



P R A K A R S A

Welfare Initiative for Better Societies

RESEARCH PAPER

PENGARUH FAKTOR DEMOGRAFI TERHADAP RESIKO GIZI BURUK PADA TIGA KOMUNITAS DI SUMATERA BARAT

@ **Wiko Saputra**

Economic Policy Researcher Perkumpulan PRAKARSA

@ **Rahmah Hida Nurrizka**

Departemen Kesehatan Masyarakat
Pasca Sarjana FKM - UI

May - August 2013

PENGARUH FAKTOR DEMOGRAFI TERHADAP RESIKO GIZI BURUK PADA TIGA KOMUNITAS DI SUMATERA BARAT

Wiko Saputra¹ & Rahmah Hida Nurriszka²

¹Perkumpulan PRAKARSA

²Departemen Kesehatan Masyarakat, FKM – UI

¹email : wiko@theprakarsa.org

²email : rh.nurriszka@gmail.com

Abstract

This study discussed the problem of malnutrition at three communities in West Sumatra, namely; urban community, fishery community and farming community. Data of this study were obtained by doing field study toward 572 families which were selected or chosen by using purposive random sampling technique. The result of studying on the evaluation of the status of nutrition of children under five years. Showed its implication. (1) There were still many children under five years who have malnutrition in West Sumatra. (2) Poverty and the level of education of parents were main factors making less than five years children have malnutrition. This polemic becomes complex when the intervention of government for the poverty is weak so that poverty especially at fishery, urban and traditional farming community is not able to bring change on the welfare of society and this has implication for the existence of malnutrition for under five years children. In this case, systematic effort is needed to integrate the program for overcoming poverty and program for providing food in order to be able to minimize the risk of malnutrition in society

Keywords: Malnutrition, Poverty, Food, Children, Welfare

1. PENDAHULUAN

Persoalan gizi dalam pembangunan kependudukan masih merupakan persoalan yang dianggap menjadi masalah utama dalam tatanan kependudukan dunia^{1,2}. Sehingga persoalan ini menjadi salah satu poin penting yang menjadi kesepakatan global dalam Milleneum Development Goals (MDGs). Setiap negara secara bertahap harus mampu mengurangi jumlah balita yang bergizi buruk atau kurang gizi sehingga mencapai 15 % pada tahun 2015.

Di Indonesia persoalan gizi ini juga merupakan salah satu persoalan utama dalam pembangunan manusia. Sebagai salah satu negara dengan kompleksitas kependudukan yang sangat beraneka ragam, Indonesia dihadapi oleh dinamika persoalan gizi buruk³. Walaupun proses pembangunan di Indonesia telah mampu mengatasi persoalan ini tapi dilihat dari kecenderungan data statistik masih banyak persoalan yang perlu diselesaikan terutama menyangkut persoalan balita kekurangan gizi⁴.

Secara bertahap, sebenarnya Indonesia telah mampu menurunkan prevelensi balita kurang gizi. Selama dua

dasawarsa terakhir, Indonesia berhasil menurunkan prevalensi balita kurang gizi dari 31 % pada tahun 1989 menjadi 18,4 % pada tahun 2007⁵. Ini menunjukkan bahwa proses pencapaian target MDGs secara bertahap dapat dilakukan oleh Indonesia. Tapi masih terdapat beberapa persoalan urgen yang menjadi kendala dalam pengurangan prevalensi balita kurang gizi di Indonesia. Pertama, terdapat disparitas prevalensi balita kurang gizi antar provinsi^{6,7}. Ini menunjukkan bahwa secara nasional masih terdapat persoalan-persoalan balita kurang gizi di Indonesia. Coba bandingkan, di Provinsi DI Yogyakarta prevalensi balita kurang gizi mencapai 10,9 % sedangkan di Provinsi Nusa Tenggara Timur masih sekitar 33,6 %. Ini menunjukkan perbedaan yang sangat jauh. Dan implikasinya ke depan akan menimbulkan semakin besarnya ketimpangan pembangunan manusia antar provinsi di Indonesia.

Kedua, terdapat juga kesenjangan antar daerah perkotaan dengan pedesaan. Di perkotaan angka balita kurang gizi mencapai 15,9 % lebih rendah dibanding di daerah pedesaan yang mencapai 20,4 %. Ketiga, terdapat juga disparitas antar kelompok sosial ekonomi. Ini menjadi fokus utama dalam persoalan gizi buruk di

Indonesia. Dimana pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan orang tua mempengaruhi perbandingan prevalensi gizi buruk^{8,9,10}.

Persoalan ini akan mudah dipahami ketika pengambil kebijakan mengetahui karakteristik dari rumah tangga yang memiliki anak penderita gizi buruk. Mengetahui informasi ini sangat penting dalam upaya mengatasi permasalahan gizi buruk di Indonesia. Pertama, karakteristik rumah tangga akan memudahkan penanganan terhadap penderita gizi buruk. Dengan mengetahui pada level mana resiko terbesar bagi penderita gizi buruk maka pola penanganannya akan cepat dilakukan⁹.

Kedua, karakteristik rumah tangga memberikan kemudahan bagi cara mengambil tindakan terhadap masalah gizi buruk. Seperti, ketika seorang balita terindikasi penderita gizi buruk dan informasi yang ada bahwa balita ini memiliki orang tua dengan pendapatan rendah maka pendekatan kesejahteraan merupakan langkah utama untuk mengatasi persoalan ini^{10,11}. Ketiga, mengelompokkan rumah tangga dengan resiko terbesar penderita gizi buruk. Ini akan memudahkan dalam melihat penanganann secara lebih makro¹².

Tulisan ini akan memberikan pemahaman terhadap model pengaruh demografi terhadap resiko anak balita menderita gizi buruk di tiga komunitas di Sumatera Barat. Dimana Sumatera Barat yang merupakan provinsi basis pangan di kawasan Sumatera merupakan daerah yang seharusnya memiliki prevalensi penderita gizi buruk yang lebih rendah. Ternyata justru ironis, data menunjukkan pada tahun 2007, prevalensi anak dengan gizi buruk masih sekitar 20,2 %, angka ini diatas rata-rata nasional yaitu sekitar 18,4%¹³. Apakah ini ada pengaruh terhadap kondisi demografi ? Inilah yang akan coba dijawab dalam tulisan ini. Sehingga dengan mengetahui karakteristik secara demografi maka pola penanganan masalah gizi buruk ini akan dapat dilakukan.

2. METODE PENELITIAN

2.1. Data

Kajian ini menggunakan data mikro melalui studi lapangan yang dilaksanakan pada tahun 2010 pada tiga komunitas di Sumatera Barat. Jumlah sampel ditetapkan sebanyak 572 yang akan merefleksikan situasi rumah tangga di Sumatera Barat, yang bercirikan masyarakat nelayan, masyarakat pertanian dan perkebunan, dan masyarakat perkotaan. Ketiga jenis masyarakat ini kemudian akan dipilih daerah yang representatif pada setiap kabupaten/kota. Jumlah sample dilakukan dengan menentukan *sampling* terpilih, yakni desa yang terpilih secara acak. Kemudian penarikan *sample* dilakukan secara sistematis *random sampling* dari interval *sample* yang ditentukan sesuai dengan jumlah rumah tangga yang ada.

Tabel 1. Jumlah Sample menurut Komunitas dan Kecamatan di Sumatera Barat

Komunitas	Jumlah Sample	Teknik Sampling
Nelayan	150	Systematical Random Sampling
Pertanian	300	
Perkotaan	122	
Total	572	

2.2. Menghitung Status Gizi Balita

Status gizi merupakan salah satu indikator keberhasilan pembangunan. Keadaan kurang gizi terutama pada balita akan mengakibatkan terganggunya pertumbuhan fisik dan kecerdasan. Selanjutnya status gizi akan menentukan produktifitas kerja atau pertumbuhan ekonomi. Status gizi merupakan cerminan dari kualitas hidup. Sementara pertumbuhan ekonomi dan kualitas hidup merupakan sasaran pembangunan.

Dalam penelitian ini untuk menilai status gizi balita digunakan indek antropometri yaitu berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U) dengan baku rujukan WHO-NCHS yang disajikan dalam versi skor simpang baku. Status gizi dikatakan kurang apabila $BB/U < -2SD$, sedangkan status gizi dikatakan normal apabila $-2SD \leq BB/U \leq +2SD$. Status gizi dikatakan buruk apabila BB/U kurang dari $-3SD$ ^{6,9,12}.

2.3. Analisis Karakteristik Resiko Gizi Buruk (Regresi Logistic)

Sementara analisis karakteristik penderita gizi buruk dilakukan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya resiko gizi buruk di dalam komunitas yang akan dikaji. Mengingat variabel terikat yang digunakan merupakan variabel dikotomis, yaitu anak balita yang memiliki gizi buruk dan anak balita yang memiliki gizi baik, maka digunakan model regresi logistik. Model logistik pada dasarnya digunakan untuk melihat probabilitas terjadinya suatu keadaan dengan memperhitungkan faktor-faktor lain yang ada dalam model. Dengan demikian, model tersebut cukup memadai digunakan dalam penelitian ini, khususnya untuk melihat probabilitas munculnya gizi buruk berdasarkan beberapa variabel yang diduga mempengaruhinya¹⁴.

Sesungguhnya model logistik bukanlah satu-satunya model regresi yang dapat dibentuk berdasarkan variabel terikat dikotomis, tetapi juga dapat digunakan model probit atau model normit, perbedaan model tersebut terletak pada fungsi distribusi atau *Cumulative Distribution Function (CDF)* yang digunakan dalam model, di mana model logistik mengikuti *CDF logistik*, sedangkan model probit mengikuti *CDF Normal*¹⁵. Dipilihnya model logistik pada penelitian ini tidak melalui pengkajian teoretis secara mendalam untuk mendapatkan CDF yang tepat guna menganalisis sifat-

sifat variabel terikat, melainkan didasarkan pada pendapat bahwa model logistik lebih mudah untuk diinterpretasikan. Model yang digunakan sebagai berikut :

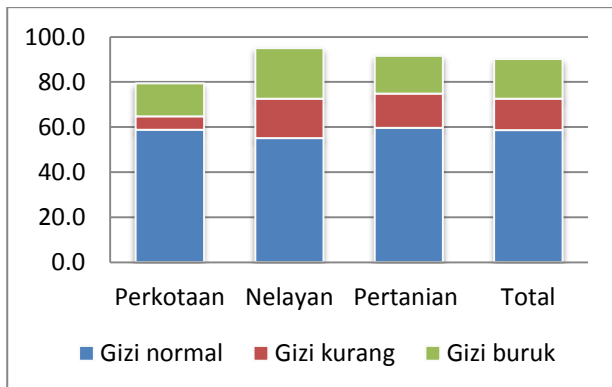
$$\ln Y (p/p-1p) = \beta_0 + \beta_1 \text{COM} + \beta_2 \text{USIA KRT (1)} + \beta_3 \text{USIA KRT (2)} + \beta_4 \text{USIA KRT (3)} + \beta_5 \text{EDU KRT (1)} + \beta_6 \text{EDU KRT (2)} + \beta_7 \text{EDU KRT (3)} + \beta_8 \text{JART (1)} + \beta_9 \text{JART (2)} + \beta_{10} \text{LAPUS (1)} + \beta_{11} \text{LAPUS (2)} + \beta_{12} \text{LAPUS (3)} + \beta_{13} \text{PEK (IBU)} + \beta_{14} \text{STAPEK KRT} + \beta_{15} \text{PEKHAM} + \beta_{16} \text{DOSVIT} + \beta_{17} \text{ZATBES} + \beta_{18} \text{POVERTY} + \beta_{19} \text{MIGRAN} + \varepsilon$$

3. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

3.1. Penilaian Status Gizi Balita

Dari hasil studi menunjukkan secara umum masih besar jumlah penderita gizi buruk di daerah kajian. Sekitar 17,6 % balita memiliki resiko gizi buruk dan 14,0 % menderita kekurangan gizi. Ini sangat memperhatikan karena dilihat dari karakteristik dari daerah ini merupakan daerah dengan tingkat produksi pertanian yang tinggi. Jumlah produksi beras, jagung, ubi-ubian, sayuran dan buah-buahan selalu surplus. Begitu juga dengan perikanan merupakan sentra perikanan untuk kawasan Sumatera. Berarti pengaruh produksi pangan tidak memberikan jaminan terhadap resiko penderitanya gizi buruk dan kurang di Sumatera Barat⁸.

Bila dilihat menurut komunitas, komunitas nelayan memiliki proporsi tingkat penderita gizi buruk dan kekurangan gizi yang relatif tinggi dibanding dua komunitas lain seperti komunitas perkotaan dan komunitas pertanian.

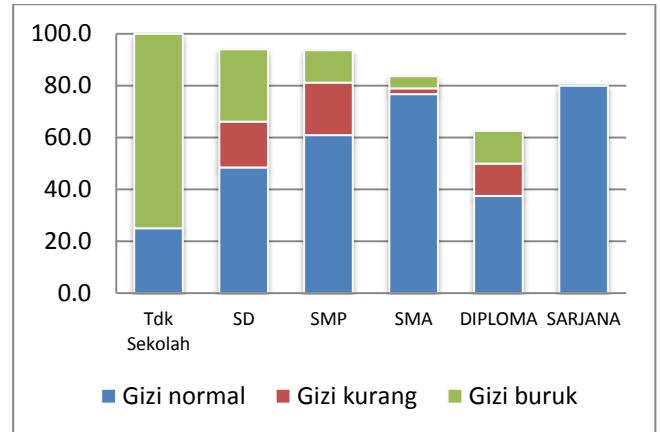


Sumber : Diolah dari Data Lapangan

Gambar 1. Penilaian Status Gizi Balita menurut Komunitas

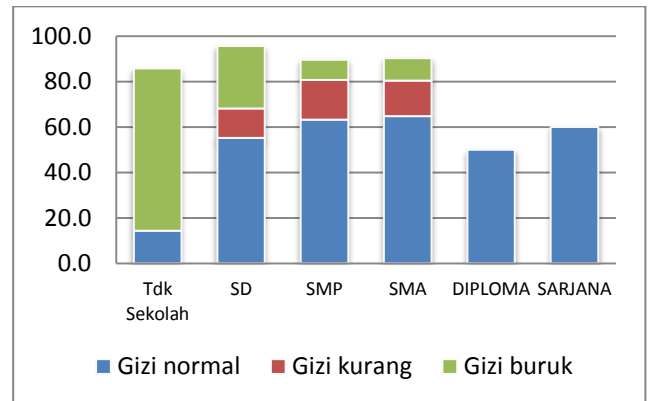
Ketika faktor produksi pangan berimplikasi besar terhadap penderita gizi buruk dan kekurangan gizi. Ada dua faktor lain yang dianalisis dalam bagian ini.

Pertama, faktor pendidikan. Hasil temuan menunjukkan bahwa rendahnya tingkat pendidikan kepala rumah tangga dan ibu berimplikasi terhadap resiko balita menderita gizi buruk dan kekurangan gizi. Pendidikan mempengaruhi pengetahuan terhadap gizi dan kesehatan. Bila pengetahuan rendah maka pola asuh orang tua terhadap anak menjadi kurang baik. Selanjutnya implikasinya akan berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak. Disinilah sebenarnya akar persoalan dari kasus gizi buruk dan kekurangan gizi yang terjadi di Sumatera Barat.



Sumber : Diolah dari Data Lapangan

Gambar 2. Penilaian Status Gizi Balita menurut Tingkat Pendidikan Kepala Rumah Tangga



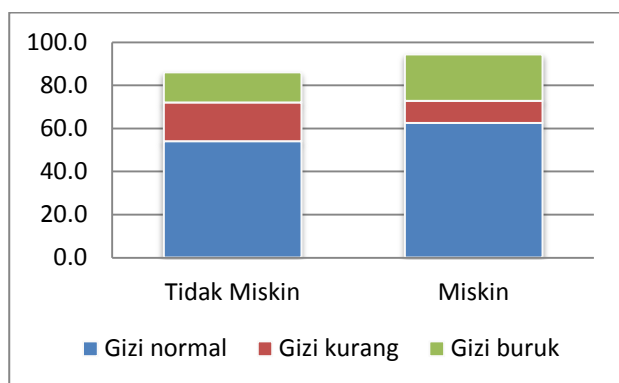
Sumber : Diolah dari Data Lapangan

Gambar 3. Penilaian Status Gizi Balita menurut Tingkat Pendidikan Ibu

Apakah kemiskinan juga berimplikasi terhadap penderita gizi buruk dan kekurangan gizi ? Beberapa kasus gizi buruk yang terjadi selama ini baik di Indonesia maupun secara global menemukan implikasi bahwa kemiskinan beresiko besar terhadap kasus gizi buruk^{3,8,10}. Dalam studi ini kondisi tersebut juga ditemukan. Kelompok masyarakat miskin dengan akses ekonomi yang lebih rendah memiliki resiko terbesar dalam penderita balita gizi buruk dan kurang gizi di Sumatera Barat. Hampir sekitar 21,6 % balita yang berasal dari kelompok masyarakat miskin menderita

gizi buruk dan sekitar 10,2 % menderita kekurangan gizi.

Dari temuan diatas terdapat implikasi bahwa tingkat kemiskinan yang tinggi dan pendidikan yang rendah merupakan resiko terbesar dalam persoalan gizi buruk di Sumatera Barat. Banyak lagi faktor yang perlu ditelusuri. Berikut ini akan lebih jelas mengenai resiko dan karakteristik gizi buruk dengan pendekatan ekonometrik.



Sumber : Diolah dari Data Lapangan

Gambar 4. Penilaian Status Gizi Balita menurut Tingkat Kesejahteraan Keluarga

3.2. Pengaruh Faktor Demografi terhadap Resiko Gizi Buruk

Data dari study lapangan mampu menjawab analisis karakteristik dan resiko penderita gizi buruk karena jumlah sample yang relatif besar dengan modul gizi yang dikembangkan dari rekomendasi World Health Organization (WHO). Dimana alat ukur WHO sesuai dengan tabel gizi yaitu berat badan dan umur balita. Dengan menggunakan model logistic didapatkan hasil nilai G atau $-2 \ln \text{likelihood}$ sebesar 179,371. Cox & Snell R Square bernilai 0,214 dan Nagelkerke R Square bernilai 0,298. Bila analisis statistik dilakukan, sebenarnya data ini hanya menerangkan 29,8 % variabel dependent terhadap variabel independent sedangkan sisanya diterangkan oleh variabel lain. Tapi ini dapat diabaikan karena analisis lebih diarahkan untuk melihat Odd Ratio.

Selanjutnya, akan didapat dua pendekatan dalam model logistic yaitu Odd Ratio dan pengujian dengan menggunakan Uji Wald. Odd Ratio menunjukkan seberapa besar peluang yang didapatkan dalam uji variabel. Sedangkan Uji Wald menunjukkan hubungan signifikansi variabel, dengan melakukan perbandingan nilai uji wald dengan tabel χ^2 akan menunjukkan signifikansi variabel. Selanjutnya ini akan dianalisis satu persatu sesuai dengan tabel 2.

(1) Komunitas (Com). Terlihat dari hasil persamaan regresi logistic dimana daerah yang memiliki probability yang tinggi terhadap penderita gizi buruk adalah daerah nelayan dengan resiko (Odd Ratio) sebesar 3,279 kali lebih besar dibanding komunitas lain seperti pertanian dan perkebunan serta perkotaan.

(2) Usia Kepala Rumah Tangga (USIA KRT). Data menunjukkan bahwa resiko gizi buruk pada balita paling tinggi terjadi pada kepala rumah tangga dengan usia muda yaitu usia 24 tahun kebawah dengan probability sekitar 1,298 kali lebih besar dibanding usia lain. Munculnya kondisi ini akibat kurangnya pengetahuan kepala rumah tangga terhadap gizi. Ini merupakan indikasi dari persoalan kawin muda sehingga kesiapan secara pengetahuan dalam menempuh hidup berumah tangga belumlah siap. Selanjutnya semakin besar usia kepala rumah tangga semakin kecil resiko anak untuk menderita gizi buruk.

(3) Pendidikan Kepala Rumah Tangga (EDU KRT). Sesuai dengan teori kesehatan dan gizi bahwa pendidikan mempengaruhi kualitas gizi anak. Ketika pendidikan kepala rumah tangga rendah maka pengetahuan mereka terhadap kesehatan dan gizi menjadi rendah sehingga pola konsumsi gizi untuk anak menjadi tidak baik. Kondisi ini ditemukan dalam kasus gizi di Sumatera Barat. Orang tua dengan tingkat pendidikan rendah (SD/tidak tamat SD) memiliki resiko yang besar terhadap kualitas gizi anak, dimana probability resiko gizi buruk 5,699 kali lebih besar dibandingkan dengan orang tua dengan pendidikan yang lebih tinggi yaitu SMP, SMA dan Perguruan Tinggi. Selanjutnya semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua semakin kecil resiko anak balita terkena gizi buruk.

(4) Jumlah Anggota Rumah Tangga (JART). Hasil temuan menunjukkan hal yang unik bahwa semakin besar anggota rumah tangga semakin rendah resiko anak balita menderita gizi buruk. Padahal bila dilihat dari beban tanggungan keluarga sebenarnya semakin sedikit beban tanggungan semakin baik asupan gizi anak. Kondisi terjadi akibat dari besarnya tingkat produktivitas dari rumah tangga dengan jumlah anggota yang banyak. Ada indikasi anak dilibatkan dalam membantu ekonomi rumah tangga sehingga total pendapatan rumah tangga menjadi meningkat. Selanjutnya peningkatan pendapatan mempengaruhi terhadap pola konsumsi terutama gizi. Sehingga semakin banyak anggota rumah tangga resiko gizi buruk pada balita semakin berkurang. Tapi hasil ini lebih dalam dianalisis pada bab selanjutnya menurut komunitas karena ada kelemahan bahwa variabel JART tidak signifikan secara statistik.

Tabel 2. Hasil Estimasi Model Kualitas Gizi Balita, Uji Wald, Signifikansi dan Odd Ratio

Variabel	B	Wald	Signifikansi	Exp (B) atau Odd Ratio
<u>Komunitas (COM) :</u>				
Nelayan (Com 1)	1,316	2,131	0,144*	3,729
Pertanian (Com 2)	1,199	3,428	0,064*	3,316
<u>Usia Kepala RT (USIA) :</u>				
Usia 1	0,261	0,056	0,813	1,298
Usia 2	-0,657	1,186	0,276*	0,518
Usia 3	-0,233	0,161	0,688	0,792
<u>Pendidikan Kepala RT (EDU) :</u>				
SD/tidak tamat	1,740	2,629	0,105*	5,699
SMP	1,105	1,134	0,287*	3,020
SMA	-0,872	0,539	0,463	0,418
<u>Jumlah Anggota RT (JART) :</u>				
JART < 4 org	0,555	0,838	0,360	1,742
JART 4-6 org	0,442	0,707	0,400	1,556
<u>Pekerjaan Keluarga :</u>				
Lapangan Usaha Bapak Pertanian	-0,339	0,288	0,592	0,713
Lapangan Usaha Bapak Perkebunan	0,418	0,414	0,520	1,519
Lapangan Usaha Bapak Nelayan	0,480	0,334	0,563	1,617
Status Pekerjaan Bapak (Informal)	-0,167	0,121	0,728	0,846
Pekerjaan Ibu	-0,358	0,740	0,390*	0,699
<u>Migran</u>	0,174	0,435	0,160*	1,190
<u>Miskin</u>	-0,703	2,800	0,094*	0,495
<u>Kesehatan</u>				
Mendapatkan vitamin A	-0,156	0,112	0,738	0,856
Pemeriksaan kehamilan	0,563	1,943	0,163*	1,756
Mendapatkan zat besi	-1,049	4,038	0,999	0,350
<u>Konstanta</u>	-21,321	0,000	0,999	0,000
-2 In likelihood	179,371			
Cox & Snell R Square	0,214			
Nagelkerke R Square	0,298			
Chi-Square	42,300			

Keterangan : diolah dari data survey lapangan

(5) Lapangan Usaha Kepala Rumah Tangga (LAPUS KRT). Kepala keluarga yang bekerja pada sektor nelayan memiliki resiko anak menderita gizi buruk sangat besar dibanding dengan lapangan usaha lain seperti pertanian, perkebunan dan lainnya. Ini dapat dilihat dari Odd Ratio sebesar 1,617. Muncul lapangan usaha nelayan sebagai resiko terbesar gizi buruk adalah disebabkan oleh beberapa hal. (A) Pengaruh dari pendapatan rumah tangga, dimana dari hasil study lapangan menunjukkan bahwa pendapatan rumah tangga nelayan lebih kecil dibandingkan dengan rumah tangga pertanian, perkebunan dan lainnya. Sehingga faktor pendapatan ini mempengaruhi asupan gizi anak. (B) Pengaruh rendahnya tingkat pendidikan pada komunitas nelayan sehingga pengetahuan terhadap gizi sangat minim. (C) Pola konsumsi yang kurang baik, dimana keseimbangan antara karbohidrat, protein dan vitamin tidak seimbang. Selain itu resiko yang besar terjadi pada sektor informal dengan resiko sebesar 0,846 kali dibanding sektor formal. Dan muncul pada ibu yang tidak memiliki pekerjaan atau pengangguran.

(6) Migran dan Kemiskinan. Hasil temuan menunjukkan penduduk pendatang (migran) memiliki resiko

penderita gizi buruk pada balita dibandingkan dengan penduduk asli. Ini dapat dilihat dari nilai probability sebesar 1,190. Selanjutnya penduduk miskin juga memiliki resiko yang lebih besar menderita gizi buruk pada balita dengan nilai probability sebesar 0,495. Artinya terjadi ketimpangan ekonomi di Sumatera Barat, dimana akses ekonomi lebih dikuasai oleh masyarakat asli. Sedangkan pendatang cenderung miskin. Dan ketika kemiskinan terjadi maka akan berlanjut dengan penderita gizi buruk pada balita.

(7) Kesehatan. Hasil temuan menunjukkan bahwa anak yang mendapatkan vitamin A dalam kegiatan Posyandu memiliki resiko gizi buruk yang lebih rendah dibanding anak dengan tidak mendapatkan vitamin A. Begitu juga, pemeriksaan kandungan oleh ibu disaat hamil. Ibu yang tidak memeriksakan kandungan pada saat hamil memiliki resiko anak menderita gizi buruk dengan probabilitas sebesar 1,756. Hal yang sama terjadi dengan pemberian zat besi bagi ibu hamil, juga dapat mengantisipasi anak untuk menderita gizi buruk^{16.17.18}.

4. KESIMPULAN

Dari implikasi diatas dapat disimpulkan bahwa persoalan gizi dalam masyarakat memiliki multidimensi faktor yang menjadi penyebab munculnya kasus-kasus gizi buruk dan kekurangan gizi di Indonesia. Pangan merupakan salah satu bagian yang sangat penting dan menjadi penyebab munculnya persoalan gizi. Kekurangan gizi dipengaruhi oleh kurangnya asupan terhadap pangan baik segi kuantitas maupun dari segi kualitas. Tapi ini tidak mutlak menyebabkan terjadinya kasus gizi buruk dan kekurangan gizi.

Ada dua aspek langsung yang saling mempengaruhi persoalan gizi. Pertama, kekurangan pangan seperti uraian diatas. Kedua, pengaruh dari infeksi penyakit. Dimana faktor ini saling timbul balik. Dari faktor tersebut, sebenarnya persoalan kekurangan gizi merupakan sebuah implikasi dari masih lemahnya sistem pelayanan kesehatan, pola asuh orang tua terhadap anak yang kurang memberikan perhatian dalam tumbuh kembangnya anak dan stok asupan makanan dalam rumah tangga. Ini merupakan persoalan klasik yang berpangkal pada persoalan kemiskinan, rendahnya pendidikan masyarakat dan kurang keterampilan dalam menjalani kehidupan (*life skill*). Ketika ini terjadi dalam sebuah kasus yang kompleks, dimana semua faktor saling mempengaruhi maka persoalan-persoalan gizi akan terus berkembang.

Hasil dari studi mikro terhadap penilaian status gizi balita melihatkan implikasi tersebut. Faktor kemiskinan dan rendahnya tingkat pendidikan orang tua merupakan faktor utama dalam resiko balita menderita gizi buruk dan kekurangan gizi. Polemiknya justru bertambah rumit ketika intervensi pemerintah terhadap kemiskinan masih lemah sehingga kantong-kantong kemiskinan terutama yang terjadi pada komunitas nelayan, perkotaan dan pertanian tradisional belum mampu memberikan perubahan terhadap kesejahteraan masyarakat berimplikasi besar terhadap munculnya kasus gizi buruk dan kekurangan gizi pada balita.

Perlu strategi khusus dalam menangani persoalan gizi ini. Pertama, pendekatan kesejahteraan rumah tangga menjadi poin penting untuk mengatasi kekurangan gizi pada balita. Dimana resiko kemiskinan terhadap kekurangan gizi pada balita cukup besar. Perlu sentuhan terhadap program kemiskinan yang berkaitan langsung dengan peningkatan gizi balita terutama di kantong-kantong kemiskinan seperti nelayan, pertanian dan perkotaan. Program ini dapat melalui peningkatan pendapatan rumah tangga yang akhirnya berujung kepada perbaikan asupan gizi balita.

Kedua, pelayanan kesehatan pada level Posyandu perlu intensif dilakukan terutama pelayanan terhadap perbaikan gizi balita. Pemberian makanan tambahan

pada balita merupakan hal terbaik untuk meningkatkan gizi balita.

Ketiga, ditemukan lemahnya pengetahuan orang tua terhadap persoalan gizi ditemukan dalam studi ini. Untuk itu sosialisasi gizi perlu diintensifkan agar setiap keluarga dapat paham mengenai gizi tersebut.

Keempat, program-program bantuan untuk masyarakat miskin perlu diintensifkan terutama melakukan diversifikasi bantuan bukan saja terhadap karbohidrat tapi juga mencakup protein dan vitamin. Strategi ini akan efektif bila secara makro, perekonomian nasional dapat ditingkatkan dan kesejahteraan serta pendidikan masyarakat juga lebih dikembangkan sehingga angka balita kurang gizi di Indonesia dan Sumatera Barat menjadi lebih kecil.

Daftar Pustaka

1. UNICEF. *Achieving MDGs through RPJMN*. Paper presented at Nutrition Workshop, Bappenas. Jakarta. 2009
2. Asian Development Bank. *Draft Design and Monitoring Framework: Project Number 38117: Nutrition Improvement through Community Empowerment*. Manila. 2006
3. Aries, Muhammad & Drajat Martianto. Estimasi Kerugian Ekonomi Akibat Status Gizi Buruk dan Biaya Penanggulangannya pada Balita di Berbagai Propinsi di Indonesia. *Jurnal Gizi dan Pangan, November 2006* 1(2): 26-33.
4. Bappenas. *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2010
5. Bappenas. *Laporan Pembangunan Manusia Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2007
6. Dept. Gizi dan Kesehatan FKM-UI. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*, Penerbit Rajawali Press Jakarta. 2007
7. Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi. *Ketahanan Pangan dan Gizi di Era Otonomi Daerah dan Globalisasi*. Program dan Abstrak. LIPI. Jakarta. Indonesia. 2004
8. Saputra, Wiko. Ketahanan Pangan Masyarakat Miskin di Sumatera Barat : Implementasi dan Kebijakan Penyesuaian, *Jurnal Kebijakan Ekonomi Vol. 3 (1)*. 2007

9. Supriasa, I. Nyoman Gede. *Penilaian Status Gizi*. Penerbit Buku Kesehatan dan Gizi. 2000.
10. Marut, D. Ursula. Aspek Sosial Ekonomi dan Kaitannya dengan Masalah Gizi Kurang di Kabupaten Manggarai, Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi dan Pangan, November 2007* 2(3): 36 – 43.
11. Saputra, Wiko, Alfian Zein, Yusrizal Yulius, Junaidi & Nizwardi Azkha. *Penelitian dan Pengkajian Indeks Pembangunan Manusia di Pasaman Barat*. Bappeda Pasaman Barat. 2007.
12. Zeitlin, M. H. Ghassemi, and M Mansour. *Positive Deviance in Child Nutrition With Emphasis on Psychosocial and Behavioral Aspects and Implication for Development*. The United Nation. 1990
13. Kementerian Kesehatan. *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta. 2009
14. Das, Sumonkanti & Rajwanur M Rahman Application of Ordinal Logistic Regression Analysis in Determining Risk Factors of Child Malnutrition in Bangladesh. *Nutrition Journal* 2011, 10:124.
15. Nachrowi & Usman. *Analisis Regresi Logistic dengan Aplikasi SPSS*. Penerbit Rajawali Pers. 2002.
16. Mudjajanto, S. Eddy & Dadang Sukandar. Food Consumption and of Brestfeeding Mothers and Infants. *Jurnal Gizi dan Pangan, Juli 2007* 2(2): 13 – 25.
17. Riyadi, Hadi & Faisal Anwar. Food Consumption and Nutritional Status of Children Participating at Posyandu Program in Cianjur Regency. *Jurnal Gizi dan Pangan, Juli 2007* 2(2): 1 – 12.
18. Pujiyanti, Suci. Pengaruh Pemberian Air Susu Ibu (ASI), Konsumsi Zat Gizi, dan Kelengkapan Kartu Menuju Sehat (KMS) terhadap Status Gizi Bayi. *Jurnal Gizi dan Pangan, Maret 2008* 3(1): 7 – 11.

LAMPIRAN

TABEL A Definisi Operasional Variabel Model Kualitas Gizi Balita

Variabel	Definisi	Variabel Dummy
<u>Independent</u>		
Gizi (Y)	Balita memiliki status gizi yang diukur dengan pendekatan berat badan menurut umur sesuai standar WHO	1 = gizi buruk 0 = gizi baik
<u>Dependent</u>		
Komunitas (Com)	Daerah yang memiliki karakteristik pertanian, nelayan dan perkotaan	1 = Komunitas pertanian 0 = Nelayan & Perkotaan
Usia KRT	Usia kepala rumah tangga	1 = < 24 tahun 0 = Lainnya
Usia KRT (2)	Usia kepala rumah tangga (2)	1 = 24-29 tahun 0 = Lainnya
Usia KRT (3)	Usia kepala rumah tangga (3)	1 = 30-34 tahun 0 = Lainnya
Edu KRT (1)	Pendidikan yang ditamatkan oleh kepala rumah tangga (1)	1 = SD dan tdk tamat SD 0 = Lainnya
Edu KRT (2)	Pendidikan yang ditamatkan oleh kepala rumah tangga (2)	1 = SMP 0 = Lainnya
Edu KRT (3)	Pendidikan yang ditamatkan oleh kepala rumah tangga (3)	1 = SMP 0 = Lainnya
JART (1)	Jumlah anggota rumah tangga (1)	1 = < 4 orang 0 = Lainnya
JART (2)	Jumlah anggota rumah tangga (2)	1 = 4-6 orang 0 = Lainnya
LAPUS (1)	Lapangan usaha kepala rumah tangga (1)	1 = Pertanian 0 = Lainnya
LAPUS (2)	Lapangan usaha kepala rumah tangga (2)	1 = Perkebunan 0 = Lainnya
LAPUS (3)	Lapangan usaha kepala rumah tangga (3)	1 = Nelayan 0 = Lainnya
PEK	Pekerjaan ibu	1 = Tidak bekerja 0 = Bekerja
STAPEK (KRT)	Status pekerjaan kepala rumah tangga	1 = Informal 0 = Formal
PEKHAM	Pemeriksaan kehamilan saat ibu mengandung	1 = Tidak ada 0 = Ada
DOSVIT	Pembelian vitamin A pada anak	1 = Tidak ada 0 = Ada
ZATBES	Pembelian zat besi terhadap ibu ketika	1 = Tidak ada

	kehamilan	0 = Ada
POVERTY	Pengelompokan masyarakat menurut tingkat kemiskinan	1 = RT miskin 0 = RT tidak miskin
Migran	Pengelompokan masyarakat asli dan pendatang	1 = Migran 0 = Non Migran



P R A K A R S A

Welfare Initiative for Better Societies

Perkumpulan PRAKARSA

Jln. Rawa Bambu I Blok A No. 8-E
Rt. 010 Rw. 06 Kel./Kec. Pasar Minggu
Jakarta Selatan 12520, Indonesia
Ph. +62 21 7811 798
Fax +62 21 7811 897
www.theprakarsa.org