

# PEMBANGUNAN GIZI DAN KESEHATAN MASYARAKAT

■ Clara Meliyanti Kusharto  
■ Institut Pertanian Bogor



"Setiap orang berhak memperoleh makanan yang aman dan bergizi seimbang sesuai dengan hak azasi dari setiap orang untuk bebas dari kelaparan" (The World Declaration of Food Security, The World Food Summit Goal, 1996)

## A. Pendahuluan

Sampai saat ini Indonesia masih berkuat terus menangani dua permasalahan utama yang berperan sangat besar terhadap upaya peningkatan kualitas kehidupan manusia, yaitu kemiskinan (*poverty*) dan masalah gizi (*malnutrition*). Masalah kemiskinan merupakan penyebab mendasar dalam menentukan indeks pembangunan manusia (HDI atau *Human Development Indeks*) yang merupakan indikator kemajuan suatu daerah. Masalah gizi merupakan gangguan pada beberapa segi kesejahteraan perorangan dan atau masyarakat yang disebabkan oleh karena tidak terpenuhinya kebutuhan akan zat gizi yang diperoleh dari makanan. Masalah gizi ini sangat erat kaitannya dengan masalah kesehatan dan kecukupan pangan.

Makna yang terkandung dalam konsep pangan adalah berkaitan dengan komoditas maupun sistem ekonomi pangan yang meliputi proses produksi termasuk industri pengolahan, penyediaan, distribusi maupun konsumsi. Pada tahun 2004, *Standing Committee on Nutrition* (SCN) dari PBB menetapkan status gizi sebagai indikator kunci untuk *goal* pertama (kemiskinan, kelaparan, kurang gizi). Laporan SCN (2004) ke sidang komisi PBB menetapkan bahwa gizi menjadi fondasi pembangunan suatu negara. Waktu pencapaian tujuan pembangunannya dipertegas untuk tahun 2015 dalam kesepakatan global yang disebut *Millennium Development Goals* (MDG's) 2015.

*Millennium Development Goals* (MDG's) ini meliputi 8 tujuan, 18 target dan 53 indikator yang terukur dan harus terpenuhi pada tahun 2015. Dideklarasikan bersama-sama dengan 189 Kepala-Kepala Negara atau Pemerintahan anggota Persatuan Bangsa-Bangsa (PBB) yang hadir pada Konferensi Tingkat Tinggi Milenium PBB tahun 2000 sebagai pendekatan inklusif dalam pemenuhan hak-hak dasar manusia di dunia. Pemuka-pemuka Negara berkomitmen melakukan investasi di bidang gizi untuk memerangi separuh dari kemiskinan dan kelaparan/kurang gizi, pendidikan dasar 9 tahun bagi semua; kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, mengurangi angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu; memerangi penyakit menular dan penyakit lainnya; menjamin kelestarian lingkungan hidup; dan mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan dan kurang gizi. Jelas sekali enam (6) dari 8 tujuan tsb terkait dengan gizi, kesehatan, dan pendidikan, di antaranya adalah (1) memberantas kemiskinan dan kelaparan/kurang gizi, (2) pendidikan dasar 9 tahun bagi semua, (3) kesetaraan gender, (4) mengurangi angka kematian bayi/anak, (5) meningkatkan kesehatan ibu, (6) memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya.

Dalam indeks pembangunan manusia (IPM), kualitas sumber daya manusia (SDM) yang baik merupakan syarat mutlak untuk mengukur keberhasilan pembangunan. Kualitas fisik penduduk dapat dilihat dari derajat kesehatan, angka kematian bayi, angka harapan hidup, status kesehatan, dan status gizi masyarakat. *Human Development Index* (HDI) adalah indeks komposit yang ditentukan berdasarkan usia harapan hidup (*life expectancy*), pencapaian tingkat pendidikan, dan tingkat pendapatan per kapita. Peningkatan pembangunan melalui peningkatan kualitas SDM dari setiap negara pada kurun waktu tertentu direfleksikan dengan penurunan angka HDI.

Menurut laporan UNDP Indeks Pembangunan Manusia Indonesia pada tahun 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, dan 2008 berada pada peringkat ke 112; 111; 110; 108; 108; dan 109. Meski telah ada perbaikan, namun ranking tersebut masih lebih rendah dibandingkan dengan negara Asia lainnya. Data HDI 2008 Filipina ke 102, Thailand ke 81, Malaysia peringkat ke 63 dan Singapura mencapai peringkat yang jauh lebih tinggi lagi yaitu 28.

Pembangunan ekonomi sebenarnya dari tahun 1976 sampai dengan tahun 1996 telah berhasil menurunkan angka kemiskinan dari 40,1 persen menjadi 11,3 persen. Namun krisis ekonomi disertai kekeringan yang panjang pada tahun 1997 telah menaikkan kembali persentase penduduk miskin menjadi 24,2 persen pada tahun 1998. Untuk menurunkan kembali

persentase penduduk miskin, dalam kondisi negara yang kurang stabil secara ekonomi maupun politik, pemerintah telah berjuang keras dengan berbagai upaya, sehingga persentase penduduk miskin dapat diturunkan meskipun sedikit demi sedikit (lihat Tabel 1). Menurut data Depkominfo (2008), pada tahun 2007 tingkat kemiskinan tinggal 18,5 persen dan tingkat pengangguran 9,1 persen.

Tabel 1. Statistik Kemiskinan dan Pengangguran di Indonesia

Tahun	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Tingkat Kemiskinan	18,2%	17,4%	17,4%	16,7%	16%	17,8%	16,5%
Tingkat pengangguran terbuka	8,1%	9,1%	9,7%	9,9%	11,2%	10,3%	9,1%

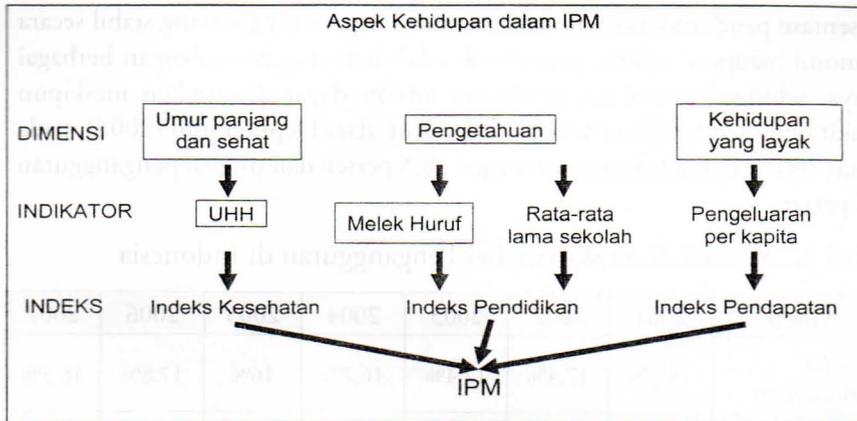
Sumber : Depkominfo 2008

## B. Masalah Pangan dan Gizi

Masalah pangan dan gizi merupakan masalah yang multidimensi, dipengaruhi oleh banyak faktor seperti : ekonomi, pendidikan, sosial budaya, pertanian, kesehatan dan lain-lain. Bagan yang dikembangkan oleh UNICEF 1998 menunjukkan krisis ekonomi, politik dan sosial merupakan akar permasalahan kurang gizi, sedangkan penyebab langsungnya adalah ketidakseimbangan antara asupan makanan (*food intake*) yang berkaitan erat dengan penyakit infeksi. Kekurangan inti makanan membuat daya tahan tubuh sangat lemah, sehingga memudahkan seseorang terkena penyakit infeksi karena iklim tropis, sanitasi lingkungan yang sangat buruk, dan akhirnya terjadilah kurang gizi (Soekirman, 2000; 2006 dan Atmarita, 2005).

### B.1. Masalah Pangan dan Gizi di Indonesia

Terjadinya masalah gizi ini terkait dengan rendahnya aspek sumber daya manusia (SDM) suatu negara. Makna SDM sangat luas yaitu menyangkut semua aspek manusia mulai dari kesehatan, gizi, pendidikan, agama, ekonomi, politik, HAM, budaya, adat-istiadat, lingkungan dsb. SDM diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau HDI. Aspek kehidupan dalam HDI/IPM disajikan pada Gambar 1 di bawah ini.



Gambar 1. Aspek kehidupan dalam IPM

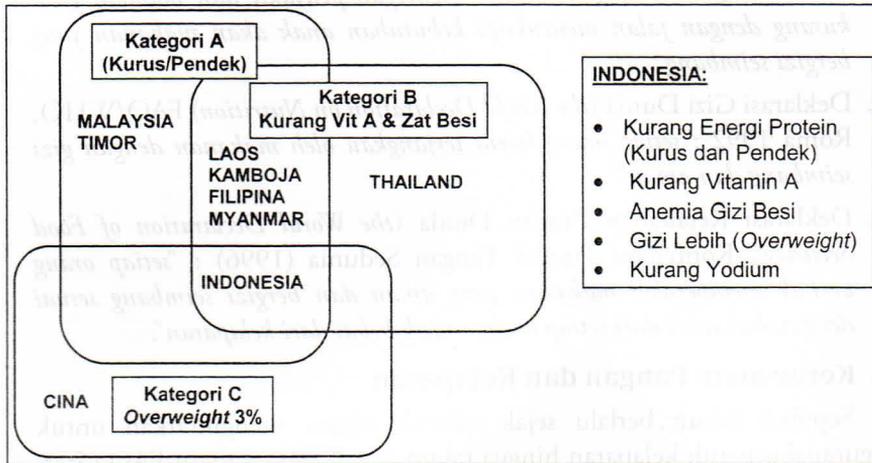
Indonesia termasuk negara yang pada tahun 1999 lebih terpuruk bila dibandingkan dengan negara Asia lainnya. HDI Indonesia pada saat itu berada pada peringkat 102 pada tahun 1996, naik menjadi 99 pada tahun 1997 dan naik lagi menjadi 96 pada tahun 1998. Setelah mengalami krisis moneter tahun 1997, maka HDI Indonesia turun secara drastis yaitu peringkat 105 pada tahun 1999 menjadi 109 tahun 2000, 112 pada akhir tahun 2004 dan terakhir tercatat pada 2008 berada di posisi 109 (UNDP 2004; 2008). Data Peringkat kualitas SDM diukur dengan HDI disajikan pada Tabel 12.

Tabel 2. Peringkat kualitas SDM diukur dengan HDI

Negara	Tahun							
	1996	1997	1998	1999	2000	...	2007	2008
Brunei	36	38	33	25	...		...	27
Darussalam								
Indonesia	102	99	96	105	109		108	109
Japan	3	7	8	4	...		...	8
Malaysia	53	60	60	56	...		...	63
Phillipines	95	98	98	77	...		...	102
Thailand	52	59	59	67	...		...	81
Vietnam	121	121	122	110	...		...	114
Singapore	34	26	28	22	...		...	28

Sumber : <http://hdr.undp.org/en/statistics/>

Beberapa masalah gizi yang dihadapi Indonesia saat ini adalah Kurang Energi Protein (KEP), Kurang Vitamin A (KVA), Anemia Gizi Besi (AGB) dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY). Permasalahan gizi di Indonesia dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Permasalahan Gizi

Terlihat bahwa Indonesia masuk dalam ketiga kategori A (kurus/pendek); B (kurang vitamin A & zat besi) dan C (*overweight*). Dengan demikian, Indonesia adalah negara yang mengalami permasalahan gizi yang amat kompleks yaitu masalah gizi yang disebut “*double burden*”.

Beberapa hal terkait dengan masalah kesehatan juga diuraikan oleh WHO (1999), yang isinya adalah sebagai berikut :

- 1). Deklarasi Universal tentang Hak Asasi Manusia (1948) menyatakan bahwa “*setiap orang mempunyai hak untuk menikmati hidup dengan kesehatan yang cukup baik untuk diri dan keluarganya, termasuk cukup makanan*“ (ayat 25 (1)).
- 2). Perjanjian internasional tentang Hak Asasi Ekonomi, Sosial dan Budaya (1976) menyatakan bahwa “*negara-negara anggota PBB menjamin hak setiap orang untuk memperoleh kehidupan yang layak bagi diri dan keluarganya, termasuk makanan, pakaian, dan perumahan.....*” (ayat 11).
- 3). Kode etik WHO mengenai “Kode etik internasional pemasaran makanan pengganti air susu ibu” (1981) menekankan “*keamanan dan kecukupan serta keseimbangan gizi bayi*” (ayat 1)...” hak setiap anak dan setiap wanita hamil dan menyusukan anak untuk memperoleh gizi yang seimbang sebagai suatu cara untuk mencapai dan mempertahankan kesehatan yang optimal” (ayat pembukaan, alinea 1).
- 4). Konvensi Hak-Hak Anak (1990) : “*setiap negara menjamin hak setiap anak untuk memperoleh tingkat kesehatan yang setinggi-tingginya, ... dan*

harus mengambil langkah untuk mencegah penyakit dan masalah gizi-kurang dengan jalan mencukupi kebutuhan anak akan makanan yang bergizi seimbang”.

- 5). Deklarasi Gizi Dunia (*the World Declaration on Nutrition*) FAO/WHO, Roma 1992 :”setiap orang harus terjangkau oleh makanan dengan gizi seimbang dan aman”.
- 6). Deklarasi Ketahanan Pangan Dunia (*the World Declaration of Food Security*), Konferensi Puncak Pangan Sedunia (1996) : “setiap orang berhak memperoleh makanan yang aman dan bergizi seimbang sesuai dengan hak asasi dari setiap orang untuk bebas dari kelaparan”.

## B.2. Kerawanan Pangan dan Kelaparan

Sepuluh tahun berlalu sejak seluruh negara mengikrarkan untuk mengurangi separuh kelaparan hingga tahun 2015. Data terbaru FAO (*State of Food Insecurity in The World 2006*) menyatakan jumlah penderita gizi kurang (sebagai indikator kelaparan) sebanyak 854 juta orang (berdasarkan data 2001-2003). Untuk mewujudkan tujuan tersebut (*World Food Summit Goal*), pada tahun 2015 jumlah penderita gizi kurang harus diturunkan menjadi 412 juta, sesuai dengan jumlahnya pada tahun 1996, tetapi diproyeksikan sebanyak 582 juta jiwa akan mengalami gizi kurang pada tahun 2015, lebih 170 juta jiwa dari angka yang ditargetkan. Indonesia merupakan daerah rawan bencana alam yang menyebabkan terhambatnya usaha program pembangunan pemerintah termasuk pembangunan di bidang pangan, gizi, dan kesehatan (Tabel 3).

Tabel 3. Bencana Alam yang Terjadi di Indonesia (Tercatat Sejak 1997)

Bencana	Jumlah Kejadian	Meninggal	Luka-luka	Kehilangan tempat tinggal
Kemarau	11	9.329	0	0
Gempa bumi	82	28.799	27.784	530.405
Wabah	32	3.487	0	0
Kelaparan	3	260	0	0
Banjir	98	4.480	251.513	201.735
Gunung berapi	44	17.945	3.199	17.500
Tsunami	8	317.050	50.120	982.898
Kebakaran hutan	8	63	208	0
Angin topan	10	1.992	183	800

### B.2.1. Pangan dan Gizi dalam Situasi Bencana

Menurut Achmadi (2008) dalam bukunya mengenai Horizon Baru Kesehatan Masyarakat di Indonesia, setelah terjadi bencana, biasanya para warga korban bencana menjadi pengungsi karena tempat tinggal mereka rusak atau masih rawan bencana susulan. Masyarakat sering melupakan bahwa di pengungsian justru bayi dan anak-anak yang paling menderita dari aspek pangan. Karenanya struktur dari para pengungsi serta kebutuhan gizi mereka perlu diketahui. Sumbangan pangan biasanya hanya untuk orang dewasa. Bagi sebagian penduduk Jakarta, misalnya, menyumbang makanan bagi pengungsi korban bencana identik dengan memberikan mi instant, tanpa menyadari bahwa sebagian dari pengungsi adalah bayi dan anak-anak.

Penyediaan pangan bagi bayi dan anak-anak di pengungsian seringkali lebih sulit serta banyak kendala/masalah. Selain kurangnya bantuan pangan untuk mereka, faktor air bersih untuk memasak dan mencuci peralatan makan/minum bayi juga sangat rawan.

Pascabencana tsunami, WHO (2004) telah membuat panduan cara menyusui anak-anak di tempat pengungsian. Dalam panduan tersebut diatur bagaimana cara menyusui dan harus ada jaminan bahwa anak-anak umur hingga 6 bulan mendapat ASI secara penuh. Jika hendak diberi tambahan, maka pastikan tidak menggunakan botol atau sejenisnya, serta kalau hal tersebut harus dilakukan, maka harus dengan supervisi ketat. Saat botol susu yang dipersiapkan tidak bersih, maka botol tersebut menjadi sumber infeksi pencernaan.

Ada 2 jenis pengungsian yang tergantung dari lama pemulihannya. Pertama pengungsian bencana alam, pada umumnya relatif singkat, kecuali pascatsunami di Aceh. Kedua adalah pengungsian bencana sosial seperti konflik sosial di Ambon atau Poso, yang berlangsung lama sekali sampai berbulan-bulan. Berikut adalah hal-hal yang perlu diperhatikan dalam sebuah tempat pengungsian.

#### 1. Kesehatan Lingkungan dalam Bencana

##### a). *Overcrowding* (kepadatan)

Masalah kesehatan lingkungan dalam bencana, khususnya di tempat pengungsian antara lain adalah masalah kepadatan. Kepadatan pengungsian memang merupakan masalah pelik, yang dapat memicu penularan penyakit terutama penyakit yang disebarkan melalui saluran pernafasan atau udara di tenda-tenda pengungsi (Noji 1997, Smith 2005). Berbagai penyakit menular dapat berpindah dari satu orang ke orang lain. Kepadatan juga memicu wabah penyakit seperti

infeksi saluran nafas, TBC, pneumonia, campak dll. Penyakit kulit yang menular berpindah dari satu pengungsi ke pengungsi lainnya. Demikian pula penyakit yang ditularkan oleh nyamuk seperti malaria dan demam berdarah.

Masalah lain yang dapat ditimbulkan oleh tingkat kepadatan pengungsi adalah masalah keperluan air bersih. Satu MCK idealnya untuk 5 orang, atau maksimum yang dapat ditoleransi adalah untuk 10 orang.

**b). Pengelolaan air bersih**

Bencana selain identik dengan pengungsian juga identik dengan sulitnya penyediaan air bersih. Kualitas air di pengungsian harus tetap terjaga. Banyak penyakit yang timbul akibat kualitas air di pengungsian yang buruk, misalnya kholera, diare, dll. Selain itu penanganan limbah khususnya limbah manusia juga harus diperhatikan. UNICEF menyarankan untuk setiap 100 orang ada satu penampungan limbah kotoran sepanjang 3-5 m dengan kedalaman 1,5 m, tentunya dengan memperhatikan jarak dari rumah atau sumber air minum. Achmadi (2008) mencatat dari Noji (1997) bahwasanya kebutuhan air bersih diperkirakan 20 liter/orang/hari, sedangkan keperluan sabun mandi 250 gram/orang/bln

2. Penyakit Menular dalam Bencana

Beberapa penyakit yang disebabkan oleh virus sangat cepat menular di pengungsian, seperti : campak, *mumps* atau gondongan, polio dsb. Jenis penyakit yang terjadi dapat berbeda di satu tempat pengungsian dengan tempat pengungsian yang lain. Yang terpenting adalah penyakit endemik apa yang terdapat di sekitar wilayah pengungsian. Sebagian penyakit menular dapat dicegah dengan imunisasi, sebagian lainnya hanya dapat dicegah dengan perbaikan sanitasi dasar seperti penyediaan air bersih, sebagian lagi dengan pengendalian nyamuk penular penyakit.

**a). Campak**

Wabah penyakit campak sering terjadi di pengungsian, sehingga diperlukan program imunisasi campak dengan segera. Campak adalah penyakit menular yang paling sering diderita pengungsi khususnya anak-anak.

**b). Infeksi Saluran Pernafasan.**

Infeksi saluran pernafasan baik yang akut maupun yang kronik merupakan penyakit penting dalam pengungsian. Biasanya merupakan

penyakit pada urutan pertama, mulai dari batuk, pilek, hingga radang paru-paru. Kondisi lingkungan pengungsian, udara pengap, sirkulasi kurang, stres dan kepadatan merupakan faktor-faktor yang berperan dalam timbulnya gangguan pernafasan. Kondisi gizi para pengungsi juga memberikan kontribusi terhadap kejadian merebaknya penyakit saluran pernafasan.

**c). Imunisasi.**

Imunisasi sangat penting untuk mencegah penyakit, terutama campak, kholera, thypoid dan penyakit lainnnya. Imunisasi campak adalah suatu keharusan. Oleh karena itu, vaksin campak harus disiapkan dalam setiap *contingency plan*.

**d). Vektor dan *Foodborne Disease***

Vektor *borne* adalah penyakit yang ditularkan melalui nyamuk, sedangkan *food borne disease* adalah penyakit yang berhubungan dengan sanitasi makanan dan ketersediaan air bersih. Penyakit yang dapat ditularkan oleh nyamuk misalnya demam berdarah atau malaria. Penyakit demam berdarah ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* yang memiliki perindukan di tempat-tempat penampungan air, terutama air jernih seperti air minum. WHO (2006) menerbitkan Pedoman Pengendalian Serangga dalam Pengungsian, termasuk pengendalian nyamuk. Dalam situasi darurat penggunaan bahan insektisida dianjurkan untuk mengendalikan nyamuk. Penyakit lain adalah penyakit saluran pencernaan yang berkenaan dengan sanitasi makanan maupun ketersediaan air bersih di tempat pengungsian, mulai dari diare atau mencret hingga kholera.

**e). Malaria**

Malaria merupakan ancaman di setiap kejadian pengungsian, khususnya di wilayah Indonesia. Hal ini disebabkan karena penyakit ini endemik di beberapa wilayah Indonesia. Setiap Dinas Kesehatan kabupaten hendaknya membuat peta malaria, mulai dari jenis nyamuk yang ada di wilayahnya, peta wilayah endemik yang ada, tempat perindukan dan berbagai variabel lain yang menggambarkan dinamika transmisi penyakit. Hal ini dilakukan saat fase prabencana, sehingga saat terjadi bencana, data informasi tersebut berguna untuk menangani pengungsi yang ada di wilayahnya.

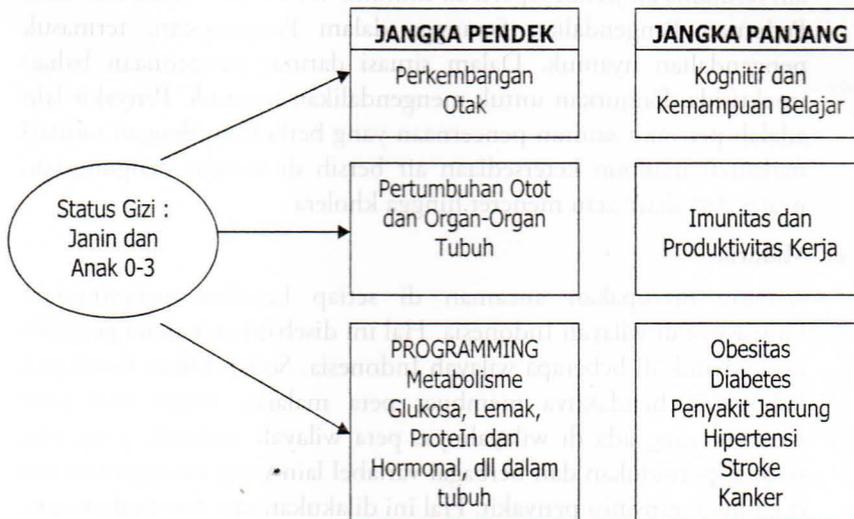
## C. Status Gizi dan Kesehatan Masyarakat Pedesaan

### C.1. Faktor Kurang Gizi

Sebagian besar atau 50 persen penduduk Indonesia dapat dikatakan tidak sakit akan tetapi tidak juga sehat, umumnya disebut kekurangan gizi. Kejadian kekurangan gizi sering terluput dari penglihatan atau pengamatan biasa, akan tetapi secara perlahan berdampak pada tingginya angka kematian ibu, angka kematian balita dan rendahnya umur harapan hidup (Atmarita & Fallah, 2004; Atmarita, 2005).

Kekurangan zat gizi pada masa janin dan umur 0-3 tahun dalam jangka pendek dapat mengakibatkan perkembangan otak terhambat, pertumbuhan otot dan organ-organ tubuh terhambat, dan berpengaruh pada metabolisme glukosa, lemak, protein dan hormonal dan lain-lain dalam tubuh. Dalam jangka panjang dapat berpengaruh terhadap aspek kognitif dan kemampuan belajar, imunitas dan produktivitas kerja, obesitas, diabetes, penyakit jantung, hipertensi, stroke, dan kanker.

Dampak kekurangan zat gizi pada masa janin disajikan pada Gambar 3 (Soekirman, 2000), sedangkan pada masa hamil sampai lanjut usia disajikan pada Tabel 4.



Gambar 3. Dampak kekurangan gizi pada masa janin dan anak umur 0-3 tahun

Tabel 4. Dampak Kekurangan Gizi pada Masa Hamil Hingga Lanjut Usia

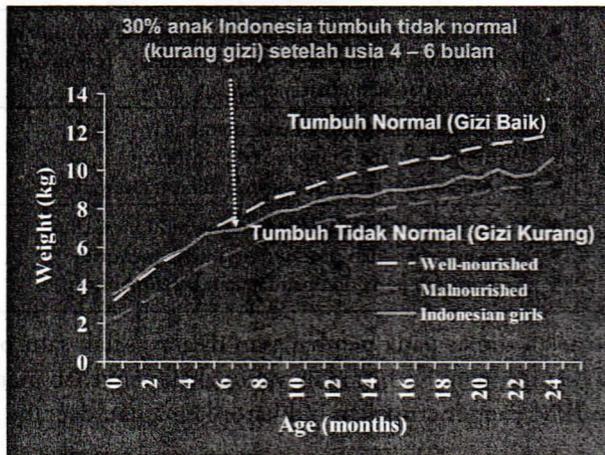
Kelompok umur	Dampak Gizi Kurang	Dampak umum
Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesakitan dan kematian meningkat</li> <li>• Perkembangan otak janin dan pertumbuhan terhambat</li> <li>• Bayi berat lahir rendah (BBLR)</li> </ul>	PENURUNAN KUALITAS SDM
Ibu menyusui	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesakitan dan kematian meningkat</li> <li>• Produksi ASI menurun</li> <li>• Keadaan gizi dan kesehatan bayi menurun</li> </ul>	
Balita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perkembangan otak dan perkembangan fisik terhambat</li> <li>• Perkembangan motorik, mental, kecerdasan terhambat</li> <li>• Kesakitan dan kematian meningkat</li> </ul>	
Usia sekolah dan Remaja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesakitan meningkat, absensi meningkat</li> <li>• Pertumbuhan, daya tangkap belajar menurun</li> <li>• Kesegaran fisik menurun, kriminalitas meningkat</li> </ul>	
Dewasa Usia Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesakitan meningkat, Usia harapan hidup rendah</li> <li>• Kesegaran fisik dan produktivitas kerja menurun</li> <li>• Kesempatan kerja dan pendapatan kerja menurun</li> </ul>	

Seperti telah diulas pada pembahasan di atas, salah satu penyebab gizi buruk adalah kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab mendasar dalam menentukan IPM yang merupakan indikator kemajuan daerah.



Gambar 4. Penyebab Utama Terjadinya Gizi Buruk (Unicef, 1998)

Pada tahun 2004 jumlah penduduk miskin sebesar 36,1 juta jiwa atau 16,76 persen dari total penduduk. Angka tersebut lebih rendah dibandingkan dengan jumlah penduduk miskin tahun 2003 yaitu sebesar 37,3 juta jiwa atau 17,4 persen. Diketahui, propinsi dengan persentase tertinggi penduduk miskin adalah Papua yaitu sebesar 38,69 persen, menyusul Maluku (32,13%) dan Sulawesi Tenggara (29,01%), sedangkan yang terendah adalah DKI Jakarta (3,18%), Bali (6,85%), dan Kalimantan Selatan (7,19%). Data lain juga menunjukkan bahwa 30 persen anak Indonesia tumbuh tidak normal (kurang gizi) setelah usia 4-6 bulan (Gambar 5).



Gambar 5. Pertumbuhan Anak Indonesia

Masalah gizi yang masih relatif banyak terjadi di Indonesia adalah masalah gizi kurang dan gizi buruk. Pada Gambar 5 terlihat 30 persen anak Indonesia tumbuh tidak normal (kurang gizi) setelah usia 4-6 bulan. Tanda dan gejala kurang energi protein (marasmus dan kwashiorkor) disajikan pada Tabel 5.

Tabel 5. Tanda dan Gejala Kurang Energi Protein

Kwashiorkor	Marasmus
1. Pembengkakan kaki dan tangan	1. Muka seperti orang dewasa
2. Wajah sembab, otot kendur	2. Kulit keriput
3. Rambut kemerahan dan mudah putus	3. Kurus dan tinggal tulang, diikuti dehidrasi
4. Muka seperti bulan	4. Rambut kemerahan dan agak jarang

Selain itu Indonesia juga masih mengalami masalah kekurangan vitamin A, anemia dan gangguan akibat kekurangan iodium (GAKI). Oleh sebab itu dapat dikatakan bahwa persoalan gizi masyarakat sangat memerlukan perhatian serius dari semua pihak.

### C.2. Kelebihan Berat Badan dan Obesitas

Selain masalah gizi kurang, ada masalah lain yang timbul akibat perilaku makan yang salah yaitu terjadinya *overweight* dan *obesitas*. WHO memperkirakan 1.6 juta orang usia > 15 tahun mengalami *overweight*, 400.000 di antaranya adalah obesitas tahun 2005, dan 20.000 anak di bawah lima tahun mengalami *overweight*. Pada tahun 2015 WHO memperkirakan 2.3 juta orang dewasa akan mengalami *overweight* dan 700.000 di antaranya adalah obesitas.

Angka obesitas atau kegemukan di seluruh dunia meningkat terus dari tahun ke tahun. Laporan WHO (2004), menyebutkan bahwa lebih dari 300 juta orang dewasa di dunia menderita obesitas. Bahkan di Amerika 280.000 orang meninggal setiap tahun akibat obesitas. Di Jakarta diperkirakan 10 dari 100 orang menderita obesitas.

Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya masalah *overweight* dan obesitas adalah tingginya konsumsi pangan atau tidak seimbang gizi makanan yang dikonsumsi dan yang dikeluarkan. Data prevalensi kegemukan pada anak dari berbagai penelitian di Indonesia disajikan pada Tabel 6.

Tabel 6. Prevalensi Kegemukan pada Anak dari Berbagai Penelitian di Indonesia

Tempat (peneliti)	Karakteristik Contoh	Prevalensi
Jakarta (Hermina, 1997)	TK Favorit	21,4
Jakarta & Bogor (Soekirman dkk, 1998)	Anak SD	10,4 -13,2
Jakarta (Syarief, 2004)	Anak SD Negeri	27,5
Bogor (Sakamoto, 2000)	TK Kota	14,3
Padang (Lubis & Andesta, 2004)	SD Favorit	5,6
Yogyakarta (Gunawan, 1997)	Remaja	5,6
Yogyakarta (Hadi, 2004)	SLTP Kota SLTP Desa	7,8
Denpasar (Padmiari, 2002)	SD Kota	2,0
Makassar (Aminudin, 2003)	SLTP-SMU Kota Laki-laki Wanita	15,8 7,2 6,5

#### D. Model Pemberdayaan Masyarakat Perdesaan untuk Bidang Gizi dan Kesehatan

Peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional seiring dengan pembangunan ekonomi. Ketersediaan SDM yang berkualitas yakni yang memiliki kondisi fisik, mental dan kesehatan prima serta penguasaan terhadap ilmu dan teknologi (IPTEK) merupakan indikator keberhasilan pembangunan suatu bangsa.

Tingginya status gizi kurang dan buruk di suatu negara mencerminkan rendahnya pembangunan itu sendiri. Misalnya, dampak dari KEP berat/ sedang pada masa kanak-kanak adalah kerusakan otak yang bersifat *irreversible* (tidak dapat pulih) sehingga menurunkan IQ sebesar 10 persen, serta menurunnya produktivitas mereka saat dewasa. Hal ini berarti akan menghambat mereka untuk berpartisipasi dalam pembangunan, dan kita akan kehilangan kesempatan menjadi bangsa yang tangguh pada generasi mendatang.

Oleh karena itu, harus segera dilakukan upaya untuk mencegah dan mengatasi masalah kejadian kurang gizi, khususnya pada anak-anak dan ibu hamil dengan mengangkat mereka dari kemiskinan melalui pemberdayaan ekonomi keluarga. Pemecahan masalah tersebut tentunya memerlukan program yang direncanakan secara tepat. Pemerintah Daerah dalam menyelenggarakan pemerintahan dan pelayanan umum hendaknya melibatkan masyarakat, terutama dalam perencanaannya.

Pendekatan *top down* dalam perencanaan dan pelaksanaan program dirasakan kurang tepat, mengingat perbedaan potensi sumber daya alam dan SDM serta masalah yang dialami. Idealnya perencanaan dan pelaksanaan program dilakukan dengan pendekatan *bottom up*, yaitu masyarakat setempat diharapkan mampu merumuskan permasalahan yang dihadapi kemudian merancang pendekatan untuk memecahkan masalah tersebut berdasarkan pada potensi yang dimilikinya. Pendekatan ini membutuhkan partisipasi aktif masyarakat, sehingga unsur lain diluar masyarakat seperti pemerintah maupun lembaga yang memberi perhatian dalam upaya pemecahan masalah masyarakat lebih banyak bertindak selaku fasilitator, dinamisator, atau organisator rakyat (Tan dan Topatimasang 2003).

Perencanaan dan pelaksanaan program yang baik harus pula menyertakan komponen evaluasi untuk menilai keberhasilan maupun kendala-kendala yang dihadapi. Selain itu, perencanaan program hendaknya juga mempertimbangkan faktor *sustainability* (kesinambungan), sehingga tidak hanya berhenti dengan habisnya bantuan/berhentinya proyek, namun dapat terus dilakukan oleh masyarakat secara mandiri. Prosesnya dikenal sebagai pemberdayaan

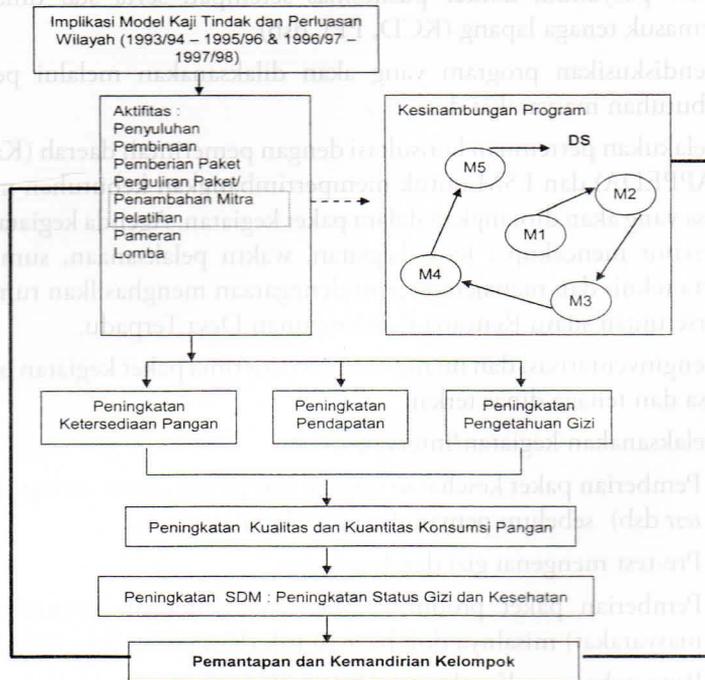
masyarakat, menumbuh kembangkan potensi masyarakat, meningkatkan kontribusi dalam pembangunan, mengembangkan gotong royong, bekerja bersama masyarakat dengan KIE berbasis masyarakat, kemitraan dengan LSM dan organisasi masyarakat lainnya secara terdesentralisasi.

Menurut **Riasmini (2006)** tahapan pemberdayaan masyarakat meliputi:

1. *Getting to know the local community*. Mengetahui karakteristik masyarakat setempat (lokal) yang akan diberdayakan, termasuk perbedaan karakteristik yang membedakan masyarakat desa yang satu dengan yang lainnya. Mengetahui artinya untuk memberdayakan masyarakat diperlukan hubungan timbal balik antara petugas dengan masyarakat.
2. *Gathering knowledge about the local community*. Mengumpulkan pengetahuan yang menyangkut informasi mengenai masyarakat setempat. Pengetahuan tersebut merupakan informasi faktual tentang distribusi penduduk menurut umur, sex, pekerjaan, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, termasuk pengetahuan tentang nilai, sikap, ritual dan *custom*, jenis pengelompokan, serta faktor kepemimpinan baik formal maupun informal.
3. *Identifying the local leaders*. Segala usaha pemberdayaan masyarakat akan sia-sia apabila tidak memperoleh dukungan dan pimpinan/tokoh-tokoh masyarakat setempat. Untuk itu faktor *the local leaders* harus selalu diperhitungkan karena mereka mempunyai pengaruh yang kuat di dalam masyarakat.
4. *Stimulating the community to realize that it has problems*. Di dalam masyarakat yang terikat terhadap adat kebiasaan, sadar atau tidak sadar mereka tidak merasakan bahwa mereka punya masalah yang perlu dipecahkan. Karena itu, masyarakat perlu pendekatan persuasif agar mereka sadar bahwa mereka punya masalah yang perlu dipecahkan, dan kebutuhan yang perlu dipenuhi.
5. *Helping people to discuss their problem*. Memberdayakan masyarakat bermakna merangsang masyarakat untuk mendiskusikan masalahnya serta merumuskan pemecahannya dalam suasana kebersamaan.
6. *Helping people to identify their most pressing problems*. Masyarakat perlu diberdayakan agar mampu mengidentifikasi permasalahan yang paling menekan. Dan masalah yang paling menekan inilah yang harus diutamakan pemecahannya.
7. *Fostering self-confidence*. Tujuan utama pemberdayaan masyarakat adalah membangun rasa percaya diri masyarakat. Rasa percaya diri merupakan modal utama masyarakat untuk berswadaya.

8. *Deciding on a program action.* Masyarakat perlu diberdayakan untuk menetapkan suatu program yang akan dilakukan. Program action tersebut perlu ditetapkan menurut skala prioritas, yaitu rendah, sedang, dan tinggi. Tentunya program dengan skala prioritas tinggilah yang perlu didahulukan pelaksanaannya.
9. *Recogniton of strengths and resources.* Memberdayakan masyarakat berarti membuat masyarakat tahu dan mengerti bahwa mereka memiliki kekuatan-kekuatan dan sumber-sumber yang dapat dimobilisasi untuk memecahkan permasalahan dan memenuhi kebutuhannya.
10. *Helping people to continue to work on solving their problems.* Pemberdayaan masyarakat adalah suatu kegiatan yang berkesinambungan. Karena itu, masyarakat perlu diberdayakan agar mampu bekerja memecahkan masalahnya secara kontinyu.
11. *ncreasing people's ability for self-help.* Salah satu tujuan pemberdayaan masyarakat adalah tumbuhnya kemandirian masyarakat. Masyarakat yang mandiri adalah masyarakat yang sudah mampu menolong diri sendiri. Untuk itu, perlu selalu ditingkatkan kemampuan masyarakat untuk berswadaya.

Salah satu model pemberdayaan masyarakat yang telah dilakukan kerjasama Perguruan Tinggi dengan Pemerintah Daerah (Pemda) adalah model "Pengembangan Diversifikasi Konsumsi Pangan dan Peningkatan Status Gizi Keluarga melalui Partisipasi Aktif Masyarakat" dan Model Pendekatan Pembangunan Desa Terpadu dengan nama BIDANI/DIDANI singkatan BARANGAY/DESA INTEGRATED DEVELOPMENT APPROACH FOR NUTRITION IMPROVEMENT (Kusharto dkk., 1996-2000; Kusharto 2008/2010) (Gambar 6).



Gambar 6. Bagan Kesinambungan Program

Berikut tahapan pelaksanaan kegiatan pemberdayaan masyarakat berdasarkan paduan kedua model tersebut.

1. Melaksanakan analisis situasi desa (*situational analysis*) berdasarkan data sekunder kabupaten/kecamatan pada desa-desa yang masih terdapat masalah pangan, gizi dan kesehatan. Contoh yang diteliti adalah rumah tangga dengan kriteria keluarga Pra-sejahtera (PS) atau keluarga Sejahtera I (KS I) dan terakhir dengan kriteria keluarga Miskin yang mempunyai anak balita. Pemilihan contoh dilakukan secara acak purposif. Pengumpulan data primer di desa, mencakup peubah-peubah yang nantinya akan dijadikan indikator dampak program. Data yang akan dikumpulkan antara lain : data konsumsi dan ketersediaan pangan; pengetahuan, sikap dan perilaku gizi; kebiasaan makan; pendapatan; status gizi dan kesehatan serta partisipasi. Selain itu dikumpulkan pula data sekunder (potensi desa), seperti : sosial, ekonomi dan demografi; pola tanam; keadaan kesehatan dan gizi; kebersihan lingkungan; kelembagaan masyarakat serta sarana dan prasarana.
2. Diseminasi hasil analisis desa pada pertemuan di instansi terkait (Perguruan Tinggi/Kabupaten/Kecamatan) yang dihadiri oleh kepala Desa; kepala-kepala seksi di LKMD; wakil masyarakat, wakil kelompok, wakil pemuda,

kader posyandu, dokter puskesmas setempat, serta staf dinas terkait, termasuk tenaga lapang (KCD, PPL dsb).

3. Mendiskusikan program yang akan dilaksanakan melalui pendekatan kebutuhan masyarakat desa.
4. Melakukan pertemuan konsultasi dengan pemerintah daerah (Kabupaten/ BAPPEDA) dan LSM untuk mempertimbangkan kebutuhan masyarakat desa yang akan dituangkan dalam paket kegiatan. Agenda kegiatan terpadu tersebut mencakup : jenis kegiatan, waktu pelaksanaan, sumber dana, serta teknis dan manajemen penyelenggaraan menghasilkan rumusan dan persetujuan suatu Rencana Pembangunan Desa Terpadu.
5. Menginventarisasi dan memilih calon penerima paket kegiatan oleh aparat desa dan tenaga dinas terkait.
7. Melaksanakan kegiatan/intervensi;
  - Pemberian paket kesehatan (antara lain pil besi, obat cacing, *Tuberculin test* dsb) sebelum penyuluhan gizi dan kesehatan.
  - Pre-test mengenai gizi dan kesehatan
  - Pemberian paket produktif (d disesuaikan dengan kebutuhan mitra/ masyarakat) misalnya domba atau itik (Kusharto, dkk; 1996-2004).
  - Pengembangan Kecakapan Hidup “Life Skills” Berbasis Sutera Alam untuk Pemuda/Pemudi Putus Sekolah (Kusharto, dkk; 2004-2007)
  - Pemberian Pendidikan Usia Dini (PAUD) anak-anak Desa Sekitar Kebun Pendidikan Sutera Alam, Desa Sukamantri-IPB (Kusharto, dkk; 2004-2008)
  - Peningkatan Keterampilan Remaja Putri Putus Sekolah Berbasis Limbah Sutera Alam (Kusharto, dkk; 2007)
  - Pemberian Biskuit Fungsional berbasis Pangan Lokal dan Probiotik (Kusharto, dkk; 2008-2010)
  - Penyuluhan Gizi, Kesehatan (Aplikasi Geulis /Gerakan untuk Lingkungan Sehat (Kusharto, dkk; 2007; 2009)
  - Mengadakan lomba-lomba dalam rangka meningkatkan kesadaran pangan dan gizi, motivasi PHBS, lingkungan sehat (3’S: Sehat Konsumsi; Sehat Lingkungan dan Sehat ber Perilaku) (Kusharto, dkk. 2009)
  - Post-test mengenai gizi dan kesehatan (Kusharto, dkk; 1996 -2003)
  - Melaksanakan *monitoring* dan evaluasi (MonEv) terhadap *input*, proses, *output* dan *outcome* program intervensi dengan penyusunan Tabel HIPPOPOC (*Hypothetical Input – Process – Output – Outcome* (Eusebio and Corcolon 1993).

## Daftar Pustaka

- Achmadi, U.F. 2008. *Horison Baru Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Anonim. 2009. *Kebijakan dan Program Pemerintah Kabupaten Bogor Untuk Kesejahteraan Masyarakat Kabupaten Bogor*. Bappeda Kabupaten Bogor
- Anonim. 2009. *Program Gizi Kesehatan Kabupaten Bogor*. Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor.
- Atmarita dan T.S. Fallah. 2004. Analisis Situasi Gizi dan Kesejahteraan Masyarakat, Hal. 129-161. *Dalam Soekirman et al. (Eds.)*. Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VIII. LIPI. Jakarta.
- Atmarita, 2005. Nutrition Problems in Indonesia. The article for an Integrated International Seminar and Workshop on Lifestyle – Related Diseases Gadjah Mada University, 19 – 20 March. Yogyakarta.
- Bappeda. 2009. *Kebijakan dan Program Pemerintah Kabupaten Bogor untuk Kesejahteraan Masyarakat Kabupaten Bogor*. Materi KKP (Kuliah Kerja Profesi), Dept.Gizi Masyarakat. FEMA – IPB.
- BPS. 2006. *Data dan Informasi Kemiskinan 2005 – 2006*. Buku 2. Badan Pusat Statistik. Daerah Khusus Ibukota Jakarta.
- Dinkes. 2009. *Program Gizi dan Kesehatan di Kabupaten Bogor*. Kuliah Pembekalan KKP (Kuliah Kerja Profesi) Departemen Gizi Masyarakat. Fakultas Ekologi Manusia. IPB.
- Eusebio, J.S and R. G. Corcolon. 1993; 2002. *Food and Nurtition Planning; Training Modul*. University of the Philippines Los Banos. College, Laguna, Philippines.
- Kusharto, CM., I. Tanziha, E.S.Mudjajanto, M.Latifah. 1996-2004. *Proyek Kaji Tindak Pmberdayaan Keluarga menuju Ketahanan Pangan dan Perbaikan Gizi melalui Partisipasi aktif Masyarakat*. Kerjasama Pemda Kab.Cianjur dan Pokja PGKM IPB.
- \_\_\_\_\_ 2005. *Laporan Pelatihan Pilot Project Kemitraan Pemuda dengan dunia Kerja Tahun 2005 di Teaching Farm Sutera Alam IPB-Petromat Agrotech*. Kerjasama Meneg.Pemuda&Olahraga dan Inter Cafe, LPPM & Pokja PGKM. IPB

- \_\_\_\_\_. 2007. Penguatan Model Pengembangan Program Life Skills Masyarakat Berbasis Sutera Alam : Budidaya Murbei dan Ulat Sutera pola Inti-Plasma di Kabupaten Bogor & Cianjur. Kerjasama Dirjend. Pendidikan Luar Sekolah Depdiknas- Pokja PGKM IPB.
- \_\_\_\_\_. 2007. Upaya Pemberdayaan Perempuan untuk Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga Melalui Kewirausahaan di Bidang Sutera Alam. Kerjasama Deputi bidang Koordinator Pembinaan Perempuan dan Kesejahteraan Rakyat, Menko Kesra dan LPPM IPB.
- \_\_\_\_\_, I.M. Astawan, I.S. Surono, S.A. Marliyati, M. Dewi dan L. Amalia. 2008. Makanan Fungsional Berbasis Protein Ikan Dan Probiotik Untuk Meningkatkan Daya Tahan Tubuh Anak Balita Rawan Gizi. Program Hibah Kemitraan. IPB. Bogor
- Marbun, S. 2008. Mengetahui dan Mematuhi Hak Rakyat Miskin. Depkominfo. Jakarta.
- Noji, Eric K. 1997. The Public Health Consequences of Disasters. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Riasmini, M. 2006. Peran Tenaga Kesehatan Dalam Pemberdayaan Masyarakat Untuk Mewujudkan Desa Siaga. *pusdiknakes.or.id/bppsdmk/?show=detailnews&kode=105&tbl=infobadan* –diakses Juli 2009.
- Risikesdas. 2008. Laporan Nasional 2007. Badan Penelitian dan Pengembangan. Dept. Kes. RI.
- SCN. 2004. Fifth Report on the World Nutrition Situation : Nutrition for Improved Development Outcomes. Geneva : UN – Standing Committee on Nutrition.
- Soekirman. 2000. Ilmu Gizi dan Aplikasinya Untuk Keluarga dan Masyarakat Departemen Pendidikan Nasional
- \_\_\_\_\_. 2006. Guru dan Sahabat Kami dalam Pengembangan Ilmu di Indonesia. Departemen Gizi Masyarakat. Fakultas Ekologi Manusia, IPB.
- Tan, J.H dan R. Topaimasang. 2003. Mengorganisir Rakyat. Refleksi Pengalaman Pengorganisasian Rakyat di Asia Tenggara. SEAPCP & ReaD. Insist Press. Yogyakarta.
- UNDP. 2008. Human Development Index. <http://hdr.undp.org/en/statistics/>. Diakses Agustus 2009.

- Unicef. 1998. The Care Initiative Assessment. Analysis and Action in Improve Care for Nutrition. ACC/SCN.
- WHO. 1999. Nutrition for Health and Development. WHO. Geneva
- \_\_\_\_\_. 2004. Guiding Principles for Feeding Infants and Opportunities, 88 (5)
- \_\_\_\_\_. SEARO. 2006. Emergency Preparedness and Response South East Asia Earthquake and Tsunami. New Delhi.
- Wilder Smith, A. 2005. Tsunami in South Asia: What is the Risk of Post Disaster Infectious Disease Outbreaks. Singapore: Review Article, Ann Acad Med, 34 (10).
- Widyasari, H.E., C.M. Kusharto, I.Tanziha. 2009. Aplikasi Model Geulis (Gerakan Lingkungan Sehat) Untuk Meningkatkan Kualitas Lingkungan Hidup Di Desa Wilayah Lingkar Kampus, IPB Darmaga. Fakultas Ekologi Manusia. IPB. Bogor