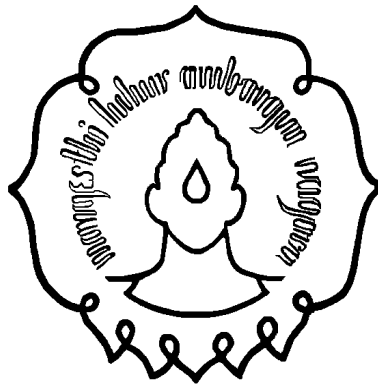


**PENGARUH TINGKAT PENDIDIKAN IBU, AKTIVITAS EKONOMI
IBU, DAN PENDAPATAN KELUARGA TERHADAP STATUS GIZI
BALITA DI KECAMATAN SIMO, KABUPATEN BOYOLALI**

SKRIPSI

**Diajukan Untuk Melengkapi Tugas-Tugas dan Memenuhi Syarat Guna
Mencapai Sarjana Ekonomi**



Disusun Oleh:

NUGRAHENI RESTU KUSUMANINGRUM

F 0199052

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA**

2003

ABSTRAK

PENGARUH TINGKAT PENDIDIKAN IBU, AKTIVITAS EKONOMI IBU, DAN PENDAPATAN KELUARGA TERHADAP STATUS GIZI BALITA DI KECAMATAN SIMO, KABUPATEN BOYOLALI

**NUGRAHENI RESTU KUSUMANINGRUM
F0199052**

Malnutrisi banyak terjadi pada anak-anak balita di negara sedang berkembang terutama dengan tingkat perekonomian yang belum maju. Hal tersebut juga terjadi di Indonesia dimana Indonesia merupakan salah satu negara berkembang. Berdasarkan data terakhir pada tahun 1999 sebesar 26,4 % balita menderita KEP. Melihat masih banyaknya balita yang menderita KEP maka penulis tertarik untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi status gizi balita. Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali. Kecamatan Simo diambil sebagai daerah penelitian karena balita yang menderita status gizi buruk masih cukup besar yaitu sebesar 8,8 %.

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan pertama untuk mendeskripsikan ibu dan rumah tangga di Kecamatan Simo. Kedua untuk mengetahui pengaruh tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo. Sebanyak 3 kelurahan diambil sebagai daerah sampel dengan jumlah sampel sebanyak 98 responden yang terdiri dari para ibu rumah tangga yang memiliki balita. Sampel diambil secara undian dari 3 kelurahan yang terpilih. Didalam penelitian ini uji yang digunakan adalah tabulasi silang dan regresi linier berganda.

Dari penelitian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga berpengaruh terhadap status gizi balita. Berdasarkan penelitian yang dilakukan dapat disarankan kepada Dinas Pendidikan Nasional agar dapat lebih meningkatkan penyuluhan terhadap penduduk yang belum bersekolah, sehingga penduduk yang belum sekolah dapat ditekan jumlahnya. Disarankan juga kepada instansi pemerintah dan Dinas Kesehatan yang terkait agar lebih meningkatkan kerjasama didalam memberikan penyuluhan kepada ibu rumah tangga sehingga kondisi lingkungan keluarga menjadi lebih sehat dan kondisi kesehatan balitanya menjadi lebih baik.

Kata kunci : Status gizi balita, tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Bangsa Indonesia masih berada di tengah krisis multi dimensional yang berawal dari krisis moneter, ekonomi, politik, sosial kemasyarakatan dan telah memuncak menjadi krisis kepercayaan dan kewibawaan yang berkepanjangan dan sungguh memprihatinkan. Sebagian besar rakyat tidak percaya lagi pada aparat pemerintahan, anak-anak tidak percaya lagi kepada orang tua dan guru, dan sebaliknya. Krisis yang paling berbahaya yaitu bila sudah tidak percaya lagi pada kemampuan diri sendiri, sangat tergantung kepada kekuatan orang atau bangsa lain sehingga terjadi krisis kemandirian dan krisis identitas diri sebagai bagian dari krisis identitas bangsa (Pikiran Rakyat, 2 Mei 2001).

Sementara itu bangsa Indonesia dihadapkan pada tantangan masa depan dan globalisasi yaitu kehidupan yang semakin transparan, persaingan yang semakin ketat yang tidak dapat dihindari yang menuntut manusia Indonesia yang unggul dan berkualitas tinggi dalam berbagai bidang. Menghadapi krisis dan tantangan masa depan tiada pilihan lain lagi bagi Indonesia selain harus menghadapinya dengan moral dan akhlak mulia, akal yang cerdas dan kaya akan ilmu serta teknologi yang harus dipersiapkan secara sungguh-sungguh sehingga Indonesia mampu bersaing

dengan sehat dan kuat. Bila tidak maka Indonesia hanya akan menjadi penonton pinggiran yang tidak dianggap oleh bangsa lain.

Perkembangan kualitas manusia Indonesia telah mengalami perkembangan yang cukup bagus, seperti tampak dari beberapa kriteria yaitu pendidikan, kesehatan dan ekonomi. Indonesia di tahun 1998 telah berhasil mencapai angka melek huruf sebesar 84 %. Sedangkan untuk angka buta huruf untuk perempuan sebesar 9 % dan laki-laki sebesar 20 % (World Bank, 2000).

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik tahun 2000 jumlah penduduk laki-laki usia 5 tahun keatas yang berhasil menamatkan pendidikannya sekolah dasar keatas sebesar 66 % dan penduduk perempuan yang berhasil menamatkan pendidikan sekolah dasar keatas sebesar 62 %. Adapun komposisi penduduk Indonesia menurut tingkat pendidikan yang ditamatkan tahun 1999-2000 bisa dilihat pada tabel 1.1

Tabel 1.1 Persentase Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan yang Ditamatkan dan Jenis Kelamin di Indonesia tahun 2000

Pendidikan Tertinggi	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
Tidak/belum tamat SD	33,06	37,54	35,49
Sekolah Dasar (SD)	33,52	34,94	34,43
SLTP umum	14,24	12,90	13,65
SLTA umum	15,79	12,17	14,07
Diploma I/II	0,56	0,52	0,54
Akademi/Diploma III	0,84	0,71	0,78
Universitas	1,99	1,22	1,04
Jumlah	50,10 (90.616.866)	49,91 (90.274.347)	100 (180.864.213)

Sumber : BPS, 2000

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk Indonesia telah menikmati pendidikan walaupun baru tingkat sekolah dasar. Proporsi penduduk yang berhasil menamatkan pendidikan diploma I/II keatas sebesar 2,36 % terlalu kecil bila dibandingkan dengan proporsi penduduk yang telah menamatkan pendidikan SLTA kebawah yaitu sebesar 62,15 %. Sedangkan penduduk yang masih buta huruf relatif sudah turun hanya sebesar 35,49 %.

Demikian juga untuk jumlah anak yang bersekolah pada tingkat sekolah dasar juga telah mengalami peningkatan dari 89 % pada tahun 1980 menjadi 99 % pada tahun 1997. Untuk tingkat sekolah menengah juga mengalami peningkatan dari 42 pada tahun 1980 menjadi 56 pada tahun 1997 (World Bank, 2000). Sedangkan anggaran bidang pendidikan pada tahun 2001 baru sebesar 0,7 % dari GDP. Dengan adanya rencana dari pemerintah untuk menaikkan anggaran bidang pendidikan menjadi sebesar 20 % pada tahun anggaran 2003 diharapkan dapat tercapai kualitas manusia Indonesia yang lebih baik.

Melihat Indikator yang lain, seperti jumlah anak balita di Indonesia yang menderita malnutrisi juga telah berhasil ditekan menjadi 34 % pada tahun 1998 dari 35 % pada tahun 1995. Meskipun malnutrisi pada anak balita sangat umum terjadi di negara berkembang terutama pada tingkat pembangunan ekonomi yang kurang baik. Sedangkan, angka harapan hidup waktu lahir telah berada pada posisi yang cukup bagus di tahun 1998 yaitu sebesar 64 untuk laki-laki dan 67 untuk perempuan dan secara

keseluruhan angka harapan hidup di Indonesia sebesar 65,6 tahun. Untuk tingkat kematian bayi, Indonesia telah berhasil menekan angka tersebut dari 125 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1980 menjadi 52 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1998 dan pada tahun 2000 berhasil turun lagi menjadi sebesar 48 per 1000 kelahiran hidup (World Bank, 2000).

Untuk angka Tingkat Kelahiran Total juga berhasil ditekan dari 4,3 pada tahun 1980 menjadi 2,7 pada tahun 1998. Keberhasilan ini tidak lepas dari peran pemerintah dalam menggiatkan program keluarga berencana sehingga angka kelahiran bisa ditekan. Sedangkan untuk tingkat kematian ibu melahirkan angkanya masih cukup tinggi yaitu sebesar 450 per 100.000 kelahiran hidup sehingga masih diperlukan usaha keras dari semua pihak untuk menekan angka tersebut.

Anggaran bidang kesehatan tahun 1990 sampai tahun 1998 sebesar 0,6 % dari GDP. Dengan adanya anggaran kesehatan yang lebih tinggi bisa diharapkan kualitas kesehatan di Indonesia juga lebih baik. Akses masyarakat di dalam menggunakan air bersih dan sanitasi juga telah mengalami peningkatan. Untuk akses dalam penggunaan air bersih terdapat peningkatan dari 39 % pada tahun 1982-1985 menjadi 62 % pada tahun 1990-1996. Sedangkan akses terhadap sanitasi juga meningkat dari 30 % pada tahun 1982-1985 menjadi 51 % pada tahun 1990-1996. Kemajuan tersebut menunjukkan bahwa masyarakat sudah menyadari peran penting dari penggunaan air bersih dan saluran sanitasi bagi kesehatan (World Bank, 2000).

Pendidikan adalah upaya paling efektif untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kualitas sosial-ekonomi, kesehatan, dan gizi yang baik tidak akan dapat bertahan tanpa adanya manusia yang memiliki pendidikan yang berkualitas. Secara domestik perkembangan kualitas sumber daya manusia Indonesia sudah cukup bagus, tetapi bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya seperti Malaysia, Singapura, Thailand, dan Philipina, maka kualitas SDM Indonesia masih kalah. Pada tahun 2002, misalnya, Indonesia menduduki peringkat ke 109 dari 174 negara dalam laporan tahunan UNDP mengenai Indeks Pembangunan Manusia. Pada tahun yang sama Malaysia berada pada posisi 56, Philipina (77), Thailand (67), dan Singapura (22). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 1.2.

Tabel 1.2. Kualitas Hidup Negara- Negara ASEAN

Country	Prev of child malnutrition % children < 5	CMR < 5 per 1000 (1998)	Eo (1998)		Adult illiteracy rate % 15 +		Urban population % (1998)	Acc.Sanitasi on in urban % (1990-1996)
			M	F	M	F		
Indonesia	34	52	64	67	9	20	40	73
Laos	40	-	52	55	38	70	23	70
Malaysia	20	12	70	75	9	18	57	100
Myanmar	43	118	58	62	11	21	27	42
Philipina	30	40	67	71	5	5	58	88
Singapura	-	6	75	79	4	12	100	100
Thailand	-	33	70	75	3	7	21	98
Vietnam	40	42	66	71	5	9	20	43

Keterangan :

Prev of child malnutrition children < 5 : jumlah balita yang menderita malnutrisi

CMR < 5 : angka kematian anak balita

Eo (M : laki-laki) dan (F : perempuan) : usia harapan hidup pada waktu lahir

Adult illiteracy rate 15 + (M : laki-laki) dan (F : perempuan) : tingkat buta huruf

Urban population : penduduk perkotaan

Acc sanitation in urban : akses sanitasi bagi penduduk perkotaan

Sumber : World Bank, 2000

Berdasarkan tabel 1.2. jumlah anak yang menderita malnutrisi di Indonesia pada tahun 1998 masih cukup besar, yaitu 34 %. Posisi ini masih lebih bagus dibandingkan dengan Laos (40 %), Myanmar (43 %) serta Vietnam (40 %) tetapi masih tertinggal bila dibandingkan dengan Malaysia (20 %), dan Philipina (30 %). Sedangkan dari indikator angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup, Indonesia masih mengalami 52 kematian per 1000 kelahiran hidup. Angka ini masih kecil bila dibandingkan dengan Myanmar (118), tetapi masih tertinggal dengan Malaysia (12), Philipina (40), Singapura (6), Thailand (33), dan Vietnam (42).

Untuk usia harapan hidup posisi Indonesia pada tahun 1998 sudah cukup bagus dengan 64 untuk laki-laki dan 67 untuk perempuan. Tingkat ini tidak terlalu tertinggal jauh dari Malaysia dengan 70 untuk laki-laki dan 75 untuk perempuan, Philipina sebesar 67 untuk laki-laki dan 71 untuk perempuan, dan Vietnam 66 untuk laki-laki dan 71 untuk perempuan. Posisi terendah ditempati oleh Laos dengan 52 untuk laki-laki dan 55 untuk perempuan.

Sedangkan untuk tingkat buta huruf posisi Indonesia juga tidak terlalu tertinggal jauh dengan negara Malaysia, Myanmar tetapi masih dibawah Philipina, Singapura, Thailand, dan Vietnam. Untuk jumlah penduduk perkotaan pada tahun 1998, 40 % penduduk Indonesia telah menempati daerah perkotaan. Untuk akses sanitasi bagi penduduk perkotaan posisi Indonesia sudah berada di atas Myanmar, Laos, dan Vietnam tetapi masih dibawah Malaysia, Philipina, Singapura, dan Thailand.

Secara keseluruhan berdasarkan kualitas hidup posisi Indonesia masih dibawah Malaysia, Philipina, Singapura, dan Thailand. Hal ini sangat memprihatinkan mengingat pertumbuhan ekonomi Indonesia sebenarnya tidak terlalu tertinggal jauh dari negara-negara tadi.

Sedangkan dilihat dari aspek kesehatan kualitas manusia Indonesia juga masih rendah bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya seperti terlihat pada tabel 1.3 berikut ini.

Tabel 1.3. Kesehatan Negara – Negara ASEAN

Country	Public exp on health % GDP (1990-1998)	Acc to improved water source % pop (1990-1996)	Acc to sanitation % pop (1990-1996)	IMR (1998)	TFR (1998)	MMR (1990-1998)	Contraceptive rate % women (1990-1998)
Indonesia	0,6	62	51	43	2.7	450	57
Laos	1,2	39	24	96	5.5	650	25
Malaysia	1,3	89	94	8	3.1	39	-
Myanmar	0.2	38	41	78	3.1	230	-
Philipina	1.7	83	77	32	3.6	170	47
Singapura	1.1	100	100	4	1.5	6	-
Thailand	1.7	89	96	29	1.9	44	72
Vietnam	0.4	36	21	34	2.3	160	75

Keterangan :

Public exp on health % GDP th 1990-1998 : persentase GDP bagi kesehatan

Acc to improved water source % pop th 1990-1996 : akses dalam penggunaan air bersih

Acc to sanitation % pop th 1990-1996 : akses dalam penggunaan sanitasi

IMR : tingkat kematian bayi

TFR : tingkat kelahiran total

MMR : tingkat kematian ibu

melahirkan per 100.000 kelahiran hidup

Contraceptive rate % women th 1990-1998 : persentase wanita memakai kontrasepsi

Sumber : World Bank, 2000.

Berdasarkan tabel 1.3 tampak bahwa besarnya anggaran bidang kesehatan di Indonesia masih rendah bila dibandingkan dengan Malaysia, Philipina, Singapura, Thailand; bahkan masih di bawah Laos. Untuk akses terhadap air bersih 62 % dari penduduk Indonesia di tahun 1990-1996 telah menggunakan air bersih untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Posisi ini lebih baik bila dibandingkan dengan Laos (39 %), Myanmar (38 %) dan Vietnam (36 %) tetapi masih berada di bawah

Malaysia (89 %), Philipina (83 %), Singapura (100 %) dan Thailand (89 %). Demikian juga dalam akses terhadap sanitasi posisi Indonesia juga masih tetap berada di bawah negara-negara tadi.

Bila dilihat dari angka kematian bayi pada tahun 1998 angka kematian bayi di Indonesia juga masih tinggi yaitu sebesar 48 per 1000 kelahiran hidup dibandingkan dengan Malaysia (8), Philipina (32), Singapura (4), Thailand (29) dan Vietnam (34). Tetapi Indonesia masih lebih bagus bila dibandingkan dengan Laos (96), dan Myanmar (78). Demikian juga dengan tingkat kelahiran total posisi Indonesia lebih bagus bila dibandingkan dengan Laos, Malaysia, Myanmar, dan Philipina. Sedangkan dari tingkat kematian ibu melahirkan Indonesia masih sangat tinggi yaitu 450 bila dibandingkan dengan Malaysia (39), Philipina (170) Singapura (6), Thailand (44), dan Vietnam (160). Sedangkan untuk pemakaian kontrasepsi 57 % wanita Indonesia telah menggunakan kontrasepsi. Tingkat ini masih lebih bagus bila dibandingkan dengan Philipina (47 %), dan Laos (25 %) sedangkan untuk Malaysia, Myanmar, dan Singapura tidak diketahui jumlahnya.

Dari aspek pendidikan Indonesia juga masih tertinggal bila dibandingkan dengan Malaysia, Philipina, Singapura, dan Thailand. Hal tersebut terlihat dari persentase anggaran bidang pendidikan yang masih terlalu rendah. Konsekuensinya, tingkat partisipasi sekolah masih relatif rendah dibandingkan dengan beberapa negara ASEAN lainnya, seperti tampak dalam tabel 1.4

Tabel 1.4. Pendidikan Negara – Negara ASEAN

Negara	Persentase GNP bagi pendidikan tahun 1997	Tingkat partisipasi sekolah dasar tahun 1997	Tingkat partisipasi sekolah menengah tahun 1997
Indonesia	1,4	99	56
Laos	2,1	73	63
Malaysia	4,9	100	64
Myanmar	1,2	99	54
Philipina	3,4	100	78
Singapura	3,0	91	76
Thailand	4,8	88	48
Vietnam	3,0	100	55

Sumber : World Bank, 2000

Berdasarkan tabel 1.4 tersebut proporsi anak yang bersekolah di tingkat sekolah dasar pada tahun 1997 sebesar 99 yang berarti dari 100 anak usia sekolah dasar terdapat 99 anak yang bersekolah, jumlah tersebut hampir sama dengan negara-negara lain. Posisi terendah untuk jumlah anak yang bersekolah di tingkat sekolah dasar ditempati oleh Laos yaitu 73. Sedangkan untuk tingkat sekolah menengah tingkat partisipasinya adalah 56 pada tahun 1997. Angka ini masih lebih baik bila dibandingkan dengan Myanmar (54), Thailand (48), dan Vietnam (55). Tetapi Indonesia masih dibawah Laos (63), Malaysia (64), Singapura (76), dan Philipina (78). Untuk persentase anggaran bidang pendidikan Indonesia berada pada posisi terendah di atas Myanmar yang berjumlah 1,2 % yaitu sebesar 1,4 % pada tahun 1997. Padahal untuk negara-negara lain anggaran bidang pendidikan mereka cukup besar seperti Laos (2,1 %), Malaysia (4,9 %), Philipina (3,4 %), Singapura (3,0 %), Thailand (4,8 %), dan Vietnam (3,0 %).

Tiga faktor utama HDI yang dikembangkan UNDP adalah pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. Ketiganya berkait erat dengan status gizi masyarakat. Status gizi masyarakat tergambar terutama pada status gizi anak balita dan wanita hamil. Secara umum dapat dikatakan suatu bangsa yang kelompok penduduk balita dan wanita hamilnya banyak menderita gizi kurang akan menghadapi berbagai masalah sumber daya manusia. Tingginya masalah gizi kurang pada kelompok ibu hamil dan balita di Indonesia menunjukkan bahwa bangsa ini akan menghadapi masalah SDM dikemudian hari. Gizi kurang pada anak balita dan ibu hamil dapat menciptakan generasi yang secara fisik dan mental lemah. Terbukti dengan pemerintah dan keluarga harus mengeluarkan biaya kesehatan yang tinggi akibat warganya yang mudah sakit. Selain itu merupakan kelemahan bagi bangsa karena banyaknya bayi, balita, dan ibu yang melahirkan yang meninggal yang seharusnya dapat dicegah dengan memperbaiki keadaan gizinya (Kompas, 25 Juli 2001).

Krisis ekonomi yang berkepanjangan berdampak buruk bagi pengembangan sumber daya manusia Indonesia. Unicef 1999 menyebutkan tingkat inflasi di Indonesia mencapai 80 %, pengangguran nyata 17 juta orang, dan tingkat kemiskinan 174 juta orang. Semua ini berdampak pada kekurangan pangan dan menurunkan kualitas kesehatan dan status gizi masyarakat. Hingga saat ini masalah gizi utama di Indonesia ada empat yaitu kurang energi protein (KEP), anemia gizi besi, kekurangan yodium dan kurang vitamin A. KEP merupakan masalah gizi

yang paling banyak terjadi terbukti dengan ditemukannya anak balita penderita KEP berat (marasmus dan kwashiorkor). Kwashiorkor disebabkan oleh kekurangan protein dan diderita bayi usia enam bulan dan anak balita. Sedang penyebab marasmus adalah kekurangan kalori dan energi atau gejala kekurangan pangan secara keseluruhan (Soekirman, 2000).

KEP ditemukan pada 35,4 % anak balita (sekitar 8,5 juta jiwa) tahun 1995, dan meningkat menjadi 39,8 % tahun 1998. Data Unicef tahun 1999 menunjukkan 10- 12 juta atau sekitar 50-69 % anak balita berstatus gizi sangat buruk dan mengakibatkan kematian. Masa balita adalah masa yang sangat menentukan dalam masa yang akan datang. Perkembangan otak tidak bisa diperbaiki bila mereka kekurangan gizi pada masa itu. Pertumbuhan fisik dan intelektualitas anak juga akan terganggu. Hal ini menyebabkan mereka menjadi generasi yang hilang dan negara akan kehilangan sumber daya manusia yang berkualitas (Kompas, 23 Desember 2001).

Kabupaten Boyolali merupakan salah satu kabupaten yang berada di Propinsi Jawa Tengah. Dari data tahun 2000 balita dengan status gizi buruk sebesar 0,34 %, sedangkan untuk status gizi baik sebesar 77,91 %. Keadaan status gizi buruk di Kabupaten Boyolali masih cukup tinggi walaupun masih ada kabupaten lain dengan persentase status gizi buruk balitanya masih lebih tinggi dari Kabupaten Boyolali seperti Kabupaten Grobogan (0,62 %), Kabupaten Rembang (1,52 %), Kabupaten Kudus

(0,59 %), Kabupaten Jepara (0,41 %), dan Kabupaten Tegal (0,58 %). Tetapi masih banyak kabupaten lain dimana persentase status gizi buruk untuk balitanya lebih kecil dari Kabupaten Boyolali seperti Kabupaten Banyumas (0,00 %), Kabupaten Klaten (0,14 %), Kabupaten Wonogiri (0,20 %), Kabupaten Sragen (0,14 %), Kabupaten Pati (0,19 %), Kabupaten Semarang (0,22 %), dan Kabupaten Temanggung (0,18 %) (Jawa Tengah Dalam Angka 2001).

Kabupaten Boyolali terdiri dari 19 kecamatan yang tersebar di seluruh wilayah boyolali. Data terakhir pada bulan mei tahun 2003 jumlah balita di Kabupaten Boyolali sebesar 56682 dari jumlah tersebut balita yang menderita status gizi buruk sebesar 0,26 % dan untuk status gizi kurang sebesar 2,96 %. Dari data yang didapatkan dari Depkes Kabupaten Boyolali dapat diketahui bahwa masih terdapat kecamatan dengan prevalensi KEP balitanya di atas 5 % yaitu Kecamatan Nogosari (14,8 %), Kecamatan Banyudono (8,9 %), Kecamatan Simo (8,8 %), dan Kecamatan Mojosongo (5,4 %). Selain kecamatan diatas rata-rata prevalensi KEP balitanya sudah dibawah 5 % seperti Kecamatan Selo (0,9 %), Kecamatan Ampel (0,5 %), Kecamatan Musuk (0,5 %), dan Kecamatan Kemusu (0,2 %). Melihat masih banyaknya balita di Kabupaten Boyolali khususnya di Kecamatan Simo yang menderita KEP maka dirakan perlu untuk meneliti faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi status gizi balita (Departemen Kesehatan Kabupaten Boyolali 2003).

Dari penelitian yang dilakukan (Wijanarka, 1991) dan (Luciasari, 1995) telah membuktikan adanya keterkaitan status gizi dan kesehatan ibu dengan bayi yang dilahirkannya. Banyak faktor mempengaruhi status gizi dan kesehatan ibu antara lain faktor ekonomi keluarga yang berdampak pola makan dan kecukupan gizi ibu, faktor sosial budaya yang mendukung kepentingan ibu hamil dan ibu menyusui, faktor pendidikan yang umumnya sangat rendah sehingga berdampak pada pengetahuan ibu yang terbatas mengenai pola hidup sehat dan pentingnya zat gizi bagi kesehatan dan status ibu serta bayi.

Masalah kesehatan dan keadaan gizi di negara berkembang yang sebagian besar penduduknya berstatus sosio ekonomi rendah merupakan masalah tersendiri dan memerlukan perhatian lebih dalam penanganannya. Hal ini dapat dimengerti karena banyak keluarga terutama yang berstatus ekonomi rendah mempunyai anggapan bahwa menu makanan yang baik dan sehat itu harganya mahal sehingga untuk menyediakannya mereka seringkali terbentur pada biaya. Padahal anggapan tersebut tidak selalu benar karena masih banyak faktor yang mempengaruhi.

Pada keluarga miskin lebih banyak uang dikeluarkan untuk membeli bahan makanan pokok seperti beras. Sedangkan pada keluarga mampu lebih banyak uang yang dibelikan untuk bahan makanan yang bukan pokok. Hal ini dapat diartikan bahwa penghasilan merupakan penentu penting bagi kualitas dan kuantitas makanan.

Pola perbelanjaan keluarga miskin dan mampu ada perbedaan. Pada keluarga kurang mampu biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatan tambahannya untuk membeli makanan, sedangkan yang kaya sudah tentu akan lebih kurang dari jumlah itu. Bagian untuk makanan padi-padian akan menurun dan untuk makanan yang dibuat dari susu akan bertambah jika keluarga beranjak ke pendapatan menengah. Sedangkan pada keluarga mampu semakin tinggi pendapatan semakin bertambah besar pula persentase pertambahan pembelanjannya termasuk untuk buah-buahan, sayur-sayuran dan jenis makanan lainnya (Berg, 1986).

Perilaku keluarga yang salah dalam menyediakan makanan pada anak-anaknya juga akan menimbulkan masalah gizi anak. Perilaku ini dipengaruhi oleh pendidikan tentang gizi makanan yang kurang pada ibu. Banyaknya anggota keluarga dapat juga memberikan pengaruh terhadap masalah kesehatan dan gizi anak. Pada keluarga miskin bertambahnya anggota keluarga akan memberikan pengaruh lebih besar dibandingkan pada keluarga dengan status ekonomi yang lebih baik. Hal ini dapat dimengerti sebab dengan bertambahnya anggota keluarga maka jumlah biaya yang tersedia untuk penyediaan makanan bagi tiap-tiap anggota keluarga menjadi berkurang. Pada keadaan demikian jumlah anak yang mengalami malnutrisi akan meningkat pula (Husaini, 1987).

Dengan berbagai keadaan tersebut sangat dirasakan perlu untuk dilakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu dan pendapatan keluarga terhadap status gizi balita. Penelitian ini

mengambil lokasi di Kecamatan Simo. Adapun pertimbangan pemilihan lokasi penelitian tersebut karena melihat data yang diperoleh dari Depkes Kabupaten Boyolali bahwa prevalensi KEP balita di Kecamatan Simo masih sebesar 8,8 % bila dibandingkan dengan prevalensi KEP balita dari kecamatan – kecamatan lain yang rata – rata sudah berada dibawah 5 % (Departemen Kesehatan Kabupaten Boyolali Tahun 2003). Menilik masih banyaknya balita yang menderita kekurangan gizi maka penulis tertarik untuk mengetahui faktor – faktor apa saja yang berpengaruh terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka penelitian ini bertujuan untuk meneliti pengaruh tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga terhadap status gizi balita. Dimana pertanyaannya dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Bagaimanakah karakteristik ibu dan rumah tangga di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali ?
2. Bagaimanakah pengaruh tingkat pendidikan ibu terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo ?
3. Bagaimanakah pengaruh aktivitas ekonomi ibu terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo ?
4. Bagaimanakah pengaruh pendapatan keluarga terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo?

C. Tujuan Penelitian

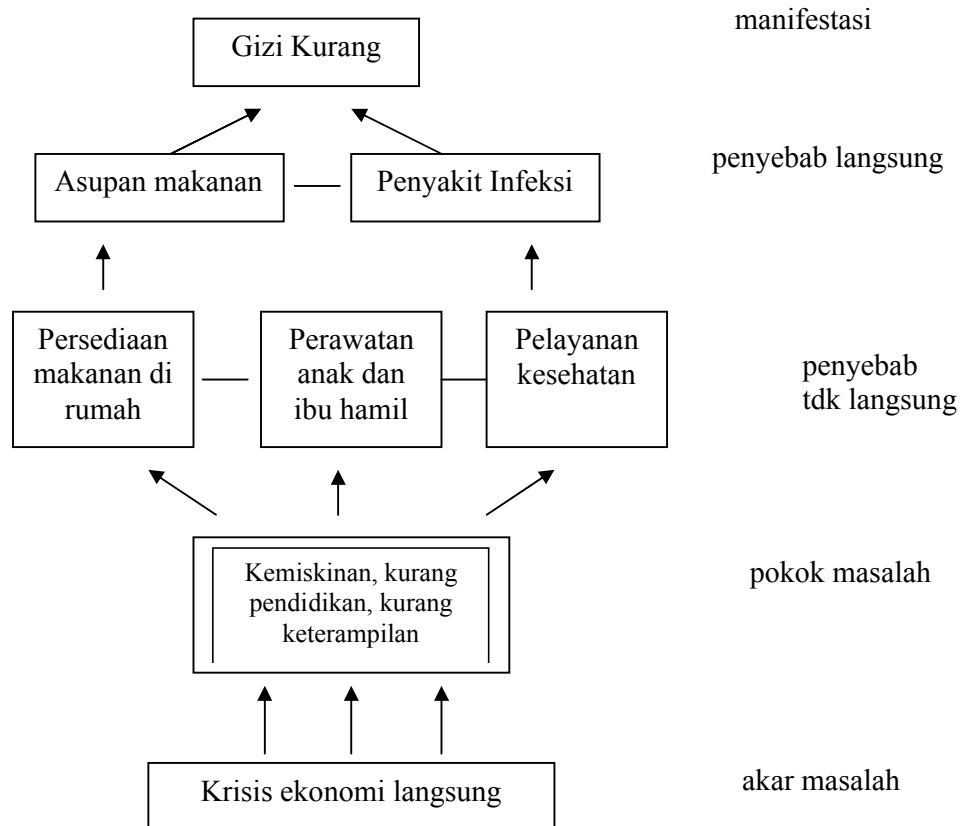
1. Untuk Mendeskripsikan ibu dan rumah tangga di kecamatan Simo, kabupaten Boyolali.
2. Untuk mengetahui pengaruh tingkat pendidikan ibu terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo.
3. Untuk mengetahui pengaruh aktivitas ekonomi ibu terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo.
4. Untuk mengetahui pengaruh pendapatan keluarga terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo.

D. Manfaat Penelitian

1. Dapat memberi masukan bagi ibu rumah tangga dalam memenuhi kebutuhan gizi bagi balitanya.
2. Dapat memberi masukan bagi instansi yang terkait dalam meningkatkan penyuluhan gizi bagi balita.
3. Dapat membantu posyandu yang terkait dalam meningkatkan pemberian gizi bagi balita didaerah yang bersangkutan

E. Kerangka Pemikiran

Hubungan secara tegas gambar 1.1 berikut menunjukkan skema pengaruh tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga terhadap status gizi balita.



Gambar 1.1 Faktor Penyebab Gizi Kurang
Sumber : Supariasa, 2001

Keterangan :

Gambar 1.1. adalah suatu bagan yang diperkenalkan UNICEF mengenai berbagai faktor penyebab KEP. Dari bagan ini terlihat adanya penyebab langsung, penyebab tidak langsung, pokok masalah dan akar masalah. Penyebab langsung yaitu asupan makanan dan penyakit infeksi yang

mungkin diderita anak. Timbulnya KEP tidak hanya karena makanan yang kurang tetapi juga disebabkan oleh adanya penyakit infeksi. Faktor asupan makanan dan penyakit infeksi secara bersama-sama merupakan penyebab KEP.

Sedangkan penyebab tidak langsung yaitu persediaan makanan di rumah, perawatan anak dan ibu hamil, dan pelayanan kesehatan ketiga faktor ini saling berhubungan. Ketiga faktor tidak langsung ini saling berkaitan dan bersumber pada pokok masalah yaitu kemiskinan, kurang pendidikan, dan kurang keterampilan. Pada akhirnya semua tadi bersumber pada akar masalah yaitu krisis ekonomi langsung.

Berdasarkan gambar 1.1.maka penelitian hendak meneliti pengaruh faktor tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga terhadap status gizi balita.

F. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian sebagai berikut :

1. Ada pengaruh positif tingkat pendidikan ibu terhadap status gizi balita.
2. Ada pengaruh negatif aktivitas ekonomi ibu terhadap status gizi balita.
3. Ada pengaruh positif pendapatan keluarga terhadap status gizi balita.

G. Metode Penelitian

1. Data

Data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder. Untuk data primer meliputi identitas responden, tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu yang terdiri dari status ibu bekerja dan status ibu tidak bekerja, besar pendapatan keluarga, jumlah anggota keluarga, dan status gizi balita. Sedangkan data sekunder berasal dari Badan Pusat Statistik yaitu mengenai kondisi sosial ekonomi di Kabupaten Boyolali dan berasal dari monografi Kecamatan Simo tentang kondisi sosial ekonomi kecamatan Simo. Sedangkan untuk data lain berasal dari posyandu dan puskesmas wilayah yang terkait.

2. Populasi dan sampel

Populasi adalah jumlah dari keseluruhan obyek yang karakteristiknya hendak diduga (Djarwanto Ps, 1993). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita yang tinggal di Kecamatan Simo yang berjumlah 3543. Sedangkan sampel adalah sebagian dari populasi yang karakteristiknya hendak diselidiki, dan dianggap bisa mewakili keseluruhan populasi (Djarwanto Ps, 1993). Sampel dalam penelitian ini adalah balita yang tinggal di wilayah kelurahan yang terpilih, sudah dipilih secara acak dengan undian.

3. Teknik Penarikan Sampel

Metode penarikan sampel dilakukan dengan dua tahap. Teknik yang digunakan adalah random sampling berstrata dimana populasi dikelompokkan dalam strata selanjutnya diambil sampel dari tiap strata secara random (Purwaningsih, 2002). Dasar stratifikasi adalah status gizi balita di Kecamatan Simo.

1. Tahap 1.

Dimana dari 13 kelurahan di wilayah kecamatan Simo dapat dikelompokkan menjadi 3 daerah dengan kategori status gizi yang berbeda yang pertama, daerah dengan status gizi balita yang baik, terdiri dari kelurahan Wates, Gunung, Talakbroto, Pentur, Pelem, Teter, Temon, dan Bendungan. Kedua, daerah dengan status gizi balita kurang, yang terdiri dari kelurahan Simo dan Sumber. Ketiga, daerah dengan status gizi balita buruk, yang terdiri dari kelurahan Blagung, Walen, Kedunglengkong. Dari masing – masing daerah tadi diambil masing – masing 1 kelurahan secara acak, sehingga didapatkan 3 kelurahan yang mewakili status gizi balita yang berbeda, yaitu kelurahan Pelem, Simo, dan Blagung.

2. Tahap 2

Populasi balita di kecamatan Simo sebanyak 3543 berdasarkan penetapan sampel untuk populasi yang terbatas (finite population, artinya besarnya populasi itu sudah diketahui) Arkin dan Colton (1957) memberikan daftar tabel tentang besarnya sampel untuk tingkat

confidence interval tertentu dan tingkat reabilitas (SE) tertentu. Berdasarkan hal tersebut maka untuk $p : q = 0,5 : 0,5$ dengan besar populasi 3543, confidence interval = 95 %, reabilitas = 10 % maka besarnya sampel yang harus diambil sebesar 98 (Slamet, 2001). Jadi dengan sampel yang ditetapkan sebanyak 98 balita dari 3 kelurahan yang dipilih tadi akan diambil sampel berdasarkan proporsi jumlah balita di kelurahan yang sudah dipilih. Balita yang terpilih menjadi sampel dipilih secara acak dengan undian.

4. Cara pengumpulan Data.

Cara yang dipakai untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini dengan metode kuesioner dan pencatatan. Metode kuesioner merupakan cara untuk mengumpulkan data dengan langsung menyampaikan pertanyaan dari suatu daftar pertanyaan secara lisan dan tertulis kepada responden. Pertanyaan yang akan diajukan pada responden sudah dipersiapkan terlebih, cara ini digunakan untuk mengumpulkan data primer. Sedangkan dengan cara pencatatan merupakan teknik pengumpulan data dengan menggunakan pencatatan data dari segala sumber yang berkaitan dengan penelitian, cara ini digunakan untuk mengumpulkan data sekunder.

5. Teknis Analisis Data

Untuk kepentingan analisis guna mempermudah pembuktian hipotesis dan penarikan kesimpulan maka proses pengolahan data meliputi tahap editing, koding, tabulasi, dan analisis data. Untuk

analisis data digunakan tabulasi silang dan regresi berganda. Tabulasi silang digunakan untuk mengetahui jumlah atau persentase dari variabel tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga dengan status gizi balita di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali. Perhitungan tabulasi silang menggunakan model Crosstab dengan program SPSS v.10.0

Sedangkan untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen digunakan persamaan regresi berganda. Dimana persamaan umum regresi dapat digambarkan sebagai berikut :

$$Y = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + e_i$$

Berdasarkan persamaan diatas dapat dikembangkan menjadi

$$Y = B_0 + B_1TP + B_2PK + B_3D \text{ (Gujarati, 1991)}$$

dimana B_0 = intersep

e_i = variabel pengganggu

D = variabel dummy aktivitas ekonomi ibu

D = 1, ibu bekerja

D = 0, ibu tidak bekerja

B_1, B_2, B_3 = koefisien regresi

TP = tingkat pendidikan ibu

PK = pendapatan keluarga

Dalam model regresi dengan variabel dummy metode enter menggunakan SPSS versi 10.0. dari uji ini didapatkan uji t dan uji F. Uji t digunakan untuk mengetahui apakah masing – masing variabel

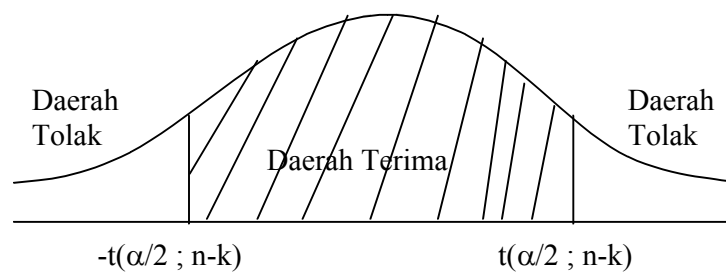
independen berpengaruh signifikan atau tidak terhadap variabel dependen yaitu status gizi balita.

Untuk signifikansinya :

- Hipotesis : $H_0 : \alpha_1 = 0$

Hipotesis: $H_a : \alpha_1 \neq 0$

- t tabel : $t_{\alpha/2 ; N-K}$



gambar 1.2 kriteria pengujian uji t

Keterangan :

- H_0 diterima H_a ditolak jika $-t_{t \alpha / 2 ; n-k} < t_{hitung} < +t_{t \alpha / 2 ; n-k}$.
- H_0 ditolak H_a diterima jika $t_{hitung} < +t_{\alpha / 2 ; n-k}$ atau $t_{hitung} > +t_{\alpha / 2 ; n-k}$.

Nilai t_{hitung} diperoleh dengan rumus :

$$T_{hitung} = \frac{b_1}{Se(b_1)}$$

Dimana :

b_1 = koefisien regresi

$Se(b_1)$ = *standart errors* koefisien regresi

Ada cara lain untuk menguji signifikan tidaknya koefisien regresi adalah dengan menggunakan probabilitas. Jika nilai probabilitas lebih kecil dari tingkat α maka koefisien regresi signifikan pada tingkat α tertentu (Santoso, 2001).

Artinya :

- a. Apabila nilai t hitung $< t$ tabel maka H_0 diterima artinya variabel independen tidak mempengaruhi variabel dependen secara signifikan.
- b. Apabila nilai t hitung $> t$ tabel maka H_0 ditolak artinya variabel independen mampu mempengaruhi variabel dependen secara signifikan pada derajat keyakinan tertentu.

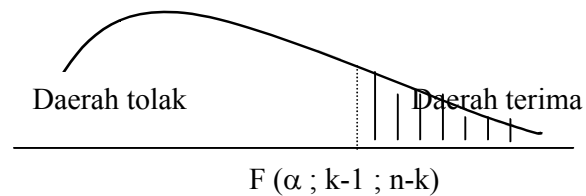
2). Sedangkan uji F digunakan untuk mengetahui apakah variabel bebas secara bersama – sama berpengaruh terhadap variabel tidak bebas.

Untuk signifikansinya :

- Hipotesis : $H_0 : \alpha_0 = \alpha_1 = \alpha_2$

$$H_a : \alpha_0 \neq \alpha_1 \neq \alpha_2$$

- Kriteria pengujian



Gambar 1. 3. Kriteria pengujian uji F

Pengujian dilakukan dengan membandingkan nilai F_{hitung} dengan F_{tabel} . Bila $F_{hitung} > F_{tabel}$, maka H_0 ditolak yang berarti variabel independen secara nyata berpengaruh terhadap variabel dependen secara bersama-sama. Bila $F_{hitung} < F_{tabel}$, maka H_0 diterima yang berarti variabel independen tidak mempengaruhi variabel dependen secara bersama-sama. Ada cara lain untuk menghitung uji F adalah dengan melihat probabilitas (F statistik). Apabila nilai probabilitasnya

jauh lebih kecil dari tingkat α maka berarti secara statistik semua koefisien regresi tersebut signifikan pada tingkat α tertentu (Santoso, 2001).

Rumus F_{hitung} adalah sebagai berikut :

$$F_{hitung} = \frac{R^2 / (k - 1)}{(1 - R^2) / (N - k)}$$

dimana :

R^2 = koefisien determinasi α

N = banyaknya observasi

K = banyaknya variabel

3) Koefisien Determinasi (R^2)

Digunakan untuk mengetahui berapa persen variasi variabel dependen dapat dijelaskan oleh variasi variabel independen, sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel di luar model.

6. Definisi Operasional Variabel

a Variabel dependen

1. Status gizi balita (Y)

Definisi : merupakan keadaan tubuh yang dicerminkan oleh ukuran – ukuran sederhana tubuh. Alat ukur : diukur dengan rasio berat badan dengan umur menurut baku WHO – NCHS.

b Variabel independen

1. Tingkat Pendidikan ibu (TP)

Definisi : Merupakan tingkat pendidikan terakhir yang dicapai oleh ibu dimisalkan sebagai berikut :

Tidak/belum pernah sekolah	0
Tidak tamat SD	5
Tamat SD	6
Tidak tamat SMP	8
Tamat SMP	9

Alat Ukur : berdasarkan tahun sukses yang dicapai ibu

2. **Aktivitas Ekonomi Ibu (D)**

Definisi : ibu bekerja adalah ibu rumah tangga yang melakukan aktivitas untuk mendapatkan keuntungan atau upah yang menyebabkan tersitanya waktu. Sedangkan ibu tidak bekerja adalah ibu rumah tangga yang tidak melakukan aktivitas untuk mendapatkan keuntungan atau upah yang menyebabkan tersitanya waktu. Penilaian aktivitas ekonomi ibu dapat dikategorikan sebagai berikut :

D = 1, status ibu bekerja

D = 0, status ibu tidak bekerja

Alat ukur : diukur sebagai variabel dummy yang diberi kode 1 untuk ibu yang bekerja dan 0 untuk ibu yang tidak bekerja.

3. Pendapatan Keluarga (PK)

Definisi : Merupakan jumlah pendapatan orang tua dari berbagai sumber selama sebulan, dihitung dalam rupiah. Karena kesulitan mengukur pendapatan, maka pendapatan keluarga hanya dicatat berdasarkan pengakuan responden dan diukur dalam rupiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

1. Balita

Bayi sampai anak berusia lima tahun lazim disebut balita. Masa balita merupakan masa yang menentukan dalam tumbuh kembangnya, yang akan menjadi dasar terbentuknya manusia seutuhnya. Oleh karena itu pemerintah memandang perlu untuk memberikan suatu bentuk pelayanan yang menunjang tumbuh kembang balita secara menyeluruh terutama dalam aspek mental dan sosial (Soetjningsih, 1998).

Balita dalam masa pertumbuhannya merupakan kelompok yang rentan terhadap adanya perubahan dalam asupan konsumsi makanan. Intake makanan yang berlebihan atau kekurangan dari yang dibutuhkan akan mempengaruhi status gizinya (Permaesih dkk, 2000).

2 Status gizi balita di Indonesia

Status gizi adalah keadaan tingkat kecukupan dan penggunaan satu nutrien atau lebih yang mempengaruhi kesehatan seseorang. Pada dasarnya keadaan gizi seseorang atau masyarakat dapat digolongkan ke dalam gizi baik dan keadaan gizi salah yang mencakup gizi kurang dan gizi lebih (Widardo, 1996).

Status gizi sejak bayi hingga masa anak-anak sangat mempengaruhi kondisi-kondisi organ seperti otak, jantung, dan tulang penentu kualitas manusia. Dengan kondisi gizi yang baik organ –organ vital akan tumbuh dan berkembang optimal. Sebaliknya gizi yang kurang membuat tumbuh kembangnya terhambat. Pada otak, misalnya gizi buruk akan menyebabkan jumlah sel otak anak berusia dua tahun berkurang 15 – 20 persen lebih kecil dibandingkan dengan balita yang memiliki gizi baik (Permaesih dkk, 2000).

Pengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan ditunjukkan oleh keadaan berat badan atau tinggi badan yang tidak sesuai dengan umur. Sedangkan status gizi lain yang masih menjadi masalah adalah kurang vitamin A (KVA) dan anemi. Sampai saat ini ketiga masalah gizi tersebut masih merupakan masalah gizi utama di Indonesia (Permaesih dkk, 2000).

Indonesia memiliki empat masalah gizi utama, yaitu kurang kalori protein (KKP), xerophthalmia, gondok endemis dan anemia gizi besar. Dari empat masalah tersebut KKP menduduki tempat pertama. Secara umum KEP pada balita sebesar 26,4 % pada tahun 1999, Kurang Vitamin A yang ditunjukkan oleh prevalensi xerophthalmia sebesar 3,3 % pada tahun 1992. Untuk gangguan akibat kurang yodium (GAKY) sebesar 9,8 % pada tahun 1998. Sedangkan anemia gizi pada ibu hamil sebesar 50,9 % pada tahun 1995. Pada tahun 1999 diperkirakan sekitar 1,7 juta balita di Indonesia menderita keadaan gizi buruk menurut berat

badan dan umur. Sekitar 10 % dari 1,7 juta balita ini menderita gizi buruk tingkat berat seperti marasmus, kwashiorkor atau bentuk kombinasi marasmik – kwashiorkor. Untuk gizi buruk sebesar 8,1 % pada tahun 1999 (Departemen Kesehatan RI, 2002)

3. Tingkat Pendidikan Ibu.

Merupakan tingkat pendidikan terakhir yang di capai oleh ibu. Berdasarkan tahun sukses pendidikan ibu.

4. Aktivitas Ekonomi Ibu.

Ibu bekerja adalah ibu rumah tangga yang melakukan aktivitas untuk mendapatkan keuntungan atau upah yang menyebabkan tersitanya waktu dan tempat paling sedikit 5 jam dari waktu kerja dan berlangsung terus-menerus (Yuniati, 1996).

5. Pendapatan Keluarga.

Merupakan jumlah pendapatan orang tua dari berbagai sumber penghasilan selama sebulan, dihitung dalam rupiah.

B. Pengukuran

1. Status gizi.

a. Status Gizi Anak

Status gizi anak balita merupakan salah satu indikator yang dapat dipakai untuk menunjukkan kualitas hidup suatu masyarakat, dan juga memberikan kesempatan intervensi sehingga akibat lebih buruk dapat dicegah dan perencanaan yang lebih baik dilakukan untuk mencegah anak – anak lain dalam penderitaan yang sama. Dikatakan oleh

Kardjati dan Kusin (1985) bahwa penurunan angka prevalensi gizi salah pada anak balita dapat dicapai dengan peningkatan status gizi dan kesehatan anak (Handajani, 1994).

Ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya gizi buruk dalam masa balita antara lain :

- a. Produksi ASI menurun secara drastis terutama setelah bayi mencapai usia 12 bulan.
- b. Makanan yang diberikan kepada anak tidak dapat memenuhi kebutuhan anak akan berbagai zat gizi yang diperlukan.
- c. Pertumbuhan tubuh anak yang dapat diawasi dengan menimbang berat badannya setiap bulan lalai dilakukan.
- d. Anak sangat terbuka terhadap berbagai penyakit infeksi.
- e. Penghasilan keluarga yang terbatas sehingga tidak mungkin bagi keluarga untuk memberikan bahan makanan sumber protein hewani kepada anak secara teratur.
- f. Anak yang berhenti menyusu sebagai gantinya diberi susu buatan (Widardo, 1996).

b. Pengukuran Status Gizi.

Penilaian status gizi dapat dikerjakan melalui dua cara yaitu, cara langsung dan cara tidak langsung. Penilaian status gizi secara langsung dapat dilakukan dengan empat cara yaitu pertama, pemeriksaan klinis. Kedua, pemeriksaan biokimia. Ketiga, pemeriksaan biofisik dan Keempat, antropometri. Sedangkan pemeriksaan gizi secara tidak

langsung dapat dibagi menjadi tiga yaitu : survei konsumsi makanan, statistik vital dan faktor ekologi (Supariasa, 2002). Pemeriksaan dan penilaian status gizi diperlukan untuk melakukan deteksi malnutrisi stadium dini, mengamati proses penyembuhan MEP derajat berat yang memakan waktu yang lama, dan menilai efektivitas program pencegahan (Suyitno, 1984).

Pemeriksaan klinis digunakan untuk meniali status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan – perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ – organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid (Supariasa, 2002). Pemeriksaan klinis relatif lebih murah hanya dengan alat sederhana tanpa menggunakan alat laboratorium yang lebih sukar. Kelemahan dari pemeriksaan klinis ini terletak pada faktor subyektivitas pemeriksa. Oleh karena itu, mereka perlu diberikan pendidikan keterampilan yang cukup untuk mengadakan penilaian gizi secara langsung (Suyitno, 1984).

Penilaian status gizi dengan biokomia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain : darah, urine, tinja dan juga bebrapa jaringan tubuh seperti hati dan otot (Supariasa, 2002). Pemeriksaan biokimiawi memerlukan alat – alat yang lebih rumit dan mahal serta keahlian untuk pemeriksaan

laboratoris. Tujuan pemeriksaan laboratoris ialah untuk mengetahui perubahan kimiawi sedini mungkin pada gangguan gizi dan berusaha menemukan cara yang khas untuk diagnosis (Suyitno, 1984)

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi jaringan dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Umumnya digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemik (Supariasa, 2002).

Penilaian status gizi secara tidak langsung dengan cara survei konsumsi makanan dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi (Supariasa, 2002)

Sedangkan pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi (Supariasa, 2002).

Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi (Supariasa, 2002).

Dari semua cara di atas, pemeriksaan dengan menggunakan antropometri atau ukuran – ukuran tubuh merupakan cara yang paling penting. Pertumbuhan merupakan ciri utama dalam kehidupan masa bayi dan anak disamping tergantung pada pemberian makanan yang cukup. Faktor – faktor lain yang menguntungkan cara antropometri ialah tidak diperlukannya alat yang sukar dan mahal. Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh (Supariasa,2002)

Prosedur pemeriksaannya mudah sehingga petugas lapangan yang dilatih baik akan dapat mengerjakan dengan teliti. Indikator – indikator antropometri yang dipakai di lapangan dapat dibagi menjadi dua yaitu pertama, pertumbuhan linier dimana bentuk dari ukuran linier adalah ukuran yang berhubungan dengan panjang seperti panjang badan, lingkar dada, dan lingkar kepala. Ukuran linier yang rendah biasanya menunjukkan keadaan gizi yang kurang akibat kekurangan energi dan protein yang diderita waktu lampau. Ukuran linier yang paling sering digunakan adalah tinggi atau panjang badan. Kedua, pertumbuhan massa jaringan dimana bentuk dan ukuran massa jaringan adalah massa tubuh. Seperti berat badan, lingkar lengan atas (LLA), dan tebal lemak bawah kulit. Apabila ukuran ini rendah atau kecil, menunjukkan keadaan gizi kurang akibat kekurangan energi dan protein yang

diderita pada waktu pengukuran dilakukan. Ukuran massa jaringan yang paling sering digunakan adalah berat badan (Supariasa, 2002). Baku antropometri banyak bergantung pada umur dan hal ini merupakan kesukaran utama dalam penilaian. Banyak negara berkembang tidak memiliki kebiasaan pencatatan atau syarat administrasi tentang hari kelahiran yang tepat. Salah satu cara untuk mengetahui umur yang mendekati ketepatan ialah membuat kalender kronologis yang berpedoman kejadian – kejadian setempat (Suyitno, 1984).

Sekarang sudah terdapat standar baku World Health Organization – National Center for Health Statistics (WHO– NCHS). Sebelumnya di Indonesia digunakan standar baku Harvard yang menggunakan ukuran persentil. Pada standar WHO–NCHS digunakan ukuran simpang baku. Penggunaan baku rujukan WHO- NCHS direkomendasikan pada semiloka antropometri di Ciloto Jawa Barat 3 – 7 Februari pada tahun 1991. Baku WHO-NCHS digunakan secara seragam sebagai pembandingan dalam penilaian status gizi dan pertumbuhan perorangan maupun masyarakat (Widardo, 1996).

Data pada NCHS ini lebih sesuai dengan perkembangan zaman yang disusun berdasarkan survei yang mantap secara belah melintang meliputi berbagai macam kelompok teknik dan tingkat sosial ekonomi. Kelebihan dari standar baku WHO-NCHS adalah : 1) data tersebut paling baru, 2) mewakili kelompok anak yang umumnya sehat seperti

yang dapat dicapai di negara industri, 3) telah diperhitungkan adanya faktor – faktor kecederungan sekuler pertumbuhan sehingga data NCHS relatif dapat dipergunakan dalam jangka waktu yang lama. Adapun kelemahannya baku WHO-NCHS terbatas penggunaannya pada survei gizi dan proses pemantauan status gizi balita (Widardo, 1996).

Sedangkan kelebihan dari baku Harvard yaitu : 1) Banyak digunakan oleh WHO di negara – negara Asia, 2) sudah digunakan dalam pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, 3) sesuai untuk anak balita. Adapun kelemahannya yaitu : 1) kemungkinan tidak sesuai dengan kondisi di Indonesia, 2) tidak digunakan dalam paket kesehatan ibu dan anak (Suyitno, 1984).

c. Beberapa Indeks Antropometri.

1). Indeks Berat Badan menurut Umur (BB/U)

Indikator BB/U dapat normal, lebih rendah, atau lebih tinggi bila dibandingkan dengan standar WHO. Digolongkan pada status gizi baik bila BB/U normal. Berstatus gizi buruk atau kurang jika BB/U rendah. Dan pada BB/U tinggi dapat digolongkan berstatus gizi lebih. Pada status gizi kurang maupun pada status gizi lebih keduanya mengandung resiko yang tidak baik bagi kesehatan tubuh. Status gizi kurang yang diukur dengan indikator BB/U di dalam ilmu gizi dikelompokkan ke dalam kelompok berat badan rendah (BBR). Menurut tingkat keparahannya BBR dikelompokkan lagi ke dalam

kategori BBR ringan, sedang, dan berat. BBR tingkat berat atau sangat berat sering disebut sebagai status gizi buruk (Soekirman, 2000).

Kelebihan indikator BB/U yaitu pertama, dapat dengan mudah dan cepat dimengerti oleh masyarakat umum. Kedua, sensitif untuk melihat perubahan status gizi dalam jangka pendek. Dan ketiga, dapat mendeteksi kegemukan. Sedangkan kelemahan dari indikator BB/U yaitu pertama, interpretasi status gizi dapat lebih keliru apabila terdapat pembengkakan atau *oedem*. Kedua, data umur yang akurat sulit ditemui terutama pada negara – negara berkembang. Ketiga, kesalahan pada saat pengukuran karena pakaian anak yang tidak dilepas atau anak bergerak terus pada saat penimbangan, Serta kelima, masalah sosial budaya setempat yang mempengaruhi orang tua untuk tidak menimbang anaknya karena seperti barang dagangan (Soekirman, 2000).

2). Indeks Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Pengukuran antropometri yang terbaik adalah menggunakan indikator BB/TB karena ukuran dapat menggambarkan status gizi saat ini dengan lebih sensitif dan spesifik. Sehingga mereka yang BB/TB kurang dapat dikategorikan sebagai kurus. Berat badan berkorelasi linier dengan tinggi badan sehingga dalam keadaan normal perkembangan berat badan akan mengikuti penambahan tinggi badan pada percepatan tertentu. Sehingga berat badan yang normal akan

proporsional dengan tinggi badannya. Merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (Soekirman, 2000).

Kelebihan indikator BB/TB adalah pertama, independen terhadap umur dan ras. Kedua, dapat menilai status kurus dan gemuk. Sedangkan kelemahannya adalah pertama, kesalahan pada saat pengukuran karena pakaian anak tidak dilepas dan anak bergerak terus. Kedua, masalah sosial budaya setempat yang mempengaruhi orangtua untuk tidak mau menimbang anaknya karena dianggap sebagai barang dagangan. Ketiga, kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang atau tinggi badan pada anak balita. Keempat, kesalahan sering dijumpai pada pembacaan skala ukur bila dilakukan oleh petugas yang tidak profesional. Dan kelima, tidak dapat memberikan gambaran apakah anak tersebut pendek, normal, atau jangkung (Soekirman, 2000).

3). Indeks Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)

Hasil pengukuran dengan indikator TB/U dapat dinyatakan normal, kurang dan tinggi menurut standar WHO. Bagi TB/U kurang menurut WHO dikategorikan sebagai pendek tak sesuai umurnya. Tingkat keparahannya dapat digolongkan menjadi ringan, sedang dan berat. Hasil pengukuran TB/U menggambarkan status gizi masa lalu. Seseorang yang tergolong pendek tak sesuai umurnya kemungkinan keadaan gizi masa lalu tidak begitu baik. Berbeda dengan BBR yang diukur dengan BB/U yang mungkin masih dapat diperbaiki dalam

waktu pendek baik pada anak – anak ataupun pada orang dewasa. Maka Pendek tak sesuai umurnya tidak dapat lagi dipulihkan. Dalam keadaan normal tinggi badan tumbuh bersamaan dengan bertambahnya umur. Pengaruh kurang gizi terhadap pertumbuhan tinggi badan baru terlihat dalam waktu yang cukup lama (Soekirman, 2000).

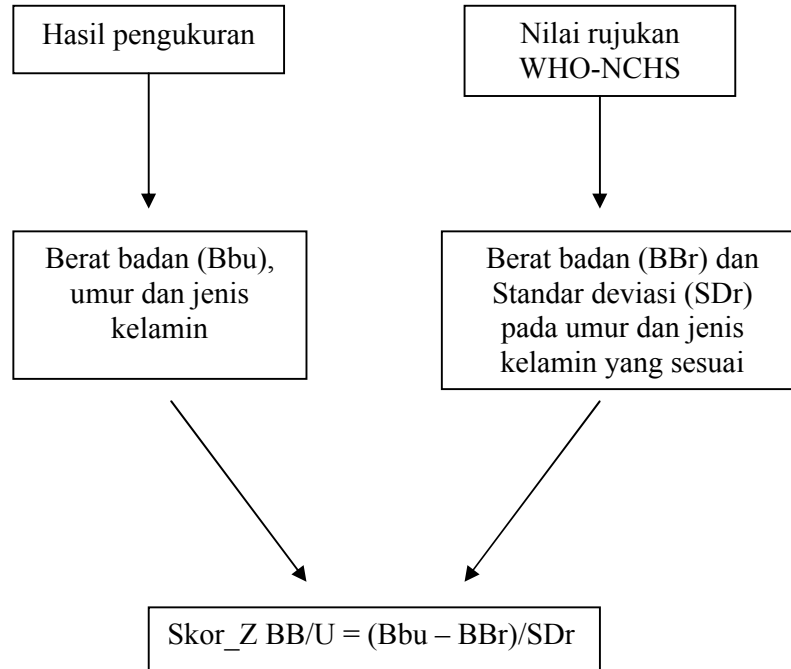
Kelebihan indikator TB/U adalah yang pertama, dapat memberikan gambaran riwayat keadaan gizi masa lampau. Kedua, dapat dijadikan indikator keadaan sosial ekonomi penduduk. Adapun kelemahannya adalah pertama, kesulitan dalam melakukan pengukuran panjang badan pada kelompok usia balita. Kedua, tidak dapat menggambarkan keadaan gizi saat ini. Ketiga, memerlukan data umur yang akurat yang sulit diperoleh di negara – negara berkembang. Dan keempat, kesalahan sering dijumpai pada pembacaan skala ukur terutama bila dilakukan oleh petugas yang tidak profesional (Soekirman, 2000).

d. Cara Interpretasi Baku Antropometri.

Untuk menentukan status gizi kelompok orang ditentukan melalui suatu perhitungan statistik dengan menghitung angka nilai hasil penimbangan dibandingkan dengan angka rata - rata atau median dan standar deviasi (SD) dari suatu acuan standar WHO. Dengan rumus tertentu dapat dihitung nilai skor_Z dari suatu nilai BB/U, TB/U atau BB/TB. Skor_Z yang bernilai plus-minus 1- 4 SD, menentukan jenis status gizi. Dengan menggambarkan distribusi Skor_Z dalam suatu

kurva normal dapat diketahui posisi jenis status gizi (Soekirman, 2000).

Status gizi diukur dengan BB/U atau TB/U atau BB/TB dikatakan normal apabila angka Skor_Z terletak antara minus 2 SD sampai plus 2 SD dari nilai median standar WHO. Status gizi dikatakan kurang, apabila nilai ketiga jenis ukuran diatas kurang dari minus 2 SD atau di bawahnya. Nilai tersebut menjadi buruk apabila nilainya berada dibawah dari minus 3 SD. Sebaliknya apabila nilai Skor_Z diatas plus 2 SD maka disebut gizi lebih (gemuk) dan diatas plus 3 SD gemuk sekali. Cara penghitungan nilai Skor_Z dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1. Cara Perhitungan nilai Skor_Z (Soekirman, 2000).

e. Pengukuran Status Gizi yang digunakan.

Pengukuran yang dilakukan pada penelitian ini adalah menggunakan indikator BB/U. Alasan penggunaan indikator tersebut didasarkan pada kelebihanannya yaitu dapat dengan mudah dan cepat dimengerti oleh masyarakat umum. Disepakati bahwa nilai median -2 SD sebagai batas antara gizi baik dan gizi kurang dan nilai -3 SD sebagai batas antara gizi kurang dan gizi buruk.

2. Tingkat Pendidikan Ibu.

Pengukuran variabel tingkat pendidikan ibu didasarkan pada tingkat pendidikan terakhir yang dicapai oleh ibu. Pengukuran dilakukan berdasarkan tahun sukses pendidikan ibu.

3. Aktivitas Ekonomi Ibu.

Penilaian aktivitas ekonomi ibu dapat dikategorikan dengan variabel dummy yaitu sebagai berikut :

$D = 1$, status ibu bekerja.

$D = 0$, status ibu tidak bekerja.

4. Pendapatan Keluarga.

Pengukuran pendapatan keluarga didasarkan pada besarnya pendapatan yang dibawa pulang ke rumah. Pemilihan pengukuran berdasarkan penghasilan yang dibawa ke rumah karena pengukuran ini lebih mudah daripada diukur berdasarkan pengeluaran bulanan yang dilakukan oleh rumah tangga yang bersangkutan. Pendapatan keluarga

ini merupakan penjumlahan antara pendapatan ibu dan bapak dari berbagai sumber per bulan yang dihitung dalam rupiah.

C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita.

Status gizi di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain : 1) status ekonomi keluarga, 2) pendidikan orang tua, 3) budaya setempat, 4) jumlah anggota keluarga, dan 5) sanitasi lingkungan. Diantara beberapa faktor tersebut faktor status ekonomi dan pendidikan orangtua memegang peranan yang penting karena dari teori yang ada, pendapatan keluarga berperan dalam menentukan status gizi balita (Handajani, 1994) dan pendidikan ibu juga berperan di dalam menentukan status gizi balita (Soetjiningsih, 1998).

1. Tingkat Pendidikan Ibu.

Faktor pendidikan orang tua khususnya pendidikan ibu berpengaruh terhadap kemampuannya dalam menerima informasi dari luar, terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana cara menjaga kesehatan anaknya, pendidikannya. Ibu dengan pendidikan yang baik dianggap mempunyai pengetahuan tentang pemilihan menu yang tepat untuk anaknya dan dalam menentukan skala prioritas dalam membelanjakan uang (Soetjiningsih, 1998).

Jumlah anak yang banyak pada keluarga dengan keadaan sosial ekonomi cukup akan mengakibatkan berkurangnya perhatian dan kasih sayang yang diterima setiap anak. Sedangkan pada keluarga dengan

keadaan sosial ekonomi kurang selain akibat di atas juga berakibat pada pemenuhan kebutuhan primernya (Soetjningsih, 1998).

Tingkat pengetahuan gizi ibu berhubungan positif dengan tingkat pendidikan yang berarti semakin tinggi pendidikan ibu anak balita maka semakin baik tingkat pengetahuan gizi ibu. Ibu yang berpendidikan lebih tinggi relatif mudah mengerti dan memahami informasi yang diberikan dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan lebih rendah (Kasmita dkk, 2000).

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Jatmiko, 1998). Disimpulkan bahwa di antara faktor – faktor sosial ekonomi antara lain : tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu tentang kesehatan, status pekerjaan ibu, pengeluaran pangan keluarga, sanitasi dan air bersih hanya tingkat pendidikan ibu yang bermakna positif dengan status gizi balita. Sedangkan faktor – faktor sosial ekonomi yang lain dan faktor demografi tidak memiliki hubungan bermakna.

2. Aktivitas Ekonomi Ibu.

Wanita dan pria memiliki fungsi pokok yang berbeda. Fungsi pokok wanita adalah sebagai istri dan ibu dengan tugas pokok mengelola rumah tangga, termasuk melahirkan, mengasuh dan membesarkan anak. Sedangkan pria memiliki fungsi pokok sebagai suami dan bapak dengan tugas pokok mencari nafkah, melindungi keluarga, mengurus segala hal yang berkaitan dengan kegiatan diluar.

Sebagian besar alasan ibu rumah tangga bekerja adalah untuk mendukung ekonomi keluarga. Sedangkan alasan seperti mengisi waktu luang, hobi dan memanfaatkan ilmu atau pendidikan persentasenya kecil sekali. Sementara itu ibu rumah tangga yang tidak bekerja sebagian besar beralasan karena kesibukan rumah tangga, sedangkan alasan yang lain karena menjaga keharmonisan keluarga, karena tidak punya keahlian dan sibuk di organisasi suami menduduki persentase yang tidak terlalu besar.

Bertambah luasnya lapangan kerja semakin mendorong banyaknya kaum wanita yang bekerja terutama disektor swasta. Di satu sisi hal ini berdampak positif bagi peningkatan pendapatan namun di sisi lain berdampak negatif terhadap pembinaan atau pemeliharaan anak. Perhatian terhadap pemberian makan pada anak yang semakin berkurang, dapat menyebabkan anak menderita gizi kurang yang selanjutnya akan berpengaruh buruk terhadap tumbuh kembang anak dan perkembangan otak (Saidin dkk, 1998).

Saat ini prevalensi gizi kurang dan anemi masih cukup tinggi. Hasil survei rumah tangga menunjukkan angka prevalensi tersebut sebesar 40 persen. Data dari Kabupaten Kudus menunjukkan banyak ibu yang meninggalkan rumah untuk mencari nafkah ternyata memiliki prevalensi gizi kurang pada anak balita juga masih tinggi yaitu, 43 persen. Hal ini menunjukkan bahwa perbaikan ekonomi saja belum tentu diikuti oleh perbaikan keadaan gizi khususnya pada anak balita (Saidin dkk, 1998).

Hasil penelitian yang dilakukan pada keluarga pekerja perkebunan karet di Bogor juga menunjukkan bahwa pembentukan taman gizi menunjukkan hasil yang nyata terhadap kenaikan berat badan dan perbaikan status gizi anak. Pada penelitian tersebut penyelenggaraan makanan dilakukan oleh petugas dibantu oleh ibu balita. Agar dapat diimplementasikan di lingkungan masyarakat industri di mana ibu balita tidak dapat berpartisipasi secara langsung maka sistem pengelolaan penyelenggaraan makanan perlu disesuaikan dengan kondisi dan potensi yang ada (Saidin dkk, 1998).

Anak prasekolah merupakan potensi sumberdaya manusia bagi masa depan bangsa sehingga peningkatan kualitas kesejahteraan anak menduduki posisi sangat strategis dan sangat penting dalam pembangunan masyarakat Indonesia. Program – program pembangunan yang dilaksanakan di bidang kesehatan telah memberikan perhatian terhadap anak sejak dini, hingga usia balita. Ibu mempunyai peranan yang sangat besar dalam pengasuhan, perawatan, dan pendidikan anak, sehingga proses interaksi antara ibu dan anak perlu diwujudkan sebaik – baiknya terutama pada anak usia prasekolah (Luciasari, 1995).

Ibu yang bekerja di luar rumah cenderung memiliki waktu yang lebih terbatas untuk melaksanakan tugas rumah tangga dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja. Bila ini terjadi pada keluarga yang berpenghasilan rendah di mana uang tidak mencukupi untuk menggaji pengasuh, maka pola asuh makan anak akan berpengaruh dan pada

akhirnya pertumbuhan dan perkembangan anak akan terganggu terutama pada masa usia prasekolah (Luciasari, 1995).

3. Pendapatan Keluarga.

Salah satu faktor yang sangat menentukan kecukupan gizi adalah pendapatan. Pendapatan menunjukkan kemampuan keluarga untuk membeli pangan yang selanjutnya akan mempengaruhi kualitas konsumsi pangan dan gizi.

Pendapatan yang rendah tidak cukup untuk membeli makanan yang dibutuhkan. Walaupun pengeluaran untuk pangan lebih dari setengah pendapatan keluarga tetapi karena pendapatan keluarga rendah maka jumlah yang dibelanjakan untuk pangan juga rendah. Daya beli yang rendah menyebabkan ketersediaan makanan di tingkat keluarga juga kurang yang pada akhirnya berakibat tingkat konsumsi keluarga lebih rendah dari kecukupan. (Luciasari, 1995).

Pada keluarga kurang mampu biasanya akan membelanjakan sebagian besar pendapatan tambahan untuk membeli makanan, sedang yang kaya akan lebih rendah. Bagian untuk makanan padi-padian akan menurun dan untuk makanan yang dibuat dari susu akan bertambah jika keluarga tadi beranjak ke pendapatan menengah. Sedangkan pada keluarga mampu semakin tinggi pendapatan semakin bertambah besar pula persentase penambahan pembelanjannya termasuk untuk buah-buahan dan sayuran dan jenis makanan lainnya (Berg, 1986).

Pada umumnya tingkat konsumsi pangan dalam kaitannya dengan pendapatan dapat dibagi menjadi tiga yaitu :

1. Pada pendapatan terendah, maka hampir semua pendapatan akan dikeluarkan untuk makanan. Dalam tahapan ini kenaikan pendapatan akan menstimulir kenaikan tingkat konsumsi. Tahap ini disebut tahap permulaan atau “ *initial stage* “ daripada tingkat konsumsi pangan. Makanan yang dibeli semata – mata hanya untuk mengatasi rasa lapar. Jadi makanan dikonsumsi hanya sebagai sumber kalori dan biasanya hanya berupa bahan – bahan sumber karbohidrat saja. Dalam hal ini kualitas pangan hampir tidak terpikirkan. Dalam karakteristik tingkat ini ada korelasi erat antara pendapatan dan tingkat konsumsi pangan. Jika pendapatan naik, maka tingkat konsumsi pangan juga akan naik. Jadi korelasinya linier, berarti dalam tingkat ini elastisitas permintaannya besar. Pada tingkat ini biasanya penduduk dalam keadaan kurang gizi.

2. Tahap “ *Marginal stage* “ pada tingkat konsumsi pangan. Pada tingkat ini korelasi antara tingkat pendapatan dan tingkat konsumsi pangan tidak linier. Kenaikan pendapatan tidak memberikan reaksi yang proporsional terhadap tingkat konsumsi pangan. Pada tahap ini penduduk juga masih dalam keadaan kurang gizi.

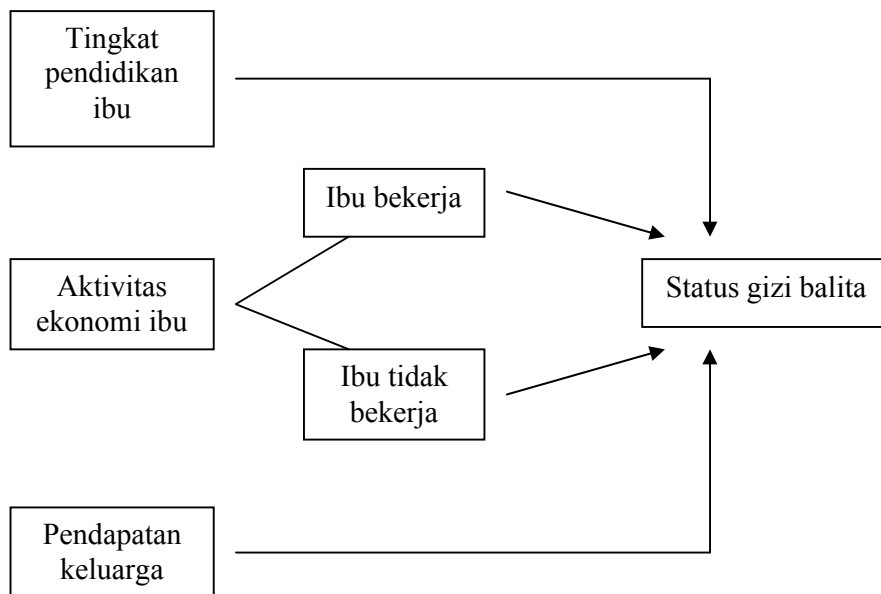
3. Tahap “ *Stable Stage* “ pada tingkat konsumsi pangan. Pada tingkat ini kenaikan pendapatan tidak memberikan respon terhadap kenaikan konsumsi pangan. Pada akhir tingkat sebelumnya seolah-olah kebutuhan pangan sudah dicukupi. Oleh karena itu pada tingkat ini ada

kecenderungan mengkonsumsi pangan secara berlebihan tanpa mempertimbangkan gizi. Hal ini akan menimbulkan berbagai macam penyakit yang merupakan masalah gizi terutama di negara – negara maju (Handajani, 1994).

Berdasarkan uraian di atas. Status gizi balita dipengaruhi oleh beberapa variabel di antaranya tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga. Tingkat pendidikan ibu dapat mempengaruhi status gizi balita karena sosok ibu yang berperan aktif dalam mengelola keadaan rumah tangganya berperan dalam menentukan jenis makanan yang akan di konsumsi oleh keluarganya.

Sedangkan kondisi ibu bekerja dan tidak bekerja juga mempengaruhi status gizi balita, bila seorang ibu bekerja maka akan menyebabkan tersitanya waktu yang dicurahkan untuk mengurus anaknya sehingga perhatian yang diterima oleh anak akan berkurang dan akibatnya makanan yang dimakan oleh anak kurang mendapatkan perhatian. Pendapatan keluarga juga mempengaruhi status gizi balita karena pendapatan keluarga akan menentukan kualitas makanan yang di konsumsi. Faktor – faktor yang mempengaruhi status gizi balita dapat di gambarkan dalam kerangka analisis sebagai berikut.

Gambar 2.2 Skema Kerangka Analisis



BAB III

DESKRIPSI UMUM WILAYAH PENELITIAN

A. Gambaran Umum Kabupaten Boyolali.

1. Keadaan Alam.

a Letak Geografis.

Kabupaten Boyolali merupakan salah satu dari 35 Kabupaten/Kota di Propinsi Jawa Tengah yang terletak antara $110^{\circ} 2' - 110^{\circ} 50'$ Bujur Timur dan $7^{\circ} 36' - 7^{\circ} 71'$ Lintang Selatan, dengan ketinggian antara 75-1500 meter di atas permukaan laut. Wilayah Kabupaten Boyolali dibatasi oleh sebelah utara : Kabupaten Grobogan dan Kabupaten Semarang, sebelah timur oleh Kabupaten Karanganyar, Kabupaten Sragen dan Kabupaten Sukoharjo. Sedangkan sebelah selatan oleh Kabupaten klaten dan Daerah Istimewa Yogyakarta. Untuk sebelah barat yaitu Kabupaten Magelang dan Kabupaten Semarang. Dengan jarak bentang antara barat – timur : 48 Km dan antara utara – selatan : 54 Km.

b Luas wilayah.

Kabupaten Boyolali mempunyai luas wilayah kurang lebih 101.510,1 Ha yang terdiri dari 257.854 Ha atau 24,439 % tanah sawah dan 797.247 Ha atau 75,561 % tanah kering. Tabel 3.1 berikut menunjukkan wilayah dan penggunaan tanah (Ha) di Kabupaten Boyolali tahun 2001

Tabel 3.1. Luas Wilayah dan Penggunaan Tanah (Ha) di Kabupaten Boyolali

NO	Kecamatan	Luas Wilayah	Persentase Luas Wilayah dalam %	Tanah Sawah dalam %	Tanah Kering dalam %
1	Selo	96078	9,106	41,683	58,317
2	Ampel	90391	8,567	6,318	93,682
3	Cepogo	52998	5,023	1,053	98,947
4	Musuk	65041	6,164	0,000	100,000
5	Boyolali	26251	2,488	11,222	88,778
6	Mojosongo	43411	4,114	21,817	78,183
7	Teras	29936	2,837	47,688	52,312
8	Sawit	17233	1,633	74,433	25,567
9	Banyudono	25379	2,405	61,137	38,863
10	Sambi	46495	4,407	48,087	51,913
11	Ngemplak	38527	3,651	42,160	57,840
12	Nogosari	55084	5,221	45,156	54,844
13	Simo	48040	4,553	39,921	60,079
14	Karanggede	41756	3,958	40,356	59,644
15	Klego	51877	4,917	10,035	899,572
16	Andong	54528	5,168	41,313	58,687
17	Kemususu	99084	9,391	6,267	93,733
18	Wonosegoro	92998	8,814	20,310	79,690
19	Juwangi	79994	7,582	5,208	94,792
Total		1055101	100	24,439	75,561

Sumber : BPS Kabupaten Boyolali, 2002

Berdasarkan data di atas sebagian besar wilayah Boyolali merupakan daerah tanah kering sehingga areal yang digunakan untuk persawahan relatif sedikit. Hal ini berpengaruh terhadap mata pencaharian pokok penduduk Boyolali dan juga berpengaruh terhadap tingkat pendapatan masyarakat. Dengan luas lahan yang sedikit bila sebagian besar penduduk di suatu daerah bermata pencaharian pokok sebagai petani maka dengan jumlah areal persawahan yang sedikit akan menyebabkan hasil yang didapatkan dari mengolah sawah juga sedikit. Sehingga tidak sedikit para petani tadi juga mencari pekerjaan sampingan lain agar mampu memenuhi kebutuhan hidupnya.

Wilayah terluas di Kabupaten Boyolali terdapat di Kecamatan Kemusu yaitu sebesar 99.084 Ha yang berarti 9,391 % dari luas wilayah di Kabupaten Boyolali. Untuk wilayah Kemusu persentase luas tanah kering sebesar 93,733 % lebih besar daripada tanah sawah yang hanya sebesar 6.267 %. Sedangkan wilayah terkecil terdapat di Kecamatan Sawit yaitu sebesar 17.233 Ha yang berarti 1,633 % dari luas wilayah di Kabupaten Boyolali. Namun wilayah Kecamatan Sawit memiliki persentase luas tanah sawah 74,433 % lebih besar daripada tanah kering sebesar 25,567 %. Kondisi tersebut bisa diduga bahwa tingkat kesejahteraan penduduk di Kecamatan Sawit lebih baik daripada tingkat kesejahteraan penduduk di Kecamatan Kemusu , karena luas tanah sawah di Kecamatan Sawit lebih besar daripada yang terdapat di Kecamatan kemusu.

c Topografi.

Keadaan Topografi di Kabupaten Boyolali sebagai berikut :

- (i) 75 – 400 meter diatas permukaan laut meliputi wilayah Kecamatan Teras, Banyudono, Sawit, Mojosongo, Ngemplak, Simo, Nogosari, Kemusu, Karanggede, dan Boyolali.
- (ii) 400 – 700 meter diatas permukaan laut meliputi wilayah Kecamatan Boyolali, Musuk, Ampel, dan Cepogo.
- (iii) 700 – 1000 meter diatas permukaan laut meliputi wilayah Kecamatan Ampel dan Cepogo.

- (iv) 1000 – 1300 meter diatas permukaan laut meliputi wilayah Kecamatan Cepogo, Ampel dan Selo.
- (v) 1300 – 1500 meter diatas permukaan laut meliputi wilayah Kecamatan Selo.

2. Administrasi Pemerintahan

a Pembagian Wilayah Administrasi Pemerintahan.

Kabupaten Boyolali terdiri dari 19 kecamatan, 267 desa dan 1.983 dusun. Dibawah ini disajikan tabel 3.2 yang menggambarkan pembagian wilayah administrasi pemerintah di Kabupaten Boyolali

Berdasarkan tabel 3.2 tersebut kecamatan dengan jumlah desa terbanyak adalah Ampel dan Musuk, yaitu masing – masing sebanyak 20 desa. Sedangkan Kecamatan Boyolali merupakan wilayah kecamatan dengan jumlah desa paling kecil yaitu sebesar 9 desa. Kecamatan Boyolali hanya memiliki 9 desa hal ini wajar mengingat Kecamatan Boyolali juga merupakan ibukota dari Kabupaten Boyolali. Sehingga wilayah di Kecamatan Boyolali rata – rata merupakan daerah perkotaan yang memiliki jumlah desa yang relatif sedikit berbeda jauh dengan Kecamatan Ampel dan Musuk yang memiliki desa yang cukup banyak. Mengingat Kecamatan Ampel dan Musuk memiliki wilayah pedesaan yang cukup luas disamping jaraknya agak jauh dari ibukota Kabupaten

Boyolali sehingga wajar bila di Kecamatan Ampel dan Musuk terdapat banyak desa.

Tabel 3.2. Nama-nama Kecamatan, Banyaknya Rukun Tetangga (RT), Banyaknya Rukun Warga (RW), Banyaknya Desa di setiap Kecamatan di Kabupaten Boyolali.

No	Kecamatan	Rukun Tetangga (RT)	Rukun Warga (RW)	Dusun	Desa
1	Selo	209	44	32	10
2	Ampel	533	143	352	20
3	Cepogo	391	87	217	15
4	Musuk	496	83	50	20
5	Boyolali	451	103	27	9
6	Mojosongo	349	62	221	13
7	Teras	284	47	36	13
8	Sawit	167	41	35	12
9	Banyudono	244	50	197	15
10	Sambi	329	59	55	16
11	Ngemplak	384	101	125	12
12	Nogosari	379	67	45	13
13	Simo	303	68	141	13
14	Karanggede	259	60	57	16
15	Klego	284	64	42	13
16	Andong	335	76	131	16
17	Kemusu	263	58	74	13
18	Wonosegoro	333	79	64	18
19	Juwangi	199	45	82	10
Jumlah		6.192	1.337	1.983	267

Sumber : BPS Kabupaten Boyolali, 2002

3. Keadaan Demografi

a Jumlah dan Kepadatan Penduduk.

Secara absolut, jumlah penduduk di Kabupaten Boyolali cenderung meningkat. Berdasarkan data statistik, jumlah penduduk Kabupaten Boyolali pada tahun 1996 sebanyak 896.527 jiwa dan pada tahun 2001 menjadi 927.502 jiwa.

Jumlah penduduk suatu wilayah tentu saja berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan masyarakat di wilayah tersebut. Bila tingkat pendapatan di suatu wilayah masih kurang sedangkan jumlah penduduknya cukup tinggi dikhawatirkan hal tersebut akan mempengaruhi pola makan penduduk setempat yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap kondisi status gizi masyarakat di daerah tersebut.

Tabel 3.3. Pertumbuhan Penduduk Menurut Kecamatan di kabupaten Boyolali tahun 2001

No	Kecamatan	Penduduk		Perubahan	Pertumbuhan (%)
		2000	2001		
01	Selo	26084	26235	151	0,58
02	Ampel	68534	68718	184	0,27
03	Cepogo	51208	51291	83	0,16
04	Musuk	58958	59166	208	0,35
05	Boyolali	56235	56526	291	0,52
06	Mojosongo	50373	50548	175	0,35
07	Teras	43096	43372	276	0,64
08	Sawit	31899	32032	133	0,42
09	Banyudono	44855	44814	-41	-0,09
10	Sambi	47672	47845	173	0,36
11	Ngemplak	65975	66726	751	1,14
12	Nogosari	61078	61265	187	0,30
13	Simo	42443	42616	173	0,40
14	Karanggede	40024	40321	297	0,74
15	Klego	45299	45466	167	0,37
16	Andong	59405	59856	451	0,76
17	Kemusu	44523	44888	365	0,82
18	Wonosegoro	52455	52792	337	0,64
19	Juwangi	32736	33025	289	0,88
Jumlah		922852	927502	4650	0,50

Sumber : BPS Kabupaten Boyolali, 2002

Berdasarkan data pada tabel 3.3 diatas maka secara rata-rata jumlah penduduk Kabupaten Boyolali meningkat sebesar 0,7 % tiap tahun. Berdasarkan tabel 3.3 pertumbuhan penduduk paling tinggi terdapat pada Kecamatan Juwangi sebesar 0,88 % dan yang paling rendah terdapat pada Kecamatan Banyudono dimana mengalami - 0,09.

Kepadatan penduduk Kabupaten Boyolali dapat diperoleh dengan cara membagi jumlah penduduk dengan luas daerah. Kepadatan penduduk suatu wilayah juga akan berpengaruh terhadap tingkat pendapatan penduduk pada wilayah tersebut. Suatu wilayah yang memiliki kepadatan penduduk yang tinggi bisa dipastikan tingkat persaingan didalam mencari nafkah juga cukup tinggi. Sehingga suatu wilayah dengan kepadatan penduduk yang tinggi dikhawatirkan juga akan timbul masalah sosial yang cukup beragam yang pada akhirnya akan menyangkut kondisi status gizi disuatu wilayah tersebut.

Sementara itu penyebaran penduduk di Kabupaten Boyolali belum merata. Kepadatan penduduk di wilayah Kecamatan kota secara umum lebih tinggi bila dibandingkan dengan wilayah Kecamatan. Wilayah terpadat di Kecamatan Boyolali kota dengan kepadatan sekitar 2.153 orang setiap Km². Sedangkan wilayah dengan kepadatan yang terkecil terdapat di Kecamatan Juwangi dengan 412 orang setiap Km². Dengan melihat tingkat kepadatan

penduduk di Kecamatan Boyolali yang lebih tinggi daripada di Kecamatan Juwangi maka dikhawatirkan permasalahan sosial di Kecamatan Boyolali lebih banyak daripada permasalahan sosial yang terjadi di Kecamatan Juwangi. Sehingga dikhawatirkan kondisi status gizi di Kecamatan Boyolali lebih buruk daripada kondisi status gizi di Kecamatan Juwangi. Tetapi dalam kenyataannya kondisi status gizi di Kecamatan Boyolali cukup baik demikian juga dengan Kecamatan Juwangi. Kemungkinan besar hal tersebut terjadi karena penyuluhan gizi pada masing-masing kecamatan sudah berjalan dengan baik sehingga masalah gizi kurang pada masyarakat setempat bisa ditekan. Tingkat kepadatan penduduk di Kabupaten Boyolali dapat dilihat pada tabel 3.4 dibawah ini.

Tabel 3.4. Jumlah dan Kepadatan Penduduk di Kabupaten Boyolali tahun 2001

No	Kecamatan	Jumlah penduduk			Kepadatan Penduduk (Jiwa/Km ²)
		Laki-laki	Perempuan	Jumlah	
01	Selo	12715	13520	26235	468
02	Ampel	33501	35217	68718	760
03	Cepogo	25209	26082	51291	968
04	Musuk	28506	30660	59166	910
05	Boyolali	27797	28729	56526	2153
06	Mojosongo	24764	25784	50548	1164
07	Teras	21207	22165	43372	1448
08	Sawit	15734	16298	32032	1858
09	Banyudono	21355	23459	44814	1766
10	Sambi	23604	24241	47845	1029
11	Ngemplak	32756	33970	66726	1732
12	Nogosari	29686	31579	61265	1112
13	Simo	20685	21931	42616	887
14	Karanggede	19421	20900	40321	966
15	Klego	22290	23176	45466	876
16	Andong	29324	30532	59856	1098
17	Kemusu	22033	22855	44888	453
18	Wonosegoro	25927	26865	52792	568
19	Juwangi	16333	16692	33025	412
Jumlah		452847	474655	927502	914

Sumber : BPS Kabupaten Boyolali, 2002

b Komposisi Jumlah Penduduk.

Komposisi jumlah penduduk menurut jenis kelamin dan sex ratio di Kabupaten Boyolali menunjukkan perbedaan jumlah antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Berikut ini disajikan tabel 3.5 yang menggambarkan jumlah rumah tangga, jumlah penduduk menurut jenis kelamin dan perbandingan sex ratio setiap kecamatan pada akhir tahun 2001. Secara umum jumlah penduduk perempuan sebesar 51,18 % lebih besar daripada penduduk laki-laki yang berjumlah 48,82 %.

Proporsi jumlah penduduk perempuan yang lebih besar daripada jumlah penduduk laki-laki juga akan berpengaruh terhadap tingkat pendidikan, status pekerjaan ibu, status gizi balita, dan juga tingkat pendapatan. Masih sedikit perempuan yang mau meneruskan tingkat pendidikannya sampai jenjang perguruan tinggi. Sebagian besar perempuan hanya menamatkan pendidikannya pada tingkat SMU.

Tentu saja hal tersebut dikhawatirkan akan mempengaruhi status gizi masyarakat setempat mengingat peranan perempuan yang berperan sebagai ibu rumah tangga yang akan berpengaruh terhadap pola makan yang dihidangkan. Demikian juga dengan status pekerjaan bila sebagian besar perempuan menjadi ibu rumah tangga dan hanya tergantung pada laki-laki yang bekerja maka pendapatan yang didapatkan juga lebih sedikit bila dibandingkan dengan suami istri yang sama-sama bekerja.

Jumlah penduduk terkecil terdapat di Kecamatan Selo sebesar 26.235 jiwa dengan proporsi 13.520 penduduk perempuan dan 12.715 penduduk laki-laki. Sedangkan jumlah penduduk terbesar terdapat di Kecamatan Ampel sebesar 68.718 jiwa dengan proporsi 35.217 penduduk perempuan dan 33.501 penduduk laki-laki.

Sex ratio Kabupaten Boyolali menunjukkan angka sebesar 95 yang berarti terdapat hanya 95 laki-laki setiap 100 perempuan. Untuk sex ratio terbesar terdapat di Kecamatan Juwangi sebesar 97,8 yang berarti hanya terdapat 97 laki-laki setiap 100 perempuan. Sedangkan sex ratio terkecil terdapat di kecamatan Banyudono sebesar 91,0 yang berarti hanya terdapat 91 laki-laki diantara 100 perempuan. Berikut disajikan tabel 3.5.

Tabel 3.5. Jumlah Rumah Tangga, Jumlah Penduduk menurut Jenis Kelamin dan Perbandingan Sex Ratio setiap Kecamatan pada akhir tahun 2001

No	Kecamatan	Rumah Tangga	Penduduk		Jiwa/Rumah tangga	Sex Ratio
			Laki-laki	Perempuan		
01	Selo	5.839	12.715	13.520	4,5	94,0
02	Ampel	18.156	33.501	35.217	3,8	95,1
03	Cepogo	13.668	25.209	26.082	3,8	96,6
04	Musuk	14.369	28.506	30.660	4,1	92,9
05	Boyolali	15.212	27.797	28.729	3,7	96,8
06	Mojosongo	12.877	24.764	25.784	3,9	96,0
07	Teras	10.994	21.207	22.165	3,9	95,6
08	Sawit	721	15.734	16.298	4,4	96,5
09	Banyudono	10.348	21.355	23.451	4,3	91,0
10	Sambi	11.377	23.604	24.241	4,2	97,4
11	Ngemplak	17.222	32.756	33.970	3,9	96,4
12	Nogosari	15.552	29.686	31.579	3,9	94,0
13	Simo	9.467	20.685	21.931	4,5	94,3
14	Karanggede	10.456	19.421	20.900	3,9	92,9
15	Klego	10.495	22.290	23.176	4,4	96,2
16	Andong	13.676	29.324	30.532	4,4	96,0
17	Kemusu	9.638	22.033	22.855	4,7	96,4
18	Wonosegoro	13.944	25.927	26.865	3,8	96,5
19	Juwangi	7.388	16.333	16.692	4,4	97,8
Jumlah		227.896	48,82 % (452.827)	51,18% (474.655)	4,1	95,4

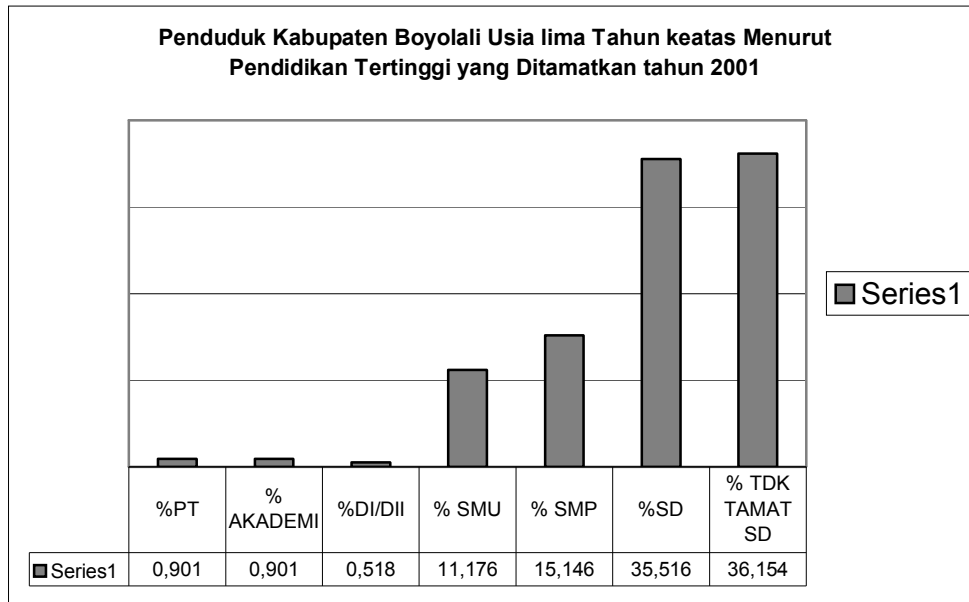
Sumber : BPS Kabupaten Boyolali, 2002

4. Keadaan Sosial Ekonomi

a Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan.

Pendidikan merupakan sarana bagi masyarakat untuk dapat bertindak, berfikir dan bekerja dengan cara yang lebih baik. Tingkat pendidikan suatu masyarakat menentukan corak pekerjaan mereka dan sekaligus mencerminkan pendidikan yang telah ditempuh oleh mereka. Distribusi pendidikan di Kabupaten boyolali sampai tahun 2001 menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk hanya berpendidikan sekolah dasar kebawah dengan persentase 71,67 %. Sedangkan penduduk yang berpendidikan sekolah dasar keatas masih kecil jumlahnya yaitu hanya sebesar 28,33 %. Sedangkan penduduk yang belum sekolah juga masih besar yaitu 36,15 % dan penduduk yang telah berhasil menamatkan pendidikan SD masih kecil sebesar 35,51 %

Gambar 3.1. menunjukkan bahwa penduduk Boyolali telah menikmati pendidikan walaupun pada tingkat sekolah dasar sedangkan penduduk yang berpendidikan sekolah dasar keatas masih cukup kecil. Sehingga masih diperlukan upaya dari instansi yang terkait untuk meningkatkan pendidikan penduduk Kabupaten Boyolali untuk mencapai kualitas sumber daya manusia yang lebih baik. Hasil selengkapnya dapat dilihat pada gambar 3.1 berikut ini.



Gambar 3.1. Penduduk Kabupaten Boyolali Usia Lima Tahun Keatas Menurut Tingkat Pendidikan yang Ditamatkan tahun 2001
Sumber : BPS Kab Boyolali, 2002

Mungkin karena masih banyaknya orang tua yang tidak mampu untuk menyekolahkan anaknya dan masih kurangnya kesadaran orang tua untuk menyekolahkan anaknya menyebabkan jumlah penduduk yang tidak tamat SD masih besar

b Perkembangan Kesehatan.

Status gizi balita merupakan salah satu cara untuk melihat perkembangan kondisi kesehatan balita, mengenai pemberian asi dan pemberian imunisasi kepada para balita. Jumlah balita di Kabupaten Boyolali mengalami penurunan dari 63786 pada tahun 2000 menjadi 56682 pada tahun 2003. Dengan persebaran seperti terlihat pada tabel 3.6 berikut ini.

Tabel 3.6 Jumlah Balita Tiap Kecamatan di Kabupaten Boyolali Data Terakhir Bulan Mei Tahun 2003

No	Kecamatan	Jumlah
1	Selo	1516
2	Ampel	4622
3	Cepogo	3805
4	Musuk	3867
5	Boyolali	4010
6	Mojosongo	3026
7	Teras	2664
8	Sawit	1579
9	Banyudono	2506
10	Sambi	2617
11	Ngemplak	2977
12	Nogosari	3638
13	Simo	2937
14	Karanggede	1611
15	Klego	3078
16	Andong	3018
17	Kemusu	3500
18	Wonosegoro	3238
19	Juwangi	2533
	Jumlah	56682

Sumber : Departemen Kesehatan Kabupaten Boyolali, 2003

Berdasarkan tabel 3.6 terlihat bahwa jumlah balita terbanyak di Kecamatan Ampel sebesar 4622 balita dan jumlah terkecil terdapat di Kecamatan Selo sebesar 1516 balita. Jumlah balita terbesar di Kecamatan Ampel selaras dengan jumlah penduduk Ampel yang cukup besar yaitu 68718 merupakan jumlah penduduk terbesar di Kabupaten Boyolali. Sedangkan penduduk di Selo merupakan jumlah penduduk terkecil di Kabupaten Boyolali sehingga wajar jika memiliki jumlah balita terkecil di wilayah Kabupaten Boyolali. Sedangkan jumlah balita di Kecamatan Boyolali terbilang masih cukup besar yaitu sebesar 4010

Jumlah balita yang diimunisasi juga mengalami peningkatan dari 123621 pada tahun 2000 menjadi 126498 pada tahun 2001. Dengan perincian sebagai berikut, balita yang menerima imunisasi DPT I, II, dan II sebesar 17247, 15180, dan 15016. Sedangkan balita yang menerima imunisasi polio I, II, III sebesar 15976, 15972, dan 15052. Untuk balita yang menerima imunisasi BCG sebesar 15726 dan balita yang menerima imunisasi campak sebesar 16329. Peningkatan jumlah balita yang pernah diimunisasi menunjukkan bahwa usaha untuk meningkatkan kualitas kesehatan balita berhasil. Berikut ini tabel 3.7 yang menunjukkan hasil vaksinasi pada balita menurut jenisnya.

Tabel 3.7. Hasil Vaksinasi Puskesmas Menurut Jenisnya di Kabupaten Boyolali Tahun 2001

No	Kecamatan	DPT			Polio			BCG	Campak	Jumlah
		I	II	III	I	II	III			
1	Selo	533	444	417	497	450	393	507	477	3718
2	Ampel	1219	1119	1120	1279	1182	1124	1227	1093	9363
3	Cepogo	2203	890	933	954	901	923	918	2155	9877
4	Musuk	1033	1030	997	1171	1678	1044	1059	882	8894
5	Boyolali	1138	1102	1099	1138	1086	1097	1337	1102	9099
6	Mojosongo	756	765	765	756	775	765	787	754	6123
7	Teras	562	549	557	562	549	557	592	565	4493
8	Sawit	421	418	421	421	418	421	412	449	3381
9	Banyudono	820	732	730	824	745	724	805	744	6124
10	Sambi	657	603	611	624	644	609	615	623	4986
11	Ngemplak	1148	1073	1076	1136	1151	1062	1076	1044	8766
12	Nogosari	948	883	855	948	883	855	944	924	7240
13	Simo	775	731	686	706	692	741	679	699	5709
14	Karanggede	666	595	523	670	596	523	641	609	4823
15	Klego	777	723	761	752	691	738	754	752	5948
16	Andong	1125	1073	1004	1105	1033	1035	1005	1104	8484
17	Kemusu	846	810	785	837	829	807	820	822	6556
18	Wonosegoro	907	912	916	892	941	902	906	817	7193
19	Juwangi	713	728	760	704	728	732	642	714	5721
	Jumlah	17247	15180	15016	15976	15972	15052	15726	16329	126498

Sumber : BPS Kabupaten Boyolali, 2002

c Perkembangan ekonomi.

Pertumbuhan ekonomi Kabupaten Boyolali merupakan salah satu ukuran keberhasilan pembangunan yang akan dilaksanakan dalam bidang ekonomi. Sektor ekonomi yang terbentuk dari laju pertumbuhan akan memberikan gambaran tentang tingkat perubahan ekonomi yang terjadi.

Pertumbuhan ekonomi Kabupaten Boyolali dalam Produk Domestik Regional Bruto secara agregat pada tahun 2001 atas dasar harga konstan tahun 1997 sebesar 12,78 % dan atas dasar harga berlaku sebesar 17,78 %. Selama kurun waktu lima tahun

terakhir (1997-2001) mempunyai pertumbuhan rata-rata sebesar 20,18 % atas dasar harga berlaku dan 7,48 % atas dasar konstan. Pertumbuhan atas dasar harga konstan yang secara rata-rata hanya 7,48 % pada tahun 2001 terus menuju ke arah pertumbuhan positif. Secara agregat Kabupaten Boyolali pada tahun 2001 Produk Domestik Regional Bruto atas dasar harga berlaku Rp. 2.972.852.000,00 dan atas dasar harga konstan Rp. 9345.467.985.000,00. Berikut tabel 3.8. Pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Boyolali.

Tabel 3.8. Pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Boyolali Tahun 1997-2002

Tahun	PDRB Atas Dasar Harga Berlaku		PDRB Atas Dasar Harga Konstan	
	Nilai (Rp.000)	% Perubahan	Nilai (RP.000)	% Perubahan
1997	1.345.845.761	12,64	777.652.070	6,02
1998	2.017.856.257	49,93	793.456.825	0,51
1999	2.261.346.583	12,07	802.365.487	29,20
2000	2.524.024.492	11,62	815.238.951	-0,01
2001	2.972.852.790	20,81	935.468.985	48,52
Rata-rata	1.868.788.724	19,92	824.836.457	7,48

Sumber : BPS Kabupaten Boyolali, 2002.

B. Gambaran Umum Kecamatan Simo

1. Keadaan Alam

a Letak Geografis

Kecamatan Simo merupakan satu wilayah kecamatan dari 19 kecamatan di Kabupaten Boyolali yang terletak di sebelah timur laut Boyolali Kota. Batas wilayah Kecamatan Simo adalah sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Klego, sebelah timur berbatasan dengan Kecamatan Nogosari, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Sambu, dan sebelah barat berbatasan dengan Kecamatan Susukan, Kabupaten Semarang.

b Luas Wilayah

Kecamatan Simo memiliki luas wilayah kurang lebih 4804,0318 Ha yang terdiri dari 2108,9087 Ha tanah sawah dan 2695,1231 Ha tanah Kering. Secara umum kondisi tanah di Kecamatan Simo sebagian besar merupakan tanah kering. Hal tersebut berpengaruh terhadap hasil bumi yang dihasilkan dan pada akhirnya berpengaruh terhadap tingkat pendapatan keluarga.

Wilayah terluas di Kecamatan Simo terdapat di Desa Gunung dengan luas sebesar 717,9730 atau 14,945 % dari luas wilayah Kecamatan Simo. Desa Gunung memiliki luas tanah kering yang lebih besar daripada tanah sawah dimana luas tanah kering sebesar 84,587 %, sedangkan tanah sawah sebesar 15, 413 %. Untuk luas wilayah tersempit terdapat di Desa Talakbroto

dengan luas wilayah sebesar 224,2215 atau sebesar 4,667 %. Kondisi Desa Talakbroto memiliki luas tanah kering sebesar 73,831 % lebih besar daripada tanah sawah sebesar 26,169 %. Berikut tabel 3.9 yang menunjukkan penggunaan tanah dan luas wilayah di Kecamatan Simo tahun 2001

Tabel 3.9. Luas Wilayah dan Penggunaan Tanah (Ha) di Kecamatan Simo tahun 2001

No	Desa	Tanah Sawah (%)	Tanah Kering (%)	Luas Desa (Ha)	Persentase Luas Desa
1	Pelem	138,035	183,474	321,510	6,692
2	Bendungan	246,852	105,713	352,564	7,339
3	Temon	209,413	155,816	365,228	7,603
4	Teter	279,739	100,751	380,489	7,920
5	Simo	258,876	76,596	335,472	6,983
6	Walén	142,963	101,085	244,049	5,080
7	Pentur	103,097	248,303	351,400	7,315
8	Gunung	110,661	607,313	717,973	14,945
9	Talakbroto	58,676	165,546	224,222	4,667
10	Kedunglengkong	144,326	325,929	470,255	9,789
11	Blagung	168,223	218,954	387,177	8,059
12	Sumber	87,468	171,789	259,257	5,397
13	Wates	160,583	233,856	394,439	8,211
	Jumlah	2.108,909	2.695,123	4.804,032	100,000

Sumber : Data kecamatan Simo, 2002

c Topografi

Wilayah Kecamatan Simo merupakan daerah yang berupa dataran bergelombang dan berbukit, berada pada ketinggian antara 162 m sampai dengan 359 m di atas permukaan laut. Wilayah Kecamatan Simo termasuk daerah tandus dan sebagian besar terdiri dari tanah tadah hujan, jumlah hari dengan curah hujan yang terbanyak 21 hari, banyaknya curah hujan adalah 161 MM/tahun, dengan suhu udara antara 28 derajat sampai dengan 30 derajat celsius.

Wilayah Kecamatan Simo bagian utara dan barat laut merupakan daerah berbukit bagian anak pegunungan Kendeng, yaitu Desa Kedunglengkong, Desa Pentur dan Desa Gunung.

2. Administrasi Pemerintahan

a. Pembagian Wilayah Administrasi Pemerintahan.

Pemerintahan Kecamatan Simo membawahi 13 Desa yang kesemuanya berstatus desa swasembada. Dari 13 Desa terbagi menjadi 42 Dusun yang terdiri dari 139 Dukuh, 69 Rukun Warga dan 307 Rukun Tetangga. Berikut tabel 3.10 yang menunjukkan pembagian wilayah administrasi pemerintah di Kecamatan Simo

Tabel 3.10. Banyaknya Dukuh, Rukun Warga (RW), Rukun Tetangga (RT) di Kecamatan Simo Tahun 2001

No	Desa	Dukuh	Rukun Warga (RW)	Rukun Tetangga (RT)
01	Pelem	16	8	30
02	Bendungan	11	3	18
03	Temon	9	3	20
04	Teter	12	7	25
05	Simo	9	7	21
06	Walén	10	9	28
07	Pentur	12	5	20
08	Gunung	7	3	20
09	Talabroto	7	5	19
10	Kedunglengkong	13	5	17
11	Blagung	13	6	33
12	Sumber	7	3	19
13	Wates	11	4	23
Jumlah		139	69	307

Sumber : Data Kecamatan Simo, 2002

3. Keadaan Demografi

a Jumlah dan Kepadatan Penduduk

Jumlah penduduk di wilayah Kecamatan Simo tercatat sebesar 44.728 jiwa. Berdasarkan data jumlah penduduk perempuan berjumlah 21931 jiwa atau 49,03 % lebih besar daripada jumlah penduduk laki – laki yang berjumlah 20685 jiwa atau 46,25 %. Jumlah penduduk terbanyak berada di Kelurahan Pelem sebesar 4913 jiwa dan terkecil berada di Kelurahan Teter sebesar 1921 jiwa. Dengan jumlah kepala keluarga terbesar juga terdapat di Kelurahan Pelem sebesar 916 kepala keluarga dan terkecil berada di Kelurahan Bendungan sebesar 577 kepala keluarga. Nilai sex ratio (banyaknya laki – laki setiap 100 perempuan) untuk Kecamatan Simo sebesar 94 yang menunjukkan bahwa dalam setiap 100 perempuan hanya terdapat 94 laki – laki. Untuk sex ratio terbesar terdapat di Kelurahan Blagung sebesar 103 dan sex ratio terkecil terdapat di kelurahan Simo sebesar 91. Berikut ini tabel 3.11.

Tabel 3.11. Jumlah Penduduk dan Kepala Keluarga di Kecamatan Simo Tahun 2001

No	Desa	Penduduk		Jumlah	Jumlah KK	Sex Ratio
		Laki-laki	Perempuan			
1	Pelem	2386	2527	4913	916	94
2	Bendungan	1055	1099	2154	577	96
3	Temon	1193	1355	2548	579	88
4	Teter	1404	1517	1921	651	93
5	Simo	1819	2005	3824	868	91
6	Walen	1764	1909	3673	729	92
7	Pentur	1578	1769	3347	698	89
8	Gunung	1755	1887	3642	772	93
9	Talakbroto	1220	1235	2455	566	99
10	Kedunglengkong	1447	1534	2981	764	94
11	Blagung	1795	1745	3540	889	103
12	Sumber	1736	1797	3533	695	97
13	Wates	1533	1552	3085	763	99
Jumlah		20685	21931	41616	9467	

Sumber : Data Kecamatan Simo, 2002

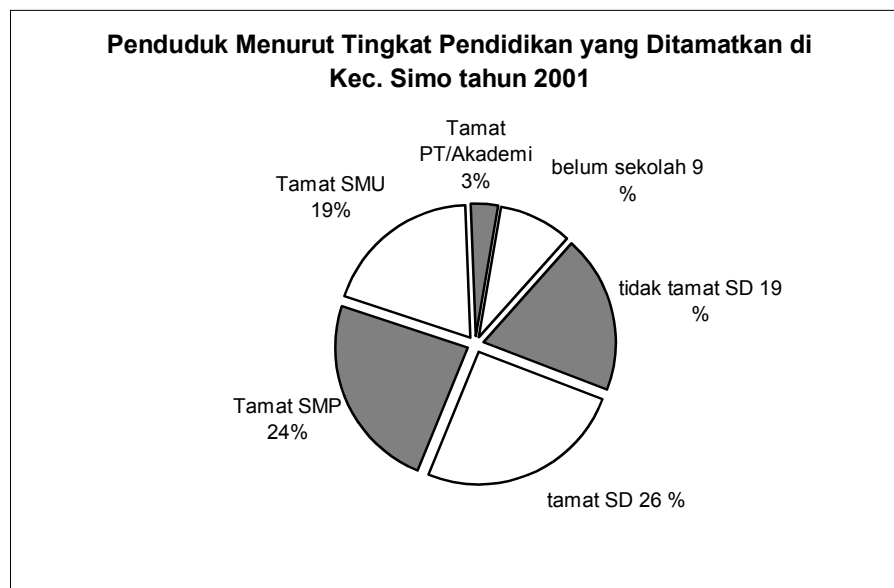
Berdasarkan tabel 3.11 jumlah rumah tangga di Kecamatan Simo sebesar 9457 dengan rata –rata besar anggota rumah tangga sebesar 5 jiwa dalam tiap rumah tangga. Secara keseluruhan laju pertumbuhan penduduk di Kecamatan Simo masih relatif kecil yaitu sebesar 0,40 %. Dengan angka laju pertumbuhan penduduk yang masih relatif kecil yaitu di bawah 1 % hal ini memberi arti bahwa usaha untuk menurunkan jumlah kelahiran di Kecamatan Simo sudah mulai berhasil dijalankan.

Kepadatan penduduk geografis di Kecamatan Simo dapat diperoleh dengan jalan membagi jumlah penduduk dengan luas daerah. Kepadatan penduduk di wilayah Simo sebesar 887 jiwa setiap Km².

4. Keadaan Sosial Ekonomi

a Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan.

Pendidikan menjadi salah satu faktor yang sangat penting di dalam menunjang program-program yang dijalankan oleh pemerintah. Dengan tingkat pendidikan yang tinggi maka diharapkan program-program yang dicanangkan oleh pemerintah bisa berjalan dengan optimal. Gambar 3.2 memperlihatkan komposisi penduduk di wilayah Kecamatan Simo menurut tingkat pendidikan yang ditamatkan pada tahun 2001-2002 sebagai berikut



Gambar 3.2 Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan yang Ditamatkan di Kecamatan Simo tahun 2001

Sumber : Data Kecamatan Simo, 2002

Berdasarkan gambar 3.2 bisa dilihat bahwa sebagian besar penduduk di wilayah Kecamatan Simo telah menikmati pendidikan walaupun baru pada tingkat pendidikan sekolah dasar. Sebagian

besar penduduk telah berhasil memperoleh pendidikan yaitu sebesar 91,12 % dibandingkan dengan penduduk yang belum sekolah yaitu sebesar 8,88 %

Melihat gambar 3.2 terlihat hanya sekitar 25,09 % yang telah menamatkan Sekolah Dasar, 24,08 % telah berhasil menamatkan SLTP dan sekitar 19,43 % telah berhasil menamatkan SLTA. Selanjutnya persentasenya semakin menurun menjadi 3,21 % bagi penduduk yang telah berhasil menamatkan setingkat akademi atau perguruan tinggi. Rata-rata penduduk yang belum mengecap pendidikan sebesar 28,19% dan penduduk yang telah berhasil menamatkan pendidikan dari tingkat SD keatas jauh lebih besar yaitu 71,81 %

Berdasarkan data di atas dapat dilihat bahwa sebagian besar penduduk di Kecamatan Simo telah mengecap bangku pendidikan akan tetapi pendidikan yang berhasil dicapai baru pada tahap Sekolah Dasar sehingga dengan tingkat pendidikan yang masih minim maka masih diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan tingkat pendidikan bagi penduduk di Kecamatan Simo.

Dengan adanya peningkatan taraf pendidikan maka secara berkesinambungan juga akan diikuti dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia dan secara langsung juga akan meningkatkan pengetahuan tentang kesehatan dan gizi. Pada akhirnya

peningkatan pengetahuan tentang kesehatan dan gizi berpengaruh sangat positif terhadap kualitas sumber daya manusia.

b Perkembangan Kesehatan

Perkembangan balita di Kecamatan Simo dari tahun 2001 sebesar 3804 turun menjadi 3543 pada tahun 2002. Jumlah balita yang pernah diimunisasi pada tahun 2001 sebesar 679 balita, sedangkan pada tahun 2002 tercatat sebesar 694 balita yang berarti mengalami peningkatan jumlah balita yang pernah diimunisasi. Pengetahuan ibu tentang kesehatan balita terlihat dari pemberian imunisasi pada balita yang berdampak pada pencegahan masalah gizi lebih lanjut.

c Perkembangan Lingkungan Tempat Tinggal.

Tempat tinggal meliputi sumber air, pembuangan kotoran manusia, bangunan yang meliputi ventilasi, jenis bahan bangunan, luas per penghuni, kandang ternak, pembuangan limbah. Kelima hal tersebut sukar dipisahkan karena biasanya pada suatu tempat tinggal yang mempunyai sumber air yang buruk akan mempunyai pembuangan kotoran, ventilasi dan kepadatan penghuni yang tidak memenuhi syarat kesehatan.

Bangunan perumahan, luas lantai per penghuni, ventilasi sangat mempengaruhi penularan penyakit terutama penyakit saluran pernafasan seperti TBC, batuk rejan, dan lain-lain. Jenis lantai, atap, dinding dan jendela mempengaruhi pula perlindungan

para penghuninya terhadap dingin, panas dan hujan. Lantai dari tanah mempengaruhi penyebaran penyakit.

Di daerah pedesaan para penduduknya sering menempatkan hewan ternaknya di dalam atau terlalu dekat dengan rumah. Keadaan ini dapat menimbulkan pengembangbiakan lalat yang dapat pula menyebarkan penyakit.

Berdasarkan data terakhir yang tercatat di Kecamatan Simo, jamban keluarga mengalami peningkatan dari 5435 pada tahun 2001 menjadi 6486 pada tahun 2002. Sedangkan sumber air minum juga mengalami peningkatan pada sumur gali dari 3723 pada tahun 2001 menjadi 4042 pada tahun 2002. Sedangkan untuk mata air tetap yaitu sebesar 65. Untuk ledeng PDAM juga mengalami peningkatan dari 505 pada tahun 2001 menjadi 603 pada tahun 2002, sedangkan untuk pipa non PDAM juga mengalami peningkatan dari 620 pada tahun 2001 menjadi 834 pada tahun 2002

BAB IV

ANALISIS DATA DAN PEMBAHASAN

PENGARUH TINGKAT PENDIDIKAN IBU, AKTIVITAS EKONOMI

IBU, DAN PENDAPATAN KELUARGA TERHADAP STATUS GIZI DI

KECAMATAN SIMO, KABUPATEN BOYOLALI

Dalam bab ini dibahas mengenai hasil penelitian yang telah dilakukan di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali mengenai pengaruh tingkat pendidikan ibu, status pekerjaan ibu, dan pendapatan keluarga terhadap status gizi balita. Model analisis yang digunakan adalah tabulasi silang dan regresi linier berganda dengan menggunakan program SPSS versi 10.00.

A. Karakteristik ibu dan rumah tangga di Kecamatan Simo.

1. Tingkat pendidikan ibu

Karakteristik ibu rumah tangga di Kecamatan Simo dapat dilihat pada tingkat pendidikan ibu. Karakteristik pendidikan ibu didasarkan pada tahun sukses responden. Distribusi tingkat pendidikan ibu diperlihatkan pada tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1. Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu di Kecamatan Simo Tahun 2003

No	Keterangan	Tahun sukses	Jumlah (orang)	Persentase
1	Sekolah Dasar	6 tahun	10	10,2
2	SMP	9 tahun	36	36,7
3	SMU	12 tahun	43	43,9
4	Diploma 2	14 tahun	1	1,0
5	Diploma 3	15 tahun	3	3,1
6	Strata 1	16 tahun	5	5,1
	Jumlah	100	98	100

Sumber : Data Primer yang diolah, 2003

Berdasarkan tabel 4.1 tampak bahwa dari keseluruhan responden yang berjumlah 98 orang, 10 responden hanya berpendidikan sampai tingkat SD (6 tahun) atau sebanyak 10,2 % dari jumlah keseluruhan. Jumlah responden yang menamatkan pendidikan sampai di Tingkat SMP lebih tinggi yaitu sebesar 36 responden atau 36,7 %. Kemudian di tingkat SMU jumlah responden yang menamatkannya paling besar yaitu 43 responden atau 43,9 %. Jumlah tersebut semakin menurun pada jenjang Diploma dan Strata 1. Untuk tingkat Diploma 1 tidak ada responden yang berpendidikan diploma 1. Sedangkan untuk Diploma 2 ada sebanyak 1 responden atau 1,0 %. Responden yang berpendidikan Diploma 3 terdapat 3 orang atau 3,1%. Sedangkan responden yang berpendidikan Strata 1 sebanyak 5 orang atau 5,1 %.

Tingkat pendidikan ibu menjadi salah satu indikator untuk mengetahui tingkat pengetahuan gizi ibu. Semakin tinggi pendidikan ibu maka semakin mudah bagi ibu untuk memahami informasi gizi yang didapatkan dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan rendah (Kasmita dkk, 2000).

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa sebagian besar ibu berpendidikan setingkat SMU (12 tahun sukses) diikuti dengan ibu yang berpendidikan setingkat SMP. Sedangkan ibu yang berpendidikan diploma ke atas jumlahnya masih sedikit. Hal ini bisa jadi disebabkan pola pikir masyarakat yang masih tradisional apalagi responden merupakan ibu – ibu yang tinggal di wilayah pedesaan sehingga informasi yang diterima

sangat kurang. Tingkat pendidikan ibu baik yang formal maupun informal diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan ibu tentang gizi. Sehingga walaupun berpendidikan rendah, ibu – ibu tetap dapat memperoleh pengetahuan tentang gizi yang baik lewat posyandu yang ada disekitarnya.

2. Aktivitas Ekonomi Ibu.

Ibu bekerja adalah ibu rumah tangga yang melakukan aktivitas untuk mendapatkan imbalan atau upah yang menyebabkan tersitanya waktu dan berlangsung terus – menerus. Sedangkan ibu tidak bekerja adalah ibu rumah tangga yang tidak melakukan aktivitas untuk mendapatkan imbalan atau upah yang menyebabkan tersitanya waktu dan berlangsung terus-menerus. Berdasarkan data yang diperoleh dari lapangan maka dari 98 responden sebanyak 33 responden atau 33,7 % bekerja sedangkan sisanya yaitu 65 responden atau 66,3 % responden tidak bekerja. Rata – rata responden yang bekerja menghabiskan waktu sebanyak 8 jam per hari untuk bekerja. Berikut tabel 4.2 yang memperlihatkan distribusi jam kerja dari responden yang bekerja di Kecamatan Simo tahun 2003.

Tabel 4.2. Distribusi Jam Kerja dari Responden yang Bekerja di Kecamatan Simo Tahun 2003

No	Keterangan	Jumlah (orang)	Persentase
1	0 – 35 jam per/minggu	12	36,4
2	> 35 jam per/minggu	21	63,6
	Jumlah	33	100

Sumber : Data primer yang diolah, 2003

Dari tabel 4.2 terlihat bahwa dari 33 responden yang bekerja sebanyak 12 responden atau 36,4 % mempergunakan waktunya untuk bekerja selama 0 – 35 jam per minggu. Sedangkan responden yang bekerja selama > 35 jam per minggu merupakan jumlah yang paling dominan yaitu sebesar 21 responden atau 63,6 %.

Dari tabel yang sama terlihat bahwa sebagian besar responden bekerja selama > 35 jam per minggu. Hal ini terjadi karena sebagian besar responden merupakan petani dan bekerja di sektor informal sehingga waktu bekerjanya disesuaikan dengan kondisi mereka sendiri. Berdasarkan tabel 4.2 juga tampak bahwa sebagian besar ibu balita masih meluangkan waktu yang banyak untuk mengadakan kontak dengan balitanya.

3. Pendapatan Keluarga.

Pendapatan keluarga adalah besarnya pendapatan yang dibawa pulang ke rumah baik oleh suami atau istri yang bekerja. Jadi besarnya pendapatan di sini merupakan hasil penjumlahan dari seluruh pendapatan yang diterima oleh keluarga tersebut. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan besarnya pendapatan keluarga dapat dikelompokkan sebagai berikut seperti terlihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3. Distribusi Pendapatan Keluarga Per Bulan di Kecamatan Simo Tahun 2003

No	Keterangan	Jumlah (orang)	Persentase
1	0 - Rp 357.500,00	41	41,8
2	> Rp 357.500,00	57	58,2
	Jumlah	98	100

Sumber : Data primer yang diolah, 2003

Dari tabel 4.3 terlihat bahwa sebagian besar responden berpendapatan antara 0- Rp 357.500,00 yaitu sebanyak 41 responden atau 41,8 %. Sedangkan responden yang berpendapatan lebih besar dari Rp 357.500,00 sebanyak 57 responden atau 58,2 %. Berdasarkan tabel 4.3 banyak responden yang berpendapatan lebih besar dari Rp 357.500,00 yang merupakan pendapatan diatas UMK yang ditetapkan, dimana UMK Kabupaten Boyolali sebesar Rp 357.500,00.

Pendapatan suatu keluarga akan menentukan jenis makanan yang dikonsumsi. Bila pendapatan yang diterima oleh suatu keluarga hanya cukup untuk membeli makanan, maka jenis makanan yang dikonsumsi hanya sebagai sumber kalori dan biasanya berupa karbohidrat. Pada akhirnya akan berpengaruh terhadap zat gizi yang masuk kedalam tubuh (Handajani, 1994).

4. Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Kesehatan.

Tingkat pengetahuan ibu tentang kesehatan pada balita tercermin dari imunisasi yang diberikan pada balita. Terdapat 5 macam jenis imunisasi yang diberikan pada balita yaitu : BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis. Berikut tabel 4.4 tentang distribusi pemberian imunisasi pada balita.

Tabel 4.4. Distribusi Pemberian Imunisasi pada balita di Kecamatan Simo Tahun 2003

No	Keterangan	Jumlah (orang)	Persentase
1	Dua jenis imunisasi	3	3,1
2	Tiga jenis imunisasi	7	7,1
3	Empat jenis imunisasi	19	19,4
4	Lima jenis imunisasi	69	70,4
	Jumlah	98	100

Sumber : Data primer yang diolah, 2003

Dari tabel 4.4 terlihat bahwa sebagian besar balita telah mendapatkan imunisasi yang lengkap yaitu sebanyak 5 jenis sebanyak 69 balita atau 70,4 %. Untuk balita yang mendapatkan 4 jenis imunisasi sebanyak 19 balita atau 19,4 %. Sedangkan balita yang mendapatkan 3 jenis imunisasi sebanyak 7 balita atau 7,1 % dan balita yang mendapatkan 2 jenis imunisasi sebanyak 3 balita atau 3,1 %.

Melihat sebagian besar balita telah mendapatkan imunisasi lengkap, hal ini menunjukkan bahwa ibu – ibu yang memiliki balita telah mengerti arti pentingnya imunisasi bagi kesehatan balita mereka. Disamping itu hal tersebut juga menunjukkan bahwa peran posyandu di Kecamatan Simo telah cukup berhasil di dalam memberikan pengetahuan tentang kesehatan balita yang baik kepada para ibu yang memiliki balita. Peran posyandu di dalam pemberian imunisasi cukup besar mengingat sebagian besar balita memperoleh imunisasi dari posyandu.

5. Sanitasi Buang Air Besar

Fasilitas sanitasi buang air besar merupakan salah satu fasilitas yang harus disediakan oleh setiap rumah mengingat fungsinya yang sangat

vital. Berikut tabel 4.5 memperlihatkan fasilitas sanitasi buang air besar di Kecamatan Simo.

Tabel 4.5. Distribusi Fasilitas Sanitasi Buang Air Besar di Kecamatan Simo Tahun 2003

Keterangan	Jumlah	Persentase
Penggunaan fasilitas buang air besar		
Sendiri	71	72,4
Bersama	27	27,6
Total	98	100
Jenis kloset		
Leher angsa	56	57,1
Plengsengan	10	10,2
Cemplung	26	26,5
Tidak pakai	6	6,1
Total	98	100
Tempat pembuangan akhir		
Tangki/SPAL	14	14,3
Kolam/sawah	6	6,1
Sungai	26	26,5
Lubang tanah	51	52,0
Pantai/tanah/kebun	1	1,0
Total	98	100
Jarak sumber air minum ke TPA		
Kurang sama dengan 10 m	55	56,1
Lebih dari 10 m	34	34,7
Tidak tahu	9	9,2
Total	98	100

Sumber : Data primer yang diolah, 2003.

Fasilitas sanitasi buang air besar berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat dibagi menjadi dua yaitu penggunaan sendiri dan penggunaan secara bersama. Melihat tabel 4.5 maka separuh lebih dari responden yang ada di Kecamatan Simo telah menggunakan fasilitas buang air besar milik sendiri yaitu sebanyak 71 responden atau 72,4 %. Sedangkan responden yang menggunakan fasilitas buang air besar secara bersama sebanyak 27 responden atau 27,6 %. Dengan banyaknya responden yang telah menggunakan fasilitas buang air milik sendiri

menunjukkan bahwa pengetahuan masyarakat tentang sanitasi sudah cukup baik.

Dari tabel 4.5 juga dapat dilihat jenis kloset yang dipakai sebagian besar responden telah menggunakan jenis leher angsa yaitu sebanyak 56 responden atau 57,1 %. Sedangkan yang menggunakan jenis cemplung sebanyak 26 responden atau 26,5 %. Untuk jenis plengsengan yang menggunakan sebanyak 10 responden atau 10,2 % dan responden yang belum memakai kloset sebanyak 6 responden atau 6,1 %. Terdapat syarat dalam pembuatan kloset yaitu tidak mengotori tanah permukaan, tidak mengotori air permukaan, tidak mengotori air tanah, kotoran tidak boleh terbuka sehingga dapat dipergunakan oleh lalat untuk bertelur, kloset harus terlindung, dan pembuatannya mudah serta murah (Sukarni, 1994). Melihat bahwa sebagian besar responden telah menggunakan jenis leher angsa maka dapat dipastikan bahwa sebagian besar responden telah memahami arti pentingnya tempat buang air besar yang memenuhi syarat kesehatan. Untuk responden yang belum memakai kloset jumlahnya cukup sedikit, kebanyakan dari mereka langsung buang air besar ke sungai.

Dari tabel 4.5 juga didapatkan bahwa sebagian besar responden memakai lubang tanah sebagai tempat pembuangan akhir yaitu sebesar 51 atau 52,0 %. Sebesar 26 responden atau 26,5 % menggunakan sungai sebagai tempat pembuangan akhir. Sedangkan responden yang menggunakan tangki atau SPAL sebagai tempat pembuangan akhir baru sekitar 14 responden atau 14,3 %. Untuk responden yang menggunakan

kolam/sawah/kebun sebesar 7 responden atau 7,1 %. Sedangkan untuk jarak ke tempat pembuangan akhir, sebagian besar responden telah memenuhi syarat kesehatan yaitu berjarak 10 m sebanyak 55 responden atau 56,1 %. Untuk yang berjarak lebih dari 10 m sebanyak 34 responden atau 34,7 % dan responden yang tidak mengetahui jaraknya sebanyak 9 responden atau 9,2 %.

Secara keseluruhan pengetahuan masyarakat tentang sanitasi buang air besar telah cukup baik. Mereka telah membuat fasilitas buang air besar yang memenuhi syarat kesehatan. Dengan demikian diharapkan dengan adanya kesadaran masyarakat untuk menggunakan fasilitas buang air besar yang memenuhi syarat kesehatan maka anggota keluarganya akan terhindar dari berbagai penyakit yang ditimbulkan oleh lingkungan yang kurang sehat.

6. Fasilitas Air Minum.

Dari penelitian yang telah dilakukan maka didapatkan distribusi fasilitas air minum sebagai berikut pada tabel 4.6.

Tabel 4.6. Distribusi Air Minum di Kecamatan Simo Tahun 2003.

Keterangan	Jumlah	Persentase
Sumber air minum		
Sumur terlindung	13	13,3
Sumur tak terlindung	62	63,3
Leding	23	23,5
Total	98	100
Cara memperoleh air minum		
Berlangganan	24	24,5
Tidak membeli	74	75,5
Total	98	100
Penggunaan fasilitas air minum		
Sendiri	69	70,4
Bersama	29	29,6
Total	98	100

Sumber : Data primer yang diolah, 2003

Berdasarkan tabel 4.6 terlihat bahwa sebagian besar responden menggunakan sumur tidak terlindung yaitu sebanyak 62 responden atau 63,3 %. Untuk responden yang memakai sumur terlindung baru sebanyak 13 responden atau 13,3 %. Untuk responden yang memakai leding sebanyak 23 responden atau 23,5 %. Untuk mendapatkan air sumur agar memenuhi syarat kesehatan maka air sumur harus dilindungi dari pencemaran yang mungkin saja terjadi. Hendaknya dalam pembuatan sumur harus memenuhi syarat yang ada yaitu syarat lokalisasi dan syarat konstruksi (Sukarni, 1994).

Dari tabel 4.6 juga tampak bahwa sebagian besar responden memperoleh air minum dengan cara tidak membeli yaitu sebanyak 74 responden atau 75,5 %. Sedangkan yang lain memperoleh air minum dengan jalan berlangganan yaitu sebanyak 24 responden atau 24,5 %. Dari tabel 4.6 juga tampak bahwa sebagian besar responden telah menggunakan air minum sendiri yaitu sebanyak 69 responden atau 70,4 % bila dibandingkan dengan responden yang menggunakan secara bersama yaitu sebanyak 29 responden atau 29,6 %.

Air minum sangat vital fungsinya bagi kehidupan manusia. Di Indonesia tingkat pemakaian air sehari – hari baru mencapai 100 liter sedangkan di Amerika tingkat pemakaian air sehari – hari mencapai 189 liter. Air tersebut dipakai untuk minum, masak, mencuci, mandi dan buang air besar. Air minum yang baik harus memenuhi syarat – syarat tertentu yaitu syarat fisik, kimia dan bakteriologis. Untuk syarat fisik yaitu jika air

itu tidak berwarna, tidak mempunyai rasa, tidak berbau, jernih dengan suhu sebaiknya dibawah suhu udara sehingga terasa nyaman. Untuk syarat kimia yaitu tidak mengandung zat kimia atau mineral yang berbahaya bagi kesehatan misalnya : CO₂, H₂S, NH₄ dan lain – lain. Untuk syarat bakteriologis yaitu tidak mengandung bakteri E. Coli yang melampaui batas yang ditentukan. Diharapkan dengan pemakaian air minum yang sehat maka akan menghindarkan anggota keluarga dari berbagai penyakit yang bisa timbul (Sukarni, 1994).

7. Fasilitas Melahirkan

Kelahiran bayi adalah suatu hal yang sangat dinantikan kehadirannya ditengah keluarga. Berikut tabel 4.7 yang mendistribusikan tempat melahirkan dan siapa yang menolong proses kelahiran.

Tabel 4.7. Distribusi Tempat Melahirkan dan Menolong Proses Kelahiran di Kecamatan Simo Tahun 2003

Keterangan	Jumlah	Persentase
Tempat melahirkan		
Rumah	17	17,3
Puskesmas	20	20,4
Rumah bersalin	55	56,1
Rumah sakit	6	6,1
Total	98	100
Menolong Proses kelahiran		
Dokter	12	12,2
Bidan	77	78,6
Dukun	9	9,2
Total	98	100

Sumber : Data primer yang diolah, 2003

Berdasarkan tabel 4.7 sebagian besar responden melahirkan di rumah bersalin yaitu sebanyak 55 responden atau 56,1 %. Diikuti oleh responden yang melahirkan di Puskesmas yaitu sebanyak 20 responden

atau 20,4 %. Sedangkan yang melahirkan di rumah sendiri dan rumah sakit sebanyak 17 responden atau 17,3 % dan 6 responden atau 6,1 %. Dari tabel 4.7 juga didapatkan sebagian besar responden ditolong proses kelahirannya oleh bidan sebanyak 77 responden atau 78,6 %. Sedangkan responden yang ditolong oleh dokter sebanyak 12 responden atau 12,2 % dan responden yang ditolong oleh dukun sebanyak 9 responden atau 9,2 %.

Dengan melihat tabel 4.7 ibu – ibu yang akan melahirkan telah ditangani oleh orang ahli yaitu bidan dan dokter sehingga keselamatannya lebih terjamin bila dibandingkan ditangani oleh seorang dukun. Dengan penanganan kelahiran yang lebih baik maka diharapkan kematian bayi akibat penanganan proses kelahiran yang kurang tepat dapat dihindarkan.

B. Tabulasi Silang.

Analisis tabulasi silang digunakan untuk mengetahui jumlah atau persentase dari variabel tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga dengan status gizi balita di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali. Analisis ini juga digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Perhitungan tabulasi silang dengan menggunakan model crosstabulation dengan program SPSS versi 10.0. Adapun hasil dari analisis pengolahan data sebagai berikut :

1. Status gizi berdasarkan tingkat pendidikan ibu dengan aktivitas ekonomi ibu

Berdasarkan data yang diperoleh dari lapangan status gizi berdasarkan tingkat pendidikan ibu dengan aktivitas ekonomi ibu di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali dapat diketahui pada tabel 4.8 berikut ini.

Tabel 4.8. Status Gizi Balita Berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Aktivitas Ekonomi Ibu

Status Gizi	Tingkat Pendidikan	Status pekerjaan				Total
		Tidak bekerja		Bekerja		
		Jumlah	persentase	jumlah	persentase	
Baik	SD	2	3,4	0	0	2
	SMP	21	35,6	2	11,8	23
	SMU	33	55,9	9	52,9	42
	D2	0	0	1	5,9	1
	D3	2	3,4	1	5,9	3
	S1	1	1,7	4	23,5	5
	Total	59	77,6	17	22,4	76
Kurang baik	SD	5	83,3	3	18,8	8
	SMP	1	16,7	12	75,0	13
	SMU	0		1	6,25	1
	Total	6	27,3	16	72,7	22

Sumber : Data primer yang diolah, 2003

Berdasarkan tabel 4.8 diatas dapat diketahui bahwa status gizi balita kategori baik lebih banyak terjadi pada responden yang berstatus tidak bekerja, yaitu sebanyak 59 responden atau 77,6 %. Untuk responden yang berstatus bekerja sebanyak 17 responden atau 22,4 %. Status gizi balita kategori baik dilihat dari tingkat pendidikan banyak terdapat pada tingkat pendidikan SMU untuk responden tidak bekerja yaitu sebanyak 33 responden atau 55,9 % dan untuk responden yang bekerja sebanyak 9 responden atau 52,9 %.

Dari tabel 4.8 juga terlihat bahwa status gizi balita kategori kurang baik banyak terdapat pada responden yang bekerja yaitu sebanyak 16 responden atau 72,7 %. Sedangkan responden yang berstatus tidak bekerja sebanyak 6 responden atau 27,3 %. Untuk status gizi balita pada kategori kurang baik jika dilihat dari tingkat pendidikan maka untuk responden yang tidak bekerja paling dominan terdapat pada tingkat pendidikan SD yaitu sebanyak 5 responden atau 83,3 %. Sedangkan untuk responden yang bekerja maka pada kategori status gizi kurang baik paling banyak terdapat pada tingkat pendidikan SMP yaitu sebanyak 12 responden atau 75,0 %.

Melihat data pada tabel 4.8 terlihat bahwa sebagian besar ibu rumah tangga yang menjadi responden tidak bekerja, walaupun pendidikan yang berhasil ditempuh tidak terlalu rendah karena sebagian besar responden berpendidikan SMU yang berarti mereka dapat bekerja pada sektor formal dan informal tetapi dalam kenyataannya tingkat pendidikan yang berhasil mereka tempuh tidak mendorong mereka untuk bekerja. Kemungkinan besar hal tersebut terjadi karena suami mereka telah bekerja dan mungkin yang pendapatan yang diperoleh telah mencukupi sehingga para ibu rumah tangga tadi merasa tidak perlu bekerja dan lebih memilih menjadi ibu rumah tangga biasa.

2. Status gizi balita berdasarkan tingkat pendidikan ibu dengan pendapatan keluarga

Berdasarkan data yang diperoleh dari lapangan diketahui bahwa status gizi berdasarkan tingkat pendidikan ibu dengan pendapatan keluarga

di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali dapat dilihat pada tabel 4.9 berikut ini.

Tabel 4.9. Status Gizi Balita Berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu Dengan Pendapatan Keluarga.

Status Gizi	Tingkat Pendidikan	Pendapatan				Total
		0- Rp 357.500,00	%	> Rp 357.500,00	%	
Baik	SD	2	7,4	0	0	2
	SMP	8	29,6	15	30,6	23
	SMU	17	63,0	25	51,0	42
	D2	0	0	1	2,0	1
	D3	0	0	3	6,1	3
	S1	0	0	5	10,2	5
	Total	27	35,5	49	64,5	76
Kurang Baik	SD	6	42,9	2	25,0	8
	SMP	8	57,1	5	62,5	13
	SMU	0	0	1	12,5	1
	Total	14	63,6	8	36,4	22

Sumber : Data primer yang diolah, 2003

Berdasarkan tabel 4.9 diketahui bahwa status gizi balita dengan kategori baik banyak terdapat pada keluarga yang berpendapatan lebih besar dari Rp 357.500,00 yaitu sebanyak 49 responden atau 64,5 %. Kemudian untuk responden yang berpendapatan antara Rp 0 sampai dengan Rp 357.500,00 sebanyak 27 responden atau 35,5 %.

Berdasarkan tabel 4.9 juga terlihat bahwa pada status gizi balita kategori baik pada pendapatan keluarga Rp 0 – Rp 357.500,00 jumlah terbesar terdapat pada responden yang berpendidikan SMU yaitu sebanyak 17 responden atau 63,0 %. Pada tingkat pendapatan keluarga lebih besar dari Rp 357.500,00 jumlah terbanyak terdapat pada responden yang berpendidikan SMU yaitu 25 responden atau 51,0 %.

Dari tabel 4.9 juga terlihat pada status gizi balita kategori kurang baik untuk responden yang berpendapatan antara Rp 0 – Rp 357.500,00

yaitu sebanyak 14 responden atau 63,6 %. Sedangkan responden yang berpendapatan lebih besar dari Rp 357.500,00 yaitu sebanyak 8 responden atau 36,4%. Sedangkan dari tingkat pendidikan untuk responden yang berpendapatan antara Rp 0 – Rp 357.500,00 sebagian besar responden berpendidikan pada tingkat SMP yaitu sebanyak 8 responden atau 57,1 % dan untuk rseponden yang berpendapatan lebih besar dari Rp 357.500,00 sebagian besar responden berpendidikan SMP yaitu sebanyak 5 rseponden atau 62,5%.

3. Status gizi balita berdasarkan pendapatan keluarga dengan aktivitas ekonomi ibu

Berdasarkan data yang diperoleh dari lapangan dapat diketahui status gizi balita berdasarkan pendapatan keluarga dengan aktivitas ekonomi ibu di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali seperti terlihat pada tabel 4.10 berikut ini.

Tabel 4.10 Status Gizi Balita Berdasarkan Pendapatan Keluarga dengan Aktivitas Ekonomi Ibu

Status Gizi	Pendapatan	Aktivitas Ekonomi Ibu				Total
		Tidak Bekerja	%	Bekerja	%	
Baik	0 – Rp 357.500,00	25	42,4	2	11,8	27
	> Rp 357.500,00	34	57,6	15	88,2	49
	Total	59	77,6	17	22,4	76
Kurang Baik	0- Rp 357.500,00	5	83,3	9	56,3	14
	> Rp 357.500,00	1	16,7	7	43,8	8
	Total	6	27,3	16	72,7	22

Sumber : Data primer yang diolah, 2003

Berdasarkan tabel 4.10 terlihat bahwa pada status gizi kategori baik jumlah terbanyak terdapat pada responden yang berstatus tidak bekerja yaitu sebanyak 59 responden atau 77,6 %. Sedangkan untuk responden yang berstatus bekerja sebanyak 17 responden atau 22,4 %.

Dari tabel 4.10 juga terlihat pada status gizi kategori baik pada responden yang tidak bekerja sebagian besar responden berpendapatan lebih besar dari Rp 357.500,00 yaitu sebanyak 34 responden atau 57,6 %. Diikuti oleh responden yang berpendapatan antara 0 – Rp 357.500,00 yaitu sebanyak 25 responden atau 42,4 %. Sedangkan untuk responden yang bekerja sebagian besar responden berpendapatan lebih besar dari Rp 357.500,00 yaitu sebanyak 15 responden atau 88,2 %. Untuk responden yang berpendapatan antara 0 – Rp 357.500,00 sebanyak 2 responden atau 11,8 %

Dari tabel 4.10 juga didapatkan bahwa status gizi balita kategori kurang baik jumlah terbanyak terdapat pada responden yang berstatus bekerja yaitu sebanyak 16 responden atau 72,7 %. Sedangkan responden yang berstatus tidak bekerja sebanyak 6 responden atau 27,3 %. Untuk status gizi kategori kurang baik, untuk responden yang bekerja sebagian besar responden berpendapatan antara 0 – Rp 357.500,00 yaitu sebanyak 9 responden atau 56,3 %. Sedangkan untuk responden yang tidak bekerja jumlah terbanyak pada responden yang berpendapatan antara 0 – Rp 357.500,00 yaitu sebanyak 5 responden atau 83,3 %.

C. Analisis Kuantitatif dengan Regresi Linier Berganda

Untuk mengetahui pengaruh faktor tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu dan pendapatan keluarga terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali digunakan model regresi linier berganda dengan menggunakan program SPSS. Adapun persamaan yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$Y = B_0 + B_1TP + B_2PK + B_3D$$

Dimana:

Y = Status gizi balita

B_0 = Intersep

B_1, B_2, B_3 = koefisien regresi

D = Variabel dummy aktivitas ekonomi ibu

D = 1, ibu bekerja

D = 0, ibu tidak bekerja

TP = Tingkat pendidikan ibu

PK = Pendapatan keluarga

Adapun hasil perhitungan komputer dengan program SPSS terhadap data yang diperoleh dari penelitian lapangan tahun 2003 disajikan dalam tabel 4.12 berikut ini:

Tabel 4.12 Hasil Estimasi Dari Analisis Regresi Linier Berganda

Var	Notasi	Koefisien Regresi	Standard Error	t Hitung	Prob
TP	Pendidikan ibu	0,301	0,134	2,254	0,034
D	Aktivitas ekonomi ibu	-0,241	0,115	-2,107	0,038
PK	Pendapatan keluarga	0,441	0,143	3,094	0,028
Intersep = 0,426					
Adj, R Squared = 0,797					
R squared = 0,805					
Multiple R = 0,897					
F Statistik = 2,994					
Prob, F = 0,035					

Sumber : Print out komputer, 2003

Berdasarkan hasil pengolahan data pada tabel 4.12 diperoleh bentuk persamaan regresi sebagai berikut:

$$Y = 0,426 + 0,301TP + 0,441PK - 0,241D$$

$$(2,254) \quad (3,094) \quad (-2,107)$$

Keterangan: Angka dalam kurung adalah t hitung.

Kemudian dari persamaan regresi tersebut dilakukan pengujian-pengujian sebagai berikut:

a. Uji t

Uji t adalah pengujian koefisien regresi secara individual dan untuk mengetahui kemampuan dari masing – masing variabel independen dalam mempengaruhi perubahan variabel dependen, dengan menganggap variabel independen lain tetap

Langkah – langkah pengujian sebagai berikut :

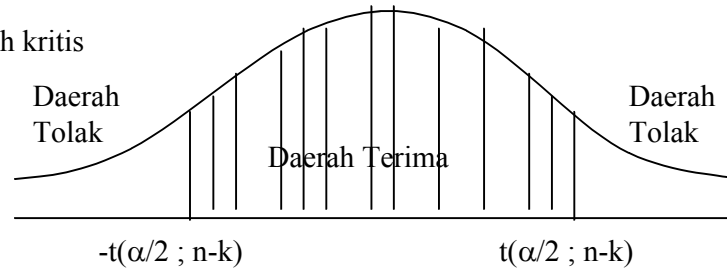
1). $H_0 : \alpha_1 = 0$

$H_a : \alpha_1 \neq 0$

2). Nilai t tabel

t tabel : $t_{\alpha/2 ; N-K}$

3). Daerah kritis



gambar : 4.1 kriteria pengujian uji t.

Nilai t_{hitung} diperoleh dengan rumus :

$$T_{hitung} = \frac{b_1}{Se(b_1)}$$

Dimana :

b_1 = koefisien regresi

$Se(b_1)$ = *standart errors* koefisien regresi

4). Kriteria pengujian

- a) Apabila nilai $-t_{tabel} < t_{hitung} < t_{tabel}$, maka H_0 diterima.
Artinya variabel independen tidak berpengaruh terhadap variabel dependen secara signifikan.
- b) Apabila nilai $t_{hitung} > t_{tabel}$ atau $t_{hitung} < -t_{tabel}$, maka H_0 ditolak. Artinya variabel independen mampu mempengaruhi variabel dependen secara signifikan.
- c) Berdasarkan probabilitas
Jika probabilitas $> 0,05$ maka H_0 diterima.
Jika probabilitas $< 0,05$ maka H_0 ditolak.

Dari kriteria pengujian uji t dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Tingkat Pendidikan Ibu (TP)

Berdasarkan hasil pengolahan data diperoleh nilai probabilitas sebesar 0,034 jauh dibawah 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Ini berarti secara individu variabel tingkat pendidikan ibu berpengaruh secara signifikan terhadap status gizi balita pada derajat signifikansi 5 % dengan menganggap variabel independen lainnya tetap.

Besarnya pengaruh tingkat pendidikan terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali bisa dilihat dari besarnya koefisien regresi variabel tersebut. Dari hasil pengolahan data telah didapatkan besarnya koefisien variabel tingkat pendidikan sebesar 0,301 artinya setiap kenaikan tingkat pendidikan 1 tahun akan meningkatkan gizi balita sebesar 0,301 poin di Kecamatan Simo, kabupaten Boyolali dengan menganggap variabel independen lainnya tetap.

Hal ini sesuai dengan analisa Kasmita (2000) di mana tingkat pendidikan ibu berpengaruh positif dengan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi. Sehingga semakin tinggi pendidikan yang diperoleh ibu akan semakin mudah bagi seorang ibu untuk memahami informasi tentang gizi yang baik bila dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan lebih rendah (Kasmita dkk, 2000).

Hasil di atas juga sama dengan pendapat Soetjningsih (1998) dimana pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor penting

dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anaknya, pendidikannya, dsb (Soetjningsih, 1998).

2. Aktivitas Ekonomi Ibu

Berdasarkan hasil pengolahan data diperoleh nilai probabilitas sebesar 0,038 jauh dibawah 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Ini berarti secara individu aktivitas ekonomi ibu berpengaruh secara signifikan terhadap status gizi balita pada derajat signifikansi 5 % dengan menganggap variabel independen lainnya tetap.

Besarnya pengaruh aktivitas ekonomi ibu terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali dapat dilihat dari besarnya koefisien regresi variabel tersebut. Dari hasil pengolahan data telah didapatkan besarnya koefisien variabel aktivitas ekonomi ibu sebesar -0,241 artinya perbedaan status gizi balita ibu yang bekerja dengan yang tidak bekerja sebesar -0,241 poin. Ibu yang bekerja akan menurunkan status gizi balita sebesar -0,241 poin dibandingkan dengan ibu yang tidak bekerja di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali dengan menganggap variabel independen lainnya tetap.

Hal ini sesuai dengan analisa Luciasari (1995) di mana seorang ibu yang bekerja akan memiliki waktu yang terbatas untuk bertemu dengan balitanya, sehingga bila keluarga tersebut berpendapatan rendah dan tidak mampu menggaji seorang pengasuh anak maka pola makan anak

menjadi tidak diperhatikan yang berakibat pada zat gizi yang masuk ke tubuh anak. Sehingga kondisi gizi anak bisa terganggu pada akhirnya status gizi anak menjadi kurang baik (Luciasari, 1995).

3. Pendapatan Keluarga

Berdasarkan hasil pengolahan data diperoleh nilai probabilitas sebesar 0,028 jauh dibawah 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Ini berarti secara individu pendapatan keluarga berpengaruh secara signifikan terhadap status gizi balita pada derajat signifikansi 5 % dengan menganggap variabel independen lainnya tetap.

Besarnya pengaruh jumlah pendapatan keluarga terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali bisa dilihat dari besarnya koefisien regresi variabel tersebut. Dari hasil pengolahan data telah didapatkan besarnya koefisien variabel pendapatan keluarga sebesar 0,441 artinya setiap kenaikan pendapatan keluarga sebesar Rp 10.000,00 akan meningkatkan gizi balita sebesar 0,441 poin di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali dengan menganggap variabel lainnya tetap.

Hal tersebut juga sesuai dengan analisis Indriani (1995) yang mengungkapkan bahwa semakin tinggi pendapatan keluarga akan semakin baik konsumsi pangan anak balita tersebut (Indriani, 1995).Melihat hasil di atas juga tampak bahwa semakin tinggi pendapatn keluarga diharapkan mampu meningkatkan status gizi balitanya karena kualitas makanan yang dikonsumsi tidak hanya

semata-mata untuk mengatasi rasa lapar tetapi lebih berkualitas sehingga zat makanan yang masuk ke dalam tubuh lebih bergizi. Pada akhirnya status gizi balita juga akan menjadi baik karena mengkonsumsi makanan yang bergizi (Handajani, 1994).

b. Uji F

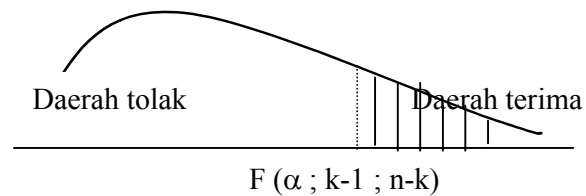
Uji F ini digunakan untuk menguji signifikansi secara bersama-sama semua koefisien regresi dengan derajat keyakinan 95 %, derajat kebebasan pembilang adalah k dan penyebut adalah n-k,k-1.

Untuk signifikansinya :

- Hipotesis : $H_0 : \alpha_0 = \alpha_1 = \alpha_2$

$H_a : \alpha_0 \neq \alpha_1 \neq \alpha_2$

- Kriteria pengujian



Gambar 4. 2. Kriteria pengujian uji F

Pengujian dilakukan dengan membandingkan nilai F_{hitung} dengan F_{tabel} . Bila $F_{hitung} > F_{tabel}$, maka H_0 ditolak yang berarti variabel independen secara nyata berpengaruh terhadap variabel dependen secara bersama-sama. Bila $F_{hitung} < F_{tabel}$, maka H_0 diterima yang berarti variabel independen tidak mempengaruhi variabel dependen secara bersama-sama. Ada cara lain untuk menghitung uji F adalah dengan melihat probabilitas (F statistik). Apabila nilai probabilitasnya

jauh lebih kecil dari tingkat α maka berarti secara statistik semua koefisien regresi tersebut signifikan pada tingkat α tertentu (Santoso, 2001).

Rumus F_{hitung} adalah sebagai berikut :

$$F_{hitung} = \frac{R^2 / (k - 1)}{(1 - R^2) (N - k)}$$

dimana :

R^2 = koefisien determinasi α

N = banyaknya observasi

K = banyaknya variabel

Dari persamaan regresi di atas dapat dilihat bahwa nilai probabilitas sebesar 0,035 karena jauh lebih kecil dari 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Hal ini berarti secara bersama-sama variabel tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap status gizi balita pada derajat signifikansi 5 % di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali.

c. R^2 (Koefisien determinasi)

R^2 ini menunjukkan seberapa besar variasi dari variabel dependen dapat dijelaskan oleh variasi variabel independen. R^2 yang digunakan adalah R^2 yang telah memperhitungkan jumlah variabel bebas dalam suatu model regresi atau R^2 yang telah disesuaikan (Adjusted R^2). R^2 diperoleh dengan rumus (Gujarati, 1991):

$$R^2 = 1 - \frac{(1 - R^2) N - 1}{N - k}$$

Dimana :

N = jumlah sampel

K = banyaknya variabel

R^{-2} = Adjusted R-Squared

R^2 = R- squared

Berdasarkan hasil perhitungan, didapatkan nilai adjusted R-squared sebesar 0,797 yang berarti bahwa variasi independen yaitu variasi tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga dapat menjelaskan sebesar 79,7 % terhadap variasi variabel dependen yaitu status gizi balita, sedangkan sisanya sebesar 20,3 % dijelaskan oleh variabel lain diluar model.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menyajikan kesimpulan sehubungan dengan hasil analisis pada bab sebelumnya. Dari hasil kesimpulan tersebut kemudian diajukan beberapa saran.

A. Kesimpulan.

Dari hasil analisis deskriptif, analisis tabulasi silang dan analisis regresi linier berganda yang telah dilakukan pada bab-bab sebelumnya dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Karakteristik ibu dan rumah tangga keluarga balita dari data yang diperoleh di lapangan menunjukkan bahwa sebagian besar ibu rumah tangga hanya berpendidikan SMU ke bawah yaitu sebesar 90,8 %. Sedangkan ibu rumah tangga yang berpendidikan diploma keatas hanya sebesar 9,2 % sangat jauh bila dibandingkan dengan ibu rumah tangga yang berpendidikan SMU kebawah.
2. Ibu balita di Kecamatan Simo banyak yang berstatus tidak bekerja yaitu sebanyak 66,3 % dibandingkan dengan ibu yang berstatus bekerja yaitu sebanyak 33,7 %. Sebagian besar ibu banyak yang meluangkan waktunya untuk mengadakan kontak dengan balitanya. Untuk ibu yang bekerja sebanyak 63,6 % bekerja selama 0 – 35 jam seminggu. Sebanyak 36,4 % bekerja selama > 35 jam seminggu.

3. Separuh lebih responden berpendapatan kurang dari Rp 1.400.000,00 yaitu sebanyak 93,9 %. Sedangkan responden yang berpendapatan antara Rp 1.400.000,00 sampai dengan Rp 2.800.000,00 sebanyak 4,1 % dan responden yang berpendapatan lebih dari Rp 2.800.000,00 hanya sebanyak 2,0 % bisa dilihat bahwa separuh lebih responden masih berpendapatan rendah.
4. Tingkat pengetahuan ibu tentang kesehatan balita telah cukup baik karena separuh lebih balita telah mendapatkan imunisasi lengkap sebanyak 5 jenis yaitu sebanyak 70,4 %. Diikuti dengan balita yang hanya mendapatkan imunisasi 4 jenis sebanyak 19,4 % dan untuk balita yang hanya mendapatkan imunisasi 3 jenis dan 2 jenis sebanyak 7,1 % dan 3,1 %
5. Sebanyak 72,4 % rumah tangga telah mempunyai fasilitas buang air besar sendiri dan sebanyak 27,6 % masih menggunakan fasilitas buang air besar secara bersama. Sebagian besar rumah tangga juga telah menggunakan kloset yang memenuhi syarat kesehatan yaitu jenis leher angsa sebanyak 57,1 %. Diikuti rumah tangga yang menggunakan jenis cemplung yaitu sebanyak 26,5 % dan jenis plengsengan yaitu sebanyak 10,2 %, namun masih ada rumah tangga yang belum menggunakan kloset yaitu sebanyak 6,1 %.

Untuk tempat pembuangan akhir sebagian besar rumah tangga masih memakai lubang tanah sebagai tempat pembuangan akhir yaitu sebanyak 52,0 %, diikuti dengan rumah tangga yang menggunakan sungai sebagai

tempat pembuangan akhir yaitu sebanyak 26,5 %. Sedangkan rumah tangga yang menggunakan tangki baru sebanyak 14,3 % dan responden yang menggunakan yang menggunakan kolam/sawah/kebun sebanyak 7,1 %. Untuk jarak air minum ke tempat pembuangan akhir separuh lebih rumah tangga telah memenuhi syarat kesehatan yaitu sama dengan atau lebih dari 10 m yaitu sebanyak 90,8 % dan ada sebanyak 9,2 % rumah tangga yang tidak tahu jaraknya.

6. Sebagian besar rumah tangga masih menggunakan sumur tidak terlindung sebagai sumber air minum yaitu sebanyak 63,3 % dan baru sebanyak 13,3 % yang menggunakan sumur terlindung. Untuk rumah tangga yang menggunakan leding sebanyak 23,5 %. Sebagian rumah tangga memperoleh air minum dengan cara tidak membeli yaitu sebanyak 75,5 % dan yang berlangganan sebanyak 24,5 %. Didapatkan juga sebagian besar rumah tangga telah memiliki fasilitas air minum milik sendiri yaitu sebanyak 70,4 % dan sebanyak 29,6 % masih menggunakan fasilitas air minum secara bersama.
7. Sebagian besar responden melahirkan di rumah bersalin yaitu sebanyak 56,1 % diikuti oleh responden yang melahirkan di Puskesmas sebanyak 20,4 %. Sedangkan untuk responden yang melahirkan di rumah dan rumah sakit ada sebanyak 17,3 % dan 6,1 %. Separuh lebih responden juga telah menggunakan jasa bidan didalam menolong proese kelahiran yaitu sebanyak 78, 6 %. Sedangkan responden yang menggunakan jasa dokter dan dukun ada sebanyak 12,2 % dan 9,2 %

8. Berdasarkan data yang diperoleh dari lapangan di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali diketahui bahwa jumlah balita yang diukur dengan cara antropometri yaitu berat badan menurut umur balita (BB/U) terdapat 76 balita yang berstatus gizi baik dan 22 balita lainnya berstatus gizi kurang baik.
9. Berdasarkan uji t dengan taraf signifikansi 5 % masing –masing variabel independen yang meliputi tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali.
10. Berdasarkan uji F dengan taraf signifikansi 5 % ternyata variabel tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga secara bersama-sama mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap status gizi balita di Kecamatan Simo, Kabupaten Boyolali.
11. Dari hasil pengolahan data juga didapatkan bahwa koefisien determinasi sebesar 0,797 atau 79,7 %. Angka ini menunjukkan bahwa variasi perubahan status gizi balita sebesar 79,7 % dapat dijelaskan oleh perubahan tingkat pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga. Sedangkan untuk sisanya 20,3 % dijelaskan oleh variabel lain diluar model.

B. Saran.

Dari kesimpulan di atas dapat diajukan beberapa saran

1. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan diketahui dari 98 balita yang diteliti sebanyak 76 balita berstatus gizi baik dan 22 balita berstatus gizi kurang baik. Hal ini hendaknya mendorong dinas kesehatan yang terkait untuk lebih mengiatkan kegiatan yang diadakan oleh posyandu seperti penyuluhan, pemberiann makanan tambahan untuk balita, penimbangan, dan pemberian imunisasi. Sehingga diharapkan kinerja posyandu menjadi lebih baik dan lebih aktif didalam meningkatkan status gizi balita.
2. Dari data yang diperoleh dari lapangan juga diketahui bahwa sebagian besar ibu rumah tangga masih berpendidikan SMU ke bawah. Disarankan juga bagi dinas kesehatan yang terkait dengan bekerja sama dengan kader posyandu agar lebih mempermudah didalam pemberian informasi kepada para ibu- ibu rumah tangga sehingga walaupun pendidikan ibu tersebut rendah tetapi dapat mengatasi masalah gizi didalam keluarganya.
3. Untuk ibu-ibu yang bekerja disarankan agar jangan sampai melalaikan anaknya. Sehingga walaupun seorang ibu tersebut bekerja tetapi masih tetap dapat meluangkan waktu untuk mengurus anaknya. Sehingga kondisi anak tetap diperhatikan jangan sampai terlantar. Peran kader posyandu di sini cukup besar agar senantiasa aktif mengingatkan para ibu yang bekerja untuk tetap aktif datang ke posyandu untuk mengikuti kegiatan yang diadakan oleh posyandu berkaitan dengan peningkatan status gizi balita.

4. Untuk penelitian ini tingkat pendapatannya tidak di lihat dari tingkat pengeluaran pangan keluarga sehingga tidak diketahui secara pasti berapa persentase dari pendapatan yang diperoleh yang digunakan untuk membeli kebutuhan makanan. Sehingga untuk penelitian selanjutnya bisa digunakan variabel tingkat pengeluaran pangan keluarga agar diketahui secara pasti besarnya pendapatan yang dipakai untuk membeli makanan.
5. Untuk penelitian ini daerah sampel yang diambil hanya terdiri dari 3 kelurahan, sehingga daerah sampel yang diambil kurang luas. Disarankan untuk penelitian selanjutnya daerah sampel yang diambil bisa lebih luas sehingga daerah sampel yang mewakili lebih representatif di dalam pengambilan data yang dilakukan.
6. Untuk penelitian ini indikator antropometri yang dipakai adalah BB/U. Disarankan untuk penelitian selanjutnya dapat digunakan indikator yang lain seperti BB/TB atau TB/U sehingga dapat diketahui perbedaannya bila dibandingkan dengan memakai indikator BB/U.
7. Untuk penelitian ini variabel yang digunakan baru variabel pendidikan ibu, aktivitas ekonomi ibu, dan pendapatan keluarga. Disarankan untuk penelitian selanjutnya variabel yang digunakan bisa ditambah.