

GAMBARAN KESEHATAN BALITA UMUR 12–24 BULAN DI KECAMATAN LOLOFITU-MOI, KABUPATEN NIAS TAHUN 2006

THE HEALTH DESCRIPTION OF CHILDREN AGED 12–24 MONTHS IN LOLOFITU-MOI SUB DISTRICT, NIAS DISTRICT IN 2006

Jerico Franciscus Pardosi ^{*)}

Puslitbang Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan
Jln. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560 Telp. 021-4261088, Fax. 021-42832792,
E-mail: jerry@litbang.depkes.go.id

ABSTRACT

Nias District has under-five mortality rate of 66.3 per 1,000 live births in 2005 which is considered high. This study aimed to identify the health description of children aged 12–24 months in Lolofitu-moi sub district, North Sumatera Province. Cross sectional design was applied to measure children aged 12–24 months health status. This study is a cluster survey which was conducted from October 9 to 15, 2006. The survey sample included 97 mothers who have children aged 12–24 months in 5 villages by using LQAS method. Questionnaire was used for data collection. The results showed that 79 children sick, 19 children deaths before aged 12 months with 9 deaths occurred after aged 12 months. This study found that 9.3% children aged 12–24 months has low nutrition status. For immunization status, only 4 children out of 97 respondents has a complete immunization report. This study has recommended for Nias District Health Office to improve and strengthen children aged 12–24 months health care supported with regular health promotion for mothers.

Keywords: Health Status, Children Aged 12–24 months, Integrated Management Childhood Illness

ABSTRAK

Kabupaten Nias memiliki angka kematian balita sebesar 66.3 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 dan termasuk kategori yang tinggi. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran kesehatan balita umur 12–24 bulan di Kecamatan Lolofitu-moi. Desain potong lintang digunakan dan menggunakan survei kluster yang telah dilakukan dari tanggal 9–15 Oktober 2006. Sampel studi terdiri dari 97 Ibu yang memiliki anak berumur 12–24 bulan di 5 desa dengan metode LQAS dan menggunakan kuesioner. Hasil studi menunjukkan bahwa 79 balita umur 12–24 bulan sakit, 19 balita meninggal di bawah umur 12 bulan dengan 9 kematian terjadi setelah berumur 12 bulan. Penelitian ini juga menemukan bahwa 9.3% balita berumur 12–24 bulan dengan kondisi gizi buruk. Dari riwayat imunisasi diketahui bahwa hanya 4 balita yang telah melakukan imunisasi lengkap. Rekomendasi studi ini ditujukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Nias untuk meningkatkan dan memperkuat pelayanan kesehatan balita khususnya untuk umur 12–24 bulan yang didukung dengan promosi kesehatan yang teratur bagi para ibu.

Kata Kunci: Status Kesehatan, Balita 12–24 bulan, Manajemen Terpadu Balita Sakit

PENDAHULUAN

Setiap tahun lebih dari 12 juta anak yang tinggal di negara-negara berkembang meninggal sebelum umur mereka mencapai 5 tahun.¹ Berdasarkan laporan WHO dari tahun 2000–2003 tentang penyebab kematian anak dengan umur di bawah 5 tahun dan neonatal di seluruh dunia terdapat 37% neonatal (terbesar akibat asfiksia 25% dan pneumonia 26%), 17% diare, 8% malaria dan

penyebab lainnya seperti HIV/AIDS, kecelakaan dan penyakit infeksi lainnya.² Di Indonesia masalah kesakitan dan kematian balita masih menjadi program prioritas kesehatan, hal ini terbukti sejak tahun 2000 telah dicanangkan "Gerakan Nasional Kehamilan yang Aman".³ Salah satu tujuan program tersebut adalah menurunkan angka kematian neonatal menjadi 15/1000 di tahun 2010. Upaya lain untuk mencegah kematian

anak dengan umur di bawah 5 tahun adalah dengan menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit yang dapat berkontribusi dalam pencegahan kematian balita akibat diare, pneumonia, malaria, campak, dan malnutrisi.⁴

Dari beberapa studi dan hasil penelitian diperoleh bahwa model Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dapat menurunkan malnutrisi sebesar 26% di Honduras kurang dari setahun, pemberian ASI (Air Susu Ibu) Eksklusif di Bangladesh meningkatkan 84% kegiatan, di India pekan pertolongan perawatan bayi baru lahir menurunkan kematian sepsis 76% dan kematian neonatal menurun 62%.⁵ Survei yang dilakukan di Tanzania pada tahun 2000 menunjukkan balita yang memperoleh pelayanan MTBS dalam hal imunisasi di daerah yang diterapkan MTBS adalah 93%, sedangkan yang tidak diterapkan MTBS hanya 24%. Jumlah balita yang sakit hanya 17% dan penanganan kasus pada daerah yang menerapkan MTBS tersebut lebih efektif dan efisien dibandingkan daerah lainnya.⁵

Salah satu Kabupaten di Indonesia yang menjadi lokasi program MTBS adalah Kabupaten Nias, Provinsi Sumatra Utara. Angka kematian balita di tahun 2005 adalah 66,3/1000 kelahiran hidup dengan target Indonesia Sehat 2010 adalah 58,0/1000 kelahiran hidup. Selain itu, balita gizi buruk masih jauh dari target Indonesia Sehat 2010 (5,0%) yaitu 34,3% dengan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan 63% (target nasional 90,0%).⁶ Bayi dengan ASI eksklusif baru mencapai 21% dari target pencapaian, yaitu 80%. Jenis penyakit terbanyak di Kabupaten Nias adalah Malaria (34,45%), ISPA (19,20%), dan penyakit lain saluran pernafasan atas (15,44%).

Sumber daya kesehatan yang ada di Kabupaten Nias adalah dokter umum 15,44 per 100.000 penduduk, bidan 20,37 per 100.000 penduduk, dan perawat sebesar 82,7 per 100.000 penduduk, sedangkan jika melihat keberadaan fasilitas kesehatan, khususnya Puskesmas di Kecamatan Lolofitu-moi berdasarkan profil Nias tahun 2005 diperoleh bahwa hanya ada satu puskesmas untuk melayani wilayah kecamatan tersebut sehingga tidak ada data tentang status imunisasi di kecamatan tersebut.⁶

Kecamatan Lolofitu-moi dengan luas wilayah 236,52 km² yang memiliki 35 desa

dengan total populasi 38.536 jiwa adalah daerah yang memiliki tingkat mobilitas penduduk yang cukup tinggi dan kondisi kesehatan yang belum tergambar dengan jelas. Demikian pula dengan gambaran kesehatan balita umur 12–24 bulan yang belum diketahui.

Untuk itu, penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran kesehatan balita umur 12–24 bulan dari ukuran jumlah balita yang sakit, meninggal, status gizi dan status imunisasi di Kecamatan Lolofitu-moi, Kabupaten Nias tahun 2006. Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu perencanaan program kesehatan balita umur 12–24 bulan di Kecamatan Lolofitu-moi, khususnya bagi pengembangan program kesehatan di seluruh Kabupaten Nias dalam rangka meningkatkan status kesehatan balita umur 12–24 bulan.

METODE PENELITIAN

Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan dari tanggal 9–15 Oktober 2006 di Kecamatan Lolofitu-moi, Kabupaten Nias, Provinsi Sumatra Utara oleh LSM International Aid Indonesia. Lokasi penelitian meliputi 5 desa, yaitu Lolofitu-moi, Ambukha, Atualuo, Onowaembo, Ehosakhozi dengan masing-masing desa dilakukan pengumpulan data selama 2 hari.

Desain dan Jenis Penelitian

Desain penelitian adalah penelitian deskriptif. Jenis penelitian yang dilakukan adalah studi *cross sectional* (potong lintang) karena variabel dependen dan independen diukur secara simultan.

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah tangga di Kecamatan Lolofitu-moi, Kabupaten Nias Tahun 2006 yang berjumlah 6.503 rumah tangga dengan populasi 33.923 jiwa. Kemudian dilakukan pemilihan populasi target, yaitu rumah tangga yang memiliki balita di bawah 5 tahun dan wilayah area pelayanan LSM International Aid (IA) Indonesia, yaitu 3.994 rumah tangga, area pelayanan LSM IA tersebut dibagi atas 5 kluster. Perhitungan sampel dilakukan dengan menggunakan metode *Lot Quality Assurance Sampling* (LQAS).

Adapun metode ini digunakan untuk melihat kualitas kesehatan yang telah diberikan oleh LSM IA dan menggunakan sampel yang kecil (minimal), yaitu dengan 95 responden yang sesuai kriteria inklusi.⁷ Metode ini menggunakan jumlah sampel per kluster sebesar 19 yang berarti total sampel dengan 5 kluster adalah 95, tetapi saat dilakukan pengumpulan data terjadi penambahan 2 sampel menjadi 97.

Jumlah sampel per kluster 19 adalah yang paling banyak digunakan dengan tingkat presisi 95%, angka cakupan mulai dari 20%–95%.⁷ Pada jumlah sampel 19 terkandung cakupan rendah dan tinggi sehingga jumlah sampel per kluster tersebut menjadi dasar penentuan sampel untuk LSM yang akan melakukan penelitian kesehatan di masyarakat.⁸

Kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah rumah tangga dengan balita yang berumur 12–24 bulan di wilayah Kecamatan Lolofitu-moi dan telah tinggal menetap di wilayah tersebut lebih dari 2 tahun. Dari jumlah sampel yang telah didapat dilakukan pemilihan sampel secara *cluster sampling* (PPS) yang terbagi atas 5 kluster seperti yang terdapat dalam Tabel 1.

Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner pada responden terpilih, yaitu sebanyak 97 responden yang telah memiliki kriteria inklusi. Data dalam penelitian ini adalah data primer.

Tabel 1. Kluster Sampling Kecamatan Lolofitu-moi Tahun 2006

Cluster	Desa	Jumlah Rumah Tangga	Jumlah Sampel	Sampel Rumah Tangga terpilih
1	1. Lolofitu Moi	206	2.6	3
	2. Hiliuso"	224	2.9	3
	3. Hilimbuasi	248	3.2	3
	4. Hilimbowo Ma`u	120	1.5	2
	6. Wango	289	3.7	2
	7. Lolofaas`o	134	1.7	2
	8. Orahili Idanoi	271	3.5	3
	Subtotal	1492	19.0	18
2	1. Ambukha	341	8.6	9
	2. Duria	111	2.8	3
	3. Sisobawino II	183	4.6	7
	4. Balodano	119	3.0	3
	Subtotal	754	19.0	22
3	1. Atualo	97	3.6	8
	2. Tuhemberua	186	6.8	10
	3. Lewalewa	233	8.6	2
	Subtotal	516	19.0	20
4	1. Onowaembo	233	9.5	10
	2. Ombalata	109	4.5	4
	3. Onombongi	123	5.0	5
	Subtotal	465	19.0	19
5	1. Ehosakhozi	140	3.8	3
	2. Awela	131	3,5	3
	3. Hilombowo Idanoi	126	3,5	3
	4. Samasi	250	5,4	6
	5. Tuhegeo	120	2,7	3
	Subtotal	767	19.0	18
	Total	3994	95	97

Pengisian kuesioner dilakukan oleh enumerator yang telah diseleksi oleh LSM IA dan masing-masing desa terpilih dilakukan oleh 3–4 enumerator. Kuesioner tenaga kesehatan dilakukan setelah selesai pengumpulan data di 97 responden.

Masing-masing enumerator diperlengkapi dengan alat ukur lengan bayi untuk mengukur status gizi balita. Lama waktu tiap desa adalah 2–3 hari, sedangkan untuk pengumpulan data terhadap tenaga kesehatan adalah selama 1 hari.

Kuesioner yang telah selesai ditanyakan kepada responden diserahkan kepada supervisor lapangan untuk dicek kembali dan jika ada yang belum lengkap, enumerator yang akan kembali menanyakan kepada responden tersebut. Setelah semuanya dicek ulang dan tidak ada data yang tidak diisi maka enumerator dan supervisor lapangan meninggalkan lokasi penelitian dan tahapan selanjutnya adalah analisis dan interpretasi data.

Manajemen Data

Manajemen data dalam penelitian ini terdiri dari beberapa tahap. Tahap pertama adalah *coding data*, yaitu memberikan klasifikasi data dan pemberian kode sesuai dengan tujuan penelitian. Kemudian setelah selesai tahap klasifikasi dan pemberian kode pada data maka peneliti mengedit data sehingga apabila ditemukan data yang tidak terisi atau salah atau meragukan maka dapat ditanyakan kembali kepada responden yang bersangkutan melalui enumerator yang bertanggung jawab atas kluster tersebut. Setelah proses editing data selesai, peneliti melakukan strukturisasi data yang terbagi atas variabel-variabel dengan skala pengukuran yang ada serta pembuatan *template* di EPI DATA. Tahapan selanjutnya adalah memasukkan data dengan EPI DATA pada *template* yang telah dibuat sebelumnya. Setelah proses entri data selesai, peneliti akan melakukan pembersihan data yang "aneh" atau dapat juga penghapusan sementara akan nilai yang ekstrem untuk memudahkan dilakukannya analisis data.

Analisis Data

Data yang telah siap diolah dilanjutkan dengan tahapan analisis data. Analisis data dalam penelitian ini berupa analisis univariat. Analisis yang dihasilkan berupa jumlah balita sakit

yang umurnya antara 12–24 bulan Kecamatan Lolofitu-moi, Kabupaten Nias tahun 2006, jumlah balita umur 12–24 bulan meninggal di Kecamatan Lolofitu-moi, Kabupaten Nias tahun 2006, status gizi balita umur 12–24 bulan di Kecamatan Lolofitu-moi, Kabupaten Nias tahun 2006 dan status imunisasi balita umur 12–24 bulan di Kecamatan Lolofitu-moi, Kabupaten Nias tahun 2006

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Umur responden adalah Ibu dengan Balita umur 12–24 bulan yang telah diwawancarai (Tabel 2). Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur responden di Kecamatan Lolofitu-Moi sebagian besar adalah 26–30 tahun dengan 35,1% dan 21–25 tahun sebesar 27,8%. Bila golongan umur ini dibandingkan dengan jumlah penduduk dengan golongan umur 20–24 dan 25–29 tahun maka kondisi ini hampir sama dalam arti persentase yang dimiliki kedua golongan umur ini memang termasuk yang cukup besar.⁶ Secara keseluruhan golongan umur responden yaitu ibu dengan balita 12–24 bulan, yaitu 19–45 tahun masih termasuk dalam kelompok umur kontrasepsi.⁹

Tabel 2. Distribusi Umur Responden dengan Balita umur 12–24 bulan

Golongan Umur	Frekuensi	Persentase
19–20	3	3.1
21–25	27	27.8
26–30	34	35.1
31–35	17	17.5
36–45	16	16.5
Total	97	100

Tingkat pendidikan pada Tabel 2 menunjukkan bahwa 64% responden pernah bersekolah dengan mayoritas 35,1% tidak tamat sekolah dasar (SD) sehingga tingkat melek huruf lebih dari setengah responden. Adapun yang belum atau tidak dapat baca/tulis adalah 26,7% (Tabel 3).

Kondisi ini jauh berbeda dengan Kabupaten Nias, yaitu tidak tamat SD sebesar 26,23% yang berarti angka pada responden lebih tinggi 9–10% dari Kabupaten.⁶ Responden yang tidak pernah

Tabel 3. Tingkat Pendidikan Responden dengan Balita 12–24 bulan

Latar Belakang Pendidikan		Frekuensi	Persentase	Total
Tidak Pernah Bersekolah	Tidak dapat baca tulis	26	26,7	36
	Dapat baca/tulis	9	9,3	
Pernah Bersekolah	Tidak Tamat SD	34	35,1	64
	Tamat SD	15	15,5	
	Tamat SLTP	9	9,3	
	Tamat SLTA	4	4,1	
Total		97	100	100

bersekolah pada Kecamatan Lolofitu-Moi adalah 36% dengan 26,7% tidak dapat membaca/menulis, situasi ini lebih besar dari Kabupaten Nias (5,66%). Bila dilihat berdasarkan persentase penduduk di atas 10 tahun ke atas dengan data provinsi Sumatra Utara maka jenis kelamin perempuan yang tidak pernah bersekolah adalah sebesar 3,34% yang berarti bahwa tingkat pendidikan Ibu di Kecamatan Lolofitu-Moi termasuk rendah.¹⁰

Distribusi responden dengan jumlah balita berdasarkan pengelompokan kluster menunjukkan bahwa 51,5% responden memiliki 2 balita, 33% responden memiliki satu balita, dan sebanyak 15,5% memiliki 3 (tiga) balita (Tabel 4). Dari data tersebut, masih diperolehnya 15,5% responden yang memiliki 3 balita yang berarti jarak antara ketiga balita tersebut sangat rapat. Hal tersebut tentu saja dapat mengakibatkan dampak bagi perkembangan kesehatan ketiga balita tersebut. Kondisi tersebut diperparah oleh tingkat pendidikan ibu yang masih rendah karena tingkat pendidikan yang rendah berpengaruh terhadap pengetahuan Ibu tentang gejala-gejala umum atau tanda-tanda bahaya pada balita.¹⁻⁴ Tingkat pendidikan rendah memberikan pengaruh

terhadap perilaku Ibu dalam menilai apakah balita sakit atau penyakit. Menurut Prof. Notoatmodjo (2003), perilaku seseorang dipengaruhi juga oleh tingkat pendidikannya. Dari hasil studi dinyatakan bahwa tingkat pendidikan Ibu di Kecamatan Lolofitu-moi termasuk dalam kategori rendah yang berakibat pada rendahnya pengetahuan ibu akan kesehatan balita. Kondisi tersebut dapat diminimalkan dengan memberikan upaya promosi kesehatan balita secara terus-menerus kepada Ibu sehingga ibu terpapar dan semakin meningkat pengetahuannya akan kesehatan balita.¹⁴

Menurut laporan WHO tahun 2001, pengetahuan ibu tentang gejala sakit pada balita menentukan seberapa cepat tindakan yang akan diambil karena dapat berpengaruh terhadap risiko kematian balita terutama balita dengan gejala sakit yang parah. Pengetahuan ibu dikatakan baik jika ibu mengetahui setidaknya-tidaknya dua atau tiga gejala sakit balita.¹¹

Pengetahuan ibu akan menentukan tindakan yang akan dilakukannya terhadap balita yang sedang sakit. Dengan kata lain, hal itu berujung pada perilaku ibu untuk mencari atau melakukan tindakan pertolongan atau pencarian pertolongan. Berdasarkan analisis perilaku sakit maka terdapat

Tabel 4. Distribusi Responden dengan Jumlah Balita yang dimiliki Berdasarkan Kluster

Kluster	Jumlah Balita						Total	
	1		2		3			
	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%
1	4	22.2	10	55.6	4	22.2	18	100
2	8	36.4	10	45.5	4	18.2	22	100
3	12	60.0	5	25.0	3	15.0	20	100
4	6	31.6	11	57.9	2	10.5	19	100
5	2	11.1	14	77.8	2	11.1	18	100
Total	32	33	50	51.5	15	15.5	97	100

5 konsep dalam memahami perilaku sakit yang akan dilakukan seseorang terhadap dirinya atau orang lain dalam hal ini balitanya, yaitu *Shopping* (mencari sumber berbeda antarpelayanan kesehatan dengan harapan memperoleh dokter yang dapat mengetahui jenis penyakit dan pengobatan yang akan diberikannya), *Fragmentation* (pengobatan yang dilakukan pada lebih dari satu fasilitas kesehatan dalam satu wilayah), *Proscastination* (tidak segera melakukan pencarian pertolongan saat terjadi gangguan kesehatan), *Self medication* (melakukan perawatan atau pengobatan diri sendiri dengan obat di warung atau jamu bahkan ramuan tradisional) dan *Discontinuity* (menghentikan pengobatan yang dilakukan).^{11,14}

Balita Sakit

Dari data sebaran responden dengan balita yang sakit sebelum wawancara dinyatakan bahwa jumlah balita sakit saat dilakukan pengumpulan data sebesar 81,4% atau lebih dari setengah sampel penelitian dalam keadaan sakit dengan jenis sakit yang dialami adalah 15,5% menderita diare, 64,9% mengalami batuk, dan 58,8% terkena demam. Penyakit seperti malaria juga terjadi, yaitu 5,2% dan 28,9% balita mengalami kesulitan bernafas. Untuk kesakitan pada balita yang terjadi yaitu 85% menderita diare, dan 79% untuk malaria.¹¹ Kabupaten Nias sendiri memiliki data tentang kesakitan, yakni malaria klinis sebesar 34,45% dan ISPA sebanyak 19,20% dengan diare 2,15%.⁶ Jumlah balita sakit dalam 2 minggu terakhir menunjukkan bahwa 79 balita usia 12–24 bulan mengalami kesakitan, sedangkan 18,6% lainnya dalam keadaan sehat.

Dari data tersebut di atas, terlihat bahwa tingginya persentase balita sakit dalam 2 minggu terakhir menunjukkan tingginya risiko kesehatan balita di Kecamatan Lolofitu-moi. Menurut pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit tahun 2001, penyakit diare dan malaria adalah penyebab kematian balita yang cukup tinggi di dunia, tetapi dapat dicegah bila ibu atau keluarga balita memahami pengetahuan tentang tanda-tanda umum balita sakit dan harus segera dibawa kepada fasilitas kesehatan terdekat untuk penanganan lebih lanjut.^{11,13}

Seorang ibu sebaiknya memiliki pengetahuan tentang tanda-tanda umum balita sakit

seperti Balita susah minum atau tidak mau menetek, Balita muntah, Balita kejang dan Balita tidak sadar. Menurut buku pedoman MTBS dari WHO dinyatakan bahwa seorang ibu seharusnya mengetahui lebih dari dua gejala dan tanda-tanda penyakit pada balita sehingga terhindar atau meminimalkan risiko kesehatan yang dapat muncul dan mengakibatkan pengaruh buruk bagi balita.¹¹

Bila dilihat dari data balita sakit 2 minggu terakhir pada Tabel 5 maka kondisi ini harus diperhatikan dengan proporsi balita yang sakit batuk dan demam cukup tinggi, belum lagi ada 5 balita usia 12–24 bulan dengan darah di tinjanya (5,2%). Tentu saja hal ini harus dilanjutkan untuk memastikan jenis penyakit yang dialami. Pengetahuan ibu balita tersebut sangat penting untuk dapat paling tidak mengetahui gejala-gejala penyakit apa yang sedang dialami balitanya sehingga pertolongan pertama yang akan diberikan sesuai dengan kondisi yang dialami.¹¹

Tabel 5. Responden dengan Balita 12–24 bulan Mengalami Sakit dalam 2 minggu Terakhir

Kondisi Sakit	Frekuensi	Persentase
Ya	79	81,4
Tidak	18	18,6
Total	97	100

Balita Meninggal

Bila dilihat dari jumlah dan kategori umur mening-gal balita di Kecamatan Lolofitu-moi, Kabupaten Nias maka 70,4% bayi di bawah 1 tahun (19 bayi) mengalami kematian, sedangkan untuk bayi di atas 1 tahun hanya 9 bayi (33,3%) dibandingkan dengan 18 bayi yang tidak mengalami kematian (66,7%).

Tabel 6. Jumlah Kematian dan Umur Meninggal Balita 12–24 bulan

Umur Meninggal	Ya		Tidak		Total	
	Frek	%	Frek	%	Frek	%
< 12 bulan	19	70.4	8	29.6	27	100
Diatas 12 bulan	9	33.3	18	66.7	27	100

Bila melihat distribusi kematian 10,5 juta balita di semua negara berkembang termasuk Indonesia dinyatakan bahwa penyakit seperti malaria (7%), diare (15%), pneumonia (19%)

merupakan penyakit yang mengakibatkan kematian pada balita, terutama umur 12–24 bulan.¹¹ Penyebab lain yang dapat timbul sehingga menyebabkan balita meninggal adalah perkembangan janin yang kurang cepat, kasus gizi buruk, berat badan bayi lahir adalah rendah, atau bahkan pula kekurangan oksigen dalam kandungan atau sesaat setelah dilahirkan.¹² Bila dibandingkan dengan situasi di Indonesia maka lebih banyak terjadi kematian bayi dikarenakan kasus gizi buruk, perkembangan janin yang tidak cepat, BBLR (berat badan lahir rendah), yaitu sebanyak 40,68% dan kasus asfiksia sebesar 25,13%.¹⁰ Dari hasil wawancara dinyatakan bahwa balita meninggal di Kecamatan Lolofitu-moi akibat pneumonia dan asfiksia.

Pneumonia dan asfiksia merupakan penyebab kematian pada balita di negara-negara berkembang, kematian pada balita terkait dengan kondisi sosial ekonomi keluarga. Semakin rendah tingkat sosial ekonomi keluarga, semakin tinggi risiko terjadinya malnutrisi pada balita yang dapat menyebabkan kematian sebelum mencapai umur lima tahun.¹¹ Menurut Orinda (2001), gejala diare pada balita yang juga masih banyak ditemukan dalam penelitian ini dapat diturunkan risiko kematian sebanyak 14% pada balita dengan sakit diare bila ibu atau keluarga balita memberikan oralit.¹⁵ Perlu diwaspadai bahwa balita dapat mengalami kombinasi gejala malaria, diare, pneumonia, campak dan malnutrisi bila tidak ditangani secara cepat dan tepat sesuai pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit.⁴

Status Gizi

Berdasarkan hasil pengukuran lingkaran lengan atas diperoleh hasil status gizi balita umur 12–24 bulan

dengan standar di bawah 12,5 cm sebanyak 9,3% adalah gizi buruk, sementara 26,8% termasuk gizi sedang dan 63,9% termasuk dalam gizi baik (Tabel 7).

Berdasarkan pengelompokan status gizi balita 12–24 bulan maka untuk kategori status gizi buruk terjadi paling banyak pada balita umur 12–15 bulan (15,2%) dengan 5 balita, sedangkan untuk kategori gizi sedang pada balita dengan umur 16–19 bulan merupakan yang tertinggi, yaitu 33,3%.

Status gizi balita adalah faktor penting yang dapat berpengaruh bagi pertumbuhan kesehatannya bahkan jika dalam kondisi malnutrisi maka yang terjadi adalah kematian balita tersebut. Pemeriksaan rutin akan nutrisi balita 12–24 bulan terutama pada balita yang menunjukkan gejala sakit dikarenakan mencegah risiko kematian akibat malnutrisi yang tinggi pada anak sehingga dapat dilakukan tindakan segera perawatannya. Alasan kedua adalah identifikasi pertumbuhan balita tersebut untuk dapat diketahui masalah gizi apa yang belum tercukupi pada balita tersebut.¹¹

Bila digabungkan antara kategori gizi buruk dalam Tabel 8 dan sedang maka kelompok umur dengan status gizi buruk adalah 12–15 bulan dengan 39,2% dan umur 16–19 bulan dengan 36,3%.

Status gizi buruk balita pada balita perempuan lebih banyak terjadi dengan menggabungkan kategori buruk dan sedang, yaitu 50% dibandingkan dengan balita dengan jenis kelamin laki-laki yaitu 25,5% (Tabel 9).

Pengukuran status gizi dilakukan dengan mengukur lingkaran lengan atas balita, dari hasil pengukuran diketahui bahwa 9,3% balita

Tabel 7. Status Gizi Balita 12–24 Bulan dengan Pengukuran Lingkaran Lengan Atas Berdasarkan Kluster

Kluster	Status Gizi Balita 12–24 Bulan						Total	
	Buruk		Sedang		Baik			
	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%
1	2	11,1	4	22,2	12	66,7	18	100
2	3	11,6	3	13,6	16	72,7	22	100
3	1	5	5	25	14	70	20	100
4	1	5,3	6	31,6	12	63,2	19	100
5	2	11,1	8	44,4	8	44,4	18	100
Total	9	9,3	26	26,8	62	63,9	97	100

Tabel 8. Distribusi Status Gizi Balita 12–24 bulan berdasarkan Kelompok Umur

Kelompok Umur	Status Gizi						Total	
	Buruk		Sedang		Baik			
	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%
12 - 15 bulan	5	15.2	8	24.2	20	60.6	33	100
16 – 19 bulan	1	3	11	33.3	21	63.6	33	100
20 - 24 bulan	3	9.7	7	22.6	21	67.7	31	100
Total	9	9.3	26	26.8	62	63.9	97	100

Min – Max = 12 – 24; Mean = 17,7; Median = 18; Modus = 18

Tabel 9. Distribusi Status Gizi Balita Umur 12–24 Bulan Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Status Gizi						Total	
	Buruk		Sedang		Baik			
	Frek	%	Frek	%	Frek	%	Frek	%
Laki-laki	4	7.3	10	18.2	41	74.5	55	100
Perempuan	5	11.9	16	38.1	21	50.0	42	100
Total	9	9.3	26	26.8	62	63.9	97	100

termasuk dalam kategori status gizi buruk dengan prevalens gizi buruk adalah 36,1%. Dari data Provinsi Sumatra Utara diketahui bahwa 10,4% bayi di bawah 5 tahun memiliki status gizi buruk.

Bila dilihat dari distribusi umur bayi maka bayi dengan umur 12–15 bulan sebanyak 15,2% atau 5 bayi dari sampel berada dalam kategori gizi buruk dari standar LILA (< 12,5 cm). Pengukuran status gizi balita dapat pula dilakukan dengan melakukan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA), sesuai standar LILA pada balita ditetapkan < 12,5 cm termasuk kategori gizi buruk, 12,5 cm adalah gizi sedang, dan > 12,5 cm merupakan balita dengan status gizi baik (WHO, 2005).¹⁶

Berdasarkan kluster maka status gizi balita 12–24 bulan terjadi paling banyak untuk gizi buruk pada kluster 2, 3 balita (11,6%) dan kluster 1 serta kluster 5 masing-masing 2 balita (11,1%). Hal ini harus dijadikan perhatian khusus oleh Puskesmas Kecamatan karena salah satu tugas tenaga kesehatan adalah pendataan kasus gizi buruk yang selanjutnya akan dilaporkan untuk segera dilakukan upaya penyuluhan dan program penanganan gizi buruk.¹³ Termasuk untuk balita dengan kategori gizi sedang (moderate), yaitu sebanyak 26,8% harus segera diatasi. Status gizi

balita adalah faktor penting yang dapat berpengaruh bagi pertumbuhan kesehatannya bahkan jika dalam kondisi malnutrisi maka yang terjadi adalah kematian balita tersebut.¹¹

Status Imunisasi

Status imunisasi balita dengan BCG, Polio3, DPT3 dan campak kurang dari 30% dari total imunisasi yang ada (Tabel 10) dan hanya 4 balita dengan status imunisasi lengkap (4,1%) dari 97 responden yang ada (Tabel 11).

Status imunisasi harus diperiksa oleh tenaga kesehatan sehingga ibu balita harus mengerti imunisasi apa yang harus diberikan pada balitanya. Dalam aplikasinya, balita sakit lebih membutuhkan imunisasi dibandingkan balita sehat, tetapi harus diingat bahwa imunisasi berguna untuk melindungi balita sakit, bukan untuk menyembuhkannya. Banyak orang tua balita mengalami ketakutan jika balita mereka diimunisasi akan membuat penyakitnya tambah parah atau punya dampak buruk bagi kesehatannya. Memang reaksi setelah diimunisasi beragam, tetapi imunisasi berguna untuk mendukung sistem kekebalan tubuh balita tersebut.¹¹

Berdasarkan hasil yang terdapat dalam Tabel 10 dan 11 mengenai imunisasi pada balita di

Tabel 10. Distribusi Frekuensi Imunisasi Balita dibawah 5 tahun

Frekuensi Imunisasi	Ya		Tidak		Total	
	Frek	%	Frek	%	Frek	%
BCG	26	26.8	71	73.2	97	100
Polio 1	55	56.7	42	43.3	97	100
Polio 2	44	45.4	53	54.6	97	100
Polio 3	25	25.8	72	74.2	97	100
DPT 1	21	21.6	76	78.4	97	100
DPT 2	9	9.3	88	90.7	97	100
DPT 3	6	6.2	91	93.8	97	100
Measles	11	11.3	86	88.7	97	100
Hepatitis	11	11.3	86	88.7	97	100

Tabel 11. Kelengkapan Status Imunisasi Balita Berdasarkan Kluster

Kluster	Status Imunisasi				Total	
	Lengkap		Tidak Lengkap			
	Frek	%	Frek	%	Frek	%
1	1	5,6	17	94,4	18	100
2	2	9,1	20	90,9	22	100
3	0	0	20	100	20	100
4	0	0	19	100	19	100
5	1	5,6	17	94,4	18	100
Total	4	4,1	93	95,9	97	100

Kecamatan Lolofitu-moi diketahui bahwa untuk imunisasi berupa polio 1 dan polio 2 persentasenya lebih dari 40% (masing-masing 56,7% dan 45,4%), sedangkan untuk jenis imunisasi lain seperti BCG, polio 3, DPT 1, DPT 2-3, campak dan hepatitis di bawah 30%.

Program pengembangan imunisasi menetapkan bahwa seorang anak haruslah memperoleh imunisasi lengkap yang terdiri dari BCG satu dosis, DPT tiga dosis, Polio tiga dosis, dan campak tiga dosis.⁹ Bila melihat tren imunisasi lengkap dari data SDKI 1991–2002/2003 maka diketahui proporsinya menurun bila dibandingkan dengan SDKI, khususnya tahun 1997. Namun, bila dilihat dari tren masing-masing jenis imunisasi maka diketahui meningkat dari tahun-tahun sebelumnya.

Kelengkapan imunisasi merupakan bagian penting dalam menunjang kesehatan balita.⁹ Dari data yang ada diperoleh bahwa ada empat responden yang memiliki imunisasi lengkap dibandingkan dengan 93 lainnya. Dalam aplikasinya, balita sakit lebih membutuhkan imunisasi

dibandingkan balita sehat, tetapi harus diingat bahwa imunisasi berguna untuk melindungi balita sakit, bukan untuk menyembuhkannya.¹¹

Balita yang dirujuk ke rumah sakit tidak boleh diimunisasi. Memang tidak ada kontradiksi dengan obat, tetapi jika balita meninggal maka yang dipersalahkan adalah pemberian imunisasi. Selain itu imunisasi BCG, campak, polio, demam kuning tidak dapat diberikan pada balita yang memiliki penyakit defisiensi kekebalan tubuh, tetapi pada kondisi normal maka imunisasi ini justru penting.¹¹ Risiko imunisasi lebih kecil bila dibandingkan dengan risiko kematian yang dapat terjadi pada balita.

Menurut Departemen Kesehatan dan WHO, memeriksa status imunisasi pada balita sakit sangatlah penting. Imunisasi diberikan kepada balita sesuai umurnya. Apabila balita diberikan imunisasi yang tidak sesuai umurnya maka tubuh balita tersebut tidak dapat bertahan terhadap penyakit tersebut. Semua balita seharusnya mendapatkan semua jenis imunisasi yang telah

ditetapkan Departemen Kesehatan sebelum umurnya mencapai 1 tahun.^{1,11}

Apabila sang balita tidak mendapatkan imunisasi secara lengkap sebelum umurnya 1 tahun maka sebaiknya imunisasi yang belum diperoleh diberikan bila umur balita lebih dari 12 bulan (1 tahun) dengan syarat dosis sisanya dan tidak terjadi kondisi kontradiksi.¹

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dan analisis yang telah dilakukan, gambaran kesehatan balita umur 12–24 bulan di Kecamatan Lolofitu-moi ada dalam status kesehatan yang rendah sehingga perlu mendapatkan perhatian dan penanganan serius dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nias. Hal tersebut perlu dilakukan dalam upaya meningkatkan status kesehatan balita umur 12–24 bulan di Kecamatan Lolofitu-moi melalui program peningkatan kesehatan balita yang fokus sesuai gambaran kesehatan balita daerah setempat.

SARAN

Beberapa saran untuk Dinas Kesehatan Kabupaten Nias dalam upaya peningkatan status kesehatan balita 12–24 bulan di Kecamatan Lolofitu-moi dan bagi kecamatan lainnya di Kabupaten Nias adalah memberikan kursus atau pelatihan penyegaran untuk masalah kesehatan reproduksi, malnutrisi, terutama manajemen terpadu balita sakit setiap tahunnya bagi tenaga kesehatan. Selain itu, perlunya penempatan dokter yang bertugas setiap hari sehingga kasus-kasus pada balita tertangani dengan baik dan tepat. Perlu juga pelatihan tentang imunisasi secara berkala bagi tenaga kesehatan yang menangani imunisasi pada balita dan pemberian penyuluhan kepada ibu balita dengan jadwal berkala misalnya 3 bulan sekali.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih peneliti disampaikan kepada Bapak Tri Budiardjo selaku *Country Manager* LSM International Aid yang telah melibatkan peneliti dalam melakukan penelitian ini, dukungan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Nias dan Prof. Dr. dr. Bambang Sutrisna, M.H.S.c. selaku

pembimbing akademis yang selalu memberikan saran dan kritik yang membangun.

DAFTAR PUSTAKA

- ¹Departemen Kesehatan. 2002. *Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul 1*. Jakarta: Depkes RI.
- ²WHO. 2003. *Childhealth report of 2004*. Geneva: WHO.
- ³Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2005. *Materi Ajar Upaya Penurunan Kematian Ibu dan Bayi Baru Lahir*. Depok: FKM Universitas Indonesia.
- ⁴Departemen Kesehatan. 2002. *Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul 7*. Jakarta: Depkes RI.
- ⁵CORE Groups. 2002. *Child and Mother KPC Survey Assessment*. CORE: New York.
- ⁶Dinas Kesehatan Kabupaten Nias. 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten Nias Tahun 2005*. Nias: Dinas Kesehatan Kabupaten Nias.
- ⁷Valadez, J. 2002. *Assessing Health Systems Using Small, Locally Manageable Samples: Using LQAS For Regular Supervision.ppt*, Millwood: CORE GROUPS,
- ⁸Departemen Kesehatan. 2002. *Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul 8*, Depkes RI, Jakarta.
- ⁹Tim Surkesnas. 2007. *Ringkasan Hasil Survei Kesehatan Nasional*, Jakarta: Badan Litbang Kesehatan.
- ¹⁰Departemen Kesehatan. 2004. *Dokumentasi & Cerita Sukses Proyek Kesehatan Keluarga & Gizi (KKG)*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- ¹¹WHO & UNICEF, 2001. *Model Chapter for Textbooks: IMCI Integrated Management of Childhood Illness*. France: WHO.
- ¹²Departemen Kesehatan. 2006. *Profil Kesehatan Indonesia 2004, Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- ¹³Trihono. 2005. *ARRIMES Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*. Jakarta: CV. Sagung Seto.
- ¹⁴Notoatmodjo, S., 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Depok: CV. Rineka Cipta,
- ¹⁵Orinda, V., 2001. *Community IMCI: A strategy for accelerating child survival and development interventions*, UNICEF.
- ¹⁶WHO, 2005. *Treatment of Diarrhoea*, World Health Organization, Geneva.