

Gerakan Nasional Sadar Gizi pada Seribu Hari Pertama Kehidupan: Saatnya Memanfaatkan Teknologi *Mobile* dan Internet

Dina Faizah

Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Indonesia sebagai negara berkembang dihadapkan dengan persoalan beban ganda (*double burden*), di satu sisi masalah anak kurang gizi masih banyak terjadi, tetapi di sisi lain jumlah anak dengan obesitas juga kian meningkat. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada 2010 menyebutkan ada 17,9% status gizi kurang pada anak usia di bawah lima tahun (balita), sementara ada 14% anak pada kelompok usia yang sama mengalami kegemukan. Di samping itu, dari 23 juta balita di Indonesia, 7,6 juta (35,6%) tergolong pendek (*stunting*).¹

Berbagai studi menunjukkan bahwa faktor penyebab terpenting tubuh pendek, kurus, obesitas, dan beberapa indikator kualitas hidup lainnya adalah gizi sejak konsepsi sampai anak usia dua tahun. Apabila dihitung dari sejak hari pertama kehamilan (270 hari), kelahiran bayi sampai anak usia dua tahun (730 hari), maka periode ini merupakan periode 1000 hari pertama kehidupan manusia. Periode ini telah dibuktikan secara ilmiah merupakan periode sensitif yang menentukan kualitas kehidupan karena akibat yang ditimbulkan terhadap bayi pada masa ini akan bersifat permanen dan tidak dapat dikoreksi. Dampak tersebut tidak hanya pada pertumbuhan fisik, tetapi juga perkembangan mental dan kecerdasannya, yang pada usia dewasa terlihat dari ukuran fisik yang tidak optimal dan kualitas kerja yang tidak

kompetitif hingga berakibat pada rendahnya produktivitas ekonomi.²

Sejak tahun 2010, upaya percepatan perbaikan gizi telah berkembang menjadi suatu gerakan gizi internasional yang luas dan dikenal sebagai gerakan *Scaling Up Nutrition* (SUN). Di Indonesia, gerakan ini disebut sebagai Gerakan Nasional Sadar Gizi pada Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK).²

Masalah gizi pada 1000 HPK dapat dikelompokkan dalam tiga periode, yaitu masa kehamilan, 0-6 bulan, dan 6-24 bulan. Masalah gizi yang paling umum ditemui pada masa kehamilan berdasarkan Riskesdas 2010 adalah 44,2% ibu hamil di Indonesia mengalami defisiensi zat gizi makro dan mikro yang dapat menyebabkan kelainan dalam proses perkembangan janin, meningkatkan risiko angka kematian ibu dan bayi serta angka kejadian bayi dengan berat badan lahir rendah.^{1,3} Masalah gizi pada usia bayi 0-6 bulan yaitu praktik pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif di Indonesia masih tergolong rendah (32%), sedangkan pemberian susu formula mencapai 28% (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia/ SDKI, 2007). Adapun masalah gizi pada periode usia bayi 6-24 bulan yaitu pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) sering tidak tepat dan tidak cukup, baik kualitas maupun kuantitasnya.⁴

Akar dari semua permasalahan tersebut adalah kurangnya pengetahuan ibu. Beberapa faktor yang mempengaruhi bayi tidak diberikan ASI eksklusif antara

lain dukungan keluarga khususnya suami, banyaknya ibu menyusui yang tidak dibekali pengetahuan yang cukup tentang teknik menyusui yang benar dan manajemen kesulitan laktasi (ASI tidak keluar, masalah payudara, bayi tidak mau, dan lain-lain), termasuk tantangan yang dihadapi oleh ibu bekerja.^{5,6} Untuk meningkatkan pengetahuan ibu tentang pemenuhan gizi seimbang pada 1000 HPK, diperlukan edukasi kesehatan.⁷

Edukasi Konvensional Kurang Efektif

Upaya yang telah dilakukan selama ini antara lain kebijakan pemerintah mengenai pemberian asupan nutrisi untuk ibu hamil dan menyusui, penyuluhan gizi yang dilakukan oleh petugas kesehatan ataupun lembaga swadaya masyarakat (LSM), serta informasi-informasi yang ada di media masa. Namun, metode-metode tersebut dianggap belum cukup efektif untuk memperbaiki perilaku keluarga dalam meningkatkan status gizi pada 1000 HPK dan terdapat banyak kendala seperti kurangnya pengetahuan dan keterampilan tenaga kesehatan (penyuluh) dalam memberikan edukasi gizi serta kurangnya jumlah tenaga kesehatan di daerah terpencil. Diperlukan metode edukasi kesehatan yang masif, interaktif, mudah dipahami, dan mudah diakses oleh masyarakat.^{8,9}

Beberapa studi menunjukkan bahwa pemanfaatan teknologi berbasis aplikasi *mobile* dan internet terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan perilaku sadar gizi masyarakat, dibandingkan dengan metode konvensional seperti ceramah atau penyebaran brosur.⁸⁻¹⁰ Fahey *et al* (2008) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa edukasi berbasis *mobile* dan internet terbukti efektif dalam edukasi kesehatan mental anak-anak bagi para tenaga kesehatan di daerah terpencil.¹⁰ Begitupun penelitian yang dilakukan oleh Rahmawati *et al* (2007) menyebutkan bahwa ada peningkatan pengetahuan, sikap, dan tindakan ibu tentang gizi setelah dilakukan

penyuluhan dengan media audio-visual (video).¹¹

Terkait dengan masalah gizi pada 1000 HPK, penelitian Morica (2012) menyimpulkan terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dan sikap ibu dalam pemberian MP-ASI dengan status gizi balita, dan cara meningkatkan pengetahuan ibu yang paling efektif yaitu dapat dengan edukasi menggunakan multimedia.¹² Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu, sedangkan sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulan tau objek.⁷ Dengan multimedia yang disajikan dalam teknologi berbasis *mobile* dan internet, semakin banyak panca indera yang terstimulasi sehingga dapat memperbaiki perilaku sehat masyarakat.

Prospek Pengembangan Aplikasi berbasis *Mobile* dan Internet

Pemanfaatan teknologi berbasis aplikasi *mobile* dan internet memiliki prospek yang baik untuk diimplementasikan. Hal ini didukung oleh perkembangan siklus teknologi yang cepat serta peningkatan penetrasi telepon seluler dan internet sebesar 30% (Nielsen, 2010). Berdasarkan data APJII (2012), pengguna Internet di Indonesia bertambah menjadi sekitar 63 juta orang (24,23%) dari total populasi saat ini. Pengguna internet terbanyak saat ini masih berada di pulau Jawa, posisi kedua diikuti Pulau Sumatera, Sulawesi, Bali, dan Kalimantan. Pengguna terbanyak Internet berusia 12-34 tahun, yang mencapai 64 persen dari total pengguna.¹⁵ Kebanyakan pengguna mengakses internet menggunakan ponsel cerdas (65%) dan ini didorong dengan semakin banyaknya ponsel cerdas berharga murah sehingga jumlah pengguna ponsel cerdas di Indonesia terus meningkat.¹⁴

Akses internet yang dapat diterapkan dalam masyarakat, termasuk masyarakat di daerah perifer dapat berupa

mobile web maupun instalasi dengan *software* tertentu. Aplikasi berbasis *mobile* kini sedang sangat berkembang (dengan *platform* Android, iOS, Blackberry, dan Windows). Model ini memungkinkan penggunaanya untuk mendapatkan informasi mengenai cara pemenuhan gizi yang tepat pada 1000 HPK secara atraktif dan interaktif dalam bentuk multimedia (teks, gambar, animasi, dan video). Selain itu, dalam aplikasi ini juga terdapat layanan *reminder* yang bertujuan untuk memberikan informasi kesehatan maupun pengingat tanggal penting kepada pengguna sistem, seperti pengingat konsumsi rutin suplemen asam folat dan besi pada masa kehamilan, periksa kehamilan ke dokter kandungan, serta jadwal imunisasi bayi dan kunjungan ke posyandu atau dokter anak. Layanan *reminder* ini dapat sangat berguna khususnya bagi ibu yang bekerja. Dalam aplikasi berbasis *mobile* ini juga terdapat menu layanan konsultasi tidak langsung maupun konsultasi langsung.^{13,14}

Pemanfaatan teknologi *mobile* memungkinkan masyarakat dapat menikmati akses informasi kesehatan yang dibutuhkan dengan berbagai kemudahan yang disediakan tanpa terkendala jarak dan waktu. Terlebih data dari SDKI 2007 yang menggambarkan bahwa pusat layanan kesehatan primer dan jumlah tenaga dokter sebagai penyedia informasi dan layanan kesehatan belum cukup dan belum tersebar merata di berbagai daerah.⁴ Selain itu, kelebihan model edukasi ini dibandingkan metode edukasi kesehatan lainnya antara lain yaitu dapat disajikan dengan multimedia, dibawa kemana-mana, mencakup banyak orang, terdapat layanan *reminder* dan konsultasi, serta fiturnya dapat dikembangkan sesuai perkembangan teknologi dan kondisi sosial-ekonomi masyarakat.

Namun, implementasi teknologi *mobile* dalam edukasi gizi dan kesehatan sebagai sebuah strategi baru membutuhkan kerja sama dengan pemerintah dan pemangku kepentingan lainnya, baik dari

segi pelaksanaan maupun pembiayaan. Tanpa adanya kerja sama yang baik, model edukasi tersebut tidak akan dapat terlaksana dengan baik dan berkesinambungan. Untuk mengatasi hal ini, dapat dirumuskan strategi untuk mengadakan kerja sama yang dapat menguntungkan semua pihak.^{2,13} Selain itu, dibutuhkan program sosialisasi secara berkesinambungan yang dapat melingkupi seluruh lapisan masyarakat untuk mengatasi tingkat adaptasi masyarakat yang cenderung rendah terhadap kemajuan teknologi baru, terutama masyarakat menengah ke bawah dan masyarakat di daerah perifer.

Sebagai kesimpulan, pemanfaatan teknologi berbasis *mobile* dan internet akan membawa suatu akselerasi dalam perbaikan gizi di Indonesia, khususnya pada 1000 HPK yang merupakan periode sensitive tumbuh kembang anak. Melalui akses yang mudah terhadap informasi kesehatan, pengetahuan dan perilaku masyarakat akan pentingnya kesehatan dan pemenuhan gizi seimbang dapat dicapai dengan lebih efektif dan efisien.

Referensi

1. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2010. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI; 2011.
2. Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional. Kerangka Kebijakan Gerakan Sadar Gizi dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (1000 HPK). Jakarta: Bappenas; 2012.
3. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Kinerja Kegiatan Pembinaan Gizi Tahun 2011: Menuju Perbaikan Gizi Perseorangan dan Masyarakat yang Bermutu. Jakarta: Direktorat Bina Gizi Kemenkes RI; 2012.

4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Peta Kesehatan Indonesia 2007. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Depkes RI; 2008.
5. Februhartanty J. Strategic Roles of Fathers in Optimizing Breastfeeding Practices: A Study in an Urban Setting of Jakarta. Jakarta: Faculty of Medicine University of Indonesia Postgraduate Program in Nutrition; 2008 [Summary of Dissertation].
6. Josefa KG. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu. Semarang: Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; 2011 [Skripsi].
7. Notoatmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineke Cipta; 2003.
8. Macko SA, Faulkner J, Hunt C, Schmitz R, Szuba TA. Teleducation: Opportunities for Expanding Educational Access in the Developing World through Real-Time Interactive Virtual Classes. *Geophysical Research Abstracts*. 2006;8:527-8.
9. Zulaekah S. Efektivitas Pendidikan Gizi dengan Media Booklet terhadap Pengetahuan Gizi Anak SD. *KEMAS*. 2012;7(2):121-8.
10. Fahey A, Day NA, Gelber H. Tele-education in child mental health for rural allied health workers. *J Telemed Telecare*. 2008;9(2):84-8.
11. Rahmawati I, Sudargo T, Paramastri I. Pengaruh Penyuluhan dengan Media Audio Visual Terhadap Peningkatan pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Ibu Balita Gizi Kurang dan Buruk Dikabupaten kota Waringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*. 2007;4(2):69-77.
12. Morica L. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan Ibu dalam Pemberian Makanan Pendamping ASI dengan Status Gizi Bayi Umur 7-12 Bulan di Kelurahan Tengah Sawah Bukittinggi 2012. Padang: Fakultas Kedokteran Universitas Andalas; 2012.
13. Saputro RR. Aplikasi Kamus Kesehatan Menggunakan Platform Andorid. Depok: Fakultas Ilmu Komputer dan Teknologi Informasi Universitas Gunadarma; 2012.
14. Asosiasi Penyelenggara Jasa Internet Indonesia. Pengguna Internet di Indonesia Terus Melonjak. Diunduh dari: <http://www.apjii.or.id/v2/index.php>. Diakses pada 5 Maret 2013.
15. Nielsen Indonesia. Peningkatan Penetrasi Telepon Seluler di Indonesia Tahun 2010. Dinduh dari: www.nielsen.com/id.html. Diakses pada 1 Maret 2013.