

**PENGARUH KARAKTERISTIK DALAM RUMAH TANGGA DAN
PERILAKU IBU TERHADAP DERAJAT KESEHATAN BAWAH
DUA TAHUN (BADUTA) DI JAWA TENGAH
(Analisis Data Susenas Tahun 2007)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister
Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan**

**AGUNG WAGITO
0706191070**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS PASCA SARJANA
PROGRAM KAJIAN KEPENDUDUKAN DAN KETENAGAKERJAAN
KEKHUSUSAN DEMOGRAFI FORMAL
DEPOK
JUNI, 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Agung Wagito

NPM : 0706191070

Tanda Tangan



Tanggal : 22 Juni 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Agung Wagito
NPM : 0706191070
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul Tesis : Pengaruh Karakteristik Dalam Rumah Tangga dan Perilaku Ibu Terhadap Derajat Kesehatan Baduta di Provinsi Jawa Tengah.
(Analisis Data Susenas 2007)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh Magister Sains pada Program Studi Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan, Fakultas Pasca Sarjana, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Ketua Penguji : Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D

Pembimbing I : Prof. Drs. I Gusti Ngurah Agung, M.Sc., Ph.D

Pembimbing II: Ir. Lilis Heri Mis Cicih, M.Si

Penguji : Omas Bulan Samosir, Ph.D

Penguji : dr. Toha Muhaimin, M.Sc

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 22 Juni 2009

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Terima kasih penulis ucapkan kepada berbagai pihak yang telah memberikan bantuan baik moril maupun materiil. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan, bimbingan dan dorongan dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit kiranya penulis menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

- (1) Bapak Prof. Drs. I Gusti Ngurah Agung, M.Sc., Ph.D, selaku dosen pembimbing I yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan tesis ini.
- (2) Ibu Ir. Lilis Heri Mis Cicih, M.Si, selaku dosen pembimbing II yang juga telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan serta mengoreksi kata demi kata sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
- (3) Ibu Prof. Sri Moertiningsih Adioetomo, Ph.D, selaku Ketua Program Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan Universitas Indonesia sekaligus ketua dewan penguji, yang telah memberikan kesempatan, ilmu, beserta masukan dan saran kepada penulis.
- (4) Bapak dr. Toha Muhaimin, M.Sc., selaku penguji yang telah memberikan masukan demi perbaikan tesis ini.
- (5) Ibu Omas Bulan Samosir, Ph.D, selaku penguji, atas segala masukan baik teori maupun penulisan tesis ini.
- (6) Bapak Kepala BPS, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimba ilmu yang lebih tinggi lagi.
- (7) Bapak Kepala BPS Provinsi Jawa Tengah, yang juga telah memberikan izin, sehingga penulis dapat melanjutkan pendidikan di Universitas Indonesia.
- (8) Bapak Kepala BPS Kabupaten Grobogan, yang telah mengizinkan dan mendorong penulis untuk melanjutkan ke pendidikan yang lebih tinggi.

- (9) Segenap pimpinan, peneliti dan karyawan Lembaga Demografi Universitas Indonesia atas segala bantuannya dan suasana kondusif yang membuat kami nyaman selama menuntut ilmu.
- (10) Bapak Sudalgo, yang selalu mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikan ini.
- (11) Selanjutnya penulis sampaikan terima kasih yang setulus-tulusnya kepada Istriku tercinta Ida Suryani, serta Ananda Dhimas Cipta Prayogo, Ilham Fa'iq Pradipa, Queena Nur Arifah, dan Naufal Rifqy Admaja tersayang yang telah memberikan dorongan, perhatian dan pengertian selama penulis mengikuti pendidikan di S2KK UI hingga terselesaikannya tesis ini. Dan penulis mohon maaf yang sebesar-besarnya, kiranya selama pendidikan, penulis telah mengabaikan dan kurang perhatian kepada mereka.
- (12) Sahabat, dan teman-teman se-angkatan, yang telah memberikan dorongan dan saran-saran dalam menyelesaikan pendidikan di S2KK.
- (13) Sahabat dan teman-teman Pondok Biru, yang juga memberikan semangat dan dukungan sehingga tesis ini dapat terselesaikan.
- (14) Akhirnya penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, sehingga segala kritik dan saran sangat diharapkan untuk pengembangan dan perbaikan di waktu yang akan datang.

Depok, 22 Juni 2009

Agung Wagito

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agung Wagito
NPM : 0706191070
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Departemen : Pascasarjana
Fakultas : Pascasarjana
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Pengaruh Karakteristik Dalam Rumah Tangga dan Perilaku Ibu Terhadap
Derajat Kesehatan Baduta di Provinsi Jawa Tengah.
(Analisis Data Susenas 2007)**

Beserta perangkat yang ada. Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 22 Juni 2009

Yang menyatakan



(Agung Wagito)

ABSTRAK

Nama : Agung Wagito
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul : Pengaruh Karakteristik dalam Rumah Tangga dan Perilaku Ibu terhadap Derajat Kesehatan Bawah Dua Tahun di Jawa Tengah (Analisis Data Susenas Tahun 2007)

Masa bawah dua tahun (baduta) adalah masa yang penting, karena merupakan masa kritis dalam kesehatan dan masa emas dalam pertumbuhan otak. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kondisi kesehatan baduta di Provinsi Jawa Tengah tahun 2007, menurut karakteristik baduta, karakteristik ekonomi rumah tangga, karakteristik rumah tangga, perilaku ibu, dan sanitasi lingkungan.

Data yang digunakan Susenas tahun 2007, dengan unit analisis baduta yang tinggal bersama ibunya. Metode analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif dengan tabulasi silang antara variabel terikat dan variabel bebas, *odds ratio* (OR), menerapkan model regresi logistik multinomial, tabulasi frekuensi berdimensi N (*N-way Tabulation*), dan melakukan pengujian dengan statistik *Chi-square*. Variabel terikat terdiri atas tiga kategori yaitu: (1) mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari - harinya, (2) mengalami keluhan kesehatan tapi tidak terganggu kegiatan sehari - harinya, dan (3) tidak mengalami keluhan kesehatan (sehat).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Provinsi Jawa Tengah sebanyak 42,47 % baduta mengalami keluhan kesehatan. Baduta laki-laki yang mengalami keluhan kesehatan lebih tinggi (43,12%) daripada baduta perempuan (41,73%). Baduta berumur kurang dari 6 bulan lebih sedikit (24,72%) yang mengalami keluhan kesehatan daripada baduta berumur 6-23 bulan (48,50%). Baduta yang pernah mendapatkan air susu ibu (ASI) lebih sedikit (42,07%) yang mengalami keluhan kesehatan daripada yang tidak pernah mendapatkan ASI (50,37%). Untuk baduta yang status imunisasinya belum lengkap justru paling sedikit (38,78%) yang mengalami keluhan kesehatan dibandingkan baduta yang status imunisasinya lengkap (47,45%) atau tidak lengkap (52,63%). Baduta yang tinggal di rumah tangga dengan jumlah anggota rumah tangga (ART) lebih dari empat, derajat kesehatannya lebih baik (40,28%) daripada yang jumlah anggota rumah tangganya kurang dari empat (45,36%). Baduta yang tinggal bersama perokok mempunyai derajat kesehatan lebih rendah (56,67%) daripada yang tidak tinggal bersama perokok (58,92%).

Baduta yang tidak pernah mendapatkan ASI, resiko mengalami keluhan kesehatan sebesar 1,60 kali, dan mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya sebesar 1,31 kali baduta yang pernah mendapatkan ASI. Baduta berimunisasi tidak lengkap beresiko 1,18 kali untuk sakit dan terganggu aktivitasnya dan 1,35 kali untuk sakit dibandingkan baduta yang berimunisasi lengkap. Baduta yang tinggal dengan lebih dari 4 ART lebih rendah resikonya untuk mengalami keluhan dan gangguan daripada baduta yang tinggal dengan ART kurang dari 4 jiwa.

Kata kunci:
Derajat kesehatan, baduta, susenas.

ABSTRACT

Nama : Agung Wagito
Program Studi : Kajian Kependudukan dan Ketenagakerjaan
Judul : The Influence Household Characteristic and Mother's Behavior
to Under-two Children Health in Central Java
(Susenas 2007 Analysis)

Under-two children was very important, there was health critical phase and gold phase of brain construct. This research was find out Central Java's under-two child health status according under-two children characteristic, household economic characteristics, household characteristic, mother's behavior, and environment sanitation.

To find out this goal, used Susenas 2007 in Central Java. The unit analysis is under-two children whos lives with their mother. Analysis method was descriptive analysis with cross tabulation independent and dependent variable, odds ratio (OR), applied multinomial logistic model, N-Way Tabulation, in order to testing the hypothesis with Chi-square statistic. The dependent variable was health status has three category, that is : (1) have health complaint and interrupted activity; (2) have health complaint and not interrupted activity; and (3) have no health complaint (health).

The results indicated that 42,47% under-two children in Central Java has health complaint. There were under-two male health complaint higher (43,12%) than under-two female (41,73%). Under-two children who under 6 month old has less health complaint (47,45%) than 6-23 month old (52,63%). Under-two children who got *ASI* have less health complaint (42,07%) than the other (50,37%). Under-two children who get no complete imunization yet have lowest health complaint than the others. Under-two children who lived with four or more number of household have higher health status (59,72%) than the other (54,64%). Under-two children who lived with smoker have lower health status (56,67%) than the other (58,92%).

Under-two children who haven't got *ASI*, health complaint risk 1,60 times and health complaint and interrupted activity risk 1,31 times than under-two have got *ASI*. Under-two children who get no complete imunization, health complaint risk 1,35 times and health complaint and interrupted activity risk 1,18 times than under-two have get complete imunization. Under-two children who lived with four or more number of household, health complaint risk and health complaint and interrupted activity risk was lower than under-two have lived with four or less number of household.

Key words:

Health status, under-two children, susenas.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiv
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.6 Sistematika Penulisan	7
2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Pengukuran Derajat Kesehatan	8
2.2 Kesehatan	9
2.2.1 Sehat	9
2.2.2 Sakit	10
2.2.3 Terganggu Kegiatan Sehari-hari	11
2.2.4 Penyebab Sakit	12
2.3 Anak	12
2.4 Kesehatan Anak	13
2.5 Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi, Demografi, Perilaku dan Lingkungan	17
2.5.1 Faktor Sosial Ekonomi	17
2.5.2 Karakteristik Baduta	19
2.5.2.1 Umur	19
2.5.2.2 Jenis Kelamin	20
2.5.3 Karakteristik Rumah Tangga	20
2.5.3.1 Jumlah Anggota Rumah Tangga	20
2.5.3.2 Pendidikan Ibu	21
2.5.3.3 Status Kerja Ibu	22
2.5.4 Faktor Perilaku	23
2.5.4.1 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	24
2.5.4.2 Perilaku Ibu kepada Baduta	25
2.5.5 Sanitasi Lingkungan Rumah Tangga	27
2.5.5.1 Air	29
2.5.5.2 Jamban	30
2.5.5.3 Merokok dalam Rumah	31

2.6 Kerangka Teori	31
2.7 Kerangka Pemikiran	38
2.8 Hipotesis Penelitian	41
3. METODE PENELITIAN.....	43
3.1 Sumber Data	43
3.2 Keterbatasan Penelitian.....	44
3.3 Definisi Operasional	44
3.3.1 Variabel Terikat	44
3.3.2 Variabel Bebas	45
3.3.3 Deskripsi Variabel Dalam Model	47
3.4 Metode Analisis	48
3.4.1 Analisis Deskriptif	48
3.4.2 Analisis Inferensial	51
3.4.3 N-Way Tabulation	63
4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	63
4.1 Gambaran Umum Provinsi Jawa Tengah	64
4.1.1 Keadaan Geografis.....	64
4.1.2 Pemerintahan.....	64
4.1.3 Demografi dan Sosial Ekonomi.....	65
4.1.3.1 Demografi	65
4.1.3.2 Sosial Ekonomi	66
4.1.4 Kesehatan.....	66
4.2 Analisis Deskriptif	68
4.2.1 Analisis Univariat	71
4.2.2 Analisis Bivariat	73
4.2.2.1 Hubungan antara Karakteristik Baduta dengan Derajat Kesehatan Baduta	73
4.2.2.2 Hubungan antara Perilaku Ibu dengan Derajat Kesehatan Baduta	76
4.2.2.3 Hubungan antara Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga dengan Derajat Kesehatan Baduta	77
4.2.2.4 Hubungan antara Karakteristik Rumah Tangga dengan Derajat Kesehatan Baduta	79
4.2.2.5 Hubungan antara Sanitasi Lingkungan Rumah Tangga dengan Derajat Kesehatan Baduta	82
4.3 Analisis Inferensial	83
4.3.1 Karakteristik Baduta.....	83
4.3.2 Perilaku Ibu	86
4.3.3 Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga.....	88
4.3.3.1 Pengaruh Langsung	88
4.3.3.2 Pengaruh Tidak Langsung.....	90
4.3.4 Karakteristik Rumah Tangga	93
4.3.4.1 Jumlah Anggota Rumah Tangga.....	93
4.3.4.2 Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu	95
4.3.4.3 Status Kerja Ibu.....	98

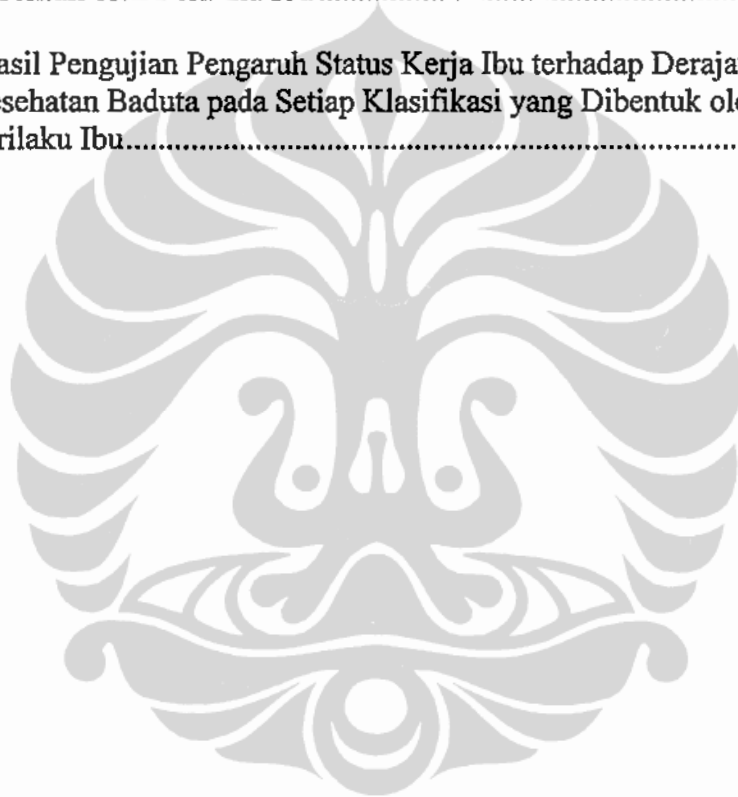
5. KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN	102
5.1 Kesimpulan	102
5.2 Implikasi Kebijakan	104
DAFTAR PUSTAKA.....	106
LAMPIRAN	112



DAFTAR TABEL

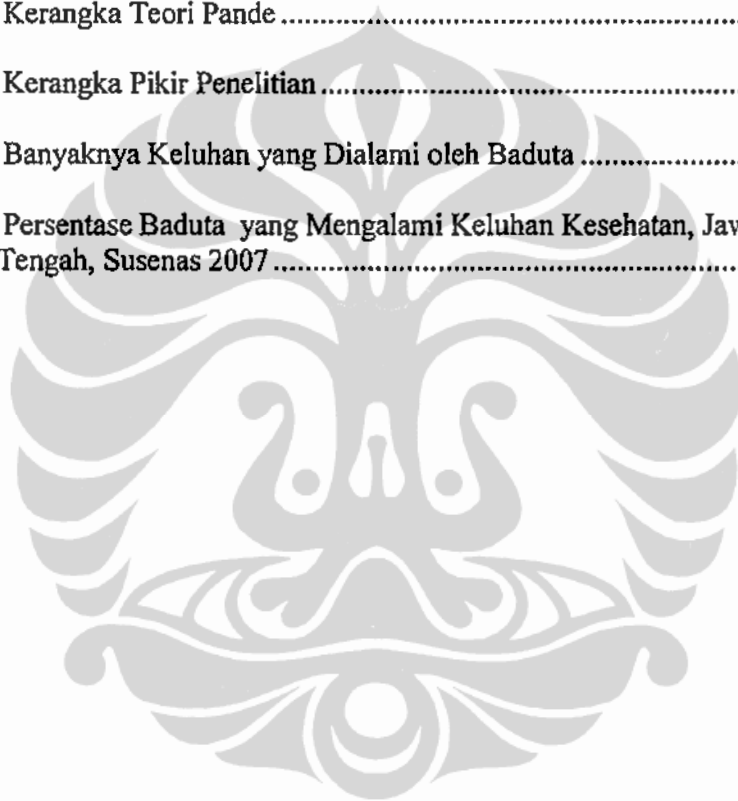
Tabel 3.1 Deskripsi Variabel dalam Model	48
Tabel 3.2 Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Pengeluaran Makanan, Pengeluaran Kesehatan, dan Jumlah Anggota Rumah Tangga	55
Tabel 3.3 Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Pengeluaran Makanan, Pengeluaran Kesehatan, dan Pendidikan Terakhir yang Ditamatkan Ibu	56
Tabel 3.4 Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Pengeluaran Makanan, Pengeluaran Kesehatan, dan Status Kerja Ibu	57
Tabel 3.5 Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Status Imunisasi Baduta, Status Pemberian ASI, dan Pendidikan Terakhir	58
Tabel 3.6 Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Status Imunisasi Baduta, Status Pemberian ASI, dan Status Kerja Ibu	59
Tabel 3.7 Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Status Imunisasi Baduta, Status Pemberian ASI, dan Pengeluaran Makanan	60
Tabel 3.8 Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Status Imunisasi Baduta, Status Pemberian ASI, dan Status Kerja Ibu	61
Tabel 4.1 Gambaran Kondisi Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah	67
Tabel 4.2 Perkembangan Jumlah Kasus Gizi Buruk	68
Tabel 4.3 Keluhan Kesehatan Baduta dan Rankingnya menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah	71
Tabel 4.4 Jumlah, Persentase, dan <i>Odds Ratio</i> Derajat Kesehatan Baduta menurut Variabel Tertentu	74
Tabel 4.5 Hasil Pengujian Pengaruh Pengeluaran Makanan terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Perilaku Ibu	91
Tabel 4.6 Hasil Pengujian Pengaruh Pengeluaran Kesehatan terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Perilaku Ibu	92

Tabel 4.7 Odds Ratio Derajat Kesehatan Baduta antar Jumlah Anggota Rumah Tangga menurut Pengeluaran Makanan dan Pengeluaran Kesehatan.....	94
Tabel 4.8 Status Hasil Pengujian Pengaruh Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga	96
Tabel 4.9 Hasil Pengujian Pengaruh Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Perilaku Ibu.....	98
Tabel 4.10 Hasil Pengujian Pengaruh Status Kerja Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Perilaku Ibu.....	100



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Hedrik L. Blum	32
Gambar 2.2 Kerangka Teori Mosley dan Chen	33
Gambar 2.3 Kerangka Teori Wagner dan Lanoix	34
Gambar 2.4 Kerangka Teori Ruzicka	35
Gambar 2.5 Kerangka Analisis Kesehatan dan Gizi untuk Ibu dan Anak.....	36
Gambar 2.6 Kerangka Teori Pande	37
Gambar 2.7 Kerangka Pikir Penelitian	38
Gambar 4.1 Banyaknya Keluhan yang Dialami oleh Baduta	69
Gambar 4.2 Persentase Baduta yang Mengalami Keluhan Kesehatan, Jawa Tengah, Susenas 2007	70



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Bangsa Indonesia bertekad mewujudkan masyarakat yang sejahtera melalui pembangunan. Dalam pembangunan, keberadaan penduduk mutlak diperlukan. Selain sebagai sasaran pembangunan, penduduk juga merupakan pelaksana pembangunan itu sendiri. Sebagai modal dalam pelaksanaan pembangunan, sudah pasti penduduk yang berkualitas sangat dibutuhkan. Penduduk tidak hanya dilihat dari segi jumlah, komposisi, dan distribusi, melainkan pendidikan, ketrampilan, semangat kerja, juga kesehatan penduduk sangatlah diperlukan. Penduduk yang mempunyai derajat kesehatan yang baik, akan berkembang menjadi sumber daya yang kreatif, mampu bekerja dengan kekuatan penuh, dan berkinerja lebih tinggi sehingga lebih produktif. Oleh karena itu perlu meningkatkan, dan memelihara kesehatan, baik individu, keluarga, masyarakat serta lingkungan, agar dapat dicapai derajat kesehatan yang lebih tinggi.

Lebih dari tiga dasawarsa, Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya meningkatkan derajat kesehatan, dan kesejahteraan masyarakat. Berbagai rangkaian perbaikan di bidang kesehatan telah dilakukan guna meningkatkan pelayanan kesehatan, dan menjadikannya lebih efisien, efektif serta terjangkau oleh masyarakat.

Peningkatan derajat kesehatan masyarakat antara lain ditunjukkan dengan makin menurunnya angka kematian bayi (AKB), angka kematian ibu (AKI) melahirkan, serta prevalensi gizi kurang pada anak usia bawah lima tahun (balita). Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI tahun 2002-2003), AKB sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup, dan AKI melahirkan sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup. Kemudian pada SDKI tahun 2007, AKB turun menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup, AKI melahirkan turun menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup.

Selain itu juga ditunjukkan dengan menurunnya *total fertility rate* (TFR) dari 5,6 pada tahun 1950 menjadi 2,6 pada tahun 2005. Yang menunjukkan

semakin sadarnya masyarakat akan kesehatan reproduksinya. Namun penurunan TFR sebesar ini masih menyisakan persoalan, karena setiap tahun masih dilahirkan sekitar 4,3 juta bayi.

Meskipun derajat kesehatan telah mencapai banyak kemajuan, namun masih tertinggal dibandingkan dengan beberapa negara tetangga. Sebagai contoh, AKB Indonesia sebesar 35 per 1000 kelahiran hidup, lebih tinggi dibanding negara-negara ASEAN, yaitu urutan ke empat tertinggi setelah Kamboja, Myanmar, dan Laos (Depkes, 2008). Keadaan ini menggambarkan bahwa derajat kesehatan terutama bayi masih jauh dari harapan. Apalagi jika merujuk pada tujuan pembangunan Millenium (*Millenium Development Goals/MDG's*), yaitu menurunkan angka kematian balita sebesar dua pertiganya pada tahun 2015. Target AKB yang ingin dicapai adalah 23 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Bappenas dan LDUI, 2006).

Masih rendahnya derajat kesehatan berpengaruh terhadap pencapaian Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Index/HDI*). Ranking HDI Indonesia tahun 2006 masih sangat rendah, yaitu menduduki urutan ke-108 dari 177 negara (*United Nations Development Programme/UNDP*).

Mengingat peran kesehatan sangat penting bagi pembangunan manusia, maka perlu meningkatkan derajat kesehatan, antara lain melalui upaya penurunan AKB dan kematian balita. Oleh karena itu perlu memperhatikan berbagai faktor penyebab kematian bayi. Beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kematian bayi adalah diare, infeksi saluran pernapasan, salah gizi, penyakit infeksi, dan kondisi perinatal (bayi berumur 0-7 hari). Selain itu masih sulitnya mendapatkan pelayanan kesehatan baik di desa maupun di kota, meskipun dalam skala minimal. Penyebabnya selain faktor teknis juga faktor-faktor geografi, ekonomi serta sosial (Depkes, 2003).

Peningkatan derajat kesehatan dapat dilakukan melalui berbagai faktor. Beberapa faktor yang perlu diperhatikan adalah menyangkut kualitas pelayanan kesehatan, perilaku masyarakat, lingkungan, sosial budaya, ekonomi, serta lingkungan fisik dan biologis (Suroto-Hamzah, 1985).

Angka kematian bayi juga merupakan indikator yang sangat berguna untuk melihat derajat kesehatan, serta kondisi ekonomi dimana penduduk tersebut

bertempat tinggal. Selain itu juga mencerminkan derajat kesehatan ibu, frekuensi kunjungan antenatal, postnatal bayi baru lahir, kebijakan keluarga berencana, dan kesehatan lingkungan (Argadireja, 2001; Jahari, 1999).

Sedangkan angka kematian anak (AKA) lebih mencerminkan kondisi kesehatan lingkungan, yang langsung mempengaruhi derajat kesehatan anak. Angka ini tinggi pada keadaan gizi buruk, hygiene buruk, tingginya prevalensi penyakit menular pada anak, dan insiden kecelakaan di dalam atau di sekitar rumah.

Faktor lain yang juga berpengaruh terhadap angka kematian bayi, dan anak balita adalah prevalensi anemia gizi anak balita dan ibu hamil. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001, prevalensi anemia gizi pada balita mencapai 26,4%. Keadaan ini tentunya berpengaruh terhadap pertumbuhan, dan perkembangan anak yang menjadi generasi penerus suatu bangsa (Gani, 2007). Sementara masa balita adalah masa emas yaitu mulai janin hingga umur dua tahun (baduta). Jika pada masa tersebut mengalami kekurangan mineral, protein dan asam folat, maka dapat beresiko terhadap kerusakan otak permanen. Kondisi ini akan berakibat buruk pada proses perkembangan otaknya (Untoro, 2004).

Dua tahun pertama kehidupan setiap anak merupakan "tahun emas" (Nadesul, 2005). Masa usia ini merupakan kesempatan memperoleh otak yang cerdas yang memberinya *intelligence quotient* (IQ) optimal. Sekali otak anak baduta kurang optimal tumbuh kembangnya, keadaan ini tidak dapat dipulihkan lagi (*irreversible*). Pada umur 6 – 23 bulan terjadi pertumbuhan cepat, terutama pada pertumbuhan otak yang dapat mencapai 80%-nya (Rustihauser dalam Basuki, 2003).

Umur tujuh bulan merupakan titik awal masuk kekurangan gizi, karena penyapihan secara dini, yang merupakan salah satu penyebab masalah kurang gizi pada bayi (Zeitlin dkk, 1999). Oleh karena itu, setiap bayi, dan anak usia 12-24 bulan harus memperoleh asupan gizi sesuai dengan kebutuhannya terutama zat gizi mikro (Baso, 2007). Apabila anak usia baduta ini tidak mendapatkan perhatian dalam hal derajat kesehatannya, maka dapat berdampak pada peningkatan kualitas sumber daya manusia di masa depan.

Pada usia baduta tersebut, juga merupakan usia yang rawan terhadap berbagai penyakit penyebab kematian. Seperti telah diketahui, bahwa derajat kesehatan dicerminkan oleh angka kesakitan. Angka inipun dapat dipakai sebagai indikator umum untuk menentukan tingkat perkembangan sosio ekonomi suatu daerah.

Dibandingkan angka kematian, angka kesakitan mempunyai peranan yang penting. Angka tersebut dapat mencerminkan derajat kesehatan yang sebenarnya di suatu wilayah. Angka kesakitan mempunyai hubungan yang erat dengan faktor lingkungan seperti kemiskinan, gizi, penyakit infeksi, perumahan, air minum, kebersihan lingkungan, dan juga pelayanan kesehatan (Suroto-Hamzah, 1985).

Mengingat pentingnya angka kesakitan, terutama pada anak usia baduta, maka penelitian ini akan ditujukan untuk mengetahui keluhan kesehatan yang sering dialami oleh baduta. Selain itu juga ingin diketahui faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi derajat kesehatan baduta tersebut, khususnya di Provinsi Jawa Tengah.

Jawa Tengah merupakan salah satu Provinsi di Jawa dengan penduduk yang cukup besar yaitu berada pada urutan ke tiga terbanyak se-Indonesia (hasil Survei Penduduk Antar Sensus/SUPAS 2005, tanpa Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam). Sebesar 2,59% penduduknya adalah penduduk baduta, yang mana berdasarkan hasil Survei Kesehatan Daerah, AKB di Provinsi Jawa Tengah tahun 2005 sebesar 23,71 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKB tingkat nasional pada tahun 2001 menurut hasil Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) diperkirakan sebesar 50 per 1.000 kelahiran hidup. Selain itu berdasarkan SDKI 2007, TFR Jawa Tengah sebesar 2,3, masih dibawah TFR nasional yang sebesar 2,6.

Angka Kematian Bayi Provinsi Jawa Tengah sudah dapat dikatakan memenuhi Visi Indonesia Sehat 2010 maupun Visi Jawa Tengah Sehat 2010. Namun indikator penting yang memperlihatkan derajat kesehatan baduta yang sebenarnya di masyarakat belum tersedia, yaitu angka kesakitan baduta.

Mengingat pentingnya angka kesakitan, terutama pada anak usia baduta, maka penelitian ini akan ditujukan untuk mengetahui keluhan kesehatan yang sering dialami oleh baduta, beserta faktor-faktor apa saja yang mempengaruhinya.

Penelitian ini akan menganalisis derajat kesehatan baduta menurut karakteristik baduta, karakteristik rumah tangga dan ekonomi, serta perilaku ibu. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan untuk peningkatan derajat kesehatan, dalam rangka mencapai Jawa Tengah Sehat 2010.

1.2. Permasalahan

Sesuai dengan judul yang dikemukakan, permasalahan-permasalahan di atas akan dicoba dibahas dengan memperhatikan sebagian dari variabel-variabel yang ada pada individu baduta, karakteristik rumah tangga, dan karakteristik ekonomi, serta perilaku dalam rumah tangga, yaitu :

1. Bagaimana gambaran kesehatan baduta di Provinsi Jawa Tengah?
2. Bagaimana perilaku ibu yang meliputi pemberian Air Susu Ibu (ASI), dan imunisasi terhadap derajat kesehatan baduta?
3. Bagaimana karakteristik baduta yaitu umur, dan jenis kelamin berhubungan dengan derajat kesehatan baduta?
4. Bagaimana hubungan karakteristik rumah tangga yang berupa jumlah rumah tangga, pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu, dan status kerja ibu terhadap kesehatan baduta dalam keluarga tersebut?
5. Bagaimana hubungan karakteristik perekonomian rumah tangga yang berupa pengeluaran rumah tangga untuk makanan, dan kesehatan terhadap kesehatan baduta dalam keluarga tersebut?

Permasalahan pada penelitian ini dibatasi pada :

- 1 Ruang lingkup atau wilayah penelitian hanya mencakup penduduk Provinsi Jawa Tengah yang mempunyai anggota rumah tangga baduta.
- 2 Variabel-variabel yang menentukan derajat kesehatan baduta sebatas karakteristik individu dan rumah tangga yang tercakup dalam Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenans) 2007.

1.3. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Penelitian ini mencoba mengulas beberapa aspek terkait dengan derajat kesehatan baduta di Provinsi Jawa Tengah. Pertama, menguraikan dan membahas derajat kesehatan baduta di Provinsi Jawa Tengah, berdasarkan data hasil Susenas 2007. Kedua, melihat berbagai keluhan penyakit yang sering dialami baduta.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran kesehatan baduta di Provinsi Jawa Tengah.
- b. Mengetahui gambaran derajat kesehatan baduta di Provinsi Jawa Tengah menurut masing-masing variabel kategorik penelitian, seperti : jenis kelamin, umur, status pemberian ASI, status kelengkapan imunisasi, pengeluaran makanan, pengeluaran kesehatan, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu, status kerja ibu, sumber air minum, jamban, dan ada tidaknya anggota rumah tangga yang merokok.
- c. Mengetahui hubungan karakteristik baduta yang meliputi jenis kelamin dan umur, terhadap derajat kesehatan baduta di Provinsi Jawa Tengah.
- d. Mengetahui pengaruh perilaku ibu yang meliputi pemberian ASI dan imunisasi, terhadap derajat kesehatan baduta di Provinsi Jawa Tengah.
- e. Mengetahui pengaruh karakteristik ekonomi rumah tangga, yang meliputi pengeluaran rumah tangga untuk makanan, dan kesehatan, terhadap derajat kesehatan baduta di Provinsi Jawa Tengah.
- f. Mengetahui pengaruh karakteristik ekonomi rumah tangga, terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu di Provinsi Jawa Tengah.
- g. Mengetahui pengaruh karakteristik rumah tangga, terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga di Provinsi Jawa Tengah.
- h. Mengetahui pengaruh karakteristik rumah tangga, terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu di Provinsi Jawa Tengah.

1.3. Manfaat Penelitian

Penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk melengkapi bahan pustaka tentang kesehatan baduta. Selain itu juga menambah wawasan, dan pengetahuan penulis tentang berbagai keluhan kesehatan pada baduta, dan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi derajat kesehatan baduta.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan untuk evaluasi derajat kesehatan masyarakat, terutama baduta dengan menerapkan, dan memanfaatkan sumber data yang ada di setiap tahunnya. Selain itu, untuk pihak-pihak terkait, terutama pembuat kebijakan (*policy maker*) dapat menjadi bahan masukan kebijakan yang akan datang.

1.4. Sistematika Penulisan

Bab I pendahuluan, yang berisi latar belakang, pokok permasalahan, tujuan, dan manfaat penulisan, serta sistematika penulisan.

Bab II tinjauan pustaka, yang mengupas konsep-konsep mengenai baduta, kesehatan dan kesakitan, faktor-faktor penyebab sakit, faktor sosial ekonomi, dan demografi, kerangka-kerangka teoritis yang berkaitan dengan kesehatan, kerangka pikir analisis penelitian, serta hipotesis penelitian.

Bab III metodologi penelitian, membahas mengenai data dan metode analisis yang digunakan.

Bab IV hasil analisis, baik secara deskriptif maupun secara inferensial beserta pembahasannya.

Bab V kesimpulan dan implikasi kebijakan.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengukuran Derajat Kesehatan

Derajat kesehatan adalah tingkat keadaan kesehatan perorangan, kelompok, atau masyarakat, yang dapat diukur dengan angka kematian, angka kesakitan, umur harapan hidup, ketidakmampuan aktivitas (disabilitas) dan juga status gizi. Banyak pendekatan yang dipergunakan peneliti untuk melihat derajat kesehatan, yaitu dengan melihat indikator-indikator yang mencerminkan derajat kesehatan. Namun tidak jarang penggunaan indikator-indikator itu menimbulkan salah pengertian mengenai ketepatan dan bagaimana pengukuran tersebut sebaiknya dilakukan (Cicih, 1999).

Penelitian Suroto dan Hamzah (1985) melihat derajat kesehatan dari indikator angka kematian (mortalitas) dan angka kesakitan (morbiditas). Angka kesakitan berperan lebih penting dibandingkan angka kematian. Selain itu, jika memperhatikan tingkat perekonomian di masyarakat maka derajat kesehatan juga tercermin pada keadaan gizi masyarakatnya.

Demikian juga Taniwudjaya dan Idjradinata (1985) melihat derajat kesehatan dari angka kesakitan. Mereka menilai bahwa angka kesakitan merupakan indikator penting dalam menilai dan merencanakan program untuk menurunkan kesakitan dan kematian di suatu wilayah.

Cicih (1999) dalam penelitiannya terhadap derajat kesehatan masyarakat, menggunakan indikator tingkat disabilitas, kesakitan dan gizi. Penelitian dengan indikator ini masih jarang dilakukan karena sangat kompleks, yaitu melihat derajat kesehatan dari berbagai dimensi. Sedangkan pada derajat kesehatan anak, kebanyakan peneliti menggunakan indikator kesakitan dan asupan gizi.

Azwar (2004) menilai sehat ideal dengan cara melihat postur tubuh, sikap dan tutur kata, serta interaksinya dengan orang lain. Namun sehat dari segi kesehatan mencakup hal yang lebih luas. Tidak cukup penilaian lahiriah, tetapi memerlukan pemeriksaan medis meliputi pemeriksaan antropometri, fisiologi, biokimia dan patologi anatomi. Bila mengacu dari definisi WHO masih memerlukan penilaian secara psikologi dan psikiatri.

Dengan melihat berbagai indikator yang sering dipergunakan untuk mengukur derajat kesehatan di masyarakat, dalam penelitian ini penulis hanya melihat dari satu indikator yaitu kesakitan yang dialami oleh baduta. Kesakitan pada baduta ini ditinjau dari berbagai keluhan kesehatan yang di alami baduta selama sebulan yang lalu. Keluhan kesehatan adalah keadaan seseorang yang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan, baik karena penyakit akut, penyakit kronis, kecelakaan, kriminal atau hal lain (BPS, 2007).

2.2. Kesehatan

2.2.1. Sehat

Sehat merupakan sebuah keadaan yang tidak hanya terbebas dari penyakit, tetapi meliputi seluruh aspek kehidupan manusia yang meliputi aspek fisik, emosi, sosial dan spiritual.

Kesehatan ialah keadaan yang meliputi kesehatan badan, rohani (mental), dan sosial dan tidak hanya keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan (UU RI No. 9/1960). Sedangkan menurut UU RI No. 23 tahun 1992, kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial, yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pengertian ini mengindikasikan bahwa kesehatan merupakan satu kesatuan antara unsur fisik, mental, sosial dan kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan.

Sehat itu sendiri dapat diartikan bahwa suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (*World Health Organization/WHO*, 1947). Sementara itu dalam WHO (1984), sehat adalah tidak hanya sehat dalam arti fisik, psikologis, dan sosial, tetapi sehat dalam arti spiritual/agama (Empat dimensi sehat : bio-psiko-sosio-spiritual). Dan menurut WHO (1988), seseorang dikatakan sehat apabila ia memiliki tubuh jasmaniah yang sehat, tidak berpenyakit, gizi yang baik, psiko (mental) rukhaniyah yang tenang, tidak gelisah, mempunyai kedudukan sosial yang baik, mempunyai kehidupan dan rumah berlindung, serta dihargai sebagai manusia (Dahlan, http://www.lib.fkuii.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=53&Itemid=28&limitstart=20).

Pendekatan yang digunakan pada abad ke-21, sehat dipandang dengan perspektif yang lebih luas, yang meliputi rasa memiliki kekuasaan, hubungan kasih sayang, semangat hidup, jaringan dukungan sosial yang kuat, rasa berarti dalam hidup, atau tingkat kemandirian tertentu (Haber, 1994 dalam Purnawan).

Perilaku sehat adalah segala tindakan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Becker, 1979). Perilaku sendiri dapat dikategorikan dengan perilaku terselubung (*covert behavior*), dan perilaku tidak terselubung (*overt behavior*). Perilaku terselubung tersebut berupa pengetahuan, dan sikap seseorang terhadap suatu objek, sedangkan perilaku tidak terselubung adalah perilaku yang sudah merupakan aksi atau tindakan. Usaha yang paling efektif dalam mengubah perilaku, dari perilaku yang merugikan kesehatan ke arah perilaku yang menguntungkan kesehatan adalah melalui pendidikan kesehatan (Nasution, 2004).

Dari hasil SKRT 2004 diperoleh gambaran bahwa prevalensi derajat kesehatan yang buruk sebesar 33 %. Di mana kesehatan penduduk umur 15 tahun lebih bertambah buruk terutama pada umur 45 tahun ke atas, pada perempuan, tinggal di daerah perdesaan dengan pendidikan yang rendah.

2.2.2. Sakit

Menurut Purnawan (<http://www.unsoed.ac.id>), sakit adalah keadaan dimana fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan aktivitas kehidupan seseorang berkurang atau terganggu, bukan hanya keadaan terjadinya proses penyakit. Oleh karena itu, sakit tidak sama dengan penyakit. Perilaku sakit merupakan perilaku orang sakit yang meliputi: cara seseorang memantau tubuhnya; mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialami; melakukan upaya penyembuhan; dan penggunaan sistem pelayanan kesehatan.

Keadaan "sakit" merupakan akibat dari kesalahan adaptasi lingkungan (*Maladaptation*), dan reaksi antara manusia, dan sumber-sumber penyakit. "Sakit" berarti suatu keadaan yang memperlihatkan adanya keluhan dan gejala sakit secara subyektif dan obyektif, sehingga penderita membutuhkan pengobatan untuk menjadi sehat (<http://www.fkm.unair.ac.id/files/matkul/>).

Taniwudjaja dan Idjradinata (1985) menyatakan bahwa angka kesakitan merupakan indikator penting dalam rangka penilaian, dan perencanaan program untuk menurunkan kesakitan, dan kematian di suatu wilayah. Kesakitan merupakan masalah kesehatan yang penting terutama bagi anak-anak di bawah umur 5 tahun, karena kesakitan paling sering ditemukan pada golongan anak usia tersebut.

Untuk dapat mengetahui, dan mengontrol penyakit, perlu dimiliki pengetahuan tentang prevalensi atau penampakannya di dalam suatu populasi. Prevalensi dari suatu penyakit ditentukan dengan membuat statistik mengenai penyakit dan kematian. Dari gambaran data statistik ini dapat terlihat keadaan kesehatan masyarakat dari sesuatu populasi. Kesehatan masyarakat bervariasi dari suatu daerah dengan daerah lainnya, dari suatu waktu dengan waktu yang lain, sehingga gambaran kesehatan masyarakat pada suatu waktu tertentu hanya memberikan gambaran situasi pada suatu saat. Dengan menguji statistik kesehatan secara terus menerus selama bertahun-tahun lamanya, maka memungkinkan untuk menetapkan nilai dari ukuran perlindungan kesehatan masyarakat dalam mempengaruhi kejadian atau terjadinya penyakit ([http://www.elearning.upnjatim.ac.id/courses/LKB81128/document/BAB 10Tingkat Kesehatan Masyarakat.doc?cidReq=LKB81128](http://www.elearning.upnjatim.ac.id/courses/LKB81128/document/BAB%2010Tingkat%20Kesehatan%20Masyarakat.doc?cidReq=LKB81128)).

2.2.3. Terganggu Kegiatan Sehari-hari

Terganggu adalah tidak dapat melakukan kegiatan secara normal sebagaimana biasanya karena sedang sakit. Sebagai contoh ibu rumah tangga tidak dapat melakukan pekerjaan seperti yang biasa dilakukannya sehari-hari karena sedang batuk pilek, atau anak sekolah tidak dapat mengikuti pelajaran/tidak masuk sekolah karena sedang sakit (BPS, 2007).

Begitu pula untuk baduta, dikatakan terganggu akibat adanya keluhan kesehatan bila tidak dapat beraktivitas seperti biasanya karena mengalami keluhan kesehatan. Misal seorang bayi yang mengalami keluhan kesehatan (demam misalnya) menangis, pasti si ibu akan berusaha mendiamkan dengan memberinya ASI atau membopongnya. Tapi ketika hal itu sudah dilakukan, si bayi masih saja menangis (<http://keluargasehat.wordpress.com/category/perilaku->

bayi-dan-anak/). Keadaan yang demikian ini adalah bayi mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya.

2.2.4. Penyebab Sakit

Kesakitan dan kematian anak, biasanya terjadi pada tahun-tahun pertama kehidupan. Hal ini terjadi karena bayi masih peka terhadap penyakit-penyakit infeksi, penyesuaian lingkungan kehidupan yang baru dan rendahnya daya tahan tubuh terhadap infeksi itu sendiri. Di negara berkembang, penyebab kematian bayi adalah beberapa penyakit infeksi yang tergolong ke dalam penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Garna dan Azhali, 1985).

Taniwudjaja dan Idjradinata (1985) dalam penelitiannya mengenai pola penyakit anak balita di 20 Rumah Sakit di Jawa Barat menyampaikan bahwa penyakit akibat infeksi dan parasit merupakan kasus terbanyak yang dijumpai. Kemudian disusul penyakit saluran pencernaan, penyakit saluran pernapasan, penyakit susunan saraf pusat pancaindra, dan gangguan defisiensi gizi.

Sedangkan penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi namun sering menyerang anak pada tahun pertama kehidupannya adalah difteri, tetanus, batuk rejan, dan campak. Penyakit lainnya yang juga sering menyerang pada anak di Indonesia adalah penyakit *Tuberculosis/TBC* (Garna dan Azhali, 1985).

2.3. Anak

Anak adalah aset bangsa yang sangat berharga dalam menentukan kelangsungan hidup dan kejayaan suatu bangsa di masa yang akan datang. Untuk menjadi aset bangsa yang berharga anak mempunyai hak dan kebutuhan hidup yang perlu dipenuhi yaitu hak akan makan dan zat gizi, kesehatan, bermain, kebutuhan emosional, pengembangan moral, pendidikan, serta memerlukan lingkungan keluarga dan lingkungan sosial yang mendukung bagi kelangsungan hidup, tumbuh kembang dan perlindungannya. Anak juga berhak atas peluang dan dukungan untuk mewujudkan dan mengembangkan diri serta kemampuannya (Yulia, 2008).

Beberapa penelitian maupun laporan di bidang kesehatan, mengartikan bahwa anak balita adalah umur di bawah lima tahun, termasuk di dalamnya bayi

yang berumur nol bulan sampai sebelas bulan. Sedangkan yang biasa disebut sebagai baduta adalah yang berumur sampai dengan 23 bulan.

Beberapa studi yang dilakukan sebelumnya (Dadi, 2000; Susmono, 2005) menjelaskan pengelompokan umur anak dan bayi tersebut dalam beberapa kelompok yang lebih rinci, yaitu :

- o Bayi baru lahir (*neonatal*), adalah bayi yang berumur 0 sampai dengan 28 hari (1 bulan pertama).
- o Bayi pasca lahir (*post-neonatal*), adalah bayi yang berumur lebih dari satu bulan namun belum genap satu tahun (1 - 11 bulan).
- o Bayi (*infant*), adalah bayi yang berumur antara 0 hingga sebelum tepat satu tahun (0 - 11 bulan).
- o Balita (*under-five*), adalah anak atau bayi yang berumur antara nol tahun hingga sebelum tepat lima tahun (0 - 59 bulan).
- o Baduta (*under-two*) adalah anak atau bayi yang berumur antara nol tahun hingga sebelum tepat dua tahun (0 - 23 bulan).

2.4. Kesehatan Anak

Kesehatan anak di Indonesia dituangkan dalam Program Nasional bagi Anak Indonesia (PNBAI) 2015, yang dikembangkan berlandaskan pada Undang-undang Dasar 1945 pasal 28b dan 28c; dan Undang-undang Republik Indonesia No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (UU PA). Penyusunan PNBAI 2015 juga memperhatikan sepenuhnya Konvensi Hak-hak Anak (*Convention on the Rights of the Child*), serta *Millenium Development Goals* (MDGs). Mengenai batasan usia anak, berdasarkan UU PA, pada Bab I Ketentuan Umum, pasal 1 ayat 1, yang dimaksud dengan anak adalah "seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan."

Tujuan kesehatan anak adalah: a) Menurunkan angka kematian neonatal, bayi, dan balita; b) Meningkatkan kesehatan ibu; c) Meningkatkan kesehatan neonatal bayi, balita dan remaja; d) Meningkatkan status gizi, memasyarakatkan keluarga sadar gizi (kadarzi), menurunkan prevalensi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR); e) Promosi perkembangan psikososial dan kesehatan jiwa anak, dan remaja; f) Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, dan penyakit lainnya

yang terkait dengan kelangsungan, hidup dan tumbuh kembang anak; serta g) Meningkatkan kepemilikan sarana sanitasi dasar, dan menjamin kesinambungan lingkungan hidup yang sehat bagi kelangsungan hidup, dan tumbuh kembang anak (Bappenas, 2004).

Sasaran yang hendak dicapai untuk Kesehatan Anak adalah: a) Menurunnya AKB pada tahun 2015 menjadi 1/3 dari kondisi 2001; b) Menurunnya AKI pada tahun 2015 menjadi 1/3 dari kondisi pada tahun 2001; c) Menurunnya masalah kurang gizi pada tahun 2015 menjadi 1/3 dari kondisi pada tahun 2001; d) Menurunnya proporsi rumah tangga yang tidak memiliki aksesibilitas terhadap fasilitas sanitasi, dan air bersih yang terjangkau pada tahun 2015 menjadi 1/3 dari proporsi pada tahun 2001; e) Penyelenggaraan program nasional perkembangan anak usia dini (*early child development*); f) Penyelenggaraan program kesehatan nasional remaja; dan g) Penyelenggaraan program nasional kesehatan reproduksi (Bappenas, 2004).

Adapun persoalan strategis dalam kesehatan anak adalah: a) masih tingginya angka kematian bayi terutama kematian neonatal, angka kematian balita dan angka kematian ibu. Selain itu kesenjangan angka kematian bayi, balita, dan ibu antar desa dan antar kota, serta antar propinsi di Indonesia masih besar dan sangat bervariasi; b) masih tingginya prevalensi gizi kurang pada balita dan kesenjangan antar desa dan antar kota; c) masih tingginya angka kesakitan karena penyakit-penyakit menular seperti campak, *tetanus neonatorum*, *pneumonia*, diare, *tuberculosis*, malaria, demam berdarah *dengue*, dan infeksi parasit perut; d) terbatasnya ketersediaan sarana sanitasi dasar; e) kecenderungan meningkatnya masalah kesehatan serta gangguan perilaku pada anak, dan remaja, korban kekerasan terhadap anak; dan f) terbatasnya akses anak termasuk remaja terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu baik ditingkat pelayanan dasar maupun rujukan (Bappenas, 2004).

Berbagai isu strategis tersebut mengarahkan fokus pembangunan kesehatan di masa mendatang pada: (1) peningkatan kesehatan ibu dan *neonatal*, (2) peningkatan status gizi, terutama pada balita, (3) pencegahan, dan penanggulangan penyakit menular, (4) pencegahan, dan penanggulangan kecelakaan dan kekerasan, (5) penurunan ancaman lingkungan, (6) peningkatan

kesehatan bayi, balita, dan remaja, dan (7) promosi perkembangan psikososial, dan kesehatan jiwa anak, dan remaja (Bappenas,2004).

Kebijakan PNBAI Bidang Kesehatan mengacu pada kebijakan yang telah ditetapkan dalam rencana pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 yang meliputi: a) pemantapan kerjasama lintas sektor dalam rangka optimisasi hasil pembangunan berwawasan kesehatan; b) peningkatan perilaku, kemandirian masyarakat dan kemitraan swasta dalam upaya kesehatan bagi anak; c) peningkatan kesehatan lingkungan dalam rangka mewujudkan lingkungan sehat bagi anak Indonesia; d) peningkatan mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi anak; e) peningkatan sumberdaya kesehatan; f) peningkatan kebijakan dan pembangunan kesehatan; g) peningkatan perlindungan kesehatan masyarakat terhadap penggunaan sediaan farmasi, makanan, dan alat kesehatan; serta h) peningkatan ilmu pengetahuan, dan teknologi kesehatan (Bappenas, 2004).

Strategi kesehatan anak adalah: a) Peningkatan mutu, distribusi, dan keterjangkauan upaya kesehatan termasuk pelayanan, pembiayaan, sumberdaya, dan manajemen kesehatan; b) Peningkatan kerjasama lintas sektor termasuk dengan dukungan lembaga eksekutif, dan legislatif di tingkat pusat, propinsi, dan kabupaten/kota; c) Pemberdayaan keluarga, orang tua dan/atau wali anak; d) Pemberdayaan masyarakat termasuk LSM, organisasi profesi, dan kemitraan swasta; dan e) Penelitian, dan pengembangan untuk mendukung program kesehatan dan kesejahteraan anak (Bappenas, 2004).

Kegiatan pokok bidang kesehatan anak adalah: a) Meningkatkan upaya kesehatan ibu, *neonatal*, bayi, balita, anak pra sekolah, dan usia sekolah serta remaja yang mencakup aspek promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi, termasuk upaya pembinaan perkembangan anak usia dini, dan kesehatan reproduksi. Upaya kesehatan tersebut di atas mencakup pelayanan kesehatan, pembiayaan, sumberdaya, dan manajemen kesehatan; b) Melakukan perbaikan gizi berupa pemantauan, dan promosi pertumbuhan balita, pendidikan gizi, suplemen zat gizi (vit A, Fe, Yodium), pelayanan gizi (tatalaksana gizi buruk), dan fortifikasi bahan makanan; c) Melakukan pencegahan, dan pemberantasan penyakit menular, dan imunisasi; d) Menyediakan pelayanan kesehatan jiwa anak, dan remaja, termasuk gangguan perkembangan anak, serta pencegahan, dan

penanggulangan penyalahgunaan napza; e) Menyediakan air bersih, dan jamban saniter; f) Melakukan promosi perilaku hidup bersih, dan sehat, promosi kelangsungan hidup, dan tumbuh kembang, anak, pencegahan kecelakaan, dan cedera pada anak; g) Peningkatan kerjasama lintas sektor termasuk lembaga eksekutif, dan legislatif di semua tingkatan administrasi; h) Melakukan pemberdayaan keluarga; i) Melakukan pemberdayaan masyarakat; j) Melakukan penelitian, dan pengembangan ilmu dan teknologi kesehatan, metode pengelolaan pelayanan kesehatan yang efisien, prinsip perencanaan, dan penyelenggaraan kesehatan yang ramah anak, serta pengembangan sistem informasi kesehatan; serta k) Mengkaji, dan menyetujui peraturan perundangan dan kebijakan yang berkaitan dengan kesehatan, khususnya kesehatan anak (Bappenas, 2004).

Pertumbuhan, dan perkembangan anak merupakan proses panjang yang berkesinambungan. Derajat kesehatan anak pada masa balita sangat berkaitan erat dengan derajat kesehatannya pada masa bayi baru lahir. Bayi lahir sehat terkait erat dengan derajat kesehatan maternal. Derajat kesehatan maternal terkait erat dengan derajat kesehatan pada masa remaja. Derajat kesehatan pada periode remaja sangat terkait dengan kondisi kesehatan anak semasa balita. Dengan demikian, derajat kesehatan anak tidak dapat dicapai dengan upaya yang dilakukan sesaat, melainkan merupakan hasil dari upaya yang berkesinambungan selama kehidupan anak. Dengan demikian upaya pembangunan kesehatan anak tidak dapat dipenggal-penggal untuk kurun umur tertentu, meskipun masing-masing kurun umur memiliki karakteristik masalah kesehatan yang berbeda (Bappenas, 2004).

Dalam Deklarasi *A World Fit for Children* (WFC, 2002) ditekankan 8 prinsip yang mendasari gerakan global untuk menciptakan dunia yang cocok bagi anak. Prinsip yang terkait dengan kesehatan adalah *care for every child* yang menyebutkan bahwa setiap anak harus memulai kehidupan dalam keadaan yang sebaik-baiknya. Kelangsungan hidup, perlindungan, pertumbuhan dan perkembangan anak dalam keadaan sehat dan gizi yang memadai, merupakan hal yang paling mendasar dari pembangunan manusia. Untuk itu perlu diselenggarakan berbagai upaya untuk menanggulangi penyakit menular, mengatasi penyebab utama gizi kurang, dan membesarkan anak dalam lingkungan

yang sehat dan aman yang memungkinkan anak menjadi sehat fisik, mental dan emosional serta memiliki kemampuan sosial dan mampu belajar (Bappenas, 2004).

2.5. Pengaruh Faktor Sosial Ekonomi, Demografi, Perilaku dan Lingkungan

Berbagai faktor yang berkaitan dengan timbulnya suatu penyakit pada manusia termasuk baduta adalah kondisi sosial ekonomi, demografi, perilaku, serta lingkungan rumah tangga. Faktor-faktor inilah yang mampu mengindikasikan sampai sejauh mana derajat kesehatan rumah tangga, dan anggotanya.

Tingkat kematian bayi mengindikasikan derajat kesehatan suatu masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa lingkungan luar, baik itu higiene, sanitasi, serta sosial ekonomi mempunyai pengaruh besar sebagai penyebab kesakitan maupun kematian bayi (Suroto dan Hamzah, 1985; Taniwudjaja dan Idjradinata, 1985).

2.5.1. Faktor Sosial Ekonomi

Kemiskinan erat kaitannya dengan keadaan gizi kurang, taraf kesehatan yang masih rendah, serta angka kematian balita yang tinggi pula. Peningkatan pendapatan dan taraf hidup masyarakat diikuti oleh penurunan angka kematian bayi yang nyata (Suroto dan Hamzah, 1985). Sehingga ada pendapat bahwa kesakitan, dan kematian balita dapat ditekan oleh perbaikan ekonomi atau peningkatan pendapatan kasar, meskipun pendekatan ini kurang dapat menjelaskan secara mendalam apakah hubungan tersebut terjadi secara langsung atau tidak. Namun peningkatan taraf hidup masyarakat, dan pembangunan di bidang ekonomi bukanlah hal yang sederhana, tetapi membutuhkan peranan bidang politik maupun tehnik.

Mosley dan Chen (1984) menjelaskan bahwa faktor sosial, dan ekonomi merupakan faktor-faktor penentu awal dari suatu kejadian sakit maupun sehat. Faktor sosial ekonomi ini lingkupnya tidak hanya dalam individu saja, namun lingkupnya lebih luas lagi, baik pada tingkat rumah tangga maupun masyarakat.

Selain sebagai faktor penentu awal kesakitan atau sehat, faktor ini menentukan mortalitas bayi dan anak, namun pengaruhnya tidak bersifat langsung.

Pengaruhnya melalui mekanisme biologi tertentu yang kemudian baru akan menimbulkan resiko morbiditas, selanjutnya bayi dan anak sakit, dan apabila tidak sembuh akhirnya bisa menghambat pertumbuhan, menimbulkan kecacatan atau justru meninggal (Mosley dan Chen, 1984).

Status ekonomi rumah tangga dapat diukur dengan beberapa pendekatan, diantaranya pendapatan rumah tangga, kepemilikan barang-barang non primer semisal alat transportasi, barang elektronik maupun bahan bakar yang dipergunakan untuk memasak dalam rumah tangga tersebut (Susmono, 2005).

Tingkat pendapatan rumah tangga dengan berbagai aspek kehidupan, tidak berakibat langsung terutama pada kesehatan. Namun lebih berkaitan dengan penyediaan sarana prasarana kesehatan, penyediaan sumber makanan yang bergizi, membuat lingkungan tempat tinggal yang memenuhi kesehatan, serta kemampuan untuk membiayai pemeliharaan kesehatan (Mosley dan Chen, 1985).

Woldemicael (2001) mengungkapkan bahwa pada status ekonomi rumah tangga yang tinggi, resiko terserang suatu penyakit lebih rendah jika dibandingkan yang berstatus ekonomi di bawahnya. Selanjutnya dalam penelitian Giyantini (2000) mengenai masalah kejadian diare pada balita di Jakarta Timur, menemukan bahwa keluarga dengan kepemilikan barang yang rendah, beresiko terkena diare 3,57 kali dibandingkan dengan kepemilikan barang tinggi.

Penelitian Sudirman (2003) mengenai kejadian pnemonia pada balita diperoleh hasil bahwa status ekonomi tidak mempunyai hubungan yang dominan dengan kejadian pnemonia pada balita. Penelitian serupa dengan penelitian sebelumnya dilakukan oleh Herman (2002) dan Hatta (2000).

Dari laporan Divisi Kesehatan Masyarakat Berkeley tahun 2007 di peroleh beberapa indikator kependudukan, sosial, ekonomi, dan kesehatan. Penduduk dibedakan menjadi 4 ras yaitu Afrika Amerika, Asia, Latin dan Kulit Putih. Dengan rata-rata pendapatan tertinggi adalah ras Kulit Putih, dan yang terendah adalah ras Afrika Amerika. Selain itu, disampaikan pula angka kematian (per 100.000), yang menunjukkan bahwa kematian tertinggi terjadi pada ras Afrika Amerika yaitu 1.203. Sedangkan ras Kulit Putih sebesar 588 jiwa. Kasus asma pada balita, prevalensi pada ras Afrika Amerika hampir 4 kalinya ras Kulit Putih. Kasus kecelakaan yang menjalani perawatan di Rumah Sakit, ras Afrika Amerika

hampir mencapai 3 kali lipat dari ras kulit putih. Selain itu pada kasus "*chlamydia*", prevalensinya pada ras Afrika Amerika mencapai lebih dari 20 kali lipat ras Kulit Putih.

Penelitian Annie E. Casey Foundation (2006) di California Utara menunjukkan bahwa akibat adanya tekanan ekonomi pada periode 2000-2005, menghasilkan anak-anak miskin sampai sebesar 21%. Dengan indikator kesehatan seperti AKB mengalami kenaikan sebesar 2,3 %, BBLR juga mengalami kenaikan sebesar 5,7 %, meskipun status imunisasi pada baduta mengalami kenaikan 2,9 %. Ini membuktikan bahwa pendapat umum mengenai kemiskinan berhubungan erat dengan kesehatan yang buruk adalah benar.

2.5.2. Karakteristik Baduta

2.5.2.1. Umur

Banyak penelitian menunjukkan bahwa umur, terutama umur anak balita, berkaitan erat dengan kejadian terserang suatu penyakit balita. Umur balita yang lebih muda diduga lebih rentan terserang penyakit dibandingkan umur balita yang lebih tua (Susmono, 2005).

Unicef (1997) mengemukakan keterkaitan umur dengan kejadian diare. Kejadian diare rendah pada umur di bawah enam bulan, meningkat pada umur di bawah satu tahun, kemudian turun kembali seiring bertambahnya umur.

Purwanto (1996) dan Agustina (1993) menyatakan umur anak merupakan variabel yang besar peranannya sebagai variabel prediktor dalam kejadian diare pada balita. Penelitian kejadian diare pada balita oleh Purwanto menunjukkan bahwa persentase kejadian diare menurut umur tunggal berturut-turut 14 % untuk anak umur 0 tahun, 16,8 % untuk anak umur 1 tahun, 12,3 % untuk anak umur 2 tahun, 8,4 % untuk anak umur 3, tahun dan 6,2 % untuk anak umur 4 tahun.

Pada penelitian kejadian gizi kurang, diperoleh hasil bahwa semakin tinggi usia anak, semakin tinggi prevalensi gizi kurang, namun setelah umur 36 bulan prevalensi gizi kurang menurun (Astuti, 2004).

Sementara itu, setiap tahun rata-rata bayi mengalami 3-4 kali Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA), hal ini karena imunitas bayi yang belum sempurna, dan lubang pernapasan yang masih relatif sempit. Bayi dengan umur

kurang dari satu tahun umumnya lebih mudah terkena ISPA dan akan lebih berat dibandingkan dengan anak berumur lebih dari setahun (Depkes, 2002a).

2.5.2.2. Jenis Kelamin

Masa baduta adalah masa pertumbuhan kritis, dimana pada masa ini anak laki-laki menunjukkan perkembangan yang lebih cepat dibandingkan dengan anak perempuan. Penelitian Sihadi dalam Basuki (2003) menunjukkan bahwa pada masa baduta status gizi anak laki-laki lebih baik daripada anak perempuan, dimana prevalensi gizi buruk banyak ditemukan pada anak perempuan dibandingkan dengan anak laki-laki.

Hal yang sama dikemukakan oleh Orisinal (2003) dalam penelitiannya di Sumatra Barat. Anak perempuan lebih banyak mengalami KEP, yaitu sebesar 30,4 % dibandingkan anak laki-laki sebesar 21,9 %, dan dalam uji *Chi-square* juga berbeda signifikan. Priyono (2000) dalam penelitiannya mendapatkan proporsi balita perempuan yang mengalami KEP sebesar 47,0 % sedangkan pada balita laki-laki sebesar 45,7 %, meskipun dalam pengujian tidak mendapatkan hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan terjadinya KEP. Tarigan (2004) yang meneliti gizi balita sebelum dan saat krisis ekonomi juga mendapatkan hal sama, bahkan pada saat krisis prevalensi gizi kurang anak perempuan meningkat dari 34,7 % menjadi 38,9 %.

Di sisi lain, hasil SKRT 2001 (Depkes, 2002b), menemukan hal yang sebaliknya dimana balita yang berstatus gizi kurang dan buruk persentasenya lebih tinggi pada anak laki-laki (32,0 %) dibandingkan dengan anak perempuan (29,8 %). Begitu juga penelitian Kunanto (1992) mengenai gizi balita di daerah Maluku dan Irian Jaya, yang menemukan prevalensi gizi buruk lebih banyak pada anak laki-laki daripada anak perempuan, meskipun secara statistik perbedaannya tidak signifikan.

2.5.3. Karakteristik Rumah Tangga

2.5.3.1. Jumlah Anggota Rumah Tangga

Rumah tinggal mempunyai arti yang penting bagi manusia, karena merupakan kebutuhan pokok manusia. Jumlah anggota rumah tangga menentukan

kepadatan hunian dalam rumah tangga. Rumah tangga disebut sehat, bila salah satunya memenuhi kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni (Depkes, 2008).

Depkes (1999) menetapkan bahwa standar kepadatan hunian rumah tangga yang merupakan salah satu unsur kenyamanan bagi anggota keluarga untuk tinggal di rumah. Standar tersebut yaitu minimal 10 meter persegi per jiwa, sedangkan untuk kamar tidur minimal 8 meter persegi untuk 2 orang. Sedangkan Azwar (1996) menyatakan pedoman untuk menetapkan kesehatan dalam rumah. Salah satunya adalah jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu ruangan cukup memadai (minimal 1,2 meter persegi ruangan per jiwa).

Penelitian masalah kesakitan dan kematian balita di Jawa Barat memperlihatkan bahwa jumlah anggota rumah tangga tidak berpengaruh signifikan terhadap kesakitan, dan kematian balita (Subari, 1994). Demikian juga Ginting (1997) yang meneliti status gizi anak, hasilnya menunjukkan bahwa jumlah anggota rumah tangga tidak berhubungan secara signifikan dengan status gizi balita. Tarigan (2004) juga mengemukakan bahwa hubungan keadaan gizi kurang sebelum dan saat krisis dengan jumlah anggota rumah tangga tidak signifikan, meskipun prevalensi gizi kurang pada anak dengan jumlah anggota rumah tangga > 4 orang mengalami kenaikan dari 34,0 % menjadi 39,1 %.

2.5.3.2. Pendidikan Ibu

Hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa diantara banyak faktor yang mempengaruhi kematian bayi, pendidikan ibu merupakan faktor yang sangat penting. Tingkat pendidikan ibu berpengaruh terhadap tingkat pengertiannya pada perawatan kesehatan, sanitasi, pemeriksaan kehamilan, dan pasca persalinan, serta kesadarannya terhadap kesehatan anak dan keluarga. Selain itu, pendidikan juga berhubungan erat dengan faktor sosial ekonomi lainnya seperti pendapatan, pekerjaan, kebiasaan hidup, makanan, perumahan, dan tempat tinggal. Penduduk dengan pendidikan rendah biasanya berpendapatan rendah, tinggal di daerah yang miskin, dan buruk sehingga punya resiko kesakitan dan kematian yang tinggi.

Pengetahuan merupakan faktor yang sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan. Seseorang yang memiliki pengetahuan yang baik tentang sesuatu hal, maka ia cenderung akan mengambil keputusan yang lebih tepat

berkaitan dengan masalah tersebut, dibandingkan dengan mereka yang pengetahuannya rendah (Permata, 2002).

Notoatmodjo (1982) mengemukakan bahwa istri/ibu yang mempunyai tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung memanfaatkan pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan mempengaruhi kesadaran terhadap pentingnya arti kesehatan, sehingga mendorong permintaan terhadap pelayanan kesehatan.

Pernyataan Grant (1984) dalam Suroto dan Hamzah (1985) bahwa pada golongan ekonomi yang sama, tingkat pendidikan ibu berkaitan dengan angka kematian anak. Penelitian yang diadakan di 11 negara oleh Pusat Demografi Amerika Latin menunjukkan bahwa pengaruh pendidikan ibu terhadap kesempatan hidup ternyata lebih kuat dibandingkan dengan pengaruh tingkat pendapatan rumah tangga.

Penelitian mengenai kejadian diare di Indonesia oleh Purwanto (1996), menunjukkan bahwa kejadian diare balita pada ibu berpendidikan SD ke bawah sebesar 12,4 %, sedangkan yang berpendidikan SLTP ke atas sebesar 9,6 %. Dari analisis logistik multivariat juga menunjukkan bahwa pendidikan ibu merupakan variabel prediktor terhadap kejadian diare pada balita. Hasil penelitian ini tidak berbeda dengan penelitian oleh Sabarinah (1988).

2.5.3.3. Status Kerja Ibu

Bekerja adalah kegiatan melakukan pekerjaan dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh penghasilan/keuntungan paling sedikit selama satu jam dalam seminggu terakhir. Bekerja selama satu jam tersebut harus dilakukan berturut-turut dan tidak terputus (BPS, 2007). Termasuk dalam kategori bekerja adalah anggota rumah tangga yang membantu melaksanakan pekerjaan kepala rumah tangga atau anggota rumah tangga lain, misal di sawah, ladang, warung/toko, dan sebagainya, dianggap sebagai bekerja walaupun tidak menerima upah/gaji.

Status bekerja ibu dengan pengertian bekerja atau tidak bekerja merupakan hal penting dalam pemberian perhatian yang cukup bagi keluarga terutama baduta. Bekerja atau tidaknya seorang ibu terkait erat dengan pemberian perhatian terhadap tumbuh kembang baduta. Namun demikian tidak berarti bahwa perhatian

yang lebih baik diberikan oleh ibu yang sehari-hari berada di rumah. Tetapi kualitas perhatian juga sangat penting terhadap derajat kesehatan, dan tumbuh kembang baduta.

Penelitian Purwanto (1996) menunjukkan bahwa status kerja ibu ternyata tidak berpengaruh signifikan pada kejadian diare balita di Jawa Barat. Namun dianggap berperan secara substansi terhadap kejadian diare, sehingga status kerja ibu tetap di masukkan dalam model.

Astuti (2004) yang meneliti masalah gizi pada balita juga mengemukakan tidak adanya hubungan antara status pekerjaan ibu dengan status gizi kurang pada balita ($p=0,339$). Tidak adanya hubungan antara pekerjaan ibu dan status gizi balita ini berarti keadaan ekonomi keluarga tidak hanya ditentukan oleh pekerjaan ibu saja tetapi juga oleh pekerjaan bapak. Karena hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan bapak berhubungan signifikan dengan status gizi anak.

2.5.4. Faktor Perilaku

Begitu pentingnya perilaku hidup sehat, pemerintah mencanangkan perilaku sehat ini dalam visi pembangunan kesehatan yaitu "Indonesia Sehat 2010". Visinya yaitu : masyarakat, bangsa, dan negara yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dalam lingkungan, dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil, dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Depkes, 2003).

Salah satu faktor untuk mendapatkan perilaku yang menguntungkan kesehatan adalah melalui pendidikan kesehatan. Proses pendidikan tersebut berlangsung di dalam suatu lingkungan pendidikan atau tempat pendidikan itu berlangsung, yaitu di dalam keluarga (pendidikan informal), di dalam sekolah (pendidikan formal), dan di dalam masyarakat (Nasution, 2004).

Salah satu pelaksanaan pendidikan kesehatan adalah dengan jalan penerapan pola hidup sehat. Pola hidup sehat ini diikuti oleh setiap individu guna meningkatkan status kesehatannya. Pengertian pola hidup sehat adalah segala upaya untuk menerapkan kebiasaan yang baik dalam menciptakan hidup yang

sehat, dan menghindarkan kebiasaan buruk yang dapat mengganggu kesehatan (Nasution, 2004).

2.5.4.1. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Berdasarkan paradigma sehat ditetapkan visi Indonesia Sehat 2010, dimana ada 3 pilar yang perlu mendapat perhatian khusus, yaitu *lingkungan sehat, perilaku sehat dan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, dan merata*. Untuk perilaku sehat, bentuk konkritnya yaitu perilaku proaktif memelihara, dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berpartisipasi aktif dalam upaya kesehatan (<http://www.depkes.go.id/downloads/Phbs.pdf>).

. PHBS bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat agar hidup bersih, dan sehat, serta meningkatkan peran serta aktif masyarakat termasuk swasta, dan dunia usaha dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Ada 16 indikator yang dapat digunakan untuk mengukur perilaku sehat sebagai berikut :

1. Ibu hamil memeriksakan kehamilannya.
2. Ibu melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan.
3. Pasangan usia subur (PUS) memakai alat KB.
4. Balita ditimbang.
5. Penduduk sarapan pagi sebelum melakukan aktifitas.
6. Bayi di imunisasi lengkap.
7. Penduduk minum air bersih yang masak.
8. Penduduk menggunakan jamban sehat.
9. Penduduk mencuci tangan pakai sabun.
10. Penduduk menggosok gigi sebelum tidur.
11. Penduduk tidak menggunakan napza.
12. Penduduk mempunyai Askes/ tabungan/ uang/ emas.
13. Penduduk wanita memeriksakan kesehatan secara berkala dengan Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI).

14. Penduduk memeriksakan kesehatan secara berkala untuk mengukur hipertensi.
15. Penduduk wanita memeriksakan kesehatan secara berkala dengan *Pap Smear*.
16. Perilaku seksual, dan indikator lain yang diperlukan sesuai prioritas masalah kesehatan yang ada di daerah.

Pada tataran rumah tangga, perilaku hidup sehat dicerminkan dengan :

1. Tidak ada anggota rumah tangga yang merokok.
2. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.
3. Melakukan imunisasi.
4. Penimbangan balita.
5. Menerapkan gizi keluarga/sarapan.
6. Kepesertaan Askes/JPKM.
7. Mencuci tangan pakai sabun.
8. Menggosok gigi sebelum tidur.
9. Olah raga teratur.

2.5.4.2. Perilaku Ibu kepada Baduta

▪ Imunisasi

Imunisasi adalah pemberian suatu zat antigen kepada seseorang, yang bertujuan untuk memberikan atau meningkatkan kekebalan seseorang terhadap penyakit tertentu. Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah tuberkulosis, difteri, partusis, tetanus, campak, polio dan hepatitis B, dengan antigennya adalah BCG, Difteri Partusis Tetanus (DPT), Tetanus Toxoid (TT), Difteri Tetanus (DT), Polio, Campak dan Hepatitis B. Pemberian imunisasi telah ditentukan berdasarkan program imunisasi yang terjadwal (Tjerita, 2000).

Imunisasi adalah suatu prosedur rutin yang akan menjaga kesehatan anak. Imunisasi bertujuan untuk memberi perlindungan menyeluruh terhadap penyakit-penyakit yang berbahaya, dan sering terjadi pada tahun-tahun awal kehidupan seorang anak. Manfaat imunisasi adalah mencegah

penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, dan kemungkinan cacat atau kematian (Dinkes Garut, 2005).

Pemberian imunisasi sebagai salah satu cara pecegahan terjadinya penyakit, dan kematian pada bayi, dan anak, masih merupakan cara yang dianggap berhasil dalam menurunkan angka kesakitan, dan kematian akibat penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Telah terbukti di beberapa negara maju bahwa angka kejadian penyakit, dan angka kematian akibat penyakit tertentu dapat diturunkan dengan drastis, setelah program imunisasi dilaksanakan dengan intensif di masyarakat dan pada semua sarana kesehatan yang ada (Musa, 1985).

Sumargono (1989) menunjukkan bahwa balita yang tidak diimunisasi secara lengkap mempunyai resiko yang lebih besar untuk menderita ISPA/pneumonia dibandingkan dengan balita yang mendapatkan imunisasi lengkap. Penelitian yang dilakukan oleh Juliastuti (2000) di Ciamis (Jawa Barat), menunjukkan bahwa balita yang tidak mendapatkan imunisasi campak, beresiko menderita pneumonia 1,60 kali lebih besar dibandingkan balita yang mendapatkan imunisasi campak.

▪ **Pemberian ASI**

Banyak studi mengenai gizi anak di berbagai wilayah dunia menyatakan bahwa ASI mengandung semua nutrisi esensial untuk pertumbuhan, dan kesehatan anak. Strategi global untuk makanan bayi dan anak menganjurkan untuk memberikan ASI sesegera mungkin kepada bayi yang baru lahir. Memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, dan memberikan ASI dengan makanan pendamping ASI sampai berumur 2 tahun. Lebih dari 1,4 juta bayi meninggal akibat diare, pneumonia, infeksi setelah kelahiran akibat tidak diberi ASI (Seda, 2008).

ASI adalah makanan utama, dan tunggal yang dibutuhkan oleh bayi berumur 0 sampai 6 bulan, karena mengandung semua zat gizi, dan cairan yang diperlukan untuk proses pertumbuhan dan perkembangan anak secara wajar dan sehat (Depkes, 2004). Pada umur 6 sampai 12 bulan, ASI masih merupakan makanan utama bayi karena masih mengandung 60 % kebutuhan

bayi. Sedangkan sisanya dipenuhi dengan makanan pendamping ASI. Dengan demikian bila bayi tidak diberi ASI secukupnya, akan menghambat perkembangan dan pertumbuhannya (*United Nations Children's Fund/ Unicef, 2005*).

Telah diketahui secara umum bahwa bayi usia tujuh bulan merupakan titik awal timbulnya masalah menurunnya berat badan, yang mengarah pada Kekurangan Energi dan Protein (KEP). Karena pada usia 4-6 bulan, imunitas pasif bayi yang didapat pada masa prenatal, dan dari ASI menurun. Demikian pula zat gizi pada ASI, sehingga bayi mulai rentan terhadap infeksi, dan gangguan gizi. Setelah usia 6 bulan, imunitas dan gizi bayi/anak lebih banyak ditentukan oleh makanan non ASI (Utomo, 1998). Hal ini didukung oleh beberapa penelitian yang menyatakan prevalensi KEP meningkat pada umur 6-17 bulan, yang menunjukkan setelah umur 6 bulan anak mengalami kekurangan asupan gizi ketika ASI tidak lagi mencukupi kebutuhan anak (Kodyat, 2001).

2.5.5. Sanitasi Lingkungan Rumah Tangga

Menurut UU.RI No. 23 tahun 1997, lingkungan adalah kesatuan ruang dengan semua benda, daya, keadaan, makhluk hidup termasuk manusia, dan perilakunya, yang mempengaruhi perikehidupan, kesejahteraan manusia, dan makhluk hidup lainnya.

Kesehatan lingkungan merupakan bagian integral ilmu kesehatan masyarakat yang khusus menangani, dan mempelajari hubungan manusia dengan lingkungan dalam keseimbangan ekologis. Jadi kesehatan lingkungan merupakan bagian dari ilmu kesehatan masyarakat (Keman dan Yudhastuti, <http://www.unair.ac.id>)

Kesehatan lingkungan diselenggarakan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, yang dilaksanakan terhadap tempat umum, lingkungan pemukiman, lingkungan kerja, angkutan umum, dan lingkungan lainnya. Kesehatan lingkungan meliputi penyehatan air, dan udara, pengamanan limbah padat, limbah cair, limbah gas, radiasi, dan kebisingan, pengendalian vektor penyakit, dan penyehatan atau pengamanan lainnya. Untuk itu setiap tempat atau

sarana pelayanan umum wajib memelihara, dan meningkatkan lingkungan yang sehat sesuai dengan standar dan persyaratan (UU No. 23 tahun 1997).

Menurut Notoatmojo (2003), kesehatan lingkungan pada hakekatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum, sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimum pula. Ruang lingkup kesehatan lingkungan tersebut antara lain mencakup perumahan, pembuangan kotoran manusia (tinja), penyediaan air bersih, pembuangan sampah, pembuangan air kotor (air limbah), rumah hewan ternak (kandang), dan sebagainya.

Sementara itu pengertian usaha kesehatan lingkungan adalah suatu usaha untuk memperbaiki atau mengoptimalkan lingkungan hidup manusia, agar merupakan media yang baik untuk terwujudnya kesehatan optimum bagi manusia yang hidup di dalamnya. Kesehatan lingkungan di negara-negara yang sedang berkembang berkisar pada sanitasi (jamban), penyediaan air minum, perumahan (*housing*), pembuangan sampah, dan pembuangan air limbah/air kotor (Notoatmojo, 2003).

Nasution (2004) menyatakan bahwa hidup sehat memerlukan situasi, kondisi, dan lingkungan yang sehat. Dalam memelihara kebersihan, dan kesehatan lingkungan ada 3 faktor yang harus diperhatikan, yaitu :

- a. Tersedianya air bersih
- b. Pembuangan sampah dan air limbah
- c. Menjaga kebersihan dan kesehatan kamar mandi, jamban atau WC .

Selain faktor tersebut, kualitas udara perlu juga mendapat perhatian. Kualitas udara dalam suatu ruangan, merupakan ukuran dari keamanan setiap orang yang berada atau bekerja di ruangan tersebut.

Rumah tinggal mempunyai arti yang penting bagi manusia, karena merupakan kebutuhan pokok. Rumah tangga disebut sehat, bila memenuhi : ketersediaan air bersih, ketersediaan jamban, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni, dan lantai rumah bukan dari tanah. Selain itu juga terdapat indikator lain yang terkait dengan faktor perilaku, dan keterjangkauan terhadap jaminan pemeliharaan kesehatan (Depkes, 2008).

Azwar (1996) menyatakan pedoman untuk menetapkan apakah suatu rumah adalah rumah sehat atau tidak, antara lain sistem pengadaan air harus baik, fasilitas mandi, dan jamban yang sehat, sistim pembuangan air limbah memenuhi syarat kesehatan, jendela atau jalan masuk cahaya, udara (ventilasi), penerangan yang cukup, jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam satu ruangan cukup memadai (minimal 1,2 meter persegi ruangan per jiwa), dan juga kekuatan bangunan tempat tinggal yang memadai.

Subari (1994) dalam penelitiannya juga mengemukakan banyak hasil penelitian sebelumnya yang telah membuktikan adanya hubungan antara lingkungan fisik dengan kejadian kesakitan, yaitu :

Snow (1854) membuktikan bahwa ada hubungan antara kualitas sistem penyediaan air bersih dengan kejadian kesakitan dan kematian karena kholera di kota London (Henekens, 1987). Sementara itu, Feachem (1985) membuktikan bahwa pembangunan sarana air minum, dan pembuangan tinja dapat menurunkan kejadian penyakit diare di masyarakat. Penelitian Poerno (1983) membuktikan bahwa jumlah penghuni rumah, dan cuaca berpengaruh terhadap jumlah koloni kuman penyebab penyakit saluran pernapasan. Ukuran rumah yang kecil dan jumlah penghuni yang padat, serta jumlah kamar yang sedikit akan memperbesar kemungkinan penularan penyakit melalui kontak langsung (Benyamin, 1965). Dinding rumah dari "gedek" ikut berperan terhadap kejadian kesakitan pneumonia (Sutisno, 1993). Selanjutnya Nugroho (1993) melaporkan bahwa kondisi lingkungan fisik rumah yang kurang baik mempengaruhi peristiwa kematian bayi. Dari Brazil dilaporkan proporsi rumah sub standar mempengaruhi tingginya angka kematian bayi (Paim, et.al., 1987). Penelitian di Srilangka melaporkan bahwa ada korelasi yang bermakna antara penyediaan air dengan angka kematian bayi, dibandingkan dengan faktor lingkungan lainnya (Patel, 1981).

2.5.5.1. Air

Air merupakan sumber daya alam yang memenuhi hajat hidup orang banyak, sehingga perlu dijaga kualitasnya agar tetap bermanfaat bagi hidup dan kehidupan manusia serta makhluk hidup lainnya (Hayati, 1992).

Dalam rangka melindungi, memelihara, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, kualitas air yang dipergunakan utamanya untuk air minum harus memenuhi syarat kesehatan, agar terhindar dari gangguan kesehatan. Menurut Permenkes RI No. 416/Menkes/Per/IX/1990, yang dikategorikan sebagai air minum adalah air yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan, dan dapat langsung diminum. Sedangkan air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak.

Penggunaan air baik itu untuk air minum maupun keperluan lainnya terkait erat hubungannya dengan kejadian diare. Hayati (1992) dalam penelitian kejadian diare di Belu NTT menyatakan bahwa, kejadian diare dimana penggunaan air minum dan memasak perkapita per hari < 5 liter jauh lebih banyak daripada yang menggunakan air ≥ 5 liter per kapita per hari. Resiko peningkatan terjadinya diare sebesar 3,44 kali pada kelompok yang menggunakan air < 5 liter per kapita per hari dibandingkan dengan yang menggunakan air ≥ 5 liter per kapita perhari.

Demikian juga penelitian oleh Purwanto (1996) yang menyatakan 12,5 % kejadian diare pada balita merupakan keluarga yang menggunakan sumber air yang buruk, sedangkan yang menggunakan sumber air yang baik kejadian diare pada balita sebesar 10,7 %.

2.5.5.2. Jamban

Jamban merupakan sarana membuang kotoran manusia dalam suatu keluarga. Tersedianya jamban dan penampungan kotorannya dapat mengakibatkan air tanah yang ada di sekitarnya tercemar oleh kotoran manusia melalui peresapan air dalam tanah. Karena dapat mencemari air, maka perlu diisolir sedemikian rupa, sehingga berbagai mikroorganisme yang dapat menyebabkan sakit dapat ditekan penyebarannya. Oleh karena itu, jamban perlu dibuat yang baik, yang memiliki tanki septik agar dapat mengisolir asal pencemar (tinja), sehingga tidak mencemari air di sekitarnya (Purwanto, 1996).

Purwanto (1996) mengemukakan bahwa jenis jamban, dan kejadian diare menunjukkan hubungan yang bermakna pada uji bivariat. Kejadian diare pada

balita di keluarga yang menggunakan jamban yang buruk sebesar 12,2 % sedangkan pada keluarga yang menggunakan jamban yang baik sebesar 8,4 %.

2.5.5.3. Merokok dalam Rumah

Keluarga miskin di negara berkembang, merokok mengalihkan uang yang seharusnya untuk kebutuhan pokok ke pembelian tembakau/rokok, dan menaikkan resiko kekurangan gizi pada anak (Semba, et al., 2008).

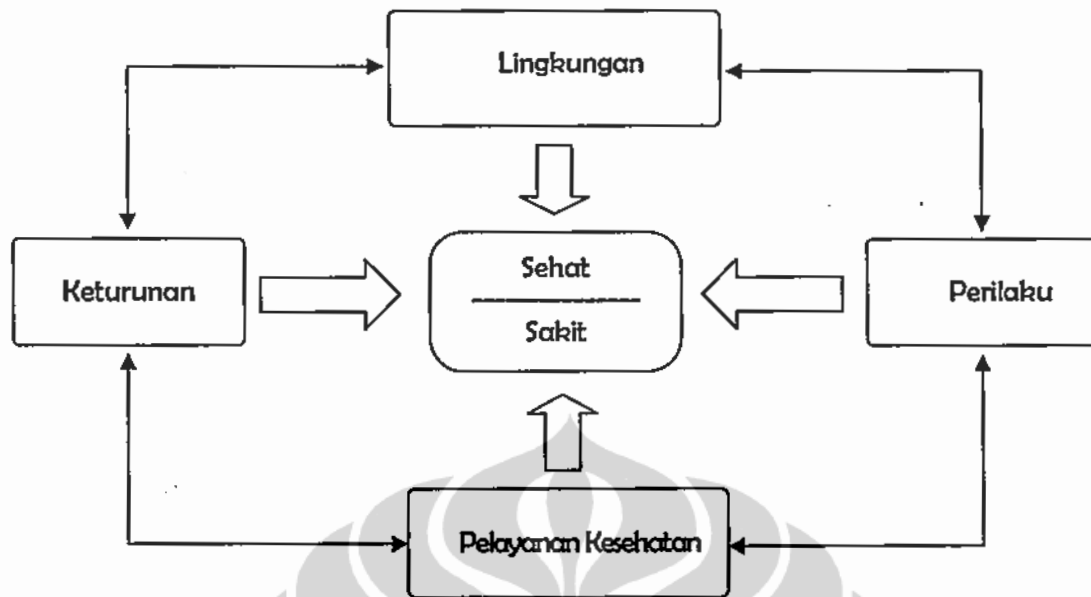
Indonesia merupakan negara yang menyerap pasaran rokok terbesar sedunia dengan konsumsi 180 milyar batang rokok setahun (Semba, et.al, 2008). Meskipun sudah banyak larangan/peringatan baik yang dikeluarkan oleh perusahaan, iklan serta promosi-promosi lainnya. Prevalensi merokok orang tua laki-laki di daerah perkotaan mencapai 70,8 %, sedangkan untuk orang tua perempuan merokok mencapai 0,7 %. Dan di daerah perdesaan, orang tua laki-laki merokok mencapai 73,2 %, sedangkan orang tua perempuan merokok mencapai 0,5 %.

Penelitian Semba et al. (2008) di Indonesia menyatakan bahwa perkiraan jumlah kematian balita sebesar 162.000, dan yang di akibatkan oleh orang tua yang merokok sebesar seperlimanya atau sekitar 32.400 kematian balita pertahun atau mendekati 92 kematian balita perhari. Kematian bayi di keluarga dengan orang tua laki-laki perokok lebih besar dari pada keluarga dengan orang tua laki-laki tidak perokok baik di kota (6,3 % vs 5,3 %) maupun di desa (9,2 % vs 6,4 %).

Safwan (2003) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara orang yang mempunyai kebiasaan merokok di dalam rumah dengan terjadinya ISPA pada balita. Resiko sebesar 1,81 kali lebih banyak di banding balita yang tinggal dalam rumah dengan anggota keluarga yang tidak merokok dalam rumah.

2.6. Kerangka Teori

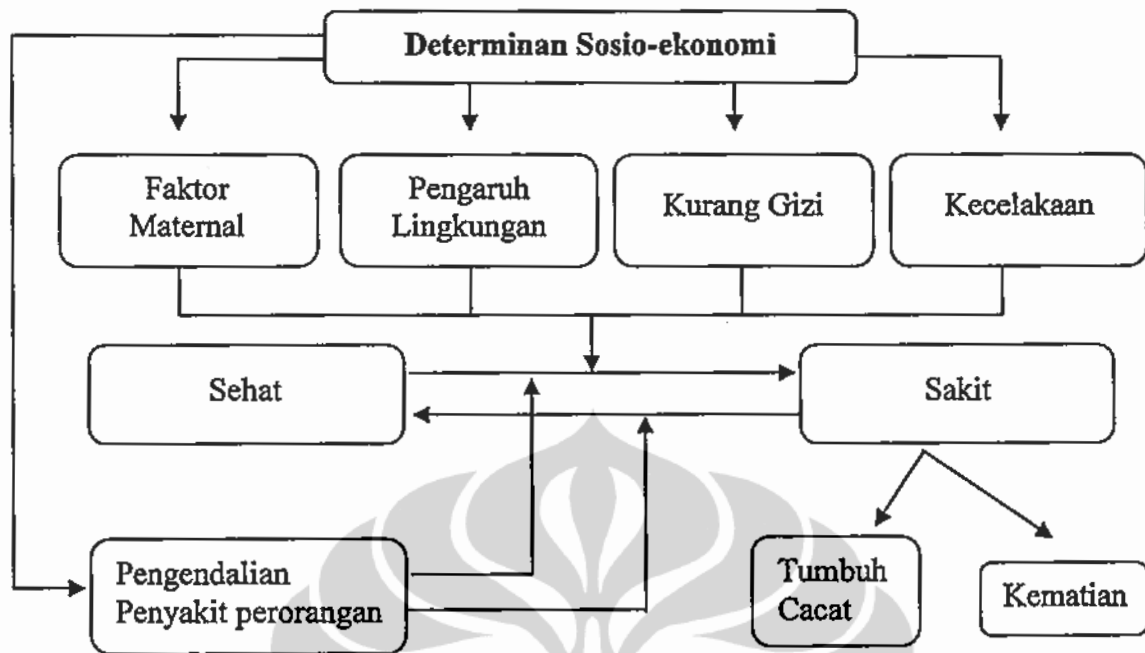
Sehat atau sakit dipengaruhi oleh empat faktor. Faktor tersebut adalah lingkungan, perilaku, keturunan, dan pelayanan kesehatan, yang saling berinteraksi (Blum,1984). Faktor lingkungan, dan perilaku diduga mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap derajat kesehatan, dibandingkan dengan faktor keturunan, dan pelayanan kesehatan.



Gambar 2.1. Kerangka Teori Hendrik L. Blum

Dari gambar 2.1 tersebut terlihat peran perilaku hidup sehat dalam mempengaruhi derajat kesehatan. Jika dianalisa, lingkungan sebagai salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan dapat dikendalikan melalui perilaku. Terciptanya lingkungan sehat, pelayanan kesehatan baik, tidak akan berhasil bila tidak ada perubahan perilaku. Walaupun didirikan institusi pelayanan kesehatan seperti posyandu, poliklinik desa (polindes) dan sebagainya, jika tidak ada partisipasi dari masyarakat dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut.

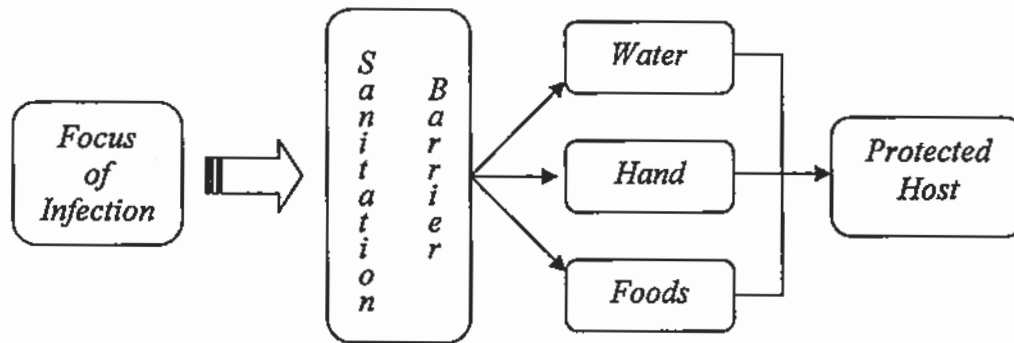
Mosley dan Chen (1984) mengemukakan bahwa penyakit dan kematian pada anak merupakan fenomena biologis. Namun proses sehat, dan sakit dalam masyarakat pada dasarnya ditentukan oleh ciri sosial dimana anak dilahirkan, dan tumbuh kembang. Kemudian mereka mengembangkan suatu teori infeksi kuman yang lebih komprehensif, sehingga mampu menjelaskan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesakitan/morbiditas dan kematian bayi, yaitu hubungan antara variabel pengaruh, variabel antara dan variabel terpengaruh (gambar 2.2).



Gambar 2.2. Kerangka Teori Mosley dan Chen

Variabel pengaruh adalah faktor-faktor sosial ekonomi yang merupakan faktor penentu kesakitan, dan kematian bayi/anak. Pengaruh sosial ekonomi ini bersifat tidak langsung, tetapi melalui mekanisme tertentu, yaitu melalui variabel antara. Variabel antara inilah yang langsung mempengaruhi kesakitan dan kematian bayi/anak. Variabel antara ini terdiri atas lima kategori, yaitu faktor maternal, pengaruh lingkungan, gizi, kecelakaan/luka dan pengendalian penyakit perorangan (pelayanan kesehatan keluarga) yang kemudian akan mempengaruhi kesehatan. Bila yang terjadi adalah kesakitan, maka akan dilakukan pengendalian terhadap penyakit seperti pengobatan. Dengan adanya intervensi terhadap kesakitan, akibat selanjutnya pada bayi/anak adalah sembuh, kemungkinan terhambat pertumbuhannya/produktivitasnya/cacat atau bahkan meninggal.

Wagner dan Lanoix (1958) menggunakan istilah sanitasi penghalang (*Sanitation Barrier*) dalam memutus mata rantai penularan penyakit yang bersumber dari kotoran dengan usaha sanitasi.



Gambar 2.3. Kerangka Teori Wagner dan Lanoix

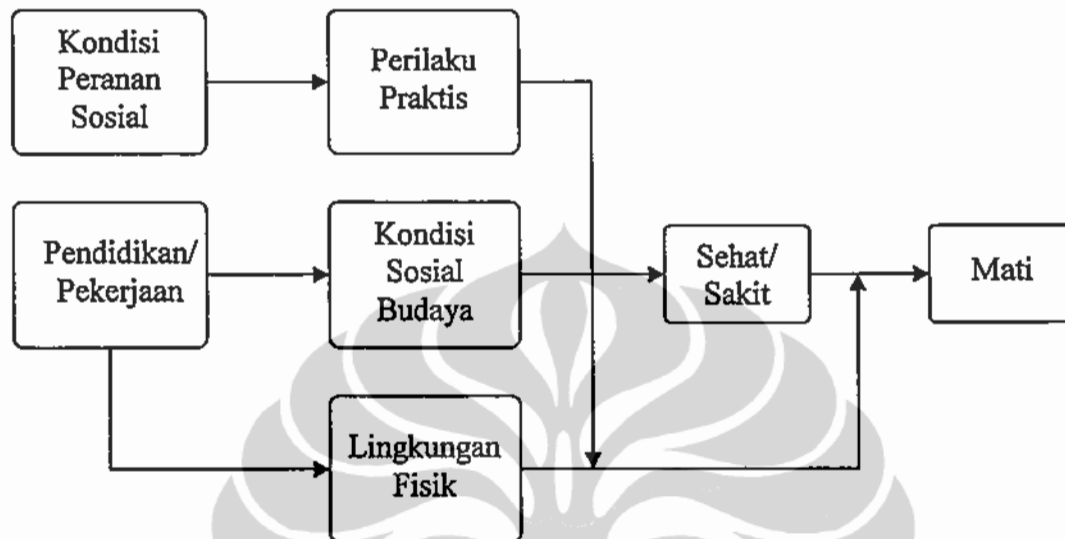
Dari gambar 2.3 terlihat bahwa untuk melindungi *host* dari infeksi kuman penyakit, khususnya penyakit yang ditularkan melalui jalur kotoran tinja (*fecal*) dengan cara melakukan usaha sanitasi penghalang (*sanitation barrier*). Caranya berupa pembuatan jamban keluarga, penyediaan air bersih, sarana pencucian tangan serta sanitasi makanan (Wagner dan Lanoix, 1958).

Mengacu pada teori agen dan media penyakit pada balita, transmisi agen infeksi anak, *sanitation barrier* serta prinsip dan aspek rumah sehat, penggolongan kondisi lingkungan fisik rumah yang berkaitan dengan penyakit utama pada anak menurut Subari (1994) adalah sebagai berikut :

1. Barrier udara berkaitan dengan penyakit saluran pernapasan/ISPA, unsur lingkungan fisiknya meliputi : a) kepadatan penghuni; b) jumlah ruang tidur; c) polusi asap dapur; d) ventilasi kamar tidur; e) lantai rumah.
2. Barrier infeksi *fecal* berkaitan dengan penyakit saluran pencernaan/diare, unsur lingkungan fisik meliputi : a) dapur sebagai tempat masak; b) ruang makan; c) jamban keluarga; d) sarana pembuangan air limbah; e) sumber air bersih (pemilikan dan jenis sarana); f) air pencuci piring dan alat makan lainnya; g) pembuangan sampah; h) kandang ternak.
3. Barrier infeksi debu-tanah berkaitan dengan tetanus, unsur lingkungan fisik meliputi : a) dinding (kondisi berdebu); b) lantai (kondisi berdebu).

Ruzicka (1986) mengembangkan model analisis tentang penyebab kesakitan dan kematian secara umum seperti pada Gambar 2.4. Mekanisme dan penyebab manusia sehat menjadi sakit dan menjadi mati secara umum menurut

Ruzicka dipengaruhi oleh faktor perilaku, lingkungan sosial budaya, dan lingkungan fisik. Ketiga faktor ini dipengaruhi oleh oleh kondisi peranan sosial, dan pendidikan/pekerjaan.

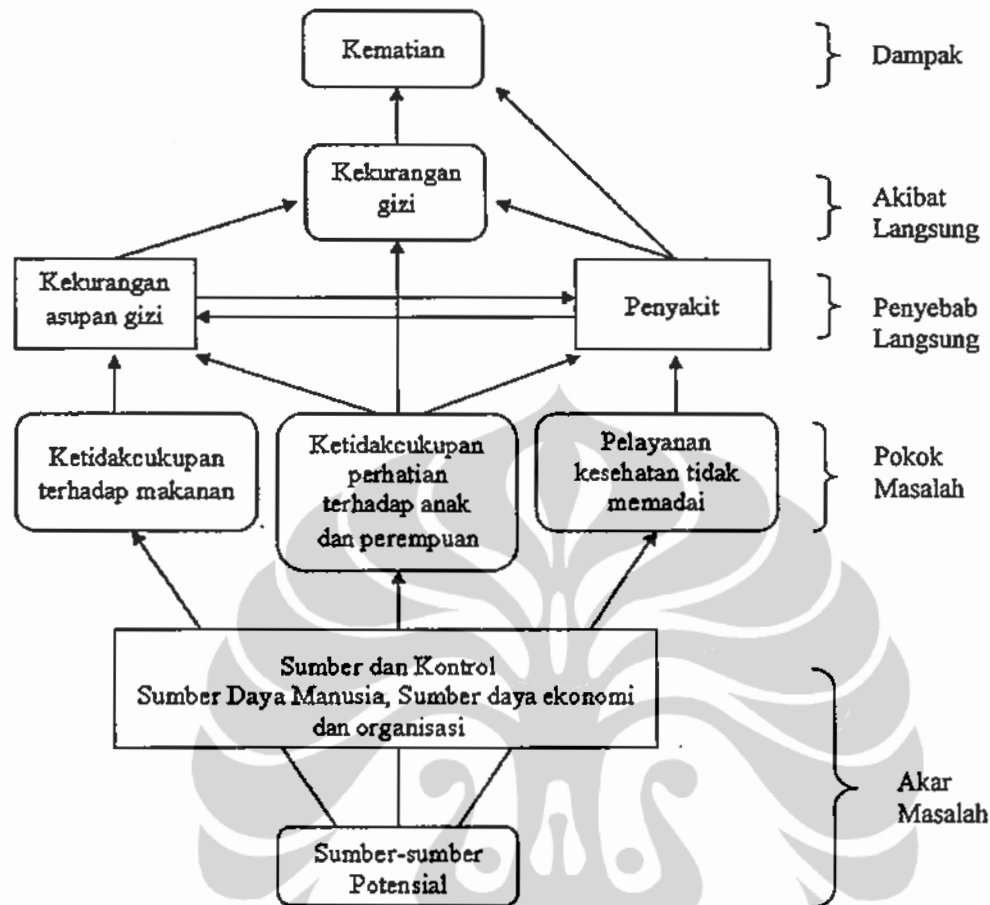


Gambar 2.4. Kerangka Teori Ruzicka

Dalam memutus hubungan antara lingkungan yang tercemar dengan kesakitan, dan kematian dibedakan dalam dua tingkatan. Pertama penyebab penyakit atau agen (fisik, kimia, dan mikroba). Kedua adalah media dari agen yang masuk ke manusia (Achmadi dalam Subari, 1994).

UNICEF (2006) menetapkan kerangka kerja analisis yang bermanfaat untuk menganalisis derajat kesehatan dan gizi, serta faktor-faktor yang berpengaruh pada ibu dan anak, seperti pada Gambar 2.5.

Kerangka teori ini menekankan bahwa kesehatan ibu dan bayi baru lahir tidak dapat dipisahkan. Untuk meningkatkan kesehatan bayi *prenatal* dan *neonatal*, intervensi kebijakan perlu dilakukan terhadap kesehatan ibu, pemeriksaan antenatal, antar kehamilan, selama kehamilan. Selain itu juga ditekankan pemeriksaan rutin pasca melahirkan, serta pemeriksaan dan perhatian terhadap bayi baru lahir (Rahman et al., 2007)



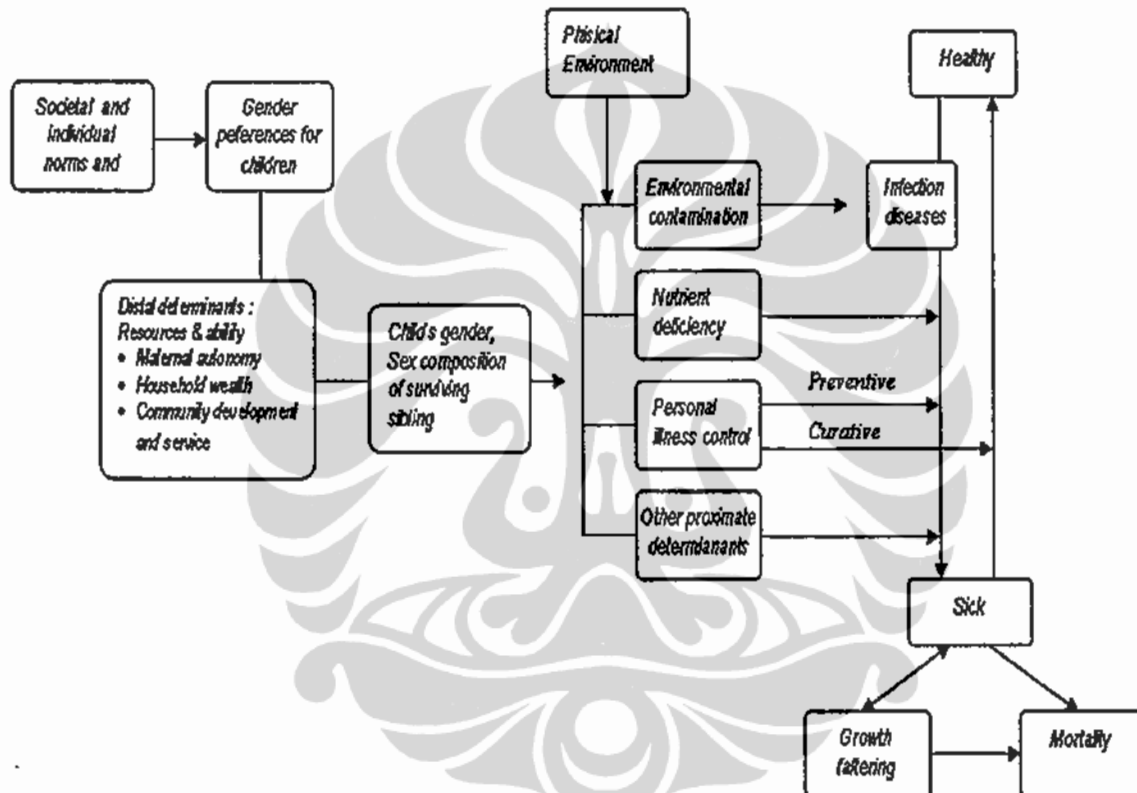
Gambar 2.5. Kerangka Analisis Kesehatan dan Gizi untuk Ibu dan Anak
Sumber : Rahman et.al. 2007.

Kerangka analisis ini didasarkan pada lima jalur :

- Perhatian dan pelayanan yang baik terhadap ibu dan bayi.
- Tanggapan terhadap ibu yang mempunyai ciri-ciri membahayakan.
- Tanggapan terhadap bayi baru lahir yang menunjukkan tidak ada pernapasan.
- Perhatian terhadap bayi lahir dengan berat badan rendah.
- Tanggapan terhadap bayi yang menunjukkan gejala membahayakan, terutama karena tanda-tanda terkena infeksi.

Pande (2000) memodelkan dampak dari komposisi jenis kelamin dalam keluarga pada status kesehatan anak yang *survive*, dengan mendasarkan pada *framework* Mosley dan Chen (1984). Mosley dan Chen mengkombinasi faktor

sosial, ekonomi, pengobatan dan keturunan (keterangan biologis) pada kematian anak. Model ini terdiri atas lima kategori yaitu faktor maternal (umur ibu dan paritas), kontaminasi lingkungan, kekurangan gizi, kecelakaan/terluka dan pengendalian penyakit. Semua faktor penentu (*proximate determinants*) baik variabel sosial maupun ekonomi pada kematian anak ("*distal*" *determinants*) dijalankan melalui kelima variabel tersebut. Oleh Mosley dan Chen variabel tersebut dikelompokkan dalam level individu, level rumah tangga dan level masyarakat.



Gambar 2.6. Kerangka Teori Pande

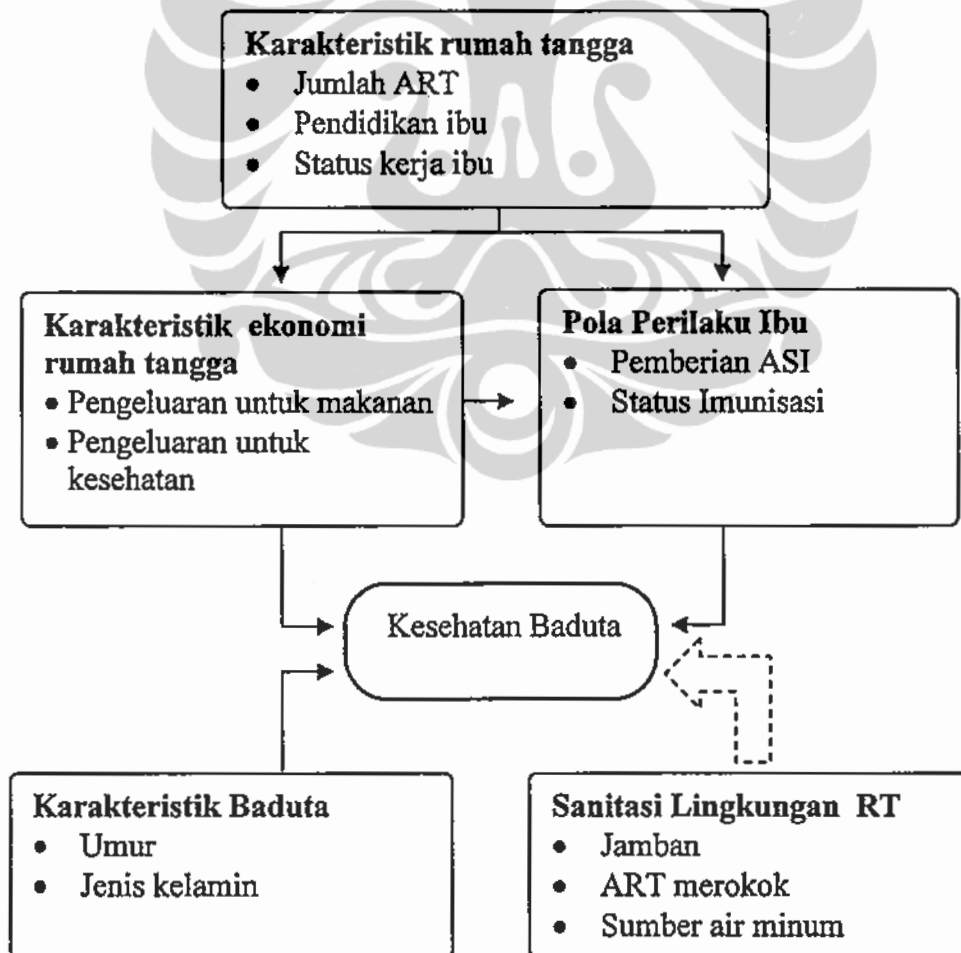
Sedangkan pendekatan yang dilakukan Pande pada *proximate determinants* tidak hanya menerangkan status kesehatan anak, tetapi lebih memfokuskan pada status kesehatan anak yang *survive* dibandingkan kematian. Dengan model yang berbeda, analisis terhadap *proximate determinants* menghasilkan analisis yang lebih sesuai dengan kenyataan di masyarakat. Perbedaan jenis kelamin pada *proximate determinants* mengindikasikan bahwa perilaku rumah tangga terhadap anak perempuan mengakibatkan status kesehatan

yang lebih buruk, dan angka kematian anak perempuan yang lebih tinggi. Model modifikasi dari Pande seperti pada Gambar 2.6.

2.7. Kerangka Pemikiran

Kerangka pemikiran dalam penelitian ini didasarkan pada kerangka teori yang telah ada dengan penyesuaian pada variabel-variabel yang dipilih. Hasil penelitian menjelaskan faktor-faktor penyebab seseorang sakit atau sehat, uraian permasalahan faktor-faktor sosial ekonomi, demografi, dan lingkungan, termasuk perilaku dari ibu dan anggota rumah tangga lainnya, beserta kerangka teori yang terkait. Dari pendekatan-pendekatan tersebut diperoleh kerangka pemikiran yang dapat menjelaskan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta.

Kerangka pemikiran yang penulis menggunakan dalam analisis ini adalah sebagai berikut :

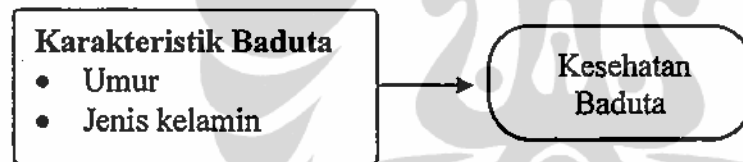


Gambar 2.7. Kerangka Pikir Penelitian

Dalam kerangka pemikiran yang telah dibuat, tampak berbagai kelompok variabel yang dioperasionalkan berhubungan dengan derajat kesehatan baduta. Tidak semua kelompok variabel tersebut digunakan dalam analisis inferensial. Kelompok yang berpengaruh langsung, meskipun masih bergantung terhadap kelompok variabel lain (interaksi) dilakukan analisis deskriptif dan inferensial. Sedangkan kelompok variabel yang tidak langsung berpengaruh (termasuk arah panah titik-titik) hanya dilakukan analisis deskriptif.

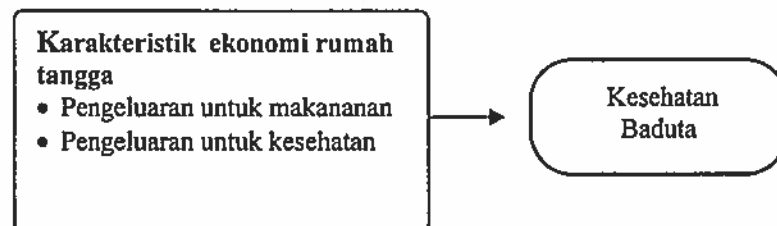
Untuk memudahkan melihat pengaruh faktor-faktor yang digunakan dalam penelitian terhadap derajat kesehatan baduta seperti pada gambar kerangka pikir analisis yang diajukan, perlu dibuat sub kerangka pikir analisis (*path diagram*). *Path diagram* dipergunakan untuk menjelaskan pengaruh langsung maupun tidak langsung masing-masing kelompok faktor terhadap derajat kesehatan baduta, yaitu :

Pengaruh karakteristik baduta terhadap derajat kesehatannya :



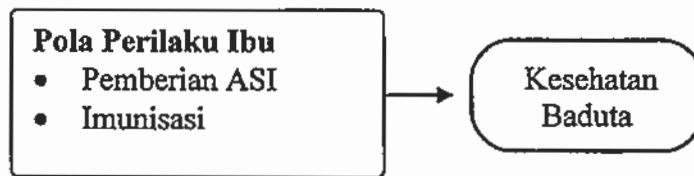
Kerangka analisis ini diterapkan untuk melihat hubungan karakteristik baduta terhadap derajat kesehatan baduta.

Pengaruh karakteristik ekonomi rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta :



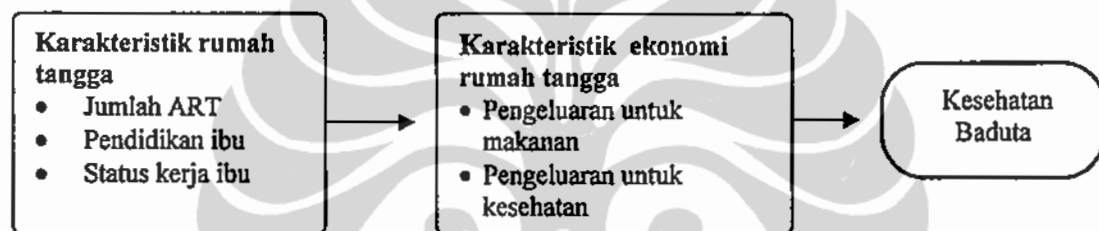
Kerangka analisis ini diterapkan untuk melihat hubungan karakteristik ekonomi rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta.

Pengaruh perilaku ibu terhadap derajat kesehatan baduta :



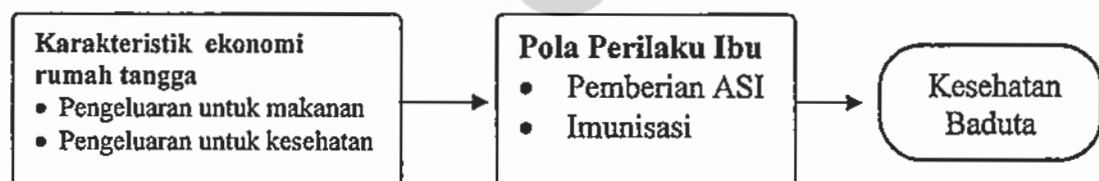
Kerangka analisis ini diterapkan untuk melihat hubungan perilaku ibu terhadap derajat kesehatan baduta.

Pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga



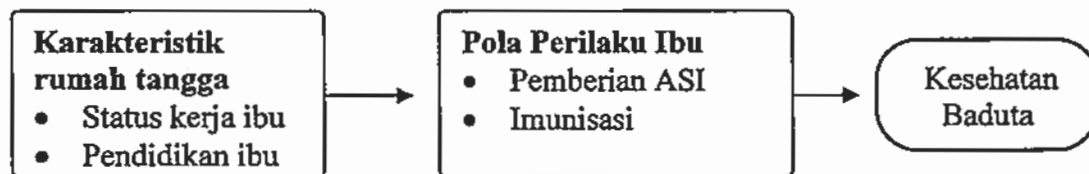
Kerangka analisis ini diterapkan untuk melihat perbedaan pengaruh karakteristik rumah tangga, terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga.

Pengaruh karakteristik ekonomi rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut pola perilaku ibu



Kerangka analisis ini diterapkan untuk melihat perbedaan pengaruh karakteristik ekonomi rumah tangga, terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu.

Pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut pola perilaku ibu



Kerangka analisis ini diterapkan untuk melihat perbedaan pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap, derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu.

2.8. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka pemikiran yang telah diajukan, derajat kesehatan baduta dipengaruhi oleh banyak variabel. Dari banyak variabel dikelompokkan menjadi beberapa kelompok/karakteristik, sehingga dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

2.8.1. Karakteristik Baduta

Ada hubungan antara jenis kelamin, dan umur, dengan derajat kesehatan baduta.

2.8.2. Perilaku Ibu

Ada hubungan antara status pemberian ASI, dan status imunisasi baduta dengan derajat kesehatan baduta.

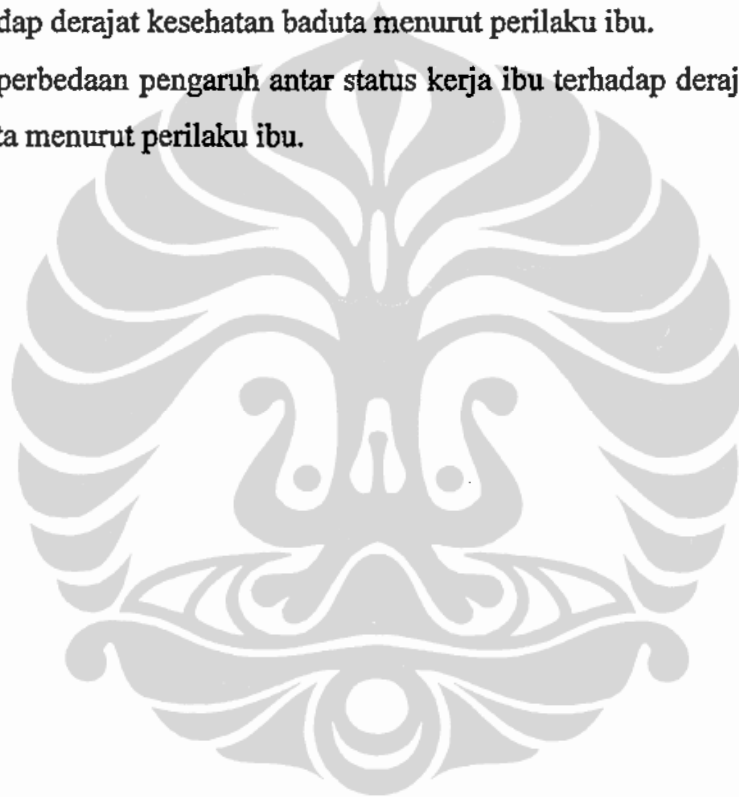
2.8.3. Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga

- Ada hubungan pengeluaran rumah tangga untuk makanan, dan pengeluaran untuk kesehatan terhadap derajat kesehatan baduta.
- Ada perbedaan pengaruh antar pengeluaran makanan rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu.
- Ada perbedaan pengaruh antar pengeluaran kesehatan terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu.

2.8.4. Karakteristik Rumah Tangga

- Ada perbedaan pengaruh antar jumlah anggota rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga.

- Ada perbedaan pengaruh antar pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga.
- Ada perbedaan pengaruh antar status kerja ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga.
- Ada perbedaan pengaruh antar jumlah anggota rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu.
- Ada perbedaan pengaruh antar pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu.
- Ada perbedaan pengaruh antar status kerja ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu.



BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2007 di Provinsi Jawa Tengah. Gambaran kesehatan secara umum bisa ditunjukkan dari hasil survei tersebut. Selain itu, Susenas juga menyediakan data demografi, sosial ekonomi, dan lingkungan. Ketersediaan data Susenas di setiap tahun, menjadikan alasan penulis memanfaatkan data tersebut untuk menggambarkan dan menganalisis permasalahan yang ada dalam penelitian ini.

Susenas merupakan survei yang dirancang untuk mengumpulkan data sosial kependudukan yang cakupannya relatif luas. Data yang dikumpulkan antara lain mencakup bidang pendidikan, kesehatan/gizi, perumahan, sosial budaya, konsumsi atau pengeluaran dan pendapatan rumah tangga, perjalanan, pendapat masyarakat mengenai kesejahteraan rumah tangga serta modal sosial.

Data yang dikumpulkan melalui Susenas memperlihatkan kondisi kesejahteraan masyarakat di bidang pendidikan, kesehatan, dan bidang lainnya. Selain itu data ini juga sebagai bahan evaluasi terhadap program-program pembangunan seperti pemberian subsidi.

Secara umum tujuan pengumpulan data Susenas 2007 adalah tersedianya data tentang kesejahteraan masyarakat dalam hal pendidikan, kesehatan, dan kemampuan daya beli. Sedangkan secara khusus tujuannya adalah :

- i. Tersedianya data pokok tentang kesejahteraan masyarakat yang sangat dibutuhkan dalam perencanaan, monitoring, dan evaluasi keberhasilan pembangunan.
- ii. Tersedianya data rinci tentang kesejahteraan rumah tangga seperti pendidikan, kesehatan, fertilitas/KB, dan data kependudukan menurut golongan umur, jenis kelamin dan status perkawinan.

Di Provinsi Jawa Tengah, Susenas 2007 meliputi 29 kabupaten dan 6 kota dengan jumlah sampel sebanyak 1.578 blok sensus atau sebanyak 25.248 rumah

tangga, yang pelaksanaan pencacahannya serentak secara Nasional pada bulan Juli-Agustus 2007.

3.2. Keterbatasan Penelitian

Rancangan penelitian Susenas adalah *cross sectional*, yang merupakan suatu rancangan penelitian dimana pengukuran, dan pengamatan terhadap variabel dilakukan pada waktu yang sama. Dengan demikian terdapat keterbatasan-keterbatasan, antara lain :

1. Data *cross sectional* tidak dapat menjelaskan secara tepat besarnya hubungan variabel bebas dengan variabel terikat, serta tidak dilakukan kontrol terhadap variabel yang diduga berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta.
2. Susenas dirancang untuk keperluan yang berbeda dengan penelitian ini, sehingga variabel-variabel yang digunakan untuk penelitian terbatas pada variabel yang telah ada pada data tersebut.
3. Variabel bebas yang dianalisis sebagian besar merupakan variabel di luar unit analisis yang diteliti. Variabel tersebut berpengaruh terhadap unit analisis yang diteliti baik langsung maupun tidak langsung. Dengan demikian akan mengurangi variasi karakteristik baduta sebagai unit analisis. Hal ini dapat berakibat dalam satu rumah tangga bisa terdapat lebih dari satu baduta, meskipun ibunya berbeda, sehingga beberapa baduta memiliki karakteristik ekonomi rumah tangga atau perilaku ibu yang sama.

3.3. Definisi Operasional

3.3.1. Variabel Terikat

Sebagai variabel terikat adalah derajat kesehatan baduta. Yaitu kejadian keluhan dan gangguan kesehatan yang dialami baduta selama sebulan sebelum penelitian. Dalam kuesioner Susenas 2007 merupakan hasil penghitungan antara pertanyaan 1 dan 2 pada Blok V. Di bagi dalam 3 kategori, yaitu :

1 = baduta mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya.

2 = baduta mengalami keluhan kesehatan.

3 = baduta tidak mengalami gangguan/keluhan kesehatan.

3.3.2. Variabel Bebas

Variabel bebas merupakan prediktor yang mempengaruhi derajat kesehatan baduta, baik langsung maupun tidak langsung. Variabel bebas ini mencakup variabel karakteristik baduta, yaitu umur dan jenis kelamin; karakteristik ekonomi rumah tangga, yaitu proporsi pengeluaran makanan dan kesehatan; perilaku ibu, yaitu pemberian ASI dan imunisasi; dan variabel karakteristik rumah tangga yang berpengaruh tidak langsung terhadap derajat kesehatan baduta, yang meliputi jumlah ART, pendidikan ibu dan status kerja ibu.

1. Umur

Adalah umur baduta pada saat dilakukan pencacahan. Umur dihitung dengan pembulatan ke bawah dalam bulan. Dasar penghitungan umur dengan kalender Masehi. Variabel umur dibedakan menjadi 2 kelompok umur, yaitu : < 6 bulan dan 6 – 23 bulan.

2. Jenis Kelamin

Adalah jenis kelamin baduta, yaitu laki-laki dan perempuan.

3. Pemberian ASI

Yaitu pemberian ASI kepada baduta, tanpa membedakan ASI eksklusif, dan non eksklusif, serta lamanya pemberian ASI. Dibedakan menjadi 2 kategori, yaitu : baduta pernah di beri ASI, dan baduta tidak pernah di beri ASI.

4. Status Imunisasi

Adalah status imunisasi yang sudah didapatkan baduta, dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu : imunisasi belum lengkap; imunisasi tidak lengkap; dan imunisasi sudah lengkap.

5. Pengeluaran untuk Makanan

Pengeluaran untuk makanan dihitung dengan pendekatan proporsi pengeluaran khusus untuk makanan, terhadap pengeluaran total setiap bulannya. Dibagi menjadi tiga kategori, yaitu : proporsi pengeluaran makanan lebih tinggi dari rata-rata plus satu standar deviasi; proporsi pengeluaran makanan antara rata-rata plus minus satu standar deviasi; proporsi pengeluaran makanan lebih rendah dari rata-rata minus satu standar deviasi.

6. Pengeluaran untuk Kesehatan

Adalah pengeluaran yang khusus untuk biaya kesehatan, dihitung dengan memproporsikan pengeluaran, khusus untuk kesehatan terhadap pengeluaran total setiap bulannya. Dibagi menjadi dua kategori, yaitu : proporsi pengeluaran kesehatan lebih tinggi dari rata-rata; proporsi pengeluaran kesehatan lebih rendah dari rata-rata.

7. Jumlah Anggota Rumah Tangga

Banyaknya orang yang biasa tinggal dalam rumah tangga dan hidup dalam satu atap dengan satu dapur. Dibedakan menjadi dua kategori yaitu : jumlah ART ≤ 4 jiwa dan jumlah ART > 4 jiwa.

8. Pendidikan Ibu

Jenjang pendidikan formal yang pernah ditempuh oleh ibu baduta sampai saat pencacahan, yang ditunjukkan dengan kepemilikan ijazah/STTB tertinggi. Dibagi ke dalam tiga kategori, yaitu : tidak pernah sekolah dan tidak tamat SD; tamat SD; dan tamat SLTP atau lebih.

9. Status Kerja Ibu

Adalah status kerja dari ibu baduta, yaitu melakukan pekerjaan dengan maksud memperoleh atau membantu memperoleh penghasilan/keuntungan. Dalam melakukan pekerjaan tersebut paling sedikit selama satu jam berturut-turut, dan tidak terputus dalam seminggu yang lalu. Dibedakan menjadi dua kategori yaitu : tidak bekerja, dan bekerja.

10. Air Minum

Jenis sumber air minum yang sering digunakan dalam rumah tangga. Dibagi dalam dua kategori yaitu : air minum yang baik bila sumber air minum dari air dalam kemasan, ledeng, serta pompa dan sumur terlindung dengan jarak terhadap penampungan kotoran ≥ 10 meter; dan sumber air minum yang buruk bila selain itu.

11. Jamban

Adalah tempat buang air besar keluarga yang sering digunakan, dibagi dalam dua kategori yaitu : jamban yang baik yaitu jamban sendiri yang dilengkapi dengan tangki septik, dan kloset leher angsa; dan jamban yang buruk yaitu jamban sendiri yang tidak dilengkapi dengan tangki septik, serta kloset leher angsa, jamban bersama/umum, sungai/danau/laut, kolam/sawah, lubang tanah, tanah lapang/kebun, lainnya.

12. Merokok

Adalah ada tidaknya anggota rumah tangga yang merokok dalam rumah. Dibedakan dalam dua kategori, yaitu : baik bila tidak ada anggota rumah tangga yang merokok dalam rumah, dan tidak baik bila ada anggota rumah tangga yang merokok dalam rumah.

Deskripsi Variabel dalam Model

Untuk melihat faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan pada baduta digunakan model regresi multinomial logistik, untuk itu perlu dibuat definisi operasional dalam model baik untuk variabel terikat maupun variabel bebasnya.

Tabel 3.1. Deskripsi Variabel dalam Model

Variabel	Keterangan	Kategori
Terikat		
Derajat kesehatan	Derajat kesehatan baduta	1 = mengalami keluhan dan gangguan aktivitas 2 = mengalami keluhan 3 = tidak mengalami keluhan maupun gangguan
Bebas		
Jk	Jenis kelamin	1 = laki-laki 2 = perempuan
Umur	Umur baduta	1 = 6 – 23 bulan 2 = < 6 bulan
Asi	Pemberian ASI	1 = tidak diberi ASI 2 = diberi ASI
Sts_imun	Status imunisasi	1 = imunisasi belum lengkap 2 = imunisasi tidak lengkap 3 = imunisasi lengkap
Makanan	Pengeluaran untuk makanan	1 = pengeluaran makanan tinggi 2 = pengeluaran makanan sedang 3 = pengeluaran makanan rendah
Peng_sht	Pengeluaran untuk kesehatan	1 = pengeluaran di atas rata-rata 2 = pengeluaran di bawah rata-rata
Jart	Jumlah anggota rumah tangga	1 = > 4 jiwa 2 = ≤ 4 jiwa
Didik	Pendidikan ibu	1 = tidak tamat SD 2 = tamat SD 3 = tamat SLTP atau lebih
Bekerja	Status kerja ibu	1 = tidak bekerja 2 = bekerja
Air	Air minum	1 = buruk 2 = baik
Wc	Jamban	1 = buruk 2 = baik
Merokok	Merokok dalam rumah	1 = ya 2 = tidak

3.4. Metode Analisis

Analisis data menggunakan komputer dengan perangkat lunak SPSS 11.5. Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini terdiri atas dua metode, yaitu analisis secara statistik deskriptif, dan inferensial dengan model regresi logistik multinomial dan *N-Way Tabulation*.

Sebelum dilakukan analisis, pertama kali adalah mempelajari struktur data Susenas 2007 yang diperoleh. Kemudian membentuk subset data dengan

mengumpulkan variabel-variabel yang sesuai dengan kebutuhan penelitian. Untuk itu perlu mempelajari kuesioner, dan kode jawaban dari pertanyaan agar lebih mudah memahami, dan membaca data yang diperoleh. Dibuat variabel baru sesuai dengan definisi operasional, yang mungkin merupakan kombinasi atau hasil hitungan/komputasi dari dua pertanyaan atau lebih, yang kemudian memberi kode baru sesuai dengan yang dikehendaki.

Pembersihan terhadap data yang diperoleh juga perlu dilakukan, yaitu dengan tidak mengikutsertakan data yang tidak sesuai dengan kriteria. Dalam hal ini data yang tidak dipergunakan dalam analisis adalah baduta yang tidak tinggal bersama ibunya, dan juga baduta yang tidak diketahui keterangan ibunya. Dari pembersihan data ini diperoleh data baduta sebanyak 2.854 jiwa yang akan di analisis lebih lanjut.

3.4.1. Analisis Deskriptif

Metode analisis deskriptif adalah metode yang berkenaan dengan penyajian data secara sederhana, baik dalam bentuk tabel atau grafik, sehingga menjadi informasi yang berguna dan mudah dimengerti. Analisis deskriptif yang dilakukan adalah dengan membuat tabulasi silang antara variabel-variabel yang digunakan untuk menganalisis kejadian kesakitan pada baduta. Tabulasi ini berguna untuk melihat adanya hubungan yang signifikan antara dua atau lebih variabel sebelum dikontrol oleh variabel lain. Tabulasi silang yang dipergunakan dapat berdimensi dua, tiga atau lebih. Tujuan dilakukan analisis deskriptif dalam penelitian ini adalah untuk menggambarkan derajat kesehatan baduta, ditinjau dari perilaku ibu baduta, keadaan sosial ekonomi rumah tangga, kondisi demografi maupun dari sisi lingkungan.

Berdasarkan tabel yang telah dibuat, juga dilakukan analisis deskriptif *odds ratio*. *Odds ratio* didefinisikan sebagai ukuran yang mempresentasikan perbandingan resiko atau kemungkinan individu untuk "sukses" pada kondisi tertentu. *Odds ratio* merupakan ukuran dasar statistik yang sederhana, namun memiliki kelebihan yang mudah dimengerti. Dengan demikian *odds ratio* lebih aplikatif, dan secara umum dapat langsung dipergunakan oleh para pengambil keputusan (Agung, 2009).

Odds ratio (perbandingan resiko) merupakan perbandingan resiko/peluang antara dua kelompok individu, sehubungan dengan perbedaan karakteristiknya. Interpretasi parameter dalam model regresi logistik juga dilakukan dalam bentuk *odds ratio* atau dalam bentuk *adjusted probability* (probabilitas terjadi).

Odds (resiko) didefinisikan sebagai : $p/(1-p)$; dimana p merupakan probabilitas terjadinya peristiwa $y = 1$; sedangkan $1-p$ menyatakan probabilitas terjadinya peristiwa $y = 0$. Dengan demikian, *odds ratio* merupakan perbandingan nilai *odd* atau resiko/peluang pada dua kelompok individu (misal individu A dan B), dilambangkan dengan Ψ dan ditulis sebagai :

$$\Psi = \left[\frac{p(X_A)/(1-p(X_A))}{p(X_B)/(1-p(X_B))} \right] \quad (3.1)$$

dimana :

X_A : karakteristik individu A

X_B : karakteristik individu B

Variabel bebas merupakan variabel kategorik dengan dua kategori, misalnya 1 dan 0, dimana kategori 0 sebagai kategori referensi. Interpretasi parameter pada variabel ini dilakukan dengan membandingkan nilai *odd* dari kategori 1 dengan nilai *odd* dari kategori 0 (kategori referensi), yang dituliskan sebagai :

$$\Psi = \left[\frac{p(X_j=1)/(1-p(X_j=1))}{p(X_j=0)/(1-p(X_j=0))} \right] = \exp(\beta_j) \quad (3.2)$$

Artinya : resiko/peluang terjadinya peristiwa $Y=1$ pada kategori $X_j=1$ adalah sebesar $\exp(\beta_j)$ kali resiko/peluang terjadinya peristiwa $Y=1$ pada kategori $X_j=0$.

Jika variabel bebas yang diamati merupakan variabel kategorik dengan lebih dari dua kategori, maka interpretasi parameter untuk variabel ini

menggunakan bantuan variabel *dummy*. Jika terdapat k kategori, akan digunakan k-1 variabel dummy, dengan satu buah kategori akan dijadikan sebagai kategori referensi. Interpretasi dilakukan dengan cara sama dengan interpretasi pada variabel bebas dua kategori (dikotomi), yaitu tiap-tiap kategori dibandingkan dengan kategori rujukannya (Nachrowi dan Usman, 2005).

3.4.2. Analisis Inferensial

Analisis inferensial yang dilakukan mencakup analisis multivariat untuk mengetahui faktor yang berpengaruh, dan membandingkan besarnya resiko masing-masing faktor terhadap derajat kesehatan baduta dengan memperhitungkan faktor lainnya secara bersama-sama dalam model. Sehingga dengan model tersebut bisa dilihat faktor apa saja yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta.

Berkaitan dengan variabel tak bebas, suatu model multivariat dibedakan menjadi dua bentuk model linier. Pertama model regresi ganda, yang pada umumnya memakai variabel bebas numerik, dan kedua model regresi logistik dengan variabel tak bebas kategorik. Jika variabel tak bebas adalah numerik, maka model regresi ganda dapat digunakan langsung. Tetapi jika variabel tak bebas adalah indikator satu-nol atau kategorik, harus diterapkan model regresi logistik. Persamaan umum model regresi logistik adalah :

$$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \sum_i \beta_i FU_i + \sum_j \tau_j FI_j + \varepsilon \quad (3.3)$$

dengan :

p : peluang terjadinya suatu peristiwa,

$1-p$: peluang tidak terjadinya suatu peristiwa,

FU_i : faktor utama ke-i,

FI_j : faktor interaksi ke-j,

β_0, β_i , dan τ_j adalah parameter model,

\sum_i : penjumlahan untuk semua i,

\sum_j : penjumlahan untuk semua j,

ε : adalah suku kesalahan random, untuk $i = 1, 2, \dots, i$;

dan $j = 1, 2, \dots, j$; dengan $i \geq 2$ dan j merupakan bilangan tertentu.

Untuk model regresi logistik multinomial adalah sebagai berikut :

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_0}\right) = \beta_{0k} + \sum_i \beta_{ik} FU_{ik} + \sum_j \tau_j FI_{jk} + \varepsilon \quad (3.4)$$

Dengan nilai k adalah banyaknya kategori $- 1$. Bila banyaknya kategori pada model regresi logistik adalah tiga, maka banyaknya model persamaan adalah dua, yaitu $\ln\left(\frac{P_1}{P_0}\right)$ dan $\ln\left(\frac{P_2}{P_0}\right)$.

Bila diasumsikan $\tau_j = 0$ untuk semua j , maka akan diperoleh model khusus yang disebut model penjumlahan. Model tersebut hanya memuat faktor utamanya saja. Bentuk model persamaannya adalah :

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_0}\right) = \beta_{0k} + \sum_i \beta_{ik} FU_{ik} + \varepsilon \quad (3.5)$$

Tapi bila $\beta_i = 0$ untuk semua i , maka akan diperoleh model yang disebut model Non-Hierarki. Model ini tidak memuat faktor utamanya, namun hanya memuat faktor interaksinya (Agung, 2004). Bentuk model persamaannya antara lain adalah :

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_0}\right) = \beta_{0k} + \sum_j \tau_j FI_{jk} + \varepsilon \quad (3.6)$$

Dalam model dengan variabel terikat kategorik, metode estimasi kuadrat terkecil (*least square*) tidak dapat diterapkan, karena tidak memenuhi asumsi-asumsi yang mendasarinya. Oleh karena itu, untuk mengestimasi parameter pada regresi logistik digunakan cara *Maximum Likelihood*, dengan asumsi *error term* berdistribusi normal. Dengan cara ini akan menghasilkan nilai-nilai estimasi parameter yang memaksimumkan probabilitas (*fitted value*).

Mengingat variabel terikat yang digunakan dalam penelitian ini merupakan variabel kategorik, yaitu derajat kesehatan baduta dengan tiga kategorik, maka untuk melihat pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat dalam penelitian ini digunakan model regresi logistik. Digunakannya model logistik karena menurut penulis model ini lebih mudah untuk diinterpretasikan.

Pada intinya regresi logistik digunakan untuk melihat probabilitas terjadinya suatu peristiwa dengan memperhitungkan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Selain itu, membandingkan peluang/resiko suatu peristiwa akibat adanya suatu faktor, setelah memperhitungkan faktor-faktor lain yang ada dalam model. Dengan demikian, menurut penulis model regresi logistik memadai untuk digunakan dalam penelitian ini.

Ada tidaknya hubungan antar variabel, apalagi hubungan sebab-akibat, ditentukan oleh landasan teoritis yang tepat dan benar (substansi), bukan berdasarkan pada nilai kuantitatif yang dihitung dengan metode statistik. Misalnya ada pasangan variabel, selalu dapat dihitung koefisien korelasinya (hubungannya), namun perlu diketahui apakah hubungan antara dua variabel tersebut memenuhi landasan teoritis yang tepat atau tidak.

Demikian juga dengan pengertian, dan peranan faktor interaksi. Hubungan antara faktor interaksi dengan variabel tak bebas juga ditentukan oleh substansi atau landasan teorinya. Faktor interaksi mempunyai peranan atau manfaat untuk mempelajari perbedaan hubungan sebuah faktor utama terhadap variabel terikat, tergantung pada sebuah atau lebih faktor utama lainnya.

Dalam model regresi logistik yang mempunyai banyak faktor sebagai variabel bebas, kemungkinan faktor interaksi sebagai variabel bebas juga berpengaruh terhadap variabel terikat, selain pengaruh dari variabel utama. Dalam pengujian hipotesis model yang memuat faktor interaksi, baik interaksi dua maupun lebih faktor utama secara bersama-sama berhubungan dengan variabel terikat, seharusnya diperhatikan terlebih dahulu.

Jika suatu faktor interaksi dipakai sebagai variabel bebas, maka setiap faktor utama yang membentuk faktor interaksi tersebut selayaknya dipakai sebagai variabel bebas dalam model. Pemikiran faktor interaksi ini ditentukan sebelum melakukan analisis data, yaitu berdasarkan substansi atau landasan teoritis keterkaitan pola hubungan antara faktor interaksi dengan variabel tak bebasnya.

Model yang selanjutnya akan dipergunakan sesuai dengan tujuan penelitian adalah model menggunakan faktor interaksi tanpa memasukkan faktor utama (non-hierarki). Dipergunakannya faktor interaksi, karena mempunyai

peranan atau manfaat untuk mempelajari perbedaan hubungan sebuah faktor utama terhadap variabel terikat, tergantung pada sebuah atau lebih faktor utama lainnya, sehingga analisis yang diperoleh lebih tajam.

Berdasarkan kerangka analisis yang digunakan beserta *path diagram* yang mendukung, maka pada penelitian ini digunakan regresi logistik Non-hierarki, yaitu :

1. Melihat derajat kesehatan baduta menurut karakteristik baduta. Modelnya adalah :

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_{1k}[jk=1][umur=1] + \beta_{2k}[jk=1][umur=2] + \beta_{3k}[jk=2][umur=1] + \varepsilon \quad (3.7)$$

Model ini untuk mempelajari hubungan karakteristik baduta terhadap derajat kesehatan baduta, dan sebagai pembanding (*reference*) adalah baduta perempuan berumur kurang dari 6 bulan (sel (2,2)).

2. Melihat derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu, dengan model sebagai berikut,

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_{1k}[asi=1][sts_imun=1] + \beta_{2k}[asi=1][sts_imun=2] + \beta_{3k}[asi=1][sts_imun=3] + \beta_{4k}[asi=2][sts_imun=1] + \beta_{5k}[asi=2][sts_imun=2] + \varepsilon \quad (3.8)$$

Model ini untuk mempelajari hubungan perilaku ibu terhadap derajat kesehatan baduta, dan sebagai pembanding (*reference*) baduta pernah diberi ASI dan berimunisasi lengkap (sel (2,3)).

3. Melihat derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga. Modelnya adalah :

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_{1k} [makanan=1][peng_sht=1] + \beta_{2k} [makanan=1][peng_sht=2] + \beta_{3k} [makanan=2][peng_sht=1] + \beta_{4k} [makanan=2][peng_sht=2] + \beta_{5k}[makanan=3][peng_sht=1] + \varepsilon \quad (3.9)$$

Model (3.9) digunakan untuk mempelajari hubungan karakteristik ekonomi rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta, dan sebagai pembanding (*reference*) adalah pengeluaran makanan rendah dan pengeluaran kesehatan rendah (sel (3,2)).

4. Melihat pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga. Modelnya adalah sebagai berikut :

$$\ln\left(\frac{p_k}{p_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_{1k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1] + \beta_{2k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2] + \beta_{3k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1] + \beta_{4k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2] + \beta_{5k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1] + \beta_{6k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1][\text{jart}=1] + \beta_{7k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2][\text{jart}=1] + \beta_{8k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1][\text{jart}=1] + \beta_{9k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2][\text{jart}=1] + \beta_{10k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1][\text{jart}=1] + \beta_{11k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=2][\text{jart}=1] + \varepsilon \quad (3.10)$$

Model (3.10) ini berguna untuk mempelajari perbedaan pengaruh antar jumlah anggota rumah tangga, terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran untuk makanan dan pengeluaran untuk kesehatan.

Tabel 3.2. Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Pengeluaran Makanan, Pengeluaran Kesehatan, dan Jumlah Anggota Rumah Tangga berdasarkan model (3.10)

Makanan	Peng_sht	Jart=1	Jart=2	Selisih
(1)	(2)	(3)	(4)	(3) - (4)
1	1	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_6$	$\beta_0 + \beta_1$	β_6
1	2	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_7$	$\beta_0 + \beta_2$	β_7
2	1	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_8$	$\beta_0 + \beta_3$	β_8
2	2	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_9$	$\beta_0 + \beta_4$	β_9
3	1	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{10}$	$\beta_0 + \beta_5$	β_{10}
3	2	$\beta_0 + \beta_{11}$	β_0	β_{11}

Tabel 3.2 menunjukkan bahwa parameter $\beta_6, \dots, \beta_{11}$ merupakan selisih logit antara kolom [jart=1] dan [jart=2] menurut pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan. Parameter ini menyatakan interaksi ketiga faktor pengeluaran makanan, pengeluaran kesehatan, dan jumlah anggota rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta.

$$\ln\left(\frac{p_k}{p_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_{1k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1] + \beta_{2k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2] \\ + \beta_{3k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1] + \beta_{4k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2] \\ + \beta_{5k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1] + \beta_{6k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1][\text{didik}=1] \\ + \beta_{7k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1][\text{didik}=2] + \beta_{8k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2][\text{didik}=1] \\ + \beta_{9k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2][\text{didik}=2] + \beta_{10k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1][\text{didik}=1] \\ + \beta_{11k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1][\text{didik}=2] + \beta_{12k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2][\text{didik}=1] \\ + \beta_{13k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2][\text{didik}=2] + \beta_{14k}[\text{makanan}=3][\text{Peng_sht}=1][\text{didik}=1] \\ + \beta_{15k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1][\text{didik}=2] + \beta_{16k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=2][\text{didik}=1] \\ + \beta_{17k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=2][\text{didik}=2] + \varepsilon \quad (3.11)$$

Model (3.11) ini berguna untuk mempelajari perbedaan pengaruh antar pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu, terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran untuk makanan dan pengeluaran untuk kesehatan.

Tabel 3.3. Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Pengeluaran Makanan, Pengeluaran Kesehatan, dan Pendidikan Terakhir yang Ditamatkan Ibu berdasarkan model (3.11)

Makanan	Peng_sht	Didik=1	Didik=2	Didik=3	Selisih	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(3)-(5)	(4)-(5)
1	1	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_6$	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_7$	$\beta_0 + \beta_1$	β_6	β_7
1	2	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_8$	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_9$	$\beta_0 + \beta_2$	β_8	β_9
2	1	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_{10}$	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_{11}$	$\beta_0 + \beta_3$	β_{10}	β_{11}
2	2	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_{12}$	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_{13}$	$\beta_0 + \beta_4$	β_{12}	β_{13}
3	1	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{14}$	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{15}$	$\beta_0 + \beta_5$	β_{14}	β_{15}
3	2	$\beta_0 + \beta_{16}$	$\beta_0 + \beta_{17}$	β_0	β_{16}	β_{17}

Tabel 3.3 menunjukkan bahwa parameter $\beta_6, \dots, \beta_{17}$ merupakan selisih logit antara kolom [didik=1] dan [didik=3], serta [didik=2] dan [didik=3], menurut pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan. Parameter ini tak lain menyatakan interaksi ketiga faktor pengeluaran makanan, pengeluaran kesehatan, dan pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta.

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_{1k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1] + \beta_{2k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2] + \beta_{3k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1] + \beta_{4k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2] + \beta_{5k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1] + \beta_{6k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1][\text{bekerja}=1] + \beta_{7k}[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2][\text{bekerja}=1] + \beta_{8k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1][\text{bekerja}=1] + \beta_{9k}[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2][\text{bekerja}=1] + \beta_{10k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1][\text{bekerja}=1] + \beta_{11k}[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=2][\text{bekerja}=1] + \epsilon \quad (3.12)$$

Model (3.12) ini berguna untuk mempelajari perbedaan pengaruh antar status kerja ibu, terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran untuk makanan dan pengeluaran untuk kesehatan.

Tabel 3.4. Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Pengeluaran Makanan, Pengeluaran Kesehatan, dan Status Kerja Ibu berdasarkan model (3.12)

Makanan	Peng_sht	Bekerja=1	Bekerja=2	Selisih
(1)	(2)	(3)	(4)	(3) - (4)
1	1	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_6$	$\beta_0 + \beta_1$	β_6
1	2	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_7$	$\beta_0 + \beta_2$	β_7
2	1	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_8$	$\beta_0 + \beta_3$	β_8
2	2	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_9$	$\beta_0 + \beta_4$	β_9
3	1	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{10}$	$\beta_0 + \beta_5$	β_{10}
3	2	$\beta_0 + \beta_{11}$	β_0	β_{11}

Tabel 3.4. menunjukkan bahwa parameter $\beta_6, \dots, \beta_{11}$ merupakan selisih logit antara kolom [kerja=1] dan [kerja=2] menurut pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan. Parameter ini menyatakan interaksi ketiga faktor

pengeluaran makanan, pengeluaran kesehatan, dan status kerja ibu terhadap derajat kesehatan baduta.

5. Melihat pengaruh karakteristik rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu. Modelnya adalah :

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_{1k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=1] + \beta_{2k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=2] +$$

$$\beta_{3k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=1] + \beta_{4k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=2] +$$

$$\beta_{5k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=1] + \beta_{6k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=1][\text{didik}=1] +$$

$$\beta_{7k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=1][\text{didik}=2] + \beta_{8k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=2][\text{didik}=1] +$$

$$\beta_{9k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=2][\text{didik}=2] + \beta_{10k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=1][\text{didik}=1] +$$

$$\beta_{11k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=1][\text{didik}=2] + \beta_{12k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=2][\text{didik}=1] +$$

$$\beta_{13k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=2][\text{didik}=2] + \beta_{14k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=1][\text{didik}=1] +$$

$$\beta_{15k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=1][\text{didik}=2] + \beta_{16k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=2][\text{didik}=1] +$$

$$\beta_{17k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=2][\text{didik}=2] + \varepsilon \quad (3.13)$$

Model (3.13) ini berguna untuk mempelajari perbedaan pengaruh antar pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu, terhadap derajat kesehatan pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status pemberian ASI dan status kelengkapan imunisasi.

Tabel 3.5. Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Status Imunisasi Baduta, Status Pemberian ASI, dan Pendidikan Terakhir yang Ditamatkan Ibu berdasarkan model (3.13)

Sts_imun	Asi	didik=1	didik=2	Didik=3	Selisih	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(3)-(5)	(4)-(5)
1	1	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_6$	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_7$	$\beta_0 + \beta_1$	β_6	β_7
1	2	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_8$	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_9$	$\beta_0 + \beta_2$	β_8	β_9
2	1	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_{10}$	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_{11}$	$\beta_0 + \beta_3$	β_{10}	β_{11}
2	2	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_{12}$	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_{13}$	$\beta_0 + \beta_4$	β_{12}	β_{13}
3	1	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{14}$	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{15}$	$\beta_0 + \beta_5$	β_{14}	β_{15}
3	2	$\beta_0 + \beta_{16}$	$\beta_0 + \beta_{17}$	β_0	β_{16}	β_{17}

Tabel 3.5 menunjukkan bahwa parameter $\beta_6, \dots, \beta_{17}$ merupakan selisih logit antara kolom [didik=1] dan [didik=3], serta [didik=2] dan [didik=3], menurut status imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Parameter ini menyatakan interaksi ketiga faktor status imunisasi baduta, status pemberian ASI, dan pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta.

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_1 [\text{sts_imun}=1][\text{asi}=1] + \beta_{2k} [\text{sts_imun}=1][\text{asi}=2] + \beta_{3k} [\text{sts_imun}=2][\text{asi}=1] + \beta_{4k} [\text{sts_imun}=2][\text{asi}=2] + \beta_5 [\text{sts_imun}=3][\text{asi}=1] + \beta_{6k} [\text{sts_imun}=1][\text{asi}=1][\text{bekerja}=1] + \beta_{7k} [\text{sts_imun}=1][\text{asi}=2][\text{bekerja}=1] + \beta_{8k} [\text{sts_imun}=2][\text{asi}=1][\text{bekerja}=1] + \beta_{9k} [\text{sts_imun}=2][\text{asi}=2][\text{bekerja}=1] + \beta_{10k} [\text{sts_imun}=3][\text{asi}=1][\text{bekerja}=1] + \beta_{11k} [\text{sts_imun}=3][\text{asi}=2][\text{bekerja}=1] + \varepsilon \quad (3.14)$$

Model (3.14) ini berguna untuk mempelajari perbedaan pengaruh antar status kerja ibu, terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status pemberian ASI dan status kelengkapan imunisasi.

Tabel 3.6. Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Status Imunisasi Baduta, Status Pemberian ASI, dan Status Kerja Ibu berdasarkan model (3.14)

Sts_imun	Asi	Kerja=1	Kerja=2	Selisih
(1)	(2)	(3)	(4)	(3) - (4)
1	1	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_6$	$\beta_0 + \beta_1$	β_6
1	2	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_7$	$\beta_0 + \beta_2$	β_7
2	1	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_8$	$\beta_0 + \beta_3$	β_8
2	2	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_9$	$\beta_0 + \beta_4$	β_9
3	1	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{10}$	$\beta_0 + \beta_5$	β_{10}
3	2	$\beta_0 + \beta_{11}$	β_0	β_{11}

Tabel 3.6 menunjukkan bahwa parameter $\beta_6, \dots, \beta_{11}$ merupakan selisih logit antara kolom [kerja=1] dan [kerja=2] menurut status imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Parameter ini menyatakan interaksi ketiga faktor status imunisasi baduta, status pemberian ASI, dan status kerja ibu terhadap derajat kesehatan baduta.

6. Melihat pengaruh karakteristik ekonomi rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu. Modelnya adalah :

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_{1k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=1] + \beta_{2k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=2] + \\ \beta_{3k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=1] + \beta_{4k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=2] + \\ \beta_{5k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=1] + \beta_{6k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=1][\text{makanan}=1] + \\ \beta_{7k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=1][\text{makanan}=2] + \beta_{8k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=2][\text{makanan}=1] + \\ \beta_{9k}[\text{sts_imun}=1][\text{Asi}=2][\text{makanan}=2] + \beta_{10k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=1][\text{makanan}=1] + \\ \beta_{11k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=1][\text{makanan}=2] + \beta_{12k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=2][\text{makanan}=1] + \\ \beta_{13k}[\text{sts_imun}=2][\text{Asi}=2][\text{makanan}=2] + \beta_{14k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=1][\text{makanan}=1] + \\ \beta_{15k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=1][\text{makanan}=2] + \beta_{16k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=2][\text{makanan}=1] + \\ \beta_{17k}[\text{sts_imun}=3][\text{Asi}=2][\text{makanan}=2] + \varepsilon \quad (3.15)$$

Model (3.15) ini berguna untuk mempelajari perbedaan pengaruh antar pengeluaran makanan, terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status pemberian ASI dan status kelengkapan imunisasi.

Tabel 3.7. Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Status Imunisasi Baduta, Status Pemberian ASI, dan Pengeluaran Makanan berdasarkan model (3.15)

Sts_imun	Asi	Makanan=1	Makanan=2	Makanan=3	Selisih	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(3)-(5)	(4)-(5)
1	1	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_6$	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_7$	$\beta_0 + \beta_1$	β_6	β_7
1	2	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_8$	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_9$	$\beta_0 + \beta_2$	β_8	β_9
2	1	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_{10}$	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_{11}$	$\beta_0 + \beta_3$	β_{10}	β_{11}
2	2	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_{12}$	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_{13}$	$\beta_0 + \beta_4$	β_{12}	β_{13}
3	1	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{14}$	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{15}$	$\beta_0 + \beta_5$	β_{14}	β_{15}
3	2	$\beta_0 + \beta_{16}$	$\beta_0 + \beta_{17}$	β_0	β_{16}	β_{17}

Tabel 3.7 menunjukkan bahwa parameter $\beta_6, \dots, \beta_{17}$ merupakan selisih logit antara kolom [makanan=1] dan [makanan=3], serta [makanan=2] dan [makanan=3], menurut status imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Parameter ini

menyatakan interaksi ketiga faktor status imunisasi baduta, status pemberian ASI, dan pengeluaran untuk makanan terhadap derajat kesehatan baduta.

$$\ln\left(\frac{P_k}{P_3}\right) = \beta_{0k} + \beta_{1k}[\text{sts_imun}=1][\text{asi}=1] + \beta_{2k}[\text{sts_imun}=1][\text{asi}=2] + \beta_{3k}[\text{sts_imun}=2][\text{asi}=1] + \beta_{4k}[\text{sts_imun}=2][\text{asi}=2] + \beta_{5k}[\text{sts_imun}=3][\text{asi}=1] + \beta_{6k}[\text{sts_imun}=1][\text{asi}=1][\text{peng_sht}=1] + \beta_{7k}[\text{sts_imun}=1][\text{asi}=2][\text{peng_sht}=1] + \beta_{8k}[\text{sts_imun}=2][\text{asi}=1][\text{peng_sht}=1] + \beta_{9k}[\text{sts_imun}=2][\text{asi}=2][\text{peng_sht}=1] + \beta_{10k}[\text{sts_imun}=3][\text{asi}=1][\text{peng_sht}=1] + \beta_{11k}[\text{sts_imun}=3][\text{asi}=2][\text{peng_sht}=1] + \varepsilon \quad (3.16)$$

Model (3.16) ini berguna untuk mempelajari perbedaan pengaruh antar pengeluaran untuk kesehatan, terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status pemberian ASI dan status kelengkapan imunisasi.

Tabel 3.8. Parameter Logit Derajat Kesehatan Baduta menurut Status Imunisasi Baduta, Status Pemberian ASI, dan Status Kerja Ibu berdasarkan model (3.16)

Sts_imun	Asi	Peng_sht=1	Peng_sht=2	Selisih
(1)	(2)	(3)	(4)	(3) - (4)
1	1	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_6$	$\beta_0 + \beta_1$	β_6
1	2	$\beta_0 + \beta_2 + \beta_7$	$\beta_0 + \beta_2$	β_7
2	1	$\beta_0 + \beta_3 + \beta_8$	$\beta_0 + \beta_3$	β_8
2	2	$\beta_0 + \beta_4 + \beta_9$	$\beta_0 + \beta_4$	β_9
3	1	$\beta_0 + \beta_5 + \beta_{10}$	$\beta_0 + \beta_5$	β_{10}
3	2	$\beta_0 + \beta_{11}$	β_0	β_{11}

Tabel 3.8 menunjukkan bahwa parameter $\beta_6, \dots, \beta_{11}$ merupakan selisih logit antara kolom [peng_sht=1] dan [peng_sht=2] menurut status imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Parameter ini menyatakan interaksi ketiga faktor status imunisasi baduta, status pemberian ASI, dan pengeluaran untuk kesehatan terhadap derajat kesehatan baduta.

Langkah berikutnya adalah melakukan pengujian signifikansi model dan parameter berdasarkan model yang diperoleh, antara lain :

1. Uji Seluruh Model (Uji G)

$$H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_i = 0$$

$$H_1 : \text{sekurang-kurangnya terdapat satu } \beta_i \neq 0.$$

Pengujian dilakukan secara statistik :

$$G = -2 \ln \left[\frac{\text{likelihood (model B)}}{\text{likelihood (model A)}} \right] \quad (3.17)$$

dimana :

Model A merupakan model yang terdiri dari seluruh model,

Model B adalah model yang hanya terdiri dari konstanta saja.

G berdistribusi *Chi-square* (Khi-kuadrat) dengan derajat bebas i atau $G \sim \chi_i^2$.

H_0 ditolak jika $G > \chi_{\alpha, i}^2$, dimana α adalah tingkat signifikansi yang dipergunakan.

Bila H_0 ditolak, berarti model A signifikan pada tingkat signifikansi α .

2. Uji Wald, yaitu uji signifikansi untuk setiap parameter.

$$H_0 : \beta_j = 0 \text{ untuk setiap } j \text{ tertentu; } j = 0, 1, 2, \dots, p$$

$$H_1 : \beta_j \neq 0$$

Pengujian dilakukan secara statistik :

$$W_j = \left[\frac{\beta_j}{SE \beta_j} \right] \quad (3.18)$$

W_j berdistribusi *Chi-square* (Khi-kuadrat) dengan derajat bebas 1 atau $W_j \sim \chi_1^2$.

H_0 ditolak jika $W_j > \chi_{\alpha, 1}^2$, dimana α adalah tingkat signifikansi yang dipergunakan.

Bila H_0 ditolak, berarti parameter tersebut signifikan secara statistik pada tingkat signifikansi α .

Setelah persamaan model diperoleh, maka langkah selanjutnya adalah menginterpretasikan parameter yang didapat. Selain itu juga melihat pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikatnya baik secara individu maupun bersama-sama.

3.4.3. *N-Way Tabulation*

Sebelum dilakukan permodelan, dilakukan analisis tabulasi sesuai dengan model yang akan dipergunakan. Dengan harapan bahwa setiap sel dalam tabulasi yang akan dibuat model diketahui apakah terisi atau kosong. Bila ada sel kosong, maka model tersebut tidak dapat diterapkan. Sebagai contoh, untuk melihat pengaruh salah satu faktor karakteristik rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu, dilakukan dengan pembuatan *three way tabulation*. Maksudnya adalah membuat tabulasi sampai interaksi tiga faktor untuk melihat pengaruhnya terhadap derajat kesehatan baduta. Setelah itu baru dibuat model persamaannya.

Bila dalam *three way tabulation* tersebut ada sel yang tidak terisi (kosong), maka untuk melihat pengaruh dari faktor interaksi tersebut dilakukan dengan membuat tabulasi faktor sel. Dengan asumsi tabulasi sempurna, dimana dalam populasi yang sebenarnya sel tersebut terisi, selanjutnya dilakukan *crosstab* antara faktor sel yang telah dibuat terhadap derajat kesehatan baduta (Agung, 2006). Dengan demikian akan terlihat signifikan atau tidak pengaruh faktor yang diinginkan terhadap derajat kesehatan baduta, namun seberapa besar pengaruhnya tidak diketahui.

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Provinsi Jawa Tengah

4.1.1. Keadaan Geografi

Jawa Tengah merupakan salah satu provinsi di Indonesia yang letaknya cukup strategis, karena berada di daratan padat Pulau Jawa, diapit oleh dua Provinsi besar Jawa Barat dan Jawa Timur, dan satu Provinsi kecil yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta. Secara astronomis terletak antara 5°40' dan 8°30' Lintang Selatan serta antara 108°30' dan 111°30' Bujur Timur (termasuk Karimun Jawa). Jarak terjauh dari Barat ke Timur adalah 263 km, dan dari Utara ke Selatan 226 km (tidak termasuk Karimun Jawa).

Topografi Provinsi Jawa Tengah terdiri dari wilayah daratan sebagai berikut :

- Ketinggian antara 0 – 100 m dari permukaan laut yang memanjang di sepanjang pantai utara dan selatan seluas 53,3 %,
- Ketinggian 100 – 500 m dari permukaan laut yang memanjang pada bagian tengah pulau seluas 27,4%,
- Ketinggian 500 – 1.000 m dari permukaan laut seluas 14,7 %,
- Ketinggian di atas 1.000 m dari permukaan laut seluas 4,6 %.

Suhu rata-rata berkisar 24,4°C sampai dengan 28,5°C (Klimatologi Klas I Jateng, 2006), dengan suhu udara rata-rata di daerah pantai relatif lebih tinggi. Kelembaban udara berkisar antara 73 persen sampai dengan 86 persen, dengan curah hujan tertinggi sebesar 3.068 mm (Kebumen), dan hari hujan terbanyak 179 hari (Cilacap).

4.1.2. Pemerintahan

Luas wilayah Provinsi Jawa Tengah kurang lebih 3.254.412 Ha atau sekitar 25,04 % dari luas pulau Jawa (1,70 % dari luas Indonesia). Provinsi ini terbagi dalam 29 Kabupaten, dan 6 Kota dengan 565 Kecamatan, serta 8.565 desa/kelurahan. Daerah yang terluas adalah Kabupaten Cilacap dengan luas 2.13.851 Ha atau sekitar 6,57 persen dari luas total Provinsi Jawa Tengah, sedangkan Kota Magelang merupakan daerah yang memiliki wilayah paling kecil

yaitu seluas 1.812 Ha (BPS Jateng, 2007). Selain itu, terdapat pula 6 Pembantu Gubernur dan 133 Pembantu Bupati/Walikota.

4.1.3. Demografi dan Sosial Ekonomi

4.1.3.1. Demografi

Berdasarkan Susenas 2006, penduduk Jawa Tengah tercatat 32,18 juta jiwa (sekitar 14 % dari penduduk Indonesia) merupakan penduduk terbesar ketiga setelah Propinsi Jawa Barat, dan Jawa Timur. Penduduk perempuan Jawa Tengah lebih banyak daripada penduduk laki-laki (sex ratio 99,57). Jumlah rumah tangga tercatat sebesar 8,64 juta, dengan rata-rata jumlah anggota rumah tangga sebesar 3,8 jiwa. Angka pertumbuhan penduduknya pada tahun 2005 mencapai 1,58 persen.

Penyebaran penduduk Jawa Tengah masih belum merata. Rata-rata kepadatan penduduk Jawa Tengah tercatat sebesar 1.011 jiwa setiap kilometer persegi. Wilayah terpadat adalah Kota Surakarta dengan tingkat kepadatan sekitar 12.000 setiap kilometer persegi (BPS Jateng, 2007).

Angka harapan hidup Penduduk Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2005 mencapai 69,3 tahun untuk laki-laki, dan 73,2 untuk penduduk perempuan. Estimasi AKB pada tahun 2005 turun menjadi sekitar setengah dari tahun 2000. AKB laki-laki turun dari 50 menjadi 28, sedangkan pada perempuan turun dari 39 menjadi 20. Berdasarkan SDKI Tahun 2002 – 2003 tercatat TFR untuk Jawa Tengah sebesar 2,1 artinya rata-rata anak yang dilahirkan hidup oleh seorang wanita selama usia produktif (15 – 49 tahun) sebanyak 2,1 anak.

Pada tahun 2007 jumlah penduduk laki-laki dan perempuan berusia 10 tahun ke atas menurut pendidikan yang ditamatkan adalah : yang tidak punya ijazah SD sebesar 26,68 %, sedangkan yang sudah memiliki ijazah antara SD/MI sampai SLTP sebesar 51,07 %, tamat SMU/SMK sebesar 15,07 %, dan sebesar 4,30 % tamat Diploma/Akademi/Diploma IV/Universitas/Perguruan Tinggi. Sementara itu bila ditinjau dari melek huruf, sebesar 91,22 % untuk laki-laki, dan 83,99 % untuk perempuan (Dinkes Jateng, 2008).

4.1.3.2. Sosial Ekonomi

Tolok ukur keberhasilan pembangunan di bidang ekonomi, diperlukan untuk evaluasi, dan perencanaan ekonomi makro, biasanya dilihat dari pertumbuhan angka Produk Domestik Regional Bruto (PDRB), baik atas dasar harga berlaku maupun berdasarkan atas dasar harga konstan. Menurut Jawa Tengah Dalam Angka Tahun 2007, pertumbuhan ekonomi Jawa Tengah Tahun 2006 yang ditunjukkan oleh laju pertumbuhan PDRB atas dasar harga konstan 2000, semakin membaik dari tahun 2005 sebesar 5,35 % (2006 = 5,33 %). Hal tersebut cukup beralasan karena perjalanan perekonomian relatif membaik selama tahun 2001 sampai dengan tahun 2006.

Angka PDRB harga berlaku menunjukkan pendapatan yang memungkinkan dapat dinikmati oleh penduduk suatu wilayah. Sedangkan PDRB harga konstan dapat digunakan untuk menunjukkan laju pertumbuhan ekonomi secara keseluruhan/setiap sektor dari tahun ke tahun.

Di lihat dari sisi pengeluaran penduduk, pengeluaran rata-rata perkapita sebulan penduduk Jawa Tengah tahun 2002 tercatat 227,72 ribu rupiah, untuk perkotaan sebesar 286,33 ribu rupiah dan perdesaan sebesar 187,21 ribu rupiah. Sebesar 55,54 % untuk pengeluaran makanan di daerah perkotaan, sedangkan di daerah perdesaan sebesar 63,42 %. Pada tahun 2005 pengeluaran perkapita di perkotaan yang dipergunakan untuk kebutuhan makanan sebesar 48,9 % dan untuk daerah perdesaan sebesar 57,36 % (BPS Jateng, 2007).

4.1.4. Kesehatan

Visi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah adalah menjadi motor penggerak utama dan pendorong terwujudnya Jawa Tengah Sehat yang mandiri dan bertumpu pada potensi daerah. Misi adalah : 1) menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan, meningkatkan kualitas lingkungan, mendorong kemandirian dan keberdayaan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. 2) menggerakkan dan mendorong peningkatan pelayanan kesehatan perorangan secara merata, terjangkau, bermutu dan berkesinambungan bagi seluruh masyarakat. 3) memantapkan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan dan ketersediaan sumber daya kesehatan baik kuantitas maupun kualitas.

Semua itu bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau bagi seluruh masyarakat yang tercermin sebagai berikut : 1) Terwujudnya pembangunan berwawasan kesehatan, kualitas lingkungan, perilaku hidup sehat serta kemandirian individu, keluarga dan masyarakat di bidang kesehatan. 2) Terwujudnya kesehatan individu, keluarga dan masyarakat melalui peningkatan pemerataan, pemanfaatan, serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, dan perorangan yang berkesinambungan. 3) Terwujudnya upaya pencegahan, dan pemberantasan penyakit melalui surveilans, pengendalian faktor risiko, dan penanganan serta penanggulangan KLB dan bencana. 4) Terwujudnya kebijakan, dan manajemen pembangunan kesehatan yang terpadu, efisien, rasional, dan akuntabel. 5) Tersedianya sumber daya manusia kesehatan yang berkualitas, merata, dan dapat didayagunakan secara optimal. 6) Tersedianya cadangan farmasi, dan perbekalan kesehatan yang bermutu, merata, terjangkau, dan dimanfaatkan secara rasional.

Tabel 4.1. Gambaran Kondisi Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah

No	KONDISI	2004	2005	2006	2007
1	Umur Harapan Hidup(tahun)	69,7	70,6	70,2	70,5
2	Angka Kematian Ibu (per 100.000 kelahiran hidup)	115	115,57	101,37	116,3
3	Angka Kematian Bayi (per 1.000 kelahiran hidup)	33	25	14,23	10,9
4	Balita Gizi Buruk BB/U *	5.344	8.912	15.622	-
	BB/TB **	-	-	1.652	1.940
5	Kesakitan DBD (per 10.000 penduduk)	2,72	2,0	3,37	6,25
6	Kesakitan Malaria (per 1.000 penduduk)	0,15	0,08	0,05	0,05
7	Kesembuhan TBC Paru (% CR)	82,1	85<21	86,1	85
8	Penemuan TB Paru (% CDR)	39,44	50,92	49,82	47,45
9	HIV / AIDS	130/19	185/58	287/135	286/142
10	Avian Influenza (kasus/mati)	0	1 / 0	3 / 3	5 / 5
11	Polio	0	20	0	0

Keterangan : * Kewaspadaan Gizi Buruk di masyarakat

** Gizi Buruk dengan tanda klinis

Sumber : Dinkes Provinsi Jateng, 2008.

Gambaran umum mengenai kesehatan masyarakat di Provinsi Jawa Tengah selama tahun 2004 sampai dengan 2007 disajikan dalam Tabel 4.1. Sedangkan perkembangan kasus gizi buruk balita disajikan pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2. Perkembangan Jumlah Kasus Gizi Buruk

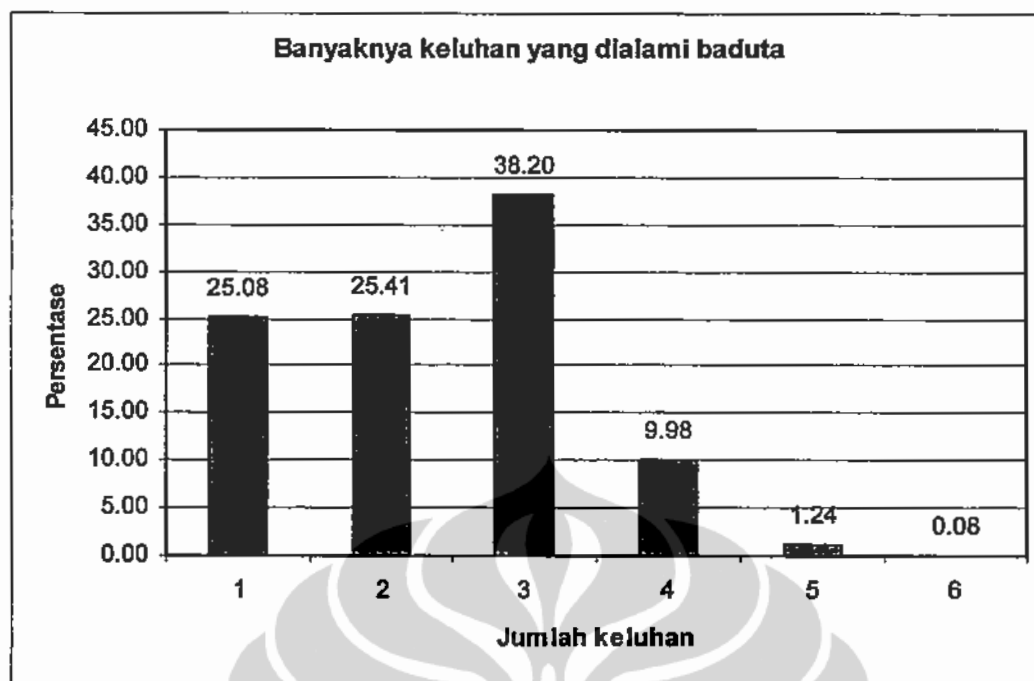
No	Tahun	Jumlah Kasus Gizi Buruk				
		Awal	Baru	Sembuh	Meninggal	Akhir
1	2003	4.172	3.670	2.943	107	4.792
2	2004	4.792	7.813	7.143	118	5.344
3	2005	8.129	14.682	13.781	118	8.912
4	2006	6.412	9.210	5.964	48	15.622
5	2007	1.655	2.188	1.865	35	1.943

Sumber : Dinkes Provinsi Jateng, 2008

4.2. Analisis Deskriptif

Dari hasil penelitian sebanyak 1.578 blok sensus diperoleh data sebanyak 25.248 rumah tangga, dengan baduta sejumlah 2.956 jiwa. Namun dari sejumlah tersebut yang memenuhi persyaratan untuk dianalisis lebih lanjut sebanyak 2.854 baduta. Sebanyak 102 baduta tidak dimasukkan dalam analisis ini, karena baduta tersebut tidak tinggal bersama ibunya atau baduta tersebut tidak diketahui keterangan ibunya.

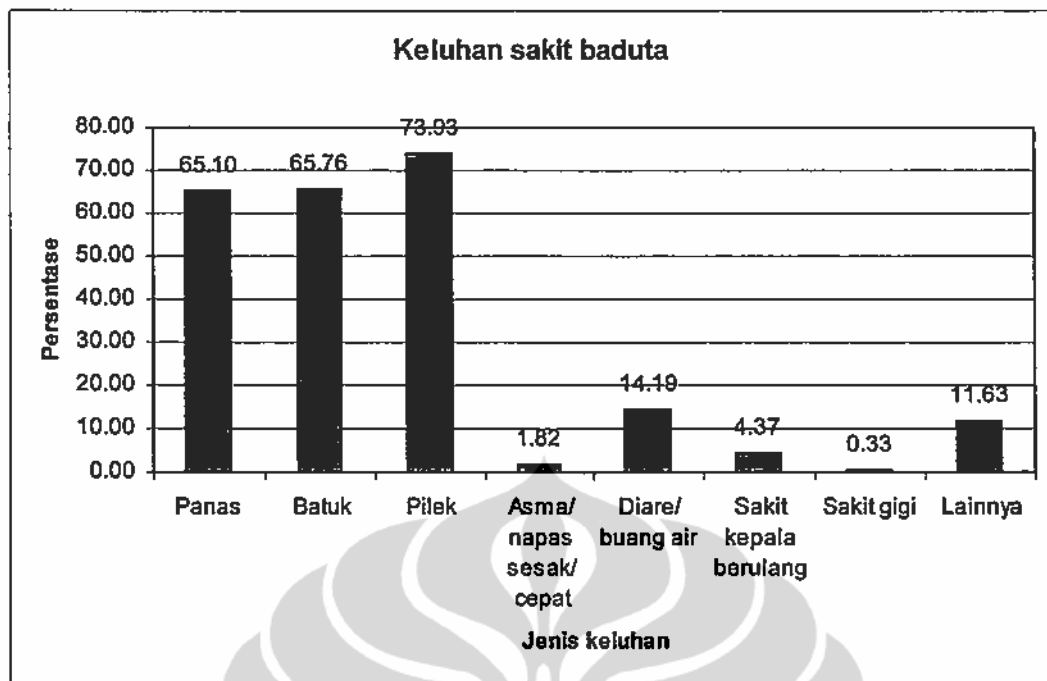
Dari sebanyak 2.854 jiwa baduta tersebut, selama sebulan sebelum penelitian, ada sebanyak 1.212 (42,46%) yang mengeluh sakit, baik yang diikuti oleh terganggunya kegiatan sehari-hari maupun yang tidak. Sementara sisanya sebanyak 1.642 baduta tidak mengalami gangguan/keluhan kesehatan. Gangguan kesehatan yang sering dialami baduta disajikan pada gambar 4.1.



Gambar 4.1. Banyaknya Keluhan yang Dialami oleh Baduta, Susenas 2007

Dari sejumlah 1.212 baduta yang mengalami keluhan kesehatan, 25,08 % mengalami satu keluhan kesehatan selama sebulan sebelum penelitian. Keluhan terbanyak yang dialami baduta adalah tiga keluhan kesehatan, yaitu sebesar 38,20 %. Sedangkan keluhan terbanyak, yaitu 6 keluhan kesehatan selama sebulan sebelum penelitian hanya 0,08 %.

Sedangkan jenis keluhan terbanyak yang dialami oleh baduta adalah pilek yang mencapai 73,93 % keluhan (Gambar 4.2.). Kemudian keluhan batuk sebanyak 65,76 %, dan keluhan panas 65,10 %, sedangkan diare mencapai 14,19 %. Sementara itu keluhan lainnya mencapai 11,63 %, keluhan asma/napas, sakit kepala berulang dan sakit gigi, masing-masing tidak mencapai 5 % dari jumlah baduta yang mengalami keluhan.



Gambar 4.2. Persentase Baduta yang Mengalami Keluhan Kesehatan, Jawa Tengah, Susenas 2007

Pada Tabel 4.3 disajikan jumlah dan persentase baduta yang mengalami keluhan kesehatan serta urutan rankingnya menurut Kabupaten/Kota. Ada enam kabupaten/kota yang lebih dari 50 % badutanya mengalami keluhan kesehatan, yaitu Kendal, Purworejo, Banyumas, Grobogan, Kota Pekalongan, dan Brebes. Sedangkan Wonogiri merupakan Kabupaten dengan derajat kesehatan terbaik, dimana keluhan kesehatan baduta yang terkecil (21,31 %).

Tabel 4.3 Keluhan Kesehatan Baduta dan Rankinya menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah, Susenas 2007

Kabupaten/ Kota	Ada keluhan		Tidak ada keluhan		Jumlah		Ranking
	n	%	n	%	n	%	
12 Kab. Wonogiri	28	21,31	48	78,69	61	100,00	1
14 Kab. Sragen	51	27,27	48	72,73	66	100,00	2
30 Kota Magelang	35	29,82	40	70,18	57	100,00	3
8 Kab. Magelang	31	31,75	43	68,25	63	100,00	4
1 Kab. Cilacap	36	33,33	56	66,67	84	100,00	5
9 Kab. Boyolali	29	33,33	54	66,67	81	100,00	6
27 Kab. Pemalang	30	33,33	68	66,67	102	100,00	7
11 Kab. Sukoharjo	20	33,75	53	66,25	80	100,00	8
10 Kab. Klaten	27	33,77	51	66,23	77	100,00	9
4 Kab. Banjarnegara	26	34,44	59	65,56	90	100,00	10
16 Kab. Blora	27	37,14	44	62,86	70	100,00	11
3 Kab. Purbalingga	13	37,63	58	62,37	93	100,00	12
7 Kab. Wonosobo	38	37,97	49	62,03	79	100,00	13
21 Kab. Demak	18	38,36	45	61,64	73	100,00	14
33 Kota Semarang	46	39,73	44	60,27	73	100,00	15
20 Kab. Jepara	26	40,00	60	60,00	100	100,00	16
19 Kab. Kudus	33	40,24	49	59,76	82	100,00	17
31 Kota Surakarta	40	41,79	39	58,21	67	100,00	18
5 Kab. Kebumen	33	41,86	50	58,14	86	100,00	19
35 Kota Tegal	40	42,17	48	57,83	83	100,00	20
26 Kab. Pekalongan	28	42,28	71	57,72	123	100,00	21
18 Kab. Pati	41	43,01	53	56,99	93	100,00	22
28 Kab. Tegal	32	45,79	58	54,21	107	100,00	23
32 Kota Salatiga	37	46,67	32	53,33	60	100,00	24
23 Kab. Temanggung	50	47,76	35	52,24	67	100,00	25
22 Kab. Semarang	52	48,24	44	51,76	85	100,00	26
17 Kab. Rembang	34	48,53	35	51,47	68	100,00	27
25 Kab. Batang	49	48,54	53	51,46	103	100,00	28
13 Kab. Karanganyar	81	48,72	40	51,28	78	100,00	29
24 Kab. Kendal	17	51,39	35	48,61	72	100,00	30
6 Kab. Purworejo	28	51,79	27	48,21	56	100,00	31
2 Kab. Banyumas	28	52,04	47	47,96	98	100,00	32
15 Kab. Grobogan	29	52,87	41	47,13	87	100,00	33
34 Kota Pekalongan	44	64,71	24	35,29	68	100,00	34
29 Kab. Brebes	35	66,39	41	33,61	122	100,00	35
Total	1.212	42,47	1.642	57,53	2.854	100,00	

4.2.1. Analisis Univariat

Baduta berjenis kelamin laki-laki sebanyak 52,98 %, dan sisanya 47,02 % adalah baduta perempuan. Dari sisi umur, ada sebanyak 25,37 % baduta yang

berumur kurang dari 6 bulan dan sisanya sebesar 74,63 % adalah baduta yang berumur antara 6 – 23 bulan.

Ditinjau dari sisi perilaku ibu, ada sebanyak 95,20 % baduta yang pernah mendapatkan ASI, sedangkan sisanya 4,80 % tidak pernah mendapatkan ASI. Pada status imunisasi baduta, sebanyak 61,07 % baduta berimunisasi belum lengkap, 4,80 % baduta berstatus imunisasi tidak lengkap, dan 32,94 % baduta berstatus imunisasi lengkap.

Menurut karakteristik ekonomi rumah tangga, ada sebanyak 15,21 % baduta yang tinggal dalam rumah tangga yang proporsi pengeluaran makanannya tinggi, 68,78 % tinggal dalam rumah tangga dengan proporsi pengeluaran makanan sedang, dan 16,01 % tinggal dalam rumah tangga dengan proporsi pengeluaran makanan yang rendah. Sedangkan dari sisi proporsi pengeluaran kesehatan, sebanyak 66,15 % tinggal pada rumah tangga yang mengeluarkan kesehatan lebih dari rata-rata, dan 33,85 % sisanya tinggal pada rumah tangga dengan proporsi pengeluaran kesehatan di bawah rata-rata.

Berdasarkan karakteristik rumah tangga, yaitu jumlah ART, pendidikan terakhir ibu dan status kerja ibu, ada sekitar 56,97 % baduta yang tinggal dalam rumah tangga dengan jumlah anggota lebih dari 4 jiwa, 56,59 % baduta mempunyai ibu yang tidak tamat SD, sedangkan baduta yang ibunya tamat SLTP atau lebih tinggi hanya mencapai 5,01 %. Sementara itu baduta dengan ibu yang berstatus kerja mencapai 67,66 %-nya.

Melihat dari sisi lingkungan, 52,52 % baduta tinggal dalam rumah dengan menggunakan air minum yang baik. Sementara itu yang tinggal dengan tempat buang air besar kurang baik mencapai 56,76 %, sedangkan yang tinggal dengan anggota rumah tangga perokok dalam rumah sebesar 62,47 %.

Menurut derajat kesehatan baduta, sebanyak 57,53 % tidak mengalami keluhan kesehatan, yang mengalami keluhan kesehatan tetapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 13,03 %, dan sisanya sebesar 29,43 % adalah baduta yang mengalami keluhan kesehatan serta terganggu kegiatan sehari-harinya.

4.2.2. Analisis Bivariat

4.2.2.1. Hubungan antara Karakteristik Baduta dengan Derajat Kesehatan Baduta

Karakteristik baduta terdiri atas dua faktor, yaitu jenis kelamin baduta dan umur baduta. Untuk umur baduta dibedakan menjadi dua kategori.

▪ Jenis Kelamin

Pada Tabel 4.4 ditunjukkan bahwa persentase baduta yang tidak mengalami keluhan apapun antara laki-laki dan perempuan sedikit berbeda. Untuk baduta laki-laki sebesar 56,88 %, dan untuk baduta perempuan sedikit lebih besar yaitu mencapai 58,27 %. Sementara itu baduta yang mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk laki-laki 13,69 %, dan untuk perempuan 12,30 %. Sedangkan baduta yang mengalami keluhan dan terganggu kegiatannya, untuk laki-laki dan perempuan sama sebesar 29,43 %.

Baduta laki-laki resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,14 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara itu resiko baduta laki-laki mengalami keluhan dan terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,02 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan

Namun secara statistik yang ditunjukkan oleh uji *Chi-square* dengan nilai $p = 0,522$, menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta. Hasil ini tidak berbeda dengan penelitian sebelumnya mengenai kesehatan baduta yang ditinjau dari kecukupan gizinya, dimana hasilnya saling bertentangan. Basuki (2003), Orisinal (2003), dan Priyono (2000) mengemukakan hasil penelitian balita laki-laki lebih baik derajat kesehatannya. Sementara Depkes (2002b) dan Kunanto (1992) mengemukakan hasil yang sebaliknya.

▪ Umur

Dilihat dari sisi umur baduta, persentase baduta yang tidak mengalami keluhan pada kelompok berumur < 6 bulan sebesar 75,28 %, sedangkan pada kelompok umur 6-23 bulan, persentasenya jauh lebih rendah, yaitu sebesar 51,50 %. Sementara itu baduta yang mengalami keluhan, tapi tidak terganggu

kegiatan sehari-harinya sebesar 14,32 % untuk baduta umur 6-23 bulan dan 9,25 % untuk baduta umur < 6 bulan.

Baduta berumur 6-23 bulan, resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 2,26 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara itu, resiko baduta berumur 6-23 bulan mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 3,23 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Semakin tua umur baduta, semakin rendah derajat kesehatannya, karena pada umur < 6 bulan baduta masih mengkonsumsi ASI yang membuat mereka lebih tahan terhadap penyakit, dan juga kekebalan bawaan masih dominan. Pada umur 6-23 bulan, baduta sudah memperoleh makanan pendamping ASI, dan mulai berinteraksi dengan lingkungan, sehingga lebih rawan terserang penyakit infeksi.

Ditinjau secara statistik, nilai $p = 0,000$ pada uji *Chi-square*, menggambarkan bahwa umur baduta berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta. Hasil penelitian ini tidak berbeda dengan penelitian dari Purwanto (1996), Agustina (1993) yang menyatakan umur merupakan variabel prediktor, khususnya dalam kejadian diare pada balita.

Tabel 4.4. Jumlah, Persentase, dan *Odds Ratio* Derajat Kesehatan Baduta menurut Variabel Tertentu

Variabel	Kategori	Derajat Kesehatan Baduta			Jumlah	Odds Ratio		χ^2	p-value
		Keluh & terganggu	keluh	sehat		Keluh & terganggu	keluh		
Jenis kelamin	Laki-laki	n	445	207	860	1,02	1,14	1,302	0,522
		%	29,43	13,69	56,88					100
	Perempuan	n	395	165	782	1,00	1,00		
		%	29,43	12,3	58,27					100
Umur baduta ^{*)}	6 - 23 bulan	n	728	305	1.097	3,23	2,26	127,976	0,000
		%	34,18	14,32	51,5					100
	< 6 bulan	n	112	67	545	1,00	1,00		
		%	15,47	9,25	75,28					100
Status pemberian ASI ^{*)}	Tidak	n	45	24	68	1,31	1,60	4,350	0,114
		%	32,85	17,52	49,64					100
	Pemah	n	795	348	1.574	1,00	1,00		
		%	29,26	12,81	57,93					100

Tabel 4.4. Lanjutan

Variabel	Kategori	Derajat Kesehatan Baduta			Jumlah	Odds Ratio		χ^2	p-value	
		Keluh & terganggu	keluh	sehat		Keluh & terganggu	keluh			
Status kelengkapan imunisasi **)	Belum lengkap	n	481	195	1.067	1.743	0,74	0,62	29,454	0,000
		%	27,6	11,19	61,22	100				
	Tidak lengkap	n	58	32	81	171	1,18	1,35		
		%	33,92	18,71	47,37	100				
	Lengkap	n	301	145	494	940	1,00	1,00		
		%	32,02	15,43	52,55	100				
Pengeluaran makanan	Tinggi	n	143	55	236	434	1,31	1,16	4,195	0,380
		%	32,95	12,67	54,38	100				
	Sedang	n	570	262	1.131	1.963	1,09	1,16		
		%	29,04	13,35	57,62	100				
	Rendah	n	127	55	275	457	1,00	1,00		
		%	27,79	12,04	60,18	100				
Pengeluaran kesehatan	Di atas mean	n	560	258	1.070	1.888	1,07	1,21	2,519	0,284
		%	29,66	13,67	56,67	100				
	Di bawah mean	n	280	114	572	966	1,00	1,00		
		%	28,99	11,8	59,21	100				
Jumlah ART **)	> 4 jiwa	n	455	200	971	1.626	0,82	0,80	7,393	0,025
		%	27,98	12,3	59,72	100				
	≤ 4 jiwa	n	385	172	671	1.228	1,00	1,00		
		%	31,35	14,01	54,64	100				
Pendidikan terakhir ibu *)	Tdk tamat SD	n	457	222	936	1.615	0,68	1,10	6,143	0,189
		%	28,3	13,75	57,96	100				
	Tamat SD	n	330	134	632	1.096	0,73	0,98		
		%	30,11	12,23	57,66	100				
	SLTP +	n	53	16	74	143	1,00	1,00		
		%	37,06	11,19	51,75	100				
Status kerja ibu	Tidak bekerja	n	581	250	1.100	1.931	1,11	1,01	1,242	0,537
		%	30,09	12,95	56,97	100				
	Bekerja	n	259	122	542	923	1,00	1,00		
		%	28,06	13,22	58,72	100				
Air untuk minum	Buruk	n	405	167	783	1.355	1,02	0,89	1,208	0,547
		%	29,89	12,32	57,79	100				
	Baik	n	435	205	859	1.499	1,00	1,00		
		%	29,02	13,68	57,3	100				
Tempat buang air besar	Buruk	n	493	210	917	1.620	1,12	1,02	1,848	0,397
		%	30,43	12,96	56,6	100				
	Baik	n	347	162	725	1.234	1,00	1,00		
		%	28,12	13,13	58,75	100				
Merokok dalam rumah *)	Ada	n	548	224	1.011	1.783	1,17	0,94	4,118	0,128
		%	30,73	12,56	56,7	100				
	Tidak	n	292	148	631	1.071	1,00	1,00		
		%	27,26	13,82	58,92	100				

Keterangan :

*) signifikan pada $\alpha = 20\%$ **) signifikan pada $\alpha = 5\%$

4.2.2.2. Hubungan antara Perilaku Ibu dengan Derajat Kesehatan Baduta

Perilaku ibu baduta terdiri atas dua faktor. Pertama status pemberian ASI yang dibedakan atas 2 kategori, dan kedua status pemberian imunisasi terhadap baduta yang dibedakan menjadi tiga kategori.

▪ Status Pemberian ASI

Baduta yang tidak mengalami keluhan apapun dimana mereka pernah mendapatkan ASI sebesar 57,93 %, sedangkan yang tidak pernah diberi ASI sebesar 49,64 %. Perbedaan persentase ini mudah dimengerti, bahwa ASI merupakan nutrisi yang mengandung zat antibodi untuk kekebalan bayi. Dimana zat dalam ASI ini tidak terkandung dalam makanan/minuman selain ASI.

Resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk baduta yang tidak pernah mendapatkan ASI sebesar 1,60 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sedangkan resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk baduta yang tidak pernah mendapatkan ASI sebesar 1,31 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Dengan *chi-square* = 4,350 dan nilai $p = 0,114$, secara statistik pemberian ASI berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta (pada $\alpha = 20\%$). Dengan demikian apa pernyataan bahwa ASI merupakan satu-satunya makanan terbaik bagi bayi adalah benar. ASI mengandung semua nutrisi esensial untuk pertumbuhan, dan antibodi yang melindungi kesehatan anak. Hal ini juga dikemukakan oleh Seda (2008), bahwa jutaan bayi di dunia meninggal akibat diare, pneumonia, infeksi setelah kelahiran akibat tidak diberi ASI. Depkes (2004) juga menyatakan ASI adalah makanan utama, dan tunggal yang dibutuhkan oleh bayi berumur 0 sampai 6 bulan, karena mengandung semua zat gizi, dan cairan yang diperlukan untuk proses pertumbuhan dan perkembangan anak secara wajar dan sehat (Depkes, 2004). Hal yang sama juga dikemukakan oleh Unicef (2005).

▪ Status Kelengkapan Imunisasi

Memperhatikan status kelengkapan imunisasi yang telah didapatkan oleh baduta, pada baduta yang tidak mengalami keluhan kesehatan apapun sebesar 61,22 % untuk baduta yang berstatus imunisasi belum lengkap, sementara itu

baduta yang berstatus imunisasi tidak lengkap sebesar 47,37 %, sedangkan untuk baduta yang berstatus imunisasi lengkap sebesar 52,55 %.

Resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya untuk baduta berimunisasi belum lengkap sebesar 0,62 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara itu resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya untuk baduta berimunisasi belum lengkap sebesar 0,74 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Baduta yang berimunisasi tidak lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,35 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sedangkan resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya untuk baduta berimunisasi tidak lengkap sebesar 1,18 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Fenomena ini dapat dimaklumi karena baduta yang berstatus imunisasi belum lengkap mayoritas berumur kurang dari 9 bulan, dimana kekebalan bawaan masih cukup berpengaruh terhadap derajat kesehatannya, selain itu juga banyak baduta yang masih mengkonsumsi ASI selain makanan pendamping ASI. Dimana ASI mengandung zat antibodi yang mampu melindungi kesehatan bayi selama mereka masih mengkonsumsi ASI.

Dari uji statistik, $Chi-square = 29,454$ dan nilai $p = 0,000$, berarti bahwa status kelengkapan imunisasi berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta. Ini mengindikasikan bahwa derajat kesehatan baduta dipengaruhi oleh imunisasi yang pernah diberikan kepada anak. Keadaan ini sesuai dengan penelitian Sumargono (1989) menunjukkan bahwa balita yang tidak diimunisasi secara lengkap mempunyai resiko yang lebih besar untuk menderita ISPA/pneumonia dibandingkan dengan balita yang mendapatkan imunisasi lengkap.

4.2.2.3. Hubungan antara Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga dengan Derajat Kesehatan Baduta

Karakteristik ekonomi rumah tangga terdiri atas dua faktor, yaitu pengeluaran untuk makanan dan pengeluaran untuk kesehatan. Pengeluaran untuk makanan terbagi menjadi 3 kategori, sedangkan pengeluaran untuk kesehatan terbagi atas 2 kategori.

▪ Pengeluaran Makanan

Dari sisi pengeluaran makanan, yang tidak mengalami keluhan apapun sebesar 54,38 % untuk baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran untuk makanan tinggi. Sementara itu baduta yang tinggal di rumah tangga dengan pengeluaran makanan sedang, yang tidak mengalami keluhan apapun sebesar 57,62 %. Sedangkan baduta yang tidak mengalami keluhan apapun yang tinggal di rumah tangga dengan pengeluaran makanan rendah mencapai 60,18 %. Keadaan ini mudah dipahami, karena semakin tinggi tingkat perekonomian rumah tangga, maka pengeluaran untuk kebutuhan makanan akan semakin rendah. Sebaliknya rumah tangga yang tingkat perekonomiannya rendah, sebagian besar pengeluaran rumah tangga digunakan untuk mencukupi kebutuhan makannya, sehingga kemungkinan mengabaikan kebutuhan lainnya termasuk dalam hal kesehatan.

Baduta yang tinggal dalam rumah tangga dengan pengeluaran makanan tinggi, resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,16 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara itu resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,31 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Baduta yang tinggal dalam rumah tangga dengan pengeluaran makanan sedang, resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,16 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sedangkan resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,09 kali peluang tidak mengalami kesehatan.

Namun secara statistik, dari *Chi-square* = 4,195 dan nilai $p = 0,380$ menunjukkan bahwa pengeluaran makanan tidak berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta. Keadaan ini bisa dimengerti bila melihat teori Mosley dan Chen (1984), yaitu bahwa faktor-faktor sosial ekonomi yang merupakan faktor penentu kesakitan, dan kematian bayi/anak. Pengaruh sosial ekonomi ini bersifat tidak langsung, tetapi melalui mekanisme tertentu, yaitu melalui variabel antara. Variabel antara inilah yang langsung mempengaruhi kesakitan dan kematian bayi/anak

▪ **Pengeluaran Kesehatan**

Baduta tidak mengalami keluhan kesehatan yang tinggal dalam rumah tangga dengan pengeluaran untuk kesehatan di atas rata-rata mencapai 56,67 %, sedangkan yang tinggal dalam rumah dengan pengeluaran untuk kesehatan di bawah rata-rata justru lebih tinggi, yaitu 59,21 %. Keadaan ini dapat dipahami, karena mereka yang mengalami keluhan kesehatan akan lebih banyak mengeluarkan biaya untuk pengobatan.

Baduta yang tinggal dalam rumah tangga dengan pengeluaran kesehatan di atas rata-rata, resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,21 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sedangkan resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,07 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Dilihat dari $Chi-square = 2,519$ dan nilai $p = 0,284$, berarti secara statistik pengeluaran untuk kesehatan tidak berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta. Keadaan ini juga bisa dipahami dengan teori Mosley dan Cen (1984) yang telah dikemukakan pada bahasan sebelumnya.

4.2.2.4. Hubungan antara Karakteristik Rumah Tangga dengan Derajat Kesehatan Baduta

Karakteristik rumah tangga terdiri atas 3 faktor, yaitu jumlah ART, pendidikan tertinggi ibu, dan status kerja ibu. Jumlah ART dibedakan menjadi 2 kategori, untuk pendidikan tertinggi ibu dibedakan menjadi 3 kategori, sedangkan status kerja ibu dibedakan menjadi 2 kategori.

▪ **Jumlah ART**

Pada rumah tangga dengan anggota rumah tangga lebih dari empat jiwa, baduta yang tidak mengalami keluhan kesehatan sebesar 59,72 %. Sementara itu pada rumah tangga dengan anggota empat jiwa atau kurang, baduta yang tidak bermasalah pada kesehatannya justru lebih sedikit yaitu sebesar 54,64 %. Keadaan ini dapat diartikan bahwa dengan banyak anggota rumah tangga justru lebih berpengalaman menghadapi berbagai permasalahan, termasuk salah satunya di

bidang kesehatan. Dengan demikian perhatian akan kesehatan justru semakin diintensifkan pada keadaan bertambahnya anggota rumah tangga.

Resiko mengalami keluhan kesehatan, tetapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya bagi baduta yang tinggal dengan ART lebih dari 4 jiwa sebesar 0,80 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara itu resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya, bagi baduta yang tinggal dengan ART lebih dari 4 jiwa sebesar 0,82 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Chi-square = 7,393 dan nilai $p = 0,025$ memberikan gambaran bahwa secara statistik jumlah ART berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan Subari (1994) yang menyatakan jumlah anggota rumah tangga tidak berpengaruh signifikan terhadap kesakitan maupun kematian balita. Sementara itu Ginting (1997) dan Tarigan (2004) mengemukakan bahwa jumlah anggota rumah tangga tidak berhubungan secara signifikan terhadap kesehatan balita ditinjau dari status gizinya.

▪ Pendidikan Tetinggi yang Ditamatkan Ibu

Baduta yang tidak mengalami keluhan kesehatan yang pendidikan ibunya tidak tamat SD maupun tidak pernah sekolah sebesar 57,96 %. Sementara untuk pendidikan ibu tamat SD, baduta yang tidak bermasalah dengan kesehatannya justru sedikit lebih rendah yaitu 57,66 %. Sedangkan yang ibunya berpendidikan SLTP atau lebih, baduta yang tidak mengalami keluhan apapun justru hanya 51,75 %. Keadaan ini dapat dijelaskan dari persepsi para ibu yang tingkat pendidikan berbeda mengenai pengertian keluhan kesehatan pada baduta. Ibu dengan pendidikan yang lebih tinggi akan menganggap sedikit permasalahan pada kesehatan sebagai suatu keluhan kesehatan, sedangkan ibu berpendidikan yang lebih rendah menganggap bahwa hal tersebut bukanlah sebagai keluhan kesehatan.

Baduta dengan ibu berpendidikan tidak tamat SD, resiko mengalami keluhan kesehatan tetapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 1,10 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara itu resiko mengalami

keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 0,68 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Baduta dengan ibu berpendidikan tamat SD resiko mengalami keluhan kesehatan tetapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 0,98 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara itu resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya sebesar 0,73 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Dari *Chi-square* = 6,143 dan nilai $p = 0,189$ memberikan gambaran bahwa secara statistik pendidikan ibu berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta (pada $\alpha = 20\%$). Ini mengindikasikan bahwa tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu merupakan faktor yang menentukan derajat kesehatan baduta. Temuan ini tidak berbeda dengan Purwanto (1996) dan Sabarinah (1998) yang menyatakan pendidikan ibu merupakan prediktor kesakitan diare balita.

▪ Status Kerja Ibu

Berdasarkan status kerja ibu, baduta dari ibu yang tidak bekerja memperlihatkan tidak ada masalah dengan kesehatannya sebesar 58,72 %, sedangkan yang ibunya bekerja, baduta tanpa masalah kesehatan sedikit lebih rendah, yaitu sebesar 56,97 %.

Baduta dengan ibu yang tidak bekerja, resiko mengalami keluhan kesehatan tetapi tidak mengganggu kegiatan sehari-hari sebesar 1,01 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara resiko mengalami keluhan kesehatan dan mengganggu kegiatan sehari-hari sebesar 1,11 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Chi-square = 1,242 dan nilai $p = 0,537$, maka secara statistik status kerja ibu tidak berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta. Ini artinya bahwa status kerja ibu bukanlah faktor utama yang menentukan derajat kesehatan baduta. Temuan ini tidak berbeda dengan Purwanto(1996) yang meneliti masalah kejadian diare pada balita, serta Astuti (2004) yang meneliti masalah gizi balita.

4.2.2.5. Hubungan antara Sanitasi Lingkungan Rumah Tangga dengan Derajat Kesehatan Baduta

Sanitasi lingkungan rumah tangga terdiri atas 3 faktor, yaitu air minum, tempat buang air besar, dan merokok dalam rumah. Masing-masing faktor terdiri atas 2 kategori.

▪ Air Minum

Baduta tanpa gangguan kesehatan yang tinggal di rumah tangga dengan menggunakan air minum yang tidak baik sebanyak 57,79 %, sedangkan yang tinggal di rumah tangga dengan menggunakan air minum yang baik juga tidak berbeda jauh yaitu sebesar 57,30 %.

Baduta yang tinggal dalam rumah tangga dengan menggunakan air minum yang kurang baik, resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-hari sebesar 0,89 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara yang beresiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-hari sebesar 1,02 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Dengan *Chi-square* = 1,208 dan nilai $p = 0,547$ yang mengindikasikan bahwa secara statistik penggunaan air minum tidak signifikan berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta.

▪ Tempat Buang Air Besar

Melihat dari sisi tempat buang air besar yang biasa dipakai oleh rumah tangga, baduta yang tidak mengalami keluhan kesehatan pada rumah tangga dengan tempat buang air besar kurang baik sebesar 56,60 %, sedangkan yang tinggal pada rumah tangga dengan tempat buang air besar baik, sedikit lebih baik yaitu sebesar 58,75 %.

Baduta yang tinggal dalam rumah tangga dengan tempat buang air besar yang kurang baik, resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-hari sebesar 1,02 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-hari sebesar 1,12 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Dari sisi statistik, *Chi-square* = 1,848 dan nilai $p = 0,397$, berarti tempat buang air besar tidak signifikan pengaruhnya terhadap derajat kesehatan baduta.

▪ Merokok dalam Rumah

Baduta yang tinggal bersama dengan perokok, yang tidak mengalami gangguan kesehatan sebesar 56,70 %. Sedangkan yang tidak tinggal bersama perokok sedikit lebih besar yaitu sebesar 58,92 %.

Baduta yang tinggal bersama perokok, resiko mengalami keluhan kesehatan tanpa terganggu kegiatan sehari-hari sebesar 0,94 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan. Sementara itu resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-hari sebesar 1,17 kali peluang tidak mengalami keluhan kesehatan.

Secara statistik, *Chi-square* = 4,118 dan *p* bernilai = 0,128, menunjukkan bahwa ada tidaknya perokok dalam rumah tangga berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta (pada $\alpha = 20\%$). Keadaan ini sesuai dengan para ahli kesehatan bahwa asap rokok besar pengaruhnya terhadap derajat kesehatan baduta. Temuan ini tidak berbeda dengan Semba et al (2008), bahwa di Indonesia kematian bayi di keluarga dengan orang tua laki-laki perokok lebih besar dari pada keluarga dengan orang tua laki-laki tidak perokok baik di kota (6,3 % vs 5,3 %) maupun di desa (9,2 % vs 6,4 %). Dan juga Safwan (2003) menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara orang yang mempunyai kebiasaan merokok di dalam rumah dengan terjadinya ISPA pada balita.

4.3. Analisis Inferensial

Dalam analisis inferensial, mula-mula dilakukan analisis deskriptif terhadap tabulasi hubungan antara faktor-faktor yang berpengaruh terhadap variabel tak bebas. Tujuannya untuk mengetahui hubungan antar variabel tak bebas dengan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Selain itu juga untuk mengetahui ada tidaknya sel yang kosong dalam pola hubungan tersebut.

4.3.1. Karakteristik Baduta

Untuk melihat pengaruh umur dan jenis kelamin terhadap derajat kesehatan baduta diterapkan model (3.7). Hipotesis statistik yang diajukan adalah

$$H_0 : \beta_{ik} = 0, \text{ untuk setiap } i \text{ dan } k$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Berdasarkan pengolahan pada Lampiran 32, *Chi-square* bernilai 137,256, $df = 6$, dan nilai $p = 0,000$. Kesimpulan H_0 ditolak, artinya uji koefisien secara bersama-sama menunjukkan hasil yang signifikan secara statistik. Hal ini berarti secara bersama-sama antara umur dan jenis kelamin baduta berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta. Dengan demikian, model dapat digunakan dalam analisis penelitian lebih lanjut dengan memakai variabel yang telah diajukan.

Meskipun uji secara bersama-sama menunjukkan hasil yang signifikan, ternyata uji koefisien secara individu berdasarkan uji Wald menunjukkan ada variabel yang tidak signifikan. Pada persamaan (4.1) untuk variabel interaksi baduta laki-laki yang berumur < 6 bulan tidak signifikan. Begitu juga untuk persamaan (4.2) untuk variabel yang sama juga menunjukkan tidak signifikan secara statistik. Ini menunjukkan bahwa jenis kelamin laki-laki dan berumur kurang dari 6 bulan, pengaruhnya tidak signifikan terhadap derajat kesehatan baduta.

Persamaan regresi logistik yang diperoleh adalah :

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right) = -1,598 + 1,196 [jk=1][umur=1] + 0,030 [jk=1][umur=2] + 1,179 [jk=2][umur=1] \quad (4.1)$$

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) = -2,042 + 0,843 [jk=1][umur=1] - 0,107 [jk=1][umur=2] + 0,663 [jk=2][umur=1] \quad (4.2)$$

$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right)$ merupakan resiko baduta mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya. Sedangkan $\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right)$ merupakan resiko baduta yang mengalami keluhan kesehatan namun tidak terganggu kegiatan sehari-harinya.

Pada Lampiran 32, derajat kesehatan baduta 1 (mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya), resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya untuk baduta laki-laki dan

berumur 6-23 bulan sebesar 3,31 kali baduta perempuan berumur < 6 bulan. Sementara itu, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk baduta laki-laki dan berumur < 6 bulan sebesar 1,03 kali baduta perempuan berumur < 6 bulan. Selain itu resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk baduta perempuan dan berumur 6-23 bulan sebesar 3,25 kali baduta perempuan berumur < 6 bulan.

Untuk baduta yang mengalami gangguan kesehatan, tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya, resiko baduta laki-laki dan berumur 6-23 bulan sebesar 3,32 kali baduta perempuan berumur < 6 bulan. Sementara itu, resiko mengalami keluhan kesehatan tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk baduta laki-laki dan berumur < 6 bulan sebesar 0,90 kali baduta perempuan berumur < 6 bulan. Dan resiko mengalami keluhan kesehatan, tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk baduta perempuan dan berumur 6-23 bulan sebesar 1,94 kali baduta perempuan berumur < 6 bulan.

Berdasarkan persamaan regresi logistik (4.1), baduta perempuan dan berumur < 6 bulan, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,20 kali peluang untuk sehat. Sementara untuk baduta laki-laki dan berumur antara 6-23 bulan, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,67 kali peluang sehat. Selain itu, baduta laki-laki dan berumur < 6 bulan beresiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,21 kali peluang sehat. Dan resiko baduta perempuan dan berumur antara 6-23 bulan yang mengalami keluhan kesehatan tapi terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,66 kali peluangnya untuk sehat.

Persamaan regresi logistik (4.2) merupakan persamaan regresi resiko baduta yang mengalami keluhan kesehatan, tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya dibandingkan dengan peluangnya untuk sehat. Baduta perempuan dan berumur < 6 bulan beresiko mengalami keluhan kesehatan, tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,13 kali peluang untuk sehat. Untuk baduta laki-laki dan berumur antara 6-23 bulan, resiko mengalami keluhan kesehatan, tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,30 kali peluang untuk sehat. Sementara itu, baduta laki-laki dan berumur < 6 bulan, resiko mengalami

keluhan kesehatan, tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,17 kali peluang untuk sehat. Sedangkan baduta perempuan dan berumur 6-23 bulan, resiko mengalami keluhan kesehatan, tanpa terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,25 kali peluang untuk sehat.

Hal ini berarti bahwa faktor umur dan jenis kelamin pada kondisi tertentu, merupakan faktor-faktor yang menentukan derajat kesehatan baduta tersebut.

4.3.2. Perilaku Ibu

Model (3.6) diterapkan untuk melihat perilaku ibu yang berupa status pemberian ASI, dan status kelengkapan imunisasi terhadap derajat kesehatan baduta. Hipotesis penelitiannya adalah status pemberian ASI, dan status imunisasi baduta berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta. Hipotesis statistiknya adalah,

$$\begin{aligned} H_0 & : \beta_{ik} = 0, \text{ untuk setiap } i \text{ dan } k \\ H_1 & : \text{ bukan } H_0 \end{aligned}$$

Berdasar hasil pengolahan (Lampiran 33), nilai *Chi-square* = 40,008, dengan *df* = 10, dan *p* = 0,000. Kesimpulan H_0 ditolak, dengan demikian, secara bersama-sama antara status pemberian ASI dan status imunisasi baduta berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta. Ini berarti bahwa status pemberian ASI, dan status kelengkapan imunisasi merupakan faktor-faktor yang menentukan derajat kesehatan baduta. Model yang diperoleh dapat dipergunakan untuk analisis lebih lanjut dengan menggunakan seluruh variabel yang telah ditentukan.

Meskipun uji secara bersama-sama menunjukkan hasil yang signifikan, ternyata uji koefisien secara individu berdasarkan uji Wald menunjukkan banyak variabel yang tidak signifikan. Pada persamaan regresi (4.3) hanya variabel interaksi baduta yang pernah diberi ASI, serta yang berstatus imunisasi belum lengkap yang signifikan. Begitu juga untuk persamaan regresi (4.4) hanya variabel interaksi baduta yang pernah diberi ASI, serta yang berstatus imunisasi belum lengkap yang juga menunjukkan signifikan secara statistik. Dengan demikian

hanya baduta yang pernah diberi ASI dan status imunisasi belum lengkap yang berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta.

Persamaan regresi logistiknya adalah :

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right) = -0,484 + 0,281 [\text{asi}=1][\text{sts_imun}=1] - 0,432 [\text{asi}=1][\text{sts_imun}=2] - 0,250 [\text{asi}=1][\text{sts_imun}=3] - 0,343 [\text{asi}=2][\text{sts_imun}=1] + 0,179 [\text{asi}=2][\text{sts_imun}=2] \quad (4.3)$$

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) = -1,223 + 0,151 [\text{asi}=1][\text{sts_imun}=1] + 1,000 [\text{asi}=1][\text{sts_imun}=2] - 0,050 [\text{asi}=1][\text{sts_imun}=3] - 0,509 [\text{asi}=2][\text{sts_imun}=1] + 0,225 [\text{asi}=2][\text{sts_imun}=2] \quad (4.4)$$

Baduta yang pernah diberi ASI dan status imunisasinya belum lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,71 kali baduta yang pernah diberi ASI dan berstatus imunisasi lengkap. Sedangkan baduta yang pernah diberi ASI, dan status imunisasinya belum lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan, tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,60 kali baduta yang pernah diberi ASI dan status imunisasinya lengkap.

Baduta yang pernah diberi ASI dan status imunisasinya lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,62 kali peluang untuk sehat. Selain itu, baduta yang tidak pernah diberi ASI dan status imunisasinya belum lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,82 kali peluang untuk sehat. Kemudian untuk baduta yang tidak pernah diberi ASI, dan status imunisasinya tidak lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,40 kali peluang untuk sehat. Sementara itu, baduta yang tidak pernah diberi ASI dan status imunisasinya lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,48 kali peluang untuk sehat. Kemudian baduta yang pernah diberi ASI dan status imunisasinya belum lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,44 kali peluang untuk sehat. Dan baduta

yang pernah diberi ASI dan status imunisasinya tidak lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,74 kali peluang untuk sehat.

Baduta pernah diberi ASI dan status imunisasinya lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan, tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,29 kali peluang untuk sehat. Sementara itu, baduta tidak pernah diberi ASI dan status imunisasinya belum lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,34 kali peluang untuk sehat. Kemudian baduta yang tidak pernah diberi ASI dan status imunisasinya tidak lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan, tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,80 kali peluang untuk sehat. Selain itu, baduta tidak pernah diberi ASI dan status imunisasinya lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan, tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,28 kali peluang untuk sehat. Selanjutnya baduta yang pernah diberi ASI dan status imunisasinya belum lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan, tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,18 kali peluang untuk sehat. Dan baduta pernah diberi ASI dan status imunisasinya tidak lengkap, resiko mengalami keluhan kesehatan tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,37 kali peluang untuk sehat.

Kesimpulannya adalah bahwa baduta yang pernah mendapatkan ASI mempunyai derajat kesehatan yang lebih baik daripada yang tidak pernah mendapatkan ASI. Sementara untuk baduta berimunisasi tidak lengkap derajat kesehatannya paling rendah dibandingkan yang status imunisasinya lengkap atau belum lengkap. Dengan demikian status pemberian ASI dan status imunisasi merupakan faktor-faktor yang menentukan derajat kesehatan baduta.

4.3.3. Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga

4.3.3.1. Pengaruh Langsung

Untuk melihat pengaruh karakteristik ekonomi terhadap derajat kesehatan baduta, diterapkam model (3.7). Menurut hasil dari *crosstab* (Lampiran 11 dan 12) antara faktor dan variabel terikat, menunjukkan bahwa kedua faktor yang digunakan dalam karakteristik ekonomi rumah tangga tidak berpengaruh

signifikan terhadap derajat kesehatan baduta. Begitu pula yang ditunjukkan pada tabel *model fitting information* dan tabel *Likelihood Ratio* (Lampiran 34), uji koefisien secara bersama-sama menunjukkan hasil yang tidak signifikan secara statistik, dimana nilai *Chi-square* = 11,124, *df* = 10, dan *p* = 0,348. Namun demikian, karena secara substansi karakteristik ekonomi rumah tangga sangatlah berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta, maka model yang diperoleh tetap dipergunakan.

Persamaan regresi logistik yang diperoleh adalah :

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right) = -0,686 + 0,240[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1] - 0,190[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2] \\ + 0,014 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1] - 0,025 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2] \\ - 0,181 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1] \quad (4.5)$$

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) = -1,662 + 0,315[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1] - 0,823[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2] \\ + 0,242 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1] + 0,116 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2] \\ + 0,102 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1] \quad (4.6)$$

Baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran untuk makanan dan kesehatan yang rendah, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,50 kali peluang untuk sehat. Baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran untuk makanan dan kesehatan tinggi, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,64 kali peluang untuk sehat. Sementara itu resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran untuk makanan tinggi dan pengeluaran kesehatan rendah, lebih rendah 0,42 kali peluang untuk sehat. Baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran untuk makanan sedang dan pengeluaran kesehatan tinggi, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,51 kali peluang untuk sehat. Resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran untuk makanan sedang dan pengeluaran kesehatan rendah lebih rendah 0,49 kali peluang untuk

sehat. Baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran untuk makanan rendah dan pengeluaran kesehatan tinggi, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,42 kali peluang untuk sehat.

Resiko mengalami keluhan kesehatan tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya, untuk baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran untuk makanan dan kesehatan yang rendah, lebih rendah 0,19 kali peluang untuk sehat. Baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran untuk makanan dan kesehatan tinggi, resiko mengalami keluhan kesehatan tapi tidak terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,26 kali peluang untuk sehat. Untuk baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran makanan tinggi dan pengeluaran kesehatan rendah, resiko mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-harinya lebih rendah 0,08 kali peluang untuk sehat.

Jadi karakteristik ekonomi rumah tangga yang terdiri dari pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan tidak berpengaruh langsung terhadap derajat kesehatan baduta (Mosley dan Chen, 1984). Pengaruhnya terhadap derajat kesehatan baduta melalui variabel/faktor lain.

4.3.3.2. Pengaruh Tidak Langsung

▪ Pengaruh Pengeluaran Makanan menurut Perilaku Ibu

Untuk menguji perbedaan pengaruh pengeluaran makanan terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu, tidak dapat diterapkan model (3.14), karena tabel frekuensi mempunyai sel kosong (Lampiran 21). Hipotesis yang akan diuji adalah sebagai berikut,

$$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}, \text{ untuk setiap } i, j \text{ dan } k$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Sedangkan untuk menguji hipotesis tentang perbedaan pengaruh setiap kategori pengeluaran makanan terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu adalah sebagai berikut,

$$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$$

$$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$$

$$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$$

Dengan

$$H_{1i} : \text{bukan } H_{0i}, \text{ untuk } i = 1, 2, \text{ dan } 3$$

Rangkuman hasil analisis (Lampiran 29) disajikan pada Tabel 4.5 sebagai berikut :

Tabel 4.5. Hasil Pengujian Pengaruh Pengeluaran Makanan terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Perilaku Ibu

Hipotesis	Chi-square	p	Kesimpulan
$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}$	61,998	0,002	Data mendukung hipotesis
$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$	8,198	0,610	Data tidak mendukung hipotesis
$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$	36,078	0,000	Data mendukung hipotesis
$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$	13,718	0,186	Data tidak mendukung hipotesis

Tabel 4.5. memperlihatkan bahwa H_0 ditolak, artinya secara keseluruhan pengeluaran makanan berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Demikian juga untuk pengeluaran makanan sedang (makanan=2), H_{02} ditolak, yang artinya ada perbedaan pengaruh pengeluaran makanan sedang terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI.

Untuk pengeluaran makanan tinggi (makanan=1) dan rendah (makanan=3), H_0 tidak ditolak. Hal ini berarti bahwa tidak ada perbedaan pengaruh pengeluaran makanan tinggi dan rendah terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI.

Keadaan yang demikian dimungkinkan karena perilaku ibu sedikit banyak terpengaruh oleh pengeluaran untuk makanan (karakteristik ekonomi rumah

tangga). Sehingga semakin tinggi status perekonomian rumah tangga diharapkan semakin baik perilaku ibu terhadap baduta yang dirawatnya.

▪ **Pengaruh Pengeluaran Kesehatan menurut Perilaku Ibu**

Dalam pengujian perbedaan pengaruh pengeluaran kesehatan terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu, tidak dapat diterapkan model (3.15), karena tabel frekuensi mempunyai sel kosong (Lampiran 22). Hipotesis yang akan diuji adalah sebagai berikut,

$$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}, \text{ untuk setiap } i, j \text{ dan } k$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Untuk menguji hipotesis tentang perbedaan pengaruh setiap kategori pengeluaran kesehatan terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu adalah sebagai berikut,

$$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$$

$$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$$

Dengan

$$H_{1i} : \text{bukan } H_{0i}, \text{ untuk } i = 1, 2$$

Rangkuman hasil analisis (Lampiran 30) disajikan pada Tabel 4.6 sebagai berikut :

Tabel 4.6. Hasil Pengujian Pengaruh Pengeluaran Kesehatan terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Perilaku Ibu

Hipotesis	Chi-square	p	Kesimpulan
$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}$	67,453	0,000	Data mendukung hipotesis
$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$	21,489	0,018	Data mendukung hipotesis
$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$	42,221	0,000	Data mendukung hipotesis

Pada Tabel 4.6 dapat dilihat bahwa hasil pengujian semua H_0 di tolak. Secara umum dapat diambil kesimpulan bahwa pengeluaran untuk kesehatan

berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Dan bila ditinjau untuk setiap kategori pengeluaran untuk kesehatan, semuanya juga mempunyai perbedaan pengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta (sts_imun) dan status pemberian ASI (ASI).

Keadaan demikian dimungkinkan sama dengan subbab sebelumnya, bahwa perilaku ibu terpengaruh oleh karakteristik ekonomi rumah tangga. Sehingga status perekonomian rumah tangga menentukan pola perilaku ibu terhadap baduta yang dirawatnya.

4.3.4. Karakteristik Rumah Tangga

Dalam karakteristik rumah tangga ada tiga faktor, yaitu jumlah ART, pendidikan tertinggi ibu, dan status kerja ibu. Faktor karakteristik rumah tangga mempengaruhi derajat kesehatan baduta secara tidak langsung. Pengaruhnya melalui kelompok faktor karakteristik ekonomi rumah tangga, dan kelompok faktor perilaku ibu. Pengaruh yang melalui kelompok perilaku ibu hanya dua faktor, yaitu pendidikan tertinggi ibu dan status kerja ibu.

4.3.4.1. Jumlah Anggota Rumah Tangga

Model (3.10) diterapkan untuk menguji pengaruh jumlah anggota rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta, menurut karakteristik ekonomi rumah tangga.

Hipotesis yang akan diuji adalah sebagai berikut,

$$H_0 : \beta_{6k} = \beta_{7k} = \dots = \beta_{11k} = 0$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Hasil analisis pada *Model Fitting Information* (Lampiran 35) diperoleh nilai statistik *Chi-square* : $G^2 = 31,945$ dengan $df = 22$ dan nilai $p = 0,078$, maka dapat disimpulkan bahwa hipotesis nol ditolak pada taraf keyakinan $\alpha = 0,10$. Artinya ada perbedaan pengaruh antar semua sel yang dibentuk oleh banyaknya

anggota rumah tangga, pengeluaran makanan, dan pengeluaran kesehatan terhadap derajat kesehatan baduta.

Dari Lampiran 35, juga dapat dilihat bahwa perbedaan antar jumlah anggota rumah berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan ($Chi-square = 20,821$, $df = 12$, dan $p = 0,053$).

Rangkuman hasil analisis penerapan model (3.10) disajikan pada Tabel 4.7 sebagai berikut :

Tabel 4.7. Odds Ratio Derajat Kesehatan Baduta antar Jumlah Anggota Rumah Tangga menurut Pengeluaran Makanan dan Pengeluaran Kesehatan, Jawa Tengah, Susenas 2007.

Makanan	Peng_sht	(p1/p3)		(p2/p3)	
		Jart=1	Jart=2	Jart=1	Jart=2
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	1	0,888 (0,619)	1	0,562 (0,068)	1
1	2	0,333 (0,083)	1	1,000 (1,000)	1
2	1	0,980 (0,878)	1	0,852 (0,343)	1
2	2	0,675 (0,025)	1	0,800 (0,351)	1
3	1	0,527 (0,043)	1	1,344 (0,500)	1
3	2	0,693 (0,217)	1	0,555 (0,173)	1

(dalam kurung adalah nilai p statistik uji wald)

Dari Tabel 4.7 memperlihatkan bahwa tidak semua parameter berpengaruh signifikan pada persamaan pada tingkat signifikan 10 %. Pada persamaan (p1/p3) hanya pada kondisi (makanan=1, peng_sht=2, jart=1), (makanan=2, peng_sht=2, jart=1), dan (makanan=3, peng_sht=1, jart=1). Sedangkan pada persamaan (p2/p3) hanya pada kondisi (makanan=1, peng_sht=1, jart=1) yang signifikan.

Persamaan regresi logistik Non-hierarki yang diperoleh adalah sebagai berikut :

- Mengalami keluhan kesehatan dan terganggu kegiatan sehari-hari.

$$\ln\left(\frac{P_1}{P_3}\right) = -0,494 + 0,126 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1] + 0,206 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2]$$

$$-0,166[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1] - 0,029[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2]$$

$$-0,023[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1] - 0,119[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1][\text{jart}=1]$$

$$-1,099[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2][\text{jart}=1] -0,020[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1][\text{jart}=1]$$

$$-0,393[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2][\text{jart}=1] - 0,641[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1][\text{jart}=1]$$

$$-0,366 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=2][\text{jart}=1] \quad (4.7)$$

- Mengalami keluhan kesehatan tapi tidak terganggu kegiatan sehari-hari.

$$\ln\left(\frac{P_2}{P_3}\right) = -1,369 + 0,373 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1] - 1,115 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2]$$

$$+0,043[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1] - 0,066[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2]$$

$$-0,385[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1] - 0,577[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1][\text{jart}=1]$$

$$-0,000[\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2][\text{jart}=1] -0,160[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1][\text{jart}=1]$$

$$-0,223[\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2][\text{jart}=1] +0,295[\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1][\text{jart}=1]$$

$$-0,589 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=2][\text{jart}=1] \quad (4.8)$$

Dari hasil pengujian dapat disimpulkan bahwa jumlah anggota rumah tangga merupakan faktor yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan.

Keadaan tersebut dapat diterangkan bahwa jumlah anggota rumah tangga akan berpengaruh terhadap pengeluaran untuk makanan. Semakin besar anggota rumah tangga semakin banyak pengeluaran untuk makanan (karakteristik ekonomi rumah tangga). Sehingga jumlah anggota rumah tangga menentukan karakteristik ekonomi rumah tangga yang berdampak terhadap derajat kesehatan baduta.

4.3.4.2. Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu

- Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga

Untuk menguji perbedaan pengaruh pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah

tangga, tidak dapat diterapkan model (3.11), karena tabel frekuensi mempunyai sel kosong (Lampiran 24). Hipotesis yang akan diuji adalah sebagai berikut,

$$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}, \text{ untuk setiap } i, j \text{ dan } k$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Sedangkan untuk menguji hipotesis tentang perbedaan pengaruh setiap kategori pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga adalah sebagai berikut,

$$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$$

$$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$$

$$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$$

Dengan

$$H_{1i} : \text{bukan } H_{0i}, \text{ untuk } i = 1, 2, \text{ dan } 3$$

Rangkuman hasil analisis (Lampiran 31) disajikan pada Tabel 4.8 sebagai berikut :

Tabel 4.8. Hasil Pengujian Pengaruh Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga

Hipotesis	Chi-square	p	Kesimpulan
$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}$	41,491	0,121	Data tidak mendukung hipotesis
$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$	15,672	0,109	Data tidak mendukung hipotesis
$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$	10,532	0,395	Data tidak mendukung hipotesis
$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$	8,587	0,378	Data tidak mendukung hipotesis

Kesimpulan H_0 tidak ditolak, artinya secara keseluruhan pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu tidak ada perbedaan pengaruhnya terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran untuk

makanan dan pengeluaran untuk kesehatan. Hal yang sama juga berlaku pada setiap kategori pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu.

Tingkat pendidikan ibu dapat mempengaruhi pola konsumsi makanan agar lebih bergizi dan sehat, selain itu juga mempengaruhi pengetahuan, pencegahan, serta perawatan kesehatan. Dengan demikian secara tidak langsung akan berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta .

▪ Perilaku Ibu

Untuk menguji perbedaan pengaruh pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu, model (3.13) tidak dapat diterapkan. Hal ini dikarenakan tabel frekuensinya mempunyai sel kosong (Lampiran 19). Hipotesis yang akan diuji adalah sebagai berikut,

$$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}, \text{ untuk setiap } i, j \text{ dan } k$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Sedangkan untuk menguji hipotesis tentang perbedaan pengaruh setiap kategori pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu adalah sebagai berikut,

$$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$$

$$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$$

$$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$$

Dengan

$$H_{1i} : \text{bukan } H_{0i}, \text{ untuk } i = 1, 2, \text{ dan } 3$$

Rangkuman hasil analisis (Lampiran 27) disajikan pada Tabel 4.9 sebagai berikut :

Tabel 4.9. Hasil Pengujian Pengaruh Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Perilaku Ibu

Hipotesis	Chi-square	p	Kesimpulan
$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}$	63,448	0,001	Data mendukung hipotesis
$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$	27,342	0,002	Data mendukung hipotesis
$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$	24,750	0,006	Data mendukung hipotesis
$H_{03} : \pi_{3jk1} = \pi_{3jk2} = \pi_{3jk3}$	5,681	0,683	Data tidak mendukung hipotesis

Dari Tabel 4.9, dapat dilihat bahwa secara keseluruhan, pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI.

Untuk pendidikan ibu yang tidak sekolah atau tidak tamat SD, serta tamat SD, ada perbedaan pengaruh terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Sedangkan untuk pendidikan ibu yang tamat SLTP atau lebih, tidak ada perbedaan pengaruh terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pendidikan ibu merupakan faktor yang berpengaruh tidak langsung terhadap derajat kesehatan baduta. Karena semakin tinggi pendidikan ibu, semakin banyak pengetahuan akan manfaat pemberian ASI kepada baduta baik dari sisi ekonomis maupun kesehatan. Selain itu juga lebih dapat memahami pentingnya imunisasi terhadap kesehatan baduta.

4.3.4.3. Status Kerja Ibu

▪ Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga

Untuk menguji pengaruh status kerja ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga digunakan model (3.12). Hipotesis yang akan diuji adalah sebagai berikut,

$$H_0 : \beta_{6k} = \beta_{7k} = \dots = \beta_{11k} = 0$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Hasil analisis yang diperoleh (Lampiran 36) nilai statistik *Chi-square* : $G^2 = 18,300$ dengan $df=22$ dan nilai $p=0,688$, maka dapat disimpulkan bahwa hipotesis nol tidak ditolak. Artinya tidak ada perbedaan pengaruh semua sel yang dibentuk oleh status kerja ibu, pengeluaran makanan, dan pengeluaran kesehatan terhadap derajat kesehatan baduta.

Begitu juga perbedaan antar status kerja ibu, tidak ada perbedaan pengaruh terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan (*Chi-square* = 7,177, $df = 12$, $p=0,846$).

Hal ini mengindikasikan bahwa status kerja ibu bukan merupakan faktor yang menentukan derajat kesehatan baduta pada semua kondisi karakteristik ekonomi rumah tangga.

Persamaan regresi logistik Non-hierarkinya adalah :

- Mengalami keluhan kesehatan tapi tidak mengganggu kegiatan sehari-hari.

$$\begin{aligned} \ln(p_1/p_3) = & -0,606 + 0,012 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1] - 1,473 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2] \\ & - 0,173 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1] - 0,029 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2] \\ & - 0,346 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1] + 0,214 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1][\text{bekerja}=1] \\ & + 1,386 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2][\text{bekerja}=1] + 0,165 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1][\text{bekerja}=1] \\ & - 0,103 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2][\text{bekerja}=1] + 0,141 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1][\text{bekerja}=1] \\ & - 0,120 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=2][\text{bekerja}=1] \end{aligned} \quad (4.9)$$

- Mengalami keluhan kesehatan tapi tidak mengganggu kegiatan sehari-hari.

$$\begin{aligned} \ln(p_2/p_3) = & -1,992 + 0,560 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1] - 0,087 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2] + \\ & 0,599 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1] + 0,383 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2] + \\ & 0,514 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1] + 0,125 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=1][\text{bekerja}=1] - \\ & 0,560 [\text{makanan}=1][\text{peng_sht}=2][\text{bekerja}=1] - 0,041 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=1][\text{bekerja}=1] \\ & + 0,083 [\text{makanan}=2][\text{peng_sht}=2][\text{bekerja}=1] - 0,144 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=1][\text{bekerja}=1] \\ & + 0,456 [\text{makanan}=3][\text{peng_sht}=2][\text{bekerja}=1] \end{aligned} \quad (4.10)$$

▪ Perilaku Ibu

Untuk menguji pengaruh status kerja ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu tidak diterapkan model (3.14). Hal ini dikarenakan tabel frekuensinya mempunyai sel kosong (Lampiran 20). Hipotesis yang akan diuji adalah sebagai berikut,

$$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}, \text{ untuk setiap } i, j \text{ dan } k$$

$$H_1 : \text{bukan } H_0$$

Untuk menguji hipotesis tentang perbedaan pengaruh setiap kategori status kerja ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu adalah sebagai berikut,

$$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$$

$$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$$

Dengan

$$H_{1i} : \text{bukan } H_{0i}, \text{ untuk } i = 1, 2$$

Rangkuman hasil analisis (Lampiran 28) disajikan pada Tabel 4.10 sebagai berikut :

Tabel 4.10. Hasil Pengujian Pengaruh Status Kerja Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta pada Setiap Klasifikasi yang Dibentuk oleh Perilaku Ibu

Hipotesis	Chi-square	P	Kesimpulan
$H_0 : \pi_{ijk1} = \pi_{ijk2} = \pi_{ijk3}$	56,556	0,000	Data mendukung hipotesis
$H_{01} : \pi_{1jk1} = \pi_{1jk2} = \pi_{1jk3}$	27,080	0,003	Data mendukung hipotesis
$H_{02} : \pi_{2jk1} = \pi_{2jk2} = \pi_{2jk3}$	28,602	0,001	Data mendukung hipotesis

Dari hasil analisis yang disajikan pada Tabel 4.10 dapat disimpulkan :

Status kerja ibu berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Begitu juga analisis untuk setiap kategori status kerja

ibu, yang menyimpulkan adanya perbedaan pengaruh terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI.

Keadaan ini dapat dimaklumi, karena status kerja ibu baik secara langsung maupun tidak langsung ikut menentukan perilaku ibu terhadap derajat kesehatan baduta. Misalnya waktu yang tersedia untuk merawat baduta ada perbedaan antara ibu yang bekerja dan yang tidak, selain itu kualitas perhatian terhadap baduta biasanya lebih baik pada ibu yang bekerja daripada yang tidak bekerja.



BAB 5 KESIMPULAN DAN IMPLIKASI KEBIJAKAN

5.1. Kesimpulan

Baduta di Provinsi Jawa Tengah pada tahun 2007 yang mengalami keluhan kesehatan sebesar 42,5 % dari 2.854 baduta. Rata-rata mengalami sebanyak 3 keluhan, dengan keluhan terbanyak adalah pilek, batuk, dan panas.

Variabel yang berhubungan secara signifikan ($\alpha = 20\%$) terhadap derajat kesehatan baduta adalah umur baduta, status pemberian ASI, status kelengkapan imunisasi baduta, jumlah anggota rumah tangga, pendidikan terakhir yang ditamatkan ibu, dan merokok dalam rumah. Namun bila signifikansi ditingkatkan menjadi 5 %, hanya umur baduta, status kelengkapan imunisasi baduta, dan jumlah anggota rumah tangga yang berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta.

Karakteristik Baduta

Derajat kesehatan baduta usia < 6 bulan lebih baik daripada yang berusia 6 – 23 bulan. Umur dan jenis kelamin baduta secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta.

Perilaku Ibu

Baduta yang pernah mendapatkan ASI lebih sehat daripada yang tidak pernah mendapatkan ASI. Baduta yang berstatus imunisasi tidak lengkap lebih rendah derajat kesehatannya dibandingkan baduta yang status imunisasinya lengkap atau tidak lengkap. Status pemberian ASI dan status kelengkapan imunisasi baduta secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta

Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga

Baduta yang tinggal dalam rumah tangga dengan pengeluaran makanan rendah lebih baik derajat kesehatannya. Begitu pula baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran kesehatan di bawah rata-rata, derajat kesehatannya lebih baik daripada baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan pengeluaran

kesehatan di atas rata-rata. Namun pengeluaran untuk makanan dan kesehatan secara statistik tidak berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta.

Karakteristik Rumah Tangga

Derajat kesehatan baduta yang tinggal pada rumah tangga dengan jumlah ART lebih dari empat lebih baik daripada baduta yang tinggal dalam rumah tangga dengan jumlah ART empat atau kurang. Baduta dengan ibu berstatus tidak bekerja, mempunyai derajat kesehatan yang lebih baik daripada baduta dengan ibu bekerja, meskipun secara statistik tidak signifikan.

Sanitasi Lingkungan

Penggunaan air minum, dan jamban baik tidak mengakibatkan adanya perbedaan derajat kesehatan pada baduta. Sementara pada baduta yang tinggal bersama dengan perokok lebih rendah derajat kesehatannya daripada baduta yang tidak tinggal bersama perokok.

Pengaruh Pengeluaran Makanan terhadap Derajat Kesehatan Baduta menurut Pola Perilaku Ibu

Pengeluaran makanan berpengaruh terhadap derajat kesehatan pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Namun hanya pengeluaran makanan "sedang" yang menunjukkan adanya perbedaan pengaruh terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI.

Pengaruh Pengeluaran Kesehatan terhadap Derajat Kesehatan Baduta menurut Pola Perilaku Ibu

Pengeluaran untuk kesehatan berpengaruh signifikan terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Keadaan yang sama juga berlaku untuk setiap kategori pengeluaran kesehatan.

Pengaruh Jumlah Anggota Rumah Tangga terhadap Derajat Kesehatan Baduta menurut Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga

Jumlah anggota rumah tangga, pengeluaran makanan, dan pengeluaran kesehatan berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta. Selain itu adanya perbedaan antar

jumlah anggota rumah tangga juga berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan.

Pengaruh Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta menurut Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga

Pada pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu, tidak ada perbedaan pengaruh terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran untuk makanan dan pengeluaran untuk kesehatan.

Pengaruh Status Kerja Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta menurut Karakteristik Ekonomi Rumah Tangga

Status kerja ibu tidak berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta pada setiap klasifikasi yang dibentuk oleh pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan.

Pengaruh Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta menurut Pola Perilaku Ibu

Pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI. Namun untuk pendidikan ibu yang tamat SLTP atau lebih, tidak ada perbedaan pengaruh terhadap derajat kesehatan baduta.

Pengaruh Status Kerja Ibu terhadap Derajat Kesehatan Baduta menurut Pola Perilaku Ibu

Status kerja ibu berpengaruh terhadap derajat kesehatan baduta untuk setiap klasifikasi yang dibentuk oleh status kelengkapan imunisasi baduta dan status pemberian ASI.

5.2. Implikasi Kebijakan

Masih tingginya prevalensi baduta yang mengalami gangguan kesehatan di Provinsi Jawa Tengah (42,5 %), memerlukan dukungan dari berbagai pihak, khususnya pemerintah setempat dalam menurunkan angka kesakitan tersebut. Bagi Kabupaten/kota yang badutanya banyak mengalami keluhan kesehatan, pemerintah setempat perlu segera mengambil tindakan, dan kebijakan kesehatan agar derajat kesehatan semakin baik di masa mendatang.

Prevalensi baduta mengalami batuk, pilek, dan demam masih cukup tinggi. Oleh karena itu peningkatan kualitas kesehatan perlu ditingkatkan melalui penyuluhan perilaku hidup sehat, baik lewat komunikasi, informasi, maupun edukasi. Selain itu perlu meningkatkan pemahaman mengenai arti keluhan kesehatan bagi masyarakat, sehingga dalam pelaksanaan penelitian yang akan datang lebih akurat hasilnya.

Menggiatkan kembali program pemberian ASI. Bagi ibu yang bekerja tetapi masih memberikan ASI, disarankan pada perusahaan tempat ibu bekerja untuk memberikan waktu atau tempat khusus untuk memberikan ASI. Selain itu menganjurkan agar ibu menyimpan ASI sewaktu bekerja untuk kemudian diberikan setelah kembali kerumah.

Imunisasi yang sudah berjalan, lebih ditingkatkan lagi. Partisipasi petugas diharapkan lebih aktif agar baduta yang belum imunisasi dapat mendapatkan imunisasi sesuai dengan umurnya, misalnya diintegrasikan dengan pelaksanaan posyandu, selain itu juga meningkatkan fungsi KIE yang telah ada.

Daftar Referensi

- Agung, I Gusti Ngurah. 2007. *Manajemen Penulisan Skripsi, Tesis dan Disertasi. Kiat-kiat untuk mempersingkat waktu penulisan karya ilmiah yang bermutu*. PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- _____. 2006. *Statistika. Penerapan Model Rerata-sel Multivariat dan Model Ekonometri dengan SPSS*. Yayasan Sad Satria Bhakti, Jakarta.
- _____. 2004. *Statistika. Penerapan Metode Analisis untuk Tabulasi Sempurna dan Tak Sempurna dengan SPSS*. PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- _____. 1999. *Faktor Interaksi : Pengertian Secara Substansi dan Statistika*. Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- _____. 2009. *Cross Section Data Analysis Using Eviews (Draft)*.
- Argadireja, DS. 2002. *Situasi Kesehatan dan Gizi*.
<http://www.gizi.net/lain/download/>
- Azwar, Azrul. 2004. *Tubuh Sehat Ideal dari Segi Kesehatan*. Disampaikan pada Seminar Kesehatan Obesitas, Senat Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Sabtu, 15 Februari, 2004 di Kampus UI Depok.
- Bank Dunia. 2008. *Berinvestasi dalam Sektor Kesehatan Indonesia : Tantangan dan Peluang untuk Pengeluaran Publik di Masa Depan*. Kajian Pengeluaran Publik Indonesia untuk Sektor Kesehatan 2008.
- Bappenas. 2004. *Buku I Ringkasan Eksekutif. Program Nasional Bagi Anak Indonesia (PNBAI) 2015*. Jakarta, Juni 2004.
- Bappenas & LDUI. 2006. *Pertumbuhan Penduduk, Kebijakan Keluarga Berencana, dan Bonus Demografi (Aspek Ketenagakerjaan)*.
- Baso, Megawati. 2007. *Studi Longitudinal Pertumbuhan Bayi yang Diberi MP ASI Pabrik (Blended Food) dan MP ASI Non Pabrik (Local Food)*. Tesis.
- Basuki, Uki. 2003. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Baduta (6-23 bulan) pada Keluarga Miskin dan Tidak Miskin di Kota Bandar Lampung Tahun 2003*. Tesis.
- Bbc.co.uk. *Historic Figures. John Snow 1813-1858*
http://www.bbc.co.uk/history/historic_figures/snow_john.shtml
- BPS. 2007. *Survei Sosial Ekonomi Nasional*. Pedoman Kor. Buku III.

- _____. 2007. *Survei Sosial Ekonomi Nasional*. Pedoman Kepala BPS Provinsi dan Kabupaten/Kota. Buku I.
- BPS, BKKBN, Depkes. 2007. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Fertilitas dan Mortalitas. Leaflet.
- BPS Provinsi Jawa Tengah. 2007. *Provinsi Jawa Tengah Dalam Angka tahun 2008*. Semarang.
- Blum, Hendrik. L. 1984. *Planning for Health*. Human Sciences Press, New York.
- Cicih, Lilis Heri Mis. 1999. *Disabilitas, Kesakitan dan Status Gizi Penduduk Indonesia*. (Analisis Data Sakerti/IFLS 1993). Tesis.
- Dadi. 2000. *Pengaruh Kondisi Sanitasi Lingkungan terhadap Kematian Anak* (Analisis Data SDKI 1997). Tesis.
- Dahlan, Zuchairi. Tanpa tahun. *Konsep Sehat dan Sakit*. http://www.lib.fkuii.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=53&Itemid=28&limitstart=20
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Profil Kesehatan Indonesia 2006*. Jakarta.
- _____. Tanpa Tahun. *"Perilaku Hidup Bersih dan Sehat"*. <http://www.depkes.go.id/downloads/Phbs.pdf>
- _____. 2004. *Sudut Pandang Masyarakat Mengenai Status, Cakupan, Ketanggapan dan Sistem Pelayanan Kesehatan*. Surrvei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2004. Volume 3. Jakarta.
- _____. 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 Dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat Dan Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta.
- _____. 2002a. *Hubungan Kondisi Perumahan dengan Penyakit ISPA dan TB Paru*. Badan Litbangkes. Jakarta.
- _____. 2002b. *Survei Kesehatan Nasional 2001. Laporan SKRT 2001 : Studi Kesehatan Ibu dan Anak*. Balitbangkes, Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. 2005. *Profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2005*. Semarang.
- Gani, Mustari. 2007. *Pemberdayaan Masyarakat Dalam Meningkatkan Derajat Kesehatan di Era Otonomi Daerah untuk Mencapai Millenium Developmant Goals Indonesia*
- Garna, Herry dan Azhali, MS. 1985. *Aspek Epidemilogis dari Beberapa Penyakit Menular di Jawa Barat*.

- Ginting, M. 1997. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Gizi Balita pada Empat Desa Tertinggal & Tidak Tertinggal di Kabupaten Pontianak, Propinsi Kalimantan Barat tahun 1995*. Tesis.
- Hatta, M. 2000. *Hubungan Imunisasi Campak dengan Kejadian Pnemonia di Kabupaten Ogan Komering Ulu Sumatera Selatan tahun 2000*. Tesis.
- Hayati, Ace Yati. 1992. *Hubungan Air Bersih dan Jamban dengan Kesakitan Diare pada Balita di Kabupaten Belu Propinsi NTT*. Tesis.
- Herman. 2002. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Pnemonia pada Balita di Kabupaten Ogan Komering Ilir Sumatera Selatan tahun 2002*. Tesis.
- http://www.elearning.upnjatim.ac.id/courses/LKB81128/document/BAB_10Tingkat_Kesehatan_Masyarakat.doc?cidReq=LKB81128. *Teknologi Pengelolaan Kesehatan Masyarakat*.
- Jahari, AB. 2001. "Penilaian Status Gizi dengan Antropometri (Berat Badan dan Tinggi Badan)" dalam Abas BJ, Sanjaya dkk. 2002. *Prosiding Kongres Nasional dan Temu Ilmiah Persatuan Ahli Gizi Indonesia XII*.
- Juliastuti, T.P. 2000. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Pnemonia Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Cisaga, Kabupaten Ciamis*. Tesis.
- Keluarga Sehat Keluarga Bahagia. <http://keluargasehat.wordpress.com/category/perilaku-bayi-dan-anak/>
- Keman, S, dan Yudhastuti, Ririh. Tanpa tahun. *Pengaruh Lingkungan Terhadap Kesehatan*. <http://www.fkm.unair.ac.id/files/matkul/KML201/Pengaruh%20Lingkungan%20Thd%20Kesehatan.ppt>
- Kodyat B, 2001. "Masalah Gizi dan Penanggulannya". *Jurnal Data dan Kesehatan*. Vol.1 (1) : 71-78.
- Musa, Dahlan A. 1985. *Peran Rumah Sakit Khususnya UPF Kesehatan Anak dalam Memasyarakatkan Imunisasi*. Dalam Laporan Simposium Memasyarakatkan Imunisasi Dalam Rangka Penurunan Mortalitas Bayi dan Anak.
- Nadesul, Hendrawan. 2005. *Hongeroedem (HO) dan Baduta Defisit IQ*.
- Nasution, Siti K. 2004. *Meningkatkan Status Kesehatan Melalui Pendidikan Kesehatan Dan Penerapan Pola Hidup Sehat*.

- North Carolina Department of Health and Human Services. 2006. *Action for Children, Child Health Report Card*. North Carolina Institute of Medicine.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cet. ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta. 2003. dalam *Pengertian & Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan*. <http://www.geocities.com/klinikikm/kesehatan-lingkungan/pengertian.htm>.
- Orisinal. 2003. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita di Sumatra Barat tahun 2001 (Analisis Data Sekunder)*. Tesis.
- Pande, Rohini S. 2000. *Family Composition Effects on Gender Differentials in Nutrition and Immunization in Rural India*.
- Permata, S. Putri. 2002. *Hubungan Pendidikan, Pengetahuan Kesehatan Maternal, Dan Pendapatan Dengan Efektivitas Gerakan Sayang Ibu (GSI) Dalam Meningkatkan Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan (Studi Kasus Di Kec. Mande, Ciluku, Dan Pacet, Kab. Cianjur, Prop. Jawa Barat)*, Jurnal Penelitian UNIB, Vol.VIII, No 2, Juli 2002, Hlm. 100-104.
- Permenakes RI No. 416/Menkes/Per/IX/1990. *Tentang Syarat-syarat Dan Pengawasan Kualitas Air*.
- Priyono, D. 2000. *Hubungan antara Status Konsumsi Protein dengan Status KEP Anak Balita*. Tesis.
- Public Health Division of Berkeley City. 2007. *Key Indicators of Health*.
- Purnawan, Iwan. *Konsep Sehat-Sakit*. <http://www.unsoed.ac.id>.
- Purwanto, Hary. 1996. *Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Keluarga dan Faktor Lingkungan dengan Kejadian Diare pada Balita di Indonesia*. Tesis.
- Rahman, M., Islam, N., and Islam, R. 2007. *Effect of Antenatal and Delivery Care on Neonatal Mortality : A Study of Rajshahi District, Bangladesh*. Journal of Population, vol. 13, no.2.
- Republik Indonesia. 1997. *UU RI No. 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup*. Jakarta.
- _____. 1992. *UU RI No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- _____. 1960. *UU RI No. 9/1960. Tentang : Pokok-pokok Kesehatan*. Jakarta.

- Ruzicka, L.T. 1986. "New Development in the Analysis of Mortality and Causes of Death". *Global Epidemiology Surveillance and Health Assessment*. Edited by Haral Hanshuwka, et.al. WHO. Faculty of Public Health Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Bangkok, 27-30.
- Sabarinah. 1988. *Pengobatan Diare di Pedesaan Indramayu dan Faktor Sosial yang Mempengaruhinya*. Tesis.
- Safwan. 2003. *Lingkungan Fisik Rumah dan Sumber Pencemaran dalam Rumah Tanggasebagai Faktor Resiko Kejadian ISPA pada Anak Balita (Studi Kasus Kontrol di Puskesmas Alai Kota Padang tahun 2003)*. Tesis.
- Sapta, Wibowo Adi. 2002. *Faktor Risiko Kesehatan Lingkungan yang Berhubungan dengan Kejadian Diare pada Blita di Kecamatan Citamiang, Kota Sukabumi tahun 2002*. Tesis.
- Seda, Sheila. 2008. *Breastfeeding : Key to Child Health*. Nursing Journal of India. Aug 2008.
- Semba, Richard D, at.al. 2008. *Paternal Smoking and Increased Risk of Infant and Under-5 Child Mortality in Indonesia*. American Journal of Public Health. October 2008. Vol. 98. No. 10.
- Subari, Agus. 1994. *Kondisi Lingkungan Fisik Rumah Menurut Peristiwa Kematian dan Kesakitan Balita di Propinsi Jawa Barat 1992*. Tesis.
- Sudirman, Maman. 2003. *Hubungan Faktor Lingkungan Fisik Rumah dan Faktor Risiko Lainnya dengan Kejadian Pnemonia pada Balita di Puskesmas Teluk Pucung Kota Bekasi Tahun 2003*. Tesis.
- Sumargono. 1989. *Faktor-faktor Resiko yang Mempengaruhi Terjadinya ISPA pada Balita di Kelurahan Kelapa Dua Wetan Kecamatan Pasar Rebo Timur*. Tesis.
- Suroto, Emelia dan Hamzah.1985. *Upaya Menurunkan Angka Kematian dan Angka Kesakitan Balita*.
- Susmono, M. 2005. *Determinan Kejadian Diare pada Balita di Indonesia (Analisis Data SDKI 2002-2003)*. Tesis.
- Taniwudjaja, S dan Idjradinata. 1985. *Pola Penyakit dan Kematian Anak Balita di 20 Rumah Sakit di Jawa Barat*.
- Tarigan, Ingan U. 2001. *Gambaran Status Gizi Anak Umur 6-36 Bulan dan Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Sebelum dan Saat Krisis Ekonomi di Wilayah Jawa Tengah*. Tesis.

- UNDP. 2008. Statistics of the Human Development Report. *Human Development Indices: A statistical update 2008 - HDI rankings*.
- UNICEF. 1997. *Working Paper : A Global Review of Diarrhoeal Control*. New York.
- UNICEF, WHO, IDAI. 2005. *Rekomendasi tentang Pemberian Makan Bayi pada Situasi Darurat*.
- Untoro, Rachmi. 2004. "Balita antara Masa Emas dan Kritis". *Dalam Kesehatan Reproduksi.Com - Menyebarkan Informasi Mengenai Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas*. Agustus 2005.
- Utomo, B. 1998. Dampak Krisis Moneter dan Kekeringan Terhadap Status Kesehatan dan Gizi Anak. Dalam Rusman, R. dkk (ed 2) *Dampak Krisis Moneter dan Bencana El Nino Terhadap Masyarakat, Keluarga, Ibu dan Anak di Indonesia dan Pilihan Intervensi*. PT.Sabena Utama. Jakarta : 133-139.
- Wagner, E.G., dan Lanoix, J.N. 1958. *Excreta Disposal Rural for Area and Small Communities*. Geneva. WHO.
- Woldemicael, Gebremariam. 2001. *Diarrhoeal Morbidity Among Young Children in Eritrea : Enviromentaland Socio-Economic Determinant*. Departement of Statistics and Demography, University of Asmara. Eritrea.
- Yulia, Fita K. 2008. *Balita Sehat Sejahtera Investasi Bangsa*. <http://www.Yogyakarta.go.id/>
- Zeitlin, Marian., Ghassemi, Hossein., and Mansour, Mohamed. 1990. *Positive Deviance in Child Nutrition - with emphasis on Psychosocial and Behavioural Aspects and Implications for Development*. The United Nations University. Japan.

Lampiran 1

Jumlah keluhan kesehatan yang dialami baduta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	1642	57,5	57,5	57,5
1	304	10,7	10,7	68,2
2	308	10,8	10,8	79,0
3	463	16,2	16,2	95,2
4	121	4,2	4,2	99,4
5	15	,5	,5	100,0
6	1	,0	,0	100,0
Total	2854	100,0	100,0	

Jumlah keluhan kesehatan yang dialami baduta menurut variabel tertentu

		jumlah keluhan						
		0	1	2	3	4	5	6
Jenis kelamin	1	860	142	167	252	82	8	1
	2	782	162	141	211	39	7	
umur baduta	1	1097	248	261	398	110	15	1
	2	545	56	47	65	11		
Apakah pernah diberi ASI?	1	68	16	17	30	6		
	2	1574	288	291	433	115	15	1
status kelengkapan imunisasi	1	1067	172	169	261	63	10	1
	2	81	21	21	36	12		
	3	494	111	118	166	46	5	
pengeluaran makanan	1	236	45	57	71	25		
	2	1131	205	202	337	73	14	1
	3	275	54	49	55	23	1	
pengeluaran kesehatan)	1	1070	193	209	327	78	10	1
	2	572	111	99	136	43	5	
jumlah art	1	971	161	165	254	66	8	1
	2	671	143	143	209	55	7	
pendidikan terakhir ibu (ijazah)	1	936	185	189	244	51	10	
	2	632	101	100	193	64	5	1
	3	74	18	19	26	6		
Bekerja	1	1100	202	215	317	84	12	1
	2	542	102	93	146	37	3	
air untuk minum	1	783	137	142	223	62	7	1
	2	859	167	166	240	59	8	
tempat buang air besar	1	917	170	160	278	85	9	1
	2	725	134	148	185	36	6	
ada yang merokok dalam rumah	1	1011	183	188	309	80	11	1
	2	631	121	120	154	41	4	

Lampiran 2

Derajat Kesehatan Baduta menurut Variabel Tertentu

		derajat kesehatan baduta					
		1		2		3	
		Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %
Jenis kelamin	1	445	29,4	207	13,7	860	56,9
	2	395	29,4	165	12,3	782	58,3
umur baduta	1	728	34,2	305	14,3	1097	51,5
	2	112	15,5	67	9,3	545	75,3
Apakah pernah diberi ASI?	1	45	32,8	24	17,5	68	49,6
	2	795	29,3	348	12,8	1574	57,9
status kelengkapan imunisasi	1	481	27,6	195	11,2	1067	61,2
	2	58	33,9	32	18,7	81	47,4
	3	301	32,0	145	15,4	494	52,6
Pengeluaran makanan	1	143	32,9	55	12,7	236	54,4
	2	570	29,0	262	13,3	1131	57,6
	3	127	27,8	55	12,0	275	60,2
Pengeluaran kesehatan	1	560	29,7	258	13,7	1070	56,7
	2	280	29,0	114	11,8	572	59,2
jumlah art	1	455	28,0	200	12,3	971	59,7
	2	385	31,4	172	14,0	671	54,6
pendidikan terakhir ibu (ijazah)	1	457	28,3	222	13,7	936	58,0
	2	330	30,1	134	12,2	632	57,7
	3	53	37,1	16	11,2	74	51,7
Bekerja	1	581	30,1	250	12,9	1100	57,0
	2	259	28,1	122	13,2	542	58,7
air untuk minum	1	405	29,9	167	12,3	783	57,8
	2	435	29,0	205	13,7	859	57,3
tempat buang air besar	1	493	30,4	210	13,0	917	56,6
	2	347	28,1	162	13,1	725	58,8
ada yang merokok dalam rumah	1	548	30,7	224	12,6	1011	56,7
	2	292	27,3	148	13,8	631	58,9

Lampiran 3

Rangkuman Crosstabs Variabel Tertentu terhadap Derajat Kesehatan Baduta

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis kelamin * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
umur baduta * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
Apakah pernah diberi ASI? * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
status kelengkapan imunisasi * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
jumlah art * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
pendidikan terakhir ibu (ijazah) * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
Bekerja * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
pengeluaran makanan * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
pengeluaran kesehatan* derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
air untuk minum * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
tempat buang air besar * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
ada yang merokok dalam rumah * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0

Lampiran 4

Crosstabs : Jenis kelamin * derajat kesehatan baduta

Crosstab

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
Jenis kelamin 1	Count	445	207	860	1512
	% within Jenis kelamin	29,4	13,7	56,9	100,0
2	Count	395	165	782	1342
	% within Jenis kelamin	29,4	12,3	58,3	100,0
Total	Count	840	372	1642	2854
	% within Jenis kelamin	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,302(a)	2	0,522
Likelihood Ratio	1,305	2	0,521
Linear-by-Linear Association	0,174	1	0,677
N of Valid Cases	2854		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 174,92.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	0,008	0,019	0,417	0,677(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0,010	0,019	0,513	0,608(c)
N of Valid Cases		2.854			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Lampiran 5

Crosstabs : umur baduta * derajat kesehatan baduta

Crosstab

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
umur baduta 1	Count	728	305	1097	2130
	% within umur baduta	34,2	14,3	51,5	100,0
2	Count	112	67	545	724
	% within umur baduta	15,5	9,3	75,3	100,0
Total	Count	840	372	1642	2854
	% within umur baduta	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	127,976(a)	2	0,000
Likelihood Ratio	135,080	2	0,000
Linear-by-Linear Association	123,290	1	0,000
N of Valid Cases	2854		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 94,37.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	0,208	0,017	11,350	0,000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0,211	0,017	11,511	0,000(c)
N of Valid Cases		2.854			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Lampiran 6

Crosstabs : Apakah pernah diberi ASI? * derajat kesehatan baduta

Crosstab

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
Apakah pernah diberi ASI?	1	Count 45	24	68	137
		% within Apakah pernah diberi ASI? 32,8	17,5	49,6	100,0
2	Count	795	348	1574	2717
	% within Apakah pernah diberi ASI?	29,3	12,8	57,9	100,0
Total	Count	840	372	1642	2854
	% within Apakah pernah diberi ASI?	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,350(a)	2	0,114
Likelihood Ratio	4,196	2	0,123
Linear-by-Linear Association	2,328	1	0,127
N of Valid Cases	2854		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,86.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	0,029	0,019	1,526	0,127(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0,031	0,019	1,651	0,099(c)
N of Valid Cases		2.854			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Lampiran 7

Crosstab : status kelengkapan imunisasi * derajat kesehatan baduta

Crosstab

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
status kelengkapan imunisasi	1	Count 481	195	1067	1743
		% within status kelengkapan imunisasi 27,6	11,2	61,2	100,0
2	Count	58	32	81	171
	% within status kelengkapan imunisasi	33,9	18,7	47,4	100,0
3	Count	301	145	494	940
	% within status kelengkapan imunisasi	32,0	15,4	52,6	100,0
Total	Count	840	372	1642	2854
	% within status kelengkapan imunisasi	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29,454(a)	4	0,000
Likelihood Ratio	29,111	4	0,000
Linear-by-Linear Association	14,410	1	0,000
N of Valid Cases	.2854		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22,29.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-0,071	0,019	-3,805	0,000(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-0,078	0,019	-4,184	0,000(c)
N of Valid Cases		2.854			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Lampiran 8

Crosstabs : jumlah art * derajat kesehatan baduta

Crosstab

		derajat kesehatan baduta			Total	
		1	2	3		
jumlah art	1	Count	455	200	971	1626
		% within jumlah art	28,0	12,3	59,7	100,0
	2	Count	385	172	671	1228
		% within jumlah art	31,4	14,0	54,6	100,0
Total		Count	840	372	1642	2854
		% within jumlah art	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,393(a)	2	0,025
Likelihood Ratio	7,386	2	0,025
Linear-by-Linear Association	6,307	1	0,012
N of Valid Cases	2.854		

a 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 160,06.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-0,047	0,019	-2,514	0,012(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-0,049	0,019	-2,599	0,009(c)
N of Valid Cases		2.854			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Lampiran 9

Crosstabs : pendidikan terakhir ibu (ijazah) * derajat kesehatan baduta

Crosstab

		derajat kesehatan baduta			Total	
		1	2	3		
pendidikan terakhir ibu	1	Count	457	222	936	1615
		% within pendidikan terakhir ibu	28,3	13,7	58,0	100,0
	2	Count	330	134	632	1096
		% within pendidikan terakhir ibu	30,1	12,2	57,7	100,0
	3	Count	53	16	74	143
		% within pendidikan terakhir ibu	37,1	11,2	51,7	100,0
Total		Count	840	372	1642	2854
		% within pendidikan terakhir ibu	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,143(a)	4	0,189
Likelihood Ratio	5,982	4	0,200
Linear-by-Linear Association	2,490	1	0,115
N of Valid Cases	2.854		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 18,64.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-0,030	0,019	-1,578	0,115(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-0,023	0,019	-1,202	0,229(c)
N of Valid Cases		2.854			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Lampiran 10

Crosstabs : Bekerja * derajat kesehatan baduta

Crosstab

			derajat kesehatan baduta			Total
			1	2	3	
Bekerja	1	Count	581	250	1100	1931
		% within Bekerja	30,1	12,9	57,0	100,0
	2	Count	259	122	542	923
		% within Bekerja	28,1	13,2	58,7	100,0
Total		Count	840	372	1642	2854
		% within Bekerja	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,242(a)	2	0,537
Likelihood Ratio	1,248	2	0,536
Linear-by-Linear Association	1,130	1	0,288
N of Valid Cases	2.854		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 120,31.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	0,020	0,019	1,063	0,288(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0,019	0,019	1,028	0,304(c)
N of Valid Cases		2.854			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Lampiran 11

Crosstabs : pengeluaran makanan * derajat kesehatan baduta

Crosstab

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengeluaran makanan	1	Count 143	55	236	434
		% within pengeluaran makanan 32,9	12,7	54,4	100,0
2	Count	570	262	1131	1963
	% within pengeluaran makanan	29,0	13,3	57,6	100,0
3	Count	127	55	275	457
	% within pengeluaran makanan	27,8	12,0	60,2	100,0
Total	Count	840	372	1642	2854
	% within pengeluaran makanan	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,195(a)	4	0,380
Likelihood Ratio	4,150	4	0,386
Linear-by-Linear Association	3,343	1	0,067
N of Valid Cases	2.854		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 56,57.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	0,034	0,019	1,829	0,067(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0,034	0,019	1,827	0,068(c)
N of Valid Cases		2.854			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Lampiran 12

Crosstabs : pengeluaran kesehatan * derajat kesehatan baduta

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengeluaran kesehatan	1	Count 560	258	1070	1888
		% within pengeluaran kesehatan 29,7	13,7	56,7	100,0
	2	Count 280	114	572	966
		% within pengeluaran kesehatan 29,0	11,8	59,2	100,0
Total		Count 840	372	1642	2854
		% within pengeluaran kesehatan 29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,519(a)	2	0,284
Likelihood Ratio	2,544	2	0,280
Linear-by-Linear Association	,835	1	0,361
N of Valid Cases	2.854		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 125,91.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	0,017	0,019	0,914	0,361(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0,019	0,019	1,029	0,303(c)
N of Valid Cases		2.854			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Lampiran 13

Crosstabs : air untuk minum * derajat kesehatan baduta

Crosstab

			derajat kesehatan baduta			Total
			1	2	3	
air untuk minum	1	Count	405	167	783	1355
		% within air untuk minum	29,9	12,3	57,8	100,0
	2	Count	435	205	859	1499
		% within air untuk minum	29,0	13,7	57,3	100,0
Total		Count	840	372	1642	2854
		% within air untuk minum	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,208(a)	2	0,547
Likelihood Ratio	1,210	2	0,546
Linear-by-Linear Association	0,014	1	0,907
N of Valid Cases	2.854		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 176,62.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	0,002	0,019	0,117	0,907(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0,000	0,019	0,016	0,988(c)
N of Valid Cases		2.854			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Lampiran 14

Crosstabs : tempat buang air besar * derajat kesehatan baduta

Crosstab

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
tempat buang air besar 1	Count	493	210	917	1620
	% within tempat buang air besar	30,4	13,0	56,6	100,0
2	Count	347	162	725	1234
	% within tempat buang air besar	28,1	13,1	58,8	100,0
Total	Count	840	372	1642	2854
	% within tempat buang air besar	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,848(a)	2	0,397
Likelihood Ratio	1,852	2	0,396
Linear-by-Linear Association	1,761	1	0,185
N of Valid Cases	2.854		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 160,84.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	0,025	0,019	1,327	0,185(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0,024	0,019	1,294	0,196(c)
N of Valid Cases		2.854			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Lampiran 15

Crosstabs : ada yang merokok dalam rumah * derajat kesehatan baduta

Crosstab

		derajat kesehatan baduta			Total	
		1	2	3		
ada yang merokok dalam rumah	1	Count	548	224	1011	1783
		% within ada yang merokok dalam rumah	30,7	12,6	56,7	100,0
2		Count	292	148	631	1071
		% within ada yang merokok dalam rumah	27,3	13,8	58,9	100,0
Total		Count	840	372	1642	2854
		% within ada yang merokok dalam rumah	29,4	13,0	57,5	100,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,118(a)	2	0,128
Likelihood Ratio	4,139	2	0,126
Linear-by-Linear Association	2,734	1	0,098
N of Valid Cases	2.854		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 139,60.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error(a)	Approx. T(b)	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	0,031	0,019	1,654	0,098(c)
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0,029	0,019	1,539	0,124(c)
N of Valid Cases		2.854			

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c Based on normal approximation.

Lampiran 16

Tabulasi dua arah antara jenis kelamin dan umur baduta dengan derajat kesehatan baduta

				derajat kesehatan baduta		
				1	2	3
Jenis kelamin	1	umur baduta	1	386	174	577
			2	59	33	283
	2	umur baduta	1	342	131	520
			2	53	34	262

Lampiran 17

Tabulasi dua arah antara status pemberian ASI dan status kelengkapan imunisasi dengan derajat kesehatan baduta

				derajat kesehatan baduta		
				1	2	3
Apakah pernah diberi ASI?	1	status kelengkapan imunisasi	1	31	13	38
			2	2	4	5
			3	12	7	25
	2	status kelengkapan imunisasi	1	450	182	1029
			2	56	28	76
			3	289	138	469

Lampiran 18

Tabulasi dua arah antara pengeluaran makanan dan pengeluaran kesehatan dengan derajat kesehatan baduta

				derajat kesehatan baduta		
				1	2	3
pengeluaran kesehatan	1	pengeluaran makanan	1	128	52	200
			2	374	177	732
			3	58	29	138
	2	pengeluaran makanan	1	15	3	36
			2	196	85	399
			3	69	26	137

Lampiran 19

Tabulasi Tiga Arah antara pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu, status pemberian ASI, dan status kelengkapan imunisasi dengan derajat kesehatan baduta.

				derajat kesehatan baduta							
				1		2		3			
				Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %		
pendidikan terakhir ibu	1	pe- mah diberi ASI	1 status	1	24	41,4	8	13,8	26	44,8	
			2 keleng- kap an	2	2	20,0	3	30,0	5	50,0	
			3 imunisasi	3	9	28,1	5	15,6	18	56,3	
	2	pe- mah diberi ASI	1 status	1	231	25,6	105	11,7	565	62,7	
			2 keleng- kap an	2	36	38,3	15	16,0	43	45,7	
			3 imunisasi	3	155	29,8	86	16,5	279	53,7	
3	pe- mah diberi ASI	1	1 status	1	3	21,4	3	21,4	8	57,1	
			2 keleng- kap an	2	1	100,0	1	100,0	1	100,0	
			3 imunisasi	3	2	18,2	2	18,2	7	63,6	
	2	pe- mah diberi ASI	2	1 status	1	192	28,4	68	10,0	417	61,6
				2 keleng- kap an	2	19	30,6	13	21,0	30	48,4
				3 imunisasi	3	114	34,4	47	14,2	170	51,4
3	pe- mah diberi ASI	1	1 status	1	4	40,0	2	20,0	4	40,0	
			2 keleng- kap an	3	1	100,0	1	100,0	1	100,0	
			3 imunisasi	3	1	100,0	1	100,0	1	100,0	
	2	pe- mah diberi ASI	2	1 status	1	27	32,5	9	10,8	47	56,6
				2 keleng- kap an	2	1	25,0	1	25,0	3	75,0
				3 imunisasi	3	20	44,4	5	11,1	20	44,4

Lampiran 20

Tabulasi Tiga Arah antara status kerja ibu, status pemberian ASI, dan status kelengkapan imunisasi dengan derajat kesehatan baduta.

				derajat kesehatan baduta							
				1		2		3			
				Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %		
status kerja ibu	1	pe- mah diberi ASI	1 status	1	15	29,4	9	17,6	27	52,9	
			2 keleng- ka pan	2	1	33,3	1	33,3	2	66,7	
			3 imunisasi	3	9	34,6	5	19,2	12	46,2	
	2	pe- mah diberi ASI	2	1 status	1	327	28,1	126	10,8	710	61,0
				2 keleng- ka pan	2	35	31,8	22	20,0	53	48,2
				3 imunisasi	3	195	33,7	87	15,1	296	51,2
3	pe- mah diberi ASI	1	1 status	1	16	51,6	4	12,9	11	35,5	
			2 keleng- ka pan	2	2	25,0	3	37,5	3	37,5	
			3 imunisasi	3	3	16,7	2	11,1	13	72,2	
	2	pe- mah diberi ASI	2	1 Status	1	123	24,7	56	11,2	319	64,1
				2 keleng- ka pan	2	21	42,0	6	12,0	23	46,0
				3 imunisasi	3	94	29,6	51	16,0	173	54,4

Lampiran 21

Tabulasi Tiga Arah antara pengeluaran makanan, status pemberian ASI, dan status kelengkapan imunisasi dengan derajat kesehatan baduta.

				derajat kesehatan baduta									
				1		2		3					
				Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %				
pengeluaran makanan	1	pernah diberi ASI	1	status	1	8	42,1	2	10,5	9	47,4		
			2	kelengkapan	2				1	100,0			
			3	imunisasi	3	1	14,3			6	85,7		
		2	status	1	72	30,5	30	12,7	134	56,8			
				2	kelengkapan	2	9	32,1	2	7,1	17	60,7	
				3	imunisasi	3	53	37,1	21	14,7	69	48,3	
	2	pernah diberi ASI	1	status	1	16	32,7	9	18,4	24	49,0		
				2	kelengkapan	2	2	25,0	3	37,5	3	37,5	
				3	imunisasi	3	10	31,3	6	18,8	16	50,0	
		2	status	1	304	26,5	126	11,0	716	62,5			
					2	kelengkapan	2	38	35,2	23	21,3	47	43,5
					3	imunisasi	3	200	32,3	95	15,3	325	52,4
3	pernah diberi ASI	1	status	1	7	50,0	2	14,3	5	35,7			
			2	kelengkapan	2			1	50,0	1	50,0		
			3	imunisasi	3	1	20,0	1	20,0	3	60,0		
	2	status	1	74	26,5	26	9,3	179	64,2				
				2	kelengkapan	2	9	37,5	3	12,5	12	50,0	
				3	imunisasi	3	36	27,1	22	16,5	75	56,4	

Lampiran 22

Tabulasi Tiga Arah antara pengeluaran kesehatan, status pemberian ASI, dan status kelengkapan imunisasi dengan derajat kesehatan baduta.

				derajat kesehatan baduta									
				1		2		3					
				Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %				
pengeluaran kesehatan	1	pernah diberi ASI	1	status	1	15	32,6	9	19,6	22	47,8		
			2	kelengkapan	2				2	40,0			
			3	imunisasi	3	6	21,4	6	21,4	16	57,1		
		2	status	1	285	29,1	112	11,5	581	59,4			
					2	kelengkapan	2	31	31,3	16	16,2	52	52,5
					3	imunisasi	3	223	30,5	112	15,3	397	54,2
	2	pernah diberi ASI	1	status	1	16	44,4	4	11,1	16	44,4		
				2	kelengkapan	2	2	33,3	1	16,7	3	50,0	
				3	imunisasi	3	6	37,5	1	6,3	9	56,3	
		2	status	1	165	24,2	70	10,2	448	65,6			
					2	kelengkapan	2	25	41,0	12	19,7	24	39,3
					3	imunisasi	3	66	40,2	26	15,9	72	43,9

Lampiran 23

Tabulasi Tiga Arah antara jumlah ART, pengeluaran makanan, dan pengeluaran kesehatan dengan derajat kesehatan baduta.

					derajat kesehatan baduta						
					1		2		3		
					Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %	
jumlah art	1	pengeluaran makanan	1	pengeluaran kesehatan	1	83	33,7	28	11,4	135	54,9
			2	6	18,8	2	6,3	24	75,0		
		2	pengeluaran kesehatan	1	222	29,2	99	13,0	438	57,7	
	2	pengeluaran makanan	2	84	25,1	40	12,0	210	62,9		
			3	pengeluaran kesehatan	1	27	20,3	20	15,0	86	64,7
			2	33	27,0	11	9,0	78	63,9		
	1	pengeluaran makanan	1	pengeluaran kesehatan	1	45	33,6	24	17,9	65	48,5
			2	9	40,9	1	4,5	12	54,5		
	2	pengeluaran makanan	1	152	29,0	78	14,9	294	56,1		
			2	112	32,4	45	13,0	189	54,6		
	3	pengeluaran makanan	1	31	33,7	9	9,8	52	56,5		
			2	36	32,7	15	13,6	59	53,6		

Lampiran 24

Tabulasi Tiga Arah antara jumlah pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu, pengeluaran makanan, dan pengeluaran kesehatan dengan derajat kesehatan baduta.

					derajat kesehatan baduta						
					1		2		3		
					Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %	
pendidikan terakhir ibu (ijazah)	1	pengeluaran makanan	1	pengeluaran kesehatan	1	49	35,5	17	12,3	72	52,2
			2	4	20,0			16	80,0		
		2	pengeluaran kesehatan	1	208	27,7	117	15,6	427	56,8	
	2	pengeluaran makanan	2	106	29,9	44	12,4	205	57,7		
			3	pengeluaran kesehatan	1	40	23,4	26	15,2	105	61,4
			2	50	27,9	18	10,1	111	62,0		
	3	1	pengeluaran makanan	1	67	33,5	29	14,5	104	52,0	
				2	9	29,0	3	9,7	19	61,3	
		2	pengeluaran makanan	1	136	29,4	52	11,2	275	59,4	
2				81	27,1	39	13,0	179	59,9		
3		pengeluaran makanan	1	18	33,3	3	5,6	33	61,1		
			2	19	38,8	8	16,3	22	44,9		
3	pengeluaran makanan	1	12	28,6	6	14,3	24	57,1			
		2	2	66,7			1	33,3			
		2	30	44,1	8	11,8	30	44,1			
			2	9	34,6	2	7,7	15	57,7		
			3	pengeluaran kesehatan	2				4	100,0	

Lampiran 25

Tabulasi Tiga Arah antara status kerja ibu, pengeluaran makanan, dan pengeluaran kesehatan dengan derajat kesehatan baduta.

				derajat kesehatan baduta						
				1		2		3		
				Count	Row %	Count	Row %	Count	Row %	
status kerja ibu	1	Pengeluaran makanan	Pengeluaran kesehatan 1	91	35,0	36	13,8	133	51,2	
			Pengeluaran kesehatan 2	14	31,8	2	4,5	28	63,6	
		2	Pengeluaran kesehatan	Pengeluaran kesehatan 1	252	30,4	111	13,4	466	56,2
	Pengeluaran kesehatan 2			143	28,2	65	12,8	299	59,0	
	3		pengeluaran kesehatan	Pengeluaran kesehatan 1	36	27,1	16	12,0	81	60,9
		Pengeluaran kesehatan 2		45	28,5	20	12,7	93	58,9	
	2	Pengeluaran makanan	Pengeluaran kesehatan	Pengeluaran kesehatan 1	37	30,8	16	13,3	67	55,8
				Pengeluaran kesehatan 2	1	10,0	1	10,0	8	80,0
			2	Pengeluaran kesehatan	Pengeluaran kesehatan 1	122	26,9	66	14,5	266
Pengeluaran kesehatan 2		53			30,6	20	11,6	100	57,8	
3		Pengeluaran kesehatan		Pengeluaran kesehatan 1	22	23,9	13	14,1	57	62,0
			Pengeluaran kesehatan 2	24	32,4	6	8,1	44	59,5	

Lampiran 26

Rangkuman Crosstabs Faktor Sel terhadap Derajat Kesehatan Baduta

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
pengaruh pekerjaan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
pengaruh peng_makanan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
pengaruh peng_kesehatan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
pengaruh jmlh ART pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0
pengaruh status kerja ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta	2.854	100,0	0	0,0	2.854	100,0

Lampiran 27

Crosstabs : Pengaruh Pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	2854	100,0	0	0,0	2854	100,0

pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta Crosstabulation Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu	1	24	8	26	58
	2	2	3	5	10
	3	9	5	18	32
	4	231	105	565	901
	5	36	15	43	94
	6	155	86	279	520
	7	3	3	8	14
	8	0	1	0	1
	9	2	2	7	11
	10	192	68	417	677
	11	19	13	30	62
	12	114	47	170	331
	13	4	2	4	10
	15	1	0	0	1
	16	27	9	47	83
	17	1	0	3	4
	18	20	5	20	45
	Total	840	372	1642	2854

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	63,448(a)	32	0,001
Likelihood Ratio	59,799	32	0,002
Linear-by-Linear Association	4,782	1	0,029
N of Valid Cases	2854		

a 18 cells (35,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,13.

Lampiran 27 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu (didik=1) terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	1615	100,0	0	0,0	1615	100,0

pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pendidikan	1	24	8	26	58
pada kondisi	2	2	3	5	10
perilaku ibu	3	9	5	18	32
	4	231	105	565	901
	5	36	15	43	94
	6	155	86	279	520
Total		457	222	936	1615

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,342(a)	10	0,002
Likelihood Ratio	26,420	10	0,003
Linear-by-Linear Association	0,712	1	0,399
N of Valid Cases	1615		

a. 3 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,37.

Lampiran 27 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu (didik=2) terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	1096	100,0	0	0,0	1096	100,0

pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
7	pengaruh pendidikan	3	3	8	14
8	pada	0	1	0	1
9	kondisi	2	2	7	11
10	perilaku	192	68	417	677
11	ibu	19	13	30	62
12		114	47	170	331
	Total	330	134	632	1096

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,750(a)	10	0,006
Likelihood Ratio	21,130	10	0,020
Linear-by-Linear Association	7,370	1	0,007
N of Valid Cases	1096		

a 7 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,12.

Lampiran 27 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu (didik=3)
terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	143	100,0	0	0,0	143	100,0

pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pendidikan pada kondisi perilaku ibu	13 15 16 17 18	4 1 27 1 20	2 0 9 0 5	4 0 47 3 20	10 1 83 4 45
Total		53	16	74	143

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,681(a)	8	0,683
Likelihood Ratio	6,266	8	0,617
Linear-by-Linear Association	0,181	1	0,670
N of Valid Cases	143		

a. 8 cells (53,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,11.

Lampiran 28

Crosstabs : Pengaruh status kerja ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pekerjaan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	2854	100,0	0	0,0	2854	100,0

pengaruh pekerjaan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pekerjaan pada kondisi perilaku ibu	1	15	9	27	51
	2	0	1	2	3
	3	9	5	12	26
	4	327	126	710	1163
	5	35	22	53	110
	6	195	87	296	578
	7	16	4	11	31
	8	2	3	3	8
	9	3	2	13	18
	10	123	56	319	498
	11	21	6	23	50
	12	94	51	173	318
Total	840	372	1642	2854	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56,556(a)	22	0,000
Likelihood Ratio	54,854	22	0,000
Linear-by-Linear Association	0,021	1	0,885
N of Valid Cases	2854		

a. 9 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,39.

Lampiran 28 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh status kerja ibu (kerja=1) terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pekerjaan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	1931	100,0	0	0,0	1931	100,0

pengaruh pekerjaan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pekerjaan pada kondisi perilaku ibu	1	15	9	27	51
	2	0	1	2	3
	3	9	5	12	26
	4	327	126	710	1163
	5	35	22	53	110
	6	195	87	296	578
Total		581	250	1100	1931

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,080(a)	10	0,003
Likelihood Ratio	27,112	10	0,003
Linear-by-Linear Association	6,976	1	0,008
N of Valid Cases	1931		

a 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,39.

Lampiran 28 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh status kerja ibu (kerja=2) terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pekerjaan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	923	100,0	0	0,0	923	100,0

pengaruh pekerjaan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pekerjaan	7	16	4	11	31
pada	8	2	3	3	8
kondisi	9	3	2	13	18
perilaku	10	123	56	319	498
ibu	11	21	6	23	50
	12	94	51	173	318
Total		259	122	542	923

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,602(a)	10	0,001
Likelihood Ratio	26,494	10	0,003
Linear-by-Linear Association	0,069	1	0,792
N of Valid Cases	923		

a. 5 cells (27,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,06.

Lampiran 29

Crosstabs : Pengaruh pengeluaran makanan terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh peng makanan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	2854	100,0	0	0,0	2854	100,0

pengaruh peng makanan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta
Crosstabulation
Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh peng makanan pada kondisi perilaku ibu	1	8	2	9	19
	2	0	0	1	1
	3	1	0	6	7
	4	72	30	134	236
	5	9	2	17	28
	6	53	21	69	143
	7	16	9	24	49
	8	2	3	3	8
	9	10	6	16	32
	10	304	126	716	1146
	11	38	23	47	108
	12	200	95	325	620
	13	7	2	5	14
	14	0	1	1	2
	15	1	1	3	5
	16	74	26	179	279
	17	9	3	12	24
	18	36	22	75	133
Total	840	372	1642	2854	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	61,998(a)	34	0,002
Likelihood Ratio	61,006	34	0,003
Linear-by-Linear Association	1,036	1	0,309
N of Valid Cases	2854		

a 21 cells (38,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,13.

Lampiran 29 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pengeluaran makanan (makanan=1) terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh peng makanan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	434	100,0	0	0,0	434	100,0

pengaruh peng makanan pada kondisi perilaku Ibu * derajat kesehatan baduta
Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh	1	8	2	9	19
peng	2	0	0	1	1
makanan	3	1	0	6	7
pada	4	72	30	134	236
kondisi	5	9	2	17	28
perilaku ibu	6	53	21	69	143
Total		143	55	236	434

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,198(a)	10	0,610
Likelihood Ratio	9,564	10	0,480
Linear-by-Linear Association	1,009	1	0,315
N of Valid Cases	434		

a. 8 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,13.

Lampiran 29 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pengeluaran makanan (makanan=2) terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh peng makanan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	1963	100,0	0	0,0	1963	100,0

pengaruh peng makanan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta
Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
7	pengaruh	16	9	24	49
8	peng	2	3	3	8
9	makanan	10	6	16	32
10	pada	304	126	716	1146
11	kondisi	38	23	47	108
12	perilaku ibu	200	95	325	620
	Total	570	262	1131	1963

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,078(a)	10	0,000
Likelihood Ratio	34,512	10	0,000
Linear-by-Linear Association	5,540	1	0,019
N of Valid Cases	1963		

a. 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,07.

Lampiran 29 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pengeluaran makanan (makanan=3) terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh peng makanan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	457	100,0	0	0,0	457	100,0

pengaruh peng makanan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta
Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh	13	7	2	5	14
peng	14	0	1	1	2
makanan	15	1	1	3	5
pada	16	74	26	179	279
kondisi	17	9	3	12	24
perilaku ibu	18	36	22	75	133
Total		127	55	275	457

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,718(a)	10	0,186
Likelihood Ratio	12,780	10	0,236
Linear-by-Linear Association	0,071	1	0,790
N of Valid Cases	457		

a 9 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,24.

Lampiran 30

Crosstabs : Pengaruh pengeluaran kesehatan terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh peng_kesehatan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	2854	100,0	0	0,0	2854	100,0

pengaruh peng_kesehatan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta
Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh	1	15	9	22	46
peng_keseh	2	0	3	2	5
atan pada	3	6	6	16	28
kondisi	4	285	112	581	978
perilaku ibu	5	31	16	52	99
	6	223	112	397	732
	7	16	4	16	36
	8	2	1	3	6
	9	6	1	9	16
	10	165	70	448	683
	11	25	12	24	61
	12	66	26	72	164
Total		840	372	1642	2854

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67,453(a)	22	0,000
Likelihood Ratio	64,344	22	0,000
Linear-by-Linear Association	0,000	1	0,986
N of Valid Cases	2854		

a. 10 cells (27,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,65.

Lampiran 30 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pengeluaran kesehatan (peng_sht=1) terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh peng_kesehatan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	1888	100,0	0	0,0	1888	100,0

pengaruh peng_kesehatan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta
Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh	1	15	9	22	46
peng_keseh	2	0	3	2	5
atan pada	3	6	6	16	28
kondisi	4	285	112	581	978
perilaku ibu	5	31	16	52	99
	6	223	112	397	732
Total		560	258	1070	1888

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,489(a)	10	0,018
Likelihood Ratio	19,289	10	0,037
Linear-by-Linear Association	0,847	1	0,358
N of Valid Cases	1888		

a 4 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,68.

Lampiran 30 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pengeluaran kesehatan (peng_sht=2) terhadap derajat kesehatan baduta menurut perilaku ibu

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh peng_kesehatan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta	966	100,0	0	0,0	966	100,0

pengaruh peng_kesehatan pada kondisi perilaku ibu * derajat kesehatan baduta
Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh	7	16	4	16	36
peng_keseh	8	2	1	3	6
atan pada	9	6	1	9	16
kondisi	10	165	70	448	683
perilaku ibu	11	25	12	24	61
	12	66	26	72	164
Total		280	114	572	966

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43,221(a)	10	0,000
Likelihood Ratio	42,511	10	0,000
Linear-by-Linear Association	6,185	1	0,013
N of Valid Cases	966		

a 6 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,71.

Lampiran 31

Crosstabs : Pengaruh pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta	2854	100,0	0	0,0	2854	100,0

pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta Crosstabulation Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta	1	49	17	72	138
	2	4	0	16	20
	3	208	117	427	752
	4	106	44	205	355
	5	40	26	105	171
	6	50	18	111	179
	7	67	29	104	200
	8	9	3	19	31
	9	136	52	275	463
	10	81	39	179	299
	11	18	3	33	54
	12	19	8	22	49
	13	12	6	24	42
	14	2	0	1	3
	15	30	8	30	68
	16	9	2	15	26
	18	0	0	4	4
Total		840	372	1642	2854

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41,491(a)	32	0,121
Likelihood Ratio	45,704	32	0,055
Linear-by-Linear Association	0,791	1	0,374
N of Valid Cases	2854		

a 9 cells (17,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,39.

Lampiran 31 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu (didik=1) terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta	1615	100,0	0	0,0	1615	100,0

pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta	1	49	17	72	138
	2	4	0	16	20
	3	208	117	427	752
	4	106	44	205	355
	5	40	26	105	171
	6	50	18	111	179
Total		457	222	936	1615

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,672(a)	10	0,109
Likelihood Ratio	18,330	10	0,050
Linear-by-Linear Association	2,769	1	0,096
N of Valid Cases	1615		

a. 1 cells (5,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,75.

Lampiran 31 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu (didik=2) terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta	1096	100,0	0	0,0	1096	100,0

pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta	7	67	29	104	200
	8	9	3	19	31
	9	136	52	275	463
	10	81	39	179	299
	11	18	3	33	54
	12	19	8	22	49
Total		330	134	632	1096

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,532(a)	10	0,395
Likelihood Ratio	10,986	10	0,359
Linear-by-Linear Association	0,257	1	0,612
N of Valid Cases	1096		

a. 1 cells (5,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,79.

Lampiran 31 (lanjutan...)

Crosstabs : Pengaruh pendidikan tertinggi yang ditamatkan ibu (didik=3) terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta	143	100,0	0	0,0	143	100,0

pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta * derajat kesehatan baduta Crosstabulation

Count

		derajat kesehatan baduta			Total
		1	2	3	
pengaruh pddkan ibu pada kondisi ekonomi ruta	13 14 15 16 18	12 2 30 9 0	6 0 8 2 0	24 1 30 15 4	42 3 68 26 4
Total		53	16	74	143

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,587(a)	8	0,378
Likelihood Ratio	10,405	8	0,238
Linear-by-Linear Association	0,026	1	0,873
N of Valid Cases	143		

a. 8 cells (53,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,34.

Lampiran 32

Hasil analisis : pengaruh kelompok faktor karakteristik baduta terhadap derajat kesehatan baduta

Nominal Regression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
derajat kesehatan baduta	1	840	29,4
	2	372	13,0
	3	1642	57,5
Jenis kelamin	1	1512	53,0
	2	1342	47,0
umur baduta	1	2130	74,6
	2	724	25,4
Valid		2854	100,0
Missing		0	
Total		2854	
Subpopulation		4	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	186,981			
Final	49,725	137,256	6	0,000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0,047
Nagelkerke	0,055
McFadden	0,025

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	49,725(a)	0,000	0	.
JK * UMUR	186,981	137,256	6	0,000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

Lampiran 32 (lanjutan...)

Parameter Estimates

derajat kesehatan baduta(a)		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
1	Intercept	-1,598	,151	112,577	1	,000			
	[JK=1] * [UMUR=1]	1,196	,164	52,966	1	,000	3,307	2,396	4,564
	[JK=1] * [UMUR=2]	,030	,208	,021	1	,885	1,031	,686	1,549
	[JK=2] * [UMUR=1]	1,179	,166	50,492	1	,000	3,251	2,349	4,501
	[JK=2] * [UMUR=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
2	Intercept	-2,042	,182	125,485	1	,000			
	[JK=1] * [UMUR=1]	,843	,202	17,465	1	,000	2,324	1,565	3,451
	[JK=1] * [UMUR=2]	-,107	,259	,171	1	,680	,899	,541	1,493
	[JK=2] * [UMUR=1]	,663	,207	10,285	1	,001	1,941	1,294	2,912
	[JK=2] * [UMUR=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.

a The reference category is: 3.

b This parameter is set to zero because it is redundant.

Lampiran 33

Hasil analisis : pengaruh kelompok faktor perilaku ibu terhadap derajat kesehatan baduta

Nominal Regression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
derajat kesehatan baduta	1	840	29,4
	2	372	13,0
	3	1642	57,5
pemah diberi ASI	1	137	4,8
	2	2717	95,2
	3	940	32,9
status kelengkapan imunisasi	1	1743	61,1
	2	171	6,0
	3	940	32,9
Valid		2854	100,0
Missing		0	
Total		2854	
Subpopulation		6	

Lampiran 33 (lanjutan...)

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	100,060			
Final	60,052	40,008	10	0,000

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0,014
Nagelkerke	0,016
McFadden	0,007

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	60,052(a)	0,000	0	
ASI * STS_IMUN	100,060	40,008	10	0,000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

Parameter Estimates

derajat kesehatan baduta(a)		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
1	Intercept	-,484	,075	41,919	1	,000			
	[ASI=1] * [STS_IMUN=1]	,281	,253	1,227	1	,268	1,324	,806	2,175
	[ASI=1] * [STS_IMUN=2]	-,432	,840	,265	1	,607	,649	,125	3,368
	[ASI=1] * [STS_IMUN=3]	-,250	,359	,484	1	,487	,779	,385	1,575
	[ASI=2] * [STS_IMUN=1]	-,343	,094	13,384	1	,000	,710	,591	,853
	[ASI=2] * [STS_IMUN=2]	,179	,191	,873	1	,350	1,196	,822	1,740
	[ASI=2] * [STS_IMUN=3]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
2	Intercept	-1,223	,097	159,575	1	,000			
	[ASI=1] * [STS_IMUN=1]	,151	,336	,202	1	,653	1,163	,602	2,244
	[ASI=1] * [STS_IMUN=2]	1,000	,678	2,178	1	,140	2,719	,720	10,264
	[ASI=1] * [STS_IMUN=3]	-,050	,438	,013	1	,910	,952	,403	2,247
	[ASI=2] * [STS_IMUN=1]	-,509	,126	16,350	1	,000	,601	,470	,769
	[ASI=2] * [STS_IMUN=2]	,225	,241	,868	1	,352	1,252	,780	2,009
	[ASI=2] * [STS_IMUN=3]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.

a The reference category is: 3.

b This parameter is set to zero because it is redundant.

Lampiran 34

Hasil analisis : pengaruh kelompok faktor karakteristik ekonomi rumah tangga terhadap derajat kesehatan baduta

Nominal Regression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
derajat kesehatan baduta	1	840	29,4
	2	372	13,0
	3	1642	57,5
proporsi pengeluaran makanan	1	434	15,2
	2	1963	68,8
	3	457	16,0
proporsi pengeluaran kesehatan	1	1888	66,2
	2	966	33,8
Valid		2854	100,0
Missing		0	
Total		2854	
Subpopulation		6	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	78,468			
Final	67,344	11,124	10	0,348

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0,004
Nagelkerke	0,005
McFadden	0,002

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	67,344(a)	0,000	0	.
MAKANAN * PENG_SHT	78,468	11,124	10	0,348

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

Lampiran 34 (lanjutan...)

Parameter Estimates

derajat kesehatan baduta(a)		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
1	Intercept	-.686	,148	21,587	1	,000			
	[MAKANAN=1] * [PENG_SHT=1]	,240	,186	1,659	1	,198	1,271	,882	1,830
	[MAKANAN=1] * [PENG_SHT=2]	-.190	,341	,309	1	,578	,827	,424	1,614
	[MAKANAN=2] * [PENG_SHT=1]	,014	,161	,008	1	,929	1,014	,740	1,390
	[MAKANAN=2] * [PENG_SHT=2]	-.025	,171	,021	1	,884	,975	,697	1,365
	[MAKANAN=3] * [PENG_SHT=1]	-.181	,215	,707	1	,400	,834	,547	1,272
	[MAKANAN=3] * [PENG_SHT=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
2	Intercept	-1,662	,214	60,354	1	,000			
	[MAKANAN=1] * [PENG_SHT=1]	,315	,265	1,416	1	,234	1,370	,816	2,301
	[MAKANAN=1] * [PENG_SHT=2]	-.823	,638	1,665	1	,197	,439	,126	1,533
	[MAKANAN=2] * [PENG_SHT=1]	,242	,230	1,112	1	,292	1,274	,812	1,999
	[MAKANAN=2] * [PENG_SHT=2]	,116	,245	,223	1	,637	1,123	,694	1,814
	[MAKANAN=3] * [PENG_SHT=1]	,102	,296	,119	1	,730	1,107	,620	1,977
	[MAKANAN=3] * [PENG_SHT=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.

a The reference category is: 3.

b This parameter is set to zero because it is redundant.

Lampiran 35

Hasil analisis : pengaruh jumlah ART terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
derajat kesehatan baduta	1	840	29,4
	2	372	13,0
	3	1642	57,5
Kelompok proporsi pengeluaran makanan	1	434	15,2
	2	1963	68,8
	3	457	16,0
kel prop pengeluaran kesehatan(berdsr mean)	1	1888	66,2
	2	966	33,8
jumlah art	1	1626	57,0
	2	1228	43,0
Valid		2854	100,0
Missing		0	
Total		2854	
Subpopulation		12	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	149,530			
Final	117,585	31,945	22	0,078

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0,011
Nagelkerke	0,013
McFadden	0,006

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	117,585(a)	0,000	0	.
MAKANAN * PENG_SHT	117,585(a)	0,000	0	.
MAKANAN * PENG_SHT * JART	138,406	20,821	12	0,053

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

Lampiran 35 (lanjutan...)

Parameter Estimates

derajat kesehatan baduta(a)	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
							Lower Bound	Upper Bound
1	Intercept	-.494	.211	5,457	1	.019		
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]	.126	.287	.194	1	.660	1,135	.647 1,991
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]	.206	.489	.178	1	.673	1,229	.471 3,205
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]	-.166	.234	.502	1	.479	.847	.536 1,340
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]	-.029	.243	.014	1	.904	.971	.603 1,563
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]	-.023	.310	.006	1	.940	.977	.532 1,794
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]* [JART=1]	-.119	.239	.247	1	.619	.888	.556 1,418
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]* [JART=1]	-1,099	.635	2,997	1	.083	.333	.096 1,156
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]* [JART=1]	-.020	.129	.023	1	.878	.980	.761 1,264
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]* [JART=1]	-.393	.176	5,002	1	.025	.675	.478 .953
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]* [JART=1]	-.641	.316	4,106	1	.043	.527	.283 .979
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]* [JART=1]	-.366	.296	1,526	1	.217	.693	.388 1,240

	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
2	Intercept	-1,369	,289	22,430	1	,000	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]	,373	,375	,990	1	,320	1,452	,696	3,029
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]	-1,115	1,080	1,066	1	,302	,328	,039	2,723
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]	,043	,316	,018	1	,893	1,044	,562	1,938
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]	-,066	,333	,039	1	,844	,937	,487	1,800
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]	-,385	,463	,691	1	,406	,681	,275	1,685
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]* [JART=1]	-,577	,317	3,321	1	,068	,562	,302	1,045
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]* [JART=1]	,000	1,275	,000	1	1,000	1,000	,082	12,164
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]* [JART=1]	-,160	,169	,897	1	,343	,852	,612	1,187
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]* [JART=1]	-,223	,239	,869	1	,351	,800	,500	1,279
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]* [JART=1]	,295	,438	,455	1	,500	1,344	,569	3,171
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]* [JART=1]	-,589	,433	1,854	1	,173	,555	,237	1,296
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]* [JART=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.

a The reference category is: 3.

b This parameter is set to zero because it is redundant.

Lampiran 36

Hasil analisis : pengaruh status kerja ibu terhadap derajat kesehatan baduta menurut karakteristik ekonomi rumah tangga

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
derajat kesehatan baduta	1	840	29,4
	2	372	13,0
	3	1642	57,5
kelompok proporsi pengeluaran makanan	1	434	15,2
	2	1963	68,8
	3	457	16,0
kel prop pengeluaran kesehatan(berdsr mean)	1	1888	66,2
	2	966	33,8
Bekerja	1	1931	67,7
	2	923	32,3
Valid		2854	100,0
Missing		0	
Total		2854	
Subpopulation		12	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	133,757			
Final	115,457	18,300	22	0,688

Pseudo R-Square

Cox and Snell	0,006
Nagelkerke	0,008
McFadden	0,003

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	115,457(a)	0,000	0	.
MAKANAN * PENG_SHT	115,457(a)	0,000	0	.
MAKANAN * PENG_SHT * BEKERJA	122,634	7,177	12	0,846

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

Lampiran 36 (lanjutan...)

Parameter Estimates

derajat kesehatan baduta(a)	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
							Lower Bound	Upper Bound
1	Intercept	-.606	,254	5,706	1	,017		
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]	,012	,326	,001	1	,970	1,012	,534 1,918
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]	-1,473	1,091	1,825	1	,177	,229	,027 1,943
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]	-.173	,276	,394	1	,530	,841	,489 1,445
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]	-.029	,305	,009	1	,925	,972	,534 1,768
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]	-.346	,357	,939	1	,333	,708	,352 1,424
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=1]	,214	,246	,759	1	,383	1,239	,765 2,006
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=1]	1,386	1,110	1,560	1	,212	4,000	,454 35,230
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=1]	,165	,134	1,501	1	,220	1,179	,906 1,534
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=1]	-.103	,198	,269	1	,604	,902	,612 1,330
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=1]	,141	,321	,193	1	,660	1,152	,614 2,161
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=1]	-.120	,312	,147	1	,701	,887	,481 1,635

2	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	Intercept	-1,992	,435	20,960	1	,000	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]	,560	,517	1,177	1	,278	1,751	,636	4,820
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]	-,087	1,146	,006	1	,940	,917	,097	8,671
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]	,599	,456	1,720	1	,190	1,820	,744	4,451
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]	,383	,499	,588	1	,443	1,467	,551	3,903
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]	,514	,533	,932	1	,334	1,673	,589	4,752
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=1]	,125	,336	,139	1	,709	1,133	,587	2,189
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=1]	-,560	1,289	,189	1	,664	,571	,046	7,143
	[MAKANAN=1]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=1]	-,041	,173	,055	1	,814	,960	,683	1,349
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=1]	,083	,281	,088	1	,766	1,087	,627	1,884
	[MAKANAN=2]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=1]	-,144	,411	,122	1	,727	,866	,387	1,940
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=1]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=1]	,456	,500	,830	1	,362	1,577	,592	4,203
	[MAKANAN=3]* [PENG_SHT=2]* [BEKERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.

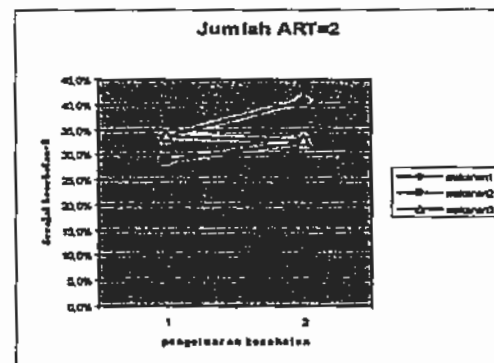
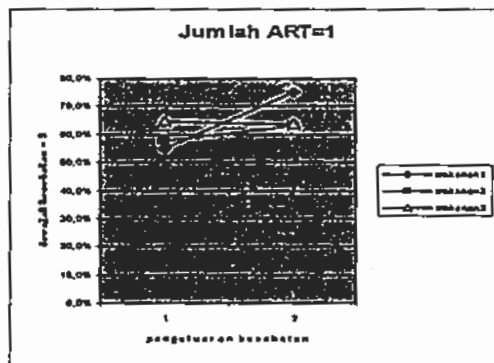
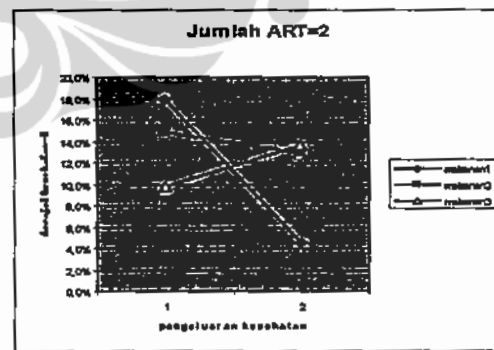
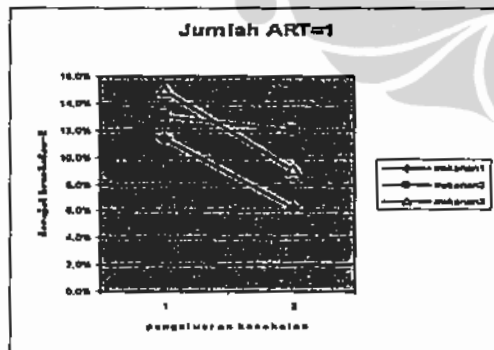
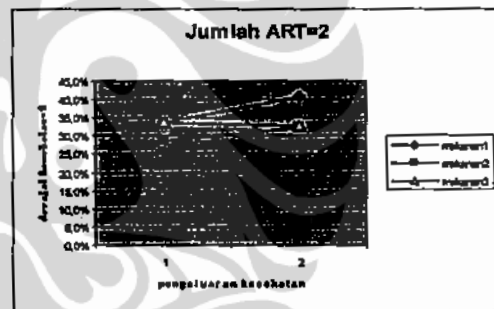
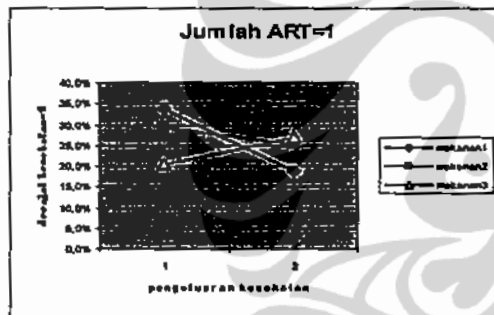
a The reference category is: 3.

b This parameter is set to zero because it is redundant.

Lampiran 37

Contoh Deskripsi Interaksi antar Variabel

					derajat kesehatan baduta					
					1		2		3	
					n	%	n	%	n	%
jumlah art	1	pengeluaran makanan	1 pengeluaran kesehatan	1	83	33,7	28	11,4	135	54,9
			2 pengeluaran kesehatan	2	6	18,8	2	6,3	24	75,0
			3 pengeluaran kesehatan	1	222	29,2	99	13,0	438	57,7
	2	pengeluaran makanan	1 pengeluaran kesehatan	2	84	25,1	40	12,0	210	62,9
			2 pengeluaran kesehatan	1	27	20,3	20	15,0	86	64,7
			3 pengeluaran kesehatan	2	33	27,0	11	9,0	78	63,9
			1 pengeluaran kesehatan	1	45	33,6	24	17,9	65	48,5
			2 pengeluaran kesehatan	2	9	40,9	1	4,5	12	54,5
			3 pengeluaran kesehatan	1	152	29,0	78	14,9	294	56,1
2	pengeluaran kesehatan	1	2	112	32,4	45	13,0	189	54,6	
		2	1	31	33,7	9	9,8	52	56,5	
		3	2	36	32,7	15	13,6	59	53,6	



Lampiran 37 (lanjutan...)

					derajat kesehatan baduta					
					1		2		3	
					n	%	n	%	n	%
pendidikan terakhir ibu (ijazah)	1 pernah diberi ASI	1 status kelengkapan imunisasi	1	24	41,4	8	13,8	26	44,8	
			2	2	20,0	3	30,0	5	50,0	
			3	9	28,1	5	15,6	18	56,3	
		2 status kelengkapan imunisasi	1	231	25,6	105	11,7	565	62,7	
			2	36	38,3	15	16,0	43	45,7	
			3	155	29,8	86	16,5	279	53,7	
	2 pernah diberi ASI	1 status kelengkapan imunisasi	1	3	21,4	3	21,4	8	57,1	
			2	0	0,0	1	100,0	0		
			3	2	18,2	2	18,2	7	63,6	
		2 status kelengkapan imunisasi	1	192	28,4	68	10,0	417	61,6	
			2	19	30,6	13	21,0	30	48,4	
			3	114	34,4	47	14,2	170	51,4	
3 pernah diberi ASI	1 status kelengkapan imunisasi	1	4	40,0	2	20,0	4	40,0		
		3	1	100,0	0		0			
		2 status kelengkapan imunisasi	1	27	32,5	9	10,8	47	56,6	
	2	1	25,0	0		3	75,0			
	3	20	44,4	5	11,1	20	44,4			

