

BUKU AJAR



GIZI



**HARI PERTAMA
KEHIDUPAN**



Atikah Rahayu, S.KM., M.PH
Fauzie Rahman, S.KM., M.PH
Lenie Marlinae, S.KM., M.KL
Prof. Dr. Husaini, S.KM., M.Kes
Dr.dr. Meitria SN, M.Kes
Fahrini Yulidasari, S.KM., M.PH
Dian Rosadi, S.KM., M.PH
Nur Laily, S.KM., M.Kes

BUKU AJAR GIZI 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN

Oleh :

Atikah Rahayu, S.KM, M.PH

Fauzie Rahman, S.KM, M.PH

Lenie Marlinae, S.KM, M.KL

Prof. Dr. Husaini, S.KM., M.Kes

Dr. dr. Meitria SN, M.Kes

Fahrini Yulidasari, S.KM, M.PH

Dian Rosadi, S.KM, M.PH

Nur Laily, S.KM, M.Kes

Editor: Parida Rahmi, S.KM

Hak Cipta © 2018, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

Cetakan ke- 1

Tahun 2018

CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-55182

Telp: 083867708263

Email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-602-52209-9-9

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan petunjuk-NYA dapat menyelesaikan penyusunan buku bacaan yang juga menjadi buku ajar bagi para mahasiswa kesehatan masyarakat untuk mengenal, mempelajari, dan memahami mengenai “**gizi 1000 hari pertama kehidupan (HPK)**”. Mudah-mudahan buku ini memberikan manfaat besar meningkatkan pengetahuan mahasiswa, dilengkapi dengan latihan soal dalam rangka mencapai kompetensi yang disyaratkan dalam kurikulum.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendorong dan memberikan motivasi penyusunan buku ajar ini. Buku ini memang dirasakan jauh dari lengkap dan sempurna, keterangan detail tetap dianjurkan untuk membaca buku-buku dan kepustakaan yang tercantum dalam daftar referensi. Akhirnya guna penyempurnaan buku ini, kami tetap memohon masukan, kritik, saran agar nantinya terwujud sebuah buku ajar praktis, informatif, penuh manfaat dan menjadi rujukan dalam memahami periode emas pertumbuhan dan perkembangan dalam “**gizi 1000 hari pertama kehidupan (HPK)**”.

Banjarbaru, Agustus 2018

--Tim Penyusun--

DAFTAR ISI

Judul.....	i
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi	iii
Daftar Tabel.....	v
Daftar Gambar.....	vi
BAB I. Pengantar 1000 Hari Pertama Kehidupan	1
BAB II. Status Gizi Remaja, Ibu Hamil dan Baduta	26
BAB III. Faktor Risiko 1000 HPK dari remaja, Ibu Hamil, dan Baduta.....	43
BAB IV. Faktor Risiko Aspek Kesehatan Lingkungan dan Sosial Budaya.....	51
BAB V. Intervensi dari Sudut Pandang Kesehatan Lingkungan Terhadap Faktor Risiko 1000 HPK pada Remaja, Ibu Hamil, dan Baduta.....	69
BAB VI. Intervensi dari Sudut Pandang Gizi Terhadap Faktor Risiko 1000 HPK pada Remaja, Ibu Hamil, dan Baduta.....	102
BAB VII. Intervensi dari Sudut Pandang Promosi Kesehatan Terhadap Faktor Risiko 1000 HPK pada Remaja, Ibu Hamil, dan Baduta.....	108
BAB VIII. Evaluasi Gizi Remaja, Ibu Hamil, dan Baduta... ..	126
BAB IX. Rencana Aksi Antar Profesi, Lintas Sektor, Mitra Pembangunan dan <i>Stakeholder</i> Terkait 1000 HPK.....	154
BAB X. Model Base Practice Intervensi Promotif Preventif Pemulih Gizi Berbasis Masyarakat.....	170

*Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat*

BAB XI. Model Intervensi Kuratif, Rehabilitatif Asuhan Gizi.....	188
BAB XII. Implementasi Kebijakan 100 HPK di Klaimantan Selatan.....	200

Daftar Pustaka

DAFTAR TABEL

	HALAMAN
Tabel 2.1	
Kebutuhan Diet Sehari Nutrisi Remaja Putri dan Dewasa Muda.....	32
Tabel 2.2	
Kebutuhan Zat Gizi Ibu Hamil yang Dihitung Berdasarkan Persentase Peningkatan Asupan Gizi di Atas Kebutuhan Wanita Tidak Hamil.....	35
Tabel 4.1	
Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Variabel Faktor Penentu Stunting Anak Balita pada Zona Eko Sistem Dataran Rendah, Dataran Sedang dan Pegunungan di Kabupaten Kupang.....	59
Tabel 8.1	
Kategori Ambang Batas IMT untuk Indonesia.....	134
Tabel 8.2	
Ukuran dan Konstitusi Tubuh Anak Umur 10 dan 20 Tahun.....	138
Tabel 9.1	
Rencana Kegiatan Utama Mitra Pembangunan (Organisasi PBB).....	160
Tabel 9.2	
Rencana Kegiatan Utama Mitra Pembangunan.....	162
Tabel 9.3	
Rencana Kegiatan Utama Pemerintah.....	164
Tabel 9.4	
Rencana Kegiatan Utama Lembaga Sosial Kemasyarakatan.....	166
Tabel 9.5	
Rencana pada Dunia Usaha.....	167

DAFTAR GAMBAR

	HALAMAN
Gambar 1. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Pada Anak Balita Modifikasi dari UNICEF (1998), FAO (2003), Mochtar (1998).....	53
Gambar 2. Ruang Lingkup SKPG (Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi).....	174
Gambar 3. Manfaat Informasi SKPG (Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi).....	175
Gambar 4. Pemantauan Pertumbuhan Balita.....	177
Gambar 5. Pilar Gizi Seimbang.....	182

BAB I PENGANTAR 1000 HARI PERTAMA KEHIDUPAN

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan tentang 1000 hari pertama kehidupan (HPK), kegiatan 1000 HPK dan pemangku kepentingan dalam 1000 HPK

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Gerakan 1000 hari pertama kehidupan (HPK)
- b. Kegiatan 1000 HPK
- c. Pemangku kepentingan

Materi Pembelajaran:

A. Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan

Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan merupakan suatu gerakan percepatan perbaikan gizi yang diadopsi dari gerakan *Scaling Up-Nutrition (SUN) Movement*.

Gerakan *Scaling Up-Nutrition (SUN) Movement* merupakan suatu gerakan global di bawah koordinasi Sekretaris Jenderal PBB. Tujuan global dari *SUN Movement* adalah untuk menurunkan masalah gizi pada 1000 HPK yakni dari awal kehamilan sampai usia 2 tahun. Di Indonesia, Gerakan *scaling up nutrition* dikenal dengan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK) dengan landasan berupa Peraturan Presiden (Perpres) nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.

Periode 1000 hari pertama sering disebut *window of opportunities* atau sering juga disebut periode emas (*golden period*) didasarkan pada kenyataan bahwa pada masa janin sampai anak usia dua tahun terjadi proses tumbuh kembang yang sangat cepat dan tidak terjadi pada kelompok usia lain. Pemenuhan asupan gizi pada 1000 HPK anak sangat penting. Jika pada rentang usia tersebut anak mendapatkan asupan gizi yang optimal maka penurunan status gizi anak bisa dicegah sejak awal.

Untuk mencapai percepatan perbaikan gizi ini dibutuhkan dukungan lintas sektor. Kontribusi sektor kesehatan hanya menyumbang 30%, sedangkan sektor non kesehatan berkontribusi sebesar 70% dalam penanggulangan masalah gizi⁵. Dalam gerakan 1000 HPK telah dijelaskan bahwa untuk menanggulangi masalah kurang gizi diperlukan intervensi yang spesifik dan sensitif. Intervensi spesifik dilakukan oleh sector kesehatan seperti penyediaan vitamin, makanan tambahan, dan lainnya sedangkan intervensi sensitif dilakukan oleh sektor nonkesehatan seperti penyediaan sarana air bersih, ketahanan pangan, jaminan kesehatan, pengentasan kemiskinan dan sebagainya (Rosha BC dkk, 2016).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas tahun 2010), persentase BBLR di Indonesia sebesar 8,8 persen, anak balita pendek sebesar 35,6 persen, anak balita kurus sebesar 13,3 persen, anak balita gizi kurang sebesar 17,9 persen, dan anak balita gizi lebih sebesar 12,2 persen. Dengan demikian Indonesia menghadapi

masalah gizi ganda, di satu pihak mengalami kekurangan gizi di pihak lain mengalami kelebihan gizi (Pedoman Perencanaan Program Gerakan 1000 HPK, 2012).

Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh masalah gizi tersebut diatas, dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sedangkan, dalam jangka panjang akibat buruk yang dapat ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit, dan resiko tinggi untuk munculnya penyakit diabetes, kegemukan, penyakit jantung dan pembuluh darah, kanker, stroke, dan disabilitas pada usia tua. Kesemuanya itu akan menurunkan kualitas sumber daya manusia Indonesia, produktifitas, dan daya saing bangsa (Pedoman Perencanaan Program Gerakan 1000 HPK, 2012).

Status gizi pada 1000 HPK akan berpengaruh terhadap kualitas kesehatan, intelektual, dan

produktivitas pada masa yang akan datang. Ibu dan bayi memerlukan gizi yang cukup dan berkualitas untuk menjamin status gizi dan status kesehatan; kemampuan motorik, sosial, dan kognitif; kemampuan belajar dan produktivitasnya pada masa yang akan datang. Anak yang mengalami kekurangan gizi pada masa 1000 HPK akan mengalami masalah neurologis, penurunan kemampuan belajar, peningkatan risiko drop out dari sekolah, penurunan produktivitas dan kemampuan bekerja, penurunan pendapatan, penurunan kemampuan menyediakan makananan yang bergizi dan penurunan kemampuan mengasuh anak. Selanjutnya akan menghasilkan penularan kurang gizi dan kemiskinan pada generasi selanjutnya (USAID, 2014). Mempertimbangkan pentingnya gizi bagi 1000 HPK, maka intervensi gizi pada 1000 HPK merupakan prioritas utama untuk meningkatkan kualitas kehidupan generasi yang akan datang (BAPPENAS, 2012).

Kebutuhan zat gizi sangat tinggi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan yang cepat selama

kehidupan janin dan 2 tahun pertama kehidupan setelah lahir (Dewey & Begum, 2011). Gizi kurang dan kesehatan yang buruk pada ibu dan anak selama periode tersebut memberikan dampak buruk bagi kehidupan bayi di masa dewasa yang bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi (PAHO-WHO, 2003; Barker, 2008; Black *et al.* 2008).

Adapun titik kritis yang harus diperhatikan selama periode 1000 HPK adalah sebagai berikut:

1. Periode dalam kandungan (280 hari)

Wanita hamil merupakan kelompok yang rawan gizi. Oleh sebab itu penting untuk menyediakan kebutuhan gizi yang baik selama kehamilan agar ibu hamil dapat memperoleh dan mempertahankan status gizi yang optimal sehingga dapat menjalani kehamilan dengan aman dan melahirkan bayi dengan potensi fisik dan mental yang baik, serta memperoleh energi yang cukup untuk menyusui kelak (Arisman, 2004).

Ibu hamil dengan status gizi kurang akan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin,

penyebab utama terjadinya bayi pendek (*stunting*) dan meningkatkan risiko obesitas dan penyakit degeneratif pada masa dewasa (The Lancet, 2013).

Kondisi status gizi kurang pada awal kehamilan dan risiko KEK pada masa kehamilan, diikuti oleh penambahan berat badan yang kurang selama kehamilan dapat menyebabkan ibu hamil tersebut dapat menyebabkan peningkatan risiko keguguran, bayi lahir mati, kematian neonatal, cacat bawaan, anemia pada bayi, serta bayi lahir dengan BBLR (Sandjaja, 2009). Penelitian ini menunjukkan bahwa persentase bayi dengan BBLR sebanyak 6,7%. Meskipun angka BBLR dalam penelitian ini lebih rendah dibandingkan dengan prevalensi BBLR pada tingkat Nasional pada 2007 (11,5%), namun kondisi BBLR akan meningkatkan risiko penyakit infeksi dan kurus (*wasting*), serta peningkatan risiko kesakitan dan kematian bayi baru lahir, gangguan perkembangan mental, risiko penyakit tidak menular seperti DM dan PJK (Joyce C dkk, 2016).

Janin tumbuh dengan mengambil zat-zat gizi dari makanan yang dikonsumsi oleh ibunya dan dari simpanan zat gizi yang berada di dalam tubuh ibunya. Selama hamil atau menyusui seorang ibu harus menambah jumlah dan jenis makanan yang dimakan untuk mencukupi kebutuhan pertumbuhan bayi dan kebutuhan ibu yang sedang mengandung bayinya serta untuk memproduksi ASI. Bila makanan ibu sehari-hari tidak cukup mengandung zat gizi yang dibutuhkan, maka janin atau bayi akan mengambil persediaan yang ada didalam tubuh ibunya, seperti sel lemak ibu sebagai sumber kalori; zat besi dari simpanan di dalam tubuh ibu sebagai sumber zat besi janin/bayi. Demikian juga beberapa zat gizi tertentu tidak disimpan di dalam tubuh seperti vitamin C dan vitamin B yang banyak terdapat di dalam sayuran dan buah-buahan. Sehubungan dengan hal itu, ibu harus mempunyai status gizi yang baik sebelum hamil dan mengonsumsi makanan yang beranekaragam baik proporsi maupun jumlahnya (Kemenkes RI, 2014).

Seorang ibu hamil harus berjuang menjaga asupan nutrisinya agar pembentukan, pertumbuhan dan perkembangan janinnya optimal. Idealnya, berat badan bayi saat dilahirkan adalah tidak kurang dari 2500 gram, dan panjang badan bayi tidak kurang dari 48 cm. Inilah alasan mengapa setiap bayi yang baru saja lahir akan diukur berat dan panjang tubuhnya, dan dipantau terus menerus terutama di periode emas pertumbuhannya, yaitu 0 sampai 2 tahun (Kemenkes RI, 2017).

Teori *Thrifty Phenotype* (Barker dan Hales) menyatakan bahwa, bayi yang mengalami kekurangan gizi di dalam kandungan dan telah melakukan adaptasi metabolik dan endokrin secara permanen, akan mengalami kesulitan untuk beradaptasi pada lingkungan kaya gizi pasca lahir, sehingga menyebabkan obesitas dan mengalami gangguan toleransi terhadap glukosa. Sebaliknya, risiko obesitas lebih kecil apabila pasca lahir bayi tetap

mengonsumsi makanan dalam jumlah yang tidak berlebihan.

Kenyataannya di Indonesia masih banyak ibu-ibu yang saat hamil mempunyai status gizi kurang, misalnya kurus dan menderita Anemia. Hal ini dapat disebabkan karena asupan makanannya selama kehamilan tidak mencukupi untuk kebutuhan dirinya sendiri dan bayinya. Selain itu kondisi ini dapat diperburuk oleh beban kerja ibu hamil yang biasanya sama atau lebih berat dibandingkan dengan saat sebelum hamil. Akibatnya, bayi tidak mendapatkan zat gizi yang dibutuhkan, sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya (Kemenkes RI, 2014).

2. Periode 0 – 6 bulan (180 hari)

Ada dua hal penting dalam periode ini yaitu melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif. Inisiasi menyusui dini adalah memberikan kesempatan kepada bayi baru

lahir untuk menyusu sendiri pada ibunya dalam satu jam pertama kelahirannya.

Dalam 1 jam kehidupan pertamanya setelah dilahirkan ke dunia, pastikan mendapatkan kesempatan untuk melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD). IMD adalah proses meletakkan bayi baru lahir pada dada atau perut sang ibu agar bayi secara alami dapat mencari sendiri sumber Air Susu Ibu (ASI) dan menyusu. Sangat bermanfaat karena bayi akan mendapatkan kolostrum yang terdapat pada tetes ASI pertama ibu yang kaya akan zat kekebalan tubuh. Tidak hanya bagi bayi, IMD juga sangat bermanfaat bagi Ibu karena membantu mempercepat proses pemulihan pasca persalinan. Meskipun manfaatnya begitu besar, banyak ibu yang tidak berhasil mendapatkan kesempatan IMD, karena kurangnya pengetahuan dan dukungan dari lingkungan (Kemenkes RI, 2017).

Dengan dilakukannya IMD maka kesempatan bayi untuk mendapat kolostrum semakin besar. Kolostrum

merupakan ASI terbaik yang keluar pada hari ke 0-5 setelah bayi lahir yang mengandung antibodi (zat kekebalan) yang melindungi bayi dari zat yang dapat menimbulkan alergi atau infeksi (Handy, 2010).

ASI eksklusif adalah pemberian ASI setelah lahir sampai bayi berumur 6 bulan tanpa pemberian makanan lain. Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya kegagalan pemberian ASI Eksklusif antara lain adalah karena kondisi bayi yaitu Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), kelainan kongenital, terjadi infeksi, dan lain-lain; serta karena faktor dari kondisi ibu yaitu pembengkakan/abses payudara, cemas dan kurang percaya diri, ibu kurang gizi, dan ibu ingin bekerja. Selain itu, kegagalan menyusui dapat disebabkan oleh ibu yang belum berpengalaman, paritas, umur, status perkawinan, merokok, pengalaman menyusui yang gagal, tidak ada dukungan keluarga, kurang pengetahuan, sikap, dan keterampilan, faktor sosial budaya dan petugas kesehatan, rendahnya pendidikan laktasi pada saat prenatal dan kebijakan rumah sakit

yang tidak mendukung laktasi atau pemberian ASI Eksklusif. WHO merekomendasikan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan pertama dan pemberian ASI diteruskan hingga anak berusia 2 tahun untuk meningkatkan daya tahan tubuh anak dan mengurangi risiko kontaminasi dari makanan/minuman selain ASI. Pemberian ASI Eksklusif menurunkan risiko infeksi saluran cerna, otitis media, alergi, kematian bayi, infeksi usus besar dan usus halus (inflammatory bowel disease), penyakit celiac, leukemia, limfoma, obesitas, dan DM pada masa yang akan datang. Pemberian ASI Eksklusif dan meneruskan pemberian ASI hingga 2 tahun juga dapat mempercepat pengembalian status gizi ibu, menurunkan risiko obesitas, hipertensi, rematoid arthritis, kanker payudara ibu.

3. Periode 6 – 24 bulan (540 hari)

Mulai usia 6 bulan ke atas, anak mulai diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) karena sejak usia ini, ASI saja tidak mencukupi kebutuhan anak. Pengetahuan dalam pemberian MP ASI menjadi

sangat penting mengingat banyak terjadi kesalahan dalam praktek pemberiannya, seperti pemberian MP ASI yang terlalu dini pada bayi yang usianya kurang dari 6 bulan. Hal ini dapat menyebabkan gangguan pencernaan atau diare. Sebaliknya, penundaan pemberian MP ASI akan menghambat pertumbuhan bayi karena alergi dan zat-zat gizi yang dihasilkan dari ASI tidak mencukupi kebutuhan lagi sehingga akan menyebabkan kurang gizi (Pudjiadi, 2005).

Asupan gizi yang tidak kuat merupakan salah satu penyebab kegagalan tumbuh kembang anak. Ini berarti solusi untuk kekurangan gizi harus memenuhi penyediaan nutrisi tertentu untuk anak (UKAID, 2011). Menurut Ali Khomsan usaha positif yang dapat dilakukan untuk menanggulangi masalah ini adalah dengan menyelenggarakan program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) secara gratis, disamping itu perlu ditingkatkan pengetahuan ibu tentang makanan yang bergizi.¹⁰ PMT-P dapat berupa

makanan lokal atau makanan pabrik seperti susu dan biscuit (Persagi, 2009).

Pada usia ini anak berada pada periode pertumbuhan dan perkembangan cepat, mulai terpapar terhadap infeksi dan secara fisik mulai aktif, sehingga kebutuhan terhadap zat gizi harus terpenuhi dengan memperhitungkan aktivitas bayi/anak dan keadaan infeksi. Agar mencapai gizi seimbang maka perlu ditambah dengan Makanan Pendamping ASI atau MP-ASI, sementara ASI tetap diberikan sampai bayi berusia 2 tahun. Pada usia 6 bulan, bayi mulai diperkenalkan kepada makanan lain, mula-mula dalam bentuk lumat, makanan lembik dan selanjutnya beralih ke makanan keluarga saat bayi berusia 1 tahun (Kemenkes RI, 2014).

Ibu sebaiknya memahami bahwa pola pemberian makanan secara seimbang pada usia dini akan berpengaruh terhadap selera makan anak selanjutnya, sehingga pengenalan kepada makanan yang beranekaragam pada periode ini menjadi sangat

penting. Secara bertahap, variasi makanan untuk bayi usia 6-24 bulan semakin ditingkatkan, bayi mulai diberikan sayuran dan buah-buahan, lauk pauk sumber protein hewani dan nabati, serta makanan pokok sebagai sumber kalori. Demikian pula jumlahnya ditambahkan secara bertahap dalam jumlah yang tidak berlebihan dan dalam proporsi yang juga seimbang (Kemenkes RI, 2014).

Meskipun telah berhasil sampai pada akhir fase ASI Eksklusif, lanjutkan menyusui ASI sampai anak berusia 2 tahun. Di usia 6 bulan kehidupannya, anak memasuki fase makan untuk pertama kali. Dalam fase ini, anak akan mengenal makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI). Hal yang perlu diperhatikan adalah praktik Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). Kalau ibu hamil berhasil IMD dan ASI Eksklusif selama 6 bulan, selamat bayinya.. Tapi jika dalam pemberian makanan cair dan lunak dalam fase PMBA tadi itu tidak diberikan makanan yang baik, maka tetap saja gagal (Kemenkes RI, 2017).

B. Kegiatan 1000 HPK

Pedoman Perencanaan Program Gizi pada 1000 HPK menjelaskan bahwa gizi 1000 HPK terdiri dari 2 jenis kegiatan, yaitu intervensi spesifik dan intervensi sensitif. Kedua intervensi ini sangat baik bila mampu berjalan beriringan karena akan berdampak sustainable dan jangka panjang. Beberapa kegiatan tersebut adalah penyediaan air bersih, sarana sanitasi, berbagai penanggulangan kemiskinan, ketahanan pangan dan gizi, fortifikasi pangan, pendidikan dan KIE Gizi, pendidikan dan KIE Kesehatan, kesetaraan gender, dan lain-lain.

1. Kegiatan Intervensi Spesifik

Tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Kegiatan ini pada umumnya dilakukan oleh sektor kesehatan, seperti pada kelompok khusus ibu hamil dilakukan kegiatan suplementasi besi folat, pemberian makanan pada ibu KEK, penanggulangan kecacingan pada ibu hamil, pemberian kelambu berinsektisida dan pengobatan bagi ibu hamil yang

postif malaria. Kelompok 0-6 bulan dilakukan kegiatan promosi menyusui dan ASI eksklusif (konseling individu dan kelompok) dan untuk kelompok 7-23 bulan, promosi menyusui tetap diberikan, KIE perubahan perilaku untuk perbaikan MP-ASI, suplementasi zink, zink untuk manajemen diare, pemberian obat cacing, fortifikasi besi, pemberian kelambu berinsektisida dan malaria. Intervensi spesifik bersifat jangka pendek, hasilnya juga dapat dicatat dalam waktu yang relatif pendek.

2. Kegiatan Intervensi Sensitif

Intervensi gizi sensitif merupakan berbagai kegiatan yang berada di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Namun apabila dilaksanakan secara khusus dan terpadu dengan kegiatan spesifik, dampaknya terhadap keselamatan proses pertumbuhan dan perkembangan kelompok 1000 HPK akan semakin baik. Intervensi gizi sensitif meliputi, penyediaan air bersih dan sanitasi, ketahanan pangan

dan gizi, keluarga berencana, jaminan kesehatan masyarakat, jaminan persalinan dasar, fortifikasi pangan, pendidikan gizi masyarakat, intervensi untuk remaja perempuan dan pengentasan kemiskinan (Kemenko Kesra RI, 2012).

Dokumen SUN Inggris menyebutkan bahwa intervensi gizi spesifik yang umumnya dilaksanakan oleh sektor kesehatan hanya 30% efektif mengatasi masalah gizi 1000 HPK. Hal ini karena kompleksnya masalah gizi khususnya masalah beban ganda, yaitu kombinasi antara anak kurus, pendek gemuk dan penyakit tidak menular (PTM), yang terjadi pada waktu yang relatif sama di masyarakat miskin, penuntasan 70% memerlukan keterlibatan banyak sektor pembangunan diluar sektor kesehatan (Kemenko Kesra RI, 2013).

Dalam kerangka konsep UNICEF penanganan masalah gizi diantaranya adalah melalui program pengentasan kemiskinan dan pertumbuhan ekonomi, keterlibatan dunia usaha, penanganan konflik serta

pelestarian lingkungan hidup.⁶ Program-program ini merupakan potensi yang sangat besar untuk mengatasi kekurangan gizi dan memegang kunci untuk mengatasi sisa dua pertiga dari penyebab masalah *stunting* yang tidak dapat diselesaikan dengan intervensi gizi spesifik (UKAID, 2011).

Dalam penelitian ditemukan bahwa anak yang berasal dari keluarga dengan kondisi air dan sanitasi kurang baik lebih sering mengalami diare daripada anak yang berasal dari keluarga dengan kondisi air dan sanitasinya paling baik.¹⁸ Hal ini dimungkinkan karena infeksi subklinis yang berasal dari paparan lingkungan tercemar dan gizi dapat mengurangi kemampuan usus untuk mencegah organisme penyebab penyakit masuk ke dalam tubuh.¹⁹ Penyakit infeksi karena lingkungan yang kurang baik lainnya yaitu infeksi cacing STH (Soil Transmitted Helminth). Cacing STH adalah cacing yang penularannya lewat tanah dan jenis cacing yang sering ditemukan yaitu *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale* dan *Necator*

americanus Strongylaides steicoralis (Gandahusada, 2006).

Selain itu, kemiskinan merupakan masalah mendasar yang menyebabkan masih tingginya masalah gizi di Indonesia. Penanggulangan kemiskinan dengan cara memperbaiki ekonomi dan meningkatkan pendapatan merupakan salah satu cara intervensi tidak langsung yang dapat dilakukan untuk mengurangi masalah gizi yaitu memperbaiki ekonomi dan meningkatkan pendapatan masyarakat (World Bank, 2006). Keluarga dengan pendapatan yang memadai dapat memenuhi kebutuhan asupan makannya juga mempunyai akses yang baik terhadap pelayanan kesehatan serta memiliki lingkungan yang sehat dapat terhindar dari gizi kurang.

C. Pemangku Kepentingan

Dalam Gerakan 1000 HPK ditekankan pentingnya kemitraan dengan berbagai pihak atau pemangku kepentingan untuk mengatasi masalah gizi. Program perbaikan gizi tidak hanya menjadi tanggungjawab dan

dilakukan oleh pemerintah, tetapi perlu melibatkan berbagai pemangku kepentingan yang terdiri dari kementerian dan lembaga, dunia usaha, mitra pembangunan internasional, lembaga sosial kemasyarakatan, dan didukung oleh organisasi profesi, perguruan tinggi, serta media.

1. Pemerintah

Pemerintah berperan sebagai inisiator, fasilitator, dan motivator gerakan 1000 HPK, yang terdiri dari K/L, mitra pembangunan, organisasi masyarakat, dunia usaha dan mitra pembangunan.

2. Mitra Pembangunan/Donor

Tugas mitra pembangunan adalah untuk memperkuat kepemilikan nasional dan kepemimpinan, berfokus pada hasil, mengadopsi pendekatan multisektoral, memfokuskan pada efektivitas, mempromosikan akuntabilitas dan memperkuat kolaborasi dan inklusi.

3. Organisasi Kemasyarakatan

Tugas organisasi kemasyarakatan adalah memperkuat mobilisasi, advokasi, komunikasi, riset dan analisis

kebijakan serta pelaksana pada tingkat masyarakat untuk menangani kekurangan gizi.

4. Dunia Usaha

Dunia usaha bertugas untuk pengembangan produk, control kualitas, distribusi, riset, pengembangan teknologi informasi, komunikasi, promosi perubahan perilaku untuk hidup sehat.

5. Mitra Pembangunan/Organisasi PBB

Mitra pembangunan bertugas untuk memperluas dan mengembangkan kegiatan gizi sensitif dan spesifik melalui harmonisasi keahlian dan bantuan teknis antar mitra pembangunan antara lain UNICEF, WHO, FAO dan IFAD, SCN (*Standing Committee on Nutrition*).

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. Untuk **option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk **option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar

D = jika jawaban 4 saja benar

E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Periode 1000 hari pertama sering disebut..
 - a. Window of the world
 - b. Window of opportunities
 - c. Window to the universe
 - d. Window of golden

2. Intervensi spesifik yang dilakukan untuk menanggulangi masalah kurang gizi antara lain melalui...
 1. Penyediaan vitamin
 2. Penyediaan sarana air bersih
 3. Makanan tambahan pada ibu kek
 4. Jaminan kesehatan

3. Intervensi sensitif yang dilakukan untuk menanggulangi masalah kurang gizi antara lain melalui...
 1. Penyediaan vitamin
 2. Penyediaan sarana air bersih
 3. Makanan tambahan pada ibu kek
 4. Jaminan kesehatan

4. Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh masalah gizi dalam jangka panjang adalah dapat menimbulkan...
 - a. terganggunya perkembangan otak
 - b. gangguan pertumbuhan fisik
 - c. gangguan metabolisme dalam tubuh
 - d. menurunnya kekebalan tubuh

*Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat*

5. Dalam Gerakan 1000 HPK ditekankan pentingnya kemitraan dengan berbagai pihak atau pemangku kepentingan untuk mengatasi masalah gizi. Peran Organisasi Kemasyarakatan adalah...
 - a. Fasilitator
 - b. Riset dan analisis kebijakan
 - c. Pengembangan teknologi informasi
 - d. Inisiator

BAB II

STATUS GIZI REMAJA, IBU HAMIL DAN BADUTA

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan status gizi remaja, ibu hamil dan baduta.

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Status gizi remaja
- b. Status gizi ibu hamil
- c. Status gizi baduta

Materi Pembelajaran:

A. Pendahuluan

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi (Almatsier, 2005). Jellife (1989) mengemukakan bahwa status gizi merupakan salah satu indikator status

kesehatan seseorang. Status gizi juga mencerminkan situasi waktu tertentu dan sebagai petunjuk yang dapat membantu petugas untuk mengetahui keadaan konsumsi kesehatan individu. status gizi merupakan hasil dari berbagai macam kekuatan interaksi yang dapat berubah-ubah dalam tipe dan tingkat variasi akibat perbedaan kebudayaan, geografi, sosial-ekonomi, dan bermacam-macam genetik di dunia.

Status gizi sangat ditentukan oleh ketersediaan zat gizi dalam jumlah cukup dan dalam kombinasi waktu yang tepat di tingkat sel agar tubuh dapat berkembang dan berfungsi dengan normal. Berdasarkan hal tersebut, status gizi ditentukan oleh pemenuhan semua zat gizi yang diperlukan tubuh dari makanan dan berperannya faktor yang menentukan besarnya kebutuhan, penyerapan, dan penggunaan zat-zat tersebut (Dwyer, 1991).

Ada tiga hal yang perlu diketahui sehubungan dengan status gizi seseorang, yaitu *nutrition*, *nutriture*, dan *nutritional status*. *Nutrition* adalah suatu proses

dimana organisme hidup karena penggunaan makanan yang diterima tubuhnya mulai dari pencernaan sampai dengan dihasilkannya energi. Nutriture menggambarkan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran gizi yang diterima tubuh sehingga menimbulkan *nutritional status*, yang dapat diukur dengan variabel pertumbuhan tertentu (Supariasa dkk, 2002).

Terdapat beberapa penilaian status gizi, yaitu dengan pengukuran antropometri, klinis dan biofisik, yang disebut dengan penilaian status gizi secara langsung. Pengukuran antropometri adalah jenis pengukuran yang paling sederhana dan praktis, karena mudah dilakukan dan dapat dilakukan dalam jumlah sampel yang besar. Pengukuran antropometri adalah pengukuran yang dilakukan terhadap berat badan (BB), tinggi badan (TB) dan lingkaran bagian-bagian tubuh serta tebal lemak bawah kulit (Supariasa et al. 2001)

B. Status Gizi Remaja

Laju pertumbuhan anak, baik perempuan maupun lelaki, hampir sama cepatnya sampai pada usia 9 tahun.

Selanjutnya, antara 10-12 tahun pertumbuhan anak perempuan mengalami percepatan lebih dahulu karena tubuhnya memerlukan persiapan menjelang usia reproduksi. Sementara anak lelaki baru dapat menyusul dua tahun kemudian. Puncak pertambahan berat dan tinggi badan perempuan tercapai pada usia masing-masing 12,9 dan 12,1 tahun; sementara lelaki pada 14,3 dan 14,1 tahun. Menarche akan terjadi sekitar 9-12 bulan setelah itu. Di negara maju, pertumbuhan cepat ini tidak berlangsung lama, biasanya selesai pada usia 17 tahun. Namun, di negara tengah berkembang (miskin), pendewasaan fisik berjalan lebih lama dan biasanya baru terselesaikan setelah berusia 19 tahun. Akibatnya, *menarche* muncul lebih larut.

Dengan demikian, perempuan akan lebih cepat dewasa dan wajar jika lebih dulu mengalami ketertarikan seksual terhadap lawan jenis ketimbang lelaki pada usia setara. Dalam konteks budaya, terutama dalam masyarakat tradisional, kematangan tersebut menyiratkan persiapan dan kesiapan untuk segera

dinikahkan. Namun demikian, kini kesempatan bersekolah semakin luas. Semakin terdidik seseorang, kesempatan untuk berusaha atau meniti karier menjadi semakin luas pula. Namun Ironis di wilayah Puskesmas Babirik di Amuntai sebesar 75,6% masih berpendidikan rendah (Kemenkes RI, 2018).

Masalah kesehatan remaja boleh jadi berawal pada usia yang sangat dini. Gejala sisa infeksi dan malnutrisi ketika kanak-kanak misalnya, akan menjadi beban pada usia remaja. Mereka yang dapat selamat dari penyakit diare dan infeksi kronis saluran napas yang terkait dengan malnutrisi semasa bayi, tidak akan mungkin tumbuh (termasuk perkembangan mental dan psikososial) sempurna menjadi remaja normal yang akhirnya menjadi tenaga kerja yang kurang produktif. Penyakit lain, seperti penyakit jantung, rematik, dan tuberkulosis yang pernah diderita semasa anak-anak, sering kambuh pada usia remaja. Masih ada remaja awal (12-16 tahun) yang telah berstatus sebagai ibu rumah tangga di Amuntai (Kemenkes RI, 2018). Pemenuhan

kebutuhan akan zat gizi remaja secara umum didasarkan pada *Recommended Daily Allowances* (RDA). RDA disusun berdasarkan perkembangan kronologisnya, bukan kematangan. Jika konsumsi energi remaja kurang dari jumlah yang dianjurkan, tidak berarti kebutuhannya belum tercukupi (Arisman, 2004).

Kebutuhan energi remaja putri memuncak pada usia 12 tahun (2.550 kkal), menurun menjadi 2.200 kkal pada usia 18 tahun. Kebutuhan energi tersebut sebagian besar diperlukan untuk mempertahankan kebutuhan zat gizi di dalam tubuh dan aktifitas fisik daripada untuk pertumbuhan. Menurut Soetjningsih (2004), kebutuhan energi bervariasi tergantung aktifitas fisik. Remaja yang kurang aktif dapat menjadi kelebihan berat badan atau obesitas, walaupun asupan energi lebih rendah dari kebutuhan yang direkomendasikan. Sebaliknya pada remaja yang sangat aktif akan membutuhkan energi yang lebih banyak dari kebutuhan energi yang direkomendasikan. Konsumsi energi yang kurang dapat terjadi karena sumbernya, kebutuhan yang meningkat

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

atau pada penyakit kronis. Untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuh manusia dan untuk memperoleh energi agar manusia dapat melakukan kegiatan fisiknya sehari-hari, maka tubuh manusia harus dipenuhi kebutuhan zat-zat makanan atau zat-zat gizinya. Zat-zat makanan yang diperlukan itu dapat dikelompokkan menjadi enam macam, yaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air (Kartasapoetra & Marsetyo, 2005).

Tabel 2.1 Kebutuhan Diet Sehari Nutrisi Remaja Putri dan Dewasa Muda

Zat-Zat Gizi	Usia		
	11-14	15-18	19-24
Energi (total kkal)	2200	2200	2200
Protein (g)	46	44	46
Vitamin A (g RE)	800	800	800
Vitamin D (g)	10	10	10
Vitamin E (mg a TE)	8	8	8
Vitamin K (g)	45	55	60
Vitamin C (mg)	50	60	60
Thiamin (mg)	1,1	1,1	1,1
Riboflavin (mg)	1,3	1,3	1,3
Niasin (mg NE)	15	15	15
Vitamin B6 (mg)	1,4	1,5	1,6
Fo lat (g)	150	180	180
Vitamin B12 (g)	2,0	2,0	2,0
Kalsium (mg)	1200	1200	1200
Fosfor (mg)	1200	1200	1200
Magnesium (mg)	280	300	280
Besi (mg)	15	15	15
Seng (mg)	12	12	12
Iodine (g)	150	150	150
Selenium (g)	45	50	55

Sumber: Kartasapoetra & Marsetyo, 2005

C. Status Gizi Ibu Hamil

Kehamilan adalah peristiwa yang sangat dinantikan oleh sebagian besar wanita. Hal ini dikarenakan mereka akan mendapatkan peran baru sebagai seorang ibu. Kehamilan dapat memicu sekaligus memacu perubahan tubuh, secara anatomis, fisiologis, maupun biokimiawi. Perubahan ini dapat terjadi secara sistemik atau sekadar lokal. Tingkat kebutuhan gizi seorang wanita akan meningkat bila dalam keadaan hamil. Mengingat hasil penelitian di Amuntai 64,8% ibu hamil anemia (Kemenkes RI, 2018).

Tujuan penataan gizi pada ibu hamil, menyiapkan: (1) cukup kalori, protein yang bernilai biologi tinggi, vitamin, mineral, dan cairan untuk memenuhi kebutuhan zat gizi ibu, janin, serta plasenta; (2) makanan padat kalori dapat membentuk lebih banyak jaringan tubuh bukan lemak; (3) cukup kalori dan zat gizi untuk memenuhi penambahan berat baku selama hamil; (4) perencanaan perawatan gizi yang memungkinkan ibu hamil untuk memperoleh dan mempertahankan status optimal sehingga dapat menjalani kehamilan dengan aman dan

berhasil, melahirkan bayi dengan potensi fisik dan mental yang baik, dan memperoleh cukup energi untuk menyusui serta merawat bayi kelak; (5) perawatan gizi yang dapat mengurangi atau menghilangkan reaksi yang tidak diinginkan, seperti mual dan muntah; (6) perawatan gizi yang dapat membantu pengobatan penyulit yang terjadi selama kehamilan (diabetes kehamilan) dan; (7) mendorong ibu hamil sepanjang waktu untuk mengembangkan kebiasaan makan yang baik yang dapat diajarkan kepada anaknya selama hidup.

Perencanaan gizi untuk ibu hamil sebaiknya mengacu pada RDA. Dibandingkan ibu yang tidak hamil, kebutuhan ibu hamil akan protein sampai 68%, asam folat 100%, kalsium 50%, dan zat besi 200-300%. Bahan pangan yang digunakan harus meliputi enam kelompok, yaitu (1) makanan yang mengandung protein (hewani dan nabati), (2) susu dan olahannya, (3) roti dan biji-bijian, (4) buah dan sayur yang kaya akan vitamin C, (5) sayuran berwarna hijau tua, (6) buah dan sayur lain. Jika keenam bahan makanan ini digunakan, seluruh zat gizi yang

dibutuhkan oleh ibu hamil akan terpenuhi, kecuali zat besi dan asam folat. Itulah sebabnya mengapa suplementasi kedua zat ini tetap diperlukan meskipun status gizi ibu yang hamil itu terposisi pada “jalur hijau” KMS ibu hamil. Mengingat di Amuntai 90% ibu hamil tidak mengalami penambahan BB, dan 47,8% tidak mengonsumsi tablet besi 90 butir (Kemenkes RI, 2018).

Tabel 2.2 Kebutuhan Zat Gizi Ibu Hamil yang Dihitung Berdasarkan Persentase Peningkatan Asupan

Zat Gizi	%	Zat Gizi	%
Kalori	14%	Folate	122%
Protein	68%	Vitamin B ₁₂	10%
Vitamin D	100%	Kalsium	50%
Vitamin E	25%	Fosfor	50%
Vitamin K	8%	Magnesium	14%
Vitamin C	17%	Besi	100%
Thiamin	36%	Seng	25%
Riboflavin	23%	Yodium	17%
Niacin	13%	Selenium	18%
Vitamin B ₆	27%		

Sumber: National Academy of Sciences, 1989

D. Status Gizi Baduta

Masa baduta (bawah dua tahun) merupakan *window of opportunity*. Pada masa ini, seorang anak memerlukan asupan zat gizi yang seimbang baik dari segi jumlah maupun proporsinya untuk mencapai berat dan tinggi

badan yang optimal. Gizi kurang ataupun gizi buruk yang terjadi pada masa baduta akan mempengaruhi masa pertumbuhan dan perkembangannya. Hal ini akan membawa dampak negatif terhadap kondisi kesehatan baduta tersebut di masa yang akan datang (masa dewasa).

Status gizi memiliki pengaruh yang sangat besar dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas di masa yang akan datang. Status gizi berhubungan dengan kecerdasan anak (Depkes RI, 2002). Masa baduta merupakan masa untuk meraih otak dengan IQ optimal dimana 80% sel otak manusia dibentuk pada saat janin sampai usia 2 tahun. Sekali otak anak baduta mengalami tumbuh kembang yang kurang optimal, maka keadaan itu tidak dapat dipulihkan lagi (Depkes RI, 2005).

Anak usia baduta merupakan salah satu golongan penduduk yang rawan terhadap kekurangan gizi. Pada masa ini anak-anak banyak bergerak, bersosialisasi, dan bergaul dengan lingkungan keluarganya. Jika makanan

tidak bergizi dan lingkungannya tidak bersih maka mereka mudah terserang penyakit. Kebutuhan gizi bayi berbeda dengan kebutuhan anak dan orang dewasa. Bayi memerlukan karbohidrat dengan bantuan amilase untuk mencerna bahan makanan yang berasal dari zat pati. Protein yang diperlukan berasal dari ASI ibu dengan kadar 4-5% dari total kadar kalori dalam ASI. Lemak yang diperlukan 58% dari kalori dalam susu matur. Mineral yang diperlukan terdiri atas kalsium, pospor, klor, kalium dan natrium untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan bayi. Untuk vitamin yang dibutuhkan bervariasi sesuai dengan diet yang dilakukan oleh ibu (Proverwati, A., & Wati, E.K., 2011).

WHO merekomendasikan pemberian ASI Eksklusif selama 6 bulan pertama dan pemberian ASI diteruskan hingga anak berusia 2 tahun untuk meningkatkan daya tahan tubuh anak dan mengurangi risiko kontaminasi dari makanan/minuman selain ASI (Kattula, ddk, 2014). Pemberian ASI Eksklusif menurunkan risiko infeksi saluran cerna, otitis media, alergi, kematian bayi, infeksi

usus besar dan usus halus (inflammatory bowel disease), penyakit celiac, leukemia, limfoma, obesitas, dan DM pada masa yang akan datang. Pemberian ASI Eksklusif dan meneruskan pemberian ASI hingga 2 tahun juga dapat mempercepat pengembalian status gizi ibu, menurunkan risiko obesitas, hipertensi, rematoid arthritis, kanker payudara ibu (Joyce, C *et al.*, 2012)

Setelah umur 6 bulan, setiap bayi membutuhkan makanan lunak yang bergizi sering disebut Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi/anak. Dalam keadaan darurat, bayi dan balita seharusnya mendapat MP-ASI untuk mencegah kekurangan gizi. Untuk memperolehnya perlu ditambahkan vitamin dan mineral (variasi bahan makanan) karena tidak ada makanan yang cukup untuk kebutuhan bayi.

Jenis MP ASI diantaranya:

- a) Buah-buahan yang dihaluskan atau dalam bentuk sari buah. Misalnya pisang Ambon, papaya, jeruk, tomat.
- b) Makanan lunak dan lembek. Misal bubur susu, nasi tim.
- c) Makanan bayi yang dikemas dalam kaleng/ karton/ sachet.

Tujuan pemberian makanan tambahan pendamping ASI adalah:

- a) Melengkapi zat gizi ASI yang sudah berkurang.
- b) Mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima bermacam-macam makanan dengan berbagai rasa dan bentuk.
- c) Mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan.
- d) Mencoba adaptasi terhadap makanan yang mengandung kadar energi tinggi.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian MP ASI:

- a) Perhatikan kebersihan alat makan.

- b) Membuat makanan secukupnya.
- c) Berikan makanan dengan sebaik-baiknya.
- d) Membuat variasi makanan.
- e) Ajak makan bersama anggota keluarga lain.
- f) Jangan memberi makanan dekat dengan waktu makan.
- g) Makanan berlemak menyebabkan rasa kenyang yang lama.

Pemilihan bahan makanan untuk balita ini penting, agar tetap terjaga kuantitas makanan yang dikonsumsi balita. Hasil penelitian di Amuntai menemukan 39,5% bersikap pasrah terhadap makanan yang tersedia mengabaikan kualitas dan kualitas makanan tersebut. Selain itu, yang berkaitan dengan tidak memberikan makanan yang memenuhi gizi seimbang sejumlah 25,8% serta hanya memberi makanan kepada balita dengan cita rasa yang lebih dominan rasa manis sebesar 43,1% (Kemenkes RI, 2018).

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Pemeriksaan status gizi secara langsung meliputi
 1. Antropometri
 2. Survey konsumsi makanan
 3. Klinis
 4. Ekologi
2. Jenis Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) seperti:
 - a. Nasi biasa
 - b. Nasi Tim
 - c. Nasi kebuli
 - d. Nasi Uduk

3. Tujuan pemberian makanan tambahan pendamping ASI adalah:
 1. Melengkapi zat gizi ASI yang sudah berkurang
 2. Mengembangkan kemampuan bayi untuk menerima dengan berbagai rasa dan bentuk.
 3. Mengembangkan kemampuan bayi untuk mengunyah dan menelan.
 4. Mencoba adaptasi terhadap makanan yang mengandung kadar energi tinggi.

4. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian MP-ASI:
 1. Membuat makanan secukupnya.
 2. Berikan makanan dengan sebaik-baiknya.
 3. Membuat variasi makanan.
 4. Ajak makan bersama anggota keluarga lain.

5. Tujuan penataan gizi pada ibu hamil, adalah:
 1. untuk memenuhi kebutuhan zat gizi ibu, janin, serta plasenta
 2. makanan padat kalori dapat membentuk lebih banyak jaringan tubuh bukan lemak
 3. untuk memenuhi pertambahan berat baku selama hamil
 4. untuk memperoleh dan mempertahankan status optimal

BAB III

FAKTOR RISIKO 1000 HPK DARI REMAJA, IBU HAMIL DAN BADUTA

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan faktor risiko terkait 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan: Faktor Risiko 1000 HPK.

Materi Pembelajaran:

A. Faktor Risiko 1000 HPK

Seribu hari pertama kehidupan (sejak masa konsepsi hingga seorang manusia berusia 2 tahun) merupakan momentum kritis yang akan menentukan kualitas generasi masa depan suatu bangsa. Seribu hari terdiri dari, 270 hari selama kehamilan dan 730 hari kehidupan pertama sejak bayi dilahirkan. Periode ini disebut periode emas (golden periode) atau disebut juga sebagai waktu

yang kritis, yang jika tidak dimanfaatkan dengan baik akan terjadi kerusakan yang bersifat permanen (*window of opportunity*) (Trisnawati, Y, dkk).

Pada periode emas, beberapa zat-zat gizi yang diperlukan selama periode 1000 Hari Pertama Kehidupan diantaranya:

1. Periode dalam Kandungan (280 hari), Ibu hamil berhubungan dengan proses pertumbuhan, yaitu pertumbuhan janin yang dikandungnya dan pertumbuhan berbagai organ tubuhnya sebagai pendukung proses kehamilannya tersebut, misalnya mammae. Untuk mendukung berbagai proses pertumbuhan ini, maka kebutuhan makanan sebagai sumber energi juga meningkat. Kebutuhan kalori tambahan bagi ibu hamil sekitar 300-350 kalori/hari. Demikian pola kebutuhan protein meningkat dengan 10 gram sehari. Peningkatan metabolisme berbagai zat gizi pada ibu hamil juga memerlukan berbagai peningkatan suplai vitamin, terutama thiamin, reboflavin, vitamin A dan D, kebutuhan berbagai

mineral, khususnya Fe dan kalsium juga meningkat (Notoatmodjo, 2003). Asupan gizi sangat menentukan kesehatan ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Kebutuhan gizi pada saat kehamilan akan meningkat sebesar 15% dibanding dengan wanita normal. Peningkatan gizi ini dibutuhkan untuk pertumbuhan rahim (uterus), payudara (mammae), volume darah, plasenta, air ketuban dan pertumbuhan janin sebesar 40% dan sisanya 60% digunakan untuk pertumbuhan ibunya (Huliana, 2001).

2. Periode 0 – 6 Bulan (180 hari), Kunci utama dalam periode ini adalah melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif. Inisiasi menyusui dini (IMD) adalah memberikan kesempatan kepada bayi baru lahir untuk menyusui sendiri pada ibunya dalam satu jam pertama kelahirannya. Proses diletakkannya bayi di atas dada ibu segera setelah lahir untuk mencari puting susu ibu dan mulai menyusui untuk pertama kalinya, dengan dilakukannya IMD maka kesempatan bayi untuk mendapat kolostrum

semakin besar, karena kolustrum merupakan ASI terbaik yang keluar pada hari ke 0-5 setelah bayi lahir yang mengandung antibodi (zat kekebalan) yang melindungi bayi dari zat yang dapat menimbulkan alergi atau infeksi (Handy, 2010). ASI Eksklusif adalah pemberian ASI (Air Susu Ibu) setelah lahir sampai bayi berumur 6 bulan tanpa pemberian makanan lain. Tindakan ini akan terus merangsang produksi ASI sehingga pengeluaran ASI dapat mencukupi kebutuhan bayi dan bayi akan terhindar dari diare. Pada tahun 2001 WHO menyatakan bahwa ASI eksklusif selama enam bulan pertama hidup bayi adalah yang terbaik.

3. Periode 6 – 24 Bulan (540 hari), mulai usia 6 bulan ke atas, anak mulai diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI) karena sejak usia ini, ASI saja tidak mencukupi kebutuhan anak. Pengetahuan dalam pemberian MP ASI menjadi sangat penting mengingat banyak terjadi kesalahan dalam praktek pemberiannya, seperti pemberian MP-ASI yang terlalu

dini pada bayi yang usianya kurang dari 6 bulan, hal ini dapat menyebabkan gangguan pencernaan atau diare. Sebaliknya, penundaan pemberian MP-ASI akan menghambat pertumbuhan bayi karena alergi dan zat-zat gizi yang dihasilkan dari ASI tidak mencukupi kebutuhan lagi, sehingga akan menyebabkan kurang gizi (Pudjiadi, 2005). Sistem pencernaan bayi usia enam bulan ke atas (>6) sudah relatif sempurna, untuk itu pemberian MP ASI perlu dilakukan secara bertahap, sedikit demi sedikit dalam bentuk encer menjadi bentuk yang lebih kental (Arisman, 2004).

Hasil penelitian Rahayu dan Putri di Kabupten Banjar telah menemukan bahwa 62,7% balita mengalami *stunting*, berhubungan pendapatan keluarga dengan OR 1,745 yang artinya balita yang berada pada keluarga dengan pendapatan keluarga rendah lebih berisiko 1,745 kali mengalami *stunting* dibanding yang berpendapatan tinggi (Rahayu, A dan Putri, A.O., 2016). Balita yang terlahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR) memiliki risiko mengalami *stunting* (Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A.O dan Rahman, F. 2015). Selain itu,

Tingkat pendidikan ibu banyak menentukan sikap dalam menghadapi berbagai masalah. Balita-balita dari ibu yang mempunyai latar pendidikan lebih tinggi akan mendapat kesempatan hidup serta tumbuh lebih baik dibandingkan dengan tingkat pendidikan ibu yang rendah. Keterbukaan mereka untuk menerima perubahan atau hal baru guna pemeliharaan kesehatan balita juga akan berbeda berdasarkan tingkat pendidikannya (Rahayu dan Khairiyati, 2014). Tingkat pendidikan merupakan pintu akses sejauh mana seorang ibu dapat menerima informasi yang diperoleh tentunya ada hubungannya dengan penambahan pengetahuan dari seorang ibu. Hasil penelitian Rahayu *et al* telah menemukan bahwa tingkat pengetahuan seorang ibu berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita ($p < 0,05$). Penelitian ini diselenggarakan di Kota Banjarbaru yang merupakan kota dengan julukan kota pendidikan bagi masyarakat Kalimantan Selatan (Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A.O, Rahman, F, dan Rosadi, D. 2016.).

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Pada periode emas 280 hari berkaitan dengan...
 - a. Periode Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
 - b. Mulai diberikan makanan pendamping ASI (MP-ASI)
 - c. Proses pertumbuhan, yaitu pertumbuhan janin
 - d. Periode ASI eksklusif
2. Pada periode emas 540 hari berkaitan dengan...
 - a. Anak mulai diberi MP-ASI
 - b. Pertumbuhan berbagai organ tubuh
 - c. melakukan inisiasi menyusu dini (IMD)
 - d. Periode penyapihan
3. Pada periode 180 hari berkaitan dengan
 - a. Ibu hamil butuh banyak asupan zat gizi

- b. Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif
 - c. Anak butuh makanan padat
 - d. Peningkatan metabolisme berbagai zat gizi pada ibu hamil
4. Peningkatan gizi ibu hamil disebabkan karena....
- 1. Pertumbuhan uterus
 - 2. Pembesaran payudara
 - 3. Volume darah meningkat
 - 4. Menambah volume air ketuban
5. Peningkatan metabolisme ibu hamil membutuhkan vitamin
- 1. B1
 - 2. A
 - 3. D
 - 4. Reboflavin

BAB IV

FAKTOR RISIKO ASPEK KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SOSIAL BUDAYA

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan faktor risiko aspek kesehatan lingkungan dan sosial budaya.

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Faktor risiko aspek kesehatan lingkungan
- b. Faktor risiko aspek sosial budaya

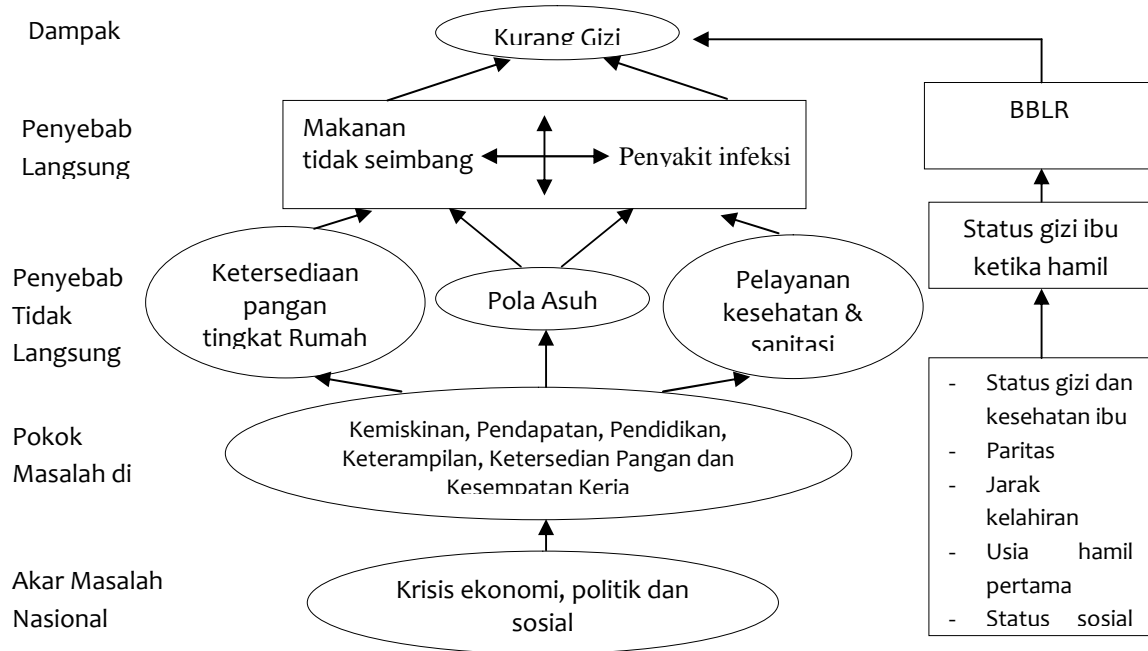
Materi Pembelajaran:

A. Faktor Risiko Aspek Kesehatan Lingkungan

Arah kebijaksanaan pembangunan bidang kesehatan adalah untuk mempertinggi derajat kesehatan termasuk di dalamnya keadaan gizi. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi pada balita adalah diantaranya kesehatan dan sanitasi lingkungan yang termasuk faktor tidak langsung, tetapi juga ada faktor lain yang

mempengaruhi status gizi. Sanitasi lingkungan adalah status kesehatan suatu lingkungan yang mencakup perumahan, pembuangan kotoran, penyediaan air bersih, dan sebagainya (Notoatmojo,2003). Keadaan lingkungan yang kurang baik memungkinkan terjadinya berbagai penyakit antara lain diare dan infeksi saluran pernapasan.

Hasil Riskedas tahun 2010 bahwa rentang umur yang banyak kejadian *stunting* adalah pada usia 24-59 bulan karena pertumbuhan goyah dimulai pada sekitar usia enam bulan sebagai transisi makanan anak yang sering tidak memadai dalam jumlah dan kualitas dan peningkatan paparan dari lingkungan yang meningkatkan terkena penyakit. Terganggunya pertumbuhan bayi dan anak-anak karena kurang memadainya asupan makanan dan terjadinya penyakit infeksi berulang yang mengakibatkan berkurangnya nafsu makan dan meningkatkan kebutuhan metabolik (Caulfield *et al*, 2006).



Gambar 1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi pada Anak Balita Modifikasi dari UNICEF (1998), FAO (2003), Mochtar (1998).

Gangguan pertumbuhan linier atau *stunting* terjadi terutama dalam 2 sampai 3 tahun pertama kehidupan dan merupakan cerminan dari efek interaksi antara kurangnya asupan energi dan asupan gizi dan infeksi. Hal ini karena pada usia tersebut efek berat badan lahir terhadap *stunting* terbesar pada usia 6 bulan awal, kemudian menurun hingga usia 2 tahun. Kebutuhan gizi lebih besar dalam kaitannya dengan berat badan dibandingkan remaja atau dewasa. Kebutuhan gizi yang tinggi untuk pertumbuhan yang pesat termasuk pertumbuhan pada masa remaja dengan demikian kesempatan untuk terjadi pertumbuhan yang gagal lebih besar pada balita, karena pertumbuhan lebih banyak terjadi (Martorrel *et al*, 1994).

Sanitasi lingkungan adalah cara dan usaha individu atau masyarakat untuk memantau dan mengendalikan lingkungan hidup eksternal yang berbahaya bagi kesehatan serta yang dapat mengancam kelangsungan hidup manusia (Chandra, B., 2009). Sanitasi lingkungan merupakan usaha pengendalian diri dari semua faktor

lingkungan fisik manusia yang mungkin dapat menimbulkan hal-hal yang merugikan bagi perkembangan fisik, kesehatan dan daya tubuh manusia. Oleh sebab itu, masalah kesehatan lingkungan juga sangat perlu untuk diperhatikan, karena lingkungan dapat menyebabkan timbulnya berbagai macam penyakit. Masalah kesehatan berbasis lingkungan disebabkan oleh kondisi lingkungan yang tidak memadai baik kualitas maupun kuantitasnya serta perilaku hidup sehat masyarakat yang masih rendah. Selain itu penyakit berbasis lingkungan tersebut juga dapat timbul karena sanitasi dasar yang tidak memenuhi syarat, sanitasi tempat-tempat umum dan pengolahan makanan yang tidak saniter (Depkes RI, 2010). Ruang lingkup kesehatan lingkungan tersebut antara lain mencakup : perumahan, pembuangan kotoran manusia, penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air kotor (air limbah), sanitasi tempat-tempat umum dan tempat pengolahan makanan (Depkes RI, 2010).

Status gizi buruk merupakan salah satu masalah yang sering terjadi pada anak terutama di Indonesia. Berdasarkan Riskesdas (2010), prevalensi kurang gizi (berat badan menurut umur) pada balita adalah 17,9% tahun 2010. Selain itu, kurang gizi (tinggi badan menurut umur) pada balita adalah 17,1% pada tahun 2010. Sedangkan kurang gizi (berat badan menurut tinggi badan) pada balita adalah 13,3% pada tahun 2010. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 prevalensi *stunting* secara nasional sebesar 37,2 persen, nilai tersebut mengindikasikan adanya peningkatan dari tahun 2010 yang sebelumnya adalah sebesar 35,6 persen dan tahun 2007 sebesar 36,8 persen (Balitbang Kemenkes, 2014). Berdasarkan data Riskesdas tersebut, maka prevalensi *stunting* di Indonesia termasuk tertinggi dibandingkan dengan negara-negara lain di Asia Tenggara, seperti Myanmar sebesar 35 persen, Vietnam 23 persen, dan Thailand 16 persen (MCA-Indonesia, 2015).

Penyebab timbulnya gizi kurang pada anak balita menurut Sukirman (2000) dapat dilihat beberapa faktor penyebab diantaranya penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Faktor penyebab langsung yaitu makanan dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Penyebab tidak langsung diantaranya ketahanan pangan dikeluarga, pola pengasuhan anak, pelayanan kesehatan serta kesehatan lingkungan. Kebersihan merupakan suatu perilaku yang diajarkan dalam kehidupan manusia untuk mencegah timbulnya penyakit karena, pengaruh lingkungan serta membuat kondisi lingkungan agar terjaga kesehatannya (Widyati dkk, 2002).

Hubungan signifikan menunjukkan bahwa status gizi anak memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan praktek sanitasi. Hal tersebut menunjukkan bahwa anak-anak yang memiliki praktek sanitasi yang baik juga memiliki status gizi normal. Menurut Zeitlin dan Beiseer (2002), kebersihan yang buruk dan sanitasi merupakan actor utama penyakit yang menyebabkan

kekurangan gizi. Apabila sanitasi buruk, kemungkinan terserang penyakit dan prevalensi gizi buruk meningkat (Supremo, 2008).

Kesehatan lingkungan dan pelayanan kesehatan adalah salah satunya ketersediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga. Keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan pelayanan kesehatan yang baik seperti imunisasi, penimbangan anak, pendidikan kesehatan anak dan gizi, serta sarana kesehatan seperti posyandu, puskesmas untuk memperkecil resiko anak terkena penyakit dan kekurangan gizi selain kemampuan dalam menyerap makanan (Supariasa, 2001).

Contoh hasil penelitian

Tabel 4.1 Hasil Analisis Regresi Logistik Ganda Variabel Faktor Penentu Stunting Anak Balita pada Zona Eko Sistem Dataran Rendah, Dataran Sedang dan Pegunungan di Kabupaten Kupang

Zona ekosistem	Variabel	p	OR	CI 95%
Dataran rendah	-Asupan enet	0,002	0,059	0,010-0,359
Dataran sedang	-Praktek kasih sayang	0,002	9,247	2,213-38,644
	-Sanitasi lingkungan	0,046	2,832	1,020-7,860
Pegunungan	-Sanitasi lingkungan	0,034	3,978	1,112-14,230

Sumber: Firmanu Cahyono, dkk (2016)

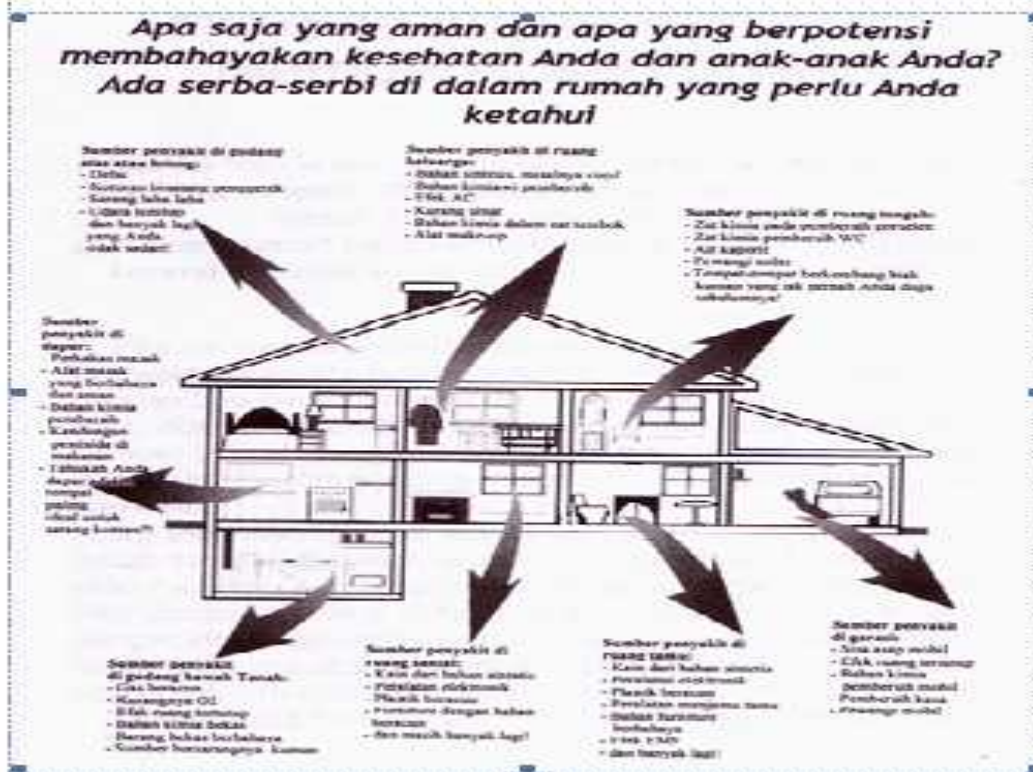
Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hermina (2011), ada hubungan yang signifikan antara kesehatan lingkungan dengan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang. Di daerah prevalensi tinggi keadaan kesehatan lingkungannya lebih jelek daripada di daerah prevalensi rendah. Di daerah prevalensi tinggi lebih banyak rumah tangga yang tidak mempunyai saluran pembuangan air limbah dan tidak mempunyai jamban, sehingga memudahkan terjadinya penularan penyakit infeksi dari lingkungan yang dapat menurunkan status gizi balita. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Supremo (2008), menunjukkan bahwa status gizi anak memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan praktek sanitasi yang baik. Hal ini menunjukkan bahwa sanitasi buruk, kemungkinan terserang penyakit dan prevalensi gizi buruk meningkat. Sanitasi lingkungan yang baik dapat melindungi anak terhadap kejadian *stunting* (Monteiro *et al.* 2010; Fink *et al.* 2011). Rendahnya sanitasi dan kebersihan lingkungan memicu gangguan pencernaan, yang membuat energi untuk pertumbuhan

teralihkan kepada perlawanan tubuh terhadap infeksi (Schmidt, 2014). Kesehatan lingkungan yang kurang baik berpotensi menimbulkan penyakit infeksi yang pada akhirnya akan berdampak pada gangguan masalah gizi (Damanik *et al.*, 2010; Solomon, 2007; Archer, 2007). Infeksi klinis menyebabkan lambatnya pertumbuhan dan perkembangan (Dewey & Mayers, 2011), sedangkan anak yang memiliki riwayat penyakit infeksi memiliki peluang mengalami *stunting* (Picauly dan Toy, 2013).

Sanitasi rumah juga berpengaruh terhadap kesehatan penghuni (remaja, ibu hamil dan balita) karena memungkinkan terjadinya berbagai jenis penyakit antara lain diare, cacingan, ISPA dan infeksi saluran pencernaan yang mempengaruhi status gizi balita. Penelitian ini sejalan dengan Hastuti *et al.* (2010) yang menyatakan keadaan lingkungan fisik dan sanitasi di sekitar rumah sangat memengaruhi kesehatan penghuni rumah tersebut. Lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan memungkinkan terjadinya berbagai jenis penyakit antara lain diare, cacingan, ISPA dan infeksi

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

saluran pencernaan. Keadaan rumah berpengaruh signifikan terhadap status gizi balita (Putri & Sukandar, 2012).



B. Faktor Risiko Aspek Sosial Budaya

Lingkungan sosial adalah lingkungan yang mencakup hubungan kompleks antara actor-faktor dan kondisi-kondisi budaya, actor nilai, adat istiadat, kepercayaan, agama, pendidikan, pekerjaan, kepadatan penduduk, mobilitas dan sebagainya (Hasan dan Sulistianingsih, 2012). Menurut ahli antropologi Margaret Mead, pola pangan, atau food pattern, adalah cara seseorang atau sekelompok orang memanfaatkan pangan yang tersedia sebagai reaksi terhadap tekanan ekonomi dan sosio-budaya yang dialaminya. Pola pangan ada kaitannya dengan kebiasaan makan (food habit) (Almatsier, 2004).

Aspek actor budaya pangan adalah fungsi pangan dalam masyarakat yang berkembang sesuai dengan keadaan lingkungan, agama, adat, kebiasaan, dan pendidikan masyarakat tersebut. Konsumsi makanan adalah makanan yang dimakan seseorang. Kecuali peranan actor c, yaitu untuk memenuhi rasa lapar,

makanan mempunyai peranan sosio-kultural (Almatsier, 2004).

Mencermati akan adanya budaya, kebiasaan dan actor actor masyarakat terhadap makanan seperti pola makan, tabu atau pantangan, gaya hidup, gengsi dalam mengonsumsi jenis bahan makanan tertentu, ataupun prestise dari bahan makanan tersebut yang sering terjadi di kalangan masyarakat. Apabila keadaan tersebut berlangsung lama dan mereka juga belum memahami secara baik tentang pentingnya actor gizi dalam mengonsumsi makanan, maka mungkin dapat berakibat timbulnya masalah gizi atau gizi salah (malnutrition) (Andriani & Wijatmadi, 2012). Sosial budaya berpengaruh sebagai faktor resiko terjadinya *stunting*. Di Etiopia, salah satu kelompok etnis memberi makan anak-anak mereka sebelum orang dewasa dan insidens *stunting* hanya sekitar 20%. Kelompok etnis lainnya dalam daerah geografik yang sama memberi makan anak-anak mereka sesudah orang dewasa makan, dan insiden *stunting* pada anak-anak tersebut mencapai 55% (Gibney *et al.*, 2009).

Faktor lain adalah rendahnya kesadaran Ibu akan pentingnya memberikan ASI pada balitanya dipengaruhi oleh pengetahuan ibu tentang kesehatan dan sosio-kultural, terbatasnya petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan, tradisi daerah berpengaruh terhadap pemberian makanan pendamping ASI yang terlalu dini, dan tidak lancarnya ASI setelah melahirkan (BPS Ketapang, 2016).

Hasil penelitian terkait budaya masyarakat di Amuntai telah menemukan bahwa masih banyak keluarga yang memotong kuku anak setiap satu minggu sekali, yaitu sebanyak 494 orang (78,8). Padahal idealnya memotong kuku anak setiap 3-5 hari sekali. Masih sedikit keluarga yang memiliki kebiasaan selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum menyusui yaitu hanya sebanyak 111 orang (17,7%). Masih banyak ditemukan ibu yang tidak memiliki kebiasaan membersihkan puting susu sebelum menyusui yaitu sebanyak 365 orang (58,2%) (Kemenkes RI, 2018).

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENGERJAKAN SOAL :

- I. Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Penyebab banyak kejadian *stunting* adalah pada usia 24-59 bulan adalah karena.....
 1. Transisis makanan anak
 2. Jumlah makanan yang tidak sesuai kebutuhan
 3. Kualitas makanan yang tidak memadai
 4. Mudah terkena sakit karena paparan lingkungan
2. Faktor penyebab langsung kurang gizi adalah...
 1. Penyakit infeksi
 2. Pendidikan orang tua
 3. Asupan makanan
 4. Pelayanan kesehatan
3. Faktor penyebab tidak langsung kurang gizi adalah ...
 1. Kesehatan lingkungan
 2. Jumlah makanan tidak memadai

3. Pendapatan keluarga
4. Rentan sakit

4. Faktor dari sanitasi lingkungan yang turut mempengaruhi terjadinya stunting seperti...
 1. Perumahan
 2. pembuangan kotoran
 3. penyediaan air bersih
 4. Ruang tidur tidak saniter

5. Menurut ahli antropologi Margaret Mead bahwa cara seseorang/sekelompok orang memanfaatkan pangan yang tersedia sebagai reaksi terhadap tekanan ekonomi dan sosio-budaya yang dialami dapat berbentuk..
 1. Food pattern
 2. Kebiasaan makan
 3. Pola pangan
 4. Penyusunan menu

BAB V

INTERVENSI DARI SUDUT PANDANG KESEHATAN LINGKUNGAN TERHADAP FAKTOR RISIKO 1000 HPK PADA REMAJA, IBU HAMIL, DAN BADUTA

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan intervensi dari sudut pandang kesehatan lingkungan terhadap faktor risiko 1000 HPK pada remaja, ibu hamil, dan baduta.

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Intervensi dari sudut pandang kesehatan lingkungan terhadap faktor risiko 1000 HPK pada remaja
- b. Intervensi dari sudut pandang kesehatan lingkungan terhadap faktor risiko 1000 HPK pada ibu hamil
- c. Intervensi dari sudut pandang kesehatan lingkungan terhadap faktor risiko 1000 HPK pada baduta

Materi Pembelajaran:

Stunting merupakan proses kumulatif dan disebabkan oleh asupan zat-zat gizi yang tidak cukup atau penyakit infeksi yang berulang, atau kedua-duanya. *Stunting* dapat juga terjadi sebelum kelahiran dan disebabkan oleh asupan gizi yang sangat kurang saat masa kehamilan, pola asuh makan yang sangat kurang, rendahnya kualitas makanan sejalan dengan frekuensi infeksi sehingga dapat menghambat pertumbuhan yang bisa saja disebabkan oleh lingkungan yang sanitasinya kurang (UNICEF, 2009). Penyebab timbulnya masalah gizi (*stunting*) salah satunya yaitu status gizi yang dipengaruhi oleh berbagai hal diantaranya umur, tingkat pendidikan, status gizi balita dan sanitasi lingkungan yang meliputi kualitas sumber air, perumahan, pembuangan ampah, vektor dan kebersihan jamban (Suharyono, 2008). Maka perlu adanya intervensi dari kesehatan lingkungan agar tidak berpengaruh terhadap perkembangan pertumbuhan remaja, bumil dan baduta. *Stunting* pada bayi atau balita kebanyakan disebabkan beberapa faktor diantaranya yaitu faktor

penyebab (*agent*), penjamu (*host*), dan faktor lingkungan (*environment*) (Suharyono, 2008). Faktor penyebab (*agent*) yang dapat menyebabkan *stunting* pada balita antara lain; faktor infeksi, faktor malabsorpsi dan faktor makanan (Ngastiyah, 2005). Faktor penjamu (*host*) diantaranya dari faktor status gizi balita dan faktor perilaku *hygiene* yang kurang baik sedangkan faktor lingkungan (*environment*) yaitu dari kondisi sanitasi yang kurang baik (Soegijanto, 2002).

Agar balita tidak mengalami status gizi yang buruk maka perlu didukung dengan peningkatan kebersihan lingkungan, yaitu dengan pemeliharaan lingkungan air serta pengelolaan sampah perlu diperhatikan dengan lebih seksama, khususnya balita dengan keadaan gizi yang kurang seperti kekurangan vitamin A, B, dan C. Dengan demikian dalam mengurangi resiko terjadinya *stunting* perlunya peran serta masyarakat khususnya keluarga yang mempunyai balita untuk melakukan praktik *hygiene* sanitasi yang baik. Selain itu pihak Puskesmas dan tenaga kesehatan juga perlu menggalakkan program lingkungan bersih karena sanitasi

juga sangat menentukan keberhasilan dari paradigma pembangunan kesehatan lingkungan dan status gizi khususnya pada balita yang lebih menekankan pada aspek pencegahan (preventif) dari pada aspek pengobatan (kuratif). Dengan adanya upaya preventif yang baik, angka kejadian penyakit yang terkait dengan kondisi lingkungan dapat dicegah (Slamet, 2009).

Faktor lain adalah berdasarkan penelitian sebagian besar anak-anak dengan *stunting* mengkonsumsi makanan yang berada dibawah ketentuan rekomendasi kadar gizi, berasal dari keluarga miskin dengan jumlah keluarga banyak, bertempat tinggal di wilayah pinggiran kota dan komunitas pedesaan yang berkaitan dengan sanitasi lingkungan yang buruk (Gibson, R.S, 2005). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hermina (2011), bahwa ada hubungan yang signifikan antara kesehatan lingkungan dengan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang. Di daerah prevalensi tinggi keadaan kesehatan lingkungannya lebih jelek daripada di daerah prevalensi rendah. Lingkungan dapat berperan menjadi penyebab langsung, sebagai faktor

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

yang berpengaruh dalam menunjang terjangkitnya penyakit. Udara yang tercemar secara langsung dapat mengganggu sistem pernapasan, air minum yang tidak bersih secara langsung dapat mengakibatkan sakit perut, udara yang lembab disebabkan oleh bakteri atau virus. Berdasarkan hal tersebut, faktor lingkungan sangat berpengaruh terhadap kesehatan (Supriasa, 2001).

Tindakan atau upaya pencegahan penularan penyakit infeksi dari kesehatan lingkungan adalah tindakan yang paling utama. Upaya pencegahan ini dapat dilakukan dengan cara memutuskan rantai penularannya. Rantai penularannya adalah rentetan proses berpindahnya mikroba sehari-hari, pathogen dari sumber penularan (*reservoir*) ke pejamu dengan atau tanpa media perantara. Sebagai sumber penularan atau *reservoir* adalah orang (penderita), hewan, serangga (*arthropoda*) seperti lalat, nyamuk, kecoa, yang sekaligus dapat berfungsi sebagai media perantara. Contoh lain adalah sampah, limbah, sisa makanan dan lain-lain. Apabila perilaku hidup sehat sudah menjadi budaya dan diimplementasikan dalam

kehidupan sehari-hari, serta sanitasi lingkungan yang sudah terjamin, diharapkan kejadian penularan penyakit infeksi sebagai salah satu faktor resiko *stunting* dapat ditekan seminimal mungkin (Darmadi, 2008).

Kualitas lingkungan hidup yang rendah dapat menyebabkan infeksi pada remaja, ibu hamil dan remaja jika kegiatan penyediaan fasilitas sanitasi tidak tersedia seperti ketersediaan air bersih, sarana sanitasi dan perilaku hidup sehat seperti kebiasaan cuci tangan pakai sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok, sirkulasi udara dalam rumah dan sebagainya (Abas 2012 dalam Marfina, 2014). Penelitian Arifin (2012), hasil uji statistik diperoleh $p\text{ value}=0,021$, yang berarti terdapat hubungan antara riwayat penyakit infeksi dengan kejadian *stunting*. Hasil analisis diperoleh pula nilai $OR=2,2$ (CI 95% ; 1,126-4,612) artinya bahwa balita dengan riwayat penyakit infeksi mempunyai risiko 2,2 kali lebih besar terkena *stunting* dibandingkan balita dengan tidak mempunyai riwayat penyakit infeksi (Arifin, 2012).

Sementara hasil penelitian Nashikhah & Margawati (2012), hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa riwayat diare akut merupakan faktor risiko kejadian *stunting* ($p=0,011$) dan nilai $OR=2,29$ (CI 95% ; 1,69-3,09) dimana balita yang sering mengalami diare akut berisiko 2,3 kali lebih besar tumbuh menjadi *stunting*. Probabilitas atau peluang balita mengalami kejadian *stunting* karena sanitasi yang kurang adalah sebesar 1,381, artinya seorang balita dengan sanitasi lingkungan kurang memiliki kemungkinan kejadian *stunting* 4 kali lebih besar dibanding dengan sanitasi lingkungan baik (Nashikhah & Margawati, 2012).

Lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan memungkinkan terjadinya berbagai jenis penyakit antara lain diare, cacingan, ISPA dan infeksi saluran pencernaan. Keadaan rumah berpengaruh signifikan terhadap status gizi balita (Putri & Sukandar 2012). Sanitasi lingkungan yang baik dapat melindungi anak terhadap kejadian *stunting* (Monteiro *et al.*, 2010; Fink *et al.*, 2011). Rendahnya sanitasi dan kebersihan lingkungan memicu gangguan pencernaan, yang membuat energi untuk pertumbuhan teralihkan

kepada perlawanan tubuh terhadap infeksi (Schmidt, 2014). Kesehatan lingkungan yang kurang baik berpotensi menimbulkan penyakit infeksi yang pada akhirnya akan berdampak pada gangguan masalah gizi (Damanik *et al.*, 2010; Solomon, 2007; Archer, 2007). Infeksi klinis menyebabkan lambatnya pertumbuhan dan perkembangan (Dewey dan Mayers, 2011), sedangkan anak yang memiliki riwayat penyakit infeksi memiliki peluang mengalami *stunting* (Picauly dan Toy, 2013).

A. Kegiatan Intervensi Dari Sudut Pandang Kesehatan Lingkungan Dalam Permasalahan *Stunting* adalah Remaja

Kebutuhan gizi lebih besar dalam kaitannya dengan berat badan untuk pertumbuhan yang pesat termasuk pertumbuhan pada masa remaja. Dengan demikian kesempatan untuk terjadi pertumbuhan yang gagal lebih besar juga jika pada remaja terjadi kegagalan pertumbuhan yang terus sampai mempunyai balita jika tidak dilakukan intervensi.

1. Ibu Hamil

Wanita hamil merupakan kelompok yang rawan gizi. Oleh sebab itu penting untuk menyediakan kebutuhan gizi yang baik selama kehamilan agar ibu hamil dapat memperoleh dan mempertahankan status gizi yang optimal sehingga dapat menjalani kehamilan dengan aman dan melahirkan bayi dengan potensi fisik dan mental yang baik, serta memperoleh energi yang cukup untuk menyusui kelak (Arisman, 2004). Telah diketahui bahwa kebutuhan zat gizi akan meningkat selama kehamilan, yaitu tambahan energi sekitar 300 kkal per hari, pertambahan energi terutama di trimester II. Penambahan konsumsi energi ini diperlukan untuk pertumbuhan jaringan ibu, seperti penambahan volume darah, pertumbuhan uterus dan payudara, serta penumpukan lemak. Sepanjang trimester III, energi tambahan dipergunakan untuk pertumbuhan janin dan plasenta (Arisman, 2004). Dampak lingkungan pada ibu hamil adalah kecacingan, diare dan anemi.

2. Baduta

Hasil riskesdas tahun 2010 bahwa rentang umur yang banyak kejadian *stunting* adalah pada usia 24-59 bulan karena pertumbuhan goyah dimulai pada sekitar usia enam bulan sebagai transisi makanan anak yang sering tidak memadai dalam jumlah dan kualitas dan peningkatan paparan dari lingkungan yang meningkatkan terkena penyakit. Terganggunya pertumbuhan bayi dan anak-anak karena kurang memadainya asupan makanan dan terjadinya penyakit infeksi berulang yang mengakibatkan berkurangnya nafsu makan dan meningkatkan kebutuhan metabolik (Caulfield et al., 2006). Gangguan pertumbuhan linier atau *stunting* terjadi terutama dalam 2 samapi 3 tahun pertama kehidupan dan merupakan cerminan dari efek interaksi antara kurangnya asupan energi dan asupan gizi dan infeksi.

B. Kegiatan intervensi dapat dilakukan pada remaja, ibu hamil, baduta untuk mengurangi resiko kejadian *Stunting*

1. Perumahan.

Perumahan yang dijadikan tempat tinggal remaja, ibu hamil dan baduta harus memenuhi syarat kesehatan agar mengurangi resiko terjadinya *stunting*. Kejadian *stunting* dipengaruhi oleh wilayah tempat tinggal. Penelitian di wilayah kumuh Kota Bostwana yang dilakukan oleh Mahgoup (2006), menunjukkan bahwa anak yang tinggal di wilayah ini signifikan terkena *wasting*, *stunting*, dan *underweight*.

Syarat perumahan menurut Winslow adalah harus memenuhi kebutuhan fisiologis, misalnya adalah pencahayaan, suhu, kebisingan, ventilasi, bahan bangunan, bebas dari vektor penyakit, dan lain-lain.

1) Bahan bangunan

Bahan bangunan sebaiknya tidak terbuat dari bahan yang dapat melepas zat-zat yang dapat membahayakan kesehatan seperti asbes dan juga tidak terbuat dari bahan

yang dapat menjadi tumbuh kembangnya mikro organisme patogen.

2) Ventilasi yang baik

Kondisi rumah yang mempunyai ventilasi buruk dapat meningkatkan transmisi kuman penyakit infeksi seperti TB yang disebabkan adanya aliran udara yang statis, sehingga menyebabkan udara yang mengandung kuman terhirup oleh remaja, bumil baduta yang berada dalam rumah. Jika hal tersebut terjadi pada remaja dan baduta maka akan mengganggu pertumbuhannya akibat paparan dari lingkungan yang meningkatkan terkena penyakit. Terganggunya pertumbuhan bayi dan anak-anak karena kurang memadainya asupan makanan dan terjadinya penyakit infeksi berulang yang mengakibatkan berkurangnya nafsu makan dan meningkatkan kebutuhan metabolik (caufild *et al.*, 2006). Kebutuhan gizi lebih besar dalam kaitannya dengan berat badan dibandingkan remaja atau dewasa. Kebutuhan gizi yang tinggi untuk pertumbuhan yang pesat termasuk pertumbuhan pada masa remaja .dengan demikian kesempatan untuk terjadi

pertumbuhan yang gagal lebih besar pada balita. Mengingat pertumbuhan lebih banyak terjadi, maka ventilasi yang baik berukuran $\pm 10\text{-}20\%$ dari luas lantai dan ventilasi yang baik akan memberikan udara segar dari luar. Menurut Rusnoto *et al.* (2005) bahwa adanya hubungan yang bermakna antara luas ventilasi dengan kejadian tuberkulosis paru, didapatkan hasil odds ratio (OR) sebesar 16,9 dengan 95 % *Confidence Interval* (CI) 2,121 – 134,641, dengan nilai $p = 0,001$ (Rusnoto *et al.*, 2005).

3) Suhu dan kelembaban

Rumah dinyatakan sehat dan nyaman, apabila suhu udara dan kelembaban udara ruangan sesuai dengan suhu tubuh manusia normal. Suhu udara dan kelembaban ruangan sangat dipengaruhi oleh penghawaan dan pencahayaan. Penghawaan yang kurang atau tidak lancar akan menjadikan ruangan terasa pengap atau sumpek dan akan menimbulkan kelembaban tinggi dalam ruangan. Untuk mengatur suhu udara dan kelembaban suatu ruangan normal bagi

penghuni dalam melakukan kegiatannya, perlu memperhatikan: keseimbangan penghawaan antara volume udara yang masuk dan keluar, pencahayaan yang cukup pada ruangan dengan perabotan tidak bergerak dan menghindari perabotan yang menutupi sebagian besar luas lantai ruangan (Kepmen Perumahan dan Prasarana Wilayah, 2002).

Indikator kelembaban udara dalam rumah sangat erat dengan kondisi ventilasi dan pencahayaan rumah. Bila kondisi suhu ruangan tidak optimal, misalnya terlalu panas akan berdampak pada cepat lelah saat bekerja dan tidak cocok untuk istirahat. Sebaliknya, bila kondisinya terlalu dingin akan tidak menyenangkan dan pada orang-orang tertentu dapat menimbulkan alergi. Hal ini perlu diperhatikan karena kelembaban dalam rumah akan mempermudah berkembang biaknya mikroorganisme antara lain bakteri spiroket, rickettsia dan virus. Mikroorganisme tersebut dapat masuk ke dalam tubuh melalui udara, selain itu kelembaban yang tinggi dapat menyebabkan membran mukosa

hidung menjadi kering sehingga kurang efektif dalam menghadang mikroorganisme (Kepmenkes, 1999). Standar kelembaban ruangan minimal 40%–70%, dan suhu ruangan dengan suhu ideal antara Suhu optimum 22 – 24 °C. Menurut Rusnoto et al. (2005) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelembaban dan kejadian penyakit infeksi tuberkulosis paru (OR=6,3 ; 95% CI=2,651-14,971) (Rusnoto et al., 2005).

4) Pencahayaan yang cukup

Cahaya matahari yang masuk ke dalam rumah dalam jumlah cukup berfungsi untuk memberikan pencahayaan secara alami. Cahaya matahari dapat membunuh bakteri-bakteri pathogen dalam rumah, termasuk basil tuberkulosis. Oleh karena itu, rumah yang sehat harus memiliki jalan masuk cahaya yang cukup yaitu dengan intensitas cahaya minimal 60 lux atau tidak menyilaukan. Jalan masuk cahaya minimal 15%-20% dari luas lantai yang terdapat dalam ruangan rumah. Cahaya matahari dimungkinkan masuk ke dalam rumah melalui jendela rumah ataupun genteng kaca. Cahaya

yang masuk juga harus merupakan sinar matahari pagi yang mengandung sinar ultraviolet yang dapat mematikan kuman, dan memungkinkan lama menyinari lantai bukannya dinding (Soekidjo, 2007).

Persyaratan pencahayaan rumah sehat menurut Kemenkes No. 829/Menkes/SK/VII/1999 adalah pencahayaan yang meliputi pencahayaan alami 24 dan/atau buatan langsung maupun tidak langsung yang dapat menerangi seluruh ruangan dengan intensitas penerangan minimal 60 lux dan tidak menyilaukan mata. Cahaya efektif dari sinar matahari dapat diperoleh dari jam 08.00 sampai dengan jam 16.00. Kuman tuberkulosis dapat bertahan hidup bertahun-tahun lamanya, dan mati bila terkena sinar matahari, sabun, lisol, karbol, dan panas api. Rumah yang tidak masuk sinar matahari mempunyai risiko menderita tuberkulosis 3-7 kali dibandingkan dengan rumah yang dimasuki sinar matahari (Depkes, 2008).

5) Bebas dari kegaduhan dan kebisingan

Agar penghuni rumah seperti remaja, ibu hamil dan baduta tidak terganggu istirahat dalam pemulihan stamina dan proses pertumbuhannya, sehingga tidak berampak pada gangguan kenyamanan, gangguan aktivitas, dan keluhan stress maka tingkat kebisingan maksimal di perumahan 55 dBA dan tingkat kebisingan yang ideal di perumahan antara 40-45 dBA.

6) Kepadatan hunian ruang tidur

Luas ruang tidur minimal 8 m², dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari 2 orang tidur dalam satu ruang tidur. Jika luas ruang tidur tidak sesuai maka ventilasi dan kebersihan kamar harus dijaga untuk mengurangi resiko ibu hamil, baduta terkena infeksi. Ukuran luas ruangan suatu rumah sangat terkait dengan luas lantai bangunan rumah, dimana luas lantai bangunan rumah yang sehat harus cukup untuk penghuni didalamnya. Luas bangunan yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya akan menyebabkan overcrowded. Hal ini tidak sehat, sebab disamping menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen,

jika salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, akan mudah menularkan kepada anggota keluarga yang lain. Luas bangunan yang optimum adalah apabila dapat menyediakan 2,5-3 m² untuk setiap orang (tiap anggota keluarga) (Soekidjo, 2007). Karena semakin padat jumlah penghuni semakin cepat terjadi transmisi (Akyuwen, 2012). Analisis sanitasi lingkungan pada kepadatan penghuni, yaitu selain dapat menimbulkan masalah privasi bagi penghuninya dari segi kesehatan, kepadatan penghuni akan dapat mempercepat terjadinya penularan penyakit terutama penyakit menular secara droplet infection misalnya penyakit tuberkulosis paru. Semakin padat, maka perpindahan penyakit, khususnya penyakit menular melalui udara akan semakin mudah dan cepat.

Menurut Kepmen Pemukiman dan Prasarana (2002) bahwa Kebutuhan ruang perorang dihitung berdasarkan aktivitas dasar manusia di dalam rumah. Aktivitas seseorang tersebut meliputi aktivitas tidur, makan, kerja, duduk, mandi, kakus, cuci dan masak serta ruang gerak

lainnya seperti bermain untuk melatih motorik anak. Dari hasil kajian, kebutuhan ruang per orang adalah 9 m² dengan perhitungan ketinggian rata-rata langit-langit adalah 2,80 .Sedangkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) No.829/Menkes/SK/VII/1999 menyebutkan bahwa syarat perumahan sederhana sehat minimum 8 m²/orang. Untuk kamar tidur diperlukan minimum 2 orang.Kamar tidur sebaiknya tidak dihuni > 2 orang, kecuali untuk suami istri dan anak dibawah dua tahun. Hasil penelitian Rusnoto *et al.* (2005) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepadatan rumah dengan kejadian tuberkulosis paru (OR=5,983) (Rusnoto *et al.*, 2005).

Hasil penelitian Ruslan (2017) pada variabel kepadatan penghuni rumah dengan penyakit infeksi (variabel kejadian TB Paru) didapatkan nilai $p=0,006$. Artinya terdapat hubungan yang bermakna antara kepadatan penghuni rumah dengan kejadian TB paru. Didapatkan nilai odds ratio sebesar 7,875 artinya probabilitas untuk terjadinya TB paru pada kondisi kepadatan penghuni

rumah yang tidak sesuai persyaratan sekitar 7,875 kali lebih tinggi dibandingkan dengan kondisi kepadatan penghuni rumah yang memenuhi persyaratan (Ruslan, 2007).

7) Tersedianya tempat bermain untuk anak-anak

Stunting yang terjadi pada anak merupakan faktor risiko meningkatnya kematian, kemampuan kognitif, dan perkembangan motorik yang rendah serta fungsi fungsi tubuh yang tidak seimbang (Allen & Gillespie, 2001). Maka anak-anak untuk mengurangi *stunting* perlu Kesempatan bermain dengan leluasa di rumah dan halaman di lingkungan rumah. Kesempatan untuk berkembang baik jasmani maupun rohani dalam pertumbuhannya dan menghindari kesempatan bermain di luar rumah, jalanan, atau tempat lain yang sulit diawasi dan dengan sanitasi yang kurang.

8) Memberi pencegahan dan perlindungan terhadap penularan penyakit dan pencemaran

a) Vektor penyakit. Vektor penyakit seperti tikus, kecoak, lalat dan nyamuk tidak bersarang di dalam

rumah sehingga dapat mencegah terjadinya penularan penyakit yang bisa menyebabkan resiko terkena penyakit infeksi dan menjadi faktor resiko *stunting* .

- b) Air.** Tersedianya sarana air bersih dengan kapasitas maksimal 60 liter/orang/hari. Penyediaan air bersih harus memenuhi persyaratan kesehatan.

Stunting dapat dicegah dengan meningkatkan akses terhadap air bersih dan fasilitas sanitasi, serta menjaga kebersihan lingkungan. Anak dengan sanitasi lingkungan yang kurang akan memiliki peluang terjadinya *stunting* lebih besar dibandingkan anak dengan sanitasi lingkungan yang cukup dan baik di zona ekosistem dataran sedang dan pegunungan. Ketersediaan air bersih berhubungan juga dengan kebiasaan dalam hal buang air besar. Kondisi curah hujan yang rendah dan kondisi geografis yang sulit menambah keterbatasan masyarakat untuk mendapatkan akses air bersih, sehingga air menjadi bahan yang sulit didapat di daerah pegunungan. Air yang bersih mencegah perkembangan penyakit yang

secara bersama-sama dengan sanitasi dan kebersihan memengaruhi kesehatan status gizi terutama gizi kurang (Kavosi et al.2014). Air merupakan komponen lingkungan yang penting bagi kehidupan manusia. Di dalam Undang-undang Kesehatan No. 23 tahun 1992 ayat 3 terkandung makna bahwa air minum yang dikonsumsi oleh masyarakat harus memenuhi persyaratan, baik kualitas maupun kuantitas. Persyaratan kualitas ini tertuang di dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 416/1990 tentang syarat-syarat dan pengawasan kualitas air (Musadad D.A, dkk 2009)

Menurut Notoatmodjo (2007), kebutuhan manusia akan air sangat kompleks antara lain untuk minum, masak, mandi, mencuci dan sebagainya. Diantara kegunaan air tersebut yang sangat penting adalah kebutuhan untuk minum (termasuk untuk masak) air harus mempunyai persyaratan khusus agar air tersebut tidak menimbulkan penyakit bagi manusia. Air dan sanitasi memiliki hubungan dengan

pertumbuhan anak. Anak-anak yang berasal dari rumah tangga yang tidak memiliki fasilitas air dan sanitasi yang baik berisiko mengalami *stunting*. Sedangkan anak-anak yang memiliki tinggi badan normal pada umumnya berasal dari rumah tangga yang memiliki fasilitas air dan sanitasi yang baik (Merchant *et al.* 2003). Ditinjau dari sudut Ilmu Kedokteran Preventif dan Komunitas, penyediaan sumber air bersih harus dapat memenuhi kebutuhan masyarakat karena persediaan air bersih yang terbatas akan memudahkan timbulnya berbagai penyakit di masyarakat (Chandra, B., 2009). Air yang diperuntukkan bagi konsumsi manusia harus berasal dari sumber yang bersih dan aman.

Hubungan keterkaitan antara sanitasi lingkungan terhadap kejadian *stunting* juga diperkuat dengan hasil penelitian Schmidt, C.W., (2014) yang menyatakan bahwa rendahnya kualitas sanitasi dan kebersihan lingkungan dapat memicu terjadinya penyakit gangguan saluran pencernaan yang

mengakibatkan energi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dialihkan dan digunakan untuk perlawanan tubuh menghadapi infeksi. Hasil ini memperkuat penelitian yang dilakukan Astari, L.D., Nasoetion, A., dan Dwiriani, C.M., (2005) bahwa praktek sanitasi pangan mempengaruhi kejadian *stunting* melalui peningkatan kerawatan terhadap penyakit diare, sementara praktek sanitasi lingkungan mempengaruhi kejadian *stunting* melalui peningkatan kerawatan terhadap penyakit ISPA. Penelitian lainnya yang juga menunjukkan adanya pengaruh PHBS terhadap kejadian *stunting* yaitu hasil penelitian Sulifana, A., (2014) menyatakan adanya pengaruh perilaku hidup bersih dan sehat keluarga terhadap penyakit diare balita yang mempengaruhi status gizi (BB/U) dan status gizi (TB/U). Selain itu, perilaku hidup bersih dan sehat keluarga secara nyata berpengaruh terhadap peningkatan resiko penyakit ISPA pada balita dan tidak berpengaruh nyata terhadap status gizi (BB/U) dan status gizi (TB/U) balita (Sulifana, A., 2014)

Penyediaan layanan air minum dan sanitasi turut berkontribusi pada penurunan masalah gizi buruk kronis (*stunting*). Saat ini masih ada 37,2 persen atau sekitar 9 juta anak di Indonesia mengalami *stunting*. Penanganan *stunting* tidak hanya dilakukan dengan memberikan makanan tambahan, namun juga melalui penyediaan air minum dan sanitasi yang aman dan layak. Ramli *et al.* (2009), menyatakan bahwa sosial ekonomi keluarga yakni pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan keluarga merupakan faktor risiko terjadinya *stunting* pada anak. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Riyadi *et al.* (2011), yang dilakukan di Timor Tengah Utara menemukan bahwa angka *stunting* berhubungan signifikan dan positif dengan lingkungan fisik rumah (termasuk ketersediaan air bersih) yang baik yang mengindikasikan baiknya sosial ekonomi keluarga, pengetahuan gizi ibu dan perilaku gizi ibu (Riyadi *et al.*, 2011).

c) Pembuangan Tinja dan air Limbah. Masalah pembuangan kotoran manusia merupakan masalah

yang pokok untuk sedini mungkin diatasi. Karena kotoran manusia (feces) adalah sumber penyebaran penyakit yang multi kompleks. Penyebaran penyakit yang bersumber pada feces dapat melalui berbagai macam jalan atau cara, maka bila pengelolaan tinja tidak baik, jelas penyakit akan mudah tersebar (Notoatmodjo, 2011). Untuk mencegah sekurang-kurangnya mengurangi kontaminasi tinja terhadap lingkungan maka pembuangan kotoran manusia harus dikelola dengan baik, maksudnya pembuangan kotoran harus di suatu tempat tertentu atau jamban yang sehat. Keadaan sanitasi lingkungan yang kurang baik (salah satunya pembuangan kotoran manusia) memungkinkan terjadinya berbagai jenis penyakit antara lain diare, kecacingan dan infeksi saluran pencernaan. Apabila anak menderita infeksi saluran pencernaan, penyerapan zat-zat gizi akan terganggu yang menyebabkan terjadinya kekurangan zat gizi sehingga lingkungan berpengaruh dalam status gizi seseorang. Seseorang yang kekurangan zat gizi akan

mudah terserang penyakit dan pertumbuhan akan terganggu (Supriasa dkk, 2002).

Penelitian Spears *et al.* (2013) di India menyatakan bahwa perilaku sanitasi lingkungan yang buruk dalam hal kebiasaan buang air besar sembarangan (BABS) menjadi faktor penentu kejadian *stunting*. Limbah cair yang berasal dari rumah tidak mencemari sumber air, tidak menimbulkan bau dan tidak mencemari permukaan tanah. Sedangkan limbah padat harus dikelola agar tidak menimbulkan bau, pencemaran terhadap permukaan tanah serta air tanah.

d) Tersedianya fasilitas untuk menyimpan makanan.

Untuk menyimpan makanan sangat diperlukan sehingga baik makanan mentah maupun makanan yang sudah matang tidak mudah terkontaminasi dari luar. Penyediaan makanan yang baik akan mengurangi resiko kejadian penyakit infeksi yang akan dialami oleh remaja, ibu hamil dan balita.

e) Perilaku. Perilaku merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam menentukan derajat

kesehatan (Dinkes, 2010). Perilaku hidup bersih dan sehat seseorang berhubungan dengan tindakannya dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan antara lain pencegahan penyakit, kebersihan diri, pemilihan makanan sehat dan bergizi serta kebersihan lingkungan (Suriadi, 2001) dan faktor lingkungan yang terkait dengan perilaku hidup masyarakat yang kurang baik dan sanitasi lingkungan yang buruk inilah yang menyebabkan balita mudah terserang penyakit (Irianto, 1996). Perilaku menjaga kebersihan diri meliputi perilaku ibu memelihara kebersihan rumah, *hygiene* makanan, kebersihan perseorangan (Anwar, 2000). Perilaku higienis ibu merupakan variabel yang secara langsung berhubungan dengan kejadian penyakit infeksi pada anak dan secara tidak langsung akan mempengaruhi status gizi anak tersebut. Pemberian nutrisi tanpa memperhatikan kebersihan akan meningkatkan risiko bayi mengalami infeksi seperti diare (Kusriadi, 2010). Salah satu

komponen dalam perilaku higienis ibu adalah mencuci tangan. Cuci tangan merupakan salah satu komponen perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang memiliki manfaat besar. Menerapkan PHBS merupakan langkah ampuh untuk menangkal penyakit. Namun dalam prakteknya, penerapan PHBS yang kesannya sederhana tidak selalu mudah dilakukan, terutama bagi keluarga yang tidak terbiasa. Sejalan dengan penelitian Sartika (2010), didapatkan hubungan antara kebiasaan mencuci tangan dengan status gizi balita berdasarkan TB/U ($p=0,000$). Penelitian Kusriadi (2010), hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,036$ dan nilai $OR=1,38$ (CI 95% ; 1,02-1,87) hal ini berarti perilaku higienis ibu yang kurang baik dapat meningkatkan risiko kurang gizi pada anak sebesar 1,38 kali lebih besar. Hubungan signifikan menunjukkan bahwa status gizi anak, remaja dan ibu hamil memiliki hubungan yang sangat signifikan dengan praktek sanitasi. Hal tersebut menunjukkan bahwa anak -anak yang

memiliki praktek sanitasi yang baik juga memiliki status gizi normal. Menurut Zeitlin dan Beiseer (2002), kebersihan yang buruk dan sanitasi merupakan kontributor utamapenyakit yang menyebabkan kekurangan gizi. Apabila sanitasi buruk, kemungkinan terserang penyakit dan prevalensi gizi buruk meningkat (Supremo, 2008).

Temuan ini dikuatkan pernyataan Notoatmojo (2007) yang mengungkapkan bahwa perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Hasil temuan ini juga didukung oleh pernyataan Schmidt, C.W. (2014) dalam Uliyati, dkk. (2017) yang menyatakan bahwa rendahnya kualitas sanitasi dan kebersihan lingkungan dapat memicu terjadinya penyakit gangguan saluran pencernaan yang mengakibatkan energi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dialihkan dan digunakan untuk perlawanan tubuh menghadapi infeksi. Artinya

semakin sering terjadinya penyakit infeksi pada balita akan cenderung mengalami masalah gizi, karena energi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dialihkan untuk perlawanan tubuh menghadapi infeksi. Pemenuhan asupan gizi pada 1000 HPK anak sangat penting. Jika pada rentang usia tersebut anak mendapatkan asupan gizi yang optimal maka penurunan status gizi anak bisa dicegah sejak awal.

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENGERJAKAN SOAL :

- I. Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Lingkungan yang tidak memenuhi syarat kesehatan memungkinkan terjadinya penyakit seperti...

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

1. Diare
 2. Cacingan
 3. ISPA
 4. Infeksi saluran pencernaan
-
2. Syarat pencahayaan ruang perumahan yang baik minimal...
 - a. 30 lux
 - b. 40 lux
 - c. 50 lux
 - d. 60 lux
-
3. Faktor penyebab (*agent*) yang dapat menyebabkan *stunting* adalah...
 1. Faktor infeksi
 2. Faktor malabsorpsi
 3. Faktor makanan
 4. Perilaku manusia
-
4. Faktor penjamu (*host*) yang dapat menyebabkan *stunting* adalah...
 1. Faktor status gizi balita
 2. Asupan makanan
 3. Faktor perilaku *hygiene*
 4. Malabsorpsi
-
5. Faktor lingkungan (*environment*) yang dapat menyebabkan *stunting* adalah...
 - a. kondisi sanitasi yang kurang baik
 - b. Faktor perilaku *hygiene*

- c. Status gizi ibu hamil
- d. Gangguan metabolisme tubuh

BAB VI

INTERVENSI DARI SUDUT PANDANG GIZI TERHADAP FAKTOR RISIKO 1000 HPK PADA REMAJA, IBU HAMIL, DAN BADUTA

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan intervensi dari sudut pandang gizi terhadap faktor risiko 1000 HP pada remaja, ibu hamil, dan baduta

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Contoh-contoh intervensi pada remaja, ibu hamil, dan baduta
- b. Strategi implementasi intervensi pada remaja, ibu hamil, dan baduta

Materi pembelajaran: (Bhutta et al., 2013)

A. Intervensi pada Remaja dan Wanita Usia Subur

1. Edukasi mengenai kesehatan reproduktif dan keluarga berencana untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tak direncanakan. Edukasi ini penting untuk mencegah terjadinya SGA yang sering terjadi di populasi remaja.
2. Mencegah defisiensi mikronutrien sekaligus overweigh dan obesitas melalui platform komunitas dan sekolah/pendidikan.
3. Suplementasi, meliputi:
 - 1) Asam folat sejak masa periconception untuk mencegah terjadinya neural tube defect (NTD). Suplementasi selama masa kehamilan dapat mengurangi resiko BBLR.
 - 2) Zat besi untuk mencegah anemia
 - 3) Multiple micronutrient dapat mengurangi kejadian BBLR dan SGA. Tidak ada efek samping meskipun pemberian suplemen secara multiple.
4. Fortifikasi makanan dengan mikronutrien

B. Intervensi pada Ibu Hamil

Suplementasi, meliputi:

1. Asam folat selama masa kehamilan dapat mengurangi resiko BBLR.
2. Zat besi untuk mencegah anemia
3. Multiple micronutrient dapat mengurangi kejadian BBLR dan SGA. Tidak ada efek samping meskipun pemberian suplemen secara multiple.
4. Calcium untuk mencegah gestational hypertension, preeklampsia, dan preterm birth

Suplementasi energi dan protein bagi ibu hamil dengan KEK dan ketahanan pangan yang rendah.

C. Intervensi pada Baduta

1. Promosi pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dan strategi pendukung seperti penyediaan fasilitas breastfeeding di tempat umu, dukungan suami, cuti kehamilan
2. Dietary diversity dan pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) setelah usia 6 bulan
3. Suplementasi, meliputi:

- 1) Vitamin A. Terbukti mengurangi kematian bayi akibat infeksi diare dan pernafasan.
- 2) Zat besi untuk mengurangi resiko anemia dan defisiensi zat besi, meningkatkan Hb dan Fe
- 3) Zinc dapat meningkatkan tinggi badan setelah 24 minggu dan mengurangi diare serta pneumonia

Di samping intervensi, strategi penyampaian dan penerapan intervensi sangat penting untuk keberhasilan intervensi yang telah dirancang. Beberapa contoh strategi yang telah diterapkan di dunia antara lain:

1. Fortifikasi makanan merupakan salah satu strategi paling efektif dari segi biaya dengan dampak yang luas dan menyeluruh.
2. *Cash transfer programme*, sebagai strategi untuk mengurangi kemiskinan, kesenjangan finansial untuk peningkatan kesehatan masyarakat.
3. Intervensi berbasis komunitas untuk edukasi dan promosi gizi. Edukasi dan promosi dilakukan dalam kelompok kecil misalnya di tingkat rumah, RT, RW, atau dusun.

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Upaya pencegahan kejadian stunting pada balita melalui remaja dapat berupa...
 1. Edukasi mengenai kesehatan reproduktif
 2. Keluarga berencana
 3. Mencegah defisiensi mikronutrien
 4. Pemberian suplementai sseperti tablet besi
2. Mencegah defisiensi mikronutrien pada remaja dapat dilakukan melalui...
 1. platform komunitas
 2. sekolah
 3. pendidikan
 4. orang tua
3. Pencegahan stunting pada baduta dapat dilakukan dengan

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

1. Promosi pemberian ASI eksklusif
 2. Dietary diversity
 3. Pemberian MPASI
 4. Pemberian suplementasi
-
4. Strategi pendukung pemberian ASI eksklusif adalah ...
 1. Penyediaan fasilitas breastfeeding di tempat umum
 2. Dukungan suami
 3. Cuti kehamilan
 4. Pemberian PMT
-
5. Pemberian suplementasi pada ibu hamil merupakan upaya pencegahan. Suplementasi berupa...
 1. Asam folat
 2. Zat besi
 3. Calcium
 4. Riboflavin

BAB VII

INTERVENSI DARI SUDUT PANDANG PROMOSI KESEHATAN TERHADAP FAKTOR RISIKO 1000 HPK PADA REMAJA, IBU HAMIL, DAN BADUTA

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan intervensi dari sudut pandang promosi kesehatan terhadap faktor risiko 1000 HPK pada remaja, ibu hamil, dan baduta

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Promosi kesehatan
- b. Gizi 1000 hari pertama kehidupan
- c. Dampak 1000 HPK bagi ibu hamil dan baduta
- d. Intervensi promosi kesehatan pada remaja

Materi Pembelajaran:

A. Promosi Kesehatan

Menurut Swastha dan Irawan (2008), menyatakan bahwa promosi adalah arus informasi atau persuasi satu arah yang dibuat untuk mengarahkan seseorang atau organisasi kepada tindakan menciptakan pertukaran dalam pemasaran. Adapun menurut Sigit (2007), bahwa promosi adalah aktivitas-aktivitas sebuah perusahaan yang dirancang untuk memberi informasi, membujuk, atau mengingatkan pihak lain tentang perusahaan yang bersangkutan dengan barang-barang serta jasa-jasa yang ditawarkan olehnya. Strategi promosi menurut Moekijat (2000), adalah kegiatan perusahaan untuk mendorong penjualan dengan mengarahkan komunikasi-komunikasi yang meyakinkan kepada para pembeli. Sedangkan menurut Lamb, Hair, McDaniel (2001), bahwa strategi promosi adalah rencana untuk penggunaan yang optimal dari elemen-elemen promosi; periklanan, hubungan masyarakat, penjualan pribadi dan promosi. Dari definisi tersebut dapat dilihat bahwa strategi promosi

merupakan kegiatan yang direncanakan dengan maksud membujuk, merangsang konsumen agar mau membeli produk perusahaan sehingga tujuan untuk meningkatkan penjualan diharapkan dapat tercapai. Di dalam pemasaran produk terdapat beberapa strategi promosi yang dapat dilaksanakan oleh perusahaan. Kegiatan ini merupakan variabel-variabel strategi promosi yang disebut dengan bauran promosi (*promotional mix*).

Menurut Lamb, Hair, dan McDaniel (2001), bahwa strategi promosi adalah kombinasi dan alat promosi termasuk periklanan, hubungan masyarakat, dan promosi yang digunakan untuk mencapai pasar sasaran dan memenuhi tujuan organisasi secara keseluruhan. Promosi kesehatan adalah tentang meningkatkan status kesehatan dari individu dan komunitas. Dengan promosi dalam konteks kesehatan mengartikannya sebagai memperbaiki kesehatan, memajukan, mendukung, mendorong dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada agenda perorangan maupun masyarakat umum. Pokok kesehatan adalah aspek-aspek sosial, ekonomi dan

lingkungan yang sering berada diluar control perorangan atau bahkan masyarakat secara kolektif. Oleh karena itu, aspek promosi kesehatan yang mendasar adalah bahwa ia bertujuan melakukan pemberdayaan sehingga orang mempunyai kontrol yang lebih besar terhadap aspek-aspek kehidupan mereka yang mempengaruhi kesehatan. Definisi WHO mengenai promosi kesehatan secara jelas menekankan promosi kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan control terhadap, dan memperbaiki, kesehatan mereka (Putra F.Y, 2016).

B. Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan

Masa 1000 hari pertama kehidupan (HPK), yang bermula sejak saat konsepsi hingga anak berusia 2 tahun, merupakan masa paling kritis untuk memperbaiki perkembangan fisik dan kognitif anak. Status gizi ibu hamil dan ibu menyusui, status kesehatan dan asupan gizi yang baik merupakan faktor penting untuk pertumbuhan dan perkembangan fisik dan kognitif anak, menurunkan risiko kesakitan pada bayi dan ibu. Ibu hamil

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

dengan status gizi kurang akan menyebabkan gangguan pertumbuhan janin, penyebab utama terjadinya bayi pendek (*stunting*) dan meningkatkan risiko obesitas dan penyakit degeneratif pada masa dewasa (The Lancet, 2013)



Sumber: Peraturan Presiden RI No 42 Tahun 2013

C. Dampak 1000 HPK bagi Ibu Hamil dan Baduta

Status gizi pada 1000 HPK akan berpengaruh terhadap kualitas kesehatan, intelektual, dan produktivitas pada masa yang akan datang. Ibu dan bayi memerlukan gizi yang cukup dan berkualitas untuk menjamin status gizi dan status kesehatan, kemampuan motorik, sosial, dan kognitif, kemampuan belajar dan produktivitasnya pada masa yang akan datang. Anak yang mengalami kekurangan gizi pada masa 1000 HPK akan mengalami masalah neurologis, penurunan kemampuan belajar, peningkatan risiko *drop out* dari sekolah, penurunan produktivitas dan kemampuan bekerja, penurunan pendapatan, penurunan kemampuan menyediakan makanan yang bergizi dan penurunan kemampuan mengasuh anak. Selanjutnya akan menghasilkan penularan kurang gizi dan kemiskinan pada generasi selanjutnya (USAID, 2014; Kemenkes RI, 2013).

Mempertimbangkan pentingnya gizi bagi 1000 HPK, maka intervensi gizi pada 1000 HPK merupakan prioritas utama untuk meningkatkan kualitas kehidupan generasi

yang akan datang. Intervensi pada 1000 HPK difokuskan pada 2 jenis intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik merupakan rangkaian berbagai kegiatan yang cukup *cost effective* khususnya untuk mengatasi masalah gizi pendek, sedangkan intervensi gizi sensitive merupakan berbagai kegiatan program pembangunan yang memberi pengaruh pada status gizi masyarakat terutama kelompok 1000 HPK, seperti penanggulangan kemiskinan, pendidikan, gender, air bersih, sanitasi, serta kesehatan lingkungan (BAPPENAS RI, 2012; BAPPEDA Kota Malang, 2014).

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas. Dalam menciptakan sumber daya manusia yang berkualitas, tidak terlepas dari peran gizi. Gizi yang baik sangat diperlukan dalam hal perkembangan otak dan pertumbuhan fisik yang baik. Untuk memperoleh hal tersebut, maka keadaan gizi seseorang perlu ditata sejak dini terutama pada masa

kehamilan, hingga bayi berusia 2 tahun atau yang dikenal dengan 1000 Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK).

Periode 1000 HPK telah terbukti secara ilmiah merupakan periode yang menentukan kualitas kehidupan yang sering disebut sebagai periode emas. Seribu HPK merupakan periode sensitif karena dampak yang ditimbulkan akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Dampak tersebut tidak hanya pada pertumbuhan fisik, tetapi juga pada perkembangan mental dan kecerdasan, dan pada usia dewasa akan terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal serta kualitas kerja yang tidak kompetitif berakibat pada rendahnya produktivitas dan ekonomi (Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat RI, 2013).

D. Intervensi Promosi Kesehatan

Menurut Kartono (2008) masa remaja adalah masa penghubung atau masa peralihan antara masa kanak-kanak dengan masa dewasa. Istilah remaja atau *adolescence* berasal dari bahasa latin *adolescere* yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Istilah

adolescence (dalam bahasa Inggris) yang dipergunakan saat ini mempunyai arti yang cukup luas mencakup kematangan mental, emosional, sosial, dan fisik (Kartono, 2008).

Remaja memiliki pertumbuhan yang cepat (*groe spurt*) dan merupakan waktu pertumbuhan yang *intens* setelah masa bayi serta satu-satunya periode dalam hidup individu terjadi peningkatan velositas pertumbuhan. Selama masa remaja, seseorang dapat mencapai 15% dari tinggi badan dan 50% dari berat badan saat dewasa. Pertumbuhan yang cepat ini sejalan dengan peningkatan zat gizi, yang secara signifikan dipengaruhi oleh infeksi dan pengeluaran energi. Masa tulang meningkat sebesar 45% dan *remodeling* tulang terjadi jaringan lunak, organ-organ dan bahkan massa sel darah merah meningkat dalam hal ukuran, akibatnya kebutuhan zat gizi mencapai titik tertinggi saat remaja (Kartono, 2008).

Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 menyatakan bahwa Gerakan 1000 HPK terdiri dari intervensi gizi

spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi spesifik, adalah tindakan atau kegiatan yang dalam perencanaannya ditujukan khusus untuk kelompok 1000 HPK. Sedangkan intervensi sensitif adalah berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan. Sasarannya adalah masyarakat umum, tidak khusus untuk 1000 HPK. Salah satu sasaran untuk intervensi gizi sensitif adalah remaja. Remaja merupakan kelompok yang perlu mendapat perhatian serius mengingat masa remaja adalah masa transisi dari anak-anak ke dewasa dan belum mencapai tahap kematangan fisiologis dan psikososial. Menurut Heriana yang dikutip oleh Rosa (2012) remaja mempunyai sifat yang selalu ingin tahu dan mempunyai kecenderungan untuk mencoba hal-hal baru. Sehingga, apabila tidak dipersiapkan dengan baik remaja sangat beresiko terhadap kehidupan seksual pranikah. Di berbagai daerah kira-kira separuh dari remaja telah menikah (Heriana dalam Rosa, 2012; Anas, 2013).

Secara umum, sejak perempuan memasuki masa pernikahan maka ia mulai memasuki periode untuk hamil

dan melahirkan. Oleh sebab itu, semakin cepat memasuki usia pernikahan, maka risiko untuk hamil dan melahirkan juga semakin panjang. Menurut Arisman (2004) bayi yang dilahirkan dari ibu yang masih remaja menunjukkan angka mortalitas 34% lebih tinggi jika dibandingkan dengan wanita yang melahirkan pada usia 25-34 tahun. Selain itu, remaja yang hamil menunjukkan angka komplikasi yang tinggi meliputi preeklamsia, penyakit menular seksual, malnutrisi dan solusio plasenta (lepasnya plasenta dari dinding rahim). Keadaan ini secara langsung menyumbang tingginya angka kematian ibu dan anak di Indonesia (Arisman, 2004).

Pernikahan pada usia remaja memang tidak disarankan dari sudut pandang kesehatan karena berkaitan dengan kesiapan organ reproduksi seorang calon ibu. Hasil penelitian Latifah dan Anggraeni (2009) menyatakan bahwa remaja yang hamil mempunyai peluang 3,88 kali lebih besar untuk melahirkan bayi prematur dan memiliki peluang 7 kali lebih besar untuk melahirkan bayi BBLR dibandingkan ibu yang bukan

remaja. Hal ini dapat terjadi karena ibu remaja masih membutuhkan zat gizi untuk perkembangan fisiknya, sementara di saat bersamaan harus membagi zat gizi yang dikonsumsinya untuk bayi yang dikandungnya. Tidak hanya karena faktor gizi, faktor psikologis pada remaja hamil juga menyumbang terjadinya masalah gizi. Hal ini karena remaja belum siap secara mental untuk menjadi orang tua, dan tidak memiliki bekal pengetahuan yang mencukupi dalam memenuhi kebutuhan gizi bagi diri sendiri, anak yang dilahirkan, serta keluarganya.

Fadlyana dan Larasati (2009) menyatakan bahwa menjadi orang tua diusia dini cenderung memiliki keterampilan yang kurang dalam mengasuh anak, sehingga anak yang dilahirkan berisiko untuk mengalami perlakuan yang salah dan penelantaran. Faridatul dalam Anas (2013) menyatakan bahwa 7 dari 10 orang ibu yang menikah dini dan mempunyai anak 1-5 tahun tidak tahu cara memberikan pola asuh yang baik dan benar kepada anaknya. Ketidaktahuan seperti ini tentu saja sangat membahayakan kesehatan anak. Oleh sebab itu,

pengetahuan gizi perlu ditanamkan sejak dini khususnya pada remaja sebagai generasi penerus bangsa dan orangtua masa depan.

Menurut World Bank (2009) remaja atau kaum muda mulai membuat keputusan mandiri tentang kesehatannya dan mulai membentuk serta mengadopsi perilaku yang akan mempengaruhi kesehatannya sendiri serta kesehatan bagi calon anak-anaknya kelak. Kepada remaja dapat diberikan intervensi berupa pendidikan dalam rangka persiapan sebagai calon pengantin. Dimana materi gizi terkait 1000 HPK dapat diberikan kepada remaja agar memiliki pengetahuan gizi yang baik dan sangat berguna bagi kehidupannya di masa yang akan datang. Intervensi ini diharapkan kelak dapat memberikan kontribusi dalam menurunkan masalah gizi khususnya masalah gizi pada kelompok 1000 HPK (Rosha B.C, dkk, 2016).

Pendidikan Gizi 1000 HPK pada remaja

Menurut Notoatmojo (2005) sekolah merupakan salah komunitas yang interaksi diantara anggota

komunitasnya hanya 6-8 jam, walaupun begitu penyuluhan tetap perlu dilakukan. Promosi yang berkaitan dengan kesehatan baik itu dari pihak sekolah sendiri atau dari kemitraan seperti dengan petugas kesehatan untuk membantu meningkatkan wawasan anggota komunitas sekolah. Sekolah merupakan salah satu lembaga pendidikan yang mana peserta didik datang untuk belajar sehingga mampu meningkatkan kualitas peserta didik itu sendiri. Pendidikan gizi yang dilakukan disekolah merupakan pendidikan gizi komunitas dan salah satu langkah strategis untuk meningkatkan status kesehatan dan menyukseskan gerakan 1000 HPK, karena sekolah merupakan salah satu lembaga yang didirikan dengan tujuan meningkatkan sumberdaya manusia secara fisik mental dan spiritual. Pemberian pendidikan pada siswi disekolah mampu dijadikan investasi agar gerakan 1000 HPK dapat berjalan dengan baik.

Hasil Penelitian yang dilakukan oleh Khoirani (2012) menunjukkan adanya pengaruh media permainan

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

terhadap peningkatan pengetahuan siswa tentang gizi seimbang menjadi 100% dari yang sebelumnya 80,77%, sedangkan menurut penelitian yang dilakukan oleh Koka (2014) mengenai pengaruh pendidikan gizi yang dilakukan dengan metode ceramah dan diskusi menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan dan sikap siswa menjadi lebih baik mengenai 1000 HPK dimana pengetahuan siswa pada kategori baik sebelum diberikan pendidikan hanya sebesar 3,9% meningkat menjadi 64,7% setelah dilakukan pendidikan gizi 1000 HPK, begitu juga dengan sikap siswa yang meningkat secara nyata sesudah diberikan pendidikan gizi 1000 HPK. Penelitian yang dilakukan oleh Demitri (2015) diketahui bahwa ada pengaruh pendidikan gizi melalui game puzzle terhadap peningkatan pengetahuan anak sekolah dasar tentang pola makan seimbang. Hasil penelitian Gunawan (2014) yang bertujuan untuk mengkaji pengetahuan dan sikap mahasiswa IPB tentang 1000 hari pertama kehidupan terkait masa postnatal dengan membandingkan mahasiswi jurusan ilmu gizi semester

delapan dan mahasiswi tingkat persiapan bersama (TPB), diperoleh hasil tingkat pengetahuan mengenai 1000 HPK terkait masa postnatal mahasiswi ilmu gizi semester delapan secara signifikan lebih tinggi (83,7%) dibandingkan dengan mahasiswi tingkat persiapan bersama (52,8%) sedangkan untuk sikap keduanya tergolong dalam kategori sedang (Rosha B.C, dkk, 2016).

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENGERJAKAN SOAL :

- I. Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Intervensi pada 1000 HPK difokuskan pada 2 jenis intervensi, yaitu:
 1. Intervensi gizi spesifik
 2. PMT penyuluhan

3. Intervensi gizi sensitive
 4. PMT Pemulihan
2. Dampak 1000 HPK bagi Baduta
 1. Kekurangan gizi pada masa 1000 HPK
 2. Mengalami masalah neurologis
 3. Penurunan kemampuan belajar
 4. Rewel
 3. Dampak 1000 HPK bagi ibu hamil
 1. Penurunan produktivitas
 2. Penurunan pendapatan
 3. Penurunan kemampuan menyediakan makananan yang bergizi
 4. Penurunan kemampuan mengasuh anak
 4. Menurut Kartono bahwa masa remaja berkaitan dengan hal berikut ini, yaitu
 1. Kematangan mental
 2. Emosional
 3. Sosial
 4. Fisik
 5. Masa pertumbuhan tulang mencapai titik tertinggi ketika memasuki usia....
 - a. Balita
 - b. Anak-anak
 - c. Remaja
 - d. Dewasa

BAB VIII

EVALUASI STATUS GIZI REMAJA, IBU HAMIL DAN BADUTA

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan evaluasi status gizi remaja, ibu hamil dan baduta

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Evaluasi status gizi remaja
- b. Evaluasi status gizi ibu hamil
- c. Evaluasi status gizi baduta

Materi Pembelajaran:

A. Evaluasi Status Gizi Remaja

Asupan energi mempengaruhi pertumbuhan. Jika asupan energi tidak adekuat, maka fungsi organ tubuh akan terganggu seperti metabolisme, pertumbuhan fisik dan maturasi seksual. Tubuh memerlukan energi untuk

menaikkan berat badan (BB) sekitar 8 kkal/gram peningkatan BB atau 5-5% dari energi harian untuk maintenance. Energi untuk maintenance diperlukan sekitar 130-150 kkal/hari (Suandi, 2010).

Status gizi remaja dapat ditentukan dengan berbagai pemeriksaan, antara lain:

1. Pemeriksaan Antropometri

Pemeriksaan antropometri adalah mengukur ukuran tubuh manusia. Antropometri berhubungan dengan berbagai dimensi tubuh dengan berbagai tingkat umur dan gizi. Tujuan pemeriksaan ini secara umum adalah melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi, yang terlihat pada pertumbuhan fisik, jaringan lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Husaini dkk., 2017). Ukuran antropometri gizi terdiri dari pertumbuhan linier dan pertumbuhan massa jaringan. Pertumbuhan linier merupakan pertumbuhan yang berhubungan dengan panjang, yaitu tinggi badan, lingkar dada, dan lingkar kepala. Pertumbuhan linier menunjukkan status gizi akibat kekurangan energi dan protein yang diderita

waktu lampau. Pertumbuhan massa jaringan adalah pertumbuhan terkait massa tubuh, yaitu berat badan, lingkar lengan atas, dan tebal lemak subkutan. Pertumbuhan ini menunjukkan keadaan gizi akibat kekurangan energi dan protein yang diderita sekarang atau saat pengukuran (Supriasa dkk., 2001).

Pengukuran antropometri harus memenuhi syarat berikut (Supriasa dkk., 2001):

- a. Alat ukur mudah didapat dan digunakan
- b. Pengukuran dapat dilakukan berulang-ulang dengan mudah dan objektif
- c. Pengukuran dapat dilakukan oleh tenaga non profesional yang sudah dilatih
- d. Relatif murah
- e. Hasilnya mudah disimpulkan
- f. Diakui kebenarannya

Antropometri gizi memiliki beberapa keunggulan, yaitu: (Supriasa dkk., 2001)

- a. Prosedurnya sederhana, aman, dan dapat dilakukan untuk jumlah sampel yang besar

- b. Relatif tidak membutuhkan tenaga ahli
 - c. Alatnya murah, mudah dibawa, tahan lama, dapat dipesan dan dibuat di daerah setempat
 - d. Tepat dan akurat
 - e. Dapat mendeteksi dan menggambarkan keadaan gizi di masa lalu
 - f. Dapat mengidentifikasi status gizi sedang, kurang, dan buruk
 - g. Dapat mengevaluasi perubahan status gizi pada periode tertentu
 - h. Dapat sebagai penapisan kelompok rawan gizi
- Selain kelebihan, antropometri juga memiliki kekurangan, antara lain: (Suparisa dkk., 2001)
- a. Tidak sensitif, tidak dapat mendeteksi status gizi dalam waktu singkat dan tidak dapat membedakan kekurangan gizi tertentu
 - b. Faktor selain gizi dapat menurunkan sensitivitas dan spesifisitas pengukuran
 - c. Kesalahan saat pengukuran dapat mempengaruhi presisi, akurasi, dan validasi pengukuran

Sumber kesalahan pengukuran antropometri biasanya berasal dari latihan petugas yang kurang, kesalahan alat karena tidak ditera, dan kesulitan pengukuran (Supariasa dkk., 2001).

Jenis parameter pengukuran antropometri gizi adalah:

a. Berat badan (BB)

Pengukuran berat badan harus disertai pencatatan usia (BB/U). Berat badan diukur dengan menggunakan timbangan berdiri, yang dilakukan di ruangan dengan pencahayaan terang. Pengukuran berat badan dilakukan dengan menanggalkan sepatu dan baju yang memberatkan timbangan. Sebelum melakukan penimbangan, pemeriksaan harus memastikan jarum penunjuk angka pada posisi angka nol (Suandi, 2010).

Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan kehilangan berat badan termasuk massa tubuh bersih dan lemak tubuh. Kehilangan berat badan dari individu yang

kurus berasal dari lean tissue, sedangkan individu yang obes berasal dari jaringan lemak (Suandi, 2010).

Defisit energi karena latihan dapat menyebabkan kehilangan berat badan dan nitrogen balans negatif, sama halnya dengan asupan makanan yang kurang. Dengan demikian atlet memerlukan asupan makanan yang cukup untuk menjaga berat badan dan balans nitrogen (Suandi, 2010).

Kenaikan berat badan terjadi akibat keabakan massa tubuh bersih (MTB) dan lemak. Individu obes memiliki MTB yang lebih berat daripada yang kurus, sehingga individu obes memerlukan asupan makanan lebih daripada yang kurus untuk mempertahankan balans energi. Individu yang tidak melakukan aktivitas berat memerlukan 16-20 Kkal untum menaikkan 1 kg BB (Suandi, 2010).

b. Tinggi badan

Pengukuran tinggi badan harus disertai pencatatan usia (TB/U). Tinggi badan diukur dengan menggunakan alat ukur tinggi stadiometer Holtain

yang terpasang di dinding dengan petunjuk kepala yang dapat digerakkan dalam posisi horizontal. Alat tersebut juga memiliki jarum petunjuk tinggi dan ada papan tempat kaki. Alat tersebut cukup mahal, sehingga dapat diganti dengan meter stick yang digantung di dinding dengan petunjuk kepala yang dapat digerakkan secara horizontal. Stick pada petunjuk kepala disertai dengan skala dalam cm (Suandi, 2010).

Pengukuran tinggi badan menggunakan mikrotoa dengan ketelitian 0,1 cm. Cara pengukuran:

- a. Mikrotoa ditempelkan di dinding yang lurus dan datar setinggi 2 meter, harus menunjukkan angka nol jika ditarik ke lantai yang datar dan rata.
- b. Alas kaki dilepas
- c. Berdiri tegak dengan sikap sempurna (kaki lurus, tumit, pantat, punggung, dan kepala bagian belakang menempel pada dinding dan pandangan lurus ke depan)

- d. Mikrotoa diturunkan sampai rapat pada kepala bagian atas, siku-siku mikrotoa harus lurus menempel dinding
 - e. Angka pada skala dibaca sebagai tinggi badan yang diukur
- c. Indeks Massa Tubuh (IMT)

IMT merupakan rasio BB/TB^2 dengan satuan kg/m^2 (Suandi, 2010). IMT merupakan indikator sederhana untuk memantau status gizi yang berkaitan dengan kekurangan/kelebihan berat badan berdasarkan tinggi badan. Penggunaan IMT hanya untuk usia di atas 18 tahun. Kondisi yang tidak dapat menggunakan IMT adalah bayi, anak, remaja < 18 tahun, ibu hamil, dan individu dengan asites, udem dan hepatomegali. Batas normal IMT merujuk pada ketentuan FAO/WHO yang membedakan batas normal laki-laki dan perempuan. Batas normal untuk laki-laki adalah 20,1-25,0. Batas normal untuk wanita adalah 18,7-23,8. Berdasarkan Depkes RI tahun 1994, ambang batas normal IMT dimodifikasi sesuai kondisi di Indonesia,

didapatkan kategori sebagai berikut: (Supriasa dkk., 2001)

Tabel 8.1 Kategori Ambang Batas IMT untuk Indonesia

	KATEGORI	IMT
Kurus	Kekurangan berat badan tingkat berat	< 17,0
	Kekurangan berat badan tingkat ringan	17,0-18,5
Normal		>18,5-25,0
Gemuk	Kelebihan berat badan tingkat ringan	>25,0-27,0
	Kelebihan berat badan tingkat berat	>27,0

Sumber: Supriasa dkk., 2001

d. LILA (lingkar lengan atas)

LILA merupakan salah satu pilihan penilaian status gizi karena mudah digunakan. LILA pada masa remaja dilakukan sebagai deteksi KEK sebagai persiapan calon ibu.

e. Lipatan lemak (*fat fold*)

Ketebalan lapisan lemak diukur dengan skinfold (lipatan kulit). Cara mengukurnya dilakukan dengan memegang kulit dan jaringan lemak subkutan dengan ibu jari dan telunjuk. Lipatan yang dipegang tersebut

diusahakan terpisah dari jaringan otot di bawahnya sehingga penjepit skinfold dapat memegang jaringan tersebut. Tebal lipatan lemak dapat diketahui dengan membaca jarum petunjuk. Lokasi pengukuran lipatan lemak adalah di atas otot trisep di pertengahan bahu dan lengan bawah, atau di atas otot bicep di ujung bawah skapula dan krista iliaka. Seseorang yang obes memiliki ukuran lipatan lemak mencapai 40 mm (Suandi, 2010).

Mengukur lipatan kulit terdiri dari lapisan kulit dan lemak sub kutan. Penyimpanan lemak di jaringan sub kutan tidak sama pada seluruh permukaan tubuh, sehingga harus memilih daerah yang memberikan gambaran persediaan energi. Dengan demikian lokasi pada otot trisep dipilih baik untuk orang kurus maupun gemuk untuk semua umur. Pengukuran lipatan kulit sebaiknya dilakukan sebanyak 3 kali dan dibuat rata-rata. Kesulitan pengukuran ditemukan pada individu dengan peningkatan kepadatan dan udem (Supariasa dkk., 2001).

f. Lingkar abdomen dan lingkar panggul

Rasio lingkar abdomen dan lingkar panggul digunakan sebagai indeks distribusi lemak tubuh. Jika rasionya tinggi disertai dengan timbunan lemak intraabdominal cenderung berisiko terkena penyakit kardiovaskular dan stroke (Suandi, 2010).

Lemak dalam perut menunjukkan perubahan metabolisme termasuk daya tahan terhadap insulin dan meningkatnya produksi asam lemak bebas. Perubahan metabolisme ini terkait pemeriksaan penyakit yang berhubungan dengan lemak tubuh. Pengukuran lingkar abdomen/pinggang dan panggul dilakukan oleh tenaga terlatih. Rasio normal lingkar abdomen dan panggul untuk perempuan adalah 0,77, sedangkan untuk laki-laki adalah 0,90. Rata-rata rasio lingkar abdomen dan lingkar panggul untuk penderita penyakit kardiovaskuler adalah 0,938 dan 0,925 (Supariasa dkk., 2001).

2. Komposisi tubuh

Metode untuk mengestimasi komposisi tubuh atau body fluid space (ruang berisi cairan tubuh) menggunakan prinsip dilusi isotopik. Ruang yang berisi cairan tubuh terdiri dari volume plasma, massa sel darah merah total, volume cairan ekstra seluler, dan air tubuh total. Menghitung air tubuh total atau kalium tubuh total dilakukan untuk mengestimasi massa tubuh bersih. Lemak tubuh diketahui dengan menghitung berat badan dikurangi massa tubuh bersih. Pengukuran komposisi tubuh lainnya adalah indeks massa otot yang dapat diketahui dari ekskresi kreatinin urine. Estimasi massa skeletal dibentuk dari ukuran dan densitas bermacam-macam tulang dengan menggunakan derajat atenuasi sinar gamma monoenergetik. Estimasi massa skeletal juga dapat dilakukan dengan roentgenogram daerah potong lintang korteks metakarpal II. Ukuran dan bentuk macam-macam organ termasuk massa otot dan lemak tubuh ditetapkan dengan *computed tomography* (CT) atau *magnetic resonance imaging* (MRI) (Suandi,

2010). Berbagai jenis ukuran dan konstitusi tubuh remaja usia 10 dan 20 tahun seperti pada tabel berikut:

Tabel 8.2. Ukuran dan Konstitusi Tubuh Anak Umur 10 dan 20 tahun

JENIS UKURAN DAN KONSTITUSI TUBUH	UMUR 10 TAHUN (L/P)	UMUR 20 TAHUN (L/P)	RATA-RATA AKRESI PERHARI SELURUH DEKADE
Berat badan (kg)	33/34	71/57	
Massa tubuh bersih (kg)	27/26	62/43	
Nitrogen tubuh total (gram)	840/780	1980/1290	0,31/0,14
Kalsium tubuh total (gram)	330/290	1100/710	0,21/0,12
Zat besi tubuh total (mg)	1480/1430	3560/2270	0,57/0,23
Volume darah (ml)	2450/2400	5350/3950	
Area otot lengan + tulang (cm ²)	24,2/22,6	59/34	
Kreatinin urine (mg/24 jam)	730/700	1990/1300	
Korteks metakarpal (cm ²)	0,27/0,26	0,56/0,42	

Sumber: Forbes, 1992 dalam Suandi, 2010

3. *Body image* (citra tubuh)

Citra tubuh mirip dengan tampilan fisik. Citra tubuh terdiri dari 3 komponen, yaitu persepsi ukuran tubuh dan akurasinya, komponen subjektif berupa rasa puas/tidak terhadap tubuhnya, dan aspek kebiasaan. Citra tubuh penting pada remaja karena terkait dengan obesitas, gangguan diet dan ketidakpuasan secara psikologik (WHO, 2005).

B. Evaluasi Status Gizi Ibu Hamil

Penilaian status gizi ibu hamil meliputi faktor risiko, diet, pemeriksaan antropometri dan biokimia. Faktor risiko yang dimaksud adalah risiko selama hamil dan selama ANC. Faktor risiko terkait gizi yaitu (Arisman, 2009):

- a. Pertambahan berat badan tidak adekuat < 1 kg/bulan
- b. Pertambahan berat badan berlebihan > 1 kg/minggu
- c. Kadar Hb < 11 gr/dl

Pemeriksaan status gizi pada ibu hamil yang biasa dilakukan adalah:

1. LILA

Pengukuran LILA pada wanita usia subur (15-45 tahun) merupakan salah satu cara deteksi dini kelompok berisiko kekurangan energi kronis (KEK) yang dapat dilaksanakan oleh masyarakat awam. Pengukuran LILA tidak bisa digunakan untuk memantau perubahan status gizi jangka pendek. Sasaran pengukuran LILA adalah WUS termasuk ibu hamil maupun calon ibu. Tujuan pengukuran LILA adalah: (Supariasa dkk., 2001)

- a. Mengetahui risiko KEK pada WUS (ibu hamil dan calon ibu), sehingga dapat menapis risiko melahirkan BBLR
- b. Meningkatkan perhatian dan kesadaran masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan KEK
- c. Mengembangkan gagasan baru untuk mensejahterakan ibu dan anak
- d. Meningkatkan peran lintas sektor dalam perbaikan gizi WUS yang menderita KEK
- e. Mengarahkan pelayanan kesehatan pada kelompok WUS dengan KEK

Jika hasil pengukuran LILA kurang dari 23,5 cm, maka wanita tersebut mempunyai risiko KEK. Wanita tersebut dianjurkan untuk makan cukup dengan gizi seimbang, hidup sehat, menunda kehamilan, bila hamil harus segera dirujuk, dan diberikan penyuluhan tentang gizi. Jika hasil pengukuran LILA \geq 23,5 cm, maka wanita tersebut tidak berisiko KEK. Anjuran untuk wanita tersebut adalah pertahankan kondisi kesehatan, anjuran hidup sehat, dan jika hamil langsung memeriksakan kehamilan kepada

petugas kesehatan. Cara mengukur LILA adalah (Supriasa dkk., 2001):

- a. Posisi bahu dan siku ditetapkan terlebih dahulu
 - b. Pita ukur diletakkan antara bahu dan siku
 - c. Titik tengah lengan ditentukan
 - d. Pita LILA dilingkarkan pada tengah lengan
 - e. Pita jangan terlalu ketat/terlalu longgar
 - f. Hasil pada skala dibaca dengan benar
2. Pemeriksaan kadar hemoglobin (Hb)

Hemoglobin adalah parameter untuk menetapkan prevalensi anemia. Kandungan Hb yang rendah mengindikasikan adanya anemia. Metode yang mudah digunakan adalah metode sahli, tapi ketepatannya lebih rendah daripada metode spektrofotometer. Nilai normal Hb untuk laki-laki adalah 14-18 gr/100 ml, untuk wanita tidak hamil adalah 12-16 gr/100 ml, dan 11 gr/100 ml untuk wanita hamil (Supriasa dkk., 2001).

Prosedur pemeriksaan kadar Hb dengan metode Sahli adalah (Supriasa dkk., 2001):

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

- a. HCl 0,1 N dimasukkan ke dalam tabung Sahli sampai angka 2
- b. Ujung jari yang akan diambil darah dibersihkan dengan larutan desinfektanm, kemudian ditusuk dengan lanset
- c. Darah yang keluar diisap dengan pipet hemoglobin sampai melewati batas, kemudian teteskan pelan-pelan hingga sampai batas garis
- d. Pipet yang berisi darah dimasukkan dalam tabung hemoglobin hingga menyentuh dasar tabung, kemudian tiup pelan-pelan. Sisa darah yang menempel di pipet dibilas dengan HCl dengan mengisapnya dan meniupnya lagi
- e. Didiamkan sekitar 10 menit
- f. Tabung dimasukkan ke dalam alat pembanding, teteskan akuadest sampai warna larutan sama dengan alat pembanding (aduk sampai homogen)
- g. Kadar Hb dibaca pada skala

3. Berat badan

Lau pertambahan berat selama hamil digunakan sebagai pemantauan proses kehamilan. Pertambahan berat pada trimester I sebaiknya 1-2 kg (350-400 gram/minggu). Pertambahan berat badan pada trimester II sebaiknya 0,34-0,50 kg/minggu. Pertambahan berat badan berlebih setelah minggu ke-20 kehamilan menunjukkan adanya retensi cairan atau janin besar. Retensi cairan merupakan tanda awal preeklamsia. Janin besar merupakan risiko disproporsi kepala-panggul. Jika pertambahan berat badan < 1 kg selama trimester II atau trimester III, maka akan meningkatkan risiko BBLR (Arisman, 2009).

Selain pemeriksaan antropometri, pemeriksaan klinis juga dapat dilakukan untuk memantau status gizi pada ibu hamil. Kondisi yang paling banyak ditemukan pada ibu hamil adalah anemia defisiensi zat besi. Tanda klinis yang ditemukan pada anemia defisiensi zat besi adalah lemah, bibir nampak pucat, nafas pendek, lidah licin, denyut jantung meningkat, susah buang air besar,

anoreksia, kadang terasa pusing, mudah mengantuk (Supriasa dkk., 2001).

C. Evaluasi Status Gizi Baduta

Pertumbuhan anak dapat diamati dengan menggunakan kartu menuju sehat (KMS). KMS berfungsi sebagai alat pemantau pertumbuhan. Jika pertumbuhan normal tidak tergambar pada KMS, maka indikator lain perlu diperiksa seperti tebal lemak subkutan, lingkaran tubuh atau penentuan usia tulang (Arisman, 2009).

Evaluasi status gizi baduta biasanya dilakukan dengan pemeriksaan antropometri gizi. Jenis parameter yang biasa digunakan adalah berat badan, panjang badan, lingkaran kepala dan lingkaran dada.

1. Berat badan

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang paling penting untuk bayi baru lahir, biasanya digunakan untuk mendiagnosis bayi berat badan lahir rendah (BBLR). Pada masa bayi-batuta, berat badan digunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik dan status gizi, kecuali pada keadaan dehidrasi, asites, udem, dan tumor.

Selain itu, berat badan juga digunakan sebagai dasar untuk menghitung dosis obat dan makan pada batuta. Berat badan menggambarkan jumlah dari protein, lemak, air dan mineral tulang (Supariasa dkk., 2001).

Berat badan dipilih sebagai ukuran antropometri pada batuta oleh karena (Supariasa dkk., 2001):

- a. Mudah terlihat perubahannya dalam waktu singkat
- b. Memberikan gambaran status gizi sekarang, dan jika dilakukan secara periodik menggambarkan pertumbuhan
- c. Sudah digunakan secara umum
- d. Ketelitian pengukuran tidak banyak dipengaruhi oleh keterampilan petugas
- e. Digunakan pada kartu menuju sehat (KMS) sebagai monitoring dan pendidikan kesehatan anak
- f. Alat pengukur dapat diperoleh di mana saja (dapat menggunakan dacin).

Alat mengukur berat badan batuta antara lain menggunakan dacin, detecto yang digunakan di puskesmas, kantong celana timbang, kotak atau

keranjang yang tidak membahayakan batuta. Timbangan yang menggunakan per tidak disarankan karena hasilnya dapat berubah-ubah. Dacin yang digunakan minimum 20 kg dan maksimum 25 kg (Supariasa dkk., 2001).

Langkah-langkah menimbang menggunakan dacin berdasarkan buku kader tahun 1995 adalah:

Langkah 1: dacin digantungkan di dahan pohon, palang rumah atau penyangga kaki tiga

Langkah 2: dacin yang tergantung diperiksa apakah sudah kuat

Langkah 3: bandul geser dacin diletakkan pada angka nol, batang dacin dikaitkan dengan tali pengaman

Langkah 4: celana timbang, kotak atau sarung timbang dipasang pada dacin, bandul digeser pada angka nol.

Langkah 5: dacin yang sudah dibebani celana timbang diseimbangkan.

Langkah 6: anak ditimbang, dacin diseimbangkan

Langkah 7: berat badan ditentukan dengan membaca angka di ujung bandul geser

Langkah 8: hasil penimbangan dicatat

Langkah 9: bandul digeser ke angka nol, batang dacin diletakkan dalam tali pengaman, anak dapat diturunkan

Hal yang harus diperhatikan saat menimbang batuta adalah pakaian dibuat seminim mungkin, sepatu dan baju tebal harus dilepas. Jika masih bayi, jangan menggunakan celana timbang, tapi menggunakan kain sarung untuk ditimbang dalam posisi berbaring (Supariasa dkk., 2001).

2. Panjang badan (PB) atau tinggi badan (TB)

Panjang badan diukur untuk batuta yang belum bisa berdiri. Alat pengukur panjang badan harus sesuai dengan pedoman yang dikeluarkan Puslitbang gizi. Cara mengukurnya adalah: (Supariasa dkk., 2001)

a. Alat pengukur diletakkan di atas meja atau tempat datar

- b. Bayi ditidurkan lurus di dalam alat pengukur, kepala diletakkan hati-hati hingga menyinggung bagian atas alat ukur
- c. Bagian pengukur sebelah bawah kaki digeser sehingga menyinggung telapak kaki dan skala pengukur dapat dibaca.

Untuk batuta yang dapat berdiri, pengukuran tinggi badan sama dengan alat ukur dewasa menggunakan mikrotoa.

3. Lingkar kepala

Lingkar kepala merupakan standard untuk memeriksa patologi anak dari besar kepala, seperti kondisi hidrosefalus (kepala besar) atau mikrosefalus (kepala kecil). Lingkar kepala berhubungan dengan ukuran otak dan tulang tengkorak kepala. Ukuran otak meningkat cepat dalam 1 tahun pertama kehidupan. Ukuran otak dan lapisan tulang kepala bervariasi sesuai keadaan gizi. rasio lingkar kepala dan lingkar dada dapat menentukan KEP pada anak (Supariasa dkk., 2001).

Alat yang digunakan terbuat dari serat kaca dengan lebar kurang dari 1 cm, fleksibel dan tidak mudah patah. Cara pengukuran adalah melingkarkan pita ukur mengelilingi kepala dengan melewati dahi, di atas telinga. Lingkar kepala juga dipengaruhi oleh suku bangsa dan genetik (Supariasa dkk., 2001).

4. Lingkar dada

Lingkar dada biasanya diukur pada anak 2-3 tahun karena rasio lingkar kepala dan lingkar dada usia 6 bulan masih sama. Setelah 6 bulan, tulang tengkorak tumbuh melambat dan lingkar dada tumbuh lebih cepat. Jika rasio lingkar kepala dan lingkar dada < 1 , maka terjadi kegagalan pertumbuhan dan perkembangan, atau kelemahan otot dan lemak pada dinding dada (Supariasa dkk., 2001).

Alat yang digunakan adalah pita ukur yang sama dengan pita ukur lingkar kepala. Pengukuran dilakukan pada garis puting susu. Permasalahan yang sering dihadapi adalah akurasi pembacaan hasil karena

pernafasan anak yang tidak teratur (Supariasa dkk., 2001).

Selain pemeriksaan antropometri, evaluasi status gizi pada batuta dapat dilakukan pemeriksaan klinis untuk mengidentifikasi kelainan gizi yang diderita. Salah satu pemeriksaan klinis yang dapat dilakukan untuk batuta adalah:

1. Kekurangan energi protein (KEP)

KEP adalah keadaan kurang gizi karena rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan, sehingga tidak mencukupi angka kecukupan gizi. Pemeriksaan klinis pada KEP ditemukan:

a. Marasmus

1. Tampak sangat kurus
2. Wajah seperti orang tua
3. Rewel
4. Kulit keriput, jaringan lemak subkutan sangat sedikit
5. Disertai penyakit kronik

6. Tekanan darah, nadi/detak jantung dan pernafasan berkurang
- b. Kwashiorkor
 1. Udem di seluruh tubuh
 2. Wajah membulat
 3. Rewel, kadang apatis
 4. Anoreksia
 5. Pembesaran hati
 6. Sering disertai penyakit infeksi dan anemia
 7. Rambut kusam dan mudah dicabut
 8. Gangguan kulit berupa bercak merah yang luas dan menjadi hitam terkelupas
 9. Pandangan mata sayu
- c. Marasmik-kwashiorkor: gabungan dari tanda-tanda marasmus dan kwashiorkor
2. Kekurangan vitamin A

Kelainan ini merupakan penyebab kebutaan pada anak yang banyak ditemukan pada usia 2-3 tahun. Gejala kekurangan vitamin A ada 2, yaitu keadaan yang reversibel (buta senja, xerosis konjungtiva, xerosis

kornea, dan bercak bitot; dan keadaan yang ireversibel yaitu keadaan yang sulit sembuh seperti ulserasi kornea dan keratomalasia

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. **Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. **Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Status gizi remaja dapat ditentukan dengan ...
 1. Pengukuran antropometri
 2. Komposisi tubuh
 3. Citra tubuh
 4. Pola makan
2. Penilaian status gizi ibu hamil meliputi....
 1. Pemeriksaan antropometri
 2. Pemeriksaan biokimia
 3. Diet
 4. Kemampuan kerja fisik

3. Faktor risiko terkait gizi pada ibu hamil menurut Arisman adalah
 1. Pertambahan berat badan tidak adekuat < 1 kg/bulan
 2. Pertambahan berat badan berlebihan > 1 kg/minggu
 3. Kadar Hb < 11 gr/dl
 4. Kadar retinol dalam darah

4. Pemeriksaan status gizi pada ibu hamil terdiri atas
 1. Pengukuran LILA
 2. Pengukuran Hemoglobin
 3. Pengukuran berat badan
 4. Pengukuran tinggi badan

5. Evaluasi status gizi baduta meliputi
 1. Pengukuran berat badan
 2. Pengukuran tinggi badan
 3. Pengukuran lingkar kepala
 4. Pengukuran lingkar dada

BAB IX
**RENCANA AKSI ANTAR PROFESI, LINTAS SEKTOR, MITRA
PEMBANGUNAN
DAN STAKEHOLDER TERKAIT 1000 HPK**

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan rencana aksi antar profesi, lintas sektor, mitra pembangunan dan stakeholder terkait 1000 HPK

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Rencana aksi antar profesiterkait 1000 HPK
- b. Rencana lintas sektor terkait 1000 HPK
- c. Rencana mitra pembangunan terkait 1000 HPK
- d. Rencana stakeholder terkait 1000 HPK

Materi Pembelajaran:

A. Rencana aksi antar profesi terkait 1000 HPK

Seribu hari pertama kehidupan seorang anak adalah masa kritis yang menentukan masa depannya, dan pada

periode itu anak Indonesia menghadapi gangguan pertumbuhan yang serius. Yang menjadi masalah, lewat dari 1000 hari, dampak buruk kekurangan gizi sangat sulit diobati. Untuk mengatasi *stunting*, masyarakat perlu dididik untuk memahami pentingnya gizi bagi ibu hamil dan anak balita. Secara aktif turut serta dalam komitmen global (*SUN-Scaling Up Nutrition*) dalam menurunkan *stunting*, maka Indonesia fokus kepada 1000 hari pertama kehidupan (terhitung sejak konsepsi hingga anak berusia 2 tahun) dalam menyelesaikan masalah *stunting* secara terintegrasi, karena masalah gizi tidak hanya dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja (intervensi spesifik) tetapi juga oleh sektor di luar kesehatan (intervensi sensitif). Hal ini tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.

B. Rencana lintas sektor terkait 1000 HPK

Kasus balita gizi kurang berupa *stunting* (balita pendek) masih banyak di jumpai di Indonesia terutama di daerah pinggiran atau daerah dengan status ekonomi

rendah. *Stunting* sendiri terjadi bukan karena keturunan melainkan disebabkan oleh kurangnya asupan gizi baik pada saat ibu hamil maupun pada saat anak berusia sampai 2 tahun. Penyebab dari tingginya angka kejadian *stunting* secara langsung disebabkan oleh rendahnya asupan gizi dan masalah kesehatan.

Berdasarkan faktor-faktor penyebab yang dapat berdampak negatif bagi kesehatan tersebut, Kemenkes beserta sektor-sektor pemerintah dan swasta terkait telah menyusun Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2015-2019 yang mengedepankan partisipasi multisektor dan telah menemukan bukti bahwa integrasi yang baik antar program, keleluasaan dalam penganggaran dan kapasitas kelembagaan yang kuat dapat menjawab tantangan dalam upaya pencapaian ketahanan pangan dan gizi. Selain itu pengaruh tidak langsung berasal dari pola asuh, ketersediaan makanan, ketersediaan air minum bersih serta sanitasi dan pelayanan kesehatan yang tidak memadai. Seluruh faktor penyebab ini dipengaruhi oleh beberapa akar masalah yaitu

kelembagaan, politik, kebijakan ekonomi, sumberdaya, lingkungan, teknologi dan kependudukan.

Dalam hal mempercepat perbaikan gizi tersebut, Indonesia telah menginisiasi gerakan bersama berdasar Peraturan Pemerintah no.42/2013 berupa Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi. Kebijakan ini menekankan konsep betapa pentingnya 1000 hari pertama kehidupan bagi seseorang.

Masa 1000 HPK, yaitu sejak hari pertama kehamilan sampai anak usia 2 tahun, selain itu, memperhatikan status gizi dan kesehatan remaja perempuan calon pengantin. Gerakan 1000 HPK antara lain diarahkan untuk mencapai target antara lain pengurangan balita pendek hingga 40 persen, balita kurus kurang dari 5 persen, bayi lahir dengan berat badan rendah berkurang sebesar 30 persen, tidak terjadi peningkatan jumlah anak gemuk dan meningkatnya angka pemberian ASI eksklusif setidaknya 50 persen pada tahun 2025.

PBB mencanangkan program:

1. *Scaling Up Nutrition* (SUN) secara global dan Gerakan Peningkatan Perbaikan Gizi 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) secara nasional (Indonesia)

Scaling Up Nutrition (SUN) Movement merupakan upaya global dari berbagai Negara dalam rangka memperkuat komitmen dan rencana aksi percepatan perbaikan gizi, khususnya penanganan gizi sejak 1000 hari dari masa kehamilan hingga anak usia 2 tahun. Gerakan ini merupakan respon negara-negara di dunia terhadap kondisi status gizi di sebagian besar negaraberkembang dan akibat kemajuan yang tidak merata dalam mencapai Tujuan Pembangunan Milenium/MDGs (Goal 1).

Tujuan:

Global SUN Movement adalah menurunkan masalah gizi, dengan fokus pada 1000 haripertama kehidupan (270 hari selama kehamilan dan 730 hari dari kelahiran sampai usia 2 tahun) yaitu pada ibu hamil, ibu menyusui dan anak usia 0-23 bulan. Indikator *Global*

SUN Movement adalah penurunan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), anak balita pendek (*stunting*), kurus (*wasting*), gizi kurang (*underweight*), dan gizi lebih (*overweight*).

Tujuan program:

- a. Mencegah dan mengurangi prevalensi anak pendek ("*stunting*")
- b. Mencegah kegemukan akibat gizi lebih
- c. Memantau pertumbuhan fisik
- d. Memantau perkembangan otak

2. *Public Private Partnership*

Dalam pendekatan ini kerjasama terpadu antara pemerintah, swasta, industri, akademisi dan masyarakat. Gerakan ini diadakan oleh karena program gizi yang ada selama ini di banyak negara berkembang dianggap tidak efektif. Salah satu penyebabnya adalah karena pendekatannya yang sektoral, khususnya sektor kesehatan. Masalah gizi yang kompleks tidak dapat ditangani oleh satu atau dua sektor, termasuk sektor kesehatan saja.

C. Rencana mitra pembangunan terkait 1000 HPK

1. Organisasi PBB

Mitra pembangunan bertugas untuk memperluas dan mengembangkan kegiatan gizi sensitivedan spesifik melalui harmonisasi keahlian dan bantuan teknis antar mitra pembangunan antarlain UNICEF, WHO, FAO dan IFAD, SCN (*Standing Committee on Nutrition*).

Kegiatan utama mitra pembangunan yang meliputi kegiatan dari proses inisiasi dasar-dasar Gerakan 1000 HPK (dasar hukum dan dokumen pendukung), hingga pelaksanaan dan evaluasiGerakan 1000 HPK. Rincian kegiatan mitra pembangunan diuraikan pada tabel berikut:

Tabel 9.1 Rencana Kegiatan Utama Mitra Pembangunan
(Organisasi PBB)

No	Jangka Pendek (18 Bulan)	No	Jangka Menengah (36 Bulan)
1	Membangun jaringan dan memperluas kerjasama UN System diluar 4 organisasi utama (UNICEF, WFP, FAO dan WHO)	1	Melakukan sinergitas agenda kegiatan nasional dan global dalam rangka menyelaraskan dan menghindari duplikasi kegiatan
2	Membangun sistem	2	Bantuan teknis dan

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

	untuk merespon permintaan pemerintah		expertise memperkuat 1000 HPK	untuk Gerakan
3	Bekerjasama dengan pemerintah dan mitra pembangunan untuk mendukung rencana pembiayaan gerakan 1000 HPK			
4	Memutakhirkan perkiraan biaya untuk pelaksanaan program gizi spesifik dan program gizi sensitif			

Sumber: Kemenkes, 2013

2. Mitra Pembangunan/ Donor

Tugas mitra pembangunan adalah untuk memperkuat kepemilikan nasional dan kepemimpinan, berfokus pada hasil, mengadopsi pendekatan multisektoral, memfokuskan pada efektivitas, mempromosikan akuntabilitas dan memperkuat kolaborasi dan inklusi

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Tabel 9.2 Rencana Kegiatan Utama Mitra Pembangunan

No	Jangka Pendek (18 Bulan)	No	Jangka Menengah (36 Bulan)
1	Memperkuat dan memperluas jaringan antarmitra pembangunan, untuk mendukung Gerakan 1000 HPK	1	Meningkatkan skala dan kualitas bantuan kepada pemerintah
2	Mendukung gizi sebagai isu prioritas nasional dan daerah	2	Meningkatkan kerjasama antar mitra pembangunan untuk menjamin efisiensi bantuan yang diberikan
3	Mendukung intensitas kerjasama antar mitra pembangunan untuk menjamin efisiensi dan efektivitas antarmitra pembangunan	3	Mendorong kerjasama antarnegara dengan prevalensi kekurangan gizi yang tinggi
4	Bekerjasama dengan pemerintah untuk mengembangkan rencana pembiayaan Gerakan 1000 HPK	4	Melakukan review sector pangan dan gizi untuk basis kebijakan RPJMN 2015-2019
5	Memutakhirkan perkiraan biaya untuk intervensi gizi yang bersifat spesifik dan sensitive		
6	Memberikan bantuan teknis kepada pemerintah untuk intervensi gizi yang spesifik, gizi sensitif, pertanian dan kesejahteraan sosial		

Sumber: Kemenkes, 2013

D. Rencana stakeholder terkait 1000 HPK

Dalam Gerakan 1000 HPK ditekankan pentingnya kemitraan dengan berbagai pihak ataupun pemangku kepentingan untuk mengatasi masalah gizi. Program perbaikan gizi tidak hanya menjadi tanggungjawab dan dilakukan oleh pemerintah, tetapi perlu melibatkan berbagai pemangku kepentingan yang terdiri dari Kementerian dan Lembaga, dunia usaha, mitra pembangunan internasional, lembaga sosial kemasyarakatan, dan didukung oleh organisasi profesi, perguruan tinggi, serta media.

1. Pemerintah

Berperan sebagai inisiator, fasilitator, dan motivator gerakan 1000 HPK, yang terdiri dari K/L, mitra pembangunan, organisasi masyarakat, dunia usaha dan mitra pembangunan.

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Tabel 9.3 Rencana Kegiatan Utama Pemerintah

No	Jangka Pendek (18 Bulan)	No	Jangka Menengah (36 Bulan)
1	Menetapkan Perpres Gerakan 1000 HPK	1	Mobilisasi sumber dana dalam APBN dan APBD, termasuk PPP dan CSR dan mitra pembangunan internasional
2	Menyusun Naskah Akademik	2	Melakukan evaluasi pencapaian tujuan dan sasaran dan pelaksanaan kegiatan
3	Menyusun Kerangka Program SUN	3	Meningkatkan kemitraan dengan mitra pembangunan
4	Menyusun Pedoman Perencanaan Program SUN	4	Meningkatkan kemitraan dengan dunia usaha
5	Sosialisasi Gerakan 1000 HPK tingkat nasional dan di daerah	5	Meningkatkan kemitraan dengan Lembaga Kemasyarakatan
6	Penyusunan kerangka monitoring dan evaluasi	6	Meningkatkan kerjasama dalam rangka sinkronisasi perencanaan dan pelaksanaan kegiatan antar K/L
7	Pertemuan berkala Gugus Tugas Nasional	7	Meningkatkan kerjasama dalam rangka sinkronisasi perencanaan dan penganggaran antar Pusat dan Daerah
8	Pertemuan berkala Gugus Tim Teknis Gugus Tugas	8	Melakukan replikasi program/model yang terbukti efektif
9	Menyusun laporan berkala tentang kemajuan Gerakan 1000 HPK	9	Advokasi kepada legislative dan eksekutif
		10	Menjaga kesinambungan pelaksanaan Gerakan 1000 HPK
		11	Mengintegrasikan Gerakan 1000 HPK pada RPJMN 2015-2019
		12	Menyusun laporan tahunan kemajuan Gerakan 1000 HPK kepada Presiden

Sumber: Kemenkes, 2013

2. Mitra Pembangunan/Donor

Tugas mitra pembangunan adalah untuk memperkuat kepemilikan nasional dan kepemimpinan, berfokus pada hasil, mengadopsi pendekatan multisektoral, memfokuskan pada efektivitas, mempromosikan akuntabilitas dan memperkuat kolaborasi dan inklusi.

3. Organisasi Kemasyarakatan

Tugas organisasi kemasyarakatan adalah memperkuat mobilisasi, advokasi, komunikasi, riset dan analisis kebijakan serta pelaksana pada tingkat masyarakat untuk menangani kekurangan gizi.

**Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat**

Tabel 9.4 Rencana Kegiatan Utama Lembaga Sosial Kemasyarakatan

No	Jangka Pendek (18 Bulan)	No	Jangka Menengah (36 Bulan)
1	Memperluas kepesertaan antar sector dan kelompok di tingkat nasional dan daerah	1	Mengintegrasikan Gerakan 1000 Hari Pertama Kehidupan ke dalam kegiatan LSK
2	Memperkuat keterkaitan antar LSK dengan pemerintah dengan menggunakan mekanisme yang berlaku	2	Membantu mengembangkan rencana nasional dan menetapkan sasaran yang ingin dicapai
3	Mengembangkan dan menyetujui prinsip-prinsip mediasi jika tidak terjadi kesepakatan	3	Melakukan evaluasi dan penelitian yang mengaitkan antar gizi dengan gender, ketenagakerjaan, pertanian, pangan, kesehatan, kemiskinan, jaminan sosial, dan Pendidikan
4	Memberikan kontribusi dalam perumusan kerangka program Gerakan 1000 HPK	4	Advokasi ke dunia internasional untuk mendukung Gerakan 1000 HPK
5	Melakukan mobilisasi dalam rangka meningkatkan <i>demand</i> masyarakat	5	Advokasi kepada pemerintah untuk mobilisasi sumberdana yang lebih besar untuk menangani kekurangan gizi

Sumber: Kemenkes, 2013

4. Dunia usaha

Dunia usaha bertugas untuk pengembangan produk, control kualitas, distribusi, riset, pengembangan teknologi informasi, komunikasi, promosi perubahan perilaku untuk hidup sehat.

Tabel 9.5 Rencana pada Dunia Usaha

No	Jangka Pendek (18 Bulan)	No	Jangka Menengah (36 Bulan)
1	Memfasilitasi keterlibatan dunia usaha dalam Gerakan 1000 HPK	1	Bekerja secara nyata untuk mendukung Gerakan 1000 HPK Nasional
2	Memberikan pedoman dan contoh tentang keterlibatan dunia usaha dalam Gerakan 1000 HPK	2	Melaksanakan contoh bagaimana pengusaha internasional mendukung Gerakan 1000 HPK
3	Memberikan pedoman dan mediasi bila terjadi ketidaksepahaman dalam kebijakan maupun pelaksanaan Gerakan 1000 HPK	3	Meningkatkan peran dunia usaha untuk memperbaiki keadaan gizi masyarakat terutama pada ibu hamil, ibu menyusui, dan anak baduta melalui penerapan CSR sesuai dengan peraturan yang berlaku
4	Bekerja secara nyata untuk mendukung strategi Gerakan 1000 HPK		
5	Tukar menukar pengalaman dalam sistem distribusi pangan dan gizi termasuk penggunaan teknologi/inovasi		

Sumber: Kemenkes, 2013

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Masa kritis yang menentukan masa depan anak, adalah:
 - a. Ketika janin dalam kandungan
 - b. Diawali ketika bayi lahir
 - c. sejak konsepsi hingga anak berusia 2 tahun
 - d. ketika bayi lahir hingga 2 tahun
2. Masalah *stunting* bersifat multisektor. Oleh karenanya perlu melibatkan berbagai sektor terkait dalam mengatasi masalahnya. Dasar hukumnya tertuang dalam peraturan pemerintah, yaitu:
 - a. Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2013
 - b. Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2015-2019
 - c. Millenium Development Goals
 - d. UU ketahanan pangan No.7 tahun 1996

3. Tujuan *Global SUN Movement*berfokus pada:
 1. anak usia 0-23 bulan
 2. Ibu hamil
 3. Ibu menyusui
 4. Remaja

4. Kegiatan utama mitra pembangunan terkait 1000 HPK adalah....
 1. Inisiasi dasar-dasarGerakan 1000 HPK
 2. Pemberian edukasi pada ibu hamil
 3. Melakukan evaluasiGerakan 1000 HPK
 4. Melakukan analisis kebijakan

5. Tujuan Program kerja *Global SUN Movemen* adalah :
 1. Mencegah dan mengurangi prevalensi anak pendek ("stunting")
 2. Mencegah kegemukan akibat gizi lebih
 3. Memantau pertumbuhan fisik
 4. Memantau perkembangan otak

BAB X

MODEL BASE PRACTICE INTERVENSI PROMOTIF PREVENTIF PEMULIHAN GIZI BERBASIS MASYARAKAT

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan model base practice intervensi promotif preventif pemulihan gizi berbasis masyarakat terkait 1000 HPK

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Kewaspadaan Gizi - Surveilans Gizi terkait 1000 HPK
- b. Gizi Makro – Pemantauan Pertumbuhan terkait 1000 HPK
- c. Gizi Mikro – Fortifikasi Makanan terkait 1000 HPK
- d. Konsumsi Makanan – PMT Bumil KEK dan MP-ASI Balita terkait 1000 HPK
- e. Pelayanan Gizi Terintegrasi terkait 1000 HPK

Materi Pembelajaran:

A. Kewaspadaan Gizi - Surveilans Gizi terkait 1000 HPK

1. Definisi Kewaspadaan Gizi

Kewaspadaan pangan merupakan suatu kegiatan dalam mengantisipasi munculnya kasus rawan pangan sehingga perlu system kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG). Adapun rawan pangan adalah kondisi terbalik dari ketahanan pangan yang mengacu pada UU ketahanan pangan No.7 tahun 1996. Kondisi rawan pangan mengandung beberapa komponen penting yaitu :

- 1) Tidak adanya akses secara ekonomi bagi individu/rumah tangga untuk memperoleh pangan yang cukup.
- 2) Tidak adanya akses secara fisik bagi individu/rumah tangga untuk memperoleh pangan yang cukup.
- 3) Tidak tercukupya pangan untuk kehidupan yang produktif individu/rumahtangga.
- 4) Tidak terpenuhnya pangan secara cukup dalam jumlah, mutu, ragam, dan keamanan serta keterjangkauan harga

Masalah kerawanan pangan adalah bersifat multi dimensi yang meliputi dimensi sosial, ekonomi maupun politik sehingga pendekatan terhadap pemecahannya tidak hanya mengandalkan perbaikan satu sisi saja. Oleh karena rawan pangan mungkin terjadi sepanjang sejarah hidup manusia, maka perlu kiranya dicari konsep-konsep penanganannya yang lebih efektif dan efisien sesuai situasi dan kondisi yang ada.

2. Penanggulangan

Kewaspadaan Gizi terkait 1000 HPK

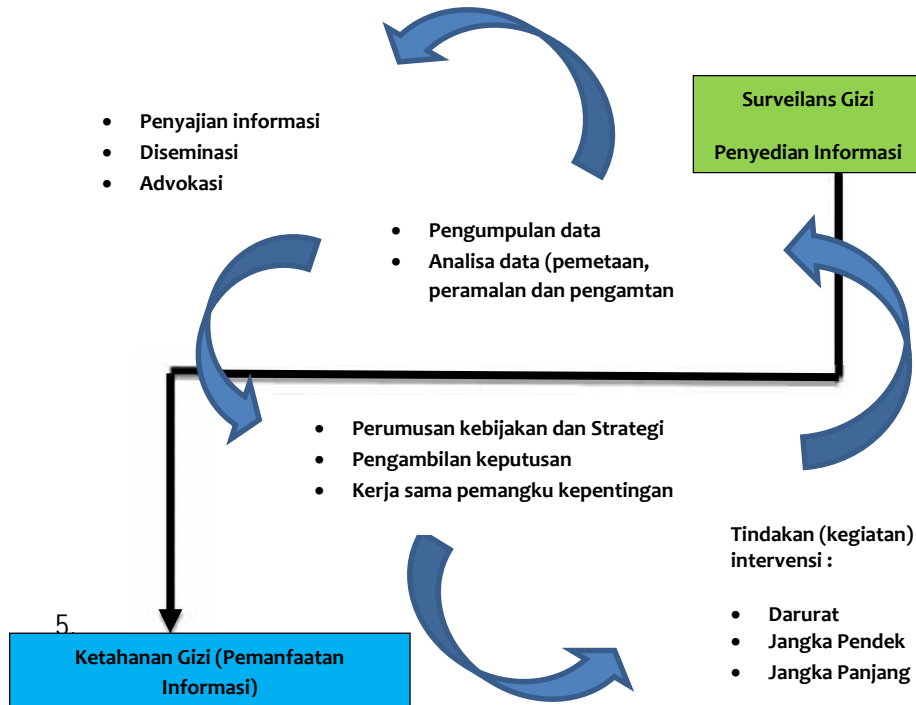
1. Memenuhi kebutuhan daerah akan data dan informasi berbasis bukti dan spesifik wilayah
2. Pengambilan tindakan intervensi sebagai respon terhadap informasi yang dihasilkan, baik tindakan segera (*quick response*) maupun tindakan rutin.
3. Tersedianya data dan informasi yang dibutuhkan secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan untuk perencanaan, penentuan kebijakan dan evaluasi.

Surveilans Giziterkait 1000 HPK

Masalah Pelaksanaan Surveilans Gizi (Kendala pada Petugas lapangan yang sering terjadi):

1. Belum Memahami kaidah & hakikat surveilans gizi.
2. **“Under Pressure”**, Sehingga cenderung apatis dan tidak menunjukkan kreativitas
3. Sering terbawa situasi politik seperti kegamangan berkarya
4. Dokumentasi informasi hanya utk kepentingan pelaporan rutin sebagai kewajiban bawahan kepada atasan.

RUANG LINGKUP SKPG



Gambar 2. Ruang Lingkup SKPG
(Sistem Kewaspadaan
Pangandangan Gizi)



Gambar 3. Manfaat Informasi SKPG (Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi)

B. Gizi Makro – Pemantauan Pertumbuhan

1. Definisi

Pemantauan Pertumbuhan Balita adalah mengikuti pertumbuhan balita secara terus menerus dan teratur melalui pengukuran antropometri agar dapat diketahui ada atau tidaknya gangguan pertumbuhan pada Balita. Bila terjadi gangguan pertumbuhan, maka dapat diketahui secara cepat sehingga dapat dilakukan tindak lanjut penanganan.

2. Tahapan Pemantauan Pertumbuhan Balita

Pemantauan pertumbuhan balita dilakukan atas 3 (tiga) tahap yaitu diawali dari penilaian pertumbuhan, pemberian konseling (edukasi) dan tindak lanjut hasil pemantauan dalam bentuk penetapan kebijakan maupun pemberdayaan keluarga atau masyarakat agar status gizi balitanya dapat mencapai normal. Adapun 3 (tiga) tahap pemantauan pertumbuhan balita terdapat pada Gambar 4.



Gambar 4. Pemantauan Pertumbuhan Balita

C. Gizi Mikro – Fortifikasi Makanan

1. Definisi

Adalah pengayaan adalah proses penambahan mikronutrien (vitamin dan unsur renik esensial) pada makanan.

Fortifikasi yang dimaksud adalah : Fortifikasi pangan untuk mengatasi masalah kekurangan zat gizi mikro, khususnya zat besi, iodium, seng, asam folat dan vitamin A yaitu fortifikasi wajib pada bahan pangan pokok seperti tepung terigu, garam, dan minyak goreng, dan menggunakan

fortifikan sesuai dengan masalah gizi yang ada termasuk masalah kelompok 1000 HPK, yaitu zat iodium, zat besi, seng, asam folat, dan vitamin A.

- 1) Peran Industri dan pengusaha lebih besar dalam bentuk kemitraan pemerintah dan swasta
- 2) Kebijakan Fortifikasi dalam program Perbaikan Gizi saat ini :
 - a. Fortifikasi garam dengan yodium dan tepung terigu
 - b. Fortifikasi Vitamin A dalam minyak goreng
 - c. Home Fortification (Fortifikasi menggunakan springkles bubuk tabur gizi/Taburia)

3) Taburia

Merupakan suatu cara terobosan untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral anak balita yang dapat menjangkau keluarga miskin dengan memberikan tambahan zat gizi pada makanan yang dimasak dirumah.

2. Kendala Fortifikasi makanan

Masalah yang dirasakan saat ini kurangnya :

- a. Monitoring mutu fortifikasi, baik pada garam maupun tepung terigu.

Hal ini menjadi masalah karena masih adanya laporan tentang pemalsuan label fortifikasi terutama garam beriodium, dan adanya tepung terigu yang berkualitas rendah tanpa fortifikasi beredar dipasaran.

- b. Masih ada sekelompok masyarakat yang meragukan efektivitas fortifikasi sehingga menimbulkan kebijakan pemerintah yang kurang tepat seperti terjadi pencabutan sementara SNI wajib fortifikasi tepung terigu tahun 2008.
- c. Beberapa pemerintah daerah tidak menyadari pentingnya yodisasi garam untuk melindungi ibu hamil dan bayi, seperti ditandai dengan kurangnya perhatian terhadap program yodisasi garam, sehingga peraturan daerah yang sudah dikeluarkan tidak efektif.

Kebijakan dan Sasaran: Perlu ada upaya untuk meningkatkan pemahaman masyarakat termasuk pelaku program tentang pentingnya fortifikasi pangan, khususnya

fortifikasi wajib, sebagai bagian dari kebijakan penanggulangan kemiskinan, dan penyelamatan 1000 HPK. Dengan demikian sasaran fortifikasi wajib yaitu sebagian besar (80—90 persen) penduduk menikmati produk pangan yang difortifikasi.

D. Konsumsi Makanan – PMT (Pemberian Makanan Tambahan) Bumil Kekurangan Energi Kronis (KEK) dan MP-ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) Balita

1. Definisi

Makanan yang dikenalkan dan diberikan kepada bayi usia 6 bulan setelah menjalani ASI eksklusif. Program terbaik bagi seorang bayi idealnya adalah dengan mengkonsumsi hanya ASI saja selama 6 bulan awal kehidupannya. Jadi setelah ASI Eksklusif 0—6 bulan, ASI harus tetap diberikan sampai usia 2 tahun. Oleh karena kebutuhan akan zat gizi anak terus meningkat, ASI saja tidak cukup maka harus ditambah makanan lain sebagai "pendamping" ASI.

Masalahnya oleh karena kemiskinan dan kurangnya pendidikan keluarga, banyak anak yang tidak memperoleh

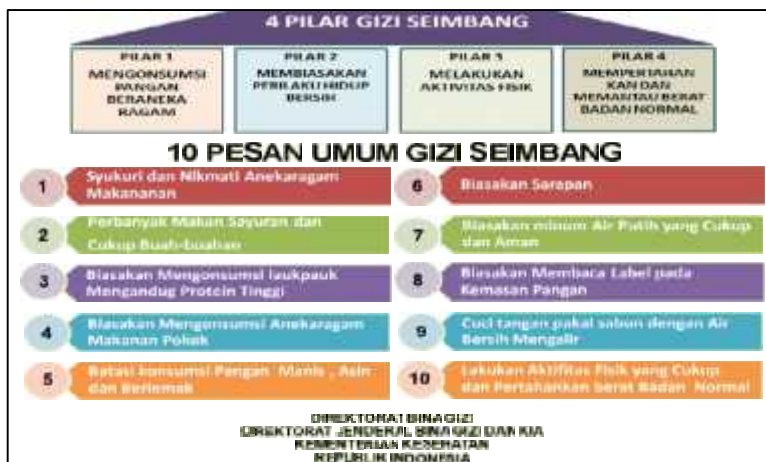
MP-ASI memenuhi prinsip gizi seimbang, yaitu cukup energi, protein, lemak dan zat gizi mikro (vitamin dan mineral). Diberbagai negara sedang dikembangkan MP-ASI dengan bahan pangan lokal yang diperkaya dengan bubuk zat gizi mikro yang terbukti efektif mengatasi masalah kurang gizi tingkat sedang.

2. Penanggulangan

Agar masalah pemberian MPASI dan kualitas-kuantitas MPASI yang diberikan pada balita setelah uasi 6 bulan tetap terjaga, maka perlu upaya alternative pemecahan masalah mengacu pada masalah yang muncul ketika pelaksanaan MPASI, dituangkan dalam program kerja sebagai berikut:

Program kerja:

- a. Pendidikan gizi- pedoman gizi seimbang
- b. Peningkatan cakupan indikator RPJMN
- c. Peningkatan ASI eksklusif
- d. Penyediaan MP-ASI dan PMT ibu hamil



Gambar 5. Pilar Gizi Seimbang

Agar pelaksanaan program kerja dapat sukses, maka perlu peningkatan Sumber Daya Manusia Gizi, maka perlu edukasi pada tenaga gizi terkait:

1. TOT (Training of Trainer) konselor menyusui
2. Konselor Menyusui
3. TOT (Training of Trainer)Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA)

4. Kader Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA)

Indikator capaian bagi tenaga gizi yang telah mampu melakukan edukasi, harapannya mampu mencapai :

1. % Bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif
2. % Balita kurus yang mendapat makanan tambahan

E. Pelayanan Gizi Terintegrasi

1. Definisi

Pelayanan Gizi di Puskesmas adalah kegiatan pelayanan gizi mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas

Tenaga kesehatan pelayanan kesehatan di puskesmas, perlu mendapat pelatihan gizi tentang:

- a. Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk (TAGB)
- b. Pelatihan Konselor ASI
- c. Pelatihan Pemberian Makan pada Bayi dan Anak (PMBA)
- d. Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan

2. Upaya penanggulangan agar pelayanan kesehatan-Gizi dapat diperoleh masyarakat

Strategi untuk mengatasinya yaitu dengan pemberian Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) bertujuan untuk membantu masyarakat miskin atau tidak mampu untuk mendapatkan haknya dalam pelayanan kesehatan. Program ini dilaksanakan dengan semangat 'pro rakyat' untuk meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat tidak mampu. Manfaat yang diterima oleh penduduk miskin dalam Jamkesmas bersifat komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) sesuai kebutuhan medis dan pelayanan kesehatannya bersifat perseorangan.

Permasalahan dilapangan terutama tingkat kejangkauan program masih belum melayani semua kelompok miskin. Ini terutama disebabkan kurang akuratnya data terutama ditingkat desa. Ketidak-akuratan data jumlah penduduk miskin, baik ditingkat daerah dan pusat, berdampak pada pembiayaan.

Kebijakan dan Sasaran: Program ini harus tetap dilanjutkan karena banyak masyarakat yang tidak mampu tertolong dan tingkat partisipasinya cukup tinggi.

Diupayakan agar program ini dapat menjangkau seluruh anggota masyarakat tidak mampu sehingga derajat kesehatan masyarakat meningkat.

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Kewaspadaan pangan merupakan....
 - a. Kegiatan dalam mengantisipasi munculnya kasus rawan pangan
 - b. Kegiatan mengatasi masalah kekurangan zat gizi mikro dengan cara menambah zat gizi tertentu dalam bahan makanan
 - c. Kegiatan monitoring mutu penambahan zat gizi pada bahan makanan

- d. Membantu masyarakat miskin mendapatkan pelayanan kesehatan
2. Penanggulangan kewaspadaan pangan terkait 1000 HPK adalah:
 1. Memenuhi kebutuhan daerah akan data dan informasi berbasis bukti dan spesifik wilayah
 2. Pengambilan tindakan intervensi
 3. Tersedianya data dan informasi yang dibutuhkan
 4. Dokumentasi informasi hanya untuk kepentingan pelaporan rutin
3. Indikator capaian bagi tenaga gizi yang telah mampu melakukan edukasi pada masyarakat (sasaran), harapannya mampu mencapai:
 - a. % Bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif
 - b. % Bayi usia kurang dari 12 bulan untuk mendapat imunisasi
 - c. % Balita kurus yang mendapat makanan tambahan
 - d. % Balita gemuk yang mendapat diet khusus
4. Terkait 1000 HPK, tenaga kesehatan pelayanan kesehatan di puskesmas, perlu mendapat pelatihan gizi tentang:
 1. Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk
 2. Pelatihan Konselor ASI
 3. Pelatihan Pemberian Makan pada Bayi dan Anak
 4. Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan
5. Kendala program fortifikasi makanan adalah:

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

1. Masih adanya laporan tentang pemalsuan label fortifikasi
2. Masih ada sekelompok masyarakat yang meragukan efektivitas fortifikasi
3. Sejumlah pemerintah daerah tidak menyadari pentingnya yodisasi garam
4. Jenjang pendidikan masyarakat yang variatif

BAB XI

MODEL INTERVENSI KURATIF, REHABILITATIF ASUHAN GIZI

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan model intervensi kuratif rehabilitatif asuhan gizi terkait 1000 HPK

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Model-model intervensi kuratif dan rehabilitatif dalam lingkup gizi terhadap malnutrisi dalam 1000 HPK.
- b. Efektivitas model-model intervensi kuratif dan rehabilitatif dalam lingkup gizi terhadap malnutrisi dalam 1000 HPK.
- c. Tantangan dalam intervensi kuratif dan rehabilitatif dalam lingkup gizi terhadap malnutrisi dalam 1000 HPK.

Materi Pembelajaran:

Intervensi kuratif dan rehabilitatif terus dilakukan pada ibu hamil dan bayi yang mengalami gizi kurang dan gizi buruk, seperti *wasting* dan *stunting*. Beberapa model intervensi yang diterapkan yaitu:

1. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) atau complementary food dan intervensi terapi gizi klinis bagi bayi yang mengalami gizi buruk.

Pemberian Makanan Tambahan adalah program intervensi bagi balita yang menderita kurang gizi untuk meningkatkan asupan serta mencukupi kebutuhan zat gizi anak agar tercapai status gizi dan kondisi gizi yang baik sesuai dengan umur anak tersebut. Beberapa istilah terkait PMT yaitu bantuan pangan, pemulihan, penyuluhan, bantuan pangan darurat.

- a. Bantuan Pangan diberikan kepada kelompok sasaran (bumil dan anak) dari seluruh keluarga miskin, untuk memenuhi kebutuhan gizi dan mencegah gizi kurang. Lama pemberian idealnya 180 hari (2 hari sekali) dalam

- bentuk makanan mentah (misal telur), MPASI pabrikan dan rumah tangga.
- b. PMT Pemulihan ditargetkan kepada anak gizi kurang/buruk (dibuktikan dengan screening) untuk memulihkan keadaan gizinya. Makanan merupakan makanan padat energi yang diperkaya dengan vitamin dan mineral, diberikan kepada balita gizi buruk selama masa pemulihan (Kemenkes RI, 2011). Jumlah pemberian didasarkan pada median kesenjangan ($\pm 30\%$ kebutuhan) sampai pulih (sekitar 90 hari) dalam bentuk makanan bergizi tinggi (MP-ASI, makanan formula)
 - c. PMT Penyuluhan diberikan/dilakukan sebagai saran edukasi (demo masak, makan bersama) kepada ibu-ibu setiap bulan.
 - d. Bantuan Pangan Darurat diberikan pada saat kejadian darurat (bencana alam, kekeringan, banjir, dll) selama dalam pengungsian. Bentuk makanan lengkap (2100 kalori/kapita/hari).

PMT dalam Program Perbaikan Gizi di Indonesia:

- a. 1970 – 1980: Program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) berupa penyuluhan Gizi dan suplementasi Gizi dan Oralit serta PMT Penyuluhan berupa Demo Masak. UPGK tidak berdampak signifikan meningkatkan status Gizi karena keluarga kurang mampu tidak cukup hanya diberi penyuluhan.
- b. 1980 – 1990: UPGK Intensif Posyandu berupa penyuluhan gizi, suplementasi gizi dan oralit, PMT Penyuluhan (demo masak), PMT Pemulihan BMC (Bahan Makanan Campuran). BMC dengan bahan kacang-kacangan dan beras tidak berdampak signifikan.
- c. 1990 – 2000: JPS-BK berupa penyuluhan gizi, suplementasi gizi dan oralit, PMT Penyuluhan (demo masak), PMT Pencegahan (pemberian MPASI pabrikan untuk semua anak dari keluarga miskin, dan tatalaksana gizi buruk.
- d. 2000 – 2010: KELUARGA SADAR GIZI meliputi penyuluhan gizi, suplementasi gizi dan oralit, PMT Penyuluhan (demo masak), PMT Pencegahan (pemberian MPASI pabrikan

untuk semua anak dari keluarga miskin, dan PMT Pemulihan Lokal (BOK)

- e. 2010 – 2020: KELUARGA SADAR GIZI meliputi seluruh intervensi dekade sebelumnya dengan penambahan PMT bagi anak sekolah dan ibu hamil

Menurut Persagi (2009), bahwa pemberian tambahan makanan di samping makanan yang dimakan sehari – hari dengan tujuan memulihkan keadaan gizi dan kesehatan. PMT dapat berupa makanan lokal atau makanan pabrik tidak memberatkan fungsi pencernaan serta memiliki zat – zat gizi yang disesuaikan dengan kebutuhan anak untuk pertumbuhan dan kesehatan yang optimal. Program Makanan Tambahan Pemulihan (PMT–P) diberikan kepada anak gizi buruk dan gizi kurang yang jumlah harinya tertentu dengan tujuan untuk meningkatkan status gizi anak. Ibu yang memiliki anak di bawah lima tahun yang menderita gizi kurang / gizi buruk diberikan satu paket PMT Pemulihan (Persagi, 2009).

Menurut Gibson *et al* (1998), *complementary foods* atau makanan tambahan yang diberikan pada anak khususnya di

negara yang sedang berkembang menurut sebaiknya harus di fortifikasi dengan micro nutrient terutama zat besi, kalsium dan zinc. Sedangkan spesifikasi jenis makanan yang diberikan antra lain dengan persyaratan komposisi gizi mencukupi minimal 1/3 dari kebutuhan 1 hari, yaitu; energi 350-400 kalori dan protein 10-15 gram. Pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) diberikan setiap hari kepada anak selama 3 bulan (90 hari). Sedangkan bentuk makanan PMT-P makanan yang diberikan berupa:

- a. Kudapan (makanan kecil) yang dibuat dari bahan makanan setempat/lokal.
- b. Bahan makanan mentah berupa tepung beras, atau tepung lainnya, tepung susu, gula minyak, kacang-kacangan, sayuran, telur dan lauk pauk lainnya

Cara pemberian/pendistribusian PMT-P pada sasaran dilakukan di Posyandu atau tempat yang sudah disepakati, kader dibantu oleh PKK desa akan memasak sesuai menu yang telah ditentukan dan etiap hari selama 3 bulan ibu balita akan membawa balita untuk mengambil PMT-P yang sudah disediakan.

Beberapa masalah dalam penyelenggaraan intervensi dengan PMT antara lain:

- a. Salah target dan kebocoran. Anak yang ditargetkan tidak menerima, anak yang tidak ditargetkan menerima. Salah target lebih besar bila dibagikan ke keluarga, dibandingkan dengan pembagian di pusat pemulihan gizi.
- b. Tidak sepenuhnya berfungsi sebagai tambahan, sehingga total asupan gizi tidak bertambah secara maksimal.
- c. Tidak diberikan sampai sembuh.
- d. Tidak diberikan edukasi untuk menyiapkan bahan pangan bergizi sehingga bisa dipraktikkan setelah pulih.
- e. Lebih efektif diberikan pada kelompok usia muda (dibawah 2 tahun).
- f. Tidak sustain, terutama bila yang diberikan bukan produk yang mudah didapat atau dapat disiapkan lokal.
- g. Perlu biaya besar .

Bayi dan balita yang sudah sampai dalam keadaan gizi buruk dengan kelainan klinis akan mengalami kematian jika tidak segera dipulihkan. Demikian juga bayi dan balita dengan statu gizi buruk dan kurang, jika tidak ditangani segera

dengan memberikan makanan tambahan maka bayi dan balita tersebut akan semakin menurun status gizinya. Menurut The American Red Cross (2001), dalam keadaan darurat bagi balita yang mengalami kekurangan gizi dengan kriteria $\geq 20\%$ atau $10-19\%$ segera diberi makanan tambahan atau ditangani secara khusus melalui Therapeutic Feeding Programme (TFP). Pada anak yang mengalami gizi buruk, terapi dilakukan dalam 3 fase yaitu stabilisasi, transisi, dan rehabilitasi menggunakan makanan formula F75, F100, dan F135 (The American Red Cross, 2001).

2. Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil

KEK adalah kurangnya asupan energy yang berlangsung lama/kronik dan ditandai dengan ukuran lingkaran lengan atas (LLA) ≥ 23.5 cm. secara umum, diet untuk ibu hamil dengan KEK adalah penambahan porsi makanan atau frekuensi makan dari biasanya. Tindakan yang harus dilakukan antara lain:

- a. Makan 1 porsi lebih banyak dalam sehari
- b. Memberi makanan tambahan dengan nilai kalori 500 kkal dan 17 gram protein setiap hari selama minimal 3 bulan.

c. Konseling gizi kepada ibu dan keluarganya untuk penanaman pengertian, perbaikan sikap dan perilaku sehat bagi ibu, keluarga, dan masyarakat di sekitar ibu hamil.

Monitoring dan evaluasi harus dilakukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Pantau penambahan berat badan dengan menimbang tiap bulan.
- b. Jika penambahan mencapai 1 kg/bulan atau lebih, maka teruskan pemberian makanan tambahan, namun jika kurang dari 1 kg, maka dapat dilakukan pengkajian ulang asupan gizi seperti peningkatan makanan tambahan menjadi 2x lipat.

3. Anemia Gizi Besi

Anemia gizi adalah keadaan di mana kadar hemoglobin, hematokrit, dan jumlah sel darah merah lebih rendah dari normal sebagai akibat dari defisiensi salah satu atau beberapa unsur zat gizi yang dibutuhkan tubuh untuk membentuk sel darah merah. Diagnosis ditegakkan jika kadar hemoglobin <11 gr/dL dengan menggunakan metode *Cyanmethemoglobin*.

Tindakan yang dapat dilakukan yaitu:

- a. Makan 1 piring lebih banyak dari biasanya
- b. Makan makana sumber protein hewani dan vitamin C setiap hari
- c. Minum 1 tablet Fe (mengandung 60 mg elemental iron dan 0.025 mg asam folat per hari selama 90 hari)
- d. Menghindari makanan-makanan yang mengandung zat penghambat penyerapan Fe seperti filat pada jagung, protein kedelai, dan kacang-kacangan, polifenol pada teh, kopi, bayam, kacang-kacangan, serta kalsium pada susu dan keju.

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. **Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. **Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Istilah terkait PMT dengan
 1. Bantuan pangan
 2. Pemulihan
 3. Penyuluhan
 4. Bantuan pangan darurat

2. Standar lamanya pemberian bantuan pangan adalah ...
 - a. 120 hari (1 hari sekali)
 - b. 160 hari (2 hari sekali)
 - c. 180 hari (2 hari sekali)
 - d. 200 hari (1 hari sekali)

3. Target pemberian PMT Pemulihan adalah....
 1. Anak kurang gizi
 2. Anak yang mengalami keterbelakangan mental
 3. Anak gizi buruk
 4. Anak bibir sumbing

4. Anjuran yang baik dilakukan agar ibu hamil tidak mengalami Kekurangan Energi Kronis adalah ...
 1. Makan 1 porsi lebih banyak dalam sehari
 2. Memberi makanan tambahan dengan nilai kalori 500 kkal dan 17 gram protein setiap hari
 3. Konseling gizi kepada ibu dan keluarganya
 4. Rutin pengukuran status gizi

5. Beberapa masalah dalam penyelenggaraan intervensi dengan PMT adalah....
 1. Salah target dan kebocoran
 2. Tidak sepenuhnya berfungsi sebagai tambahan
 3. Tidak diberikan sampai sembuh
 4. Tidak diberikan edukasi untuk menyiapkan bahan pangan bergizi

BAB XII

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN 1000 HPK DI KALIMANTAN SELATAN

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah mengikuti perkuliahan pada materi ini mahasiswa mampu menjelaskan Implementasi kebijakan (sasaran pembangunan, program perbaikan gizi dan indikator) terkait 1000 HPK di Kalimantan Selatan

Tujuan Instruksional Khusus:

Setelah mendapatkan perkuliahan ini mahasiswa dapat menjelaskan:

- a. Sasaran pembangunan untuk mencapai misi Kalimantan Selatan terkait 1000 HPK
- b. Program perbaikan gizi dalam 1000 HPK Di Kalimantan Selatan.
- c. Macam-macam intervensi gizi terkait 1000 HPK

Materi Pembelajaran:

Stunting adalah kondisi gagal tumbuh pada anak balita akibat dari kekurangan gizi kronis, sehingga anak terlalu pendek untuk usianya. Kekurangan gizi terjadi sejak bayi dalam kandungan dan pada masa awal setelah anak lahir, tetapi baru nampak setelah anak berusia 2 tahun. Agar masalah *stunting* di Kalimantan Selatan mengalami penurunan, maka dirumuskan suatu visi dan misi. Agar visi tercapai maka peranan misi sangat penting agar strategi pencapaian kinerja untuk menurunkan kejadian *stunting* secara efektif melalui pengembangan SDM (Sumberdaya Manusia).

Untuk mencapai Misi Mengembangkan Sumber Daya Manusia yang Agamis, Sehat, Cerdas dan Terampil dilaksanakan 4 (empat) prioritas utama yaitu: Prioritas Kalsel Cerdas, Prioritas Kalsel Sehat, Prioritas Kalsel Terampil dan Prioritas Kalsel Beriman. Tujuan pada misi ini adalah Meningkatkan Daya Saing Sumber Daya Manusia. Untuk meningkatkan kualitas daya saing sumber daya manusia

Provinsi Kalimantan Selatan, maka sasaran pembangunan yang harus dicapai terkait 1000 HPK adalah:

- 1) Meningkatnya kualitas pendidikan masyarakat
- 2) Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
- 3) Meningkatnya kualitas daya saing tenaga kerja
- 4) Meningkatnya pemahaman keagamaan
- 5) Meningkatnya Indeks Pembangunan dan Pemberdayaan Gender

Agar sasaran pembangunan 2 tercapai dengan kejadian penurunan masalah *stunting*, maka disusun 2 (dua) program perbaikan gizi di Kalimantan Selatan yaitu:

- a. Peningkatan gizi Balita melalui program pemberian paket perbaikan gizi dengan sasaran paket makanan berasupan gizi untuk ibu hamil dan anak usia dua tahun. Pentingnya penambahan asupan makanan yang mengandung nilai gizi, lebih berlaku pada saat seribu hari pertama kehidupan, yaitu mulai dari masa kehamilan sampai anak berumur 2 tahun.
- b. Bekerjasama dari seluruh pihak terkait, termasuk dari dinas pertanian, untuk mendukung ketahanan pangan.

Selain itu, penanganan *stunting* dilakukan melalui Intervensi Spesifik dan Intervensi Sensitif pada sasaran 1000 hari pertama kehidupan seorang anak sampai berusia 6 tahun.

1. Intervensi Gizi Spesifik

Ini merupakan intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) dan berkontribusi pada 30% penurunan *stunting*. Kerangka kegiatan intervensi gizi spesifik umumnya dilakukan pada sektor kesehatan.

a. Intervensi dengan sasaran Ibu Hamil:

- 1) Memberikan makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis.
- 2) Mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat.
- 3) Mengatasi kekurangan iodium.
- 4) Menanggulangi kecacingan pada ibu hamil.
- 5) Melindungi ibu hamil dari Malaria.

- b. Intervensi dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 0-6 Bulan
 - 1) Mendorong inisiasi menyusui dini (pemberian ASI jolong/colostrum)
 - 2) Mendorong pemberian ASI Eksklusif
 - c. Intervensi dengan sasaran Ibu Menyusui dan Anak Usia 7-23 bulan
 - 1) Mendorong penerusan pemberian ASI hingga usia 23 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI
 - 2) Menyediakan obat cacing
 - 3) Menyediakan suplementasi zink
 - 4) Melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan
 - 5) Memberikan perlindungan terhadap malaria
 - 6) Memberikan imunisasi lengkap
 - 7) Melakukan pencegahan dan pengobatan diare
2. Intervensi Gizi Sensitif
- Idealnya dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan diluar sektor kesehatan dan berkontribusi pada 70% intervensi *stunting*. Sasaran dari intervensi gizi spesifik adalah masyarakat secara umum dan tidak

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

khusus ibu hamil dan balita pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK).

- 1) Menyediakan dan Memastikan Akses pada Air Bersih
- 2) Menyediakan dan Memastikan Akses pada Sanitasi
- 3) Melakukan Fortifikasi Bahan Pangan
- 4) Menyediakan Akses kepada Layanan Kesehatan dan Keluarga Berencana (KB)
- 5) Menyediakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- 6) Menyediakan Jaminan Persalinan Universal (Jampersal)
- 7) Memberikan Pendidikan Pengasuhan pada Orang tua
- 8) Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini Universal
- 9) Memberikan Pendidikan Gizi Masyarakat
- 10) Memberikan Edukasi Kesehatan Seksual dan Reproduksi, serta Gizi pada Remaja
- 11) Menyediakan Bantuan dan Jaminan Sosial bagi Keluarga Miskin
- 12) Meningkatkan Ketahanan Pangan dan Gizi

LATIHAN SOAL

PETUNJUK MENERJAKAN SOAL :

- I. Untuk option jawaban abjad**, petunjuknya yaitu :
Pilihlah jawaban pertanyaan yang paling tepat atau saudara anggap benar dengan memberikan tanda silang (x) pada lembar jawaban
- II. Untuk option jawaban angka**, pilihlah dengan ketentuan:
A = jika jawaban 1, 2 dan 3 benar
B = jika jawaban 1 dan 3 benar
C = jika jawaban 2 dan 4 benar
D = jika jawaban 4 saja benar
E = jika jawaban semua benar/salah

Soal:

1. Sasaran pembangunan untuk mencapai misi Kalimantan Selatan

 1. Meningkatkan kualitas pendidikan masyarakat
 2. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat
 3. Meningkatkan kualitas daya saing tenaga kerja
 4. Meningkatkan pemahaman keagamaan

2. Program perbaikan gizi di Kalimantan Selatan

 1. Paket makanan berasupan gizi untuk ibu hamil
 2. Paket makanan berasupan gizi untuk anak usia dua tahun
 3. Kerjasama dengan sector terkait
 4. Monitoring dan evaluasi disegala bidang

3. Intervensi gizi yang relevan dengan kejadian *stunting* adalah....
 1. Intervensi spesifik
 2. Intervensi promotif
 3. Intervensi sensitive
 4. Intervensi preventif

4. Sasaran Intervensi spesifik.....
 1. Ibu Hamil
 2. Ibu menyusui
 3. Anak Usia 0-6 Bulan
 4. Remaja puteri

5. Intervensi gizi sensitive.....
 1. Memberikan Pendidikan Pengasuhan pada Orang tua
 2. Memberikan Pendidikan Anak Usia Dini Universal
 3. Memberikan Pendidikan Gizi Masyarakat
 4. Meningkatkan ketahanan pangan dan gizi

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M, Wirjatmadi, B. 2012. Pengantar Gizi Masyarakat. Jakarta: Kencana.
- Almatsier, S. 2001. Prinsip Dasar Ilmu Gizi . Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Arimond, M., Ruel, M. 2004. Dietary diversity is associated with child nutritional status: Evidence from 11 demographic and health surveys. *J.Nutr.* Vol 134: 2579–2585.
- Ariska, Y., Kustiyah, L., Widodo, Y. 2015. Perubahan status gizi balita pada program edukasi dan rehabilitasi gizi. *Jurnal Gizi Pangan.* Vol 10 (3): 157-164.
- Arisman. 2004. Gizi dalam Daur Kehidupan: Buku Ajar Ilmu Gizi. Buku Kedokteran Jakarta: EGC.
- Arisman, 2009. Buku Ajar Ilmu Gizi: Gizi dalam Daur Kehidupan Edisi 2. Jakarta: Penerbit EGC.
- Aritonang. 2012. Penyelenggaraan Makanan. Leutika. Yogyakarta.
- Badan Pusat Statistik Ketapang. 2016. Kecamatan Matan Hilir Selatan dalam Angka 2016. BPS Kabupaten Ketapang

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Baliwati, Y.F, dkk. 2004. Pengantar Pangan dan Gizi, Jakarta: Penerbit Penebar Swadana.

BAPPENAS RI. 2012. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Sadar Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK), hal: 1-8.

BAPPEDA Kota Malang. 2014. Buku Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi Kota Malang. Malang: BAPPEDA Kota Malang; hal: 4-19.

Batita yang Malnutrisi. Jurnal Penelitian. UGM. Yogyakarta .

Berg, A. 1986. Peranan Gizi dalam Pembangunan Nasional. CV Rajawali. Jakarta. Depkes RI. 2010.

Buku Pedoman Perencanaan Program Gerakan 1000 HPK, 2012.

Bunga, C.H., Rosha, Kencana, S., Indri, Y.S, Nurilah, A, Utami, N. 2016. Peran intervensi gizi spesifik dan sensitif dalam perbaikan masalah gizi balita di kota Bogor. Buletin Penelitian Kesehatan, Vol. 44 (2): 127 – 138.

Caufild, *et al.* 2006. disease control priorities in developing countries 2nd edition (stunting.wasting and micronutrient deficiency disorder chapter 28). Jamison *et al* (Ed).World Bank,Washington D.C.

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Chandra B., 2006. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Jakarta: Penerbit EGC.

Chandra, B. (2007). *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Penerbit EGC. Jakarta.

Chandra, B. 2009. *Ilmu Kedokteran Pencegahan dan Komunitas*. Jakarta : EGC.

Damanik, M.R., Ekayanti, I., Hariyadi, D. 2010. Analisis pengaruh pendidikan ibu terhadap status gizi balita di Provinsi Kalimantan Barat. *J Gizi Pangan*. Vol 5(2):69-77.

Depkes, RI. 2010. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta.

Dewey, K.G., Mayers, D.R. 2011. Early child growth: how do nutrition and infection interact?. Blackwell Publishing Ltd. *Maternal and Child Nutrition* (2011),7 (Suppl.3), pp.129–142 <http://onlinelibrary.wiley.com/journal>.

Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. 2013. *Rencana Kerja Pembinaan Gizi Masyarakat tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Forbes, G.B. 1992 dalam Suandi, I.K.G. 2010. *Gizi pada Masa Remaja dalam Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Cetakan ke-3. Jakarta: CV. Sagung Seto.

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Gandahusada, S. 2006. Parasitologi kedokteran. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Hasan, A dan Sulistianingsih, E. 2012. Hubungan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD (PSN-DBD) dan Pencegahan Gigitan Nyamuk (*Aedes Aegypti*) Dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kota Bumi Lampung Utara. Laporan Penelitian Risbinakes Politeknik Kesehatan Kemenkes Tanjung Karang. Lampung.

Hastuti, D., Sebho, K., Lamawuran, Y.L. 2010. Hubungan karakteristik sosial ekonomi rumah tangga dengan pemenuhan hak anak di wilayah dampingan Plan International Indonesia Program Unit Sikka, Nusa Tenggara Timur. JIKK. Vol 3(2):154-163.

Hidayati, L., Hadi, H., Kumara, A., Panunggal, B., Arimbawani, Y., Ernalia, Y. 2009.

Husaini., Panghiyangani, R., Adenan, Arifin, S., Marlinae L., Rahman, F., Noor M.S., Setyaningrum, R., Musafaah, 2017. Modul Pelaksanaan Matrikulasi Mahasiswa Baru Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat. Banjarbaru: Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat.

Iswarawanti, D.N. 2010. Kader posyandu: Peranan dan tantangan pemberdayaannya dalam usaha peningkatan gizi anak di Indonesia. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Vol 13 (4): 169 – 173.

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Joyce C, Goodman-Bryan M, Hardin A. 2016. Preterm Birth and Low Birth Weight.

Kalsum, U, Jahari, A.B. 2015. Strategi Menurunkan Prevalensi Gizi Kurang Pada Balitadi Provinsi Jambi.JMJ. Vol 3 (1): 45– 59.

Kartini Kartono. 2008. Kenakalan remaja. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Kavosi, E., Rostami, Z.H., Kavosi, Z., Nasihatkon, A., Moghadami, M., Heidari, M. 2014. Prevalence and determinants of under-nutrition among children under six: a cross-sectional survey in Fars province. Iran Int J Health Policy Manag. Vol 3(2):71-76.

Kementerian Kesehatan RI. 2015. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA.

Kementerian bidang Kesejahteraan Rakyat, 2013. Pedoman perencanaan program Gerakan Nasional percepatan perbaikan gizi dalam rangka seribu hari pertama kehidupan (Gerakan 1000 HPK), Jakarta.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. Naskah Akademik Pedoman Gizi Seimbang (PGS). Jakarta: KEMENKES RI. 1-27

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kualitas manusia ditentukan pada 1000 hari pertama kehidupannya.

Artikel publikasi, 2017. www.kemendes.go.id

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. Analisis faktor risiko *stunting* pada baduta Di kabupaten hulu sungai utara Propinsi Kalimantan selatan Tahun 2017.

Kementerian Kesehatan, RI. 2014. Pedoman gizi seimbang, Jakarta.

Khomsan, A. 2003. Pangan dan Gizi untuk Kesehatan. Jurusan: Hubungan Kesehatan Lingkungan Terhadap Status Gizi Anak Prasekolah Di Kelurahan Semanggi dan Sangkrah Kecamatan Pasar Kliwon Surakarta (Indar Dwi Ningsih) Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian, Institut Pertanian Bogor. Bogor.

Martorrel *et al.* 1994 reversibility of *stunting*: epidemiological findings in children from developing countries.

Marlinae¹, L., Helmi, Z.N, Rahayu, A., Yulidasari, F., Rahman, R., Wulandari, A. 2017. Positive behavior management model development society In reducing the status *stunting* baduta in mining areas, Cempaka banjarbaru. *International Journal of Modern Trends in Engineering and Research*. Vol 4 (1):11-25.

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Merchant AT, Jones C, Kiure A, Kupka R, Fitzmaurice G, Hererra MG, Fawzi WW. 2003. Water and Sanitation associated with improved child growth. *Eur J Clin Nutr.* Vol 57 (12):1562-1568

MCA-Indonesia. 2015. *Stunting dan Masa Depan Indonesia.* Millenium Challenge Account, Indonesia. Jakarta.

Monteiro, C.A., Benicio, M.H., Conde, W.L., Konno, S, Lovadino, A.L. 2010. Narrowing socioeconomic inequality in child *stunting*: the Brazilian experience, 1974–2007. *Bull World Health Organ.* Vol 88(4):305–311.

Mu'alimah, M., Kartini A., Sriatmi, A. 2014. Analisis Program Taman Pemulihan Gizi (TPG) dalam Upaya Penanggulangan Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang di Kabupaten Jombang. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia.* Vol 2 (1): 1-9.

Mukono, H.J. 2000. *Prinsip Dasa Kesehatan Lingkungan.* Airlangga University Press. Surabaya.

Musadad DA, Irianto J. 2009. Pengaruh penyediaan air minum terhadap kejadian karies gigi usia 12-65 tahun di Provinsi Kep. Bangka Belitung dan Nusa Tenggara Barat. *Jurnal Ekologi Kesehatan.* Vol 8(3): 1032-46.

Muslihah, N. Khomsan, A, Briawan, D, Riyadi, H. 2016. Kepatuhan konsumsi suplemen gizi berbasis lipid Dosis

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

kecil pada bayi di Perdesaan, Kabupaten Bangkalan.
Jurnal Gizi Pangan. Vol 11 (2): 115-124.

Notoatmodjo, S. 2005. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. PT Rineka Cipta. Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2011. Kesehatan Masyarakat. Rineka Cipta. Jakarta.

Notoatmodjo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta.

PERSAGI. 2009. Kamus gizi pelengkap kesehatan keluarga. Jakarta : Kompas.

Picauly, I., Toy S.M. 2013. Analisis determinan dan pengaruh *stunting* terhadap prestasi belajar anak sekolah di Kupang dan Sumba Timur, NTT. *Jurnal Gizi Pangan*. Vol 8(1):55-62.

Pudjiadi, S. 2005. Ilmu Gizi Klinis Pada Anak. Edisi Keempat FKUI.

Putra, F.Y. 2016. Strategi promosi kesehatan dinas kesehatan kabupaten kutai kartanegara tentang pemahaman perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di puskesmas mangkurawang. *Jurnal ilmu komunikasi*. Vol 4 (1): 74-87.

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Putri, D.S, Sukandar, D. 2012. Keadaan rumah, kebiasaan makan, status gizi, dan status kesehatan balita di Kecamatan Tamansari, Kabupaten Bogor. *Jurnal Gizi Pangan*.Vol 7(3):163-168.

Rahayu, A., dan Khairiyati, L. 2014. Risiko Pendidikan Ibu Terhadap Kejadian *Stunting* Pada Anak 6-23 Bulan. *Jurnal Penelitian Gizi Makanan*. Vol. 37 (2): 129-136

Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A.O dan Rahman, F. 2015. Riwayat Berat Badan Lahir dengan Kejadian *Stunting* pada Anak Usia Bawah Dua Tahun. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*. Vol. 10 (2): 67-73

Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, A.O, Rahman, F., dan Rosadi, D. 2016. Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian pendek pada anak usia 6-24 bulan. *Jurnal Kemas*. Vol.11 (2) : 96-103

Rahayu, A., Yulidasari, F., Khairiyati, L., Rahman, F dan Anhar, V.N. 2016. The risk factor of mother's nutrition knowledge level related to *stunting* in public health center region Cempaka, Banjarbaru City. *International Journal of Applied Bussines and Economic Research*. Vol. 14 (10): 6999-7008

Rosha, B.C dkk, 2016. Rosha BC, Sari K, SP Indri Y, Amaliah N, Utami NH. Peran intervensi gizi spesifik dan sensitive

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

- dalam perbaikan masalah gizi balita Kota Bogor. Buletin Penelitian Kesehatan. Vol. 44 (2); 127-138
- Sandjaja. 2009. Risiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Indonesia. Gizi Indonesia. Vol. 32(2): 128-38.
- Sanvato., Joseph, A. 1972. Environmental Engineering and Sanitation. Toronto: John Willey & Sins Inc.
- Siswanto, H. 2003. Kamus Populer Kesehatan Lingkungan. EGC. Jakarta.
- Slamet, J.S. 2009. *Kesehatan Lingkungan*. Yogyakarta: Gajah Mada University ' Press.
- Soemarno. 2012. "Ketahanan Pangan *Food Security*". Kompedium Ketahanan Pangan.
- Soekirman. 2000. Ilmu gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat. Direktorat Jend eral Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta.
- Suandi, I.K.G. 2010. Gizi pada Masa Remaja dalam Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya. Cetakan ke-3. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Supariasa, I.D.N, dkk. 2009. Penilaian Status Gizi. EGC, Jakarta.

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

Supariasa, I,D,N., Bachri, B, dan Ibnu, F. 2002. *Penilaian Status Gizi*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.

Supariasa. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.

Suparlan. 1994. *Pedoman Pengawasan Sanitasi Tempat-Tempat Umum dan Tempat Wisata*. PAM-SKL Ujung Pandang. Makasar.

Supremo. 2008. Hubungan antara praktek sanitasi dan status gizi pra-sekolah anak-anak di bawah Ladtingan, Pikit, Cotabato, Mindanao, Filipina. *Jurnal Penelitian*.

Supriyanto. 2012. *Konsep dasar status gizi balita*. Jakarta: PT. Gramedia .

The Lancet. *Maternal and Child Nutrition: Executive Summary of the Lancet Maternal and Child Nutrition Series*. The Lancet; 2013. 1-12.

UKAID. *Scalling Up Nutrition: The UK's position paper on undernutrition*. Departement of International Development, September 2011.

Uliyati,dkk. 2017. Faktor yang berhubungan dengan kejadian *stunting* pada balita usia 24-59 bulan .jurnal vokasi kesehatan. ISSN 2442-5478 3(2) hal 67-77

***Buku ajar 1000 Hari Pertama Kehidupan
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat***

- USAID. 2014. Multi-sectoral Nutrition Strategy 2014-2025
Technical Guidance Brief: Implementation Guidance for
Ending Preventable Maternal and Child Death. Hal 1-6.
- WHO. 2005. Nutrition and Adolescence: Issues and
Challenges for the Health Sector. Geneva: WHO Press.
- World Bank. Repositioning nutrition as central development a
strategy for large scale action[Internet]. Geneva: World
Bank; 2006[Diakses pada tanggal 8 Desember 2015].
Tersedia di <http://www.unhcr.org/45f6c4432.pdf>.
- Zeitlin, M.G and Beiseer. 2002. Positive Deviance in Child
Nutrition. The United Nations University Press, Tokyo,
Japan.
- Zulfiqar A Bhutta, Jai K Das, Arjumand Rizvi, Michelle F
Gaffey, Neff Walker, Susan Horton, Patrick Webb, Anna
Lartey, Robert E Black, Evidence-based interventions
for improvement of maternal and child nutrition: what
can be done and at what cost?, In The Lancet, Volume
382, Issue 9890, 2013, Pages 452-477, ISSN 0140-6736,
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4).

Riwayat Penulis



Atikah Rahayu lahir di Marabahan tanggal 20 April 1978. Jenjang pendidikan dasar ia tempuh di SDN Marabahan 3 (1984-1990), dan di SMPN 1 Marabahan (1990-1993). Adapun jenjang pendidikan menengahnya di SMAN 1 Marabahan (1993-1996). Kemudian, ia melanjutkan kuliah pendidikan diploma 3 (tiga) jurusan gizi di Akademi Gizi Banjarmasin (1996-1999). Selanjutnya ia melanjutkan kuliah di FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat) Universitas Airlangga di Surabaya (2000-2002) dengan topic skripsi bidang gizi. Setelah wisuda, pada bulan Desember tahun 2003 ia diangkat menjadi PNS (Pegawai Negeri Sipil) dengan mengisi formasi sebagai dosen di Universitas Lambung Mangkurat (ULM) di Kalimantan Selatan. Tahun 2010, melanjutkan pendidikan magister ilmu kesehatan masyarakat, peminatan gizi kesehatan dengan konsentrasi gizi masyarakat pada Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada di Yogyakarta (2010-2012). Topik-topik penelitian maupun pengabdian masyarakat yang dilakukan lebih banyak mengenai stunting pada balita mulai dari risiko yang berhubungan dengan kejadian stunting pada 1000 HPK (Hari pertama Kehidupan), hingga mengaitkan beberapa metode

pendidikan untuk mencegah dan menanggulangi kejadian stunting pada balita dan dituang dalam produk ajar.



Fauzie Rahman lahir di Amuntai 21 April 1986. Pada tahun 2004, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar SKM pada tahun 2008, kemudian pada tahun 2010 melanjutkan pendidikan pada Peminatan Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Magister

Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar *Master of Public Health (MPH)* pada tahun 2013. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK ULM, juga dipercaya sebagai Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM, Anggota Senat di FK ULM, Senat Universitas Lambung Mangkurat serta Auditor pada Lembaga Penjamin Mutu ULM. Tidak hanya di institusi pendidikan, ia juga aktif di organisasi profesi Perhimpunan Promosi Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPKMI). Dibidang kegiatan kemahasiswaan, ia juga berperan sebagai pembina di salah satu organisasi mahasiswa FK ULM, dosen pembimbing mahasiswa berprestasi, dan dosen pembimbing kegiatan Pekan Ilmiah Mahasiswa tingkat Nasional. Selain itu, ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim

penulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster. Ia juga aktif sebagai reviewer Artikel pada Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI), Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia (JAKI) dan *International Conference on Family Planning*.



Lenie Marlinae lahir di Manusup, 12 April 1977. Pendidikan terakhir lulusan Pasca sarjana Kesehatan Masyarakat- UNAIR lulus tahun 2002, dan sekarang menjadi pengajar tetap di Prodi S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UNLAM Kalimantan Selatan. Pengalaman penelitian pengabdian di bidang Kesling, Gizi dan AKK. Penelitian bidang kesling

terkait pengolahan air bersih di lahan basah, penelitian di bidang Gizi terkait stunting, BBLR dan pembuatan program 1000 Hari Pertama Kehidupan dalam upaya menanggulangi masalah stunting. Penelitian AKK terkait program manajemen rumah tinggal untuk penderita TB dan penderita stunting.



Prof.Dr. Husaini, SKM., M.Kes lahir di Tanjung-Tabalong, 16 Juni 1966 dari 6 bersaudara. Pendidikan terakhir lulusan Program Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada-Yogyakarta dan lulus tahun 2014, dan sekarang menjadi pengajar tetap di Prodi S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Provinsi Kalimantan

Selatan, juga aktif mengajar di beberapa Perguruan Tinggi Swasta. Dikukuhkan menjadi Guru Besar dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat oleh Rektor Universitas Lambung Mangkurat pada tanggal 18 Agustus 2017 di Banjarmasin



Meitria Syahadatina Noor lahir di Surabaya tanggal 19 Mei 1979, anak dari dr. H. Bachran Noor Bachtiar dan ibu Hj. Sulastri. Nama suaminya RB. Wibi Harsono, memiliki 1 orang anak bernama RR. Aisya Nur Safa. Jenjang pendidikan dasar tamat tahun 1991 di SDN Rantau Kiwa 1 Rantau, dan tahun 1994 di SMPN 2 Banjarmasin. Jenjang pendidikan menengah tamat tahun 1997 di

SMAN 1 Banjarmasin. Kemudian melanjutkan kuliah di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan lulus profesi dokter tahun 2005. Pada tahun 2006, diangkat sebagai PNS dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat hingga sekarang. Pada tahun 2008, melanjutkan pendidikan magister di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, lulus tahun 2010. Jenjang pendidikan S3 ditempuh pada tahun 2013-2017 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Topik penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan serta artikel ilmiah dan buku yang ditulis lebih banyak mengenai kesehatan reproduksi dan gizi yang terkait dengan kesehatan reproduksi.



Fahrini Yulidasari, Lahir di Martapura 15 Februari 1985. Pada tahun 2003, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar SKM pada tahun 2007, kemudian pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan pada peminatan Gizi Kesehatan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar *Master of Public Health* (MPH) pada tahun 2014 awal. Saat ini, bekerja sebagai staf pengajar di Program

Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM, juga dipercaya dan diamanahi sebagai Kepala Departemen Gizi dan Ketua Unit KTI dan P2M. Selain itu, aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster.



Dian Rosadi lahir di Pandansari pada tanggal 23 Maret 1988. Menempuh pendidikan Strata satu pada tahun 2006 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan melanjutkan pendidikan magister tahun 2011 di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan *Field Epidemiology Training Program (FETP/EL)*. Kemudian bergabung sebagai staf pengajar di Departemen Epidemiologi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam penelitian dan pengabdian sering terlibat mengenai *stunting*, *wasting* dan program penanggulangan pada balita di 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK).



Nur Laily lahir di Martapura pada 15 April 1993. Lulus SMAN 1 Martapura Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2011. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Januari 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan lulus tahun 2017. Saat ini Ia bekerja sebagai staf pengajar di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam beberapa tahun terakhir sering terlibat dalam penelitian dan pengabdian dengan topik mengenai stunting pada balita dan 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK).