

TIADA JAMINAN KEDAPATAN MAKANAN, STATUS PEMAKANAN DAN KESEJAHTERAAN KESIHATAN DALAM KALANGAN PENERIMA BANTUAN JABATAN KEBAJIKAN MASYRAKAT DI KAWASAN BANGI DAN KAJANG

Nik Aida Adibah binti Nik Abdul Aziz¹

Norhasmah Sulaiman²

Laily Paim¹

¹Jabatan Pengurusan Sumber dan Pengajian Pengguna,
Fakulti Ekologi Manusia, Universiti Putra Malaysia

²Jabatan Pemakanan dan Dietetik, Fakulti Perubatan dan Sains Kesihatan,
Universiti Putra Malaysia

Pengenalan

Tiada jaminan kedapatan makanan berlaku apabila seseorang itu tidak memperoleh nutrien yang mencukupi, makanan yang tidak selamat untuk dimakan atau tidak berkemampuan untuk mendapatkan makanan seimbang (Campbell, 1991). Tiada jaminan kedapatan makanan dilihat sebagai ketidakupayaan dan ketidakmampuan untuk mendapatkan makanan yang cukup untuk kehidupan yang aktif dan sihat (Seligmen *et al.*, 2010). Manakala Davis dan Tarasuk (1994) mendefinisikan tiada jaminan kedapatan makanan dalam kalangan isi rumah sebagai ketidakupayaan untuk memperoleh atau mengambil makanan dalam kualiti dan kuantiti yang mencukupi dengan cara yang diterima dalam sesuatu budaya, dan hal ini sering dikaitkan dengan keadaan kewangan isi rumah yang tidak stabil. Dalam erti kata lain, tiada jaminan kedapatan makanan dalam kalangan isi rumah bermaksud makanan tidak boleh diperoleh atau sumber bekalan makanan adalah terhad ekoran pelbagai faktor seperti kekangan sumber kewangan, bencana alam dan kemiskinan.

Faktor risiko tiada jaminan kedapatan makanan melibatkan faktor yang menghadkan sumber isi rumah seperti wang, masa, maklumat, kesihatan, atau terdapat sumber tersedia bagi mendapatkan makanan (Campbell, 1991). Antara faktor risiko tiada jaminan kedapatan makanan yang lain termasuklah faktor yang menghadkan peluang pekerjaan dan upah, peningkatan perbelanjaan bukan makanan seperti kos perumahan, utiliti, penjagaan

kesihatan, penjagaan kanak-kanak, cukai dan juga berlakunya perkara di luar jangkaan seperti kemalangan atau bencana alam. Menurut Olson *et al.* (1997), kekurangan simpanan, tahap pendidikan yang rendah, pendapatan yang rendah, perbelanjaan luar jangkaan merupakan faktor risiko tiada jaminan kedapatan makanan. Satu kajian yang dijalankan dalam kalangan isi rumah Mexico di Amerika Syarikat mendapati terdapat perkaitan yang signifikan antara tiada jaminan kedapatan makanan dengan status sosioekonomi, seperti tahap pendidikan dan pendapatan yang rendah (Kinabo *et al.*, 2003). Menurut Pardilla, Prasad, Suratkar dan Gittelson (2014), antara faktor demografi yang menyumbang kepada tiada jaminan kedapatan makanan adalah seperti jumlah tahun persekolahan yang rendah, peratusan pendidikan yang rendah iaitu pendidikan kurang daripada 12 tahun, dan peratusan pekerjaan sepenuh masa yang rendah. Ciri-ciri demografi dan sosioekonomi seperti bilangan anak, bilangan anak yang bersekolah dan pendapatan per kapita yang rendah menyumbang kepada tiada jaminan kedapatan makanan dalam kalangan isi rumah (Norhasmah, 2010).

Tiada jaminan kedapatan makanan dalam kalangan isi rumah mendatangkan implikasi terhadap tiga kumpulan utama iaitu kanak-kanak, wanita dan orang tua. Kajian telah menunjukkan bahawa tiada jaminan kedapatan makanan berkait dengan prestasi akademik yang rendah, masalah emosi dan kesihatan yang tidak memuaskan dalam kalangan kanak-kanak (*US Department of Agriculture, Economic Research Service, 2011; Gundersen, 2007; Jernigan et al., 2010; US Census Bureau, 2010*). Tahap tiada jaminan kedapatan makanan pada tempoh tiga tahun pertama kehidupan memberi impak negatif yang besar pada perkembangan fisiologi, tingkah laku dan perkembangan kognitif (*US Census Bureau, 2010*).

Tiada jaminan kedapatan makanan turut memberi kesan kepada warga emas. Tiada jaminan kedapatan makanan dalam kalangan warga emas akan meningkatkan risiko kesihatan yang tidak memuaskan dan pemakanan yang tidak seimbang melalui pengambilan nutrien yang lebih rendah. Kekurangan nutrien dalam kalangan warga emas akan meningkatkan risiko penyakit, jangkitan, hilang upaya dan cenderung untuk tinggal lama di hospital (Lee & Frongillo, 2001). Secara umumnya, kebiasaannya warga emas berisiko mengalami masalah pemakanan kerana golongan ini hidup dalam kemiskinan dan perkhidmatan kesihatan yang sukar didapati serta makanan yang sentiasa tidak mencukupi dari segi kuantiti dan kualiti (Rose & Charlton, 2002).

Tiada jaminan kedapatan makanan juga berlaku dalam kalangan wanita. Kajian melaporkan bahawa wanita yang mengalami tiada jaminan kedapatan makanan memberi tumpuan pada pengambilan makanan yang mempunyai sumber tenaga dan makronutrien yang rendah (Tarasuk & Beaton, 1999; Kirkpatrick & Tarasuk, 2008). Peratusan kekurangan nutrien adalah lebih

tinggi dalam kalangan wanita yang mempunyai tiada jaminan kedapatan makanan iaitu nutrien seperti vitamin A, tiamina, riboflavin, vitamin B6, folat, vitamin B12, magnesium, fosferus dan zink berbanding dengan wanita yang jaminan kedapatan makanan (Kirkpatrick & Tarasuk, 2008). Kajian juga menunjukkan wanita yang mengalami tiada jaminan kedapatan makanan mempunyai pengambilan buah-buahan atau jus buah-buahan dan sayur-sayuran yang rendah berbanding dengan wanita yang mempunyai jaminan kedapatan makanan (Kendall, 1996; Tarasuk *et al.*, 2007). Selain itu, isi rumah yang mengalami tiada jaminan kedapatan makanan cenderung untuk mempunyai kualiti hidup yang rendah dan tahap kesihatan yang tidak memuaskan (CDC, 2000; Moriaty, Zack, & Kobau, 2003).

Metodologi

Lokasi dan persampelan kajian

Kajian ini dijalankan di kawasan Bangi dan Kajang yang terletak di Daerah Hulu Langat, Selangor, yang melibatkan sebanyak 322 isi rumah yang terdiri daripada wanita yang berumur 19 hingga 55 tahun dalam isi rumah penerima bantuan daripada Jabatan Kebajikan Masyarakat. Kaedah persampelan untuk pemilihan responden yang digunakan dalam kajian ini ialah persampelan bersistematik. Sebanyak 322 responden dipilih secara sistematik berpandukan senarai nama penerima bantuan di Bangi dan Kajang yang diperolehi daripada Pejabat Kebajikan Masyarakat Daerah Hulu Langat. Responden yang pertama dalam senarai telah dipilih sebagai responden pertama dalam kajian ini dan responden berikutnya ialah penerima yang keenam mengikut selang gandaan 5.

Instrumen kajian dan analisis data

Temu bual secara bersemuka dengan responden telah dijalankan dengan menggunakan borang soal selidik yang mengandungi maklumat latar belakang responden, status jaminan kedapatan makanan, kesejahteraan kesihatan, pengambilan makanan dan pengukuran antropometri. Data dianalisis secara diskriptif menggunakan perisian *The Statistical Package For the Social Science* (SPSS).

Hasil Dapatan dan Perbincangan

Latar belakang responden

Sebanyak 322 orang responden yang terdiri daripada kaum wanita yang tinggal di kawasan Bangi dan Kajang yang menerima bantuan daripada

Jabatan Kebajikan Masyarakat Daerah Hulu Langat, Selangor terlibat dalam kajian ini. Sebanyak 59.6 peratus responden berumur dalam lingkungan 45 hingga 55 tahun, manakala sebanyak 33.6 peratus reponden berumur dalam lingkungan 32 hingga 44 tahun.

Jadual 1: Ciri-Ciri Demografi dan Sosioekonomi Responden

Kategori	Kekerapan (n)	Peratus (%)
Umur (tahun)		
19-31	22	6.8
32-44	108	33.6
45-55	192	59.6
Purata±SP	45.55±8.71	
Min-Mak	19-55	
Status Perkahwinan		
Bujang	24	7.5
Berkahwin	184	57.1
Janda	114	35.4
Bilangan isi rumah (orang)		
1-4	154	47.8
5-9	159	49.4
>9	9	2.8
Purata±SP	4.82±2.19	
Min-Mak	1-15	
Bilangan anak (orang)		
Tiada anak	51	15.8
1-4	202	62.7
5-8	64	19.9
>8	5	1.6
Purata±SP	3.54±1.91	
Min-Mak	1-12	
Jumlah tahun pendidikan responden (tahun)		
Tidak bersekolah	43	13.4
1-6	104	32.3
7-9	71	22.0
≥10	104	32.3
Purata±SP	7.64±3.85	
Min-Mak	0-17	

Jadual 1 (sambungan)

Kategori	Kekerapan(n)	Peratus (%)
Jumlah tahun pendidikan suami responden (tahun)		
Tidak bersekolah	123	38.2
1-6	62	19.3
7-9	56	17.4
≥10	81	25.2
Purata±SP	5.75±5.09	
Min-Mak	0-22	
Bilangan ahli keluarga menghidap penyakit kronik (orang)		
Tiada	138	42.9
1	149	46.3
2	31	9.6
3	3	0.9
4	1	0.3
Purata±SP	1.22 ±0.49	
Min-Mak	1-4	
Pekerjaan responden		
Suri rumah	189	58.7
Buruh	53	16.5
Berniaga	17	5.3
Sektor Awam/Swasta	58	18.0
Pesara	4	1.2
Lain-lain (bekerja sendiri)	1	0.3
Pekerjaan suami		
Tidak bekerja	185	57.5
Buruh	13	4.0
Berniaga	22	6.8
Sektor Awam/Swasta	76	23.6
Pesara	21	6.5
Lain-lain (bekerja sendiri)	5	1.6
Jenis bantuan yang diterima		
Bantuan am	105	32.6
Bantuan kanak-kanak	82	25.5
Bantuan OKU tidak berupaya bekerja	25	7.8
Bantuan orang tua	64	19.9
Elaun pekerja cacat	38	11.8
Bantuan penjagaan OKU terlantar dan pesakit kronik terlantar	8	2.4

Jadual 1 (sambungan)

Kategori	Kekerapan (n)	Peratus (%)
Jumlah bantuan yang diterima (RM)		
<150	65	20.2
151-300	226	70.2
301-450	31	9.6
Purata±SP	259.89±87.24	
Min-Mak	80-450	
*Pendapatan bulanan isi rumah (RM)		
≤763	86	26.7
≥763	236	73.3
Purata±SP	RM1498.67±1.25	
Min-Mak	RM110-RM11300	
**Perbelanjaan Makanan dan Minuman (RM)		
<444	167	51.9
≥444	155	48.1
Purata±SP	RM556.23±RM444.18	
Min-Mak	RM65-RM4000	
**Peratus jumlah perbelanjaan makanan daripada jumlah pendapatan isi rumah (%)		
<20.3	48	14.9
>20.3	274	85.1
Purata±SP	40.20±1.97	
Min-Mak	2.78-90.91	

*Paras Garis Kemiskinan Malaysia (PGK), Unit Perancang Ekonomi, Jabatan Perdana Menteri, 2009.

**Purata perbelanjaan setiap kumpulan barangan dan perkhidmatan dalam *Laporan Perbelanjaan Isi rumah Malaysia*, Jabatan Perangkaan Malaysia, 2010.

Min=Minimum

Mak=Maksimum

SP=Sisihan piawai

Purata umur responden dalam kajian ini ialah 45.55±8.71. Data menunjukkan sebanyak 57.1 peratus responden dalam kajian ini berstatus berkahwin, 35.4 peratus berstatus ibu tunggal dan 7.5 peratus bujang. Kira-kira 49.4 peratus responden mempunyai bilangan isi rumah seramai 5 hingga 9 orang dan purata bilangan isi rumah responden dalam kajian ini ialah 4.82±2.19. Dapatan menunjukkan purata isi rumah dalam sampel kajian ini lebih tinggi berbanding dengan purata isi rumah negara, iaitu sebanyak 4.31 (Jabatan Perangkaan Malaysia, 2010). Purata bilangan anak ialah 3.54±1.91.

Sebanyak 32.9 peratus responden mempunyai tahap pendidikan sehingga sekolah rendah manakala 38.2 peratus daripada suami responden tidak bersekolah. Purata tahun bersekolah bagi responden dan suami responden ialah 7.64 ± 3.85 dan 5.75 ± 5.09 . Kira-kira 46.3 peratus responden mempunyai seorang daripada ahli keluarga yang menghidap penyakit kronik seperti kencing manis, darah tinggi, jantung dan kanser. Lebih daripada separuh responden ialah suri rumah (58.7%), manakala yang selebihnya iaitu 18.0 peratus bekerja dalam sektor awam/swasta, dan 16.5 peratus bekerja sebagai buruh seperti tukang sapu, tukang cuci, atau pengasuh, 5.3 peratus berniaga, 1.2 peratus ialah pesara dan 0.3 peratus bekerja sendiri. Manakala, kira-kira 57.5 peratus daripada suami responden tidak bekerja, 23.6 peratus bekerja dalam sektor awam/swasta, 6.8 peratus berniaga, 6.5 peratus pesara kerajaan, 4.0 peratus bekerja sebagai buruh dan 1.6 peratus bekerja sendiri.

Purata jumlah pendapatan isi rumah adalah sebanyak RM1498.67 \pm 1.25. Jumlah pendapatan isi rumah responden adalah berdasarkan pendapatan responden dan suami, pendapatan ahli isi rumah yang lain yang tinggal bersama-sama, gaji pekerjaan sampingan dan wang bantuan pada setiap bulan. Jumlah pendapatan responden telah dikategorikan berdasarkan Pendapatan Garis Kemiskinan (PGK) Unit Perancang Ekonomi (2009). Kira-kira 26.7 peratus daripada isi rumah responden dikategorikan sebagai miskin berdasarkan paras garis kemiskinan negara. Seterusnya, responden yang berpendapatan melebihi RM763 adalah sebanyak 73.3 peratus. Sesebuah isi rumah dianggap miskin apabila pendapatan bulanan isi rumah tersebut kurang daripada nilai PGK (\leq RM763), seperti yang ditetapkan dalam Rancangan Malaysia ke-10. Dengan ini dapat disimpulkan bahawa 26.7 peratus responden tergolong dalam kategori golongan miskin. Hal ini bermakna isi rumah tersebut mengalami kekurangan sumber kewangan bagi memenuhi keperluan asas untuk setiap ahli keluarganya. Sementara itu, isi rumah dianggap sebagai miskin tegar sekiranya pendapatan bulanan isi rumah tersebut kurang daripada PGK makanan, iaitu di bawah RM430, khususnya keperluan asas terhadap makanan.

Status jaminan kedapatan makanan

Sebanyak 33.2 peratus daripada responden mengalami jaminan kedapatan makanan, 33.5 peratus responden mengalami tiada jaminan kedapatan makanan sederhana manakala 33.2 peratus responden mengalami tiada jaminan kedapatan makanan yang teruk. Secara keseluruhannya, majoriti responden (66.7%) mengalami tiada jaminan kedapatan makanan manakala 33.2 peratus responden mengalami jaminan kedapatan makanan.

Jadual 2: Status jaminan kedapatan makanan

Status jaminan kedapatan makanan	n (%)
1 st tertile (Jaminan kedapatan makanan)	107(33.2)
2 nd tertile (Tiada jaminan kedapatan makanan sederhana)	108(33.5)
3 rd tertile (Tiada jaminan kedapatan makanan teruk)	107(33.2)

Peratus tahap jaminan kedapatan makanan dalam kalangan isi rumah kajian (66.7%) adalah tinggi sedikit berbanding dengan kajian yang dijalankan dalam kalangan isi rumah yang berpendapatan rendah di Kuala Lumpur (65.7%) (Zalilah & Ang, 2001). Perbezaan peratusan ini disebabkan oleh jumlah pendapatan yang diperolehi oleh isi rumah. Isi rumah dalam kajian di Kuala Lumpur mempunyai pendapatan yang tetap manakala isi rumah dalam kajian ini kebanyakannya tidak mempunyai pendapatan yang tetap. Seterusnya, kajian oleh Masoumeh (2006) pula menunjukkan bahawa 85.2 peratus isi rumah mengalami tiada jaminan kedapatan makanan dalam kalangan isi rumah India dari estet kelapa sawit yang terpilih di Negeri Sembilan. Kajian yang dilakukan oleh Norhasmah *et al.* (2012) pula menunjukkan sebanyak 73.8 peratus isi rumah penerima bantuan Jabatan Kebajikan Masyarakat di Hulu Langat, Selangor mengalami tiada jaminan kedapatan makanan.

Pengukuran antropometri

Sebanyak 58.1 peratus responden mempunyai berat badan yang berlebihan dan obesiti. Manakala 59.9 peratus responden mempunyai nisbah pinggang-pinggul yang tinggi, iaitu ≥ 0.85 . Masalah berat badan berlebihan dan obesiti menyumbang kepada penyakit yang kronik seperti sakit jantung, darah tinggi, kencing manis dan juga emosi yang tidak stabil kerana kurang keyakinan diri dan mengalami tekanan kerana tidak dapat hidup secara aktif dan sihat seperti orang lain. Kajian yang dijalankan oleh Norhasmah (2010) juga menunjukkan peratusan berat badan berlebihan dan obesiti yang tinggi dalam kalangan wanita di Kelantan, iaitu sebanyak 53.0 peratus. Peratusan berat badan berlebihan dan obesiti dalam kedua-dua kajian ini adalah tinggi, iaitu 58.1 peratus dan 53.0 peratus berbanding dengan kajian yang dilakukan oleh *National Health and Morbidity Survey* (NHMS, 2015) iaitu 33.4 peratus dan 30.0 peratus berdasarkan klasifikasi *Malaysia Clinical Practise Guideline of Obesity* (2004). Perbezaan peratusan berat badan berlebihan dan obesiti dalam kajian ini berbeza dengan kajian yang lain disebabkan oleh perbezaan aktiviti fizikal, saiz sampel, umur responden, bangsa dan lokasi kajian.

Pengambilan makanan

Jadual 3 menunjukkan purata tenaga dan pengambilan nutrien oleh responden berbanding dengan *Recommended Nutrient Intake for Malaysian* (RNI) (NCCFN, 2005). Purata pengambilan tenaga oleh responden ialah 1025.32 ± 379.1 . Purata pengambilan tenaga oleh responden adalah rendah berbanding dengan RNI, iaitu wanita yang berumur 19 hingga 29 tahun perlu mengambil tenaga sebanyak 2000kcal dan 2180kcal untuk wanita yang berumur 30 hingga 50 dan 51 hingga 59 tahun. *The Malaysian Adult Nutrition Survey* (MANS) mendapati bahawa purata pengambilan tenaga dalam kalangan wanita di Sabah, Sarawak dan empat zon di Semenanjung Malaysia (Timur, Barat, Utara, Selatan) adalah rendah berbanding dengan RNI (Mirnalini *et al.*, 2008). Kajian yang dijalankan dalam kalangan wanita di kawasan luar Bandar di Selangor mendapati purata pengambilan tenaga adalah rendah, iaitu antara 1550 hingga 1581kcal (Zalilah & Khor, 2005). Pengambilan tenaga dan nutrien yang rendah dalam kalangan wanita boleh menyebabkan kekurangan nutrien.

Purata pengambilan protein oleh responden adalah rendah, iaitu $40.5 \pm 2.12g$ berbanding dengan RNI yang mencadangkan wanita yang berumur 19 hingga 59 tahun perlu mengambil protein sebanyak 55g manakala purata pengambilan kalsium pula ialah $290.0 \pm 2.47mg$, iaitu rendah daripada RNI yang mencadangkan 800mg bagi wanita berumur 19 hingga 50 tahun dan 1000mg bagi wanita berumur 51 hingga 59 tahun. MANS mendapati bahawa purata pengambilan kalsium dalam kalangan wanita di Sabah, Sarawak dan empat zon di Semenanjung Malaysia (Timur, Barat, Utara, Selatan) adalah rendah berbanding dengan RNI, iaitu $397.2 \pm 3.5mg$ (Mirnalini *et al.*, 2008). Pengambilan kalsium yang rendah juga telah dikenal pasti sebagai faktor penyebab kanser kolon dan penyakit darah tinggi yang semakin meningkat dalam kalangan rakyat Malaysia (Wu *et al.*, 2002).

Purata pengambilan zat besi pula ialah $10.1 \pm 8.4mg$, iaitu rendah daripada RNI (29mg bagi yang berumur 19 hingga 50 tahun dan 11mg bagi yang berumur 51 hingga 59 tahun). *The European Nutrition and Health Report* (Eurodiet, 2004) mendapati bahawa pengambilan zat besi dalam kalangan wanita Portugal adalah di bawah garis panduan, iaitu 15mg sehari. Pengambilan zat besi yang rendah oleh responden ini boleh menyebabkan kekurangan zat besi dan anemia kepada responden. Kekurangan zat besi juga boleh mengganggu prestasi kerja (Hans & Brownlie, 2001).

Jadual 3: Pengambilan tenaga dan nutrien oleh responden

Kategori	n(%)	Purata±SP
Tenaga (kkal) ≤RNI ≥RNI	321(99.5) 1(0.5)	1025.32±379.1
Protein (g) ≤RNI ≥RNI	257(79.8) 65(20.2)	40.5±2.12
Kalsium (mg) ≤RNI ≥RNI	315(97.8) 7(2.2)	290.0±2.47
Zat Besi (mg) ≤RNI ≥RNI	266(82.6) 56(17.4)	10.1±8.4
Iodin (µg) ≤RNI ≥RNI	322(100.0) 0(0)	0±0
Zink (mg) ≤RNI ≥RNI	289(89.8) 33(10.2)	2.5±2.2
Selenium (µg) ≤RNI ≥RNI	229(71.1) 93(28.9)	17.5±2.2
Vitamin B1 (Tiamina) (mg) ≤RNI ≥RNI	303(94.1) 19(5.9)	0.6±1.04
Vitamin B2 (Riboflavin) (nmg) ≤RNI ≥RNI	280(87.0) 42(13.0)	0.7±0.5
Vitamin B3 (Niasin) (mg NE) ≤RNI ≥RNI	307(95.3) 15(4.7)	6.3±4.3
Vitamin B9 (Asid Folik) (µg) ≤RNI ≥RNI	320(99.4) 2(0.6)	49.2±7.1

Jadual 3 (sambungan)

Kategori	n(%)	Purata±SP
Vitamin C (mg)		
≤RNI	251(78.0)	38.8±4.8
≥RNI	71(22.0)	
Vitamin A(µg)		
≤RNI	196(60.9)	5.6±4.9
≥RNI	126(39.1)	
Vitamin D (µg)		
≤RNI	321(99.7)	0.2±0.9
≥RNI	1(0.3)	
Vitamin E (mg)		
≤RNI	306(95.0)	3.0±2.7
≥RNI	16(5.0)	

Kesemua responden (100.0%) mengambil iodin manakala purata pengambilan zink ialah 2.5±2.2mg iaitu rendah daripada RNI (4.9mg). Purata pengambilan selenium pula ialah 17.5±2.2µg. Purata pengambilan selenium juga rendah dibandingkan dengan RNI, iaitu sebanyak 25µg. Purata pengambilan tiamina, riboflavin, niasin dan asid folik masing-masing ialah 0.6±1.04, 0.7±0.5, 6.3±4.3 dan 49.2±7.1. Keempat-empat pengambilan mikronutrien ini rendah daripada RNI iaitu bagi tiamina 1.1mg, riboflavin 1.1mg, niasin 14mgNE dan 400µg bagi asid folik. Purata pengambilan vitamin C ialah 38.8±4.8, iaitu rendah daripada RNI (70mg). Purata pengambilan vitamin C yang rendah disebabkan kekurangan pengambilan buah-buahan dan sayur-sayuran. Purata pengambilan vitamin A pula ialah 5.6±4.9, juga rendah daripada RNI (500µg). MANS mendapati bahawa purata pengambilan vitamin A dan C juga rendah dalam kajian yang dilakukannya jika dibandingkan dengan RNI (Mirnalini, 2008). Purata pengambilan vitamin D dan purata pengambilan vitamin E ialah 0.2±0.9 dan 3.0±2.7. Purata pengambilan vitamin D adalah rendah dibandingkan dengan RNI, iaitu 10µg bagi berumur 19 hingga 50 tahun dan 15µg bagi yang berumur 51 hingga 59 tahun, dan pengambilan vitamin E juga rendah, iaitu 7.5mg. Secara keseluruhannya, kesemua makronutrien dan mikronutrien dalam kajian ini adalah rendah jika dibandingkan dengan RNI.

Kesejahteraan kesihatan

Jadual 4 dan Jadual 5 menunjukkan kesejahteraan kesihatan responden yang diukur dengan menggunakan instrument *Short Form 36* (SF 36). Kesejahteraan kesihatan responden terbahagi kepada dua, iaitu kesihatan fizikal dan kesihatan mental. Purata skor kesejahteraan kesihatan fizikal diukur berdasarkan empat dimensi iaitu fungsi fizikal (74.06), peranan fungsi fizikal (66.07), sakit badan (67.19) dan kesihatan umum (58.48) (Jadual 4).

Purata skor kesejahteraan kesihatan mental pula diukur berdasarkan empat dimensi iaitu kecergasan (54.36), fungsi sosial (83.15), peranan emosi (78.57) dan kesihatan mental (59.69) (Jadual 5). Hasil kajian menunjukkan kesejahteraan kesihatan fizikal responden (46.79) adalah lebih baik berbanding dengan kesejahteraan kesihatan mental responden (45.59).

Jadual 4: Kesejahteraan kesihatan fizikal responden

Dimensi	Purata	Sisihan Piawai (SP)	Minimum	Maksimum
Fungsi Fizikal (PF)	74.06	2.64	0.0	100.0
Peranan Fungsi Fizikal (RP)	66.07	4.67	0.0	100.0
Kesakitan Tubuh (BP)	67.19	2.50	0.0	100.0
Kesihatan Umum (GH)	58.48	2.29	5.0	100.0

Jadual 5: Kesejahteraan kesihatan mental responden

Dimensi	Purata	Sisihan Piawai (SP)	Minimum	Maksimum
Kecergasan (VT)	54.36	1.31	15.0	100.0
Fungsi Sosial (SF)	83.15	1.98	12.5	100.0
Peranan Emosi (RE)	78.57	3.99	0.0	100.0
Kesihatan Mental (MH)	59.69	1.51	16.0	100.0

Kesimpulan dan Cadangan

Peratusan tahap tiada jaminan kedapatan makanan yang tinggi dalam kalangan penerima bantuan Jabatan Kebajikan Masyarakat di kawasan Bangi dan Kajang perlu diberi perhatian oleh pihak kerajaan dan agensi yang berkaitan. Tiada jaminan kedapatan ini turut memberi implikasi negatif pada status pemakanan dan kesejahteraan kesihatan responden. Peratus pencapaian RNI yang rendah menunjukkan kualiti diet responden dipengaruhi oleh tiada jaminan kedapatan makanan. Aspek kesejahteraan kesihatan perlu diberi perhatian sewajarnya khususnya terhadap dimensi kesihatan umum, kecergasan dan kesihatan mental dalam kalangan responden. Pihak kerajaan seharusnya memainkan peranan untuk membantu responden dalam mengatasi masalah tiada jaminan kedapatan makanan ini dengan cara mengkaji semula jumlah wang bantuan atau memberi bantuan dalam bentuk kupon makanan (*food stamp*) seperti dilakukan di sesetengah negara.

Rujukan

Campbell, C.C. (1991). Food insecurity: a nutritional outcome or a predictor variable? *Journal of Nutrition*, 121, 408-415.

Coleman-Jensen, A., Nord, M., Andrews, M., & Carlson, S. "Household Food Security in the United States in 2010". ERR-125, U.S. Dept. of Agriculture, Econ. Res. Serv. September 2011.

Davis, B., & Tarasuk, V. (1994). Hunger in Canada. *Agriculture and Human Values* 11(4), 50-57.

Haas, J.D. & Brownlie, T. (2001). Iron deficiency and reduced work capacity: a critical review of the research to determine a causal relationship. *Journal of Nutrition*, 131 (2S-2), 676S-688S.

Hilary, K., Barbara, A., & Margot, B. (2010). Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants. *Journal of Nutrition*, 140, 304-310.

Institute for Public Health (IPH). (2015). National Health and Morbidity Survey 2015 (NHMS 2015). Vol. II: Non-Communicable Diseases, Risk Factors & Other Health Problems; 2015.

Jabatan Perangkaan Malaysia. (2010). Laporan Penyiasatan Perbelanjaan Isi Rumah 2009/10. Buku Tahunan Perangkaan Malaysia 2010. Dimuat turun daripada <http://www.statistic.gov.my>.

Kendall, A., Olson, C. M., & Frongillo, E. A. (1995). Validation of the radimer/cornell measures of hunger and food insecurity. *Journal of Nutrition*, 125, 2793-2801.

Kendall, A., Oslon, C.M., & Frongillo, E.A. (1996). Relationship of hunger and food insecurity to food availability and consumption. *Journal of the American Dietetic Association*.96, 1019-1024.

Kirpatrick, S.I., & Tarasuk, V. (2008). Food insecurity is associated with nutrient inadequancies among canadian adults and adolescents. *Journal of Nutrition*, 138, 604-612.

Lee, J.S., & Frongillo, E.A. (2001). Nutritional and health consequence are associated with food insecurity among U.S. ederly persons. *Journal of Nutrition*, 131, 1503-1509.

Masoumeh, M.K. (2006). Food insecurity, health and nutritional status of Indian women from palm plantations in Negeri Sembilan, Malaysia.

Norhasmah, S., Zalilah, M.S., Mirnalini, K., Mohd Nasir, M.T., & Asnarulkhadi, A.S. (2012). Household food insecurity among urban welfare recipient households in Hulu Langat, Selangor. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 20(2), 405-420.

Norhasmah, S., Zalilah, M.S., Mirnalini, K., Mohd Nasir, M.T., & Asnarulkhadi, A.S. (2009). Factors contributing to household food insecurity. *Malaysian Journal of Consumer*, 12, 55-64.

National Coordinating Committee on Food and Nutrition. (2005). *Recommended Nutrient Intake for Malaysia (RNI). A report of the Technical Working Group on Nutritional Guidelines.* Ministry of Health Malaysia. Putrajaya.

Olson, C.M., Rauschenbach, B.S., Frongillo, E.A., & Kendall, A. (1997). Factors contributing to household food insecurity in a rural upstate New York country. *Family Economics and Nutrition Review*, 10, 2-17.

Pardilla, M., Prasad, D., Suratkar, S., & Gittelsohn, J. (2014). High levels of household food insecurity on the Navajo nation. *Public Health Nutrition*, 17(1), 58-65.

Rose, D., & Charlton, K.E. (2002). Quantitative indicators from a food expenditure survey can be used to target the food insecure in South Africa. *Journal of Nutrition*, 132, 3235-3242.

Tarasuk, V.S. & Beaton, G.H. (1999). Women's dietary intakes in the context of household food insecurity. *Journal of Nutrition*, 129, 672-679.

Tarasuk, V., McIntyre, L., & Jinguang, L. (2007). Low-income women's dietary intakes are sensitive to the depletion of household resources in one month. *Journal of Nutrition*, 137, 1980-1987.

The third National Health and Morbidity Survey (NHMS III). (2006). Ministry of Health, Malaysia, Kuala Lumpur.

Unit Perancang Ekonomi. (2009). Pendapatan Garis Kemiskinan (PGK). Dimuat turun pada Ogos 15, 2010 dari laman web http://www.kpkt.gov.my/kpkt/fileupload/PENDAPATAN_GARIS_KEMISKINAN2007.pdf

US Department of Agriculture, Economic Research Service. (2011). ERS/USDA Briefing Room – Food Security in the United States: Key Statistics and Graphics. http://www.ers.usda.gov/Briefing/FoodSecurity/stats_graphs.htm (accessed March 2012).

US Census Bureau. (2010). American FactFinder. S1701: Poverty Status in the Past 12 Months: 2006–2010 American Community Survey 5-Year Estimates. http://factfinder2.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?pid5ACS_10_5_YR_S1701&prodType5table (accessed April 2012).

US Department of Agriculture. (2012). Food Desert Locator:<http://www.ers.usda.gov/Data/FoodDesert/fooddesert.html> (Dimuat turun April 2012).

World Bank. (2011). Food Price Watch.http://www.worldbank.org/foodcrisis/food_price_watch_report_feb2011.html

Zalilah M.S., & Ang, M. (2001). Assessment of food insecurity among low income households in Kuala Lumpur using the radimer/cornell food insecurity instrument: a validation study. *Malaysian Journal of Nutrition*, 7(1&2), 15-32.

Zalilah M.S., & Khor, G.L. (2004). Indicators and nutritional outcomes of household food insecurity among a sample of rural Malaysian women. *Pakistan Journal of Nutrition*, 3(1), 50-55.