

KONSTRUKSI SOSIAL DAN TINDAKAN IBU DENGAN BALITA GIZI BURUK (STUDI KASUS DI SAMPANG DAN BOJONEGORO)

Social Construction and Action of Mother of Malnutrition Toddler (A Case Study in Sampang and Bojonegoro)

Suci Wulansari¹, FX Sri Sadewo², Raflizal³

Naskah masuk: 1 Desember 2014, Review 1: 3 Desember 2014, Review 2: 4 Desember 2014, Naskah layak terbit: 30 Januari 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: Jawa Timur adalah provinsi dengan pertumbuhan ekonomi dan fasilitas kesehatan, sarana dan prasarana yang cukup memadai sehingga disayangkan ketika masih terdapat problem kesehatan gizi balita. **Metode:** Penelitian ini melakukan pendekatan kualitatif. Ibu dan keluarga dengan masalah gizi balita diamati dan diwawancarai tentang konstruksi dan tindakannya. Penelitian dilakukan tahun 2012 dengan lokasi Kabupaten Sampang dan Bojonegoro. **Hasil:** ibu belum menerapkan pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan padat terlalu dini pada bayi (madu, kelapa muda, pisang). Ibu baru mengetahui jika memiliki anak dengan status gizi buruk setelah berinteraksi dengan tenaga medik. Keadaan ibu yang hanya mementingkan perbaikan ekonomi keluarga (memperoleh status sosial dalam masyarakat), dan memiliki anak dengan gizi buruk adalah sebuah masalah yang memalukan serta harus segera diatasi dengan mencari pelayanan kesehatan. Ibu yang mengacu pada pengalaman merawat anak sebelumnya, tidak menganggap gizi buruk sebagai suatu masalah yang harus diatasi, dan justru menghindari pelayanan kesehatan. **Kesimpulan:** Keluarga, khususnya ibu membangun konstruksi sosial atas kondisi gizi buruk anak. Konstruksi yang dibangun dapat berpengaruh pada respons keluarga (ibu) pada anaknya. **Saran:** Pendekatan edukasi kesehatan dengan mempertimbangkan konstruksi sosial menjadi penting dan diharapkan lebih bisa diterima dari berbagai sisi dan membawa perubahan perilaku positif.

Kata kunci: konstruksi sosial, balita, gizi buruk

ABSTRACT

Background: East Java is a province with good economical growth and adequate health facilitation, thus it's to be lamented that we still find many health problems, especially toddlers' malnutrition. **Methods:** This study observed social construction and mothers' action on toddlers' malnutrition problems. It was an observasional study with qualitative approach. The study was performed in 2012 in Sampang and Bojonegoro. **Result:** The exclusive breastfeeding had not been applied yet, and there was too early in giving solid food to babies (honey, coconut, banana). Mothers realized that their children have undernutrition status at the time of health examination. Mother who put the social status of their family above anything else, having children with malnutrition is considered to be a shameful problem, so she will look for the health services to solve the problem. Many mothers felt confident about the growth of their children based on their past experiences and did not consider that malnutrition on child was a problem, and they would keep away from health services. **Conclusion:** A family, especially the mother, has built up social construction about her undernutrition child. The social construction will influence the response of family (mother) to the child. **Recommendation:** It is important to give health education with considering social construction to make positive behavior changes.

Key words.: social construction, toddler, malnutrition

¹ Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl Indrapura 17 Surabaya

E-mail: wulansari.yusuf@gmail.com

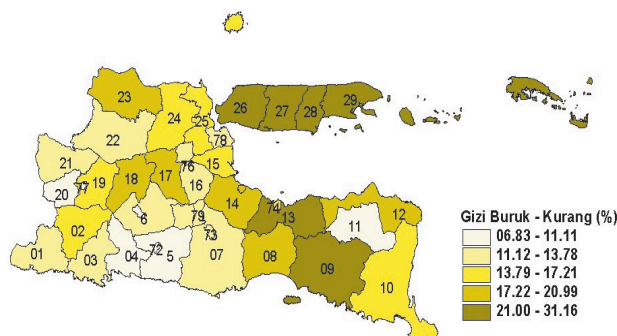
² Universitas Negeri Surabaya

³ Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta

PENDAHULUAN

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan Sumber Daya manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas. Bukti empiris menunjukkan bahwa hal ini sangat terkait dengan status gizi baik, yang ditentukan oleh jumlah asupan pangan yang dikonsumsi dan status kesehatan. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan upaya perbaikan gizi masyarakat dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah dan atau masyarakat. Beberapa dampak buruk kurang gizi adalah: (1) rendahnya produktivitas kerja; (2) kehilangan kesempatan sekolah; dan (3) kehilangan sumber daya karena biaya kesehatan yang tinggi (Azwar, 2004).

Kecukupan gizi memerlukan jaminan akses terhadap pangan yang meliputi tiga hal yaitu ekonomi, jarak, dan sosial. Sisi ekonomi, menunjukkan bahwa akses dipengaruhi oleh daya beli dan ketersediaan, yang berkaitan dengan tingkat pendapatan dan kemiskinan seseorang. Upaya untuk menjamin kecukupan pangan dan gizi serta kesempatan pendidikan tersebut akan mendukung komitmen pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) (Azwar, 2004, Inadiar, 2010). Pemerintah Jawa Timur sebagai propinsi dengan wilayah yang sangat luas dan jumlah penduduk yang besar, dituntut terus berupaya memacu pembangunan ketahanan pangan dan gizi melalui program yang mampu memperkokoh ketahanan pangan dan gizi, sekaligus meningkatkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM), serta mempercepat pencapaian MDGs (Pemprov Jatim, 2011).



Gambar 1. Persebaran Persentase Balita dengan Status Gizi Buruk - Kurang Menurut Kabupaten/Kota di Jawa Timur (Pramono dan Sadewo, 2012)

Gambar 1 menggambarkan pemetaan status gizi buruk di Jawa Timur yang menunjukkan kecukupan gizi yang tidak merata. Kelompok yang mempunyai persentase tertinggi (21,00–31,16%) yaitu Kabupaten Bangkalan, Probolinggo, Pamekasan, Sumenep, Jember, dan Sampang. Persentase balita dengan status gizi buruk-kurang tertinggi yaitu sebesar 31,16% terjadi di Kabupaten Sampang, sedangkan terendah terdapat Kabupaten Madiun, yaitu sebesar 6,83 persen (Pramono dan Sadewo, 2012).

Dominasi wilayah Madura (Bangkalan, Pamekasan, Sumenep, dan Sampang) dengan persentase gizi buruk tertinggi seolah-olah menggambarkan adanya struktur ekologi yang kurang menguntungkan, mengingat tingkat kesuburan Pulau Madura yang kurang dibandingkan daerah lain. Hal itu seharusnya juga terjadi pada wilayah Jawa Timur dengan pola ekologi yang sama, seperti wilayah Pantai Utara dan Pantai Selatan Jawa yang merupakan rangkaian pegunungan kapur Kendeng Utara dan Selatan. Sebagai konsekuensi ekologinya, wilayah kabupaten Tuban hingga Gresik terus sampai di Kabupaten Situbondo dan wilayah mulai Kabupaten Pacitan hingga Kabupaten Jember seharusnya memiliki gambaran gizi buruk yang tidak jauh berbeda dengan wilayah Madura, namun kenyataannya tidak demikian.

Prevalensi gizi buruk bisa pula disebabkan oleh budaya, mengingat dalam kajian ilmu-ilmu sosial dan humaniora bahwa perilaku masyarakat dibentuk oleh tatanan nilai budayanya. Pembentukan itu terjadi tatkala manusia dari sejak dini mengalami internalisasi nilai melalui pola pengasuhan yang dijalani. Di pihak lain, manusia memiliki kemampuan untuk menginterpretasi dan merekonstruksi nilai dalam situasi dan kondisi obyektif yang merupakan proses adaptasi manusia (Baumeister, 1998; Phoebe, 2010). Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang. Perilaku merupakan resultan dari faktor internal dan eksternal. Oleh karena itu, stimulus yang sama bisa memberikan respons perilaku yang berbeda (Pratiwi, 2013). Penjelasan teoritik yang demikian seolah-olah membenarkan kenyataan bahwa prevalensi gizi buruk terjadi pada masyarakat dengan budaya Madura dan hibridisasinya, yaitu sub-budaya Pedalungan.

Kenyataan menunjukkan bahwa kejadian gizi buruk juga terjadi di wilayah non-budaya Madura, maka kesimpulan yang demikian sangat tergesa-gesa.

Penelitian ini mencoba memahami bahwa realitas gizi buruk sebenarnya bergantung pada konstruksi masyarakat. Konstruksi sosial ini berupa pemahaman secara sosial budaya dan bersifat subjektif.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, dilakukan pada tahun 2012 dengan lokasi Kabupaten Sampang dan Bojonegoro. Kabupaten Sampang memiliki status gizi buruk dan kurang yang tinggi (31,16%) dibandingkan skala Jawa Timur dan nasional (18,4%). Berdasarkan data Riskesdas tahun 2007 Kabupaten Sampang adalah kabupaten dengan peringkat Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) terendah di Jawa Timur. Kabupaten Bojonegoro dipilih sebagai pembanding karena merupakan daerah dengan gizi balita yang relatif baik yaitu 13,23% (Balitbang Depkes, 2008). Penelitian ini memberikan gambaran tentang bagaimana keluarga yang memiliki balita gizi buruk mengembangkan konstruksinya di dua lokasi kabupaten berbeda.

Tiap kabupaten dipilih dua wilayah lokasi puskesmas yaitu di perkotaan dan pinggiran. Informan yaitu ibu yang memiliki balita gizi buruk. Jumlah informan tidak mengikuti rumus besar sampel, karena tidak dalam rangka generalisasi dari populasi, namun mencoba menangkap fenomena di masyarakat. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi di lapangan. Analisis data menggunakan pendekatan kualitatif karena langsung mengaitkan antara kondisi sosial dengan logika induktif yaitu penyusunan hipotesis terhadap fenomena yang ada di masyarakat.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kondisi ekologi dan sosial ekonomi

Secara topografi, pulau Madura dilintasi oleh pegunungan kapur Kendeng Utara yang memanjang dari sisi utara Jawa Timur hingga menyeberang ke Pulau Madura, yang menyebabkan kesuburan tanah di Pulau Madura rendah karena lapisan tanahnya hanya beberapa meter saja (Jonge, 1989). Padi ditanam di musim penghujan saja, selebihnya sawah ditanami tembakau dan palawija. Tanah kapur tidak bisa menyerap air saat musim hujan sehingga sering terjadi banjir di kecamatan Omben yang merupakan ibukota Kabupaten Sampang. Letak kecamatan

tersebut lebih rendah dan berbatasan dengan laut di bagian Selatan. Studi kualitatif dilakukan di Desa Jrangoan yang merupakan salah satu desa di Kecamatan Omben, Kabupaten Sampang.

Kecamatan Trucuk dan Bojonegoro diambil mewakili wilayah yang memiliki angka gizi buruk yang tinggi dibandingkan daerah lainnya berdasarkan data dinas kesehatan Bojonegoro. Kecamatan Trucuk ini berada di tepi Bengawan Solo dengan sebagian besar wilayah yang selalu terancam banjir tahunan. Kecamatan ini terdiri dari 72,06% wilayah pertanian sawah dengan 3 kali tanam. Berbeda dengan Kecamatan Trucuk, Kecamatan Bojonegoro merupakan wilayah pemukiman perkotaan (8,83%) dengan sejumlah pabrik di pinggiran kota dan selebihnya lahan persawahan di sekitarnya (91,17 persen).

Keluarga yang mempunyai anak balita dengan status gizi buruk atau kurang memiliki dua macam pola sosial ekonomi yang sama di Kabupaten Bojonegoro. Pertama, mereka yang tinggal di pedesaan berasal dari buruh tani dan atau buruh non-pertanian. Ada satu keluarga yang tinggal di rumah yang berinding kayu (jati) dan berlantai tanah, milik orang tua yang memperolehnya dari warisan. Ayahnya maupun suami bekerja di sawah sebagai buruh tani dan bila tidak ada pekerjaan di sawah, mereka bekerja sebagai penggali pasir. Sebagian keluarga, menjadi pengusaha industri rumah tangga (pabrik krupuk). Rumah berlantai keramik, kecuali dapur yang luas untuk mengolah krupuk. Mereka semula adalah buruh tani dari keluarga petani kecil. Pasangan suami-istri itu mulai merantau ke Surabaya, bekerja di bangunan pada pagi hingga siang hari. Waktu lain digunakan bekerja sebagai penunggu, kemudian uang tabungan itu digunakan untuk membeli ternak hingga berjumlah 20 ekor. Menjelang kehamilan anak kedua, sebagian ternak dijual untuk naik haji.

Kedua, di wilayah perkotaan kondisinya sebenarnya kurang lebih tidak jauh berbeda. Mereka berasal dari keluarga dengan ekonomi lemah. Kemiskinan terjadi karena: (1) merupakan keluarga pendatang yang masih bekerja di sektor informal dengan pendapatan yang terbatas, dan (2) berasal dari keluarga asli, tetapi tersisih oleh perkembangan ekonomi kota yang berubah. Contoh yang pertama adalah keluarga Bu SM (36 tahun). Bu SM ini berasal dari Ngawi yang semula kuliah di Universitas Bojonegoro sambil bekerja. Suami berasal dari kecamatan pinggiran

Kabupaten Bojonegoro. Semula mereka tinggal di rumah kos, dengan ditambah uang sumbangan dari orang tua SM dan saudara-saudaranya, ia membeli sebidang tanah kurang lebih 250 meter persegi. Dua tahun yang lalu, pada waktu hamil anak yang kedua (dari catatan bidan sebagai salah satu penderita gizi buruk), ia membangun rumah. Suami bekerja sebagai “makelar” beras di Bulog dengan gaji tidak menentu, namun mereka mampu membangun rumah dengan bantuan orang tua dan pamannya.

Kasus lain adalah Bu SK (34 tahun). Ibu ini merupakan penduduk asli dari keluarga yang kurang mampu, kemudian menikah dengan laki-laki yang bekerja sebagai pemilik toko kelontong mereka tinggal di rumah yang merupakan warisan dari mertua. Sebagian besar bangunan terbuat dari kayu, sementara itu lantainya dari semen.

Usia pernikahan untuk wanita di Desa Jrangoan berkisar antara 18–20 tahun. Terbukti, mayoritas ibu yang saat ini berusia 20–25 tahun memiliki anak pertama yang berusia 1–5 tahun. Sebagian besar ibu ini tidak bekerja atau menjadi ibu rumah tangga. Ada beberapa orang yang bekerja paruh waktu untuk membantu ekonomi keluarga dengan bekerja sebagai pedagang di pasar Desa Jrangoan yang hanya ada saat subuh hingga jam 10 pagi. Ibu ini menggantungkan pemenuhan kebutuhan sehari-hari keluarga dari penghasilan suami yang bekerja sebagai pedagang di luar Madura atau sebagai kuli bangunan. Penghasilan sebagai pedagang (baju keliling) sebesar 1–2 juta rupiah setiap bulannya, sedangkan pekerja kuli bangunan memperoleh sejumlah 60–70 ribu setiap harinya atau sekitar 1 juta lebih. Hanya sebagian kecil kepala keluarga

yang bekerja sebagai petani. Para pemuda, baik yang sudah menikah atau pun belum, lebih banyak yang merantau di luar Madura sebagai pedagang karena mengharapkan mendapatkan penghasilan yang lebih menjanjikan dibandingkan bekerja di desa asal.

Walaupun banyak yang bekerja di luar Madura, masyarakat tetap memiliki rumah yang berlokasi di desa asalnya. Di dalam satu rumah bisa terdiri dari satu keluarga kepala keluarga (*Nuclear Family*), tetapi ada juga yang terdiri dari beberapa kepala keluarga (*Extended Family*). *Extended Family* biasanya terdiri dari pasangan suami istri dan anak serta pasangan orang tua atau mertua. Kondisi rumah cukup sederhana, dinding terbuat dari kayu dan hanya sebagian kecil saja yang terbuat dari tembok. Lantai rumah beragam, ada yang masih berupa tanah dan ada pula yang terbuat dari semen, ubin, serta keramik.

Semua rumah ini baik di Kabupaten Sampang dan Bojonegoro, berlokasi di daerah pedesaan yang jauh dari pusat kecamatan sehingga tidak ada sumber air bersih yang berasal dari PDAM. Ada dua desa di Kabupaten Bojonegoro di daerah pegunungan kapur yang harus melakukan pompanisasi untuk kebutuhan air, yaitu Trucuk dan Tulungrejo (BPS, 2011). Alternatif yang dilakukan oleh masyarakat adalah dengan melakukan pengeboran di beberapa titik sumber air, kemudian air dialirkan melalui pipa ke rumah penduduk dan digunakan untuk kebutuhan sehari-hari warga, seperti mandi, mencuci, bahkan memasak. Di setiap rumah terdapat fasilitas toilet, namun tidak semuanya menggunakan WC tipe leher angsa, masih ada yang menggunakan WC cemplung.

Tabel 1. Kondisi Objektif Keluarga Memiliki Anak Balita dengan Status Gizi Buruk

No.	Kriteria	Bojonegoro	Sampang
1.	Keluarga		
	a. Perdesaan	Keluarga Luas	Keluarga Luas
	b. Perkotaan	Keluarga Inti	Keluarga Luas
2.	Pekerjaan Suami	Serabutan, Buruh Tani, Usaha Rumahan	Serabutan, Buruh Tani
3.	Pekerjaan Ibu	Sebagian besar tidak bekerja. Atau, bekerja di rumah.	Tidak bekerja
4.	Pendidikan	Sebagian besar rendah	Rendah
5.	Usia Perempuan Menikah	Di atas 18 tahun	Sebagian besar di atas 18 tahun
6.	Pengaruh Orang tua/Mertua	Kecil	Besar

Perilaku Masa Kehamilan

Pengaruh budaya dan tradisi di daerah ini sangat mempengaruhi perilaku ibu ketika masa kehamilan. Berbagai pantangan atau mitos dipercaya saat hamil. Keputusan dalam rumah tangga tidak hanya keputusan yang diambil oleh suami atau istri, tetapi dipengaruhi oleh orang tua, mertua, dan bahkan saudara.

Pengetahuan. Kehamilan ibu pada umumnya adalah kehamilan yang diinginkan. Menurut mereka, anak adalah investasi keluarga, menjadi penerus keturunan, pengganti suami sebagai sumber pendapatan jika sudah dewasa kelak, serta sebagai penyemangat suami dalam bekerja. Para suami akan bekerja lebih giat lagi agar bisa memenuhi kebutuhan keluarga, terutama anak.

Sikap

Ada beberapa jenis makanan yang dianggap “panas” sehingga dapat menyebabkan keguguran, yaitu nanas, durian, sirsak, tape singkong, udang, cumi dan daging kambing. Cabai tidak boleh dikonsumsi oleh ibu hamil terlalu banyak karena akan menyebabkan mata bayi merah ketika dilahirkan. Saran keluarga, ibu hamil diminta mau mengonsumsi air kacang hijau dan sayur-sayuran. Makanan dan minuman yang dianggap baik untuk kesehatan ibu hamil dari Kabupaten Bojonegoro dan Kabupaten Sampang adalah air kelapa muda dan/atau apel agar kulit bayi bersih, lembut, dan cerah. Ibu hamil pada akhir kehamilan juga disarankan oleh masyarakat sekitar serta pihak keluarga untuk meminum kuning telur, minyak kelapa dan minuman bersoda. Kuning telur dan minyak kelapa ini dipandang akan melancarkan proses kelahiran. Berdasarkan penelitian Noer (2008), para ibu hamil di Madura lebih banyak mengonsumsi nasi dan sedikit jenis sayuran, dan sangat jarang mengonsumsi telur, susu, daging dan ikan.

Ibu hamil juga dilarang duduk di depan pintu, memakai sarung yang diikat di bagian atas dada, dan melilitkan handuk ke leher. Perilaku ini dikhawatirkan akan mengganggu proses persalinan, yaitu bayi terlilit tali pusat atau pun lama berada di mulut rahim.

“... tak kengeng ju'-toju' e bang-labang, tak kengeng abhung-sembung sarong, tak kengeng ale'le'agi anduk Bu. Enggi deggi' manabi lahir ka'dissa pas le'le' tontonan baji'en, pas abit se kalowarra...”

[tidak boleh duduk di dekat pintu, tidak boleh memakai sarung yang dililitkan ke dada, tidak boleh melilitkan handuk ke leher Bu. Ya nanti kalau melahirkan bayinya bisa terlilit tali pusat, jadi lama yang mau keluar dari rahim...] (SK 35 tahun-Jrangoan Kab. Sampang)

Tindakan. Kepastian seorang wanita hamil ditentukan melalui pemeriksaan ke bidan desa dan dilakukan tes kehamilan menggunakan *testpack*. Ketika usia kehamilan menginjak 4 bulan, pemeriksaan tidak hanya dilakukan oleh bidan tetapi dilakukan juga oleh dukun. Dukun bertugas memijat ibu hamil untuk mengetahui bobot janin dan membetulkan posisi janin jika dirasa dalam posisi sungsang.

Proses persalinan ditolong oleh bidan desa. Ada pula yang masih ditolong oleh dukun beranak dengan alasan tidak ada bidan desa yang bertugas di polindes ketika tiba waktu melahirkan. Walaupun demikian, penanganan dan pemeriksaan selanjutnya tetap dilakukan oleh bidan. Menurut Noer (2008), pemilihan dukun bayi dibandingkan tenaga medis sebagai pertolongan persalinan di daerah Madura dipengaruhi oleh faktor ekonomi, sikap suami yang tidak menyukai tenaga medis pria, serta kepercayaan terhadap kualitas dan pengalaman dukun bayi yang diturunkan dari generasi sebelumnya.

Pola Perawatan dan Tradisi selama Menyusui

Pengetahuan. Cara memandikan bayi tidak terlepas dari tradisi dan mitos. Air yang digunakan untuk memandikan bayi adalah air yang di dalamnya diletakkan batu yang dipercaya dapat mencegah bayi menjadi kurus.

Pada awal kelahiran, bayi tidak langsung diberi ASI tetapi disuapi madu dan kelapa muda untuk memperlancar saluran pencernaan, selanjutnya diberi ASI yang diselingi dengan susu formula. Bayi disuapi pisang bila sudah berusia 2 hari, selanjutnya pada usia 4 bulan bayi diberi nasi yang dilumatkan bersamaan dengan pisang. Promosi ASI eksklusif masih tidak efektif dampaknya dikarenakan faktor tradisi turun-temurun (budaya).

“... eparengi maddu, ro'moro', pas esosoe. Enggi ma'le lecen perro'en Bu. Manabi ampon omor du are, dhulang geddhang. Deggi' Bu, manabi pa' bulan pas campor ssareng nase'. Dha'neka dhabuna reng seppo...”

[diberi madu, kelapa muda, lalu diberi ASI. Ya biar licin pencernaannya Bu. Kalau sudah usia dua hari, lalu disuapi pisang. Kalau sudah empat bulan dicampur dengan nasi, begitu kata nenek moyang dahulu..] (S 26 tahun, Jrangoan Kab Sampang)

Sikap. Di Kabupaten Sampang dan Bojonegoro berkembang tradisi bagi ibu menyusui yaitu dilarang mengonsumsi cabai yang berlebihan karena dipercaya akan menyebabkan ASI menjadi panas. Konsumsi ikan juga harus dihindari ketika menyusui karena dipercaya akan membuat ASI menjadi amis. Penyebab ASI menjadi panas juga dikarenakan frekuensi berhubungan seksual yang terlalu sering dengan suami.

Tindakan. Menyusui merupakan kegiatan yang selalu dilakukan oleh ibu di desa ini, terlepas dari pemberian ASI eksklusif atau tidak. Pada saat hamil tidak ada yang mengajarkan cara untuk menyusui bayi yang baik dan benar. Setelah bayi lahir, orang tua atau ibu mertua mulai mengajarkan cara menyusui, yaitu dengan posisi mulut bayi memenuhi puting ibu dalam keadaan digendong dengan alas berupa bantal agar mulut bayi bisa dengan mudah mencapai puting.

Pola pemberian makanan tambahan sebelum 6 (enam) bulan terjadi di kedua kabupaten. Alasan yang muncul karena ASI ibu yang bersangkutan *kurang tuso* (tidak cukup) memenuhi kebutuhan bayi dan bayi sering menangis sehingga untuk menenangkan dan membuat bayi kenyang, ibu memberi makanan tambahan, berupa pisang atau bubur susu *instant* dan membuat bubur bayi (*sum-sum*).

Memandikan bayi menjadi tugas dukun bayi hingga usia 40 hari. Hal ini dilakukan karena ketika dimandikan oleh dukun, bayi juga dipijat agar otot-ototnya menjadi kuat dan sehat. Setelah dimandikan bayi dibedong dan dilumuri minyak telon dan bedak agar hangat dan wangi. Kebiasaan yang lain adalah bayi diberi *cella'* pada bagian kelopak mata dahi bagian tengah, agar bayi terlihat tampan atau cantik. Dukun juga meniup bulu mata bayi agar kelak ketika dewasa bulu matanya terlihat lentik.

Pemijatan bayi tidak hanya dilakukan ketika memandikan bayi, tetapi ketika bayi sakit. Dua jenis penyakit bayi yang biasanya diobati dengan cara dipijat yaitu "*oleh*" dan "*saben*". *Oleh* adalah kondisi sakit pada bayi di mana bayi terlihat sangat kurus. Selain dipijat dengan minyak *oleh* khas buatan dukun,

bayi juga diberi minum air *oleh* yang diambil dari sumber mata air *oleh* di Desa Karang Penang, di sebelah Desa Jrangoan. Penemuan sumber air ini telah terjadi sejak jaman nenek moyang dan sampai saat ini masih dipercaya karena menurut masyarakat setempat terbukti manjur mengobati *oleh* pada bayi.

"... aing oleh neka Bu badha e somberra, e Karang Penang. Je' manabi lastare eyenomagi ka'ssa pas baras Bu. Enggi epecet gelluh sareng dhukona..."
[air oleh ini Bu ada di sumber mata air oleh, di daerah Karang Penang. Lha setelah diberi air itu sembuh kok Bu, dipijat dulu sama dukunnya]
(N 26 tahun – Jrangoan Kab Sampang)

Saben adalah kondisi bayi yang demam tinggi. Pengobatan dilakukan dengan cara dipijat oleh dukun dan kemudian *dicekoki* (diminumkan dengan paksa) jamu racikan dukun. Pengobatan ini menurut penduduk setempat mampu menyembuhkan penyakit *saben*.

WHO, UNICEF, dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia melalui SK Menkes No. 450/Men.Kes/SK/IV/2004 telah menetapkan rekomendasi bahwa untuk mencapai pertumbuhan, perkembangan, dan kesehatan yang optimal, bayi harus dilakukan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama. Makanan pendamping ASI baru boleh diberikan setelah bayi berusia 6 bulan ke atas dan ASI dilanjutkan hingga usia 2 tahun atau lebih (Praseyono, 2009). Penelitian Ida (2012) menyatakan bahwa selain pengetahuan dan sikap ibu tentang pentingnya ASI eksklusif, peran suami dan keluarga (ibu dan ibu mertua) berperan kuat dalam menentukan keputusan ibu untuk memberikan ASI eksklusif atau tidak.

Pola Pengasuhan Anak

Pola asupan makanan anak sehari-hari mengikuti ketersediaan bahan makanan yang ada di pasar. Makanan yang dimasak oleh ibu biasanya terdiri dari nasi, lauk, dan sayur. Lauk yang paling sering dimasak adalah tongkol, pindang, telur, tahu, dan tempe. Sayur mayur berupa bayam, kacang panjang, lodeh dari nangka muda, sop (wortel, kubis, kentang, dan buncis), serta sawi (yang dicampur dengan mie instan).

Ibu balita memiliki keyakinan bahwa sebaiknya anak makan 2–3 kali dalam sehari. Anak membutuhkan sayur dan lauk yang bergizi setiap hari dan juga susu. Anak jarang mengonsumsi susu kotak atau kemasan

dengan alasan harga yang lumayan mahal. Masalah yang timbul sehubungan dengan pola makan anak adalah ketika anak tidak suka mengonsumsi makanan bergizi seperti sayur. Anak cenderung menyukai makanan instan seperti mie instan. Makanan lain yang disukai anak adalah jajanan yang dijual di pinggir jalan, contohnya pentol dan es lilin. Jika anak tidak suka makan sayur, maka ibu akan memaksanya untuk makan. Apabila paksaan tersebut tidak berhasil maka anak akan dibiarkan makan makanan yang disukainya asalkan tidak rewel dan menangis. Selain jajanan, anak juga sangat suka makan hasil olahan daging dan ayam. Hanya sesekali saja ibu memasak daging atau ayam karena mahal dan dua bahan makanan tersebut jarang tersedia di pasar desa.

Anak mengalami tumbuh kembang dan aktivitas meningkat dibandingkan dengan bayi, sehingga kebutuhan zat gizi akan meningkat dan pemberian makanan juga akan lebih sering. Pada usia balita, anak sudah bersifat konsumen aktif (sudah bisa memilih makanan yang disukainya) sehingga menanamkan kebiasaan makan dengan gizi yang baik pada usia dini akan mengarahkan makanan anak. Secara umum faktor yang memengaruhi terbentuknya pola makan adalah faktor ekonomi, sosial budaya, agama, pendidikan, dan lingkungan. Pola makan yang baik perlu dibentuk sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan gizi dan pola makan optimal (Sulistyoningsih, 2011).

Konstruksi Sosial tentang Anak Balita dengan Status Gizi Buruk

Hasil wawancara mendalam, menggambarkan bahwa di Kabupaten Sampang maupun di Kabupaten Bojonegoro, keberadaan anak dengan status gizi buruk bukan merupakan hasil dari kesadaran ibu, tetapi pengetahuan dan sikap yang diperoleh ketika memeriksa anak balitanya. Oleh karenanya, tidak salah bila ada pernyataan seperti: *“Saya biasanya periksa anak di posyandu, berat badannya masih berada di jalur garis normal....”* Ibu hanya tahu pertumbuhan anak dari keberadaan titik berat badan anak pada garis yang ada dalam buku pemeriksaan. Ibu merasa nyaman dengan kondisi gizi anak yang tertera dalam garis tersebut, sehingga tidak rutin datang ke Posyandu. Tindakan ibu tergantung cara pandang ibu terhadap anak dan keluarga. Hasil pengamatan dan wawancara ada ibu yang lebih mementingkan perbaikan ekonomi keluarga, seperti

Bu SMu (35 tahun) yang begitu hafal dengan harga bahan pokok dan penghasilannya. Berbeda dengan ibu SM yang mementingkan kesehatan anak, yaitu sehingga rela keluar dari pekerjaan demi anak.

Kedua pandangan ini menunjukkan perbedaan yang mendasar bagaimana memperlakukan seorang anak. Belajar dari pengalaman mengasuh anak pertama, Bu SM cenderung untuk “membiarkan,” apalagi anak itu bisa melakukan sendiri. Berat badan tidak menjadi masalah,

“Berat badan dan postur tubuh iku wis pawakane... Mbakyune biyen yo ngono. Buktine sehat dan pinter....”

[Berat Badan dan postur tubuh itu sudah bakatnya, kakak perempuannya dulu juga begitu. Buktinya sehat dan pintar.] (SMu, 35 tahun)

Hal itu dianggap sebagai pengaruh dari pergantian musim. Demikian seterusnya sebagaimana tergambar pada tabel 2, hal itu tidak terlepas dari konstruksi tentang anak balita bergizi buruk sebagai hal yang masih normal dan diterima sebagai bentuk kewajaran.

Pandangan kedua (ibu SM) sangat berlawanan. Anak bergizi buruk yang ditandai oleh berat badan kurang dikonstruksi sebagai *“masalah,”* tidak normal bila dibandingkan dengan anak lainnya. Ibu memiliki cukup waktu karena tidak bekerja dan bisa memberi perhatian yang lebih pada anak dengan mencatat secara jeli perkembangan anak. Hal tersebut menjadi bagian dari konstruksi tentang anak gizi buruk sebagai anak bermasalah, antara lain: anak berbadan kecil, belum bisa bergerak dan berjalan, tidak lincah serta belum bisa berbicara. Ia memberikan variasi asupan makanan, ketika tidak ada perkembangan yang berarti dalam waktu yang lama, ibu kemudian tunduk pada keinginan anak, *“yang penting anak mau makan...”*

Hal itu pula mendasari mengapa ibu memberikan makanan tambahan sebelum 6 (enam) bulan, misal pada bayi menangis terus sebagai petunjuk bahwa masih dalam kondisi lapar. Oleh karenanya, untuk mengenyangkan perut si bayi, orang Madura memiliki tradisi memberi makan kelapa muda yang lembut sekali. Para ibu tersebut berpendapat bahwa kelapa yang lembut tidak menyebabkan masalah kesehatan bayi, dan agar bayi tidak *rewel*. Alasan itu menjadi penguat dari tradisi yang dilakukan turun-temurun. Hal yang serupa selalu disarankan oleh para orang

Tabel 2. Konstruksi tentang Anak Balita dengan status Gizi Buruk

No.	Kriteria	(Gizi Buruk) “Masih Normal”	(Gizi Buruk) “Bermasalah”
1.	Kondisi Keluarga	Miskin Bergerak ke Cukup	Sangat Miskin Cukup
2.	Pendidikan Ibu	Rendah	Tinggi
3.	Pekerjaan Ibu	Bekerja	Tidak bekerja
4.	Orientasi tentang Kesejahteraan Keluarga	Mengutamakan Perbaikan Ekonomi	Kesehatan lebih penting, rejeki bisa dicari
5.	Pengetahuan Ibu tentang Kesehatan Anak	Kurang	Kurang
6.	Keinginan akan kehadiran anak	Tidak menjadi tujuan	Tinggi
7.	Anak ke-	Kedua, dst	Pertama
8.	Berat Badan Anak	Tidak penting	Penting
9.	Perawakan (postur) anak	Tidak masalah, karena sudah dari asalnya	Terlalu Kecil bila dibandingkan anak seumurannya
10.	Kemampuan Motorik	Lincih	Tidak lincih
11.	Kemampuan Verbal	Tidak ada masalah (umur 7 bulan sudah bicara)	Belum bisa (meski berumur lebih dari 2 tahun)
12.	Cara memberi asupan makan	Tergantung pada anaknya. Asal mau makan, dibuatkan.	Mencoba melakukan variasi, meski gagal
13.	Pengawasan pada waktu bermain	Dibiarkan saja	Diawasi terus-menerus.
14.	Usaha mencari informasi tentang kesehatan anak	Rendah	Tinggi
15.	Pergeseran status gizi	Lamban	Dapat bergeser, tergantung ada tidaknya penyakit sampingan

tua (ibu) untuk memberikan pisang yang diserut halus pada bayi di Kabupaten Bojonegoro. Meskipun demikian, bila ditanya Bu Bidan, mereka menjawab memberi ASI sepenuhnya. Pemberian makanan tambahan sebelum bayi berumur 6 (enam) bulan oleh masyarakat Jawa sudah berangsur-angsur tidak ada, apalagi di wilayah perkotaan.

Respons Keluarga terhadap Kehadiran Anak Balita Gizi Buruk

Respons ibu berbeda-beda terkait dengan konstruksi tentang anak berstatus gizi buruk. Ada yang lebih mementingkan perbaikan ekonomi dan berujung pada kepentingan memperoleh status sosial dalam masyarakat. Keberadaan anak berstatus gizi buruk menjadi hal yang memalukan, apalagi bila pada setiap pertemuan posyandu selalu disebut dan diajak untuk berkumpul dalam rangka perbaikan gizi anak. Beberapa ibu tetap bersikap tenang saat anak dinyatakan “Gizi buruk”, ketika mengacu pada pengalamannya merawat anak yang lainnya. Sikap

tenang ini muncul karena dianggap tidak memberikan efek pada anak, apalagi “... *apa yang menjadi masalah, anak saya lincih...*”

Sikap tenang dan rasa malu menyebabkan ibu menghindari pelayanan kesehatan untuk anaknya, meski rumahnya dekat dengan posyandu, kecuali bila benar-benar membutuhkan. Tabel 3 berikut ini menjelaskan respons ibu terhadap status gizi anak dan tindakan yang dilakukan.

Ibu mengkonstruksi anak sebagai “*masalah*”, selanjutnya konstruksi ini kemudian berubah menjadi rasa takut ketika ibu mencari informasi tentang akibat gizi buruk pada anak, khususnya terkait dengan perkembangan motorik dan verbalnya. Demikian seterusnya, ibu menjadi panik dan terus mencari informasi tidak saja dari pelayanan kesehatan, tetapi juga dari keluarga dan kerabat yang memiliki pengalaman atau bekerja di sektor pelayanan kesehatan, bahkan “...*setiap omongan tetangga pun diperhatikan dan ditanyakan kepada dokter...*”. Selain itu, dengan mengumpulkan dana dari kerabat, ia juga

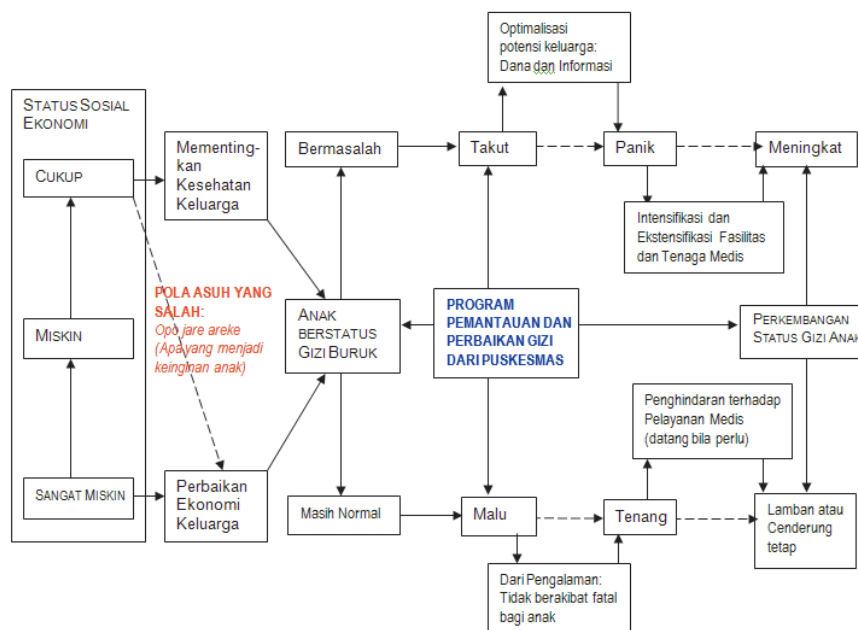
Tabel 3. Respons Ibu terhadap Status Gizi Anak

No.	Kriteria	“Malu”	“Takut”
1.	Konstruksi tentang Anak dengan Status Gizi Buruk	“Masih Normal”	“Bermasalah”
2.	Sikap Ibu	Tenang	Panik
3.	Usaha mencari informasi tentang kesehatan anak	Rendah	Tinggi
4.	Usaha mengintefiskan tenaga medis di luar Puskesmas	Rendah	Tinggi
5.	Sumber pengetahuan tambahan	Tidak ada	Saudara, dokter praktek
6.	Sumber pendanaan	Diri sendiri	Sendiri, dibantu Kerabat
7.	Pergeseran status gizi	Lamban	Dapat bergeser, tergantung ada tidaknya penyakit sampingan

mengintensifkan pelayanan kesehatan, sekaligus juga mengekstensifikasikan, yaitu dengan mendatangi pusat pelayanan kesehatan lain, seperti rumah sakit dan dokter pribadi, apalagi bila anak itu dalam keadaan sakit dan perlu penanganan dengan segera. Tindakan tersebut sering tidak terpantau atau disampaikan ke posyandu dan bidan puskesmas, sehingga jejak rekam medik tidak ada. Akumulasi dari tindakan yang dilakukan berpengaruh pada perbaikan status gizi anak, apalagi jika ditemukan penyebab lain yang secara tidak langsung berakibat pada kesehatan anak. Secara ringkas, konstruksi sosial ibu dengan balita gizi buruk tergambar pada Gambar 2.

Gambar 2, menunjukkan bahwa faktor ekonomi mempengaruhi ibu dalam menentukan prioritas dalam keluarga. Gizi buruk yang dianggap sebagai “masalah” disertai sikap takut dan panik, akan lebih mendorong ibu berupaya maksimal untuk mengatasi dengan mencari pelayanan kesehatan. Sedangkan ibu yang menganggap kondisi “gizi buruk”, bisa dianggap sebagai sesuatu yang “normal” dan disertai sikap malu dan tenang justru menghindar untuk mengatasinya dari pelayanan medis.

Pola respons yang terakhir itu lebih nampak pada masyarakat Madura di Kabupaten Sampang. Hal itu bisa dipahami karena interaksi dengan bidan



Gambar 2. Kerangka Konstruksi Sosial dan Tindakan ibu dengan Status Gizi Buruk

atau tenaga kesehatan kurang intensif dibandingkan di Kabupaten Bojonegoro. Bila mencermati temuan dari Pramono dan Sadewo (2012), konstruksi sosial, masyarakat Madura dan Pendhalungan cenderung menolak tenaga kesehatan, khususnya bidan yang berusia muda. Peran dukun bayi masih kuat bila dibandingkan daerah-daerah lain di Jawa, sehingga pengetahuan tentang kondisi status gizi anak menjadi sangat minimal.

Menurut Anna Freud (Baumeister, *et al.*, 1998; Cramer, 2000; Bowins, 2004), proses takut hingga panik, maupun malu hingga tenang, merupakan bagian dari mekanisme pertahanan (*defense mechanisms*). Anak berstatus gizi buruk berdasarkan pemeriksaan tenaga medik, sebenarnya diakui oleh keluarga sebagai hal yang kurang menggembirakan. Reaksi keluarga berbeda-beda, yang diduga dipengaruhi oleh faktor ekonomi keluarga.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Penerapan ASI eksklusif belum dilakukan dan terdapat tradisi pemberian makanan tambahan sebelum bayi mencapai umur 6 (enam) bulan pada 2 daerah penelitian, walaupun dengan alasan dan jenis makanan yang berbeda. Hal itu terkait dengan latar belakang sosial ekonomi keluarga yang ikut berperan dalam menentukan tindakan. Pola perawatan dan pengasuhan bayi yang tidak tepat dapat memicu timbulnya masalah gizi pada anak balita.

Masalah gizi buruk pada bayi/anak balita ini tidak selalu dipahami oleh ibu atau anggota keluarga lain, terlebih bila aktivitas anak masih dalam kondisi lincah. Persentuhan dengan tenaga medis menjadi kunci dari pemahaman ibu bayi/anak balita. Dalam membangun konstruksi mereka (ibu bayi/anak balita) tersebut membagi menjadi 2 (dua) kategori, anak yang “masih normal” dan anak “bermasalah.” Bila dianggap masih lincah, anak dikategori masih normal. Pengkategorian pada gilirannya menghasilkan respons yang berbeda, yaitu: malu dan takut. Mereka yang takut berjuang meningkatkan status gizi anak. Sebaliknya, mereka yang malu lebih memilih menghindari dari tenaga medik dan membangun rasionalisasi sendiri atas keadaan anaknya yang merupakan bentuk pola mekanisme pertahanan diri.

Konstruksi sosial yang terbentuk ini menunjukkan bahwa kondisi anak yang bermasalah dalam gizi

sebenarnya bukan merupakan hal yang dikehendaki oleh keluarganya. Keluarga, khususnya ibu, tetap menganggap penting status gizi anak. Anak tetap menjadi perhatian bagi keluarga, meski status gizinya belum tentu menjadi prioritas utamanya.

Saran

Peningkatan pengetahuan masyarakat, khususnya ibu tentang kesehatan diharapkan bisa merubah tradisi yang merugikan dari segi kesehatan dan diharapkan bisa menimbulkan perubahan perilaku. Pendekatan edukasi kesehatan dengan mempertimbangkan konstruksi sosial menjadi penting dan diharapkan lebih bisa diterima dari berbagai sisi, mengingat tidak mudah untuk mengubah suatu tradisi atau mitos yang sudah mengakar dan berkembang di masyarakat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro yang memberikan ijin penelitian, serta kepada Kepala Puskesmas Jrangoan Kecamatan Omben Kabupaten Sampang, Kepala Puskesmas Bojonegoro dan Kepala Puskesmas Trucuk Kabupaten Bojonegoro yang membantu memberikan arahan lokasi desa penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar A. 2004. Kecenderungan Masalah Gizi dan Tantangan di Masa Datang, Makalah, Disampaikan pada Pertemuan Advokasi Program Perbaikan Gizi Menuju Keluarga Sadar Gizi, Jakarta, 27 September 2004
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2008. Laporan Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007 Provinsi Jawa Timur. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik Jawa Timur. 2011. Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional Tahun 2010 Provinsi Jawa Timur. Surabaya.
- Baumeister F, Karen Dale, and Kristin, L. Sommer. 1998. Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection, Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial. *Journal of Personality*, 66 (6). Available at: http://faculty.fortlewis.edu/burke_b/personality/readings/freuddefense.pdf. [Accessed 20 Februari 2014].
- Bowins B. 2004. Psychological Defense Mechanisms. A New Perspective. *The American Journal of Psychoanalysis*,

- 64 (1). Available at: http://www.psychiatrytheory.com/downloads/psychological_defense_mechanisms.pdf. [Accessed 23 Februari 2013].
- Craemer, Phoebe. 2000. Defense Mechanisms in Psychology Today. Further Processes for Adaptation. *American Psychologist*. 55 (6). Available at: . [Accessed 20 Februari 2014].
- Ida. 2012. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif 6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Kemiri Muka Kota Depok Tahun 2011. Thesis. Jakarta: FKM-Universitas Indonesia.
- Inadiar D. 2010. Perbedaan Pola Asah, Asih, Asuh pada Balita Status Gizi Kurang dan Status Gizi Normal: Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Peneleh, Surabaya. Skripsi. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Jonge, Huub de. 1989. Madura dalam Empat Zaman: Pedagang, Perkembangan Ekonomi dan Islam. Suatu Studi Antropologi Ekonomi. Jakarta: Gramedia.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010, Riset Kesehatan Dasar 2010. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Noer KU. 2008. Angka Kematian Bayi dan Persoalan Kesehatan Ibu Hamil dalam Budaya Madura, dalam Antropologi Ragawi. Surabaya: Program Pascasarjana Ilmu-Ilmu Sosial Universitas Airlangga.
- Pratiwi NL. 2013. Konsep Perilaku dan Perilaku Kesehatan. Dalam: Pemberdayaan Masyarakat dan Perilaku Kesehatan (Teori dan Praktek) Strategi Percepatan Pencapaian MDG's-Post MDG'. Surabaya: Airlangga University Press. 2013.
- Pramono MS, dan Sadewo, FXS. 2012. Analisis Keberadaan Bidan Desa dan Dukun Bayi di Jawa Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 15 (3).
- Prasetyono DS. 2009. Buku Pintar ASI Eksklusif. Yogyakarta: Diva Press.
- Raharjo, Christianto P. 2006. Pendhalungan: Sebuah "Periuk Besar" Masyarakat Multikultural. Dalam: Jelajah Budaya yang diselenggarakan oleh Balai Kajian Sejarah dan Nilai Tradisional Yogyakarta. Di Jember 13 Agustus.
- Sulistyoningsih, H. 2011. Gizi untuk Kesehatan Ibu dan Anak. Yogyakarta: Graha Ilmu.