagi keluarganya.

7. Ucapan Terima Kasih

Penelitian ini terlaksana berkat bantuan dari dana spp/dpp Unand 1999-2000. Untuk itu ucapan terima kasih diucapkan kepada:

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

8. Daftar Pustaka

- Afrizal, "Busung Lapar dan Krisis Partisipasi Sosial", *Mimbar Minang*, 31 Mei 1999.
- 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.
- Marchione, J.T, "Factors Associated with Malnutrition in the Children of Western Jamaica" dalam Jerome, Kendal, Peltó, *Nutritional Anthropology: Contemporary Approaches to Diet and Culture*, Redgrave Publishing Company, New York, 1980.
- Moelyarto, Vidhyandika, "Gender dan Kemiskinan, Menelaah Posisi Wanita dalam Pembangunan Pertanian", *Analisis CSIS*, Tahun XXVI, No. 4, Juli-Agustus, 1997.
- Pramono, Wahyu, *Persepsi Suami terhadap Peran Ganda Istri*, Tesis S2, Universitas Padjajaran, Bandung, 1996.
- Rustanto, Bambang, "Strategi Perempuan Miskin di Masa Krisis Moneter", *Buletin Kajian Wanita*, No. 11, Maret 1999.
- Tim Penelitian BEM KM Unand. Sumatera Barat, 1999, *Perilaku Ibu Balita tentang Pelayanan Posyandu terhadap Status Gizi Balita di Daerah Kemiskinan Sumatera Barat*, Laporan Penelitian, Padang.