

# **BALITA PADA RUMAH TANGGA MISKIN DI KABUPATEN PRIORITAS KERAWANAN PANGAN DI INDONESIA LEBIH RENTAN MENGALAMI GANGGUAN GIZI**

Underfive Children of Household Poor in Prioritized Districts of Food Insecurity  
in Indonesia More Risk Malnutrition

Annis Catur Adi<sup>1</sup> dan Dini Ririn Andrias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>) Departemen Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga (UNAIR), Surabaya;  
Tlp 031-5964808, Fax 031-5964809 ; HP 08123207030 ; email: annis\_catur@yahoo.com

## **Abstrak**

**Latar belakang.** Risiko ketidaktahanan pangan rumah tangga timbul karena rendahnya pendapatan, rendahnya ketersediaan pangan maupun faktor geografis. Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum (<1400 kkal/hari) sebesar 14,47% dan (<2000 kkal/hr) sebesar 64,21%, hampir dua kali lipat dari target MDGs (35,32%) menunjukkan adanya gangguan ketahanan pangan rumah tangga di Indonesia, yang dapat berdampak pada gangguan status gizi kelompok rentan, diantaranya balita.

**Tujuan.** Menilai status gizi dan menganalisis risiko gangguan gizi balita pada rumah tangga miskin di daerah prioritas dan non prioritas kerawanan pangan di Indonesia

**Metode.** Analisis lanjut data Riskesdas tahun 2010 untuk 99 kabupaten: diantaranya 71 kabupaten prioritas masalah kerawanan pangan (prioritas I:11, prioritas II: 25 dan prioritas III: 35) dan 28 kabupaten non prioritas di Indonesia, dengan unit analisis rumah tangga yaitu 11084 rumah tangga dan 2464 rumah tangga diantaranya tergolong miskin dan memiliki balita

**Hasil.** Hasil penelitian menunjukkan risiko terjadinya masalah gizi balita di wilayah prioritas rawan pangan yaitu gizi buruk dan kurang 2,172 kali lebih besar dan risiko sangat pendek dan pendek 1,669 kali besar dibandingkan di wilayah non prioritas.

Balita pada rumah tangga miskin di kabupaten prioritas rawan pangan berisiko terjadi gizi buruk dan kurang 1,445 kali lebih besar serta berisiko sangat pendek/pendek lebih besar 1,406 kali dibandingkan balita pada rumah tangga tidak miskin. Berdasarkan kelompok usia, balita berusia 1-3 tahun pada rumah tangga miskin di daerah prioritas kerawanan pangan berisiko terjadi gizi buruk dan kurang 1,535 lebih besar serta berisiko terjadi sangat pendek dan pendek 1,608 kali dibandingkan balita usia 0-6 bulan.

**Simpulan.** Balita pada rumah tangga miskin di daerah kabupaten prioritas kerawanan pangan (I,II dan III) lebih rentan mengalami gangguan gizi (sangat pendek/pendek dan gizi buruk/kurang) dibandingkan di kabupaten non prioritas.

**Saran.** Balita berusia 1-3 tahun pada rumah tangga miskin di kabupaten prioritas rawan pangan di Indonesia perlu mendapat prioritas utama percepatan perbaikan gizi.

**Kata kunci :** rumah tangga miskin, status gizi, balita, rawan pangan



## Abstract

**Background.** Risk of household food insecurity may occur because of low income, low food availability as well as geographical factor. Proportion of Indonesian people with calorie intake below the minimum consumption (<1400 kcal/day) was 14.47% and (<2000 kcal/hr) was 64.21%, which nearly twice fold than the MDGs target (35.32%). It shows that disruption on household food security still exists in Indonesia, which may give negative impact to nutritional status of under five children.

**Objectives.** The objectives of this study was to assess underfive children nutritional status and analyze malnutrition risk of underfive children from poor households in prioritized and non prioritized districts for food insecurity in Indonesia.

**Methods.** Quantitative analysis (using SPSS) was done by using national data from basic health research in 2010. Ninety-nine districts which consists of 71 prioritized district (first priority: 11 districts; second priority: 25 districts; and third priority: 35 districts), and 28 non prioritized districts. In total, 2464 poor households that have children were analyzed in this study, and the unit for analysis were households and individuals (underfive children).

### **Results.**

Analysis showed that risk of malnutrition (underweight dan stunting) among underfive children from poor household in prioritized districts were 2,172 times and 1,669 times than non prioritized districts of Food Insecurity in Indonesia (sig). However risk of wasting among underfive children from poor household in prioritized districts was relatively similar with non prioritized districts (non sig).

Risk of underweight among underfive children from poor households in prioritized districts was 1,927 times than non prioritized districts (sig). Risk of underweight among underfive children from poor household in prioritized districts was 1,445 times and the risk of stunting was 1,406 times than non poor household (sig). According to age category, risk of underweight among 1-3 years old children from poor household in prioritized districts was 1,535 times and the risk of stunting was 1,406 times than among 0-6 month old children.

**Conclusion.** Underfive children from poor households in prioritized districts for food insecurity are more prone to risk of malnutrition compared to those in non priority districts.

**Recommendation.** Underfive children (especially 1-3 years old) of poor households in prioritized districts for food insecurity need to be first prioritized in nutritional improvement.

**Key words :** poor household, nutritional status, underfive children, food insecurity

## Latar belakang

Status gizi yang optimal merupakan salah satu dasar utama dalam mencapai pembangunan (the World Bank, 2006) dan mempunyai peran penting terhadap kualitas SDM dan status gizi yang optimal ditentukan oleh kuantitas dan kualitas dari asupan makanan yang dikonsumsi. Oleh karena itu, dalam *Millenium Development Goals* (MDGs), masalah gizi



disertakan sebagai indikator pencapaian MDGs, khususnya pada tujuan pertama MDGs (Goal 1: menanggulangi kemiskinan dan kelaparan). Indikator tersebut adalah prevalensi balita dengan berat badan rendah (gizi buruk dan gizi kurang) dan proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum. Namun demikian, pencapaian tujuan pertama MDGs tersebut di sebagian besar Negara berkembang masih lambat dan belum merata, padahal pencapaian sasaran goal 1 juga berpengaruh terhadap pencapaian goal MDGs lainnya (RI, 2012).

Kemiskinan merupakan masalah fenomenal sepanjang sejarah. Kemiskinan tidak bisa didefinisikan secara sederhana, karena tidak hanya berhubungan dengan kemampuan memenuhi kebutuhan material, tetapi juga sangat berkaitan dengan dimensi kehidupan manusia lainnya. Salah satu akibat kemiskinan adalah ketidakmampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan anggota keluarganya dalam jumlah dan kualitas yang baik sehingga berisiko rawan pangan dan gizi. Menurut data BPS dan Susenas (2009) dalam laporan pencapaian MDGs Indonesia (2010), proporsi penduduk Indonesia dengan asupan kalori sangat rendah (<1400 kkal/hari) sebesar 14,47%. Selain meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 11,7% pada 2008, proporsi tersebut juga masih jauh dari target MDGs sebesar 8,50%. Sedangkan proporsi penduduk dengan asupan kalori <2000 kkal/hari sebesar 64,21%, hampir dua kali lipat dari target MDGs (35,32%). Masih tingginya proporsi penduduk Indonesia dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum menunjukkan masih adanya gangguan ketahanan pangan pada rumah tangga di Indonesia. Gangguan ketahanan pangan atau kerawanan pangan bisa terjadi dalam kondisi, dimana ketersediaan pangan cukup, tetapi kemampuan rumah tangga memperoleh pangannya tidak cukup.

Tahun-tahun pertama kehidupan yang biasanya satu hingga lima tahun merupakan kelompok usia yang paling rawan masalah gizi. Masalah gizi kurang pada kelompok rentan (termasuk balita), sering kali masih sering tidak terpantau dan bahkan terkadang kurang cepat ditanggulangi, padahal dapat memunculkan masalah besar bagi kualitas SDM. Disisi lain kecepatan perbaikan gizi kurang antar wilayah di Indonesia sangat beragam. Meskipun telah banyak upaya yang telah dilakukan, tetapi sebagian wilayah masih jalan ditempat dan bahkan tambah parah, meskipun sebagian daerah semakin baik (Hardinsyah, 2007). Berdasarkan hasil survey Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) terakhir, menunjukkan prevalensi nasional gizi buruk dan gizi kurang pada balita cenderung semakin mengalami penurunan yaitu dari 18,4% pada

2007 menjadi 17,9% pada 2010, namun angka ini masih di bawah target MDGs yaitu 15,5% (Bappenas, 2010). Masalah gizi pada balita juga menunjukkan masih perlunya penanganan serius, jika ditinjau dari besaran masalah kesehatan masyarakat. Menurut kriteria World Health Organization (WHO), kekurangan gizi pada balita tergolong masalah kesehatan masyarakat tingkat ringan, namun dua indikator status gizi balita yang lain (kekurusan dan pendek) masing-masing sebesar 13,3% dan 35,6%, tergolong masalah kesehatan masyarakat yang serius (CDC, WFP, 2005). Oleh karena itu sangat tepat, sasaran pembangunan pangan dan gizi dalam RPJMN 2010-2014 dan RAN PG 2011-2015 adalah penurunan prevalensi kekurangan gizi pada balita (RI, 2012).

Sebagaimana gambaran tersebut diatas, untuk mencapai status gizi balita dan kesehatan yang optimal, diperlukan akses untuk pemenuhan pangan yang cukup. Pemenuhan pangan sumber utama zat gizi sangat penting sebagai dasar untuk mewujudkan sumberdaya daya manusia yang berkualitas. Dengan demikian, ketahanan pangan merupakan prasyarat utama terpenuhinya konsumsi pangan yang cukup gizi dan upaya-upaya untuk menjamin kecukupan pangan dan gizi akan mendukung komitmen pencapaian MDGs. Oleh karena itu mempelajari permasalahan gizi pada kelompok rentan, terutama balita pada rumahtangga miskin di daerah prioritas masalah kerawanan pangan Indonesia merupakan hal yang esensial untuk akselerasi penurunan masalah kelaparan dan gizi di daerah rawan pangan, terutama untuk membuat prioritas intervensi apabila terdapat kendala keterbatasan sumber daya. Kelompok rentan, terutama balita biasanya menjadi penyumbang terbesar terhadap tingginya proporsi masalah gizi dan kelaparan.

## **Tujuan Penelitian**

Tujuan umum penelitian ini adalah menilai status gizi dan menganalisis risiko terjadinya masalah gizi (*underweight*, *wasting* dan *stunting*) balita pada rumahtangga miskin di wilayah prioritas dan non prioritas masalah kerawanan pangan di Indonesia

Tujuan khusus penelitian ini adalah

1. Mempelajari karakteristik rumahtangga yang memiliki balita di wilayah prioritas dan non prioritas masalah kerawanan pangan di Indonesia
2. Menganalisis risiko munculnya masalah gizi balita pada rumah tangga di wilayah prioritas dan non prioritas masalah kerawanan pangan di Indonesia



3. Menganalisis risiko munculnya masalah gizi balita pada rumah tangga miskin dan tidak miskin di wilayah prioritas dan non prioritas masalah kerawanan pangan di Indonesia
4. Menganalisis risiko munculnya masalah gizi balita pada rumahtangga miskin menurut karakteristik balita di wilayah prioritas masalah kerawanan pangan di Indonesia

## Tinjauan Pustaka

**Ketahanan pangan.** Pangan adalah kebutuhan dasar manusia paling utama, karena itu pemenuhan pangan merupakan bagian dari hak asasi individu dan merupakan prasyarat bagi pemenuhan hak-hak dasar lainnya. Mengingat pentingnya pemenuhan kecukupan pangan, setiap Negara akan mendahulukan pembangunan ketahanan pangannya sebagai fondasi bagi pembangunan sector-sektor lainnya. (BKP RI, 2010). Definisi ketahanan pangan yang diterima secara luas, sebagaimana disepakati dalam *World Food Summit* tahun 1996 di Roma, yaitu “*Food security exists when all people, at all times, have physical and economic access to sufficient, safe and nutritious food to meet their dietary needs and food preferences for an active and healthy life.*” Ketahanan pangan tercapai apabila bahwa setiap orang, sepanjang waktu, memiliki akses (baik akses ekonomi maupun fisik) terhadap pangan yang cukup, aman dan bergizi untuk memenuhi kebutuhan hidup aktif dan sehat. Sementara Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 1996 tentang Pangan mendefinisikan ketahanan pangan sebagai kondisi terpenuhinya pangan bagi rumah tangga yang tercermin dari tersedianya pangan yang cukup, baik jumlah maupun mutu, aman, merata, dan terjangkau.

**Wilayah prioritas kerawanan pangan.** Ketersediaan, keterjangkauan, penyerapan dan stabilitas dari ketiga elemen ketahanan pangan tersebut dapat berbeda-beda kondisi, penyebab maupun dampaknya pada level makro, meso dan mikro. Sebagai contoh, ketersediaan pangan mungkin cukup pada level nasional, namun tidak cukup pada kabupaten-kabupaten tertentu atau pada wilayah yang kurang beruntung, ataupun pada kelompok populasi yang terdiskriminasi. (Gross dkk, 2000). Dengan menggunakan pendekatan *Integrated Food Security and Humanitarian Phase Classification* (IPC) yang dikembangkan oleh *Food Security Analysis Unit* (FSAU) Somalia, *World Food Program* (WFP) mengklasifikasikan beberapa area di Indonesia dalam wilayah rawan pangan kronis, antara lain Sumatra Utara, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, beberapa wilayah di Kalimantan Tengah, Kepulauan Timor, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Papua, Maluku, dan beberapa wilayah Indonesia Timur sebagai wilayah

rawan pangan kronis. Sementara pada tahun 2005 dan 2009, Departemen Pertanian, Badan Ketahanan Pangan (BKP) dan WFP menyusun peta kerawanan pangan Indonesia atau *Food Insecurity Atlas* (FIA), melalui indeks komposit, antara lain: rasio konsumsi normatif per kapita terhadap ketersediaan bersih padi, jagung, ubi kayu dan ubi jalar; persentase penduduk hidup di bawah garis kemiskinan; persentase desa yang tidak memiliki akses penghubung yang memadai; persentase rumah tangga tanpa akses listrik; angka harapan hidup pada saat lahir; berat badan balita di bawah standar (*underweight*); perempuan buta huruf; persentase rumah tangga tanpa akses ke air bersih; persentase rumah tangga yang tinggal lebih dari 5 km dari fasilitas kesehatan; bencana alam; penyimpangan curah hujan; persentase daerah puso; dan deforestasi hutan. Dengan menggunakan indikator komposit tersebut, dari 349 Kabupaten, terdapat 100 Kabupaten prioritas, terbagi menjadi: 30 kabupaten prioritas 1; 30 kabupaten prioritas 2; dan 40 kabupaten prioritas 3 (FIA, 2009). Sejalan dengan hasil yang diperoleh oleh WFP, gambaran FIA menunjukkan bahwa propinsi yang menyumbangkan daerah prioritas satu kerawanan pangan, antara lain Papua, Sumatera Barat, Maluku, Nusa Tenggara Timur, Papua Barat, Sumatera Utara, Jawa Timur dan Kalimantan Barat.

**Jenis Kerawanan pangan dan kemiskinan.** Kerawanan pangan dapat bersifat kronis atau sementara. Kerawanan pangan kronis adalah ketidakmampuan jangka panjang atau terus menerus untuk memenuhi kebutuhan pangan minimum. Keadaan ini biasanya terkait dengan faktor struktural, yang tidak dapat berubah dengan cepat, sedangkan kerawanan pangan sementara adalah ketidakmampuan jangka pendek atau sementara untuk memenuhi kebutuhan pangan minimum. Kerawanan pangan sementara yang terjadi secara terus menerus dapat menyebabkan menurunnya kualitas penghidupan rumah tangga, menurunnya daya tahan, dan bahkan bisa berubah menjadi kerawanan pangan kronis. Pengertian sumberdaya yang "miskin", sebenarnya bukanlah disebabkan oleh kemiskinan sumberdaya alam tersebut secara fundamental, tetapi lebih dikarenakan ketidakmampuan manusia memahami kemanfaatan sumberdaya alam itu sendiri. Pada hakekatnya tidak ada sejengkal sumberdaya pun yang tidak ada manfaatnya (BKP RI, 2010).

**Gangguan Ketahanan pangan dan dampaknya pada kelompok rentan gizi.** Ketahanan pangan merupakan prasyarat utama terpenuhinya konsumsi pangan yang cukup gizi. Marco dan Thorburn (2009) rumah tangga dengan pendapatan yang lebih rendah lebih cenderung mengalami kerawanan pangan. Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat

konsumsi minimum, yaitu <1400 kkal/hari dan dan <2000 kkal/hr, berturut-turut sebesar 14,47% dan 64,21%, hampir dua kali lipat dari target MDGs (35,32%). Kondisi ini menunjukkan masih adanya gangguan ketahanan pangan rumah tangga di Indonesia, yang dapat berdampak pada gangguan status gizi kelompok rentan, diantaranya wanita dan balita. Berdasarkan laporan Riskesdas 2007 (Depkes, 2008) menunjukkan di Indonesia periode 2005-2007 telah terjadi perbaikan status gizi balita yang melampaui target pembangunan jangka menengah (20%), namun masih belum merata dan bahkan masih terdapat 19 propinsi dengan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang yang masih cukup tinggi. Demikian juga hasil survey Riskesdas terakhir, menunjukkan prevalensi nasional gizi buruk dan gizi kurang pada balita cenderung semakin mengalami penurunan yaitu dari 18,4% pada 2007 menjadi 17,9% pada 2010, namun angka ini masih di bawah target MDGs yaitu 15,5% (Bappenas, 2010). Rendahnya ketahanan pangan rumah tangga dapat berdampak pada munculnya permasalahan gizi dan kesehatan bagi anggota rumah tangga, terutama pada kelompok rentan, diantaranya balita. Pada hakekatnya dampak kerentanan pada balita terkait gagal tumbuh dan berdampak nyata pada kematian (50%) balita (The World Bank,2006). Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa kerawanan pangan pada level rumah tangga menjadi salah satu faktor yang berkontribusi terhadap permasalahan kesehatan balita, terkait perkembangan (Rose-Jacobs dkk, 2008; Saha dkk, 2009) dan pertumbuhan (Matheson dkk, 2002; Hackett dkk, 2009; Ajao dkk, 2010). Kerawanan pangan juga berhubungan secara signifikan dengan kejadian sakit pada balita, terutama diare, Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dan parasitosis (Hackett dkk, 2009). Oleh karena itu agar individu tidak kekurangan gizi, maka akses setiap individu terhadap pangan dan gizi harus dijamin. Akses pangan setiap individu, sangat tergantung pada ketersediaan pangan dan kemampuan untuk mengaksesnya secara kontinyu (Pemprop Jatim, 2011).

**Coping strategi pada saat gangguan ketahanan pangan.** Selain memperhatikan aspek sumberdaya alam sekitar, pengertian ketahanan pangan juga harus dipahami dalam kaitan aspek sosial yang ada dimasyarakat. Ketahanan pangan rumah tangga berkaitan erat dengan *coping strategy*, yaitu suatu strategi yang dilakukan untuk mengatasi masalah kekurangan pangan (Hartog, 2006). Dalam kondisi rumah tangga rawan pangan, seorang ibu kadang menerapkan “penyesuaian” dalam pemberian makan pada anak, misalnya dengan cara menambahkan gula ke dalam minuman, memaksa anak untuk makan apa adanya, dan membatasi makanan tertentu (Feinberg, 2008). Pemilihan *coping strategy* tergantung pada berbagai faktor diantaranya struktur

demografi rumah tangga, status sosial-ekonomi, jaringan sosial, dinamika dalam rumah tangga, budaya, tekanan politik dan ekonomi (Usfar, 2002). Keluarga miskin di kabupaten Kediri, melakukan dengan mencari pekerjaan keluar desa, menyederhanakan menu, mengurangi makan bagi orang dewasa dan berhutang pada tetangga, saudara dan tukang sayur (Adi, Annis 2005).

## **Metode**

**Disain penelitian.** Penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*, dimana variabel-variabel penelitian dikumpulkan dalam satu kurun waktu yang sama, untuk kemudian dilakukan analisis. Dalam penelitian ini, peneliti menganalisis lanjut data *cross sectional* hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010, yang telah dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI.

**Tempat dan Waktu.** Pengumpulan data dilaksanakan oleh tim Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2010 di seluruh provinsi di Indonesia. Hasil pemetaan kerawanan pangan berdasarkan FIA (*food insecurity atlas*) tahun 2009 diperoleh 100 Kabupaten prioritas kerawanan pangan. Namun dari 100 kabupaten prioritas kerawanan pangan tersebut, terdapat 69 kabupaten yang termasuk dalam daftar sampel blok sensus Riskesdas 2010, dengan rincian 11 kabupaten termasuk wilayah prioritas 1 masalah kerawanan pangan, 23 kabupaten termasuk wilayah prioritas 2, dan 35 kabupaten termasuk wilayah prioritas 3. Selain ke-69 kabupaten prioritas tersebut, sebagai pembanding dalam analisis juga digunakan data dari kabupaten yang bukan termasuk wilayah prioritas masalah kerawanan pangan, sejumlah 27 kabupaten. Jumlah kabupaten non prioritas kerawanan pangan tersebut (27 kabupaten) ditentukan secara purposif sekitar 6% dari keseluruhan kabupaten dan dipilih secara acak.

**Populasi dan Sampel.** Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah tangga yang ada di kabupaten prioritas dan non prioritas masalah kerawanan pangan berdasarkan *food insecurity atlas* (FIA) di Indonesia. Sedangkan sampel adalah rumah tangga miskin terpilih, yaitu mengikuti sampel rumah tangga yang digunakan dalam Riset Kesehatan Dasar tahun 2010, yang terdapat di 69 kabupaten prioritas dan 27 kabupaten non prioritas masalah kerawanan pangan berdasarkan *food insecurity atlas* di Indonesia.

Pemilihan sampel dalam Riskesdas 2010 dilakukan dalam 2 tahap, yaitu tahap pertama pemilihan blok sensus, dan tahap kedua pemilihan rumah tangga. Dari 2800 blok sensus yang direncanakan dalam Riskesdas 2010, terealisasi 2798 blok sensus, dimana tiap blok sensus





rumah tangga rawan pangan dan besaran masalah gizi (status gizi) menurut kategori kabupaten prioritas kerawanan pangan. Data mengenai hubungan antar variabel dianalisis menggunakan analisis statistik bivariat *spearman correlation* untuk menganalisis hubungan antara kategori wilayah prioritas masalah kerawanan pangan dengan kecukupan gizi dan status gizi, serta membuat tabel silang antara masing-masing variabel bebas dan variabel terikat dengan tujuan menghitung nilai *odd ratio (OR)*. Uji kemaknaan digunakan metode *chi square tes*.

Analisis dan interpretasi data pada laporan ini dilakukan bukan per kabupaten, mengingat data Riskesdas tahun 2010 bukan merupakan representasi per kabupaten, melainkan representasi propinsi. Oleh karena itu, analisis dan interpretasi dilakukan secara per kategori wilayah prioritas kerawanan pangan (kategori 1, 2, 3 dan non prioritas), meskipun pada masing-masing kategori terdiri dari kabupaten-kabupaten prioritas dan kabupaten-kabupaten non prioritas kerawanan pangan menurut *Food Insecurity Atlas* Indonesia tahun 2009.

## **Temuan dan analisis**

### **1. Karakteristik Sosekonomi RumahTangga Balita**

Rumahtangga yang menjadi sampel penelitian sebanyak 11084 rumahtangga, sebagian besar rumah tangga mempunyai jumlah anggota rumah tangga yang tergolong kecil yaitu  $\leq 4$  orang (66,9%). Namun, persentase rumah tangga dengan jumlah anggota  $\leq 4$  orang terlihat lebih tinggi di kabupaten non prioritas (71,6%) dibanding di kabupaten prioritas kerawanan pangan (66,1% di prioritas ketiga; 65,4% di prioitas kedua; dan 53,9% di prioritas pertama) (Tabel 1), yang mengindikasikan bahwa rumah tangga di wilayah non prioritas kerawanan pangan cenderung terdiri dari keluarga kecil dan sebaliknya diwilayah prioritas kerawanan pangan cenderung lebih banyak jumlah anggota keluarganya. Padahal kemungkinan terjadinya KEP berat pada anak-anak diawal usia pertumbuhan, lebih sedikit ditemukan pada rumahtangga a dengan jumlah anggota keluarganya lebih kecil. Besar keluarga atau jumlah anggota keluarga dapat mempengaruhi distribusi pangan di dalam rumah tangga, sehingga berpengaruh terhadap akses ekonomi pangan (USAID, 1994). Demikian juga Babatunde (2007), menyatakan semakin besar jumlah anggota rumah tangga, kemungkinan tahan pangan semakin menurun. Dengan kata lain, rumah tangga dengan keluarga besar lebih cenderung mengalami rawan pangan dibanding keluarga kecil, apalagi dalam kondisi miskin. Sumber pangan keluarga, terutama pada

rumahtangga miskin atau sangat miskin, akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makannya jika yang harus diberi makan jumlahnya sedikit dan sebaliknya.

Rumahtangga yang menjadi sampel penelitian sebagian besar yaitu 6720 (60,6 %) tergolong rumahtangga yang membelanjakan lebih dari 60% pendapatnya untuk memenuhi kebutuhan pangan keluarga sehari hari, diproksi sebagai rumahtangga miskin dan sebesar 4364 (39,4%) tergolong rumahtangga yang membelanjakan kurang dari 60% pendapatnya untuk memenuhi kebutuhan pangan keluarga sehari hari, diproksi sebagai rumahtangga non miskin, secara lengkap disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik sosial ekonomi rumah tangga

Variabel	Kategori wilayah prioritas kerawanan pangan				Total (N=11084)
	Prioritas 1 (n=934)	Prioritas 2 (n=2377)	Prioritas 3 (n=3844)	Non Prioritas (n=3929)	
Jumlah anggota rumah tangga, n (%) <sup>a</sup>					
>4 orang	431 (46.1)	822 (34.6)	1340 (33.9)	1116 (28.4)	3673 (33.1)
≤4 orang	503 (53.9)	1555 (65.4)	2540 (66.1)	2813 (71.6)	7411 (66.9)
Pangsa pengeluaran pangan (%) <sup>b</sup>					
Tinggi (>60%)	641 (68.6)	1513 (63.7)	2503 (65.1)	2063 (52.5)	6720 (60.6)
Rendah (≤60%)	293 (31.4)	864 (36.3)	1341 (34.9)	1866 (47.5)	4364 (39.4)

<sup>a</sup>Spearman correlation ( $r=0.089$ ,  $p<0.001$ ); <sup>b</sup>Spearman correlation ( $r=0.114$ ,  $p<0.001$ )

Data tabel 1 menunjukkan bahwa pada semua kategori wilayah prioritas kerawanan pangan dan non prioritas sebagian besar mengalokasikan pengeluaran untuk pangan. Terdapat kecenderungan bahwa semakin prioritas rawan suatu wilayah, semakin besar persentase rumahtangga dengan pangsa pengeluaran pangan tinggi (>60%). Sesuai dengan hukum *Engel*, pada saat terjadinya peningkatan pendapatan, keluarga akan membelanjakan pendapatannya untuk pangan dengan porsi yang semakin mengecil. Sebaliknya apabila pendapatan menurun, maka porsi yang dibelanjakan untuk pangan makin meningkat. Menurut data Susenas 1998, pengeluaran untuk pangan bagi rumahtangga miskin berkisar antara 60-80% dari pendapatan, sedangkan bagi rumahtangga yang mampu antara 20-59%.

## 2. Status Gizi dan Risiko Masalah Gizi Balita pada Rumah tangga di Wilayah Prioritas dan Non prioritas Kerawanan Pangan di Indonesia

**Status gizi balita.** Balita merupakan salah satu kelompok rentan gizi yang biasanya paling terpengaruh diantara seluruh anggota keluarga apabila terjadi kekurangan pangan dalam

keluarga. Pangan untuk setiap anak berkurang dan seringkali orangtua tidak menyadari bahwa usia anak-anak memerlukan makanan yang cukup untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Balita yang berada di wilayah prioritas masalah kerawanan pangan mempunyai persentase masalah gangguan gizi lebih besar dibandingkan wilayah non prioritas masalah kerawanan pangan. Secara lengkap status gizi balita dengan berbagai indicator penilaian disajikan pada tabel 2.

Tabel 2. Status gizi balita menurut kategori wilayah prioritas kerawanan pangan di Indonesia

Variabel	Kategori wilayah prioritas kerawanan pangan				Total
	Prioritas 1	Prioritas 2	Prioritas 3	Non Prioritas	
Status gizi dengan indikator BB/U, n (%), N=3882 <sup>a</sup>					
Gizi buruk	48 (12.8)	79 (9.4)	151 (10.7)	71 (5.7)	348 (9.0)
Gizi kurang	75 (19.9)	147 (17.5)	303 (21.4)	158 (12.6)	683 (17.6)
Gizi baik	241 (64.1)	578 (68.7)	903 (63.9)	979 (78.2)	2701 (69.6)
Gizi lebih	12 (3.2)	37 (4.4)	56 (4.0)	44 (3.5)	149 (3.8)
Status gizi dengan indikator TB/U, n (%), N=3839 <sup>b</sup>					
Sangat pendek	140 (37.4)	227 (27.2)	389 (28.0)	335 (27.0)	1091 (28.4)
Pendek	74 (19.8)	171 (20.5)	267 (19.2)	217 (17.5)	729 (19.0)
Normal	160 (42.8)	436 (52.3)	734 (52.8)	689 (55.5)	2019 (52.6)
Status gizi dengan indikator BB/TB, n (%), N=3808 <sup>c</sup>					
Sangat kurus	39 (10.5)	62 (7.5)	147 (10.6)	75 (6.1)	323 (8.5)
Kurus	25 (6.8)	57 (6.9)	109 (7.9)	96 (7.8)	287 (7.5)
Normal	237 (64.1)	577 (69.7)	928 (67.1)	806 (65.6)	2548 (66.9)
Gemuk	69 (18.6)	132 (15.9)	198 (14.3)	251 (20.4)	650 (17.1)

<sup>a</sup>Spearman correlation (r=0.015, p<0.001); <sup>b</sup>Spearman correlation (r=0.016, p<0.01); <sup>c</sup>Spearman correlation (r=0.038, p<0.05)

Prevalensi masalah gizi balita di wilayah prioritas 1 dan non prioritas masalah kerawanan pangan di Indonesia, secara berturut-turut: *underweight* (gizi buruk dan kurang) sebesar 32,7% dan 26,6%, *stunting* (sangat pendek dan pendek) sebesar 56,2 % dan 44,5%, dan *wasting* (sangat kurus dan kurus) sebesar 17,3% dan 13,9%. Terdapat hubungan yang signifikan antara *stunting* (p=0,01) dan *underweight* (p=0,001) dengan kategori wilayah prioritas kerawanan pangan. Adanya hubungan secara signifikan antara antara *stunting* dan *underweight* dengan kategori wilayah prioritas kerawanan pangan, menunjukkan bahwa semakin meningkatnya status prioritas kerawanan pangan suatu wilayah, persentase balita yang mengalami gangguan masalah gizi (*stunting* dan *underweight*) semakin meningkat (Tabel 3). Dalam kondisi rawan pangan, dimana

ketersediaan pangan keluarga umumnya terbatas sehingga pangan untuk setiap anak berkurang hingga pada akhirnya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan pangan guna mencegah gangguan gizi, terutama pada anak. Hal serupa menurut Oh dan Hong (2003) dalam penelitian mereka di Korea memperoleh adanya hubungan signifikan antara kerawanan pangan dengan konsumsi makanan pada anak.

Tabel 3. Risiko status gizi kurang, pendek dan kekurusan pada balita di kabupaten prioritas kerawanan pangan dibanding di kabupaten non prioritas kerawanan pangan

Kategori kabupaten prioritas kerawanan pangan	Risiko		
	n (%)	p-value	OR
Gizi buruk dan gizi kurang			
Prioritas 1	123 (32.7)	0.0001*	2.172 (1.677-2.813)
Prioritas 2	226 (26.9)	0.0001*	1.642 (1.332-2.024)
Prioritas 3	454 (32.1)	0.0001*	2.115 (1.764-2.536)
Non prioritas	229 (18.3)		
Sangat pendek dan pendek			
Prioritas 1	214 (57.2)	0.0001*	1.669 (1.322-2.108)
Prioritas 2	398 (47.7)	0.080	1.139 (0.955-1.359)
Prioritas 3	656 (47.2)	0.088	1.116 (0.957-1.301)
Non prioritas	552 (44.5)		
Sangat kurus dan kurus			
Prioritas 1	64 (17.3)	0.066	1.293 (0.944-1.770)
Prioritas 2	119 (14.4)	0.411	1.037 (0.806-1.336)
Prioritas 3	256 (18.5)	0.001*	1.405 (1.138-1.735)
Non prioritas	171 (13.9)		

\*significant (*chi-square test*)

**Risiko terjadi gangguan gizi.** Balita yang berada di wilayah prioritas 1 masalah kerawanan pangan paling besar risikonya dibandingkan wilayah prioritas masalah kerawanan pangan lainnya, dimana risiko terjadinya balita *underweight* sebesar 2.172 kali lebih besar dan terjadinya *stunting* sebesar 1,669 kali lebih besar dibandingkan pada balita yang berasal dari rumah tangga di kabupaten non prioritas. Sedangkan risiko terjadinya kekurusan, justru nampak lebih besar (1,405 kali) terjadi di wilayah prioritas 3 dibandingkan wilayah prioritas lainnya. Jadi kategori wilayah prioritas masalah kerawanan pangan merupakan factor risiko terjadinya masalah gizi *underweight*, *stunting* maupun *wasting* pada balita di Indonesia.

### 3. Status gizi dan Risiko masalah gizi balita pada rumah tangga miskin dan tidak miskin di wilayah prioritas dan non prioritas masalah kerawanan pangan di Indonesia

**Status gizi balita dan kemiskinan.** Masalah gizi kurang pada balita bukanlah merupakan hal yang baru, namun masalah ini tetap actual yang dicerminkan dengan adanya peningkatan KEP di daerah kantong-kantong kemiskinan. Secara umum balita yang berada di rumahtangga miskin di wilayah prioritas masalah kerawanan pangan mempunyai persentase masalah gangguan gizi lebih besar dibandingkan wilayah non prioritas. Secara lengkap penilaian status gizi dengan berbagai indicator disajikan pada Tabel 4.

Tabel 4. Status gizi balita menurut kategori rumahtangga miskin dan tidak miskin di Indonesia

Variabel Status gizi Balita	Kategori Rumahtangga		Total
	Miskin	Tidak Miskin	
Status gizi dengan indikator BB/U, n (%) (N=2630 <sup>a</sup> )			
Gizi Buruk dan Kurang	586 (22,3)	217 (8,3)	803 (30,5)
Gizi Baik	1210 (46,0)	617 (23,5)	1827 (69,5)
Status gizi dengan indikator TB/U, n (%) (N=2598 <sup>b</sup> )			
Sangat pendek dan Pendek	910 (35,0)	358 (13,8)	1268 (48,8)
Normal	861 (33,1)	469 (18,1)	1330 (51,2)
Status gizi dengan indikator BB/TB, n (%) (N=2580 <sup>c</sup> )			
Sangat kurus dan Kurus	299 (11,6)	140 (5,4)	439 (17,0)
Normal dan Gemuk	1459 (56,6)	682 (26,4)	2141 (83,0)

<sup>a</sup> Pearson Chi-square (p<0.01); <sup>b</sup> Pearson Chi-square (p<0.01); <sup>c</sup> Pearson Chi-square (p>0.05)

Hasil analisis menunjukkan adanya hubungan secara signifikan antara status gizi kurang/buruk (*underweight*) dan pendek/sangat pendek (*stunting*) pada balita dengan kategori tingkat kemiskinan rumahtangga (p<0,01). Kondisi memberikan gambaran dan sekaligus bukti bahwa tingkat kemiskinan pada rumahtangga yang memiliki balita di daerah prioritas masalah kerawanan pangan maupun non prioritas menjadi faktor yang berkontribusi penting terjadinya gangguan masalah gizi pada balita, terutama *underweight* dan *stunting*.

**Risiko defisiensi gizi pada balita rumahtangga miskin.** Apabila terjadi kekurangan pangan dalam suatu rumahtangga karena sebab-sebab seperti packelik, suatu bencana alam atau kemiskinan yang kronis, pemenuhan kecukupan gizi anggota keluarga terutama balita sangat mungkin terganggu. Kemampuan mengakses pangan dipengaruhi oleh daya beli, yang berkaitan

dengan tingkat pendapatan dan kemiskinan (Pemprop Jatim, 2011). Anak-anak yang tumbuh dalam suatu keluarga miskin adalah yang paling rawan terhadap kurang gizi, diantara anggota keluarga lain. Hasil analisis menunjukkan secara umum risiko balita mengalami defisit asupan energi dan protein pada rumahtangga miskin lebih besar dibandingkan balita yang berada pada rumahtangga tidak miskin, Secara lengkap disajikan pada tabel 5 berikut.

Tabel 5. Risiko defisit asupan energi dan protein balita rumahtangga miskin dan tidak miskin

Kategori Rumahtangga	Asupan energi & protein		p-value	OR
	Defisit ringan & berat	Cukup		
Energi				
Miskin	2021 (77.7)	579 (22.3)	0.000*	1.440 (1.242-1.669)
Tidak miskin	989 (70.8)	408 (29.2)		
Protein				
Miskin	1560 (60.0)	1040 (40.0)	0.000*	1.394 (1.223-1.590)
Tidak miskin	724 (51.8)	673 (48.2)		

\*significant (chi-square test)

Risiko balita pada rumahtangga miskin di Indoensia mengalami deficit energi yaitu 1,440 kali lebih besar ( $p < 0.001$ ) dan 1.394 kali lebih berisiko mengalami deficit protein ( $p < 0.001$ ), dibandingkan balita yang berada pada rumahtangga tidak miskin di semua wilayah tanpa membedakan kategori wilayah. Sehingga kategori kemiskinan rumahtangga merupakan factor risiko terjadinya keparahan masalah ketidakcukupan (defisiensi) konsumsi gizi energi dan protein balita di Indonesia. Kemiskinan menyebabkan akses terhadap pangan di rumah tangga sulit dicapai sehingga seseorang akan kekurangan berbagai zat gizi yang dibutuhkan tubuh. Kecukupan gizi hanya bisa diperoleh dan dipenuhi dari asupan makanan/minuman yang dikonsumsi sehari-hari. Marco dan Thorbun (2009) juga menemukan bahwa rumah tangga dengan pendapatan yang lebih rendah lebih cenderung mengalami kerawanan pangan.

**Risiko gangguan status gizi pada balita rumahtangga miskin** Masalah kemiskinan adalah akar dari masalah kekurangan gizi dan rentan terhadap kerawanan pangan. Balita yang berada pada rumahtangga miskin secara umum mempunyai persentase masalah gangguan terhadap status gizi lebih besar dibandingkan balita pada rumahtangga tidak miskin. dengan berbagai indicator penilaian status gizi, secara lengkap disajikan pada tabel 6

Tabel 6. Risiko status gizi kurang, pendek dan kekurusan pada balita pada rumahtangga miskin dibandingkan tidak miskin di Indonesia

Kategori rumahtangga	Risiko		
	n (%)	p-value	OR
<b>Gizi buruk dan gizi kurang</b>			
Rumahtangga miskin	731 (29.0)	0.0001*	1,445 (1.238-1,686)
Rumahtangga tidak miskin	301 (22.1)		
<b>Sangat pendek dan pendek</b>			
Rumahtangga miskin	1254 (50.4)	0.0001*	1,406 (1.231-1.608)
Rumahtangga tidak miskin	566 (41.9)		
<b>Sangat kurus dan kurus</b>			
Rumahtangga miskin	394 (16.0)	0.491	0,994 (0.829-1.191)
Rumahtangga tidak miskin	216 (16.1)		

\*significant (chi-square test)

Risiko balita pada rumah tangga miskin terjadinya *underweight* sebesar 1,445 kali lebih besar dan risiko terjadinya *stunting* sebesar 1,406 kali lebih besar dibandingkan balita pada rumah tangga tidak miskin. Hal ini berarti kategori tingkat kemiskinan rumahtangga (miskin dan tidak miskin) merupakan factor risiko terjadinya status gizi buruk dan kurang (*underweight*) dan pendek (*stunting*). Akses pangan rumahtangga, selain sangat tergantung pada ketersediaan pangan, juga kemampuan akses pangan yang dipengaruhi oleh daya beli yang berkaitan dengan pendapatan dan tingkat kemiskinan. Isanaka dkk (2007) menguji hubungan antara ketahanan pangan anak dengan konsumsi makan dan mendapati bahwa anak dari rumah tangga rawan pangan mengonsumsi pangan sumber protein hewani dan makanan ringan yang lebih sedikit dibandingkan pada anak yang tahan pangan. Sedangkan analisis Atmarita *et al* (2006) terhadap data status gizi Susenas (tahun 1989-2005) juga membuktikan determinan utama gizi kurang pada anak balita adalah factor ekonomi, pendidikan ibu, makanan dan infeksi.

#### 4. Risiko munculnya masalah gizi balita pada rumahtangga miskin di wilayah prioritas masalah kerawanan pangan di Indonesia



**Faktor jenis kelamin dan resiko terjadinya masalah gizi pada balita rumahtangga miskin.** Anak-anak yang tumbuh dalam rumahtangga miskin, seringkali mengalami hambatan dalam pemenuhan kebutuhan gizinya. Di daerah pedesaan kondisi tersebut, juga seringkali masih diperparah dengan adanya pandangan tradisional yang mempunyai prioritas anggota keluarga laki-laki daripada perempuan sehingga pada beberapa kasus, anggota keluarga perempuan, termasuk anak-anak memperoleh makan setelah anggota keluarga laki-laki. Namun hasil analisis, secara umum menunjukkan fakta sebaliknya, dimana balita berjenis kelamin perempuan pada rumahtangga miskin di wilayah prioritas kerawanan pangan mempunyai persentase masalah gangguan terhadap status gizi lebih kecil dibandingkan balita laki-laki. Secara lengkap berbagai indicator penilaian status gizi pada balita rumahtangga miskin di wilayah prioritas kerawanan pangan disajikan pada tabel 7.

Tabel 7. Risiko status gizi kurang, pendek dan kekurusan balita pada rumahtangga miskin menurut Jenis Kelamin di wilayah prioritas kerawanan pangan di Indonesia

Kategori Jenis Kelamin Balita Rumahtangga Miskin di wilayah prioritas kerawanan pangan	Risiko		
	n (%)	p-value	OR
Gizi buruk dan gizi kurang			
Perempuan	264 (14.7)	0.012*	0.772 (0.634-0.942)
Laki-laki	322 (17.9)		
Sangat pendek dan pendek			
Perempuan	424 (23.9)	0.015*	0.789 (0.655-0.951)
Laki-laki	486 (27.4)		
Sangat kurus dan kurus			
Perempuan	151 (8.6)	0.732	1.053 (0.821-1.350)
Laki-laki	148 (8.4)		

\*significant (chi-square test)

Balita perempuan pada rumahtangga miskin yang berada di wilayah prioritas masalah kerawanan pangan lebih kecil risikonya mengalami gangguan masalah gizi dibandingkan balita laki-laki, dimana risiko terjadinya balita perempuan *underweight* sebesar 0.772 kali lebih rendah dibanding balita laki-laki (atau balita laki-laki lebih berisiko 1,295 kali lebih besar) dan terjadinya *stunting* sebesar 0,789 kali lebih rendah dibanding balita laki-laki (atau balita laki-laki lebih berisiko 1,267 kali lebih besar). Sedangkan risiko terjadinya kekurusan, relative sama (tidak beda significant) antara balita perempuan dan balita laki-laki. Sehingga kategori jenis

kelamin merupakan factor protektif terjadinya masalah gizi *underweight dan stunting* balita pada rumahtangga tangga miskin di daerah prioritas kerawanan pangan Indonesia.

**Faktor usia dan resiko terjadinya masalah gizi pada balita rumahtangga miskin.**

Usia bawah lima tahun biasanya merupakan usia yang rawan terjadi gangguan gizi. Berdasarkan kelompok usia, balita kelompok usia 1-3 tahun pada rumahtangga miskin di wilayah prioritas kerawanan pangan secara umum mempunyai persentase masalah gangguan terhadap status gizi lebih besar dibandingkan kelompok usia balita lainnya. Adanya gangguan status gizi balita berdasarkan kelompok usia pada rumahtangga miskin, secara lengkap disajikan pada tabel 8.

Tabel 8. Risiko status gizi kurang, pendek dan kekurusan balita pada rumahtangga miskin menurut usia di kabupaten prioritas kerawanan pangan di Indonesia

Kategori Usia Balita pada Rumahtangga Miskin di wilayah prioritas kerawanan pangan	Risiko		
	n (%)	p-value	OR
Gizi buruk dan gizi kurang			
4 – 5 tahun	124 (6.9)	0.013*	1.742 (1.141-2.660)
1 – 3 tahun	398 (22.2)	0.033*	1.535 (1.049-2.246)
7 – 11 bulan	25 (1.4)	0.977	1.054 (0.590-1.883)
0 – 6 bulan	39 (2.2)		
Sangat pendek dan pendek			
4 – 5 tahun	179 (10.1)	0.024*	1.588 (1.080-2.336)
1 – 3 tahun	626 (35.3)	0.008*	1.608 (1.143-2.263)
7 – 11 bulan	42 (2.4)	0.788	1.111 (0.663-1.861)
0 – 6 bulan	63 (3.6)		
Sangat kurus dan kurus			
4 – 5 tahun	42 (2.4)	0.081	0.610 (0.363-1.024)
1 – 3 tahun	211 (12.0)	0.818	0.927 (0.603-1.427)
7 – 11 bulan	17 (1.0)	0.918	0.913 (0.471-1.769)
0 – 6 bulan	29 (1.6)		

\*significant (chi-square test)

**Risiko terjadi gangguan gizi.** Balita pada rumahtangga miskin di wilayah prioritas kerawanan pangan yang berusia 4-5 tahun berisiko 1.742 kali lebih besar dan yang berusia 1-3 tahun berisiko 1.535 lebih besar mengalami *underweight* dibandingkan balita kelompok usia 0-6 bulan. Risiko terjadinya stunting, balita kelompok usia 4-5 tahun sebesar 1.588 kali lebih besar dan balita kelompok usia 1-3 tahun sebesar 1.608 lebih besar dibandingkan balita usia 0-6 bulan.



Sedangkan risiko terjadinya kekurusan, relatif sama antar kelompok usia balita pada rumahtangga miskin di wilayah prioritas kerawanan pangan. Jadi kategori kelompok usia merupakan factor risiko terjadinya masalah gizi *underweight* dan *stunting* balita pada rumahtangga miskin di daerah prioritas kerawanan pangan di Indonesia.

## **Implikasi/rekomendasi kebijakan.**

### **Implikasi Kebijakan**

Kemiskinan dan kerawanan pangan seringkali saling berkaitan. Kerawanan pangan, baik pada taraf meso (wilayah) maupun *micro* (rumah tangga), dapat dampak pada defisiensi zat gizi (energi dan protein) hingga menyebabkan gangguan status gizi, terutama kelompok rentan gizi yaitu balita. Selain masa usia balita merupakan *Gold Period*, secara ekonomis membiarkan balita menderita gangguan gizi berarti membiarkan potensi generasi mendatang ‘hilang’ dan bagi rumahtangga miskin berarti melestarikan terjadinya lingkaran kemiskinan.

1. Risiko balita yang berada di wilayah prioritas 1 masalah kerawanan pangan di Indonesia, mengalami masalah status gizi (risiko *underweight* 2,17 kali dan *stunting* 1,67 kali ) lebih besar dibandingkan balita di wilayah non prioritas, namun risiko terjadi masalah kekurusan relative sama dengan di wilayah non prioritas. Prioritas wilayah kerawanan pangan menjadi factor risiko terhadap terjadinya masalah status gizi (*underweight* dan *stunting*) pada balita.
2. Risiko balita yang berada pada rumahtangga miskin wilayah prioritas kerawanan pangan di Indonesia, mengalami masalah defisiensi gizi (defisiensi energi 1,44 kali dan protein 1,39 kali) dan masalah status gizi (risiko *underweight* 1,45 kali dan *stunting* 1,41 kali ) lebih besar dibandingkan balita pada rumahtangga tidak miskin, namun risiko terjadi masalah kekurusan relative sama. Tingkat kemiskinan rumahtangga menjadi factor risiko terjadinya defisiensi gizi (energi dan protein) dan masalah status gizi (*underweight* dan *stunting*) pada balita di wilayah prioritas maupun non prioritas kerawanan pangan di Indonesia.
3. Balita berusia 1-3 tahun pada rumahtangga miskin di daerah prioritas kerawanan pangan perlu diprioritaskan sebagai sasaran utama pada Program akselerasi perbaikan gizi (SUN) dan penguatan ketahanan pangan rumahtangga



## Rekomendasi Kebijakan:

Sasaran prioritas upaya percepatan perbaikan gizi adalah penurunan prevalensi kekurangan gizi balita dengan mengintegrasikan upaya pengetasan kemiskinan dan upaya peningkatan pelayanan gizi, dengan:

- 1) Fokus sasaran: balita pada rumahtangga miskin, terutama balita laki-laki berusia 1- 3 tahun dengan jenis kelamin laki-laki, dengan tetap tidak mengabaikan balita perempuan.
- 2) Fokus kegiatan: Perbaikan akses pangan rumahtangga miskin dan inovasi intervensi gizi pada balita yang diintegrasikan dengan kegiatan penguatan ekonomi produktif yang disertai penguatan modal social.
- 3) Focus perhatian wilayah: diprioritaskan pada wilayah kabupaten prioritas 1 masalah kerawanan pangan (30 Kabupaten di Indonesia berdasarkan *food insecurity atlas*), meskipun dengan tidak mengabaikan kabupaten prioritas berikutnya.
- 4) Fokus kelembagaan: perlunya dilakukan akselerasi revitalisasi Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG).
- 4) Perlunya kajian kualitatif *coping strategy* terkait gizi dan ekonomi rumahtangga miskin di daerah prioritas I kerawanan pangan sebagai dasar menyusun detail strategi efektif dalam akselerasi perbaikan gizi anak dan penguatan ketahanan pangan rumahtangga miskin.

## Daftar Pustaka

Adi, Annis Catur. 2005. Coping Mechanism Keluarga Miskin dalam Mempertahankan Ketahanan Pangan Rumahtangga dan Status Gizi Balita pada Saat Rawan Pangan (Studi di Kabupaten Kediri, Jawa Timur). Lembaga Penelitian Unair.

Atmarita, *et al.* 2006. Mampukan Indonesia bersepakat untuk melakukan peningkatan Sumberdaya Manusia (SDM) yang cerdas dan berkualitas. *Gizi Indonesia*, 29 (1): 47-57.

Bappenas. 2010. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium Indonesia 2010.

Badan Ketahanan Pangan. 2010. Satu Dasawarsa Kelembagaan Ketahanan Pangan di Indonesia (1999-2009). Jakarta: Kementerian Pertanian RI

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementrian Kesehatan RI. 2010. Riset Kesehatan Dasar Riskesdas 2010

BKP, WFP, UNICEF, ILO. 2009. Indonesia Food and Nutrition Security Monitoring System. FNSMS Bulletin, East Java – Issue No. 1, for June – July 2009.



Dewan Ketahanan Pangan, Departemen Pertanian RI and World Food Programme (WFP). 2009. Peta Ketahanan dan Kerentanan Pangan Indonesia 2009.

Hackett M, Melgar-Quiñonez H, Álvarez MC. 2009. Household food insecurity associated with stunting and underweight among preschool children in Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(6):506–10

Hardinsyah. 2007. Inovasi Gizi dan Pengembangan Modal Sosial. *Orasi Ilmiah Guru Besar Ilmu Gizi Fema IPB*. Bogor, 23 Juni 2007.

Hartog, AP, 2006. Food habit and Consumption in Developing Countries. Wageningen university Press.

Isanaka, S., Mora-Plazas, M., Lopez-Arana, S., Baylin, A., Villamor, E. (2007). Food Insecurity Is Highly Prevalent and Predicts Underweight but Not Overweight in Adults and School Children from Bogota, Colombia. *The Journal of Nutrition*. J. Nutr. 137: 2747–2755

Nehof, Anke. 2010. Food, diversity, vulnerabality and sosial change. Research finding from Southeast Asia. Mansholt publication series Volume 9. Wageningen Academic Publisher.

Oh SY dan MJ Hong. 2003. Food insecurity is associated with dietary intake and body size of Korean children from low-income families in urban areas. *European Journal of Clinical Nutrition* (2003) 57, 1598–1604

Pemerintah Propinsi Jawa Timur. 2011. Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD-PG) Propinsi Jawa Timur 2011-2015.

Republik Indonesia. 2012. Pedoman Perencanaan program Gerakan Nasional Sadar Gizi Dalam Rangka Seribu Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK).

Rose D and Oliveira V, MS. 1997. Nutrient Intakes of Individuals from Food-Insufficient Households in the United States. *American Journal of Public Health* December 1997, Vol. 87, No. 12

Saha KK, Frongillo EA, Alam DS, Arifeen SE, Persson LA, Rasmussen KM. 2009. Household food security is associated with growth of infants and young children in rural Bangladesh. *Public Health Nutrition*: 12(9), 1556–1562 doi:10.1017/S1368980009004765

The World Bank. 2006. Repositioning Nutrition as Central to Development. A Strategy for Large Scale Action

Undang-undang No 7 Tahun 1996 tentang Pangan. Republik Indonesia

Usfar AA., Fahmida U., Februhartanty J. 2007. Household Food Security Status Measured by the US-Household Food Security/Hunger Survey Module (US-FSSM) is in line with Coping



Stratgey Indicator Found in Urban and Rural Indonesia. *Asia Pac J Clin Nutr* 2007; 16 (2):368-374

WFP. 2007. *Executive Brief: Indonesia Food Security Assessment and Classification*. United Nations World Food Programme

**Ucapan terima kasih:**

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kemenkes RI yang telah mengizinkan dan menyediakan dana untuk analisis lanjut hasil riset kesehatan nasional ini

