

GIZI Masyarakat PESISIR



Eliska, SKM., M.Kes

Reni Agustina Harahap, SST., M.Kes

Dewi Agustina, S.Kep., Ns., M.Kes

GIZI MASYARAKAT PESISIR



GIZI MASYARAKAT PESISIR

Eliska, SKM, M.Kes.

Reni Agustina Harahap, SST, M.Kes.

Dewi Agustina, S.Kep., Ns., M.Kes.



Perpustakaan Nasional: Katalog dalam terbitan (KDT)

Eliska, dkk.,

Gizi Masyarakat Pesisir/Eliska, Reni Agustina Harahap,
dan Dewi Agustina.

—Ed. 1, Cet. 1. —Medan: Merdeka Kreasi, 2021

xii, 68 hlm., 24 cm.

Bibliografi : hlm. 59

ISBN : 978-623-6198-68-1

Hak Cipta © 2021, pada penulis

Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara
apapun, termasuk dengan cara penggunaan mesin fotokopi, tanpa
izin sah dari penerbit

2021.

Eliska, SKM, M.Kes

Reni Agustina Harahap, SST., M.Kes

Dewi Agustina, S.Kep., Ns., M.Kes.

Gizi Masyarakat Pesisir

Cetakan ke-1, Desember 2021

Hak penerbitan pada CV. Merdeka Kreasi Group

Layout : Tim Kreatif Merdeka Kreasi

Desain Cover : Tim Kreatif Merdeka Kreasi

Dicetak di Merdeka Kreasi Group

CV. Merdeka Kreasi Group

Penerbit Nasional

Anggota IKAPI No. 148/SUT/2021

Alamat : Jl. Gagak Hitam, Komplek Bumi Seroja Permai

Villa 18, Medan Sunggal 20128

Telepon : 061 8086 7977/082167101076

Email : merdekakreasi2019@gmail.com

Website : merdekakreasi.co.id



Kata Pengantar

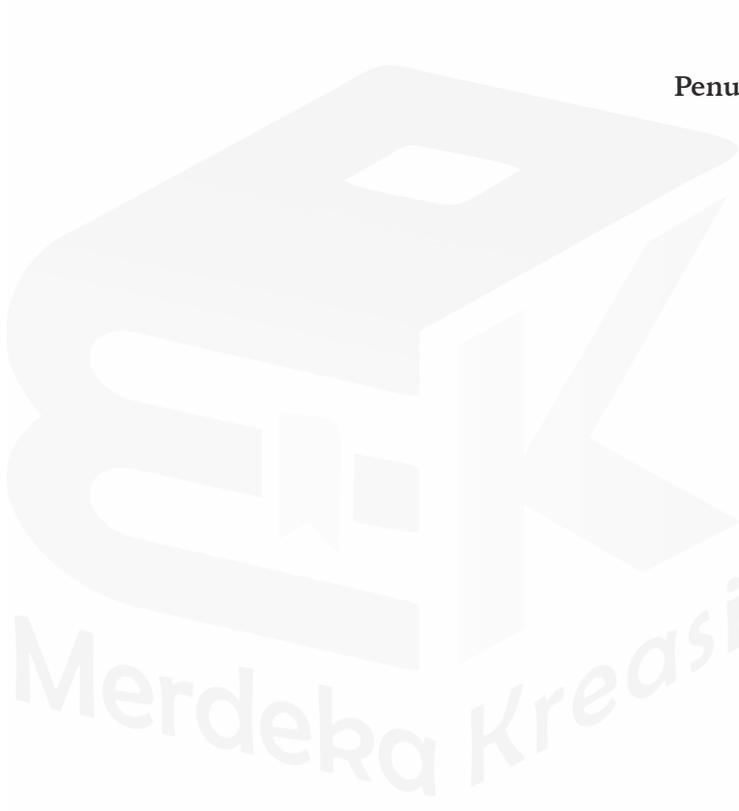
Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Alhamdulillah kami panjatkan puja dan puji syukur kehadiran Allah swt yang senantiasa melimpahkan segala rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penyusun dapat menyelesaikan buku ini. Buku ini dipersiapkan terutama untuk mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat. Buku ini disusun dengan kualifikasi yang tidak diragukan lagi. Buku ini membicarakan masalah utama gizi masyarakat di Indonesia khususnya di wilayah pesisir dengan fokus pada: sebab masalah gizi, akibat yang ditimbulkan, tindakan pencegahan dan penanggulangnya. Buku ini menjadi penting bagi akademisi dan praktisi kegizian karena sinergi lintas disiplin keilmuan yang dihadirkan di dalamnya, tidak saja diharapkan dapat melahirkan pemahaman komprehensif terintegrasi terhadap masalah gizi di wilayah pesisir tetapi juga solusi yang sinergis dan efektif. Penyusun menyadari bahwa di dalam pembuatan buku masih banyak kekurangan, untuk itu penyusun sangat membuka saran dan kritik yang sifatnya membangun. Mudah-mudahan buku ini memberikan manfaat. Penyempurnaan maupun perubahan buku di masa

mendatang senantiasa terbuka dan dimungkinkan mengingat akan perkembangan situasi yang terus menerus terjadi. Harapan kami tidak lain buku ini dapat memberikan manfaat. Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Medan, November 2021

Penulis





Kata Pengantar

Kata Pengantar	v
Daftar isi	vii
BAB 1. Masalah Kesehatan yang dapat Terjadi pada Masyarakat di Wilayah Pesisir	1
A. Pengertian Gizi.....	1
B. Jenis-jenis Gizi dan Fungsinya.....	1
C. Gangguan yang Timbul Akibat Ketidakseimbangan Unsur Gizi dalam Tubuh.....	2
D. Demografi Masyarakat di Wilayah Pesisir	2
E. Potensi Masalah Kesehatan Pada Masyarakat Wilayah Pesisir	3
BAB 2. Masalah Gizi Yang Timbul Akibat Pengaruh Dari Faktor Masalah Asupan Gizi Yang Ditinjau Dari Aspek Politik, Ekonomi, Sosial, dan Budaya Masyarakat di Wilayah Pesisir	5
A. Faktor Ekonomi	5
B. Faktor Sosial dan Budaya.....	6

BAB 3. Masalah Gizi yang Timbul Akibat Pengaruh Dari Faktor Penyakit yang Diderita Masyarakat di Wilayah Pesisir.....	7
A. Contoh Penyakit Menular di Wilayah Pesisir	7
B. Fatofisologi Penyakit Menular Pada Masyarakat Pesisir	8
1. Gangguan Osmotik	8
2. Gangguan Sekresi.....	9
3. Gangguan Motilitas.....	9
C. Malnutrisi Gizi Pada Masyarakat Pesisir dengan Penyakit Menular	9
D. Contoh Penyakit Tidak Menular di Daerah Pesisir...	10
E. Patofisiologi Penyakit Tidak Menular Pada Masyarakat Pesisir.....	12
F. Malnutrisi Gizi Pada Masyarakat Pesisir dengan Penyakit Tidak Menular	13
 BAB 4. Masalah Gizi yang Timbul Akibat Pengaruh Dari Faktor Lingkungan di Sekitar Tempat tinggal Masyarakat di Wilayah Pesisir.....	 15
A. Faktor Lingkungan.....	15
B. Faktor Geografis	16
 BAB 5. Masalah Gizi yang Timbul Akibat Pengaruh Dari Faktor Gejala Alam di Sekitar Tempat tinggal Masyarakat di Wilayah Pesisir.....	 19
A. Pengaruh Faktor Bencana Alam dan Perubahan Iklim Terhadap Masalah Gizi Masyarakat Pesisir .	19
 BAB 6. Masalah Gizi yang Timbul dalam Masyarakat di Wilayah Pesisir.....	 19
A. Masalah Gizi yang Timbul Pada Bayi di Wilayah Pesisir.....	23
B. Masalah Gizi Yang Timbul Pada Ibu Hamil dan Menyusui di Wilayah Pesisir.....	26
C. Masalah Gizi yang Timbul Pada Remaja di Wilayah	

Pesisir.....	28
D. Masalah Gizi yang Timbul Pada Lansia di Wilayah Pesisir.....	30
BAB 7. Perencanaan Tata Kelola Penanganan Berbagai Masalah Gizi Pada Masyarakat di Wilayah Pesisir Pada Bayi dan Anak	35
A. Gizi Bayi dan Balita.....	35
B. Gizi Anak Usia Sekolah	36
BAB 8. Penanganan Berbagai Masalah Gizi Pada Ibu Hamil dan Menyusui di Masyarakat Wilayah Pesisir	39
BAB 9. Tata Kelola Penanganan Masalah Gizi Pada Lansia di Wilayah Pesisir.....	41
BAB 10. Tata Kelola Penanganan Masalah Gizi Pada Usia Produktif di Wilayah Pesisir	45
BAB 11. Tata Kelola Penanganan Masalah Gizi Pada Remaja di Wilayah Pesisir.....	47
BAB 12. Perencanaan Tata Kelola Masalah Gizi di Wilayah Pesisir Akibat Pengaruh Isu Politik /Ekonomi/ Sosial/ Budaya	49
BAB 13. Perencanaan Tata Kelola Masalah Gizi di Wilayah Pesisir Akibat Pengaruh Bencana Alam	55
Daftar Pustaka	59
Biografi Penulis.....	63
Catatan	65





BAB I

Masalah Kesehatan Yang Dapat Terjadi Pada Masyarakat di Wilayah Pesisir

A. Pengertian Gizi

Gizi adalah persediaan bahan-bahan atau makanan yang dibutuhkan organisme maupun sel-sel untuk bertahan hidup. Sementara dalam bidang ilmu pengetahuan dan medis, gizi dapat merujuk pada ilmu atau praktik konsumsi serta penggunaan makanan.

Tak hanya tentang metabolisme, gizi pun berbicara mengenai bagaimana penyakit yang dapat dicegah atau diminimalkan dengan makanan yang sehat

B. Jenis-jenis Gizi dan Fungsinya

1. Karbohidrat : sebagai sumber energy
2. Lemak : sebagai sumber energi cadangan
3. Protein : memperbaiki sel tubuh yang rusak dan sebagai unsur pembangun
4. Vitamin : memperlancar metabolisme
5. Mineral : menjaga fungsi organ tertentu contohnya kalsium untuk kesehatan tulang

C. Gangguan yang Timbul Akibat Ketidakseimbangan Unsur Gizi dalam Tubuh

1. Kwashiorkor

Merupakan salah satu penyakit malnutrisi protein yang paling akut di dunia. Gejala lain penyakit ini yaitu perut buncit, pembesaran hati, penipisan rambut dan tekstur rambut yang kasar, gigi mudah copot, dan dermatitis.

2. Marasmus

Marasmus adalah penyakit akibat kekurangan protein dan kalori yang sangat parah. Umum terjadi pada anak-anak. Pada kondisi marasmus, berat tubuh lebih rendah 80% dari berat normal yang seharusnya sehingga tubuh seseorang tampak kurus. Pengecilan otot, kulit kering dan bersisik, dan kulit longgar merupakan gejala lain dari marasmus.

3. Anemia

Penyakit kurang darah yang paling umum disebabkan karena kurang gizi. Meski dapat dipicu oleh banyak faktor, tapi salah satu alasan utama terjadinya anemia adalah defisiensi zat besi dan vitamin B12. Penderitanya bisa mengalami sesak napas, kelelahan, pucat, dan gejala lain yang menunjukkan rendahnya jumlah hemoglobin.

4. Gondok

Disebabkan karena kekurangan yodium dalam makanan. Gejala khasnya adalah pembengkakan kelenjar tiroid. Gejala lainnya adalah lesu, lemah, tingkat metabolisme yang rendah, peningkatan kerentanan terhadap dingin, dan lain-lain.

D. Demografi Masyarakat di Wilayah Pesisir

Masyarakat pesisir merupakan masyarakat yang bertempat tinggal di daerah pantai yang sebagian besar merupakan nelayan memiliki karakteristik yang berbeda dengan masyarakat lainnya. Perbedaan ini dikarenakan keterkaitan erat dengan karakteristik ekonomi wilayah, latar belakang budaya dan ketersediaan sarana

dan prasarana penunjang. Pada umumnya masyarakat pesisir memiliki budaya yang berorientasi selaras dengan alam sehingga teknologi memanfaatkan sumberdaya alam adalah teknologi adaptif dengan kondisi pesisir.

Masyarakat pesisir pada umumnya adalah berprofesi sebagai nelayan, di mana nelayan didalam ensiklopedia Indonesia digolongkan sebagai pekerja, yaitu orang yang secara aktif melakukan kegiatan menangkap ikan, baik secara langsung maupun secara tidak langsung sebagai mata pencahariannya (1983). Arti nelayan dalam buku statistik perikanan Indonesia disebutkan nelayan adalah orang yang secara aktif melakukan pekerjaan dalam operasi penangkapan ikan/binatang air lainnya/ tanaman air (1995).

Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kelautan dan Perikanan Nomor : Per.17/Men/2006 Nelayan adalah orang yang mata 21 pencahariannya melakukan penangkapan ikan. Pembudidaya ikan adalah orang yang mata pencahariannya melakukan kegiatan budidaya ikan, baik di perairan tawar, payau maupun di perairan pantai. Sedangkan Nelayan tradisional adalah nelayan yang menggantungkan seluruh hidupnya dari kegiatan penangkapan ikan, dilakukan secara turun temurun dengan menggunakan alat tangkap yang sederhana.

E. Potensi Masalah Kesehatan Pada Masyarakat Wilayah Pesisir

Masalah kesehatan masyarakat pesisir desa Karangsong Indramayu, bahwasannya upaya pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat nelayan dibidang kesehatan dengan meningkatkan pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya, dengan kegiatan puskesmas diarahkan pada upaya-upaya kesehatan promotif-preventif dengan focal point keselamatan kerja dan disertai berbagai 34 Jurnal Kesehatan Indra Husada Vol 4. No 2 Juli- Desember 2016 upaya lain yang mencakup: perbaikan gizi; perbaikan sanitasi dasar dan penyediaan air bersih; Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

(KIA); penanggulangan penyakit menular dan tidak menular, dan pemberdayaan masyarakat, tampaknya belum optimal menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat di daerah pesisir desa Karangsong Indramayu. Dari beberapa indikator derajat kesehatan masyarakat seperti masih ditemukannya kematian dalam 1 tahun terakhir ada sebanyak 6% (23 orang) pada rumah tangga responden, dengan 60,9% peristiwa kematian pada usia lanjut (lebih dari 60 tahun) namun juga terdapat satu kejadian kematian bayi. Adapun persepsi penyebab kematian 65,2% disebabkan oleh penyakit. Selain indikator tersebut, adanya penyakit menular: batuk pilek, gatalgatal dan diare, serta penyakit tidak menular berupa Hipertensi, Stroke, Tumor, dan Diabetes Melitus, merupakan petunjuk masih adanya masalah kesehatan masyarakat di wilayah pesisir ini. Menurut teori Hendrik L Blum, bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor, yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan hereditas, dimana faktor lingkungan mempunyai peranan yang sangat besar (Notoatmodjo, 2003).



BAB II

Masalah Gizi Yang Timbul Akibat Pengaruh Dari Faktor Masalah Asupan Gizi Yang Ditinjau Dari Aspek Politik, Ekonomi, Sosial, dan Budaya Masyarakat di Wilayah Pesisir

A. Faktor Ekonomi

Di banyak negara yang secara ekonomis kurang berkembang, sebagian besar penduduknya berukuran lebih pendek karena gizi yang tidak mencukupi dan pada umumnya masyarakat yang berpenghasilan rendah mempunyai ukuran badan yang lebih kecil. Masalah gizi di negara-negara miskin yang berhubungan dengan pangan adalah mengenai kuantitas dan kualitas. Kuantitas menunjukkan penyediaan pangan yang tidak mencukupi kebutuhan energi bagi tubuh. Kualitas berhubungan dengan kebutuhan tubuh akan zat gizi khusus yang diperlukan untuk pertumbuhan, perbaikan jaringan, dan pemeliharaan tubuh dengan segala fungsinya.

Dalam kehidupan sehari-hari pendapatan erat kaitannya dengan gaji, upah, serta pendapatan lainnya yang diterima seseorang setelah orang itu melakukan pekerjaan dalam kurun waktu tertentu.

Tingkat pendapatan akan menentukan makanan apa yang akan dibeli oleh keluarga. Orang miskin biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatannya untuk makanan. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan 42 yang menyebabkan orang-orang tidak mampu membeli pangan dalam jumlah yang dibutuhkan. Adapula keluarga yang sebenarnya mempunyai penghasilan cukup namun sebagian anaknya berstatus kurang gizi (sajogyo, 1994).

Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin paling rentan terhadap kurang gizi diantara seluruh anggota keluarga dan anak yang paling kecil biasanya paling terpengaruh oleh kekurangan pangan. Jumlah keluarga juga mempengaruhi keadaan gizi (Suhardjo, 2003).

Umumnya, jika pendapatan naik, jumlah dan jenis makanan cenderung ikut membaik juga. Tingkat penghasilan ikut menentukan jenis pangan apa yang akan dibeli dengan adanya tambahan uang. Semakin tinggi penghasilan, semakin besar pula persentase dari penghasilan tersebut dipergunakan untuk membeli buah, sayur-mayur dan berbagai jenis bahan pangan lainnya. Jadi penghasilan merupakan faktor penting bagi kuantitas dan kualitas.

B. Faktor Sosial dan Budaya

Faktor Sosial Budaya Indikator masalah gizi dari sudut pandang sosial-budaya antara lain stabilitas keluarga dengan ukuran frekuensi nikah-cerai-rujuk, anak-anak yang dilahirkan di lingkungan keluarga yang tidak stabil akan sangat rentan terhadap penyakit gizi kurang. Juga indikator demografi yang meliputi susunan dan pola kegiatan penduduk, seperti peningkatan jumlah penduduk, tingkat urbanisasi, jumlah anggota keluarga, serta jarak kelahiran. Tingkat pendidikan juga termasuk dalam faktor ini. Tingkat pendidikan berhubungan dengan status gizi karena dengan meningkatnya 8 pendidikan seseorang, kemungkinan akan meningkatkan pendapatan sehingga dapat meningkatkan daya beli makanan.



BAB III

Masalah Gizi yang Timbul Akibat Pengaruh Dari Faktor Penyakit yang Diderita Masyarakat di Wilayah Pesisir

Penyakit menular adalah infeksi yang disebabkan mikroorganisme virus, bakteri, jamur, dan parasit. Ciri penyakit menular adalah dapat berpindah ke orang lain yang sehat sehingga menyebabkan orang yang tadinya sehat menjadi sakit.

Penyakit menular dapat menyebar secara langsung maupun tidak langsung. Penularan secara langsung terjadi melalui kontak fisik (bersentuhan atau berciuman dengan penderita), udara (saat penderita batuk atau bersin), atau kontak cairan tubuh (terkena urine atau darah penderita).

Dikutip dari situs Alodokter, penyakit menular juga dapat menyebar melalui gigitan hewan, kontak fisik dengan cairan tubuh hewan, serta makanan atau minuman yang sudah terkontaminasi mikroorganisme penyebab infeksi.

A. Contoh Penyakit Menular di Wilayah Pesisir

Penyakit Kusta atau lepra adalah penyakit infeksi bakteri kronis yang menyerang jaringan kulit, saraf tepi, serta saluran pernapasan. Kusta atau lepra dikenal juga dengan nama penyakit Hansen atau Morbus Hansen. Kusta atau lepra dapat ditandai dengan rasa lemah atau mati rasa di tungkai dan kaki, kemudian

diikuti timbulnya lesi pada kulit. Kusta atau lepra disebabkan oleh infeksi bakteri yang dapat menyebar melalui percikan ludah atau dahak yang keluar saat batuk atau bersin.

Bakteri *Mycobacterium leprae*, yang menjadi penyebab kusta rupanya suka hidup pada suhu hangat hingga panas. Sehingga, tak heran bakteri kusta ini mudah menular dan berkembangbiak di daerah daratan rendah dan pesisir. Bakteri kusta suka sekali hidup pada suhu hangat dan panas. Suhunya 37 derajat Celsius. Makanya, penderita kusta lebih banyak di daratan tinggalnya, bukan di pegunungan, Selain di daratan, penderita kusta juga lebih sering ditemukan di wilayah pesisir. Tambah Wiendra dalam konferensi pers “Stop Diskriminasi: Ayo Sukseskan Eliminasi Kusta” di Kementerian Kesehatan, Jakarta, Kamis, (7/2/2019). Adapun contoh penyakit menular lainnya di wilayah pesisir, seperti batuk pilek, gatal-gatal dan diare.

B. Fatofisiologi Penyakit Menular Pada Masyarakat Pesisir

Patofisiologi Diare

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya diare adalah:

1. Gangguan Osmotik

Akibat terdapatnya makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik dalam rongga usus meninggi, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan ini akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul diare. Mukosa usus halus adalah epitel berpori, yang dapat dilewati air dan elektrolit dengan cepat untuk mempertahankan tekanan osmotik antara isi usus dengan cairan ekstraseluler.

Diare terjadi jika terdapat bahan yang secara osmotik dan sulit diserap. Bahan tersebut berupa larutan isotonik dan hipertronic. Larutan isotonik, air dan bahan yang larut di

dalamnya akan lewat tanpa diabsorpsi sehingga terjadi diare. Bila substansi yang diabsorpsi berupa larutan hipertonik, air dan elektronik akan pindah dari cairan ekstraseluler ke dalam lumen usus sampai osmolaritas dari usus sama dengan cairan ekstraseluler dan darah sehingga terjadi diare.

2. Gangguan Sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misal oleh toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus dan selanjutnya diare timbul karena terdapat 13 peningkatan isi rongga usus. Akibat rangsangan mediator abnormal misalnya enterotoksin yang menyebabkan villi gagal mengabsorpsi natrium, sedangkan sekresi klorida di sel epitel berlangsung terus atau meningkat. Hal ini menyebabkan peningkatan sekresi air dan elektrolit ke dalam rongga usus. Isi rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus mengeluarkannya sehingga timbul diare.

3. Gangguan Motilitas

Usus Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan sehingga timbul diare. Sebaliknya, bila peristaltik usus **menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan yang selanjutnya dapat menimbulkan diare pula.**

C. Malnutrisi Gizi Pada Masyarakat Pesisir dengan Penyakit Menular

Gizi salah berpengaruh negatif terhadap perkembangan mental, perkembangan fisik, produktivitas, dan kesanggupan kerja manusia. Gizi salah yang diderita pada masa periode dalam kandungan dan periode anak-anak, menghambat kecerdasan anak. Anak yang menderita gizi salah tingkat berat mempunyai otak yang lebih kecil daripada ukuran otak rata-rata dan mempunyai sel otak yang kapasitasnya 15%-20% lebih rendah dibandingkan dengan anak yang bergizi baik. Studi di beberapa

negara menunjukkan bahwa anak yang pernah menderita gizi salah, hasil tes mentalnya kurang bila dibandingkan dengan hasil tes mental anak lain yang bergizi baik.

Anak yang menderita gizi salah mengalami kelelahan mental serta fisik, dan dengan demikian mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi di dalam kelas, dan seringkali ia tersisihkan dari kehidupan sekitarnya. 9 Anak yang berasal dari keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah telah diteliti memiliki persentase di bawah ukuran normal bagi tinggi dan berat badan anak sehat. Sedangkan hubungan antara zat gizi dan produktivitas kerja telah dikenal baik sejak satu abad yang lalu oleh orang-orang yang mempunyai budak belian yang melihat bahwa gizilah berarti penurunan nilai modal. Produktivitas pekerja yang disiksa atau mendapat tekanan akan memberikan hasil yang lebih rendah bila dibandingkan dengan keadaan yang diurus dengan baik, dalam artian diberikan makanan yang bergizi cukup baik.

Gizi salah merupakan sebab-sebab penting yang berhubungan dengan tingginya angka kematian di antara orang dewasa meskipun tidak begitu mencolok bila dibandingkan dengan angka kematian di antara anak-anak yang masih muda. Dampak relatif yang ditimbulkan oleh gizi salah ialah melemahkan daya tahan terhadap penyakit yang biasanya tidak mematikan dan perbaikan gizi adalah suatu faktor utama yang membantu meningkatkan daya tahan terhadap penyakit. Status gizi juga berhubungan langsung dengan lamanya waktu yang diperlukan untuk penyembuhan setelah menderita infeksi, luka, dan operasi yang berat.

D. Contoh Penyakit Tidak Menular di Daerah Pesisir

Hipertensi

Hipertensi adalah kondisi ketika tekanan sirkulasi darah terlalu tinggi (WHO, 2019). Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah kondisi meningkatnya tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan darah diastolik di atas 90 mmHg

dalam dua kali pengukuran yang dilakukan pada selang waktu lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang.

Peningkatan tekanan darah yang tidak terdeteksi sedini mungkin dan berlangsung dalam jangka waktu lama serta tidak memperoleh pengobatan yang optimal dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner) dan otak (stroke) (Kemenkes RI, 2014). Hipertensi merupakan sebuah kondisi umum namun cukup berbahaya. Memiliki tekanan darah tinggi berarti tekanan darah di pembuluh darah lebih tinggi dari seharusnya. Memiliki tekanan darah yang secara konsisten berada di atas normal dapat didiagnosis sebagai hipertensi (CDC, 2020).

Dari Hasil penelitian yang dilakukan (Dinda Asa Ayukhalizah., 2020) dengan judul “FAKTOR “RISIKO HIPERTENSI DI WILAYAH PESISIR” menunjukkan bahwa faktor risiko utama hipertensi di wilayah pesisir Tanjung Tiram adalah riwayat keluarga dengan hipertensi. Berdasarkan analisis multivariat yang telah dilakukan, riwayat keluarga dengan hipertensi memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian hipertensi (P-value 0.000; OR 11.387). Orang yang memiliki keluarga dengan hipertensi, 11.387 kali lebih berisiko mengalami hipertensi dibandingkan dengan yang tidak memiliki keluarga dengan hipertensi. Setelah faktor riwayat keluarga dengan hipertensi, faktor risiko yang secara bersama-sama berhubungan secara signifikan dengan hipertensi berdasarkan kekuatan hubungannya adalah stres (P-value 0.006; OR 4.7), obesitas (P-value 0.024; OR 2.223), dan konsumsi natrium (P-value 0.048; OR 1.948). Sebagian besar faktor yang berhubungan tersebut pada dasarnya merupakan faktor risiko yang dapat dikontrol atau dimodifikasi yakni stres obesitas dan konsumsi natrium. Sedangkan 2 faktor lain yakni riwayat keluarga dan usia merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. 60 Hipertensi merupakan salah satu penyakit tidak menular yang sangat merugikan. Dampak yang ditimbulkan dari penyakit ini meluas ke beberapa aspek mulai dari aspek biologis hingga

ekonomi. Hipertensi merupakan penyakit yang sering disebut sebagai silent killer. Semakin tinggi tekanan darah seseorang, maka risiko kerusakan jantung dan pembuluh darah pada orang tersebut juga akan semakin meningkat.

Hipertensi yang tidak dikontrol dapat berakibat pada beberapa penyakit tidak menular yang lebih kompleks yaitu penyakit jantung, stroke, penyakit ginjal, retinopati, penyakit pembuluh darah tepi serta gangguan saraf dan otak (Kemenkes RI, 2019). Selain itu, realisasi pembiayaan pelayanan hipertensi di Indonesia meningkat sebesar 47.56% dari tahun 2014 hingga 2016 (Kemenkes RI, 2018). Untuk menanggulangi hal tersebut, maka diperlukan intervensi yang tepat terhadap permasalahan hipertensi.

E. Patofisiologi Penyakit Tidak Menular Pada Masyarakat Pesisir

Patofisiologi hipertensi belum dapat dijelaskan secara pasti. Sebagian kecil pasien hipertensi (2-5%) memiliki penyakit ginjal yang mendasari kondisi tekanan darah mereka. Sedangkan sisanya tidak ada penyebab yang dapat diidentifikasi secara tunggal dan jelas. Sejumlah mekanisme fisiologis terlibat dalam pemeliharaan tekanan darah normal.

Abnormalitas mekanismekanisme tersebut yang menyebabkan terjadinya hipertensi. Di antara faktor-faktor yang secara intensif telah diteliti adalah asupan garam, obesitas, resistensi insulin, sistem renin-angiotensin dan sistem saraf simpatis. Dalam beberapa tahun terakhir, faktor lain telah dievaluasi termasuk genetika, disfungsi endotel, berat badan lahir rendah dan nutrisi intrauterin, dan anomali neurovaskular (Beever, Lip, & O'Brien, 2001). 13 Hipertensi dimulai dari aterosklerosis yang menyebabkan struktur anatomi pembuluh darah perifer mengalami gangguan dan berlanjut menjadi pembuluh darah yang kaku.

Pembuluh darah yang kaku tersebut diiringi dengan pembentukan plak dan penyempitan yang menghambat

peredaran darah perifer. Kekakuan dan kelambanan aliran darah menyebabkan beban jantung bertambah berat yang pada akhirnya mengakibatkan peningkatan kerja pompa jantung. Hal tersebut menjadi alasan mengapa peningkatan tekanan darah dalam sistem sirkulasi terjadi (Bustan, 2015).

F. Malnutrisi Gizi Pada Masyarakat Pesisir dengan Penyakit Tidak Menular

Gizi salah berpengaruh negatif terhadap perkembangan mental, perkembangan fisik, produktivitas, dan kesanggupan kerja manusia. Gizi salah yang diderita pada masa periode dalam kandungan dan periode anak-anak, menghambat kecerdasan anak. Anak yang menderita gizi salah tingkat berat mempunyai otak yang lebih kecil daripada ukuran otak rata-rata dan mempunyai sel otak yang kapasitasnya 15%-20% lebih rendah dibandingkan dengan anak yang bergizi baik. Studi di beberapa negara menunjukkan bahwa anak yang pernah menderita gizi salah, hasil tes mentalnya kurang bila dibandingkan dengan hasil tes mental anak lain yang bergizi baik. Anak yang menderita gizi salah mengalami kelelahan mental serta fisik, dan dengan demikian mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi di dalam kelas, dan seringkali ia tersisihkan dari kehidupan sekitarnya.

Anak yang berasal dari keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah telah diteliti memiliki persentase di bawah ukuran normal bagi tinggi dan berat badan anak sehat. Sedangkan hubungan antara zat gizi dan produktivitas kerja telah dikenal baik sejak satu abad yang lalu oleh orang-orang yang mempunyai budak belian yang melihat bahwa gizilah berarti penurunan nilai modal. Produktivitas pekerja yang disiksa atau mendapat tekanan akan memberikan hasil yang lebih rendah bila dibandingkan dengan keadaan yang diurus dengan baik, dalam artian diberikan makanan yang bergizi cukup baik.

Gizi salah merupakan sebab-sebab penting yang berhubungan dengan tingginya angka kematian di antara orang dewasa meskipun tidak begitu mencolok bila dibandingkan

dengan angka kematian di antara anak-anak yang masih muda. Dampak relatif yang ditimbulkan oleh gizi salah ialah melemahkan daya tahan terhadap penyakit yang biasanya tidak mematikan dan perbaikan gizi adalah suatu faktor utama yang membantu meningkatkan daya tahan terhadap penyakit. Status gizi juga berhubungan langsung dengan lamanya waktu yang diperlukan untuk penyembuhan setelah menderita infeksi, luka, dan operasi yang berat.





BAB IV

Masalah Gizi yang Timbul Akibat Pengaruh Dari Faktor Lingkungan di Sekitar Tempat Tinggal Masyarakat di Wilayah Pesisir

A. Faktor Lingkungan

Sitti & Patty (2015) dalam penelitiannya menjelaskan kondisi rumah dan sekitarnya tidak bersih/tertata dengan baik, mereka rata-rata belum memiliki WC sehingga masih buang air besar di kali atau numpang di tetangga yang memiliki WC, juga kebersihan anak tidak diperhatikan. Karena pekerjaan mereka adalah melaut, maka hampir setiap rumah memiliki peralatan melaut seperti jaring ikan dan lain-lain. Alat melaut itu memiliki bau khas yang tentu mengganggu penciuman orang yang berasal dari luar keluarga atau lingkungan mereka. Selain itu, pada beberapa rumah keluarga nelayan terdapat penempatan kandang ayam dan tempat pembuangan sampah yang terlalu dekat dengan rumah sehingga terlihat tidak bersih serta udaranya menjadi tidak segar.

Winoto (2016) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa pola kemiskinan di permukiman nelayan ditandai dengan lingkungan permukiman yang buruk (sanitasi, sarana pembuangan sampah, polusi) dan tidak adanya jaminan atas hak pemilikan tanah. Kondisi seperti ini sangat mempengaruhi kebersihan

dari makanan yang dikonsumsi oleh mereka setiap harinya. Kemungkinan terinfeksi bakteri dan lain sebagainya dari sampah maupun kotoran ternak, apalagi proses pembuatan makanan tidak memperhatikan sisi higienitas tentunya berpengaruh pada kualitas makanan.

Selain itu, sumber air minum mereka sebagian besar dari isi ulang karena air di daerah ini tidak bersih dan sebagian payau karena berdekatan dengan laut. Di wilayah ini juga mengalir satu sungai terpanjang yang disebut sungai Banten. Sungai ini sering dijadikan tempat pembuangan sampah sekaligus tempat BAB warga setempat dan di sungai itu juga tempat anak-anak beserta hewan-hewan seperti bebek, kambing dan lain-lain ikut mandi.

Sementara untuk kebutuhan sehari-hari mereka seperti, mencuci piring, pakaian dan aktivitas lainnya menggunakan air sumur yang warna airnya juga tidak jernih. Kondisi demikian tentu juga akan berpengaruh terhadap kualitas hidup penggunanya karena pengaruh air yang langsung terhadap kesehatan sangat bergantung pada kualitasnya karena air berfungsi selain sebagai penyalur, juga penyebar/ penyebab penyakit atau sebagai sarang insekta penyebab penyakit (Iskandar, 2012).

B. Faktor Geografis

Mayoritas tingkat pendidikan keluarga nelayan rendah, mereka rata-rata adalah lulusan SD dan SMP bahkan banyak juga di antara mereka yang putus sekolah pada tingkat SD dan SMP. Dengan kondisi pendidikan yang rendah, pemahaman mereka tentang pola makan yang baik dan gizi seimbang juga sangat minim seperti yang di sampaikan oleh staf kelurahan bidang kesejahteraan sosial:

“Pendidikan warga sini mah masih bisa kita bilang rendah neng, apalagi yang nelayan tuh banyaknya juga paling lulusan SD, ada juga gak selesai yang namanya udah bisa nyari duit mah males udah berangkat ke sekolah. Di sini ibu-ibunya pada di rumah kan banyaknya, ngurusin keluarga, kalo nyari duit juga paling nyuci gosok

banyaknya kan?! Paling kalo mau yang bagus dikit ikutan TKW ke luar negeri, balik balik bisa bikin rumah buat orangtuanya. Anak-anaknya juga apalagi yang laki-laki kalo udah ikut bapaknya ke laut udah, ujung-ujungnya gak mau lagi sekolah, sok geh liatin nong kalo muter nanti (Wawancara 23 Juli 2018).

Terjadinya malnutrisi pada anak balita sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pengetahuan orangtua tentang gizi dan pola makan yang baik.

Rata-rata keluarga nelayan adalah lulusan SD dan bagi mereka, pendidikan belum menjadi prioritas. Kurangnya kesadaran akan pentingnya pendidikan akan sangat berpengaruh pada kualitas hidup dan status gizi anak, semakin bagus pendidikan seseorang maka akan semakin baik dalam memenuhi kebutuhan dasar anak-anak mereka. Hal ini sesuai yang disampaikan oleh Bambang W dan Merryana A (2012:11) bahwa perbaikan gizi keluarga adalah pintu gerbang perbaikan gizi masyarakat, dan pendidikan gizi keluarga merupakan kunci pembuka pintu gerbang itu.

Selain itu sebagian besar keluarga nelayan masih beranggapan bahwa anak yang sehat dan anak malnutrisi adalah sama, karena menurut mereka anak-anak identik rentan dengan penyakit jadi wajar apabila mengalami malnutrisi, selain itu juga bisa karena faktor turunan, karena orang tuanya kurus sehingga anaknya demikian juga. Pendidikan pada hakikatnya adalah suatu proses mengubah sesosok manusia biologis menjadi sesosok social being (pendidikan juga disebut sosialisasi). Jadi sosialisasi merupakan upaya transformasi nilai nilai sosial budaya dari satu generasi ke generasi berikutnya, sehingga diharapkan bertingkah laku seperti generasi pertama (Iskandar, A, 2012). Dalam hal ini keluarga nelayan masih berasumsi sama dengan orang tua mereka sejak zaman dahulu.



(Halaman ini sengaja dikosongkan)



BAB V

Masalah Gizi yang Timbul Akibat Pengaruh Dari Faktor Gejala Alam di Sekitar Tempat Tinggal Masyarakat di Wilayah Pesisir

A. Pengaruh Faktor Bencana Alam dan Perubahan Iklim Terhadap Masalah Gizi Masyarakat Pesisir

Salah satu dampak bencana terhadap menurunnya kualitas hidup penduduk dapat dilihat dari berbagai permasalahan kesehatan masyarakat yang terjadi. Bencana yang diikuti dengan pengungsian berpotensi menimbulkan masalah kesehatan yang sebenarnya diawali oleh masalah bidang/sector lain. Bencana gempa bumi, banjir, longsor dan letusan gunung berapi, dalam jangka pendek dapat berdampak pada korban meninggal, korban cedera berat yang memerlukan perawatan intensif, peningkatan risiko penyakit menular, kerusakan fasilitas kesehatan dan sistem penyediaan air (Pan American Health Organization, 2006).

Timbulnya masalah kesehatan antara lain berawal dari kurangnya air bersih yang berakibat pada buruknya kebersihan diri, buruknya sanitasi lingkungan yang merupakan awal dari berkembangbiakan beberapa jenis penyakit menular.

Persediaan pangan yang tidak mencukupi juga merupakan awal dari proses terjadinya penurunan derajat kesehatan yang dalam jangka panjang akan mempengaruhi secara langsung tingkat pemenuhan kebutuhan gizi korban bencana. Pengungsian

tempat tinggal (*shelter*) yang ada sering tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga secara langsung maupun tidak langsung dapat menurunkan daya tahan tubuh dan bila tidak segera ditanggulangi akan menimbulkan masalah di bidang kesehatan. Sementara itu, pemerintah pelayanan kesehatan pada kondisi bencana sering menemui banyak kendala akibat rusaknya fasilitas kesehatan, tidak memadainya jumlah dan jenis obat serta alat kesehatan, terbatasnya tenaga kesehatan dan dana operasional. Kondisi ini tentunya dapat menimbulkan dampak lebih buruk bila tidak segera ditangani (Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan, 2001).

Dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat relatif berbeda-beda, antara lain tergantung dari jenis dan besaran bencana yang terjadi. Kasus cedera yang memerlukan perawatan medis, misalnya, relatif lebih banyak dijumpai pada bencana gempa bumi dibandingkan dengan kasus cedera akibat banjir dan gelombang pasang. Sebaliknya, bencana banjir yang terjadi dalam waktu relatif lama dapat menyebabkan kerusakan sistem sanitasi dan air bersih, serta menimbulkan potensi kejadian luar biasa (KLB) penyakit-penyakit yang ditularkan melalui media air (*water-borne diseases*) seperti diare dan leptospirosis.

Pemberian pelayanan kesehatan pada kondisi bencana sering tidak memadai. Hal ini terjadi antara lain akibat rusaknya fasilitas kesehatan, tidak memadainya jumlah dan jenis obat serta alat kesehatan, terbatasnya tenaga kesehatan, terbatasnya dana operasional pelayanan di lapangan. Hasil penilaian cepat paska gempa Bantul 2006, misalnya, mencatat sebanyak 55,6 persen Puskesmas Induk dan Perawatan dari 27 unit yang ada di Kabupaten Bantul mengalami kerusakan berat, begitu juga dengan kondisi Puskesmas Pemhantu (53,6 persen) serta Rumah Dinas Dokter dan Paramedis (64,8 persen).



BAB VI

Masalah Gizi yang Timbul Dalam Masyarakat di Wilayah Pesisir Berdasarkan Daur Hidupnya

Masalah gizi buruk pada daerah pesisir selain merupakan masalah kesehatan masyarakat juga terkait dengan masalah sosial dan budaya. Begitupun masalah gizi buruk masih menjadi masalah sosial dan kesehatan di seluruh dunia. Gizi buruk adalah kondisi kurang gizi yang disebabkan rendahnya konsumsi energi dan protein (KEP) dalam asupan makanan sehari-hari. Seorang penderita gizi buruk tidak mendapatkan minimum angka kecukupan gizi (AKG). Anak balita merupakan kelompok yang paling rawan terhadap terjadinya kekurangan gizi.

Pada masyarakat pesisir akar permasalahan dari gizi buruk itu sendiri adalah Kemiskinan dan Kurangnya pendidikan, serta ketersediaan pangan yang kurang memadai. Penyebab utama dari gizi buruk tersebut karena konsumsi zat gizi yang kurang atau dalam kata lain makanan yang dimakan itu tidak memiliki nutrisi yang cukup untuk tubuh serta infeksi penyakit akibat kesehatan lingkungan yang tidak sehat. Pada umumnya gizi buruk masyarakat pesisir terjadi sejak lahir diakibatkan karena kurangnya pemberian asi serta kondisi tempat tinggal yang tak sehat pada saat mengandung . akibat dari kondisi tersebut anak mengalami gizi buruk marasmus yang ditandai dengan tubuh tampak kurus, cengeng atau rewel perut cekung serta kulit keriput (tulang terbungkus kulit).

Penyebab Kurang Gizi di Masyarakat Pesisir

Penyebab baik langsung maupun tidak langsung, diantaranya yaitu :

1. Tidak tersedianya makanan secara adekuat.
2. Anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang.
3. Pola makan yang salah
4. Adanya kebiasaan, mitos ataupun kepercayaan

Gejala Kekurangan Gizi Pada Orang Dewasa Yaitu:

1. Kelemahan otot dan kelelahan. Otot-otot tubuh tampak loyo dan seolah tidak ada kekuatan yang memadai untuk melaksanakan kegiatan sehari-hari.
2. Banyak orang mengeluh kelelahan sepanjang hari dan merasa lemas. Hal ini mungkin juga disebabkan oleh anemia yang disebabkan oleh kekurangan gizi.
3. Lebih rentan terkena penyakit infeksi.
4. Proses penyembuhan menjadi terhambat atau lama, bahkan penyembuhan luka kecil.
5. Mudah marah dan pusing
6. Kulit dan rambut menjadi kering. Kulit tampak kering, dan bersisik. Rambut bisa berubah kering, tak bernyawa, kusam dan tampak seperti jerami. Kuku bisa menjadi rapuh dan mudah patah.
7. Beberapa pasien menderita diare persisten atau sembelit jangka panjang.
8. Menstruasi mungkin tidak teratur atau berhenti sama sekali pada wanita kurang gizi.
9. Depresi adalah kondisi mental yang umum dialami oleh penderita kekurangan gizi. Ini bisa menjadi penyebab ataupun dampak dari malnutrisi.

A. Masalah Gizi yang Timbul Pada Bayi di Wilayah Pesisir

Gizi buruk atau malnutrisi akut adalah suatu bentuk terparah akibat kurang gizi menahun, ada atau tidaknya oedeme atau berat badan per umur < -3 SD sesuai dengan standar pertumbuhan WHO (Taylor et al., 2012).

Malnutrisi energi protein merupakan penyebab umum sekunder kekebalan defisiensi pada anak-anak, dikaitkan dengan peningkatan risiko infeksi. Malnutrisi akut parah disebabkan oleh penurunan asupan makanan sebagai akibat dari krisis pangan atau konflik bersenjata. Situasi ini semakin diperparah oleh infeksi yang membuatnya bahkan lebih buruk, yang mengarah kepada tingginya risiko kematian jika tidak segera ditangani (Taylor et al., 2012). Malnutrisi mempengaruhi pertumbuhan fisik, morbiditas, mortalitas, perkembangan kognitif, reproduksi, dan kapasitas kerja fisik dan akibatnya berdampak pada kinerja manusia, dan kesehatan (Musa, Musa, Ali, & Musa, 2014).

Anak yang kurang gizi akan lebih rentan terhadap penyakit dibandingkan dengan anak balita yang memiliki gizi baik. Setiap tahun lebih dari enam juta anak di bawah lima tahun di negara-negara berkembang baik secara langsung atau tidak langsung menderita gizi buruk (LeThiHuong & Nga, 2013).

Gangguan gizi di awal kehidupan akan mempengaruhi kualitas kehidupan berikutnya. Gizi kurang pada balita tidak hanya dapat menyebabkan gangguan fisik, tetapi juga mempengaruhi kecerdasan dan produktivitas dimasa dewasa. Oleh karena itu, keterlambatan intervensi kesehatan, gizi dan psikososial mengakibatkan kerugian yang tidak dapat diperbaiki atau digantikan kemudian hari. Dampak dari adanya keterlambatan intervensi kesehatan dalam jangka waktu yang lama akan menyebabkan terjadinya gizi buruk (Wirjatmadi & Adriani, 2012).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Salma, dkk. (2013) yang menunjukkan bahwa anak balita yang mengalami

gangguan gizi di wilayah pesisir Sulawesi Tenggara yaitu Kolono, Wawonii, Tiworo, Abeli, Tomia dan Bau-bau. Sebanyak 32,5% dengan kategori status gizi buruk 4,9%, status gizi kurang 8,1% dan status gizi lebih 19,5%. Sedangkan yang tidak mengalami gangguan gizi sebesar 67,5%. Risiko yang menyebabkan gangguan.

Gizi yaitu berdasarkan asupan makanan yang berisiko mengalami gangguan gizi sebesar 37,4%, dan 17,9% berdasarkan pola pengasuhan anak. Keluarga yang memiliki penghasilan rendah sebesar 56,9% dan ibu yang berpendidikan rendah sebesar 65%, serta memiliki anak lebih dari 2 anak sebesar 46,3% dan antara 0-2 anak sebesar 53,7%. Jumlah anak yang tidak diberi ASI eksklusif sebesar 81,3% dan anak yang pernah terkena penyakit infeksi sebesar 76,6%.

Berdasarkan hasil penelitian yang di lakukan oleh Mubarak, (2018) data yang diperoleh dari Puskesmas Kecamatan Soropia Kabupaten Konawe Provinsi Sulawesi Tenggara pada laporan bulan September 2017 bahwa di Kecamatan Soropia jumlah balita usia 12-59 bulan sebanyak 668 balita, yang berstatus gizi buruk sebanyak 9 balita (1,3%) dan gizi kurang sebanyak 38 balita (5,7%). Terdapat 14 Desa dan 1 Kelurahan di Kecamatan Soropia, dan terdapat 4 Desa yang memiliki kasus gizi buruk dan gizi kurang yang memiliki tingkat kejadian tertinggi di Kecamatan Soropia yaitu Desa Sorue Jaya dengan jumlah kasus gizi buruk sebanyak 3 balita (0,4%) dan gizi kurang sebanyak 13 balita (1,9%), Desa Mekar dengan jumlah kasus gizi buruk sebanyak 2 balita (0,3%) dan gizi kurang sebanyak 6 balita (0,9%), Desa Saponda Darat dengan jumlah kasus gizi buruk sebanyak 3 balita (0,4%) dan gizi kurang sebanyak 7 balita (1,1%), dan Desa Saponda Laut dengan jumlah kasus gizi buruk sebanyak 0 balita dan gizi kurang sebanyak 12 balita (1,8%).

Gejala kekurangan gizi pada bayi dan anak-anak meliputi:

- Kegagalan pertumbuhan. Artinya anak gagal tumbuh untuk mencapai ambang normal sesuai usianya, baik berat badan, tinggi badan atau keduanya. Dengan

demikian anak akan terlihat kurus dan lebih pendek (kecil). Berat badan di bawah normal adalah tanda awal anak kurang gizi.

- Lekas marah, kelesuan dan menangis berlebihan atau rewel bersama dengan perubahan perilaku seperti kecemasan, kurang berespon (apatis) umumnya dialami oleh anak-anak dengan gizi kurang.
- Kulit menjadi kering dan bersisik dan rambut bisa berubah kering, kusam dan berwarna karat. Selain itu, mungkin rambut juga mudah rontok.
- Mengecilnya otot-otot anggota gerak (Atrofi otot) dan kurangnya kekuatan pada otot.
- Pembengkakan pada perut dan kaki. Perut bengkak terjadi karena kurangnya kekuatan otot-otot perut. Hal ini menyebabkan isi perut menonjol keluar membuat bengkak perut. Kaki bengkak karena edema. Hal ini disebabkan karena kurangnya nutrisi penting. Kedua gejala ini terlihat pada anak-anak dengan gizi buruk.
- Ada dua jenis malnutrisi energi protein (KEP) pada anak-anak, yaitu Marasmus dan Kwashorkor.
- Pada Marasmus mungkin ada penurunan berat badan yang jelas dengan pengecilan otot. Ada sedikit atau tidak ada lemak di bawah kulit. Lipatan kulit tipis dan wajah keriput seperti orang tua atau monyet. Rambut jarang, mudah rontok atau rapuh.
- Pada Kwashirkor rambut berubah warna menjadi merah lesu, abu-abu atau pirang. Wajah bulat dengan perut dan kaki bengkak. Kulit kering dan gelap dengan banyaknya lesi atau stretch mark seperti garis-garis yang membentang.

B. Masalah Gizi Yang Timbul Pada Ibu Hamil dan Menyusui di Wilayah Pesisir

Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat seiring dengan bertambahnya umur kehamilan. Pemenuhan peningkatan asupan gizi ibu hamil berperan penting terhadap kesehatan ibu dan janin. Pertumbuhan dan perkembangan janin memerlukan asupan energi dan protein yang cukup (Arkkola, 2009).

Asupan gizi yang rendah pada ibu hamil dapat mengakibatkan bayi lahir dengan berat yang rendah. Proses reproduksi yang sehat memerlukan pemenuhan kebutuhan energi, protein, karbohidrat, vitamin, mineral dan serat.

Masalah gizi kurang akan timbul apabila dalam jangka waktu lama asupan zat gizi sehari-hari lebih rendah dari angka kecukupan gizi yang dianjurkan (Kemenkes RI, 2014; Pritasari dkk, 2017). Pada sebuah penelitian ibu hamil di Kota Manado memiliki pola makan yang rendah karbohidrat, cukup protein dan tinggi lemak (Narasiang dkk, 2016).

Pola makan dibentuk oleh kebiasaan seseorang dalam memilih makanan. Kebiasaan makan dapat dipengaruhi oleh faktor alam, lingkungan, dan budaya. Pola konsumsi makanan yang baik mengandung makanan pokok, lauk- pauk, dan sayur-sayuran serta dimakan dalam jumlah yang cukup sesuai dengan kebutuhan. Kebiasaan makan sumber karbohidrat, protein dan sayur pada ibu hamil berhubungan dengan berat badan lahir bayi di daerah pesisir (Saimin dkk, 2019).

Nasi merupakan makanan pokok masyarakat Indonesia. Hasil penelitian yang dilakukan Ade Rizky, dkk (2019) ini menunjukkan bahwa kelompok makanan yang paling sering dikonsumsi oleh ibu hamil di daerah pesisir Kota Kendari adalah sumber karbohidrat, yaitu nasi. Setiap hari ibu hamil mengkonsumsi nasi minimal tiga kali sehari. Hal ini dapat dikaitkan dengan tingkat kesejahteraan masyarakat daerah pesisir bila dilihat dari segi pemenuhan makanan pokok. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Narasiang, dkk (2016)

yang mendapatkan bahwa bahan makanan sumber karbohidrat yang paling banyak dikonsumsi ibu hamil di Kota Manado adalah beras. Ibu hamil memerlukan asupan makanan yang lebih banyak dibanding sebelum hamil. Pemenuhan peningkatan asupan makanan berperan penting bagi kesehatan ibu dan janin yang dikandung (Pritasari, 2017; Ramussen, 2009).

Penelitian ini mendapatkan bahwa sumber protein yang paling sering dikonsumsi adalah ikan segar dan yang jarang adalah ikan asin. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Narasiang, dkk (2016) di Kota Manado yang mendapatkan bahwa bahan makanan sumber protein yang paling banyak dikonsumsi ibu hamil adalah ikan segar. Hal ini sangat bernilai positif bahwa ikan segar memiliki kandungan protein yang lebih tinggi dibanding pada ikan asin. Hasil ini menunjukkan bahwa masyarakat memanfaatkan sumber bahan makanan yang ada di sekitarnya untuk memenuhi kebutuhan konsumsi keluarga, bukan hanya untuk dijual guna memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga. Asupan sumber energi, protein, lemak dan karbohidrat yang kurang dapat memengaruhi pertumbuhan janin dan berat badan lahir bayi. Nutrisi yang seimbang dan pola makan yang tepat sangat diperlukan dalam rangka pemenuhan kebutuhan ibu selama kehamilan (Pritasari dkk, 2017; Almatsier, 2007; Ramussen & Yaktine, 2009) Sebuah penelitian mendapatkan bahwa konsumsi lemak dan kolesterol yang tinggi dalam makanan, termasuk pada daging dan telur, selama kehamilan dapat meningkatkan risiko obesitas pada ibu hamil (Schoenaker, 2010).

Kelompok makanan yang sebagian besar responden tidak pernah mengonsumsi adalah kerang. Hal ini sangat berkaitan dengan kondisi geografis daerah pesisir yang lebih banyak tersedia ikan segar dibanding jenis kerang. Asupan makanan dapat dipengaruhi faktor sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu hamil tentang konsumsi makanan yang mengandung zat gizi makronutrien yang penting selama hamil (Almatsier, 2007).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok sayuran yang tersering dikonsumsi adalah bayam dan buah yang tersering dikonsumsi adalah pisang. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat di daerah pesisir Kota Kendari masih memiliki kearifan lokal untuk memanfaatkan bahan makanan yang ada di sekitarnya yaitu di daerah pesisir negara tropis. Tanaman bayam dan pisang merupakan tanaman khas daerah tropis.

Sebuah penelitian di daerah negara Uni Emirat Arab mendapatkan bahwa ibu hamil yang memiliki berat badan yang sesuai mempunyai kecenderungan mengkonsumsi buah dan jus buah jika dibandingkan dengan ibu hamil dengan berat badan berlebih (Ali dkk, 2013).

Status gizi ibu hamil dipengaruhi oleh konsumsi zat gizi dan energi yang sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan ibu hamil selama kehamilan (Kemenkes, 2014; Ramussen, 2009). Pemenuhan gizi ibu hamil mempengaruhi peningkatan berat badan ibu selama kehamilan peningkatan berat badan ibu hamil berhubungan dengan berat badan bayi lahir (Saimin dkk, 2017). Hasil penelitian Loy, et al (2013) mendapatkan bahwa diet ibu hamil kebanyakan mempunyai dampak yang kecil terhadap berat lahir bayi dari seorang ibu yang mempunyai status gizi yang baik. Berat badan lahir bayi sangat berhubungan dengan asupan makanan ibu yang kaya mikronutrien pada semua tahap kehamilan (Hassan, et al (2011).

C. Masalah Gizi yang Timbul Pada Remaja di Wilayah Pesisir

Status gizi merupakan sumber energi, pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh, serta pengatur proses tubuh, keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi, dimana zat gizi sangat dibutuhkan oleh tubuh. Akan tetapi mengonsumsi gizi lebih akan menyebabkan kegemukan atau obesitas. Kelebihan energi yang dikonsumsi disimpan didalam jaringan dalam bentuk lemak. (Almaster, 2009 dan Auliyah & Budiyono 2005).

Sataus gizi pada Daerah perbukitan dominan akan sayur-mayur, dan hasil perkebunan, sebagian besar adalah petani sawah atau ladang cenderung mengkonsumsi makanan sumber protein nabati yang menyebabkan perbedaan jenis dan jumlah pangan yang biasa dikonsumsi sehari-hari dan di masyarakat. di daerah pantai yang sebagian besar adalah nelayan cenderung mengkonsumsi makanan sumber protein hewani yang berasal dari laut, daerah pantai dominan akan produksi ikan dan hasil laut. Aulia & Budiono, (2015).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nur Rahma, dkk. (2020) menunjukkan status gizi anak remaja awal di antara wilayah Pesisir dengan sumber pendapatan pangan dengan letak wilayah masing-masing di mana pada wilayah Pesisir dengan pendapatan sumber makanan dari laut yang lebih dominan dengan hewani seperti ikan segar.

Hal ini sesuai dengan teori bahwa Gizi lebih menyebabkan kegemukan atau obesitas. Kelebihan energi yang di konsumsi di simpang didalam jaringan dalam bentuk lemak. Kegemukan merupakan salah satu faktor resiko dalam terjadinya berbagai penyakit seperti hipertensi, diabetes, jantung koroner, hati, dan kantung empeduh (Almaster, 2009).

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang di kemukakan Yulni dengan judul Hubungan Asupan Zat Gizi Makro Dengan Status Gizi Pada Anak Sekolah Dasar Di Wilayah Pesisir Kota Makassar, bahwa Wilayah pesisir merupakan lingkungan permukiman nelayan pada umumnya merupakan kawasan kumuh mempunyai karakteristik dan problem yang unik dan Kompleks, lingkungan yang sangat terbatas dengan tingkat pelayanan pemenuhan kesehatan yang terbatas.

Maka Peneliti berasumsi bahwa angka kejadian overwegiht dan obesitas lebih dominan terjadi pada jenis kelamin perempuan di dibandingkan laki-laki di karenakan anak laki-laki lebih sering bermain dan lebih banyak aktivitas fisik seperti bermain bola, berlari dan melompat. yang dapat membakar lemak dalam tubuh sedangkan perepuan dengan melihat aktivitasnya anak

perempuan lebih cenderung berada dalam rumah ini menunjukkan bahwa anak perempuan lebih kurang aktivitas yang dilakukan dibandingkan anak remaja awal laki-laki.

D. Masalah Gizi yang Timbul Pada Lansia di Wilayah Pesisir

Lansia di Indonesia banyak yang mengalami gangguan pemenuhan gizi yang mengalami gizi kurang (IMT 16,5-18,49%) sebanyak 31% dan gizi lebih banyak 1,8%. Pengasuhan gizi mungkin memiliki efek positif pada asupan energy dan zat gizi yang lain serta kualitas hidup penduduk lansia dan lansia yang menderita malnutrisi. (Indraswari, Thaha dan Jafar, 2012). Adapun masalah gizi yang sering terjadi pada lansia adalah masalah gizi yang berlebih (obesitas) dan masalah gizi kurang (kurus) (Pesisir, 2009). Status gizi lansia yang abnormal dapat terjadi karena adanya perubahan-perubahan yaitu dengan penurunan air liur, kulus dalam menelan, dan menunda pengosongan perut dan kerongkongan serta menurunkan gastroin yaitu gerakan testinal dimana masalah ini dapat mempengaruhi nutrisi dan sebagai salah satu yang paling penting didalam pemeliharaan kesehatan sehingga hasilnya yaitu lansia term aksud kelompok yang berpotensi rentang resiko kekurangan gizi. (Abolghasem Gorji et al., 2017).

Status gizi ialah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat. Status gizi seseorang dapat ditemukan oleh beberapa pemeriksaan gizi. Pemeriksaan actual gizi yang memberikan data paling meyakinkan tentang keadaan actual gizi seseorang. Bagi lansia, pengukuran dan penentuan status gizi pada lansia ialah dengan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) dan Mini Nutritional Assesment (MNA). Indeks Massa Tubuh (IMT) atau biasa dikenal dengan Body Mass Index merupakan alat ukur yang sering digunakan untuk mengetahui kekurangan dan kelebihan berat badan seseorang, sehingga dapat mempertahankan berat badan normal yang memungkinkan seseorang dapat mencapai usia harapan hidup lebih panjang.

Mini Nutritional Assesment (MNA) ialah salah satu alat ukur yang digunakan untuk screening status gizipada lansia.

Menurut salah satu peneliti bernama Koswara ditahun 2007 tentang masalah gizi yang dihadapi oleh lansia berkaitan erat dengan menurunnya aktifitas fisiologis tubuhnya. Konsumsi pangan yang kurang seimbang akan memperburuk kondisi lansia yang secara alami memang sudah menurun. Di bandingkan dengan usia dewasa, kebutuhan gizi lansia umumnya lebih rendah karena adanya penurunan metabolisme basal dan kemunduran fungsi tubuh yang lain. Gizi kurang sering di sebabkan oleh masalah social dan ekonomi dan juga karena gangguan penyakit, bila konsumsi kalori yang terlalu rendah dari yang dibutuhkan maka berat badan kurang dari normal. Apabila hal ini disertai dengan kekurangan protein maka akan terjadi kerusakan-kerusakan sel yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyebabkan rambut rontok, dan daya tahan menurun. Sedangkan gizi berlebih pada lanjut usia erat kaitannya dengan kebiasaan makan pada waktu muda(Pesisir, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh salah satu peneliti bernama Muis mengatakan bahwa terjadinya kekurangan gizi pada lansia karena sebab-sebab yang bersifat primer maupun sekunder. Sebabsebab primer meliputi ketidaktahuan, isolasi social, hidup seorang diri, kehilangan pasangan hidup, gangguan fisik, gangguan indera, gangguan mental serta kemiskinan sehingga kurangnya asupan makanan. Sebab sebab sekunder meliputi malabsorpsi, penggunaan obat-obatan, peningkatan kebutuahn zat gizi serta alkoholisme sehingga faktor-faktor tersebut dapat menyebabkan malnutrisi pada lansia dan jika bergabung maka akan mengakibatkan keburukan nutrisi sehingga dapat membahayakan status kesehatan mereka. (Indraswari, Thaha dan Jafar, 2012). Asupan makanan merupakan faktor yang berpengaruh langsung secara linier dalam menentukan status gizi seseorang. Konsumsi makan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Jikia lansia mengkonsumsi lebih dari 3.500 kcal, maka kelebihan dari kebutuhan tersebut dapat memproduksi

0,45 kg lemak. Kelebihan 1000 kkal per hari akan menambah 1 kg timbunan lemak per minggu. Dengan demikian, orang yang makan berlebih secara terus menerus akan mudah mengalami obesitas. Seseorang dengan asupan energy tidak cukup, beresio 3,2 kali lebih besar untuk mengalami kekurangan gizi dibandingkan dengan subjek yang asupan energinya cukup (Ninna Rohmawati & Susetyowati, 2015).

Seperti yang telah dijelaskan oleh peneliti Oktariyani pada tahun 2016 bahwa banyaknya lanjut usia yang berada dalam resiko malnutrisi disebabkan karena faktor usia yang dapat menyebabkan perubahan pada system pencernaan lanjut usia dan adanya faktor resiko yang mempengaruhi status gizi lanjut usia seperti faktor psikologi, adanya riwayat penyakit serta jumlah dan jenis asupan makanan. Berdasarkan hasil dari penelitian ini didapatkan tentang gambaran asupan makanan lanjut usia dalam 3 bulan terakhir dimana terdapat lanjut usia yang kehilangan penurunan asupan makanan yang besar sebanyak 1 orang, kehilangan penurunan asupan makanan yang sedang sebanyak 2 orang, dan yang tidak ada penurunan asupan makanan sebanyak 35 orang. Dengan bertambahnya usia maka kemampuan dalam mengecap, mencerna dan menyerap makanan akan berkurang, sehingga lanjut usia kurang menikmati makanan dan kurang asupan makanan yang bias mengakibatkan penurunan nafsu makan (Wa Ode Sri Asmaniar, 2018).

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa pada lanjut usia yang mengalami penurunan berat badan >3kg selama 3 bulan terakhir sebanyak 2 orang, lanjut usia yang tidak mengetahui penurunan berat badan sebanyak 6 orang, lanjut usia yang mengalami penurunan berat badan 1-3kg sangat banyak yaitu sebanyak 22 orang, sedangkan lanjut usia yang tidak mengalami penurunan berat badan yaitu 8 orang. Pengukuran berat badan sangat menentukan dalam penilaian status gizi dari seseorang dalam memiliki gizi berlebih ataupun gizi yang kurang. (Wa Ode Sri Asmaniar, 2018). Mobilitas menunjukkan bahwa lebih dari setengah lansia yang dapat turun dari tempat tidur/kursi roda

namun tidak dapat berjalan jauh sebanyak 31 orang, lanjut usia yang dapat berjalan jauh hanya 7 orang, sedangkan 0 orang yang tidak dapat turun dari tempat tidur/kursi roda. Pada penelitian ini lanjut usia tidak dapat melakukan aktifitas yang berlebih namun dapat melakukan kemampuan dalam pergerakan fisik secara mandiri .

Dari hasil penelitian yang didapat setengah dari lanjut usia tidak mengalami stress psikologis sebanyak 25 orang, sedangkan lanjut usia yang mengalami stress psikologis sebanyak 13 orang. Pemikiran yang positif dari lanjut usia tentang kondisi kesehatannya dapat meningkatkan status kesehatan lanjut usia. Hal ini dikarenakan jika lanjut usia berpikiran negatif tentang kondisi kesehatannya menyebabkan lanjut usia cenderung untuk stress dan dapat mempengaruhi kondisi psikologis lanjut usia dan pada akhirnya berpengaruh terhadap status gizi lanjut usia itu sendiri. Dari hasil penelitian ini juga dapat dilihat sebanyak 2 orang yang mengalami masalah neuropsikologis demensia berat, 30 orang yang mengalami tingkat sedang dan 6 orang yang tidak mengalami neuropsikologis atau demensia. Hal ini terjadi secara perlahan seiring bertambahnya usia, terjadinya penurunan dalam ingatan atau dalam melakukan aktifitasnya misalkan makan. Gejala demensia yang terjadi pada lanjut usia biasanya diawali dengan kemunduran memori atau daya ingat sehingga beberapa aktifitas sering dilupakan (Wa Ode Sri Asmaniar, 2018). Penentuan status gizi menggunakan IMT dan dan MNA dapat digunakan secara bersama-sama meskipun hasil menunjukkan bahwa jumlah lanjut usia yang memiliki status gizi normal berdasarkan IMT hamper sama dengan jumlah lanjut usia yang memiliki status gizi normal berdasarkan MNA, namun pengaktegorian kedua jenis penentuan status gizi ini berbeda, sehingga jika digunakan bersama dapat melengkapi dan mendapatkan informasi yang lebih akurat terkait status gizi lansia (Wa Ode Sri Asmaniar, 2018).



(Halaman ini sengaja dikosongkan)



BAB VII

Perencanaan Tata Kelola Penanganan Berbagai Masalah Gizi Pada Masyarakat di Wilayah Pesisir Pada Bayi dan Anak

A. Gizi Bayi dan Balita

Gizi Bayi dan Balita Kondisi gizi bayi dapat ditunjukkan dengan BBLR. Kejadian BBLR ini erat kaitannya dengan kondisi gizi kurang pada masa sebelum dan selama kehamilan dan berpengaruh pada angka kematian bayi. Indonesia belum mempunyai data BBLR yang diperoleh melalui survei nasional. Selama ini, angka BBLR merupakan estimasi yang sifatnya sangat kasar yang diperoleh dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) serta dari berbagai studi. Hasil SDKI dan berbagai studi tersebut menunjukkan bahwa selama periode 1986-1993 proporsi BBLR berkisar antara 7–16 persen. Setiap tahun diperkirakan sebanyak 355-710 ribu dari lima juta bayi lahir dengan kondisi BBLR.

Kondisi gizi balita secara umum mengalami perbaikan yang ditunjukkan dengan menurunnya prevalensi gizi kurang. Pada tahun 1978-1998, prevalensi gizi kurang balita menurun dari 46,3 persen menjadi 37,5 persen atau rata-rata 0,85 persen per tahun. Prevalensi ini terus menurun menjadi 28,0 persen pada tahun 2005. Masalah gizi kurang pada balita ditunjukkan oleh tingginya prevalensi anak balita yang pendek (stunting < - 2SD).

Dari beberapa survei, prevalensi anak balita stunting sekitar 40 persen.

Tinggi badan rata-rata anak balita ini umumnya mendekati kondisi normal hanya sampai 5 - 6 bulan, setelah usia enam bulan rata-rata tinggi badan anak balita lebih rendah dari kondisi normal. Pada tahun 1995 prevalensi stunting pada anak laki-laki menurut survei SKIA adalah 46,5 persen. Data tahun 2001 menunjukkan bahwa prevalensi anak perempuan sebesar 45,2 persen. Berdasarkan survey NSS prevalensi anak laki-laki dan perempuan baik di perdesaan dan perkotaan sebesar 45,6 persen. Pada tahun 1992, Indonesia telah dinyatakan bebas dari xerophthalmia, namun masih dijumpai 50 persen balita mempunyai serum retinol kurang dari 20 $\mu\text{g}/100$ ml, sebagai pertanda Kurang Vitamin A Sub-Klinik.

Kejadian tersebut diduga diakibatkan kurang berhasilnya penyuluhan untuk mengkonsumsi sumber vitamin A alami (SUVITAL) dan rendahnya cakupan distribusi kapsul Vitamin A (< 80 persen). Pada tahun 2000, dilaporkan dari Nusa Tenggara Barat adanya kasus baru xerophthalmia. Hal serupa bisa terjadi di provinsi lain jika cakupan distribusi kapsul Vitamin A di wilayah tersebut kurang dari 80 persen. Berdasarkan SKRT 2001, prevalensi anemia anak balita masih cukup tinggi. Semakin muda usia bayi semakin tinggi prevalensinya; pada bayi kurang dari 6 bulan (61,3 persen), bayi 6-11 bulan (64,8 persen), dan anak usia 12-23 bulan (58 persen). Selanjutnya prevalensi menurun untuk anak usia 2 - 5 tahun.

B. Gizi Anak Usia Sekolah

Gangguan pertumbuhan dari usia balita berlanjut pada saat anak masuk sekolah. Selama kurun waktu lima tahun terjadi peningkatan status gizi anak sekolah yang diukur dengan tinggi badan menurut umur (TB/U). Pada tahun 1994 jumlah anak sekolah yang pendek sekitar 40 persen dan turun menjadi 36,4 persen pada tahun 1999.

Masalah gizi lain yang juga menjadi masalah pada usia sekolah adalah adanya gangguan pertumbuhan. Anak usia sekolah juga mengalami GAKY, walaupun prevalensinya telah menurun secara berarti. Pada tahun 1980, prevalensi GAKY pada anak usia sekolah yang diukur dengan pembesaran kelenjar gondok (Total Goiter Rate/TGR) adalah 30 persen. Angka ini menurun menjadi 27,9 persen pada tahun 1990, dan menjadi 11,1 persen pada tahun 2003. Walaupun prevalensi GAKY pada anak sekolah telah menurun, ternyata masih terdapat 14 kabupaten yang tergolong daerah endemik berat.

Secara internasional, perhitungan proporsi penduduk yang menderita gondok sebagai indikator GAKY sudah tidak dianjurkan lagi karena secara statistik dianggap kurang sah. Di samping itu, indikator tersebut baru timbul pada tingkat akhir sebagai akumulasi terjadinya kekurangan yodium untuk waktu lama sehingga dianggap terlambat jika dipakai sebagai dasar tindak pencegahan. Indikator GAKY yang dianjurkan WHO adalah (i) kadar yodium dalam urine (EYU= Eksresi Yodium Urine), yaitu proporsi EYU dibawah $100 \mu\text{g/L}$ harus kurang dari 50 persen dan proporsi EYU dibawah $50 \mu\text{g/L}$ harus kurang dari 20 persen; dan (ii) konsumsi garam beryodium oleh rumah tangga, yaitu 90 persen rumah tangga menggunakan garam mengandung cukup yodium. Kedua indikator tersebut sudah dapat dilihat pada tahap awal, saat tingkat kekurangan yodium masih ringan. Oleh karena itu, kedua indikator itu dapat digunakan sebagai dasar tindak pencegahan sebelum timbul gondok atau akibat lain yang lebih parah seperti kerdil dan cacat mental.

Pada tahun 2003 median EYU anak sekolah di Indonesia adalah $22,9 \mu\text{g/L}$, sedangkan data proporsi EYU sudah mencapai 16,7 persen dari proporsi $100 \mu\text{g/L}$. Berdasarkan hasil survei Puslitbang Gizi tahun 2006, cakupan konsumsi garam beryodium secara nasional meningkat dari 68,5 persen di tahun 2002 menjadi 72,8 persen di tahun 2005 (Susenas 2005). Hal ini menunjukkan masih besarnya potensi terjadinya GAKY pada

masyarakat. Kekurangan yodium tingkat awal pada anak terbukti dapat menurunkan kecerdasan atau IQ. Anak yang kekurangan yodium memiliki IQ 10- 15 poin lebih rendah dari anak sehat.





BAB VIII

Penanganan Berbagai Masalah Gizi Pada Ibu Hamil dan Menyusui di Masyarakat Wilayah Pesisir

Kebutuhan gizi ibu hamil meningkat seiring dengan bertambahnya umur kehamilan. Pemenuhan peningkatan asupan gizi ibu hamil berperan penting terhadap kesehatan ibu dan janin. Pertumbuhan dan perkembangan janin memerlukan asupan energi dan protein yang cukup (Arkkola, 2009). Asupan gizi yang rendah pada ibu hamil dapat mengakibatkan bayi lahir dengan berat yang rendah. Proses reproduksi yang sehat memerlukan pemenuhan kebutuhan energi, protein, karbohidrat, vitamin, mineral dan serat.

Masalah gizi kurang akan timbul apabila dalam jangka waktu lama asupan zat gizi sehari-hari lebih rendah dari angka kecukupan gizi yang dianjurkan (Kemenkes RI, 2014; Pritasari dkk, 2017). Pada sebuah penelitian ibu hamil di Kota Manado memiliki pola makan yang rendah karbohidrat, cukup protein dan tinggi lemak (Narasiang dkk, 2016).

Pola makan dibentuk oleh kebiasaan seseorang dalam memilih makanan. Kebiasaan makan dapat dipengaruhi oleh faktor alam, lingkungan, dan budaya. Pola konsumsi makanan yang baik mengandung makanan pokok, lauk pauk, dan sayur-sayuran serta dimakan dalam jumlah yang cukup sesuai dengan kebutuhan. Kebiasaan makan sumber karbohidrat, protein dan sayur pada ibu hamil berhubungan dengan berat badan lahir bayi di daerah pesisir (Saimin dkk, 2019).

Daerah pesisir merupakan daerah pertemuan antara daratan dan laut. Daerah pesisir memiliki sumber daya alam dari laut yang dapat digunakan sebagai sumber bahan makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi. Sulawesi Tenggara merupakan daerah kepulauan yang sebagian besar penduduknya tinggal di daerah pesisir laut (Dinkes Sultra, 2016). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pola konsumsi makanan pada ibu hamil di daerah pesisir Kota Kendari.

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif observasional dengan metode cross-sectional. Populasi penelitian adalah ibu hamil di daerah pesisir Kota Kendari, Sulawesi Tenggara. Sampel yang digunakan yaitu ibu hamil trimester ketiga yang tinggal di daerah pesisir wilayah kerja Puskesmas Nambo, Abeli dan Mata di Kota Kendari selama satu tahun pada bulan September-Desember 2016. Pengambilan sampel dilakukan secara consecutive sampling dan didapatkan 50 responden ibu hamil. Data diambil dengan melakukan wawancara langsung pada responden menggunakan food frequency questionnaire (FFQ). Food frequency questionnaire digunakan untuk menggali informasi frekuensi makanan dalam periode waktu tertentu. Makanan dikelompokkan menjadi empat yaitu sumber karbohidrat (I), protein (II), sayuran (III) dan buah (IV), yang terdiri dari berbagai jenis makanan yang telah disesuaikan dengan makanan masyarakat setempat. Data disajikan dalam tabel distribusi frekuensi dan penjelasannya.



BAB IX

Tata Kelola Penanganan Masalah Gizi Pada Lansia di Wilayah Pesisir

Keberhasilan pemerintah dalam pembangunan nasional, telah mewujudkan berbagai hasil yang positif di berbagai bidang. Keberhasilan tersebut antara lain, adanya kemajuan ekonomi, perbaikan lingkungan hidup, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) terutama di bidang medis dan keperawatan sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatan penduduk serta meningkatnya Usia Harapan Hidup (UHH) manusia (Mubarak, dkk, 2006). Dengan demikian, dapat dikatakan UHH manusia ditopang oleh perkembangan dibidang medis dan keperawatan.

UHH di Indonesia pada tahun 2000 adalah 64,5 tahun, dan meningkat menjadi 66,2 tahun pada tahun 2006, diperkirakan akan terus meningkat menjadi 67,4 tahun pada tahun 2010 dan 71,1 tahun pada tahun 2020 (Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat Republik Indonesia, 2009). UHH di Provinsi Riau terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun begitu juga di Kota Pekanbaru. Jumlah populasi lansia di Provinsi Riau mencapai 209.202 jiwa (Riau Dalam Angka, 2009). Sedangkan jumlah populasi lansia di Pekanbaru 16.859 jiwa (2,1%) (Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, 2009).

Peningkatan UHH manusia juga meningkatkan populasi lansia. Pertumbuhan penduduk lansia di Indonesia tergolong tercepat di dunia, tahun 2000 sebesar 7,18%, tahun 2005 mencapai 8,48%, diperkirakan tahun 2010 mencapai 9,77% dan

pada tahun 2020 mencapai 11,37% (Depkes RI, 2001).

Peningkatan populasi lansia juga terlihat di dunia, dimana pertumbuhan penduduk lansia meningkat dengan cepat diseluruh dunia dalam kurun waktu 1999-2025, terutama di negaranegara maju yaitu mencapai 16% (Allender&Spradley, 2005). Peningkatan populasi lansia tersebut dapat berisiko pada peningkatan masalah kesehatan pada lansia akibat proses penuaan salah satunya adalah masalah gizi.

Adapun masalah gizi yang sering terjadi pada lansia yaitu adalah masalah gizi berlebih (obesitas) dan masalah gizi kurang (kurus). Di Indonesia, angka kejadian masalah gizi pada lansia cukup tinggi, sekitar 31% untuk masalah gizi kurang dan hanya 1,8% untuk masalah gizi lebih (Badan Litbang Kesehatan, 2003). Berbeda dengan yang terjadi di Kota Pekanbaru, masalah gizi yang dominan adalah masalah gizi lebih (obesitas), sebanyak 575 orang mengalami masalah gizi berlebih (obesitas) dan gizi kurang sebanyak 258 orang (Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, 2010). Sedangkan di Kecamatan Rumbai Pesisir status gizi lansia cenderung normal 179 orang, namun masih terdapat yang mengalami masalah gizi lebih (obesitas) 106 orang, dan masalah gizi kurang (kurus) 10 orang (Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, 2010).

Status gizi yang abnormal pada lansia dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Hogstel (2001), faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi pada lansia antara lain faktor sosial ekonomi, faktor kesejahteraan psikologis (Psychological well-being), faktor budaya-agama dan faktor penurunan fungsi fisiologis/ fungsi tubuh. Berdasarkan hasil penelitian Napitupulu tahun 2001 di Kota Bengkulu, ada 4 variabel independen yang diduga mempunyai hubungan dengan status gizi pada usia lanjut. Variabel tersebut adalah aktifitas fisik, tingkat pendidikan, status ekonomi, serta asupan karbohidrat, protein dan lemak. Hasil dari penelitian menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara aktifitas fisik, tingkat pendidikan, status ekonomi, serta asupan karbohidrat, protein dan lemak dengan

status gizi usia lanjut. Sehingga untuk memperbaiki status gizi lansia, pemenuhan gizi yang adekuat sangatlah penting.

Berdasarkan studi pendahuluan bulan Desember tahun 2010, jumlah populasi lansia (> 55 tahun) di Kelurahan Meranti Pandak sampai bulan Januari tahun 2010 adalah 522 jiwa (sekitar 4% dari total populasi Meranti Pandak dan 7% dari total populasi lansia di Kecamatan Rumbai Pesisir), dengan proporsi 259 orang laki-laki dan 261 orang perempuan (Badan Pusat Statistik Kota Pekanbaru, 2010).

Berdasarkan hasil wawancara dengan Lurah Meranti Pandak, diperoleh informasi bahwa Kelurahan Meranti Pandak merupakan daerah rawan banjir. Selain itu, berdasarkan data sekunder dari Kelurahan Meranti Pandak tahun 2005, diketahui bahwa status sosial ekonomi masyarakat di Kelurahan Meranti Pandak cukup beragam. Mayoritas status sosial ekonomi masyarakat di Kelurahan Meranti Pandak adalah tingkat keluarga prasejahtera/sangat miskin.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Ketua RW 09 Kelurahan Meranti Pandak, status sosial ekonomi keluarga yang memiliki lansia adalah miskin dan sangat miskin yaitu sebanyak 75% dari total keluarga yang mempunyai lansia di kawasan RW 09. Menurut lurah Meranti Pandak Kecamatan Rumbai Pesisir, kondisi ini juga tidak begitu berbeda dengan RW lain yang berada di kawasan Kelurahan Meranti Pandak. Kemiskinan yang terjadi tentunya secara tidak langsung akan berdampak pada kondisi psikologis lansia di dalam keluarga tersebut.

Data sekunder juga menunjukkan bahwa di Kelurahan Meranti Pandak, lansia yang menderita penyakit rematik berjumlah 133 orang (25,47 %), hipertensi 42 orang (8,05%), asma 42 orang (8,05 %), diabetes 24 orang (4,59 %), gastritis 12 orang (2,29 %) dan stroke 10 orang (1,92 %). Penyakit yang diderita oleh lansia tersebut tentunya berpengaruh terhadap kesediaan dan kebutuhan zat gizi di dalam tubuhnya (Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru, 2008).

Semua kondisi diatas sangat mempengaruhi status gizi pada lansia. Namun, fenomena yang ditemukan berdasarkan data sekunder dari laporan kegiatan lansia di Posbindu Kelurahan Meranti Pandak tahun 2010, status gizi lansia berdasarkan pengukuran IMT (Indeks Massa Tubuh) cenderung normal (52,3%). Walaupun masih terdapat yang mengalami masalah gizi lebih/obesitas (30,7% orang) dan masalah gizi kurang/kurus (16%).

Berdasarkan fenomena diatas, dapat disimpulkan bahwa di Kelurahan Meranti Pandak berisiko terhadap penurunan status gizi pada lansia, namun status gizi lansia pada daerah tersebut cenderung normal. Maka, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi lansia di kelurahan Meranti Pandak, Kecamatan Rumbai Pesisir”.



BAB X

Tata Kelola Penanganan Masalah Gizi Pada Usia Produktif di Wilayah Pesisir

Gizi Usia Produktif Masalah gizi kurang juga dapat terjadi pada kelompok usia produktif, yang dapat diukur dengan Lingkar Lengan Atas kurang dari 23,5 cm ($LILA < 23,5$ cm). Ukuran ini merupakan indikator yang menggambarkan resiko Kekurangan Energi Kronis (KEK). Secara nasional, proporsi $LILA < 23,5$ cm menurun dari 24,9 persen pada 1999 menjadi 16,7 persen pada 2003. Pada umumnya WUS kelompok usia muda memiliki prevalensi KEK lebih tinggi dibandingkan kelompok usia lebih tua. WUS dengan resiko KEK mempunyai resiko melahirkan bayi BBLR.

Selain KEK, pada kelompok usia produktif juga terdapat masalah kegemukan ($IMT > 25$) dan obesitas ($IMT > 27$). Kedua masalah gizi ini juga terjadi di wilayah kumuh perkotaan maupun perdesaan. Hasil survey NSS-HKI tahun 2001 di empat kota (Jakarta, Semarang, Makassar, Surabaya) menunjukkan bahwa prevalensi kegemukan pada wanita usia produktif daerah kumuh perkotaan berkisar antara 18-25 persen, yang justru lebih besar daripada prevalensi kurus (11-14 persen). Demikian juga, di wilayah perdesaan provinsi Jawa Barat, Banten, Jawa Tengah, Jawa Timur, Lampung, Sumatera Barat, Nusa Tenggara Barat, dan Sulawesi Selatan, prevalensi kegemukan berkisar 10-21 persen, sementara prevalensi kurus antara 10-14 persen.

Masalah gizi juga dapat ditunjukkan oleh prevalensi anemia. Survei nasional tahun 2001 menunjukkan prevalensi anemia pada WUS kawin, WUS tidak kawin, dan ibu hamil masing-masing sebesar 26,9 persen, 24,5 persen dan 40 persen. Masalah gizi mikro lain yang perlu mendapat perhatian adalah kurang seng (Zinc) pada ibu hamil. Kekurangan seng (kandungan <7 Mg/dl serum darah) dapat menyebabkan tingginya resiko komplikasi kehamilan dan bibir sumbing pada bayi yang dilahirkan. Sebuah penelitian di Nusa Tenggara Timur 1996 menunjukkan, sekitar 71% wanita hamil menderita kurang seng. Pada tahun 1999, di Jawa Tengah prevalensi kurang seng pada wanita hamil cukup tinggi yaitu antara 70 sampai 90 persen. Penelitian skala kecil di Jawa Barat, Jawa Tengah dan NTB (1997-1999), menunjukkan prevalensi kurang seng pada bayi sekitar 6-39 persen sedangkan besarnya masalah kurang zat gizi mikro lainnya seperti asam folat, selenium, kalsium, vit c, dan vit D1 sampai kini belum diketahui.



BAB XI

Tata Kelola Masalah Gizi Pada Remaja di Wilayah Pesisir

Status gizi merupakan sumber energi, pertumbuhan dan pemeliharaan jaringan tubuh, serta pengatur proses tubuh, keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat gizi, dimana zat gizi sangat dibutuhkan oleh tubuh. Akan tetapi mengonsumsi gizi lebih akan menyebabkan kegemukan atau obesitas. Kelebihan energi yang dikonsumsi disimpan didalam jaringan dalam bentuk lemak. (Almaster, 2009 dan Auliyah & Budiyo 2005).

Sataus gizi pada Daerah perbukitan dominan akan sayur-mayur, dan hasil perkebunan, sebagian besar adalah petani sawah atau ladang cenderung mengonsumsi makanan sumber protein nabati yang menyebabkan perbedaan jenis dan jumlah pangan yang biasa dikonsumsi sehari-hari dan di masyarakat. di daerah pantai yang sebagian besar adalah nelayan cenderung mengonsumsi makanan sumber protein hewani yang berasal dari laut, daerah pantai dominan akan produksi ikan dan hasil laut. Aulia & Budiono, (2015).

Menurut WHO pada tahun 2015 terdapat 42 juta anak yang kelebihan berat badan, angka tersebut naik 31 juta dari tahun 2000, WHO Global Nutrition Report 2016, Tren menunjukkan bahwa jumlah tersebut akan meningkat. Jumlah anak yang mengalami kelebihan berat badan akan meningkat menjadi 70 juta jiwa pada tahun 2025 jika kecenderungan terus berlanjut.

Disisi lain negara Indonesia juga mengalami masalah kelebihan gizi, selain mengalami masalah kekurangan gizi. Angka obesitas pada anak di Indonesia sebanyak 11,5% dan berada pada urutan ke-21 di dunia (Faridah & Indriani, 2017).

Para ahli menyebutkan bahwa overweight dan obesitas pada anak, akan berpengaruh pada fisik dan psikososial. Diantaranya penyakit jantung koroner, diabetes melitus dan hipertensi serta akan berdampak terhadap tumbuh kembang anak. Dan dampak yang akan di timbulkan pada anak kuraaan percaya diri, gangguan psikososial dna problema tingkahlaku. Dan peingkatan resiko jenis kanker seperti kanker payudara, kolon endometrium, esofagus, ovaarium, serviks dan lainnya (Prasetioni & Febrijanto, 2010; dannari, maluyu, & Bala 2013).

Peneliti melakukan pengumpulan data awal dari wilayah Pegunungan dan Pesisir yang dilakukan peneliti pada bulan Maret 2018, disekolah SMPN 18 Bulukumba, SMPN 14 Bulukumba wilayah pegunungan ketinggian 100 s/d 500 meter dari permukaan air laut dan SMPN 32 Bulukumba dan di wilayah pesisir dengan ketinggian antara 0/25 meter di atas permukaan air laut. Di dapatkan informasi dari ke tiga sekolah tersebut bahwa siswa sedang melakukan kegiatan belajar. Terdapat tiga jumlah sekolah yang akan menjadi sampel SMPN 18 dan SMP 14 Bulukumba kelas VII 210 orang diwilayah pegunungan, dan SMPN 32 Bulukumba kelas VII 231 di wilayah pesisir. Dimana peneliti tertarik dari populasi yang ada untuk membandingkan kejadian obesitas di wilayah pegunungan dan pesisir dengan jumlah populasi pada anak usia sekolah sekitar 441 dari keseluruhan populasi yang ada di wilayah pegunungan dan pesisir.

Untuk mengetahui ada perbandingan Status Gizi pada anak remaja di wilayah pegunungan dan wilayah pesisir di Kabupaten Bulukumba.



BAB XII

Perencanaan Tata Kelola Masalah Gizi di Wilayah Pesisir Akibat Pengaruh Isu Politik/ Ekonomi/ Sosial/ Budaya

Data Riskesdas tahun 2013 menunjukkan 37,2% balita bertubuh pendek, 19,6% memiliki berat badan kurang, 12,1% berbadan kurus, sementara 11,9% kelebihan berat badan. Selama enam tahun belum ada perkembangan dalam upaya pengurangan jumlah anak dengan berat badan kurang ataupun anak kurus. Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas yang sangat ditentukan oleh status gizi yang baik. Status gizi yang baik ditentukan oleh jumlah asupan pangan yang dikonsumsi. Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi pangan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan pangan, faktor sosial ekonomi, budaya dan politik. Apabila gizi kurang dan gizi buruk terus terjadi dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional. Kekurangan gizi akan berdampak pada tingginya angka kematian ibu, bayi, dan balita, serta rendahnya umur harapan hidup. Selain itu, dampak kekurangan gizi terlihat juga pada rendahnya partisipasi sekolah, rendahnya pendidikan, serta lambatnya pertumbuhan ekonomi (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2007).

Anemia tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat pada anak dan ibu, dengan estimasi kondisi anemia terjadi pada 28,1% anak usia 12-59 bulan dan 53,7% anak usia 6-23 bulan. Tingginya prevalensi anemia kemungkinan menjadi salah satu penyebab kurangnya kemajuan dalam upaya mengurangi kematian neonatal; sebuah studi menunjukkan bahwa 20% kematian neonatal di Indonesia dapat dikaitkan dengan kurangnya zat besi dan asam folat pada ibu selama masa kehamilan. Anemia parah pada kehamilan juga menjadi faktor risiko kematian ibu. Berbagai penelitian membuktikan lebih dari separuh kematian bayi dan balita disebabkan oleh keadaan gizi yang jelek. Risiko meninggal dari anak yang bergizi buruk 13 kali lebih besar dibandingkan anak yang normal. WHO memperkirakan bahwa 54% penyebab kematian bayi dan balita didasari oleh keadaan gizi anak yang jelek. Prevalensi nasional gizi buruk pada balita adalah 5,4%, dan gizi kurang pada balita adalah 13,0%. Keduanya menunjukkan bahwa baik target rencana pembangunan jangka menengah untuk pencapaian program perbaikan gizi (20%), maupun target millenium development goals pada 2015 (18,5%) telah tercapai pada 2007 (Riskesdas 2013).

Penyebab gizi buruk dan gizi kurang di Indonesia bermula dari krisis ekonomi, politik dan sosial menimbulkan dampak negatif seperti kemiskinan, pendidikan dan pengetahuan rendah, kesempatan kerja kurang, pola makan, ketersediaan bahan pangan pada tingkat rumah tangga rendah, pola asuh anak yang tidak memadai, pendapatan keluarga yang rendah, sanitasi dan air bersih serta pelayanan kesehatan dasar yang tidak memadai. Berdasarkan uraian dan permasalahan yang ada dapat dilihat dengan indeks kesehatan bayi, balita dan ibu hamil di wilayah pesisir dan pegunungan dimana kondisi lingkungan memegang peranan penting dalam menentukan status kesehatan. Lingkungan yang baik akan memberikan dampak yang baik bagi kesehatan guna menciptakan manusia yang berkualitas. Sebaliknya lingkungan yang kumuh akan berdampak buruk pada status kesehatan. Kabupaten Jember adalah daerah yang terdiri

dari lokasi yang berada daerah pesisir dan pegunungan. Tujuan Penelitian ini adalah mengidentifikasi secara deskriptif status gizi bayi, balita dan ibu hamil di daerah pesisir dan pegunungan.

Gangguan gizi sering kali berhubungan dengan pola makan yang ada di keluarga atau masyarakat. Hasil penelitian ini secara deskriptif memberikan gambaran bahwa ada perbedaan status gizi pada ibu hamil, bayi dan balita di daerah pesisir dan pegunungan. Pada status gizi bayi dan balita di daerah pesisir didominasi oleh status gizi kurus, diikuti normal dan obesitas, sedangkan pada pegunungan didapatkan kecenderungan normal, diikuti kurus dan obesitas. Status gizi ibu hamil di daerah pesisir dan pegunungan didapatkan kecenderungan normal tetapi lebih didominasi oleh ibu hamil di daerah pegunungan, sedangkan pada ibu hamil yang kurus hampir berimbang dan obesitas didominasi ibu hamil di daerah pesisir. Dari data umum variabel yang dominan yang membedakan secara deskriptif adalah variabel pengetahuan ibu tentang nutrisi. Pengetahuan ibu baik banyak didapatkan di daerah pesisir dan pengetahuan kurang didominasi oleh ibu di daerah pegunungan Indonesia memiliki prevalensi kurang gizi yang tinggi pada balita sehingga sulit untuk mencapai target SDGs yaitu mengurangi setengah dari jumlah anak dengan berat badan kurang. Terlepas dari penurunan prevalensi anak dengan berat badan kurang dari 31% di tahun 1989 menjadi 17,9% di tahun 2010, angka tersebut meningkat menjadi 19,6% di tahun 2013 (Riskesdas 2013). Balita merupakan salah satu golongan penduduk yang rawan terhadap kekurangan gizi. Dampak yang lebih serius dari kekurangan gizi adalah timbulnya kecacatan, timbulnya angka kesakitan, terjadinya percepatan kematian.

Upaya perbaikan gizi di Indonesia menduduki peranan penting dalam pembangunan kesehatan. Masalah gizi utama yang dikenal di Indonesia adalah kurang energi protein (KEP), kurang vitamin A (KVA), gangguan akibat iodium (GAKI) dan anemia gizi besi. Kekurangan energi protein (KEP) di kenal sebagai salah satu dari empat masalah gizi di Indonesia yang dianggap utama dari sejak permulaan dikenal yaitu pada tahun 1959 hingga saat

ini. Balita merupakan salah satu golongan penduduk yang rawan terhadap kekurangan gizi. Anak-anak yang kekurangan makanan bergizi akan tertinggal pertumbuhan fisik, mental dan intelektual. Gangguan pertumbuhan selain menyebabkan tingginya angka kematian anak, juga menyebabkan berkurangnya potensi belajar dan daya tahan tubuh terhadap penyakit. Kekurangan gizi pada masa kanak-kanak, melahirkan orang dewasa yang lebih pendek dan berat badan yang lebih ringan dengan tingkat produktifitas yang lebih rendah. Anak-anak yang menderita kekurangan gizi juga cenderung lebih mudah menderita penyakit-penyakit kronis dikemudian hari. Dampak yang lebih serius dari kekurangan gizi adalah timbulnya kecacatan, tingginya angka kesakitan, terjadinya percepatan kematian (premature death). Gizi kurang atau gizi buruk merupakan penyakit yang umum diderita oleh sebagian penduduk di negara berkembang termasuk Indonesia, terutama balita dan anak-anak sekolah yang merupakan golongan rawan gizi. Berdasarkan masalah gizi tersebut berkaitan erat dengan ketidaktahuan, kemiskinan, latar belakang sosial budaya serta adanya kebiasaan yang mengakar di masyarakat khususnya tentang makanan. Indonesia dalam kategori tingkat kurang gizi yang rendah (Riskesmas 2013).

Perbedaan status gizi pada bayi, balita dan ibu hamil di daerah pegunungan dan daerah pesisir secara konsep mempunyai kecenderungan perbedaan yang dikarenakan perbedaan sumber makanan, faktor geografis, pendidikan dan ekonomi. Dalam penelitian ini kecenderungan status gizi kurus pada bayi dan balita serta terjadinya obesitas pada ibu hamil di daerah pesisir diumungkinkan karena pola konsumsi yang banyak mengandung garam dan tingginya protein pada ibu hamil. Tetapi status gizi bayi dan balita yang cenderung kurus pada daerah yang banyak mengandung sumber makanan ber protein tinggi menjadi catatan yang harus dilakukan pengkajian ulang. Variabel data umum tentang ibu tentang nutrisi meliputi sumber gizi, nilai gizi dan cara pengolahan bahan makanan perbedaan yang secara deskriptif bermakna antara pengetahuan ibu di pegunungan

dan pesisir. Hal ini memungkinkan jika salah dalam pengolahan bahan makanan akan berdampak pada kandungan gizi pada makanan yang diolah. Faktor yang dimungkinkan berpengaruh dalam status gizi seperti penyakit infeksi, status imunisasi, kepercayaan dan budaya dan pola asuh dalam memberikan nutrisi.





(Halaman ini sengaja dikosongkan)



BAB XIII

Perencanaan Tata Kelola Masalah Gizi Masyarakat Pesisir Akibat Pengaruh Bencana Alam

Secara geologis dan hidrologis, Indonesia merupakan wilayah rawan bencana alam. Salah satunya adalah gempa bumi dan potensi tsunami. Hal ini dikarenakan wilayah Indonesia berada pada pertemuan tiga lempeng tektonik aktif yaitu Lempeng Indo-Australia di bagian selatan, Lempeng Eurasia di bagian utara dan Lempeng Pasifik di bagian Timur. Ketiga lempengan tersebut bergerak dan saling bertumbukan sehingga Lempeng Indo- Australia menunjam ke bawah lempeng Eurasia dan menimbulkan gempa bumi, jalur gunung api, dan sesar atau patahan. Penunjaman (subduction) Lempeng Indo-Australia yang bergerak relatif ke utara dengan Lempeng Eurasia yang bergerak ke selatan menimbulkan jalur gempa bumi dan rangkaian gunung api aktif sepanjang Pulau Sumatera, Pulau Jawa, Bali dan Nusa Tenggara sejajar dengan jalur penunjaman kedua lempeng tersebut.

Potensi bencana alam dengan frekuensi yang cukup tinggi lainnya adalah bencana hidrometeorologi, yaitu banjir, longsor, kekeringan, puting beliung dan gelombang pasang. Frekuensi bencana hidrometeorologi di Indonesia terus meningkat dalam 10 tahun terakhir. Berdasarkan data Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), selama tahun 2002- 2012 sebagian besar bencana yang terjadi disebabkan oleh faktor hidrometeorologi (BNPB, 2012). Bencana lainnya yang sering

menelan korban dan harta benda yang cukup besar lainnya adalah bencana letusan gunung berapi. Letusan Gunung Merapi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang terjadi pada 26 Oktober tahun 2010 telah mengakibatkan banyak korban jiwa dan harta benda. Aliran awan panas yang dimuntahkan lava/material Merapi dengan kecepatan mencapai 100 km per jam, dan panas mencapai kisaran 450-600°C membakar hutan dan pemukiman penduduk sehingga dilakukan evakuasi penduduk secara besar-besaran.

Bencana menimbulkan dampak terhadap menurunnya kualitas hidup penduduk, termasuk kesehatan. Salah satu permasalahan yang dihadapi setelah terjadi bencana adalah pelayanan kesehatan terhadap korban bencana. Untuk penanganan kesehatan korban bencana, berbagai piranti legal (peraturan, standar) telah dikeluarkan. Salah satunya adalah peraturan yang menyebutkan peran penting Puskesmas dalam penanggulangan bencana (Departemen Kesehatan RI, 2007; Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan, 2006; Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan, 2001). Namun demikian, literatur atau studi yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan dalam kondisi bencana dan penanganannya relatif masih terbatas. Oleh karena itu, artikel ini bertujuan untuk membahas permasalahan kesehatan dalam kondisi bencana dan mengkaji peran petugas kesehatan serta partisipasi masyarakat dalam penanggulangannya.

Data dan informasi serta berbagai kebij akan dan program yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan pada kondisi bencana yang disajikan dalam tulisan ini disusun berdasarkan hasil kajian literatur terkait (desk review). Sebagian besar desk review difokuskan pada bencana gempa bumi, namun pada beberapa bagian juga dibahas bencana alam lainnya. Selain itu, data dan informasi dalam tulisan ini juga berasal dari sebuah kajian tentang “Pemenuhan Kebutuhan Dasar Korban Gempa Bantul

2006” yang dilaksanakan pada tahun 2010. Studi ini dilakukan oleh tim peneliti LIPI bekerja sama dengan Nagoya University dan Nara University, Jepang. Studi yang menggabungkan pendekatan kuantitatif (survei rumah tangga) dan kualitatif (wawancara terbuka dan FGD) ini memang tidak secara spesifik melihat peran petugas kesehatan dalam penanganan masalah kesehatan pascagempa di Kabupaten Bantul, akan tetapi cukup banyak informasi yang relevan untuk diangkat sesuai dengan tujuan penulisan artikel ini.

Banyaknya bencana alam yang terjadi di Indonesia memberikan dampak dan pengaruh terhadap kualitas hidup penduduk yang dapat dirasakan baik secara langsung maupun tidak langsung. Salah satu dampak langsung dari terjadinya bencana alam terhadap penduduk adalah jatuhnya korban jiwa, hilang dan luka-luka. Sedangkan dampak tidak langsung terhadap penduduk antara lain adalah terjadinya banyak kerusakan-kerusakan bangunan perumahan penduduk, sarana sosial seperti bangunan sekolah, rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya, perkantoran dan infrastruktur jalan, jembatan, jaringan listrik dan telekomunikasi. Selain itu, terjadinya bencana alam juga mengakibatkan adanya kerugian ekonomi bagi penduduk, seperti kerusakan lahan pertanian dan kehilangan mata pencaharian, terutama bagi penduduk yang bekerja disektor informal.

Salah satu bencana banjir dan tanah longsor yang cukup banyak menelan korban jiwa dan harta benda adalah bencana banjir bandang di Wasior pada tanggal 4 Oktober 2010. Bencana ini telah mengakibatkan sekitar 162 orang meninggal, 146 orang hilang, 91 luka berat dan sekitar 9.016 jiwa mengungsi. Kerugian akibat bencana banjir bandang ini ditaksir mencapai 700 milyar (Pemerintah RI, 2007; BNPB, 2012; Pemerintah Kabupaten Teluk Wondama, 2010). Pada tahun yang sama, letusan Gunung Merapi telah mengakibatkan banyak korban jiwa. Menurut data Pusat Pengendalian dan Operasi BNPB yang dirilis pada tanggal 11 Nopember 2010 jumlah korban jiwa mencapai sekitar 194 jiwa meninggal.

Data BNPB juga mencatat kejadian gempa bumi di berbagai wilayah di Indonesia. Data pada Tabel 1 memperlihatkan peristiwa Gempa Bantu! pada tahun 2006 merupakan yang terparah dilihat dari jumlah korban meninggal yang mencapai 4.143 jiwa. Tidak hanya di Kabupaten Bantu!, gempa pada waktu yang sama juga mengguncang Kabupaten Klaten dan mengakibatkan setidaknya 1.045 orang meninggal. Gempa bumi di Flores Timur (Nusa Tenggara Timur) yang terjadi pada tahun 1992 juga merupakan salah satu yang terparah dan menyebabkan sekitar 2.500 orang meninggal. Tidak hanya korban jiwa, bencana gempa bumi seringkali mengakibatkan banyak korban luka-luka, banyak orang mengungsi, serta merusak bangunan rumah dan fasilitas umum, termasuk jalan dan pelayanan kesehatan.

Sebagian gempa bumi disertai dengan gelombang tsunami yang semakin memperparah dampak bencana tersebut terhadap penduduk yang terkena dampak. Data BNPB mencatat gempa bumi dan tsunami besar pada akhir tahun 2004 merupakan yang terbesar (Tabel 2). Ratusan ribu orang menjadi korban dalam peristiwa tersebut, terutama di wilayah Provinsi Aceh dan Sumatera Barat. Selain gempa-tsunarni 2004 tersebut, bencana serupa yang relatif parah juga terjadi di Kepulauan Mentawai (2010) dan Ciarnis (2006).



Daftar Pustaka

- Abolghasem Gorji, H. et al. (2017) "The prevalence of malnutrition in iranian elderly: A review article," *Iranian Journal of Public Health*, 46(12): 1603–1610.
- Adriani, Merryana & Bambang Wirjatmadi. (2012). *Pengantar gizi masyarakat*. Jakarta : Kencana
- Agung, Iskandar . 2012. *Panduan Penelitian Tindakan Kelas bagi Guru*. Jakarta: Bestari Buana Murni.
- Aulya C, Oktia W, Budiono i. (2015). Profil Status Gizi Balita Di Tinjau Dari Topografi Wilayah Tempat tinggal. *Journal of Public Health*, 4 (2), 108-116. <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph>
- Ayukhaliza, Dinda Asa (2020) *Faktor Risiko Hipertensi Di Wilayah Pesisir (Studi Pada Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Tanjung Tiram)*. Skripsi thesis, Universitas Islam Negeri Sumatera Utara
- Bustan, (2015). *Manajemen pengendalian penyakit tidak menular*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Fitri Kartika R, Fatimah S, Rahfiludin Zen M. (2017). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Status Gizi Balita Suku Anak Dalam. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5 (4), 752-758. <https://>

- ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/18770
- Handayani titih luh, Sasmiyanto. (2016), Studi Kompransi Indikator Sehat Bayi , Balita Dan Ibu Hamil Diwilayah Pesisir Pantai Pegunungan di Kabupaten Jember, *NurseLine Journal*. Vol. 1 No. 2, 213-218. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/NLJ/article/download/4900/3615/>
- Kemenkes Ri. 2013. *Riset Kesehatan Dasar*; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes Ri
- Latif Idham. (2016). Analisis Deskriptif Masalah Kesehatan Masyarakat Pesisir. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, 4 (2), 29-36. <https://ojs.stikesindramayu.ac.id/index.php/JKIH/article/view/1>
- LeThiHuong, & Nga, V. T. T. (2013). *Nutritional Practices among Ethnic Minorities and Child Malnutrition in Mountainous Areas of Central Vietnam*. *Food and Nutrition Sciences*, 4(01), 82-89.
- Mubarak. (2018). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak Balita di Wilayah Pesisir. 5 (2), 454-463. <http://ojs.uho.ac.id/index.php/medula/article/view/>
- Narasiang, Nelly, Shirley. (2016) . Gambaran pola konsumsi makanan pada ibu hamil. *Jurnal e-Biomedik*, 4 (2), 1-8. <https://doi.org/10.35790/ebm.v4i2.14625>
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta. 2003. Suhardjo. 2003. *Berbagai cara pendidikan gizi*. Jakarta. Bumi Aksara
- Patty Rukaman S, Nugroho fentiny. (2019). Kemiskinan Dan Malnutrisi Pada Anak balita Dalam Keluarga Nelayan Di Wilayah Pesisir kota Serang. *Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial*, 8 (2), 110-125. <http://journal.uinjkt.ac.id/index.php/empati/article/view/14510>
- Praselia Eka, Muh Jufri (2017). Faktor risiko gizi buruk pada balita pesisir pantai. *123PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Vol 7 (2), 123-130. <https://media.neliti.com/media/publications/223820-bad-nutrition-factors-in-the-coastal-coa.pdf>
- Prasetyorini, H. T., & Febrijanto, y. (2010). Studi Tingkat Pengetahuan Tentang Metode Penurunan Berat Badan Pada

- Mahasiswa Overweight. *Jurnal STIKES RS. Baptis Kediri*.
- Rahman , Fitriani, Asnidar. (2020). Status Gizi Anak Remaja Awal Diwilayah Pesisir Dan Pegunungan. *Jurnal Kesehatan Panrita Husada*, 5 (1), 18-31. <http://ojs.stikespanritahusada.ac.id/index.php/jkph/article/view/173>
- Saimin , Amalia, Nur , Faisal, Ali. (2019). Gambaran Pola Konsumsi Makanan pada Ibu Hamil di Daerah Pesisir, Vol 6, 657-661. <http://ojs.uho.ac.id/index.php/medula/article/download/9647/6843>
- Widayatun, Fatoni Zainal. (2013.) Permasalahan Kesehatan dalam kondisi bencana: Peran petugas kesehatan dan patisipas masyarakat, *Jurnal Kependudukan Indonesia*, Vol. 8 No.1, 37-52. <https://ejurnal.kependudukan.lipi.go.id/index.php/jki/article/view/21>

BEK
Merdeka Kreasi



(Halaman ini sengaja dikosongkan)



Biografi Penulis



Eliska, SKM, M.Kes adalah dosen tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Lahir di Balimbingan, 04 Desember 1983 Menyelesaikan pendidikan TK Nusantara Tanah Jawa (1988), SDN 091525 Tanah Jawa (1989), SLTPN 2 Tanah Jawa (1995), SMU NEGERI 1 Tanah Jawa (1998), S-1 Kesehatan Masyarakat USU (2001, S-2 Kesehatan Masyarakat USU (2012).

Mengawali karier sebagai: Enumerator di bidang kesehatan Kesehatan (2005-2007), Staf Kesehatan di Pusat Kajian dan Perlindungan Anak (PKPA) Simeulue (2007), Staf Pengajar di Yayasan Nurul Hasanah Kutacane Kabupaten Aceh Tenggara (2009-2015), Staf Pengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri SU Medan (2015-Sekarang).

Karya Ilmiah dan Publikasi:

1. Buku Berbasis Penelitian: “Kontribusi Kebiasaan Sarapan Pagi, Status Gizi, Umur Dan Peran Fakultas Terhadap Indeks

- Prestasi Mahasiswa (Research Result)” Penerbit: K-Media, Bantul Yogyakarta.
2. Buku Ajar: “Dasar Gizi Kesehatan Masyarakat”. Penerbit: PT. Raja Grafindo Persada.
 3. Buku : “Kepemimpinan dan Berfikir Sistem” Penerbit: Kencana Bekerjasama dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat UINSU Medan



Reni Agustina Harahap, SST., M.Kes.
Lahir di Bagan Batu, 27 Agustus 1983. Beliau menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan Sehat Medan, D IV Kebidanan Universitas Sumatera Utara dan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Saat ini beliau bekerja sebagai Dosen Tetap di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Sumatera Utara.



Dewi Agustina, S.KEP, NS, M. Kes.
Lahir di Takengon, 17 Agustus 1970. Beliau menyelesaikan pendidikan S1 pad aprofesi Keperawatan tahun 2008 di STIKES SUDAMA Medan dan Profesi Ners Tahun 2009 di STIKES yang sama kemudia tahun 2011 Menyelesaikan pendidikan S2 di Sekolah Tinggi Manajemen IMNI pada Jurusan Manajemen Kesehatan dan pada tahun 2015 menyelesaikan pendidikan S2 pada jurusan Administrasi Kesehatan di STIKES Deli Husada Deli tua. Saat ini penulis beralamatkan di Jalan Bunga Asoka, Kel. Asam Kumbang, Kec. Medan Selayang, Kota Medan, Sumatera Utara, Indonesia. penulis dapat di hubungi di nomor telepon 0852 6121 8760 dan email Dewiagustina@Uinsu.ac.id.

GIZI Masyarakat PESISIR

Buku ini membicarakan masalah utama gizi masyarakat di Indonesia khususnya di wilayah pesisir dengan fokus pada: sebab masalah gizi, akibat yang ditimbulkan, tindakan pencegahan dan penanggulangnya. Buku ini menjadi penting bagi akademisi dan praktisi dalam bidang gizi karena sinergi lintas disiplin keilmuan yang dihadirkan di dalamnya, tidak saja diharapkan dapat melahirkan pemahaman komprehensif terintegrasi terhadap masalah gizi di wilayah pesisir tetapi juga solusi yang sinergis dan efektif.



Penerbit Merdeka Kreasi

Jl. Gagak Hitam, Komplek Bumi Seroja
Permai Villa No 18, Medan Sunggal
Email : Merdekakreasi2019@gmail.com

ISBN:978-623-6198-65-0

