

TINGKAT KECUKUPAN GIZI ANAK BALITA PADA RUMAH TANGGA MISKIN DI KABUPATEN WAY KANAN PROVINSI LAMPUNG

Reni Zuraida¹, Yaktiworo Indriani², Uli Kartika Sihaloho¹, Parthozy Silaen¹, William Doktrian¹, dan Ockta Prasiesta²

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung. Jl. Sumantri Brojonegoro No 1, Bandar
²Program Studi Agribisnis, Fakultas Pertanian, Universitas Lampung. Lampung 35145,
Surel: zuraidareni@yahoo.com

ABSTRACT

This study aims to assess the nutrition adequacy level (NAL) of preschool children from poor households in Way Kanan Regency of Lampung Province. The study was conducted on May until September 2013. The primary data was collected by a survey method in August 2013 involving 180 voluntary preschool children as our samples. They were from six villages of three sub-districts. The result showed that mean of NAL for carbohydrate, fat and protein was already above 70 percent. In fact, for carbohydrates was far above 100 percent. This reflected that the food consumption of the preschool children was mostly carbohydrates. There were 20 percent and 55 percent of children having NAL of energy and protein in excess. This showed the double burden of malnutrition in the community. For the micronutrient group, mean of all NAL was above 70 percent (normal). However, there were a lot of under five year old children suffering deficit (<70% RDA) of all minerals and vitamins. The lowest deficit of NAL was iron, which was as much as 32%.

Keywords: NAL, preschool children, poor household

PENDAHULUAN

Pertumbuhan dan perkembangan anak di bawah lima tahun (balita) merupakan yang tercepat kedua sesudah bayi. Apabila terjadi kekurangan zat gizi pada masa balita akan dapat menyebabkan terjadinya gizi kurang hingga gizi buruk, hal ini dapat berakibat pada gangguan fisik dan mental yang tidak bisa diperbaiki lagi. Sasaran pembangunan pangan dan gizi dalam RPJM tahun 2010-2014 dan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011-2015 adalah menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada balita, termasuk pendek (*stunting*) (Bappenas 2010).

Adanya aneka krisis dan berbagai bencana pada hakekatnya berdampak pada gangguan pemenuhan kebutuhan dasar (pangan dan gizi) keluarga miskin, yang akan mempengaruhi keadaan gizi dan kesehatan anggota keluarganya, terutama golongan rawan gizi. Balita merupakan salah satu golongan rawan gizi yang paling mudah terkena masalah gizi jika terjadi krisis/kekurangan pangan dan gizi. Kekurangan gizi

jika sampai terjadi pada banyak balita di suatu daerah, maka dapat dikatakan daerah tersebut akan mengalami/memiliki suatu generasi yang hilang (*lost generation*). Salah satu cara pencegahan terjadinya gizi kurang pada anak balita adalah dengan selalu memonitor tumbuh kembang anak tersebut.

Cara yang mudah dan sudah dikenal masyarakat untuk mendeteksi dini (awal) pertumbuhan anak adalah menggunakan alat bantu berupa Kartu Menuju Sehat atau yang sering disingkat dengan sebutan KMS. Sayangnya, kenyataan di lapangan banyak mencatat bahwa setelah bayi berumur 9 (sembilan) bulan dan mendapatkan imunisasi secara lengkap, banyak ibu-ibu yang tidak lagi membawa anak balitanya secara rutin ke posyandu, ini mengakibatkan pertumbuhan anaknya kurang terpantau lagi. Oleh karena itu harus ada usaha dan penelitian yang perlu dilakukan bagaimana mencegah, mengatasi dan menanggulangi status gizi dan kesehatan anak balita yang rendah. Terutama, pada mereka yang berasal dari rumah tangga miskin yang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar minimum yaitu gizi dan pangan.

Pada umumnya, penduduk miskin dan berpendidikan rendah merupakan golongan yang paling rawan terkena kekurangan zat gizi dan mereka itu pula yang akan paling merasakan penurunan produktivitas, kekebalan dan fungsi kognitif. Sebagai negara yang sedang berkembang, jumlah penduduk miskin di Indonesia masih sangat banyak. Kenyataannya jumlah penduduk miskin pada tahun 2009, 2010 dan 2011 bahkan naik menjadi 32,53 juta (14.5%), 31,02 juta (13.3 %) dan 30,02 juta (12.5%) (BPS 2012).

Jumlah penduduk miskin di Provinsi Lampung menempati terbanyak ke tiga di Pulau Sumatera, setelah Bengkulu dan Nangroe Aceh Darusalam. Berdasarkan Riskedas (Balitbang Depkes RI 2010), prevalensi status gizi balita di Lampung yang mengalami gizi kurang dan buruk mencapai 13,4%; berbadan pendek dan sangat pendek 36,3% serta yang kurus dan sangat kurus 13,9%.

Kabupaten Way Kanan termasuk salah satu kabupaten baru di Lampung yang dibentuk pada tanggal 20 April 1999 yang merupakan pemekaran dari Kabupaten Lampung utara berdasarkan Undang-undang No.12 tahun 1999. Jumlah penduduk miskin di Way Kanan masih sangat banyak, yakni lebih dari 20%, kurang lebih 168.000 jiwa (Pemerintah Kabupaten Way Kanan 2011). Secara umum penelitian ini bertujuan

untuk menilai tingkat kecukupan gizi anak balita pada rumah tangga miskin di Kabupaten Way Kanan Provinsi Lampung.

METODE PENELITIAN

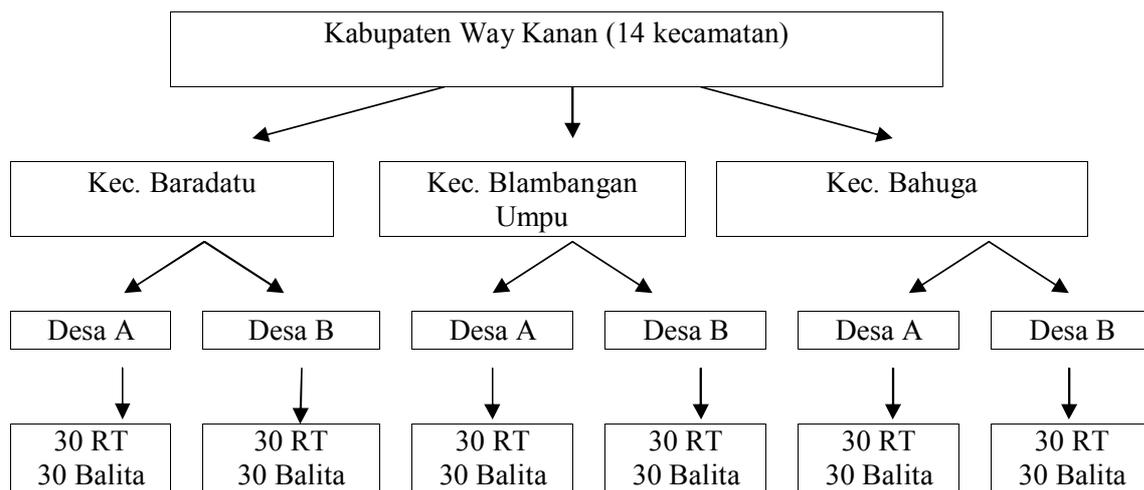
Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei hingga September 2013. Pengambilan data primer dilakukan pada bulan Agustus 2013. Lokasi penelitian ditetapkan secara sengaja (*purposive*) yaitu di Kabupaten Way Kanan Provinsi Lampung. Lokasi ini dipilih karena jumlah penduduk miskinnya masih tinggi dibandingkan dengan kabupaten lain di Lampung, yakni di atas 20%.

Pelaksanaan penelitian ini memerlukan bahan-bahan berupa data-data demografi. Alat utama yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang dirancang sesuai dengan tujuan penelitian. Pengambilan data penelitian melibatkan lima orang mahasiswa senior yang sekaligus melakukan sebagian dari penelitian ini untuk tugas akhir skripsi mereka, tiga orang dari Fakultas Kedokteran dan dua orang dari Program Studi Agribisnis Fakultas Pertanian. Kelima mahasiswa tersebut melakukan pengambilan data lapang di tiga kecamatan.

Penelitian ini dilakukan menggunakan metode survey. Sampel penelitian adalah anak balita yang berasal dari rumah tangga miskin yang memiliki paling sedikit seorang anak balita dengan kedua orang tuanya yang masih hidup. Lokasi kecamatan dan desa penelitian dipilih secara sengaja yaitu di tiga kecamatan dengan kriteria satu kecamatan yang merupakan ibukota kabupaten yaitu Blambangan Umpu, satu kecamatan kota yang berdekatan dengan ibukota kabupaten yaitu Kecamatan Baradatu, dan satu kecamatan yang jauh dari ibukota yaitu Kecamatan Bahuga. Pada setiap kecamatan diambil secara sengaja masing-masing dua desa yaitu desa yang menjadi ibukota kecamatan (Desa A) dan desa yang jauh dari ibukota kecamatan (Desa B). Setiap desa diambil 30 anak balita (syarat minimal untuk pengujian statistik) dari rumah tangga miskin yang memenuhi kriteria inklusi sampel. Kriteria inklusi penelitian ini adalah balita berasal dari rumah tangga miskin berdasarkan data desa terpilih. Pada Gambar 1 dapat dilihat prosedur pengambilan sampel.

Sesuai dengan tujuan penelitian ini, pengumpulan data penelitian dilakukan dengan menggunakan kombinasi beberapa metode dan pendekatan sesuai dengan jenis data yang diperlukan. Baik data kualitatif maupun kuantitatif dalam penelitian ini meliputi

data primer dari lapangan dan data sekunder yang berasal dari beberapa instansi terkait. Selama pengambilan data berlangsung, peneliti tinggal di lokasi penelitian untuk mendapatkan data dan informasi yang dibutuhkan melalui berbagai cara. Data sekunder dikumpulkan dari bahan-bahan yang relevanserta dari melakukan *Participatory Rural Appraisal* (PRA) secara terpisah dengan unsur-unsur dari Dinas Kesehatan, Puskesmas, Bidan desa, pamong desa, PKK dan kader gizi yang berkaitan dengan pola asuh, pola makan balita dan riwayat kesehatan balita setempat.



Gambar 1. Prosedur pengambilan sampel penelitian di Kabupaten Way Kanan

HASIL DAN PEMBAHASAN

Rataan pendapatan rumah tangga sebesar Rp1 665305, dengan pendapatan perkapita sebesar Rp426 904 seperti dapat dilihat pada Tabel 1. Kontribusi pendapatan rumah tangga tertinggi terdapat pada Desa A yaitu Rp1741111, sedangkan Desa B yaitu Rp1589500, dengan pendapatan perkapita masing-masing Desa A dan B yaitu sebesar Rp439078 dan Rp414730.

Rataan total pengeluaran rumah tangga/kapita/bulan sebesar Rp1 492856 lebih rendah dari pendapatan Rp1 665306. Hal ini menunjukkan bahwa rata-rata rumah tangga telah mampu memenuhi pengeluarannya dan mereka dapat menabung pendapatannya atau merupakan pengeluaran yang tidak tercatat. Pengeluaran pangan rumah tangga lebih besar daripada pengeluaran nonpangan, hal ini dapat dijadikan indikator bahwa mereka belum sejahtera. Pengeluaran pangan terbesar adalah untuk

beras, diikuti jajanan, makanan balita, tahu/tempe, dan sayuran, sedangkan pengeluaran nonpangan terbesar adalah rokok dan bahan bakar seperti pada Tabel 2.

Tabel 1. Data sosial ekonomi rumah tangga menurut lokasi

Keterangan	Desa A		Desa B	
	Rataan	SD	Rataan	SD
Usia (tahun)				
Ibu	30,1	5,3	29,4	6,1
Ayah	34,4	6,7	33,9	8,6
Ibu waktu Menikah **	22,0	3,4	20,4	3,2
Ibu melahirkan anak pertama **	24,0	4,5	21,8	4,2
Pendidikan ibu	10,3	3,3	9,5	3,2
Pendidikan ayah	9,7	2,7	9,5	2,7
Ukuran rumah (m ²)	62	31	63	27
Jumlah anggota rumah tangga (jiwa)	4	1	4	1
Pendapatan keluarga (Rp/bulan)	1741111	1335960	1589500	1136163
Pendapatan per kapita (Rp/bulan)	439 078	360 003	414 730	343 027
Pengeluaran pangan (Rp/bulan)*	953 739	667 134	815 800	370 442
(%)	62,1	14,7	64,0	15,0
Pengeluaran nonpangan (Rp/bulan)**	662 174	518 221	553 998	540 322
(%)	37,9	14,7	36,0	15,0
Total pengeluaran (Rp/bulan)	1 615 913	1 037 991	1 369 798	794 767

*tidak termasuk rokok

**termasuk rokok

Tabel 2. Statistik pengeluaran rumah tangga menurut lokasi

Jenis Pengeluaran	Desa A		Desa B		Total	
	Rataan	SD	Rataan	SD	Rataan	SD
Pangan						
Beras	155300	111062	158083	103152	156692	106889
Terigu	2944	12036	1167	3439	2056	8871
Mie	14217	15866	22556	37723	18386	29158
Singkong	0	0	556	3131	278	2225
Telur	40033	34145	30783	27088	35408	31081
Ayam	45272	64356	29656	38354	37464	53404
Sapi kbg	8172	27991	1333	7525	4753	20724
Ikan asin	14383	24306	17872	24460	16128	24378
Ikan segar	82328	115969	64611	97514	73469	107209
Tahu/tempe	87589	80547	76444	58824	82017	70551

Sayuran	82200	102489	81756	94629	81978	98362
Buahan	26967	45072	16111	24603	21539	36615
Minyak gor	44478	43655	38056	28964	41267	37081
Minuman	88633	383100	42361	28338	65497	271865
Jajanan	95967	111065	89622	106857	92794	108723
Makanan						
Balita	91333	180104	81411	96180	86372	144057
Lain-lain	74389	59977	78578	54409	76483	57139
Non Pangan						
Rokok	194822	190378	163756	174342	179289	182691
Bahan						
Bakar	149872	159582	129111	100453	139492	133370
Kesehatan	81544	73162	82072	64294	81808	68679
Pendidikan	104522	186998	84203	333786	94363	269973
Pakaian	35269	62690	30133	49767	32701	56499
Transport	9222	44601	0	0	4611	31788
Komunikasi	43444	69942	28944	54995	36194	63158
Total Pengeluaran Pangan	953739	667134	815800	370442	608086	530685
Total Pengeluaran Nonpangan	662174	518221	553998	540322	608086	530685
Total Pengeluaran	1615913	1037991	1369798	794767	1492856	930051

Pada Tabel 3 dan 4 dapat dilihat data asupan zat gizi dan tingkat kecukupan gizi (%AKG) anak balita, serta sebaran kategori tingkat kecukupan gizi mereka. Secara keseluruhan untuk semua zást gizi yang diukur, rata-rata %AKG dapat dikatakan cukup baik karena di atas 70%, namun demikian jika dilihat per individu ternyata masih terdapat banyak anak balita yang belum mampu memenuhi %AKG hingga lebih dari 70%.

Pada zat gizi golongan sumber energi, dapat dilihat bahwa rataan tingkat kecukupan gizi untuk karbohidrat, lemak dan protein sudah berada di atas 70 persen. Bahkan, untuk karbohidrat sudah jauh melampaui di atas 100 persen. Ini mencerminkan bahwa konsumsi makanan anak balita sebagian besar adalah sumber karbohidrat.

Tabel 3. Konsumsi, angka kecukupan gizi yang dianjurkan (AKG) dan tingkat kecukupan gizi (%AKG) zat gizi makro pada anak balita

Zat gizi	Desa A		Desa B		Total	
	Rataan	SD	Rataan	SD	Rataan	SD
Energi						
Asupan (kcal)	910	387	799	400	854	396
AKG (kcal)	1.154	314	1.153	780	1.153	593
%AKG (%)	84	42	77	43	81	42
Protein						
Asupan (g)	29	17	24	14	27	16
AKG (g)	21	6	21	15	21	11
%AKG (%)	145	91	126	76	135	84
Lemak						
Asupan (g)	34	24	26	19	30	22
AKG (g)	44	12	44	30	44	23
%AKG (%)	80	61	66	50	73	56
Karbohidrat						
Asupan (g)	316	340	281	336	298	337
AKG (g)	157	43	157	108	157	82
%AKG (%)	210	226	201	252	205	238

Tabel 4. Sebaran tingkat kecukupan gizi (%AKG) zat gizi makro anak balita menurut lokasi

(Kategori) \ %AKG	Desa A				Desa B				TOTAL			
	Energi		Protein		Energi		Protein		Energi		Protein	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<70% (defisit berat)	41	45,6	9	10,0	42	47	19	21	83	46,0	28	15,5
70—89% (defisit ringan)	15	16,7	16	17,8	17	18	14	16	32	17,8	30	16,7
90—110% (normal)	15	16,7	14	15,6	13	14	9	10	28	15,6	23	12,8
>110% (kelebihan)	19	21,0	51	56,6	18	21	48	53	37	20,6	99	55,0
Jumlah	90	100	90	100	90	100	90	100	180	100	180	100,0

Apabila dilihat dari persentase angka kecukupan gizi untuk energi pada masing-masing anak balita maka dapat dihitung bahwa hampir 50% anak balita memiliki %AKG yang masih di bawah 70% atau tergolong defisit berat energi dan 17% mengalami defisit ringan. Adapun 15 persen anak balita juga tercatat defisit berat protein dan 16% defisit ringan. Anak balita yang memiliki %AKG normal untuk energi dan protein tercatat hanya 15% dan 13%, hal ini menunjukkan bahwa pola makan anak

balita belum seimbang sehingga belum dapat memenuhi kebutuhannya secara normal. Namun demikian, di lokasi penelitian juga ditemukan anak balita dengan %AKG energi dan protein yang dalam kategori kelebihan yaitu 20 dan 55 persen. Hal ini menunjukkan adanya beban ganda masalah gizi pada masyarakat. Di satu sisi masih banyak yang belum bisa memenuhi energi dan protein, di sisi lain sudah ada yang sampai kelebihan (Tabel 4).

Pada Tabel 5 dapat dilihat bahwa untuk golongan zat gizi mikro, rata-rata %AKG semuanya sudah di atas 70% (normal). Namun demikian jika dilihat pada tabel berikutnya, ternyata masih terdapat banyak anak balita yang mengalami defisit (<70%AKG) untuk semua mineral dan vitamin yang diukur. Defisit terendah ada pada %AKG zat besi, yakni sebanyak 32%.

Tabel 5. Asupan, angka kecukupan gizi yang dianjurkan (AKG) dan tingkat kecukupan gizi (%AKG) zat gizi mikro pada anak balita

Zat gizi	Desa A		Desa B		Total	
	Rataan	SD	Rataan	SD	Rataan	SD
Vit A: Asupan (RE)	259	273	274	261	267	266
AKG (RE)	369	109	376	300	373	225
%AKG (%)	74	81	84	82	79	82
Vit C: Asupan (g)	15	23	16	27	15	25
AKG (g)	37	11	38	30	37	23
%AKG (%)	96	333	51	247	74	293
Ca: Asupan (mg)	1.220	2.385	1.057	2.159	1.138	2.270
AKG (mg)	735	202	732	483	733	369
%AKG (%)	170	321	162	371	166	346
P: Asupan (mg)	599	1.652	718	2.178	659	1.929
AKG (mg)	431	140	441	379	436	285
%AKG (%)	159	511	172	483	165	496
Fe: Asupan (mg)	9	8	6	5	8	7
AKG (mg)	7	2	7	5	7	4
%AKG (%)	144	142	110	95	127	121

Prevalensi defisit yang lebih dari 30% di atas dapat dikatakan sebagai sudah menjadi masalah berat bagi masyarakat. Untuk kalsium dan vitamin C yang mengalami defisit bahkan mencapai lebih dari 80%, hal ini sangat memprihatinkan mengingat

kalsium dan vitamin C sangat penting untuk pertumbuhan tulang pada anak balita yang sedang dalam pertumbuhan.

Tabel 6. Sebaran tingkat kecukupan gizi (%AKG) zat gizi mikro pada anak balita menurut lokasi

%AKG Desa &Kategori	Kalsium		Fosfor		Besi		Vit A		Vit C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Desa A: <70% (defisit)	63	70	39	43,3	23	25,5	55	61	73	81
≥70% (normal)	27	30	51	56,7	67	74,5	35	39	17	19
Desa B <70% (defisit)	59	65,5	42	47	34	37,8	48	53	78	86,7
≥70% (normal)	31	34,5	48	53	56	62,2	42	47	12	13,3
Total <70% (defisit)	122	68	81	45	57	32	103	57	151	84
≥70% (normal)	58	32	99	55	123	68	77	43	29	16

KESIMPULAN

Didapatkan hampir 50% anak balita memiliki %AKG yang masih di bawah 70% atau tergolong defisit berat energi dan 17% mengalami defisit ringan. Artinya terdapat 67% anak mengalami kekurangan energi. Terdapat 15 persen anak balita mengalami defisit berat protein dan 16% defisit ringan. Anak balita yang memiliki %AKG normal untuk energi dan protein tercatat hanya 15% dan 13%, hal ini menunjukkan bahwa pola makan anak balita belum seimbang sehingga belum dapat memenuhi kebutuhannya secara normal. Mengingat selama ini dalam pelaksanaan kegiatan posyandu di desa-desa tidak pernah ada kegiatan penyuluhan, maka disarankan agar setiap kegiatan posyandu dilakukan penyuluhan dengan memanfaatkan petugas gizi dari puskesmas maupun kader-kader posyandu yang telah mendapatkan pelatihan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Direktur Eksekutif PHK PKPD Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah mendanai penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier S. 2002. Prinsip Dasar Ilmu Gizi. PT Gramedia Pustaka. Jakarta.
- [Balitbang Depkes RI]-Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI. 2010. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (Riskedas) Tahun 2010. Jakarta, Depkes RI.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). 2007. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2006-2010. Jakarta, Bappenas.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). 2010. Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Di Indonesia 2010. Bappenas, Jakarta.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS). 2011. Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2011-2015. Jakarta, Bappenas
- [BPS] Badan Pusat Statistik. 2012. Data Statistik Indonesia: Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin, Garis Kemiskinan, Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1), dan Indeks Keparahan Kemiskinan (P2) Menurut Provinsi, 2011. <http://www.bps.go.id> [23 Maret 2012].
- Gibney MJ, Margaarets BM, Kearney JM, Arab L. 2008. Gizi Kesehatan Masyarakat. Diterjemahkan oleh Hartono A. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Gummesson E. 2000. Qualitative Methods in Management Research. 2nd Ed. Sage Publication, Inc., London. Pp250.
- Hurlock EB. 1991. Child Development. 6th Edition. Tokyo, McGraw-Hill Kogakusha, LTD.
- Indriani Y. 2009. "Membentuk pola makan sehat (POMAS) anak balita". Makalah. Jurusan Agribisnis Fakultas Pertanian Universitas Lampung. Bandar Lampung.
- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia [LIPI]. 2012. "Angka kecukupan gizi yang dianjurkan". Makalah Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi X. Jakarta, LIPI.
- Pemerintah Kabupaten Way Kanan. 2011. Penanggulangan Kemiskinan. <http://waykanan.go.id/berita-164-penanggulangan-kemiskinan.html> [20 Maret 2011]
- Sastroasmoro S. 2007. Membina Tumbuh Kembang Bayi dan Balita. Panduan untuk Orang Tua. Jakarta, Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak.
- Soetjiningsih. 1995. Tumbuh Kembang Anak. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta:EGC.
- Suprpto SAA. 2005. "Materi Pelatihan Metode Riset Kualitatif: Konsep dan Aplikasi", 25—26 Mei 2005. Depok, Laboratorium Studi Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- World Health Organization (WHO). 2006. WHO Child Growth Standards. Geneva-Switzerland, WHO. Pp 49.