

Tahun XXI No. 1
Juli 1997
ISSN 0216 - 9363

media GIZI & KELUARGA



JURUSAN GIZI MASYARAKAT DAN SUMBERDAYA KELUARGA
FAKULTAS PERTANIAN
INSTITUT PERTANIAN BOGOR

MEDIA GIZI DAN KELUARGA

Tahun XXI No. 1

Juli 1997

	Halaman
1. Mempelajari Pengaruh Antioksidan dari Berbagai Bumbu Masakan Tradisional terhadap Daya Awet Daging Olahan Fonny Lindawati, Faisal Anwar, dan Eddy Setyo Mudjajanto	1
2. Studi Aktivitas Fisik, Konsumsi Pangan dan Status Gizi Karyawan di Pabrik Tekstil Asnawati Nasution, M. Khumaedi, dan Dodik Briawan	9
3. Mempelajari Perubahan Kandungan Vitamin C Jeruk Setelah Dipanen Sampai Menjadi Juice Jeruk Sudjana Sibarani	15
4. Konsumsi dan Preferensi Bawang Merah Dodik Briawan	19
5. Persepsi Konsumen terhadap Klaim Minuman Suplemen Botol Yunita, Hardinsyah, Clara M. Koesharto, dan Dadang Sukandar	23
6. Mempelajari Kandungan Iodium Juice Rumput Laut (<i>Euchema cottonii</i>) Sebagai Alternatif Penanggulangan GAKI (Gangguan Akibat Kurang Iodium) Endang Rohmawati, Hidayat Syarieff, dan Sri Anna Marliyati	29
7. Pangan Sebagai Indikator Kemiskinan Ali Khomsan, Dadang Sukandar, Ujang Sumarwan, dan Dodik Briawan	34
8. Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Prestasi Belajar Siswa Sekolah Menengah Umum Yang Mondok dan Tidak Mondok (Studi Kasus di SMU Regina Pacis Bogor, Jawa Barat) Yuliatwati, Emmy S. Karsin, dan Euis Sunarti	40
9. Beberapa Faktor Yang Berhubungan Tingkat Morbiditas Balita di Daerah Pemukiman Kumuh dan Program Perbaikan Kampung Suryani, Ujang Sumarwan, dan Diah K. Pranadji	45
10. Pengaruh Pemberian "Cookies" Bekatul Dengan Pengemulsi Lesitin Kedelai terhadap Kadar Kolesterol Serum Darah Dibi Cahyaningdiah, Clara M. Koesharto, dan Hepi Hapsari	54
11. Studi Perilaku Petani Dalam Hubungannya Dengan Penggunaan Pestisida di Daerah Sentra Produksi Padi, Sayuran dan Bawang Merah (Studi Kasus di Kab. Indramayu dan Cianjur, Jawa Barat dan Kab. Brebes, Jawa Tengah) Eddy S. Mudjajanto, Sri Anna Marliyati, dan Abdul Munif	62

BEBERAPA FAKTOR YANG BERHUBUNGAN TINGKAT MORBIDITAS BALITA DI DAERAH PEMUKIMAN KUMUH DAN PROGRAM PERBAIKAN KAMPUNG

Suryani¹⁾, Ujang Sumarwan²⁾, Diah K. Pranadji²⁾

ABSTARCT. The purpose of this study was to analyze factors related to children's morbidity level. The data were obtained from 60 families randomly selected in two kelurahan in Jakarta Utara. The results of the study showed that father and mother's educational level were significantly related to children's morbidity level. In addition to educational level, family's environmental health was also significantly associated with children's morbidity level.

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Pada awal PJP II, penduduk yang tinggal di perkotaan berjumlah sekitar 30% yang tersebar di 11 kota metropolitan. Tahun 1994 kota Jakarta berpenduduk 8,8 juta jiwa dengan kepadatan tertinggi di Jakarta Pusat, terendah di Jakarta Utara, dan dengan tingkat urbanisasi yang sangat tinggi.

Tingkat urbanisasi yang tinggi menyebabkan timbulnya masalah kependudukan yang berkaitan dengan pemukiman. Tuntutan akan tempat tinggal menyebabkan munculnya pemukiman-pemukiman kumuh di kota Jakarta (Suparlan, 1992), yang dapat ditandai dengan: (1) fasilitas dan sarana umum yang tidak atau kurang memadai menurut ukuran pemukiman yang berlaku; (2) kondisi pemukiman, hunian, dan tata ruang pemukiman maupun hunian yang mengungkapkan kondisi kurang mampu atau miskin dari penghuninya; (3) adanya kepadatan volume dan frekuensi yang tinggi dalam penggunaan ruang di pemukiman dan hunian.

Sejak tahun 1969 pemerintah DKI Jakarta berusaha menangani masalah pemukiman kumuh. Pemerintah DKI Jakarta menerapkan Program Perbaikan Kampung yang dikenal dengan Program Muhamad Husni Thamrin (MHT) yang bertujuan (Koentjoro Jakti, 1980 dalam Hermayulis, 1990) untuk: (1) memenuhi kebutuhan pokok para penghuni kampung dengan menyediakan jalan gang, air minum bersih,

jamban umum, dan klinik; (2) mengadakan jenis jasa-jasa guna membantu yang miskin dan mereka yang sudah lama menderita karena kondisi yang tidak sehat; (3) memberikan sebanyak mungkin kesempatan kepada rakyat agar dapat mencapai sumber-sumber yang ada; (4) mengarahkan potensi penduduk agar mampu berusaha sendiri dan membantu kerjasama masyarakat.

Kualitas fisik dan mental seseorang dipengaruhi oleh lingkungannya. Kesehatan lingkungan yang buruk dapat mengakibatkan timbulnya berbagai macam penyakit, terutama pada anak balita. Secara umum diperkirakan bahwa kemiskinan, pendapatan yang rendah, gangguan gizi, tingkat buta huruf yang tinggi, keadaan sanitasi lingkungan yang buruk, infeksi dan penyakit yang bisa ditanggulangi dengan imunisasi, kondisi sosial ekonomi merupakan masalah yang berkaitan dengan ketahanan tubuh anak-anak di Indonesia (Muhilal, dkk., 1987).

Kesakitan merupakan masalah kesehatan yang penting terutama bagi anak-anak dibawah umur 5 tahun. Kesakitan lebih mencerminkan keadaan kesehatan yang sesungguhnya sebab mempunyai hubungan yang erat dengan faktor lingkungan seperti kemiskinan, kurang gizi, penyakit infeksi, perumahan, air minum yang sehat, kebersihan lingkungan dan pelayanan kesehatan (Tanuwidjaja & Idjradinata, 1985).

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat morbiditas anak balita (1 - 5

1) Alumni mahasiswa GMSK, IPB
2) Staf pengajar Jurusan GMSK, IPB

tahun) di daerah pemukiman kumuh dan daerah Program Perbaikan Kampung.

Kerangka Pemikiran

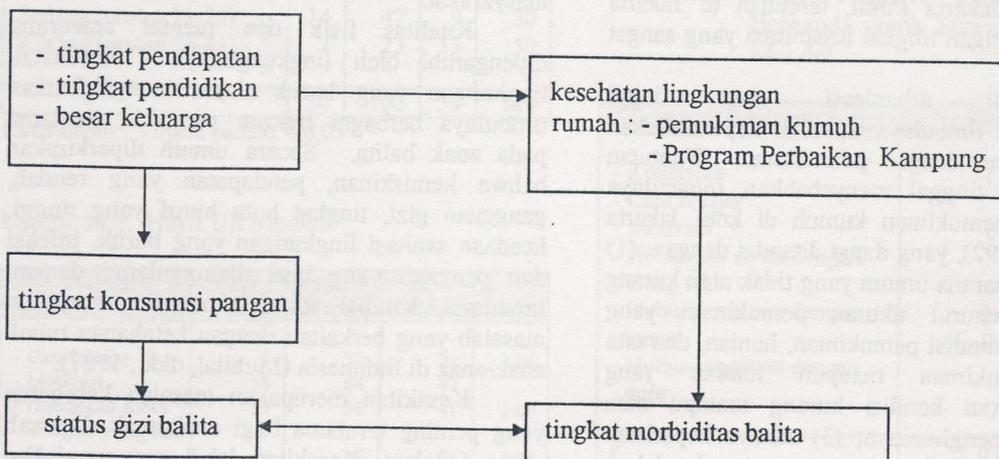
Laju pertumbuhan penduduk yang lebih cepat daripada tingkat pertumbuhan ekonomi menyebabkan timbulnya kemiskinan yang dapat dilihat dari tingkat pendapatannya. Tingkat pendapatan yang rendah mempengaruhi kemampuan untuk memperoleh pendidikan yang memadai dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi balita. Tingkat pendidikan yang rendah dapat menyebabkan pengetahuan tentang kesehatan lingkungan yang rendah pula, sehingga daya dukung lingkungan terhadap kegiatan penduduk menurun.

Lingkungan pemukiman kumuh yang tidak memenuhi syarat kesehatan ditandai dengan

buruknya sarana jalan, saluran air, kondisi rumah, pengelolaan sampah dan kotoran manusia menyebabkan penyakit dengan mudah terjangkau pada anak balita. Salah satu tindakan pemerintah dalam mengatasi masalah pemukiman kumuh adalah dengan Program Perbaikan Kampung. Hasil program ini adalah diperbaikinya sarana jalan, saluran air dan pembuangan sampah, sehingga lingkungan pemukiman sesuai dengan syarat kesehatan dan penyakit tidak dapat menular dengan mudah pada balita.

Dengan demikian dapat dibandingkan perbedaan yang ada antara faktor-faktor yang berkaitan dengan status gizi dan tingkat morbiditas anak balita dan dapat pula dilihat hubungan yang terdapat antara faktor-faktor tersebut di daerah pemukiman kumuh dan daerah Program Perbaikan Kampung. Hal ini dapat dilihat pada bagan berikut:

Gambar 1. Faktor-faktor yang Berkaitan dengan Status Gizi dan Tingkat Morbiditas



METODE PENELITIAN

Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kelurahan Kalibaru dan Kelurahan Lagoa, Kotamadya Jakarta Utara. Kelurahan-kelurahan tersebut dipilih sebagai lokasi penelitian karena Kelurahan Lagoa dapat mewakili daerah Program Perbaikan Kampung (selanjutnya disebut PPK) dan Kelurahan Kalibaru yang mewakili daerah pemukiman kumuh (selanjutnya disebut PK).

Cara Pemilihan Contoh

Sampel dipilih secara purposif (Singarimbun & Effendi, 1989, Koentjoroningrat, 1991), yaitu keluarga yang memiliki anak balita. Untuk daerah PK dipilih secara purposif, yaitu tiga RW yang mewakili keadaan geografis Kel. Kalibaru, yaitu satu RW mewakili daerah Utara (tepi laut), satu RW mewakili daerah Selatan (jalan besar), dan satu RW mewakili daerah Timur dan Barat. Dari masing-masing RW dipilih 10 keluarga secara acak berdasarkan kartu

keluarga dari kelurahan. Untuk daerah PPK, pemilihan dilakukan pada daerah yang telah selesai program perbaikannya 6 bulan sebelumnya, kemudian dipilih 30 keluarga secara acak.

Jenis dan Cara Pengambilan Data

Data primer yang dikumpulkan dari keluarga contoh yang terpilih meliputi identitas keluarga, pendidikan formal anggota keluarga, pendapatan keluarga, tingkat konsumsi pangan balita, kesehatan lingkungan rumah, berat badan balita dan data mengenai kesehatan balita. Pengumpulan data primer ini dilakukan dengan cara wawancara dan pengamatan langsung terhadap contoh dengan menggunakan daftar pertanyaan dan pencatatan.

Data tingkat morbiditas dikumpulkan dengan tabel berdasarkan ada tidaknya penyakit yang diderita, jenis, lama dan frekuensi sakit selama 6 bulan terakhir (Devi, 1988). Keadaan sakit ditentukan secara subyektif, yaitu berdasarkan keterangan ibu balita, bila ibu merasa balitanya sakit maka dianggap sakit (Budiarto, 1985).

Pengolahan dan Analisis Data

Data komponen-komponen kesehatan lingkungan diskor, yang meliputi: Kategori baik, apabila total skor kesehatan lingkungan ≥ 40 ; Kategori kurang, apabila total skor kesehatan lingkungan < 40 . Skor maksimum kesehatan lingkungan adalah 54 dan minimum 14.

Tingkat morbiditas dihitung berdasarkan ada atau tidaknya penyakit yang diderita, jenis, lama dan frekuensi sakit selama 6 bulan terakhir (Devi, 1988). Tingkat morbiditas dikategorikan tinggi jika skornya > 228 dan dikategorikan rendah jika skornya ≤ 228 . Skor 228 diperoleh dari median (Devi, 1988).

Untuk mengetahui hubungan antar variabel dilakukan analisis deskriptif dari hasil tabulasi dan analisis statistik dengan menggunakan uji Korelasi Rank-Spearman (Siegel, 1992). Untuk mengetahui perbedaan variabel-variabel antara dua kelompok dilakukan uji t-test.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Demografi

Pekerjaan Ayah dan Ibu Balita. Jumlah ibu balita di daerah PK yang bekerja sejumlah 6 orang (20%), sedangkan di PPK terdapat 1 orang (3,33%). Sebagian besar ibu, baik di daerah PK (80%) maupun di daerah PPK (96,67%) adalah ibu rumah tangga.

Jenis pekerjaan yang dilakukan oleh ayah di daerah PK sebagian besar adalah pedagang (33,3%) dan karyawan swasta/negeri/ABRI (33,3%). Sedangkan di daerah PPK, jenis pekerjaan yang paling banyak dilakukan adalah karyawan swasta/negeri/ABRI (43,3%) dan buruh kasar (36,75%).

Usia Balita. Usia balita berkisar antara 13 hingga 60 bulan dari 60 balita. Rata-rata usia balita adalah 33,9 bulan atau 2,8 tahun. Dengan perincian, balita di daerah PK rata-rata berusia 35,0 bulan atau 2,9 tahun, dan balita di daerah PPK rata-rata berusia 32,7 bulan atau 2,7 tahun.

Tingkat Pendapatan Keluarga. Rata-rata pendapatan keluarga di daerah PK adalah Rp. 59.091,43 per kapita per bulan. Rata-rata pendapatan keluarga di daerah PPK adalah Rp. 64.143,00 per kapita per bulan. Berdasarkan uji beda rata-rata, pendapatan keluarga dari daerah PK dan PPK tidak berbeda nyata secara statistik.

Jika dibandingkan dengan kriteria tingkat pendapatan BPS (1994) untuk daerah DKI Jakarta, rata-rata tingkat pendapatan keluarga daerah PK berada di bawah batas BPS (Rp. 62.948,00 per kapita per bulan). Sedangkan rata-rata tingkat pendapatan keluarga daerah PPK berada di atas batas tersebut.

Tingkat Pendidikan Ibu Balita. Sebagian besar ibu balita daerah PK memiliki tingkat pendidikan tamat SD (36,67%), sedangkan ibu balita daerah PPK memiliki tingkat pendidikan tamat SMA (46,67%). Rata-rata lama pendidikan ibu balita daerah PK adalah 6,2 tahun dan ibu balita Lagoa rata-rata 9,0 tahun.

Tingkat Pendidikan Ayah. Sebagian besar ayah balita daerah PK memiliki tingkat pendidikan tamat SMA (36,67%), demikian pula ayah balita daerah PPK sebagian besar memiliki tingkat pendidikan tamat SMA (50,00%). Rata-rata lama pendidikan ayah balita daerah PK

adalah 7,9 tahun dan ayah balita daerah PPK rata-rata 10,3 tahun.

Besar Keluarga. Rata-rata jumlah anggota keluarga balita daerah PK 4,9 jiwa. Sedangkan rata-rata jumlah anggota keluarga balita daerah PPK 4,2 jiwa.

Tingkat Morbiditas Balita

Tingkat morbiditas dihitung dan ditentukan kategorinya berdasarkan skor. Tingkat morbiditas balita di daerah PPK sebagian besar berkategori rendah (80%). Rata-rata skor tingkat morbiditas balita daerah PK adalah 244,0, lebih tinggi daripada skor balita PPK sebesar 170,6. Hal ini menunjukkan tingkat morbiditas balita PK lebih tinggi daripada PPK. Angka rata-rata ini berbeda nyata secara statistik pada $p < 0,01$ berdasarkan uji t-test. Hasil yang sama juga didapat berdasarkan uji pangkat Wilcoxon.

Tabel 1. Menjelaskan sebaran balita berdasarkan jenis penyakit. Jumlah balita daerah PK yang menderita penyakit infeksi saluran pernafasan atas (ISPA) lebih tinggi daripada balita PPK (93,33%). Demikian pula halnya dengan penyakit diare pada balita daerah PK sejumlah 50%.

Tabel 1. Sebaran Balita Berdasarkan Jenis Penyakit

Jenis Penyakit	PK		PPK	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Sariawan	11	36,7	10	33,3
Penyakit Kulit	8	26,7	3	10,0
Mata	4	13,3	1	3,3
Gigi	3	10,0	1	3,3
Cacar air	-	-	2	6,7
ISPA	28	93,3	26	86,7
Campak	1	3,3	1	3,3
Diare	15	50,0	10	33,3

Keterangan: Persentase diperoleh dari jumlah kasus penyakit yang terjadi selama enam bulan dari 30 balita.

Kesehatan Lingkungan.

Kesehatan lingkungan rumah ditentukan berdasarkan keadaan rumah yang meliputi jenis dinding rumah, lantai, atap, pengadaan jendela, ventilasi, pengelolaan sampah dan kotoran manusia. Jumlah keluarga dengan skor kesehatan lingkungan berkategori baik di daerah PK sebesar 70%, dan di daerah PPK sebesar 93,33%. Rata-rata skor kesehatan lingkungan rumah keluarga daerah PK adalah 43,4. Dan rata-rata skor kesehatan lingkungan rumah keluarga daerah PPK adalah 45,9. Secara statistik skor rata-rata kesehatan lingkungan PPK lebih tinggi daripada PK ($p < 0,1$). Hal ini menunjukkan kesehatan lingkungan di PPK lebih baik daripada di PK.

Tabel 2. Sebaran Keluarga Berdasarkan Kesehatan Lingkungan Rumah

Kesehatan Lingkungan Rumah	PK		PPK	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Baik	21	70,0	28	93,3
Kurang	9	30,0	2	6,7
Jumlah	30	100,0	30	100,0

Hubungan Antara Faktor-faktor yang Berkaitan dengan Tingkat Morbiditas

Hubungan antara Tingkat Pendapatan Keluarga dengan Tingkat Morbiditas. Pendapatan Keluarga tidak berhubungan nyata secara statistik dengan tingkat morbiditas balita ($p < 0,05$) baik di daerah PK maupun PPK. Demikian pula halnya dengan tabulasi silang, tidak menunjukkan adanya kecenderungan dengan semakin meningkatnya pendapatan keluarga, semakin rendah tingkat morbiditasnya baik di daerah PK maupun PPK (Tabel 3).

Tabel 3. Sebaran Balita berdasarkan Pendapatan per Kapita Keluarga dan Tingkat Morbiditas

Tingkat Morbiditas	Pendapatan Keluarga (Rp/Kap/Bln)								Total	
	< 62.948				≥ 62.948					
	PK		PPK		PK		PPK		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Rendah	10	52.6	14	77.7	5	45.0	10	83.3	39	60
Tinggi	9	47.3	4	21.3	6	55.0	2	16.7	21	40
Total	19	100.0	18	100.0	11	100.0	12	100.0	60	100.0

Hubungan antara Tingkat Pendidikan ayah dengan Tingkat Morbiditas Balita. Di daerah PK tingkat pendidikan ayah memiliki hubungan nyata secara statistik ($p < 0.05$) dengan tingkat morbiditas anak balita. Namun hubungan yang sama tidak ditemukan di daerah PPK. Uji Rank-Spearman menunjukkan bahwa terdapat

hubungan negatif antara kedua variabel tersebut di daerah PK. Semakin tinggi tingkat pendidikan ayah, akan semakin rendah tingkat morbiditas balita. Hal ini ditunjukkan pula oleh tabulasi silang (Tabel 4).

Tabel 4. Sebaran Balita berdasarkan Tingkat Pendidikan Ayah dan Tingkat Morbiditas

Tingkat Morbiditas	Lama Pendidikan Ayah										Total			
	0-6				7-9				> 10					
	PK		PPK		PK		PPK		PK		PPK		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Rendah	5	35.7	6	75.0	2	50.0	2	50.0	9	75.0	17	94.4	41	68.3
Tinggi	9	63.3	2	25.0	2	50.0	2	50.0	3	25.0	1	5.9	19	11.7
Total	14	100.0	8	100.0	4	100.0	4	100.0	12	100.0	18	100.0	60	100.0

Hubungan Antara Tingkat Pendidikan Ibu dengan Tingkat Morbiditas Balita. Tingkat pendidikan ibu secara statistik berhubungan nyata dengan tingkat morbiditas balita ($p < 0,05$) di daerah PK. Uji Rank-Spearman menunjukkan adanya hubungan negatif, yaitu semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, tingkat morbiditas akan

semakin rendah. Namun tidak ditemukan adanya hubungan yang nyata ($p < 0,05$) di daerah PPK. Dari tabulasi silang dapat dilihat adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, semakin rendah tingkat morbiditas balita di dua daerah penelitian (Tabel 5).

Tabel 5. Sebaran Balita berdasarkan Tingkat Pendidikan Ibu dan Tingkat Morbiditas.

Tingkat Morbiditas	Lama Pendidikan Ibu										Total			
	0-6				7-9				> 10					
	PK		PPK		PK		PPK		PK		PPK		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Rendah	9	45.0	7	63.6	3	50.0	4	100.0	4	100.0	14	93.3	41	68.3
Tinggi	11	55.0	4	36.7	3	50.0	-	-	-	-	1	6.7	19	31.7
Total	20	100.0	11	100.0	6	100.0	4	100.0	4	100.0	15	100.0	60	100.0

Hubungan Antara Besar Keluarga dengan Tingkat Morbiditas. Tidak ditemukan adanya hubungan yang nyata secara statistik antara besar keluarga dengan tingkat morbiditas ($p < 0,05$) di kedua daerah penelitian. Namun berdasarkan tabulasi silang terdapat kecenderungan pada

balita daerah PPK, tingkat morbiditas yang rendah lebih banyak ditemukan pada balita dengan anggota keluarga ≤ 4 (Tabel 6).

Tabel 6. Sebaran Balita berdasarkan Besar keluarga dan Tingkat Morbiditas.

Tingkat Morbiditas	Besar Keluarga								Total	
	≤ 4				> 4					
	PK		PPK		PK		PPK		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Rendah	8	53.3	19	82.6	8	53.3	5	71.4	40	67.0
Tinggi	7	46.7	4	17.3	7	46.7	2	28.6	20	33.0
Toral	15	100.0	23	100.0	15	100.0	7	100.0	60	100.0

Hubungan Antara Kesehatan Lingkungan Rumah dengan Tingkat Morbiditas. Uji Rank-Spearman menunjukkan adanya hubungan nyata secara statistik ($p < 0,05$) antara kesehatan lingkungan dengan tingkat morbiditas di daerah PK. Namun tidak ditemukan hubungan nyata di daerah PPK. Hubungan yang negatif di daerah

PK menunjukkan bahwa semakin baik kesehatan lingkungan balita, semakin rendah tingkat morbiditasnya. Tabulasi silang antara kedua variabel ini menunjukkan fenomena yang sama. Persentase balita dengan tingkat morbiditas rendah lebih banyak terdapat pada tingkat kesehatan lingkungan yang baik (Tabel 7).

Tabel 7. Sebaran Balita berdasarkan Kesehatan Lingkungan Rumah dan Tingkat Morbiditas.

Tingkat Morbiditas	Kesehatan Lingkungan								Total	
	Rendah				Tinggi					
	PK		PPK		PK		PPK		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Rendah	11	52.4	24	87.5	5	55.5	-	-	40	67.0
Tinggi	10	47.6	4	14.3	4	44.5	2	100.0	20	33.0
Toral	21	100.0	28	100.0	9	100.0	2	100.0	60	100.0

Hubungan antara Status Gizi dengan Tingkat Morbiditas. Tidak terdapat hubungan yang nyata secara statistik antara status gizi dengan tingkat morbiditas ($p < 0,05$) di daerah PK.

Namun ditemukan hubungan nyata di daerah PPK ($P < 0.05$). pada tabulasi silang tidak terdapat adanya kecenderungan status gizi yang baik terdapat pada tingkat morbiditas rendah (Tabel 8).

Tabel 8. Sebaran Balita berdasarkan Tingkat Morbiditas dan Status Gizi

Tingkat Morbiditas	Tingkat Morbiditas								Total	
	Rendah				Tinggi					
	PK		PPK		PK		PPK		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baik	4	25.0	8	33.3	6	42.8	5	83.3	23.2	38.0
Kurang	8	50.0	11	45.8	4	28.6	1	16.7	4	40.0
Buruk	4	25.0	5	20.7	4	28.6	-	-	13	22.0
Total	16	100.0	24	100.0	14	100.0	6	100.0	60	100.0

Di daerah PK tidak ditemukan hubungan yang nyata antara tingkat morbiditas balita dengan tingkat pendapatan keluarga dan besar keluarga. Dan ditemukan adanya hubungan nyata ($p > 0,05$) antara tingkat morbiditas dengan tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan ayah dan kesehatan lingkungan rumah.

Hasil penelitian tidak menemukan adanya hubungan yang nyata antara tingkat pendapatan keluarga dan besar keluarga dengan tingkat morbiditas balita daerah PK. Seperti halnya faktor-faktor yang berkaitan dengan status gizi, faktor-faktor tingkat pendapatan dan besar keluarga diduga memiliki hubungan yang tidak langsung dengan tingkat morbiditas (Hartati, 1992).

Hubungan yang negatif antara tingkat pendidikan ibu dan tingkat pendidikan ayah dengan tingkat morbiditas menunjukkan bahwa di daerah PK, tingkat pendidikan ibu dan ayah yang rendah menyebabkan tingginya tingkat morbiditas balita. Tingkat pendidikan orang tua yang rendah, menyebabkan pengetahuan mereka tentang kesehatan lingkungan dan penyakit lebih rendah. Penelitian Apsari (1989) menemukan bahwa tingkat pendidikan formal kepala keluarga dan tingkat pendidikan istri berpengaruh terhadap lingkungan rumah. Semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, semakin baik perawatan kesehatan anak balita.

Kesehatan lingkungan berhubungan nyata dengan tingkat morbiditas balita di daerah PK. Hal ini menunjukkan kesehatan lingkungan pemukiman kumuh yang buruk menyebabkan tingginya tingkat morbiditas balita. Kesehatan lingkungan yang buruk ini ditandai dengan kondisi sarana jalan, pembuangan sampah,

limbah keluarga serta kondisi rumah yang buruk pula. Sejumlah 73,3% keluarga membuang sampah di laut, 10,0% keluarga tidak memiliki dan menggunakan kamar mandi, dan sejumlah 26,7% tidak memiliki dan menggunakan jamban. Disamping itu masih terdapat rumah dengan lantai tanah (13,3%) dan tidak memiliki jendela (3,33%).

Keluarga yang tidak memiliki dan menggunakan jamban melakukan aktivitasnya di luar rumah. Dengan demikian hampir seluruh limbah keluarga baik padat maupun cair yang berasal dari aktivitas manusia dan rumah tangga dibuang ke laut. Hal ini akan menjadikan lingkungan sebagai tempat berkembang biaknya bibit penyakit, yang secara langsung (dari udara, makanan dan air minum) maupun secara tidak langsung (melalui vektor) dapat menularkan penyakit dengan mudah (Hartati, 1992).

Tanuwidjaja dan Idjradinata (1985) menyebutkan bahwa angka kesakitan mempunyai hubungan erat dengan faktor lingkungan seperti perumahan, air minum yang sehat dan kebersihan lingkungan. Gizi kurang dan infeksi dapat bermula dari kemiskinan dan lingkungan yang tidak sehat dengan sanitasi yang buruk (Chandra, 1977 : Whitehead, 1981 dalam Alisjahbana, 1985).

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang nyata secara statistik antara tingkat morbiditas dengan tingkat pendapatan keluarga, tingkat pendidikan ibu, tingkat pendidikan ayah dan besar keluarga daerah PPK. Variabel-variabel ini diduga memiliki hubungan tidak langsung dengan tingkat morbiditas balita (Hartati, 1992).

Tingkat morbiditas balita daerah PPK tidak berhubungan nyata secara statistik dengan kesehatan lingkungan rumah. Hal ini menunjukkan tingkat morbiditas balita daerah PPK yang rendah tidak berhubungan nyata dengan baiknya kesehatan lingkungan rumah. Diduga terdapat variabel lain yang lebih berhubungan dengan tingkat morbiditas balita di daerah PPK, dalam hal ini status gizi balita. Tanuwidjaja dan Idrjawinata (1985) angka kesakitan lebih mencerminkan keadaan kesehatan yang sesungguhnya sebab mempunyai hubungan yang erat dengan faktor lingkungan seperti kemiskinan, kurang gizi, penyakit infeksi, perumahan, air minum yang sehat, kebersihan lingkungan dan pelayanan kesehatan.

KESIMPULAN

Responden yang berada di daerah Program Perbaikan Kampung memiliki tingkat pendidikan, kesehatan lingkungan, dan tingkat morbiditas balita serta tingkat konsumsi dan status gizi balita yang lebih baik dari responden yang tinggal di daerah Pemukiman Kumuh.

Di daerah Pemukiman Kumuh, hasil penelitian menunjukkan bahwa ibu dan ayah yang berpendidikan lebih baik cenderung memiliki balita yang semakin sehat atau memiliki tingkat morbiditas yang lebih rendah. Demikian pula keluarga yang memiliki kesehatan lingkungan yang lebih baik, memiliki balita yang lebih sehat.

Hasil penelitian ini memberikan implikasi pentingnya pendidikan ibu dan ayah untuk meningkatkan kualitas kesehatan anggota keluarga. Walaupun secara formal kedua orangtua tidak lagi bersekolah namun mereka masih bisa memperoleh kesempatan untuk mendapatkan pendidikan tidak formal. Melalui pendidikan tidak formal inilah seperti, penyuluhan dan kursus, para orangtua dapat meningkatkan pengetahuannya. Para orangtua juga harus didorong agar mau meningkatkan pengetahuan gizi dan kesehatan melalui berbagai media, seperti membaca sendiri, mendengarkan radio, meupun berbagai bentuk lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alisjahbana, A. 1985. Gizi Kurang dan Infeksi. Dalam Kardjati, Alisjahbana dan Kusin (eds.), Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita (hal 32 - 42). Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.
- Apsari, A.M. 1989. Pengaruh Aspek Sosial Ekonomi terhadap Lingkungan Rumah, Perawatan Kesehatan dan Status Gizi Anak Balita. Skripsi yang tidak dipublikasikan, Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian, IPB, Bogor.
- BPS. 1994. Penyempurnaan Metode Desa Tertinggal.
- Budiarto, E. 1985. Pengantar Statistik Kesehatan. Penerbit Alumnus, Bandung.
- Devi, N. 1988. Tingkat morbiditas dan Status Gizi Anak Balita di Desa Cimandala, Kec. Kedung Halang, Kab. Bogor, Jawa Barat. Skripsi yang tidak dipublikasikan, Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian, IPB, Bogor.
- Hartati, Y. 1992. Ruang Lingkup Epidemiologi Penyakit Gizi. Diktat yang tidak dipublikasikan, Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Fakultas Pertanian, IPB, Bogor.
- Hermayulis. 1990. Usaha Pemerintah dan Peran Serta LSM dalam Pengelolaan Pemukiman Kumuh dan Liar di DKI Jakarta. Jurnal.
- Muhilal, Siagian., U.L. Sudirman, H.I. Idrus, J., Iman, S., Djoko, K., & Sandjaja. 1987. Pemantapan Upaya Perbaikan Gizi Menuju Peningkatan Kualitas Hidup. Prosiding Kursus penyegar Ilmu Gizi dan Kongres VII Persagi 25 - 27 November 1986, Jakarta.

- Singarimbun, M., dan Effendi, S. 1989. Metode Penelitian Survei. Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial, Jakarta.
- Siegel, S. 1992. Statistik Nonparametrik untuk Ilmu-ilmu Sosial (Z. Suyuti dan L. Simatupang, penerjemah). Gramedia, Jakarta.
- Steel, R.G.D dan Torrie, J. 1989. Prinsip dan Prosedur Statistika. Gramedia, Jakarta.
- Suparlan, P. Kehidupan Orang Miskin : kasus di Jakarta. Majalah Pangan, Juli 1992, hal 49 - 61.
- Tanuwidjaya, S. dan Idjradinata, P. 1985. Pola Penyakit dan Kematian Anak Balita di 20 Rumah Sakit di Jawa Barat. Dalam Kardjati, Alisjahbana dan Kusin (eds.), Aspek Kesehatan dan Gizi Anak Balita (hal 32 - 42). Yayasan Obor Indonesia, Jakarta.