

**PENGALAMAN KELUARGA MISKIN DALAM PEMENUHAN NUTRISI PADA
BALITA DI LINGKUNGAN PELINDU, KELURAHAN KARANGREJO,
KECAMATAN SUMBERSARI, JEMBER**

*(Poor Family Experience in The Nutrient Fulfillment
for The Children Under Five Years Old in Pelindu – Jember)*

Hanny Rasni *

ABSTRACT

Pelindu, Kelurahan Karangrejo, Kecamatan Sumbersari, Kabupaten Jember is an area with a large number of poor family but it has no record of the malnutrition case. This research aims to find out the meaning of poor family's experience in fulfilling the children nutrient need. Applies with descriptive fenomenologic design, population is the poor family that has children under five years old. 6 mothers who give primary education to their children act as research informants that are selected by purposive sampling method and the analysis of the data uses Colaizzi method. The result shows that : 2 themes on the family's respon toward the poverty: family valuation on their economic state and their household finance management pattern; the family behaviour in fulfilling nutrient for their children that can be classify in 3 themes : colostrum, Breastfeed Matur, formulaic milk, food giving; nutrient supplying method which consist of 3 themes: the access method of the family to nutrient sources, the principle of food supplying and the family health maintenance; the strenght and weakness of health care which consist of 3 themes: accepted health care intervention, the weakness and effectiveness of health care; the family expectation to the health care which consists of 2 themes: the improvement of service and health facility and also the infrastructure improvement. The nurse who works for the community and family has to consider the available resources, the value and belief hold by of those families especially within their cultural background.

Keywords: *poor family experience, the nutrient fulfillment and the children under five years old*

* *Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep. adalah Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember*

PENDAHULUAN

Millenium Developments Goals (MDGs) memperkirakan terdapat 1,2 triliun orang miskin di dunia (Departemen Sosial, 2004). Kemiskinan dapat menimbulkan berbagai masalah sosial dan kesehatan (Link, 1996 dalam Stone, Mcguire & Eigsti, 2002). Salah satu akibat kemiskinan yang cukup besar di Indonesia adalah berkembangnya masalah gizi kurang pada balita (Atmarita & Fallah, 2004). Departemen Kesehatan (Depkes) mencatat tahun 2007 ada 4,13 juta balita mengalami gizi kurang dan buruk di Indonesia dan 775.397 balita diantaranya tergolong risiko gizi buruk (Depkes, 2008). Banyak Propinsi di Indonesia menunjukkan prevalensi gizi kurang di atas 10 %, seperti Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Selatan, Sumatera Barat, Jawa Barat, dan Jawa Timur (Atmarita & Fallah, 2004). Jember merupakan salah satu Kabupaten di Jawa Timur yang memiliki angka kasus gizi kurang yang tinggi dan jumlah keluarga miskin yang banyak pada tahun 2007, yaitu 32.900 balita dengan Kurang Energi Protein (KEP) (19,19 %), dan 239.594 keluarga miskin (>20%).

Beberapa penanganan telah dilakukan sebagai upaya menyelesaikan masalah kemiskinan dan gizi kurang pada balita, seperti program pemberian makanan tambahan (PMT) yang telah dicanangkan sejak tahun 1997 tetapi ada kecenderungan pemberian makanan tambahan secara langsung selama 90 hari pada keluarga yang memiliki balita dengan KEP menyebabkan keluarga tidak kreatif untuk menyelesaikan masalah kekurangan gizi yang ada (Sirajuddin, 2007). Keterlibatan semua pihak untuk bekerjasama secara komprehensif sangat dibutuhkan sehingga dapat menyelesaikan masalah gizi kurang dan buruk pada balita, terutama keterlibatan tenaga kesehatan yang bekerja di komunitas (Soekirman, 2008). Kepedulian perawat komunitas untuk turut berkontribusi dalam menyelesaikan masalah kemiskinan berhubungan dengan masalah kesehatan terutama masalah gizi kurang pada balita sangat diperlukan (WHO, 2007). Penanganan yang dapat dilakukan adalah melakukan pemberdayaan masyarakat, seperti mengadopsi perilaku keluarga miskin yang tidak memiliki masalah gizi kurang pada balita. Kecamatan Summersari merupakan salah satu kecamatan yang semenjak tahun 2003 tidak tercatat sebagai daerah rawan gizi dengan jumlah keluarga miskin yang relatif banyak dibandingkan kecamatan lain (BPS Jember, 2008; Dinas Kesehatan Jember, 2006). Lingkungan Pelindu Kelurahan Karangrejo Kecamatan Summersari merupakan lingkungan yang hampir seluruh keluarganya tercatat sebagai keluarga miskin tetapi tidak ada yang memiliki balita gizi kurang. Fenomena yang ditemukan dari data tersebut belum diketahui penyebabnya dan belum ada hasil penelitian yang menjelaskan penyebab fenomena keluarga miskin memiliki balita dengan status gizi baik di Lingkungan Pelindu.

Berdasarkan uraian dan fenomena di atas, peneliti tertarik untuk meneliti dengan melakukan eksplorasi subyektif pengalaman keluarga miskin yang mengasuh anak usia balita. Tujuan penelitian ini adalah mendapatkan informasi mengenai arti dan makna

gambaran pengalaman keluarga miskin dalam pemenuhan nutrisi pada balita di Lingkungan Pelindu.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini merupakan fenomenologi deskriptif yang meliputi eksplorasi langsung, analisis, dan deskripsi (Spiegelberg, 1975 dalam Streubert & Carpenter, 1999) dengan menggunakan metoda Colaizzi yang memiliki 9 tahap (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999). Tahap 1-3 merupakan tahap intuisi, tahap 4-6 merupakan tahap analisis, dan tahap 7-9 merupakan tahap deskripsi. Informan adalah ibu yang merupakan pengasuh utama anak berusia 1-5 tahun dengan kemampuan berbahasa Indonesia minimal pasif, dan pendapatan keluarga di bawah Rp. 300.000,-/bulan. Teknik *purposeful sampling* ini menghasilkan pada informan ke-6 tidak lagi didapatkan kategori ataupun tema baru. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara dengan alat penelitian adalah peneliti, asisten peneliti, pedoman wawancara, *field notes*, dan MP4 untuk merekam proses wawancara. Penelitian dilaksanakan di RW 01 dan RW 03 Lingkungan Pelindu dengan waktu pengambilan data April – Juni 2008.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian diperoleh karakteristik informan 4 orang berusia 20-30 tahun, 1 orang di bawah 20 tahun, dan 1 orang di atas 30 tahun. 3 orang informan pernah menamatkan Sekolah Dasar (SD/MTS), sedangkan 2 informan tidak menyelesaikan pendidikan SD (kelas 2-3 SD), dan 1 orang tidak pernah bersekolah. 1 orang informan tidak dapat berbahasa Indonesia aktif sehingga wawancara dilakukan dengan peneliti bertanya menggunakan Bahasa Indonesia sedangkan Informan menjawab dengan Bahasa Madura *Pendalungan* tetapi informan dapat menceritakan pengalaman dengan baik. Keluarga miskin yang diteliti 5 keluarga bertipe *extended family*, pekerjaan pencari nafkah keluarga semua berada disektor informal tanpa pendidikan dan keterampilan khusus, yaitu 4 orang sebagai penarik becak, 1 orang sebagai penjual jagung di pasar, dan 1 orang sebagai penjual mainan keliling. Status gizi anak berada pada keadaan gizi sedang dan baik menurut WHO- NHCS (Moehji, 2002). Gambaran pengalaman keluarga diidentifikasi mejadi 15 tema, yaitu:

Respon keluarga terhadap kemiskinan yang dialami

Terdiri dari 2 tema yaitu, (a) penilaian status ekonomi keluarga dengan kondisi ekonomi kekurangan dan pendapatan utama dan tambahan yang tidak menentu dan jumlahnya kecil serta (b) pengelolaan keuangan keluarga untuk pengeluaran rutin yaitu membelanjakan

pangan dan pengeluaran tidak rutin untuk memberikan sumbangan bagi anggota masyarakat yang melangsungkan hajatan dan jumlah pembelanjaan yang minimum.

Gambaran karakteristik keluarga menyatakan keluarga berada pada kategori keluarga miskin menurut BPS terutama berdasarkan tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga. Terbatasnya ekonomi dikarenakan jenis pekerjaan yang kurang menghasilkan (Bappenas, 2007) dan keadaan penurunan *human capital* berisiko terjadinya penurunan status kesehatan keluarga (Stanhope & Lancaster, 1992). Sahar (2008) menyatakan kondisi serba kekurangan dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari untuk dapat bertahan merupakan gambaran keluarga miskin. Profil Desa/Kelurahan Karangrejo (2008) mendata 175 orang bekerja sebagai penarik becak dengan penghasilan Rp.100.000,-/bulan. Pendapatan dan pembelanjaan keluarga miskin di Pelindu masih jauh dibawah batas minimum kebutuhan hidup di Jember menurut BPS Jember (2008). Pembelanjaan utama keluarga umumnya adalah untuk belanja pangan beras tetapi masih ada pula untuk belanja rokok yang justru dapat menimbulkan masalah kesehatan pada keluarga.

Perilaku keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Terdiri dari 3 tema yaitu, (a) pemberian kolostrum dan ASI matur yang terdiri dari waktu pemberian usia anak 1,2, dan 4 hari, kolostrum ada yang diberikan pada anak dan ada yang dibuang, frekuensi pemberian ASI *on demand* (sesuai dengan permintaan anak), cara pemberian dengan diteteki satu sisi atau dua sisi payudara, alasan menetekis itu sisi karena puting payudara tidak menonjol keluar, pemberian ASI dilakukan setelah atau sebelum diberi makan, stimulasi untuk memperlancar ASI dengan ibu meminum jamu tradisional, dan mengkonsumsi daun katuk, lama pemberian ASI < 1 tahun, 1-2 tahun, dan > 2 tahun, pantangan bagi ibu mengkonsumsi ikan dan makan sambal selama menyusui, dengan lama pantangan sampai anak berusia 7 bulan, pola makan ibu ada yang mengalami perubahan dengan frekuensi 4-5 kali per hari dan ada yang tidak dengan frekuensi dan menu seperti biasa.

Perilaku pemberian nutrisi pada balita banyak yang menyimpang dengan kesehatan dan membahayakan kondisi anak, seperti anak tidak diberikan kolostrum. Ratnawati dan Ningtyas (2007) menyatakan dari penelitiannya di Kecamatan Wuluhan dan Jelbuk-Jember mengenai perilaku ibu tidak memberikan kolostrum pada anak karena kebiasaan turun temurun dan adanya nilai-kayakinan ASI pertama keluar masih 'amis' sehingga tidak baik untuk dikonsumsi. Sulistiyani (2006) mengatakan kolostrum memiliki antibodi yang lebih banyak dari ASI matur. Swasono (2005) menyatakan kebiasaan ibu membuang ASI pertama mengakibatkan anak tidak mendapatkan gizi terbaik di saat paska lahir. Leininger (1991) mengatakan intervensi rekonstruksi budaya merupakan intervensi yang diperlukan untuk terbentuk perilaku yang sesuai dengan kesehatan. Felming dan Parker, 2001 (dalam Ariani, 2007) mengemukakan faktor yang menimbulkan perilaku kurang baik dapat dikarenakan

hambatan dari sistem dan kekuatan sosial, sehingga perlu adanya perbaikan sistem dan peningkatan kekuatan dengan peningkatan pelayanan dan fasilitas kesehatan yang dapat menjangkau keluarga miskin di Pelindu.

(b) Pemberian susu formula terdiri dari waktu pemberian sesaat baru lahir, lama pemberian 3 bulan, dan 11 bulan, dengan jumlah pemberian ditambahkan dengan perkiraan sesuai dengan penambahan usia, alasan pemberian karena anak menolak ASI, BBLR, dan ada bantuan dari pelayanan kesehatan. Keluarga miskin di Pelindu ada yang memberikan susu formula karena anak menolak ASI, terjadinya hal tersebut dimungkinkan karena petugas kesehatan yang membantu proses persalinan mengenalkan terlebih dahulu susu formula pada anak. WHO (2000 dalam Depkes, 2002) menyatakan bayi yang diberi susu selain ASI mempunyai risiko 17 kali lebih besar mengalami diare, 3-4 kali lebih besar kemungkinan ISPA dibandingkan dengan bayi yang mendapatkan ASI. Swasono (2005) menyatakan kekecewaan terkait dengan adanya instansi kesehatan yang memberikan susu formula pada bayi saat menolong persalinan. Perilaku ini perlu diperbaiki dengan petugas kesehatan telah melakukan perawatan persiapan pada ibu dalam pemberian nutrisi semenjak ibu hamil.

(c) Pemberian makanan terdiri dari 2 sub tema yaitu: (1) pemberian makanan menurut usia terdiri dari (i) pemberian makanan sebelum ASI (pralaktal) yang diberikan segera setelah anak lahir, selama 1-3 hari atau sampai 2 bulan, dengan jenis buah (pepaya, pisang, dan kelapa muda), porsi pemberian $\frac{1}{2}$ buah pisang (50 gram) atau 1 sendok makan (10 gram) sebanyak 3 kali per hari, alasan pemberian sesendok karena keterbatasan kapasitas lambung, diberikan karena sudah merupakan kebiasaan masyarakat, alasan jenis makanan karena keterbatasan fisik anak dan makanan dapat membuat anak menjadi segar, cara pemberian tidak diolah dan langsung diberikan. (ii) Pemberian makanan pada anak usia < 6 bulan setelah pralaktal yaitu jenis buah (pisang), buah + nasi (pisang dicampur nasi), bubur bayi kemasan, nasi yang dihaluskan, atau nasi dan bubur bayi kemasan. Waktu pemberian sebelum masa neonatus (2-3 hari, umur 26 hari) dan setelah masa neonatus (umur 2-3 bulan, 4-5 bulan), lama pemberian 1-2 bulan, 3-4 bulan, atau lebih dari 6 bulan (7 bulan atau > 1 tahun karena telah diberikan nasi), porsi pemberian 1 sendok makan (10 gram), 1 buah (50-100 gram), $\frac{1}{3}$ -1 bungkus (7-20 gram saat kering), frekuensi 2-3 kali / hari, jadwal pemberian sebelum atau setelah ASI diberikan, tujuan pemberian makan adalah untuk mengatasi lapar, menjaga kesehatan, dan mencegah bayi menangis, cara pemberian tanpa diolah (pisang) atau dimasak terlebih dulu (nasi). (iii) Pemberian makanan pada anak usia 6-12 bulan, yaitu pemberian makanan lunak atau padat dengan waktu pemberian makanan lunak usia 7 bulan dan pemberian makanan padat 6-7 bulan atau 11 bulan, lama pemberian 2-4 bulan, 7 bulan, atau > 1 tahun (anak telah diberikan nasi), porsi pemberian 1 sendok makan (10 gram, atau $\frac{1}{2}$ mangkok kecil (25 gram), frekuensi 2-3 kali per hari. (iv) Pemberian makanan pada anak usia > 12 bulan yaitu waktu pemberian dimulai anak berusia 1 tahun, lama pemberian sepanjang usia anak saat ini: 1-5 tahun, jenis makanan adalah nasi dan sayur atau nasi, sayur dan lauk-

pauk, porsi pemberian 1 centong 9100 gram) atau 3 centong (300 gram), frekuensi pemberian 2-3 kali/ hari, alasan pemberian adalah memenuhi permintaan anak, atau dikarenakan anak tidak jajan (sehingga diberi makan 3 kali / hari). (2) Menu akanan yang diberikan pada anak adalah makanan pokok (nasi, singkong, dan mie), lauk-pauk (tahu-tempe, ikan asin, pindang, ikan teri asin, dan telur), sayuran (bayam, wortel, kentang, kacang panjang, pepaya muda, kelor, genjer, pakis, katuk), buah-buahan (jambu, pepaya, pisang, apel malang, salak), penganan (bakso, *cilok* [olahan dari tepung kanji], wafer, biskuit, pisang goreng, *jemblem* [olahan dari singkong diberi gula merah], dan susu kedelai.

Balita di keluarga miskin Pelindu memiliki riwayat pemberian asupan nutrisi yang kurang baik, yaitu adanya pemberian makanan sejak anak lahir atau pemberian makanan padat kurang dari usia 6 bulan. Moore (1997) mengatakan pemberian makanan padat sebelum anak berusia 4-6 bulan sangat berisiko terjadi gangguan kesehatan karena adanya reflek ekstuksi lidah, yang cenderung mendorong makanan padat keluar mulut, produksi amilase pankreatik yang masih sangat rendah, kurang mampu mengontrol kepala dengan baik, sering terjadi *ekzema* atau penyakit atopik lain, dan menghambat penyerapan zat besi dan zat gizi lainnya yang didapat dari ASI. Perilaku lainnya adalah menu makanan yang kurang mengandung gizi yang dibutuhkan anak, seperti pemberian mie dengan nasi tanpa lauk-pauk dan sayuran. Bappenas (2007) menyatakan salah satu strategi yang juga penting untuk dilakukan adalah pengaturan pemasaran pangan. Perubahan perilaku pada keluarga miskin di Pelindu selain kontruksi budaya sesuai nilai kesehatan, juga peningkatan pengetahuan kesehatan, dan peningkatan kemampuan akses pangan bergizi sesuai kebutuhan dengan melibatkan intansi pemerintahan, swasta, dan masyarakat.

Strategi yang dilakukan oleh keluarga dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Terdiri dari 3 tema yaitu, (a) cara akses sumber nutrisi keluarga yaitu membeli, mencari, meminjam, dan memelihara tanaman dan hewan penghasil pangan. (b) Prinsip pemberian makan pada anak sesuai keadaan ekonomi keluarga sehingga dapat terjadi frekuensi dan jumlah pemberian berkurang, dan asal makan dalam arti anak makan nasi 3 kali per hari tanpa memperhitungkan kandungan gizi yang dimakan oleh anak. (c) Pemeliharaan kesehatan yang terkait pemenuhan nutrisi pada anaka dalah pengaturan pola aktivitas, pemberian jamu *empon-empon* (temu lawak), pemberian vitamin A, dan pemijatan secara rutin pada anak.

Sumberdaya alam yang baik dan dimanfaatkan keluarga menjadi satu strategi pemenuhan nutrisi keluarga. Depkes (2007) menyatakan perlu adanya pemanfaatan pekarangan untuk menyediakan sumber pangan dan tambahan pendapatan bagi keluarga. Stanhope dan Lancaster (1996) menyatakan kontibusi perawat komunitas pada keluarga miskin termasuk di dalamnya adalah membantu menyelesaikan inti masalah keluarga yaitu kemiskinan selain dari menangani masalah kesehatan keluarga. Pemberdayaan keluarga dengan upaya meningkatkan status ekonomi-sosial keluarga dapat dilakukan dengan

kerjasama lintas sektor dan inisiasi kebijakan sosial dan kesehatan yang berpihak pada keluarga dan masyarakat miskin (ICN, 2007).

Faktor pendukung dan penghambat dalam pemenuhan nutrisi pada balita

Terdiri dari 2 tema yaitu, (a) Faktor pendukung terdiri dari anak yang lahir dengan berat yang normal, frekuensi sakit yang jarang, dan selera makan yang besar, dari keluarga ada anggota keluarga yang membantu dalam penyediaan pangan keluarga, begitu pula pada sanak famili, faktor pendukung lainnya adalah alam yang menyediakan bahan pangan terutama sayur dan buah. (b) Faktor penghambat adalah karena anak lahir dengan BBLR, anak sering mengalami gangguan kesehatan (gangguan sistem pencernaan, pernafasan dan panas-kejang), anak tidak memiliki selera makan, juga karena keluarga memiliki keterbatasan ekonomi sehingga terbatas dalam membelanjakan pangan, dan karena ada budaya pemberian sumbangan pada anggota masyarakat yang sedang melangsungkan hajatan pada lingkungan sosial.

Kekuatan dan kelemahan pelayanan kesehatan

Terdiri dari 3 tema yaitu, (a) intervensi pelayanan yang diterima yaitu pelayanan kesehatan alternatif (dukun bayi dan kyai) untuk pemeriksaan kehamilan, membantu proses persalinan, memberikan ramuan tradisional paska melahirkan, pemijatan anak, dan pengobatan anak, sedangkan pada pelayanan kesehatan modern posyandu adalah pemberian imunisasi pada anak, pemberian vitamin, makanan tambahan, pemeriksaan kehamilan, dan pengobatan gratis, puskesmas adalah pemeriksaan kehamilan, pengobatan gratis, pemberian resep, pemberian makanan tambahan, dan merujuk anak ke RS, pada praktek privat (bidan) adalah pelayanan pemeriksaan kehamilan, pengobatan, pertolongan persalinan, (b) Kelemahan pelayanan kesehatan adalah tidak terlaksana kegiatan posyandu, tenaga kesehatan yang tidak hadir saat jadwal posyandu, dan adanya sara ayang terbatas, (c) Kekuatan pelayanan kesehatan adalah sifat petugas kesehatan yang sabar dan sarana di Puskesmas yang lebih lengkap.

Harapan terhadap pelayanan kesehatan

Terdiri dari 2 tema yaitu (a) peningkatan pelayanan dengan kategori pelayanan yang tepat waktu, dan (b) peningkatan sarana dengan kategori pemberian obat yang baik. Pelayanan kesehatan yang diterima keluarga miskin terkait dengan pemenuhan nutrisi pada balita masih kurang optimal, terutama kegiatan posyandu yang kurang terlaksana. Nies dan McEwen (2001) menyatakan peningkatan pelayanan kesehatan yang peduli budaya perlu dilakukan dengan melakukan pengkajian kulturologikal, pengkajian budaya yang dimiliki, mencari tahu pengetahuan budaya lokal, isu politik terkait budaya, dan penyediaan pelayanan yang baik dengan pendekatan budaya, serta mengenali budaya terutama terkait dengan adanya masalah-masalah kesehatan. Depkes (1999) menyatakan adanya prioritas pelayanan pada masyarakat

dan keluarga miskin semenjak terjadi krisis ekonomi dan pelaksanaan program pelayanan kesehatan pada masyarakat dan keluarga miskin. Keadaan di Pelindu memerlukan perubahan dan peningkatan terutama keterlibatan peran perawat komunitas dalam memberikan pelayanan bagi keluarga miskin dan meningkatkan pelayanan bagi keluarga miskin sesuai dengan program yang telah dicanangkan Pemerintah.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Risiko gizi kurang pada balita dan risiko terjadi masalah kesehatan berulang pada anak terkait dengan riwayat pemberian makan terdapat pada keluarga miskin di Pelindu. Pembelanjaan pangan dan memprioritaskan pembelanjaan pangan masih kurang memenuhi kebutuhan gizi balita, ada pelestarian budaya pemberian sumbangan yang berpotensi menurunkan kemampuan belanja pangan keluarga. Riwayat pemberian makan pada balita masih menyimpang dari perilaku sehat. Budaya merupakan faktor penentu perilaku keluarga dalam pemberian makan tersebut. Anak sering mengalami sakit terkait dengan pemberian makan yang kurang sehat menjadi penghambat pemenuhan nutrisi. Potensi alam yang menyediakan sumber pangan keluarga sangat dirasakan oleh keluarga, juga kepedulian sosial seperti sanak famili membawakan pangan ketika berkunjung dirasakan sebagai pendukung pemenuhan nutrisi. Pelayanan kesehatan alternatif atau tradisional (dukun bayi) masih dominan di masyarakat Pelindu. Posyandu kurang memberikan pelayanan dengan optimal merupakan masalah pelayanan yang harus segera dibenahi untuk meningkatkan perilaku sehat pada keluarga miskin di Pelindu.

SARAN

Saran untuk Puskesmas adalah meningkatkan kemampuan SDM untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berbasis budaya dan melaksanakan pemberdayaan masyarakat dan keluarga. Pelaksanaan posyandu dengan jadwal yang tetap dan berkelanjutan, pelaksanaan pelatihan kader-kader kesehatan termasuk pada dukun bayi, pelaksanaan program PMT sesuai dengan kebutuhan gizi seperti pemberian makanan tinggi protein berkualitas. Saran untuk pengambil kebijakan di pemerintahan Jember adalah melakukan peningkatan pengetahuan kesehatan termasuk pemberantasan buta aksara bagi ibu sebagai pengasuh utama anak di keluarga. Pemberian fasilitas yang meningkatkan kemampuan akses pangan seperti pemberian lahan untuk dikelola, pemberian bibit tanaman dan hewan penghasil pangan.

DAFTAR RUJUKAN

- Ariani.2007. *Aplikasi Model Adaptasi Roy dan Teori Green Dalam Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Aggregate Remaja Dengan Perilaku Kekerasan Di SMA dan SMK Kel. Pancoran Mas Kota Depok*. Depok: FIK-UI
- Atmarita & Fallah.2004. *Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Depkes RI
- Bappenas.2007. *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
- BPS Jember.2008. *Kabupaten Jember dalam Angka tahun 2007*. Jember: BPS Jember, BAPPEKAB & Pemkab
- Depkes.1999. *Gizi Seimbang Menuju Sehat Bagi Balita Pedoman Petugas Kesehatan*. Jakarta: Depkes & Departemen Kesejahteraan Sosial
- Depkes.2002. *Manajemen Laktasi Buku Panduan Bagi Bidan dan Petugas Kesehatan di Puskesmas*. Jakarta: Depkes
- Depkes.2007. *Perbaikan Gizi Pada Balita*. <http://www.gizi.net/makalah/download>. (26 Maret 2008)
- Depkes.2008. *Jumlah Balita Gizi Kurang dan Buruk*. <http://www.depkes.go.id>. (26 Maret 2008)
- Desa/Kelurahan Karangrejo.2008. *Profil Desa/Kelurahan Kabupaten Jember Tahun 2007*.Jember: Badan Pemberdayaan Masyarakat (BAPEMAS) Kabupaten Jember
- Depsos . 2004. *Pedoman Perencanaan MDGs*. <http://kfm.depsos.go.id>. (11 April 2008)
- ICN. 2007. *ICN And Poverty*. <http://www.icn.ch/matterspverty.htm>. (24 Maret 2008)
- Kelurahan Karangrejo. 2008. *Profil Desa/Kelurahan Kabupaten Jember tahun 2007*. Jember: badan Pemberdayaan Masyarakat (BAPEMAS) Kabupaten Jember
- Leininger. 1991. *Culture Care Diversity & Universality: A theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press
- Moehji S. 2002. *Ilmu Gizi Pengetahuan dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Penerbit Papas Sinar Sinanti
- Moore .1997. *Terapi Diet & Nutrisi*. Jakarta: Hipokrates
- Nies & McEwen.2001. *Community Health Nursing Promoting The Health of Populations*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Sirajuddin.2007. *Model Jantung Untuk Penanganan Balita Gizi Kurang*. <http://www.gizi.net>. (26 Maret 2008)
- Sahar J.2008. *Model Pelayanan Keperawatan Komunitas (PERKESMAS) Pada Keluarga Miskin*.Jakarta: Seminar Keperawatan Dalam Rangka Kongres Nasional I Ikatan Keperawatan Komunitas Indonesia. 26-27 Maret 2008

- Soekirman.2001. *Perlu Paradigma Baru Untuk Menanggulangi Masalah Gizi Makro Di Indonesia*. Vienna Austria: Kuliah Perdana Kongres ke-VII Asosiasi Gizi Se Dunia (IUNS)
- Stanhope & Lancaster.1996. *Community Health Nursing Promoting Health of Aggregates, Families, And Individuals*. St. Louis: Mosby
- Stone, Mcguire & Eigsti .2002. *Comprehensive Community Health Nursing Family, Aggregate, & Community Practice*. St. Louis: Mosby
- Strubert & Carpenter. 1999. *Qualitative Research In Nursing Advancing The Humanistic Imperative*. Philadelphia: Lipincott
- Sulistiyani. 2006. *Praktik Pola Asuh Gizi Oleh Keluarga Pada Anak Usia 6-24 Bulan Dengan Status Gizi Baik Pada Keluarga Miskin (Positive Deviance) Studi Kualitatif Di Desa Yosorati Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember*. Tesis Surabaya: FKM-UNAIR
- Swasono. 2005. *Pekan ASI Sedunia Membangun Kasih Sayang Lewat ASI*. Jakarta: Suara Karya
- WHO Europe.2007. *What is the evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health ?*. Copenhagen: Health Evidence Network Evidence For Decisions Markers(26 Maret 2008)