



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:
  - a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
  - b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.
2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

## **HUBUNGAN ANTARA PDRB DAN KEMISKINAN TERHADAP PREVALENSI GIZI BURUK DI INDONESIA**

**SKRIPSI**



**HIDAYATI SISKA  
0810512093**

**JURUSAN ILMU EKONOMI  
FAKULTAS EKONOMI  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG 2012**

**LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI**

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : **HIDAYATI SISKKA**  
No Bp : 0810512093  
Jenjang Pendidikan : SI (Strata Satu)  
Jurusan : Ilmu Ekonomi  
Konsentrasi : Ekonomi Sumber Daya Manusia  
Judul Skripsi : **HUBUNGAN ANTARA PDRB DAN KEMISKINAN TERHADAP  
PREVALENSI GIZI BURUK DI INDONESIA**

Telah diuji dan disetujui skripsinya melalui seminar hasil skripsi pada 27 Juli 2012.

Padang, September 2012  
Pembimbing

  
**Drs. Azamril Basir**  
NIP. 195203211980031001

Mengetahui,

**Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi**

  
**Prof. Dr. H. Firwan Tan, SE, M.Ec. DEA. Ing.**  
NIP. 130 812 952

**Kepala Program Studi S1  
Ilm Ekonomi**

  
**Febriandi Prima Putra, SE, M.Si**  
NIP. 197702062005011001



# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya."  
(Qs Albaqarah: 286)

"*Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan maka apabila kamu telah selesai (dari satu urusan), kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan yang lain), dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap*"  
(Q.S Alam Nasyrat : 6 - 8)

"*Dan jika kamu menghitung nikmat Allah niscaya kamu tidak dapat menghitung jumlahnya. Sesungguhnya Allah benar-benar Maha Pengampun lagi Maha Penyayang*" (Q.S An-Nahl : 18)

"Sebaik-baik manusia diantaramu adalah yang paling banyak manfaat bagi orang lain"  
H.R. Bukhari

"Orang yang berjiwa besar memiliki dua hati, satu hati menangis dan yang satu lagi bersabar"  
(Kahlil Gibran), karena "Dalam hari selalu ada kemungkinan, dalam hari pasti ada kesempatan" (Iwan Fals)

Alhamdulillah Alhamdulillah Alhamdulillah YA Allah, atas kasih dan sayang-Mu hamba dapat menyelesaikan studi ini. Tiada kata yang bisa ku ucap selain rasa syukur dan terima kasih yang teramat dalam kepada-Mu Ya Rabb yang selalu membuK'an jalan terbaik untuk hamba-Mu ini. Dan terima kasih yang setulusnya kepada Keluarga dan semua pihak yang membantu penyelesaian skripsi ini.

Saat orang lain berkata 'tidak mungkin' tentang kehidupan kita, disanalah kita berdiri memulai hari dengan keyakinan hati yang menguatkan raga.

*Dengan Keagungan-Mu Yaa Allah*

*Puji syukurku pada-Mu Yaa Allah, Engkau t'lah menganugerahiku  
Tuk meraih suatu cita  
Tapi ini bukanlah akhir dari perjuangan, Engkaulah penolong dalam hidupku*

Teruntuk:

Ibundaku, Warnida dan Almarhum ayahku Tercinta Nurman, yang tak henti melantunkan kata-kata terindah dalam do'a yang akan selalu menguatkan hati ini, dan didikan serta pelajaran yang berharga yang telah diberikan selama hidup beliau, serta bapak Amran (Am Kurnia) dan ibu Masni (Bapak dan Tante ku) yang telah memberikan dorongan materi maupun semangat dalam hidupku serta Adik dan K'akku Fikri, Ni Yosi, dan nofri tersayang yang selalu menjadi penyemangatku. Kalian adalah motivator terbesar dalam hidup ini, tanpa kalian aku tak berarti.

Keluarga besar ku tercinta, Makwo & Pakwo, Mak Jai & Tek Dah, MakWo & Pakwo Gunuang, Uncu & Amai Yen. Serta saudara-saudari ku Tersayang, Ni Rika & Da Pili, Da Jang & K' Ade, Da Riki & Ni Eka, Bang ulya & K' Eni (selamat buat penganten baru atas pernikahannya, semoga jadi keluarga yang sakinah, mawaddah dan warrahmah), Il (Botax), NIa, Ilid, Ni Reni & Da Zul, Ni anti & Da Men, Da Anton & K' Depi, Abang Peri, Da Ari,



dan keluargaku yang tak dapat disebut satu persatu. Terima kasih atas kasih sayang yang tulus yang telah mengiringi langkahku selama ini.

Bapak Abdul Khaliq dan K' Betty Uspri yang sudah memberiku Banyak Masukan Dan Pelajaran Hidup. Serta jajaran jurusan ilmu ekonomi, pak PP, buk nini, pak Suryadi (Pak RR), Pak Edi, Ninel, Buk sam, yang sudah sangat baik terhadap Penulis.

Sahabat-sahabat dan Kawan-kawanku di IE '08, Gigie "Ndut", Lisso, Nenek Melly, Jeng Mumuy, Uci Akma, Eel "Miz B", Indah, Tita, Risna, Eyi, Iqo "K'ek Tua", Rury, Lina, Icha, Uci Int, Zuhri "Uncit", Agung (Kawan Malala salamo di IE), Ivan, Sri Int, Nani, Sonya, Rizka, Elsa, Besti, Angga, Egi "fregong", jailani, Alip, Amaik dani, amaik fadlan, Santi, Uje, Amhe, Ipat, bg Aji Roma, Rudi, Rudini, Ilop, ejak, Agan, Camas, Ca am, Iros, Ipit, Ayu, Yuni, Ade, Eka, Miftah, Kuliman, Yano, Mocha, Sigit, Vandra, Oski, Budep, Gafur, Markus, Ragil, Zeko, Riki, Viona, ilel, fifi, Tika, Azi, tika Int, Dilla "kuding", Ranof "kwan sa PA", mulya, dan teman-teman seperjuangan yang tidak dapat disebut satu persatu lagi. I'll miss you all guys. Sukses dan berjaya untuk kita semua, Amin.

Senior '06, '07, B'Anes, B'Rizki, B'DJ, B'Rezy, B'Loro, B'Dayat, B'Hajal, B'Adi, B'Rio, B'Farid, Uni Hesti (blo Wak Pai Main liek Stay?), Da Cs, B'Raju, K' Rizka, K' Eek, K' Keke, B'Wery, terimakasih untuk bantuan-bantuan yang telah diberikan serta Junior-junior '09 Jamila, Reni, Ira, Eni, Gebi, Yulli, Fani, Fini DLL, '10, '11, '12,..... dan seterusnya, semoga cepat wisuda.

Senior Pojok BEI UNAND, B'arief (semoga cpek lulus WMI yo Bang), B'Early, B'oom, B'Edo, B'Rezzy (ajak-ajaklah Kalua Nagari Bang), B'Fariz (klo ke Jakarta numpang Lagi ya bang), K' Desi, K' faznil, K' Eek, K' Tai, K' Vinda, K' Rani, B'Alka, B'isan, B'afif, B'Rizal, K' Indah, K' Ina, K' Rizda, K' Fia, K' Dew, K' Eka, dan teman-teman seperjuangan pojokers, RIant Lisano "Pak p' dirut", Indah 'dirdiv PSDM', MUrtini 'Dirdiv Humas', Bj 'dirdiv Litbang', Tutik, Tejonk "Teja AP, Lara, Dedek, Wijai, Eka, Aan, Rosa, Marsyal, Ronal, Vauzan, Vivil, serta adik-adik junior pojokers Afdal Syarif "Mapres 2012", Narti, Vio, Vera, IJa, MOnic, Tia, Anggi, Chichi, Ilham "ketua forlantas Sumbar", dan Viktor, Renra, Reza, Taufik, Dori " Klo lah jadi Idol Jan lupu ak' ndak", serta adik-adik penerus Pejuang pojokers yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Sobat-sobatku di SMK, Smart (iim, ayu, ria, titi), Viorelis (desi, risna, madam, iil), Teletabis (Imel, Weni, Nia, Liza), F4 (Ari, Adit, Eri, Ofan) serta teman teman lain yang telah berjuang bersama selama tiga tahun di Lokal B1.

Sahabat-sahabatku KKN Koto VIII Mudiak, Nana, Ronal, Fuad, dan limau sundai Bang angga, Inof, Ningsih, ULya. Terimakasih untuk kebersamaan dan kekeluargaan yang erat, meskipun dalam waktu yang singkat.

Sobat-sobatku di IMPPAL Buat B'Iday, B' Oji, Ike, Dilla, Ratna, DIo dan teman teman yang tak dapat disebutkan satu persatu

Sobat SD Dan SMP Ku, Si Kembar (Dina Dini), Dewi, Dede, Bibi, Wirda, Nisa, Mona, Niken, Liza, Lisa, Heru, Roni, Imal, Ira Dan Lain-Lainnya

Dan untuk semua pihak yang sangat berperan dalam menyelesaikan Studi ini.

Kenangan indah tercipta karena kita berharga. Suatu saat nanti kita akan bertemu lagi dan bercerita tentang masa-masa ini dengan canda tawa yang menghibur jiwa.

With Love,

Hidayati Siska, SE



## LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa skripsi dengan judul :

### **HUBUNGAN ANTARA PDRB DAN KEMISKINAN TERHADAP PREVALENSI GIZI BURUK DI INDONESIA**

Merupakan hasil karya saya sendiri dan tidak terdapat sebagian atau keseluruhan dari tulisan yang memuat kalimat, ide, gagasan atau pendapat yang berasal dari sumber lain tanpa memberikan pengakuan pada penulis aslinya. Adapun bagian-bagian yang bersumber dari karya orang lain telah mencantumkan sumbernya sesuai norma, etika dan kaidah penulisan ilmiah. Apabila dikemukakan hari ditemukan plagiat dalam skripsi ini, saya bersedia menerima sanksi pencabutan gelar akademik yang telah diperoleh.

Padang, 27 September 2012



HIDAYATI SISK  
0810512093

UNTUK KEDJAJAAN BANGSA



No. Alumni Universitas

HIDAYATI SISKKA

No. Alumni Fakultas

**BIODATA**

a). Tempat/Tgl lahir: Padang Luar, 03 Juli 1990 b). Nama Orang Tua: Nurman (Alm) dan Warnida c). Fakultas: Ekonomi d). Jurusan: Ilmu Ekonomi e). No.Bp: 0810512093 f). Tgl Lulus: 27 Juli 2012 g). Predikat Lulus: Sangat Memuaskan h). IPK: 3, i). Lama Studi: 3 tahun 10 bulan j). Alamat Orang Tua: Padang Luar III Koto Kec. Rambatan Kab. Tanah Datar.

**HUBUNGAN ANTARA PDRB DAN KEMISKINAN TERHADAP PREVALENSI GIZI BURUK DI INDONESIA**

Skripsi Oleh: **Hidayati Siska**

Pembimbing: **Drs. Azamril Basir**

**Abstrak**

Penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan antara PDRB perkapita dan tingkat kemiskinan terhadap prevalensi gizi buruk di Indonesia. Penelitian ini menggunakan data sekunder dengan analisis regresi berganda. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa hubungan yang terbentuk antara PDRB Perkapita terhadap prevalensi gizi buruk berhubungan negatif. Hubungan antara kemiskinan terhadap prevalensi gizi buruk berhubungan positif dan mempengaruhi secara signifikan pada tingkat kesalahan 5%. Berdasarkan hal ini, maka sangat diperlukan upaya pengentasan kemiskinan. Untuk meningkatkan pendapatan masyarakat guna memperbaiki prevalensi gizi buruk yang terjadi sebagai investasi *Human Capital*.

**Keywords:** Gizi Buruk, Kemiskinan, PDRB perkapita.

Skripsi ini telah dipertahankan didepan sidang penguji dan dinyatakan lulus pada 27 Juli 2012

Abstrak telah disetujui oleh pembimbing dan penguji :

Tanda Tangan	1.	2.	3.
Nama Terang	Drs. Azamril Basir	Dra. Ernani Husni, ME	Abdul Khaliq, SE, MA

Mengetahui,  
Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi :

Prof.Dr.H. FIRWAN TAN, SE, M.Ec.DEA.Ing  
NIP.130 812 952

Tanda Tangan

Alumnus telah mendaftar ke Fakultas/ Universitas Andalas dan mendapat nomor Alumnus :

	Petugas Fakultas / Universitas Andalas	
No. Alumni Fakultas:	Nama:	TandaTangan:
No. Alumni Universitas:	Nama:	TandaTangan:

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “HUBUNGAN ANTARA PDRB DAN KEMISKINAN TERHADAP PREVALENSI GIZI BURUK DI INDONESIA”. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Sarjana Ekonomi Jurusan Ilmu Ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Andalas.

Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari tahap awal sampai pada tahap akhir penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini :

1. Bapak Prof.Dr.Tafdil Husni, SE,MBA selaku Dekan Fakultas Ekonomi, Universitas Andalas;
2. Bapak Prof.Dr.H. Firwan Tan, SE, M.Ec. DEA.Ing selaku Ketua Jurusan Ilmu Ekonomi dan Dra.Leli Sumarni MS, M.Si selaku Sekretaris Jurusan yang telah memfasilitasi dari tahap penulisan proposal hingga pelaksanaan ujian skripsi;



3. Bapak Drs. Azamril Basir selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penulisan skripsi ini;
4. Dra. Erniati Husni, ME dan Abdul Khaliq, SE, MA yang telah berkenan sebagai tim penguji skripsi ini;
5. Kepala Biro Pusat Statistik Sumatera Barat yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
6. Orang tua dan keluarga penulis yang telah memberikan bantuan dukungan materil dan moral; dan
7. Rekan-rekan seangkatan, sahabat dan semua pihak yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini. Penulis terbuka terhadap kritik dan saran demi penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu.

Padang, September 2012  
Penulis



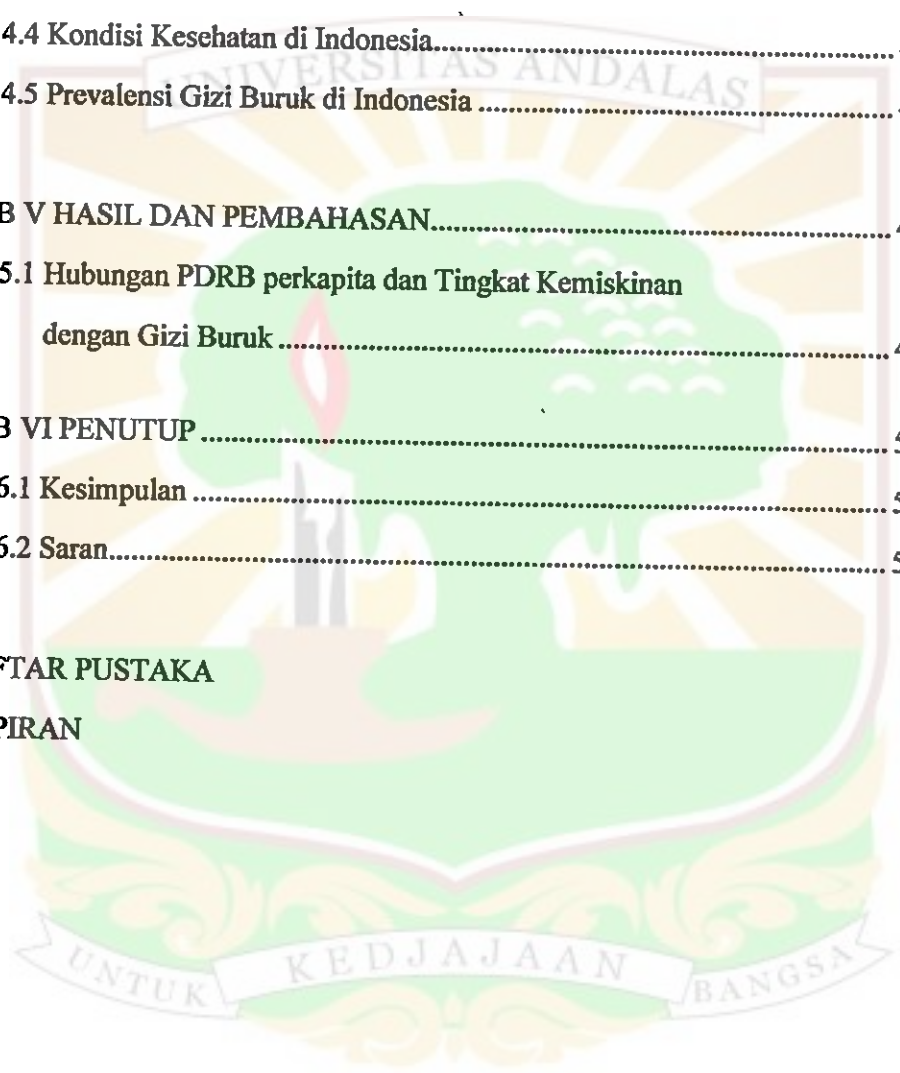
## DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI .....	i
LEMBAR PERNYATAAN .....	ii
ABSTRAK .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR .....	vii
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
1.5 Ruang Lingkup Penelitian.....	4
1.6 Sistematika Penulisan .....	4
<b>BAB II LANDASAN TEORI DAN TINJAUAN LITERATUR .....</b>	<b>6</b>
2.1 Kajian Teori .....	6
2.1.1 Teori Human Capital .....	6
2.1.2 Kemiskinan.....	9
2.1.3 Pendapatan Daerah .....	18
2.1.4 Gizi .....	21
2.1.5 Penelitian Terdahulu.....	33
2.2 Hipotesis Penelitian.....	35
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>36</b>
3.1 Sumber Data.....	36
3.2 Metode Analisis Data.....	36

3.2.1 Analisis Regresi .....	37
3.2.2 Pengujian Koefisien Persamaan Regresi.....	39
<b>BAB IV GAMBARAN UMUM PENELITIAN.....</b>	<b>41</b>
4.1 Gambaran Umum Daerah Penelitian .....	41
4.2 Keadaan Penduduk.....	42
4.3 Penyakit Terbanyak di Indonesia.....	44
4.4 Kondisi Kesehatan di Indonesia.....	45
4.5 Prevalensi Gizi Buruk di Indonesia .....	47
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>49</b>
5.1 Hubungan PDRB perkapita dan Tingkat Kemiskinan dengan Gizi Buruk .....	49
<b>BAB VI PENUTUP .....</b>	<b>53</b>
6.1 Kesimpulan .....	53
6.2 Saran.....	53

**DAFTAR PUSTAKA**

**LMPIRAN**



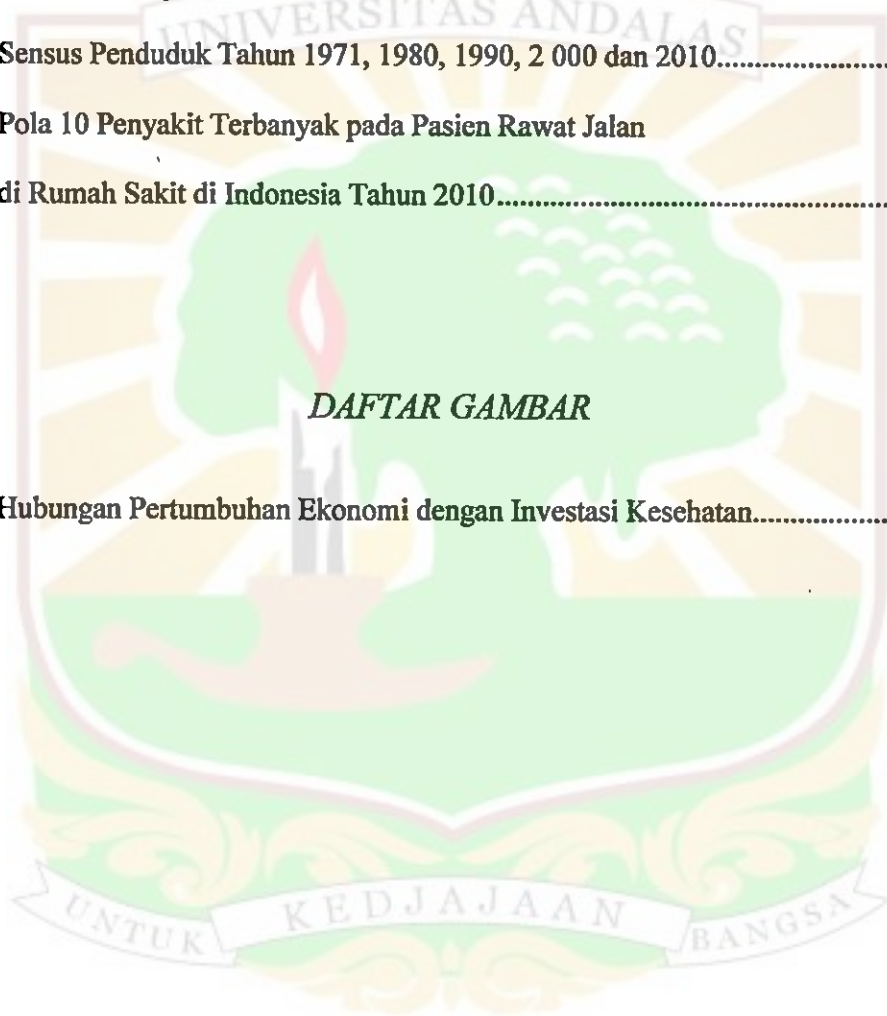


## DAFTAR TABEL

2.1 Indikator Klasifikasi Gizi Balita .....	30
2.2 Klasifikasi Status Gizi Balita .....	31
2.3 Kategori Interpretasi Status Gizi Berdasarkan Tiga Indeks (BB/U,TB/U, BB/TB Standart Baku Antropometri WHO-NCHS .....	31
4.1 Jumlah dan laju Pertumbuhan Penduduk Indonesia Berdasarkan Sensus Penduduk Tahun 1971, 1980, 1990, 2 000 dan 2010.....	43
4.2 Pola 10 Penyakit Terbanyak pada Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2010.....	44

## DAFTAR GAMBAR

2.1 Hubungan Pertumbuhan Ekonomi dengan Investasi Kesehatan.....	8
--	---



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Tujuan utama pembangunan nasional adalah untuk mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan UUD 1945. Untuk mencapai tujuan nasional tersebut diselenggarakan pembangunan nasional, dengan sumberdaya manusia yang berkualitas, tangguh dan mandiri. Upaya peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM) dimulai dengan perhatian pada tumbuh kembang anak dari dalam kandungan sampai dewasa. Salah satu cara mengujudkan tumbuh kembang anak adalah dengan pemberian makanan yang bergizi. Sehingga dapat membentuk SDM yang sehat, cerdas dan produktif.

Masalah gizi merupakan masalah kesehatan yang disebabkan oleh tidak seimbangnya pemenuhan kebutuhan zat gizi yang diperoleh dari makanan, baik berupa masalah gizi makro (karbohidrat, protein dan lemak) maupun gizi mikro (vitamin C, B12, dan Kalsium). Salah satu bentuk masalah gizi yang mendominasi perhatian para pakar gizi selama puluhan tahun adalah Masalah Kurang Energi Protein (KEP). Anak balita merupakan golongan penduduk yang rawan terhadap kekurangan gizi termasuk KEP. KEP berdampak pada terjadinya kematian anak, penyakit anak, gangguan pertumbuhan fisik, penurunan kemampuan belajar, penurunan kemampuan kognitif (Aries, 2006).

Gizi yang baik merupakan dasar pembangunan sumber daya manusia yang akan berkontribusi dalam pembangunan ekonomi. Perbaikan gizi merupakan suatu investasi yang sangat menguntungkan. Ada tiga alasan suatu



negara perlu melakukan intervensi dibidang gizi, Pertama perbaikan gizi memiliki keuntungan ekonomi (*economic returns*) yang tinggi, kedua intervensi gizi dapat mendorong pertumbuhan ekonomi, dan ketiga perbaikan gizi membantu menurunkan tingkat kemiskinan melalui perbaikan produktivitas kerja, pengurangan hari sakit, dan pengurangan biaya pengobatan (World Bank, 2006).

Menurut data RISKESDAS secara nasional telah terjadi penurunan persentase prevalensi kurang gizi (berat badan menurut umur) pada balita, dari tahun 2007 sampai pada tahun 2010 dari 18,4 persen (21,8 juta jiwa balita) menjadi 17,9 persen (22,6 Juta balita). Penurunan persentase prevalensi kurang gizi terjadi pada prevalensi gizi buruk, yaitu dari 5,4 persen pada tahun 2007 menjadi 4,9 persen tahun 2010. Namun penurunan persentase prevalensi kurang gizi tidak terjadi pada prevalensi gizi kurang, yaitu tetap pada 13,0 persen pada tahun 2010. Walaupun secara nasional terjadi penurunan persentase prevalensi kurang gizi pada balita, tetapi penurunan persentase prevalensi kurang gizi masih terdapat kesenjangan antar provinsi.

Daerah rawan gizi buruk di Indonesia terdiri dari Gorontalo, Kalimantan Barat, NTB, NTT, NAD, Kalimantan Selatan, dan Banten. Menurut data RISKESDAS yang dikeluarkan oleh dinas kesehatan Indonesia pada tahun 2010 masalah gizi menurut BB/U, 4,9% rakyat Indonesia menderita gizi buruk dari 12.768,5 ribu penduduk. Menurut sensus WHO menemukan bahwa 49% dari 10,4 juta kematian balita dinegara berkembang berkaitan dengan gizi buruk, tercatat sekitar 50% balita di Asia, 30% di Afrika, dan 20% di Amerika Latin menderita gizi buruk.

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik membahas hubungan antara PDRB dan kemiskinan terhadap gizi buruk dalam bentuk skripsi yang berjudul **“HUBUNGAN ANTARA PDRB DAN KEMISKINAN TERHADAP PREVALENSI GIZI BURUK DI INDONESIA”**

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas terlihat bahwa salah satu penyebab terjadinya masalah gizi buruk adalah masalah ekonomi, oleh karena itu rumusan masalah dalam penelitian ini adalah;

1. Bagaimanakah hubungan kemiskinan terhadap prevalensi gizi buruk di Indonesia?
2. Bagaimanakah hubungan PDRB perkapita terhadap prevalensi gizi buruk di Indonesia?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan untuk;

1. Mendeskripsikan hubungan antara tingkat kemiskinan dengan prevalensi gizi buruk diberbagai provinsi di Indonesia.
2. Mendeskripsikan hubungan antara PDRB perkapita dengan prevalensi gizi buruk diberbagai provinsi di Indonesia.



#### **1.4 Manfaat Penelitian**

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah;

**a. Secara Teoritis**

Diharapkan dapat memberikan informasi hubungan antara kemiskinan dan PDRB perkapita dengan prevalensi gizi buruk diberbagai provinsi di Indonesia.

**b. Secara Praktis**

Diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dan pengetahuan bagi departemen kesehatan serta pemerintah sehingga prevalensi gizi buruk yang terjadi diberbagai wilayah dapat teratasi.

#### **1.5 Ruang Lingkup Penelitian**

Untuk mengarahkan penelitian ini mencapai tujuan maka dalam penelitian ini hanya dibatasi pada ruang lingkup hubungan antara PDRB dan kemiskinan terhadap prevalensi gizi buruk diberbagai provinsi di Indonesia tahun 2010.

#### **1.6 Sistematika Penulisan**

Penelitian ini di susun dengan sistematika penulisan yang terdiri dari;

**BAB I Pendahuluan**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, ruang lingkup penelitian, serta sistematika penulisan.

## **BAB II Landasan Teori dan Tinjauan Literatur**

Menguraikan tentang landasan teori, tinjauan literatur, serta hipotesis penelitian.

## **BAB III Metodologi Penelitian**

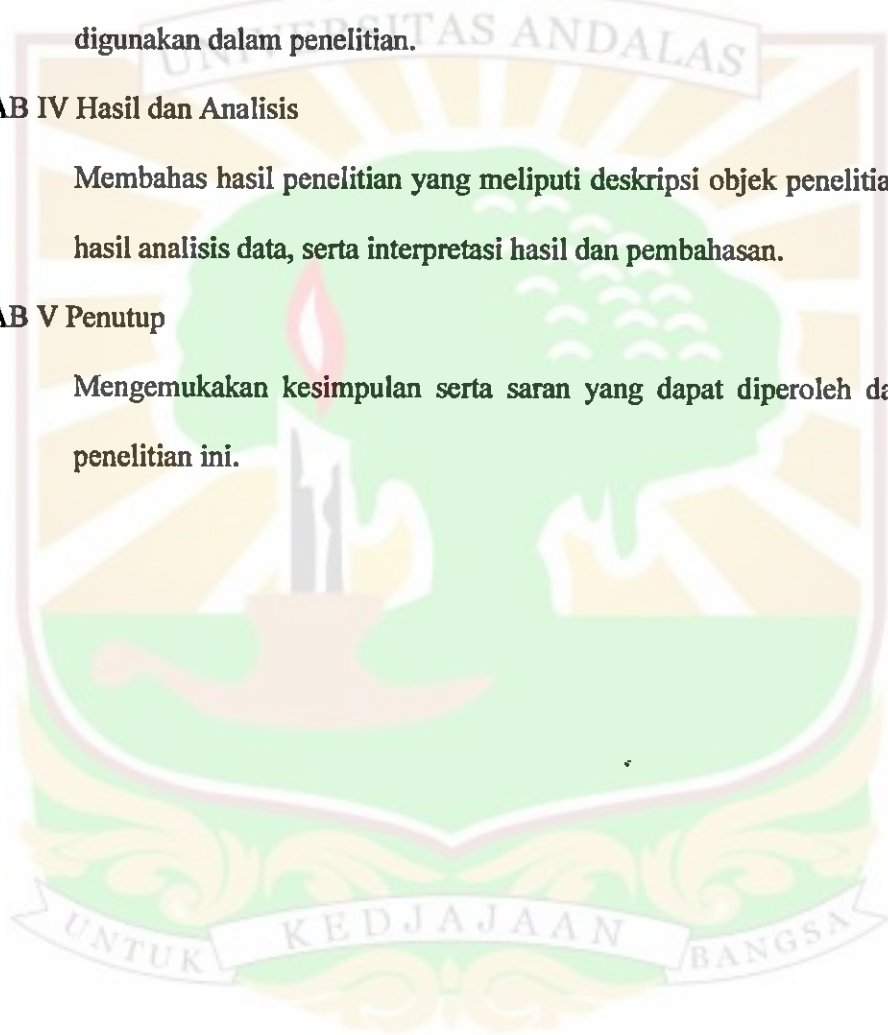
Menguraikan variabel penelitian dan devinisi operasional, jenis dan sumber data, metode pengumpulan data, serta metode analisis yang digunakan dalam penelitian.

## **BAB IV Hasil dan Analisis**

Membahas hasil penelitian yang meliputi deskripsi objek penelitian, hasil analisis data, serta interpretasi hasil dan pembahasan.

## **BAB V Penutup**

Mengemukakan kesimpulan serta saran yang dapat diperoleh dari penelitian ini.





## BAB II

### LANDASAN TEORI DAN TINJAUAN LITERATUR

#### 2.1 Kajian teori

##### 2.1.1 Teori *Human Capital*

Pidato Theodore W Schultz pada tahun 1960 yang berjudul *Investment in Human Capital* dihadapan para ahli ekonomi dan pejabat yang tergabung dalam *American Economic Assosiation* merupakan peletak dasar teori atau konsep modal manusia (*human capital concept*) yang dijelaskan dalam jurnal memahami konsep modal manusia. Konsep ini pada intinya menganggap bahwa manusia merupakan suatu bentuk modal atau kapital sebagaimana bentuk-bentuk kapital lainnya, seperti mesin, teknologi, tanah, uang, dan material.

Manusia sebagai *human capital* tercermin dalam bentuk pengetahuan, gagasan (ide), kreativitas, keterampilan, dan produktivitas kerja. Manusia tidak sama seperti bentuk kapital lain yang hanya diperlakukan sebagai *tools*. *Human capital* dapat sebagi salah satu bentuk investasi dalam bentuk investasi SDM. Adapun bentuk investasi *human capital* diantaranya pendidikan formal, pendidikan informal, pengalaman kerja, kesehatan, dan gizi serta transmigrasi, sesuai dengan yang dikemukakan oleh Fattah tahun (2004) dalam jurnal konsep modal manusia.

Hasil penelitian Stephen Covey tahun (1990) dalam jurnal memahami konsep modal manusia mengatakan bahwa, kesehatan adalah bagian dari kehidupan yang harus selalu dijaga dan ditingkatkan kualitasnya sebagai pendukung manusia yang efektif. Apabila badan sedang sakit, semua sistem tubuh

menjadi terganggu fungsinya, dan akan mengakibatkan manusia menjadi malas berfikir dan berbuat (modal intelektual), dan seringkali emosi (modal emosional) hal ini karena manusia mudah terganggu kestabilannya, dan seringkali mudah menyerah menghadapi tantangan hidup (modal ketabahan). Selain itu semangat untuk berinteraksi dengan orang lain (modal sosial) menjadi berkurang. Sesuai dengan kata pepatah “dalam badan yang sehat terdapat jiwa atau pikiran yang sehat”. Hal ini disebabkan oleh seluruh komponen modal manusia saling berinteraksi satu dengan lain. Pengaruh perbaikan kesehatan akan meningkatkan partisipasi tenaga kerja dan selanjutnya akan memperbaiki tingkat pendidikan dan kemudian akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi. Oleh karena itu, tingkat kesehatan yang lebih baik akan merangsang pada produktivitas tenaga kerja yang baik.

Sesuai dengan yang dikemukakan oleh Robby Alexander Sirait (2007) menyatakan bahwa *human capital* merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi proses pencapaian pertumbuhan ekonomi. Pencapaian pertumbuhan ekonomi tidak terlepas dari kualitas *human capitalnya*. Ada beberapa indikator yang bisa digunakan dalam mengukur kualitas *human capital*, seperti IPM, Indeks Pendidikan, Indeks Kesehatan dan sebagainya. Oleh sebab itu, dalam rangka memacu pertumbuhan ekonomi perlu dilakukan pembangunan manusia secara merata diseluruh daerah di Indonesia.

Status kesehatan yang lebih baik akan menyebabkan akumulasi modal manusia yang lebih tinggi (dalam bentuk pendidikan, pelatihan, perkembangan fisik dan kognitif), kemajuan teknologi (dalam bentuk pengetahuan ilmiah dan inovasi) dan pengembangan usaha (dalam bentuk investasi tetap dalam pabrik dan



peralatan, kerja tim dan organisasi tenaga kerja). Hal ini akan membentuk pertumbuhan ekonomi yang lebih tinggi dalam bentuk produk nasional bruto (GNP) perkapita, pertumbuhan GNP akan berdampak pada pengurangan kemiskinan (CMH, 2001). Oleh karena itu, kesehatan yang lebih baik dapat merangsang pertumbuhan dan pengentasan kemiskinan.

Peningkatan kesehatan akan meningkatkan GNP per kapita dan menurunkan tingkat kemiskinan. Penurunan kemiskinan akan mengarahkan pada peningkatan kesehatan yang lebih baik. Hubungan timbal balik dari kesehatan dan pendapatan memungkinkan individu dan masyarakat untuk memperoleh gizi yang lebih baik, perawatan kesehatan yang lebih baik dan mungkin mencapai kesehatan yang lebih baik (Duraisamy dan Mahal, 2005 ).

**Gambar 2.1**  
**Hubungan Pertumbuhan ekonomi dengan investasi kesehatan**



*Sumber; Ede Surya Darmawan (2011)*

## 2.1.2 Kemiskinan

- **Pengertian Kemiskinan**

Kemiskinan memiliki pengertian yang sangat luas, sehingga kemiskinan bisa dilihat dari berbagai disiplin ilmu baik dilihat dari aspek sosial, politik, budaya, ekonomi, psikologi dan pendidikan. Dalam wikipedia bahasa Indonesia, kemiskinan adalah keadaan dimana terjadi ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar. Seperti makanan, pakaian, tempat berlindung, pendidikan, dan kesehatan. Kemiskinan dapat disebabkan oleh kelangkaan alat pemenuh kebutuhan dasar, ataupun sulitnya akses terhadap pendidikan dan pekerjaan. Penduduk Miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan (BPS, 2010).

Menurut Machmud (2007) kemiskinan merupakan hulu dari berbagai permasalahan yang terjadi. Seperti tingginya angka kesakitan dan kematian, pengangguran, gizi buruk, dan rendahnya kualitas sumber daya manusia. Untuk itu, gizi buruk dikenal sebagai konsekuensi dari kemiskinan. Oleh karena itu diyakini bahwa tingkat kekurangan gizi yang tinggi akan ditemukan didaerah kemiskinan terparah (ADB,2005).

Beberapa alasan meningkatnya beban penyakit pada penduduk miskin adalah: *Pertama*, penduduk miskin lebih rentan terhadap penyakit karena terbatasnya akses terhadap air bersih dan sanitasi serta kecukupan gizi. *Kedua*, penduduk miskin cenderung enggan mencari pengobatan



walaupun sangat membutuhkan karena terdapatnya kesenjangan yang besar dengan petugas kesehatan, terbatasnya sumber daya untuk memenuhi kebutuhan dasar, dan terbatasnya pengetahuan untuk menghadapi serangan penyakit. Kesehatan yang buruk secara langsung menurunkan potensi kognitif dan secara tidak langsung mengurangi produktifitas (Atmawikarta,2009).

Para ahli mengklasifikasikan kemiskinan dalam tiga jenis (Harniati, 2008), yaitu :

1. Kemiskinan alamiah, merupakan kemiskinan yang disebabkan oleh kualitas sumber daya alam dan sumber daya manusia yang rendah. Kemiskinan kultural, kemiskinan yang terkait erat dengan sikap seseorang atau kelompok masyarakat yang tidak mau berusaha memperbaiki tingkat kehidupannya, sekalipun ada usaha untuk memperbaiki dari pihak lain yang membantunya.
2. Kemiskinan Struktural, kemiskinan yang secara langsung maupun tidak disebabkan oleh tatanan kelembagaan atau struktur sosial dalam masyarakat.

Menurut BPS (2008) Kemiskinan dibedakan menjadi:

1. Kemiskinan Relatif

Kemiskinan relatif merupakan kondisi miskin karena pengaruh kebijakan pembangunan yang belum mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat sehingga menyebabkan ketimpangan distribusi pendapatan. Pengelompokan kemiskinan dikelompokkan berdasarkan standar minimum suatu daerah atau wilayah. Standar

minimum disusun berdasarkan kondisi hidup suatu negara pada waktu tertentu dan perhatian terfokus pada golongan penduduk “termiskin”, misalnya 20 persen atau 40 persen lapisan terendah dari total penduduk yang telah diurutkan menurut pendapatan/pengeluaran. Kelompok ini merupakan penduduk relatif miskin. Dengan demikian, ukuran kemiskinan relatif sangat tergantung pada distribusi pendapatan/pengeluaran penduduk.

## 2. Kemiskinan Absolut

Kemiskinan secara absolut ditentukan berdasarkan ketidakmampuan untuk mencukupi kebutuhan pokok minimum seperti pangan, sandang, kesehatan, perumahan dan pendidikan yang diperlukan untuk bisa hidup dan bekerja. Kebutuhan pokok minimum diterjemahkan sebagai ukuran finansial dalam bentuk uang. Nilai kebutuhan minimum kebutuhan dasar tersebut dikenal dengan istilah garis kemiskinan. Penduduk yang pendapatannya di bawah garis kemiskinan digolongkan sebagai penduduk miskin.

Gambaran lain mengenai kemiskinan dapat dipahami dalam berbagai pandangan yaitu :

- Gambaran kekurangan materi, yang biasanya mencakup kebutuhan pangan sehari-hari, sandang, perumahan, dan pelayanan kesehatan. Kemiskinan dalam arti ini dipahami sebagai situasi kelangkaan barang-barang dan pelayanan dasar.
- Gambaran tentang kebutuhan sosial, termasuk keterkucilan sosial, ketergantungan, dan ketidakmampuan untuk

berpartisipasi dalam masyarakat. Hal ini termasuk pendidikan dan informasi. Keterkucilan sosial biasanya dibedakan dari kemiskinan, karena hal ini mencakup masalah-masalah politik dan moral dan tidak dibatasi pada bidang ekonomi.

➤ Gambaran tentang kurangnya penghasilan dan kekayaan yang memadai. Makna "memadai" disini sangat berbeda-beda melintasi bagian-bagian politik dan ekonomi di seluruh dunia.

Gambaran-gambaran yang disebutkan diatas merupakan sebuah masalah yang merupakan masalah universal dari kemiskinan. Namun kenyataannya, penanggulangan kemiskinan hanya mencakup pada komunitas tertentu dan belum menyentuh pada aspek masyarakat miskin secara keseluruhan. Sedangkan kemiskinan merupakan masalah plural yang tidak hanya mencakup masalah ekonomi, tetapi merupakan masalah yang harus ditangani berdasarkan berbagai disiplin ilmu sehingga ditemukan pemecahannya.

Adapun macam-macam tanggung jawab kemiskinan menurut Pramudiantari (2010) yaitu;

1. Kemiskinan subsistensi, yaitu penghasilan rendah, jam kerja panjang, perumahan buruk, fasilitas air bersih mahal.
2. Kemiskinan perlindungan, yaitu lingkungan buruk (sanitasi, sarana pembuangan sampah, polusi), kondisi kerja buruk, tidak ada jaminan atas hak pemilikan tanah.
3. Kemiskinan pemahaman, yaitu kualitas pendidikan formal buruk, terbatasnya akses atas informasi yang menyebabkan terbatasnya



kesadaran atas hak, kemampuan dan potensi untuk mengupayakan perubahan.

4. Kemiskinan partisipasi, yaitu tidak ada akses dan kontrol atas proses pengambilan keputusan yang menyangkut nasib diri dan komunitas.
5. Kemiskinan identitas, yaitu terbatasnya perbauran antar kelompok sosial, terfragmentasi.
6. Kemiskinan kebebasan, yaitu stres, rasa tidak berdaya, tidak aman baik di tingkat pribadi maupun komunitas.

- **Indikator Kemiskinan**

Salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kemiskinan yang dialami seseorang atau sekelompok orang adalah indikator kemiskinan yang digunakan oleh Bappenas (Harniati, 2008).

Indikator kemiskinan yang dimaksud adalah :

1. Keterbatasan pangan, merupakan ukuran yang melihat kecukupan pangan dan mutu pangan yang dikonsumsi. Ukuran indikator ini adalah stok pangan yang terbatas, rendahnya asupan kalori penduduk miskin, dan buruknya status gizi bayi, anak balita dan ibu.
2. Keterbatasan akses kesehatan, merupakan ukuran yang melihat keterbatasan akses kesehatan dan rendahnya mutu layanan kesehatan. Keterbatasan akses kesehatan dilihat dari kesulitan mendapatkan layanan kesehatan dasar, rendahnya mutu layanan kesehatan dasar, kurangnya layanan reproduksi, jauhnya jarak fasilitas layanan kesehatan, mahalnya biaya pengobatan dan perawatan. Kelompok

miskin umumnya cenderung memanfaatkan pelayanan di puskesmas dibandingkan dengan rumah sakit.

3. Keterbatasan akses pendidikan, Indikator ini diukur dari mutu pendidikan yang tersedia, mahalnya biaya pendidikan, terbatasnya fasilitas pendidikan, rendahnya kesempatan memperoleh pendidikan.
4. Keterbatasan akses pada pekerjaan, Indikator ini diukur dari terbatasnya kesempatan kerja dan berusaha, lemahnya perlindungan terhadap asset usaha, perbedaan upah, lemahnya perlindungan kerja terutama bagi pekerja anak dan pekerja perempuan.
5. Keterbatasan akses terhadap layanan perumahan dan sanitasi. Indikator yang digunakan adalah kesulitan memiliki rumah yang sehat dan layak huni, dan lingkungan permukiman yang sehat dan layak.
6. Keterbatasan akses terhadap air bersih. Indikator yang digunakan adalah sulitnya mendapatkan air bersih, terbatasnya penguasaan sumber air, dan rendahnya mutu sumber air.
7. Keterbatasan akses terhadap tanah. Indikator yang digunakan adalah struktur kepemilikan dan penguasaan tanah, ketidak pastian kepemilikan dan penguasaan tanah. Akses terhadap tanah ini merupakan persoalan yang mempengaruhi kehidupan rumah tangga petani.
8. Keterbatasan akses terhadap sumber daya alam. Indikator yang digunakan adalah buruknya kondisi lingkungan hidup, rendahnya sumber daya alam. Indikator ini sangat terkait dengan penghasilan

yang bersumber dari sumber daya alam, seperti daerah pedesaan, daerah pesisir, dan daerah pertambangan.

9. Tidak adanya jaminan rasa aman, indikator ini berkaitan dengan tidak terjaminnya keamanan dalam menjalani kehidupan baik sosial maupun ekonomi.
10. Keterbatasan akses untuk partisipasi, indikator ini diukur melalui rendahnya keterlibatan dalam pengambilan kebijakan.
11. Besarnya beban kependudukan, indikator ini berkaitan dengan besarnya tanggungan keluarga, dan besarnya tekanan hidup.

- **Latar Belakang Timbulnya Kemiskinan**

Kemiskinan merupakan suatu masalah yang tidak terjadi di zaman sekarang, tetapi telah terjadi dari zaman dahulu sampai sekarang. Kemiskinan seolah-olah telah menjadi masalah lintas zaman. Sebagai akibat dari kemiskinan yaitu terjadinya pertentangan antara kapitalisme dan sosialisme dimana kapitalisme mengedepankan modal yang sebesar besarnya dan keuntungan yang sebesar-besarnya tanpa melihat status atau kondisi perekonomian, sedangkan sosialisme cenderung bergerak pada aspek sosial yang mengedepankan kesejahteraan rakyat, sesuai dengan yang dikatakan Karl Mark (Subarkah,2010).

Indonesia merupakan negara yang kaya akan sumber daya alam, tetapi Indonesia tidak dikatakan sebagai negara yang makmur, namun sebagai negara yang miskin. Salah satu yang menjadi sebab kenyataan tersebut adalah karena kurangnya pengetahuan mengenai bagaimana cara mengembangkan sumber daya alam yang tersedia dengan sebaik-baiknya.



Jika dihubungkan dengan aspek secara umum maka kemiskinan bisa disebabkan oleh beberapa aspek (Pramudiantari,2010) yaitu:

- a. Individual, atau patologis, yang melihat kemiskinan sebagai akibat dari perilaku, pilihan, atau kemampuan dari simiskin.
- b. Keluarga, yang menghubungkan kemiskinan dengan pendidikan keluarga.
- c. Subbudaya, yang menghubungkan kemiskinan dengan kehidupan sehari-hari, dipelajari atau dijalankan dalam lingkungan sekitar.
- d. Agensi, yang melihat kemiskinan sebagai akibat dari aksi orang lain, termasuk perang, pemerintah, dan ekonomi.
- e. Sruktural, yang memberikan alasan bahwa kemiskinan merupakan hasil dari struktur sosial.
- f. Kemalasan dari individu dimana tidak adanya keinginan atau usaha untuk maju kepada kehidupan yang lebih baik.

Selain dari aspek diatas, kemiskinan juga bisa dilihat dari berbagai disiplin ilmu seperti dari aspek sosial bahwa kemiskinan diakibatkan karena terbatasnya interaksi sosial dan penguasaan informasi dimana terjadi sebuah ketidak tahuan mengenai teknologi informasi yang diakibatkan kurang atau sempitnya interaksi antara masyarakat. Aspek Ekonomi, kemiskinan dilatar belakangi oleh terbatasnya alat pemenuhan kebutuhan akibat dari terbatasnya pemilikan alat produksi sehingga upah yang didapatkan sangat rendah dan tidak adanya inisiatif untuk menabung sebagai simpanan yang bisa digunakan ketika dibutuh untuk keperluan yang sangat penting.

Dengan indikator ekonomi maka kemiskinan bisa dilihat dengan beberapa pendekatan yaitu produksi, pendapatan, dan pengeluaran. Sementara ini yang dilakukan Biro Pusat Statistik (BPS) untuk menarik garis kemiskinan adalah pendekatan pengeluaran. Dari Aspek Psikologi terutama akibat rasa rendah diri, fatalisme, malas, dan rasa terisolir. Sedangkan, dari Aspek Politik berkaitan dengan kecilnya akses terhadap berbagai fasilitas dan kesempatan, diskriminatif, posisi lemah dalam proses pengambilan keputusan.

- **Dampak Kemiskinan**

Dampak kemiskinan terhadap berbagai aspek menurut Pramudiantari (2010), yaitu:

- a. Dampak kemiskinan dilihat dari aspek sosial diantaranya meningkatnya kriminalitas dikalangan masyarakat serta berkurangnya rasa solidaritas antar masyarakat satu dengan yang lain.
- b. Dampak kemiskinan dilihat dari aspek psikologi meliputi meningkatnya masyarakat yang mengalami gangguan kejiwaan atau stress karena tidak dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya.
- c. Dampak kemiskinan dari aspek ekonomi adalah meningkatnya jumlah pengangguran karena jumlah lapangan pekerjaan lebih sedikit dibanding masyarakat yang mencari pekerjaan.
- d. Dampak dari aspek kesehatan diantaranya gizi buruk, TBC, polio, dsb.

### 2.1.3 Pendapatan Daerah

Sistem pemerintahan republik Indonesia mengatur asas desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan yang dilaksanakan secara bersama-sama. Untuk mewujudkan pelaksanaan desentralisasi tersebut dibentuklah daerah otonom yang dibagi dalam daerah propinsi, daerah kabupaten, dan daerah kota yang bersifat otonom sesuai dengan ketentuan pada 1 ayat (1) Undang-undang Nomor 22 tahun 1999. Menurut pada 1 huruf i dalam undang-undang tersebut merumuskan bahwa;

*“Daerah Otonom, selanjutnya disebut Daerah, adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas daerah tertentu berwenang mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi.”*

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) adalah total nilai produksi barang dan jasa yang diproduksi diwilayah (Regional) tertentu dalam jangka waktu tertentu (1 Tahun). PDRB per kapita diperoleh apabila PDRB dibagi dengan jumlah penduduk pertengahan tahun yang tinggal di wilayah tertentu (BPS 2008). Nilai PDRB yang besar menunjukkan kemampuan sumber daya ekonomi yang besar begitu juga sebaliknya. Jadi semakin besar keuangan daerah, maka semakin besar kemampuan daerah untuk menyelenggarakan usaha-usahanya dalam bidang keamanan, ketertiban umum, sosial, kebudayaan, dan kesejahteraan pada umumnya bagi wilayah dan penduduknya, atau dengan kata lain semakin besar kemampuan wilayah untuk memberikan pelayanan umum kepada masyarakat.



PDRB per kapita dapat dijadikan sebagai salah satu indikator guna melihat keberhasilan pembangunan perekonomian di suatu wilayah. PDRB adalah nilai bersih barang dan jasa-jasa akhir yang dihasilkan oleh berbagai kegiatan ekonomi di suatu daerah dalam periode tertentu (Hadi Sasana, 2006). PDRB dapat menggambarkan kemampuan suatu daerah mengelola sumber daya alam yang dimilikinya. Oleh karena itu besaran PDRB yang dihasilkan oleh masing-masing daerah sangat bergantung kepada potensi sumber daya alam dan faktor produksi daerah tersebut. Adanya keterbatasan dalam penyediaan faktor-faktor tersebut menyebabkan besaran PDRB bervariasi antar daerah.

Didalam perekonomian suatu negara, masing-masing sektor tergantung pada sektor yang lain, satu dengan yang lain saling memerlukan baik dalam tenaga, bahan mentah maupun hasil akhirnya. Sektor industri memerlukan bahan mentah dari sektor pertanian dan pertambangan, hasil sektor industri dibutuhkan oleh sektor pertanian dan jasa-jasa. Menurut Badan Pusat Statistik (2008) angka PDRB dapat diperoleh melalui tiga pendekatan yaitu pendekatan produksi, pendekatan pendapatan dan pendekatan pengeluaran yang selanjutnya dijelaskan sebagai berikut:

#### 1. Menurut Pendekatan Produksi

PDRB adalah jumlah nilai barang dan jasa akhir yang dihasilkan oleh berbagai unit produksi yang berada di suatu wilayah/provinsi dalam jangka waktu tertentu (satu tahun). Unit-unit produksi tersebut dalam penyajiannya dikelompokkan menjadi 9 sektor atau lapangan usaha yaitu; Pertanian, Pertambangan dan Penggalian, Industri Pengolahan, Listrik, Gas dan Air

Bersih, Bangunan, Perdagangan, Hotel dan Restoran, Pengangkutan dan Komunikasi, Jasa Keuangan, Persewaan dan Jasa Perusahaan, Jasa-jasa.

## 2. Menurut Pendekatan Pendapatan

PDRB merupakan balas jasa yang diterima oleh faktor-faktor produksi yang ikut serta dalam proses produksi di suatu wilayah dalam waktu tertentu. Balas jasa faktor produksi adalah upah dan gaji, sewa tanah, bunga modal dan keuntungan; sebelum dipotong pajak penghasilan dan pajak langsung lainnya. Dalam definisi ini PDRB mencakup juga penyusutan neto. Jumlah semua komponen pendapatan per sektor disebut sebagai nilai tambah bruto sektoral. Oleh karena itu PDRB merupakan jumlah dari nilai tambah bruto seluruh sektor.

## 3. Menurut Pendekatan Pengeluaran,

PDRB adalah penjumlahan semua komponen permintaan akhir yaitu:

- a. Pengeluaran konsumsi rumah tangga dan lembaga swasta yang tidak mencari untung.
- b. Konsumsi pemerintah.
- c. Pembentukan modal tetap domestik bruto.
- d. Perubahan stok.
- e. Ekspor netto.

#### 2.1.4 Gizi

Gizi (*Nutrition*) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan, untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan dan fungsi normal dari organ-organ, serta menghasilkan energi (Lusa,2009).

Kata “gizi” berasal dari bahasa Arab *ghidza*, yg berarti “makanan”. Ilmu gizi bisa berkaitan dengan makanan dan tubuh manusia. Dalam bahasa Inggris, *food* menyatakan makanan, pangan dan bahan makanan. Pengertian gizi terbagi secara klasik dan masa sekarang yaitu :

1. Secara Klasik : gizi hanya dihubungkan dengan kesehatan tubuh (menyediakan energi, membangun, memelihara jaringan tubuh, mengatur proses kehidupan dalam tubuh).
2. Sekarang : selain untuk kesehatan, juga dikaitkan dengan potensi ekonomi seseorang karena gizi berkaitan dengan perkembangan otak, kemampuan belajar, produktivitas kerja.

Status gizi adalah suatu keadaan kesehatan sebagai akibat keseimbangan antara konsumsi, penyerapan zat gizi dan penggunaannya didalam tubuh . Definisi lain menyebutkan bahwa status gizi adalah keadaan kesehatan yang merupakan akibat dari masukan zat gizi dan penggunaannya didalam tubuh yang diperoleh dari makanan sehari-hari (Aida Ernawati, 2006)

Pada masa balita terjadi pertumbuhan dan perkembangan sehingga anak mudah sakit dan terjadi kekurangan gizi.Pada masa balita pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Pada



masa balita perkembangan kemampuan berbahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya. Perkembangan modal serta dasar-dasar kepribadian juga dibentuk pada masa ini. Sehingga setiap penyimpangan sekecil apapun apabila tidak ditangani dengan baik akan mengurangi kualitas sumber daya manusia dalam jangka panjang (Soetjiningsih, 1995).

Penilaian status gizi golongan rawan dapat memberikan informasi tentang keadaan gizi masyarakat pada saat sekarang maupun masa lampau. Gizi kurang pada anak dapat membuat anak menjadi kurus dan pertumbuhan terhambat. Hal ini terjadi karena kurang protein (zat pembangun) dan kurang tenaga yang diperoleh dari makanan. Sedangkan tenaga diperlukan dalam pembangunan fisik manusia (Roedjito D. 1989).

Menurut Roedjito D (1989), ada beberapa alasan mengatasi dan mencegah gizi kurang pada anak adalah gizi kurang pada anak mempengaruhi pertumbuhan otak anak yang dapat menjadi hambatan dalam proses belajar. Anak yang terkena kwasiokor kelihatan gemuk tapi kurang sehat, mukanya gemuk seperti bulan, kaki bengkak karena odema, perut buncit tapi bahu dan lengan atas kurus. Kulit mudah terkelupas, rambut pucat anak terlihat muram. Sedangkan marasmus yang berarti kelaparan adalah dimana anak tidak mendapatkan makanan yang cukup dari jenis pangan manapun, baik protein maupun zat pemberi tenaga. Anak yang sangat kurus sering hanya separuhnya dari berat anak sehat sesuai umur. Anak memiliki wajah seperti orang tua, kepala tampak besar karena badan kurus dan kecil, tangan dan kakinya kurus dan tulang rusuk anak terlihat nyata.

- **Penyebab Gizi Kurang pada Balita**

UNICEF (1988) dalam profil kesehatan Indonesia 2010 telah mengembangkan kerangka konsep makro sebagai salah satu strategi untuk menanggulangi masalah kurang gizi. Dalam kerangka tersebut ditunjukkan bahwa masalah gizi kurang dapat disebabkan oleh makanan dan penyakit. Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi kurang. Anak yang cukup mendapatkan makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi kurang. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

- a. Status Sosial Ekonomi Keluarga**

Keadaan sosial ekonomi keluarga merupakan salah satu faktor yang menentukan jumlah makanan yang tersedia dalam keluarga sehingga turut menentukan status gizi keluarga. Yang termasuk dalam faktor sosial adalah (Supriasa, 2002):

- a. Keadaan penduduk suatu masyarakat
- b. Keadaan keluarga
- c. Tingkat pendidikan orang tua
- d. Keadaan rumah

Sedangkan data ekonomi dari faktor sosial ekonomi meliputi :

- a. Pekerjaan orang tua.
- b. Pendapatan keluarga.
- c. Pengeluaran keluarga.

Banyak faktor sosial ekonomi yang tidak dapat dinilai secara kuantitatif, khususnya pendapatan dan kepemilikan (barang berharga, tanah, ternak) karena

masyarakat enggan untuk membicarakannya kepada orang yang tidak dikenal, termasuk ketakutan akan pajak dan perampokan. Tingkat pendidikan termasuk dalam faktor sosial ekonomi karena tingkat pendidikan berhubungan dengan status gizi yaitu dengan meningkatkan pendidikan kemungkinan akan dapat meningkatkan pendapatan sehingga meningkatkan daya beli makanan untuk mencukupi kebutuhan gizi keluarga (Achadi, 2007).

#### **b. Pendapatan Keluarga**

Pendapatan keluarga mempengaruhi ketahanan pangan keluarga. Ketahanan pangan yang tidak memadai pada keluarga dapat mengakibatkan gizi kurang. Oleh karena itu, setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya. Akan tetapi menurut penelitian yang dilakukan oleh Masdiarti (2000) di Kecamatan Hamparan Perak, yang meneliti pola pengasuhan dan status gizi anak balita ditinjau dari karakteristik pekerjaan ibu, memperlihatkan hasil bahwa anak yang berstatus gizi baik banyak ditemukan pada ibu bukan pekerja (43,24%) dibandingkan dengan kelompok ibu pekerja (40,54%) dan ibu yang tidak bekerja mempunyai waktu yang lebih banyak dalam mengasuh anaknya.

#### **c. Tingkat Pendidikan Ibu**

Tingkat pendidikan dalam keluarga khususnya ibu dapat menjadi faktor yang mempengaruhi status gizi anak dalam keluarga. Semakin tinggi pendidikan orang tua maka pengetahuannya akan gizi akan lebih baik dari yang berpendidikan rendah. Salah satu penyebab gizi kurang pada anak adalah



kurangnya perhatian orang tua akan gizi anak. Hal ini disebabkan karena pendidikan dan pengetahuan gizi ibu yang rendah. Pendidikan formal ibu akan mempengaruhi tingkat pengetahuan gizi, semakin tinggi pendidikan ibu, maka semakin tinggi kemampuan untuk menyerap pengetahuan praktis dan pendidikan formal terutama melalui media masa. Hal serupa juga dikatakan oleh L. Green, Rooger yang menyatakan bahwa makin baik tingkat pendidikan ibu, maka baik pula keadaan gizi anaknya (Berg, 1986).

**d. Status Pekerjaan Ibu**

Ibu-ibu yang bekerja dari pagi hingga sore tidak memiliki waktu yang cukup bagi anak-anak dan keluarga (Berg, 1986). Dalam hal ini ibu mempunyai peran ganda yaitu sebagai ibu rumah tangga dan wanita pekerja. Walaupun demikian ibu dituntut tanggung jawabnya kepada suami dan anak-anaknya, khususnya memelihara anak. Keadaan yang demikian dapat memengaruhi keadaan gizi keluarga khususnya anak balita dan usia sekolah. Ibu-ibu yang bekerja tidak mempunyai cukup waktu untuk memperhatikan makanan anak yang sesuai dengan kebutuhan dan kecukupan serta kurang perhatian dan pengasuhan kepada anak (Berg, 1986).

**e. Pola Asuh Ibu**

Pola pengasuhan merupakan cara orang tua dalam mendidik anak dan membesarkan anak. Ada banyak faktor yang mempengaruhi antara lain faktor budaya, agama, kebiasaan dan kepercayaan, serta kepribadian orang tua (orang tua sendiri atau orang yang mengasuh anak) (Nadesul, 1995). Pengasuhan

merupakan faktor yang sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangan anak berusia di bawah lima tahun. Masa anak usia 1-5 tahun (balita) adalah masa dimana anak masih sangat membutuhkan suplai makanan dan gizi dalam jumlah yang memadai. Pada masa ini juga, anak-anak masih sangat tergantung pada perawatan dan pengasuhan ibunya. Oleh karena itu, pengasuhan kesehatan dan makanan pada tahun pertama kehidupan sangat penting untuk perkembangan anak (Santoso, 2005).

Seorang ibu memegang peranan penting dalam pengasuhan anaknya. Pola pengasuhan pada tiap ibu berbeda karena dipengaruhi oleh faktor yang mendukungnya, antara lain : latar belakang pendidikan ibu, pekerjaan ibu, jumlah anak dan sebagainya. Banyak pendapat para ahli bahwa status pendidikan ibu sangat berpengaruh terhadap kualitas pengasuhannya. Pendidikan ibu yang rendah masih sering ditemui, semua hal tersebut sering menyebabkan penyimpangan terhadap keadaan tumbuh kembang dan status gizi anak terutama pada anak usia balita (Sudiyanto dan Sekartini, 2005).

- **Penilaian Status Gizi Anak Balita**

- a. **Antropometri**

Secara umum antropometri artinya ukuran tubuh manusia. Jika ditinjau dari sudut pandang gizi, maka antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur. Penggunaan antropometri sebagai alat ukur status gizi semakin mendapat perhatian karena dapat digunakan secara luas dalam program-program perbaikan gizi di masyarakat. Dalam menilai status gizi anak balita

dapat digunakan indikator antropometri. Indeks antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Indeks BB/U adalah pengukuran total berat badan termasuk air, lemak, tulang dan otot. Indeks tinggi badan menurut umur adalah pertumbuhan linier (Supriasa, 2002).

#### **b. Berat Badan Menurut Umur (BB/U)**

Berat badan merupakan salah satu parameter yang memberikan gambaran masa tubuh. Masa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan yang mendadak, misalnya karena terserang penyakit infeksi, menurunnya nafsu makan atau menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Dalam keadaan normal dimana kesehatan baik, keseimbangan antara konsumsi dan kebutuhan gizi terjamin maka berat badan berkembang mengikuti pertumbuhan umur. Sebaliknya dalam keadaan abnormal, terdapat dua kemungkinan perkembangan, yaitu dapat berkembang cepat atau lebih lambat. Berdasarkan karakteristik berat badan ini, maka indeks berat badan menurut umur digunakan sebagai salah satu cara pengukuran status gizi. Mengingat karakteristik berat badan, maka indeks BB/U menggambarkan status gizi seseorang saat ini.

##### **1. Kelebihan Indeks BB/U**

- Lebih mudah dan lebih cepat dimengerti oleh masyarakat umum
- Baik untuk status gizi akut atau kronis



- Sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan kecil
- Dapat mendeteksi kegemukan.

## 2. Kelemahan Indeks BB/U

- Di daerah pedesaan yang masih terpencil dan tradisional, umur sering sulit di taksir secara tepat karena pencatatan umur yang belum baik.
- Memerlukan data umur yang akurat, terutama untuk anak di bawah usia lima tahun.
- Sering terjadi kesalahan dalam pengukuran, seperti pengaruh pakaian atau gerakan anak pada saat penimbangan.

### c. Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U)

Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan pertambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan relatif sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu yang pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan tampak dalam waktu yang relatif lama. Beaton dan Bengoa (1973) dalam Supriasa (2002) menyatakan bahwa indeks TB/U disamping memberikan gambaran status gizi masa lampau, juga lebih erat kaitannya dengan status sosial ekonomi.

#### 1. Keuntungan Indeks TB/U

- Baik untuk menilai status gizi masa lampau
- Ukuran panjang dapat dibuat sendiri murah dan mudah dibawa

#### 2. Kelemahan Indeks TB/U

- Tinggi badan tidak cepat naik

- Pengukuran relatif sulit dilakukan karena anak harus berdiri tegak, sehingga diperlukan dua orang untuk melakukannya
- Ketepatan umur sulit didapati

#### **d. Berat Badan Menurut Tinggi Badan**

Dalam keadaan normal, perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (sekarang).

##### **1. Keuntungan Indeks BB/TB**

- a. Tidak memerlukan data umur
- b. Dapat membedakan proporsi badan (gemuk, normal dan kurus)

##### **2. Kelemahan Indeks BB/TB**

- a. Tidak dapat memberikan gambaran apakah anak tersebut pendek, cukup tinggi badan atau kelebihan tinggi badan menurut umurnya, karena faktor umur tidak dipertimbangkan.
- b. Dalam praktek sering mengalami kesulitan dalam melakukan pengukuran tinggi badan kelompok balita.
- c. Membutuhkan dua orang dalam melakukan pengukuran
- d. Sering terjadi kesalahan dalam pembacaan hasil pengukuran (Supariasa, 2002).

Terdapat 4 cara untuk menentukan keadaan gizi seseorang adalah sebagai berikut;

1. Cara gomes dengan indicator BB/U memiliki klasifikasi sbb;

- >90% = normal
- >76-90% = malnutrition ringan
- >61-76% = malnutrition sedang
- <60% = malnutrition berat

Cara ini mudah dilakukan dan telah digunakan secara luas, kelemahannya adalah tidak memperhatikan panjang badan dan umur harus diketahui secara tepat.

2. Harvard Standar, cara ini digunakan di Indonesia klasifikasinya adalah sbb;

Tabel: 2.1  
Indikator Klasifikasi Gizi Balita

Indikator	Gizi baik	Gizi kurang	Gizi buruk
BB/U	>80%	>60% - 80%	<60%
TB/U	>85%	>70% - 85%	<70%
BB/TB	>90%	>80% - 90%	<80%
LLA/U	>85%	>70% - 85%	<70%
LLA/TB	>85%	>75% - 85%	<75%

Sumber: Depkes RI, 2004

Cara ini mudah dilakukan namun tidak membedakan jenis kelamin sampai umur lima tahun, padahal pertumbuhan balita laki-laki berbeda dengan perempuan.

3. Cara Waterlow, indikator yang dipakai adalah BB/TB dan TB/U

Dalam kombinasi dengan menggunakan Standar Harvard, klasifikasinya adalah;



Tabel:2.2  
Klasifikasi Status Gizi Balita

TB/U			BB/U	
	>90%	80-90%	70-80%	<70%
>95%	NORMAL		ACUTE MALNUTRITION	
90-95%				
85-90%	STUNTING		STUNTING,WASTING	
>85%				

Sumber: Depkes RI, 2004

Cara ini selain memperhatikan masa sekarang juga memperhatikan masa lalu, namun jika umur tidak pasti maka cara ini tidak dapat dipakai.

4. Cara WHO, cara ini hampir sama dengan cara Waterlow, indikator yang digunakan adalah BB/TB, BB/U, TB/U dengan standar NCHS ( National Center Health Statistics, USA ) dengan klasifikasi sebagai berikut;

Tabel: 2.3  
Kategori Interpretasi Status Gizi Berdasarkan Tiga Indeks (BB/U,TB/U, BB/TB Standart Baku Antropometri WHO-NCHS)

BB/TB	BB/U	TB/U	Status Gizi
Normal	Rendah	Rendah	baik, pernah kurang
Normal	Normal	Normal	baik
Normal	Tinggi	Tinggi	Jangkung, masih baik
Rendah	Rendah	Tinggi	Buruk
Rendah	Rendah	Normal	Buruk, Kurang
Rendah	Normal	Tinggi	Kurang
Tinggi	Tinggi	Rendah	Lebih-Obese
Tinggi	Normal	Rendah	Lebih, pernah kurang
Tinggi	Tinggi	Normal	Lebih, Tidak obese

Sumber: Depkes RI,2004

Cara ini memperhatikan keadaan sekarang dan masa lalu, namun terlalu rumit karena kategorinya terlalu banyak. Selain itu tidak dapat digunakan jika umur tidak pasti. Antropometri adalah pengukuran yang paling sering digunakan sebagai metode

penilaian status gizi secara langsung untuk menilai dua masalah utama gizi. Yaitu kurang gizi protein dan obesitas pada semua kelompok umur. Penilaian status gizi dengan menggunakan antropometri memiliki kelebihan dan kelemahan sebagai berikut :

❖ Kelebihan antropometri :

- a. Relatif murah
- b. Cepat, sehingga dapat dilakukan pada populasi yang besar
- c. Objektif
- d. Dapat dirangsang apakah ringan, sedang atau berat
- e. Tidak menimbulkan rasa sakit pada responden

❖ Kelemahan Antropometri :

- Membutuhkan data referensi yang relevan
- Kesalahan yang muncul seperti kesalahan pada peralatan (belum dikalibrasi) dan kesalahan pada peneliti (kesalahan pengukuran, pembacaan dan pencatatan)
- Hanya mendapatkan data pertumbuhan, obesitas, malnutrisi karena kurang energi dan protein, tidak dapat memperoleh informasi karena defisiensi zat gizi mikro.

Selain menggunakan cara antropometri yang telah diuraikan diatas status gizi juga dapat diketahui dengan cara sbb;

1. Penilaian secara klinis
2. Penilaian biokimia gizi
3. Penilaian bio fisik

Ketiga cara diatas jarang digunakan oleh para peneliti.

### 2.1.5 Penelitian Terdahulu

Kusumawardani, narita ,dkk. Dalam penelitian deskriptif yang berjudul Kaitan Antara Prevalensi Gizi Buruk dengan PDRB/kapita dan Tingkat Kemiskinan Serta Estimasi Kerugian Ekonomi Akibat Gizi buruk pada Balita Diberbagai Kab/Kota di Pulau Jawa dan Bali. Jurnal Gizi dan Pangan Vol 6 No 1 Hal 100-108. Menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang positive antara kemiskinan terhadap status gizi balita di pulau Jawa dan Bali dan hubungan negatif antara PDRB/kapita terhadap status gizi balita di pulau Jawa dan Bali serta estimasi kerugian ekonomi yang hilang akibat gizi buruk pada balita dengan asumsi kehilangan produktifitas sebesar 2% - 9% adalah sebesar 0,039% - 0,177%.

Anggia Lonika, dalam penelitian skripsi yang berjudul “faktor-faktor yang mempengaruhi status gizi balita di kecamatan kurangi kota padang 2011”. Penelitian yang menggunakan data primer menyimpulkan bahwa, status gizi balita dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya adalah pendapatan rumah tangga, pengetahuan gizi ibu, akses pelayanan kesehatan, kejadian diare, pemberian ASI eksklusif, sumber air bersih dan kebiasaan mencuci tangan.

Widajanti,L dkk. Pada tahun 1999 melakukan penelitian dengan judul ”Perubahan Konsumsi Pangan dan tingkat Kecukupan Gizi Anak Sekolah Dasar di Kodia Semarang pada Masa Krisis Moneter Tahun 1997/1998”. Penelitian ini menggunakan data *Cross section*. Hasil



penelitian menemukan bahwa ada perbedaan jumlah konsumsi energi dan protein antara sebelum dan selama terjadinya krisis moneter.

Agus Suyanto 2004 dalam tesis yang berjudul “Hubungan tingkat sosial ekonomi keluarga dan kondisi sanitasi lingkungan dengan pertumbuhan balita di Propinsi Jawa Tengah tahun 2001-2002”. Dengan menggunakan data *Cross section*. Hasil penelitian menemukan bahwa ada hubungan infeksi dengan pertumbuhan. Tidak ada hubungan tingkat sosial ekonomi dengan konsumsi.

Musibau Adetunji Babatunde 2009, dalam jurnal yang berjudul “Analisis hubungan antara pertumbuhan dan kesehatan di Negeria”. Menggunakan data *time series* antara tahun 1970 dan 2008. Penelitian ini menggunakan kerangka persamaan simultan. Dalam penelitian ini menemukan bahwa adanya hubungan sebab akibat antara pertumbuhan ekonomi dan kesehatan dan hubungan positif antara pendapatan dan harapan hidup.

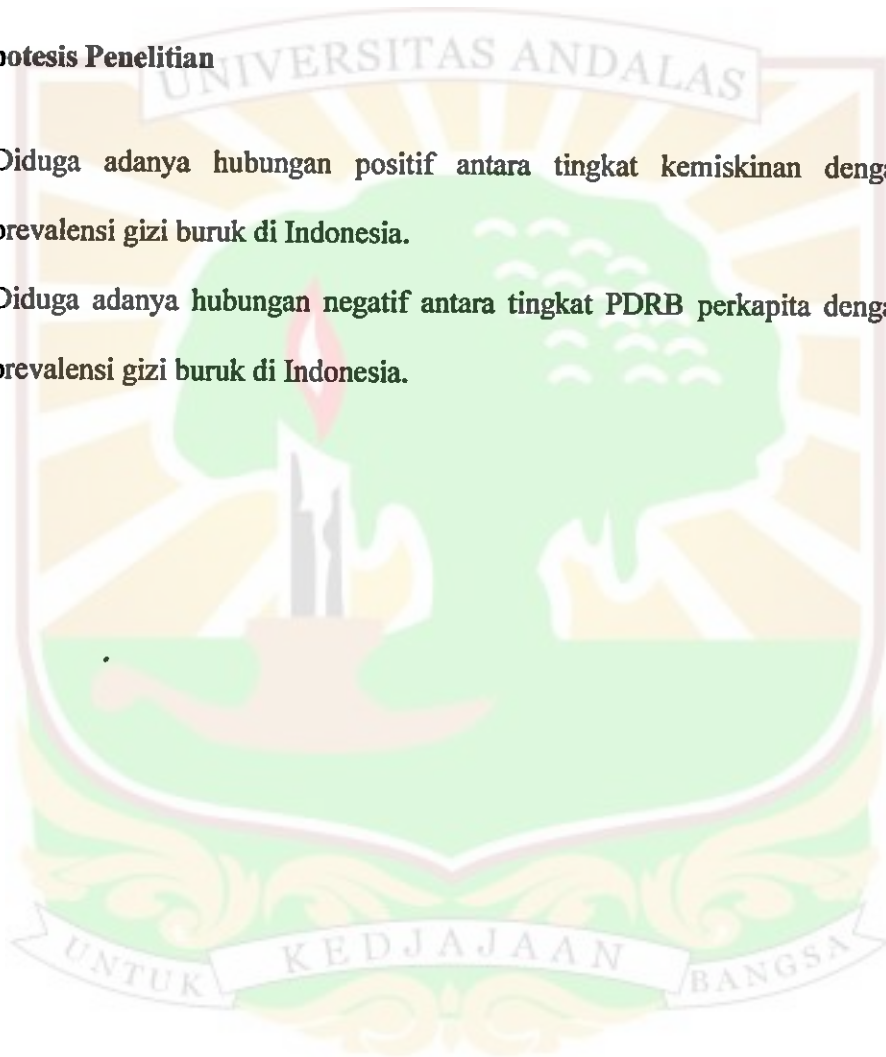
Bloom,dkk 2004 dengan menggunakan teknik 2SLS menemukan bahwa harapan hidup dan lama sekolah memiliki efek positif dan signifikan terhadap PDB. Peningkatan kesehatan meningkatkan output tidak hanya melalui produktivitas tenaga kerja, tetapi juga melalui akumulasi modal. Studi ini juga menemukan bahwa peningkatan satu tahun harapan hidup penduduk mengakibatkan peningkatan 4 persen output.

Akram,dkk 2008 meneliti dampak dari indikator kesehatan yang berbeda terhadap pertumbuhan ekonomi di Pakistan. Studi ini menemukan

bahwa PDB per kapita secara positif dipengaruhi oleh indikator kesehatan dalam jangka panjang. Namun, dalam jangka pendek indikator kesehatan tidak memberikan dampak yang signifikan terhadap PDB per kapita. Penelitian ini menemukan bahwa indikator kesehatan memiliki dampak jangka panjang terhadap pertumbuhan ekonomi.

## 2.2 Hipotesis Penelitian

1. Diduga adanya hubungan positif antara tingkat kemiskinan dengan prevalensi gizi buruk di Indonesia.
2. Diduga adanya hubungan negatif antara tingkat PDRB perkapita dengan prevalensi gizi buruk di Indonesia.



## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Sumber Data**

Data yang dipakai dalam penelitian ini adalah data sekunder yaitu data yang diperoleh dalam bentuk yang sudah diolah. Data sekunder diperoleh dari laporan kesehatan mengenai gizi dari Dinas Kesehatan Indonesia. data yang diperoleh berupa prevalensi status gizi balita diberbagai provinsi di Indonesia Tahun 2010. Data ini diperoleh dari riset kesehatan dasar (riskesdas) depertemen kesehatan Indonesia.

Data PDRB yang digunakan dalam penelitian ini adalah Produk Domestik Regional Bruto Perkapita (PDRB/Kapita) masing-masing Provinsi di Indonesia atas dasar harga berlaku tanpa migas tahun 2010. Data ini diperoleh dari Biro Pusat Statistik Republik Indonesia (BPS RI). Data prevalensi kemiskinan masing-masing provinsi di Indonesia tahun 2010. Data ini diperoleh dari Biro Pusat Statistik Republik Indonesia (BPS RI).

#### **3.2 Metode Analisis Data**

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan analisis regresi linear berganda, dengan menggunakan metode *Ordinary Least Square* (OLS) yang menggunakan data antar ruang (*cross section*)



### 3.2.1 Analisis Regresi

Analisis regresi merupakan suatu metode yang digunakan untuk menganalisis hubungan antar variabel (Nachrowi, 2002). Dalam analisis ini dilakukan bantuan program statistik dengan tujuan untuk melihat pengaruh variabel-variabel independent terhadap variabel dependennya. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan regresi berganda dengan metode kuadrat terkecil sederhana *Ordinary Least Squares (OLS)*. Metode ini diyakini mempunyai sifat-sifat yang ideal dan dapat diunggulkan secara teknis sangat kuat, mudah dalam perhitungan dan penarikan interpretasinya. Metode yang memiliki penyimpangan atau error yang minimum (Nachrowi,2002).

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini adalah prevalensi gizi buruk (GB) sebagai variabel terikat, serta memiliki dua variabel bebas yang terdiri dari variabel kemiskinan (KM) dan PDRB perkapita (PDRB). Model yang digunakan dalam penelitian ini dijabarkan dalam fungsi sebagai berikut :

$$GB = f(KM, PDRB)$$

Secara Ekonometrik dapat ditulis :

$$GB = \beta_0 + \beta_1 KM + \beta_2 PDRB \dots\dots\dots 3.1$$

Keterangan :

GB = Variabel terikat (Prevalensi gizi balita)

KM = Variabel bebas (Kemiskinan)

PDRB = Variabel bebas (PDRB per kapita)

$\beta_0$  = Konstanta

$\beta_{1,2}$  = Koefisien Regresi

dari model tersebut terdapat beberapa analisis yang dilakukan yaitu;

**a. Koefisien Regresi**

Dengan menggunakan persamaan diatas akan diestimate persamaan regresi dengan pendekatan deviasi terhadap rata-ratanya (syofyardi,2010) yaitu dengan menggunakan rumus:

$$\beta_1 = \frac{(\sum kmgb)(\sum pdrb^2) - (\sum pdrbgb)(\sum kmpdrb)}{(\sum km^2)(\sum pdrb^2) - (kmpdrb)^2} \dots\dots\dots 3.2$$

$$\beta_2 = \frac{(\sum pdrbgb)(\sum km^2) - (\sum kmgb)(\sum kmpdrb)}{(\sum km^2)(\sum pdrb^2) - (kmpdrb)^2} \dots\dots\dots 3.3$$

$$\beta_0 = GB - \beta_1 KM - \beta_2 PDRB \dots\dots\dots 3.4$$

Dimana:

$$\begin{aligned} \sum kmgb &= \sum KMGB - \frac{(\sum KM)(\sum GB)}{n} \\ \sum pdrbgb &= \sum PDRBGB - \frac{(\sum PDRB)(\sum GB)}{n} \\ \sum kmpdrb &= \sum KMPDRB - \frac{(\sum KM)(\sum PDRB)}{n} \\ \sum km^2 &= \sum KM^2 - \frac{(\sum KM)^2}{n} \\ \sum pdrb^2 &= \sum PDRB^2 - \frac{(\sum PDRB)^2}{n} \\ \sum gb^2 &= \sum GB^2 - \frac{(\sum GB)^2}{n} \end{aligned}$$

**b. Koefisien Determinasi**

Koefisien determinasi diperlukan untuk melihat variasi total GB yang dijelaskan oleh bidang regresi melalui perubahan KM dan PDRB (Sofyardi,2010), yang dijabarkan dengan rumus sebagai berikut;

$$R^2_{GBKMPDRB} = \frac{\beta_1 \sum kmgb + \beta_2 \sum pdrbgb}{\sum gb^2} \dots\dots\dots 3.5$$

### 3.2.2 Pengujian Koefisien Persamaan Regresi

Dalam pembuktian hipotesis terhadap model maka perlu menggunakan pengujian secara individu dan pengujian parameter secara berganda (simultan)

#### a. Uji Parameter Secara Individu

- **Standar Error (S)**

Semakin kecil standar error maka semakin kuat kenyataan bahwa estimate realible secara statistik (Sofyardi,2010). Standar error diukur dengan rumus sebagai berikut:

$$S(\beta) = \sqrt{\text{Var}(\beta)} \dots \dots \dots 3.6$$

Apabila  $S(\beta) < 1/2 \beta$  berarti bahwa hipotesa nol ditolak dan menerima hipotesa alternative, berarti estimasi  $\beta$  signifikan secara statistik.

- **Uji Student t**

Digunakan untuk mengetahui pengaruh tiap-tiap variabel bebas terhadap variabel terikat. Uji ini dilakukan dengan cara membandingkan nilai  $t_{hitung}$  dengan nilai  $t_{tabel}$ . Jika  $t_{hitung} > t_{tabel}$  hal ini berarti bahwa  $H_a$  diterima atau menolak  $H_0$ . Artinya secara parsial variabel bebas berpengaruh nyata terhadap variabel tergantung pada tingkat kesalahan ( $\alpha$ ).

$$t(\beta) = \frac{\beta}{S(\beta)} \dots \dots \dots 3.7$$



**b. Uji Para Meter Secara Simultan**

- Uji F

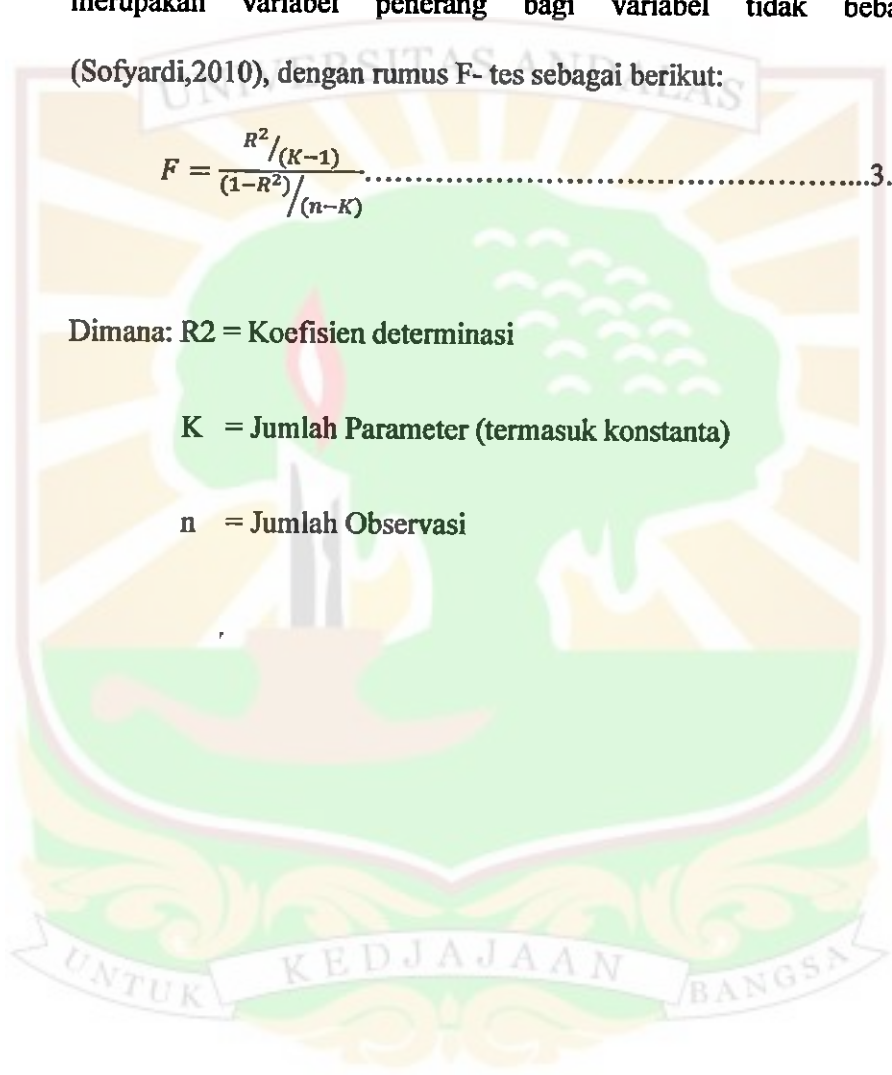
Uji F digunakan untuk menguji keseluruhan variabel sekaligus sebagai penerang bagi variabel tidak bebas. Apabila  $F_{hitung}$  lebih besar daripada  $F_{tabel}$  hal ini berarti keseluruhan variabel yang diuji merupakan variabel penerang bagi variabel tidak bebas (Sofyardi,2010), dengan rumus F- tes sebagai berikut:

$$F = \frac{R^2 / (K-1)}{(1-R^2) / (n-K)} \dots\dots\dots 3.8$$

Dimana:  $R^2$  = Koefisien determinasi

$K$  = Jumlah Parameter (termasuk konstanta)

$n$  = Jumlah Observasi



## BAB IV

### GAMBARAN UMUM PENELITIAN

#### 4.1 Gambaran Umum Daerah Penelitian

##### Keadaan Geografis

Indonesia adalah Negara yang terletak di benua Asia Tenggara, secara geografis terletak diantara dua benua yaitu benua Asia dan Australia serta diantara dua samudra yaitu Samudra Hindia dan Samudra Pasifik. Secara astronomis Indonesia terletak antara 6° garis Lintang Utara sampai 11° garis Lintang Selatan, dan 95° sampai 141° garis Bujur Timur yang meliputi rangkaian pulau dari sabang sampai merauke. Dengan demikian, wilayah Indonesia berada pada posisi silang yang mempunyai arti penting dalam kaitannya dengan perekonomian (Profil Kesehatan Indonesia, 2011).

Indonesia merupakan Negara kepulauan terbesar di daerah Asia Tenggara. Menurut data yang bersumber dari Bakosurtanal jumlah pulau yang ada di Indonesia adalah sebesar 17.504 pulau. Jumlah pulau itu termasuk dengan pulau yang terletak dimuara ataupun tengah sungai, serta delta sungai. Posisi yang strategis ini mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kebudayaan, sosial, politik dan ekonomi. Hal ini membuat Indonesia memiliki keragaman budaya dan adat istiadat yang berbeda satu sama lainnya. Keragaman dalam berbagai aspek tersebut juga terkait dengan perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (Profil kesehatan Indonesia, 2010).

Secara administratif, pada tahun 2010 Indonesia terdiri atas 33 provinsi, 497 Kab/Kota (399 Kab dan 98 Kota), 6.598 kecamatan, dan 75.638 Kel/Desa. Batas-batas wilayah dilaut harus mengacu pada UNCLOS (*United Nations Convension on the Law of the Sea*) dimana wilayah Indonesia sebelah barat berbatasan dengan Samudera Hindia, sebelah timur berbatasan dengan Papua Nugini, sebelah selatan berbatasan dengan Australia dan Samudera Hindia, sebelah utara berbatasan dengan negara Malaysia, Singapura, Vietnam, Filipina, dan Thailand

#### **4.2 Keadaan Penduduk**

Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2010, jumlah penduduk Indonesia sebesar 237.641.326 orang, yang terdiri atas 119.630.913 penduduk laki-laki dan 118.010.413 penduduk perempuan. Hal ini berarti bahwa penduduk Indonesia bertambah 32,5 juta jiwa setiap tahun selama periode 2000-2010. Jika di alokasikan ke setiap bulan maka setiap bulannya penduduk Indonesia bertambah sebanyak 270.833 jiwa atau sebesar 0,27 juta jiwa. Berdasarkan jumlah tersebut, maka setiap harinya penduduk Indonesia bertambah sebesar 9.027 jiwa. Dan setiap jam terjadi pertambahan penduduk sebanyak 377 jiwa. Bahkan setiap detik jumlah pertambahan penduduk masih tergolong tinggi yaitu sebanyak 1,04 (1-2 jiwa). Pertambahan penduduk di Indonesia umumnya (bahkan bisa dikatakan 99,9 persen) disebabkan oleh kelahiran, sisanya berupa migrasi masuk. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dalam 1 detik di Indonesia terjadi kelahiran bayi sebanyak 1-2 jiwa. Jumlah penduduk Indonesia dari tahun

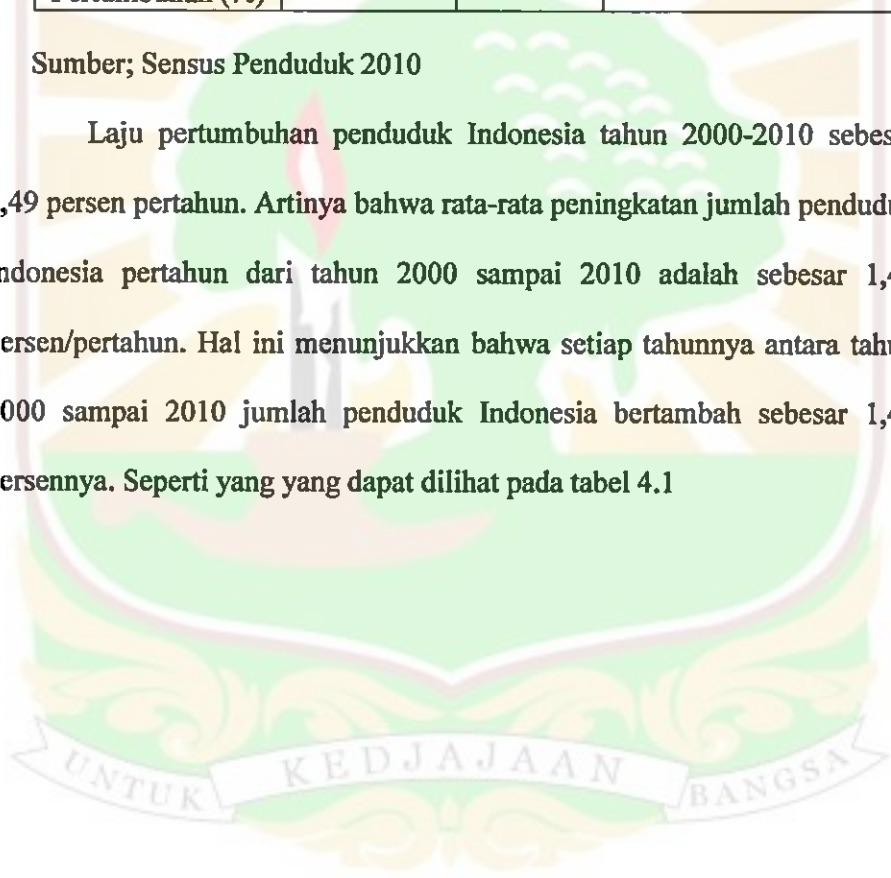
ketahun terus mengalami peningkatan dengan laju pertumbuhan yang tinggi. Jumlah penduduk Indonesia dari tahun 1971-2010 serta pertumbuhannya dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 4.1**  
**Jumlah dan laju Pertumbuhan Penduduk Indonesia Berdasarkan**  
**Sensus Penduduk**  
**Tahun 1971, 1980, 1990, 2 000 dan 2010**

Tahun	1971	1980	1990	2000	2010
Jumlah Penduduk (Juta Jiwa)	119.2	147.5	179.4	205.1	237.6
Laju Pertumbuhan (%)	2.3	1.97	1.49		

Sumber; Sensus Penduduk 2010

Laju pertumbuhan penduduk Indonesia tahun 2000-2010 sebesar 1,49 persen pertahun. Artinya bahwa rata-rata peningkatan jumlah penduduk Indonesia pertahun dari tahun 2000 sampai 2010 adalah sebesar 1,49 persen/pertahun. Hal ini menunjukkan bahwa setiap tahunnya antara tahun 2000 sampai 2010 jumlah penduduk Indonesia bertambah sebesar 1,49 persennya. Seperti yang yang dapat dilihat pada tabel 4.1





### 4.3 Penyakit Terbanyak di Indonesia

**Tabel : 4.2**  
**Pola 10 Penyakit Terbanyak pada Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2010**

No	Daftar Tabulasi Dasar (DTD)	Kasus		Jumlah Kasus Baru	Jumlah Kunjungan
		Laki-Laki	Perempuan		
1	Infeksi saluran nafas bagian atas akut lainnya	147.410	143.946	291.356	433.354
2	Cedera YDT lainnya YTT dan daerah badan multipel	77.337	49.739	127.076	168.768
3	Penyakit kulit dan jaringan subkutan lainnya	48.576	73.500	122.076	192.414
4	gangguan refraksi dan akomodasi	42.349	69.164	111.513	143.404
5	Diare & gastro enteritis oleh penyebab infeksi tertentu (kolitis infeksi)	53.389	51.890	105.279	141.556
6	Dispepsia	34.981	53.618	88.599	163.428
7	Penyakit pulpa dan periapikal	39.427	46.994	86.421	163.211
8	Hipertensi Esensial (Primer)	35.462	45.153	80.615	277.846
9	Kunjungtivitis dan gangguan lain kunjungtiva	30.250	37.776	68.026	87.513
10	Penyakit telinga dan prosesus mastoid	30.583	30.855	61.438	99.663

Sumber : Kemenkes RI, 2011

Dari tabel diatas terlihat bahwa jumlah penyakit yang terbanyak pada pasien rawat jalan dirumah sakit di Indonesia tahun 2010 yang berada pada tingkat paling teratas adalah penyakit Infeksi saluran nafas bagian atas akut lainnya (ISPA) dengan banyak kunjungan 433.354 kasus. Kasus ini mengalami peningkatan dengan bertambahnya kasus baru sebesar 29.356 kasus dibandingkan pada tahun 2009.

#### 4.4 Kondisi kesehatan di Indonesia

Menurut data RISKESDAS secara nasional terjadi penurunan prevalensi masalah gizi pada balita, namun masih ada kesenjangan antar provinsi. Terdapat 18 provinsi yang memiliki prevalensi gizi kurang dan buruk diatas prevalensi nasional. 15 provinsi memiliki prevalensi anak pendek dan prevalensi anak kurus diatas angka nasional. Untuk prevalensi pendek pada balita terdapat 15 provinsi yang memiliki prevalensi diatas prevalensi nasional, dan untuk prevalensi anak kurus teridentifikasi 19 provinsi yang memiliki prevalensi diatas prevalensi nasional (DEPKES RI, 2010).

Status gizi pada anak usia 6-18 tahun juga dilakukan penilaian yang sama. Dengan mengelompokkan menjadi tiga yaitu untuk anak usia 6-12 tahun, 13-15 tahun, dan 16-18 tahun. Secara nasional prevalensi anak pendek untuk ketiga kelompok masih tinggi, yaitu di atas 30%, dan yang tertinggi pada kelompok anak 6-12 tahun (35,8%), dan terendah pada kelompok umur 16-18 tahun (31,2%). Prevalensi kurus pada kelompok anak 6-12 tahun dan 13-15 tahun hampir sama yaitu sekitar 11 persen, sedangkan pada kelompok anak 16-18 tahun adalah 8,9 persen. Status gizi pada kelompok dewasa diatas 18 tahun didominasi dengan masalah obesitas, walaupun masalah kurus juga masih cukup tinggi. Angka obesitas pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki. Berdasarkan karakteristik masalah obesitas cenderung lebih tinggi pada penduduk yang tinggal diperkotaan, berpendidikan dan pada kelompok status ekonomi yang tertinggi pula (DEPKES RI, 2010).

Percepatan peningkatan status gizi perlu segera dilakukan, karena masalah gizi yang terjadi masih cukup berat. Provinsi-provinsi yang memerlukan upaya khusus telah teridentifikasi. Upaya perbaikan ekonomi, perubahan perilaku penduduk maupun upaya yang memerlukan koordinasi dan integrasi secara baik. Terkait dengan masalah gizi penduduk merupakan masalah asupan makanan yang tidak seimbang. Pada MDGs pertama, indikator yang digunakan adalah persentase penduduk yang mengkonsumsi energi dibawah kebutuhan minimal. Riskesdas 2010 mengumpulkan konsumsi individu yang hasilnya dapat digunakan untuk menilai kejadian defisit pada individu yang bersangkutan (DEPKES RI, 2010).

Secara nasional, penduduk Indonesia yang mengkonsumsi energi dibawah kebutuhan minimal (kurang dari 70 persen dari angka kecukupan gizi bagi orang Indonesia) adalah sebanyak 40,7 persen. Penduduk yang mengkonsumsi protein dibawah kebutuhan minimal (kurang dari 80 persen dari angka kecukupan bagi orang Indonesia) adalah sebanyak 37 persen, Provinsi Bali merupakan provinsi dengan penduduk yang mengkonsumsi energi di bawah kebutuhan minimal dengan persentase terendah 30,9%, dan yang persentasenya tertinggi adalah Provinsi Sulawesi Barat 46,7%. Provinsi yang penduduknya mengkonsumsi protein di bawah kebutuhan minimal dengan persentase terendah adalah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung 18,0%, dan yang persentasenya tertinggi adalah Provinsi Nusa Tenggara Timur 56,0% (DEPKES RI,2010).

Masalah kekurangan konsumsi energi dan protein terjadi pada semua kelompok umur, terutama pada anak usia sekolah (6–12 tahun), usia pra remaja (13–15 tahun), usia remaja (16–18 tahun), dan kelompok ibu hamil, khususnya ibu hamil diperdesaan. Kontribusi konsumsi karbohidrat terhadap konsumsi

energi adalah 61 persen, sedikit diatas angka yang dianjurkan PUGS (Pedoman Umum Gizi Seimbang). Untuk kesehatan anak, pada MDGs indikator yang dipantau adalah persentase pemberian imunisasi campak. Secara nasional, proporsi anak 12-23 bulan yang memperoleh imunisasi campak adalah 74,5 persen, dengan provinsi terbaik adalah DI Yogyakarta 96,4% dan terendah Papua 47,1%. Untuk imunisasi dasar lengkap pada anak 12-23 bulan adalah 53,8 persen dengan rentang: 28,2 persen di Papua dan 91,1 persen atau DI Yogyakarta (DEPKES RI,2010).

#### 4.5 Prevalensi Gizi Buruk di Indonesia

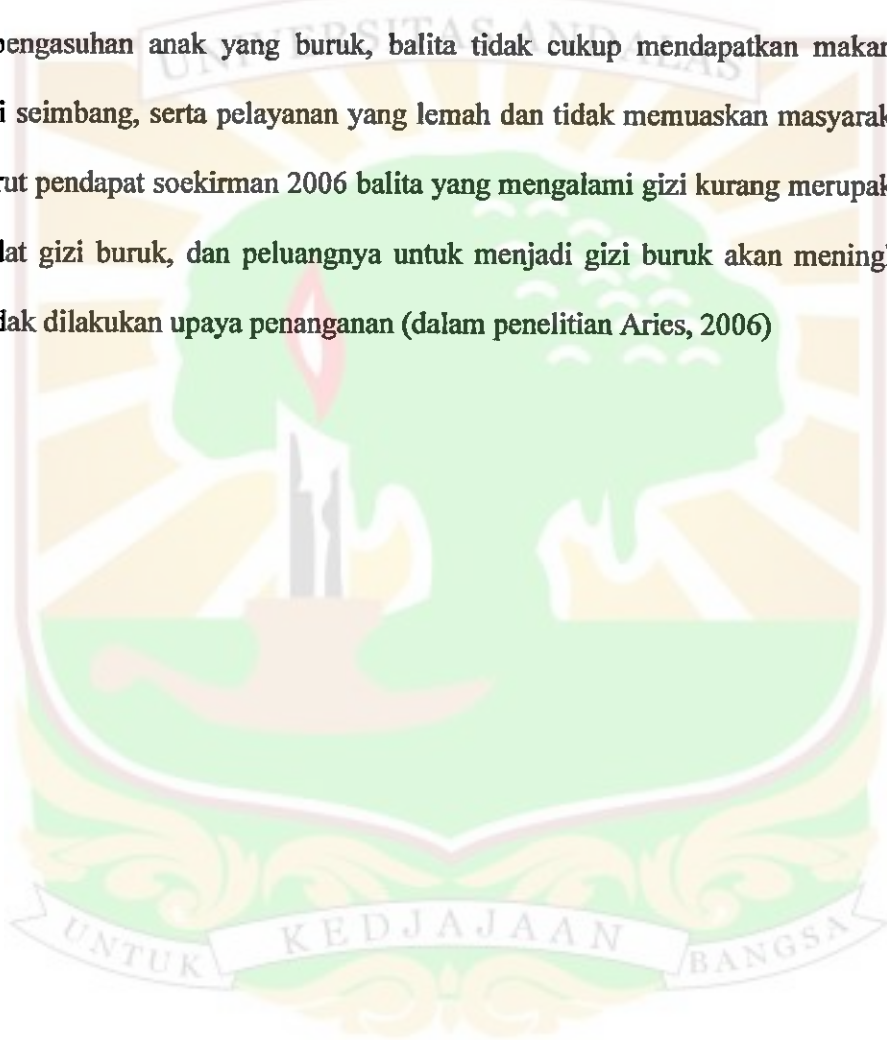
Berdasarkan hasil pengolahan data RISKESDAS tahun 2010, diketahui bahwa besarnya prevalensi Berat kurang (gizi buruk + gizi kurang) pada balita dengan indikator berat badan menurut umur (BB/U) di wilayah Indonesia adalah sebesar 17,9%. yang terdiri dari 4,9% gizi buruk ( $Z_{\text{skor}} < -3.0$ ) dan 13,0% gizi kurang ( $Z_{\text{score}} \geq -3,0$  s/d  $Z_{\text{score}} < -2,0$ ). Prevalensi balita gizi buruk tertinggi terdapat di Provinsi Gorontalo yaitu 11,2 % dan terendah terdapat di Provinsi DI Yogyakarta sebesar 1,4%.

Provinsi Nusa Tenggara Barat merupakan daerah dengan status prevalensi Kurang Energi Protein (KEP) yang menempati urutan paling tinggi yaitu sebesar 30,5%, dengan prevelansi Gizi buruk sebar 10,6% dan prevelansi gizi kurang sebesar 19,9% berdasarkan BB/U. Provinsi Gorontalo dengan prevalensi gizi buruk terbesar di Indonesia pada tahun 2010 sebesar 11,2% menempati urutan ke 6, Hal ini dikarenakan prevalensi gizi kurang yang ada didaerah tersebut hanya sebesar 15,3%. Daerah yang menduduki peringkat



terakhir status prevalensi KEP terendah adalah daerah Sulawesi Selatan dengan prevalensi gizi buruk sebesar 3,8% dan prevalensi gizi kurang sebesar 6,8%. Namun prevalensi gizi buruk yang terendah adalah daerah DI Yogyakarta sebesar 1,4% (Lampiran 3).

Angka prevalensi gizi buruk pada balita di Indonesia pada umumnya tinggi disebabkan oleh beberapa hal, yaitu tingginya prevalensi balita gizi kurang, pola pengasuhan anak yang buruk, balita tidak cukup mendapatkan makanan bergizi seimbang, serta pelayanan yang lemah dan tidak memuaskan masyarakat. Menurut pendapat Soekirman 2006 balita yang mengalami gizi kurang merupakan kandidat gizi buruk, dan peluangnya untuk menjadi gizi buruk akan meningkat jika tidak dilakukan upaya penanganan (dalam penelitian Aries, 2006)



## BAB V

### PENEMUAN EMPIRIS

Bab ini menyajikan hubungan antara kemiskinan dan PDRB perkapita terhadap prevalensi gizi buruk di daerah Indonesia tahun 2010. Untuk mengetahui hubungan yang terbentuk antar variabel dilakukan estimasi dengan menggunakan metode linear berganda. Hasil regresi yang diperoleh disajikan dalam pembahasan berikut.

#### 5.1 Hubungan PDRB perkapita dan tingkat kemiskinan dengan Gizi Buruk

Berdasarkan hasil pengolahan data RISKESDAS tahun 2010, diketahui bahwa besarnya prevalensi Berat kurang (gizi buruk + gizi kurang) pada balita dengan indikator berat badan menurut umur (BB/U) di wilayah Indonesia adalah sebesar 17,9%. yang terdiri dari 4,9% gizi buruk ( $Z_{\text{skor}} < -3.0$ ) dan 13,0% gizi kurang ( $Z_{\text{score}} \geq -3,0$  s/d  $Z_{\text{score}} < -2,0$ ). Adapun prevalensi balita gizi buruk yang tertinggi terdapat di Provinsi Gorontalo yaitu 11,2 % dan yang terendah terdapat di Provinsi DI Yogyakarta sebesar 1,4%. Dari perhitungan yang dilakukan diperoleh hubungan PDRB perkapita dan tingkat kemiskinan dengan prevalensi gizi buruk dengan hasil sebagai berikut;

$$\text{GB} = 4,346 + 0,138\text{KM} - 3,29\text{E-}008\text{PDRB}$$
$$(4,148)^* \quad (2,820)^* \quad (-1,312)^*$$

Catatan:\* Menunjukkan  $\alpha$  5%

Berdasarkan perhitunganyang dilakuakn diperoleh  $R = 0,555$  dengan  $R^2 = 0,308$ . Nilai R merupakan hubungan antara Prevalensi Gizi Buruk dengan PDRB Per Kapita dan Tingkat Kemiskinan, dari perhitungan juga diketahui bahwa seberapa besar kualitas model regresi linier berganda yang terbentuk, dengan nilai koefisien determinasi ( $R^2$ ) = 0,308. Nilai tersebut menunjukkan informasi bahwa 30,8% nilai dari besarnya Prevalensi Gizi Buruk telah dapat dijelaskan oleh data PDRB dan Tingkat Kemiskinan. Sedangkan sisanya 69,2% informasi mengenai besarnya Prevalensi Gizi Buruk belum dapat dijelaskan oleh variabel-variabel bebas tersebut.

Dari hasil yang diperoleh memperlihatkan hubungan antara prevalensi gizi buruk dengan tingkat kemiskinan memiliki hubungan yang positif dan signifikan pada tingkat kepercayaan 5%. Hal ini berarti bahwa jika kemiskinan disuatu daerah meningkat maka akan meningkatkan prevalensi gizi buruk didaerah tersebut. Hal ini berlaku juga sebaliknya dengan asumsi *ceteris paribus*. Angka +0,138KM pada persamaan diatas menjelaskan bahwa jika jumlah kemiskinan disuatu wilayah meningkat satu digit maka akan meningkatkan prevalensi gizi buruk sebesar 0,138 di wilayah Indonesia dengan asumsi jumlah PDRB perkapita disuatu wilayah tidak berubah. Angka 4,346 pada persamaan diatas menunjukkan bahwa jumlah prevalensi gizi buruk yang terjadi disuatu wilayah Indonesia adalah sebesar 4.346 walaupun nilai kemiskinan dan PDRB perkapita nol.

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Musibau Adetunji Babatunde 2009, menumakan bahwa adanya hubungan sebab akibat antara pertumbuhan ekonomi dan kesehatan dan hubungan positif antara pendapatan dan harapan hidup. Bloom,dkk 2004 menemukan bahwa harapan hidup dan lama sekolah memiliki efek positif dan signifikan terhadap PDB. Peningkatan kesehatan meningkatkan output tidak hanya melalui produktivitas

tenaga kerja, tetapi juga melalui akumulasi modal. Akram,dkk2008 menemukan bahwa PDB per kapita secara positif dipengaruhi oleh indikator kesehatan dalam jangka panjang. Namun, dalam jangka pendek indikator kesehatan tidak memberikan dampak yang signifikan terhadap PDB per kapita.

Fogel (1994) menunjukkan bahwa hampir 33 persen dari peningkatan pendapatan riil di Inggris selama abad kesembilan belas dan kedua puluh ini dicatat dengan meningkatkan kesehatan dan gizi yang baik. Mayer (2001) mengamati bahwa ada hubungan kausal yang signifikan berjalan dari perbaikan dalam tingkat kelangsungan hidup dewasa dan kinerja pertumbuhan di Brasil dan Meksiko, sementara Weil (2001) menunjukkan bahwa kesehatan (diukur dengan harapan hidup saat lahir) menjelaskan sekitar 17 persen dari variasi pendapatan riil per kapita negara. Dalam studi lain, Gyimah-Brempong dan Wilson (2004) mengamati bahwa sekitar 22 persen dan 30 persen dari tingkat pertumbuhan pendapatan per kapita di sub-Sahara Afrika dan negara-negara OECD, masing-masing, dapat dikaitkan dengan kesehatan.

Nilai uji t menunjukkan tingkat signifikansi konstanta dan variabel independent. Signifikansi variabel konstanta terhadap prevalensi gizi buruk menunjukkan nilai t hitung (4,148) besar dari pada t tabel (1,960) hal ini berarti bahwa konstanta mempengaruhi secara signifikan dalam regresi berganda ini pada tingkat kepercayaan 5%. Signifikansi variabel PDRB Per Kapita terhadap prevalensi gizi buruk tidak mempengaruhi secara signifikan karena nilai t hitung (-1,312) kecil dari nilai t table (1,960). Hal ini menunjukkan bahwa variabel kemiskinan mempengaruhi secara signifikan terhadap variabel prevalensi gizi buruk balita pada tingkat kepercayaan 5%. Signifikansi variabel kemiskinan



terhadap prevalensi gizi buruk mempengaruhi secara signifikan karena nilai  $t$  hitung (2,820) besar dari pada  $t$  tabel (1,960). Hal ini menunjukkan bahwa variabel kemiskinan mempengaruhi secara signifikan terhadap variabel prevalensi gizi buruk balita pada tingkat kepercayaan 5%.

Untuk melihat keseluruhan variabel bebas merupakan variabel penerang bagi variabel terikat maka dilihat dari nilai  $F$  hitung terhadap nilai  $F$  table. Dari perhitungan yang diperoleh terlihat bahwa keseluruhan variabel yang diuji merupakan variabel penerang bagi variabel terikatnya karena nilai  $F$  hitung (6,682) besar dari  $F$  table (3,32) pada tingkat kepercayaan 5%.



## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

Dari analisis yang dilakukan, dapat disimpulkan sebagai berikut, Masalah gizi merupakan masalah kesehatan yang disebabkan oleh tidak seimbangnya pemenuhan kebutuhan zat gizi yang diperoleh dari makanan, baik berupa masalah gizi makro (karbohidrat, protein dan lemak) ataupun gizi mikro (vitamin C, B12, dan Kalsium). Gizi yang baik merupakan dasar pembangunan sumber daya manusia. Perbaikan gizi merupakan investasi jangka panjang.

Dari hasil yang diperoleh memperlihatkan hubungan antara tingkat kemiskinan dengan prevalensi gizi buruk mempengaruhi secara signifikan dengan korelasi hubungan positif yang terbentuk. Variabel PDRB perkapita tidak mempengaruhi secara signifikan dalam penelitian ini, namun memiliki korelasi hubungan negatif antara PDRB perkapita dengan prevalensi gizi buruk.

#### **6.2 Saran**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara PDRB perkapita terhadap gizi buruk berhubungan negatif dan kemiskinan terhadap prevalensi gizi buruk berhubungan positif. Berdasarkan hal ini, maka sangat diperlukan upaya pengentasan kemiskinan untuk meningkatkan pendapatan masyarakat guna memperbaiki prevalensi gizi buruk yang terjadi sebagai investasi ekonomi jangka panjang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achadi, Endang, et al.2007. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Departemen. Gizi Kesmas DKM-UI. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- ADB.2005.*Malnutrition and Poverty*.<http://www.adbi.org/discussion-paper/2005/01/14/869>  
.malnutrition.poverty.indonesia/malnutrition.and.poverty/[2September 2012].
- Akram.N,dkk.2008.*The Long Term Impact of Health on Economic Growth in Pakistan*.The Pakistan Development Review47 : 4 Part II (Winter 2008) pp. 487–500.
- Aries M. 2006. *Estimasi kerugian ekonomi akibat gizi buruk dan biaya penang- gulangannya melalui program pemberian makanan tambahan (PMT) pada balita di berbagai provinsi di Indonesia*. Skripsi Sarjana Departemen Gizi Masyarakat, Fakultas Pertanian, IPB, Bogor.
- Aries, Muhammad Dan Drajat Martiant.2006. *Estimasi Kerugian Ekonomi Akibat StatusGizi Buruk dan Biaya Penanggulangannya Pada Balita di Berbagai Provinsi di Indonesia*. Jurnal Gizi Dan Pangan, Vol 1 No 2 Hal 26-33.
- Atmawikarta,Arum.2009.*Investasi Kesehatan Untuk Pembangunan Ekonomi*. BAPPENAS, Jakarta
- Babatunde, Musibau Adetunji.2009.*An Analysis Of The Growth-Health Relationship In Nigeria*. Paper department of economics. University of Ibadan,Nigeria.
- Berg, A., 1973, *The nutrition factor: Its role in national development*, The Brookings Institution, Washington.

- Berg A, dan Sanjoyo. 1986. *Peranan Gizi Dalam Pembangunan*. C.V. Rajawali, Jakarta
- Bloom, D,dkk.2004.*Global demographic change: Dimensions and economic significance*. Working Paper No. 10817. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research; 2004.
- CMH.2001.*Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Darmawan, Ede Surya.2011.Kesehatan dan Pembangunan Ekonomi.[http://www .findtoyou.co.id/freepdf/get/zVbi666D/microsoft-powerpoint-sesi-9-kesehatan-pembangunan.html](http://www.findtoyou.co.id/freepdf/get/zVbi666D/microsoft-powerpoint-sesi-9-kesehatan-pembangunan.html)[23Oktober 2011].
- Depkes, RI, 2004, Analisis Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat, Jakarta
- Duraisamy, P. and A. Mahal.2005. "Health Poverty and Economic Growth in India" In *Financing and Delivery of Health Care Services in India,*" Background Papers of the National Commission on Macroeconomics and Health .Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
- Ernawati,aeda.2006. *Hubungan Factor Sosial Ekonomi, Hegine, Sanitasi Lingkungan,Tingkat Konsumsi Dan Infeksi Dengan Status Gizi Anak Usia 2-5 Tahun Di Kabupaten Semarang*.Tesis.Semarang:UNDIP.
- Fogel, R. W.1994."Economic growth, population theory, and philosophy: The bearing of long-term processes on the making of the economic policy,"*American Economic Review*, 84:369-95.



Gyimah-Brempong, K. and M. Wilson.2004. "*Health human capital and economic growth in sub-Saharan Africa and OECD countries*,"Quarterly Review of Economics and Finance, 44:296-320.

Harniati. 2008. Program-program Sektor Pertanian yang Berorientasi Penanggulangan Kemiskinan: Pengalaman Proyek Pembinaan Peningkatan Pendapatan Petani Nelayan Kecil (P4K) sebagai Sebuah Model Penanggulangan Kemiskinan di Pedesaan. *Prosiding Seminar Nasional: Meningkatkan Peran Sektor Pertanian dalam Penanggulangan Kemiskinan*. Bogor: Pusat Analisis Sosial Ekonomi dan Kebijakan Pertanian Departemen Pertanian.

Horton S. 1999. Opportunities for investments in nutrition in low-income Asia. <http://www.adb.org> [5 Feb 2012].

Konig S. 1995. *The Cost of Malnutrition. Technical Support Group*. F. Hoffmann-La Roche Ltd, Switzerland.

Kusumawardani, narita ,dkk.2011.*Kaitan Antara Prevalensi Gizi Buruk dengan PDRB/kapita dan Tingkat Kemiskinan Serta Estimasi Kerugian Ekonomi Akibat Gizi buruk pada Balita Diberbagai Kab/Kota di Pualu Jawa dan Bali*.Jurnal Gizi dan Pangan Vol 6 No 1 Hal 100-108.

Lonika, Anggia.2011. *Factor-faktor Yang Mempengaruhi Terhadap Status Gizi Balita di Kecamatan Kuranji Kota Padang*.Skripsi.Padang:UNAND

Lusa.2009.*Gizi Buruk*.<http://www.lusa.web.id/gizi-buruk>. [25 Mei 2012 ].

Machmud,Muzanda.2007.*MemajukanKabupatenMiskindenganCompetitiveAdvantage*.JurnalKesehatanMasyarakat FK UNAND.

- Masdiarti, E., 2000. *Gambaran Status Gizi Anak Balita di Tinjau dai Pola Pengasuhan Pada Ibu Bekerja dan Ibu Bukan Pekerja*, Skripsi Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Mayer, D.2001. "The long-term impact of health on economic growth in Mexico, 1950-1995," *Journal of International Development*, 13:123-6.
- Nadesul H, 1995. *Cara Sehat Mengasuh Anak*. Puspa Swasta, Jakarta.
- Nachrowi, Djalal dkk.2002.Penggunaan TeknikEkonometri.PT Raga GrafindoPersada. Jakarta.
- Pramudiantari, lidya. 2010 .Kemiskinan dan Gizi Buruk.<http://pramudiantari.blogspot.com/2010/12/kemiskinan-dan-gizi-buruk.html>. [26Mei 2012].
- Roedjito D, Djiteng, 1989. *Kajian Penelitian Gizi*. Mediyatama Sarana Perkasa. Jakarta.
- Sasana, Hadi. 2006. *Analisis Dampak Desentralisasi Fiskal terhadap Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Tengah*. [http://eprints.undip.ac.id/16947/1/Analisis\\_Dampak\\_Desentralisasi\\_Fiskal\\_Terhadap....by\\_Hadi\\_Sasana\\_\(OK\).pdf/](http://eprints.undip.ac.id/16947/1/Analisis_Dampak_Desentralisasi_Fiskal_Terhadap....by_Hadi_Sasana_(OK).pdf/) (29 Mei 2012)
- Santosa, J. 2005. *Health Mass Research Paper*. Hmprjs. Blogsport.com.
- Sasake, Anwar.2009.*Status Gizi dan Faktor yang Mempengaruhi*. <http://anwarsasake.wordpress.com/2009/08/07/status-gizi-dan-faktor-yang-mempengaruhi/>. [ 2 Juni 2012 ].
- Schultz, Theodore, W (1961), *Investment in Human Capital*, *The American Economics Review*, No. 51, March 1961.Jurnal.Jstor:2004
- Setiawan, Dadang.2010. *Kemiskinan, latarbelakang, dampakdanpemecahan* .[http://dasesetiawan999.blogspot.com/2010\\_10\\_01\\_archive.html](http://dasesetiawan999.blogspot.com/2010_10_01_archive.html). [ 2 Juni 2012 ].

Sirait, Robby alexander.2007.*Hubungan Antara Pembangunan Manusia dan Pertumbuhan Ekonomi*.<http://robbyalexandersirait.wordpress.com/2007/10/04/hubungan-antara-pembangunan-manusia-dan-pertumbuhan-ekonomi/#more-13>[ 2 Juni 2012 ].

Soedjiningsih.1995.*Tumbuh Kembang Anak*, Jakarta:EGC Strauss,jhon, Duncan Thomas.1998.*Healt Nutrition, And Economic Development*. Jurnal Of Economic Literature Vol. 36, No. 2. (Jun., 1998)

Sofyardi.2010. *Ekonometrika*.Lecture Note Program Studi Ilmu Ekonomi Fakultas Ekonomi UNAND.

Strauss,jhon, Duncan Thomas.1998.*Healt Nutrition, And Economic Development*. Jurnal Of Economic Literature Vol. 36, No. 2. (Jun., 1998)

Subarkah, Ade.2010.*Kapitalisme, SosialismedanKemiskinan(PerspektifMaterialisme Karl Mark danIdealisme Max Weber)*.[http://adesubarkah.files.wordpress.com/2010/07/tugas-1-\\_marx-n-weber\\_.pdf](http://adesubarkah.files.wordpress.com/2010/07/tugas-1-_marx-n-weber_.pdf)

Supariasa,Nyoman,dkk.2002.*Penilaina Status Gizi*. Penerbit buku kedokteran EGC:Jakarta.

Sukmadinata, Nana Syaodih. 2006. *Metode Penelitian Pendidikan* Bandung : Remaja Rosda Karya.

Suyanto,Agus.2004.*Hubungan Tingkat Sosial Ekonomi Keluarga dan Kondisi Sanitasi Lingkungan dengan Pertumbuhan Balita di Propinsi Jawa Tengah Tahun 2001-2002*.Tesis.Semarang:UNDIP.

Sudiyanto, Sekartini, R. 2005. *Manfaat Poster AKSI Kalender Bulanan Bayi dan Balita untuk Pemantauan Status Gizi*, [www.tempo.co.id/medika/arsip](http://www.tempo.co.id/medika/arsip) . [23Mei 2012].

Syarief H. 2004. Masalah gizi di Indonesia: kondisi gizi masyarakat memprihatinkan.  
<http://www.gizi.net>. [5 Feb 2012].

Undang-undang RI no 22 tahun 2009 tentang daerah otonomi pasal 1 ayat 1

Widajanti,L,dkk.1999.*Perubahan Konsumsi Pangan Dan Tingkat Kecukupan Gizi Anak Sekolah Dasar Dikodia Semarang Pada Masa Krisis Moneter Tahun 1997/1998.*

Weil, D.2001.*Accounting for the effects of health on economic growth (mimeo)*. Economic Department, Brown University.

World Bank. 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington DC.

\_\_\_\_\_.1999.world Health Report 1999.

\_\_\_\_\_.2008.Analisis Penghitungan Tingkat Kemiskinan Tahun 2008.Badan Pusat Statistik

\_\_\_\_\_.2009.Statistik Indonesia 2008.Jakarta.BPS RI.

\_\_\_\_\_.2010.Statistik Indonesia 2010.Jakarta.BPS RI.

\_\_\_\_\_. 2010. Definisi Kemiskinan. <http://definisi-pengertian.blogspot.com/2010/04/definisi-kemiskinan.html>. [ 26 Mei 2012 ].

\_\_\_\_\_.2010.Riset Kesehatan Dasar Indonesia 2010.Jakarta.BPPK Kemenkes RI.

\_\_\_\_\_.2011.Profil Kesehatan Indonesia 2010.Jakarta.Kemenkes.