

PENILAIAN SITUASI PANGAN DAN GIZI DI WILAYAH KERJA PLAN INDONESIA PROGRAM UNIT LEMBATA



Kerjasama



Plan Indonesia

Dengan

Departemen Gizi dan Masyarakat – Fakultas Ekologi Manusia
Institut Pertanian Bogor
November 2006

EXECUTIVE SUMMARY

“FOOD AND NUTRITION SECURITY ASSESSMENT IN LEMBATA, NUSA TENGGARA TIMUR PROVINCE”¹

This assessment was aimed at to: 1) describe food and nutritional situation at Lembata, Nusa Tenggara Timur (NTT) Province ; 2) analyze underlying factors affecting to child malnutrition, and 3) identify coping mechanism strategy conducted within families and community in relation to food and nutritional problems occurred at Lembata district, NTT.

Study design was a cross-sectional study and targeted to the Sub district whereas household food insecurity was highly occurred according to 1995's Food Insecurity Atlas at Lembata District. Two elected sub districts were Ileape and Lebatukan as sample areas. Ileape sub-district was selected since the food in this area is insecurity, reflected by the rice and food production and availability was considered to be low, with a high prevalence on child malnutrition. While in Lebatukan sub district food was in security, however, the prevalence on child malnutrition was still high.

Survey was conducted at three villages with a criteria of having high prevalence on child malnutrition, with a variety of agro ecological system, and as a program unit area of Plan International. The three villages were Waowala (representing coastal area), Lerahinga (low land area) and Waeinga (high land area). Samples of this study was household that have under five years old children and categorized as those receiving BLT and non BLT (Bantuan Langsung Tunai = Cash Aid from Oil Subsidized). Those families receiving BLT in general was considered as relatively poor. Data was collected by using questionnaire, in depth study guidelines, checklist, and Focus Group Discussion Guidelines. Sample of this study was household (mothers as respondents), formal and non formal leaders, cadres, midwives, and head of government local offices, specifically agriculture and health local office head at District area. Data from household was collected through interview with a questionnaire as instrument of the study while FGD guidelines was applied as tools for FGD. Data from leaders and head of local offices was collected through interview with a checklist as instrument, while data from particular households was collected using in depth interview guidelines. Nutritional status was measured using anthropometric measurement with weight and height indicators, and child consumption was collected using 24 hours food's recall. Secondary data was also collected in this study from related institution included BPS data.

¹ Study conducted in a cooperation of Plan International with Department of Community Nutrition, Faculty of Human Ecology, Bogor Agriculture Institute from October to December 2006.

Data was analyzed using qualitative and quantitative analysis. Nutritional status, normal or under nutrition, is defined using weight per age, length or height per age and weight per length or height and z-score. Child with a z-score of lower than -3sd classified as severe malnutrition, z-score of -3sd up to -2sd categorized as malnutrition, while z-score of -2sd up to +2sd as normal. Scoring system was applied to classify nutritional knowledge, food consumption habits, and parenting practices. Under five years age children consumption was analyzed to figure energy, protein and others nutrition intake and level of consumption as well. Correlation and regression analysis was applied to determine association among variables and to determine factors affecting child malnutrition. Flower model of child malnutrition and UNICEF model were applied to analyze root causes of child malnutrition in this study.

Research found that people in Lambata district were majority (86%) farmers and work on agriculture area for subsistence living. Average land tenure was 0.96 hectare per household but with low agricultural productivity level. Most of land area is rain fed hence only able to be cultured once in a year. The conventional cultivated crops were corn, rice, sweet potato, cassava, peanut, and green bean. Although Lambata district have a long coastal area, but fishery products have low contributed to household income and economic welfare of household samples.

Food availability analysis exposed that local annually food production in Lambata was only able to supply the 11.2 months food annually demand. Five of eight sub districts were grouped as high risk food insecurity, as the local productivity was low, for instance the Ileape sub district, the annually food availability was only for 1.4 months. Based on agriculture calendar at Lambata, the off season is in period from October to March. In this period the food availability is insecurity and the malnutrition prevalence is high. In 2005 there were three sub districts categorized as districts with extra ordinary severely malnutrition.

Results showed that in three villages prevalence of malnourished children were still high, which were 12,2 % classified as severe *underweight*, 8,9% severe *stunted* and 5,6% severe *wasted*. It was revealed that there was a widely difference in term of malnutrition based on children's age. Children received breastfeeding and exclusive breast feeding were categorized normal, while malnutrition was found mostly at baby more than 6 months years old. This finding indicates that weaning food and illness/infection problems mostly effected on children after 6 months age. Parents generally did not provide food in diversified menus and therefore poor of protein, vitamin and mineral. Meanwhile starchy staple food ratio was very high, which was sources from rice, corn, cassava, or mixed of rice and corn. Meats except fish were very limited and seldom fed to the children in this area. Calorie intake and other nutrition intake were still low compared to recommended dietary minimum standard regulated by 2004's Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi.

There was a widely difference on malnutrition status between gender, in which girls had a lower malnutrition cases compared to boys. Suspected boys had more activities with a highly mobility outside home and hence receive more negative exposure to infection and illness. Therefore it should be another analysis to explain this phenomenon.

More than half of samples evidenced that access to health and nutritional services is moderate accessible, while the rest perceived to be low in accessibility. Posyandu was the health and nutrition services easily accessible to families in this study area, but still there was limitation in term of health services including contraception, immunization, and health-nutrition education services.

Using a “flower model of malnutrition” there were 10 variables analyzed in this study and concluded that the driving factors to the child malnutrition were: infesting illness intensity, low nutrition intake especially energy intake, parenting malpractice, unfavorable physical home environment including lack of safe water sources, low nutrition knowledge and practices, mother works full days, low family income and expenditure for foods, erroneous breast feeding practices, and high family size. Illness intensity was significantly correlated to nutritional status of children, which indicated that infection and disease were significant factors affected child malnutrition in this study. This was an accumulation of low access to health services due to limited purchasing power, bad hygiene and sanitation facilities (clean water sources), nutrition knowledge and parenting practices (health practices, nutrition practices including exclusive breastfeeding and food weaning practices).

Coping mechanism strategy which was applied by household, to respond the food insecurity and low purchasing power were : 1) Substituted staple food pattern, for example mixing rice and corn according to its price; 2) Decreased food consumption frequency from 3 times a day to 1-2 times a day; 3) Lent cash money or foodstuffs from family or neighborhood area; 4) Found jobs outside Lembata or overseas, mostly in Malaysia. In a very insecure economic situation only a few respondents stated that they sold animal stocks and assets, including land.

Based on results of this study it is highly recommended that:

- 1) Plan Indonesia in short term perspective shall initiate and intensify collaboration with local stakeholders to combat the child malnutrition and protect the children at risks;
- 2) In mid and long term strategy Plan Indonesia shall concentrate on economic empowerment which is integrated with effort to rise nutritional knowledge and awareness, to improve nutrition and caring practices. Income generating activities therefore should be aimed at to increase household income in this area particularly in off season, drought or cyclone season. For this purpose it is requisite to identify and develop productive economic activities according to each local potential resources by conducting feasibility study and increasing family

(head of household, mother and care giver) capacity building. Efforts that can be done namely through strengthening existing self help groups (SHG) or establishing small entrepreneurs group, e.g. farmers / fishermen group business for value added processing, such as cashew nuts and fish processing, etc). The activities should be focused to create economic opportunity that generate income in whole year, especially in the off season, so that the families welfare can be improved. In stage of initiation it is necessity to facilitate financial services and technical assistance in food and crop production, marketing and management for established small business.

- 3) In order to decrease malnutrition status of children it is needed to rise awareness, improve knowledge, attitude, and skills toward parenting practices through training and facilitating. Aspects to be strengthened are included : a) how to identify child's malnutrition; b) how to investigate and determine affecting factors to child's malnutrition; c) children caring practice and; d) how to manage the family resources.

- 3) For field staffs it is demanded to enhance their skills on how to communicate with families, how to monitor child growth and development, and how to find alternative resolve to child malnutrition problems. The Community Transformation Agent (Field Staff) shall be enriched in the areas of: 1) How to identify child malnutrition using anthropometric measurement, and various method to assess malnutrition and its interpretation; 2) analysis on food consumption pattern; 3) knowledge and awareness on parenting practices in health, nutrition and psychosocial aspect; 4) using "Flower model or UNICEF model" to analyze child's malnutrition problems.

Summary of interrelationship between food insecurity and coping mechanism strategy at Lembata and its possible intervention recommendation is showed in the Figure 1 below.

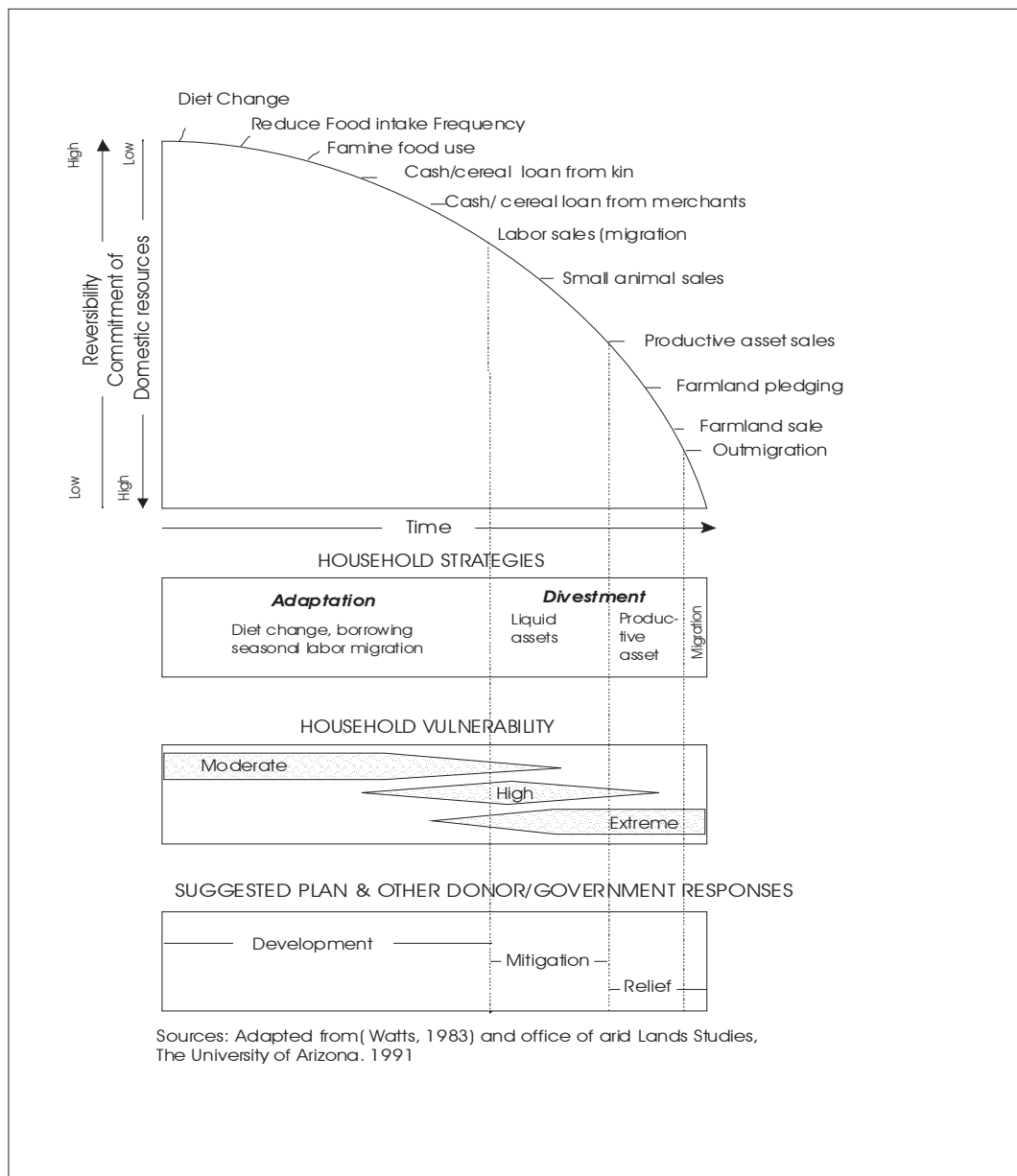


Figure 1. Coping Mechanism Strategy and Its Possible Intervention

RINGKASAN EKSKUTIF

“PENGKAJIAN SITUASI PANGAN DAN GIZI DI KABUPATEN LEMBATA, PROVINSI NTT”²

Studi ini bertujuan untuk mengkaji gambaran situasi pangan dan gizi, menganalisis akar permasalahannya, serta mengkaji upaya yang dilakukan oleh keluarga dan masyarakat untuk mengatasi permasalahan tersebut. Design yang digunakan adalah cross sectional study. Pemilihan lokasi kecamatan didasarkan atas kerawanan pangan dari aspek supply berdasarkan Peta Kerawanan Pangan Tahun 2005 Kabupaten Lembata. Terpilih Kecamatan Ileape, yaitu kecamatan dengan tingkat kerawanan pangan tinggi (ketersediaan pangan setara beras dari produksi sendiri sangat rendah) dan memiliki prevalensi status gizi kurang relatif tinggi, serta Lebatukan, yaitu kecamatan dengan karakteristik kerawanan pangan rendah (ketersediaan pangan setara beras dari produksi sendiri mencukupi kebutuhan) namun memiliki prevalensi status gizi kurang relatif tinggi. Kedua kecamatan adalah termasuk wilayah kerja PLAN PU Lembata.

Survey dilakukan di tiga desa dengan kriteria mempunyai prevalensi gizi kurang yang tinggi, agroekosistem berbeda, dan tercakup di dalam wilayah kerja PLAN. Ketiga desa yang terpilih adalah Desa Waowala (pantai), Desa Lerahinga (dataran rendah), dan Desa Waienga (pegunungan). Data primer dikumpulkan dari rumahtangga contoh (sampel) dengan kriteria penerima dan bukan penerima dana bantuan langsung tunai (BLT) yang mempunyai anak balita. Berbagai data yang dikumpulkan digali melalui kuesioner yang terstruktur. Unit sampel adalah rumahtangga, aparat desa dan petugas kesehatan (bidan, kader), serta pejabat dari institusi terkait. Pengumpulan data di tingkat rumahtangga dilakukan melalui wawancara, focus group discussion (FGD), dan *in-depth interview* untuk beberapa rumahtangga sampel. Data dan informasi dari tokoh formal dan non-formal dikumpulkan melalui *indepth interview*. Pengukuran data status gizi dilakukan dengan mengukur berat badan dan panjang badan/tinggi badan balita. Konsumsi pangan balita dikumpulkan dengan metode 24 hours recall. Data sekunder untuk analisis situasi wilayah diperoleh dari instansi pemerintah daerah setempat.

Analisis data dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif. Analisis status gizi dilakukan untuk membedakan balita yang termasuk berstatus gizi normal atau undernutrition berdasarkan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB dengan menggunakan z-score. Balita dengan BB/U, TB/U dan BB/TB < -3sd dikategorikan gizi buruk, z score -3sd hingga -2sd dan z score >-2sd hingga +2 sd dikategorikan sebagai gizi normal. Skoring digunakan untuk mengklasifikasikan pengetahuan gizi, perilaku konsumsi pangan dan pola asuh. Data konsumsi pangan diolah untuk menghasilkan gambaran tingkat

² Studi dilaksanakan atas kerjasama Plan Indonesia dengan Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Ekologi Manusia, Institut Pertanian Bogor pada bulan Oktober-Desember 2006.

konsumsi energi, protein dan zat gizi lain. Uji korelasi dan regresi diterapkan untuk mengetahui hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya, serta pengaruh variabel independen terhadap status gizi. Flower model dan UNICEF model diaplikasikan untuk melihat root causes dari masalah gizi kurang di wilayah studi.

Studi menunjukkan bahwa masyarakat di Kabupaten Lembata maupun di wilayah penelitian mempunyai mata pencaharian sebagai petani (86%), dan kebanyakan masih bersifat subsisten. Meskipun rata-rata pemilikan lahan cukup luas (0,96 ha), namun tingkat produktivitasnya masih sangat rendah. Lahan pertanian sebagian besar berupa tadah hujan yang hanya dapat digunakan untuk bercocok tanam sekali dalam setahun. Komoditas pangan terbatas pada jagung, beras, ubi kayu, ubi jalar, kacang tanah, dan kacang hijau. Meskipun Kabupaten Lembata mempunyai wilayah pesisir yang cukup luas, namun hasil produk perikanan masih belum memberikan kontribusi yang signifikan di dalam kehidupan sosial ekonomi masyarakat, khususnya masyarakat contoh

Analisis situasi ketersediaan pangan menunjukkan bahwa produksi tanaman pangan di Kabupaten Lembata hanya mampu memenuhi kebutuhan pangan rata-rata selama 11,2 bulan. Lima dari delapan kecamatan yang berada di kabupaten tersebut termasuk daerah dengan kategori rawan pangan, karena produksi pangan yang rendah, bahkan hanya ada yang cukup sampai 1,4 bulan (Kecamatan Ile Ape). Berdasarkan kalender pertanian setempat, periode antara musim tanam sampai dengan musim panen (Oktober sampai Maret) merupakan musim paceklik sehingga sering terjadi masyarakat mengalami kekurangan pangan dan menurunnya status gizi anak balita. Bahkan pada tahun 2005 tiga kecamatan dinyatakan sebagai daerah yang mengalami kejadian luar biasa (KLB) gizi buruk.

Kondisi umum status gizi di ketiga desa yang disurvei menunjukkan prevalensi anak balita contoh (*sample*) yang mengalami gizi kurang dan gizi buruk masih tinggi, yaitu 12,2 % gizi buruk (*severe underweight*), 8,9% sangat pendek (*severe stunted*) dan 5,6% sangat kurus (*severe wasted*).

Terdapat perbedaan luasan masalah gizi antar kelompok umur balita. Bayi yang memperoleh ASI, apalagi ASI Eksklusif tidak mengalami gizi kurang/buruk. Kekurangan gizi kebanyakan ditemukan pada anak yang berusia diatas 6 bulan. Hal ini mengindikasikan adanya permasalahan konsumsi makanan sapihan (*weaning food*) dan masalah kesehatan (penyakit/infeksi) pada anak balita setelah berusia diatas 6 bulan. Makanan anak balita pada umumnya tidak bervariasi, miskin protein dan vitamin serta mineral. Proporsi karbohidrat (*starchy staple ratio*) umumnya sangat tinggi, bersumber dari beras, jagung, ubi kayu atau campuran beras jagung. Pangan hewani, kecuali ikan, relatif sangat jarang diberikan. Intake kalori dan zat gizi lain umumnya jauh dibawah angka kecukupan gizi yang direkomendasikan oleh Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi 2004.

Disamping antar kelompok umur, perbedaan luasan masalah gizi juga terjadi antar jenis kelamin. Secara umum anak laki-laki di ketiga desa memiliki status gizi yang lebih buruk dibandingkan pada wanita. Belum diketahui penyebab pasti hal ini, namun diduga terkait dengan tingkat aktivitas dan mobilitas anak laki-laki yang cenderung lebih tinggi yang berimplikasi pada potensi exposure terhadap penyakit infeksi yang juga lebih tinggi. Perlu kajian yang lebih mendalam untuk mengidentifikasi penyebab pasti.

Sebagian responden menyatakan bahwa akses terhadap pusat pelayanan kesehatan (puskesmas) dan pelayanan oleh tenaga kesehatan sudah cukup baik. Namun demikian sebagian lainnya masih merasakan keterbatasan didalam akses dan pelayanan kesehatan. Posyandu merupakan lembaga kesehatan yang paling mudah diakses oleh masyarakat, namun memiliki keterbatasan terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat.

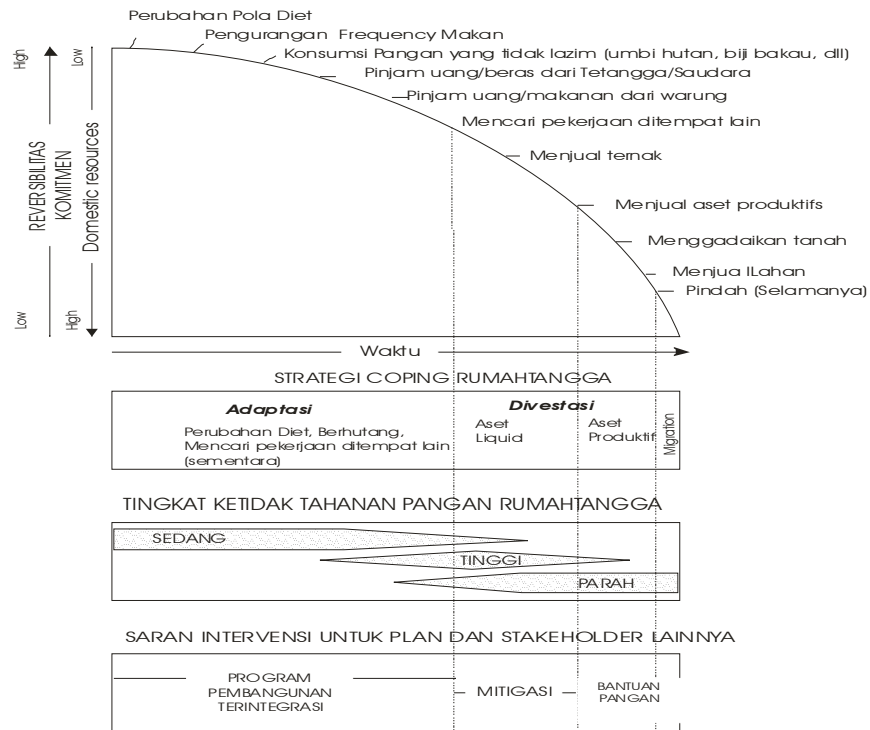
Dengan menggunakan “*flower model of malnutrition*” dari 10 variabel yang dianalisis, status gizi anak balita yang rendah dipengaruhi oleh: kejadian/intensitas penyakit; asupan zat gizi, khususnya energi; pola pengasuhan; Lingkungan fisik termasuk ketersediaan sumber air bersih; pengetahuan dan perilaku gizi ibu; status ibu bekerja, tingkat pendapatan/alokasi pengeluaran pangan; pemberian ASI eksklusif; besar keluarga. Kejadian/intensitas penyakit pada balita berkorelasi kuat dengan status gizi, mengindikasikan bahwa salah satu faktor penting penyebab gizi kurang di wilayah ini adalah derajat kesehatan yang masih rendah, yang merupakan akumulasi dari rendahnya akses terhadap fasilitas kesehatan (keterbatasan daya beli), higiene dan sanitasi makanan dan sanitasi lingkungan yang buruk (keterbatasan daya beli, pengetahuan dan kesadaran, rendahnya ketersediaan air bersih), dan faktor perilaku (pola asuh kesehatan dan pola asuh makan termasuk ASI dan MPASI, serta pengetahuan dan praktek gizi ibu).

Strategi yang digunakan oleh rumahtangga untuk mengatasi rawan pangan, baik akibat kekurangan pangan atau menurunnya daya beli berturut-turut adalah dengan cara: a) merubah pola konsumsi pangan pokok dengan mengurangi proporsi campuran beras:jagung; semakin rendah daya beli semakin tinggi campuran jagung, b) mengurangi frekuensi konsumsi makan dari 3 kali menjadi 1-2 kali per hari, c) meminjam uang atau beras/bahan makanan kepada tetangga, saudara, atau berhutang di warung, 4) mencari alternatif pekerjaan ke luar desa atau merantau. Pada kondisi yang sangat terpaksa sebagian responden menyatakan menjual ternak dan aset, termasuk aset produktif (lahan), meski hal ini sangat jarang terjadi.

Berdasarkan hasil studi direkomendasikan beberapa hal sebagai berikut: 1) Perlunya kerjasama yang intensif dan berkesinambungan antara PLAN dengan Pemda dan kelompok masyarakat setempat, dengan melakukan beberapa kegiatan jangka pendek berupa mitigasi bagi anak balita yang mengalami gizi buruk (*severe underweight/ stunted/wasted*); serta 2) Kegiatan jangka menengah dan panjang

dalam bentuk kegiatan pemberdayaan ekonomi produktif yang terintegrasi dengan peningkatan pengetahuan, awareness dan praktek gizi dan pola asuh anak balita. Fasilitasi pemberdayaan ekonomi diperlukan untuk meningkatkan penghasilan keluarga, terutama memberikan alternatif penghasilan pada masa paceklik. Untuk itu diperlukan identifikasi dan pengembangan potensi usaha produktif melalui studi kelayakan, peningkatan kapasitas keluarga. Kegiatan yang dapat dilakukan diantaranya melalui penguatan kelompok usaha yang sudah ada, atau pembentukan Badan Usaha Milik Petani atau sejenisnya (misalnya BUMP produksi dan pengolahan kacang mete, kemiri, kacang hijau, ikan olahan dan sebagainya). Kegiatan yang dikembangkan berupa upaya untuk meningkatkan nilai tambah (*added value*) produk pertanian setempat, dengan prinsip pengembangan dari hulu ke hilir sehingga memungkinkan terciptanya lapangan kerja antar waktu, baik saat terjadi paceklik atau panen. Pada tahap inisiasi perlu difasilitasi bantuan modal dan pelatihan teknis, baik untuk produksi, pemasaran, manajemen keuangan maupun perencanaan pengembangan usaha; dan 3) Di dalam upaya memperbaiki dan meningkatkan status gizi anak, diperlukan peningkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan masyarakat didalam perawatan anak melalui pelatihan ataupun pendampingan. Aspek yang perlu ditingkatkan meliputi: a) pengenalan anak yang kurang gizi, b) penyebab masalah kekurangan gizi, c) pola asuh anak balita, d) pengelolaan potensi sumberdaya keluarga; 4) Kepada fasilitator lapang perlu dibekali dengan beberapa pengetahuan praktis untuk menunjang tugas pendampingan, pemantauan anak yang kekurangan gizi, dan mencari alternatif solusinya. Materi yang perlu diberikan adalah berupa: a) identifikasi anak kekurangan gizi baik penggunaan alat ukur, metode pengukuran dan interpretasinya, b) penilaian konsumsi pangan, 3) pola asuh anak balita, d) penggunaan *flower model* atau *Unicef model* untuk analisis penyebab masalah kekurangan gizi.

Rangkuman permasalahan kaitan antara tingkat food insecurity dan coping mechanism di Lembata serta intervensi yang mungkin dilakukan disajikan pada gambar di bawah ini.



Sources: Adapted from (Watts, 1983) and office of arid Lands Studies, The University of Arizona. 1991

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang maha kuasa karena karunia dan kemudahan yang diberikanNya kepada Tim peneliti studi “Penilaian Situasi Pangan dan Gizi di Kabupaten Lembata Provinsi NTT” sehingga penelitian ini dapat terlaksana.

Penelitian ini dipersiapkan dalam waktu yang cukup singkat, namun atas dukungan penuh pihak PLAN INDONESIA di Kantor Pusat maupun Kupang dan PU Lembata, serta Departemen Gizi Masyarakat IPB maka seluruh kegiatan mulai dari persiapan proposal, preliminary survey dan pengumpulan data dapat dilaksanakan pada waktunya. Untuk itu, kami mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

- a. Bapak Pol De Greve (PSM) dan Bapak Tri Kuntarto (Livelihood Adviser) Plan Indonesia, Jakarta Country Office;
- b. Staff PLAN Indonesia Program Unit Kabupaten Lembata, khususnya kepada Ibu Etik Setianingsih yang telah mendampingi tim peneliti selama pengumpulan data berlangsung.
- c. Tak lupa juga kami mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada kepala desa, tokoh masyarakat, dan seluruh kader Posyandu dan PKK yang telah bekerjasama dengan baik selama proses pengumpulan dan berlangsung, serta kepada seluruh Ibu Responden penelitian yang telah meluangkan waktu dan membantu kelancaran pengumpulan data ini;
- d. Kepada Tim Tangguh, Wendy S. Sp, Anjelita N. Sp, dan Tin Herawati, Sp, MSI yang telah membantu pengolahan dan analisis data; dan
- e. Semua pihak yang tidak mungkin kami sebutkan satu per satau.

Kami berharap hasil penelitian dapat berguna bagi pihak PLAN INTERNASIONAL, terutama kepada masyarakat di Kabupaten Lembata, Provinsi NTT sehingga pada akhirnya perbaikan Gizi Masyarakat dan Tumbuh Kembang Anak dapat segera terlaksana dengan lebih baik di masa yang akan datang.

Tim Peneliti
Drajat Martianto
Hadi Riyadi
Dwi Hastuti
Alfiasari
Dodik Briawan

DAFTAR ISI

	Hal
RINGKASAN EKSEKUTIF	i
KATA PENGANTAR.....	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
I. PENDAHULUAN.....	1
Latar Belakang	1
Pertanyaan Penelitian	3
Justifikasi dan Tujuan Penelitian	4
II. KERANGKA PEMIKIRAN.....	5
<i>Flower Model</i> dalam Analisis Penyebab Gizi Kurang	5
<i>UNICEF Model</i> dalam Analisis Penyebab Gizi Kurang	6
III. METODE PENELITIAN.....	9
Desain Penelitian.....	9
Lokasi dan Waktu Penelitian	9
Populasi dan Sampel Penelitian.....	9
Seleksi Sampel Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data.....	11
Jenis Data	12
Pengolahan dan Analisis Data	13
IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	14
A. KEADAAN UMUM LOKASI PENELITIAN	14
1. Keadaan Umum Kabupaten Lembata	14
- Profil Pertanian Tanaman Pangan (Produksi, Kebutuhan dan Kecukupan Tanaman Pangan)	14
- Profil Kesehatan dan Gizi Masyarakat dan Rawan Gizi	16
2. Keadaan Umum Wilayah Penelitian	16
- Desa Waowala, Kecamatan Ile ape.....	16
- Desa Lerahinga, Kecamatan Lebatukan.....	17
- Desa Waienga, Kecamatan Lebatukan	18
3. Situasi Pangan dan Status Gizi di Wilayah Penelitian.....	19
B KARAKTERISTIK SOSIAL EKONOMI RUMAHTANGGA SAMPEL ..	20
1. Mata Pencaharian Orangtua dan Pendapatan Keluarga.....	20
2. Pendidikan Orangtua	20
3. Umur Orangtua	20
4. Besar Keluarga	21
5. Pola Pengeluaran Keluarga.....	21
6. Kondisi Perumahan Keluarga	21

C KARAKTERISTIK STATUS GIZI ANAK BALITA.....	22
1. Sebaran Status Gizi berdasarkan Karakteristik BB/U, TB/U, BB/TB .	23
2. Status Gizi menurut Umur dan Jenis Kelamin	26
3. Karakteristik Anak Gizi Buruk, Gizi Kurang dan Normal.....	29
D. RIWAYAT KESEHATAN ANAK BALITA	32
1. Jenis Gejala/Penyakit yang diderita Anak pada Keluarga Sampel....	32
2. Intensitas terjadinya Penyakit 2 (Dua) Minggu Terakhir	33
E. KONSUMSI PANGAN ANAK BALITA.....	33
1. Frekuensi Konsumsi	33
2. Konsumsi dan Tingkat Kecukupan Gizi	35
F. AKSES RUMAHTANGGA TERHADAP FASILITAS KESEHATAN	37
1. Akses terhadap Posyandu, Puskesmas dan Petugas Kesehatan.....	37
2. Persepsi Terhadap pelayanan Kesehatan.....	38
G. PENGETAHUAN GIZI, PERILAKU HIDUP SEHAT DAN POLA ASUH	39
1. Pengetahuan Gizi dan Kesehatan Keluarga.....	39
2. Praktek Pemberian ASI dan Penyapihan	41
3. Praktek Pengasuhan Anak	42
H. COPING STRATEGIES	45
I. KALENDER PERTANIAN DAN POTENSI HUBUNGAN DENGAN MASALAH GIZI KURANG	48
- Desa Waowala.....	48
- Desa Lerahinga	49
- Desa Waienga	50
J. ANALISIS PENYEBAB GIZI KURANG	51
1. Analisis Hubungan Antar Variabel dengan Status Gizi berdasarkan "Flower Model"	51
2. Analisis Faktor Penyebab Gizi Kurang berdasarkan Model UNICEF	55
V. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	59
A. KESIMPULAN	59
B. REKOMENDASI	60

DAFTAR TABEL

No.		Hal
3.1.	Teknik Pengumpulan Data, Tipe Instrumen, Responden dan Ukuran Sampel Penelitian.....	12
3.2.	Indikator, Metode Pengumpulan dan Sumber Informasinya.....	13
4.1.	Jumlah Rumah Tangga dan Rumah Tangga Pertanian Kabupaten Lembata Tahun 1993-2003	14
4.2.	Banyaknya Rumah Tangga Pertanian Pengguna Lahan menurut subsektor Tahun 1993-2003.....	15
4.3.	Hasil Analisis Situasi Pangan di Kabupaten Lembata Tahun 2005 (Angka Sementara).....	19
4.4.	Karakteristik Antropometri Anak	23
4.5.	Prevalensi <i>Underweight</i> di Daerah Penelitian	23
4.6.	Prevalensi <i>Stunted</i> di Daerah Penelitian	24
4.7.	Prevalensi <i>Wasted</i> di Daerah Penelitian	25
4.8.	Rata-rata Variabel menurut Status Gizi di Desa Waowala	30
4.9.	Rata-rata Variabel menurut Status Gizi di Desa Lerahinga	31
4.10.	Rata-rata Variabel menurut Status Gizi di Desa Waienga.....	32
4.11.	Sebaran Sampel berdasarkan Penyakit yang Diderita Anak dalam 1 Bulan Terakhir	33
4.12.	Sebaran Contoh berdasarkan Frekuensi Sakit dalam 1 Bulan Terakhir	33
4.13.	Rata-rata Konsumsi Zat Gizi Anak	36
4.14.	Tingkat Kecukupan Gizi Anak Balita di Wilayah Penelitian	36
4.15.	Kalender Pertanian di Desa Waowala	48
4.16.	Kalender Pertanian di Desa Lerahinga.....	50
4.17.	Kalender Pertanian di Desa Waienga.....	51

DAFTAR GAMBAR

No.		Hal
2.1.	<i>Flower of Causes for Child Malnourishment</i>	5
2.2.	Kerangka Model UNICEF untuk Gizi Kurang (Diadaptasi)	7
2.3.	Kerangka Model UNICEF untuk Gizi Kurang (Original)	8
3.1.	Denah Lokasi Penelitian	10
3.2.	Mekanisme Pemilihan Sampel RT.....	11
4.1.	Komposisi Penduduk di Ketiga Lokasi Penelitian	18
4.2.	Sebaran Anak menurut Z-skor BB/U	24
4.3.	Sebaran Anak menurut Z-skor TB/U	25
4.4.	Sebaran Anak menurut Z-skor BB/TB	26
4.5.	Sebaran Anak menurut Z-skor BB/U dan Jenis Kelamin	27
4.6.	Nilai Z-skor BB/U menurut Kelompok Umur	27
4.7.	Sebaran Anak menurut Z-skor TB/U dan Jenis Kelamin	27
4.8.	Nilai Z-skor TB/U menurut Kelompok Umur	28
4.9.	Sebaran Anak menurut Z-skor BB/TB dan Jenis Kelamin	28
4.10.	Nilai Z-skor BB/TB menurut Kelompok Umur	29
4.11.	Jenis Pangan Pokok yang Umum Dikonsumsi	34
4.12.	Sebaran Sampel Menurut Kemudahan Daya Jangkau terhadap Puskesmas, Bidan Desa dan Posyandu.....	38
4.13.	Sebaran Anak menurut Usia Sapih	42
4.14.	Sebaran Anak menurut Pemberian ASI secara Eksklusif.....	42
4.15.	Proporsi Ibu yang Memukul, Mencubit, dan Memarahi Anak saat Melakukan Kesalahan	43
4.16.	Proporsi Ibu yang Memarahi, Menggendong, dan Menenangkan Anak saat Anak Menangis	44
4.17.	Proporsi Ibu yang Pernah Meninggalkan Anak dan Memberikan Hukuman dalam Seminggu Terakhir	44
4.18.	Urutan Coping Strategies di Desa Waowala	45
4.19.	Urutan Coping Strategy Desa Lerahinga.....	46
4.20.	Urutan Coping Strategies Desa Waienga.....	46

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) memiliki iklim yang kering dengan sumberdaya alam yang terbatas, sehingga kondisi kehidupan masyarakat menjadi sulit dengan angka tingkat kemiskinan yang relatif cukup tinggi. Jumlah penduduk di propinsi ini sekitar 4 juta orang, dengan lebih dari 600.000 adalah perempuan berusia 15-49 tahun. Tingkat pendidikan penduduk Propinsi NTT adalah diantara yang paling rendah di Indonesia, terutama di antara kaum perempuan, yaitu hanya sekitar 27.1 persen wanita duduk di sekolah menengah pertama atau tingkat yang lebih tinggi. Rata rata angka kelahiran adalah 2.3 sementara rata rata jumlah anak yang diinginkan adalah 2.1 anak. Angka kematian bayi juga masih tinggi yaitu 59 setiap 1000 kelahiran. Lama anak menerima ASI cukup panjang yakni 21.3 bulan, sedangkan lama anak menerima ASI secara eksklusif sangat pendek yaitu 2.1 bulan. Dilihat dari tingkat pencapaian konsumsi pil vitamin A cukup tinggi yaitu mencakup 74.3 persen. Jenis penyakit yang sering diderita anak balita umumnya adalah ARI mencapai 8.1 persen, sementara kejadian diare dialami 12.9 persen anak balita (IDHS 2002/2003).

Seiring dengan rendahnya derajat kesehatan, luasan permasalahan kurang gizi di propinsi NTT juga termasuk tinggi dengan penderita bukan hanya anak balita tetapi juga wanita usia subur. Angka prevalensi kurus (BB/U) dan pendek (TB/U) dan anemia masing masing adalah 44,4 persen, 42,9 persen dan 56,1 persen, sementara 19,3 persen wanita berada pada resiko menderita kurang kalori protein (WFP & SEAMEO, 2005).

Penelitian menunjukkan bahwa anak yang kurang gizi dan kematian anak balita ditentukan oleh faktor langsung maupun tersembunyi sebagaimana ditunjukkan pada diagram kerangka pemikiran UNICEF (Myers 1990; Zeitlin et al. 1991; Engel, Mennon and Hadad 1997). Dua faktor langsung yang mempengaruhi gizi dan kesehatan anak adalah kurangnya asupan makanan dan kondisi kesehatan, sementara faktor tak langsung adalah kerawanan pangan rumahtangga, praktek pengasuhan yang buruk, dan sanitasi lingkungan yang tidak memenuhi norma kesehatan. Di tingkat keluarga kerawanan pangan ditentukan oleh kemampuan keluarga untuk mengelola pendapatan keluarga dalam mengalokasikan makanan pada setiap anggotanya. Dalam konteks ini, umumnya anak-anak dan kaum perempuan adalah individu yang secara budaya menerima paling sedikit jumlah maupun kualitas makanan. Kebiasaan membagikan, memprioritaskan dan mengkonsumsi makanan juga berhubungan dengan tingkat pendidikan, serta nilai dan norma yang berlaku baik di dalam keluarga maupun masyarakat sekitarnya. Hal inilah yang menjadi penyebab mengapa kurang gizi sering terjadi pada kaum perempuan dan anak anak.

Berbagai studi menunjukkan bahwa kurangnya asupan (intake) makanan disamping dipengaruhi oleh akses pangan (kemampuan produksi dan membeli pangan) juga

berhubungan erat dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan gizi seseorang. Oleh karena itu pengetahuan gizi ibu bisa menjadi penentu status gizi anak-anak maupun ibu itu sendiri. Suatu penelitian yang dilakukan di Bogor (Hartoyo dkk, 2000) memperlihatkan bahwa ibu bertanggungjawab penuh dalam membelanjakan dan mengalokasikan uang untuk belanja pangan. Pada ibu dengan pendidikan dan pengetahuan gizi yang rendah, akses terhadap pangan yang cukup dan berkualitas menjadi terbatas. Lebih lanjut menurut Engel, Menon dan Hadad (1997) tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi terbatasnya akses terhadap praktek pengasuhan yang baik dan sarana kesehatan yang ada. Tingkat pendidikan ibu yang rendah dan pendapatan yang juga rendah umumnya menyebabkan kepercayaan diri ibu dalam mengakses sarana gizi dan kesehatan seperti Posyandu dan Puskesmas, termasuk aktivitas bina keluarga balita (BKB) rendah, sehingga amat perlu untuk dimotivasi. Kader posyandu adalah tenaga relawan terdepan yang mampu untuk memotivasi kaum ibu untuk berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan tersebut, melalui kunjungan rumah sebelum jadwal kegiatan Posyandu berlangsung. Sayangnya mulai periode tahun 2000 aktivitas Posyandu tampak menurun seiring berkurangnya perhatian dan dukungan pemerintah dan masyarakat terhadap kegiatan Posyandu. Disamping itu pada kebanyakan Posyandu kader umumnya sudah tua dan tidak terjadi regenerasi yang baik. Mengingat peran pentingnya sebagai agen perubahan di pedesaan, peningkatan kualitas dan kuantitas kader posyandu sangat diperlukan dalam memperbaiki status gizi dan kesehatan masyarakat di Propinsi NTT.

Bagi kebanyakan keluarga miskin yang menggantungkan pangannya dari pembelian, maka akses terhadap pasar, kestabilan harga pangan dan pendapatan rumahtangga akan sangat menentukan jumlah dan mutu pangan yang dibeli dan dikonsumsi. Pada masyarakat yang cenderung bertani secara subsisten, karena wilayah NTT umumnya dan Lembata khususnya beriklim kering dengan curah hujan rendah, maka konsumsi pangannya akan sangat tergantung dari pola pertanian sepanjang tahun. Oleh karenanya sangat penting untuk mengetahui akses pangan kelompok petani melalui kalender pertanian masyarakat setempat.

Kurang gizi pada anak balita juga ditentukan oleh praktek pengasuhan yang dilakukan di dalam keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Zeitlin et al (1991) menunjukkan bahwa keluarga miskin dapat memiliki anak dengan status kesehatan dan gizi yang baik selama ibu memberikan pengasuhan yang memadai bagi anak-anaknya. Aspek psikososial seperti pengasuhan yang diberikan ibu dengan demikian berperan penting dalam menentukan tumbuh kembang anak (Myers 1992, Evan et al 1991). Pada beberapa wilayah di Propinsi NTT para ibu meninggalkan anaknya untuk bekerja guna memperoleh tambahan pendapatan bagi keluarga. Bahkan banyak dari para ibu meninggalkan anak pada periode yang cukup lama karena bekerja sebagai tenaga kerja di luar negeri atau bahkan di ladang sekalipun.

Sebagai salah satu NGO yang peduli dengan kualitas kehidupan anal, Plan International menggunakan pendekatan yang terintegrasi dalam melihat penyebab masalah kurang gizi pada anak balita, yaitu melalui pendekatan yang berpusat pada hak anak (*a child-rights programming approach*) dan menerapkan prinsip pendekatan pembangunan kehidupan berkelanjutan (*the Sustainable Livelihood Approach*). Ke depan, salah satu upaya yang akan dilakukan oleh Plan International adalah

memperkuat ketahanan pangan rumahtangga melalui berbagai intervensi yang relevan guna mendukung tercapainya keluarga yang sejahtera dan kehidupan anak yang lebih baik. Berprinsip pada hal ini, Plan Internasional bekerjasama dengan Departemen Gizi Masyarakat Institut Pertanian Bogor bermaksud mengkaji situasi pangan dan gizi di Kabupaten Lembata, khususnya pada desa-desa yang mengalami masalah kurang pangan dan gizi kurang. Disamping mengkaji penyebab terjadinya gizi kurang, penelitian yang dilakukan juga berupaya mengkaji pada upaya dan mekanisme coping (*coping strategies*) yang dilakukan keluarga maupun masyarakat pada umumnya untuk keluar dari masalah stress dan tekanan ekonomi, sosial, kelembagaan dan kendala alam serta iklim. Informasi yang dihasilkan diharapkan dipergunakan oleh lembaga terkait (*stakeholder*) dalam mengidentifikasi, menggunakan dan mengelola sumberdaya lokal bagi penyediaan pangan dan perbaikan gizi dapat diperbaiki. Dalam kajian ini kebiasaan, sistem nilai dan budaya masyarakat di Propinsi NTT juga menjadi aspek yang diteliti guna mendapatkan gambaran lebih jelas tentang penyebab terjadinya kurang gizi khususnya pada anak balita.

B. PERTANYAAN PENELITIAN

Guna mengetahui penyebab langsung dan tak langsung terjadinya kurang gizi pada anak balita di Kabupaten Lembata, maka beberapa pertanyaan penelitian yang akan digali dalam penelitian ini mencakup:

- a. Ketersediaan pangan di beberapa wilayah dapat menjamin ketahanan pangan di tingkat rumahtangga, karenanya pertanyaan yang berhubungan dengan ketersediaan pangan di wilayah penelitian dilakukan terutama untuk mengetahui bagaimana pangan diproduksi dan disimpan menurut kalender pertanian yang berlaku di wilayah ini selama periode setahun. Ketersediaan pangan di tingkat rumahtangga diperlukan untuk menjelaskan bagaimana rumahtangga memperoleh pangan dan keterjaminan pangan selama setahun, serta bagaimana resiko yang dihadapi keluarga dalam fluktuasi produksi pangan tersebut.
- b. Akses pada pangan adalah salah satu indikator pada ketahanan pangan rumahtangga. Karena itu pertanyaan penelitian ditujukan pada bagaimana rumahtangga di wilayah tersebut memperoleh pangan; bagaimana kondisi aksesibilitas fisik (ketersediaan dan akses pasar) maupun aspek ekonomi).
- c. Kejadian kurang gizi dipengaruhi oleh ketersediaan pangan wilayah, rumahtangga dan kemampuan daya beli rumahtangga, namun faktor seperti kebiasaan makan dan pola asuh yang berhubungan dengan kebiasaan makan anak balita juga memiliki kontribusi pada masalah kurang gizi pada balita. Sehubungan dengan hal tersebut maka informasi yang berkaitan dengan kebiasaan pemberian ASI, masa penyapihan, pemberian makanan tambahan, kebiasaan makan keluarga digali dalam penelitian ini. Disamping itu praktek pengasuhan dalam keluarga mencakup perilaku hidup sehat bagi anak balita, ketersediaan waktu bagi anak dan interaksi ibu dan anak menjadi pertanyaan penelitian yang perlu dijawab dalam penelitian ini.

- d. Masalah kurang gizi juga berhubungan dengan kemiskinan dan ketahanan ekonomi di rumahtangga. Oleh sebab itu pertanyaan penelitian yang berhubungan dengan pola pendapatan dan/atau pengeluaran rumahtangga, bagaimana sumber pendapatan dan apakah terdapat peluang meningkatkan pendapatan rumahtangga (melalui kegiatan peningkatan pendapatan, kegiatan pasar di luar pertanian, pembangunan skala kecil di tingkat masyarakat, serta jaringan sosial kemasyarakatan yang berlaku) menjadi pertanyaan dalam penelitian ini.
- e. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa tumbuh kembang anak dipengaruhi oleh ketidakcukupan konsumsi makanan yang berhubungan dengan penggunaan pangan dan kualitas pangan, keragaman pangan, dan kebiasaan makan bagi seluruh anggota dalam keluarga. Berdasarkan hal tersebut maka kebiasaan makan, distribusi dan prioritas makan dalam keluarga, pola pengeluaran keluarga, menjadi pertanyaan penelitian ini.
- f. Sarana kesehatan dan akses keluarga pada informasi kesehatan dan gizi memiliki peranan penting bagi kejadian kurang gizi, sehingga informasi yang berhubungan dengan akses keluarga pada sarana dan petugas kesehatan dan gizi menjadi pertanyaan penelitian ini. Demikian pula akses keluarga pada air bersih dan sanitasi lingkungan menjadi salah satu pertanyaan yang perlu dijawab melalui penelitian ini.

C. JUSTIFIKASI DAN TUJUAN PENELITIAN

Plan Netherlands mendukung Plan Indonesia dalam mengembangkan proyek "livelihood program" di Propinsi NTT, termasuk Kabupaten Lembata, dengan fokus utama pada program ketahanan pangan dan gizi masyarakat. Berdasarkan hal tersebut maka sangat penting untuk menjamin bahwa program ini dapat menjawab tujuan penelitian serta dapat diterima oleh penerima program sesuai dengan kondisi di wilayah setempat.

Guna menilai apakah program ini dapat mencapai tujuan penelitian maka program monitoring dan supervisi perlu dikembangkan untuk menunjang program "livelihood" bagi ketahanan pangan dan gizi di Propinsi NTT, termasuk di Kabupaten Lembata. Indikator yang diperlukan untuk mengidentifikasi dan menilai serta mengukur ketahanan pangan dan gizi di wilayah penelitian dengan demikian menjadi aspek penting yang digali melalui penelitian ini.

Berdasarkan permasalahan di atas maka penelitian ini bertujuan untuk:

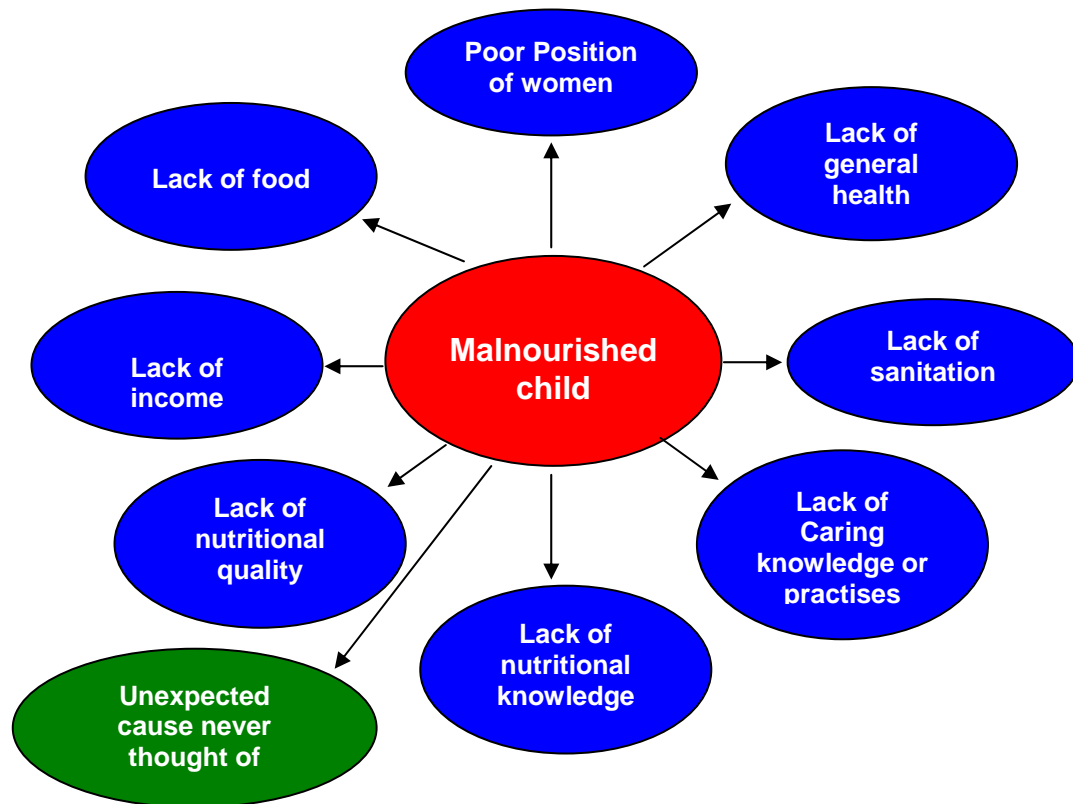
1. Menyediakan informasi lebih spesifik untuk menggambarkan situasi pangan dan gizi pada beberapa desa di Kabupaten Lembata
2. Menilai dan menganalisis akar masalah yang menyebabkan kurang gizi pada anak balita pada beberapa desa di Kabupaten Lembata

BAB II KERANGKA PEMIKIRAN

Analisis penyebab masalah gizi kurang pada anak balita pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan *conceptual framework* (kerangka pemikiran) yang berbasis pada framework UNICEF (1990) dan Flower Model yang dikembangkan oleh Lisbeth van Brink (2006). Flower model pada dasarnya merupakan penyederhanaan dari UNICEF model dan berorientasi lebih “child centered”. Alasan penggunaan kedua model sekaligus dalam kajian ini adalah agar dapat melihat bukan hanya *root causes* (akar masalah) dari terjadinya gizi kurang pada anak-anak di beberapa desa di Kabupaten Lembata, namun juga agar dapat mengungkap bagaimana mekanisme berbagai factor tersebut berpengaruh terhadap status gizi.

A. Flower Model Dalam Analisis Penyebab Gizi Kurang

Dalam Flower Model yang disajikan pada Gambar 2.1. di bawah ini diuraikan bahwa gizi salah (khususnya gizi kurang) pada anak-anak dapat disebabkan oleh eksposur beberapa faktor baik secara sendiri maupun bersama-sama (sinergis). Van Brink mengindikasikan ada delapan faktor yang mungkin menjadi akar penyebab masalah gizi kurang pada anak-anak, yaitu: 1) rendahnya pendapatan (kemiskinan), 2) kurang pangan (rendahnya intake zat gizi), 3) buruknya kualitas konsumsi pangan,

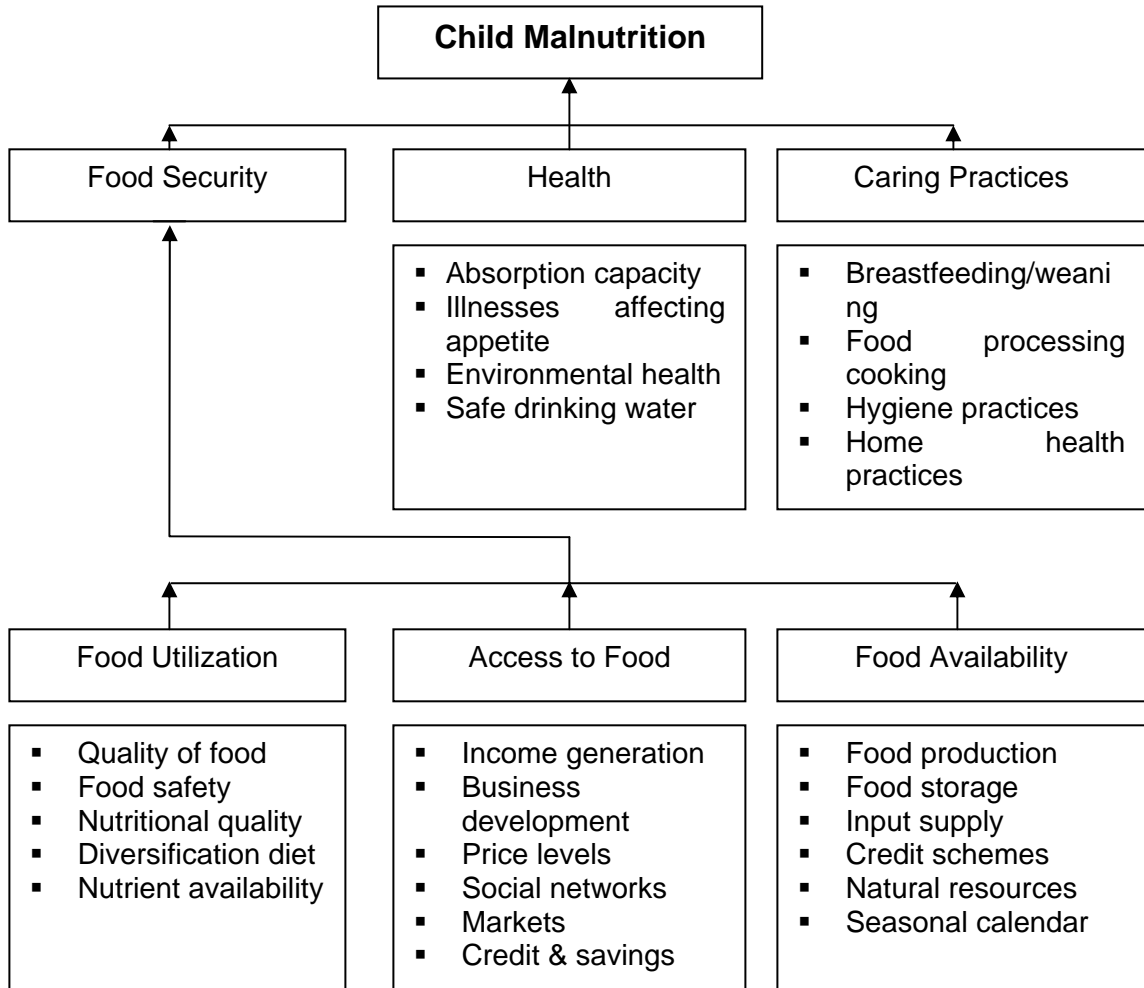


Gambar 2.1. Flower of Causes for Child Malnourishment

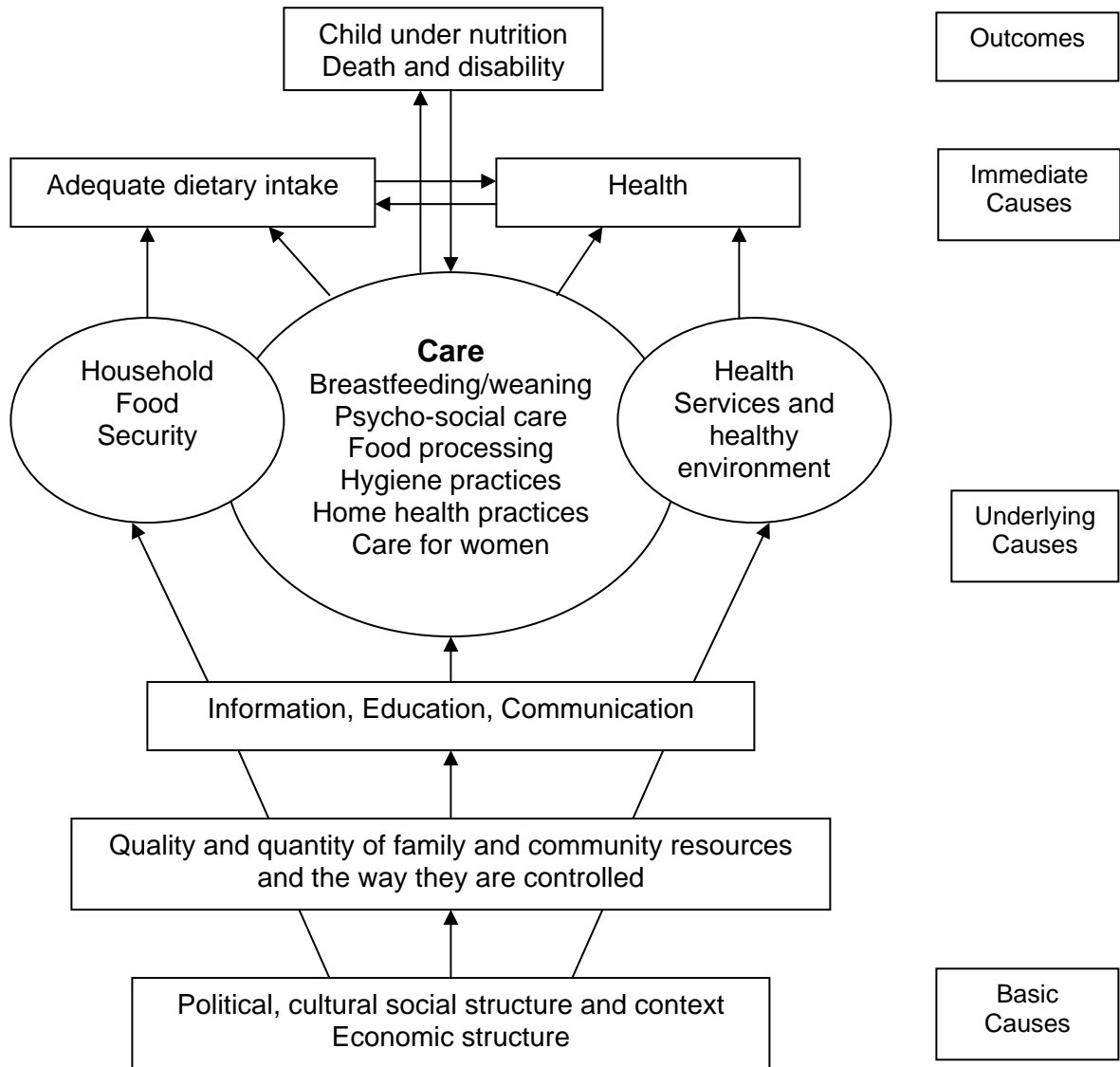
4) rendahnya pengetahuan gizi, 5) buruknya pengetahuan dan praktek pengasuhan, 6) buruknya sanitasi lingkungan; 7) rendahnya status kesehatan, serta 8) rendahnya posisi wanita dalam keluarga dan masyarakat. Diungkapkan pula kemungkinan adanya faktor lain yang dapat menjadi salah satu akar masalah.

B. UNICEF Model dalam Analisis Penyebab Gizi Kurang

Digambarkan dalam kerangka model UNICEF juga dalam kajian yang dilakukan oleh Zeitlin dkk, Myers dkk. adanya tiga faktor utama dalam mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu aspek konsumsi, kesehatan anak dan pengasuhan psikososial yang diberikan kepada anak. Sementara itu aspek konsumsi makanan berhubungan erat dengan kurangnya pendapatan rumahtangga dan kemiskinan (*poverty and lack of income*), rendahnya kualitas makanan yang biasa dikonsumsi (*lack of nutritional quality*), kurangnya jumlah dan ketersediaan makanan (*lack of food*), rendahnya pengetahuan gizi keluarga terutama ibu (*lack of nutritional knowledge*). Sementara itu aspek kesehatan berhubungan sangat erat dan signifikan selain dengan rendahnya pendapatan dan kemiskinan, juga dengan rendahnya sanitasi lingkungan (*lack of sanitation*), rendahnya kualitas kesehatan masyarakat pada umumnya (*lack of general health*). Aspek kesehatan sendiri umumnya berhubungan dengan aspek konsumsi makanan, meskipun pada beberapa penelitian hubungan tersebut tidak signifikan. Aspek pengasuhan psikososial umumnya juga berhubungan positif dengan kondisi sosial ekonomi seperti pendapatan keluarga dan tingkat pendidikan ibu, disamping faktor-faktor lain yang tidak terduga sesuai kondisi budaya masyarakat setempat misalnya adanya beban ibu untuk bekerja di luar rumah, ditinggalkannya anak dalam jangka waktu panjang, anak yang tidak diinginkan, dan lain-lain, seperti disarikan pada Gambar 2.2. di bawah ini (Framework UNICEF, diadaptasi). Pada Gambar 2.3. Framework UNICEF nampak bahwa sebenarnya terdapat keterkaitan permasalahan mikro (individu, rumahtangga, wilayah desa) dengan kondisi makro, baik makro ekonomi maupun makro-politik dalam proses terjadinya masalah pangan dan gizi, khususnya masalah gizi kurang pada anak-anak. Dalam studi ini kajian penyebab (akar) permasalahan difokuskan pada masalah-masalah pada level mikro (individu, rumahtangga, kondisi lingkungan di desa lokasi penelitian).



Gambar 2.2. Kerangka Model UNICEF untuk Gizi Kurang (Diadaptasi)



Gambar 2.3. Kerangka Model UNICEF Untuk Gizi Kurang (Original)

BAB III METODE PENELITIAN

A. DISAIN PENELITIAN

Disain penelitian ini adalah “*cross sectional*” dengan mengaplikasikan beberapa pendekatan dan pengukuran untuk mengumpulkan data konsumsi pangan, status gizi, pola asuh, pengetahuan gizi, perilaku gizi dan kesehatan, lingkungan fisik tempat tinggal dan berbagai karakteristik sosial ekonomi rumahtangga. Seluruh metode analisis difokuskan pada analisis penyebab masalah gizi kurang pada anak balita.

B. LOKASI DAN WAKTU PENELITIAN

Penelitian dilaksanakan di Wilayah PU Lembata, mencakup tiga desa yaitu Desa Waowala di Kecamatan Ile ape, serta Desa Lerahinga dan Desa Waienga di Kecamatan Lebatukan. Pemilihan kecamatan di dasarkan atas permasalahan ketersediaan pangan (kerawanan ringan-berat) dan status gizi (prevalensi gizi kurang tinggi), termasuk wilayah kerja PLAN dan kemudahan akses dalam pelaksanaan penelitian. Terpilih dua Kecamatan lokasi penelitian yang memenuhi syarat, yaitu Kecamatan Ile Ape dan Kecamatan Lebatukan. Denah lokasi penelitian disajikan pada Gambar 3.1. Sedangkan pemilihan ketiga desa didasarkan atas beberapa pertimbangan: 1) prevalensi gizi kurang dan buruk termasuk yang tertinggi di wilayahnya; 2) termasuk dalam cakupan wilayah kerja Plan, 3) mewakili agro-ekosistem yang berbeda, yaitu: a) daerah pantai, mayoritas nelayan (Ile-Ape), b) daerah dataran rendah, kombinasi nelayan dan pertanian (Waienga), dan c) daerah dataran tinggi, mayoritas pertanian (Lerahinga).

Penelitian dilaksanakan mulai dari penyusunan proposal, penyiapan kuesioner dan instrumen penelitian, *preliminary survey*, pengumpulan data, serta pengolahan dan analisa data. Pengumpulan data di Kabupaten Lembata dilaksanakan mulai tanggal 27 Oktober dengan *preliminary survey* yang dilanjutkan dengan pengumpulan data mulai tanggal 30 Oktober hingga tanggal 8 November 2006.

C. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

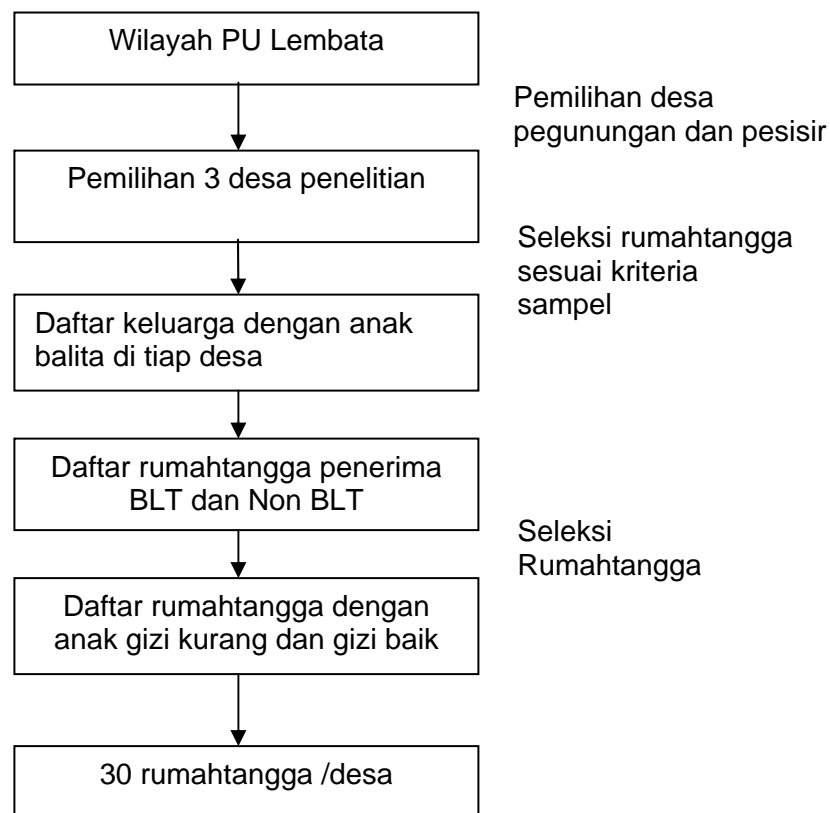
Populasi penelitian adalah rumahtangga dengan anak berusia lima tahun yang berada di wilayah binaan Program Unit Plan Indonesia di Kabupaten Lembata, Propinsi NTT. Sampel penelitian adalah anak balita yang berasal dari keluarga penerima BLT (bantuan langsung tunai dari subsidi BBM) dan non penerima BLT. Responden adalah ibu rumahtangga. Unit sampel penelitian ini selain rumahtangga adalah pemimpin formal dan non-formal di masyarakat, bidan dan kader posyandu, para nelayan dan petani, pimpinan institusi seperti Kepala Puskesmas, Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Dinas Pertanian.

D. SELEKSI SAMPEL PENELITIAN DAN TEKNIK PENGUMPULAN DATA

Dari kerangka sampling penerima BLT dan Non-BLT selanjutnya dibagi lagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok dengan anak gizi kurang dan anak gizi baik. Pengelompokan anak gizi kurang dan gizi baik adalah didasarkan pada indikator BB/U yang diamati dari KMS Posyandu.

Sampel untuk FGD dan *in depth-interview*

- FGD dilaksanakan di tiap desa untuk memperoleh gambaran situasi pangan dan gizi di wilayah penelitian, terutama mencakup pentingnya pertanian tanaman pangan, peternakan, perikanan dalam menjamin ketahanan pangan keluarga, ketersediaan pangan sepanjang tahun, serta upaya yang dilakukan oleh keluarga untuk menghadapi kerawanan pangan rumahtangga.
- Dengan demikian target sampel penelitian untuk FGD terdiri atas nelayan, petani, serta istrinya yang memiliki anak balita dengan gizi kurang, memiliki anak balita dengan gizi baik, serta para pengasuh anak (*child caretaker*). FGD mencakup 10 orang undangan di tiap desa untuk kelompok ibu dan 10 orang untuk kelompok bapak (Tabel 3.1).



Gambar 3.2. Mekanisme Pemilihan Sampel RT

- *In depth interview* dilakukan untuk menggali data situasi pangan dan gizi serta tingkat partisipasi masyarakat dalam aktivitas untuk meningkatkan status gizi dan kesehatan anak di wilayah penelitian. Untuk itu, *in depth interview* dilakukan terhadap para pemimpin formal dan non formal di desa penelitian, bidan atau kepala puskesmas maupun puskesmas pembantu, kader posyandu, serta Kepala Dinas Pertanian dan Kesehatan di Kabupaten Lembata.
- Guna menggali lebih jelas penyebab masalah gizi kurang pada anak selanjutnya dilakukan *in-depth interview* terhadap masing-masing 2 ibu dengan anak gizi kurang dan 2 ibu dengan anak gizi baik pada tiap desa.

Tabel 3.1. Teknik Pengumpulan Data, Tipe Instrumen, Responden dan Ukuran Sampel Penelitian

Technique of Data Collection	Instrument	Responden	Ukuran Sampel (Total 3 Desa)
Interview dan pengamatan RT	Kuesioner	Ibu dengan anak balita	90
Pengukuran antropometri (BB, TB/PB)	<i>Unit Scale Microtoice</i>	Anak balita	90
<i>Recall</i> 24 jam lalu dan frekuensi pangan	Kuesioner	Ibu dengan anak balita	90
FGD	Panduan FGD	Ibu dengan anak gizi kurang	12
		Ibu dengan anak gizi baik	12
		Pengasuh pengganti	6
FGD	Panduan FGD	Ayah yang bekerja sebagai petani	15
		Ayah bekerja sebagai nelayan	15
<i>In-depth interview</i>	Daftar pertanyaan	Ibu dengan anak kurang gizi	6
		Ibu dengan anak gizi baik	6
<i>In-depth interview</i>	Daftar pertanyaan	Pemimpin formal (kepala/sekretaris desa)	3
		Pemimpin non formal	3
		Bidan	3
		Kader	3
		<i>Head of Puskesmas</i> (1/PU's)	2
		Head of District Health Office	1
		Head of District Agriculture	1

E. JENIS DATA

Data yang dikumpulkan mencakup tiga tingkatan yaitu pada tingkat masyarakat, rumahtangga, hubungan intra rumahtangga dan tingkat individual yang memfokuskan pada anak. Pada Tabel 3.2 disajikan indikator kunci dalam penelitian ini, metode yang digunakan serta sumber informasi dari data penelitian ini. Disamping itu

dikumpulkan pula data sekunder yang berkaitan dengan situasi ketahanan pangan dan gizi, peta kerawanan pangan di Kabupaten Lembata, partisipasi masyarakat pada sarana kesehatan dan gizi yang dikumpulkan dari Posyandu, BPS, Dinas Kesehatan maupun Dinas Pertanian.

Tabel 3.2. Indikator, Metode Pengumpulan dan Sumber Informasinya

Elemen Pangan & Gizi	Indikator kunci	Metode	Sumber Informasi
Ketersediaan Pangan	Tipe pangan pokok Produksi pangan Penyimpanan pangan Kalender musim pertanian	FGD <i>In-depth interview</i> Kuesioner	RT Masyarakat
Akses terhadap Pangan	Sumber pendapatan Tingkat harga pangan Pasar Jaringan/hubungan social Kepemilikan lahan	FGD <i>In-depth interview</i> Kuesioner	RT Masyarakat
Penggunaan Makanan	Kualitas makanan Status gizi Frekuensi Keragaman pangan Kecukupan konsumsi Kebiasaan makan	FGD <i>In-depth interview</i> Kuesioner	RT Masyarakat
Tingkat kerawanan Pangan	Coping strategies Akses pada alternative sumber pangan	FGD <i>In-depth interview</i> Kuesioner	RT Masyarakat
Pengasuhan	Pemberian ASI/penyapihan Penyiapan makanan anak balita Praktek perilaku hidup sehat	FGD <i>In-depth interview</i> Kuesioner	Masyarakat
Kesehatan	Jenis penyakit yang diderita Sanitasi lingkungan Sumber air bersih	FGD <i>In-depth interview</i> Kuesioner	RT Masyarakat

F. PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

Data yang dikumpulkan terdiri atas data bersifat kuantitatif dan kualitatif. Data bersifat kuantitatif berupa skala pengukuran interval dan ratio sedangkan data kualitatif berupa skala pengukuran nominal maupun ordinal. Data ditampilkan dalam bentuk sebaran frekuensi dan distribusi dengan menggunakan tabel maupun grafik.

Data selanjutnya dianalisis secara statistik deskriptif maupun inferensial. Statistik deskriptif dilakukan dengan menampilkan rata-rata, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum setiap variabel yang diteliti. Selanjutnya data dianalisis secara statistik inferensial dengan menggunakan tabulasi silang, uji korelasi dan uji pengaruh (Regresi). Data bersifat kualitatif yang dikumpulkan melalui FGD maupun *in depth interview* dituliskan secara naratif untuk memperkaya analisis dan sebagai penjelasan atas suatu fenomena.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. KEADAAN UMUM LOKASI PENELITIAN

1. Keadaan Umum Kabupaten Lembata

Profil Pertanian Tanaman Pangan (Produksi, Kebutuhan dan Kecukupan Tanaman Pangan). Kabupaten Lembata merupakan wilayah pulau yang beribukota di Lewoleba, terdiri atas 8 kecamatan yaitu Kecamatan Nagawutung, Kecamatan Wulandom, Nubatukan, Atadei, Ile ape, Lebatukan, Omesuri dan Kecamatan Buyasuri. Kabupaten Lembata merupakan salah satu wilayah administratif Dati II yang tergolong baru di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Sebelum menjadi kabupaten sendiri, Lembata merupakan daerah kecamatan yang berada di wilayah Kabupaten Flores Timur. Pada tahun 1998 Lembata memekarkan diri dan menjadi sebuah wilayah administratif Dati II baru dengan ibu kota kabupaten di Lewoleba. Pemekaran Lembata menjadi kabupaten baru ini menyebabkan beberapa data mengenai keadaan umum Kabupaten Lembata belum tersedia secara lengkap. Meskipun begitu, hasil penelitian ini tetap mencoba menyajikan keadaan umum Kabupaten Lembata dengan data yang tersedia

Keadaan umum Kabupaten Lembata yang disajikan dalam laporan ini lebih memfokuskan pada kondisi umum pertanian di Kabupaten Lembata. Hal ini mengingat sebagian besar penduduk di wilayah Kabupaten Lembata menyandarkan sumber pendapatannya dari pertanian, termasuk dari hasil laut. Berdasarkan data yang dihimpun oleh BPS Kabupaten Lembata, diketahui bahwa dalam kurun waktu 1993-2003 jumlah rumah tangga di Kabupaten Lembata meningkat 25,33% selama tahun 1993 - 2003. Seiring dengan kenaikan jumlah rumah tangga, rumah tangga pertanian juga mengalami peningkatan selama kurun waktu 1993 hingga 2003 yaitu meningkat sebesar 23,88%. Perbandingan jumlah rumah tangga dan rumah tangga pertanian tahun 1993 dan 2003 disajikan pada Tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 4.1. Jumlah Rumah Tangga dan Rumah Tangga Pertanian Kabupaten Lembata Tahun 1993-2003

Tahun	Rumah Tangga	Rumah Tangga Pertanian	% Jumlah RT Pertanian terhadap Jumlah RT
1993	18.136	15.863	87,47
2000	21.148	-	-
2003	22.730	19.651	86,45
% Kenaikan jumlah RT (1993-2003)	25,33	23,88	

Sumber : BPS Kabupaten Lembata , 2003.

Tabel 4.1. menunjukkan bahwa meskipun jumlah rumah tangga dan rumah tangga pertanian meningkat selama periode tahun 1993-2003, namun proporsi rumah tangga pertanian terhadap rumah tangga mengalami penurunan sebesar 1,02%. Penurunan proporsi rumah tangga pertanian tersebut mengindikasikan bahwa terjadi peningkatan

jumlah rumah tangga pertanian di luar sektor pertanian, misalkan saja pada sektor perdagangan maupun industri kerajinan rumah tangga.

Tabel 4.2. berikut ini menyajikan keragaan rumah tangga pertanian pengguna lahan di Kabupaten Lembata menurut sub sektor. Pada tahun 2003 terdapat 19.651 rumah tangga pertanian di Kabupaten Lembata, dan dari jumlah tersebut 99,35% nya merupakan rumah tangga pertanian pengguna lahan. Kegiatan rumah tangga pertanian terbesar di Kabupaten Lembata adalah rumah tangga yang mengusahakan lahannya untuk tanaman padi dan palawija (97,35%).

Selain mengusahakan padi dan palawija, 28,15% rumah tangga pertanian di Kabupaten Lembata juga mengusahakan hortikultura. Kondisi tersebut menggambarkan bahwa sebagian besar rumah tangga pertanian pengguna lahan di Kabupaten Lembata menggunakan lahannya untuk menghasilkan bahan pangan. Sementara itu, di luar sub sektor bahan pangan, penggunaan terbesar lahan adalah untuk perkebunan (30,38%) dan peternakan/perunggasan (27,95%). Budidaya ikan, baik kolam air tawar maupun air payau tidak ditemukan di Kabupaten Lembata, hanya 1 rumah tangga yang mengusahakan budidaya ikan kolam air tawar. Kondisi tersebut disebabkan karena sebagian wilayah Kabupaten Lembata adalah wilayah pesisir yang menyebabkan tingkat salinitas air lebih tinggi. Sehingga budidaya air tawar dan budidaya air payau sulit dikembangkan di wilayah ini.

Tabel 4.2. Banyaknya Rumah Tangga Pertanian Pengguna Lahan menurut Subsektor Tahun 1993-2003

Kegiatan Rumah Tangga	1993	2003	Perubahan (%)
Pertanian	15.863	19.651	23,88
Pertanian pengguna lahan	15.663	19.523	24,64
a. Padi/palawija	15.593	19.005	21,88
b. Hortikultura	2.611	5.496	110,49
c. Perkebunan	5.272	5.932	12,52
d. Peternakan/perunggasan	3.421	5.456	59,48
e. Budidaya ikan kolam air tawar/sawah	-	1	-
f. Budidaya ikan tambak air payau	-	-	-
g. Budidaya tanaman kehutanan	235	906	285,53
h. Penangkaran satwa liar	-	5	-

Sumber : BPS Kabupaten Lembata , 2003.

Berdasarkan golongan luas lahan, pada tahun 2003 jumlah rumah tangga pertanian yang mengusahakan lahan < 0,50 ha, atau dikenal sebagai petani gurem, adalah sebanyak 32,41% dari total rumah tangga pengguna lahan di Kabupaten Lembata. Sisanya, sebanyak 67,59% rumah tangga mengusahakan lahan > 0,50 ha. Bila dibandingkan dengan tahun 1993, jumlah petani gurem di Kabupaten Lembata meningkat 13,6% dan jumlah petani dengan luas lahannya > 0,50 ha juga meningkat 31,02 % selama satu dekade. Peningkatan petani gurem tersebut masih lebih lambat daripada peningkatan jumlah rumah tangga petani di Kabupaten Lembata. Meskipun begitu, bila peningkatan jumlah petani gurem tidak diikuti dengan pengolahan lahan secara intensif maka kemungkinan untuk meningkatkan pendapatan rumah tangga petani gurem akan sulit tercapai (BPS Kabupaten Lembata, 2003).

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa lahan yang diusahakan rumah tangga untuk usaha tani cukup luas. Pemanfaatan lahan di Kabupaten Lembata, sebagian besar adalah lahan komunal yang pengelolaannya dengan cara diwariskan dari satu generasi ke generasi berikutnya di dalam keluarga. Luasnya lahan yang diusahakan rumah tangga untuk usaha tani mengindikasikan bahwa masih luasnya potensi lahan yang dimiliki Kabupaten Lembata. Hanya saja, seperti halnya sebagian besar wilayah NTT, hambatan terbesar yang dihadapi oleh pertanian di Kabupaten Lembata adalah musim. Musim hujan hanya sekali terjadi dalam setahun, yaitu saat angin musim barat pada sekitar bulan Oktober/November hingga Januari/Februari. Kondisi ini menyebabkan sistem pertanian di Kabupaten Lembata mengandalkan pada sistem pertanian tadah hujan.

Pada tahun 2003, total lahan yang dikuasai untuk usaha tani adalah 18.729,70 ha atau dengan kata lain rata-rata luas lahan yang dikuasai adalah 0,96 ha (meningkat 2,06% dari tahun 1993). Dari lahan yang dikuasai tersebut, 95,24% nya merupakan lahan milik rumah tangga sendiri.

Profil Kesehatan dan Gizi Masyarakat dan Rawan Gizi. Dari situasi gizi dan kesehatan di Kabupaten Lembata, pada tahun 2005 diketahui terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) gizi buruk di Kecamatan Ile ape. Selain Kecamatan Ile ape, kasus gizi buruk yang menjadi KLB juga terdapat di Kecamatan Omesui dan Buyasuri.

2. Keadaan Umum Wilayah Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah Desa Waowala, Kecamatan Ile ape dan Desa Lerahinga dan Desa Waienga yang berada di Kecamatan Lebatukan. Ketiga wilayah tersebut merupakan wilayah kerja PLAN Lembata.

Desa Waowala, Kecamatan Ileape. Desa Waowala merupakan salah satu desa yang terdapat di Kecamatan Ile ape. Secara ekologi, desa ini tergolong sebagai daerah pesisir pantai. Desa ini mempunyai luas wilayah 7,83 Km² dengan rata-rata dalam setahun terdapat 3 bulan basah (angin musim barat). Desa ini mempunyai 8 RW dan 16 RT yang berasal dari 4 dusun. Jumlah penduduk total di desa ini adalah 757 jiwa dengan 346 jiwa laki-laki dan 411 jiwa perempuan. Total Kepala Keluarga (KK) adalah 187. Gambar 4.1. menyajikan keragaan komposisi penduduk Desa Waowala menurut umur. Berdasarkan kelompok umur, terlihat bahwa anak usia sekolah (5-10 tahun) dan usia > 70 tahun merupakan komposisi terbanyak penduduk di desa ini. Dari 187 KK yang ada di Desa Waowala, terdapat 121 rumah tangga yang menerima BLT.

Sementara itu, berdasarkan mata pencaharian, petani merupakan mata pencaharian terbanyak di desa ini. Jumlah petani di desa ini adalah 177 orang. Rata-rata penguasaan lahan petani di desa ini adalah antara 0,5 ha sampai dengan 1 ha. Seluruh lahan yang diusahakan oleh rumah tangga pertanian di desa ini merupakan lahan kering/tegalan seluas 224 ha. Sementara itu, selain untuk usaha tani, lahan yang ada di desa ini digunakan untuk perumahan seluas 25 ha dan fasilitas umum dan sosial seluas 16 ha. Fasilitas umum yang ada di desa ini meliputi 2 gedung

sekolah dasar. Desa ini tidak mempunyai pasar, pasar hanya ada di ibukota kecamatan dan beroperasi satu kali dalam seminggu. Poliklinik desa juga tidak terdapat di desa ini, sarana kesehatan terdekat hanyalah Puskesmas Pembantu yang terdapat di desa tetangga, Amakaka. Sumber air bersih utama di desa ini adalah sumur umum, meskipun begitu juga terdapat rumah tangga yang menggunakan sumber air bersih dari PAM dan sumber lainnya, seperti sungai, danau, dan mata air.

Desa ini tidak mempunyai kelembagaan pangan, seperti lumbung padi ataupun beras jimpitan. Meskipun begitu, ibu-ibu di desa ini mempunyai kegiatan dasawisma dengan mekanisme setiap 10 KK dalam 1 RT membentuk 1 kelompok, melakukan kegiatan menabung bahan pangan pokok. Sehingga bila ada rumah tangga yang mengalami kesulitan pangan, disumbang 1 gelas jagung dan padi oleh kelompok dasawisma tersebut. Pada tahun 2005, terdapat 77 balita di desa ini yang mana terdapat 15 kasus gizi kurang dan 4 kasus gizi buruk. Sementara itu, pada tahun 2006 terdapat 71 balita dengan kasus gizi kurang sebanyak 15 balita dan gizi buruk sebanyak 3 balita.

Desa Lerahinga, Kecamatan Lebatukan. Desa Lerahinga merupakan salah satu desa yang terdapat di Kecamatan Lebatukan. Desa ini mempunyai lahan yang lebih luas daripada Desa Waowala, yaitu seluas 33,5 Km² dengan rata-rata dalam setahun terdapat 5 bulan basah (angin musim barat). Secara ekologi, desa ini tergolong daerah pegunungan (*upland*). Desa ini mempunyai 16 RT yang berasal dari 4 dusun. Jumlah penduduk total di desa ini adalah 854 jiwa dengan total Kepala Keluarga (KK) sebanyak 232. Berdasarkan kelompok umur, dapat diketahui bahwa penduduk dengan usia 21-25 tahun merupakan penduduk terbanyak di desa ini. Selain itu, penduduk usia sekolah (5-10 tahun) dan usia balita juga merupakan komposisi penduduk terbesar di desa ini, yaitu masing-masing sebanyak 14,93% dan 19,55% (Gambar 4.1). Dari 232 KK yang ada di Desa Lerahinga, terdapat 85 rumah tangga yang menerima BLT.

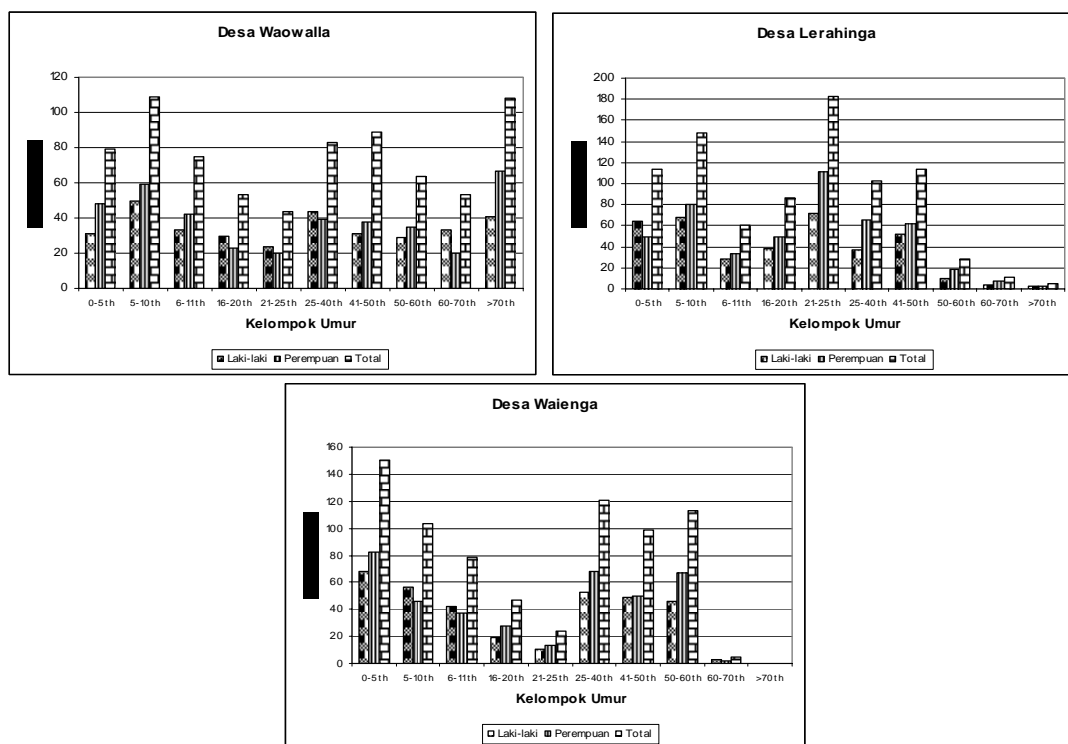
Sementara itu, berdasarkan mata pencaharian, petani merupakan mata pencaharian terbanyak di desa ini. Jumlah petani di desa ini adalah 503 orang, yang terdiri dari 203 penduduk laki-laki dan 300 penduduk perempuan. Rata-rata penguasaan lahan petani di desa ini adalah antara 0,5 ha hingga 1 ha. Seluruh lahan yang diusahakan oleh rumah tangga pertanian di desa ini merupakan lahan kering/tegalan seluas 116 ha dan 7,81 ha lainnya digunakan untuk perumahan.

Fasilitas umum yang ada di desa ini meliputi 3 gedung sekolah dasar. Seperti halnya Desa Waowala, pasar hanya ada di ibukota kecamatan dan beroperasi satu kali dalam seminggu. Sarana kesehatan terdekat hanyalah Puskesmas yang terdapat di ibukota kecamatan, Adekawa. Sumber air bersih utama di desa ini adalah sumur umum dan ledeng swadaya yang dialirkan melalui pipa ke bak-bak air umum.

Desa ini mempunyai kelembagaan pangan, seperti lumbung padi dan beras jimpitan. Lumbung padi dikelola di tingkat dusun, namun belum digunakan untuk mengatasi kelaparan tetapi lebih digunakan untuk bakti umum. Mekanismenya masyarakat melakukan kerja bakti untuk menanami kebun desa/dusun dan hasilnya disimpan di lumbung dusun. Pada tahun 2005, di Desa Lerahinga terdapat 2 kasus gizi buruk dan menurun menjadi 1 kasus pada tahun 2006.

Desa Waienga, Kecamatan Lebatukan. Seperti Desa Lerahinga, Desa Waienga juga merupakan desa yang berada di wilayah Kecamatan Lebatukan. Desa ini mempunyai luas wilayah 13 Km² dan secara ekologis merupakan wilayah dataran rendah. Desa ini mempunyai 16 RT yang berasal dari 4 dusun. Jumlah penduduk total di desa ini adalah 741 jiwa dengan total Kepala Keluarga (KK) sebanyak 204. Keragaan komposisi penduduk di Desa Waienga menurut umur disajikan pada Gambar 4.1. Pada gambar terlihat bahwa penduduk dengan usia balita merupakan penduduk terbanyak di desa ini. Menurut informasi Kepala Desa, penduduk Desa Waienga tidak ada yang menerima BLT.

Petani merupakan mata pencaharian terbanyak di desa ini. Jumlah petani di desa ini adalah 344 orang, yang terdiri dari 158 penduduk laki-laki dan 186 penduduk perempuan. Mata pencaharian lain yang juga cukup ditemukan di desa ini adalah nelayan sebanyak 61 orang dan buruh tani sebanyak 28 orang. Sekitar 14,6% lahan yang ada di desa ini digunakan untuk usaha tani berupa sawah kering/ladang, 0,55% digunakan untuk perumahan, dan 0,21% digunakan untuk pembangunan fasilitas sosial (seperti makam, sekolah, kantor desa)



Gambar 4.1. Komposisi Penduduk di Ketiga Desa Lokasi Penelitian

Fasilitas umum yang ada di desa ini meliputi 1 gedung sekolah dasar. Seperti dua desa lainnya, pasar desa tidak terdapat di desa ini. Pasar berada di ibukota kecamatan, Adekawa. Berbeda dengan dua desa lainnya dalam penelitian ini, poliklinik desa dan seorang bidan terdapat di desa ini. Puskesmas terdapat di ibukota

kecamatan. Sumber air bersih utama di desa ini adalah sumur umum dan ledeng swadaya yang dialirkan melalui pipa ke bak-bak air umum, seperti halnya di Desa Lerahinga. Desa ini mempunyai kelembagaan pangan, berupa lumbung padi dusun. Pemanfaatannya yaitu ketika ada KK yang kekurangan bahan pangan, boleh meminjam simpanan bahan pangan (jagung) yang ada di lumbung dan dikembalikan ke lumbung pada musim tanam berikutnya.

3. Situasi Pangan di Wilayah Penelitian

Berdasarkan analisis situasi pangan (angka sementara Tahun 2005) menunjukkan bahwa pangan yang tersedia dari produksi setempat (belum termasuk impor dari daerah lain) di Kabupaten Lembata pada Tahun 2005 belum mencukupi kebutuhan masyarakat sampai dengan musim panen tahun berikutnya. Kecamatan yang mengalami kekurangan pangan bahkan rawan pangan yaitu Kecamatan Ile ape, Buyasuri, Nubatukan, Omesuri, dan Kecamatan Wulandoni. Sementara itu, kecamatan-kecamatan yang mengalami surplus pangan adalah Kecamatan Atadei, Nagawutung, dan Kecamatan Lebatukan. Tabel 4.3. menyajikan data tentang analisis ketersediaan pangan dari produksi setempat setara beras di Kabupaten Lembata pada tahun 2005 untuk memenuhi kebutuhan penduduk di wilayahnya.

Tabel 4.3. Hasil Analisis Situasi Pangan di Kabupaten Lembata Tahun 2005 (Angka Sementara)

Kecamatan	Ketersediaan pangan setara beras dalam ton							Jumlah	Jangka Waktu (bulan)
	Beras	Jagung	Ubi kayu	Ubi Jalar	Kacang Tanah	Kacang Hijau	Kacang Kedele		
Nagawurung	881	2.527	265	39	17	33	-	3.762	36,5
Atadei	901	2.204	213	44	108	-	-	3.470	36,8
Ile ape	3	186	16	-	4	75	-	284	1,4
Lebatukan	410	898	39	1	3	7	-	1.358	13,1
Nubatukan	230	1.360	129	22	25	30	-	1.796	6,2
Omesuri	92	1.823	65	23	-	-	-	2.003	9,8
Buyasuri	14	1.365	13	9	28	26	4	1.459	6,1
Wulandoni	278	353	97	4	33	14	-	779	7,5
Jumlah	2.809	10.716	837	142	218	185	4	14.911	11,2

Catatan : Jangka waktu dihitung menggunakan data konsumsi

Sumber : Dinas Pertanian Tanaman Pangan dan Hortikultura Kabupaten Lembata, 2006

Komoditas utama yang dihasilkan oleh rumah tangga pertanian di Kabupaten Lembata adalah jagung. Hal ini terkait dengan pola pertanian di Kabupaten Lembata yang sebagian besar merupakan pertanian tadah hujan dan hanya mempunyai satu kali musim tanam dan musim panen. Secara umum, hasil analisis situasi pangan di Kabupaten Lembata menunjukkan bahwa pangan yang tersedia hanya cukup untuk konsumsi penduduk selama 11,2 bulan. Kondisi paling rawan memang ada di Kecamatan Ile ape. Produksi pangan di kecamatan ini hanya bisa menjamin konsumsi penduduk selama 1,4 bulan. Kecamatan-kecamatan yang surplus pangan menunjukkan bahwa hasil panennya dapat mencukupi kebutuhan pangan penduduknya bahkan ada yang melebihi sampai musim panen berikutnya.

B. KARAKTERISTIK SOSIAL-EKONOMI RUMAH TANGGA SAMPEL

Karakteristik rumah tangga sampel yang diukur dalam penelitian ini meliputi besar keluarga, umur orang tua, pendidikan orang tua, mata pencaharian utama orang tua, pendapatan tunai rumah tangga, pola pengeluaran tunai rumah tangga, dan kondisi perumahan keluarga. Pengukuran karakteristik rumah tangga sampel dilakukan untuk dapat melihat keragaan keluarga di ketiga desa yang menjadi wilayah kerja PLAN LEMBATA.

1. Mata Pencaharian Orang Tua dan Pendapatan Keluarga

Dari segi mata pencaharian ayah tidak menunjukkan perbedaan yang berarti pada ketiga lokasi penelitian. Sebagian besar ayah sampel Desa Waowala (56,7%), Lerahinga (60,0%), maupun Waienga (56,7%) adalah petani. Sementara itu, untuk ibu sampel sedikit berbeda di ketiga desa. Ibu sampel di Desa Waowala dan Waienga yang bermata pencaharian petani kurang dari separuh responden. Hanya ibu sampel di Desa Lerahinga yang sebagian besar merupakan petani yaitu 56,7%.

Hampir seluruh penduduk di Desa Waowala, Lerahinga, maupun Waienga adalah petani subsisten yang hampir seluruh hasil panennya digunakan untuk memenuhi kebutuhan pangan rumah tangga. Sehingga pendapatan tunai yang diperoleh rumah tangga biasanya berasal dari hasil penjualan ternak seperti ayam, kambing, dan babi serta hasil pertanian non bahan pangan pokok seperti mete. Ada kalanya mereka mencari ikan di laut dan dijual. Sebagian besar rumah tangga responden di Waowala (73,3%), Lerahinga (73,3%), dan Waienga (70,0%) mempunyai pendapatan tunai per bulannya < Rp 90.000. Sementara rumah tangga yang pendapatannya > Rp 200.000 paling banyak ada di Desa Waienga (16,7%) dan paling sedikit di Desa Waowalla (3,3%).

2. Pendidikan Orangtua

Kategori pendidikan yang digunakan dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi : (a) tidak sekolah; (b) tidak tamat SD; (c) SD; (d) SMP; (e) SMA; dan (f) Akademi/PT. Tingkat pendidikan terendah ayah sampel yaitu di Desa Waienga, yang mana 70,0% ayah tidak tamat SD. Sementara itu, tingkat pendidikan tertinggi ayah sampel ada di Desa Waowalla, di desa ini terdapat 20,0% ayah lulus SMA. Di Desa Waowalla maupun Desa Lerahinga terdapat 3,3% ayah yang lulus akademi/PT. Untuk ibu sampel, Desa Waienga juga merupakan wilayah dengan tingkat pendidikan ibu yang rendah yaitu 76,7% nya tidak tamat SD. Tingkat pendidikan ibu sampel juga terdapat di Desa Waowalla, yang mana 10,0% ibu adalah lulusan SMA.

3. Umur Orangtua

Kelompok umur yang digunakan dalam penelitian ini adalah : (a) < 20 tahun; (b) 20-29 tahun; (c) 30-39 tahun; (d) 40-49 tahun; dan (e) ≥ 50 tahun. Untuk kelompok umur ayah sampel, baik di Desa Waowala maupun Lerahinga, sebagian besar ayah sampel berada dalam kelompok umur 30-39 tahun yaitu masing-masing 36,7% dan 46,7%. Sementara di Desa Waienga, keragaan kelompok umur ayah sampel berbeda. Sebagian besar ayah sampel di Desa Waienga berada dalam kelompok umur 20-29

tahun dan kelompok umur 40-49 tahun, yaitu masing-masing sebanyak 30,0%. Untuk umur Ibu, Desa Lerahinga dan Desa Waienga mempunyai kemiripan yaitu sebagian besar ibu sampel berada dalam kelompok umur 20-29 tahun, masing-masing 46,7% dan 40,0%. Desa Waienga juga mempunyai kemiripan dengan Desa Waowala, yang mana sebagian besar ibu (40,0% di Waienga dan 50,0% di Waowala) berada dalam kelompok umur 30-39 tahun. Di ketiga desa masih ada istri yang berusia < 20 tahun. Paling banyak ada di Desa Waienga (10,0%). Hal ini menunjukkan masih adanya kasus pernikahan muda di ketiga lokasi penelitian

4. Besar Keluarga

Besar keluarga dikelompokkan dalam tiga kategori, yaitu : (a) keluarga kecil yang dikarakteristikan oleh jumlah anggota keluarga ≤ 4 orang; (b) keluarga sedang yang dikarakteristikan oleh jumlah anggota keluarga antara 5 hingga 7 orang; dan (c) keluarga besar yang dikarakteristikan oleh jumlah anggota keluarga ≥ 8 orang. Ketiga desa mempunyai kemiripan dalam besar keluarga, sebagian besar sampel (60,0% di Waowala, 63,3% di Lerahinga, dan 56,7% di Waienga) merupakan keluarga sedang, dengan anggota keluarga antara 5 hingga 7 orang. Keluarga responden Desa Lerahinga mempunyai proporsi paling besar dalam jumlah keluarga kecil (30,0%). Sementara itu, Desa Waowalla mempunyai proporsi terbesar (20,0%) dalam struktur keluarga besar.

5. Pola Pengeluaran Keluarga

Sistem pertanian yang subsisten menyebabkan keluarga di ketiga desa menandalkan kebutuhan pangannya pada hasil panen dan cadangan bahan pangan yang disimpan dari hasil panen tahun sebelumnya. Kondisi ini menyebabkan pengeluaran tunai rumah tangga setiap bulannya relatif kecil. Pengeluaran tunai rumah tangga biasanya digunakan untuk membeli peralatan mandi dan cuci, membayar listrik atau membeli minyak tanah untuk lampu pelita, dan sebagian untuk membeli beras yang dicampur dengan jagung sebagai makanan pokok sehari-hari. Sebagian besar keluarga di ketiga desa (76,7% di Waowala, 70,0% di Lerahinga, dan 80,0% di Waienga) mempunyai pengeluaran tunai < Rp 85.000 setiap bulannya. Proporsi rumah tangga yang mempunyai pengeluaran setiap bulannya > Rp 240.000 terbanyak ada di Desa Waienga yaitu 6,7%.

6. Kondisi Perumahan Keluarga

Semua sampel di Desa Waowala (100%) menggunakan sumur umum sebagai sumber air untuk memasak/minum. Letak Desa Waowala yang berada di pesisir laut menyebabkan air sumur ini pun tidak terlalu jernih dan sedikit berasa asin. Sehingga sebenarnya tidak layak untuk dijadikan sumber air minum/memasak. Berbeda dengan Desa Waowala, sebagian besar sampel di Desa Lerahinga menggunakan air bersih dari ledeng swadaya (pipanisasi) sebagai sumber air untuk memasak/minum (60,0%). Sementara itu, sumber air untuk memasak/minum pada sebagian besar sampel di Desa Waienga adalah sumur sendiri (53,3%) dan terdapat 30,0% keluarga sampel yang menggunakan air bersih dari ledeng swadaya seperti di Desa Lerahinga. Dalam aktivitas mandi, cuci, dan kakus (MCK), sebagian besar rumah tangga di ketiga desa (86,7% di Waowala, 90,0% di Lerahinga, dan 60,0% di Waienga)

melakukan aktivitas MCK di fasilitas miliknya sendiri. Meskipun kondisinya cukup darurat dan sebagian masih menggunakan jamban 'cemplung' bukan jamban leher angsa yang tentu saja kurang higienis. Kondisi dinding rumah terdapat perbedaan antara responden di Desa Waowala dengan kedua desa lainnya. Apabila sebagian besar rumah tangga di Waowalla (56,7%) rumahnya berdinding tembok, sebagian besar rumah tangga di Lerahinga (43,3%) dan di Waienga (60,0%) rumahnya berdinding setengah tembok. Jumlah rumah tangga terbanyak yang mempunyai dinding rumah dari bilik ada di Desa Lerahinga (36,7%). Dari segi lantai rumah, proporsi rumah tangga terbesar dengan rumah berlantai semen/tegel/papan ada di Desa Waowala (56,7%). Sementara itu, rumah berlantai tanah terbanyak ada di Desa Waienga (56,7%). Sebagian besar rumah tangga mempunyai kebiasaan membuang sampah dengan cara dikumpulkan di lubang lalu dibakar. Selain itu, kebiasaan yang ditemukan di lokasi penelitian adalah tidak adanya kandang untuk ternak yang dipelihara. Ternak seperti babi biasanya diikat di belakang rumah tanpa diberi kandang. Begitu juga dengan ayam, ayam akan dibiarkan berkeliaran di sekitar rumah tanpa kandang. Lain halnya dengan kambing, rumah tangga yang mempunyai ternak kambing biasanya mengikat kambingnya di kebun tempat usaha tani dan juga tidak diberi kandang.

C. KARATERISTIK STATUS GIZI ANAK BALITA

Karakteristik Antropometri. Karakteristik antropometri anak, yang terdiri dari berat badan dan tinggi badan menurut umur anak disajikan pada Tabel 4.4. Pada Tabel 4.4. terlihat bahwa karakteristik antropometri pada umumnya sedikit berbeda antara ketiga desa. Rata-rata umur anak sampel di daerah penelitian ini adalah 30.18 ± 15.17 bulan, dengan umur terendah 4 bulan dan umur tertinggi 60 bulan. Rata-rata umur anak sampel pada ketiga desa sedikit berbeda, yaitu masing-masing 27 bulan pada Desa Waowala, 29 bulan pada Desa Lerahinga, serta 34 bulan pada Desa Waienga (Tabel 4.4). Dari ketiga desa tersebut, rata-rata umur anak di desa Waienga paling tinggi.

Secara keseluruhan, berat badan anak rata-rata 10.33 ± 2.35 kg, dengan berat badan terendah 6 kg dan berat badan tertinggi 17 kg. Berat badan rata-rata pada ketiga desa agak berbeda, yaitu 10.0 kg pada Desa Waowala, 10.4 kg pada Desa Lerahinga, dan 10.6 kg pada Desa Waienga.

Panjang badan anak rata-rata secara keseluruhan adalah 83.50 ± 10.53 cm, dengan panjang badan terendah 60.0 cm dan panjang badan tertinggi 105.7 cm. Panjang badan anak sangat berbeda antara Desa Waienga dengan kedua desa lainnya. Tinggi badan anak di Desa Waienga 86.5 cm, sedangkan tinggi badan anak di kedua desa lainnya 82 cm. Artinya anak-anak di Desa Waienga memiliki tinggi badan 4.5 cm lebih tinggi dibandingkan dengan anak-anak dari desa lainnya. Tinggi badan yang lebih tinggi pada anak di Desa Waienga ini kemungkinan karena rata-rata umurnya 5-7 bulan lebih tua dibandingkan dengan rata-rata umur anak dari kedua desa lainnya.

Tabel 4.4. Karakteristik Antropometri Anak

Karakteristik	Waowala	Lerahinga	Waienga	Rata-rata total
Umur (bulan)	27.10±14.23	29.03±15.33	34.40±15.46	30.18±15.17
Berat badan (kg)	10.00±2.54	10.37±2.48	10.64± 2.04	10.33±2.35
Tinggi badan (cm)	81.99±10.49	82.02±10.74	86.48±10.05	83.50±10.53

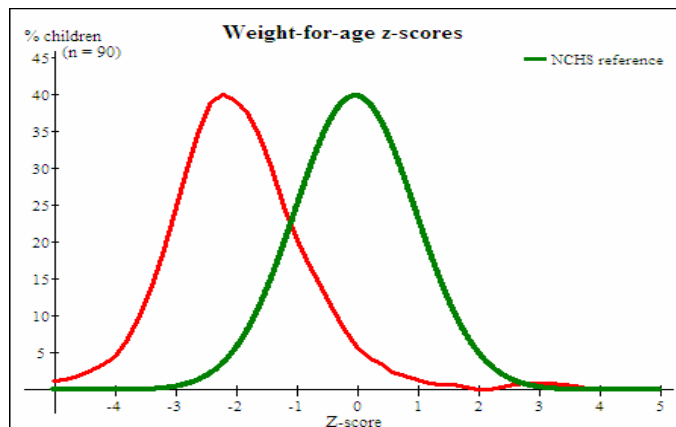
1. Sebaran Status Gizi berdasarkan Karakteristik BB/U, TB/U, BB/TB.

Indeks Berat Badan berdasarkan Umur (BB/U). Status gizi yang di bahas dalam laporan ini didasarkan pada hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan anak balita dari rumahtangga contoh (sampel). Analisis data status gizi dilakukan dengan menggunakan indeks berat badan menurut umur (BB/U), indeks panjang badan menurut umur (PB/U), dan indeks berat badan menurut panjang badan (BB/PB). Standard yang digunakan untuk penetapan status gizi anak balita adalah NCHS/WHO. Penghitungan status gizi dilakukan dengan menggunakan program komputer WHO Anthro 2005. Perlu dicatat bahwa mengingat sampling tidak dilakukan secara random dan jumlah populasi anak balita sampel belum tentu representatif mewakili desa, maka meskipun dalam tabel dan diskusi digunakan kata-kata prevalensi, namun pada hakekatnya angka prevalensi ini tidak dapat digunakan mewakili populasi, dan lebih tepat hanya untuk mewakili anak balita sampel di masing-masing wilayah. Meskipun demikian, untuk sekedar memberikan gambaran bagaimana tingkat masalah gizi pada anak balita sampel, perbandingan terhadap statistik status gizi tingkat wilayah juga dilakukan dalam pembahasan hasil.

Tabel 4.5. Prevalensi *Underweight* di Daerah Penelitian

Desa	Normal		<i>Underweight</i>		<i>Severe Underweight</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Waowala	16	53.3	11	36.7	3	10.0	30	100.0
Lerahinga	16	53.3	10	33.4	4	13.3	30	100.0
Waienga	11	36.7	15	50.0	4	13.3	30	100.0
Total	43	47.8	36	40.0	11	12.2	90	100.0

Berdasarkan hasil perhitungan Z-skor BB/U dan dengan menggunakan titik batas $< -2SD$ sebagai *underweight*, maka prevalensi *underweight* pada anak balita adalah 52.2 persen (Tabel 4.5). Prevalensi *underweight* pada anak balita sample ini relative lebih tinggi daripada prevalensi *underweight* hasil SUSENAS 2005 di Provinsi NTT sebesar 41.0 persen.



Gambar 4.2. Sebaran Anak menurut Z-skor BB/U

Terlihat pada Gambar 4.2 bahwa median Z-skor BB/U pada anak balita sample di daerah penelitian ini (warna merah) jauh bergeser kekiri di banding standar NCHS/WHO (warna hijau). Median Z-skor anak di daerah ini mendekati -2 standar deviasi atau *underweight* (berat badan rendah).

Dalam hal prevalensi *severe underweight*, gambaran yang ditunjukkan oleh anak balita sample mendekati hasil penelitian hampir sama dengan gambaran hasil SUSENAS di Provinsi NTT yang besarnya 13.0 persen, tetapi jauh lebih tinggi daripada prevalensi *severe underweight* di Indonesia (8.80%).

Indeks Panjang Badan berdasarkan Umur (PB/U). Panjang badan pada suatu waktu merupakan hasil pertumbuhan secara kumulatif semenjak lahir, oleh karena itu dapat dipakai sebagai gambaran riwayat status gizi masa lampau. Panjang badan juga merupakan indeks yang paling sensitif untuk mendeteksi adanya perubahan sosial ekonomi (Habicht, 1983). Prevalensi *stunted* (pendek) secara keseluruhan adalah sebesar 41.1 persen. Prevalensi ini mendekati gambaran prevalensi stunting di Indonesia 5-6 tahun yang lalu.

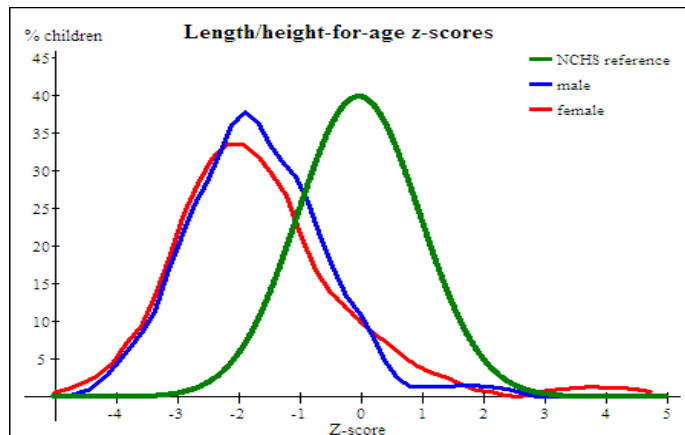
Perbandingan prevalensi *stunted* balita sampel antar desa menunjukkan angka prevalensi yang paling tinggi di Desa Waienga (46.7%), kemudian di Desa Lerahinga (43.3%), dan yang paling rendah di Desa Waowala (33.3%). Secara umum, Desa Waienga dan Lerahinga memiliki anak balita sampel yang lebih banyak mengalami hambatan pertumbuhan dibandingkan dengan Desa Waowala.

Tabel 4.6. Prevalensi *Stunted* di Daerah Penelitian

Desa	Normal		Stunting		Severe Stunting		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Waowala	20	66.7	9	30.0	1	3.3	30	100.0
Lerahinga	17	56.7	8	26.6	5	16.7	30	100.0
Waienga	16	53.3	12	40.0	2	6.7	30	100.0
Total	53	58.9	29	32.2	8	8.9	90	100.0

Prevelensi *severe stunted* (berdasar kriteria < -3 SD) pada penelitian ini adalah 9.9 persen. Prevalensi *severe stunted* yang paling tinggi di Lerahinga (16.7%), kemudian

Waienga (6.7%) dan Waowala (3.3%). Pada Gambar 4.3. jelas sekali terlihat median Z-skor TB/U pada anak balita sample di daerah penelitian ini jauh bergeser kekiri di banding standar NCHS/WHO. Juga nampak bahwa penyimpangan kekiri terhadap baku pada anak wanita (warna merah) sedikit lebih besar dibanding pada pria (warna biru), meski dari luasan masalah (prevalensi) pada pria lebih tinggi.



Gambar 4.3. Sebaran Anak menurut Z-skor TB/U

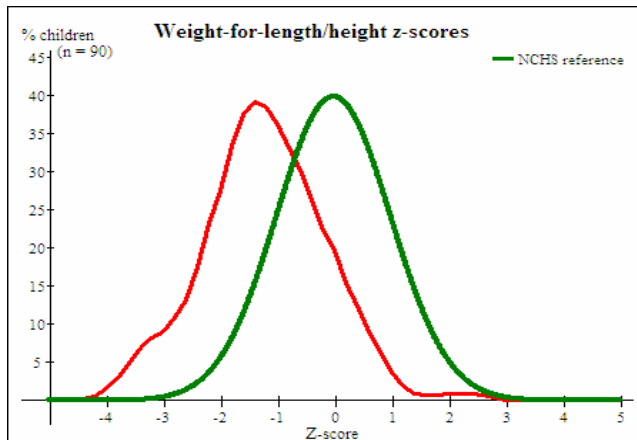
Indeks Berat Badan berdasarkan Panjang Badan (BB/PB). Berdasarkan hasil perhitungan Z-skor indeks BB/PB dengan kriteria *wasted* (kurus) < -2 SD, maka ditemukan prevalensi *wasted* pada sampel sebesar 18.9 persen (Tabel 4.7). Prevalensi *wasting* ini lebih tinggi daripada prevalensi *wasting* anak balita hasil SKRT 2001 di Indonesia atau lima tahun yang lalu, yaitu 15,8 persen (Atmarita, 2005).

Prevalensi *wasting* yang paling tinggi di Desa Waienga (30%), kemudian disusul Waowala (16.7%), dan yang paling rendah di Lerahinga (10.0%). Tingkat prevalensi *wasting* yang cukup tinggi di Waienga ini menunjukkan bahwa di daerah penelitian ini kemungkinan besar terjadi kekurangan pangan yang mendadak dalam waktu yang relatif singkat sebelumnya.

Prevalensi *severe wasted* (Z-skor < -3 SD) pada penelitian ini cukup rendah, yaitu 5.6 persen. Keadaan ini berbeda antar desa, di Lerahinga tidak ditemukan *severe wasted*, sedangkan di Waienga prevalensi *severe wasted* 6.7 persen dan di Waowala 10.0 persen.

Tabel 4.7. Prevalensi *Wasting* di Daerah Penelitian

Desa	Normal		<i>Wasting</i>		<i>Severe Wasting</i>		Total	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Waowala	25	83.3	2	6.7	3	10.0	30	100.0
Lerahinga	27	90.0	3	10.0	0	0.0	30	100.0
Waienga	21	70.0	7	23.3	2	6.7	30	100.0
Total	73	81.1	12	13.3	5	5.6	90	100.0



Gambar 4.4. Sebaran Anak menurut Z-skor BB/TB

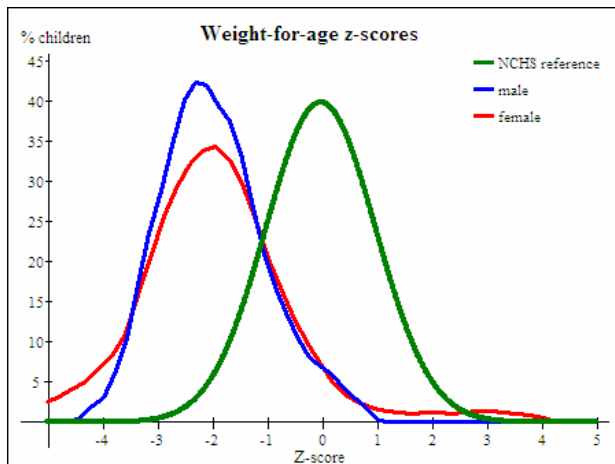
Pada Gambar 4.4 nampak jelas bahwa median Z-skor BB/TB pada anak di daerah penelitian ini cukup jauh bergeser kekiri di banding standar NCHS/WHO. Median Z-skor TB/U anak di daerah ini mendekati -2 standar deviasi atau *wasting* (kurus)

2. Status Gizi menurut Umur dan Jenis Kelamin.

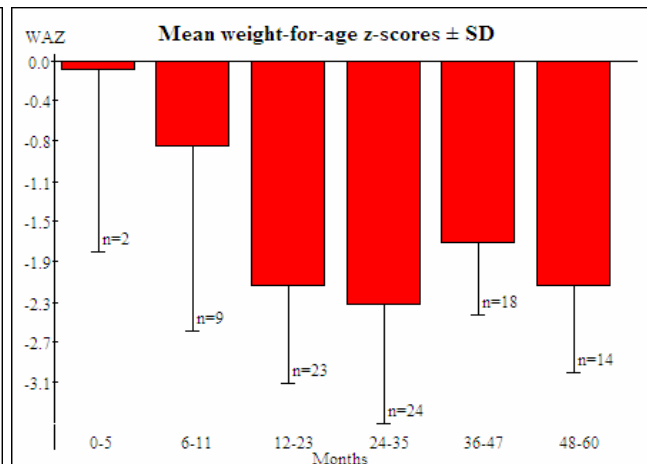
Status Gizi BB/U menurut Umur dan Jenis Kelamin. Analisis berdasarkan gender menunjukkan kurva Z-skor antara anak laki-laki tidak jauh berbeda dengan anak perempuan (Gambar 4.5). Prevalensi *underweight* pada anak perempuan 52.4 persen hampir sama dengan prevalensi anak laki-laki 52.1 persen.

Kalau diperhatikan antar kelompok umur pada Gambar 4.6 terlihat bahwa nilai Z-skor BB/U cenderung lebih tinggi penyimpangannya dengan semakin tingginya umur anak. Memburuknya status gizi dimulai ketika anak berumur 6-11 bulan, artinya setelah lewat ASI eksklusif dan memasuki makanan pendamping ASI keadaan gizi anak memburuk. Hal ini makin menegaskan pentingnya pemberian ASI, khususnya ASI eksklusif bagi anak balita. Memburuknya status gizi anak balita setelah masa pemberian ASI-eksklusif sangat erat kaitannya dengan dua faktor utama, yaitu buruknya kualitas dan kuantitas makanan sapihan (*weaning food*) serta kemungkinan eksposur terhadap lingkungan yang lebih tinggi intensitasnya yang memungkinkan anak menjadi lebih mudah tertular penyakit infeksi. Pada beberapa kasus kehadiran anak balita baru dan memburuknya kualitas pengasuhan karena ibunya mulai bekerja juga menjadi faktor pemberat permasalahan ini.

Seperti terlihat pada Tabel 4.5 prevalensi *underweight* antar ketiga desa memperlihatkan bahwa luasan masalah pada anak balita sampel di Desa Waienga (50.0%) lebih tinggi daripada prevalensi di kedua desa lainnya. Prevalensi *severe underweight* di Desa Waienga sama dengan di Desa Lerahinga sebesar 13.3%, sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi *severe underweight* di Desa Waowala (10.0%). Lebih buruknya keadaan gizi di Desa Waienga ini kemungkinan juga ada kaitannya dengan umur anak lebih tua dibandingkan umur kedua desa lainnya.



Gambar 4.5. Sebaran Anak menurut Z-skor BB/U dan Jenis Kelamin



Gambar 4.6 Nilai Z-skor BB/U menurut Kelompok Umur

Status Gizi TB/U menurut Umur dan Jenis Kelamin. Median Z-skor TB/U anak di daerah ini mendekati -2 standar deviasi atau *stunting*. Analisis berdasarkan gender menunjukkan kurva Z-skor TB/U antara anak perempuan sedikit lebih buruk dibandingkan dengan anak laki-laki (lihat Gambar 4.7). Prevalensi *stunting* pada anak perempuan 42.9 persen sedikit lebih tinggi daripada prevalensi anak laki-laki 39.6 persen.



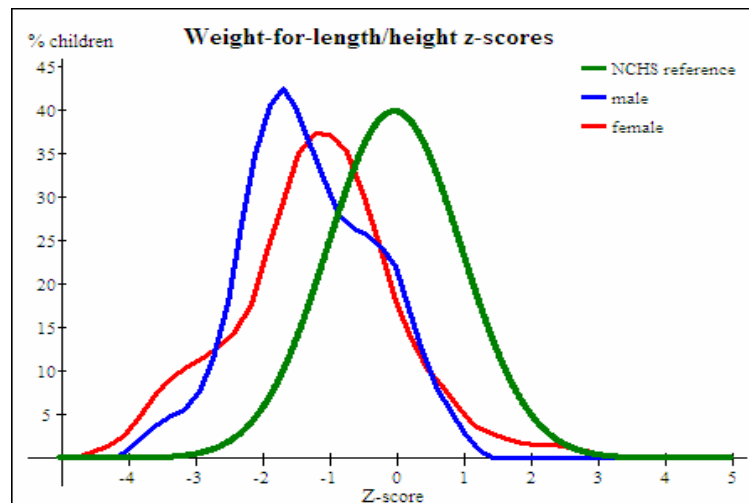
Gambar 4.7. Sebaran Anak menurut Z-skor TB/U dan Jenis Kelamin

Seperti juga pada Gambar 4.6, kalau diperhatikan antar kelompok umur pada Gambar 4.8 terlihat bahwa nilai Z-skor TB/U cenderung lebih tinggi penyimpangannya dengan semakin tingginya umur anak. Memburuknya status gizi dimulai ketika anak berumur 6-11 bulan, karena alasan-alasan yang telah dikemukakan di atas.

Status Gizi BB/TB menurut Umur dan Jenis Kelamin. Analisis berdasarkan gender menunjukkan kurva Z-skor BB/TB antara anak laki-laki sedikit lebih buruk dibandingkan dengan anak perempuan (Gambar 4.9). Prevalensi *wasting* pada anak perempuan 19.0 persen hampir sama dengan prevalensi anak laki-laki sebesar 18.8 persen.



Gambar 4.8. Nilai Z-skor TB/U menurut Kelompok Umur



Gambar 4.9. Sebaran Anak menurut Z-skor BB/TB dan Jenis Kelamin

Seperti juga pada Gambar 4.8, kalau diperhatikan antar kelompok umur pada Gambar 4.10 terlihat bahwa nilai Z-skor BB/TB cenderung lebih tinggi penyimpangannya setelah berumur satu tahun.



Gambar 4.10. Nilai Z-skor BB/TB menurut Kelompok Umur

3. Karakteristik Anak Gizi Buruk, Gizi Kurang dan Normal

Desa Waowala. Dilihat dari rata-rata variabel di Desa Waowala anak yang menderita gizi buruk (*severe underweight*) adalah mereka dengan pengeluaran pangan relatif kecil dan memiliki total skor sosial ekonominya paling rendah dibandingkan mereka yang status gizinya kurang dan baik. Disamping itu konsumsi energi dan proteinnya relatif paling kecil. Rendahnya status gizi dan konsumsi pangan ini disamping oleh faktor pendapatan (diindikasikan oleh rendahnya pengeluaran pangan) juga disebabkan oleh rendahnya pengetahuan gizi, perilaku gizi dan pengasuhan sosial (emosi) kepada anak, dan lebih tingginya intensitas mengalami sakit yang (dalam sebulan terakhir) dibanding anak yang normal.

Desa Lerahinga. Di Desa Lerahinga tidak terdapat anak dengan status gizi "*severe wasting*". Berdasarkan indikator BB/TB terlihat bahwa anak yang tergolong "*wasting*" adalah anak yang keluarganya memiliki luas lahan sempit (rata-rata luas lahan adalah 812 m²), dengan pengeluaran pangan per kapita relatif lebih rendah, demikian pula skor pengasuhan, perilaku hidup sehat dan pengetahuan gizi serta perilaku gizi dan kesehatan yang relatif lebih rendah dibandingkan keluarga dengan anak status gizi normal. Anak dengan status "*wasting*" memiliki konsumsi energi dan protein yang amat rendah.

Berdasarkan karakteristik keluarga tersebut maka diketahui bahwa keluarga di desa ini dengan kepemilikan lahan kecil, pengeluaran pangan per kapita relatif rendah, pengetahuan gizi dan perilaku gizi dan kesehatan yang terbatas, dengan pengasuhan sosial emosi yang buruk pada anak balita, serta memiliki konsumsi zat gizi yang rendah secara rata-rata per hari akan memiliki resiko tinggi untuk memiliki anak dengan status gizi "*wasting*".

Tabel 4.8. Karakteristik Sosial Ekonomi, Konsumsi Pangan, Penyakit dan Pengasuhan menurut Status Gizi (BB/TB) di Desa Waowala

Variabel	BB/TB		
	Normal	Wasting	Severe Wasting
Luas lahan (m ²)	6.061	5.000	5.500
Lingkungan Fisik (skor)	10,5	12,5	10,5
Pengeluaran pangan/kapita (Rp/kap)	31.398	30.861	20.583
Total sosek (skor)	13,6	13,0	10,0
Besar keluarga (orang)	5,6	7,0	5,5
Pendidikan ayah (tahun)	3,4	5,0	3,0
Pendidikan ibu (tahun)	2,96	3,5	3,0
Perilaku hidup sehat (skor)	9,5	10,5	10,5
Pengetahuan gizi (skor)	18,6	24,0	11,5
Perilaku gizi (skor)	13,6	15,0	13,0
Kebiasaan makan (skor)	15,9	18,0	15,0
Konsumsi energi (Kalori)	106,6	108,2	83,3
Konsumsi protein (gram)	98,5	114,7	86,8
Pengasuhan sosial emosi (skor)	11,6	13,0	11,0
Keberadaan dan frek penyakit (skor)	1,2	3,5	2,0

Pada masa datang beberapa faktor di atas dapat menjadi perhatian bagi para penyusun program perbaikan gizi di desa ini pada khususnya, maupun di Kabupaten Lembata pada umumnya.

Tabel 4.9. Karakteristik Sosial Ekonomi, Konsumsi Pangan, Penyakit dan Pengasuhan menurut Status Gizi (BB/TB) di Desa Lerahinga

Variabel	BB/TB		
	Normal	Wasting	Severe Wasting
Luas lahan (m ²)	4.414	812	-
Lingkungan Fisik (skor)	10,7	8,5	-
Pengeluaran pangan/kapita (Rp/kap)	34.738	27.375	-
Total sosek (skor)	14,2	14,5	-
Besar keluarga (orang)	5,4	4,5	-
Pendidikan ayah (tahun)	4,1	3,5	-
Pendidikan ibu (tahun)	3,5	3,0	-
Perilaku hidup sehat (skor)	9,5	8,0	-
Pengetahuan gizi (skor)	21,0	15,5	-
Perilaku gizi (skor)	14,4	14,0	-
Kebiasaan makan (skor)	16,8	12,5	-
Konsumsi energi (Kalori)	78,59	47,9	-
Konsumsi protein (gram)	75,0	44,1	-
Pengasuhan sosial emosi (skor)	11,7	11,0	-
Keberadaan dan frek penyakit (skor)	1,7	1,5	-

Desa Waienga. Berdasarkan indikator BB/TB anak-anak dengan status gizi "severe wasting" dan "wasting" adalah anak yang berasal dari keluarga dengan pendapatan per kapita dan pengeluaran pangan per kapita relatif lebih rendah dibandingkan anak dengan status gizi normal. Anak-anak ini juga berasal dari keluarga besar dengan rata-rata besar keluarga lebih dari 10 orang. Mereka juga memiliki konsumsi energi dan protein relatif paling rendah dibandingkan anak dengan status gizi "wasting" dan normal. Disamping itu anak dengan status gizi "severe wasting" dan "wasting" memiliki skor keberadaan penyakit yang relatif lebih tinggi daripada anak dengan status gizi normal, hal ini memperlihatkan adanya kecenderungan bahwa anak kurang gizi memiliki hubungan dengan kejadian sakit anak dalam dua minggu terakhir.

Tabel 4.10. Rata-rata Variabel menurut Status Gizi di Desa Waienga

Variabel	BB/TB		
	Normal	Wasting	Severe Wasting
Luas lahan (m ²)	4.124	2.166	5.750
Lingkungan Fisik (skor)	10,8	9,3	11,5
Pengeluaran pangan/kapita (Rp/kap)	78.395	25.649	20.849
Total sosek (skor)	12,5	13,3	11,0
Besar keluarga (orang)	5,4	5,3	10,5
Pendidikan ayah (tahun)	3,3	3,0	3,5
Pendidikan ibu (tahun)	3,4	3,0	4,5
Perilaku hidup sehat (skor)	10,2	7,3	11,0
Pengetahuan gizi (skor)	18,4	15,0	20,0
Perilaku gizi (skor)	14,0	14,0	13,5
Kebiasaan makan (skor)	15,8	13,7	15,5
Konsumsi energi (Kalori)	144,9	166,5	95,1
Konsumsi protein (gram)	160,8	158,8	82,1
Pengasuhan sosial emosi (skor)	11,6	10,3	12,5
Keberadaan dan frek penyakit (skor)	1,2	2,7	2,0

D. RIWAYAT KESEHATAN ANAK BALITA

Jenis Gejala/Penyakit yang diderita Anak pada Keluarga Sampel. Keadaan kesehatan anak dalam penelitian ini diketahui melalui wawancara dengan orangtuanya. Penuturan ibu terhadap kejadian sakit pada anaknya selama 1 bulan terakhir menunjukkan bahwa sekitar 52.2 persen anak pernah sakit satu kali atau lebih. Gejala/jenis penyakit yang diderita anak pada waktu sakit sebulan terakhir disajikan pada Tabel 4.11. Kalau diamati dari data gejala-gejala sakit yang diderita terlihat bahwa pada umumnya sakit yang diderita anak adalah panas, flu dan batuk, kemudian urutan berikutnya adalah diare yang keseluruhannya merupakan penyakit infeksi. Keadaan ini hampir merata pada ketiga desa. Penyakit ini merupakan penyakit yang umum diderita oleh masyarakat Indonesia, terutama pada musim-musim tertentu, apalagi di daerah pedesaan dan merupakan salah satu faktor penyebab kurang gizi disamping faktor intake makanan.

Tabel 4.11 Sebaran Sampel berdasarkan Penyakit/Gejala Penyakit yang Diderita Anak dalam Sebulan Terakhir

Penyakit yang Diderita	Desa Waowala		Desa Lerahinga		Desa Waienga		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Panas-Dingin	4	13.33	8	26.67	4	13.33	16	17.78
Batuk	5	16.67	10	33.33	10	33.33	25	27.78
Influenza	3	10.00	5	16.67	4	13.33	12	13.33
Diare	3	10.00	2	6.67	3	10.00	8	8.89
Panas	7	23.33	5	16.67	8	26.67	20	22.22
Lainnya*	3	10.00	4	13.33	0	0.00	7	7.78
Total skor	25	83.33	34	113.33	29	96.67	88	97.78

*Lainnya : bintik-bitnik merah, salesma, kaki luka

Intensitas Terjadinya Penyakit dalam Sebulan Terakhir. Prevalensi anak yang sakit ini relatif tidak jauh berbeda antara ketiga desa, yaitu Desa Waowala (53%), Lerahinga (60%) dan Waienga (43%). Frekuensi sakit menunjukkan bahwa secara umum rata-rata frekuensi sakit 1.5 kali selama satu bulan terakhir (lihat Tabel 4.11). Anak di Desa Waowala dan Lerahinga mempunyai frekuensi sakit yang sama, yaitu 1.73 kali; sedangkan anak di Desa Waienga memiliki frekuensi sakit yang lebih rendah (1.4).

Tabel 4.12. Sebaran Contoh berdasarkan Frekuensi Sakit dalam Sebulan Terakhir

Frekuensi Sakit	Desa Waowala		Desa Lerahinga		Desa Waienga		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tidak pernah sakit	14	46.67	12	40	17	56.67	43	47.78
Satu kali sakit	9	30.00	6	20	2	6.67	17	18.89
Lebih dari sekali	7	23.33	12	40	11	36.67	30	33.33
Total	30	100.00	30	100	30	100.00	90	100.00
Mean ± sd	1.73 ± 1.55		1.73 ± 1.55		1.4 ± 1.71		1.5 ± 1.55	

E. KONSUMSI PANGAN ANAK BALITA

1. Frekuensi Konsumsi

Frekuensi Konsumsi Anak. Frekuensi konsumsi anak dianalisis untuk melihat pola kebiasaan makan anak di wilayah penelitian ini. Makanan pokok masyarakat di ketiga desa penelitian ini adalah beras dan jagung, yang dapat dilihat dari sebaran anak dengan frekuensi konsumsi makanan lebih dari 1x per hari cukup tinggi, yaitu beras mencapai 84.4 persen dan jagung 53.3 persen. Kedua jenis makanan ini bisa dimakan sendiri-sendiri atau dicampur menjadi nasi jagung (beras 4 bagian dan jagung tumbuk 1 bagian; komposisi ini bisa berubah tergantung ketersediaan pangan di rumah tangga). Mie dan roti jarang dikonsumsi, hal ini nampaknya erat kaitannya dengan keadaan ekonomi mereka. Singkong juga tergolong jarang dikonsumsi,

kecuali anak-anak di Desa Waowala yang mana sebaran anak yang mengkonsumsi singkong dengan frekuensi 1x sehari atau lebih mencapai 30 persen anak (dalam bentuk. Gambar 4.11 di bawah ini menunjukkan contoh jenis pangan pokok di desa penelitian, yaitu nasi jagung (kiri) dan Putu yaitu olahan singkong, menyerupai “tiwul” di Jawa Tengah bagian selatan (tengah).



Gambar 4.11. Jenis Pangan Pokok yang Umum Dikonsumsi: Nasi Jagung (kiri) dan Putu (tengah) *)

*) Gambar di sebelah kanan adalah seorang anak balita di Desa Waienga sedang mengkonsumsi Putu tanpa lauk pauk dan dengan piring pandan berdebu

Makanan sumber protein hewani pada anak-anak ini adalah ikan dan telur, meski frekuensi konsumsinya tidak setiap hari. Persentase anak yang mengkonsumsi makanan ini dengan frekuensi konsumsi sekitar 1-3 kali seminggu cukup besar. Daging sangat jarang dikonsumsi; menurut mereka daging hanya dikonsumsi kalau ada pesta adat. Tempe juga sangat jarang dikonsumsi. Hampir 50 persen anak-anak mengkonsumsi sayuran dengan frekuensi konsumsi lebih dari 1x per hari. Persentase anak yang mengkonsumsi sayuran tersebut paling tinggi di Desa Lerahinga (60%) dan terendah di Desa Waowala (36%). Buah-buahan jarang dikonsumsi, pada umumnya hanya dikonsumsi dengan frekuensi 1-3 kali per minggu, dan itupun hanya dikonsumsi ketika musim buah-buahan. Susu sangat jarang diminum, bahkan lebih dari separuh anak tidak pernah minum susu. Hal ini erat kaitannya dengan keadaan ekonomi mereka yang tidak memungkinkan untuk membeli susu. Minuman ringan lebih sering dikonsumsi, tetapi ini juga terbatas hanya pada minuman berupa teh. Makanan jajanan jarang dikonsumsi anak-anak. Pada umumnya anak-anak mengkonsumsi makanan jajanan kurang dari 3x per minggu.

Frekuensi Konsumsi Keluarga. Frekuensi konsumsi keluarga dianalisis untuk melihat pola kebiasaan makan keluarga di wilayah penelitian ini. Makanan pokok masyarakat di ketiga desa penelitian ini adalah beras dan jagung, yang dapat dilihat dari sebaran anak dengan frekuensi konsumsi makanan lebih dari 1x cukup tinggi, yaitu beras mencapai 81.1 persen dan jagung 77.8 persen. Kedua jenis makanan ini bisa dimakan sendiri-sendiri atau dicampur menjadi nasi jagung (beras 4 bagian dan jagung tumbuk 1 bagian; komposisi ini bisa berubah tergantung ketersediaan pangan di rumah tangga). Di Waowala persentase keluarga yang mengkonsumsi beras dan

jagung lebih dari 1x per hari mencapai 90 persen. Mie dan roti jarang dikonsumsi, hal ini nampaknya erat kaitannya dengan keadaan ekonomi mereka. Bahkan ada keluarga yang tidak pernah makan mie dan roti. Pada umumnya kedua jenis makanan ini dikonsumsi kurang dari 3x perhari. Singkong juga tergolong jarang dikonsumsi, kecuali masyarakat di Desa Waowala sebaran keluarga yang mengkonsumsi singkong dengan frekuensi 1x sehari atau lebih mencapai 33 persen, selebihnya mengkonsumsi singkong 3x perhari atau kurang. Kentang/ubi jalar juga jarang dikonsumsi, bahkan ada keluarga yang belum pernah makan kentang.

Makanan sumber protein hewani pada masyarakat ini adalah ikan. Persentase keluarga yang mengkonsumsi ikan dengan frekuensi konsumsi sekitar 1x per hari sampai 3x perminggu cukup besar. Telur pada umumnya dikonsumsi kurang dari 3x perminggu. Daging sangat jarang dikonsumsi; menurut mereka daging hanya dikonsumsi kalau ada pesta adat. Tempe/tahu/oncom juga sangat jarang dikonsumsi, bahkan lebih dari 60 persen keluarga tidak pernah makan makanan tersebut.

Lebih dari 50 persen keluarga mengkonsumsi sayuran dengan frekuensi konsumsi lebih dari 1x per hari. Persentase keluarga yang mengkonsumsi sayuran tersebut paling tinggi di Desa Lerahinga (73%) dan terendah di Desa Waowala (46%). Buah-buahan jarang dikonsumsi, pada umumnya hanya dikonsumsi dengan frekuensi 1-3 kali per minggu, dan itupun hanya dikonsumsi ketika musim buah-buahan. Susu juga jarang diminum, bahkan lebih dari separuh keluarga tidak pernah minum susu. Hal ini erat kaitannya dengan keadaan ekonomi mereka yang tidak memungkinkan untuk membeli susu. Minuman ringan lebih sering dikonsumsi, tetapi ini juga terbatas hanya pada minuman berupa teh. Makanan jajanan jarang dikonsumsi keluarga. Pada umumnya keluarga mengkonsumsi makanan jajanan kurang dari 3x per minggu. Sekitar 25 persen keluarga tidak pernah makan makanan jajanan.

2. Konsumsi dan Tingkat Kecukupan Gizi

Konsumsi Energi. Pada Tabel 4.12 dan Tabel 4.13 disajikan konsumsi dan tingkat kecukupan energi anak. Pada Tabel 4.14 terlihat bahwa konsumsi energi secara keseluruhan rata-rata sebesar 940 kkal/hari. Konsumsi energi ini secara rata-rata sudah memenuhi (108%) angka kecukupan gizi yang dianjurkan (RDA). Kalau diperhatikan diantara ketiga Desa (Tabel 4.11), terlihat bahwa konsumsi energi yang paling tinggi pada anak di Desa Waienga (1264 kkal/hari) dan yang paling rendah di Desa Lerahinga (694 kkal/hari). Dengan konsumsi energi yang rendah tersebut anak-anak di Desa Lerahinga rata-rata hanya bisa memenuhi sekitar dua pertiga dari angka kecukupan energi yang dianjurkan (RDA) (lihat Tabel 4.12).

Konsumsi Protein. Rataan konsumsi protein anak balita adalah 21.8 g/hari. Secara keseluruhan, konsumsi protein anak ini sudah memenuhi angka kecukupan protein yang dianjurkan. Tetapi, apabila diperhatikan antar desa (**Tabel 4.13**), terlihat bahwa rata-rata konsumsi protein agak berbeda antara ketiga desa. Rata-rata konsumsi protein tertinggi terdapat pada anak-anak di Desa Waienga (30.9 g/hari), sementara rata-rata konsumsi protein terendah terdapat pada anak-anak di Desa Lerahinga (15 g/hari). Ini berarti konsumsi protein anak di Desa Lerahinga hanya setengah dari konsumsi protein anak di Desa Waienga. Dengan konsumsi yang rendah tersebut

Tabel 4.13. Rata-rata Konsumsi Zat Gizi Anak

Zat Gizi	Desa			Total
	Waowala	Lerahinga	Waienga	
Energi (kkal)	860	694	1264	940
Protein (mg)	19.6	15.0	30.9	21.8
Lemak (mg)	7.5	3.8	13.9	8.4
Kalsium (mg)	83	234	146	154
Phosfor (mg)	396	179	815	463
Besi (mg)	5.5	3.9	11.6	7.0
Vitamin A (µgRE)	260	244	344	283
Vitamin B1 (mg)	.35	.30	.87	.51
Vitamin C (mg)	31.1	49.8	44.2	41.7
Zink (mg)	2.0	1.8	1.6	1.8

kecukupan protein anak di Desa Lerahinga hanya terpenuhi sekitar 73 persen. Keadaan ini didukung oleh fakta yang terungkap pada FGD bahwa kebanyakan penduduk di Lerahinga adalah masyarakat pegunungan yang tidak terbiasa atau jarang bersentuhan dengan lautan sebagai sumber protein asal ikan yang sebenarnya cukup tersedia berlimpah di daerah ini.

Tabel 4.14. Tingkat Kecukupan Gizi Anak Balita di Wilayah Penelitian

Zat Gizi	Desa			Total
	Waowala	Lerahinga	Waienga	
Energi (%)	106.2	77.8	141.5	108.5
Protein (%)	104.3	72.7	154.6	110.6
Lemak (%)	32.7	16.1	54.9	34.6
Kalsium (%)	19.9	47.1	29.3	32.1
Phosfor (%)	113.4	48.4	204.6	122.1
Besi (%)	104.9	57.8	135.3	99.3
Vitamin A (%)	63.7	57.9	81.9	67.8
Vitamin B1 (%)	69.0	52.5	142.5	88.0
Vitamin C (%)	73.3	117.1	104.6	98.3

Konsumsi Kalsium. Konsumsi kalsium anak pada umumnya sangat rendah, rata-rata hanya 154 mg perhari. Rata-rata konsumsi kalsium paling tinggi di Desa Lerahinga (234 mg/hari), tetapi konsumsi kalsium tersebut tidak sampai separuh kebutuhan kalsium mereka (Tabel 4.13). Padahal kalsium ini sangat dibutuhkan oleh tubuh mereka untuk memenuhi pertumbuhan tulangnya. Pada Desa Waowala dan Waienga konsumsi kalsiumnya jauh dari kebutuhannya (dibawah 30%).

Konsumsi Fosfor. Berbeda dengan konsumsi kalsium, konsumsi fosfor rata-rata jauh lebih tinggi daripada konsumsi kalsium, yaitu 463 mg/hari atau mampu memenuhi kecukupan fosfor. Konsumsi fosfor anak tertinggi terdapat pada Desa Waienga, sekitar 800 mg/hari.

Konsumsi Besi. Konsumsi dan kecukupan besi (Fe) anak di ketiga desa disajikan pada Tabel 4.13 dan Tabel 4.14. Terlihat bahwa konsumsi besi rata-rata sekitar 7 mg/hari. Konsumsi besi agak berbeda antara ketiga desa. Pada asumsi penyerapan besi 10 persen, tingkat kecukupannya sudah mencapai 99 persen. Konsumsi besi yang paling tinggi terdapat pada anak di Desa Waienga (11.6 mg/hari), sedangkan konsumsi yang paling rendah (3.9 mg/hari) di Desa Lerahinga. Konsumsi besi anak di Desa Lerahinga ini hanya mampu memenuhi sekitar separuh kecukupan besi yang dianjurkan.

Konsumsi Vitamin A. Secara keseluruhan konsumsi vitamin A rata-rata 283 µgRE atau hanya memenuhi dua pertiga dari kecukupan yang dianjurkan. Rata-rata konsumsi vitamin A yang tertinggi di Waienga, yaitu 344 µgRE atau memenuhi sekitar 80 persen dari kecukupannya. Di Lerahinga, konsumsi vitamin A paling rendah, yaitu 244 µgRE atau hanya mampu memenuhi kecukupan sebesar 57 persen.

Konsumsi B1. Secara keseluruhan konsumsi vitamin B1 rata-rata 0.51 mg atau sudah memenuhi 88% dari kecukupan yang dianjurkan. Seperti juga konsumsi zat gizi lainnya, konsumsi vitamin B1 yang paling rendah pada anak di Desa Lerahinga. Konsumsi vitamin B1 tertinggi pada anak di Desa Waienga.

Konsumsi Vitamin C. Secara keseluruhan konsumsi vitamin C rata-rata 41.7 mg atau sudah memenuhi 98 persen dari kecukupan yang dianjurkan. Konsumsi vitamin C yang paling rendah diantara ketiga desa adalah di Desa Waowala, yaitu hanya 31 mg atau hanya memenuhi sekitar 70 persen dari kecukupan yang dianjurkan.

Konsumsi Seng. Konsumsi zink anak sangat rendah, secara keseluruhan hanya 1.8 mg/hari. Konsumsi zink ini hamper tidak jauh berbeda antara ketiga desa, tidak lebih dari 2 mg/hari.

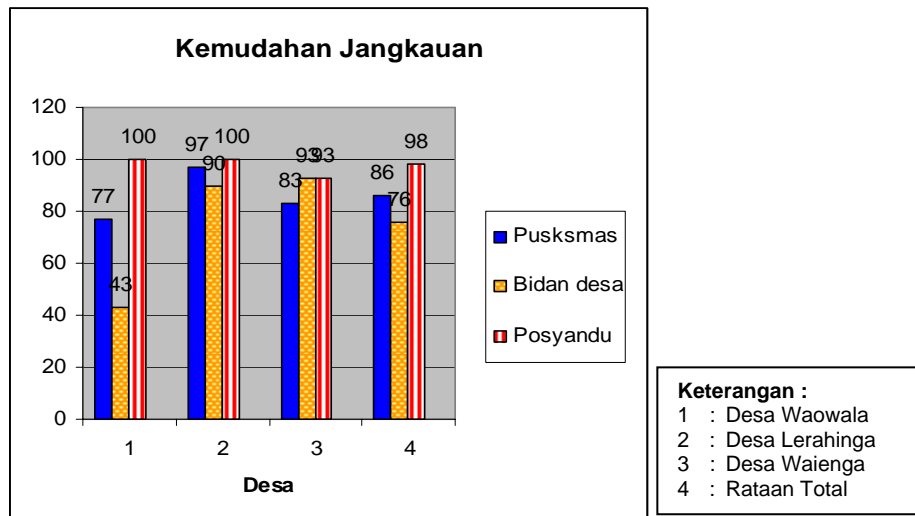
F. AKSES RUMAHTANGGA TERHADAP FASILITAS KESEHATAN

1. Akses terhadap Posyandu, Puskesmas, dan Petugas Kesehatan.

Di wilayah penelitian terdapat puskesmas atau puskesmas pembantu serta posyandu yang menjadi institusi bagi pemeliharaan gizi dan kesehatan masyarakat. Adapun Rumahsakit Umum dan Swasta, klinik balai pengobatan hanya terdapat di ibukota Kabupaten Lembata di Lewoleba.

Dalam persepsi sampel jarak pusat pelayanan kesehatan seperti bidan desa proporsi terbesar masih menganggap letaknya cukup jauh bagi sampel di Desa Waowala, sedangkan bagi sampel di Desa Lerahinga maupun Waienga jarak rumah sampel dengan bidan desa dianggap dekat. Demikian pula jarak rumah sampel dengan puskesmas di Desa Lerahinga dan Waienga dianggap cukup dekat oleh sampel, sedangkan bagi sampel di Desa Waowala jarak rumah sampel dengan puskesmas presentase terbesar (60%) masih menganggap relatif jauh. Hal ini mengingat letak geografis Desa Waowala yang cukup terisolasi di bagian barat Kepulauan Lembata. Hasil ini seiring dengan persepsi sampel terhadap daya jangkauan pada bidan desa

maupun puskesmas di Desa Lerahinga dan Waienga yang sebagian besar (>80%) menganggap bahwa lokasinya mudah dijangkau oleh sampel penelitian. Sementara bagi sampel di Desa Waowala masih terdapat cukup banyak (lebih dari 20%) yang menganggap bidan desa dan puskesmas di wilayah Kecamatan Ile ape sulit terjangkau. Bahkan terdapat 43 persen saja yang menganggap bidan desa mudah dijangkau, selebihnya menganggap sulit (Gambar 4.12).



Gambar 4.12. Sebaran Sampel Menurut Kemudahan Daya Jangkauan terhadap Puskesmas, Bidan Desa dan Posyandu

2. Persepsi terhadap Pelayanan Kesehatan.

Persepsi sampel terhadap petugas gizi dan kesehatan juga menunjukkan kondisi yang sama, yaitu sampel di Desa Lerahinga dan Waienga sebagian besar (lebih dari 70%) menganggap bahwa petugas gizi puskesmas, dokter puskesmas, bidan puskesmas dan bidan desa relatif mudah dan sangat mudah terjangkau. Sementara itu sebagian besar sampel di Desa Waowala (70%) menganggap bahwa dokter puskesmas sulit dijangkau. Disamping itu masih terdapat cukup banyak sampel yang menganggap bahwa akses sampel di Desa Waowala pada bidan desa maupun bidan puskesmas cukup sulit, masing-masing sejumlah (26.7% dan 33.3%).

Secara keseluruhan sampel di tiga desa penelitian memperlihatkan bahwa persepsi terhadap kader posyandu cukup baik. Hampir seluruh sampel penelitian menunjukkan bahwa posyandu terjangkau dan dekat dengan rumah sampel sehingga dianggap bahwa institusi posyandu bukan merupakan masalah karena mudah diakses oleh sampel di seluruh lokasi penelitian. Salah satu indikasinya adalah bahwa seluruh sampel penelitian memiliki KMS, dan bahkan menyimpan KMS tersebut di rumah.

Demikian pula kader posyandunya, yaitu hampir seluruh sampel memiliki persepsi bahwa kader posyandu mudah dan sangat mudah dihubungi. Kondisi ini secara tak

langsung memperlihatkan bahwa sampel dan masyarakat di wilayah penelitian memiliki akses tinggi kepada posyandu dengan demikian memiliki kemudahan pelayanan dari kader terhadap kegiatan di posyandu setiap bulannya. Namun kegiatan utama di Posyandu umumnya masih merupakan kegiatan penimbangan berat badan, pencatatan, dan pemberian PMT (pemberian makanan tambahan), dan imunisasi. Sementara pelayanan penyuluhan dan pelayanan KB umumnya dilakukan di Puskesmas atau Bidan desa (lihat Boks persepsi pelayanan terhadap petugas gizi dan kesehatan dari FGD).

G. PENGETAHUAN GIZI, PERILAKU HIDUP SEHAT DAN POLA ASUH

1. Pengetahuan Gizi dan Kesehatan Keluarga

Salah satu penyebab terjadinya kasus gizi salah, khususnya gizi kurang pada balita adalah rendahnya kualitas pengasuhan yang dilakukan ibu ataupun pengasuh. Salah satu penyebab kualitas pengasuhan rendah adalah rendahnya tingkat pengetahuan gizi dan kesehatan ibu ataupun pengasuh. Penelitian penilaian status gizi dan pangan di ketiga desa wilayah kerja PLAN di Kabupaten Lembata ini juga dilakukan analisis mengenai keragaan pengetahuan gizi dan kesehatan ibu (pengasuh). Penilaian tentang pengetahuan gizi dan kesehatan ibu dilakukan pada beberapa aspek.

Pengetahuan tentang makanan yang bergizi. Pengetahuan ibu tentang apa yang dimaksud makanan bergizi cukup beragam. Ibu sampel di Desa Lerahinga dapat dikatakan mempunyai pengetahuan yang cukup dikarenakan 60,0% ibu sampel mengetahui apa yang dimaksud dengan makanan bergizi yaitu makanan yang mengandung zat gizi yang berguna bagi kesehatan tubuh. Sementara di Desa Waowala dan Desa Waienga, masing-masing hanya 30,0% dan 36,7% ibu sampel yang mengetahui dengan benar definisi makanan bergizi. Sebagian besar ibu sampel di Desa Waowala (43,3%) mendefinisikan makanan yang bergizi sebagai daging, telur, dan susu. Meskipun begitu, ada juga ibu yang tidak mengetahui definisi tentang makanan bergizi. Jumlah ibu sampel yang tidak mengetahui definisi makanan bergizi paling banyak adalah ibu sampel di Desa Waienga (30,0%).

Ciri anak balita bergizi baik. Aspek pengetahuan gizi dan kesehatan lainnya yang dinilai adalah ciri anak balita bergizi baik. Sebagian besar ibu sampel baik di Desa Waowala (56,7%), Desa Lerahinga (53,3%), maupun Desa Waienga (50,0%) mempunyai tingkat pengetahuan yang tinggi tentang ciri anak balita bergizi baik, yaitu yang mempunyai berat badan normal (tidak kurus dan tidak gemuk), mata jernih, dan ceria. Meskipun begitu terdapat 30,0% ibu di Desa Waowala, 23,3% di Desa Lerahinga, dan 36,7% di Desa Waienga yang tidak mengetahui ciri anak balita bergizi baik.

Bahan makanan yang banyak mengandung protein. Protein adalah zat gizi yang penting untuk pertumbuhan anak yang bisa berasal dari tanaman maupun hewan. Di Desa Waowala, ibu sampel yang mengetahui bahwa makanan yang banyak mengandung protein adalah daging, ikan dan kacang-kacangan, serta ibu yang tidak mengetahui bahan makanan kaya protein berjumlah sama, yaitu 46,7 %. Sementara itu, di Desa Lerahinga dan Desa Waienga, masing-masing 56,7% dan 50,0% ibu

(pengasuh) mengetahui dengan benar bahan makanan yang kaya protein. Namun di kedua desa masing-masing terdapat 30,0% ibu yang tidak mengetahui tentang protein dan juga bahan makanan yang kaya akan zat yang bermanfaat bagi pertumbuhan anak tersebut.

Bahan makanan sumber protein nabati. Protein terbagi atas dua yaitu protein nabati dan protein hewani. Sebagian besar ibu di ketiga desa tidak mengetahui arti protein nabati dan juga tidak mengetahui bahan makanan yang dapat menjadi sumber protein nabati. Masing-masing adalah 66,7% di Desa Waowala, 46,7% di Desa Lerahinga, dan 73,3% di Desa Waienga. Meskipun begitu, 34,4% ibu sampel dari ketiga desa mengetahui bahwa bahan makanan yang dapat menjadi sumber protein nabati adalah tahu, tempe, dan kacang-kacangan.

Makanan yang mengandung zat besi dan Vitamin A. Pengetahuan ibu (pengasuh) tentang bahan makanan yang mengandung zat besi dan Vitamin A cukup rendah di ketiga desa. Hanya 3,3% ibu sampel di Desa Waowala dan 3,3% ibu sampel di Desa Waienga yang mengetahui dengan pasti bahwa sumber utama zat besi dan vitamin A adalah hati dan sayuran hijau. Sebagian besar ibu di Desa Waowala (43,3%) dan Desa Waienga (46,7%) tidak mengetahui jenis bahan makanan yang mengandung zat besi dan vitamin A. Sementara itu, sebagian besar ibu di Desa Lerahinga (40%) mempunyai tingkat pengetahuan cukup baik bahwa zat besi dan vitamin A dapat diperoleh dari sayuran hijau saja.

Pengolahan dan Persiapan pangan. Sebagian besar ibu di ketiga desa mengetahui dengan benar tentang cara mencuci beras yang baik yaitu dengan mencuci satu atau dua kali saja dan tidak digosok, yaitu 68,9% dari total sampel. Sementara itu, dalam hal mencuci sayuran, sebagian besar ibu di Desa Lerahinga (56,7%) dan Desa Waienga (60,0%) kurang pengetahuan tentang cara mencuci sayuran yang baik karena sayuran dipotong dulu baru dicuci. Cara yang benar dalam mencuci sayuran adalah dicuci dulu baru dipotong. Sebagian besar ibu sampel di Desa Waowala mengetahui dengan benar tentang cara mencuci sayuran yang paling benar (53,3%).

Pengetahuan tentang golongan rawan Gizi. Keragaman pengetahuan ibu (pengasuh) tentang golongan rawan gizi cukup beragam di ketiga desa sampel penelitian. Di Desa Waowala, sebagian besar ibu (40,0%) berpendapat bahwa golongan yang rawan gizi hanya balita saja. Sementara itu, di Desa Lerahinga sebagian besar ibu (40,0%) mengetahui dengan baik bahwa golongan rawan gizi bukan hanya balita saja, Namur juga bayi, ibu hamil, dan menyusui. Di Desa Waienga, justru sebagian besar ibu (43,3%) tidak mengetahui golongan mana saja yang rawan Gizo (mudah terkena Gizi kurang).

Pengetahuan tentang Pemberian ASI dan Makanan Pendamping ASI. Dalam hal pemberian ASI, sebagian besar ibu sampel mengetahui dengan baik bahwa ASI sebaiknya diberikan hingga anak berusia 2 tahun. Terdapat 85,6% dari total ibu sampel di ketiga desa yang mengetahui dengan baik bahwa paling baik ASI diberikan hingga anak berusia 2 tahun. Sementara itu, dalam hal pengetahuan ibu (pengasuh) tentang makanan pendamping ASI yang sebaiknya diberikan kepada bayi mulai umur 6 bulan dapat dikatakan tinggi. Hal ini disebabkan sebagian besar ibu (pengasuh) sampel dari ketiga desa (94,4%) mengetahui dengan baik bahwa makanan

pendamping ASI yang sebaiknya diberikan kepada bayi mulai usia 6 bulan adalah makanan lembek seperti bubur saring.

2. Praktek Pemberian ASI dan Penyapihan

Variabel lain yang dinilai dalam penelitian ini terkait dengan penilaian situasi pangan dan gizi di ketiga lokasi penelitian adalah riwayat pemberian ASI, kebiasaan makan dan gizi pada anak. Kondisi tersebut dapat menggambarkan pula bagaimana pola asuh makan yang sudah diterapkan ibu (pengasuh) kepada anak balitanya. Beberapa aspek riwayat pemberian ASI, kebiasaan makan dan gizi pada anak dilihat pada penelitian ini.

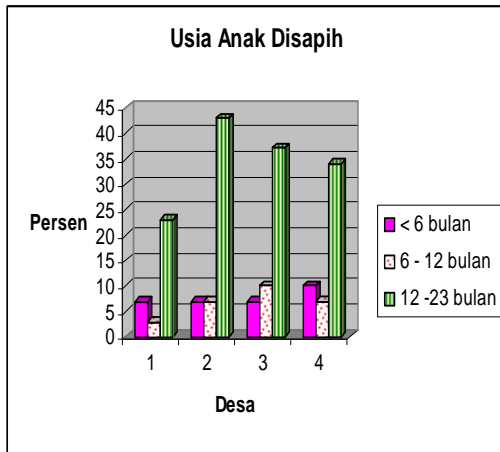
Pemberian kolostrum. Kolostrum adalah ASI yang berupa cairan kuning yang pertama kali keluar ketika ibu baru saja melahirkan. Kolostrum sangat bermanfaat bagi bayi khususnya dalam menjaga kekebalan tubuh bayi. Riwayat pemberian kolostrum pada balita di ketiga desa cukup baik. Di Desa Waowala, sebagian besar ibu (90,0%) memberikan kolostrum kepada bayinya sejak awal hingga keluar ASI dan hanya 3,3% ibu sampel yang tidak memberikan kolostrum kepada bayinya. Sementara itu, di Desa Lerahinga sebagian besar ibu (86,7%) memberikan kolostrum kepada balitanya dan terdapat 6,7% ibu yang tidak memberikan kolostrum. Jumlah ibu di Desa Waienga yang memberikan kolostrum kepada balitanya lebih rendah dibandingkan dengan kedua desa lainnya, yaitu 80,0% dan sisanya 20,0% ibu sampel (lebih tinggi dibandingkan kedua desa lainnya) tidak memberikan kolostrum kepada balitanya.

Pemberian ASI eksklusif. ASI eksklusif adalah pemberian ASI kepada bayi tanpa ada makanan pendamping apapun. Sesuai anjuran terbaru dari para ahli kesehatan, ASI eksklusif sebaiknya diberikan kepada bayi hingga usia 6 bulan. Sebagian besar ibu sampel di Desa Waowala (40,0%) ibu memberika ASI eksklusif hingga bayinya berusia 6 bulan, dan 33,3% ibu lainnya memberikan ASI eksklusif kepada bayi hingga usia antara 4-6 bulan. Sementara itu, di Desa Lerahinga dan Desa Waienga, sebagian besar ibu sampel yaitu masing-masing 53,3% dan 60,0% memberikan ASI eksklusif kepada bayinya sampai usia 4 hingga 6 bulan. Angka pemberian ASI-eksklusif ini tergolong sangat tinggi. Diduga inilah yang menjadi penyebab mengapa anak usia 0-6 bulan umumnya Dalam penelitian ini juga menemukan bahwa 7,8% balita dari total sampel tidak memperoleh ASI eksklusif.

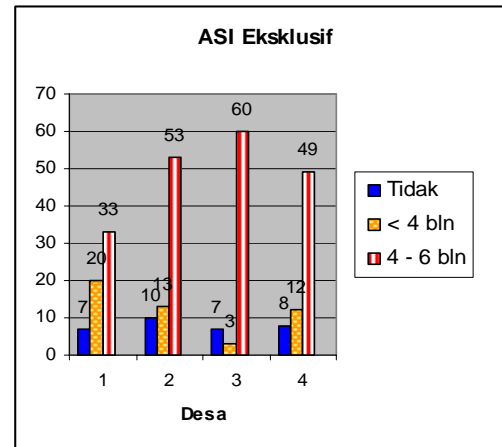
Dari praktek pemberian ASI terdapat 76 persen ibu telah memberikan ASI eksklusif hingga berusia minimal 4 bulan. Sementara ibu yang sama sekali tidak pernah memberikan ASI eksklusif berjumlah sekitar 8 persen, dan masih terdapat ibu yang hanya memberikan ASI kurang dari 4 bulan (12.2%). Umumnya hal ini disebabkan oleh faktor ibu bekerja, yaitu ibu terpaksa meninggalkan anak dalam jangka waktu yang lama untuk bekerja di kebun, sehingga tidak lagi memberikan ASI kepada anak.

Usia penyapihan. ASI sebaiknya diberikan kepada balita hingga usia 2 tahun. Sebagian besar ibu sampel di Desa Waowala (56,7%) dan Desa Waienga (46,7%) melakukannya, yaitu menyapih balitanya pada saat usia 2 tahun atau lebih. Sementara itu, di Desa Lerahinga sebagian besar ibu (43,3%) menyapih balitanya

pada saat balita berusia antara 12 hingga 23 bulan. Dari ketiga desa penelitian, sebanyak 10% ibu menyapih balitanya kurang dari 6 bulan.



Gambar 4.13. Sebaran Anak menurut Usia Sapih



Keterangan :
 1 : Desa Waowala
 2 : Desa Lerahinga
 3 : Desa Waienga
 4 : Rataan

Gambar 4.14 Sebaran Anak menurut Pemberian ASI secara Eksklusif

Pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Ketiga desa mempunyai keragaman yang berbeda dalam hal pemberian MP-ASI. Di Desa Waowala, sebagian besar ibu (63,3%) menyatakan bahwa makanan pendamping ASI baru diberikan setelah 4 atau 6 bulan. Sebagian besar ibu di Desa Lerahinga (46,7%) pertama kali memberikan makanan pendamping ASI kepada balitanya pada saat bayi berusia kurang dari 4 bulan dengan diberi bubur atau sejenisnya. Sementara itu, di Desa Waienga, ibu yang memberikan MP-ASI sesudah anak usia 4 atau 6 bulan dengan ibu yang memberikan MP-ASI sebelum anak usia 4 bulan proporsinya sama yaitu 43,3%.

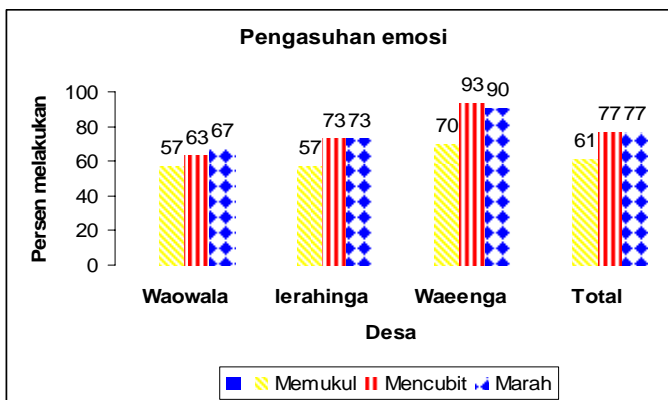
3. Praktek Pengasuhan Anak

Pengasuhan adalah proses sosialisasi keluarga terhadap pertumbuhan fisik dan kesehatan anak, perkembangan intelektual, perkembangan sosial emosi anak dan moral anak. Pada penelitian ini praktek pengasuhan anak lebih difokuskan pada proses sosialisasi keluarga pada aspek pertumbuhan fisik dan kesehatan anak. Untuk itu digali data yang berhubungan dengan kebiasaan pemberian makanan tambahan kepada anak, bahwa diharapkan pemberian MP-ASI baru dilakukan setelah anak bayi berumur 6 bulan. Hal ini sesuai dengan anjuran WHO terhadap periode tepat pemberian MP-ASI. Dari praktek pengasuhan dalam asuhan gizi diketahui pula keragaman usia pemberian ASI eksklusif. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sekitar 77 persen ibu di tiga lokasi desa telah memberikan ASI eksklusif hingga 4 – 6 bulan usia bayi. Sementara sisanya yaitu 23 persen tidak memberikan atau memberikan kurang dari 4 bulan saja. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan ibu terhadap pemberian ASI saja di daerah penelitian ini sudah cukup baik.

Praktek pengasuhan sosial emosi anak. Pengasuhan sosial emosi (*psychosocial care*) adalah aspek pengasuhan yang turut menentukan tumbuh kembang anak. Bahkan Myers dan Zeitlin telah mengungkapkan pada era tahun 90-an bahwa

pengasuhan sosial emosi turut mempengaruhi perasaan nyaman dan rendahnya stres pada anak sehingga anak yang sering dipeluk, dicium, digendong dan diberikan ekspresi kasih sayang adalah anak yang pada akhirnya tidak mengalami kesulitan makan. Anak-anak ini meskipun berasal dari keluarga miskin tetapi tetap memiliki status gizi yang baik (Myers, 1990; Zeitlin et.al, 1990 dan 1992). Dari data hasil penelitian di wilayah Lembata, terlihat bahwa kebanyakan orangtua terutama ibu mengekspresikan rasa amarahnya pada anak balita. Lebih dari separuh orangtua bahkan tiga perempat dari total responden keseluruhan (Gambar pengasuhan emosi) melakukan hukuman fisik seperti memukul dan mencubit, orangtua juga sering memarahi anaknya.

Sebaliknya orangtua di wilayah penelitian masih cukup banyak (berkisar 16 – 23%) yang tidak dapat menunjukkan rasa sayangnya dengan pelukan, ciuman, gendongan, dan bentuk ungkapan kasih sayang dan kehangatan kepada anak. Kondisi ini kurang baik bagi tumbuh kembang anak, terutama mengingat bahwa anak-anak di wilayah penelitian umumnya berasal dari keluarga tidak mampu. Dengan demikian diperlukan suatu upaya agar kaum ibu dapat mengungkapkan kasih sayang kepada anak sehingga anak dapat tumbuh menjadi individu yang lebih baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak yang kerap kali dikerasi oleh orangutanya akan tumbuh menjadi anak yang juga melakukan kekerasan yang sama kepada anaknya kelak (Goleman, 1990; Megawangi & Amriel, 2006). Bahkan anak-anak yang sering dimarahi terutama bila anak sulit makan akan menyebabkan anak menjadi tambah sulit makan dan memiliki beban stres cukup tinggi saat menghadapi saat makan.

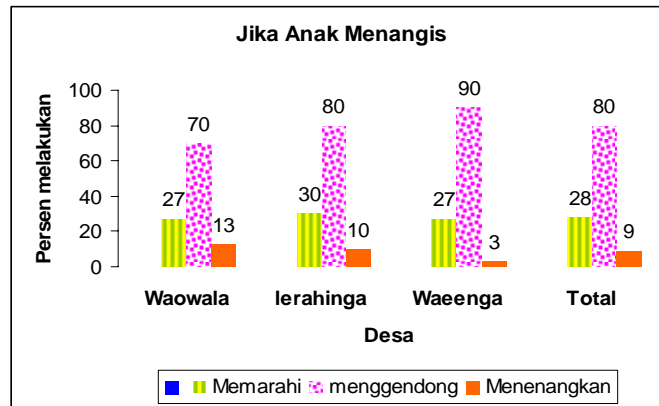


Gambar 4.15 Proporsi Ibu yang Memukul, Mencubit, dan Memarahi Anak saat Melakukan Kesalahan.

Namun demikian saat anak menangis kaum ibu di wilayah penelitian telah cukup mampu merespon anak dengan baik. Seperti ditunjukkan pada Gambar 4.15, tampak bahwa sebagian besar ibu meresponnya dengan menggendong dan menanyakan kepada anak sebabnya menangis atau mencoba menenangkan misalnya dengan mengalihkan dan mengajak ke luar rumah.

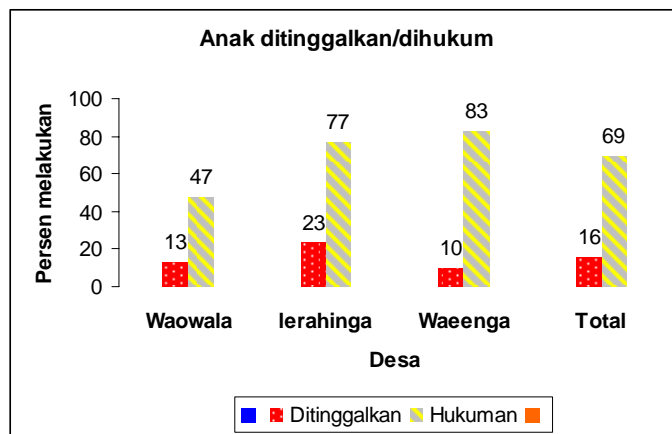
Kebanyakan dari ibu di wilayah penelitian ini adalah ibu rumahtangga yang sebagian besar memiliki pekerjaan sampingan membantu pekerjaan suami di bidang pertanian (41.1%). Proporsi terbesar ibu bekerja di sektor pertanian terdapat di Desa Lerahinga, mengingat wilayah desa ini terletak di daerah berbukit dengan areal perkebunan yang cukup luas.

Konsekuensinya sebagian besar ibu meninggalkan anak balita dalam pengawasan orang lain saat bekerja di kebun. Umumnya pengasuh anak adalah nenek atau kakaknya (Kutipan boks dari FGD).



Gambar 4.16 Proporsi Ibu yang Memarahi, Menggendong, dan Menenangkan Anak saat Anak Menangis.

Dari Gambar 4.17 terlihat bahwa proporsi anak yang pernah ditinggalkan oleh ibu selama lebih dari dua minggu paling banyak terdapat di Desa Lerahinga. Hal ini seiring dengan kondisi bahwa ibu kerap kali bekerja di kebun dan untuk kepentingan tertentu meninggalkan anak.



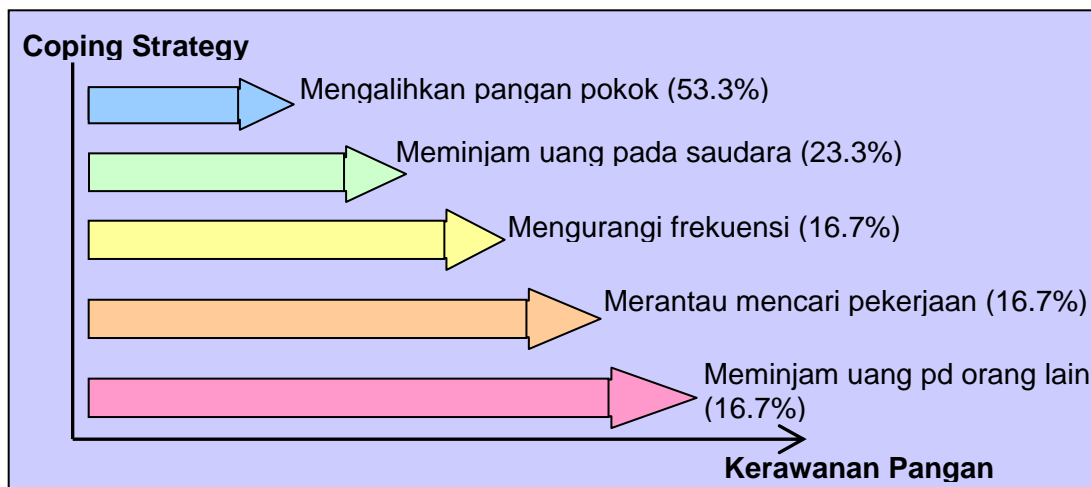
Gambar 4.17 Proporsi Ibu yang Pernah Meninggalkan Anak dan Memberikan Hukuman dalam Seminggu Terakhir.

Dilihat dari pengasuhan emosi dalam seminggu terakhir tampak bahwa 69 persen ibu pernah memberikan hukuman dengan memukul, memarahi atau mencubit. Proporsi ibu yang paling banyak memberikan hukuman adalah ibu yang berasal dari Desa Waienga. Kebiasaan mengasuh dengan cara menghukum fisik seperti ini dapat berakibat negatif pada tumbuh kembang anak di masa selanjutnya.

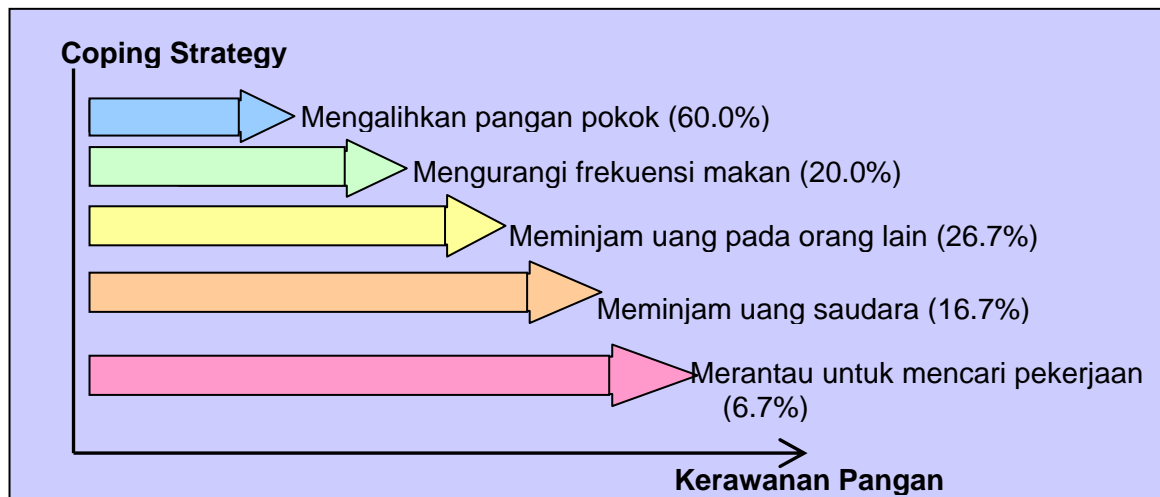
Proporsi ibu yang memaksa anak untuk makan bagaimanapun caranya juga masih cukup tinggi yaitu berkisar antara 40 hingga 47 persen. Hal ini juga dapat berakibat negatif bagi perilaku makan anak pada masa selanjutnya. Adapun proporsi ibu yang melakukan pola asuh makan cukup baik seperti mengajak main atau mengganti suasana makan, mengganti menu makan anak masih di bawah 50 persen.

H. COPING STRATEGIES

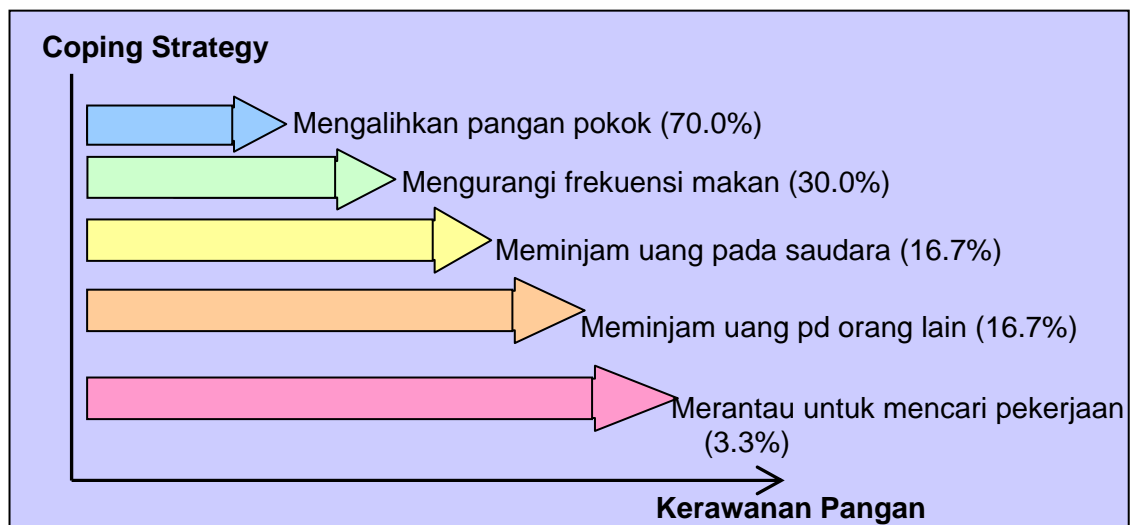
Dilihat dari cara keluarga mengatasi kekurangan atau kerawanan pangan, pada sampel penelitian di ketiga desa terlihat bahwa kebanyakan melakukannya dengan cara mengalihkan pangan pokok ke jenis pangan lainnya dengan harga yang lebih murah (pangan inferior). Di daerah penelitian umumnya jika beras mahal dan langka sementara pendapatan terbatas dan semakin menurun maka keluarga mengganti beras dengan jagung atau mengkombinasikannya sekaligus sebagai beras jagung. Menurut keterangan peserta FGD jika musim paceklik maka kombinasi proporsi padi dan jagung dapat berkisar 1 bagian padi banding 1 bagian jagung hingga 1 bagian padi banding 3 bagian jagung, tergantung kondisi pacekliknya. Pangan pokok seperti singkong atau ubi kayu ditanam untuk menjamin agar anak-anak tetap dapat makan. Umumnya direbus atau dikukus dan dibuat camilan. Untuk itu urutan kedua strategi coping yang paling sering dilakukan keluarga adalah dengan mengurangi frekuensi makan dari 3 kali menjadi 2 kali diselingi oleh makan singkong atau ubi atau jagung titi.



Gambar 4.18. Urutan Coping Strategies di Desa Waowala



Gambar 4.19. Urutan Coping Strategy Desa Lerahinga



Gambar 4.20. Urutan Coping Strategies Desa Waienga

Pengalihan Pangan Pokok. Pengalihan pangan pokok dilakukan dengan mengganti makanan pokok berupa beras menjadi beras jagung atau jagung saja sesuai dengan kondisi alam. Pengalihan pangan pokok umumnya dapat diterima oleh setiap anggota keluarga termasuk anak-anak. Pada musim paceklik seperti saat ini dengan harga beras sebesar Rp 3.500,- maka keluarga melakukan penyesuaian diri, dengan memasak nasi jagung, sementara harga beras jagung per kg adalah Rp 1.500,- per kg. Seperti diperlihatkan pada Gambar di seluruh wilayah penelitian upaya coping umumnya dilakukan dengan pola yang serupa yakni dengan urutan pertama melakukan pengalihan pangan pokok.

BOX 4.1.

Musim panen jagung kami bisa beli beras karena punya uang. Pada saat itu campuran beras : JJagung adalah 4:1. Tetapi bila musim paceklik dan keadaan mekin sulit misalnya saat musim tanam, perbandingan bisa terbalik menjadi 1:4.
(Kepala Desa Lerahinga)

Pengurangan Frekuensi Makan. Urutan coping yang dilakukan keluarga di wilayah penelitian adalah dengan mengurangi frekuensi makan. Pengurangan dilakukan terutama untuk orang dewasa, sementara anak-anak umumnya dilakukan dengan memberikan makanan substitusi berupa makanan berbahan dasar ubi kayu seperti putu, singkong rebus maupun singkong goreng. Putu adalah makanan selingan yang terbuat dari singkong rebus yang ditumbuk dan diadoni dengan kelapa parut dan gula aren.

BOX 4.2.

Paling tinggi pendapatan bersumber dari pertanian. Jika musim hujan datang (November-Januari hingga Maret-Mei, disebut juga musim barat) keluarga akan menanam palawija, panen akan berlangsung mulai bulan Maret dan April. Bulan Mei dan Juni keluarga punya cadangan pangan dari panen, tetapi bulan Oktober hingga Januari dan musim tanam berikutnya cadangan pangan menipis. Keluarga biasanya mencari sumber pendapatan dari berjualan bambu, atau dari rumput laut, kemiri, dl.
(FGD Desa Waowala)

Pinjaman, Mencari Pekerjaan Lain/Merantau. Peminjaman berupa uang maupun barang kerap dilakukan oleh keluarga sampel, terutama di Desa Waowala dimana pinjaman uang pada saudara merupakan urutan coping yang kedua. Sementara di dua desa lainnya pinjaman umumnya merupakan urutan coping yang ketiga, hal ini karena keluarga lebih mengupayakan lebih dahulu pengurangan frekuensi makan. Di Desa Waowala pinjaman kepada saudara merupakan upaya yang paling sering dilakukan setelah pengalihan pangan pokok, sedangkan di dua desa lainnya dilakukan upaya lain dahulu misalnya dengan mengurangi frekuensi makan. Di desa ini coping juga dilakukan dengan merantau untuk mencari pekerjaan dan proporsi keluarga dengan upaya coping ini relatif lebih tinggi dibandingkan dua desa lainnya. Desa Waowala adalah desa yang berada di paling barat kepulauan Lembata dan penduduknya relatif cukup banyak merantau ke luar negeri terutama ke Malaysia, atau ke Sulawesi Selatan.

BOX 4.3

Disini pekerjaan utama adalah bertani, jadi tergantung pada musim, kalau musim hujan baru keluarga bertanam, dan hasilnya baru dinikmati dua atau tiga bulan kemudian. Untuk keperluan dirasakan amat tidak cukup. Jadi kalau tidak ada pertanian dipanen keluarga menebang dan menjual bamboo, kemudian mengutang di kios lebu dulu. Kebanyakan yang dihutang dari kios adalah beras, sedangkan jagung titi umunya kami memiliki cadangan
(FGD Desa Waowala)

BOX 4.4.

Kalau cadangan makanan pokok mulai menipis, maka keluarga harus puter otak mencari dari hutan, menjual bambu, kayu, kemudian dijual untuk membeli makanan pokok. Kalau tidak ada jalan keluar lagi, pergi merantau ke Malaysia. Proporsi KK atau istri yang merantau ke Malaysia cukup tinggi di desa ini.
(FGD Desa Waowala)

I. KALENDER PERTANIAN DAN POTENSI HUBUNGAN DENGAN MASALAH GIZI KURANG

Sebagian besar rumahtangga di ketiga desa penelitian menggantungkan hidupnya dari kegiatan pertanian, nelayan atau keduanya. Oleh karena itu sangat penting untuk mempelajari kalender pertanian masyarakat dan kaitannya dengan potensi masalah gizi kurang.

Desa Waowala. Di Desa Waowala yang merupakan desa pesisir, sebagian besar rumahtangga sampel masih menggantungkan kehidupannya dari bidang pertanian. Pertanian di lakukan baik di daratan maupun di lautan (menanam rumput laut), seperti terlihat pada Tabel 4.15.

Tabel 4.15. Kalender Pertanian di Desa Waowala

	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Aktivitas Pertanian												Tanam kacang, jagung, umbi
Aktivitas Pertanian			panen	panen	panen							
Aktivitas Pertanian	paceklik	paceklik				Tangkap ikan	Tangkap ikan	Tangkap ikan		paceklik	paceklik	paceklik
Aktivitas Pertanian	bambu	bambu				Rumput laut	Rumput laut	Rumput laut		bambu	bambu	bambu
Aktivitas Pertanian						Jual ternak, ayam, bebek, kambing	Jual ternak, ayam, bebek, kambing	Jual ternak, ayam, bebek, kambing				
Jenis Pangan Pokok yang dikonsumsi	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung

Bulan Oktober sampai dengan Februari bagi masyarakat Desa Waowala merupakan masa-masa sulit karena terjadi paceklik. Bulan Desember merupakan awal musim tanam kacang, jagung dan umbi. Pendapatan dari laut sangat kecil karena bersamaan dengan musim barat. Rumput laut tidak dapat dibudidayakan karena air cenderung pasang. Satu-satunya sumber penghasilan pada saat ini adalah dari membuat papan bambu untuk dinding rumah atau keperluan lain. Dalam wawancara terhadap beberapa rumahtangga terungkap bahwa pada musim seperti ini kualitas pangan turun drastis karena cadangan pangan sangat tipis (umumnya berupa jagung), sehingga porsi jagung pada nasi-jagung semakin besar. Anak-anak juga mengalami masalah makan karena keterbatasan pendapatan dan ketersediaan pangan. Meski tidak didukung data series (antar waktu), namun menurut masyarakat pengalaman menunjukkan saat seperti ini mulai banyak anak yang mengalami masalah gizi kurang. Keadaan membaik ketika mulai Maret terjadi panen yang diikuti pula oleh kesempatan menanam rumput laut dan berdagang hasil ternak bagi sebagian petani. Pangan relatif bisa diakses, meski air bersih menjadi masalah besar pada saat musim kemarau. Air yang tersedia dari sumur atau sumber mata air umumnya mengandung garam yang tinggi dan berasa payau. Diare adalah salah satu penyakit infeksi yang relatif sering dialami anak balita pada bulan-bulan kemarau.

Desa Lerahinga. Seperti halnya di Desa Waowala, bulan Oktober sampai dengan Februari merupakan musim paceklik di Desa Lerahinga (Tabel 4.16). Pada bulan ini kehidupan masyarakat relatif sulit (Lihat Box 4.5). Sebagian masyarakat mengharapkan adanya kegiatan ekonomi produktif yang bisa dikerjakan di rumah pada musim ini karena ladang belum bisa diharapkan memberikan hasil.

BOX 4.5.

Musim hujan, kemiri ada yang jatuh, tetapi menjemur perlu waktu yang lama karena kurang sinar matahari. Pendapatan kurang, cadangan makanan tipis karena baru tanam dan gizi anak-anak biasanya juga menurun. Andai saja ada kegiatan tambahan yang bisa dikerjakan dirumah untuk memperoleh pendapatan. Cadangan makanan biasanya tinggal jagung. Jiga ada uang dibelikan beras, tapi campuran jagungnya lebih banyak.
(Kepala Desa Lerahinga dan Ketua Kader Posyandu)

Tabel 4.16. Kalender Pertanian di Desa Lerahinga

	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Aktivitas Pertanian											Persiapan tanam: beberapa lahan dibakar	Tanam jagung, kacang, umbi, sayur
Aktivitas Pertanian	Tanam	Tanam	panen	panen	Panen							
Aktivitas Pertanian	Paceklik	paceklik								Paceklik	paceklik	Paceklik
Aktivitas Pertanian						Tangkap ikan Barter ikan	Tangkap Barter ikan	Tangkap ikan Barter ikan	Tangkap Barter ikan			
Aktivitas Pertanian						Jual ternak jika ada pesta adat						Jual ternak jika ada pesta adat
Jenis Pangan Pokok yang dikonsumsi	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung	Nasi jagung

Desa Waienga. Desa Waienga merupakan desa pertanian, sebagian besar masyarakatnya bertanam di kebun yang terletak cukup jauh dari rumahnya. Tanaman yang diusahakan umumnya kacang hijau dan kacang tanah, jagung, padi gogo dan, sebagian sayuran seperti terlihat pada Tabel 4.17. Kacang mete juga umum dibudidayakan selain kemiri yang merupakan salah satu sumber penghasilan utama masyarakat di Desa ini. Siklus tanam-paceklik-masalah gizi nampaknya tidak berbeda jauh dengan dua desa lainnya karena secara umum ketiganya masih masuk dalam pola iklim yang sama. Diantara keunikan masyarakat di Desa Waienga adalah pada saat-saat paceklik, disamping mengkonsumsi nasi-jagung mereka juga mengkonsumsi ubi hutan dan buah bakau. Konsumsi kedua jenis pangan ini nampaknya bisa digunakan secara indikatif dalam peramalan masalah kekurangan pangan dan kemungkinan terjadinya kurang gizi.

Tabel 4.17. Kalender Pertanian di Desa Waienga

	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Aktivitas Pertanian												Tanam kacang, jagung, padi umbi, kacang-kacangan, sayuran
Aktivitas Pertanian				panen	Panen	panen						
Aktivitas Pertanian	paceklik	paceklik								paceklik	Paceklik	Paceklik
Aktivitas Pertanian	bambu	bambu				ikant	ikan	ikan	Kemiri, jambu mete, bambu	Kemiri, jambu mete, bambu	Kemiri, jambu mete, bambu, tuak	Kemiri, jambu mete, bambu, tuak
Aktivitas Pertanian	Kemiri, jambu mete, bambu, tuak					Jual ternak ayam, bebek, kambing	Jual ternak ayam, bebek, kambing	Jual ternak ayam, bebek, kambing				
Jenis Pangan Pokok yang dikonsumsi	Beras jagung-ubi hutan, kc hutan, buah bakau	Beras jagung-ubi hutan, kc hutan, buah bakau	Beras jagung-ubi hutan, kc hutan, buah bakau	Beras jagung	Beras jagung	Beras jagung	Beras jagung	Beras jagung	Beras jagung	Beras jagung-ubi hutan, kc hutan, buah bakau	Beras jagung-ubi hutan, kc hutan, buah bakau	Beras jagung-ubi hutan, kc hutan, buah bakau

J. ANALISIS PENYEBAB GIZI KURANG

1. Analisis Hubungan Antar Variabel dengan Status Gizi berdasarkan "Flower Model"

Kerangka pikir "The Flower Model of Malnutrition" menunjukkan adanya asosiasi yang erat antar variabel tertentu dengan status gizi anak. Selain variabel sosial ekonomi (yang dicerminkan dari variabel pendapatan/kapita/bulan dan pengeluaran pangan/kapita/bulan serta lingkungan fisik rumah) terdapat variabel pengetahuan dan perilaku seperti pengetahuan gizi dan perilaku gizi dan kesehatan ibu, variabel praktek pengasuhan, dan variabel konsumsi zat gizi (yang diukur dengan tingkat konsumsi energi dan protein) serta keberadaan penyakit. Dilihat dari uji korelasi antar variabel terpilih (10 variabel) tersebut tampak dari bahwa keberadaan penyakit dalam sebulan terakhir mempengaruhi status gizi anak yang diukur dengan menggunakan indikator BB/TB. Bahkan hubungan antara keberadaan penyakit pada anak berhubungan sangat erat dan signifikan dengan status gizi anak. Hubungan keberadaan penyakit bersifat negatif dalam arti bahwa semakin anak sering menderita sakit maka semakin buruk status gizi anak.

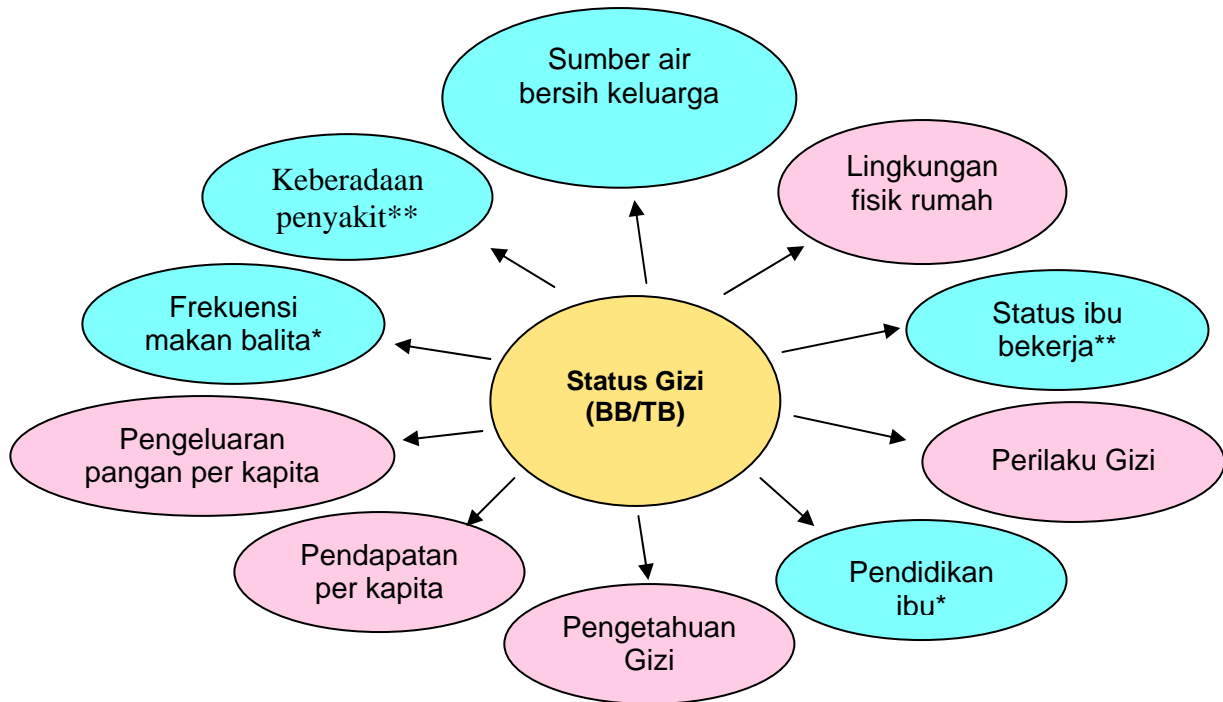
Tidak terdapat hubungan yang erat dan signifikan antara peubah lain dengan status gizi anak. Namun hubungan positif dan signifikan ditemukan antara peubah seperti kualitas lingkungan fisik rumah dengan pengetahuan keluarga tentang gizi dan kesehatan ($r=0.440$, $\text{sig}=0.000$) (selanjutnya analisis data korelasi dan regresi lihat Lampiran). Hal ini menunjukkan bahwa ibu dengan pengetahuan tentang gizi dan kesehatan yang baik adalah ibu yang memiliki kualitas lingkungan fisik rumah yang memadai dari sisi kesehatan. Kondisi ini diduga mempengaruhi secara tak langsung pada status kesehatan anak dan keluarga maupun pada status gizi anak.

Pengetahuan keluarga tentang gizi dan kesehatan yang baik juga memiliki hubungan positif dan signifikan dengan kualitas pengasuhan ($r=0.381$; $\text{sig}=0.000$) serta dengan pengeluaran pangan per kapita ($r=0.215$; $\text{sig}=0.042$). Dengan demikian pengetahuan gizi dan kesehatan dapat menjadi "*entry-point*" bagi peningkatan kualitas pengasuhan serta kualitas makanan yang dikonsumsi anak, yang pada gilirannya akan menentukan kualitas tumbuh kembang anak.

Desa Waowala

Di Desa Waowala anak-anak dengan status gizi kurang juga berhubungan signifikan dengan keberadaan penyakit yang ditunjukkan dengan hubungan yang negatif. Ini berarti semakin anak sering menderita sakit dalam dua minggu terakhir maka semakin buruk status gizi anak. Hal ini juga seiring dengan kecenderungan yang terjadi pada seluruh sampel penelitian.

Pendidikan ibu pada umumnya memiliki korelasi yang positif dengan perilaku gizi dan kesehatan, sehingga pada akhirnya memiliki anak dengan status gizi yang lebih baik. Namun di desa ini ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki anak dengan status gizi yang lebih rendah ($r=-0.434$). Hal ini diduga berhubungan dengan faktor lain, yaitu bahwa ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi memiliki perilaku gizi dan kesehatan lebih baik, namun ternyata cenderung memiliki lahan yang lebih luas sehingga seringkali meninggalkan anak-anak pergi ke kebun. Sebaliknya ibu dengan tingkat pendidikan lebih rendah cenderung memiliki luasan lahan yang lebih sempit dan relatif tidak meninggalkan anak pergi ke kebun dalam jangka waktu cukup panjang tanpa pengawasan. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan ibu pada saat indepth di Desa Waowala.



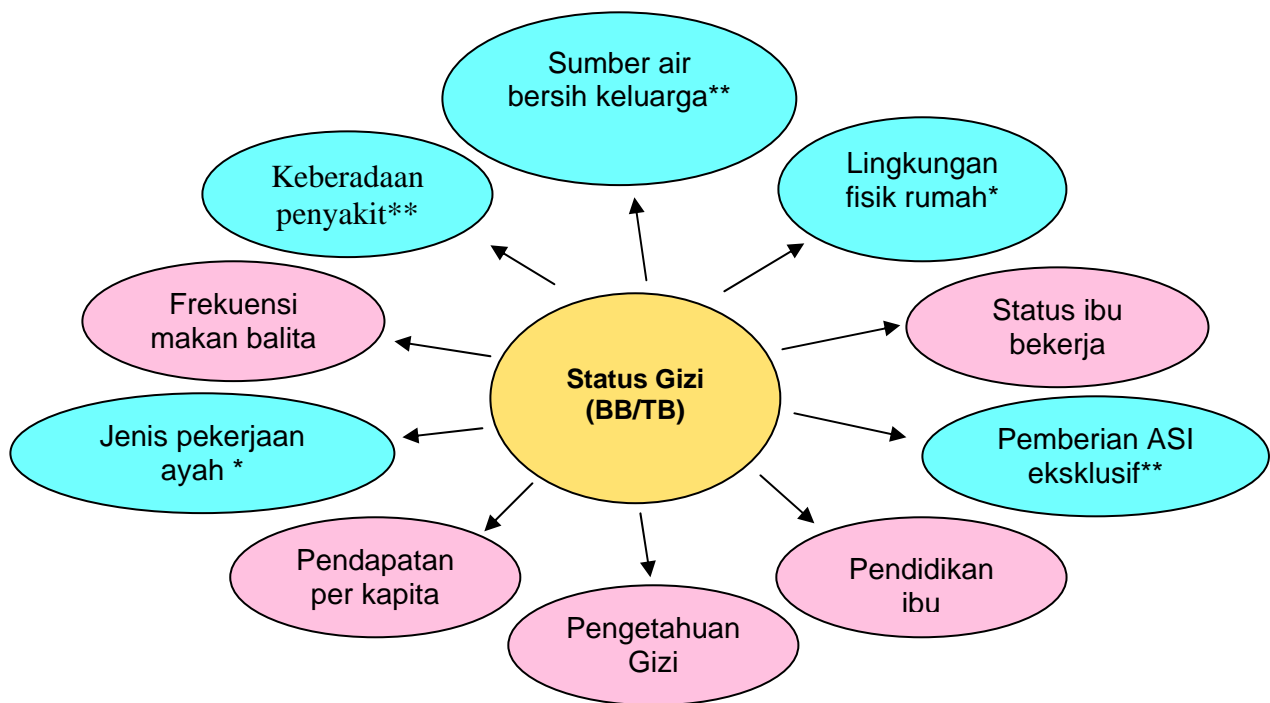
Di Desa Waowala pengetahuan gizi ibu dan frekuensi makan balita memiliki hubungan negatif dengan status gizi (BB/U). Hal ini perlu dilihat kembali, dalam arti bahwa jika seorang ibu dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi tetapi kemudian tidak mempengaruhi kualitas makan anak serta pengasuhan yang diberikan kepada anak, maka faktor selain pengetahuanlah yang lebih dominan dalam menentukan status gizi. Dari Lampiran Tabel Korelasi antar variabel di Desa Waowala diketahui bahwa ibu dengan pengetahuan gizi tinggi berhubungan positif dengan tingkat pendidikan dan perilaku gizi dan kesehatannya, namun cenderung berhubungan negatif dengan status bekerja ibu dan pengasuhan. Diduga faktor inilah yang lebih berperan dalam menentukan status gizi anak di Desa Waowala, hal ini akan dapat terlihat pada uji pengaruh selanjutnya.

Desa Lerahinga

Terdapat kesamaan dengan Desa Waowala pada analisis hubungan antar variabel, dimana di Desa Lerahinga variabel keberadaan penyakit dan sumber air bersih berhubungan signifikan dengan status gizi anak. Sementara itu pemberian ASI eksklusif juga berhubungan signifikan dan positif dengan status gizi anak (BB/U dan BB/TB) yang menunjukkan efektifitas pemberian ASI selama 6 bulan pada pertumbuhan dan perkembangan anak di masa selanjutnya.

Prioritas makan anak yang semakin baik juga berhubungan positif dengan status gizi anak yang berarti semakin anak diprioritaskan untuk makan maka semakin baik status

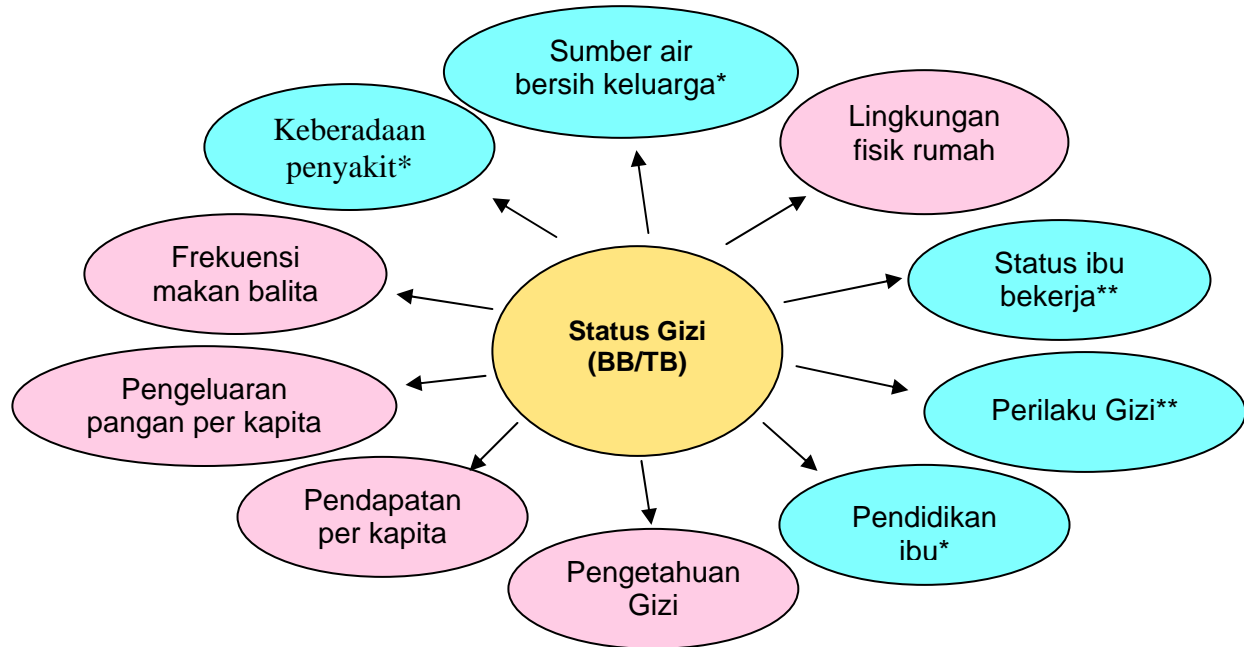
gizi anak. Demikian pula dengan frekuensi makan anak, yaitu anak dengan frekuensi makan lebih banyak memiliki status gizi yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan berbagai kajian tentang kuantitas makan anak, bahwa semakin baik kuantitas dan kualitas makan anak maka semakin baik status gizinya. Meskipun dalam penelitian ini jumlah konsumsi energi dan protein tidak terlihat berhubungan dengan status gizi anak, namun kualitas pengasuhan berhubungan positif dengan konsumsi energi dan protein anak (masing-masing adalah $r=0.411$ dan $r=0.403$). Dengan demikian untuk anak-anak di Desa Lerahinga kualitas pengasuhan sosial emosi dan kualitas konsumsi energi dan protein yang lebih baik tidak serta merta memiliki status gizi yang lebih baik pula. Terdapat variabel lain yang diduga lebih kuat hubungannya terhadap status gizi anak yaitu keberadaan penyakit, lingkungan fisik rumah dan keberadaan sumber air minum keluarga.



Desa Waienga

Di desa ini tidak terlihat adanya hubungan positif antara variabel penjelas seperti perilaku hidup sehat, pengetahuan gizi, perilaku gizi kesehatan dan pemberian ASI maupun MP-ASI terhadap status gizi. Hanya terlihat hubungan positif dan signifikan antara prioritas makan anak dengan status gizi anak, sedangkan frekuensi makan keluarga dan anak menunjukkan hubungan positif dengan status gizi anak namun hubungannya tidak signifikan. Hanya variabel keberadaan penyakit yang

berhubungan negatif dan signifikan dengan status gizi (BB/TB) yang menunjukkan adanya kontribusi keberadaan penyakit pada status gizi anak di Desa Waienga.



Keterangan : Sign * ($p < 0.1$); Sig ** ($p < 0.05$); Sig *** ($p < 0.005$)

2. Analisa Faktor dan Mekanisme Penyebab Gizi Kurang berdasarkan Model UNICEF

Dilihat dari indikator BB/U maka dengan memasukkan variabel penerima BLT (bantuan langsung tunai dari dana subsidi BBM) tampak bahwa faktor yang mempengaruhi status gizi anak hanya variabel ibu bekerja. Pengaruh ibu bekerja tersebut bersifat negatif ($t = -1,734$; $\text{sig} = 0.087$) terhadap status gizi anak yang memberikan indikasi bahwa ibu yang bekerja menentukan status gizi anak. Dari hasil FGD diketahui bahwa para ibu dengan status gizi kurang dan buruk merasa bahwa kualitas asuh dan kuantitas asuh yang diberikan sangat kurang dengan bekerjanya ibu di luar rumah. Hal ini disebabkan oleh lamanya anak ditinggalkan ibu. Bagi ibu yang bekerja di sektor pertanian, seperti para kaum ibu di Desa Lerahinga maka ibu umumnya pergi meninggalkan anak 7 hingga 8 jam sehari, sementara itu anak ditiptikan pada nenek atau sanak saudara lainnya.

Berdasarkan indikator BB/TB tampak bahwa keberadaan penyakit, status keluarga apakah sebagai penerima BLT atau tidak, dan bekerjanya ibu mempengaruhi status gizi anak. Pengaruh keberadaan penyakit adalah paling dominan ($t = -4.088$) dilanjutkan dengan status penerima BLT ($t = 2.185$) dan bekerjanya ibu ($t = -2.044$). Dengan demikian semakin sering anak sakit maka semakin buruk status gizi anak,

demikian pula dengan bekerjanya ibu. Sementara itu keluarga yang tidak menerima BLT semakin berpeluang memiliki anak dengan status gizi baik. Hal ini sesuai dengan kondisi bahwa penerima bantuan BLT adalah keluarga yang relatif tidak mampu.

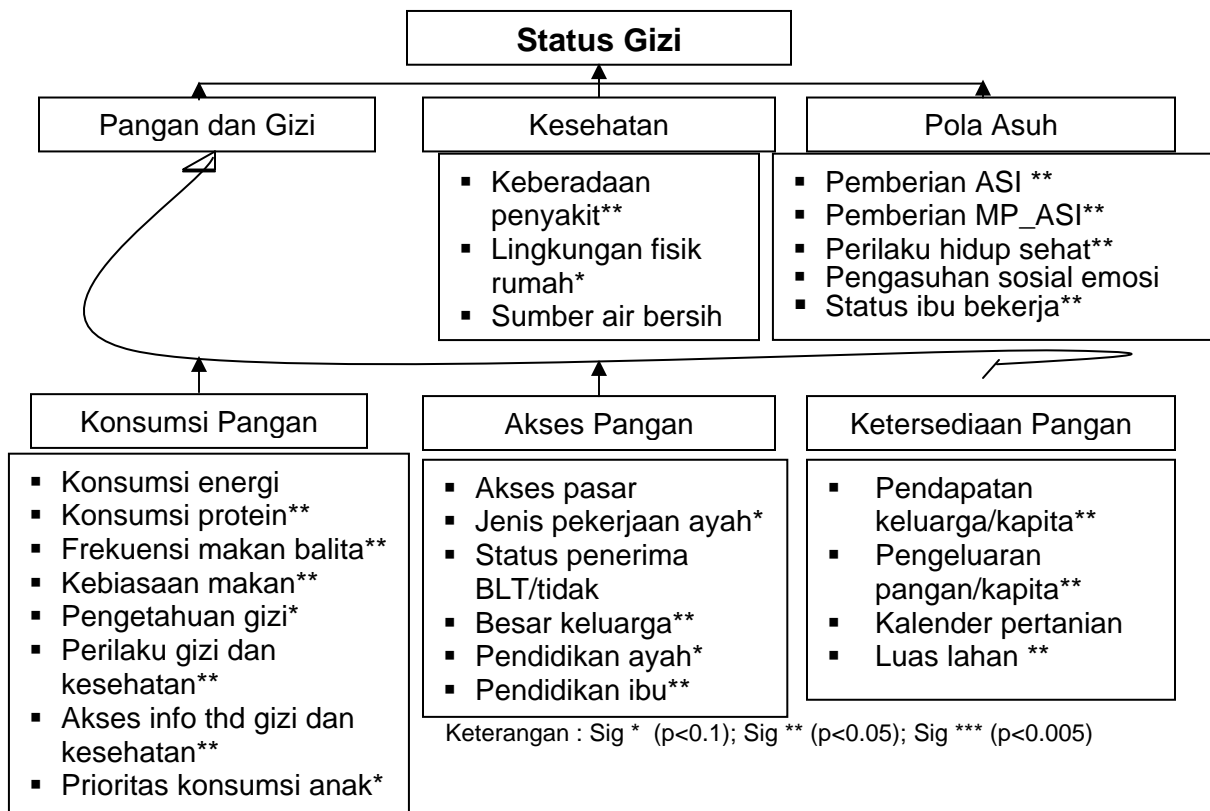
Pada beberapa kajian terlihat adanya pengaruh status sosial ekonomi terhadap status gizi anak sebagaimana digambarkan pada *The Flower Model of Malnutrition*. Akan tetapi dalam penelitian ini faktor sosial ekonomi bukan faktor yang menentukan secara langsung, namun faktor keberadaan penyakit serta bekerjanya ibu sebagai penyebab tak langsung dan tersembunyi yang terbukti secara signifikan mempengaruhi status gizi anak.

Bekerjanya ibu di luar adalah masalah yang bersifat dilematis bagi keluarga di wilayah penelitian. Di satu sisi ibu memberikan kontribusi bagi pendapatan keluarga, namun di sisi yang lain ibu meninggalkan anak untuk jangka waktu yang cukup lama. Akibatnya pengasuhan terhadap anak terutama asuh makan kepada anak menjadi tidak dapat dilaksanakan. Kebanyakan anak ditinggalkan makanan saat ibu meninggalkan rumah sehingga selera makan anak menjadi berkurang karena makanan tidak lagi hangat dan segar. Disamping itu ketiadaan ibu membuat pengawasan pada kebiasaan dan perilaku kebersihan dan kesehatan anak menjadi tidak dapat dijalankan, akibatnya seringkali anak bermain di luar tanpa diawasi. Menurut pengakuan ibu seringkali kejadian sakit pada anak karena anak juga bermain tanah dan air terlalu lama dan pada saat makan atau minum tidak mencuci tangan lebih dahulu.

Desa Waowala

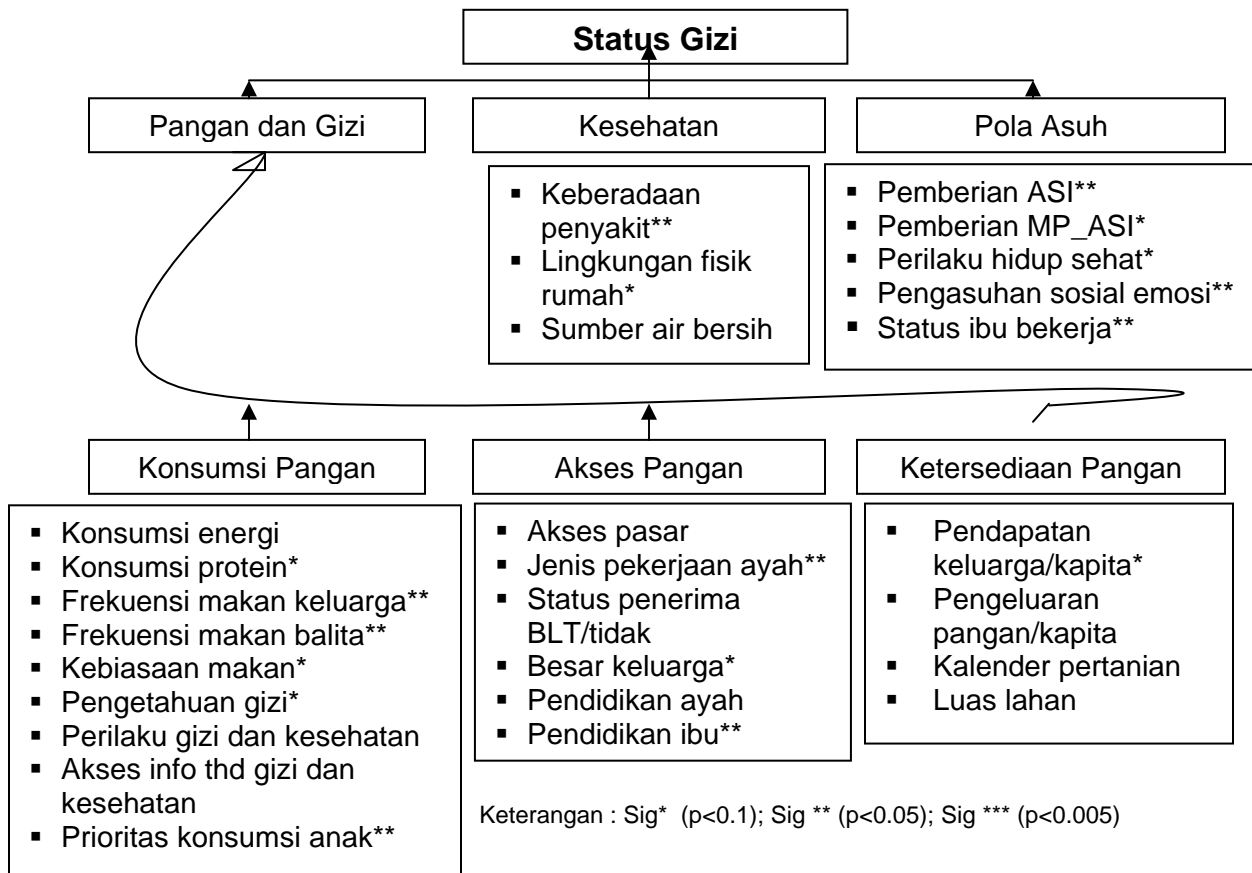
Di Desa Waowala peubah kesehatan yang diterangkan dengan keberadaan penyakit dan lingkungan fisik rumah merupakan penyebab terjadinya status gizi yang relatif buruk, sementara perilaku pengasuhan melalui pemberian MP-ASI yang semakin baik serta perilaku hidup sehat pada anak yang semakin baik akan menentukan status gizi anak. Adanya ibu yang bekerja di luar rumah juga merupakan variabel penjelas lain dalam menentukan status gizi anak. Pada umumnya ibu yang bekerja adalah ibu yang kerap meninggalkan anak dalam jangka waktu yang panjang tanpa pengawasan memadai. Mereka sering bermain tanah atau makan tanpa mencuci tangan lebih dahulu karena ibu berada di kebun dan tidak dapat mengawasi tingkah laku anak dalam kehidupan sehari-hari anak terutama saat bermain di luar rumah.

Berdasarkan aspek konsumsi pangan terlihat bahwa konsumsi protein dan frekuensi makan balita mempengaruhi secara positif status gizi anak balita. Pengetahuan gizi dan perilaku gizi dan kesehatan ibu juga menentukan status gizi anak, demikian pula akses ibu terhadap pelayanan gizi dan kesehatan. Akses ibu terhadap pelayanan gizi dan kesehatan yang semakin baik ($t=30.365$) merupakan variabel yang cukup dominan dalam mempengaruhi status gizi anak di Desa Waowala. Hal ini akan dapat digunakan dalam program perbaikan gizi di Desa Waowala yaitu antara lain melalui upaya peningkatan pengetahuan gizi, perbaikan perilaku gizi dan kesehatan para ibu, serta perbaikan pelayanan kesehatan dan gizi yang dapat meningkatkan akses keluarga terhadap sarana gizi dan kesehatan.



Sementara itu kebiasaan makan keluarga tidak selalu mempengaruhi positif status gizi anak, data di Desa Waowala menunjukkan adanya pengaruh negatif kebiasaan makan keluarga terhadap status gizi anak. Hal ini menunjukkan bahwa kebiasaan makan keluarga dalam mengkonsumsi pangan masih belum diikuti oleh kebiasaan makan anak yang baik. Pada kebanyakan anak di desa ini kebiasaan makan makanan jajanan masih tinggi, sehingga kemungkinan menyebabkan kualitas makanan anak menjadi rendah.

Desa Waienga



BAB V

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. KESIMPULAN

1. Kondisi umum status gizi anak balita di ketiga desa penelitian, yaitu Waowala, Lerahinga dan Waienga menunjukkan bahwa persentase anak balita sample yang mengalami gizi kurang dan gizi buruk masih tinggi. Diantara balita contoh, 12.2% mengalami *severe underweight*, 8.9% *severe stunted* dan 5.6% *severe wasted*.
2. Terdapat kecenderungan dimana semakin tinggi umur anak balita, khususnya setelah usia 6 bulan (batas pemberian ASI Eksklusif), penyimpangan status gizi anak balita terhadap baku status gizi WHO/NCHS semakin melebar ke kiri (status gizi semakin buruk) yang mengindikasikan adanya permasalahan konsumsi pangan seperti buruknya kualitas makanan sapihan (weaning food) dan masalah kesehatan (khususnya penyakit infeksi) pada anak balita berusia > 6 bulan;
3. Hasil analisis penyebab masalah gizi kurang di lokasi penelitian menunjukkan bahwa buruknya status gizi anak balita dipengaruhi oleh: a) kejadian/intensitas sakit; b) intake zat gizi, khususnya energi, c) pola pengasuhan d) lingkungan fisik termasuk keberadaan sumber air bersih, e) pengetahuan dan perilaku gizi ibu; f) status ibu bekerja, tingkat pendapatan/alokasi pengeluaran pangan, g) pemberian ASI Eksklusif, h) besar keluarga.
4. Berdasarkan kalender pertanian setempat, pada beberapa bulan, khususnya pada saat musim tanam hingga sebelum panen (Oktober s/d Maret) terjadi masa paceklik yang membawa konsekuensi pada perubahan pola konsumsi pangan ke arah pangan dengan kuantitas dan kualitas lebih rendah dan memburuknya status gizi pada anak balita;
5. *Coping strategies* yang ditempuh oleh rumahtangga sample dalam mengatasi rawan pangan (kekurangan pangan/penurunan daya beli) adalah: 1) merubah pola konsumsi pangan pokok, 2) mengurangi frekuensi makan, 3) meminjam uang kepada saudara atau teman, dan 4) mencari alternative pekerjaan di luar desa/daerah (merantau)

B. REKOMENDASI

Dalam mengatasi masalah gizi kurang di Lembata, peneliti menyarankan untuk dilakukan beberapa hal sebagai berikut:

1. Perlunya kerjasama intensif dan sinambung antara PLAN dengan instansi terkait, baik pemerintah maupun NGO lainnya melakukan beberapa kegiatan jangka pendek berupa mitigasi bagi mereka yang mengalami gizi buruk (severe underweight, wasted atau stunted)
2. Memfasilitasi masyarakat melalui kegiatan pemberdayaan ekonomi untuk dapat memberikan sumber penghasilan pada masa paceklik maupun penghasilan sepanjang waktu. Identifikasi dan pengembangan potensi usaha produktif melalui studi fisibilitas, peningkatan kapasitas sasaran, yang antara lain dapat dilakukan melalui penguatan kelompok usaha atau pembentukan Badan Usaha Milik Petani atau sejenisnya (misal BUMP untuk produksi dan pengolahan kacang mete, kemiri, kacang hijau, ikan olahan, dsb). Kegiatan yang dikembangkan berupa segala upaya peningkatan added value produk pertanian setempat dengan prinsip pengembangan dari hulu ke hilir sehingga memungkinkan menciptakan lapangan kerja pada masa paceklik atau di luar paceklik.
3. Disamping pemberdayaan ekonomi, perlu dilakukan peningkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan masyarakat dalam perbaikan gizi, khususnya melalui pelatihan dan pendampingan untuk aspek-aspek berikut ini: a) pengenalan ciri-ciri anak gizi kurang; b) pengenalan penyebab gizi kurang pada anak balita (aspek konsumsi dan kesehatan); c) pola asuh anak balita; d) pengelolaan sumberdaya keluarga;
4. Kepada fasilitator lapangan perlu pula dibekali beberapa pengetahuan praktis untuk menunjang tugas dalam pemantauan anak gizi kurang dan membantu mencari alternatif solusinya. Materi yang diberikan antara lain dapat berupa: a) Identifikasi gizi kurang dan buruk (pengenalan alat ukur, metode pengukuran, interpretasi data); b) penilaian konsumsi pangan; 3) pola asuh anak balita; d) Penggunaan Flower Model, Unicef Model dalam Analisis Penyebab Masalah Gizi Kurang;