



SEMNAS PAGI 2013

ISBN 978-979-95951-8-8

PROSIDING B
SIMPOSIUM PENELITIAN TERKINI PANGAN DAN GIZI
**BIDANG GIZI MASYARAKAT
DAN KEBIJAKAN PANGAN**

27 Juni 2013, Balai Kartini-Jakarta

Editor :
Dodik Briawan
Hardinsyah



Diterbitkan .

PERGIZI PANGAN INDONESIA

Prosiding B
Simposium Penelitian Terkini Pangan dan Gizi
Bidang Gizi Masyarakat dan Kebijakan Pangan
Copyright © 2013, PERGIZI PANGAN Indonesia

Pertama kali diterbitkan dalam bahasa Indonesia
Oleh Penerbit PERGIZI PANGAN Indonesia, Desember 2013
Dicetak oleh : IPB Press

Editor : Dodik Briawan dan Hardinsyah
Desain Sampul : Ramona Jayana

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian
Atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit

Cara merujuk artikel dalam prosiding ini :

(Nama). 2013. (Judul Artikel). Dalam Briawan D dan Hardinsyah (eds). Prosiding B Simposium Penelitian Terkini Pangan dan Gizi Bidang Gizi Masyarakat dan Kebijakan Pangan. Hlm ?-?. 27 Juni 2013. PERGIZI PANGAN Indonesia. Jakarta.

iv + 340 halaman.,
ISBN : 978-979-95951-8-8

DAFTAR ISI

Ringkasan.....	i
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi.....	v
I. Masalah dan Determinan/Hubungan Gizi dan Kesehatan	
1. Faktor Risiko <i>Stunting</i> pada Anak Balita 12—59 Bulan di Wilayah Puskesmas Tamamaung Makassar	
<i>Asry Dwi Muqni, Veni Hadju, Nurhaedar Jafar</i>	1
2. Analisis Determinan dan Pengaruh <i>Stunting</i> Terhadap Prestasi Belajar Anak Sekolah di Kupang Dan Sumba Timur, NTT	
<i>Intje Picauly dan Sarcy M. Toi</i>	11
3. Beban Kerja dan Stres Ibu Bekerja, Kaitannya dengan Status Gizi Balita	
<i>Fita Diana Puspita dan Lailatul Muniroh</i>	23
4. Penurunan Balita Kurus dan Pendek dengan Program Mitra Gizi (Pendampingan Keluarga) Balita di Kota Surabaya	
<i>Andriyanto, Annas Buanasita, Luki Mundiastuti, Kartika, Dhenok Widari</i>	33
5. Aspek Gizi dan Kesehatan Santri yang Memiliki dan Tidak Memiliki Poskestren	
<i>Lailatul Muniroh dan Muji Sulistyowati</i>	47
6. Perbedaan Persepsi dan Asupan Protein dan Zat Besi Pada Anak Anemia dan Non-Anemia Umur 1—3 Tahun di Kota Surakarta	
<i>Yanti Ernalina, Hamam Hadi, Retna Siwi Padmawati</i>	59
7. Hubungan Antara Status GAKY dan Status Anemia dengan Kesegaran Jasmani pada Anak Sekolah Dasar di Daerah Endemik GAKY	
<i>Yhona Paratmanitya, Toto Sudargo, Nur Hidayat</i>	71
8. Hubungan Kebiasaan Makan dengan Kadar Glukosa dan Hemoglobin Darah Serta Pengaruhnya Terhadap Aktivitas Anak Jalanan di Kota Medan	
<i>Ginta Siahāan, Fauzi Romeli dan Oslida Martony</i>	83
9. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Mengonsumsi Tablet Besi - Folat Selama Kehamilan	
<i>Wiradnyani LAW, Khusun H dan Achadi EA</i>	99
10. Faktor Risiko Kegemukan pada Wanita Dewasa Indonesia	
<i>Rian Diana, Indah Yuliana, Ghaida Yasmin, Hardinsyah</i>	113

11. Analisis Kesehatan Istri pada Rumah Tangga Sangat Miskin dalam Kerangka Acuan Program Keluarga Harapan di Kota Kupang Provinsi Nusa Tenggara Timur <i>A. Iskandar</i>	123
12. Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular dan Hubungan Dengan Skor Kualitas Diet dan Status Sosial Ekonomi <i>Nurul Muslihah, AS Zakaria dan Wulandary</i>	133
II. Intervensi atau Pengaruh Gizi dan Kesehatan	
13. Kemampuan Ibu Bekerja Memberikan Asupan Makanan Anak 6—59 Bulan Sesuai Konsep Keberagaman Jenis dan Faktor yang Berhubungan: Analisis Data SDKI 2007 <i>Aria Kekalih, Judhiastuty Februhartanty, Anuraj Shankar</i>	143
14. Kualitas Diet dan Hubungan dengan Pengetahuan Gizi, Status Gizi, dan Status Sosial Ekonomi <i>Nurul Muslihah, Sri Winarsih, Soemardini, AS Zakaria dan Zainudiin</i>	153
15. Analisis Konsumsi Buah dan Sayur pada Wanita Indonesia <i>Zaini Muharram dan Hardinsyah</i>	163
16. Konsumsi Sayuran dan Ikan Terhadap Status Gizi dan Kesehatan Anak Balita di Wilayah Lingkar Kampus Unnes Gunungpati Semarang <i>Sus Widayani</i>	173
17. Analisis Perilaku Gizi Seimbang pada Remaja Berbasis Gender <i>Esi Emilia dan Meuthia Fadila</i>	189
18. Pengaruh Intervensi Terintegrasi dalam Meningkatkan Konsumsi Sayuran bagi Ibu Hamil Etnis Madura <i>Annis Catur Adi, Triska Susila N., Pulung Siswantara, Setya Pranata, Edy Herry P.</i>	197
19. Pengaruh Intervensi Pendidikan Gizi Seimbang dan Tumbuh Kembang terhadap Kualitas Anak Usia Dini di Kota Bogor <i>Evy Damayanthi, Lilik Kustiyah, Cesilia M. Dwiriani dan Neti Hernawati</i>	209
20. Kebiasaan Sarapan sebagai Faktor Protektif Obesitas pada Orang Dewasa <i>Andi Imam Arundhana, A Razak Thaha dan Nurhaedar Jafar</i>	221
21. Aktivitas, Media, dan Karakter Tokoh Favorit dalam Pengembangan Pendidikan Gizi bagi Anak Sekolah <i>Hardinsyah, Muhammad Aries, Cesilia Meti Dwiriani, Faika Dwiyanti dan Cyndy Au</i>	229

**ANALISIS KESEHATAN ISTRI PADA RUMAH TANGGA SANGAT MISKIN DALAM KERANGKA
ACUAN PROGRAM KELUARGA HARAPAN DI KOTA KUPANG PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR**
(Health Analysis on Wife Very Poor Households in Terms of Reference in the City of Hope Family
Program at Kupang City East Nusa Tenggara Province)

A.Iskandar^{1*}

¹Fakultas Ilmu Sosial, Ilmu Politik dan Ilmu Komunikasi, Universitas Djuanda Bogor

ABSTRAK

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui frekuensi ibu memeriksa kehamilan selama hamil, setelah melahirkan dan memeriksa bayi di fasilitas kesehatan. Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, sedangkan teknik pengambilan subjek adalah gugus bertahap dua atau lebih. Data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Hasil penelitian menunjukkan sebesar 71.4% mengatakan tidak tahu tentang konsumsi Fe, sebanyak 1.4% belum pernah memeriksa kehamilan, sedangkan 15.7% memeriksa kehamilan namun tidak sesuai dengan anjuran, dan 14.3% mengatakan memeriksa kehamilan sesuai anjuran. Dilain pihak, 12.9% mengatakan belum pernah mengonsumsi Fe. Sebanyak 38.6% ibu melahirkan ditolong oleh Bidan, sedangkan 10.0% ditolong oleh dukun bayi dan 2.9% ditolong oleh dokter. Sementara itu, 20.0% pernah periksa setelah melahirkan namun tidak sesuai anjuran, dan hanya 14.2% yang sesuai anjuran serta 5.7% belum pernah memeriksa setelah melahirkan. Banyak keluarga yang tidak memeriksa bayi pada rentang usia 0—28 hari sebanyak 61.1%, 0—1 bulan sebanyak 69.0% tidak imunisasi, Hepatitis, BCG dan Polio, bayi berumur 2—3 bulan sebanyak 61.4% tidak imunisasi, BCG, dan Polio, usia 4—5 bulan sebanyak 61.1% tidak imunisasi, BCG, Hepatitis, dan Polio, usia 6—8 bulan sebanyak 63.5% tidak imunisasi, BCG, polio, dan hepatitis, usia 6—8 bulan sebanyak 63.5% tidak imunisasi, hepatitis, BCG dan Polio, usia 9—12 bulan sebanyak 59.7% tidak imunisasi, hepatitis, BCG dan polio, usia 12—59 bulan tidak melakukan imunisasi tambahan, dan usia 5—6 tahun sebanyak 45.7% tidak melakukan penimbangan. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang erat antara pendidikan dengan pendapatan ($r=0.38$).

Kata kunci: bayi, kehamilan, kesehatan, rumahtangga

PENDAHULUAN

Kemiskinan merupakan fenomena sosial, tidak hanya di negara-negara berkembang, tetapi juga negara-negara maju. Fenomena ini telah menjadi perhatian global pada konferensi tingkat tinggi dunia yang berhasil menggelar Deklarasi dan Program Aksi untuk pembangunan sosial di Copenhagen tahun 1995. Kemiskinan didefinisikan sebagai ketidakmampuan orang untuk memenuhi kebutuhan ekonomi, sosial dan standar kebutuhan yang lain (Herbert, 2001). Adapun penyebab kemiskinan dapat dikelompokkan atas dua hal yaitu (1) faktor alamiah: kondisi lingkungan yang miskin, ilmu pengetahuan yang tidak memadai, adanya bencana alam dan lain-lain, (2) faktor non alamiah: akibat kesalahan kebijakan ekonomi, korupsi, kondisi politik yang tidak stabil, kesalahan pengelolaan sumber daya alam (Lubis 2006)

Berdasarkan UUD 1945 pasal 34 ayat 1, keluarga miskin merupakan tanggung jawab negara. Bentuk tanggung jawab tersebut terlihat dari peran berbagai institusi mengadakan penanggulangan sesuai bidangnya seperti Program Kesejahteraan Sosial Kelompok Usaha Bersama Keluarga Muda Mandiri (Departemen Sosial), Takesra, Kukesra (BKKBN), dan lain-lain. Akibat krisis ekonomi tahun

*Penulis korespondensi : abu1958@yahoo.com

1997-1998 jumlah penduduk miskin meningkat sangat tajam menjadi 49.50 juta (24.23%) pada tahun 1998, bahkan Bank Dunia (2006) mengatakan hampir 50% penduduk Indonesia berada di bawah garis kemiskinan, yaitu berpendapatan kurang 2 dollar AS/kapita/hari. Sementara itu, BPS (2006) melaporkan pada Maret 2006 ada 39.05 juta (17.8%) penduduk Indonesia hidup di bawah garis kemiskinan, lebih tinggi dari tahun 2005 yaitu 35.10 juta (16%).

Banyak faktor yang berkaitan dengan masih tingginya jumlah penduduk miskin, diantaranya adalah kenaikan harga bahan bakar minyak (BBM) yang diakibatkan oleh kebijakan pengurangan subsidi BBM. Selain itu, program peningkatan kesejahteraan yang dilakukan pada awal terjadinya krisis, lebih bernuansa untuk mencegah terjadi penurunan kesejahteraan yang lebih buruk (*safety net program*) (Ibrahim 2007). Prioritas program jaring pengaman sosial (JPS) adalah (1) peningkatan ketahanan pangan (*food security*), (2) penciptaan lapangan kerja produktif (*employment creation*), (3) pengembangan usaha kecil dan menengah (*small and medium enterprises*), dan (4) perlindungan sosial masyarakat dalam pelayanan dasar khususnya kesehatan dan pendidikan (*social protection*). Kondisi di atas, membutuhkan bantuan/perhatian *stakeholders* (pemerintah, pengusaha dan LSM). Salah satu program pemerintah yang menanggulangi rumahtangga miskin saat ini adalah Program Keluarga Harapan (PKH). PKH di Indonesia dirancang untuk membantu penduduk miskin kluster terbawah berupa bantuan bersyarat. Program ini diharapkan berkesinambungan setidaknya sampai tahun 2015 dan mampu berkontribusi untuk percepatan Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals* atau MDGs). Setidaknya ada lima komponen MDGs yang didukung melalui PKH yaitu pengurangan penduduk miskin ekstrim dan kelaparan, pencapaian pendidikan dasar, kesetaraan gender, pengurangan angka kematian bayi dan balita, dan pengurangan kematian ibu melahirkan.

Dalam penelitian ini, penulis mencoba mengidentifikasi status kesehatan isteri untuk menentukan indikator Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) dalam kerangka acuan Program Keluarga Harapan (PKH). Status kesehatan isteri dimaksud adalah apakah isteri sedang hamil, sedang menyusui (nifas), atau sedang tidak hamil. Sebab, salah satu persyaratan untuk mendapat bantuan dari Program Keluarga Harapan adalah memenuhi satu atau lebih kriteria yaitu: memiliki ibu hamil/nifas, anak balita atau anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan SD, anak usia SD dan SLTP dan anak usia 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar (Pedoman Umum PKH 2007). Sesuai topik kajian maka ibu hamil/nifas menjadi inti pembicaraan dalam tulisan ini. Alasan pemilihan fokus kajian ini adalah bahwa angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih relatif tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga yaitu 307 per 100 000 kelahiran hidup. Rendahnya status kesehatan ibu ini akan berdampak bukan hanya pada kesehatan ibu, tetapi juga secara langsung terhadap kesehatan janin/bayi, terutama pada minggu pertama kehidupannya. Dengan demikian, upaya peningkatan kesehatan anak harus diintegrasikan dengan upaya peningkatan kesehatan ibu. Hasil survey tahun 2003 menunjukkan bahwa angka kematian bayi pada kelompok termiskin adalah 61 dibanding dengan 17 per 1000 kelahiran hidup pada kelompok terkaya.

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka dapat dirumuskan beberapa masalah sebagai berikut: pertama, apakah ibu memeriksa kehamilan selama hamil di fasilitas kesehatan (RS,

Puskesmas, Posyandu, dan lain-lain)? kedua, apakah ibu memeriksa setelah melahirkan di fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas, Posyandu, dan lain-lain)? ketiga, sejauhmana ibu memeriksa bayi di fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas, Posyandu, dan lain-lain)?

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka tujuan penelitian ini adalah ingin mengetahui ibu memeriksa kehamilan selama hamil di fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas, Posyandu, dan lain-lain); ingin mengetahui ibu memeriksa setelah melahirkan di fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas, Posyandu, dan lain-lain); mendeskripsikan ibu memeriksa bayi di fasilitas kesehatan (RS, Puskesmas, Posyandu, dan lain-lain).

METODE

Desain penelitian ini adalah *cross sectional*, sedangkan lokasi penelitian di Kota Kupang, NTT. Penelitian dilakukan bulan Desember 2012. Contoh dalam penelitian sebesar 70 contoh yang terdistribusi pada tiap kelurahan yang dilakukan secara proporsional (*Proportional Stratified Random Sampling*). Untuk memperoleh subjek Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM), maka dilakukan verifikasi di kelurahan. Hasil pendataan RTSM dapat dilihat pada Tabel 1

Tabel 1. Hasil pendataan RTSM tahun 2011

Kecamatan	Kelurahan	Status Kesejahteraan	
		Data Kelurahan	Verifikasi Peneliti
Kotaraja	Naikoten I	18	18
	Naikoten II	17	17
Alak	Namosain	17	17
	Alak	18	18
	Total		70

Berdasarkan teori penarikan contoh bahwa bila semua kemungkinan contoh acak berukuran n diambil tanpa pemulihan dari suatu populasi terhingga berukuran N yang mempunyai nilai tengah (*median*) dan standar deviasi maka sebaran penarikan contoh bagi nilai tengah contoh rata-rata (*mean*) akan menghampiri sebaran normal dengan nilai tengah dan standar deviasi. Dalil ini dapat mendekati kebenaran kalau hasil pengukuran yang ditunjukkan oleh variabel independent mendekati normal. Pentingnya dalil ini terutama untuk membuat simpulan mengenai estimator dari subjek yang menurut dalil pusat (*central limit theorem*) mengikuti atau mendekati fungsi normal, apabila sampel cukup besar yaitu kalau n menuju tak terhingga. Dalil ini dalam prakteknya sudah berlaku kalau $n > 30$, sebab dalam keadaan seperti ini nilai dari Tabel t untuk α tertentu akan mendekati nilai dari tabel normal (Supranto 2000).

Data Primer yaitu data yang diperoleh dari subjek. Data Sekunder yaitu data yang diperoleh melalui berbagai sumber yang relevansi. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah observasi yaitu pengamatan tentang apa yang akan diamati, kapan dan dimana tempatnya. Wawancara terstruktur yaitu pengumpulan data berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis yang alternatif jawabannya telah disiapkan. Kuesioner (angket) yaitu teknik pengumpulan data melalui seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada subjek untuk dijawabnya. Dokumentasi

adalah catatan yang sudah berlalu (catatan harian, sejarah kehidupan, ceritera, biografi, dan lain-lain).

Analisis data dalam penelitian adalah analisis kualitatif. Analisis kualitatif ditempuh dengan menerapkan teknik analisis isi (*content analysis*) melalui langkah-langkah sebagai berikut: reduksi data, *display* data, dan penarikan simpulan/verifikasi secara bersamaan (Miles dan Huberman dalam Iskandar 2007). Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data "kasar" yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Selanjutnya penyajian data sebagai sekumpulan informasi tentang data yang telah direduksi untuk memberi kemungkinan adanya penarikan simpulan dan pengambilan tindakan. Penyajian data yang digunakan adalah dalam bentuk *teks naratif* yang di dukung dengan penyajian-penyajian dalam bentuk: tabel, matriks, grafik, dan bagan.

Cara analisis ini pada dasarnya akan dilakukan sejak peneliti berada di lapangan dan mengadakan klasifikasi atas kecenderungan data dari catatan lapangan tersebut. terutama bila didapatkan dari kajian teori tertentu berhubungan dengan temuan tematik tertentu, maka peneliti membuat kemungkinan elaborasi konseptual atas kecenderungan data yang ada tersebut. Kasus-kasus temuan tematik digabungkan satu dengan yang lain, kemudian dibuat dalam bentuk ringkasan data, yaitu usaha membuat sintesis atas apa yang diketahui dari data sebagai cara menarik simpulan yang di teliti secara kualitatif.

Selain analisa kualitatif, digunakan juga analisis *statistik inferensial (statistik probabilitas)* yaitu teknik statistik yang digunakan untuk menganalisis data subjek dan hasilnya diberlakukan untuk populasi

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan 1.4% belum pernah memeriksa kehamilan, sedangkan 15.7% memeriksa kehamilan namun tidak sesuai anjuran dari pihak kesehatan. Sementara itu, 14.3% mengatakan memeriksa kehamilan sesuai anjuran pihak kesehatan, dan 68.6% mengatakan tidak hamil.

Hasil penelitian menunjukkan 5.7% belum pernah memeriksa setelah kelahiran, sedangkan 20.0% memeriksa setelah kelahiran namun tidak sesuai anjuran dari pihak kesehatan. Sementara itu, 14.2% mengatakan memeriksa kelahiran sesuai anjuran pihak kesehatan, dan 60.0% mengatakan tidak tahu. Di lain pihak, 10.0% ibu melahirkan dotolong oleh Dukun Bayi, sebanyak 38.6% ibu melahirkan ditolong oleh Bidan, 2.9% ditolong oleh dokter, dan 48.5% melahirkan di rumah tanpa bantuan petugas kesehatan.

Banyak keluarga yang tidak memeriksa bayi pada rentang usia 0-28 hari sebanyak 61.1%, sebanyak 19.4% memeriksa bayi sesuai anjuran petugas kesehatan, sebanyak 11.1% memeriksa bayi tapi tidak sesuai anjuran, dan sebanyak 8.3% belum pernah memeriksa bayi di fasilitas kesehatan.

Masih banyak ibu-ibu yang tidak tahu (68.6 %) tidak hamil sehingga tidak memeriksa kehamilan, sedangkan 71.4% mengatakan tidak tahu tentang konsumsi Fe. Mestinya ibu penerima PKH yang hamil mempunyai kewajiban memeriksa kehamilan minimal 4 kali yaitu K1 di Trimester I, K2 di Trimester II, K3 dan K4 di Trimester III selama masa kehamilan. Hasil penelitian menunjukkan

bahwa 1.4% belum pernah memeriksa kehamilan. Ini artinya bahwa contoh yang bersangkutan belum memahami kewajiban sebagai ibu penerima PKH, sedangkan 15.7% memeriksa kehamilan namun tidak sesuai dengan anjuran dari pihak kesehatan, Adapun hasil pemeriksaan kehamilan dan konsumsi Fe seperti terlihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Pemeriksaan kehamilan dan konsumsi tablet besi

No	Komponen	Keterlibatan	Jumlah	%
1	Pemeriksaan Kehamilan	Belum Pernah	1	1.4
		Pernah Tapi Tidak Sesuai Anjuran	11	15.7
		Sesuai Anjuran	10	14.3
		Tidak Hamil	48	68.6
Total			70	100.0
2	Konsumsi FE	Belum Pernah	9	12.9
		Pernah Tapi Tidak Sesuai Anjuran	3	4.3
		Sesuai Anjuran	8	11.4
		Tidak Hamil	50	71.4
Total			70	100.0

Sementara itu, sebanyak 14.3% mengatakan memeriksa kehamilan sesuai anjuran pihak kesehatan. Dilain pihak, untuk konsumsi tablet Fe, 12.9% mengatakan belum pernah mengkonsumsi FE, hal ini disebabkan oleh ketidakpahaman tentang apa itu Fe, karena ketika petugas menjelaskan simbol Fe, tidak mengikuti bahasa-bahasa standar yang mudah dipahami oleh contoh, sekalipun ada yang pernah mengkonsumsi tapi tidak sesuai anjuran, dan ada yang memang memahami apa itu Fe sehingga mereka dapat mengkonsumsi FE karena mereka mengerti manfaat dari Fe.

Selanjutnya untuk ibu selama kehamilan, menyusui dan setelah melahirkan perlu pemeriksaan ke Puskesmas, harus teratur sehingga kesehatan ibu selama hamil dan sesudah melahirkan tetap terjaga. Selain pemeriksaan kesehatan ibu hamil dan ibu nifas, bayi wajib diperiksa. Dampak dari kekurangan gizi pada ibu hamil adalah anak lahir dengan dengan berat badan rendah, ibu mengalami pendarahan, dan akibat-akibat lain yang sering kali membahayakan kesehatan bayi. Bayi yang kurang gizi selama di kandungan pada umumnya mengalami hambatan pertumbuhan, khususnya pertumbuhan volume otak. Anak yang mengalami keadaan demikian biasanya mempunyai tingkat kecerdasan yang rendah dan perkembangan mental, sosialisasi dan kepekaan terhadap rangsangan yang lambat. Adapun indikator kesehatan ibu hamil dan setelah melahirkan (nifas) dapat dilihat pada Tabel 3 dibawah ini.

Tabel 3. Indikator kesehatan ibu hamil dan setelah melahirkan (nifas)

No	Indikator	Cakupan	
1	Kunjungan ibu hamil		
		K1	Periksa usia kehamilan 3 bulan I
		K2	Periksa usia kehamilan 3 bulan II
		K3	Periksa usia kehamilan 1 kali pada 1.5 bulan terakhir

No	Indikator K4	Cakupan
2	Konsumsi Tablet Fe Ibu Hamil	Periksa usia kehamilan 1 kali pada 1,5 bulan terakhir
3	Penolong Persalinan	Setiap kali periksa kehamilan diberikan tablet Fe
4	Kunjungan Ibu Nifas	Petugas kesehatan
	KF1	Periksa kesehatan pada minggu I setelah melahirkan
	KF2	Periksa kesehatan pada minggu IV setelah melahirkan
	KF3	Periksa kesehatan pada minggu VI setelah melahirkan

Pada umumnya ibu hamil yang cukup konsumsi pangan dan gizi sebelum hamil kurang mengalami masalah yang berarti selama kehamilan. Konsumsi pangan dan gizi yang mencukupi kebutuhan serta diiringi dengan latihan fisik ringan memberi dampak yang baik pada ibu hamil. Selama masa menyusui konsumsi pangan yang tidak mencukupi kebutuhan menyebabkan ASI yang dihasilkan sangat rendah kuantitasnya, apalagi bila cadangan makanan untuk produksi ASI yang ditimbun selama masa kehamilan tidak mencukupi atau hanya mencukupi untuk beberapa waktu saja. Adapun indikator dan cakupan kesehatan anak balita seperti pada Tabel 4.

Tabel 4. Indikator kesehatan anak balita

No	Indikator	Cakupan
1	Pemeriksaan anak usia 0-28 hari	Pemeriksaan I Pemeriksaan II Pemeriksaan III
2	Imunisasi Anak usia 0-11 bulan	Diimunisasi BCG DPT1 DPT2 DPT3 POLIO1 POLIO2 POLIO3 POLIO4 HEPATITIS1 HEPATITIS2 HEPATITIS3 CAMPAC Penimbangan berat badan tiap bulan
3	Anak usia 6-11 bulan	Pemberian Vitamin A minimal 2 kali setahun yaitu Februari dan Agustus

No	Indikator	Cakupan
4	Anak usia 12-59 bulan	Imunisasi tambahan dan ditimbang berat badan tiap 3 bulan
5	Anak usia 5-6 tahun	Ditimbang berat badan tiap 3 bulan

Sebanyak 48.5% ibu melahirkan dirumah tanpa bantuan petugas kesehatan, sedangkan 5.7% mengatakan bahwa belum pernah periksa setelah melahirkan. Secara lengkap dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Pemeriksaan setelah melahirkan

No	Komponen	Keterlibatan	Jumlah	%
1	Penolong Persalinan	Dukun Bayi/Paraji	7	10.0
		Bidan	27	38.6
		Dokter	2	2.9
		Melahirkan Tanpa Bantuan Petugas	34	48.5
Total			70	100.0
2	Pemeriksaan Setelah Kelahiran	Belum Pernah	4	5.7
		Pernah Tapi Tidak Sesuai Anjuran	14	20.0
		Sesuai Anjuran	10	14.2
		Tidak Tahu	42	60.0
Total			70	100.0

Banyak keluarga yang tidak memeriksa bayi pada rentang usia 0-28 hari sebanyak 61.1%, 0-1 bulan sebanyak 69.0% tidak imunisasi, Hepatitis, BCG dan Polio, bayi berumur 2-3 bulan sebanyak 61.4% tidak imunisasi, BCG, dan polio, usia 4-5 bulan sebanyak 61.1 % tidak imunisasi, BCG, Hepatitis dan Polio, usia 6-8 bulan sebanyak 63.5 % tidak imunisasi, BCG, Polio, dan hepatitis, usia 6-8 bulan sebanyak 63.5% tidak imunisasi, hepatitis, BCG dan Polio, usia 9-12 bulan sebanyak 59.7% tidak imunisasi, hepatitis, BCG dan Polio, usia 12-59 bulan tidak melakukan imunisasi tambahan, dan usia 5-6 tahun sebanyak 45.7% tidak melakukan penimbangan. Secara lengkap dapat dilihat pada Tabel 6.

Tabel 6. Pemeriksaan bayi

No	Umur/Komponen	Keterlibatan	Jumlah	%
1	0-28 hari	Belum Pernah	6	8.3
		Pernah Tapi Tdk Sesuai Anjuran	8	11.1
		Sesuai Anjuran	14	19.4
		Tidak Periksa	44	61.1
		Total	70	100.0
2	0-1 bulan	Belum Pernah Imunisasi	1	1.4
		Tidak Lengkap Imunisasi	7	9.7
		Lengkap Diberi Imunisasi	20	28.6
		Tidak Tahu	42	69.0
		Total	70	100.0

No	Umur/Komponen	Keterlibatan	Jumlah	%
3	2-3 bulan	Belum Pernah	1	1.4
		Pernah Tapi Tidak Lengkap	4	5.7
		Pernah dan Lengkap	22	31.4
		Tidak Tahu	43	61.4
		Total	70	100.0
4	4-5 bulan	Belum Pernah	1	1.4
		Pernah Tapi Tidak Lengkap	3	4.2
		Pernah dan Lengkap	22	31.4
		Tidak Tahu	44	61.1
		Total	70	100.0
5	6-8 bulan	Belum Pernah	1	1.4
		Tidak Lengkap Diberi Imunisasi	2	2.8
		Lengkap Diberi Imunisasi	22	31.4
		Tidak Tahu	45	62.5
		Total	70	100.0
6	9-12 bulan	Belum Pernah	1	1.4
		Tidak Lengkap Diberi Imunisasi	1	1.4
		Lengkap Diberi Imunisasi	25	35.7
		Tidak Tahu	43	59.7
		Total	70	100.0
7	Imunisasi Tanbahan Bayi Usia 12-59 bln	Belum Pernah	1	1.4
		Pernah Tapi Tidak Rutin	1	1.4
		Rutin Setiap Tahun	34	48.6
		Tidak Tahu	36	50.0
		Total	70	100.0
8	Penimbangan Bayi Usia 12-59 bulan	Belum Pernah Diberi Vitamin A	1	1.4
		Pemberian satu kali	4	5.6
		Pemberian Lebih Dari Satu Kali	28	49.0
		Tidak Tahu	37	51.4
		Total	70	100.0
9	Usia 5-6 tahun	Tidak pernah timbang	15	19.2
		Tidak Rutin Setiap Tiga Bulan Sekali	2	2.8
		Rutin Setiap Tiga Bulan Sekali	23	32.8
		Tidak Tahu	32	45.7
		Total	70	100.0

Pendidikan pada hakekatnya adalah suatu proses mengubah sikap dan perilaku melalui ilmu pengetahuan sehingga menjadi individu atau manusia yang bertingkah laku yang diharapkan oleh masyarakat. Oleh karena itulah pendidikan juga disebut sosialisasi atau pewarisan nilai-nilai sosial budaya kepada generasi penerus. Jadi sosialisasi merupakan upaya transformasi nilai-nilai sosial budaya dari satu generasi ke generasi berikut sehingga diharapkan bertingkah laku seperti generasi pertama atau generasi yang akan datang. Dalam penelitian ini peneliti mencoba mengkorelasikan pendidikan isteri dengan Rumahtangga Sangat Miskin melalui analisis korelasi.

Angka koefisien korelasi adalah 0.376, artinya hubungan antara pendidikan dengan pendapatan sangat erat. Koefisien korelasi bertanda positif (+), artinya hubungan antara pendidikan dengan pendapatan searah sehingga jika pendidikan semakin rendah maka tingkat pendapatan semakin rendah pula. Tanda (**) menunjukkan bahwa koefisien korelasi tersebut signifikan pada taraf kepercayaan 99%.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Sebagian besar ibu mengatakan tidak tahu tentang konsumsi Fe, sebagian kecil mengatakan belum pernah memeriksa kehamilan, dan sebagian kecil memeriksa kehamilan namun tidak sesuai dengan anjuran dan sebagian kecil mengatakan memeriksa kehamilan sesuai anjuran. Dilain pihak, untuk konsumsi Fe, banyak yang mengatakan belum pernah mengkonsumsi Fe; Sebagian besar ibu melahirkan ditolong oleh Bidan, dan sebagian kecil ditolong oleh Dukun Bayi dan dokter. Sementara itu, sebagian kecil pernah periksa setelah melahirkan namun tidak sesuai anjuran, dan sebagian kecil mengatakan sesuai anjuran serta sebagian kecil pula mengatakan belum pernah periksa setelah melahirkan.

Banyak keluarga yang tidak memeriksa bayi pada rentang usia 0-12 bulan tidak imunisasi, Hepatitis, BCG dan Polio, dan pada rentang usia 12-59 bulan tidak melakukan imunisasi tambahan, dan pada rentang usia 5-6 tahun tidak melakukan penimbangan.

Saran

Perlu sosialisasi yang intensif pada ibu rumahtangga agar mereka secara dini mengkonsumsi gizi secara baik dan intensif ketika pertama kali terjadi pembuahan, karena kecerdasan intelektual dibentuk mulai janin bukan setelah melahirkan; Perlu sosialisasi secara *sustainable* pada usia bayi sampai remaja karena rentang usia seperti ini (0-18) sangat menentukan pertumbuhan fisik dan kecerdasan intelektual.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik, 2006. Tingkat Kemiskinan di Indonesia. <http://www.bps.go.id>
Bank Dunia 2006. Kemiskinan Bank Dunia dan Revitalisasi Pertanian. <http://www.kompas.com>
Herbert P. 2001. *The DAC Guidelines Poverty Reduction*
Ibrahim H. 2007. Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Kesejahteraan Keluarga di Kabupaten Lembata. Tesis Magister (S2) Program Studi Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga, Bogor
Lubis Z. 2006. Penanggulangan Kemiskinan. <http://www.waspada.co.id>
Pedoman Umum Program Keluarga Harapan (PKH) 2007. Direktorat Jaminan Kesejahteraan Sosial Direktorat Jenderal Bantuan dan Jaminan Sosial Departemen Sosial RI. Jakarta
Sugiyono. 2009. Statistik untuk Penelitian. Alfabeta, Bandung
Supranto J. 2000. Teknik Sampling untuk Survei dan Eksperimen. Rineka Cipta. Jakarta