

## FAKTOR DEMOGRAFI DAN RISIKO GIZI BURUK DAN GIZI KURANG

Wiko Saputra\*, Rahmah Hida Nurriszka

Tanjung Biru Research Institute, Kemayoran, Jakarta Pusat 10650, Indonesia

\*E-mail: wiko\_saputra@yahoo.com

---

### Abstrak

Penelitian ini membahas masalah gizi buruk dan gizi kurang pada tiga komunitas di Sumatera Barat, yaitu komunitas perkotaan, komunitas perikanan dan komunitas pertanian melalui studi terhadap 572 keluarga yang dipilih dengan menggunakan teknik *purposive random sampling*. Hasil studi terhadap evaluasi status gizi anak balita menunjukkan implikasi (1) masih banyak anak balita yang memiliki gizi buruk di Sumatera Barat dimana prevalensi gizi buruk sekitar 17,6 persen dan gizi kurang sekitar 14 persen, (2) kemiskinan dan tingkat pendidikan orang tua merupakan faktor utama penyebab balita menderita gizi buruk dan gizi kurang. Ini menjadi kompleks ketika intervensi dari pemerintah untuk kemiskinan sangat lemah terutama pada komunitas perikanan, komunitas pertanian tradisional dan komunitas perkotaan sehingga tidak mampu memberikan perubahan untuk kesejahteraan masyarakat dan menimbulkan masalah balita gizi buruk dan gizi kurang. Upaya sistematis diperlukan untuk mengintegrasikan program untuk mengatasi kemiskinan dan program untuk menyediakan makanan agar dapat meminimalkan risiko gizi buruk dan gizi kurang dalam masyarakat.

### Abstract

**Demographic Factors and the Risk of Malnutrition and Nutrition for Less at Three Different Communities in West Sumatra.** 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. Where the prevalence of malnutrition of about 17.6 persen and less nutrition about 14 persen, (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: children, food, malnutrition, poverty, welfare*

---

### Pendahuluan

Persoalan gizi dalam pembangunan kependudukan masih merupakan persoalan yang dianggap menjadi masalah utama dalam tatanan kependudukan dunia.<sup>1,2</sup> Oleh karena itu, persoalan ini menjadi salah satu butir penting yang menjadi kesepakatan global dalam Milleneum Development Goals (MDGs). Setiap negara secara bertahap harus mampu mengurangi jumlah balita yang bergizi buruk atau gizi kurang sehingga mencapai 15 persen 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 buruk.<sup>3</sup> Walaupun proses pembangunan di Indonesia telah mampu mengatasi persoalan ini, tetapi dilihat dari kecenderungan data statistik, masih banyak persoalan yang perlu diselesaikan terutama yang menyangkut persoalan balita gizi kurang.<sup>4</sup>

Secara bertahap, sebenarnya Indonesia telah mampu menurunkan prevalensi balita gizi kurang. Selama dua dasawarsa terakhir, Indonesia berhasil menurunkan prevalensi balita gizi kurang dari 31 persen pada tahun 1989 menjadi 18,4 persen pada tahun 2007.<sup>5</sup> Ini

menunjukkan bahwa proses pencapaian target MDGs secara bertahap dapat dilakukan oleh Indonesia. Tetapi, masih terdapat beberapa persoalan penting yang menjadi kendala dalam pengurangan prevalensi balita gizi kurang di Indonesia.

Pertama, terdapat disparitas prevalensi balita gizi kurang antar provinsi.<sup>6-7</sup> Ini menunjukkan bahwa secara nasional masih terdapat persoalan-persoalan balita gizi kurang di Indonesia. Jika dibandingkan prevalensi balita gizi kurang di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta mencapai 10,9 persen sedangkan di Provinsi Nusa Tenggara Timur masih sekitar 33,6 persen. Ini menunjukkan perbedaan yang sangat jauh. Implikasinya, ke depan akan menimbulkan semakin besarnya ketimpangan pembangunan manusia antar provinsi di Indonesia.

Kedua, terdapat juga kesenjangan antar daerah perkotaan dengan perdesaan. Angka balita gizi kurang di perkotaan mencapai 15,9 persen lebih rendah dibanding di daerah perdesaan yang mencapai 20,4 persen. 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.<sup>8-10</sup>

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 risiko terbesar bagi penderita gizi buruk maka pola penanganannya akan cepat dilakukan.<sup>9</sup>

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.<sup>10-11</sup>

Ketiga, mengelompokan rumah tangga dengan risiko terbesar penderita gizi buruk. Ini akan memudahkan dalam melihat penanganann secara lebih makro.<sup>12</sup>

Tulisan ini akan membahas model pengaruh demografi terhadap risiko anak balita menderita gizi buruk di tiga komunitas di Sumatera Barat. Sumatera Barat yang merupakan provinsi basis pangan di kawasan Sumatera seharusnya merupakan daerah yang memiliki prevalensi penderita gizi buruk yang lebih rendah. Ironisnya, data tahun 2007 menunjukkan, prevalensi anak dengan gizi

buruk masih sekitar 20,2 persen; di atas rata-rata nasional sebesar 18,4 persen.<sup>13</sup> Hal ini menimbulkan pertanyaan apakah ada pengaruh kondisi demografi? Diharapkan dengan mengetahui karakteristik demografi, maka pola penanganan masalah gizi buruk dapat dibuat.

## Metode Penelitian

**Pengumpulan data primer.** 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. Daerah yang representatif pada setiap kabupaten/kota dipilih untuk mewakili ketiga jenis masyarakat ini. Sample dipilih secara acak. Kemudian, penarikan sampel dilakukan secara *sytematical random sampling* dari interval sampel yang ditentukan sesuai dengan jumlah rumah tangga yang ada.

**Menghitung status gizi balita.** 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  $BB/U -2 SD$ , sedangkan status gizi dikatakan normal apabila  $-2 SD \leq BB/U \leq +2SD$ . Status gizi dikatakan buruk apabila  $BB/U$  kurang dari  $-3 SD$ .<sup>6,9,12</sup>

**Analisis karakteristik risiko gizi buruk (regresi logistik).** Analisis karakteristik penderita gizi buruk dilakukan untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya risiko 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

**Tabel 1. Jumlah Sampel menurut Komunitas dan Kecamatan di Sumatera Barat berdasarkan Teknik *Systematical Random Sampling***

Komunitas*	Jumlah Sampel
Nelayan	150
Pertanian	300
Perkotaan	122
Total	572

\* Data kecamatan sampel tidak dapat dicantumkan karena metodologi yang digunakan adalah model sampling komunitas dan tidak ada isian kuesioner untuk kecamatan

melihat probabilitas munculnya gizi buruk berdasarkan beberapa variabel yang diduga mempengaruhinya.<sup>14</sup>

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.<sup>15</sup> 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 (Pers. 1):

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

## Hasil dan Pembahasan

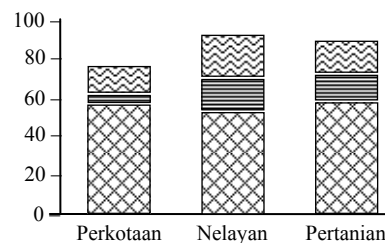
**Penilaian Status Gizi Balita.** Secara umum, masih besar jumlah penderita gizi buruk di daerah kajian. Sekitar 17,6 persen balita memiliki risiko gizi buruk dan 14,0 persen menderita gizi kurang. Ini sangat memprihatinkan karena daerah ini merupakan daerah dengan tingkat produksi pertanian yang tinggi. Jumlah produksi beras, ikan, jagung, ubi-ubian, sayuran dan buahan selalu surplus. Pengaruh produksi pangan tidak memberikan jaminan terhadap risiko penderita gizi buruk dan kurang di Sumatera Barat.<sup>8</sup>

Bila dilihat menurut komunitas, komunitas nelayan memiliki proporsi tingkat penderita gizi buruk dan gizi kurang yang relatif tinggi dibanding komunitas perkotaan dan komunitas pertanian (Gambar 1).

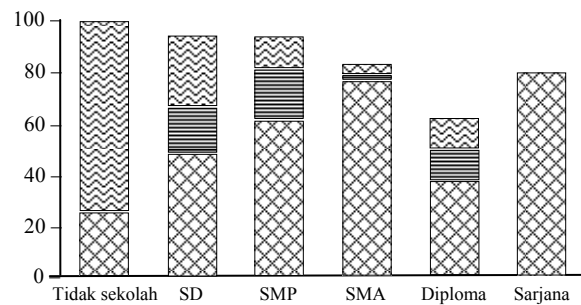
Pertama, faktor pendidikan. Hasil temuan menunjukkan bahwa rendahnya tingkat pendidikan kepala rumah tangga dan ibu berpengaruh secara signifikan terhadap risiko balita menderita gizi buruk dan gizi kurang (Gambar 2 dan 3). Pendidikan berpengaruh secara signifikan pada pengetahuan masyarakat terhadap 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 gizi kurang yang terjadi di Sumatera Barat.

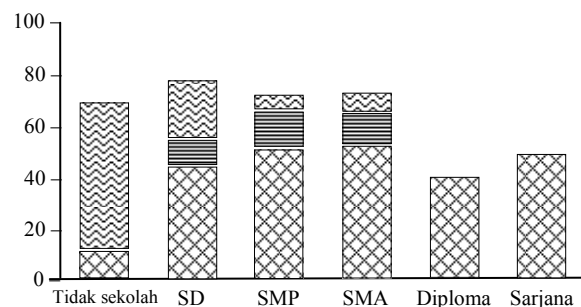
Kemiskinan juga berimplikasi terhadap penderita gizi buruk dan gizi kurang. Beberapa kasus gizi buruk yang terjadi selama ini baik di Indonesia maupun secara global menemukan bahwa kemiskinan berisiko besar terhadap kasus gizi buruk.<sup>3,8,10</sup> Dalam studi ini, kondisi tersebut juga ditemukan. Kelompok masyarakat miskin dengan akses ekonomi yang lebih rendah memiliki risiko terbesar dalam penderita balita gizi buruk dan gizi kurang di Sumatera Barat. Hampir sekitar 21,6 persen balita yang berasal dari kelompok masyarakat miskin menderita gizi buruk dan sekitar 10,2 persen menderita gizi kurang (Gambar 4).



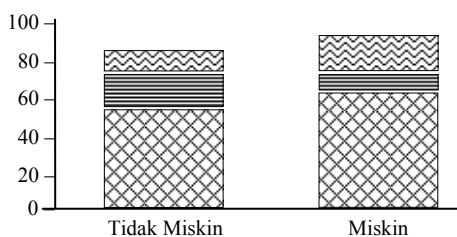
Gambar 1. Penilaian Status Gizi Balita, Gizi Normal (□), Gizi Kurang (▨), Gizi Buruk (▩) menurut Komunitas



Gambar 2. Penilaian Status Gizi Balita, Gizi Normal (□), Gizi Kurang (▨), Gizi Buruk (▩) menurut Tingkat Pendidikan Kepala Rumah Tangga



Gambar 3. Penilaian Status Gizi Balita, Gizi Normal (□), Gizi Kurang (▨), Gizi Buruk (▩) menurut Tingkat Pendidikan Ibu



**Gambar 4. Penilaian Status Gizi Balita, Gizi Normal (▨), Gizi Kurang (▬), Gizi Buruk (▩) menurut Tingkat Kesejahteraan Keluarga**

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

**Pengaruh faktor demografi terhadap risiko gizi buruk.** Data dari studi lapangan mampu menjawab analisis karakteristik dan risiko penderita gizi buruk karena jumlah sampel yang relatif besar dengan modul gizi yang dikembangkan dari rekomendasi World Health Organization (WHO). Alat ukur WHO ini sesuai dengan tabel gizi, yaitu berat badan dan umur balita. Dengan menggunakan model logistik didapatkan hasil nilai  $G$  atau  $-2 \ln \text{likelihood}$  sebesar 179,371, nilai Cox & Snell  $R^2$  bernilai 0,214 dan Nagelkerke  $R^2$  bernilai 0,298. Bila analisis statistik dilakukan, sebenarnya data ini hanya menerangkan 29,8 persen variabel dependen terhadap variabel independen, sedangkan sisanya diterangkan oleh variabel lain. Ini dapat diabaikan karena analisis lebih diarahkan untuk melihat odd ratio.

Selanjutnya, akan didapat dua pendekatan dalam model logistik 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  $\chi^2$ , akan terlihat signifikansi variabel.

**Komunitas.** Terlihat dari hasil persamaan regresi logistik daerah yang memiliki probabilitas yang tinggi terhadap penderita gizi buruk adalah daerah nelayan dengan risiko (*odd ratio*) sebesar 3,279 kali lebih besar dibanding komunitas lain seperti pertanian dan perkebunan serta perkotaan.

**Usia kepala rumah tangga.** Data menunjukkan bahwa risiko gizi buruk pada balita paling tinggi terjadi pada kepala rumah tangga dengan usia muda, yaitu usia 24 tahun kebawah dengan probabilitas 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 belum siap. Selanjutnya semakin besar usia kepala rumah tangga semakin kecil risiko anak untuk menderita gizi buruk.

**Pendidikan kepala rumah tangga.** Sesuai dengan teori kesehatan dan gizi, 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 risiko yang besar terhadap kualitas gizi anak dimana probabilitas risiko 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 risiko anak balita terkena gizi buruk.

**Jumlah anggota rumah tangga.** Hasil temuan menunjukkan hal yang unik bahwa semakin besar anggota rumah tangga semakin rendah risiko 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 cenderung berpengaruh terhadap pola konsumsi terutama gizi sehingga semakin banyak anggota rumah tangga risiko gizi buruk pada balita semakin berkurang.

**Lapangan usaha kepala rumah tangga.** Kepala keluarga yang bekerja pada sektor nelayan memiliki risiko 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 risiko terbesar gizi buruk adalah disebabkan oleh beberapa hal. Pertama, pengaruh dari pendapatan rumah tangga, dimana dari hasil studi 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. Kedua, pengaruh rendahnya tingkat pendidikan pada komunitas nelayan sehingga pengetahuan terhadap gizi sangat minim. Ketiga, pola konsumsi yang kurang baik, dimana keseimbangan antara karbohidrat, protein dan vitamin tidak seimbang. Selain itu, risiko yang besar terjadi pada sektor informal dengan risiko sebesar 0,846 kali dibanding sektor formal, dan muncul pada ibu yang tidak memiliki pekerjaan atau pengangguran.

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

Variabel	$\beta$	Wald	Signifikansi	Exp (B) atau <i>Odd Ratio</i>
Komunitas				
Nelayan	1,316	2,131	0,144*	3,729
Pertanian	1,199	3,428	0,064*	3,316
Usia Kepala Rumah Tangga				
24 tahun ke bawah	0,261	0,056	0,813	1,298
25-44 tahun	-0,657	1,186	0,276*	0,518
45 tahun ke atas	-0,233	0,161	0,688	0,792
Pendidikan Kepala Rumah Tangga				
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
Jumlah Anggota Rumah Tangga				
<4 org	0,555	0,838	0,360	1,742
4-6 org	0,442	0,707	0,400	1,556
Pekerjaan Keluarga				
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
Migran	0,174	0,435	0,160*	1,190
Miskin	-0,703	2,800	0,094*	0,495
Kesehatan				
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
Konstanta	-21,321	0,000	0,999	0,000
-2 <i>In likelihood</i>	179,371			
Cox & Snell R <sup>2</sup>	0,214			
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,298			
Chi-Square	42,300			

\*signifikan pada level 5%

**Migran dan kemiskinan.** Hasil temuan menunjukkan penduduk pendatang (migran) memiliki risiko penderita gizi buruk pada balita dibandingkan dengan penduduk asli. Ini dapat dilihat dari nilai probability sebesar 1,190. Selanjutnya, penduduk miskin juga memiliki risiko yang lebih besar menderita gizi buruk pada balita dengan nilai probabilitas 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.

**Kesehatan.** Hasil temuan menunjukkan bahwa anak yang mendapatkan vitamin A dalam kegiatan Posyandu memiliki risiko 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 risiko 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.<sup>16-18</sup>

## Simpulan

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

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 gizi kurang 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 melihat implikasi tersebut. Faktor kemiskinan dan rendahnya tingkat pendidikan orang tua merupakan faktor utama dalam risiko balita menderita gizi buruk dan gizi kurang. 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 gizi kurang pada balita.

Perlu strategi khusus dalam menangani persoalan gizi ini. Pertama, pendekatan kesejahteraan rumah tangga menjadi poin penting untuk mengatasi gizi kurang pada balita. Dimana risiko kemiskinan terhadap gizi kurang 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 gizi kurang di Indonesia dan Sumatera Barat menjadi lebih kecil.

## Daftar Acuan

1. UNICEF, *Achieving MDGs through RPJMN*. Nutrition Workshop, Jakarta: Bappenas; 2009.
2. Asian Development Bank. *Draft design and monitoring framework: Project number 38117: Nutrition improvement through community empowerment*. Manila: Asian Development Bank; 2006.
3. Aries M, Martianto D. Estimasi kerugian ekonomi akibat status gizi buruk dan biaya penanggulangannya pada balita di berbagai provinsi di Indonesia. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 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. Departemen Gizi dan Kesehatan FKM UI. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali Press; 2007.
7. Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi. *Ketahanan pangan dan gizi di era otonomi daerah dan globalisasi*. Program dan Abstrak. Jakarta, Indonesia: LIPI; 2004.
8. Hasan Y, Saputra W. Ketahanan pangan dan kemiskinan: Implementasi dan kebijakan penyesuaian. *Jurnal Ipteks Terapan*. 2008;2(1):146-168
9. Supariasa, IDN, Bakri B, Pajar I. *Penilaian status gizi*. Jakarta: EGC Penerbit Buku Kedokteran; 2002.
10. Marut UD. Aspek sosial ekonomi dan kaitannya dengan masalah gizi kurang di Kabupaten Manggarai, Nusa Tenggara Timur. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 2007; 2(3):36-43.
11. Saputra W, Zein A, Yulius Y, Junaidi, Azkha N. *Penelitian dan Pengkajian Indeks Pembangunan Manusia di Pasaman Barat*. Padang: Bappeda Pasaman Barat; 2007.
12. Ghassemi H, Zeitlin M, Mansour M. *Positive deviance in child nutrition (with emphasis on psychosocial and behavioral aspects and implication for development)*. Tokyo: United Nations University Press; 1990.
13. Kementerian Kesehatan. *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Balai Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2009.
14. Das S, Rahman RM. 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*. Jakarta: Penerbit Rajawali Pers; 2002.
  16. Mudjajanto ES, Sukandar D. Food consumption and nutritional status of breastfeeding mothers and infants. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 2007;2(2):13-25.
  17. Riyadi H, Anwar F. Food consumption and nutritional status of children participating at Posyandu program in Cianjur regency. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 2007;2(2):1-12.
  18. Pujiyanti S. Pengaruh pemberian air susu ibu (ASI), konsumsi zat gizi, dan kelengkapan kartu menuju sehat (KMS) terhadap status gizi bayi. *Jurnal Gizi dan Pangan*. 2008;3(1):7-11.