

Kemiskinan: Dimensi Kesihatan dan Pemakanan*

Tee E Siong

PENDAHULUAN

Adalah dianggarkan bahawa kira-kira 500 juta penduduk dunia menderita akibat kekurangan zat protein dan kalori (malnutrasi protein-tenaga). Kebanyakan daripada mereka yang terlibat itu terdiri daripada kanak-kanak dalam lingkungan umur kosong hingga enam tahun — pertumbuhan mereka terencat. Kira-kira 200 juta kanak-kanak prasekolah mengalami penderitaan pada peringkat sederhana. Sejuta kanak-kanak menderita teruk dan menunjukkan tanda-tanda khusus kwashiorkor dan marasmus. Keadaan ini telah membawa kadar maut yang tinggi, kerana 10 juta kanak-kanak ini mati setiap tahun (Latham, 1984).

Selain daripada kekurangan zat protein dan kalori, banyak penduduk yang menderita akibat kekurangan zat lain, terutama zat besi dan vitamin A. Lima ratus juta orang dianggarkan menghidapi kekurangan zat

*Saya mengucapkan terima kasih kepada Pengarah Institut Penyelidikan Perubatan kerana mengizinkan saya menerbitkan karangan ini. Saya ingin juga merakamkan penghargaan kepada rakan sekerja saya, Cik Siti Mizura Shahid kerana membaca dan membuat pembedulan draf karangan ini

besi (Finch dan Huebers, 1982), kebanyakannya daripada kalangan wanita dan kanak-kanak kecil. Lapan hingga sembilan juta orang dianggarkan menderita akibat kekurangan vitamin A pada peringkat awal (WHO, 1982). Kekurangan vitamin A adalah satu sebab utama buta di kalangan kanak-kanak, dan kebanyakan kes kekurangan vitamin A didapati tertumpu di Asia Tenggara.

Angka-angka yang tersebut di atas mungkin meranjatkan kita sendiri yang beranggapan bahawa keadaan negara ini lebih baik daripada kebanyakan negara sedang membangun yang lain. Apa yang lebih mengejutkan ialah jumlah orang yang menderita itu telah bertambah sejak tahun tujuh puluhan akibat pertambahan bilangan penduduk dalam tempoh sepuluh tahun yang lalu. Jumlah itu telah bertambah daripada 4 000 juta dalam tahun 1974 kepada 5 200 juta. Walau bagaimanapun, sebab utama ialah kedua-dua masalah kemiskinan dan ketidaksamaan bertambah buruk dialami oleh kebanyakan negara dalam tempoh tersebut (Latham, 1984). Misalnya, adalah dianggarkan bahawa di negara-negara seperti Brazil, India dan Tunisia, 20 peratus penduduk yang berpendapatan paling rendah hanya mendapat setengah daripada per kapita kalori yang diperolehi oleh golongan masyarakat atasan, yang sepuluh peratus (WHO, 1976).

Rencana ini ditulis dengan tujuan untuk mengkaji dimensi pemakanan dan kesihatan dalam hubungannya dengan masalah kemiskinan. Tinjauan akan dibuat terhadap beberapa aspek perhubungan antara kemiskinan, pemakanan dan kesihatan, berdasarkan data yang seadanya. Akhir sekali, beberapa aspek tentang kesan pertumbuhan ekonomi terhadap status pemakanan dan kesihatan akan dibincangkan.

ETIOLOGI SALAH PEMAKANAN

Salah pemakanan, baik protein atau kalori, zat besi atau vitamin A, adalah berpunca daripada kekurangan zat-zat tersebut dalam diet. Kekurangan ini pula disebabkan oleh banyak faktor yang berhubung rapat antara satu sama lain. Di sini, faktor-faktor yang utama ialah (a) kekurangan pengetahuan tentang makanan, pemakanan, dan kesihatan; (b) kekurangan bekalan makanan yang diperlukan; (c) penyakit-penyakit yang berjangkit; dan (d) pembahagian makanan yang tidak sama rata. Setiap faktor ini disebabkan pula oleh faktor-faktor yang lain. Misalnya kemiskinan boleh menyebabkan pembahagian makanan yang tidak sama rata dalam sesuatu masyarakat. Beberapa makanan tertentu yang lebih mahal tidak akan dapat diperolehi oleh sebilangan keluarga kerana mereka tidak berkemampuan membelinya.

Menurut Beaton dan Bengoa (1976), manusia sendiri telah mencipta masalah sosial dan ekonomi yang sedang dihadapi itu. Mereka berpendapat bahawa masalah-masalah ini adalah ancaman yang lebih serius terhadap kebajikan manusia dibandingkan dengan ancaman yang timbul daripada sejarah dan alam semula jadi. Jurang perbezaan dari segi pertumbuhan ekonomi dan pembangunan sosial antara negara yang membangun dan negara yang sedang membangun boleh dikatakan makin meningkat, sedangkan usaha-usaha untuk mengurangi jurang ini amat sedikit. Menurut Latham (1984), sebab-sebab utama kebuluran dan salah pemakanan di kebanyakan negara ialah kegagalan negara-negara itu menghadapi kepincangan ekonomi yang sedang melanda seluruh dunia. Negara-negara itu dibayar dengan harga yang tidak setimpal bagi setiap bahan utama yang dihasilkan dan dieksport. Negara-negara pengekспорт langsung tidak mempunyai kuasa terhadap struktur harga yang tidak adil itu. Negara-

negara perusahaan dan syarikat-syarikat multinasional didakwa memberi tekanan ke atas harga bahan-bahan utama yang dihasilkan oleh negara-negara yang sedang membangun.

Kemelesetan ekonomi dunia yang dikatakan paling teruk dalam sejarah dunia sudah bertambah baik di negara-negara maju. Di negara-negara yang sedang membangun juga terdapat tanda-tanda yang menunjukkan bahawa ekonomi mulai pulih. Walau bagaimanapun, pada umumnya keadaan ini masih buruk di negara sedang membangun. UNICEF, melalui satu kajian yang dijalankan telah melaporkan bahawa kemelesetan ekonomi telah membawa akibat yang paling buruk kepada mereka yang paling tidak berdaya memaranginya, iaitu negara-negara yang sedang membangun. Di negara-negara itu, golongan yang menderita ialah masyarakat paling miskin dan antara penduduk yang miskin itu yang paling menderita ialah ibu-ibu dan anak-anak kecil mereka.

KEMISKINAN DAN SALAH PEMAKANAN

Beberapa penyelidik di negara ini telah menunjukkan kemiskinan sebagai faktor utama dalam etiologi salah pemakanan. Semasa melaporkan status pemakanan di kalangan beberapa kumpulan penduduk yang berpendapatan rendah, Burgess dan Laidin Alang Musa (1950) berpendapat bahawa kemiskinan adalah satu sebab salah pemakanan yang penting. Keadaan ini bukan sahaja mengakibatkan kekurangan pengambilan kalori, malah makanan lain yang dimakan sebagai tambahan kepada nasi juga berkurangan. Abdullah Ahmad (1964) telah menekankan bahawa kemiskinan di desa biasanya wujud bersama-sama dengan salah pemakanan. Ungku A. Aziz (1964) pula telah membincangkan tentang perhubungan antara kemiskinan dan pemakanan, khasnya

kekurangan zat protein. Dalam satu lagi penerbitannya Ungku A. Aziz (1965) telah menjelaskan hubungan antara protein dan kemiskinan — kedua-duanya digambarkan sebagai saling pengaruh mempengaruhi secara kumulatif.

Satu kajian tentang beberapa masyarakat di Sabah baru-baru ini (Chen dll, 1981) mendapati bahawa kadar salah pemakanan berkait rapat dengan masalah kemiskinan yang wujud di kalangan setiap golongan yang dikaji itu. Dalam siri kajian yang dijalankan terhadap 14 buah kampung di Semenanjung Malaysia (Chong dll, 1984) mendapati bahawa salah pemakanan ada hubungan dengan kadar kemiskinan yang tinggi.

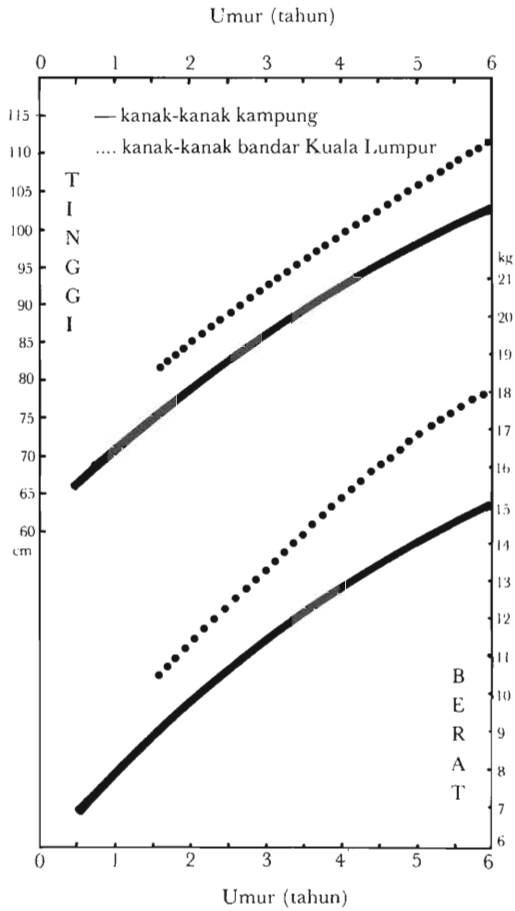
Beberapa hasil daripada kajian yang baru dilaporkan (Chong dll, 1984) akan dibincangkan untuk menggambarkan keadaan pemakanan beberapa masyarakat miskin di negara ini. Kajian-kajian tersebut dibuat dari tahun 1979 hingga 1983 terhadap 14 buah kampung di Kelantan, Johor, Kedah, dan Perak. Kes-kes salah pemakanan protein-tenaga yang teruk atau kwashiorkor, marasmik kwashiorkor ataupun marasmus tidak ditemui dalam kajian-kajian tersebut. Tetapi, ukuran antropometrik menunjukkan terdapat kadar terencat pertumbuhan yang tinggi di kalangan kanak-kanak pra-sekolah. Lihat Jadual 1.

Rajah 1 yang menunjukkan perbandingan pencapaian pertumbuhan kanak-kanak ini dengan kanak-kanak di daerah bandar Kuala Lumpur lebih penting dalam konteks perbincangan ini. Nyatalah bahawa kelok pertumbuhan kanak-kanak di kampung-kampung tersebut lebih rendah daripada kelok pertumbuhan kanak-kanak di bandar (yang mempunyai taraf sosio-ekonomi yang lebih baik). Kadar terencat pertumbuhan di kalangan murid-murid sekolah rendah di kampung-kampung yang dikaji itu dapat diperhatikan

Jadual 1:
 Kelaziman kebantuan pertumbuhan di kalangan kanak-kanak prasekolah (kedua-dua jantina)
 di beberapa kampung, Semenanjung Malaysia

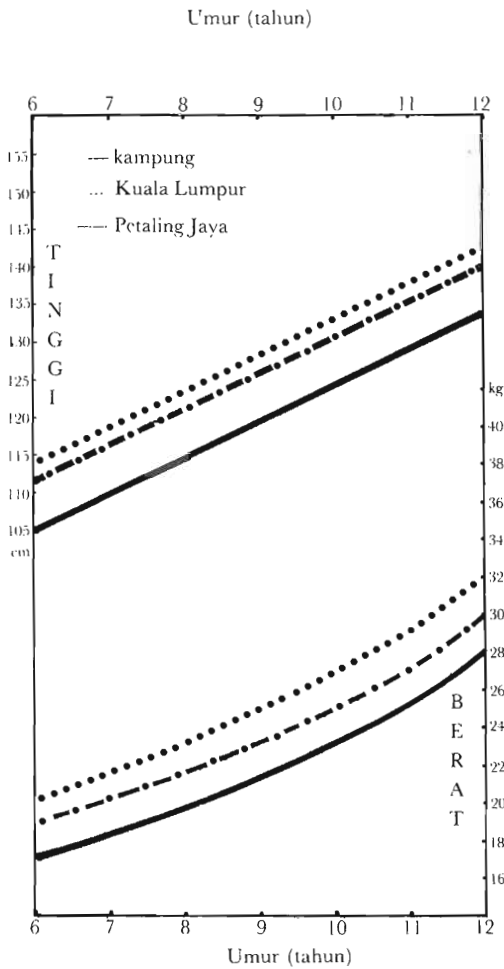
	Kota Baru	Mersing	Baling	Perak Tengah	Semua Kampung
% "Bantut"	42	47	44	41	
% "Wasted"	5	6	4	6	5
% "Bantut" & "Wasted"	2	4	2	3	3
% Kurang berat	30	38	35	41	37
% "Poor" Mid-Arm Circumference	—	12	30	25	22
Bilangan kanak-kanak	77	128	283	238	726

Sumber: Chong dll, 1984



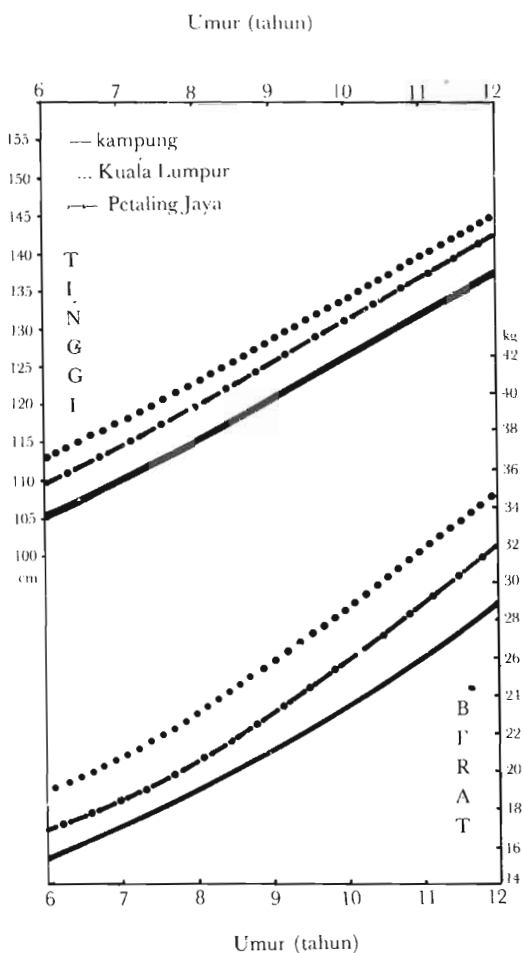
Rajah 1: Perbandingan pencapaian pertumbuhan di kalangan kanak-kanak prasekolah di beberapa buah kampung dan di bandar Kuala Lumpur.

Sumber: Chong dll, (1984)



Rajah 2: Perbandingan pencapaian pertumbuhan kanak-kanak sekolah rendah (lelaki) di beberapa buah kampung dan bandar Kuala Lumpur.

Sumber: Chong dll (1984)



Rajah 3: Perbandingan pencapaian pertumbuhan kanak-kanak sekolah rendah (perempuan) di beberapa buah kampung dan bandar.

Sumber: Chong dll (1984)

Jadual 2:
 Kelaziman kebantuan pertumbuhan di kalangan kanak-kanak sekolah rendah di beberapa
 kampung Semenanjung Malaysia

Jenis kebantuan	Kota Baru	Mersing	Baling	Perak Tengah	Semua Kampung
Lelaki:					
% "Bantut"	54	41	57	41	49
% "Wasted"	0	3	4	1	2
% "Bantut" & "Wasted"	0	1	3	0	1
% "Kurang berat"	42	33	46	28	38
Bilangan kanak-kanak	81	76	158	145	460
% "Bantut"	34	33	42	28	35
% "Wasted"	1	3	1	3	2
% "Bantut" & "Wasted"	1	0	1	3	1
% "Kurang berat"	18	34	25	18	23
Bilangan kanak-kanak	100	90	159	152	501

Sumber: Chong dll (1984)

dalam Jadual 2. Pencapaian pertumbuhan kanak-kanak itu juga dibandingkan dengan pertumbuhan kanak-kanak di Kuala Lumpur dan Petaling Jaya (sila lihat Rajah 2 dan Rajah 3). Ukuran berat badan dan tinggi yang biasa digunakan sebagai penunjuk-penunjuk salah pemakanan protein-tenaga menunjukkan perbezaan status pemakanan antara kanak-kanak miskin dengan mereka yang mempunyai taraf ekonomi yang lebih baik.

Data berasaskan ukuran antropometrik yang tersebut di atas didapati bersesuaian dengan data biokimia kanak-kanak ini. Mereka yang mengalami salah pemakanan yang dikelaskan berdasarkan pencapaian berat badan dengan umur atau tinggi dengan umur didapati mempunyai paras albumin (dalam darah) dan indeks hidrosiprolin (dalam air kencing) yang lebih rendah.

Hampir semua lapisan masyarakat yang diperiksa paras hemoglobinnya didapati menghidapi anemia. Mereka ini kebanyakannya terdiri daripada kanak-kanak prasekolah dan murid-murid sekolah, para remaja, kaum wanita, dan orang dewasa yang berusia lebih daripada 46 tahun. Punca anemia yang dialami ialah kekurangan zat besi.

Hasil kajian kandungan vitamin A di dalam darah anggota masyarakat menunjukkan tiada masalah kekurangan zat itu di kalangan masyarakat yang berkenaan. Walau bagaimanapun, seperti yang telah diterangkan oleh para penyelidik, hanya sebahagian kecil yang terlibat dalam kajian ini kerana pengkaji mengalami kesulitan untuk mendapatkan contoh darah yang cukup, khasnya di kalangan kanak-kanak.

Data tentang penggunaan makanan isirumah menunjukkan bahawa hampir semua penduduk kampung yang dikaji itu mempunyai kalori pemakanan yang kurang jika dibandingkan dengan keperluan pemakanan

mereka. Sebaliknya, penggunaan protein didapati memuaskan. Walau bagaimanapun, analisis lanjut tentang pembahagian penggunaan kalori dan protein di kalangan isirumah-isirumah itu menunjukkan bahawa 66 peratus dan 34 peratus daripada isirumah itu tidak dapat memenuhi keperluan tenaga dan protein mereka masing-masing. Nyatalah bahawa pembahagian makanan di kalangan masyarakat berkenaan itu tidak menyeluruh, oleh itu angka purata tidak dapat memberi gambaran sebenarnya.

Beberapa contoh yang diberi menunjukkan bahawa kemiskinan satu daripada sebab utama salah pemakanan di negara ini. Sebenarnya, perhubungan di antara kemiskinan dan salah pemakanan adalah lebih daripada itu. Salah pemakanan akan mengakibatkan daya pengeluaran yang rendah — keadaan ini akan memburukkan keadaan kemiskinan. Sebenarnya masalah kemiskinan dan salah pemakanan itu berhubungan antara satu sama lain, dan boleh digambarkan sebagai satu lingkaran sebab-akibat.

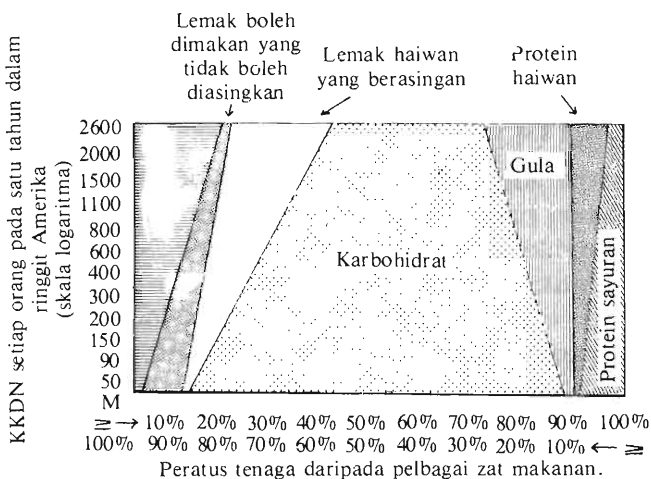
PENDAPATAN DAN CORAK PERBELANJAAN/ PENGUNAAN MAKANAN

Lazimnya peratusan pendapatan yang dibelanjakan untuk makanan berkadar songsang dengan pendapatan. Hukum ini dikenali sebagai Hukum Engel. Dengan itu, keluarga miskin membelanjakan sebahagian besar (sehingga 80 peratus) daripada pendapatan mereka untuk makanan dibandingkan dengan mereka yang dalam keadaan ekonomi yang lebih baik (kira-kira 45 peratus). Apabila keluarga miskin mendapat tambahan pendapatan, mereka biasanya menyetepikan sebahagian besar tambahan wang itu untuk perbelanjaan makanan. Peratusan tambahan ini didapati turun apabila jumlah pendapatan semakin naik (Berg, 1978; Miller dll, 1982).

Pada umumnya wang yang lebih membolehkan sesebuah keluarga itu mendapat makanan yang lebih. Selain itu, paras pendapatan yang baru didapati mempengaruhi corak pembelian makanan. Perbelanjaan makanan mereka dijangka beralih daripada biji-bijian kepada susu dan daging, buah-buahan, sayur-sayuran dan makanan lain yang lebih bermutu.

Corak perbelanjaan makanan di kalangan isirumah miskin dan yang berada mewakili keadaan yang dialami oleh negara miskin dan kaya. Berg (1978) memberi contoh corak perbelanjaan makanan enam negara yang mempunyai Keluaran Kasar Negara (KKN) per kapita yang berbeza. Sila lihat Jadual 3.

Berdasarkan data imbangan makanan 85 negara, Perisse, Sisaret dan Francois (1969) juga menunjukkan bahawa haluan corak penggunaan makanan sesebuah negara itu bergantung kepada pendapatan. Data-data dalam Rajah 4 menunjukkan bahawa peratusan kalori



Rajah 4: Corak penggunaan makanan sebagai fungsi KKN di 85 buah negara.

Sumber: Perisse dll, (1969)

Jadual 3:

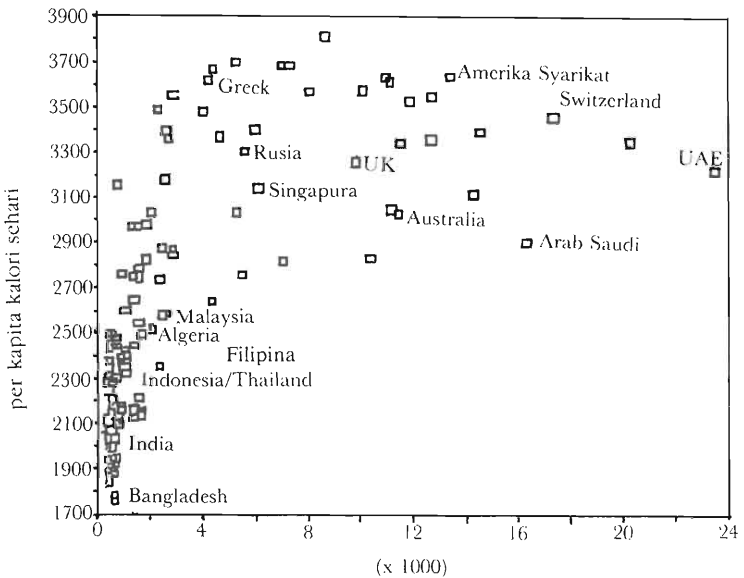
Peruntukan pendapatan untuk perbelanjaan makanan
di beberapa negara, pertengahan 1960-an

Negara	KKN per kapita (\$ AS)	% Perbelanjaan dibahagikan untuk makanan	% Tambahan perbelanjaan dibahagikan untuk makanan	Protein haiwan sebagai peratus dari jumlah protein
Ghana	\$170	64	76	17
Sri Lanka	\$180	56	79	18
Honduras	\$260	47	40	27
Malaysia	\$330	49	37	30
Sweden	\$2,620	32	20	69
Amerika Syarikat	\$3,980	23	20	72

Sumber: Berg (1978)

bagi ketiga-tiga kumpulan zat yang utama, iaitu karbohidrat, lemak dan protein, berbeza antara sebuah negara dengan negara lain.

Rajah 5 menunjukkan satu lagi aspek korelasi kekayaan sesebuah negara dengan penggunaan makanan. Data 111 buah negara dalam rajah itu telah dipetik daripada laporan terbaharu UNICEF (Grant, 1984) dan Pertubuhan Makanan dan Pertanian Sedunia (FAO, 1984). Satu haluan umum dapat diperhatikan iaitu kalori yang sedia ada bertambah dengan meningkatnya KKN per kapita. Koefisien korelasi 0.67 (dengan nilai statistik p (0.01).



Rajah 5: Perhubungan KKN per kapita dan kalori yang sedia ada pada 111 buah negara.

[Data KKN untuk tahun 1982 dipetik dari Grant (1984); data kalori adalah purata bagi tahun 1979-1981, dari FAO (1984)].

Hubungan corak perbelanjaan makanan dengan pendapatan seperti yang dibincangkan di atas adalah berasaskan data-data negara kita. Misalnya isirumah miskin membelanjakan peratusan pendapatan yang lebih besar iaitu 64 peratus untuk makanan daripada isirumah yang lebih berada yang berbelanja setakat 48 peratus (Chong dll, 1984). Pendapatan juga mempunyai korelasi yang positif dengan pengambilan protein dan kalori isirumah itu.

Contoh-contoh korelasi ini selanjutnya dapat dilihat daripada data-data yang terkandung di dalam laporan Kajian Perbelanjaan Isirumah (Household Expenditure Survey — HES) 1973 di Malaysia (Jabatan Perangkaan, 1973). Setelah data perkadaran perbelanjaan makanan (daripada kajian tersebut) dibandingkan dengan data yang diperolehi daripada kajian beberapa tahun yang lalu, iaitu Kajian Belanjawan Isirumah (Household Budget Survey — HBS) di Semenanjung Malaysia pada tahun 1957-58, kajian HES di kawasan bandar di Sabah pada tahun 1968-69, dan Kajian HES di kawasan-kawasan bandar di negeri Sarawak pada tahun 1967-68, nyatalah bahawa peratusan tersebut turun dalam tempoh tersebut. (Jadual 4) Penurunan ini dipercayai disebabkan oleh beberapa faktor yang saling bertindak, termasuk perbezaan kadar perubahan harga pelbagai barangan dan kenaikan pendapatan isirumah.

Jadual 5 menggambarkan corak penggunaan makanan di kalangan berbagai-bagai golongan ekonomi di negara ini. Angka yang diberi di dalam jadual tersebut bukan berdasarkan data yang terkandung dalam laporan HES 1973. Data-data dalam jadual menunjukkan bahawa isirumah yang mempunyai taraf ekonomi yang lebih tinggi didapati memperuntukkan kadar belanjawan makanan lebih banyak bagi makanan seperti daging,

Jadual 4:
Perubahan di dalam kadar perbelanjaan untuk makanan di Malaysia

	Semenanjung Malaysia	Daerah Bandar, Sabah	Daerah Bandar, Sarawak
	1957/58 1973	1968/69 1973	1967/69 1973
Makanan sebagai peratus dari jumlah perbelanjaan	57.9 46.4	39.4 29.2	40.4 33.7

Sumber: Jabatan Perangkaan (1973)

Jadual 5:

Perbelanjaan makanan bulanan isi rumah mengikut kelas perbelanjaan isi rumah, Semenanjung Malaysia 1973

		Kadar perbelanjaan isi rumah (\$ sebulan)											Jumlah
		49	50-99	100-149	150-199	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-799	800	Jumlah
Beras	44.65	34.70	40.05	34.70	31.05	26.24	22.97	20.98	18.76	18.44	18.00	12.82	24.09
Roti dan biji-bijian lain	7.87	8.41	8.98	9.28	9.10	9.33	9.18	9.18	9.74	9.89	8.74	8.62	9.12
Daging	4.45	4.56	6.67	8.63	12.21	15.37	16.45	17.89	17.89	19.12	21.68	24.58	14.72
Ikan	15.80	14.81	14.96	14.20	14.53	13.57	13.73	13.76	12.99	12.12	12.12	12.25	13.78
Susu, keju dan telur	1.79	3.59	5.00	6.27	7.01	7.62	8.44	8.10	8.86	9.00	9.57	9.57	7.42
Minyak dan lemak	3.85	3.95	3.95	4.07	4.25	4.36	4.63	4.41	4.52	4.71	4.10	4.10	4.27
Buah-buahan dan sayur-sayuran	9.45	11.58	13.49	14.48	15.66	16.50	16.66	17.67	16.74	16.47	16.47	18.26	15.93
Gula	7.87	7.84	6.96	6.26	5.15	4.25	3.81	3.43	3.39	2.92	2.37	2.37	4.60
Kopi, teh dan koko	2.50	2.90	2.68	2.73	2.76	2.75	2.72	2.85	2.63	2.52	2.74	2.74	2.73
Makanan lain	1.79	2.31	2.61	3.02	3.09	3.26	3.40	3.39	3.41	3.84	4.69	4.69	3.34
Perbelanjaan makanan	\$18.42	\$42.07	\$62.04	\$82.74	\$107.35	\$139.18	\$165.99	\$189.66	\$212.88	\$234.61	\$273.39	\$110.90	
% Perbelanjaan makanan daripada jumlah perbelanjaan	52.27	54.67	49.90	47.45	43.57	40.22	37.75	34.75	33.11	31.52	20.46	30.16	
Jumlah perbelanjaan	\$35.24	\$76.95	\$124.32	\$174.37	\$246.41	\$346.06	\$444.51	\$545.75	\$642.86	\$744.28	\$1,336.53	\$306.93	

Melainkan disifatkan, angka-angka di atas adalah peratus perbelanjaan bagi setiap makanan dan jumlah perbelanjaan untuk makanan. Dihitung dari data yang terkandung dalam laporan HES (Laporan Perangkaan, 1973)

susu, keju, telur, buah-buahan dan sayur-sayuran. Sebaliknya, kadar belanjawan yang lebih rendah khusus untuk beras dan gula. Jadual ini juga menunjukkan bahawa keluarga berpendapatan rendah mempunyai peratusan perbelanjaan makanan yang lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga yang berada. Perhubungan corak penggunaan makanan dan paras ekonomi tersebut di atas didapati wujud di kalangan semua isirumah — tidak kira di desa atau di bandar. Ini dapat diperhatikan dalam Jadual 6.

Perbincangan setakat ini telah menunjukkan bahawa pendapatan amat mempengaruhi jumlah wang yang dibelanjakan untuk makanan serta jenis-jenis makanan yang dibeli. Dengan itu, sebarang kenaikan pendapatan mungkin membolehkan sesuatu keluarga memperolehi makanan yang lebih banyak dan makanan yang lebih berkhasiat.

KEMISKINAN DAN KESIHATAN

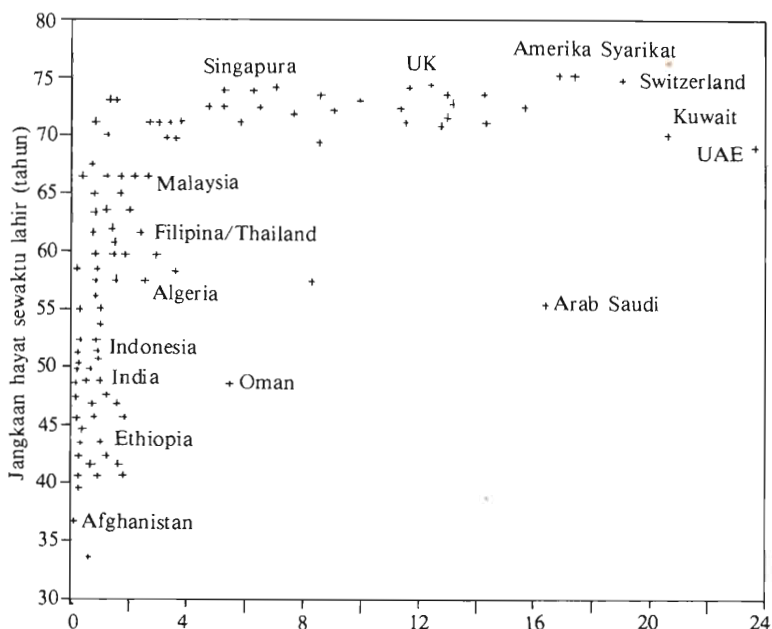
Berbagai-bagai kadar kematian telah digunakan sebagai penunjuk-penunjuk status kesihatan sesuatu masyarakat. Perhubungan antara kekayaan dan beberapa kadar itu seringkali ditunjukkan. Misalnya, jangkaan hayat dan kadar kematian bayi digambarkan mempunyai korelasi rapat dengan penunjuk-penunjuk paras ekonomi seperti KKN per kapita. Dengan menggunakan data satu laporan yang baru diterbitkan oleh UNICEF (Grant, 1984), satu plot yang menunjukkan korelasi KKN per kapita dan jangkaan hayat di 128 negara telah dibuat (Rajah 6). Koefisien korelasinya 0.60. Korelasi KKN dan kadar kematian bayi pula dapat diperhatikan pada Rajah 7, diplot dengan menggunakan data yang sama.

Jadual 6:

Corak perbelanjaan makanan di Semenanjung Malaysia, 1973,
mengikut kelas perbelanjaan dan kawasan

	Kelas perbelanjaan dan kawasan			
	\$199 dan ke bawah		\$600 dan ke atas	
	Bandar	Desa	Bandar	Desa
Beras	22	37	13	19
Roti dan biji-bijian lain	11	8	9	9
Daging	15	5	23	22
Ikan	15	14	13	11
Susu, keju dan telur	8	5	10	9
Minyak dan lemak	4	4	4	4
Buah-buahan dan sayur-sayuran	15	13	18	17
Gula	4	8	2	3
Kopi, teh dan koko	2	3	3	2
Makanan lain	3	3	4	4
% Perbelanjaan untuk makanan daripada jumlah perbelanjaan	39.5	52.6	22.8	26.7

Melainkan disebutkan, angka-angka di atas adalah peratus perbelanjaan bagi setiap makanan dan jumlah perbelanjaan
Sumber: Kementerian Kewangan Malaysia (1978)



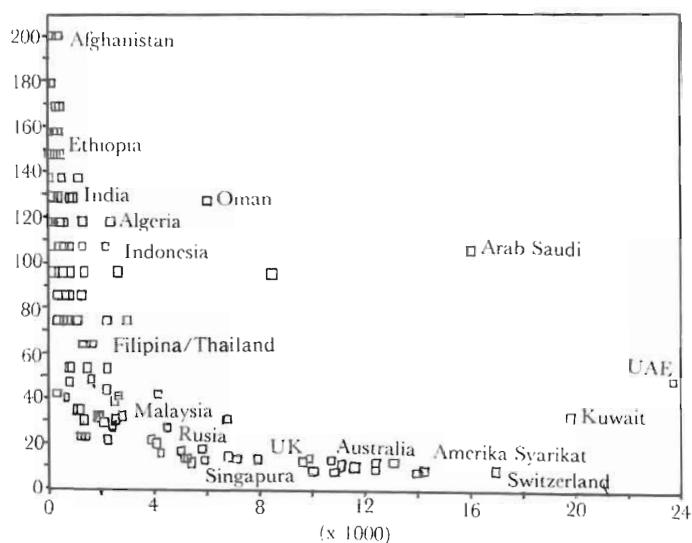
Rajah 6: KKN per kapita dan jangkaan hayat sewaktu lahir pada 128 negara, 1982.

Rajah diplot berdasarkan bahan yang dipetik dari Grant, (1984)

Koefisien korelasi dalam perhubungan ini ialah -0.57 .

Contoh selanjutnya tentang perhubungan ini diberikan dalam Jadual 7, dengan data yang juga dipetik daripada penerbitan UNICEF yang tersebut di atas. Data-data menunjukkan bahawa dengan peningkatan keadaan sosioekonomi di beberapa negara dalam tempoh yang ditunjukkan, jangkaan hayat dan kadar kematian juga bertambah.

Beberapa statistik penting di Malaysia juga dipetik sebagai menyatakan bahawa dengan peningkatan keadaan sosioekonomi, beberapa kadar kematian juga turun. Rajah 8 menunjukkan penurunan kadar kematian bayi dan kanak-kanak bertatih di negara ini sejak



Rajah 7: KKN per kapita dan kadar kematian bayi di 128 negara, 1982. Rajah diplot berdasarkan data yang dipetik daripada grant (1984).

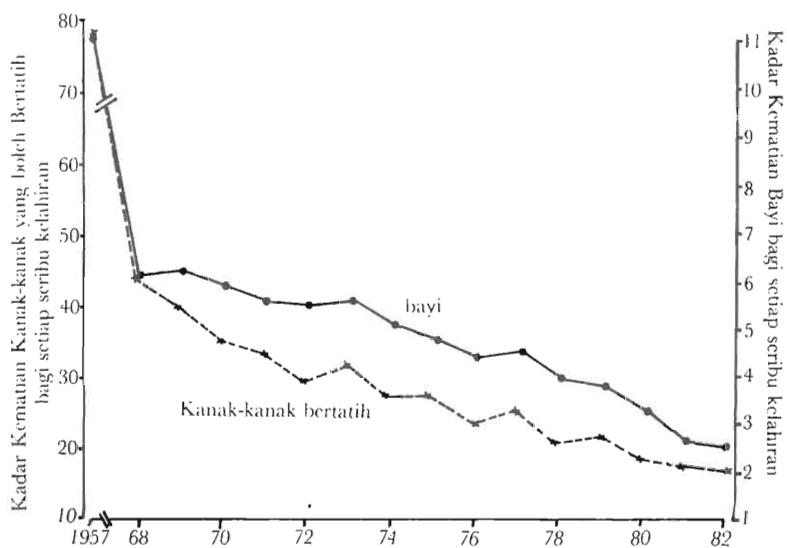
kemerdekaan, dan Jadual 8 bagi kadar kematian ibu dalam tempoh yang sama.

Laporan-laporan statistik penting Malaysia tentulah mengandungi butir-butir lanjut yang dapat menggambarkan perhubungan yang dibincangkan di atas, misalnya, kadar kematian didapati berbeza bagi suku kaum atau negeri yang berlainan dalam taraf sosioekonomi. Analisis yang lebih mendalam tentang kadar kematian di negara ini dari segi sosial, ekonomi, dan perubahan telah dihasilkan oleh Zainal Aznam Yusof dan Khairuddin Yusof (1974), serta analisis Khairuddin Yusof dan Zainal Aznam Yusof (1979).

Jadual 7:
 Status ekonomi dan kesihatan di beberapa buah negara, 1960—1982

Negara	KKN per kapita (\$ AS)	Jangkaan hayat sewaktu lahir		Kadar kematian (setiap 1 000 kelahiran hidup)			
		1960	1982	Bayi (0-1 tahun)		Kanak-kanak bertatih (1-4 tahun)	
				1960	1982	1960	1982
Malaysia	1 860	54	67	70	29	8	2
Singapura	5 910	65	72	36	11	2	1
Thailand	790	49	63	100	50	13	4
Filipina	820	53	64	110	50	14	4
Indonesia	580	41	52	150	90	23	13
Mexico	2270	57	66	90	50	10	4
Rep. Korea	1 910	54	67	80	30	9	2
Nigeria	860	40	48	160	120	50	20
Jepun	10 080	68	76	31	7	2	1
Australia	11 140	71	74	20	10	1	1

Sumber: Grant (1984)



Rajah 8: Kadar Kematian bayi dan kanak-kanak bertatih di Semenanjung Malaysia (1957—1982).

Sumber Tee dan Khor (1986)

Jadual 8:

Kadar kematian ibu di Semenanjung Malaysia, 1957—1982

Tahun	Kadar kematian ibu (setiap 1 000 kelahiran hidup)
1957	3.20
1967	1.68
1972	1.07
1974	0.96
1976	0.78
1977	0.79
1978	0.84
1979	0.69
1980	0.63
1981	0.59
1982	0.50

Sumber: Tee dan Khor (1986)

PEMAKANAN DAN KESIHATAN

Setelah mengkaji hubungan antara kemiskinan dan pemakanan, dan hubungan antara kemiskinan dan kesihatan secara berasingan, wajar juga ditinjau hubungan antara pemakanan dan kesihatan. Oleh kerana pemakanan dan kesihatan mempunyai hubungan rapat, kadar kematian yang dibincangkan di atas sering juga digunakan sebagai penunjuk-penunjuk status pemakanan.

Satu aspek hubungan ini yang telah menarik perhatian para ahli pemakanan ialah malnutrisi dan penyakit yang berjangkit. Hubungan antara kedua-duanya dikatakan kompleks dan saling bertindak, sehingga tidak mudah untuk memisahkan kesan-kesan infeksi terhadap pemakanan daripada kesan-kesan pemakanan terhadap status kesihatan. Penyakit infeksi di kalangan kanak-kanak seperti cirit-birit, campak, dan batuk kering mungkin menyejatkan permulaan malnutrisi protein atau tenaga. Penyakit cirit-birit misalnya mengganggu penyerapan makanan dari saluran gastrointestinal hingga zat-zat yang diperlukan itu berkurangan. Pada umumnya, penyakit-penyakit infeksi akan mengakibatkan kehilangan selera makan. Dengan demikian mengurangkan pengambilan zat-zat ke dalam tubuh badan. Malnutrisi juga menurunkan daya-tahan tubuh terhadap infeksi.

Jelaslah kini bahawa masalah kemiskinan, malnutrisi, dan kesihatan mempunyai hubungan yang rapat. Dalam keadaan malnutrisi dan kesakitan, produktiviti akan turun. Oleh kerana itu, keadaan ekonomi akan merosot, dan dengan itu, memburukkan lagi status pemakanan dan kesihatan. Perhubungan ini akan berterusan, dan saling bertindak antara satu sama lain.

PEMAKANAN, KESIHATAN DAN PERTUMBUHAN EKONOMI

Pemerintah di seluruh dunia sentiasa berusaha mengenalpasti mereka yang menderita akibat malnutrisi dan mereka melaksanakan program yang sesuai untuk mengatasi masalah tersebut. Seperti yang telah ditekankan oleh Latham (1984), kita bukan hanya perlu mengambil berat terhadap bilangan orang yang kebuluran dan malnutrisi, kita juga perlu mengawasi mereka yang mengalami risiko malnutrisi yang tinggi, kerana golongan ini selalunya jauh melebihi mereka yang telah menghadapi malnutrisi, tugas memerangi masalah ini tentulah sangat besar.

Nampaknya masalah kebuluran dan malnutrisi mungkin dapat diselesaikan melalui peningkatan taraf ekonomi (dan sosial) di kalangan masyarakat miskin. Pertambahan pendapatan per kapita di sesebuah negara mungkin dianggap akan mempertingkatkan pendapatan golongan miskin, dan dengan itu menambahkan jumlah wang yang dibelanjakan oleh sesebuah keluarga untuk membeli makanan. Ini pula akan meningkatkan status pemakanan keluarga miskin itu, termasuk ahli keluarga yang mudah menghadapi malnutrisi. Akan tetapi, anggapan-anggapan ini tidak semestinya benar, kerana perkara-perkara yang berikut:

Pertama, walaupun telah ditunjukkan bahawa pada umumnya hubungan positif antara pendapatan dan pemakanan wujud di kalangan orang-orang miskin, pertambahan pendapatan perlahan sekali. Dari tahun 1960 hingga 1970, pendapatan per kapita negara-negara yang mewakili dua pertiga jumlah penduduk dunia hanya meningkat 1.5 peratus setahun. Selain itu, agihan pertumbuhan pendapatan di beberapa negara tidak setimpal, sehingga tidak memanfaatkan golongan penduduk yang paling memerlukan (Berg, 1978).

Kedua, sungguhpun pendapatan itu benar-benar bertambah, lebihan wang itu tidak semestinya diperuntukkan bagi membeli makanan. Lazimnya jumlah wang yang dibelanjakan untuk makanan adalah fungsi kenaikan pendapatan. Itu hanya didapati benar jika dimaksudkan bagi jangka masa yang panjang, kenaikan pendapatan yang luas, serta taraf kehidupan yang umum (Berg, 1978). Harus diingatkan bahawa barang-barang bukan makanan akan bersaing untuk mendapatkan wang tambahan itu terutamanya apabila kenaikan pendapatan mula-mula berlaku. Selain itu, jika kenaikan harga barangan melebihi kenaikan pendapatan, tidak ada sebarang tambahan makanan yang mungkin diperolehi.

Ketiga, sungguhpun perbelanjaan untuk makanan didapati bertambah, ini tidaklah bermakna diet akan bertambah baik — tidak semestinya mereka yang berbelanja lebih banyak membeli makanan akan mendapat makanan yang lebih berkhasiat. Memenuhi keperluan estetik dan maruah sosial adalah faktor-faktor yang lebih penting dalam pembentukan tabiat makanan daripada faktor khasiat makanan itu. Wang mungkin dibelanjakan untuk makanan mewah yang mahal, tetapi nilai pemakanannya tidak berpatutan dengan harganya. Ini akan berlaku, walaupun pembelian makanan tersebut mungkin akan menghabiskan sebahagian besar pendapatan yang sudah begitu rendah itu.

Keempat, walaupun sesebuah keluarga itu benar-benar memperolehi makanan yang berkhasiat, makanan itu tidak semestinya diberi kepada mereka yang paling memerlukan iaitu kanak-kanak kecil, wanita yang mengandung atau ibu-ibu yang menyusui anak. Ini wujud kerana kekurangan pengetahuan tentang makanan dan pemakanan, serta kepercayaan dan amalan makanan yang tidak betul.

Oleh itu, jelaslah bahawa jika pertumbuhan ekonomi ditakrif sebagai kenaikan pendapatan per kapita, status pemakanan dan kesihatan tidak semestinya meningkat. Pendapatan purata mungkin bertambah, tetapi kemiskinan tidak semestinya dapat dikurangkan.

Sesungguhnya, Pertubuhan Kesihatan Sedunia telah menekankan bahawa strategi pembangunan yang telah dirumuskan mengikut dasar dan kriteria yang lalu gagal mengatasi masalah ekonomi penduduk-penduduk dunia (40 peratus) yang termiskin (WHO, 1976). Malah, langkah-langkah tersebut dikatakan sering memburukkan masalah malnutrisi. Menurut laporan pertubuhan ini, strategi yang lampau terlalu mementingkan pembentukan modal dan kenaikan KKN. Langkah-langkah seperti itu bukan sahaja tidak memberi pertimbangan wajar terhadap pembahagian tambahan pendapatan itu, malah gagal meneruskan pertumbuhan ekonomi.

KESIMPULAN

Negara ini telah mencapai pembangunan yang hebat sejak kemerdekaan. KKN per kapita telah meningkat dari \$1 170 dalam tahun 1970, kepada \$3 362 dalam tahun 1980. Kadar protein per kapita yang sedia ada telah meningkat daripada 52 gram (daripada 37 peratus protein haiwan dalam tahun 1970; FAO, 1979 kepada 56 gram dalam tempoh 1979 hingga 1981, dan 44 peratus terdiri daripada protein haiwan (FAO, 1984). Berbagi-bagai program makanan dan pemakanan telah dilaksanakan oleh kerajaan untuk memerangi malnutrisi. Ini termasuklah rancangan makanan tambahan untuk golongan yang paling mudah menghadapi malnutrisi, amalan pemakanan melalui perkhidmatan kesihatan ibu dan kanak-kanak, pendidikan pemakanan, fortifikasi makanan (misalnya dengan zat iodan), Rancangan

Amalan Makanan dan Pemakanan (RAMP), dan juga kegiatan memperluaskan pengeluaran makanan melalui rancangan Revolusi Hijau. Langkah ini sedikit banyak dikatakan telah mengurangi masalah malnutrisi di negara ini.

Walau bagaimanapun, beberapa kajian pemakanan yang dijalankan di negara ini menunjukkan bahawa malnutrisi masih wujud di kalangan masyarakat miskin di desa (Chong dll, 1984; Chen dll, 1981) dan di bandar (George dll, 1981). Walaupun malnutrisi protein dan tenaga yang serius jarang dilaporkan, malnutrisi yang sederhana wujud dengan kadar yang agak tinggi. Dengan itu, jelaskan bahawa langkah-langkah selanjutnya perlu diambil untuk menurunkan kadar malnutrisi di negara ini. Program-program pemakanan semasa perlu sentiasa diulang-kaji.

RUJUKAN

- Abdullah Ahmad, 1964. "The twin problems of rural poverty and ill-health," *Medical Journal of Malaya* 18.
- Alleyne dll, 1977. "The interaction between infection and protein-energy malnutrition," dlm *Protein-energy Malnutrition* London: Edward Arnold.
- Beaton, G.H., dan Bengoa, J.M., 1976. "Nutrition and health in perspective: An introduction" dlm Beaton, G.H. dan Bengoa, J.M (ed), *Nutrition in Preventive Medicine*, siri monograf WHO, Geneva.
- Berg, A., 1978. "Economic growth, income, and nutrition", dlm Mayer, J. dan Campbell, D. (ed) *World Nutrition. A U.S. View*, siri forum *Voice of America*, Washington, D.C.
- Burgess, R.C., dan Laidin Alang Musa, 1950 Laporan "State of health, the diet and the economic conditions of groups of people in the lower income levels in Malaya." Kuala Lumpur: IMR
- Chen, P.C.Y dll., 1981 "A nutrition study of the Interior, West Coast and Kudat Divisions of Sabah " Department of Social and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, University of Malaya, Kuala Lumpur, and office of the director of medical services, Sabah, Kota Kinabalu, Malaysia.

- Chong, Y.H., dll., 1984. "Status of community nutrition of poverty kampungs" Kuala Lumpur: IMR.
- FAO, 1979 "Food Balance Sheets" (tidak diterbitkan). Rom: FAO.
- _____, 1984. "Food Balance Sheets, 1979-1981 Average" Rom: FAO.
- Finch, C.A., dan Huebers, H., 1982. Perspectives in iron metabolism, *New Engl. J. Med.* 306.
- George, R., dll, 1981. "Severe protein-energy malnutrition in Kuala Lumpur," *Journal of Tropical Pediatrics* 27.
- Gordon, J.E., 1976. "Synergism of malnutrition and infectious disease", dlm Beaton, G.H. dan Bengoa, J.M., (ed) *Nutrition in Preventive Medicine*. Siri monograf WHO. 62, Geneva.
- Grant, J.P., 1984. *The state of the world's children 1985*. New York: UNICEF.
- Jabatan Perangkaan Malaysia, 1973. "Household Expenditure Survey 1973", *Malaysia*. Kuala Lumpur: Jabatan Perangkaan.
- Kementerian Kewangan Malaysia, 1978. *Laporan Ekonomi 1978/79*. Kuala Lumpur: Kementerian Kewangan Malaysia.
- _____, 1984. *Laporan Ekonomi 1984/85*. Kuala Lumpur: Kementerian Kewangan Malaysia.
- Khairuddin Yusof dan Zainal Aznam Yusof, 1979. "Economic aspect of health and human development. Jilid 1 dan 2, SEAMIC Publication No. 15. Tokyo: SEAMIC/IMEJ.
- Latham, M.C., 1984. "Strategies for the control of malnutrition and the influence of the nutritional sciences", dlm *Food and Nutrition*. New York: FAO.
- Lynch, L., 1979. "Nutrition-planning. methodologies: A comparison review of types and applications", *Food and Nutrition Bulletin* 1(3).
- Miller, D., Ahmad, M., dan Geissler, C., 1982. "Poverty and/or ignorance. A socio-economic study of nutritional problems in Thailand and the Philippines". Bangkok: FAO.
- Perisse, J., Sisaret, F., dan Francois, P., 1969. Nutr. Newsletter (FAO), 7 (3), hlm 1, dlm *Energy and Protein Requirements*, laporan WHO.
- Scrimshaw, N.S., 1975. "Interactions of malnutrition and infection: advances in understanding", dlm Olson, R.E. (ed). *Protein-energy Malnutrition*. London & N.Y: Academic Press.
- Tee, E.S., dan Khor, G.L., 1986. "Overview of country nutritional status" Kertaskerja dibentangkan di Conference of the

- Nutrition Society of Malaysia, yang pertama, 1 Mac 1986 di Kuala Lumpur.
- Ungku A. Aziz, 1964. "Poverty, proteins and disguised starvation," dlm *Kajian Ekonomi Malaysia* II(1).
- WHO, 1976. "Food and nutrition strategies in national development", laporan WHO No. 584 (Siri laporan mesyuarat tentang pemakanan, no. 54, Geneva: WHO.
- WHO, 1982. "Control of vitamin A deficiency and xerophthalmia". WHO Technical Report Series, no. 672. Geneva: WHO.
- Zainal Aznam Yusof dan Khairuddin Yusof, 1974. Some socio-economic and medical aspects of Malay mortality urban and rural areas", Malaysia Centre for Development Studies, Occasional paper no. 1. Kuala Lumpur: MCDC.

ISU
KONSEP DAN
DIMENSI
KEMISKINAN
KUMPULAN RENCANA TENTANG KEMISKINAN

Editor CHAMHURI SIWAR
MOHD. HAFLAH PIEI



ISU, KONSEP DAN DIMENSI KEMISKINAN

KUMPULAN RENCANA TENTANG KEMISKINAN

Editor: CHAMHURI SIWAR, dan
MOHD. HAFLAH PIEI

Dewan Bahasa dan Pustaka
Kementerian Pendidikan Malaysia
Kuala Lumpur
1988

Kandungan

<i>Penyumbang</i>	vii
<i>Prakata</i>	xiii
Isu, Konsep dan Dimensi Kemiskinan: Satu Sorotan <i>Chamburi Siwar</i>	1
Konsep-konsep Kemiskinan dan Ketaksamaan: Satu Tinjauan <i>Osman Rani Hassan dan Abd. Majid Salleh</i>	30
Kemiskinan: Dimensi Kesihatan dan Pemakanan <i>Tee E Siong</i>	63
Daya Pengeluaran, Harga dan Kemiskinan <i>Jomo K.S.</i>	89
Mobiliti Penduduk dan Aliran Kekayaan <i>Abdul Samad Hadi</i>	101
Kemiskinan Berterusan dan Ketaksamaan di Kalangan Petani Padi <i>Chamburi Siwar</i>	128
Pembangunan, Ekuiti dan Kemiskinan di Kalangan Pekebun Kecil Getah <i>Mohd Haflah Piei dan Faridah Shabadan</i>	163
Kemiskinan di Kalangan Pekebun Kecil Getah: Satu Kajian di Baling, Kedah <i>Asmah Ahmad</i>	204