

Malnutrisi dan Pemberdayaan Kelompok Perempuan

Shinta Prastyanti dan Mochammad Sugiarto

Dosen Jurusan Ilmu Komunikasi dan Dosen Fakultas Peternakan UNSOED

Abstrak

Rendahnya kualitas hidup dan peran perempuan, terutama di bidang kesehatan, seperti tingginya Angka Kematian Ibu (AKI), prevalensi anemia gizi besi pada ibu hamil, dan angka kematian bayi (AKB) ditengarai karena kurangnya kesadaran dan pengetahuan ibu khususnya ibu usia produktif mengenai pentingnya asupan gizi bagi mereka. Selain itu, kemiskinan juga turut menjadi faktor penunjang terjadinya gizi buruk. Agar gizi buruk khususnya di desa-desa miskin dapat dicegah, untuk itu perlu dilakukan upaya pencegahan berbasis masyarakat melalui pemberdayaan perempuan, yakni posyandu dan dasawisma sebagai kelompok sadar akan pentingnya asupan gizi, kelompok yang mempunyai akses yang lebih besar dalam hal kesehatan, serta kelompok ekonomi produktif. Dengan demikian, dapat diharapkan bahwa tingkat kesadaran masyarakat mengenai nilai gizi pada makanan yang dikonsumsi dapat meningkat, kesempatan yang lebih luas dalam memperoleh akses di bidang kesehatan, serta secara ekonomi mendapatkan solusi alternatif untuk memperoleh penghasilan tambahan. Jika ketiga akar permasalahan dapat diselesaikan maka terjadinya gizi buruk akan dapat dicegah.

Kata Kunci : *malnutrisi, pemberdayaan, kelompok perempuan*

Pendahuluan

Pada saat ini, sekitar 37 juta (17,8%) dari jumlah penduduk yang ada di Indonesia dikategorikan sebagai masyarakat miskin dan tersebar di daerah urban dan perdesaan, dan masih banyak kasus gizi buruk yang melanda masyarakat miskin di perdesaan bahkan di daerah urban, dari anak di bawah usia lima tahun hingga orang dewasa dan bahkan ibu hamil (Khomsan, 2004). Rendahnya tingkat pendidikan, pengetahuan dan pendapatan keluarga, kemungkinan merupakan faktor penyebabnya, sehingga diperlukan suatu usaha perbaikan gizi dan meningkatkan pendapatan keluarga, dengan lebih memberdayakan kaum perempuan yang secara kodrati “bertanggung jawab” terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak dalam keluarga, melalui pendidikan dan pelatihan. BPS (2003) menyatakan bahwa salah satu akibat dari rendahnya tingkat pengetahuan dan pendidikan yang dimiliki kaum perempuan adalah masih tingginya angka kematian bayi yang dilahirkan, kematian anak di bawah usia 5

tahun (balita) dan kematian ibu saat melahirkan.

Pengurangan jumlah penderita malnutrisi menjadi salah satu target *Millenium Development Goals* atau MDGs. Indonesia berkomitmen untuk mengurangi hingga setidaknya tinggal 18% penduduk yang mengalami malnutrisi pada tahun 2015, di mana angka tahun ini masih 28%, sementara pelaksanaan MDGs sudah memasuki periode sepertiga terakhir. Departemen Kesehatan membedakan kasus-kasus malnutrisi dalam beberapa golongan yaitu gizi buruk, gizi kurang, dan risiko gizi buruk. Pengertian gizi buruk adalah keadaan gizi kurang hingga tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama. Salah satu strategi untuk mewujudkan tujuan MDG's adalah kesetaraan akses kesehatan dan penguatan kelompok mandiri wanita. Penguatan kelompok mandiri wanita teridentifikasi sebagai strategi signifikan dalam mengurangi angka

kemiskinan dan kekurangan gizi di era globalisasi. Kumar (2007) menyatakan bahwa kelompok mandiri wanita merupakan asosiasi voluntir dari orang-orang yang mempunyai latar belakang sosial ekonomi yang sama dan ditujukan untuk menyelesaikan problem sosial dan ekonomi. Kelompok mandiri wanita mempunyai keterlibatan yang signifikan dalam mencapai derajat kesehatan untuk wanita dengan mengeksplorasi faktor penting di organisasi kesehatan wanita dengan memberikan akses kesehatan kepada wanita produktif. Keberadaan unit/kelompok pelayanan kesehatan dapat mendorong peningkatan produktivitas wanita produktif sehingga upaya penurunan angka kemiskinan dan akses pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan.

Gizi buruk mempunyai kaitan yang erat dengan kemiskinan dan selanjutnya kemiskinan menjadi faktor utama terjadinya kebodohan. Berkaitan dengan masalah kemiskinan lebih disebabkan masyarakat kurang menguasai akses-akses dalam menambah ilmu, keterampilan, modal, dan pengalaman untuk menggali sumber penghidupan yang dapat membebaskannya dari belenggu kemiskinan. Masyarakat yang kurang beruntung masih diselimuti dengan ketidakberdayaan (*powerlessness*) dalam menggapai kesejahteraan meski untuk tingkat kesejahteraan paling dasar sekalipun. Inilah fenomena sosial ekonomi yang bisa kita lihat secara kasat mata di berbagai daerah. Perlu adanya upaya pemberdayaan masyarakat miskin untuk meningkatkan daya beli mereka terhadap pemenuhan kebutuhan pangan yang bergizi, kesehatan, dan pendidikan.

Problematika penanganan gizi buruk dan malnutrisi secara umum menghadapkan kita kembali pada pentingnya penguatan masyarakat. Untuk menjembatani kesenjangan antara pendekatan statistik dan empirik peran serta masyarakat menjadi penting. Masyarakat sebagai ujung tombak keseharian idealnya lebih besar lagi peran sertanya dalam penemuan kasus-kasus serta pencegahan kasus gizi buruk. Menurut United Nations Research

Institute for Social Development (dalam Shepherd, 1998), partisipasi merupakan upaya terorganisir untuk meningkatkan kontrol masyarakat atas sumber daya yang mereka miliki. Partisipasi ini sangat berkaitan erat dengan kesetaraan dan pemberdayaan, dimana salah satu indikator pemberdayaan yang dapat menjadi *starting point* untuk partisipasi adalah: (1) pengembangan kelembagaan, (2) solidaritas, (3) serta peningkatan kesempatan pada perempuan untuk mengekspresikan aspirasinya. Selama ini perempuan seringkali menjadi nomor 2 dalam keluarga maupun masyarakat, termasuk dalam hal asupan gizi. Selanjutnya dinyatakan oleh Nurdin (2008) bahwa hal tersebut sebagai akibat dari pola pandangan terhadap perempuan dan bagaimana perempuan itu sendiri memposisikan dirinya. Perempuan sebagai ibu selalu pada posisi yang tidak “menguntungkan”, ibu bukan saja orang yang selalu terakhir menyuap di dalam keluarga setelah suami dan anak-anak, namun juga orang yang selalu berpikir bahwa istri harus melayani keluarga sebagai sebuah kewajiban dan penghormatan untuk anggota rumah tangga yang lain.

Pandangan seperti di atas inilah yang selama ini menjadi kendala. Padahal sebenarnya perempuan memiliki peranan yang sangat penting bagi kelangsungan hidup sebuah keluarga, komunitas, maupun masyarakat luas. Moser (1989) menyatakan bahwa perempuan juga berperan dalam manajemen komunitas, yakni dalam pemenuhan kebutuhan akan infrastruktur dasar seperti kesehatan. Asupan makanan bergizi yang kurang pada ibu, khususnya ibu di usia produktif, akan menyebabkan tubuh rentan terhadap berbagai macam penyakit, termasuk diantaranya gizi buruk.

Faktor geografis menjadi faktor yang sangat menentukan dalam upaya pemenuhan gizi wanita dan anak-anak. Kondisi wilayah pedesaan yang miskin menjadi keprihatinan khususnya dalam hal keterbatasan akses ekonomi masyarakat. Keterbatasan ekonomi mempunyai kaitan yang langsung dengan

rendahnya tingkat pendidikan masyarakat dan pemahaman terhadap hal hal terkait kesehatan. Hal tersebut selanjutnya dapat mendorong kurangnya pemenuhan gizi dan tingginya mortalitas ibu usia produktif. Vorster, dkk (2005) mendukung fenomena tersebut bahwa wanita/ibu dari wilayah pedesaan yang miskin dicirikan dengan pendapatan yang rendah, kurangnya pendidikan formal, dan indeks kesehatan yang rendah, serta rendahnya asupan nutrisi/gizi dibandingkan wanita di wilayah perkotaan. Intervensi program pemenuhan gizi dan pemahaman kesehatan harus dilakukan salah satunya melalui kelompok-kelompok masyarakat dengan tujuan memperbaiki pemahaman kesehatan dan status gizi masyarakat.

Pembahasan

Gizi Buruk, Kemiskinan, dan Faktor Resikonya

Gizi buruk merupakan bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi manusia. Satoto (1990) menyatakan bahwa pada beberapa studi menunjukkan bahwa malnutrisi berkaitan erat dengan problem perilaku. Fakta yang cukup meyakinkan mengatakan bahwa malnutrisi merusak fungsi kognisi, khususnya kekurangan zat besi. Pendapat yang lebih lanjut dinyatakan oleh Graham (1989) dalam Smet (1994) bahwa malnutrisi mengakibatkan anak mudah terkena infeksi yang pada akhirnya akan menimbulkan berbagai jenis kerusakan.

Kondisi gizi buruk akan mempengaruhi banyak organ dan sistem, karena kondisi gizi buruk ini juga sering disertai dengan defisiensi (kekurangan) asupan mikro/ makro nutrisi lain yang sangat diperlukan bagi tubuh. Gizi buruk akan memporak porandakan sistem pertahanan tubuh terhadap mikroorganisme maupun pertahanan mekanik sehingga mudah sekali terkena infeksi.

Secara garis besar, dalam kondisi akut, gizi buruk bisa mengancam jiwa karena berberbagai disfungsi yang dialami, ancaman yang timbul antara lain hipotermi (mudah

keedinginan) karena jaringan lemaknya tipis, hipoglikemia (kadar gula dalam darah yang dibawah kadar normal) dan kekurangan elektrolit penting serta cairan tubuh. Selain itu penderita gizi buruk juga akan rentan terhadap infeksi, terjadi pengurusan otot, pembengkakan hati, dan berbagai gangguan yang lain seperti misalnya peradangan kulit, infeksi, kelainan organ dan fungsinya (akibat atrophy / pengecilan organ tersebut) (Smet, 1994).

Berbicara mengenai gizi buruk tidak dapat dipisahkan dari salah satu akar permasalahan, yakni kemiskinan. Kemiskinan menjadi fokus kebijakan di setiap negara, meski ukurannya pada level internasional masih menyisakan permasalahan. Menurut Bank Dunia (dalam Anker (2006), kemiskinan adalah tidak tercapainya kehidupan yang layak dengan penghasilan US\$ 1 dan US\$ 2 per hari. Ukuran dari Bank Dunia ini kurang dapat mencerminkan arti kemiskinan yang sesungguhnya. Lebih lanjut, Anker memperkenalkan metode baru untuk mengukur kemiskinan berdasarkan pada *model diets, food costs, dan non food cost*, sehingga kemiskinan dilihat dari sisi standar kehidupan. Sedangkan menurut Biro Pusat Statistik (BPS) kemiskinan merupakan kondisi dimana seseorang hanya dapat memenuhi kebutuhan makannya kurang dari 2.100 kalori per kapita per hari.

Meskipun beberapa ahli tidak mempertimbangkan kemiskinan sebagai faktor resiko, tetapi faktor yang menyertainya bertanggungjawab atas timbulnya penderitaan kesehatan. Menurut Graham (1989) dalam Smet (1994), keluarga adalah faktor perantara paling penting. Ketika kehidupan keluarga dipengaruhi oleh penyebab lingkungan (rumah yang kecil, tidak adanya waktu dan rasa aman) maka hal ini merupakan beban utama orang tua yang akibatnya akan mempengaruhi kesehatan keluarga. Namun pendapat lain mengatakan bahwa malnutrisi disebabkan oleh tingkat penghasilan keluarga yang rendah, selain faktor-faktor produksi dan distribusi makanan yang tidak memadai, serta praktek-praktek pemberian makan yang tidak tepat (Graeff,

dkk, 1996). Hal tersebut didukung oleh pernyataan Kearny dan Tarrant (2008) bahwa pemahaman dan praktek kesehatan ibu dan anak sangat terkait dengan variasi geografis dan perbedaan karakteristik sosial ekonomi masyarakat. Budaya gizi yang baik banyak terlihat di masyarakat dengan kondisi sosial ekonomi yang memadai.

Gizi Buruk dan Upaya Pencegahannya

Masalah gizi pada suatu kelompok umur tertentu akan mempengaruhi status gizi pada periode siklus kehidupan berikutnya (*intergenerational impact*). Masa kehamilan merupakan periode yang sangat menentukan kualitas SDM di masa depan, karena tumbuh kembang anak sangat ditentukan oleh kondisinya saat masa janin dalam kandungan. Gizi buruk pada ibu produktif merupakan faktor penting dan utama penyebab kematian pada wanita-wanita di Asia dan Afrika. Hal-hal yang menyebabkan tersebut diantaranya adalah kurangnya asupan makanan, dan rendahnya kualitas gizi makanan. Konsekuensi dari rendahnya status gizi tersebut ditunjukkan dengan rendahnya bobot badan kehamilan dan angka kematian (Lartey, 2008). Keberadaan makanan tradisional di wilayah wilayah miskin sangat bervariasi. Namun demikian banyak ibu produktif kurang mempunyai informasi terhadap kandungan dan komposisi gizi makanan lokal tersebut. Hal tersebut selanjutnya berakibat pada rendahnya penggunaan makanan tersebut (Smith, 2006). Wahlqvist & Specht (1998) juga berpendapat bahwa keberagaman pangan yang diperoleh melalui produksi dan perdagangan makanan lokal dapat meminimalisir resiko kelaparan dan kematian.

Bukti bahwa keragaman pangan merupakan faktor utama bagi kesehatan disampaikan oleh Lee & Brown (1989) bahwa secara substansial hal tersebut telah berkembang pada dekade terakhir ini, misalnya rata-angka rata kematian orang dewasa, kanker, diabetes, penyakit tulang, hipertensi, kegemukan, dan lain-lain. Sehingga perlu

dipromosikan dan dipertahankan keragaman pangan pada tingkat regional dan diantara komunitas. Keragaman pangan juga penting dalam beberapa hal, misalnya: pertama, penting bagi nutrisi; kedua, tingkat nutrisi sangat bervariasi diantara berbagai bahan makanan, dan pemahaman atas faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan bahan makanan menjadi penting untuk memahami nutrisi yang terkandung di dalamnya.

Program pembangunan kesehatan termasuk diantaranya penyuluhan tentang pentingnya asupan makanan bergizi sudah sering dilakukan. Namun seringkali dijumpai bahwa program pembangunan yang dilaksanakan di suatu daerah mengalami kegagalan karena kurangnya keterlibatan masyarakat dalam proses perencanaan, pelaksanaan, maupun evaluasi. Soetomo (2006), dalam proses pembangunan fokus utamanya adalah membangun aspek masyarakat dan aspek manusianya, sehingga pengembangan masyarakat juga dapat ditempatkan sebagai salah satu unsur yang esensial dalam konsep pembangunan masyarakat. Unsur-unsur yang esensial tersebut antara lain adalah: adanya proses perubahan, mobilisasi atau pemanfaatan sumber daya dan pengembangan kapasitas masyarakat. Lebih lanjut menurut Usman (2004), seyogyanya program pembangunan yang dilaksanakan diarahkan untuk mencapai suatu transformasi sosial yang berlandaskan nilai-nilai yang berpusat pada manusia (*people-centered development values*), sehingga masyarakat lebih terlatih dalam mengelola sumber daya produktif bagi kepentingan mereka sendiri. Pemberdayaan merupakan suatu upaya menumbuhkan motivasi dan membuka kesempatan pada masyarakat untuk dapat memperoleh kehidupan yang lebih baik dengan cara memanfaatkan dan meningkatkan kemampuan yang mereka miliki dan sekaligus menempatkan mereka sebagai salah satu *stakeholder* aktif.

Sebagai aktor utama yang berperan ganda, seorang ibu memiliki peran yang sangat besar dalam sebuah keluarga. Bahkan dalam

ketiga proses transformasi ekonomipun seperti *the family based- economy*, *the family wage-economy*, dan *the family consumer economy*, perempuan selalu berperan serta.

Kondisi demikian menuntut seorang ibu harus memiliki wawasan, motivasi dan kemampuan yang memadai agar dapat memaksimalkan perannya dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan keluarga, termasuk diantaranya mencegah terjadinya gizi buruk pada diri mereka. Upaya tersebut antara lain dapat dilakukan apabila seorang ibu memiliki akses yang memadai mengenai pentingnya kesehatan dan layanan kesehatan. Agar ibu-ibu tersebut (terutama dari keluarga miskin) dapat memiliki akses akan pelayanan kesehatan, paling tidak terdapat 2 (dua) perspektif yang dapat digunakan untuk mendekati permasalahan tersebut, yakni: 1) perspektif yang memfokuskan perhatiannya pada alokasi sumber daya (*resource allocation*, melihat ketidakberdayaan kelompok miskin sebagai akibat dari sindrom kemiskinan yang melekat pada kehidupan kelompok miskin itu sendiri; 2) perspektif yang memfokuskan perhatiannya pada penampilan kelembagaan (*institutional performance*), lebih menekankan pada ketidakberdayaan dianggap sebagai konsekuensi dari bentuk pengelolaan pelayanan kesehatan yang diskriminatif yang merugikan kelompok miskin (Suyanto, 2004).

Peningkatan akses terhadap informasi dan layanan kesehatan guna mencegah terjadinya gizi buruk dapat dilakukan dengan memaksimalkan peran perempuan. Morgen (1998), kelompok ini sebenarnya memiliki aset sumber daya luar biasa yang perlu dieksplorasi sehingga dapat memainkan peranan yang signifikan. Keterlibatan perempuan dalam pengorganisasian masyarakat seringkali merubah cara berpikir dan berperilaku, sehingga dikatakan sebagai peningkatan pemberdayaan diri namun tidak dapat dijelaskan ataupun dikurangi atas peran dan tanggungjawabnya sebagai istri dan ibu, namun justru lebih pada kesadaran, cara berekspresi dan bertindak yang bersifat kolektif sesuai dengan kepentingan perempuan itu sendiri, sebagai istri dan ibu, anggota masyarakat dan komunitas, ras tertentu,

etnik, serta kelompok sosial. Kesadaran pada tingkat komunitas diartikan sebagai kekuatan masyarakat dan keyakinan akan keberlanjutan partisipasi mereka (Kwiatkowski, 2005).

Darlington dan Mulvaney (2002) dalam Geist (2003) menyatakan bahwa pada banyak kebudayaan rumah adalah domain perempuan, meski pada arena ini perempuan tetap memiliki keterbatasan kekuasaan. Padahal sebenarnya perempuan memiliki aset sumber daya luar biasa yang perlu dieksplorasi sehingga dapat memainkan peranan yang signifikan. Lebih lanjut Logan (1988) dan Rodriguez (1994) menyimpulkan bahwa pemberdayaan terjadi ketika perempuan mulai menyadari untuk mengembangkan kemampuan ataupun kapasitasnya dengan melakukan perubahan yang positif dalam kehidupannya dengan memasuki arena publik. Kesadaran pada tingkat komunitas diartikan sebagai kekuatan masyarakat dan keyakinan akan keberlanjutan partisipasi mereka (Kwiatkowski, 2005). Shields (1995) dalam Martin, et. al. (2005) mengidentifikasi tiga tema utama dalam pemberdayaan perempuan, yaitu: 1) keterhubungan antara perempuan satu dengan lainnya; 2) peka terhadap diri sendiri; serta 3) memiliki kemampuan untuk bertindak.

Pemberdayaan dan Faktor yang Mempengaruhinya

Pigg (2002) menyatakan bahwa pemberdayaan diartikan sebagai upaya memberikan atau menyediakan kekuasaan buat orang lain. Pemberdayaan tidak akan terjadi tanpa adanya tindakan nyata yang menghasilkan luaran dari proses pemberdayaan itu sendiri, adanya perubahan dari kondisi tidak berdaya menjadi mempunyai akses dalam pengambilan keputusan dalam masyarakat. Sharf, 1997 (dalam Martin et.al. 2005) menjelaskan bahwa pemberdayaan terlaksana sebagaimana umpan balik dari orang lain yang membuat seseorang lebih memiliki informasi untuk mengambil

keputusan dan bertindak yang mungkin mereka tidak memilikinya dalam hal lain.

Peningkatan pelayanan kesehatan membutuhkan keberadaan media kelompok wanita di pedesaan. Selain keterbatasan finansial beberapa faktor perlu diperhatikan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di wilayah desa miskin seperti komitmen politik, partisipasi masyarakat, manajemen sumberdaya alam dan manusia, pemberdayaan wanita dan tata pemerintahan yang sangat penting (Schweitzer, 2008)

Upaya pencegahan gizi buruk pada ibu usia produktif memerlukan keterlibatan aktif dari elemen masyarakat. Pembangunan yang berlandaskan nilai-nilai yang berpusat pada manusia menurut Usman (2004), memungkinkan terjadinya proses pemberian kekuasaan (*empowerment*) di tingkat bawah sehingga masyarakat lebih terlatih dalam mengelola sumber daya produktif bagi kepentingan mereka sendiri.

Kelompok masyarakat sebagai pusat pembelajaran masyarakat (*people's learning centers*) merupakan salah satu model untuk menurunkan angka kemiskinan khususnya di wilayah wilayah pedesaan yang miskin. Kelembagaan ini memberikan perhatian yang khusus untuk memberdayakan wanita pedesaan yang miskin. Studi juga menyatakan bahwa kelompok masyarakat dapat memfasilitasi peningkatan kesadaran politik dan ekonomi serta memperbaiki kondisi sosial masyarakat (Alam, 2006).

Cox dan Parson (1994) mengidentifikasi pemberdayaan di bidang kesehatan sebagai sebuah proses intervensi yang diawali dengan proses identifikasi kebutuhan dan kesadaran individu terhadap kekurangan atau masalah yang dihadapinya. Tahap selanjutnya dari proses pemberdayaan adalah penyuluhan dan pendidikan di kelompok kecil media pendidikan. Oleh karena itu model pemberdayaan melalui kelompok kelompok kecil sangat memberikan arti yang lebih signifikan. Kelompok-kelompok kecil tersebut menjadi media tukar informasi dan

pendidikan masyarakat agar mereka lebih memiliki informasi dan berdaya.

Pendidikan dan penyuluhan tentang gizi kepada tenaga-tenaga kesehatan di desa desa miskin mempunyai potensi untuk mencegah gizi buruk pada anak dan ibu. Penyuluhan dan pendidikan tentang gizi menyediakan pesan singkat yang sangat sesuai untuk keluarga berpendapatan rendah/miskin. Peranan tenaga kesehatan di wilayah miskin sangat signifikan dalam memperbaiki status gizi anak dan ibu sehingga penyuluhan gizi harus diintegrasikan dengan sistem pelayanan kesehatan (Nti, 2007). Namun peranan tenaga kesehatan tidak akan maksimal apabila masyarakat tidak dilibatkan.

Intervensi terhadap kesehatan wanita merupakan upaya pemberdayaan wanita dewasa yang dilakukan melalui penguatan kelompok wanita, pelayanan kesehatan dan pelatihan/pendidikan. Pengaruh kelembagaan wanita menjadi sangat vital dalam meningkatkan keterlibatan/partisipasi mereka di bidang kecukupan gizi dan kesehatan (Chowdhury, 2007). Hal tersebut didukung oleh pernyataan Gong (1995) bahwa kesuksesan intervensi kesehatan untuk mengurangi tingkat kematian wanita desa sangat tergantung pada level pemahaman dan persepsi terhadap problem kesehatan yang mempengaruhi mereka. Informasi pengukuran pemahaman tersebut dapat membantu menciptakan model intervensi yang lebih efektif dan dapat diterima. Namun kebanyakan wanita di wilayah pedesaan miskin sangat jarang diberikan kesempatan untuk menyuarakan aspirasi dan di dengar oleh pengambil kebijakan.

Pemberdayaan masyarakat, dalam hal ini posyandu dan dasawisma, bertujuan untuk memberikan ruang dan kesempatan bagi para wanita untuk menyuarakan aspirasinya. Upaya-upaya tersebut harus didahului dengan peningkatan pemahaman masyarakat terhadap program/kegiatan yang dilakukan. Peningkatan upaya/tingkah laku pencegahan penyakit dan gizi buruk untuk menurunkan angka kematian ibu produktif tergantung kepada pengetahuan

dan sikap wanita serta masyarakat (Rosato, dkk, 2006). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa rendahnya pemahaman terhadap kesehatan dan gizi merupakan masalah yang dialami oleh wanita produktif pedesaan. Keberadaan kelompok wanita dapat meningkatkan pemahaman masalah-masalah kesehatan wanita dan juga meningkatkan motivasi untuk menyelesaikan masalah tersebut. Strategi mobilisasi masyarakat seperti kelompok wanita sangat efektif dalam mengurangi tingkat kematian wanita dewasa sebab mereka mempunyai kapasitas kebersamaan untuk menyelesaikan masalah dan suara mereka didengar oleh pengambil keputusan. Selain itu juga membuka isolasi dengan bertambahnya akses terhadap informasi, peluang ekonomi, dan tumbuhnya rasa percaya diri (Soetomo, 2006).

Pemberdayaan wanita dalam level organisasi/kelompok sangat terkait dengan tingkat partisipasi mereka di dalam kelompok tersebut. Wanita dalam usia produktif (25-54 tahun) lebih mempunyai keterlibatan dalam kelompok dibanding usia dibawah produktif dan non produktif. Oleh karena itu strategi peningkatan partisipasi dalam program program peningkatan gizi dan kesehatan harus diperhatikan khususnya dalam memperbaiki persepsi terhadap kegiatan, kesadaran terhadap gizi dan kesehatan serta perbaikan pelayanan kesehatan (Kaiser, 2008).

Keberadaan wanita asli di wilayah pedesaan dalam satu kelompok bersama dan bertukar informasi serta berpartisipasi dalam kegiatan kelompok tersebut merupakan proses pemberdayaan dan model berkomunikasi antar anggota. Pemahaman terhadap budaya lokal, ekonomi, dan motivasi merupakan elemen penting dalam model terpadu untuk memberdayakan masyarakat wanita di suatu kelompok (Napoli, 2002). Pengambilan keputusan bagi ibu usia produktif di pedesaan bukan merupakan hal yang mudah. Ketidakterdayaan yang dimiliki wanita di pedesaan menjadikan mereka kesulitan dan kurang mempunyai kekuatan untuk membuat keputusan terkait dengan kesehatan dan upaya peningkatan

kecukupan gizi. Pemberdayaan dalam kelompok, lingkungan yang sesuai, pengetahuan individu, dan pemahaman norma sosial merupakan variabel penting dalam peningkatan upaya pencegahan gizi buruk (August Brady, 2000).

Kesimpulan

Terpenuhinya kualitas gizi keluarga sangat terkait dengan pengetahuan dan kemampuan ibu mengenai pentingnya asupan gizi. Karena itulah, program peningkatan pencegahan gizi buruk hendaknya difokuskan pada ibu-ibu, khususnya yang tinggal di desa-desa miskin. Program ini semakin penting, mengingat selama ini dalam penanganan gizi buruk fokus perhatian lebih banyak ditujukan hanya pada balita.

Untuk itu, di tataran praktis, pemberdayaan kelompok-kelompok perempuan harus dihidupkan lagi hingga ke pelosok daerah. Kelompok-kelompok perempuan seperti Posyandu dan dasawisma di masa lalu telah menunjukkan kinerja yang efektif dalam penemuan dan penanganan serta pencegahan masalah-masalah kesehatan anak dan ibu, hingga pelosok daerah.

Pemberdayaan/revitalisasi kelompok-kelompok perempuan seperti posyandu dan dasawisma menjadi suatu langkah yang paling mungkin untuk dilakukan. Oleh karena itu kenyataan bahwa posyandu dan dasawisma selama ini dihidupkan oleh tenaga-tenaga sukarelawan harus mendapat dukungan kelembagaan dari pemerintah, untuk memotivasi tetap aktifnya layanan-layanan posyandu dan dinamika dasawisma di daerah-daerah.

Daftar Pustaka

- Alam, K. Rafikul. 2006. *Ganokendra: An Innovative Model For Poverty Alleviation In Bangladesh*. Review of Education (2006) 52:343–352
- Anker, R. 2006. *Poverty Lines around The World: Anew Methodology and Internationally Comparable Estimates*. International Labour Review. Vol. 145, Issue: 4, No. 279
- August-Brady, M. 2000. *Flexibility: A concept analysis*. Nursing Forum, 35, 5–14.
- Bartle, P. 2003. *Key Words C of Community Development, Empowerment, Participation*: <http://www.scn.org/ip/cds/cmp/key-c.htm>.
- Biro Pusat Statistik . 2003. Statistik Indonesia. Jakarta.
- Chowdhury, R. 2007. *Rethinking Interventions for Women's Health*. The Lancet; Oct 13-Oct 19, 2007; 370, 9595; ProQuest Biology Journals
- Cox, E dan Parson, R. 1994. *Empowerment oriented Social Work Practice With The Elderly*. Pacific Grov, CA : Brooks/Cole.
- Graeff, J.A, dkk, 1998, Komunikasi Untuk Kesehatan dan Perubahan Perilaku, Yogyakarta; Gadjah Mada University Press.
- Kaiser, L. 2008. *Why Do Low-Income Women Not Use Food Stamps? Findings From The California Women's Health Survey*. Public Health Nutrition: 11(12), 1288–1295
- Kearny, M.J dan Roslyn C. Tarrant. 2008. *Public Health Nutrition Breast-Feeding Practices In Ireland*. Symposium on 'The challenge of translating nutrition research into public health nutrition'. Proceedings of the Nutrition Society (2008), 67, 371–380
- Khomsan, A. 2004. Aspek Gizi Dan Konsumsi Pangan Hewani. Makalah Dipresentasikan Pada Seminar Nasional Biosekuriti Pada Industri Peternakan Dan Peranannya Dalam Menjaga Keamanan Pangan. Kerjasama ISPI, Poultry Indonesia Dan Fakultas Peternakan IPB.
- Kumar, A. 2007. *Health inequity and women's self-help groups in India: The role of caste and class*. Health Sociology Review (2007) 16: 160–168
- Kwiatkowski, L, 2005. *NGOs, Power and Contradiction in Ifugao, the Philippines*, Urban Anthropology & Studies of Cultural Systems & World Economic Development, Vol. 34.
- Lartey, A. 2008. *Maternal And Child Nutrition In Sub-Saharan Africa: Challenges And Interventions*. Proceedings of the Nutrition Society (2008), 67, 105–108
- Lee & Mark G. Brown. 1989. *Consumer Demand for Food Diversity*, Southern Journal of Agriculture Economics, December
- Martin, P. Geist, et.al. 2003. *Communicating Health: Personal, Cultural, and Political Complexities, California*: Wadsworth/Thomson Learning
- Morgan, J. 1998. *Bound-Risk: The Mujeres De Yucatan Por la Democracia*. Sex Roles: A Journal of Research, Vol. 39
- Moser, C.O.N, 1996. *Confronting crisis: a summary of household responses to poverty and vulnerability in four poor urban communities*. Washington DC: World Bank.
- Nti. A and Lartey. A .2007. *Effect Of Caregiver Feeding Behaviours On Child Nutritional Status In Rural Ghana*. Int J Consum Stud 31, 303–309.
- Pigg, E. Kenneth. 2002. *Three Faces of Empowerment: Expanding the Theory of Empowerment in Community Development*, Journal of the Community Development Society, Vol. 33, 2002.
- Rosato, M, Charles W Mwansambo; Peter N Kazembe; Tambosi Phiri. 2006. *Women's Groups' Perceptions Of Maternal Health Issues In Rural Malawi*. The Lancet; Sep 30-Oct 6, 2006; 368, 9542; ProQuest Biology Journals
- Satoto. 1990, Pertumbuhan dan Perkembangan Anak: Pengamatan anak umur 0-18 bulan di kecamatan Mlonggo, Jepara, Jawa Tengah, UNDIP, Semarang.

- Schweitzer, J. *Improving Health Services In India: A Different Perspective*. Health Affairs 27, no. 4 (2008): 1002-1004
- Smet, B. 1994. Psikologi Kesehatan, Jakarta; PT. Grasindo.
- Smith IF, Eyzaguirre PB, Matig OE & Johns T (2006). *Managing Biodiversity For Food And Nutrition Security In West Africa: Building On Indigenous Knowledge For More Sustainable Livelihoods*. SCN News 33, 22–26.
- Soetomo. 2006. Strategi-Strategi Pembangunan Masyarakat, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Suyoto Usman, 2004. Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat, Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset
- UNICEF. 1998. *The State of the World's Children* Oxford: Oxford University Press.
- Vorster, H. Christina S Venter, Marie' P Wissing and Barrie M Margetts. 2005. *The nutrition and health transition in the North West Province of South Africa: a review of the THUSA (Transition and Health during Urbanisation of South Africans) study*. Public Health Nutrition: 8(5), 480–490.