

FAKTOR-FAKTOR DETERMINAN STATUS GIZI IBU HAMIL

Dian Handayani

Dokter Gigi PTT Puskesmas Wapunto, Muna Sulawesi Tenggara

dian_handayani@gmail.com

Abstract:

This paper discusses determinant factors of nutrition of pregnant women. Nutrition problems is a complex issue that is influenced by various factors, but from some intensive programs implemented, it have shown quite encouraging results such as reducing infant and under-five mortality, maternal mortality, and increasing life expectancy. The issue of maternal nutrition has broad implications, both for the mother and fetus. Some research shows a strong correlation between anemia during pregnancy and fetal death, abortion, birth defects, low birth weight, decreased iron stores in children or children born in nutritional anemia. This condition causes the rate of prenatal mortality is still high, including mother's mortality and morbidity. In addition, the impact may cause bleeding during giving a birth. Bleeding at childbirth is the leading cause (28%) of maternal deaths in Indonesia. Whereby, Indonesian government committed to combat maternal anemia by doing "public nutrition improvement" program with a target prevalence of anemia in the year 2009 by 30%.

Keywords: Nutrition, Pregnant and Mortality

Pendahuluan

Tujuan utama pembangunan nasional adalah peningkatan kualitas sumber daya manusia yang dilakukan secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Indonesia Sehat 2010 merupakan visi pembangunan nasional yang ingin dicapai melalui pembangunan nasional. Visi pembangunan gizi adalah "Mewujudkan keluarga mandiri sadar gizi untuk mencapai status gizi masyarakat/keluarga yang optimal". Visi pembangunan pangan adalah "terciptanya sistem ketahanan pangan yang andal dan

bertumpu pada optimalisasi pemanfaatan potensi produksi dan keragaman pangan nasional”.

Berbagai krisis, seperti krisis ekonomi, politik dan sosial serta bencana alam telah melanda bangsa Indonesia selama 5-6 tahun terakhir ini (1996-2007). Krisis ini ternyata menurunkan keadaan gizi, baik keadaan gizi balita maupun gizi ibu hamil serta meningkatkan kemiskinan. Implikasi lebih jauh adalah munculnya kembali gizi buruk pada sebagian anak balita dan ibu hamil yang membangkitkan kesadaran akan perlunya mengkaji kembali kebijakan pembangunan selama ini. Sebagai contoh adalah kajian kembali terhadap kebijakan pertumbuhan ekonomi, penanggulangan kemiskinan melalui jaringan pengaman sosial (JPS) dan hubungannya dengan kebijakan pangan dan gizi yang selama ini dilaksanakan.

Pembangunan program pangan dan gizi di Indonesia selama kurun waktu 30 tahun terakhir menunjukkan hasil yang positif. Dari hasil analisa penyediaan pangan tahun 1999 secara makro disimpulkan bahwa persediaan energi dan protein per kapita/hari masing-masing sebesar 2.890 Kkal dan 62,7 gram, telah memenuhi kecukupan yang dianjurkan. Akan tetapi masalah pangan dan gizi baru terlihat pada tingkat konsumsi rumah tangga yang berdasarkan hasil pemantauan konsumsi gizi (PKG) tahun 1998 menunjukkan 49%-53% rumah tangga diberbagai daerah mengalami defisit energi (< 80% kecukupan energi), Propinsi Sulawesi Selatan berdasarkan hasil PKG tahun 1999 rumah tangga yang defisit energi < 80% adalah sebesar (45,54%).

Keadaan gizi dapat dipengaruhi oleh keadaan fisiologis, dan juga oleh keadaan ekonomi, sosial, politik dan budaya. Pada saat ini, selain dampak dari krisis ekonomi yang masih terasa, juga keadaan dampak dari bencana nasional mempengaruhi status kesehatan pada

umumnya dan status gizi khususnya. Keadaan gizi meliputi proses penyediaan dan penggunaan gizi untuk pertumbuhan, perkembangan, pemeliharaan dan aktifitas. Kurang gizi dapat terjadi dari beberapa akibat, yaitu ketidakseimbangan asupan zat-zat gizi, faktor penyakit pencernaan, absorpsi dan penyakit infeksi.

Meskipun masalah gizi merupakan masalah yang kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, akan tetapi dari beberapa program yang dilaksanakan secara intensif telah menunjukkan hasil yang cukup mengembirakan seperti menurunnya angka kematian bayi dan balita, angka kematian ibu dan meningkatnya umur harapan hidup. Gambaran secara makro perkembangan keadaan gizi masyarakat sampai tahun 1999 dalam konteks Sulawesi Selatan adalah, Kurang Energi Protein (KEP) 26,4% Sul-Sel (29,11%), prevalensi xerophthalmia X1b (kurang vitamin A) 0,3% (1992), Anemia gizi ibu hamil 1995 (50,9%), Balita (40,5%), Usia sekolah (47,3%) dan gangguan akibat Kekurangan Yodium (GAKY) tahun 1998 (9,8%) Sul-Sel (10,1%). Sedangkan dalam konteks Indonesia, gambaran perkembangan keadaan gizi masyarakat menunjukkan kecenderungan yang sejalan. Prevalensi kurang energi protein, yang kemudian disebut masalah gizi makro, pada balita turun dari 37,5 % pada tahun 1989 menjadi 26,4 % pada tahun 1999, keadaan ini juga diikuti dengan prevalensi masalah gizi lain.

Adapun sasaran program perbaikan gizi mencakup seluruh siklus kehidupan manusia yakni sejak masa hamil, ibu menyusui, bayi, balita, usia sekolah, remaja dan usia lanjut. Dalam konteks ibu hamil, salah satu masalah gizi yang banyak terjadi adalah anemia gizi, yang merupakan masalah gizi mikro terbesar dan tersulit diselesaikan di seluruh dunia. (Soekiman, 2000). The World Health Organization [WHO]

(2005) melaporkan bahwa terdapat 52 % ibu hamil mengalami anemia di negara berkembang pada tahun 2005. Di Indonesia, berdasarkan SKRT (Survei Kesehatan Rumah Tangga) 2001 ditemukan sekitar 40,1 % ibu hamil mengalami anemia (Atmarita dkk, 2004), dan sekitar 20 % menjadi penyebab kematian ibu.

Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan Laporan Survei Departemen Kesehatan-Unicef tahun 2005, menemukan dari sekitar 4 juta hamil, separuhnya mengalami anemia gizi dan satu juta lainnya mengalami kekurangan energi kronis (Samhadi, 2006). Menurut Nurhayati (2003), prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia adalah 70 % atau 7 dari 10 wanita hamil menderita anemia. Di Sulawesi Selatan, prevalensi anemia ibu juga masih cukup yakni 80 %.

Penyebab utama anemia gizi di Indonesia adalah kekurangan zat besi yang diperlukan untuk pembentukan hemoglobin. Kekurangan zat besi di dalam tubuh disebabkan oleh kekurangan konsumsi zat besi yang berasal dari makanan atau rendahnya absorpsi zat besi yang ada dalam makanan. Pada ibu hamil kebutuhan zat besi meningkat karena selain dibutuhkan oleh ibu, zat besi juga dibutuhkan oleh plasenta dan janin. Apabila kebutuhan yang tinggi ini tidak dapat dipenuhi, maka kemungkinan terjadinya anemia gizi cukup besar.

Menurut Trisnawati, masalah yang muncul pada usaha pencegahan anemia gizi pada ibu hamil dengan pemberian tablet besi antara lain, kurangnya penyuluhan pada sasaran ibu hamil, kurangnya pelatihan dan motivasi dari petugas kesehatan, kurangnya pemanfaatan perawatan ibu hamil dan kurangnya ketaatan minum tablet besi akibat efek samping dukungan pihak lain, faktor lupa dan malas.

Paratmanitya menyatakan bahwa anemia gizi besi sebenarnya tidak perlu terjadi bila ibu-ibu hamil memiliki pengetahuan yang baik tentang makanan yang bergizi yang mengandung zat besi dan zat asam fofat. Umumnya, makanan yang kaya besi terdapat pada protein hewani seperti hati, ikan dan daging. Selain itu, kondisi fisiologi ibu yakni tingginya kebutuhan besi selama hamil untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janinnya, menyebabkan banyak ibu yang mengalami kekurangan zat besi. Demikian pula dengan kehamilan yang terulang dalam waktu yang singkat, menyebabkan cadangan zat besi ibu yang belum pulih, akhirnya terkuras untuk keperluan janin yang dikandung (Browman dkk, 2001).

Berdasarkan aspek status gizi, ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronik (KEK) juga merupakan faktor risiko untuk terjadinya anemia. Darlina dkk (2003) melaporkan bahwa ibu hamil dengan KEK berpeluang menderita anemia gizi 2,76 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki status normal.

Selain itu, aspek budaya juga merupakan faktor resiko terjadinya anemia ibu hamil, yang menurut Irwan (2003) bahwa perilaku berpantang makan makanan tertentu yang meliputi golongan hewan, nabati dan gabungan dari keduanya terutama mengurangi porsi makan selama hamil diduga mempunyai kontribusi yang cukup besar terhadap kejadian anemia ibu hamil.

Di samping itu, rendahnya pendidikan ibu hamil dapat menjadi salah satu penyebab terjadinya anemia gizi ibu hamil. Pengkajian data NSS (Nutrition Surveillance System) memperlihatkan bahwa indikator tingkat pendidikan dapat dipakai sebagai proksi indikator tingkat sosial ekonomi keluarga, pola asuh keluarga yang lebih cerdas. Ibu

hamil yang terdidik akan semakin cerdas dalam mengatur sumber daya rumah tangga dan semakin tinggi pula posisi tawarnya.

Persoalan gizi ibu hamil mempunyai implikasi yang luas, baik terhadap ibu maupun janinnya. Beberapa hasil penelitian memperlihatkan korelasi yang erat antara anemia pada saat kehamilan dengan kematian janin, abortus, cacat bawaan, berat bayi lahir rendah, cadangan zat besi yang berkurang pada anak atau anak lahir dalam keadaan anemia gizi. Kondisi ini menyebabkan angka kematian perinatal masih tinggi, termasuk mortalitas dan morbiditas pada ibu (Faruk, 2001). Selain itu, dampak pada ibu adalah dapat mengakibatkan pendarahan pada saat persalinan. Pendarahan pada persalinan merupakan penyebab utama (28 %) kematian ibu hamil/bersalin di Indonesia (Depkes RI, 2001). Olehnya itu, pemerintah Indonesia mempunyai komitmen dalam upaya penanggulangan anemia ibu hamil yang tercermin dalam program perbaikan gizi masyarakat dengan target prevalensi anemia pada tahun 2009 sebesar 30%. (Hernawati, 2006).

Pada tataran di Sulawesi Selatan, berdasarkan NSS (2000) ditemukan 57% ibu hamil yang mengalami anemia (Muhadir, 2005). Di Kabupaten Maros, pada tahun 2002 ditemukan prevalensi anemia ibu hamil (Hb < 10 gr/dl) sebesar 42% (Dinkes Maros, 2003). Angka-angka tersebut menunjukkan bahwa prevalensi anemia pada ibu hamil di Kabupaten Maros masih tinggi, melebihi dari angka nasional (40%) dan berdasarkan kriteria WHO digolongkan sebagai masalah kesehatan masyarakat yang berkategori berat (>10%).

Berdasarkan paparan di atas, maka kajian tentang factor-faktor determinant terhadap status gizi hamil sangat urgen.

Faktor Determinant Status Gizi Ibu Hamil

Ibu hamil merupakan golongan yang termasuk rawan terhadap masalah gizi. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi status gizi ibu hamil di antaranya, umur, berat badan, suhu lingkungan, aktifitas, status kesehatan, pengetahuan zat gizi dalam makanan, kebiasaan dan pandangan wanita terhadap makanan dan status ekonomi. (Faath dkk, 2004).

Gizi atau makanan tidak saja diperlukan bagi pertumbuhan, perkembangan fisik dan mental serta kesehatan, tetapi diperlukan juga untuk fertilitas atau kesuburan seseorang agar mendapatkan keturunan yang selalu didambakan dalam kehidupan keluarga (Faath, 2005). Pada saat pasangan suami istri memutuskan untuk mempunyai anak, perlu segera mempersiapkan diri diantaranya mengatur asupan nutrisi yang adekuat untuk meningkatkan fungsi reproduksi sehingga dapat menunjang fertilitas atau kesuburan (Wendy, 1995).

Seorang ibu yang hamil harus memperhatikan status gizinya, karena status gizi ibu sebelum dan selama hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan janin yang sedang dikandung. Bila status gizi ibu normal pada masa sebelum dan selama hamil kemungkinan besar akan melahirkan bayi yang sehat, cukup bulan dengan berat badan normal. Dengan kata lain, kualitas bayi yang dilahirkan sangat tergantung pada keadaan gizi ibu sebelum dan selama hamil. Namun sampai saat ini masih banyak ibu hamil yang mengalami masalah gizi khususnya gizi kurang seperti Kurang Energi Kronis (KEK) dan Anemia gizi (Depkes RI, 1996). Hasil SKRT 1995 menunjukkan bahwa 41 % ibu hamil menderita KEK dan 51% yang menderita anemia mempunyai kecenderungan melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

Ibu hamil yang menderita KEK dan Anemia mempunyai resiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester III kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil normal. Akibatnya mereka mempunyai resiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLR, kematian saat persalinan, pendarahan, pasca persalinan yang sulit karena lemah dan mudah mengalami gangguan kesehatan (Depkes RI, 1996). Selain itu juga akan meningkatkan resiko kesakitan dan kematian bayi karena rentan terhadap infeksi saluran pernafasan bagian bawah, gangguan belajar, masalah perilaku dan lain sebagainya (Depkes RI, 1998).

Ibu hamil yang berisiko mengalami Kekurangan Energi Kronik berpeluang menderita anemia gizi 2,76 kali lebih besar dibandingkan dengan ibu hamil yang memiliki status normal. (Darlina dkk, 2003). Status gizi wanita sangat penting bagi kesehatan, kesejahteraan dan produktifitas selama hidup. status gizi yang buruk muncul akibat masalah ekonomi, politik, sosial, budaya, ketimpangan jender dan juga bencana alam serta bencana buatan manusia. Kesehatan seorang wanita merupakan kesejahteraan total yang bukan hanya ditentukan oleh faktor biologis dan reproduktif, melainkan juga dipengaruhi oleh beban kerja, gizi, stress, perang, migrasi dan sebagainya. (Van der Kwaak, 1991; Koblinsky et.al, 1997).

Olehnya itu, selama kehamilan, kebutuhan gizi seorang wanita mengalami peningkatan untuk beberapa zat gizi tertentu. Untuk memenuhi kebutuhan gizinya, seorang wanita harus hati-hati untuk memilih makanan, dan tubuh ibu juga akan memberikan kontribusi dalam memenuhi kebutuhan tersebut melalui pemaksimalan penyerapan dan meminimalkan kehilangan zat gizi (Sizr dkk, 2006).

Masalah gizi sebagian besar disebabkan karena rendahnya konsumsi energi dan zat gizi lainnya selama kehamilan (Krummel dkk, 1996). Salah satu penyebab langsung ibu hamil gizi kurang dan anemia adalah konsumsi makanan yang tidak adekuat di mana konsumsi makanan dapat dipengaruhi oleh faktor ketersediaan pangan di tingkat keluarga, pola konsumsi, tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu (Depkes, 1999).

Menurut Lubis (2003), apabila ibu mengalami kekurangan gizi selama hamil akan menimbulkan masalah, baik pada ibu maupun janin, seperti diuraikan berikut ini.

1. Terhadap Ibu

Gizi kurang pada ibu hamil dapat menyebabkan resiko dan komplikasi pada ibu antara lain: anemia, pendarahan, berat badan ibu tidak bertambah secara normal, dan terkena penyakit infeksi.

2. Terhadap Persalinan

Pengaruh gizi kurang terhadap proses persalinan dapat mengakibatkan persalinan sulit dan lama, persalinan sebelum waktunya (premature), pendarahan setelah persalinan, serta persalinan dengan operasi cenderung meningkat.

3. Terhadap Janin

Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi proses pertumbuhan janin dan dapat menimbulkan kegururan, abortus, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, asfiksia intra partum (mati dalam kandungan), lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR)

Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengetahui status gizi ibu hamil antara lain memantau pertambahan berat badan selama hamil, mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA), dan mengukur

kadar Hb. Pertambahan berat badan selama hamil sekitar 10 – 12 kg, dimana pada trimester I pertambahan kurang dari 1 kg, trimester II sekitar 3 kg, dan trimester III sekitar 6 kg. Pertambahan berat badan ini juga sekaligus bertujuan memantau pertumbuhan janin. Pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui apakah seseorang menderita Kurang Energi Kronis (KEK), sedangkan pengukuran kadar Hb untuk mengetahui kondisi ibu apakah menderita anemia gizi.

Maka dari itu, sebagai ibu, wanita akan melahirkan penerus generasi keluarga dengan keterlibatannya dalam mengasuh dan mendampingi anggota keluarga. Ibu dalam rumah tangga memegang peranan yang penting, karena peranan ibu rumah tangga dalam konteks gizi, bertanggung jawab terhadap pengolahan, menyiapkan dan memasak makanan (Sudoharjo, 1989). Maka dari itu, wanita perlu dibekali dengan status kesehatan dan gizi yang cukup, termasuk pengetahuan dan kesadaran kesehatan yang memadai (Sri Kardjati, 1996).

Gizi yang baik diperlukan seorang ibu hamil agar pertumbuhan janin tidak mengalami hambatan, dan selanjutnya akan melahirkan bayi dengan berat normal. Dengan kondisi kesehatan yang baik, system reproduksi normal, tidak menderita sakit, dan tidak ada gangguan gizi pada masa pra hamil maupun saat hamil, ibu akan melahirkan bayi lebih besar dan lebih sehat daripada ibu dengan kondisi kehamilan yang sebaliknya. Ibu dengan kondisi kurang gizi kronis pada masa hamil sering melahirkan bayi BBLR, vitalitas yang rendah dan kematian yang tinggi, terlebih lagi bila ibu menderita anemia.

Dengan demikian, gizi ibu selama kehamilan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap hasil kandungannya. Selama

masa kehamilan akan terjadi perubahan-perubahan fisiologis seperti perubahan komposisi dan volume darah. Volume darah pada ibu hamil meningkat sampai 50% sehingga kadar hemoglobin dan albumin serta vitamin yang larut dalam air menurun, sedangkan kadar vitamin yang larut dalam lemak serta lemak dalam darah meningkat. Di samping itu, kebutuhan akan vitamin dan mineral juga meninggi pada ibu hamil. Kekurangan asam folat telah banyak dihubungkan dengan cacat bawaan pada anak yang lahir. Hal ini merupakan penyebab Indonesia, suplementasi asam folat ini sudah digabung dengan suplement tablet besi untuk ibu hamil (Hadju dan Thaha, 2002).

Makanan yang cukup mengandung zat-zat gizi selama hamil sangat penting. Berbagai hasil penelitian menunjukkan bahwa apabila jumlah makanannya dikurangi maka berat bayi yang akan dilahirkan menjadi lebih kecil. Gizi yang adekuat selama hamil akan mengurangi resiko dan komplikasi pada ibu, menjamin pertumbuhan jaringan sehingga bayi baru lahir memiliki berat badan optimal.

Komplikasi pada ibu yang mungkin terjadi adalah anemia dan pre-eklamsi. Selain berat badan yang lebih kecil, menyebabkan pula pertumbuhan dan perkembangan otak janin tidak sempurna. Ibu hamil yang cukup makannya akan mendapatkan kenaikan berat badan yang cukup baik. Kenaikan berat badan rata selama hamil adalah 9-13,5 kg. Kenaikan berat badan ini terjadi terutama dalam kehamilan 20 minggu terakhir (Jumiarmi dkk, 1992).

Perhitungan kebutuhan gizi pada ibu hamil yaitu dengan penambahan nilai kebutuhan dari ibu yang tidak hamil yang akan mengcover pemenuhan kebutuhan pertumbuhan dan perkembangan janin serta perubahan dalam metabolisme ibu (Ladipo, 2000).

Adapun tambahan jumlah kebutuhan berbagai zat gizi ibu hamil selama hamil berdasarkan Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi (WNPG) tahun 2004, dapat dilihat pada Tabel 1, di mana pada tiap trimester kehamilan jumlah tambahan dari masing-masing zat gizi yang dibutuhkan sama kecuali energi. Sedangkan rekomendasi zat gizi yang dibutuhkan ibu selama hamil dibandingkan dengan kebutuhan wanita yang tidak hamil dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel I
Tambahan Kebutuhan Jumlah Setiap Zat Gizi Selama Kehamilan

Jenis Zat Gizi	Kebutuhan Sebelum Hamil		Tambahan Kebutuhan Selama Hamil			Satuan
	19-29 th	30-49 th	Tr I	Tr II	Tr III	
Energi	1900	1800	180	300	300	Kkal
Protein	50	50	17	17	17	Gr
Vit. A	500	500	300	300	300	RE
Vit. D	5	5	5	5	5	Mg
Vit. E	15	15	15	15	15	Mg
Vit. K	55	55	55	55	55	Mg
Thiamin	1	0,9	0,3	0,3	0,3	Mg
Riboflavin	1,1	1,1	0,3	0,3	0,3	Mg
Niacin	14	14	4	4	4	Mg
Asam Folat	400	400	200	200	200	Mg
Piridoksin	1,3	1,3	0,4	0,4	0,4	Mg
Vit. B12	2,4	2,4	0,2	0,2	0,2	Mg
Vit. C	75	75	10	10	10	Mg
Kalsium	800	800	150	150	150	Mg
Fosfor	600	600	0	0	0	Mg
Magnesium	240	270	0	0	0	Mg
Besi	26	26	0	9	13	Mg
Iodium	26	26	0	50	50	Mg
Seng	9,3	9,8	1,7	4,2	9,8	Mg
Selenium	30	30	5	5	5	Mg
Mangan	1,8	1,8	0,2	0,2	0,2	Mg
Flour	2,5	2,7	0,2	0,2	0,2	Mg

Sumber: Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi, 2004

Tabel 2
Rekomendasi Nutrisi Yang Dibutuhkan Ibu Hamil Selama Kehamilan Dibandingkan dengan Kebutuhan Wanita Normal/Tidak Hamil

Zat Gizi	RDA Ibu Hamil/Hari	RDA Wanita Normal/Hari (25-50 tahun)
Energi	2200 Kkal (Tr I) 2500 Kkal (Tr II dan Tr III)	2200 Kkal
Protein	60 gr	48 gr
Zat Besi	46 mg	28 mg
Kalsium	1200 mg	500 mg
Fosfor	1200 mg	800 mg
Seng	15 mg	12 mg
Yodium	175 mg	150 mg
Magnesium	320 mg	280 mg
Selenium	65 mg	55 mg
Asam Folat	400 mg	180 mg
Vitamin A	700 RE	500 RE
Vitamin D	10 mg	5 mg
Vitamin E	10 mg	8 mg
Vitamin C	70 mg	60 mg
Vitamin B12	2,2	2,0 mg

Sumber: B.J. Linda, 2005

Ketidakseimbangan pasokan zat gizi selama masa kehamilan dalam kandungan diaplikasikan antara lain dengan berat saat dilahirkan. (Lechtig, 1980; Kardjati, 1996). Pasokan zat gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan, umumnya dijumpai pada akhir dasawarsa keenam puluh, terbukti bermanfaat pada berat anak yang dilahirkan (Lechtig *et. al*, 1975; Kardjati *et.al*, 1988; Kardjati, 1996). Kenaikan berat lahir setelah intervensi gizi berkisar antara 40 hingga 298 gram. Berat lahir yang cukup menjadi titik awal petunjuk kualitas hidup selanjutnya. Lechtig *et. al* (1987) dalam Kardjati (1996) melaporkan bahwa di Guatemala, anak yang lahir lebih besar memiliki resiko sakit

dan mati lebih kecil. Pengamatan di Madura, di mana sekitar 68% bayi dengan berat lahir kurang dari 2000 gr dan 22% bayi dengan berat lahir antara 2000-2500 gr tidak sempat melewati ulang tahunnya yang pertama, memperkuat laporan dari Guatemala (Kusin *et. al*, 1994b; Kardjati, 1996). Kelangsungan hidup anak meningkat seiring dengan kenaikan berat lahir.

Dari satu kehamilan ke kehamilan berikutnya, seorang wanita mungkin tidak pernah menerima pelayanan kesehatan. kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan. kurangnya akses terhadap pelayanan dasar kesehatan ibu yang efektif dan tepat waktu merupakan masalah kritis bagi wanita di dunia ketiga dan berperan besar terhadap masalah kesehatan ibu. Sistem pelayanan kesehatan di sebagian besar negara-negara berkembang sangat menunjukkan "ciri-ciri 4 terlalu", terlalu sedikit tenaga dukun terlatih, terlalu jauh dari rumah, terlalu sedikit dilatih untuk mengidentifikasi atau menangani komplikasi, dan terlalu rendah mutu pelayanannya. Fasilitas pemeriksaan kehamilan bahkan tidak selalu berarti pelayanan yang efektif. Di Zimbabwe misalnya, sedikitnya 90% wanita hamil menerima minimal 1 pemeriksaan kehamilan. Suatu studi di Zimbabwe menyimpulkan bahwa meskipun motivasi melakukan pemeriksaan kehamilan tinggi, akan tetapi besar wanita terlambat melakukannya. Dari penelitian tersebut, kurang dari 20% wanita yang disurvei pergi mengunjungi pelayanan kesehatan sebelum usia kehamilan 20 minggu, sehingga menyulitkan intervensi untuk pengobatan anemia dan masalah lainnya serta pemberian imunisasi (Government of Zimbawwe, 1990; Jacobon, Jodi L, 1997).

Peningkatan status wanita secara menyeluruh dan peningkatan pelayanan kesehatan yang merupakan komponen utama pelayanan

kesehatan primer dan dibutuhkan oleh wanita, terutama wanita hamil. Kesehatan ibu meliputi keluaran positif dan negatif, baik fisik, sosial maupun wanita yang berkaitan dengan kehamilan maupun manajemennya (Koblinsky *et. al*, 1997).

Pendidikan Gizi

Usaha-usaha yang ekstensif dan persuasif dibutuhkan untuk membawa perubahan perilaku di dalam komunitas untuk mengadopsi diversifikasi makanan. Pada akhirnya, hanya penyelesaian yang sustainable terhadap anemia defisiensi zat besi yang membantu masyarakat untuk mengkonsumsi secara rutin makanan yang kaya akan zat besi.

Menurut Soekirman dan Tarwotjo (1986) dalam Dawam MJ (2001) pada proses pendidikan kesehatan dan gizi, ada tiga faktor utama yang menyebabkan timbulnya perubahan, sikap dan perilaku seseorang sehingga orang mau mengadopsi perilaku baru yang sehat. Ketiga faktor tersebut adalah *Pertama*, adanya kesiapan psikologis. Kesiapan tersebut ditentukan oleh tingkat pengetahuan dan kepercayaan orang atau masyarakat akan resiko hidup tidak sehat atau kurang gizi serta cara-cara mengatasi resiko tersebut; *Kedua*, adanya tekanan positif dari kelompok tertentu (*group pressure*), lingkungan tertentu atau seseorang (*person pressure*) untuk mengadakan perubahan-perubahan atau kesediaan untuk melakukan kegiatan yang disampaikan tersebut; *Ketiga*, adanya lingkungan fisik dan ekonomi yang memungkinkan perubahan yang diinginkan, misalnya fasilitas pelayanan kesehatan, tingkat pendapatan, ketersediaan pangan dan sebagainya.

Komunikasi *person to person* tetap masih merupakan sebuah metode komunikasi di beberapa negara berkembang. Kelompok ceramah, slide show, folk play, street play, televisi dan radio adalah metode lain dari pendidikan gizi. Perbaikan gizi harus diimplementasikan sebagai sebuah bagian integral dari pelayanan kesehatan masyarakat dan pengembangan masyarakat untuk melibatkan partisipasi masyarakat.

Olehnya itu, promosi kesehatan yang dilakukan oleh para kader kesehatan mesti digalakkan. Dalam program promosi kesehatan, ada tiga pendekatan utama yakni pemberdayaan masyarakat (*community empowerment*); dukungan sosial (*social support*) dan advokasi.

Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan masih menempatkan masyarakat sebagai objek bukan sebagai subjek pembangunan kesehatan. Kemampuan masyarakat untuk mengemukakan pendapat dan memilih dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan masih sangat terbatas. Peran aktif masyarakat dalam pembangunan kesehatan, yang meliputi pengabdian masyarakat (*to serve*), pelaksanaan advokasi kesehatan (*to advocate*) dan pelaksanaan pengawasan sosial (*to watch*) masih kurang, dan bahkan cenderung menurun. Berbagai masalah kesehatan yang timbul dewasa ini, tidak perlu terjadi bila peran aktif masyarakat yang telah meningkat di masa lampau, dapat dipertahankan.

Sebuah elemen yang krusial di dalam pelayanan kesehatan masyarakat adalah menciptakan kader kesehatan desa dan usaha-usaha mereka untuk memperkaya orang-orang desa dengan pelayanan kesehatan. Kader kesehatan desa dipilih oleh masyarakat, kemudian ditraining mengenai pengetahuan yang esensial dan memberikan tugas-tugas spesifik mengenai promotif dan preventif dengan berfokus

pada kesehatan dan gizi ibu dan anak. Beberapa kegiatan di antaranya adalah monitoring pertumbuhan, manajemen diare dengan menggunakan terapi rehidrasi oral, mengidentifikasi ibu hamil dan menganjurkan mereka untuk mengunjungi pelayanan antenatal. Sehingga kader kesehatan adalah merupakan *The Key Manpower* di dalam pelayanan kesehatan.

Penutup

Gizi bagi seseorang sangatlah penting untuk menjamin kesehatan dan pertumbuhan yang lebih baik. Gizi harus senantiasa ditingkatkan dan membutuhkan perbaikan, dan sasaran program perbaikan gizi mencakup seluruh siklus kehidupan manusia yakni sejak masa hamil, ibu menyusui, bayi, balita, usia sekolah, remaja dan usia lanjut. Dalam konteks ibu hamil, salah satu masalah gizi yang banyak terjadi adalah anemia gizi, yang merupakan masalah gizi mikro terbesar dan tersulit diselesaikan di seluruh dunia.

Daftar Pustaka

- Andersen, R.M. (1995), *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?*, Journal of Health and Social Behavior, Vol. 36, pp. 1-10.
- Bryant Coralie dan White Louise G (1987), *Manajemen Pembangunan untuk Negara Berkembang*, LP3S, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, (1995), *Arif Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, (1997), *Pendekatan Kemasyarakatan*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, (2000), *Panduan Umum Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Ibu dan Anak*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, (2000), *Pedoman Pelaksanaan Pendekatan Partisipasi Masyarakat dalam Meningkatkan Kinerja Posyandu*, Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI (1999), *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta.
- Dwijowijoto, Rian Nugroho (2006), *Pembangunan dan Pemberdayaan, Percik Pokja AMPL*, Jakarta.
- Gunawan, L.A dan Hari Sutejo, *Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa*, Jakarta, IAKAMI, 1980.
- Hadju, V dan Thaha A.R, *Gizi bagi Ibu dan Anak*, Editor Abraham Andi Fadlan Patarai, Yayasan Penerbit IDI dan PPPGK UNHAS Makassar.
- Haryanto, Trisno, *Ibu Hamil Tak Harus Ngemil*, <http://www/Indomedia.com/Intisari/1999/Juni/html>
- Hikmat, Harry (2004), *Strategi Pemberdayaan Masyarakat*, Humaniora Utama Press, Bandung.
- Indonesia Depkes, *Pedoman Microplanning*, Dit.Jen.Binkesmas, Jakarta, 1986.
- Jacobson, Sudi L, (1997), *Harga Diri Sebuah Kemiskinan: Kesehatan Wanita Sebuah Perspektif Global*, Editor Marge Koblinsky Judith Timyan Jill Gay, UGM Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Kardjati, Sri (1996), *Gizi Wanita dan Balita*, FK Unair Prosidina, Seminar Nasional dan Kongres V Pangan dan Gizi, Perhimpunan Peminat Pangan dan Gizi Indonesia (PERZAGI) Pangan Indonesia Surabaya.
- Karo-Karo, Santoso, *Kader Superstar Baru dalam Dunia Kesehatan*, Majalah Kesehatan No. 72 Tahun 1979.
- Mantra I.B, *Kader Tenaga Harapan Masyarakat*, Proyek Pengembangan Penyuluhan Gizi, Jakarta, 1987.
- Muhilal, et.al, (1996), *Review of Survey and Suplementasion Studies of Anemia in Indonesia*.
- Murti, Bhisma, (2006), *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Narayan, Deepa (2002), *Empowerment and Poverty Reduction*, World Bank Washington DC.

- Nazir, Moh, (1988), *Metode Penelitian*, Cet. 3; Ghalia Indonesia, Jakarta.
- Ndraha, T, (1990), *Pembangunan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Ngatimin, H.M. Rusli, (2005), *Isu Hidup Sehat Kontemporer*, Yayasan PK-3, Makassar.
- Ngatimin, H.M. Rusli, (2005), *Disability Oriented Approach (DOA)*, Yayasan PK-3, Makassar
- Saidin, et.al (1995), *Efektifitas Fortifikasi Mie Instan dengan Zat Besi dan Vitamin A terhadap Peningkatan Kadar HB dan Feritin Serum Ibu Hamil*, Penelitian Gizi Masyarakat.
- Shaikh B.T. & Hatcher, J (2004), *Health Seeking Behaviour and Health Service Utilization in Pakistan: Challenging the Policy Makers*, Journal of Public Health, Vol. 279(1), pp. 49-54.
- Soetrisno L (1995), *Menuju Masyarakat Partisipatif*, Penerbit Kanisius Yogyakarta.
- Suharto, Edi, *Pendekatan Pekerja Sosial dalam Pemberdayaan Masyarakat Miskin: Konsep, Indikator dan Strategi*, disampaikan pada Pelatihan Pemberdayaan Masyarakat Miskin bagi Tenaga Kesejahteraan Sosial Masyarakat, Malang, 12 April 2004.
- Tjokrowinoto, Moelyarto, (2004), *Pembangunan: Dilema dan Tantangan*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Zulkifli, (2004), *Posyandu dan Kader Kesehatan*, USU Digital Library.