

PROFIL PENDAPATAN, ALOKASI BELANJA, ASUPAN DAN STATUS GIZI KELUARGA MISKIN

Prof. Ali Khomsan
Departemen Gizi Masyarakat,
Fakultas Ekologi Manusia - IPB

2

Orang miskin dapat dipastikan mengalami kesulitan untuk memenuhi kebutuhan pangannya, namun ternyata yang mengalami kesulitan pangan bukan hanya orang miskin tetapi juga orang-orang yang hidup di atas garis kemiskinan. Ini indikasi bahwa, garis kemiskinan yang ditetapkan oleh pemerintah mungkin terlalu rendah. Garis kemiskinan di beberapa kota dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Garis kemiskinan di beberapa kota (2005/2006)

Kota	Garis Kemiskinan (Rp/kap/bln)
DKI Jakarta	237.735
Kab. Bogor	140.968
Kota Bogor	169.570
Kab. Bandung	137.209
Kota Bandung	153.142
Kota Semarang	162.723
DI Yogyakarta	148.476
Kota Surabaya	191.061

Dengan menggunakan garis kemiskinan yang berbeda (Bank Dunia), maka jumlah orang miskin di Indonesia dapat meningkat secara signifikan dibandingkan dengan yang selama ini diekspose oleh pemerintah. Ini yang menyebabkan pemerintah tampak kurang suka dengan iklan kampanye kemiskinan yang hanya menyitir standar kemiskinan versi Bank Dunia.

Penelitian di desa-desa di Bogor (2008) menunjukkan rata-rata pendapatan per kapita sekitar Rp 243.000,-, namun pengeluarannya mencapai Rp 456.000,-. Pada masyarakat miskin data pengeluaran ini seringkali yang digunakan sebagai proksi pendapatan yang lebih akurat. Persentase pengeluaran pangan dan non pangan hampir sebanding atau *fifty-fifty* dengan beberapa rincian sbb: rokok (7,0%), pendidikan (8,0%), kesehatan (12,0%), bahan baker/penerangan (7,0%), lauk-pauk (10,0%), dan beras (7,0%).

Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional 2003-2005 menunjukkan konsumsi rumahtangga miskin untuk tembakau 12,43%. Anggaran belanja tembakau ini 15 kali lipat dibandingkan belanja daging (0,85%), 5 kali lipat belanja susu dan telur (2,34%), 8 kali lipat belanja pendidikan (1,47%) dan 6 kali lipat belanja kesehatan (1,99%).

UNICEF Jawa Barat pada akhir tahun 1990-an mensinyalir tingginya perokok di kalangan pria Jawa Barat yang besaran pengeluarannya dapat digunakan untuk membeli satu liter susu atau 3,5 hati ayam untuk anak-anak keluarga miskin.

Dampak negatif dari alokasi belanja pengeluaran rumahtangga yang tidak tepat berdampak buruk pada asupan makanan anggota keluarga terutama anak balita. Penelitian di Cianjur (2007) menemukan anak-anak kurang gizi (*underweight*) sebesar 30,0% yang jauh melebihi prevalensi nasional yang 23,1% (2005). Anak-anak *underweight* juga lebih banyak dijumpai pada mereka yang malas ke posyandu dibandingkan yang rajin ke posyandu (34,3% vs 23,5%). Penelitian di Bogor (mewakili pegunungan) dan Indramayu (pantai) pada tahun 2005 menemukan prevalensi kurang gizi sebesar 20,7% di Bogor dan 24,5% di Indramayu.

Secara nasional ada beberapa propinsi yang perlu mendapat perhatian serius karena tingginya prevalensi gizi buruk yang menimpa anak-anak

balita. Data 2003 menunjukkan bahwa propinsi yang penderita gizi kurang dan gizi buruknya sangat tinggi antara lain Gorontalo (46,11%), NTT (38,44%), Kalbar (37,41%), dan NTB (34,26%). Sungguh tragis bahwa di antara 10 anak balita, 3-4 di antaranya adalah anak-anak yang kekurangan gizi.

Dalam memecahkan masalah gizi, negara kita dapat diibaratkan seperti anak sekolah yang tidak naik kelas terus-menerus. Dari empat masalah gizi utama yang dihadapi, kita baru dapat mengatasi satu persoalan yaitu kekurangan vitamin A. Tiga masalah gizi lainnya yaitu kurang energi protein (KEP), gangguan akibat kurang yodium (GAKY), dan anemia gizi besi (AGB) angka prevalensinya masih tinggi. Padahal, program gizi sudah mulai dicanangkan sejak awal tahun 1960-an melalui *Applied Nutrition Program* yang waktu itu diimplementasikan hanya di beberapa propinsi.

Seberapa besar persoalan gizi yang dihadapi Indonesia sebenarnya? Apabila kita mengacu pada batasan yang dipakai untuk menetapkan masalah kesehatan masyarakat, maka telah disepakati bahwa prevalensi KEP harus dapat ditekan di bawah 10,0%, cakupan garam beryodium harus lebih besar atau sama dengan 90,0%, dan anemia di bawah 20,0%. Kenyataannya survai di enam propinsi pada tahun 2006 menunjukkan angka KEP 32,8%, cakupan garam beryodium baru mencapai 72,8%, dan prevalensi anemia (2004) sebesar 40,2%.

WHO (2000) telah menyusun *Decision Chart for Implementation of Selective Feeding Program*. Apabila suatu negara memiliki tingkat prevalensi malnutrisi 15,0% atau lebih, maka bantuan makanan tambahan (termasuk MP-ASI) harus diberikan pada seluruh kelompok rawan yaitu anak-anak bayi dan balita, wanita hamil, dan ibu menyusui. Dengan prevalensi malnutrisi yang kini mencapai 32,8% (survai di enam propinsi), maka pemerintah harusnya tahu apa yang harus diperbuatnya.

Selama ini kita tidak melihat dampak signifikan dari pemberian MP-ASI terhadap perbaikan gizi. Mengapa ? Karena MP-ASI hanya diberikan selama 3 bulan dengan cakupan yang sangat terbatas. Program ini seperti menggarami air laut alias sia-sia. Temuan di lapangan mengungkapkan bahwa anak-anak sesungguhnya menyukai makanan lokal yang disiapkan kader, tetapi penentu kebijakan lebih menyukai makanan pabrikan yang telah diproduksi massal oleh industri.

Penelitian yang dilakukan oleh Muhammad Aries (2006) dengan menggunakan data tahun 2003 mengungkapkan bahwa kerugian ekonomi akibat kurang gizi pada balita adalah sebesar Rp 6,04 triliun sampai Rp25,26 triliun. Rata-rata anggaran untuk program makanan tambahan (PMT) per provinsi hanya Rp 8,94 milyar.

Konsumsi kalori dan protein anak balita seringkali masih defisit. Kalau misalnya setiap keluarga miskin hanya bisa memberi makan anaknya setara dengan 70% RDA (*Recommended Dietary Allowances* = Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan), maka kekurangannya yang sebesar 30,0% harus bisa dipenuhi oleh pemerintah lewat program makanan tambahan.

Kerugian akibat kurang gizi bisa berupa rendahnya kemampuan kognitif SDM bangsa dan rendahnya produktivitas kerja. Agenda pemerintah untuk penanganan masalah gizi harus menduduki prioritas tinggi, sebab hal ini menyangkut kualitas SDM yang selama ini didung-dung akan menjadi perhatian utama dalam pembangunan. Indeks pembangunan manusia (HDI) pada tahun 2004 berada pada peringkat 111 dari sekitar 175 negara. Ini cermin bahwa SDM kita memang terbengkelai.

Adalah sangat menggembirakan bahwa Depdiknas kini mulai berpikir tentang pentingnya mencetak generasi unggul melalui PAUD (Pengembangan Anak Usia Dini). Menurut saya pelaksanaan PAUD merupakan investasi SDM yang akan berdampak positif bagi SDM. Salah satu kelemahan dari penyelenggara negara adalah terlalu cepat

menginginkan dampak dari investasi yang dilakukan. Kalau dalam waktu 3-5 tahun tidak kelihatan dampaknya, maka program peningkatan kualitas SDM yang sebenarnya sudah dirancang dengan penuh pertimbangan akhirnya dibubarkan begitu saja.

PAUD yang mempunyai komitmen kuat terhadap peningkatan kualitas SDM harus terus-menerus diprogramkan oleh pemerintah pusat. Jangan buru-buru menyerahkan urusan SDM yang satu ini kepada pemda kabupaten dan jangan pula langsung diswadayakan. Sebab, pada dasarnya pemda kabupaten ataupun masyarakat belum mampu untuk menjalankan program ini secara ideal. Oleh sebab itu pemerintah pusat harus mengambil tanggung jawab besar ini untuk dilaksanakan dengan sebaik-baiknya.

Anak balita telah sejak lama menjadi perhatian sektor kesehatan. Apabila sektor pendidikan (luar sekolah) juga mulai memperhatikan tumbuh kembang anak balita, maka saya yakin bahwa keterpurukan SDM kita akan segera dapat dibenahi meski mungkin memerlukan waktu setara satu generasi. Beban berat yang selama ini ditanggung sektor kesehatan akan menjadi lebih ringan apabila ada dukungan dari departemen-departemen lain.