

Status Kesehatan dan Gizi Anak Balita dan Faktor Yang
Mempengaruhinya di Kelurahan Inpres Desa Tertinggal (IDT)
di Kodya Padang.

*(Health and Nutritional Status on Under five Children and Several Influencing
Factors at Behind Development Villages in Padang Municipality)*

MASRUL

Abstrak

Pada Pelita VI ini pembangunan dibidang kesehatan ditujukan terutama terhadap nasyara-kat miskin, kepulauan terpencil dan suku terasing. Sejak tahun 1994 pemerintah nempu-nyai program Inpres Desa Tertinggal (IDT) untuk memacu kemajuan pada daerah IDT ini.

Penelitian ini bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan gizi dari anak balita di daerah IDT di Kodya Padang. Disamping itu juga menguji assosiasi antara status kesehatan dan gizi dengan berbagai variabel independennya. Penelitian dilaksanakan dengan menggunakan disain Cross-sectional, dimana kelurahan IDT dipilih sebanyak 6 kelurahan dengan teknik simpel random sampling. Sampel anak balita direkrut dari daerah penelitian dengan menggunakan teknik sistematik random sanpling. Data dikumpulkan dengan teknik wawancara langsung menggunakan kuesioner dan Checklist observasi serta pemeriksaan fisik anak balita. Tenaga pengumpul data adalah 4 orang lulusan akademi gizi dan 2 orang tenaga dokter. Data di entri dan dianalisis dengan program Epi Info versi 6. Hasil penelitian menemukan bahwa jumlah anak yang dimiliki ibu rata-rata 2,8 orang. Sedangkan tingkat pendidikan ibu sebagian besar termasuk katagori rendah (tidak sekolah - tamat SD). Lebih sebagian rumah tangga (56,7%) berada dibawah garis kemiskinan sesuai dengan standar yang dikeluarkan BPS pada tahun 1996.

Dari hasil pemeriksaan anak balita didaerah IDT ditemukan sebanyak 32 % mereka sedang mengalami sakit ketika diperiksa secara fisik . Sedangkan berdasarkan wawancara litemukan bahwa 52,7 % balita pernah satu kali sakit dalam 2 minggu terakhir. Upaya pencarian pengobatan pwertama kali ketika balita mereka sakit sebagian besar sudah

memilih pelayanan medis. Penggunaan sarana Posyandu, ASI eksklusif masih sangat rendah. Sebaliknya cakupan imunisasi lengkap sudah cukup baik (66,7 %).

Status lingkungan pemukiman mereka relatif baik, kecuali sarana air bersih mereka masih kurang (26 %). Balita didaerah IDT yang mengalami status gizi kurang berdasarkan modifikasi dari klasifikasi Scoane M. Latham proporsi cukup tinggi (48,7 %).

Untuk kami menyarankan program keluarga berencana , pendidikan dan pengentasan kemiskinan masih perlu ditingkatkan lagi. Disamping itu pelayanan dasar seperti KB, penimbangan balita dan pemeriksaan balita, ASI eksklusif dan KIE melalui posyandu sangat diperlukan sekali. Penyediaan air bersih untuk keluarga didaerah IDT perlu diprioritaskan karena mereka rentan terhadap infeksi

Abstract

The objectives of health program on sixth five years development planning of Rep. Indonesia to improving human resources, living standard, life expectancy, and healthy. special attention to poverty people, remote area and isolated tribe.

Since 1994 government set up special program to poverty alleviation. Infrastructure, sosial and economic intervention were expected effect to improved quality of living standard of the people. One of the sensitive indicator to measure of the quality of living standard are health and nutritional status on under five children, because of under five children is vulnerability group.

Padang municipality have 193 villages. Twenty villages with behind development atarogies. The study done on six behind development vilages. The objectives of study to get data on health and nutritional status on under five children in study areas. And also to identify factors associated with health and nutritional status of under five children. Cross-sectional design was using to done this study. Area of study drawn six behind development vilages from 20 villages in Padang with simple random sampling . 138 under five children was draw from all of them in study areas with systematic random sampling. Health and nutritional status and some independent variabeles was collected from sample using questionnaire, observation and physical diagnosis. We used 4 assistant researcher from nutrition academic graduate .Epi Info 6 was used to data entry and analysis.

Result of study show that mean of children of respondent 2,8, most of them (72%) with low education level (primary school) and 57,5% of household is under poverty line. Health status of underfive worst, because 32% of than was sick during physical xamination and 52,7% ever sick over 2 weeks ago most of them (83,3%) to visit doctor or midwife if their under five children getting sick. Exclusive breast feed still low (13,3%) compare national standard on 1995 (54%). Most of their children (66,7%) with complete immunization. Most of them with better sanitation except water sealed latrines still low (26%).

This study found that the highest proportion of under five children with under nutrition (48,7%) compare with west Sumatera and National prevalence, while different classification but same standard (WHO - NCHS).

Conclusion of study are nutritional and health status of under five children at the behind development villages in Padang municipality still worst. This study cannot to define association between health and nutritional status with some independent variable.

Recomendation from our study to government are :

1. Poverty allevation program should be confined in this areas
2. Health centre more active to give services for the people with respect to family planning, growth monitoring of the under five children, infections disease control, ICE (Information, communication and education).
3. Community participation regarding health and nutritional status should be improving through intergrated post services (Posyandu)

PENDAHULUAN.

Didalam GBHN 1993 ditegaskan bahwa pembangunan sektor kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, kualitas kehidupan, meningkatkan harapan hidup dan mempertinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat. Perhatian khusus diberikan pada golongan berpenghasilan rendah, termasuk daerah pedesaan, daerah terpencil dan kelompok masyarakat terasing.

Sejak tahun 1994 pemerintah sudah menetapkan program khusus untuk meningkatkan taraf hidup dari masyarakat yang dari masyarakat yang masih dibawah garis kemiskinan. Intervensi sosial-ekonomi dan sarana tentu diharapkan mempunyai pengaruh terhadap kualitas hidup masyarakat salah satu indikator yang sensitif untuk mengukurnya adalah status kesehatan dan gizi anak balita. Mengingat kelompok balita adalah kelompok usia yang rentan akibat gangguan kesehatan dan gizi. Kota Padang dengan jumlah 193 kelurahan mempunyai kelurahan IDT sebanyak 20 buah yang tersebar pada 9 kecamatan. Sepanjang penelusuran kepustakaan yang penulis baca belum temukan suatu studi khusus mengenai penentuan status gizi kesehatan anak balita di daerah IDT di kawasan Sumatera Barat. Untuk itu penulis berkeinginan untuk melakukan studi ini.

Status kesehatan gizi balita dipengaruhi oleh berbagai faktor biologis, demografis dan sosial ekonomi. Kesemua variabel ini diambil datanya untuk melihat sejauh mana besarnya masalah ini dan apa pengaruhnya terhadap status gizi dan kesehatan.

Tujuan penelitian ini adalah ; untuyk memperoleh status kesehatan gizi anak balita didaerah IDT dan melihat faktor-faktor yang berhubungan dengan status kesehatan dan gizi tersebut.

METODE PENELITIAN.

Untuk mencapai tujuan diatas dipilih disain penelitian Cross-sectional dengan lokasi lipih 6 kelurahan IDT dari 20 kelurahan IDT yang ada secara simpel random sampling. 'opulasi dari penelitian ini adalah semua anak balita dari kelurahan terpilih. Besar sampel

diperlukan 138 orang dengan dipilih melalui sistematik random sampling. Variabel yang dikumpulkan adalah status kesehatan dan status gizi beserta beberapa variabel sosio-demografi dan ekonomi lainnya. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner, penuntun observasi, timbangan, mikrotar dan stetoskop. tenaga pengumpul data adalah 4 orang asiste. Data di entri dengan program Epi Info Versi 6 dan diolah dengan software yang sama. Data dianalisa dalam bentuk diskriptif dan univariat.

HASIL DAN PEMBAHASAN.

Hasil analisa menunjukkan bahwa jumlah anak yang dimiliki rata-rata 2,8 orang dengan tingkat pendidikan rendah (SD kebawah) sebanyak 72%. Tingkat kemiskinan cukup tinggi, dimana hampir 56,7% responden berada dibawah garis kemiskinan Nasional. Status kesehatan anak balita kurang baik karena dari wawancara 32% mereka sedang mengalami suatu penyakit saat diperiksa dan berdasarkan dari wawancara dari semua balita pernah mengalami sakit dalam 2 minggu terakhir sebanyak 52,7%. Sebagian besar responden (83,3%) sudah mencari pengobatan pertama kepada pelayanan medis apabila anak balita mereka sakit. Penggunaan ASI eksklusif masih sangat rendah (13,3 %) bila dibanding dengan target Nasional sebesar 54% ditahun 1995. Status imunisasi lengkap anak balita sudah cukup baik (66,7%) bila dibandingkan dengan rata-rata Sumatera Barat dan SKRT 1992.

Sanitasi pemukiman relatif baik, kecuali masih rendahnya akses air bersih untuk mereka (26%). Status gizi anak balita yang kekurangan gizi cukup tinggi (48,7%). Klasifikasi yang digunakan adalah modifikasi , Seoane N. Latham dengan standar WHO - NCHS.

KESIMPULAN DAN SARAN.

Dari hasil penelitian ini penulis merekomendasikan agar upaya pengolahan NKKBS masih perlu ditingkatkan, mendorong masyarakat meningkatkan pendidikan formal dan

informal. Program pengentasan kemiskinan yang dilaksanakan pemerintah masih perlu dilaksanakan secara lebih serius sehingga dapat mengangkat standar ekonomi keluarga mereka, sarana air bersih mereka perlu dibantu.

Program pelayanan dasar yang dilaksanakan Puskesmas melalui Posyandu masih perlu ditingkatkan. Peningkatan status kesehatan dan gizi anak balita di daerah IDT perlu diupayakan terus melalui berbagai program intervensi terhadap pelayanan dasar.

KEPUSTAKAAN

1. Sekretariat Negara RI. GBHN 1993.
2. Sekretariat Negara RI. Sambutan Presiden Pada Penyerahan Penghargaan kepada POKMAS IDT terhaik di Tingkat Kabupaten/Kodya Se Indonesia. Jokjakarta 1995.
3. BAPPEDA TK. II Padang. Padang Dalam angka 1994.
4. Departemen Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 1995. Pusat Data kesehatan
5. Jalal F, Sockirman. Pemanfaatan Antropometri Sebagai Indikator Sosial - Ekonomi Gizi Indonesia 1990, 14 (2) : 26 - 36
6. Departemen Kesehatan RI. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1992.
7. Kanwil Kesehatan Sumatera Barat. Laporan Tahunan 1994/1995. Padang 1995.
8. Kardjati S, Anna A, Jane. A.K. Aspek Kesehatan Giziz dan Anak, Yayasan Obor Indonesia 1985.
9. Utomo B, Kematian Bayi dan Anak di Indonesia, Makalah Kedokteran Indonesia 1984, 34 (6) : 319 - 328
10. Lapau B, Masalah Penggunaan Pelayanan Kesehatan Tantangan Dalam Rangka Penemuan Kematian Bayi dan Anak. Majalah Kedokteran Indonesia 1986 ; 36 (2) ; 98 - 106
11. Malik R. Suatu Overview Topik Ekonomi Kesehatan Medika 1991 ; 5 (17) : 394 - 40
12. Lumenta B. Kesenjangan Sosial dan Pelayanan Medis Bagi Lapisan Masyarakat Bawah. Majalah Kedokteran Indonesia 1989 ; 39 (2) : 138 - 142.
13. Jellife DB, Jelliffe EFP. Community Nutritional Assessment, Oxford Univ Press London 1987.
14. Hallaud, WW, Roger D, Beorge K. Oxford Texbook of Public Health. Second Edition, Oxford Univ. Press, London 1991.
15. Mubyarto. Strategi Pembangunan Ekonomi Menuju Pengurangan Kemiskinan. Simposium Nasional Penanggulangan Kemiskinan DRN 1994 ; 24 - 36.
16. Wilopo SA. Alternaff Baru Dalam Mengukur Dampak Morbiditas dan Mortalitas Untuk Indikator Permasalahan Kesehatan Masyarakat. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia 1995 ; XXIII (8) ; 503 - 507.

17. Mosley WH, Lincoln CC, Child Survival Strategis For Research. Population and Development Review 1989.
18. Handayani S. Pangan dan Gizi, Sebelas Maret University Press, Sala 1994 ; 3 - 28.
19. Pudjadi S. Ilmu Gizi Klinis Pada Anak. Balai Penerbit FKUI 1990, 91 - 106.
20. Sayogyo. Arti Kemiskinan dan Perkiraan Kurang Pangan. Simposium Pergizi Pangan Indonesia, Padang 1989, 74 - 79.
21. Tjondronegoro SMP, Irlans, Joan H. Rural Poverty in Indonesia, Trends, Issues and Policies. Asian Development Review 1992 ; 10 (1) : 67 - 90.
22. BPS. Survei Sosial Ekonomi Nasional 1994
23. BPS. Identifikasi Kemiskinan di Indonesia, Lokakarya Peningkatan Ketahanan Pangan Untuk Menanggulangi Kemiskinan, Jakarta 1993.
24. Ginanjar K. Strategi Pengembangan Ekonomi Rakyat. Dies Natalis UGM 1994.
25. BAPPEDA. Laporan Perkeonomian Sumatera Barat Tahun 1994, BPS Sumatera Barat Tahun 1994.
26. Hasan I. Model Pembangunan Dati 1 Aceh Dengan Perhatian Khusus Pada Program Butsaman dan Industrilisasi Simposium Penanggulangan Kemiskinan. Dewan Riset Nasional 1994 : 1 - 24
27. BAPPENAS and UNICEF. Situation Analysis of Children and Women in Indonesia Jakarta 1994.
28. Rustam E. Pola Morbiditas Anaka Balita di Empat Propinsi Wilayah Indonesia Bagian Timur. Gizi Indonesia 1991 ; XVI (1-2) : 15 - 20.
29. Profil penduduk Sumatera Barat 1996, BKKBN Propinsi Sumatera Barat
30. Suyono H. Pokok-pokok Uraian Tentang Prospek Potensi Masa Depan Keluarga dan Penduduk Indonesia. MENEG Kependudukan/BKKBN Jakarta 1996
31. Statistik Kesejahteraan Rakyat 1995. BPS Jakarta 1996
32. Kemiskinan (Konsep dan Metode) 1996, BPS Sumatera Barat 1997.
33. Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1992, Depkes. - BPS, Jakarta 1994.
34. Basir N. Pola Pemberian Air Susu Ibu dan Pengaruhnya Terhadap Status Gizi dan Morbiditas Pada Anak Balita di Kodya Padang, Pusat Penelitian Universitas Andalas 1992.
35. Budiarto W. Pola Perilaku Masyarakat Dalam Pencarian Pengobatan di Puskesmas, Medika 7 (18) 1992.

36. Machmud R. Evaluasi Pemanfaatan Pelayanan Posyandu di Kecamatan Padang Timur (Studi di 4 Kecamatan). Lembaga Penelitian Universitas Andalas 1997
37. Musoded A. Kesehatan Lingkungan dan Kemiskinan, Media Litbangkes Vol. VI (3) 1996. 1- 12.
38. Sisilowati D. Association Between Anthropometric Measurements and Socioeconomic Situation in East Jakarta Housechalds. Disertation Universitas of Indonesia 1997.
39. Kesehatan Propinsi Sumatera Barat Tahun 1996, Kanwil Depkes Sumatera Barat 1996.
40. Kodyat B.A. Penuntasan Masalah Gizi Kurang. Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi VI, Serpong 17 - 20 Februari 1998.