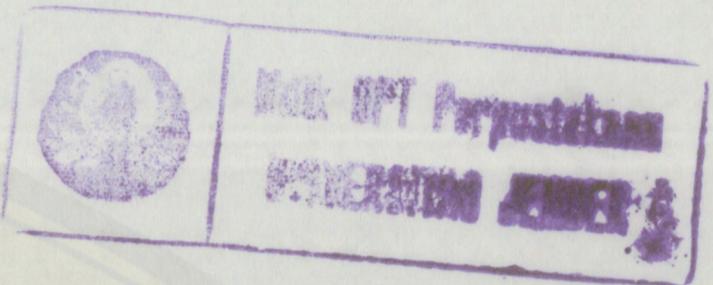
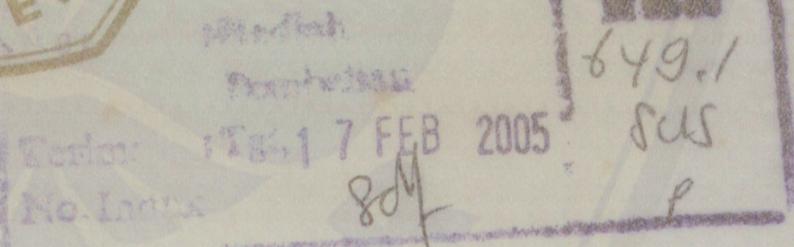


**PENGARUH FAKTOR SOSIAL EKONOMI  
TERHADAP DERAJAT KESEHATAN BALITA  
DI KECAMATAN PUJON KABUPATEN MALANG  
(Studi Kasus Terhadap Ibu Usia 15 Tahun - 19 Tahun)**

**SKRIPSI**



Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Guna Memperoleh  
Gelar Sarjana Ekonomi pada Fakultas Ekonomi  
Universitas Jember



Oleh :

**FITRI MEI SUSANTI**

**000810101030**

**ILMU EKONOMI STUDI PEMBANGUNAN  
FAKULTAS EKONOMI  
UNIVERSITAS JEMBER  
2004**

## JUDUL SKRIPSI

PENGARUH FAKTOR SOSIAL EKONOMI TERHADAP DERAJAT  
KESEHATAN BALITA DI KECAMATAN PUJON  
KABUPATEN MALANG

(Studi Kasus Terhadap Ibu Usia 15 Tahun - 19 tahun)

Yang dipersiapkan dan disusun oleh :

N a m a : FITRI MEI SUSANTI

N. I. M. : 000810101030

J u r u s a n : Ilmu Ekonomi dan Studi Pembangunan

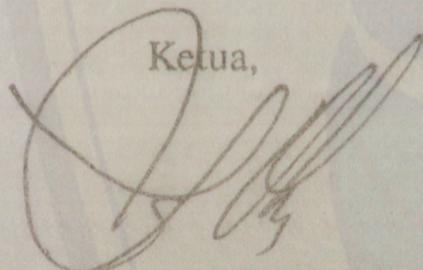
telah dipertahankan di depan Panitia Penguji pada tanggal :

18 DESEMBER 2004

dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima sebagai kelengkapan guna memperoleh gelar S a r j a n a dalam Ilmu Ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Jember.

### Susunan Panitia Penguji

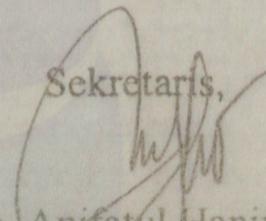
Ketua,



Drs. Sonny Sumarsono, MM

NIP. 131 759 836

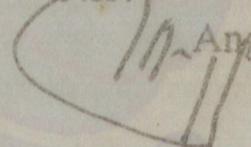
Sekretaris,



Dra. Apifatul Hanim

NIP. 131 953 240

Anggota,



Dra. Nanik Istivani, M.Si

NIP. 131 658 376

Mengetahui / Menyetujui  
Universitas Jember  
Fakultas Ekonomi

Dekan,



Dr. H. Sarwedi, MM

NIP. 131 276 658



**TANDA PERSETUJUAN**

Judul Skripsi : Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Derajat Kesehatan  
Balita Di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang.

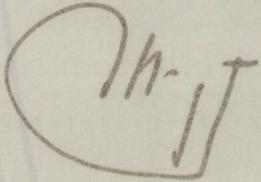
Nama : Fitri Mei Susanti

NIM : 000810101030

Jurusan : Ilmu Ekonomi Studi Pembangunan

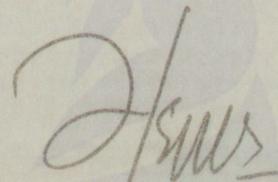
Konsentrasi : Ekonomi Sumber Daya Manusia

Dosen Pembimbing I



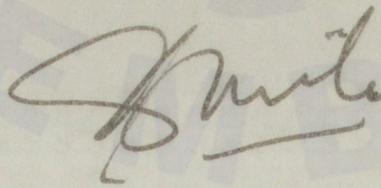
Dra. Nanik Istiyani, M.Si  
131 658 376

Dosen Pembimbing II



Herman Cahyo D, SE, MP  
132 232 442

Ketua Jurusan



Drs. J Sugiarto, SU  
130 610 494

Tanggal Persetujuan: Oktober 2004

## MOTTO

- *Tidak semestinya orang bodoh diam atas kebodohnya, dan tidak pantasnya orang alim diam atas kealimannya.*

*(Al-Hadits)*

- *Jihad yang paling utama adalah menyatakan keadilan dihadapan penguasa atau raja yang zalim.*

*(H.R. Abu Daud)*

- *Marah itu dapat merusak iman, seperti pahitnya jadam merusak manisnya madu.*

*(Al-Hadits)*

- *Mencintai dunia adalah sumber segala kesalahan.*

*((H.R. Baihaqi)*

- *Tidak ada dosa kecil kalau dilakukan terus menerus, dan tidak ada dosa besar jika disertai dengan istighfar.*

*(Al-Hadits)*

- *Bagi manusia ada para malaikat yang selalu mengikutinya secara bergantian, dimuka dan dibelakangnya, mereka menjaga manusia atas perintah Allah.*

*(Q.S Ar-Ra'du : 11)*

*PERSEMBAHAN*

Ini bukan apa-apa bagi mereka

Tapi .....

Ini merupakan sesuatu yang sangat berarti bagiku

Dari sekian banyak perjuangan dalam meniti hidup

Hanya dengan kuasa Allah SWT dan Ridlo-Nya semua ini dapat terselesaikan

Untuk itu .....

Kupersembahkan karya ini kepada :

- ✧ Ayahanda *Rintoko* Dan Ibunda *Susmiati* tercinta yang telah memberikan bimbingan, nasehat serta do'a dan kasih sayang yang tiada pernah henti, dan pengorbanan yang telah ayah dan bunda berikan yang mungkin tiada pernah akan terbalas, semoga Allah WST selalu melindungi dan memberikan kebahagiaan bagi kita semua,
- ✧ Suamiku *Ahmad Wahudi, SE* yang selalu kucintai yang setia menemaniku, memberiku dorongan, semangat serta do'a dan yang tiada pernah bosan menasehati dan membimbingku untuk menjadi seorang istri yang baik,
- ✧ Ananda *Perdana Afie Nugraha* yang selalu kusayangi yang memberikan kebahagiaan tersendiri dihari-hariku, kamu anugerah terindah yang pernah kumiliki,
- ✧ Almamaterku yang aku banggakan "Universitas Jember"

## ABSTRAKSI

Berdasarkan latar belakang pentingnya peningkatan kesehatan anak-anak khususnya pada anak balita, maka penelitian ini mengambil judul “Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Derajat Kesehatan Balita Di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang (Studi Kasus Terhadap Ibu Usia 15 Tahun - 19 Tahun)”. Masalah yang diteliti adalah seberapa besar pengaruh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita terhadap derajat kesehatan balita yang diukur melalui persentase berat badan/umur (BB/U).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi balita terhadap derajat kesehatan balita secara parsial dan secara serentak dengan menggunakan data primer yang didukung dengan data sekunder.

Dari hasil analisis data dengan menggunakan program komputer *SPSS version 11.0* dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan ibu pengaruhnya terhadap serajat kesehatan balita sebesar  $-0,215$  dengan pengaruh yang tidak signifikan. Pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita pengaruhnya terhadap derajat kesehatan balita sebesar  $0,362$  dengan pengaruh yang signifikan. Pendapatan keluarga pengaruhnya terhadap derajat kesehatan balita sebesar  $1,671$  dengan pengaruh yang signifikan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita pengaruhnya terhadap derajat kesehatan balita sebesar  $0,402$  dengan pengaruh yang signifikan.

Secara bersama-sama, tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita berpengaruh secara serentak terhadap derajat kesehatan balita. Nilai koefisien determinasi ( $R$ ) sebesar  $0,794$  menunjukkan variasi perubahan derajat kesehatan balita di kecamatan Pujon Kabupaten Malang sebesar  $79,4\%$  dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita. Sedangkan sebesar  $20,6\%$  dipengaruhi oleh faktor lain diluar analisis tersebut dan kesalahan pengganggu (*error Term*).

Kata Kunci : derajat Kesehatan Balita

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala Rahmat, Taufik serta Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi ini dengan judul “Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Derajat Kesehatan Balita Di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang (Studi Kasus Terhadap Ibu Usia 15 Tahun-19 Tahun)”.

Penulisan skripsi ini ditujukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Jember.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan dan masih banyak kekurangannya, hal ini disebabkan keterbatasan yang ada pada penulis. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik guna perbaikan dan penyempurnaan skripsi ini.

Skripsi ini dapat terselesaikan berkat bantuan, bimbingan dan pengarahan serta dorongan dari berbagai pihak yang secara langsung maupun secara tidak langsung ikut andil didalamnya. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis menyampaikan banyak terima kasih kepada:

1. Dra. Nanik Istiyani, M.Si Dan Herman Cahyo D, SE, MP selaku dosen pembimbing dalam penyusunan skripsi ini yang telah bersedia meluangkan waktu memberikan pengarahan dan bimbingan dengan penuh kesabaran,
2. Dr.H. Sarwedi, MM selaku Dekan Fakultas Ekonomi dan juga selaku dosen wali,
3. Drs.J.Sugiarto, SU selaku Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi Studi Pembangunan,
4. Seluruh dosen Fakultas Ekonnomi yang telah memberikan bekal ilmu kepada penulis yang tak ternilai harganya,
5. Seluruh Staf dan karyawan dilingkungan Fakultas Ekonomi,
6. Ayahanda dan Ibunda tercinta yang tak pernah kering dengan do'a,
7. Suami dan Ananda terkasih yang memberikan kebahagiaan tersendiri di hidupku

8. Adikku Iwan serta Mas Agus, Mas Adji dan Mbak Yuli yang selalu membantu untuk menjaga dan merawat ananda Afie,
9. Om dan Tanteku (Goto, Maskur Ani, Yusuf Anis) serta Mbah Sulikah, Mbah Samsudin (Alm) dan Mbah Samiran (Alm) terima kasih atas segala bantuan, dukungan, nasehat serta do'a yang telah diberikan'
10. Sepupuku Lely, Hendra dan Tika yang selalu cerewet dan penuh dengan berbagai pertanyaan,
11. Yuyun Mistriani (Alm) sahabat terbaik yang pernah ada dihidupku,
12. Sahabatku Dina yang selalu tenang menjalani hidup (cuek), Gita yang selalu rajin, Yane yang paling cerewet dan Mbak Frida yang paling bijak, terima kasih atas nasehat-nasehatnya,
13. Teman-temanku di Sarworini Camp (Ita T, Ninuk Y, Fana, Ila, Desi), teman-teman baruku di Karimata V-12 (Wiwik H, Pipin A, Anida A, Ira Y, Cici K, Novi plus tantenya yang super cerewet),
14. Teman-temanku SP khususnya SP-GP angkatan 2000,
15. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Akhirnya dengan segala kesederhanaan dan keterbatasan yang ada dalam skripsi ini, penulis mengharapkan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Jember, Oktober 2004

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN MOTTO .....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN .....	v
ABSTRAKSI .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>I. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	5
1.3 Tujuan Dan Manfaat Penelitian .....	5
<b>II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Tinjauan Hasil Penelitian Sebelumnya .....	7
2.2 Landasan Teori .....	8
2.2.1 Teori Moesley dan Chen .....	8
2.2.2 Derajat Kesehatan Balita .....	10
2.2.3 Faktor Penyebab Kurang Energi Protein (KEP) .....	13
2.3 Variabel Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Balita .....	15
2.3.1 Pendidikan Ibu .....	15
2.3.2 Pengetahuan Ibu Mengenai Kesehatan Balita .....	16
2.3.3 Pendapatan Keluarga .....	17
2.3.4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Bagi Anak Balita .....	17
2.4 Hipotesis .....	18

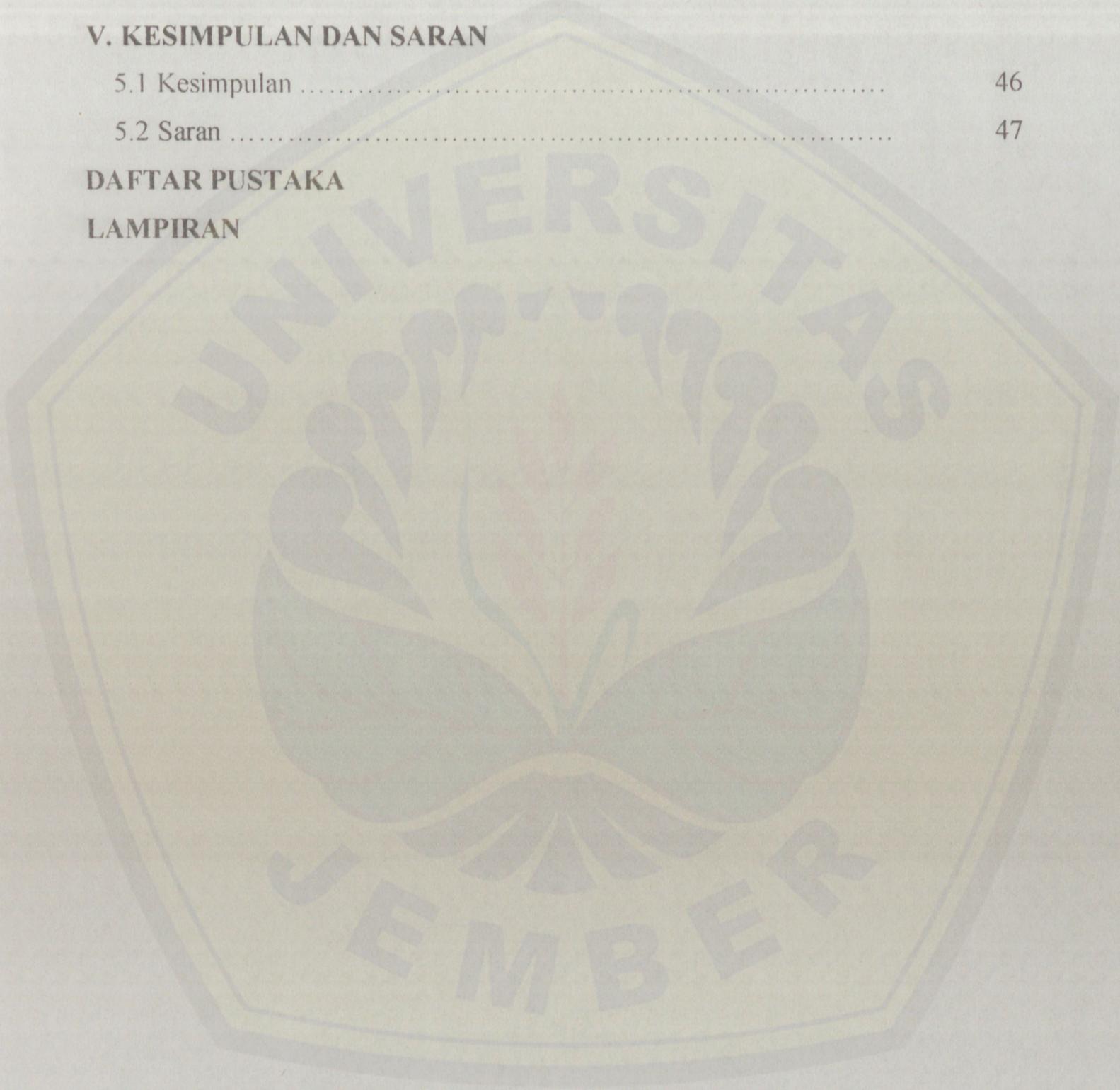
**III. METODE PENELITIAN**

3.1 Rancangan Penelitian .....	19
3.1.1 Jenis Penelitian .....	19
3.1.2 Populasi .....	19
3.1.3 Unit Populasi .....	19
3.2 Metode Pengambilan Sampel .....	19
3.3 Metode Pengumpulan Data .....	20
3.4 Metode Analisis data .....	20
3.4.1 Uji Statistik .....	21
a. Uji Pengaruh Secara Bersama-sama .....	21
b. Uji Pengaruh secara Parsial .....	23
3.4.2 Uji Ekonometrika .....	24
a. Uji Multikolinearitas .....	24
b. Uji Heterokedastisitas .....	24
3.5 Definisi Variabel Operasional dan Pengukurannya .....	25

**IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

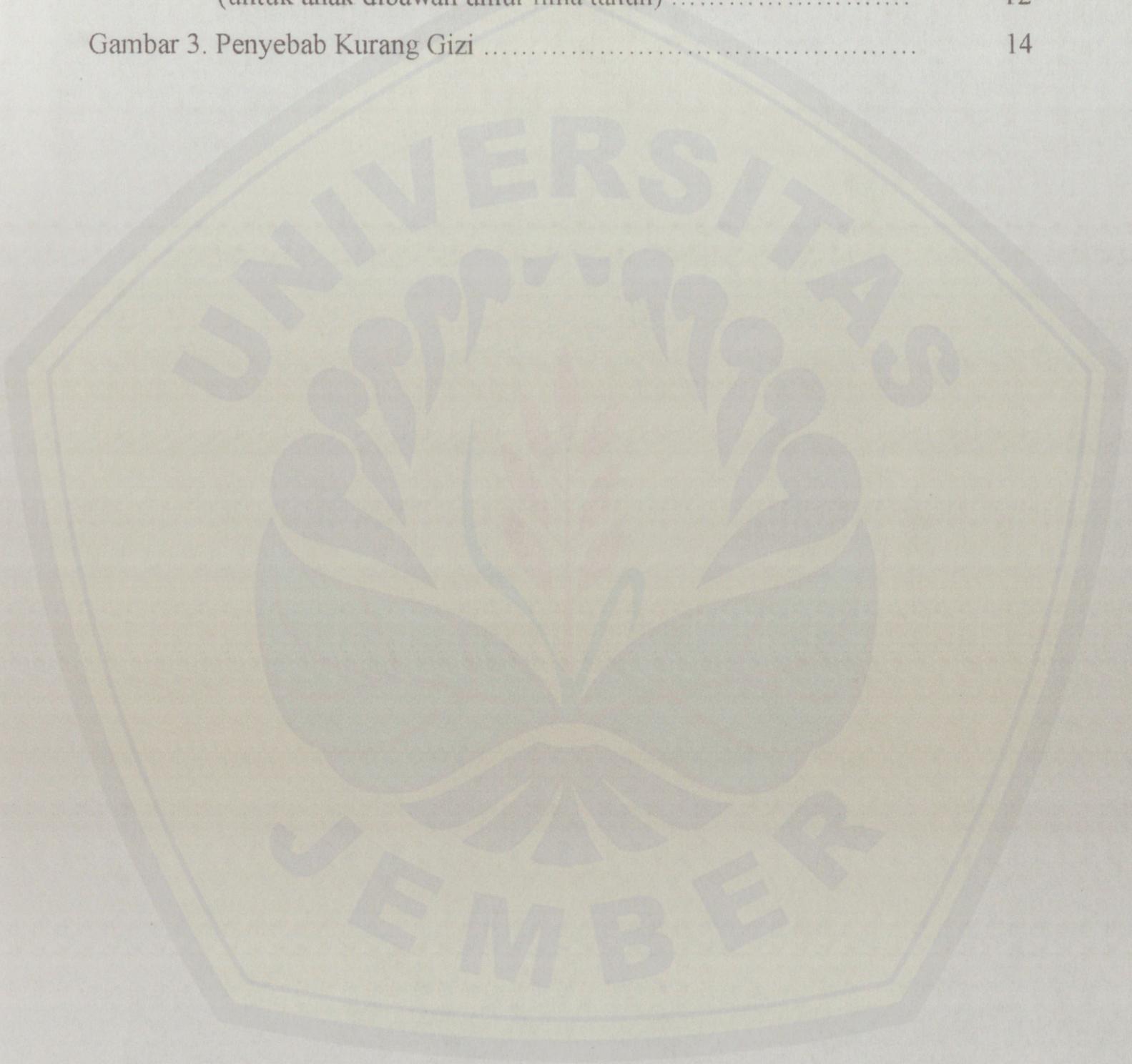
4.1 Gambaran Umum Kecamatan Pujon .....	27
4.1.1 Letak dan Keadaan Geografis .....	27
4.1.2 Tingkat Pendidikan Penduduk .....	27
4.1.3 Mata Pencaharian Penduduk .....	28
4.1.4 Sarana Pendidikan .....	29
4.1.5 Sarana dan Prasarana Kesehatan .....	30
4.2 Gambaran responden di Kecamatan Pujon .....	31
4.2.1 Derajat Kesehatan Balita .....	32
4.2.2 Tingkat Pendidikan Ibu .....	32
4.2.3 Pengetahuan Ibu Mengenai Kesehatan Balita .....	34
4.2.4 Pendapatan Keluarga .....	34
4.2.5 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Bagi Anak Balita .....	35
4.3 Analisis Data Hasil Penelitian .....	36
4.3.1 Hasil Analisis Regresi .....	36
4.3.2 Uji Koefisien Regresi Secara Serentak .....	38

4.3.3 Koefisien Determinasi .....	38
4.3.4 Uji Pengaruh secara Parsial .....	39
4.3.5 Evaluasi Uji Ekonometrika .....	40
a. Uji Multikolinearitas .....	40
b. Uji Heterokedastisitas .....	41
4.4 Pembahasan .....	42
<b>V. KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan .....	46
5.2 Saran .....	47
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Kerangka Variabel untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi Kelangsungan Hidup anak .....	10
Gambar 2. Kartu Menuju Sehat dengan tiga garis patokan (untuk anak dibawah umur lima tahun) .....	12
Gambar 3. Penyebab Kurang Gizi .....	14



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Distribusi frekuensi dan sampel umur balita di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2003 .....	20
Tabel 2. Distribusi Penduduk menurut tingkat pendidikan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2003 .....	28
Tabel 3. Distribusi penduduk menurut jenis mata pencaharian di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang .....	29
Tabel 4. Prasarana pendidikan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2003 .....	30
Tabel 5. Sarana Kesehatan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2003 .....	30
Tabel 6. Prasarana Kesehatan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2003 .....	31
Tabel 7. Komposisi Jumlah responden menurut umur di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2004 .....	31
Tabel 8. Derajat Kesehatan Balita (BB/U) di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2004 .....	32
Tabel 9. Komposisi jumlah responden menurut tingkat pendidikan Di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2004 .....	33
Tabel 10. Tingkat Pendapatan Keluarga responden di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2004 .....	35
Tabel 11. Perhitungan Regresi Linier Berganda Variabel Y, $X_1$ , $X_2$ , $X_3$ , dan $X_4$ .....	36
Tabel 12. Perbandingan nilai $r^2$ dengan nilai $R^2$ .....	41

## DAFTAR LAMPIRAN

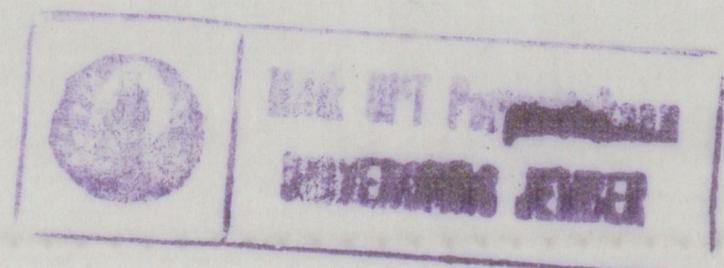
- Lampiran 1. Daftar pertanyaan responden
- Lampiran 2. Standar antropometri berat badan menurut umur 0-60 bulan, sex tidak dipisah
- Lampiran 3. Penilaian variabel pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ )
- Lampiran 4. Penilaian variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ )
- Lampiran 5. Data Responden
- Lampiran 6. Data input variabel  $Y, X_1, X_2, X_3$  dan  $X_4$
- Lampiran 7. Hasil Olahan Data
- Lampiran 8. Hasil Analisis regresi Linier Berganda
- Lampiran 9. Uji Multikolinearitas
- Lampiran 10. Uji Heterokedastisitas

## I. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

pembangunan di Indonesia adalah pembangunan manusia yang mandiri dan mempunyai kualitas prima. Oleh karena itu pembangunan kesehatan di Indonesia harus bisa menjadi sarana untuk membangun manusia yang mandiri dan penuh vitalitas. Peningkatan kualitas penduduk menjadi kebutuhan yang mendesak dan harus dilakukan penekanan terhadap arti pentingnya usaha peningkatan kualitas penduduk menjadi bagian dari kebijakan program kependudukan secara nasional. Pemerintah berupaya meningkatkan mutu hidup penduduk dengan menjalankan kebijaksanaan secara makro maupun mikro. Kebijaksanaan makro dibidang kependudukan dan kesejahteraan masyarakat antara lain mengatur tentang hubungan perkembangan penduduk dan kesejahteraan keluarga. Pemerintah dalam hal ini secara langsung maupun tidak langsung telah memberi dukungan dan memberi pengayoman terhadap usaha terjalannya keterpaduan antara pelaksanaan pembangunan dibidang kependudukan dengan peningkatan kesejahteraan masyarakat. Perkembangan kependudukan mencakup tiga aspek, yaitu kualitas penduduk, kuantitas penduduk, mobilitas penduduk. Pembangunan kesejahteraan keluarga mencakup dua aspek, yaitu kualitas dan kuantitas keluarga, dimana mereka diharapkan mampu membangun dirinya sendiri, anggotanya dan seluruh masyarakat secara mandiri dan berkesinambungan (Heidar, 1993 : 2 ).

Kebijaksanaan mikro dibidang kependudukan dan kesejahteraan masyarakat antara lain dengan mengajak dan meyakinkan para orang tua untuk menanamkan investasi mereka lebih terarah pada kualitas atau mutu anak dari pada sekedar kuantitas atau jumlah anak. Investasi terhadap kualitas atau mutu anak meliputi beberapa aspek, antara lain: kesehatan, gizi dan pendidikan. Dalam hal ini pemerintah sudah melaksanakan melalui program posyandu yang lebih banyak mencurahkan perhatian terhadap kesejahteraan balita disamping penyuluhan terpadu tentang pentingnya keluarga berencana dan kesejahteraan keluarga.



Pembangunan kesehatan sebagai bagian dari pembangunan nasional sangat erat kaitannya dengan pembangunan sosial budaya dan ekonomi dalam artian pengaruh timbal baliknya sangat nyata. Sebagai contoh tingkat pendidikan dan tingkat pendapatan masyarakat yang meningkat (disertai dengan distribusi pendapatan yang lebih merata) akan diikuti oleh semakin meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Sebaliknya, peningkatan derajat kesehatan masyarakat akan dapat meningkatkan tingkat kecerdasan dan tingkat pendapatan masyarakat (Adhyatma,1991:20). Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta peningkatan mutu dan kemudahan pelayanan kesehatan yang masih harus makin terjangkau oleh lapisan masyarakat.

Perbaikan kesehatan masyarakat harus ditingkatkan antara lain melalui pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular. Unsur utama dalam pembangunan kesehatan sebagaimana digariskan dalam GBHN sub sektor kesehatan ditetapkan bahwa:(1) pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan termasuk keadaan gizi masyarakat dalam rangka peningkatan kualitas dan taraf hidup serta kecerdasan dan kesejahteraan rakyat pada umumnya,(2) pembangunan kesehatan terutama ditujukan pada golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah, baik di pedesaan maupun perkotaan,(3) upaya perbaikan kesehatan rakyat ditingkatkan antara lain melalui pemberantasan penyakit menular,perbaikan gizi, penyediaan air bersih, kebersihan dan kesehatan lingkungan, serta pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, dilanjutkan dengan penyuluhan kesehatan yang diperluas untuk menumbuhkan kesadaran dan membudayakan perilaku hidup sehat sejak sedini mungkin diseluruh lapisan masyarakat,(4) dalam rangka lebih meningkatkan pelayanan kesehatan, perlu terus ditingkatkan mutu pelayanan rumah sakit, lembaga-lembaga pemulihan kesehatan, pusat-pusat kesehatan masyarakat serta lembaga-lembaga kesehatan lainnya,(5) pelayanan kesehatan, baik oleh swasta harus selalu memperhatikan aspek-aspek kemanusiaan dalam pelaksanaannya (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994 : 285-286).

Konsep *Health for all by The Year 2000* yang sejak tahun 1977 mulai di masyarakatkan oleh WHO, telah diputuskan menjadi tujuan utama dari negara-negara di dunia dan organisasi kesehatan dunia. Konsep tersebut dimaksudkan bahwa pada tahun 2000 seluruh penduduk dunia dapat mencapai suatu tingkat kesehatan yang memungkinkan mereka memperoleh kehidupan yang produktif baik sosial maupun ekonomi. Demi tercapainya tujuan tersebut, badan kesehatan dunia pada tahun 1979 telah menentukan strategi global untuk konsep health for all tersebut dan menganjurkan negara-negara anggota untuk memformulasikan strategi nasional masing-masing, serta secara kolektif memformulasikan strategi regional dan strategi global (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994 : 292).

Dua indikator yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pembangunan kesehatan terdiri dari : pertama, indikator derajat kesehatan. Indikator ini mencoba untuk mengukur angka harapan hidup, angka kematian bayi dan status gizi yang diukur melalui persentase berat badan bayi ketika lahir dan berat badan balita. Menurut data PBB, 34% balita menderita kurang kalori dan protein, dan 35% menderita kurang zat besi. UNICEF memperkirakan bahwa 50% anak dibawah umur dua tahun kekurangan gizi yang akan mengancam perkembangan otaknya (laporan Amerika Serikat tentang HAM di Indonesia tahun 1998). Kedua, indikator yang berkaitan dengan upaya kesehatan kepada masyarakat, biasanya digunakan tiga ukuran yang terdiri dari angka cakupan imunisasi, angka cakupan pertolongan persalinan dan angka cakupan penyediaan air bersih bagi masyarakat (Tjiptoherijanto dan Soesetyo, 1994 : 287-288).

Pentingnya peningkatan kesehatan anak-anak diharapkan dapat meningkatkan pendidikan mereka. Hal ini penting diperhatikan, karena pendidikan itu sendiri memegang peranan yang cukup penting dalam meningkatkan pendidikan mereka dan dalam peningkatan konsumsi kalori. Dengan pendidikan yang terarah dapat ditanamkan pentingnya "hidup sehat" sejak dini. Gaya "hidup sehat" ini yang pada kelanjutannya akan menentukan kemampuan mental serta fisik dalam menuntut pendidikan yang lebih tinggi. Jadi untuk mendapatkan "bibit unggul" dalam dunia pendidikan, tingkat kecukupan gizi dan kalori selama umur BALITA harus diperhatikan.

Balita merupakan golongan penduduk yang akhir-akhir ini mendapat perhatian khusus dalam pembangunan nasional. Masyarakat kelompok umur dibawah lima tahun ini dipandang dari aspek pembangunan mempunyai arti khusus. Secara demografi balita merupakan segmanpaling bawah atau menjadi dasar dari piramida penduduk. Dilihat dari segi kesehatan dapat digunakan sebagai tolak ukur dari keberhasilan pembangunan.

Taraf kesehatan balita adalah salah satu faktor yang mempengaruhi pembangunan suatu negara. Akibat yang timbul dari krisis ekonomi secara langsung maupun tidak langsung sangat mempengaruhi pada status kesehatan balita diseluruh Indonesia. Berbagai faktor sosial ekonomi seperti pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita dirasa sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan balita.

Kecamatan Pujon merupakan salah satu Kecamatan yang ada di Kabupaten Malang bagian barat yang akan dijadikan objek dalam penelitian mengenai masalah derajat kesehatan balita. Jumlah penduduk di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang pada akhir tahun 2003 berjumlah 56.171 orang, yang terdiri dari penduduk laki-laki sebanyak 28.533 jiwa dan penduduk wanita sebanyak 27.638 jiwa. Jumlah balita yang ada 5.259 anak, jumlah pasangan usia subur (umur 15-49 tahun) berjumlah 11.689, yang terdiri dari 533 pasangan usia subur (PUS) dengan umur kurang dari 20 tahun, 4.098 PUS dengan umur antara 20-29 tahun, dan 7.058 PUS dengan umur diatas 30 tahun.

Penelitian ini akan difokuskan pada wanita usia subur dengan umur antara 15 tahun-19 tahun yang memiliki anak balita (usia  $\geq 1$  tahun -  $\leq 5$  tahun) yang berjumlah 251 orang. PUS tersebut mempunyai tingkat pendidikan, pengetahuan mengenai kesehatan balita, dan pendapatan keluarga yang berbeda-beda, begitu juga dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yaang telah tersedia di kecamatan tersebut. Hal inilah yang mendorong untuk dilakukan penelitian di kecamatan tersebut, sehingga dapat diketahui pengaruh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan terhadap derajat kesehatan balita.

## 1.2 Perumusan Masalah

Perkawinan diusia muda (usia 15-19 tahun) yang masih banyak dijumpai di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap pola asuh pada anak. Tingkat pendidikan ibu yang rendah yang disebabkan karena menikah dan mempunyai balita diusia yang masih sangat muda dapat mempengaruhi pola pikir dan cara pandang dalam pencapaian gizi bagi balita dan keluarganya yang kurang baik.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat diidentifikasi masalah-masalah sebagai berikut:

1. Berapa besar pengaruh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita terhadap derajat kesehatan balita secara bersama-sama,
2. Berapa besar pengaruh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita terhadap derajat kesehatan balita secara parsial.

## 1.3 Tujuan dan Manfaat Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Penelitian

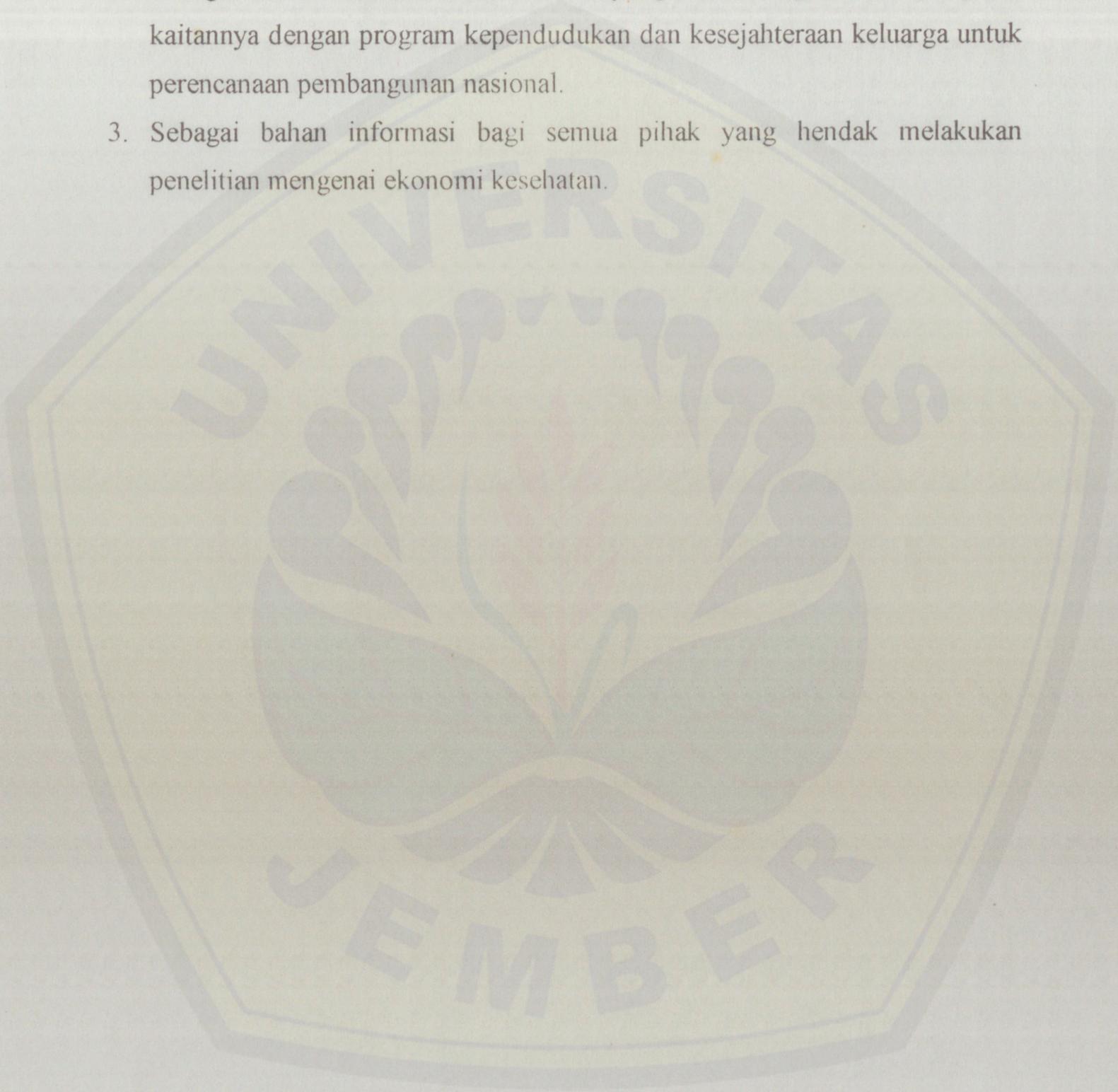
Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui pengaruh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita terhadap derajat kesehatan balita secara bersama-sama.
2. Untuk mengetahui pengaruh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita terhadap derajat kesehatan balita secara parsial.

### 1.3.2 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah :

1. Sebagai sumbangan informasi mengenai pentingnya meningkatkan derajat kesehatan balita dalam memperoleh sumberdaya manusia yang handal dan berkualitas bagi keberhasilan proses pembangunan di Indonesia.
2. Sebagai bahan referensi, informasi dan pengetahuan bagi instansi yang ada kaitannya dengan program kependudukan dan kesejahteraan keluarga untuk perencanaan pembangunan nasional.
3. Sebagai bahan informasi bagi semua pihak yang hendak melakukan penelitian mengenai ekonomi kesehatan.



## II. TINJAUAN PUSTAKA

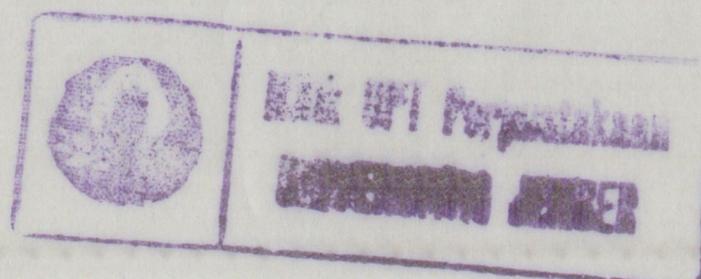
### 2.1 Tinjauan Hasil Penelitian Sebelumnya

Noerohman Setyono (2002) melakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Sosial Ekonomi Terhadap Angka Kesakitan Bayi di Kelurahan Tegal Besar Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember”. Tujuan dari penelitian tersebut adalah untuk mengetahui pengaruh kursus kesehatan ibu, curahan jam kerja ibu, kondisi rumah serta tingkat pendapatan keluarga terhadap angka kesakitan bayi. Data yang digunakan adalah data primer yang diperoleh dari wawancara dengan responden yaitu ibu-ibu yang memiliki bayi berumur antara 10 – 12 bulan.

Hasil yang diperoleh dari pengolahan data tersebut adalah koefisien Determinasi ( $R^2$ ) sebesar 0,625 yang menunjukkan variasi perubahan angka kesakitan bayi di kelurahan Tegal Besar Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember tahun 2002 sebesar 65,2 % disebabkan oleh kursus kesehatan ibu, curahan jam kerja ibu, kondisi rumah serta tingkat pendapatan keluarga. Sedangkan 34,8 % disebabkan oleh faktor lain dan kesalahan pengganggu (*error term*).

Penelitian yang serupa juga dilakukan oleh Evy dengan judul “Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Status Gizi Balita di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember “. Tujuan dari penelitian tersebut adalah untuk mengetahui besarnya pengaruh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan, pendapatan keluarga, curahan jam kerja ibu, penggunaan air bersih serta pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita terhadap status gizi balita. Data yang digunakan adalah data primer yang diperoleh dari responden dengan metode wawancara langsung dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah dipersiapkan untuk para responden yaitu ibu-ibu yang memiliki anak balita , dengan metode pengambilan sampel secara acak berdasarkan atas strata umur balita dalam setiap strata umur yang ada diambil 10% dari jumlah populasi yang ada.

Hasil yang diperoleh dari pengolahan data adalah koefisien determinasi ( $R^2$ ) sebesar 0,718 atau 71,8 % yang menunjukkan variasi perubahan angka status gizi balita di Desa Kamal Kecamatan Arjasa Kabupaten Jember sebesar 71,8 %



dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu tentang kesehatan, pendapatan keluarga, curahan jam kerja ibu, penggunaan air bersih serta pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita. Sedangkan 28,2 % dipengaruhi oleh faktor lain diluar analisis tersebut.

Kesamaan dari kedua penelitian tersebut adalah menggunakan indikator pengukuran besarnya pendapatan keluarga, curahan jam kerja ibu dan sanitasi. Adapun perbedaan dari kedua penelitian tersebut adalah pada penelitian Noerohman Setyono menggunakan indikator angka kesakitan dan kematian bayi (umur 0 – 12 bulan), sedangkan pada penelitian Evy variabel yang digunakan adalah anak balita (umur 0 – 5 tahun).

## 2.2 Landasan Teori

### 2.2.1 Teory Moesley dan Chen

Moesley (dalam Purbangkoro,1994:44), dalam studinya tentang kelangsungan hidup anak di negara sedang berkembang mengajukan sebuah model yang menggambarkan hubungan antara variabel sosial ekonomi, variabel antara dengan kesehatan dan kematian anak ( lihat gambar 1). Model yang dikemukakan bermaksud mengembangkan suatu pendekatan yang menyatukan variabel-variabel sosial ekonomi dan biologis. Model Mosley terdiri dari empat variabel pokok, yaitu (1) variabel sosial ekonomi, (2) variabel antara, (3) indikator biologis, (4) variabel tidak bebas berupa kematian.

Selanjutnya Mosley mengklasifikasikan variabel sosial ekonomi sebagai variabel pengaruh menjadi tiga, yaitu (1) variabel tingkat pendidikan, (2) variabel pada tingkat keluarga (3) variabel pada tingkat komunitas. Ketiga variabel sosial ekonomi ini berkorelasi satu dengan lainnya, tetapi dapat juga bersifat hubungan sebab akibat.

Variabel tingkat individu adalah pendidikan orang tua (ayah dan ibu). Pendidikan akan berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap dan pelaksanaan terhadap pembaharuan, misalnya terhadap imunisasi bagi bayi dan anak terdapat korelasi positif antara pendidikan ibu dengan pemberian imunisasi, semakin tingkat pendidikan seorang ibu, semakin lengkap pemberian imunisasi bagi anak.

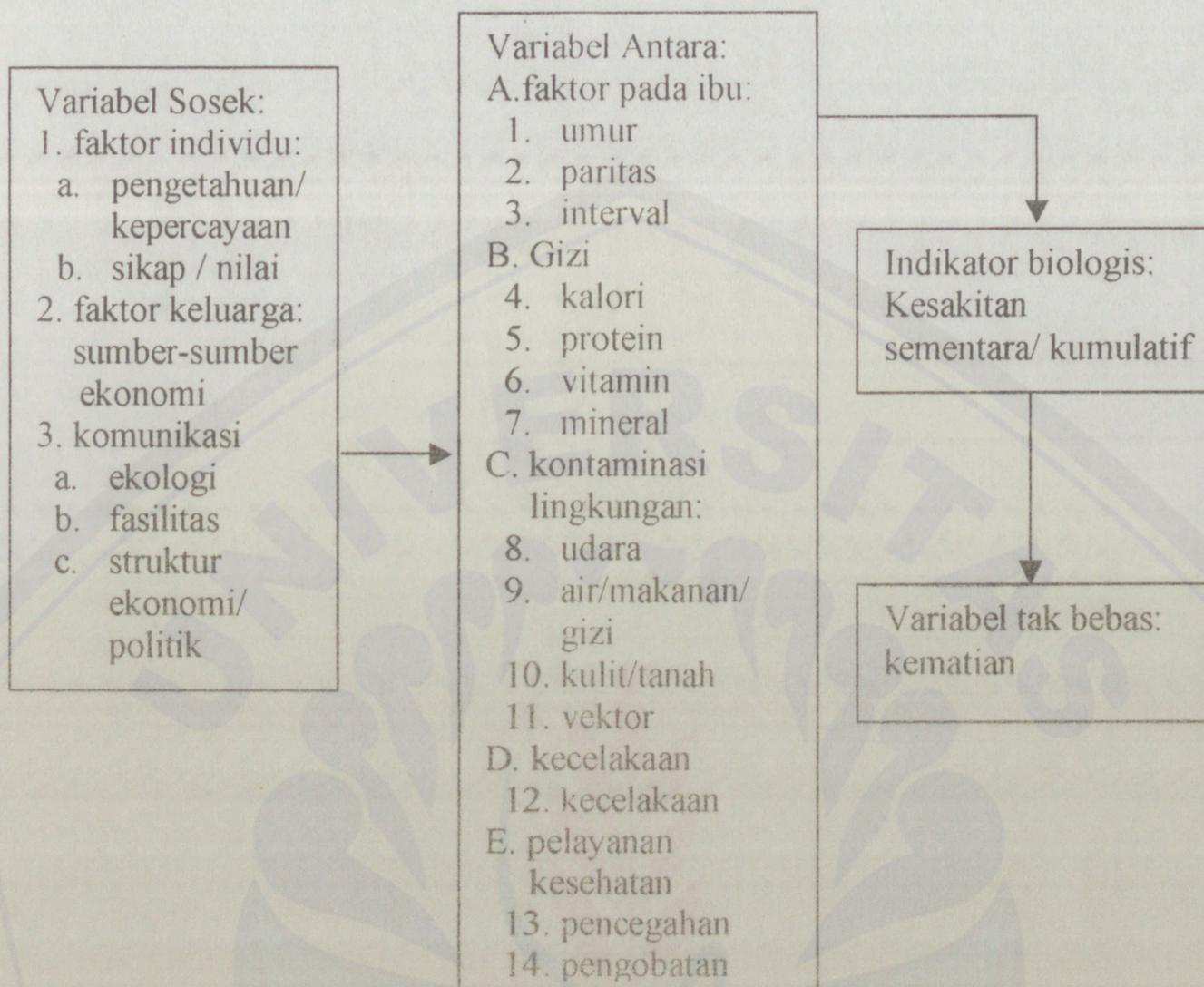
Variabel pada tingkat keluarga adalah sumber ekonomi dapat berupa lapangan usaha atau pekerjaan kepala keluarga dan anggota keluarga. Pendidikan biasanya menentukan jenis pekerjaan yang dipilih sehingga pendapatannya cukup untuk membiayai hidup. Pendidikan berkorelasi positif dengan pendapatan keluarga, semakin tinggi tingkat pendidikan seorang ibu, semakin tinggi pula pendapatan keluarga. Orang tua yang berpendidikan tinggi akan mampu memanfaatkan waktu seefisien mungkin agar pendapatan tinggi. Dan sebaliknya mereka yang berpendidikan rendah biasanya bekerja sesuai dengan kebiasaan yang selama ini telah dilakukan, atau melakukan pekerjaan yang turun-temurun tanpa ada usaha untuk memperbaiki atau meningkatkannya. Oleh karena itu pendapatannya tetap rendah dan sukar untuk meningkatkan kesejahteraan bagi keluarganya.

Variabel pada tingkat komunitas terdiri dari ekologi, fasilitas, struktur ekonomi, dan politik suatu negara. Ekologi keluarga berupa kondisi sekeliling tempat tinggal, apakah itu berada didaerah dataran tinggi atau daerah dataran rendah yang selalu banjir pada musim hujan, tempat tinggal dekat dengan pembuangan sampah, perkampungan kumuh, serta tercemar dari limbah industri. Fasilitas terdiri dari fasilitas umum, dan fasilitas kesehatan, seperti air bersih, tempat mandi dan jamban umum, puskesmas dan balai kesehatan. Struktur ekonomi dan politik berupa tingkat kemakmuran suatu negara atau wilayah dan keamanan.

Menurut Mosley dan Chen, variabel tingkat rumah tangga yang menonjol pengaruhnya terhadap kelangsungan hidup anak adalah penghasilan rumah tangga dan kekayaan yang dimiliki keluarga. Dengan penghasilan yang rendah tidak mungkin dapat menyediakan perumahan yang sehat, makanan yang bergizi, sumber air yang bersih, jamban yang sehat, dan transportasi serta kebutuhan lain bila ada anggota keluarga yang sakit, sebaliknya mereka yang berpenghasilan besar mampu memenuhi kebutuhan keluarga, termasuk kemampuan meningkatkan pendidikan istrinya.

Variabel tingkat komunitas yang berpengaruh terhadap kesehatan balita adalah faktor individu (masukan gizi yang diberikan berupa kalori, protein, vitamin dan mineral), serta faktor masyarakat (fasilitas yang menunjang dalam kesehatan lingkungan) dapat berupa jamban umum, sanitasi, saluran air,

puskesmas, dan jalan. Suatu yang sarana transportasinya baik akan mempermudah memperoleh bantuan pangan dan pengobatan bila dibutuhkan.



**Gambar 1** : Kerangka variabel untuk meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi kelangsungan hidup bagi anak.

Sumber: W.H Moesley, *Social Determinants of Infant and Child Mortality*, The Population Council, 1980, p: 32 (dalam Purbangkoro, 1994:46)

### 2.2.2 Derajat Kesehatan Balita

Derajat kesehatan merupakan salah satu indikator untuk mengukur keberhasilan pembangunan dibidang kesehatan. Indikator derajat kesehatan mengukur angka harapan hidup, angka kematian bayi dan status gizi yang diukur melalui persentase berat badan bayi ketika lahir dan berat badan balita.

Angka kematian merupakan salah satu indikator penting dalam menentukan tingkat kesehatan masyarakat. Angka ini sangat sensitif terhadap

tingkat kesehatan dan kesejahteraan. Angka kematian bayi menunjukkan jumlah kematian perseribu jumlah kelahiran hidup selama tahun pertama kehidupan (Daryanto, 1996: 17).

Tingkat kematian anak balita didefinisikan sebagai jumlah kematian anak usia dibawah lima tahun selama satu tahun perseribu anak usiayang sama pada pertengahan tahun. Angka ini sekaligus merefleksikan tinggi rendahnya angka kematian bayi dan angka kematian anak. Hanya dengan menggunakan angka kematian bayi belum cukup untuk menggambarkan tingkat kematian anak pada umur diatas satu tahun ( Prof. Ida Bagoes Mantra, Ph.D, 2000: 130).

Masalah gizi di Indonesia masih merupakan masalah yang cukup berat. Pada hakekatnya berpangkal pada keadaan ekonomi yang kurang dan kurangnya pengetahuan tentang nilai gizi dari makanan-makanan yang ada. Penyakit-penyakit karena kekurangan gizi di Indonesia terutama adalah Kurang Energi Protein (KEP), defisiensi vitamin A, defisiensi besi, dan penyakit gondok endemik akibat defisiensi jodium.

Tanda-tanda yang paling utama daripada Kurang Energi Protein atau kurang gizi adalah pertumbuhan fisik yang kurang normal. Hal ini dapat dilihat dari catatan pada kartu kurva pertumbuhan berat badan (KMS). Beberapa minggu atau beberapa bulan sebelum timbul tanda-tanda klinis yang jelas, anak tersebut pertumbuhan berat badannya sangat lambat atau bahkan berhenti.

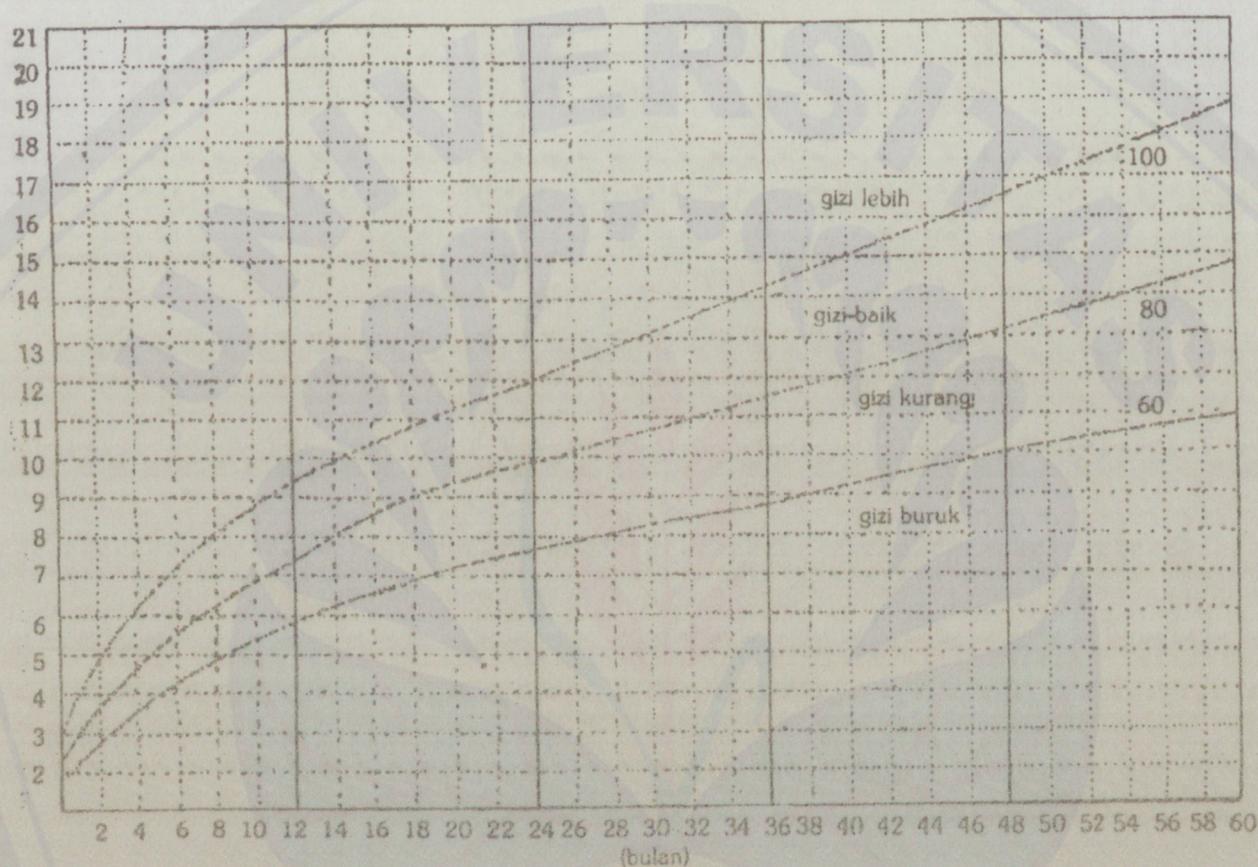
Tanda-tanda klinis dari Kurang Energi Protein adalah badan menjadi kurus, jaringan lemak mulai terasa lunak dan otot-otot daging tidak kencang, penyusutan otot (*wasted*). Biasanya KEP disertai keadaan perut yang buncit, anak menjadi kurang responsif mengarah kepada apatis, perkembangan kepandaian lebih lambat daripada anak yang normal (Suhardjoj, 1992: 61-62).

Setiap petugas kesehatan sebaiknya dapat mengidentifikasi tanda-tanda Kurang Energi Protein. Pada tarap ini masih mungkin dengan perawatan yang khusus, si anak daapat kembali tumbuh dan berkembang secara normal.

Untuk mengatasi masalah gizi, pemerintah menjalankan usaha antara lain: penelitian dan survei gizi, perbaikan gizi dan proyek gizi (Usaha Perbaikan Gizi Keluarga = U.P.G.K.). U.P.G.K. adalah usaha pendidikan yang terkoordinasi

antara pertanian, kesehatan, pendidikan dan dinas-dinas lainnya yang bersangkutan, dengan tujuan untuk meningkatkan keadaan gizi masyarakat, terutama ibu-ibu dan anak-anak di pedesaan.

Untuk mengetahui perkembangan fisik (pertambahan berat badan) dari anak balita dapat dilihat melalui kurva pertumbuhan (Kartu Menuju Sehat/KMS). Dari kurva pertumbuhan tersebut dapat diketahui bagaimana status gizi dari anak balita tersebut. Contoh dari Kartu Menuju Sehat dapat dilihat pada gambar 2 berikut: (Sajogya, dkk: 1994, 26)



**Gambar 2. Kartu Menuju Sehat dengan tiga garis patokan (untuk anak di bawah umur lima tahun)**

Garis paling atas (garis-berat-sehat) disebut “garis patokan 100”, garis kedua (berat-kurang-sehat) disebut “garis patokan 80” dan garis paling bawah disebut “garis patokan 60”. Patokan 100 berarti berat anak 100% dari patokan berat sehat sesuai umur yang ditentukan. Garis-garis patokan tersebut dapat dipakai untuk membuat penggolongan tingkat gizi anak atas 2 sampai 4 kelas. (Sajogya, dkk, 1994: 27)

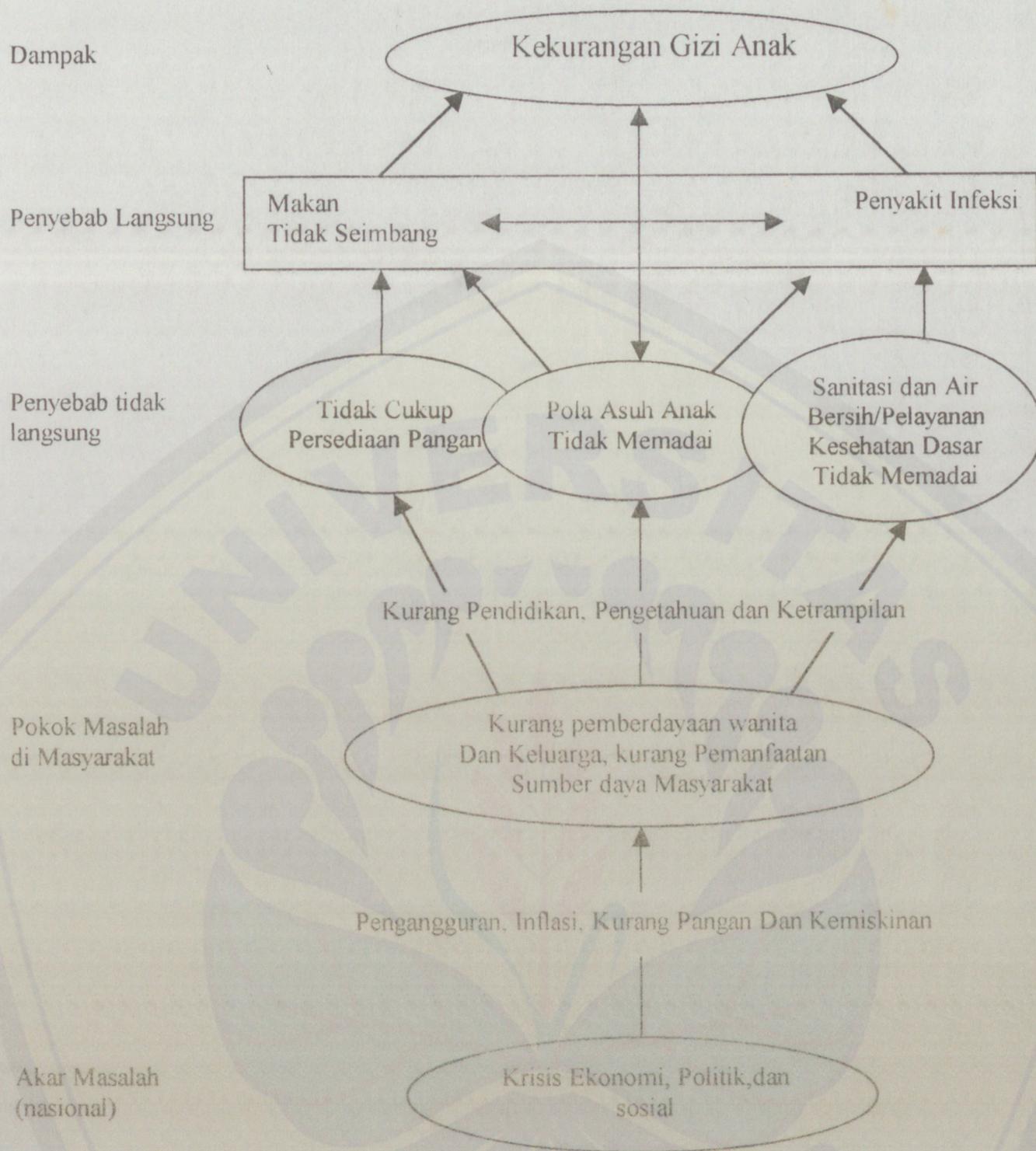
1. sesuai patokan 80 atau lebih: berarti anak berat sehat, dapat diperinci atas gizi lebih (diatas 100) dan gizi baik (antara 100-80);
2. dibawah patokan 80 berarti anak kurus atau berat-kurang-sehat, dapat diperinci atas gizi kurang (antara 80-60) dan gizi buruk (dibawah 60).

### 2.2.3 Faktor Penyebab Kurang Energi Protein (KEP)

Gambar 3 adalah bagan yang diperkenalkan UNICEF dan telah digunakan luas secara internasional mengenai berbagai faktor penyebab kurang gizi. Dari bagan terlihat tahapan penyebab timbulnya kurang gizi anak balita, yaitu penyebab langsung, penyebab tidak langsung, akar masalah dan pokok masalah (prof. Soekirman, SKM, MPS-ID,Phd, 2000: 83-86).

Pertama, penyebab langsung yaitu makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak. Timbulnya KEP tidak hanya karena makanan yang kurang, tetapi juga karena penyakit. Anak yang mendapat makanan yang cukup baik tetapi sering diserang diare atau demam, akhirnya dapat menderita KEP. Sebaliknya anak yang makan tidak cukup baik, daya tahan tubuhnya dapat melemah. Dalam keadaan demikian mudah diserang infeksi, kurang nafsu makan dan akhirnya mudah terserang KEP.

Kedua, penyebab tidak langsung yaitu ketahanan pangan dikeluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Ketahanan pangan dikeluarga (*Household Food Security*) adalah kemampuan keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik maupun mutu gizinya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar dapat tumbuh kembang dengan sebaik-baiknya secara fisik, mental dan sosial. Pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan, adalah tersedianya air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan. Ketiga faktor ini saling berhubungan.



Gambar 3. Penyebab Kurang Gizi (Disesuaikan Dari Bagan UNICEF (1998). *The State Of The World's Children 1998. Oxford Univ Press*)

Faktor tidak langsung yang lain adalah akses aatau keterjangkauan anak dan keluarga terhadap air bersih dan pelayanan kesehatan yang baik seperti imunisasi, pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, penimbangan anak, pendidikan kesehatan dan gizi serta sarana kesehatan yang baik seperti posyandu, puskesmas, praktek bidan atau dokter, dan rumah sakit.

Ketiga, faktor tidak langsung tersebut saling berkaitan dan bersumber pada akar masalah yaitu pendidikan dan ekonomi keluarga serta ketrampilan memanfaatkan sumber daya keluarga dan masyarakat. Akhirnya semuanya dapat berpangkal pada masalah pokok yang lebih besar dimasyarakat dan bangsa secara keseluruhan, seperti masalah ekonomi, politik dan sosial. Sebagai contoh, meningkatnya jumlah anak yang bergizi buruk di beberapa kota di Indonesia pada tahun 1998/1999 adalah akibat dari krisis ekonomi, politik dan keresahan sosial yang melanda Indonesia sejak tahun 1997.

### **2.3 Variabel Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Balita**

#### **2.3.1 Pendidikan Ibu**

Pendidikan orang tua merupakan faktor yang sangat strategis untuk diperhitungkan dalam mempengaruhi perubahan sosial. Pendidikan orang tua yang relatif tinggi akan memiliki pandangan yang lebih baik terhadap pencapaian gizi keluarga. Pendidikan ibu selalu mendapat perhatian dalam penelitian karena ibu merupakan anggota keluarga yang terlibat secara langsung dalam pengelolaan aktivitas rumah tangga, khususnya yang menyangkut dengan pengawasan anak, menyiapkan makanan untuk keluarga. Namun demikian pentingnya pendidikan ibu terhadap status gizi akan rendah pada saat ibu tidak memiliki otonomi dalam mengambil keputusan dalam rumah tangga. Dengan kata lain, untuk bertindak dalam mengelola aktivitas rumah tangga, seperti pengelolaan menu makanan dan pengawasan anak berasal dari ibu, maka diharapkan akan memberikan dampak yang positif terhadap status gizi anak.

Menurut Djoyohadikusumo (1994: 214) pendidikan merupakan prasyarat meningkatkan martabat manusia. Melalui pendidikan, warga masyarakat mendapat kesempatan untuk membina kemampuannya dan mengatur kehidupannya secara wajar. Pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan tingkat pengetahuan seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi pula pengetahuannya. Meningkatnya pendidikan wanita dapat merubah pandangan hidup tradisional yang menganggap bahwa wanita hanyalah sebagai ibu rumah tangga yang hanya tinggal di rumah mengurus anak

dan suami, kearah pandangan yang lebih maju yang mendorong wanita untuk bekerja diluar rumah dan ikut mengambil keputusan dalam rumah tangga (Bakir, dkk:1985: 51).

Pendidikan ibu sangat menentukan kelangsungan hidup anak. Mereka yang memiliki pengetahuan yang memadai dapat menerima informasi tentang cara hidup sehat, perawatan kesehatan disaat ibu hamil, dan cara menangani anak sakit. Ibu yang berpendidikan memiliki kekuasaan yang lebih besar untuk mengambil keputusan dalam keluarga, termasuk keputusan mengurus anak. Keadaan ini berpengaruh terhadap kelansungan hidup anak, karena ia dapat memilih alernatif yang terbaik dan melaksanakannya tanpa hambatan variabel lain.

Anak-anak dari ibu yang mempunyai latar belakang pendidikan lebih tinggi akan mendapatkan kesempatan hidup serta tumbuh lebih baik. Keterbukaan mereka untuk menerima perubahan (hal baru) guna pemeliharaan kesehatan anak merupakan salah satu penyelesaiannya (Kardjati, Ali syahbana dan Kusin, 1998:9).

### **2.3.2 Pengetahuan Ibu Mengenai Gizi Balita**

Seorang ibu hendaknya mengerti dan memahami mengenai pentingnya pemenuhan zat gizi untuk anaknya, terutama anak dalam usia rawan (bayi dan anak usia kurang dari lima tahun), karena akan berpengaruh pada proses tumbuh kembang anak selanjutnya. Gizi kurang / gizi buruk pada masa bayi dan anak-anak terutama pada umur kurang dari lima tahun dapat berakibat terganggunya pertumbuhan jasmani dan kecerdasan mereka (Sajogya, dkk. 1994:2).

Pengetahuan mengenai gizi seperti pedoman gizi seimbang, gizi untuk ibu hamil dan menyusui dan gizi untuk balitanya dapat diperoleh malalui penyuluhan-penyuluhan yang dilakukan oleh petugas kesehatan yang ada didesa tempat tinggalnya. Pengetahuan gizi dasar yang sebaiknya dimiliki oleh ibu-ibu rumah tangga antara lain adalah mengenai pentingnya pemberian air susu ibu (ASI) bagi bayi. Selain ASI juga makanan pendamping ASI (MP-ASI) sesudah bayi berumur 4 bulan. Pelayanan ini dapat diperoleh melalui program-program

kesehatan yang diadakan oleh pemerintah seperti usaha perbaikan gizi keluarga (UPGK), posyandu, puskesmas, dan kesehatan keluarga atau program khusus lainnya.

### 2.3.3 Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga adalah jumlah seluruh penghasilan keluarga yaitu dari suami, istri dan anggota yang lain yang berasal dari kegiatan ekonomi. Perhitungan penghasilan adalah dalam satuan rupiah selama setahun dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga (Heidar, 1993:38). Faktor pendapatan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kesehatan melalui dua cara, yaitu cara langsung dan cara tidak langsung. Pengaruh langsung terlihat melalui makanan yang dibeli dan kemudian dimakan. Sedangkan pengaruh tidak langsung terlihat dari penggunaan untuk mendapatkan akses air bersih dan nutrisi, dokter atau rumah sakit untuk berobat, dan sebagainya.

Pendapatan keluarga dapat digolongkan menjadi tiga, yaitu: *pertama*, kelompok yang pendapatannya rendah/miskin, *kedua* kelompok yang pendapatannya sedang, *ketiga* kelompok yang pendapatannya tinggi. Menurut Bank Dunia (1993) ada tiga cara pendekatan untuk mengukur tingkat pendapatan nasional (dalam Purbangkoro, 1991:54).

1. Masyarakat yang pendapatannya rendah, apabila pendapatan perkapitanya kurang dari US \$200,-
2. masyarakat yang pendapatannya sedang, apabila pendapatan perkapitanya US \$200 - \$400,-
3. masyarakat yang pendapatannya tinggi, apabila pendapatan perkapitanya lebih dari US \$600.

### 2.3.4 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan bagi Anak Balita

Petugas kesehatan sebagai media komunikator yang memberikan bimbingan kepada ibu-ibu rumah tangga harus disertai dengan kegiatan penyuluhan yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Sering dikatakan oleh para ahli kesehatan bahwa antara bimbingan dan penyuluhan merupakan suatu kegiatan

integral dan keduanya tidak dapat dipisahkan. Menurut Departemen Kesehatan RI bahwa pengertian penyuluhan kesehatan adalah upaya meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan dengan melaksanakan hidup sehat dan berperan secara aktif dalam upaya meningkatkan kesehatan.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan perlu didukung dengan ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai. Oleh karena itu, pemerintah senantiasa berupaya meningkatkan fasilitas kesehatan, baik sarana maupun prasarananya, sehingga dapat memudahkan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal.

Peningkatan pelayanan kesehatan khususnya dikantong-kantong kemiskinan terus diusahakan oleh pemerintah dari tahun ketahun, seperti yang dilakukan oleh departemen kesehatan dalam mengevaluasi sarana dan prasarana kesehatan di desa-desa yang dinilai banyak penduduk miskinnya. Namun karena berbagai macam kendala mengakibatkan banyak masyarakat miskin yang kurang memanfaatkan sarana kesehatan yang ada, baik melalui jenis puskesmas maupun pelayanan rumah sakit.

#### 2.4 Hipotesis

Berdasarkan latar belakang dan kerangka berfikir yang ada, maka hipotesis yang dapat dirumuskan yaitu:

1. tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita secara bersama-sama berpengaruh nyata terhadap derajat kesehatan balita,
2. tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita secara parsial berpengaruh positif terhadap derajat kesehatan balita,

### III. METODE PENELITIAN

#### 3.1 Rancangan Penelitian

##### 3.1.1 Jenis Penelitian

penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode eksplanatori, yaitu metode yang mencoba mencari pengaruh antara dua variabel yaitu variabel bebas dan variabel tidak bebas (terikat).

##### 3.1.2 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu rumah tangga yang berusia 15-19 tahun yang memiliki anak balita usia  $\geq 1$  tahun -  $\leq 5$  tahun yang berada di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang.

##### 3.1.3 Unit Analisis

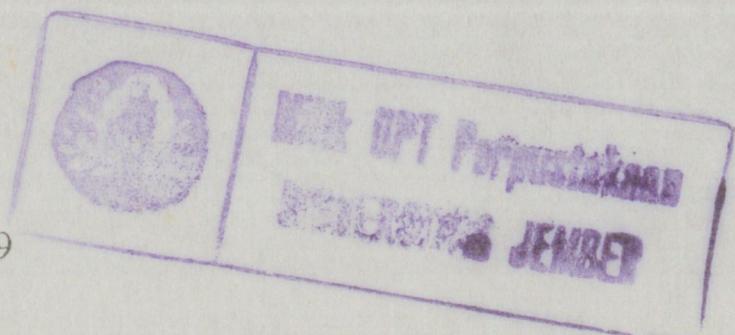
Unit analisis dalam penelitian ini adalah perilaku ibu rumah tangga yang berusia 15 tahun-19 tahun yang memiliki anak balita usia  $\geq 1$  tahun -  $\leq 5$  tahun dalam pencapaian gizi bagi balitanya yang berada di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang yang berjumlah 251 orang.

#### 3.2 Metode Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini metode pengambilan sampel yang digunakan adalah Stratified random sampling yaitu merupakan cara pengumpulan sampel secara acak berdasarkan atas strata umur balita. Pengambilan sampel dilaksanakan secara random dan dalam setiap strata dapat diambil 10% dari populasi yang ada karena dianggap sudah dapat mewakili (Rosdiwati, 1992:56).

Pengambilan sampel setiap strata menggunakan rumus sebagai berikut (Nazir, 1998:355) :

$$nh = \frac{Nh}{N} n$$



dimana:  $n_h$  : banyaknya sampel pada strata  $h$

$n$  : banyaknya sampel yang akan diambil

$N_h$  : jumlah populasi pada strata

$N$  : jumlah populasi pada seluruh strata

Stratifikasi ini didasarkan pada strata umur balita. Pengambilan sampel serta jumlah populasi pada seluruh strata dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi frekuensi dan sampel umur balita di kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2003

Umur Balita ( Bulan/Tahun)	Jenis Kelamin	Jumlah	Pengambilan sampel 10%
1 tahun - < 2 tahun	L/P	92	9
2 tahun - < 3 tahun	L/P	78	8
3 tahun - < 4 tahun	L/P	58	6
4 tahun - ≤ 5 tahun	L/P	23	2
Jumlah		251	25

Sumber: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Kecamatan Pujon Kabupaten Malang 2004

### 3.3 Metode Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer yaitu data yang di peroleh dari responden dengan metode wawancara langsung dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah dipersiapkan. Sebagai penunjang data primer digunakan data sekunder yang diperoleh dengan cara mencatat dan memfoto copy data yang dikumpulkan dari instansi yang ada kaitannya dengan penelitian ini, yaitu data dari kantor Kecamatan Pujon Kabupaten Malang, Puskesmas Kecamatan Pujon, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, serta studi pustaka yang berkaitan dengan penelitian.

### 3.4 Metode Analisis Data

Untuk mengetahui pengaruh antara variabel bebas yaitu pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu tentang kesehatan balita ( $X_2$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ),

pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ), terhadap variabel terikat yaitu derajat kesehatan balita ( $Y$ ) digunakan rumus regresi linier berganda (Soelistyo, 1982:192):

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_4X_4 + e$$

Dimana:

- $Y$  : derajat kesehatan balita (angka)
- $b_0$  : besarnya tingkat derajat kesehatan balita jika besarnya tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, pemanfaatan pelayanan kesehatan sama dengan nol.
- $b_1$  : besarnya pengaruh pendidikan ibu terhadap derajat kesehatan balita
- $b_2$  : besarnya pengaruh pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita terhadap derajat kesehatan balita
- $b_3$  : besarnya pengaruh pendapatan keluarga terhadap derajat kesehatan balita
- $b_4$  : besarnya pengaruh pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita terhadap derajat kesehatan balita
- $X_1$  : tingkat pendidikan ibu (Tahun)
- $X_2$  : tingkat pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita (angka)
- $X_3$  : pendapatan keluarga (Rp/bulan)
- $X_4$  : pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita (angka)
- $e$  : kesalahan pengganggu

### 3.4.1 Uji Statistik

#### a. Uji Pengaruh secara Bersama-sama

Untuk mengetahui pengaruh signifikan antara variabel-variabel bebas dengan variabel terikat secara bersama-sama digunakan uji F sebagai berikut (Soelistyo, 1982: 214) :

$$F = \frac{R^2 / (k-1)}{(1-R^2) / (n-k)}$$

Dimana:

$R^2$  : koefisien determinasi

k : banyaknya variabel bebas

n : banyaknya sampel

perumusan hipotesis

$H_0 : b_0 = b_1 = b_2 = b_3 = b_4 = 0$ , artinya secara bersama-sama variabel bebas yaitu tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel terikat yaitu derajat kesehatan balita.

$H_1 : b_0 \neq b_1 \neq b_2 \neq b_3 \neq b_4 \neq 0$ , artinya secara bersama-sama variabel terikat yaitu tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap variabel terikat yaitu derajat kesehatan balita.

Kriteria pengambilan keputusan:

1. Jika probabilitas  $F_{hitung} \leq \alpha$  dengan menggunakan derajat keyakinan 95% ( $\alpha = 5\%$ ) maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima sehingga secara bersama-sama variabel tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita mempunyai pengaruh yang berarti terhadap derajat kesehatan balita.
2. Jika probabilitas  $F_{hitung} > \alpha$  dengan menggunakan derajat keyakinan 95% ( $\alpha = 5\%$ ) maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak sehingga secara bersama variabel tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita tidak mempunyai pengaruh yang berarti terhadap derajat kesehatan balita.

Untuk mengetahui besarnya pengaruh secara keseluruhan variabel bebas terhadap variabel terikat digunakan koefisien determinasi dengan model sebagai berikut (Soelistyo, 1982:200) :

$$\overline{R^2} = \frac{b_1 \sum xy_1 + b_2 \sum xy_2 + b_3 \sum xy_3 + b_4 \sum xy_4}{\sum y^2}$$

#### b. Uji Pengaruh secara Parsial

Untuk mengetahui pengaruh signifikan antara variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat secara parsial digunakan uji t (t-test), dengan rumus (Soelistyo, 1982: 212) :

$$t_{\text{hitung}} = \frac{b_i}{Sb_i}$$

Dimana :

$b_i$  : koefisien regresi

$Sb_i$  : standart error deviasi

Perumusan hipotesis :

$H_0 : b_i = 0$ , artinya tidak ada pengaruh antara masing-masing variabel bebas yaitu tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita dengan variabel terikat yaitu derajat kesehatan balita.

$H_i : b_i \neq 0$ , artinya ada pengaruh antara masing-masing variabel bebaas yaitu tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita dengan variabel terikat yaitu derajat kesehatan balita.

Kriteria pengujian dengan menggunakan keyakinan 95% adalah :

1. Jika probabilitas  $t_{\text{hitung}} \leq \alpha$  dengan menggunakan derajat keyakinan 95% ( $\alpha = 0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak dan  $H_i$  diterima, artinya ada pengaruh yang signifikan terhadap variabel bebas yaitu tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan

pemanfaatan pelayanan bagi anak balita terhadap variabel terikat derajat kesehatan balita.

2. Jika probabilitas  $t_{hitung} > \alpha$  dengan menggunakan derajat keyakinan 95% ( $\alpha = 0,05$ ) maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak, artinya tidak ada pengaruh yang signifikan antara variabel bebas yaitu tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita terhadap variabel terikat derajat kesehatan balita.

### 3.4.2 Uji Ekonometrika

#### a. Uji Multikolinearitas

Digunakan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan yang sempurna diantara beberapa variabel atau semua variabel yang menjelaskan dalam semua model regresi. Kemungkinan terdapat multikolinearitas apabila nilai  $F_{hitung}$  dan  $R^2$  signifikan, sedangkan sebagian atau seluruh koefisien regresi tidak signifikan. Pengujian dilakukan dengan uji Klein, yaitu dengan cara melakukan regresi sederhana antara variabel bebas dengan menjadikan salah satu sebagai variabel terikat, selanjutnya nilai  $r^2$  masing-masing regresi sederhana tersebut dibandingkan dengan nilai  $R^2$  hasil regresi berganda. Apabila nilai  $r^2$  masing-masing regresi sederhana lebih kecil dari  $R^2$  hasil regresi berganda maka model tersebut tidak terjadi multikolinearitas (Gujarati, 1993:163).

#### b. Uji Heterokedastisitas

Digunakan untuk mengetahui apakah kesalahan pengganggu mempunyai variasi yang sama. Pengujian dilakukan dengan menggunakan uji Glejser dengan langkah-langkah sebagai berikut (Gujarati, 1997: 438):

1. Melakukan regresi terikat  $Y$  terhadap semua variabel penjelas  $X_i$  dan memperoleh nilai residual ( $|e|$ )

2. Melakukan regresi dari nilai absolute residual ( $|e|$ ) terhadap  $X_i$  yang mempunyai hubungan erat dengan  $\delta^2\mu$  menggunakan bentuk regresi sebagai berikut:

$$|e| = \partial_0 + \partial_1 X_i + \mu_i$$

3. Menentukan ada tidaknya heterokedastisitas dalam uji statistik, untuk menguji hipotesis:

$$H_0 : \partial_1 = 0 \text{ dan } H_i : \partial_1 \neq 0$$

Kriteria pengujian :

1. jika probabilitas- $t > \alpha$  maka dala model tidak terjadi heterokedastisitas
2. jika probabilitas- $t < \alpha$  maka dalam model terjadi heterokedastisitas.

### 3.5 Definisi Variabel Operasional dan Pengukurannya

Menghindari terjadinya salah pengertian dalam tulisan ini serta mencegah meluasnya permasalahan, perlu adanya batasan-batasan mengenai variabel-variabel yang digunakan yaitu:

1. Derajat Kesehatan balita adalah suatu keadaan kesehatan fisik seorang balita atau sekelompok balita yang diukur melalui status gizi balita yang ditentukan dengan salah satu atau kombinasi dari ukuran gizi. Untuk mengukur status gizi balita deperoleh melalui persentase BB/U (Berat Badan/Umur) yang diklasifikasikan sebagai berikut:
  - a.  $< 60 \%$  : apabila berat badan/umur sangat rendah. Diklasifikasikan pada gizi buruk,
  - b.  $61 \%$  -  $80 \%$  : apabila berat badan/umur rendah, yang berarti anak kurus atau berat-kurang-sehat. Diklasifikasikan pada gizi kurang,
  - c.  $81 \%$  -  $100 \%$ : apabila berat badan/umur normal, yang berarti anak sehat. Diklasifikasikan pada gizi baik,
  - d.  $> 100 \%$  : apabila berat badan/umur tinggi. Diklasifikasikan pada gizi lebih.

2. Pendidikan ibu adalah pendidikan yang pernah ditempuh oleh responden sampai dengan usia 19 tahun, dihitung dalam jenjang pendidikan yang ditamatkan oleh responden.
3. Pengetahuan ibu mengenai derajat kesehatan balita adalah wawasan pengetahuan atau pemahaman ibu mengenai kesehatan balita mencakup seringnya ibu mengikuti penyuluhan mengenai kesehatan bagi anak balita, lamanya pemberian ASI, pemberian makanan pendamping ASI, pemahaman mengenai tanda-tanda anak kurang gizi.
4. Pendapatan keluarga adalah jumlah seluruh pendapatan anggota keluarga yang bekerja baik pendapatan pokok maupun pendapatan sampingan, dihitung dalam rupiah perbulan.
5. Pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita adalah keikutsertaan responden dalam upaya mendapatkan pelayanan kesehatan dan informasi mengenai kesehatan balita, dan gizi bagi anak balitanya. Indikator pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita dapat dilihat dari banyaknya balita dibawa ke PUSKESMAS atau posyandu, banyaknya vitamin yang diperoleh balita, juga pemberian imunisasi yang indikatornya macam-macam imunisasi yang diberikan seperti pemberian imunisasi BCG, DPT, Campak, Folio dan Hepatitis.

## IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Gambaran Umum Kecamatan Pujon

#### 4.1.1 Letak dan Keadaan Geografis

Kecamatan Pujon merupakan salah satu kecamatan yang terletak di wilayah Kabupaten Malang bagian barat. Kecamatan Pujon berada pada ketinggian 1.100 meter dari permukaan air laut, dengan tingkat kesuburan tanah yang subur. Seperti halnya kecamatan lain di Kabupaten Malang, Kecamatan Pujon beriklim tropis yang terbagi menjadi dua musim yaitu musim penghujan dan musim kemarau dengan suhu udara rata-rata maksimal 23°C, minimal 18°C dan curah hujan yang terjadi rata-rata 2.110 mm pertahun.

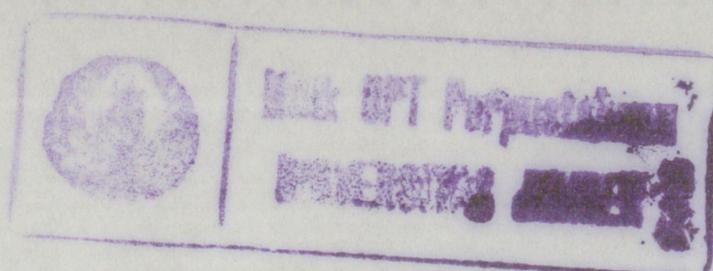
Kecamatan Pujon terbagi menjadi sepuluh desa, yaitu Desa Bendosari, Desa Sukomulyo, Desa Pujon Kidul, Desa Pandesari, Desa Pujon Lor, Desa Ngroto, Desa Ngabab, Desa Tawang Sari, Desa Madirdo, dan Desa Wiyurejo. Adapun batas-batas dari kecamatan Pujon adalah:

- a. Batas sebelah Utara : Desa Wiyurejo
- b. Batas sebelah Selatan : Desa Pujon Kidul
- c. Batas sebelah Barat : Desa Bendosari
- d. Batas sebelah Timur : Desa Pandesari

Bentuk wilayah kecamatan Pujon terbagi menjadi tiga yaitu datar berombak (40%), berbukit (30%), dan bergunung (30%).

#### 4.1.2 Tingkat Pendidikan Penduduk

Komposisi Penduduk menurut tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel 2 sebagai berikut:



Tabel 2. Distribusi Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang Tahun 2003

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah (jiwa)	Persentase (%)
1.	Penduduk buta huruf	1.986	13,86
2.	Penduduk tidak tamat SD/Sederajat	3.273	22,85
3.	Penduduk tamat SD/Sederajat	5.787	40,40
4.	Penduduk tamat SLTP/Sederajat	2.150	15,01
5.	Penduduk tamat SLTA/Sederajat	583	4,07
6.	Penduduk tamat D-1	91	0,63
7.	Penduduk tamat D-2	68	0,48
8.	Penduduk tamat D-3	33	0,23
9.	Penduduk tamat S-1	311	2,17
10.	Penduduk tamat S-2	34	0,24
11.	Penduduk tamat S-3	8	0,06
<b>Jumlah</b>		<b>14.324</b>	<b>100</b>

Sumber : Monografi Kecamatan Pujon Kabupaten Malang Tahun 2004

Tabel 2 menunjukkan bahwa komposisi penduduk di Kecamatan Pujon yang paling banyak adalah penduduk dengan tingkat pendidikan tamat SD/Sederajat yaitu sebesar 5.787 jiwa atau sekitar 40,40 %. Sedangkan penduduk yang buta huruf dan tidak tamat SD/Sederajat masing-masing sebesar 1.986 jiwa (13,86%) dan 3.273 jiwa (22,85%).

Dengan memperhatikan tingkat pendidikan penduduk di Kecamatan Pujon seperti yang terdapat dalam tabel 2 tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa sebagian besar penduduk di kecamatan Pujon Kabupaten Malang tersebut memiliki tingkat pendidikan yang relatif rendah, yaitu masih terdapatnya penduduk yang buta huruf sebanyak 1.986 jiwa (13,86%), dan penduduk yang hanya bersekolah sampai SD/Sederajat dan yang tidak lulus SD/Sederajat sebanyak 9.060 jiwa atau 63,25 %.

#### 4.1.3 Mata Pencaharian Penduduk

Penduduk Kecamatan Pujon Kabupaten Malang sebagaimana penduduk di wilayah pedesaan lainnya, sebagian besar bekerja disektor pertanian baik sebagai petani maupun sebagai buruh tani. Komposisi penduduk Kecamatan Pujon Kabupaten Malang menurut jenis mata pencahariannya dapat dilihat pada tabel 3 sebagai berikut:

Tabel 3. Distribusi Penduduk menurut Jenis Mata Pencaharian di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2003

No.	Jenis Pekerjaan	Jumlah (Jiwa)	Persentase (%)
1.	Buruh Tani	8.478	34,42
2.	Petani	12.382	50,27
3.	Pedagang/Wiraswasta/Pengusaha	1.322	5,37
4.	Pengrajin	9	0,04
5.	PNS	362	1,47
6.	TNI/POLRI	28	0,11
7.	Penjahit	168	0,68
8.	Montir	27	0,11
9.	Supir	193	0,78
10.	Pramuwisma	-	-
11.	Karyawan Swasta	208	0,84
12.	Kontraktor	1	0,004
13.	Tukang Kayu	508	2,07
14.	Tukang Batu	668	2,71
15.	Guru Swasta	274	1,11
<b>Jumlah</b>		<b>24.629</b>	<b>100</b>

Sumber: Monografi Kecamatan Pujon Kabupaten Malang Tahun 2004

Tabel 3 menunjukkan bahwa penduduk di kecamatan Pujon Kabupaten Malang yang bekerja pada sektor pertanian baik sebagai petani maupun sebagai buruh tani adalah sebesar 20.860 jiwa atau 34,42% yang terdiri dari 8.478 jiwa atau 34,42% bekerja sebagai buruh tani dan 12.382 jiwa atau 50,27% bekerja sebagai petani. Angka tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar penduduknya bergerak pada sektor pertanian.

#### 4.1.4 Sarana Pendidikan

Untuk mencerdaskan kehidupan berbangsa, diperlukan adanya sarana pendidikan yang memadai. Sarana pendidikan disini adalah banyaknya sekolah sebagai tempat sekolah siswa. Prasarana pendidikan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang dapat dilihat pada tabel 4 sebagai berikut:

Tabel 4. Prasarana Pendidikan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang 2003

No.	Prasarana Pendidikan	Jumlah (Unit)	Persentase (%)
1.	TK	18	26,47
2.	SD Negeri	14	20,59
3.	SD Inpres	19	27,94
4.	MI	10	14,71
5.	SLTP Negeri	2	2,94
6.	MTs	1	1,47
7.	SLTP Islam	2	2,94
8.	SLTA Islam	1	1,47
9.	MA	1	1,47
<b>Jumlah</b>		<b>68</b>	<b>100</b>

Sumber: Monografi Kecamatan Pujon Kabupaten Malang Tahun 2004

Tabel 4 menunjukkan bahwa prasarana pendidikan yang ada di kecamatan sudah tersedia dengan baik karena prasarana pendidikan mulai dari TK, SD/Sederajat, SLTP/Sederajat, SLTA/Sederajat tersedia di Kecamatan tersebut sehingga jumlah prasarana pendidikan tersebut sudah dapat mendukung dalam meningkatkan sumber daya manusia yang terdapat di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tersebut.

#### 4.1.5 Sarana dan Prasarana Kesehatan

Untuk menunjang kesehatan penduduk diperlukan suatu sarana dan prasarana yang memadai. Sarana dan prasarana kesehatan yang ada di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang dapat dilihat pada tabel 5 dan tabel 6 sebagai berikut:

Tabel 5. Sarana Kesehatan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang Tahun 2003

No.	Sarana Kesehatan	Jumlah (Orang/Unit)	Persentase (%)
1.	Dokter Umum	4	12,5
2.	Dokter Gigi	2	6,25
3.	Spesialis Lainnya	-	-
4.	Paramedis	4	12,5
5.	Dukun Terlatih	13	40,63
6.	Bidan Desa	7	21,87
7.	Ambulan	2	6,25
<b>Jumlah</b>		<b>32</b>	<b>100</b>

Sumber: Monografi Kecamatan Pujon Kabupaten Malang Tahun 2004

Tabel 6. Prasarana Kesehatan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang Tahun 2003

No.	Prasarana Kesehatan	Jumlah (Unit)	Persentase (%)
1.	Rumah Sakit Umum	1	1,64
2.	Puskesmas	1	1,64
3.	Puskesmas Pembantu	1	1,64
4.	Polindes/Poliklinik/Balai Pengobatan	6	9,84
5.	Apotik	1	1,64
6.	Posyandu	42	68,85
7.	Toko Obat	2	3,28
8.	Alat Bedah	-	-
9.	Tempat Penyimpanan Obat	1	1,64
10.	Tempat Dokter Praktek	6	9,84
<b>Jumlah</b>		<b>61</b>	<b>100</b>

Sumber: Monografi Kecamatan Pujon Kabupaten Malang Tahun 2004

Dari tabel 5 dan tabel 6 menunjukkan bahwa sarana dan prasarana kesehatan yang terdapat di Kecamatan Pujon sudah memadai karena sarana dan prasarana yang tersedia sudah relatif terpenuhi (lengkap). Posyandu yang berjumlah 42 unit yang tersebar di setiap desa menunjukkan bahwa masyarakat di Kecamatan Pujon memiliki perhatian yang khusus terhadap derajat kesehatan khususnya perhatian terhadap derajat kesehatan balita.

#### 4.2 Gambaran Responden di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang

Responden dalam penelitian ini adalah wanita usia subur pada kelompok I yaitu yang berusia 15 – 19 tahun yang memiliki anak balita usia  $\geq 1$  tahun sampai  $\leq 5$  tahun, yang terdiri dari 9 balita laki-laki dan 16 balita perempuan. Distribusi responden menurut umur dapat dilihat dalam tabel 7.

Tabel 7. Komposisi Jumlah Responden Menurut Umur di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2004

No.	Umur Responden	Jumlah (Jiwa)	Persentase (%)
1.	15 Tahun	1	4
2.	16 Tahun	2	8
3.	17 Tahun	2	8
4.	18 Tahun	8	32
5.	19 Tahun	12	48
<b>Jumlah</b>		<b>25</b>	<b>100</b>

Sumber: Lampiran 5, data primer diolah, 2004

#### 4.2.1 Derajat Kesehatan Balita

Derajat kesehatan balita yang dimaksud dalam penelitian ini adalah keadaan kesehatan fisik seorang balita yang diukur melalui salah satu ukuran gizi yang diperoleh melalui persentase BB/U (berat badan/umur). Dari hasil observasi (lampiran 5) menunjukkan bahwa derajat kesehatan balita di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2004 sangat beragam. Hal ini dapat dilihat pada tabel 8 sebagai berikut:

Tabel 8. Derajat Kesehatan Balita (BB/U) di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2004

No.	Derajat Kesehatan Balita	Jumlah (Jiwa)	Persentase (%)
1.	Gizi Lebih	4	16
2.	Gizi Baik	15	60
3.	Gizi Kurang	6	24
4.	Gizi Buruk	-	-
<b>Jumlah</b>		<b>25</b>	<b>100</b>

Sumber: Lampiran 5, data primer diolah, 2004

Tabel 8 menunjukkan bahwa derajat kesehatan balita di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang yang paling banyak adalah balita yang memiliki status gizi baik, yaitu sebanyak 15 balita. Sebanyak 4 balita memiliki status gizi lebih dan sebanyak 6 balita memiliki status gizi kurang. Sedangkan balita yang memiliki status gizi kurang tidak ditemui. Hal ini dikarenakan telah tersedianya sarana dan prasarana kesehatan yang ada di Kecamatan Pujon, sehingga memudahkan responden untuk menjangkau pelayanannya.

#### 4.2.2 Tingkat Pendidikan Ibu

Tingkat pendidikan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan formal yang pernah diikuti oleh ibu. Dari hasil penelitian (lampiran 5) menunjukkan bahwa tingkat pendidikan responden sangat beragam. Komposisi responden menurut tingkat pendidikan dapat dilihat dalam tabel 9

Tabel 9. Komposisi Jumlah Responden Menurut Tingkat Pendidikan di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2004

No.	Tingkat Pendidikan Ibu	Jumlah (Jiwa)	Persentase (%)
1.	Tidak pernah sekolah	0	0
2.	Tidak tamat SD/Sederajat	1	4
3.	Tamat SD/Sederajat	8	32
4.	Tidak tamat SLTP/Sederajat	12	48
5.	Tamat SLTP/Sederajat	4	16
6.	Tidak tamat SLTA/Sederajat	0	0
7.	Tamat SLTA/Sederajat	0	0
<b>Jumlah</b>		<b>25</b>	<b>100</b>

Sumber: Lampiran 5, data primer diolah, 2004

Berdasar tabel 9 dapat diketahui bahwa responden yang paling banyak menurut tingkat pendidikannya adalah responden dengan tingkat pendidikan tidak tamat SLTP/Sederajat, yaitu sebanyak 12 responden atau 48% dari seluruh jumlah responden. Responden yang tidak tamat SD/Sederajat dan tamat SD/Sederajat berjumlah 9 orang, dan responden yang tamat SLTP/Sederajat sebanyak 4 orang. Sedangkan responden yang tidak tamat SLTA/Sederajat maupun yang tamat SLTA/Sederajat tidak dijumpai. Hal tersebut dapat dimengerti mengingat responden menikah dan memiliki balita dalam usia yang masih sangat muda sehingga tidak dapat menempuh pendidikan yang lebih tinggi lagi.

Tingkat pendidikan merupakan variable kualitatif sehingga untuk menganalisisnya diberi nilai tertentu. Penilaian tingkat pendidikan ibu adalah sebagai berikut:

1. Tidak pernah sekolah : 0
2. Tidak tamat SD/Sederajat : 1
3. Tamat SD/ Sederajat : 2
4. Tidak tamat SLTP/Sederajat : 3
5. Tamat SLTP/Sederajat : 4
6. Tidak tamat SLTA/Sederajat : 5
7. Tamat SLTA/Sederajat : 6

### 4.2.3 Pengetahuan Ibu Tentang Derajat Kesehatan Balita

Pengetahuan ibu tentang derajat kesehatan balita adalah wawasan pengetahuan atau pemahaman ibu mengenai kesehatan balitanya, mencakup seringnya ibu mengikuti penyuluhan tentang kesehatan, lamanya pemberian ASI, pemberian makanan pendamping ASI, pemahaman mengenai tanda-tanda anak kurang gizi. Pengetahuan ibu merupakan variable kualitatif sehingga untuk menganalisisnya diberi nilai tertentu. Penilaian pengetahuan ibu tentang derajat kesehatan balita adalah sebagai berikut:

1. Memahami: apabila jumlah nilai jawaban dari daftar pertanyaan responden antara 10-14, mendapat skor 3;
2. Cukup memahami: apabila jumlah nilai jawaban dari daftar pertanyaan responden antara 5-9, mendapat skor 2;
3. Kurang memahami: apabila jumlah nilai jawaban dari daftar pertanyaan responden antara 0-4, mendapat skor 1.

Dari hasil observasi (lampiran 5) terlihat bahwa rata-rata responden memiliki pengetahuan yang cukup (memahami) perihal kesehatan balita. Adapun jumlah responden yang cukup memahami tentang derajat kesehatan balita adalah sebanyak 16 orang, sebanyak 7 orang sangat memahami kesehatan balita dan sebanyak 2 orang kurang memahami perihal kesehatan balita.

### 4.2.4 Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga adalah jumlah seluruh penerimaan baik dari suami, istri maupun anggota keluarga yang lain setiap bulan. Pendapatan keluarga diperoleh dari pekerjaan tetap maupun pekerjaan sampingan.

Dari hasil observasi (lampiran 5) menunjukkan pendapatan keluarga responden sangat beragam. Hal ini dapat dilihat pada tabel 10 sebagai berikut:

Tabel 10. Tingkat Pendapatan Keluarga Responden di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang tahun 2004

No.	Pendapatan Keluarga ( Ribuan Rp )	Jumlah ( Jiwa )	Persentase ( % )
1.	≤ 200	0	0
2.	> 200 – ≤ 400	3	12
3.	> 400 – ≤ 600	8	32
4.	> 600 – ≤ 800	7	28
5.	> 800 – ≤ 1.000	5	20
6.	> 1.000	2	8
<b>Jumlah</b>		<b>25</b>	<b>100</b>

Sumber: lampiran 5, data primer diolah, 2004

Berdasarkan tabel 10 dapat diketahui bahwa pendapatan rata-rata keluarga responden adalah antara Rp 400.000,- sampai Rp 80.000,- yaitu sebanyak 15 responden atau 60 % dari seluruh jumlah responden. Responden yang memiliki pendapatan kurang dari Rp 600.000,- sebanyak 11 orang, hal ini dikarenakan pekerjaan dari suami responden adalah sebagian adalah bekerja sebagai buruh tani dan tukang batu / kuli bangunan.

#### 4.2.5 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Bagi Anak Balita

pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita adalah keikutsertaan responden dalam upaya mendapatkan pelayanan kesehatan dan gizi bagi anak balitanya, baik pelayanan diposyandu maupun pelayanan kesehatan yang lainnya. Pemanfaatan pelayanan kesehatan merupakan variabel kualitatif sehingga untuk menganalisisnya diberi nilai tertentu.

Penilaian variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita adalah apabila responden memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan:

1. Baik: apabila total nilai jawaban dari daftar pertanyaan responden antara 9-10 mendapat skor 3;
2. Sedang: apabila total nilai jawaban dari daftar pertanyaan responden antara 7-8 mendapat skor 2;
3. Kurang: apabila total nilai jawaban dari daftar pertanyaan responden antara 5-6 mendapat skor 1;

4. Sangat kurang: apabila total nilai jawaban dari daftar pertanyaan responden kurang dari 4, mendapat skor 0.

Dari hasil penelitian (lampiran 5) ditunjukkan bahwa rata-rata responden telah memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik, yaitu dapat dilihat dalam kolom pemanfaatan pelayanan kesehatan sebanyak 16 responden atau 64 % dari seluruh jumlah responden. Hal ini dapat dimengerti karena prasarana kesehatan (posyandu) telah terdapat di setiap desa di Kecamatan Pujon yang di tiap desanya memiliki lebih dari dua unit posyandu sehingga memudahkan responden maupun ibu-ibu rumah tangga yang lain untuk menjangkau pelayanannya.

### 4.3 Analisis Data Hasil Penelitian

#### 4.3.1 Hasil Analisis Regresi

Hasil penelitian regresi berganda (lampiran 8 ) untuk mengetahui besarnya koefisien regresi dari tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) terhadap derajat kesehatan balita ( $Y$ ) yang diolah menggunakan program *SPSS version 10.0*. Hasil persamaan regresi linier berganda ditunjukkan pada tabel 11 berikut:

Tabel 11. Perhitungan Regresi Linier Berganda Vaariabel  $Y$ ,  $X_1$ ,  $X_2$ ,  $X_3$  dan  $X_4$

No.	Variabel		Koefisien Regresi	Pengujian	
	Independen	Dependen		t - hitung	Sig-t
1	$X_1$	$Y$	-0,215	-2,062	0,052
2	$X_2$		0,362	3,239	0,004
3	$X_3$		1,671	6,958	0,000
4	$X_4$		0,402	3,044	0,006
Konstanta = -18,649		Probabilitas $F_{hitung} = 0,000$		$R^2 = 0,794$	

Sumber: Hasil pengolahan data primer, Lampiran 8

Dari data pada tabel 11 diperoleh persamaan regresi sebagai berikut:

$$Y = -18,649 - 0,215 X_1 + 0,362 X_2 + 1,671 X_3 + 0,402 X_4$$

Persamaan regresi tersebut diatas dapat dijelaskan secara terperinci sebagai berikut:

1. Nilai koefisien regresi  $b_0$  sebesar  $-18,649$ . Nilai tersebut menunjukkan besarnya penurunan derajat kesehatan balita sebesar  $18,649$  pada saat tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu tentang kesehatan balita ( $X_2$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) konstan.
2. Nilai koefisien regresi  $b_1$  yaitu variabel bebas tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ) adalah sebesar  $-0,215$ . Nilai  $-0,215$  menunjukkan apabila tingkat pendidikan ibu naik 1 jenjang maka akan menyebabkan turunnya derajat kesehatan balita sebesar  $0,215$  pada saat pengetahuan ibu tentang kesehatan balita ( $X_2$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) konstan;
3. Nilai koefisien regresi  $b_2$ , yaitu variabel bebas pengetahuan ibu tentang kesehatan balita ( $X_2$ ) adalah sebesar  $0,362$ . Nilai  $0,362$  menunjukkan apabila tingkat pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita meningkat 1 jenjang, maka akan menyebabkan peningkatan derajat kesehatan balita sebesar  $0,362$  pada saat tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) konstan.
4. Nilai koefisien regresi  $b_3$ , yaitu variabel bebas pendapatan keluarga ( $X_3$ ) adalah sebesar  $1,671$ . Nilai  $1,671$  menunjukkan apabila pendapatan keluarga ( $X_3$ ) mengalami peningkatan sebesar sepuluh ribu rupiah perbulan, maka akan menyebabkan peningkatan derajat kesehatan sebesar  $1,671$  pada saat pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) konstan.
5. Nilai koefisien regresi  $b_4$ , yaitu variabel bebas pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) sebesar  $0,402$ . Nilai  $0,402$  menunjukkan apabila pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita mengalami peningkatan sebesar 1 tingkat, maka akan menyebabkan peningkatan derajat kesehatan balita sebesar  $0,402$  pada saat tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ),

pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ), dan pendapatan keluarga ( $X_3$ ) konstan.

#### 4.3.2 Uji Koefisien Regresi Secara Serentak

Pengujian untuk melihat apakah dari variabel bebas yaitu tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) berpengaruh secara serentak terhadap variabel terikat yaitu derajat kesehatan balita ( $Y$ ) ditunjukkan dalam lampiran 8.

Kriteria pengambilan keputusan adalah apabila nilai probabilitas  $F$  lebih kecil dari pada *level of significance* ( $\alpha = 0,05$ ), maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima, sebaliknya jika probabilitas  $F$  lebih besar dari pada *level of significance* ( $\alpha = 0,05$ ), maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak sehingga dalam regresi variabel bebas tidak berpengaruh secara serentak terhadap variabel terikat.

Dari hasil regresi (lampiran 8) menunjukkan bahwa nilai probabilitas  $F_{hitung}$  sebesar 0,000, maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima, yang berarti bahwa variabel bebas yaitu pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) berpengaruh secara serentak terhadap variabel terikat yaitu derajat kesehatan balita ( $Y$ ).

#### 4.3.3 Koefisien Determinasi

Koefisien determinasi ( $R$ ) menunjukkan besarnya kontribusi variabel bebas yaitu pendidikan ibu ( $X$ ), pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X$ ), pendapatan keluarga ( $X$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X$ ) terhadap derajat kesehatan balita ( $Y$ ).

Hasil perhitungan pada lampiran 8, nilai koefisien determinasi sebesar 0,804, ini berarti tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita mempunyai kontribusi sebesar 0,794 atau 70,4 % terhadap derajat kesehatan balita di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang. Sedangkan sisanya

sebesar 0,206 atau 20,6% disebabkan oleh faktor lain yang tidak dianalisis oleh model, seperti kemajuan teknologi, pola pengasuhan anak, inflasi, krisis ekonomi, sosial dan politik, dan lain-lain.

#### 4.3.4 Uji Pengaruh Secara Parsial

Untuk mengetahui pengaruh signifikan antara variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat secara parsial digunakan uji t (t-test). Kriteria pengujian untuk uji t adalah: (1) apabila nilai probabilitas  $t \leq 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima, artinya ada pengaruh yang signifikan antara variabel bebas terhadap variabel terikat. (2) apabila nilai probabilitas  $t > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_1$  ditolak, sehingga tidak ada pengaruh yang signifikan antara masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat.

Dari hasil analisis regresi linier berganda pada lampiran 8 diperoleh hasil sebagai berikut:

1. Variabel tingkat pendidikan ibu (X) memiliki probabilitas t sebesar 0,052 lebih besar dari  $\alpha$  (0,05), berarti variabel tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ) memiliki pengaruh yang tidak signifikan terhadap derajat kesehatan balita (Y);
2. Variabel pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita (X) memiliki nilai probabilitas t sebesar 0,004 lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05), berarti variabel pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ) memiliki pengaruh yang signifikan terhadap derajat kesehatan balita (Y);
3. Variabel pendapatan keluarga (X) memiliki nilai probabilitas t sebesar 0,000 lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05), berarti variabel pendapatan keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap derajat kesehatan balita (Y);
4. Variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita (X) Nilai tersebut memiliki nilai probabilitas t sebesar 0,006 lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05), berarti variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita memiliki pengaruh yang signifikan terhadap derajat kesehatan balita (Y).

### 4.3.5 Evaluasi Uji Ekonometrika

#### A. Uji Multikolinearitas

Untuk mengetahui apakah terdapat hubungan yang sempurna diantara beberapa variabel atau semua variabel yang menjelaskan dalam semua model regresi. Untuk mengetahui adanya multikolinearitas dilakukan uji klein yaitu dengan cara melakukan regresi sederhana antara variabel bebas dengan menjadikan salah satu sebagai variabel terikat, selanjutnya nilai  $r^2$  masing-masing regresi sederhana tersebut dibandingkan dengan nilai  $R^2$  hasil regresi berganda. Apabila nilai  $r^2$  masing-masing regresi sederhana lebih kecil dari  $R^2$  hasil regresi berganda, maka dalam model tidak terjadi multikolinearitas.

Pengujian multikolinearitas pada lampiran 9 dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Hasil regresi dengan menjadikan tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ) sebagai variabel terikat sedang pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ) dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) sebagai variabel bebas menghasilkan nilai  $r^2$  sebesar 0,356 lebih kecil dari nilai  $R^2$  yaitu 0,794, sehingga dalam model tidak terjadi multikolinearitas;
2. Hasil regresi dengan menjadikan pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ) sebagai variabel terikat, sedang pendidikan ibu ( $X_1$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) sebagai variabel bebas menghasilkan nilai  $r^2$  sebesar 0,229 lebih kecil dari nilai  $R^2$  yaitu 0,794, sehingga dalam model tidak terjadi multikolinearitas;
3. Hasil regresi dengan menjadikan pendapatan keluarga ( $X_3$ ) sebagai variabel terikat, sedang pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ) dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) sebagai variabel bebas menghasilkan nilai  $r^2$  sebesar 0,438 lebih kecil dari nilai  $R^2$  yaitu 0,794, sehingga dalam model tidak terjadi multikolinearitas;
4. Hasil regresi dengan menjadikan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) sebagai variabel terikat, sedang pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ) dan pendapatan keluarga ( $X_3$ ) sebagai

variabel variabel bebas menghasilkan nilai  $r^2$  sebesar 0,273 lebih kecil dari nilai  $R^2$  yaitu 0,794, sehingga dalam model tidak terjadi multikolinearitas.

Hasil perbandingan antara nilai  $r^2$  hasil regresi sederhana dengan nilai  $R^2$  hasil regresi berganda dijelaskan dalam tabel 12 sebagai berikut:

Tabel 12 Perbandingan Nilai  $r^2$  dengan Nilai  $R^2$

No.	Variabel Terikat	$r^2$	$R^2$	Hasil Perbandingan $r^2$ dengan $R^2$	Kesimpulan
1.	$X_1$	0,356	0,794	Lebih kecil	Tidak ada gejala Multikolinearitas
2.	$X_2$	0,229	0,794	Lebih kecil	
3.	$X_3$	0,438	0,794	Lebih kecil	
4.	$X_4$	0,273	0,794	Lebih kecil	

Sumber data: hasil pengolahan data primer, lampiran 9

### B. Uji Heterokedastisitas

Hasil perhitungan pada lampiran 10, untuk mengetahui ada tidaknya heterokedastisitas pada hasil analisis regresi adalah sebagai berikut:

1. Nilai probabilitas t untuk variabel tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ) sebesar 0,534. Sesuai dengan kriteria pengujian, jika probabilitas t lebih besar dari *level of significance* ( $\alpha = 5\%$ ), maka dalam model regresi tidak terjadi heterokedastisitas;
2. Nilai probabilitas t untuk variabel pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ) sebesar 0,647. Sesuai dengan kriteria pengujian, jika probabilitas t lebih besar dari *level of significance* ( $\alpha = 5\%$ ), maka dalam model regresi tidak terjadi heterokedastisitas;
3. Nilai probabilitas t untuk variabel pendapatan keluarga ( $X_3$ ) sebesar 0,060. Sesuai dengan kriteria pengujian, jika probabilitas t lebih besar dari *level of significance* ( $\alpha = 5\%$ ), maka dalam model regresi tidak terjadi heterokedastisitas;
4. Nilai probabilitas t untuk variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) sebesar 0,367. Sesuai dengan kriteria pengujian, jika probabilitas t

lebih besar dari *level of significance* ( $\alpha = 5\%$ ), maka dalam model regresi tidak terjadi heterokedastisitas;

#### 4.4 Pembahasan

Dengan melihat hasil regresi secara serentak melalui uji F maupun uji secara parsial dengan uji t menunjukkan bahwa pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) berpengaruh secara nyata dan signifikan terhadap derajat kesehatan balita ( $Y$ ) di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang.

Tingkat Pendidikan ibu berpengaruh tidak signifikan terhadap derajat kesehatan balita. Hasil yang tidak bermakna ini disebabkan oleh faktor lain yang peranannya lebih kuat daripada pendidikan ibu, seperti umur ibu yang masih sangat muda yaitu usia 15 tahun – 19 tahun, peran orang lain untuk mengambil keputusan dalam perawatan balitanya, seperti ayah dan ataupun nenek.

Dari hasil penelitian dan hasil olahan data diketahui bahwa tingkat pendidikan responden di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang masih rendah, sehingga dengan tingkat pendidikan ibu yang rendah maka akan menurunkan derajat kesehatan balita. Rendahnya tingkat pendidikan ibu tersebut disebabkan karena menikah dan mempunyai anak dalam usia yang masih sangat muda (usia 15 tahun-19 tahun) sehingga tidak dapat menempuh pendidikan yang lebih tinggi lagi.

Pendidikan ibu yang rendah menyebabkan mereka kurang memiliki otonomi dalam mengelola aktivitas rumah tangga seperti pengelolaan menu makanan dan pengawasan terhadap anak balitanya. Pengelolaan aktivitas rumah tangga termasuk pengelolaan menu makanan untuk anak balita biasanya dikuasai oleh orang yang dianggap lebih tua dan mempunyai pengalaman seperti nenek meskipun sang nenek memiliki pandangan hidup yang masih tradisional, sehingga dalam mengasuh dan pemberian makanan bagi anak balita juga masih tradisional yang hanya memperhatikan kuantitas dari menu makanan dari pada kualitas menu makanan yang dikonsumsi yaitu kurang memperhatikan kandungan gizi dan

vitamin yang terdapat dalam makanan yang dikonsumsi, sehingga akan menghambat tumbuh kembang balita selanjutnya yang dikarenakan kandungan gizi dan vitamin dalam makanan yang dikonsumsi kurang.

Pengetahuan ibu tentang kesehatan balita berpengaruh secara nyata dan signifikan terhadap derajat kesehatan balita dengan pengaruh yang bersifat positif, sehingga apabila pengetahuan ibu tentang kesehatan balita tinggi, maka kesehatan balita pun akan tinggi. Pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita merupakan salah satu modal dasar bagi seorang ibu untuk merawat balitanya agar dapat tumbuh dan berkembang secara optimal dengan kecerdasan yang sempurna, karena pemenuhan zat gizi pada anak usia rawan ( bayi dan balita ) akan mempengaruhi pada proses tumbuh kembang anak selanjutnya. Gizi kurang / gizi buruk pada masa bayi dan anak-anak terutama pada umur kurang dari lima tahun dapat berakibat terganggunya pertumbuhan jasmani dan kecerdasan mereka. Peranan seorang ibu diharapkan dalam mewujudkan perkembangan dan kecerdasan anak.

Pendapatan keluarga berpengaruh secara nyata dan signifikan terhadap derajat kesehatan balita dengan pengaruh yang bersifat positif, berarti semakin tinggi pendapatan keluarga, maka derajat kesehatan balita akan semakin tinggi pula. Pendapatan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kesehatan yaitu dengan pendapatan yang relatif besar akan mempengaruhi pola konsumsi dan jenis makanan yang dikonsumsi. Dengan pendapatan yang tinggi, juga akan mempengaruhi seseorang untuk berobat ke rumah sakit atau dokter ketika dia atau keluarganya sakit, karena mereka memiliki dana untuk biaya pengobatan keluarganya tersebut.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita berpengaruh secara nyata dan signifikan terhadap derajat kesehatan balita, dengan pengaruh yang bersifat positif, berarti apabila pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita meningkat, maka derajat kesehatan balita pun akan meningkat. Semakin sering seorang ibu membawa balitanya ke posyandu maupun pelayanan kesehatan yang lainnya akan menyebabkan balitanya semakin sehat, karena misalnya balita sakit,

maka penyakitnya akan segera diketahui oleh dokter dan segera mendapatkan pengobatan sehingga sakitnya tidak berlarut-larut.

Sebagian besar masyarakat di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang telah memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan baik. Dengan meningkatnya pengetahuan seorang ibu tentang kesehatan balita, akan dapat merubah pandangan hidup yang tradisional. Hal ini dapat dilihat dari jaranganya seorang ibu yang membawa balitanya yang sakit ke dukun, mereka lebih memilih membawa balitanya ke dokter maupun bidan desa untuk diobati.

Contoh dari pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah pemberian imunisasi bagi balita maupun bagi ibu-ibu yang sedang hamil. Imunisasi merupakan upaya yang dilakukan guna mencegah timbulnya penyakit tertentu, yaitu dengan jalan memberikan kekebalan baik secara aktif (memberikan antigen) maupun secara pasif (memberikan antibodi). Oleh karena itu, keberhasilan program imunisasi mempunyai andil yang cukup besar dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan balita.

Di Kecamatan Pujon, pemberian imunisasi bagi balita maupun bagi ibu hamil biasanya dilakukan lewat posyandu setiap satu bulan sekali. Di posyandu selain melakukan imunisasi dan penimbangan berat badan balita, juga diberikan kapsul vitamin A bagi anak yang berumur sembilan bulan keatas yang diberikan dua kali dalam satu tahun. Di posyandu juga diberikan makanan tambahan bagi anak balita yang juga merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan derajat kesehatan balita.

Dengan melihat hasil regresi secara serentak melalui uji F maupun uji secara parsial melalui uji t menunjukkan bahwa pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita berpengaruh secara nyata terhadap derajat kesehatan balita. Hasil tersebut berbeda dengan hasil pada penelitian sebelumnya yang menjadi tinjauan pustaka pada penelitian ini.

Perbedaan hasil dari penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah hasil dari penelitian Evy, melalui uji parsial (uji-t) terdapat variabel bebas yang memiliki pengaruh yang tidak signifikan terhadap variabel terikat (status gizi

balita), variabel bebas yang tidak signifikan tersebut adalah variabel pendapatan keluarga (nilai probabilitas  $t = 0,497$ ). Sedangkan dalam penelitian ini, melalui uji parsial (uji-t) variabel bebas pendapatan keluarga memiliki pengaruh yang nyata dan signifikan terhadap variabel terikat, yang ditunjukkan dari nilai probabilitas  $t$  yang lebih kecil dari  $\alpha$  (0,05).

Perbedaan yang lain yaitu hasil uji multikolinearitas dari penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa terdapat variabel bebas yang memiliki gejala multikolinearitas yaitu variabel pengetahuan ibu tentang gizi balita yang memiliki nilai  $r^2$  hasil regresi sederhana lebih besar dari nilai  $R^2$  hasil regresi berganda. Sedangkan dalam penelitian ini seluruh variabel bebas tidak terdapat gejala multikolinearitas yang ditunjukkan dari nilai  $r^2$  hasil regresi sederhana (dalam uji multikolinearitas) lebih kecil dari  $R^2$  hasil regresi berganda.

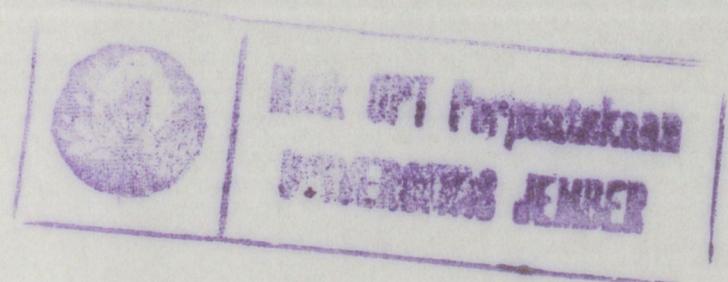
Persamaan hasil penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah melalui uji secara serentak (uji F) menunjukkan bahwa seluruh variabel bebas secara serentak berpengaruh signifikan terhadap variabel terikat, melalui uji secara parsial (uji-t) variabel tingkat pendidikan ibu memiliki pengaruh yang tidak signifikan terhadap variabel terikat dan melalui uji heterokedastisitas diperoleh hasil bahwa pada hasil analisis tidak terjadi heterokedastisitas.

## V. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan pada hasil analisis data dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Secara bersama-sama variable-variabel yang mempengaruhi derajat kesehatan balita (Y) yaitu tingkat pendidikan ibu ( $X_1$ ), pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita ( $X_2$ ), pendapatan keluarga ( $X_3$ ), dan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita ( $X_4$ ) mempunyai pengaruh yang nyata dan signifikan terhadap derajat kesehatan balita di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang. Hal ini ditunjukkan dengan nilai probabilitas F sebesar 0,000;
2. Secara parsial, tingkat pendidikan ibu pengaruhnya terhadap derajat kesehatan balita sebesar  $-0,215$  dengan nilai probabilitas t sebesar 0,052. Berarti tingkat pendidikan ibu berpengaruh tidak signifikan terhadap derajat kesehatan. Hal ini disebabkan karena usia ibu yang masih sangat muda (15-19 tahun) yang sudah menikah dan memiliki balita sehingga tidak dapat menempuh pendidikan yang lebih tinggi lagi;
3. Pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita pengaruhnya terhadap derajat kesehatan balita sebesar 0,362 dengan nilai probabilitas t sebesar 0,004. Berarti perubahan pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita akan menaikkan derajat kesehatan balita sebesar 0,362;
4. Pendapatan keluarga pengaruhnya terhadap derajat kesehatan balita sebesar 1,671 dengan nilai probabilitas t sebesar 0,000. Berarti peningkatan pendapatan keluarga akan meningkatkan derajat kesehatan balita sebesar 1,671;
5. Pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita pengaruhnya terhadap derajat kesehatan balita sebesar 0,402 dengan nilai probabilitas t sebesar 0,006. Berarti peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi anak balita akan meningkatkan derajat kesehatan balita sebesar 0,402.



## 5.2 Saran

Penelitian mengenai Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi Terhadap Derajat Kesehatan Balita di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang, diajukan saran sebagai berikut:

1. Pemenuhan gizi pada usia balita sangat besar pengaruhnya terhadap tumbuh kembang anak selanjutnya, oleh karena itu bagi seorang ibu yang memiliki anak balita maupun ibu yang sedang hamil hendaknya lebih sering mengikuti penyuluhan mengenai kesehatan bagi balita dan ibu hamil dan menyusui agar seorang ibu lebih mengerti dan memahami tentang pemenuhan gizi seperti pedoman gizi seimbang, gizi untuk ibu hamil dan menyusui, gizi untuk anak balita, sehingga gizi pada anak balita dapat dipenuhi dengan baik yang pada akhirnya akan dapat meningkatkan derajat kesehatan balita;
2. Pemerintah perlu memberikan tambahan penyuluhan tentang kesehatan seperti penyuluhan tentang pentingnya pemenuhan gizi untuk anak balita, dan untuk ibu hamil dan menyusui, penyuluhan tentang pentingnya menjaga kebersihan lingkungan, dan lain-lain, agar tidak ada lagi gizi buruk pada balita khususnya di Kecamatan Pujon Kabupaten Malang, sehingga pemerintah akan memperoleh sumber daya manusia yang berkualitas tinggi;
3. Pemerintah Kecamatan Pujon Kabupaten Malang hendaknya lebih mengutamakan kualitas dari pelayanan kesehatan yang ada dari pada penambahan kuantitas pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhyatma, 1991. *Pengaruh Pembangunan Kesehatan Terhadap Derajat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rajawali.
- Ananta, A, 1992. *Ciri Demografi Kualitas Penduduk dan Pembangunan Ekonomi*. Jakarta: LPFE UI.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, 2003. *Data Penduduk Balita, Anak dan Pasangan Usia Subur di Kecamatan Pujon*.
- Bakir Zainab, dkk, 1984. *Angkatan Kerja Di Indonesia: Partisipasi, Kesempatan, dan Pengangguran*. Jakarta: Rajawali.
- Berg, Alan dan Robert J Muscat, 1985. *Faktor gizi*. Dialih bahasakan oleh Ahmad Djaelani Sediaoetama. Jakarta: Bharata Karya Aksara.
- Daryanto, 1996. *Kependudukan*. Bandung: Tarsito.
- Djoyohadikusumo, 1995. *Ekonomi Pembangunan*. Jakarta: Erlangga
- Entjang, Indan, 2000. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Gujaarati, Demodar. 1997. *Ekonometrika Dasar*. Jakarta: Erlangga.
- Hatmaji, Sriharyati, 2000. *Dasar-Dasar Demografi*. Jakarta: LPFE UI.
- Heidar, Abdullah, 1993. *Pengaruh Sosial Ekonomi Terhadap Kelangsungan Hidup Bayi Di Kecamatan Jenggaawah Kabupaten Jember*. Laporan Penelitian Jember: Lembaga Penelitian Universitas Jember.
- Irawan dan Suparmoko, 1992. *Ekonomika Pembangunan*. Yogyakarta: BPFE
- Kardjati, Ali Syahbana dan Kusin, 1998. *Manusia, Kesehatan dan Lingkungan: Kualitas Hidup Dalam Perspektif Perubahan Lingkungan Global*. Bandung: Alumni.
- Laporan Amerika Serikat Tentang HAM di Indonesia tahun 1998. Pusat Informasi Kedutaan Amerika (internet).
- Mantra, Ida Bagoes, 2000. *Demografi Umum*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.

- Muninjaya, A.A.Gde.1999. *Manajemen Kesehatan: Buku Kedokteran*. Egc: Jakarta: EGC
- Nazir M, 1998. *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Purbangkoro, Murdijanto, 1991. *Pengaruh Sosial Ekonomi dan Fasilitas Umum Serta Kesehatan Terhadap Kematian Bayi*. (disertasi) Studi Kasus Di Kabupaten Jember Propinsi Jawa Timur. Jember: Lembaga Penelitian universitas Jember.
- Rosdiwati, 1992. *Statistik Dan Penggunaannya*. Jakarta: Angkasa Raya.
- Said, Rusli, 1996. *Pengantar Ilmu Kependudukan*. Jakarta: LP3ES.
- Sajogya, dkk, 1994. *Menuju Gizi Baik Yang Merata Di Pedesaan Dan di Kota*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Santoso, Soegeng dan Anne Lies Ranti, 1999. *Kesehatan Dan Gizi*. Rineka Cipta Bekerjasama Dengan Departemen Kependidikan Dan Kebudayaan.
- Soekirman, 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya Untuk Keluarga Dan Masyarakat*. Dirjen Pendidikan Tingkat Tinggi. Departemen Pendidikan Nasional.
- Soelistyo, 1982. *Pengantar Ekonometrika I*. Yogyakarta: BPFE Universitas Gajah Mada.
- Suhardjo, 1992. *Pemberian Makanan Pada Bayi Dan Anak*. Yogyakarta: Kanisius
- Suherman, Rosidi, 1994. *Pengantar Teori Ekonomi*. Surabaya: Duta Jasa.
- Tjiptoherijanto. P Dan Soesetyo, 1994. *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka.
- Tjitarsa, Ida Bagus. 1992. *Pendidikan Kesehatan: Pedoman Pelayanan Kesehatan Dasar*. Bandung: Institut Teknologi Bandung dan Universitas Udayana.
- Todaro, P, 1996. *Ilmu Ekonomi Bagi Negara Sedang Berkembang*. Jakarta: Pressindo.

**Lampiran 1: DAFTAR PERTANYAAN RESPONDEN**

Bersama ini saya mohon kesediaan ibu untuk mengisi kuesioner ini dengan jawaban yang sesuai dengan keadaan ibu sebenarnya. Jawaban ibu yang jujur dan benar akan bermanfaat bagi penelitian yang sedang saya lakukan.

Tujuan: Penelitian untuk mengetahui pengaruh tingkat pendidikan ibu, pengetahuan ibu mengenai kesehatan balita, pendapatan keluarga, dan pemanfaatan pelayanan kesehatan terhadap derajat kesehatan balita.

**I. Identitas Responden ( Ibu )**

- a. Nama : .....
- b. Umur : .....
- c. Alamat : .....

**Identitas Balita**

- a. Nama : .....
- b. Jenis Kelamin : .....
- c. Umur : .....
- d. Berat Badan : .....

**II. Tingkat Pendidikan Ibu**

- 1. Apakah ibu pernah sekolah ?
  - a. Pernah
  - b. Tidak Pernah
- 2. Jika pernah, apa pendidikan terakhir ibu ?
  - a. SD
  - b. SLTP/ MTs
  - c. SLTA / MA
  - d. Diploma / PT
- 3. Sekolah sampai kelas: .....



**IV. Pengetahuan Ibu Mengenai Kesehatan Balita**

12. Apakah ibu pernah mengikuti penyuluhan kesehatan untuk anak balita ?

- a. Pernah
- b. Tidak pernah

13. Jika pernah, berapa kali ibu mengikuti penyuluhan tersebut ?

Jawab: ..... kali

14. Apakah Balita ibu diberi ASI ?

- a. Ya
- b. Tidak

15. jika ya, berapa lamakah balita ibu di beri ASI ?

jawab: ..... bulan

16. Umur berapakah pertama kali balita ibu diberi makanan pendamping ASI.

Jawab: ..... bulan

17. Apakah ibu mengetahui tanda-tanda anak kurang gizi ?

- a. Ya
- b. Tidak

18. Jika ya, sebutkan:

.....  
.....  
.....

**V. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Bagi Anak Balita**

19. Berapa kali balita ibu sakit dalam tiga bulan terakhir ?

Jawab: ..... kali

20. Dimanakah ibu mengobati balita ibu jika sakit ?

- a. Rumah sakit / Puskesmas / Bidan Desa
- b. Dibawa ke Dukun
- c. Diobati sendiri

21. Berapa kali balita ibu dibawa ke Posyandu dalam 6 (enam) bulan terakhir?

Jawab: ..... kali

22. Pada waktu dibawa ke Posyandu apakah balita ibu diberi kapsul vitamin A atau vitamin lainnya ?

- a. Ya
- b. Tidak



Lampiran 2: Standar Antropometri Berat Badan Menurut Umur 0-60 Bulan, Sex Tidak Dipisah (Suhardjo, 1992: 51-52)

Umur (Bulan)	Berat (Kg)				
	Standar	90% Standar	80% Standar	70% Standar	60% Standar
0	3,4	3,0	2,7	2,4	2,0
1	4,3	3,7	3,4	2,9	2,5
2	5,0	4,4	4,0	3,4	2,9
3	5,7	5,1	4,5	4,0	3,4
4	6,3	5,7	5,0	4,5	3,8
5	6,9	6,2	5,5	4,9	4,2
6	7,4	6,7	5,9	5,2	4,5
7	8,0	7,1	6,3	5,5	4,9
8	8,4	7,6	6,7	5,9	5,1
9	8,9	8,0	7,1	6,2	5,3
10	9,3	8,4	7,4	6,5	5,5
11	9,6	8,7	7,7	6,7	5,8
12	9,9	8,9	7,9	6,9	6,0
13	10,2	9,1	8,1	7,1	6,2
14	10,4	9,4	8,3	7,3	6,3
15	10,6	9,5	8,5	7,4	6,4
16	10,8	9,7	8,7	7,6	6,6
17	11,0	9,9	8,9	7,8	6,7
18	11,3	10,1	9,0	7,9	6,8
19	11,5	10,3	9,2	8,1	7,0
20	11,7	10,5	9,4	8,2	7,1
21	11,9	10,7	9,6	8,3	7,2
22	12,05	10,9	9,7	8,4	7,3
23	12,3	11,1	9,8	8,6	7,4
24	12,4	11,2	9,9	8,7	7,5
25	12,6	11,4	10,1	8,9	7,6
26	12,7	11,6	10,3	9,0	7,7
27	12,9	11,8	10,5	9,2	7,8
28	13,1	12,0	10,6	9,3	7,9
29	13,3	12,1	10,7	9,4	8,0
30	13,5	12,2	10,8	9,5	8,1
31	13,7	12,4	11,0	9,7	8,2
32	13,8	12,5	11,1	9,8	8,3
33	14,0	12,65	11,2	9,9	8,4
34	14,2	12,8	11,3	10,0	8,5
35	14,4	12,9	11,6	10,0	8,6
36	14,5	13,1	11,8	10,2	8,7

## Lampiran 2 (lanjutan)

37	14,7	13,2	11,9	10,3	8,8
38	14,85	13,4	12,1	10,4	8,9
39	15,0	13,5	12,05	10,5	9,0
40	15,2	13,6	12,2	10,6	9,1
41	15,35	13,75	12,3	10,7	9,2
42	15,5	13,9	12,4	10,8	9,3
43	15,7	14,0	12,6	10,9	9,4
44	15,85	14,2	12,7	11,05	9,5
45	16,0	14,4	12,9	11,2	9,6
46	16,2	14,6	12,95	11,3	9,7
47	16,35	14,7	13,1	11,4	9,8
48	16,5	14,8	13,2	11,5	9,9
49	16,65	15,0	13,4	116,0	10,0
50	16,8	15,2	13,5	11,8	10,1
51	16,95	15,3	13,65	11,9	10,2
52	17,1	15,45	13,8	12,0	10,3
53	17,25	15,6	13,9	12,1	10,4
54	17,4	15,7	14,0	12,2	10,5
55	17,6	15,85	14,2	12,3	10,6
56	17,7	16,0	14,3	12,4	10,7
57	17,9	16,15	14,4	12,6	10,75
58	18,05	16,3	14,5	12,7	10,8
59	18,25	16,4	14,6	12,8	10,9
60	18,4	16,5	14,7	12,9	10,0

**Lampiran 3: Penilaian Variabel Pengetahuan Ibu Tentang Kesehatan Balita (X<sub>2</sub>)**

No Responden	Penyuluhan Kesehatan	Pemberian ASI	Awal Pemberian MP-ASI	Penget. Ttg Tanda Anak Kurang Gizi	Jumlah
1	3	4	2	1	10
2	0	2	1	1	4
3	1	4	1	1	7
4	1	4	2	1	8
5	3	4	4	1	12
6	2	4	3	1	10
7	1	4	2	1	8
8	0	2	2	0	4
9	2	4	2	1	9
10	1	4	1	1	7
11	1	4	2	1	8
12	2	4	3	1	10
13	2	4	3	1	10
14	1	4	0	1	6
15	1	4	0	1	6
16	0	4	1	0	5
17	1	4	0	1	6
18	3	4	2	1	10
19	1	4	2	1	8
20	1	4	1	1	7
21	2	4	3	2	11
22	0	4	1	1	6
23	1	2	2	1	6
24	0	4	2	0	6
25	1	4	2	1	8

**Keterangan Penilaian:**

1. Penyuluhan Kesehatan

- a. Tidak Pernah : 0
- b. 1 kali : 1
- c. 2 kali : 2
- d. 3 kali : 3
- e. 4 kali : 4

2. Pemberian ASI

- a. Tidak Diberi : 0
- b.  $\leq 6$  bulan : 1
- c.  $\leq 12$  bulan : 2
- d.  $\leq 18$  bulan : 3
- e.  $\leq 24$  bulan : 4

3. Awal Pemberian MP-ASI

- a.  $\leq 1$  bulan : 0
- b.  $\leq 2$  bulan : 1
- c.  $\leq 3$  bulan : 2
- d.  $\leq 4$  bulan : 3

4. Tanda Anak Kurang Gizi

- a. Tidak Tau : 0
- b. Tau 1-2 : 1
- c. Tau 3-4 : 2
- d. Tau  $\geq 5$  : 3

**Lampiran 4: Penilaian Variabel Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Bagi Anak Balita (X<sub>4</sub>)**

No Responden	Pengobatan Balita	Ke Posyandu	Pemberian Vit- A	Mkn Tambahan Di Posyandu	Imunisasi	Jumlah
1	3	3	1	1	2	10
2	1	3	1	1	1	7
3	3	3	1	1	2	10
4	3	2	1	1	1	8
5	3	3	1	1	2	10
6	3	3	1	1	2	10
7	2	3	1	1	2	9
8	1	3	1	1	2	8
9	3	3	1	1	2	10
10	2	3	1	1	2	9
11	3	3	1	1	2	10
12	3	3	1	1	2	10
13	2	3	1	1	2	9
14	3	3	1	1	2	10
15	1	3	1	1	2	8
16	3	3	1	1	2	10
17	1	3	1	1	1	7
18	1	3	1	1	2	8
19	2	3	1	1	2	9
20	3	3	1	1	2	10
21	1	3	1	1	2	8
22	1	1	1	1	2	6
23	3	3	1	1	2	10
24	1	2	1	1	2	7
25	3	3	1	1	2	10

**Keterangan Penilaian:**

1. Pengobatan Balita

- a. Rumah Sakit / Puskesmas / Bidan = 3
- b. Dukun = 2
- c. Sendiri = 1

2. Ke Posyandu

- a. 0-3 kali : 0
- b. 4 kali : 1
- c. 5 kali : 2
- d. 6 kali : 3

3. Pemberian Vitamin A

- a. Ya : 1
- b. Tidak : 0

4. Makanan Tambahan Di Posyandu

- a. Ya : 1
- b. Tidak : 2

5. Imunisasi

- a. Tidak Sama Sekali : 0
- b. Belum Lengkap : 1
- c. Sudah Lengkap : 2

Lampiran 5: Data Responden

No	Umur ibu (Tahun)	Umur Balita (Bulan)	Berat Badan Balita (Kg)	Derj. Kes. Balita Y	Pendi. Ibu X1	Penget. Ibu X2	Penda. Kel X3	Pemanf. Pely. Kes X4
1	18	12	8.8	Gizi Baik	Tamat SLTP	Memahami	700,000	Baik
2	16	12	7.1	Gizi Kurang	Tamat SD	Kurang Memahami	450,000	Sedang
3	19	12	8.1	Gizi Baik	Tamat SLTP	Cukup Memahami	750,000	Baik
4	19	13	8.6	Gizi Baik	Tamat SLTP	Cukup Memahami	700,000	Sedang
5	19	13	8.8	Gizi Lebih	Tamat SLTP	Memahami	1,300,000	Baik
6	18	23	9.3	Gizi Lebih	Tamat SLTP	Cukup Memahami	1,500,000	Baik
7	15	15	7.8	Gizi Kurang	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	525,000	Baik
8	17	20	8.5	Gizi Kurang	Tamat SLTP	Memahami	450,000	Sedang
9	18	23	13.2	Gizi Lebih	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	1,500,000	Baik
10	18	25	11.7	Gizi Baik	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	600,000	Baik
11	18	27	9.9	Gizi Kurang	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	600,000	Baik
12	17	28	12.4	Gizi Baik	Tidak Tamat SLTP	Memahami	850,000	Baik
13	19	30	12.9	Gizi Baik	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	500,000	Baik
14	16	31	12.9	Gizi Baik	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	800,000	Baik
15	19	33	10.3	Gizi Kurang	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	400,000	Sedang
16	18	34	13.7	Gizi Baik	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	900,000	Baik
17	18	35	11.2	Gizi Kurang	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	375,000	Sedang
18	19	37	18.6	Gizi Lebih	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	900,000	Sedang
19	18	38	14.1	Gizi Baik	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	750,000	Baik
20	18	42	14.9	Gizi Baik	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	700,000	Baik
21	19	46	18.8	Gizi Lebih	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	850,000	Sedang
22	19	46	14.5	Gizi Baik	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	450,000	Kurang
23	19	47	15	Gizi Baik	Tamat SD	Cukup Memahami	600,000	Baik
24	19	48	15.3	Gizi Baik	Tidak Tamat SD	Cukup Memahami	375,000	Sedang
25	19	49	15	Gizi Baik	Tidak Tamat SLTP	Cukup Memahami	900,000	Baik

Lampiran 6: Data Input Variabel Y, X<sub>1</sub>, X<sub>2</sub>, X<sub>3</sub>, Dan X<sub>4</sub>

No	Y	X1	X2	X3	X4
1	3	4	3	700000	3
2	2	2	1	450000	2
3	3	4	2	750000	3
4	3	4	2	700000	2
5	4	4	3	1300000	3
6	3	3	3	750000	3
7	2	3	2	525000	3
8	2	2	1	450000	2
9	4	3	2	1500000	3
10	3	2	2	600000	3
11	2	3	2	600000	3
12	3	3	3	850000	3
13	3	3	3	500000	3
14	3	2	2	800000	3
15	2	3	2	400000	2
16	3	3	2	900000	3
17	2	2	2	375000	2
18	4	3	3	900000	2
19	3	2	2	750000	3
20	3	3	2	700000	3
21	4	3	3	850000	2
22	3	2	2	450000	1
23	3	2	2	600000	3
24	3	1	2	375000	2
25	3	3	2	900000	3

Lampiran 7: Hasil Olahan Data

No	Y	X1	X2	X3	X4	IX3	Residual
1	3	4	3	700000	3	13,46	0.14150
2	2	2	1	450000	2	13,02	-0.22819
3	3	4	2	750000	3	13,53	0.38815
4	3	4	2	700000	2	13,46	0.10108
5	4	4	3	1300000	3	14,08	0.10716
6	3	3	3	750000	3	13,53	-0.55044
7	2	3	2	525000	3	13,17	-0.23062
8	2	2	1	450000	2	13,02	-0.22819
9	4	3	2	1500000	3	14,22	0.01526
10	3	2	2	600000	3	13,30	0.33154
11	2	3	2	600000	3	13,30	-0.45373
12	3	3	3	850000	3	13,65	-0.39764
13	3	3	3	500000	3	13,12	0.48897
14	3	2	2	800000	3	13,59	-0.14914
15	2	3	2	400000	2	12,90	-0.17860
16	3	3	2	900000	3	13,71	-0.13121
17	2	2	2	375000	2	12,90	-0.28549
18	4	3	3	900000	2	13,71	0.10451
19	3	2	2	750000	3	13,53	-0.04130
20	3	3	2	700000	3	13,46	0.28870
21	4	3	3	850000	2	13,65	0.20001
22	3	2	2	450000	1	13,02	0.00753
23	3	2	2	600000	3	13,30	0.33154
24	3	1	2	375000	2	12,83	0.49979
25	3	3	2	900000	3	13,71	-0.13121

Lampiran 8: Hasil Analisa Data

Regression

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Derajat kesehatan	2,9200	,64031	25
Pendidikan Ibu	2,7600	,77889	25
Pengetahuan Ibu	2,2400	,66332	25
Log X3	13,4046	,36129	25
Pemanf. Pel. Kes	2,6000	,57735	25

Variables Entered/Removed<sup>b</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Pemanf. Pel. Kes, Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu, Log X3		Enter

- a. All requested variables entered.
- b. Dependent Variable: Derajat kesehatan

Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,891 <sup>a</sup>	,794	,752	,31873

- a. Predictors: (Constant), Pemanf. Pel. Kes, Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu, Log X3
- b. Dependent Variable: Derajat kesehatan

ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,808	4	1,952	19,216	,000 <sup>a</sup>
	Residual	2,032	20	,102		
	Total	9,840	24			

- a. Predictors: (Constant), Pemanf. Pel. Kes, Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu, Log X3
- b. Dependent Variable: Derajat kesehatan

**Coefficients<sup>a</sup>**

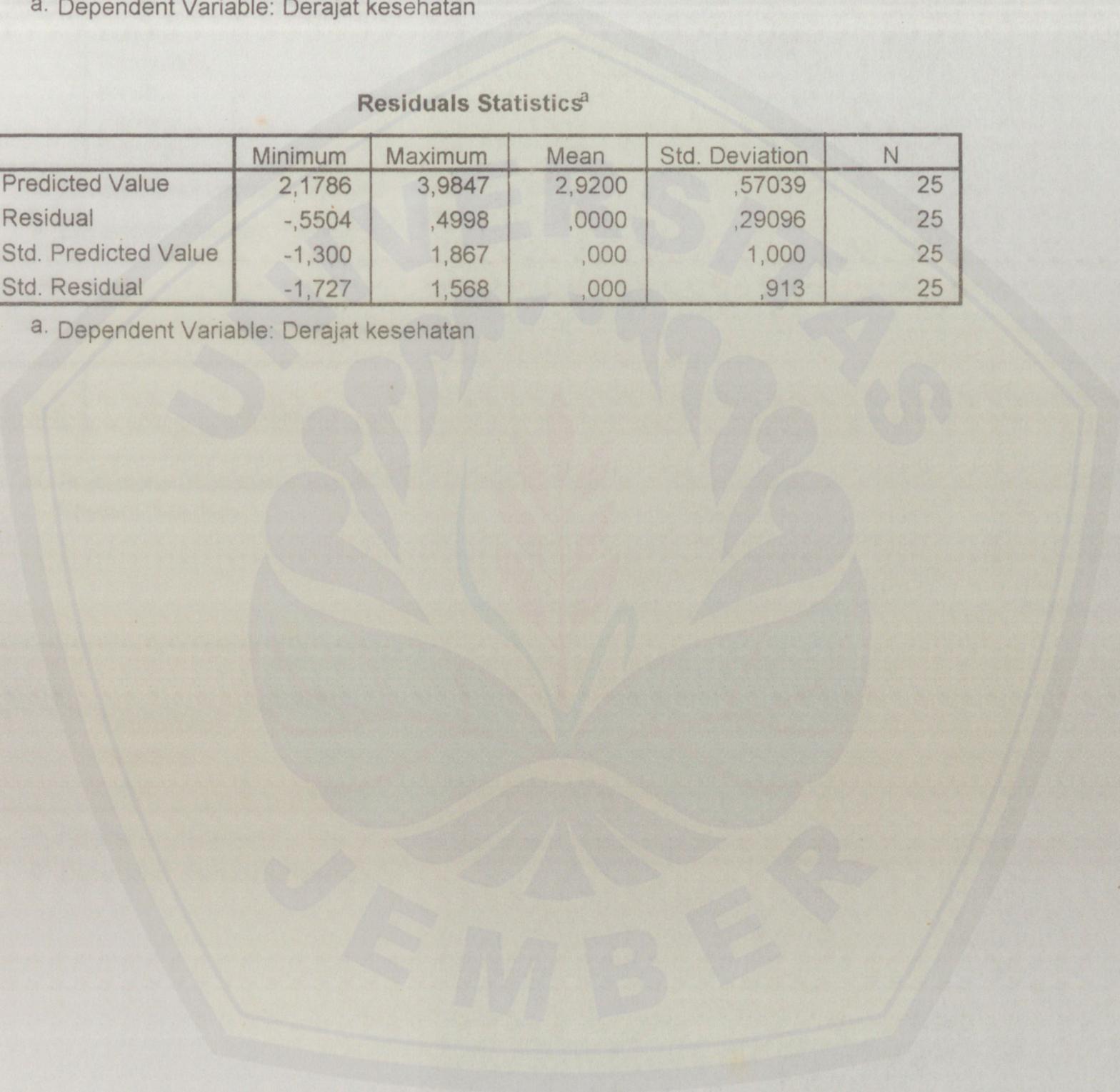
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-18,649	2,946		-6,330	,000
	Pendidikan Ibu	-,215	,104	-,261	-2,062	,052
	Pengetahuan Ibu	,362	,112	,375	3,239	,004
	Log X3	1,671	,240	,943	6,958	,000
	Pemanf. Pel. Kes	,402	,132	,363	3,044	,006

a. Dependent Variable: Derajat kesehatan

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,1786	3,9847	2,9200	,57039	25
Residual	-,5504	,4998	,0000	,29096	25
Std. Predicted Value	-1,300	1,867	,000	1,000	25
Std. Residual	-1,727	1,568	,000	,913	25

a. Dependent Variable: Derajat kesehatan



Lampiran 9: Uji Multikolinearitas

1. Pendidikan Ibu (x1) sebagai variabel terikat

Regression

Variables Entered/Removed<sup>a</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Log X3, Pengetahuan Ibu, Pemanf. <sup>a</sup> Pel. Kes		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Pendidikan Ibu

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,597 <sup>a</sup>	,356	,264	,66802

a. Predictors: (Constant), Log X3, Pengetahuan Ibu, Pemanf. Pel. Kes

ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,189	3	1,730	3,876	,024 <sup>a</sup>
	Residual	9,371	21	,446		
	Total	14,560	24			

a. Predictors: (Constant), Log X3, Pengetahuan Ibu, Pemanf. Pel. Kes

b. Dependent Variable: Pendidikan Ibu

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-10,034	5,774		-1,738	,097
	Pengetahuan Ibu	,308	,224	,262	1,374	,184
	Pemanf. Pel. Kes	,070	,277	,052	,253	,803
	Log X3	,889	,464	,413	1,915	,069

a. Dependent Variable: Pendidikan Ibu



## 2. Pengetahuan Ibu Mengenai Kesehatan Balita (x2) sebagai variabel terikat

### Regression

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Log X3, Pemanf. Pel. Kes, Pendidikan Ibu		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Pengetahuan Ibu

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,479 <sup>a</sup>	,229	,119	,62250

a. Predictors: (Constant), Log X3, Pemanf. Pel. Kes, Pendidikan Ibu

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,422	3	,807	2,084	,133 <sup>a</sup>
	Residual	8,138	21	,388		
	Total	10,560	24			

a. Predictors: (Constant), Log X3, Pemanf. Pel. Kes, Pendidikan Ibu

b. Dependent Variable: Pengetahuan Ibu

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-3,472	5,704		-,609	,549
	Pendidikan Ibu	,268	,195	,314	1,374	,184
	Pemanf. Pel. Kes	,064	,258	,055	,247	,808
	Log X3	,359	,462	,195	,776	,447

a. Dependent Variable: Pengetahuan Ibu

### 3. Pendapatan Keluarga (X3) sebagai Variabel terikat

#### Regression

##### Variables Entered/Removed<sup>b</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Pemanf. Pel. Kes, Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Log X3

##### Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,662 <sup>a</sup>	,438	,357	,28963

a. Predictors: (Constant), Pemanf. Pel. Kes, Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu

##### ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1,371	3	,457	5,448	,006 <sup>a</sup>
	Residual	1,762	21	,084		
	Total	3,133	24			

a. Predictors: (Constant), Pemanf. Pel. Kes, Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu

b. Dependent Variable: Log X3

##### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	12,184	,315		38,688	,000
	Pendidikan Ibu	,167	,087	,360	1,915	,069
	Pengetahuan Ibu	,078	,100	,143	,776	,447
	Pemanf. Pel. Kes	,225	,110	,359	2,051	,053

a. Dependent Variable: Log X3

#### 4. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Bagi Balita (X4) sebagai variabel terikat

#### Regression

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Log X3, Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu		Enter

- a. All requested variables entered.  
 b. Dependent Variable: Pemanf. Pel. Kes

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,523 <sup>a</sup>	,273	,169	,52619

- a. Predictors: (Constant), Log X3, Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,186	3	,729	2,631	,077 <sup>a</sup>
	Residual	5,814	21	,277		
	Total	8,000	24			

- a. Predictors: (Constant), Log X3, Pengetahuan Ibu, Pendidikan Ibu  
 b. Dependent Variable: Pemanf. Pel. Kes

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-7,571	4,575		-1,655	,113
	Pendidikan Ibu	,043	,172	,059	,253	,803
	Pengetahuan Ibu	,045	,184	,052	,247	,808
	Log X3	,742	,362	,464	2,051	,053

- a. Dependent Variable: Pemanf. Pel. Kes

Lampiran 10: Uji Heterokedastisitas

Regression

Variables Entered/Removed<sup>a</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Pemanfaatan Kesehatan, Pengetahuan Ibu, Pendapatan Keluarga, Pendidikan Ibu		Enter

- a. All requested variables entered.
- b. Dependent Variable: RESIDUAL

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.413 <sup>a</sup>	.171	.005	.15724

- a. Predictors: (Constant), Pemanfaatan Kesehatan, Pengetahuan Ibu, Pendapatan Keluarga, Pendidikan Ibu

ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	.102	4	.025	1.029	.417 <sup>a</sup>
	Residual	.494	20	.025		
	Total	.596	24			

- a. Predictors: (Constant), Pemanfaatan Kesehatan, Pengetahuan Ibu, Pendapatan Keluarga, Pendidikan Ibu
- b. Dependent Variable: RESIDUAL

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.130	.177		.733	.472
	Pendidikan Ibu	3.232E-02	.051	.160	.632	.534
	Pengetahuan Ibu	3.002E-02	.065	.110	.465	.647
	Pendapatan Keluarga	-2.90E-07	.000	-.500	-1.990	.060
	Pemanfaatan Kesehatan	5.798E-02	.063	.212	.923	.367

- a. Dependent Variable: RESIDUAL