

# IDENTIFIKASI WILAYAH DENGAN PERMASALAHAN KESEHATAN ANAK BALITA DI PROVINSI JAWA TIMUR

Endang Indriasih<sup>1</sup> dan Ratih Ariningrum<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Background:** Government Regulation no. 38 year 2007 about the distribution of governmental power between central, provincial and district /town was one reference for government. Despite of decentralization was expected to remain the relevance from the administration. Meanwhile, to view the performance or measured the success of development held by local districts, especially in the field of health has issued the Ministerial Regulation RI No. 741/Menkes/Per/VII/2008 on Minimum Service Standards (SPM) in the Health Sector which is an effort to accelerate the achievement of the MDGs in 2015. Child health problems focused on the decline in mortality because even the trend was declining but the achievement is still far from target, particularly the MDGs in 2015, either RPJPM or Minimum Service Standards (SPM). When in handling found of resource limitation, it is necessary to scale the priority to handle with the regional approach or program. The objective of the study is to know distribution areas and offers an alternative method of diagnosing the area of Children under 5 health problems so that it shows children under 5 priority areas. **Methods:** The data for this analysis from a survey called RISKESDAS 2007 with sample unit is children under 5. Variables used are; state of poor and malnutrition, the completed immunization coverage, posyandu utilization, morbidity (diarrhea, pneumonia and TB), clean and healthy lifestyle, lack of clean water, lack of sanitation in the districts of East in Java. **Results:** This result is several thematic maps when it is overlay; find the two districts in the eastern part is relatively problematic area among the districts and other towns in East Java.

**Key words:** Spatial analysis, children under 5 health, East Java

## ABSTRAK

Peraturan pemerintah no. 38 tahun 2007 tentang pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah, pemerintahan daerah provinsi, dan pemerintahan daerah kabupaten/kota merupakan salah satu rujukan untuk pemerintah. Meskipun desentralisasi diharapkan tetap relevan dari sisi administrasi. Sementara itu, untuk melihat kinerja atau mengukur keberhasilan pembangunan yang diselenggarakan oleh daerah setempat, khususnya di bidang kesehatan telah menerbitkan Peraturan Menteri Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan yang merupakan upaya untuk mempercepat pencapaian MDGs pada tahun 2015. Masalah kesehatan anak berfokus pada penurunan kematian meskipun trennya menurun tetapi pencapaian masih jauh dari target, terutama pada MDGs di tahun 2015, baik RPJPM maupun Standar Pelayanan Minimal. Ketika dalam menangani menemukan keterbatasan sumber daya, sangatlah penting untuk membuat skala prioritas untuk menangani pendekatan atau program regional. Tujuan studi ini adalah mengetahui area distribusi dan untuk mengetahui metode alternatif untuk mendiagnosa area masalah-masalah Balita sehingga dapat menunjukkan area prioritas Balita. **Data analisis berdasarkan RISKESDAS tahun 2007 dengan unit sampel Balita.** Variabel-variabel yang digunakan antara lain keadaan miskin dan kekurangan gizi, cakupan imunisasi yang lengkap, penggunaan posyandu, mordibitas (diare, pneumonia, dan TB), gaya hidup bersih dan sehat, kekurangan air bersih, kekurangan sanitasi di kecamatan-kecamatan di Jawa Timur. Kemudian, hasilnya berupa beberapa peta tematik bila overlay, menemukan kecamatan-kecamatan di bagian timur yang menjadi area problematik di antara kecamatan dan kota yang lain.

**Kata kunci:** Analisis spasial, kesehatan anak di bawah 5 tahun, Jawa Timur

---

<sup>1</sup> Peneliti Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan - Kementerian Kesehatan, Jl. Percetakan Negara 23 Jakarta  
Korespondensi: E-mail: e\_indriasih@yahoo.com

## PENDAHULUAN

Seperti halnya 188 negara lain yang telah menyepakati Millennium Development Goals (MDGs) Indonesia memakai indikatornya untuk mengukur keberhasilan pembangunan. Di bidang kesehatan MDGs menyoroti kesehatan ibu, gizi anak, lingkungan dan juga akses terhadap air bersih (Badan Pusat Statistik dan Makro Internasional, 2008). Perubahan strategis banyak terjadi dan berbagai terobosan hukum telah banyak dilakukan kaitan dengan percepatan target dari MDG di bidang kesehatan ini. Sebagai indikator keberhasilan pembangunan yang diselenggarakan oleh daerah kabupaten/kota khususnya di bidang kesehatan digunakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) sebagaimana yang tercantum dalam Permenkes RI No. 741/Menkes/Per/VII/2008 mengenai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Kemudian juga Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009 yang merupakan penyesuaian dari SKN 1982 dan SKN 2004.

MDG's dan SPM saling terkait, di dalamnya ada beberapa indikator yang menyoroti kesehatan anak baik secara langsung ataupun tidak langsung. Seperti halnya pada Goal 1 dan 4 MDGs mengenai kemiskinan, gizi, angka kematian bayi dan balita juga imunisasi lengkap. Dalam SPM disebutkan juga hal yang sama yaitu gizi buruk, cakupan imunisasi, pelayanan kesehatan dan juga pembiayaan kesehatan.

Dalam berbagai laporan diketahui telah terjadi beberapa perbaikan seperti halnya hasil Riskesdas 2007 menunjukkan telah terjadi perbaikan gizi balita ditingkat nasional dari 25,8% pada akhir tahun 2003 menjadi sebesar 18,4% yang pada akhirnya disimpulkan bahwa kita telah mencapai RPJP dan juga target MDG namun bersamaan dengan itu kita ketahui juga bahwa hal itu tidak merata terjadi diseluruh wilayah Indonesia. Hasil SDKI Tahun 2007 AKB Indonesia mencapai 39 per 1000 memang terjadi perbaikan pada data sebelumnya yang mencapai 44 per 1000 pada tahun 2003. Angka kematian anak di bawah lima tahun 44 per 1000 balita hidup menurun dari periode sebelumnya (2003–2007) yaitu 46 per 1000 balita hidup (1998–2002) (Departemen Kesehatan, 2002). Di sisi lain terlihat hal yang kurang baik seperti cakupan imunisasi dasar lengkapnya sangat rendah yaitu 46,2% padahal kita harus mengejar target SPM 100% di tahun 2015.

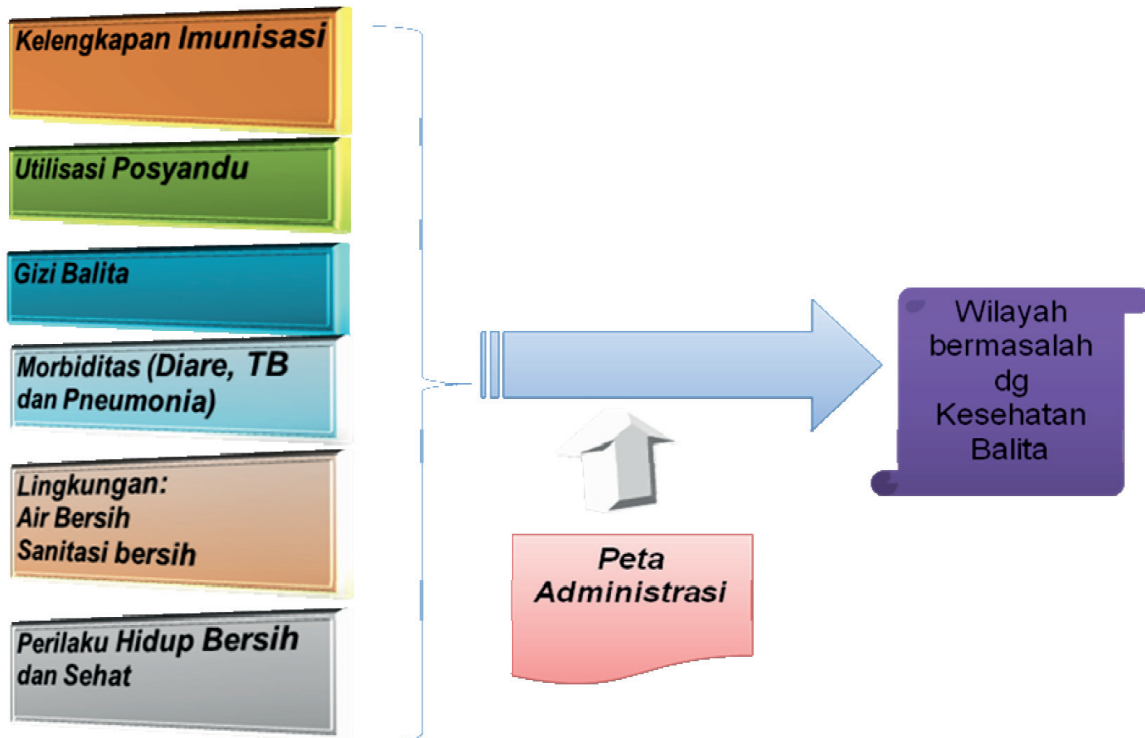
Beberapa hasil laporan seperti SDKI menyediakan informasi nasional hingga provinsi, Riskesdas dan Susenas sampai level kabupaten/kota dan SDKI podes bahkan sampai dengan desa. Namun, dengan keterbatasan sumber daya pemerintah diperlukan skala prioritas bisa dari wilayah ataupun program dan untuk itu informasi-informasi tersebut sangatlah diperlukan. Studi identifikasi wilayah dengan permasalahan kesehatan balita di Provinsi Jawa Timur ini bertujuan menyajikan peta wilayah dengan masalah kesehatan anak Balita dan juga menawarkan metode alternatif dalam mendiagnosis wilayah dengan masalah kesehatan Balita. Beberapa indikator MDG dan SPM dipakai menjadi variabel dalam penelitian ini seperti; keadaan gizi buruk dan kurang, cakupan imunisasi lengkap, utilisasi posyandu, morbiditas (diare, pneumonia dan TB), phbs, kekurangan air bersih, kurangnya sanitasi di kabupaten/kota di Jawa Timur.

Dengan metode spasial analisis akan dihasilkan berupa beberapa peta tematik yang ketika di-overlay-kan akan menghasilkan peta tematik wilayah yang relatif bermasalah di antara kabupaten/kota lainnya di Jawa Timur. Peta tersebut diharapkan dapat lebih informatif dan juga sebagai masukan bagi pengambil keputusan dalam membuat perencanaan, diagnosis dan intervensi pada level provinsi ataupun kabupaten dalam menangani permasalahan kesehatan anak di Jawa Timur.

## METODE

Penelitian ini memakai data Riskesdas 2007 sehingga desain penelitiannya mengikuti Riskesdas yaitu potong lintang (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, 2008). Populasi yang diambil adalah balita di 29 kabupaten dan 9 kota (seluruh kab/kota) Provinsi Jawa Timur dengan jumlah sampel 7889 balita. Selain Riskesdas penelitian ini juga menggunakan data spasial berupa peta administrasi digital dari Bakorsustanal.

Mengikuti teori-teori terdahulu dan salah satunya seperti Hendrik L Bloom bahwasanya derajat kesehatan dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti, lingkungan kesehatan, perilaku/gaya hidup, kependudukan dan juga pelayanan kesehatan maka kerangka adapun variabel yang digunakan pada penelitian ini adalah



Gambar 1.

gizi, imunisasi, utilisasi posyandu, lingkungan, perilaku hidup bersih, data kasus morbiditas (diare, pneumonia dan TB), dan peta administrasi yang kesemuanya dituangkan dalam kerangka pikir (Gambar 1).

#### Definisi Operasional

1. Kelengkapan imunisasi adalah persentase kelengkapan imunisasi pada anak usia 12–23 bulan ditiap kabupaten
2. Utilisasi Posyandu adalah pemanfaatan pelayanan Posyandu/Poskesdes dalam 3 bulan terakhir ditiap kabupaten/kota
3. Status Gizi Balita adalah prevalensi Gizi buruk dan kurang ditiap kabupaten/kota
4. Morbiditas
  - a. Diare adalah prevalensi Balita menderita diare berdasarkan gejala ditiap kabupaten/kota
  - b. Pneumonia adalah prevalensi Balita menderita Pnemonia berdasarkan diagnosa ditiap kabupaten/kota
  - c. TB adalah prevalensi Balita menderita tb ditiap kabupaten/kota

#### 5. Lingkungan

- a. Akses Air bersih adalah persentase kondisi rt yang memiliki akses terhadap air bersih ditiap kabupaten/kota
- b. Sanitasi bersih adalah persentase kondisi rt yang memiliki sanitasi bersih ditiap kabupaten/kota

6. PHBS adalah proporsi rt dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat ditiap kabupaten/kota

#### Pengolahan dan Analisis Data

Data Riskesdas 2007 dianalisis dengan menggunakan SPSS versi 16 dengan melakukan analisis deskriptif. Kemudian hasil analisis dilakukan skoring. Skoring dengan menggunakan percentil dari data tersebut. Hasil keduanya dimasukkan ke dalam peta digital Jawa Timur dengan skala 1:1.641.000 untuk dijadikan beberapa peta tematik dengan menggunakan alat Sistem Informasi Geografi dengan metode prosedur kerja GIS menurut De Mers.<sup>5</sup> Hasil analisis dilay-out dengan membuat 5 klasifikasi diharapkan agar peta tematik lebih sensitif kaitan dengan pemilihan wilayah. Hasil akhir dilakukan overlay dari beberapa peta tematik yang kemudian

dilakukan regionisasi pada wilayah yang memiliki kesamaan masalah.

## HASIL

### Profil wilayah

Provinsi Jawa timur berada pada posisi 7,12–8,48° LS dan 111–114,4° dengan luas

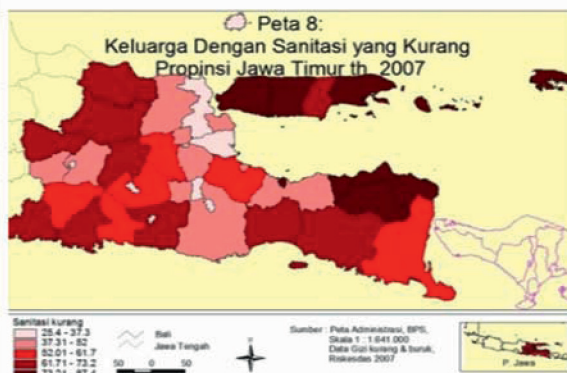
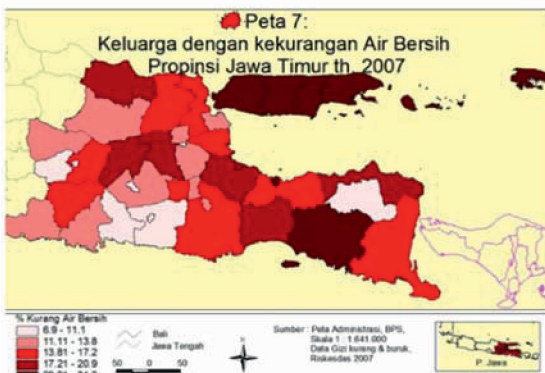
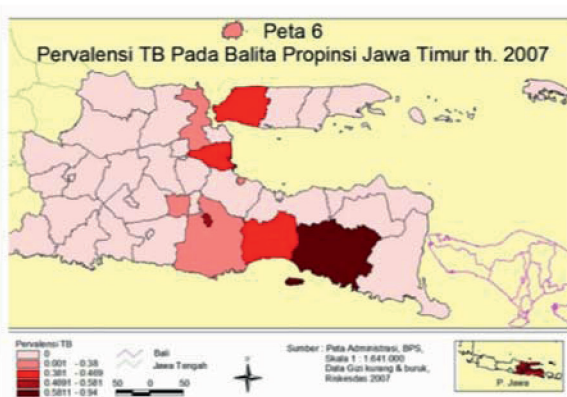
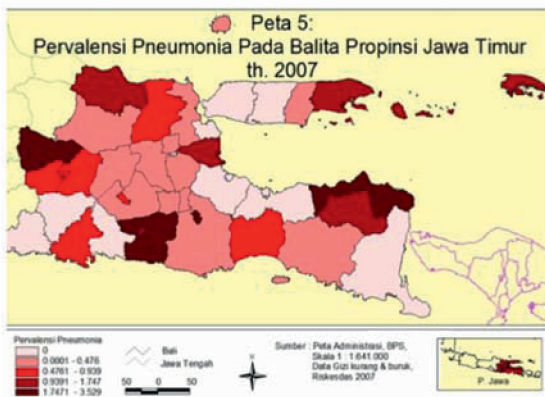
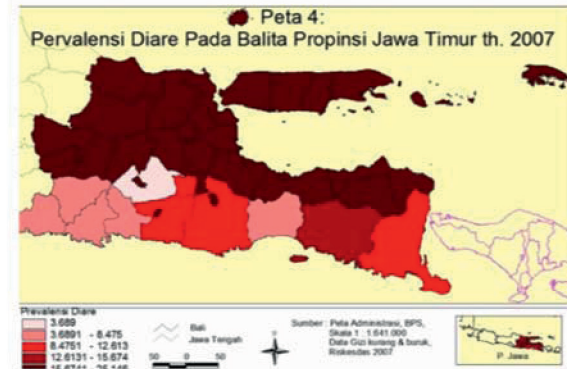
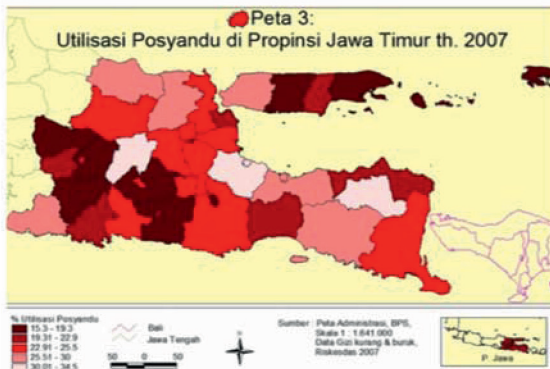
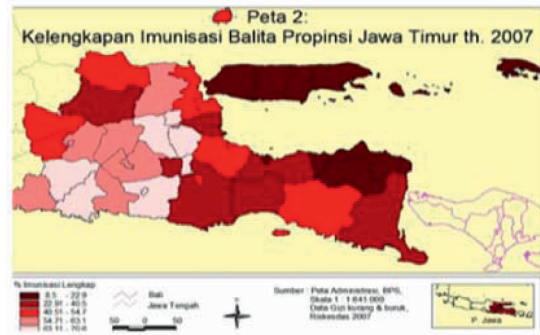
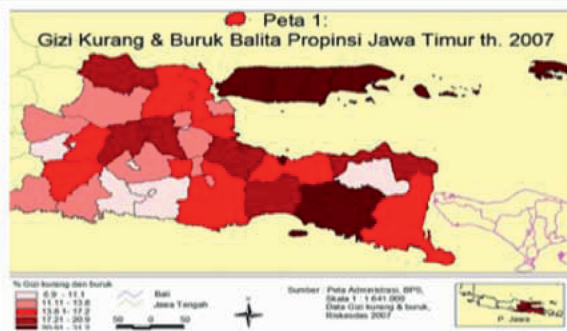
No	Variabel	Klasifikasi	Nilai
1	Gizi kurang dan baik	1. 6,9–11,10	1
		2. 11,11–13,80	2
		3. 13,81–17,20	3
		4. 17,21–20,90	4
		5. 20,91–31,2	5
2	Kelengkapan imunisasi	1. 63,11–70,60	1
		2. 54,70–63,10	2
		3. 40,51–54,70	3
		4. 22,91–40,50	4
		5. 8,5–22,90	5
3	Utilisasi Posyandu	1. 30,01–34,51	1
		2. 25,51–30	2
		3. 22,91–25,50	3
		4. 19,31–22,90	4
		5. 5,30–19,30	5
4	Diare	1. < 3,689	1
		2. 3,6891–8,475	2
		3. 8,4751–12,613	3
		4. 12,6131–15,674	4
		5. 15,6741–25,146	5
5	Pneumonia	1. 0	1
		2. 0,0001–0,476	2
		3. 0,4761–0,939	3
		4. 0,9391–1,747	4
		5. 1,7471–3,529	5
6	TB	1. 0	1
		2. 0,001–0,38	2
		3. 0,381–0,469	3
		4. 0,4691–0,581	4
		5. 0,5811–0,94	5
7	Kekurangan Air Bersih	1. 6,9–11,1	1
		2. 11,11–13,8	2
		3. 13,81–17,2	3
		4. 17,21–20,9	4
		5. 20,91–31,2	5
8	Sanitasi Kurang	1. 25,4–37,3	1
		2. 37,31–52	2
		3. 52,01–61,7	3
		4. 61,71–73,2	4
		5. 73,21–87,4	5
9	PHBS	1. 30–34,5	1
		2. 25,5–30	2
		3. 22,9–25,5	3
		4. 19,3–22,9	4
		5. 15,3–19,3	5

47.921,98 km<sup>2</sup> merupakan 2,5% dari wilayah Indonesia. Wilayah provinsi Jawa Timur berada pada ketinggian antara 0 sampai dengan > 3000 mdpl yang juga mencakup pulau-pulau kecil di sekitarnya, seperti Madura ada pulau Raja, genteng, kambing, puteran dan lain sebagainya. Keanekaragaman kondisi alam tersebut tersebar di 38 wilayah administrasi yang kita kenal dengan kabupaten ataupun kota. Keanekaragaman kondisi geografis antarkabupaten/kota dan kondisi terkait dengan kesehatan balita digambarkan dengan menggunakan peta tematik.

### Peta Gambaran Kesehatan Balita di Provinsi Jawa Timur

Gizi buruk dan kurang pada studi ini didasari dengan BB/U, indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang bersifat umum (Riskesdas, 2007). Gambaran peta menunjukkan bahwa sebagian besar wilayah timur Jawa Timur memiliki prevalensi gizi buruk dan kurang yang relatif lebih tinggi dari wilayah barat Jawa Timur kecuali Bondowoso. Prevalensi gizi buruk dan kurang di Provinsi Jawa timur berkisar antara 6,9–31,2. Kabupaten/kota dengan gol prevalensi tinggi di Jawa Timur tersebut adalah Kota Probolinggo, Kabupaten Jember dan di Madura hampir seluruhnya yaitu Bangkalan, Sampang, Pamekasan dan Sumenep (20,91–31,2). Sedangkan untuk Bondowoso, Magetan, Tulungagung, Kota Madiun dan Blitar merupakan Kabupaten/kota dengan prevalensi gizi kurang dan buruk yang relatif paling rendah di antara Kabupaten/kota lainnya di Provinsi Jawa Timur.

Cakupan Imunisasi pada studi ini merupakan Cakupan status imunisasi lengkap suatu wilayah. Imunisasi lengkap diartikan jika anak usia 12–23 bulan sudah mendapatkan imunisasi BCG, Polio 3, DPT 3, Hepatitis B 3 dan Campak menurut pengakuan/catatan KMS/catatan KIA. Cakupan imunisasi lengkap di kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur mempunyai rentang yang jauh yaitu mulai dari 8,5–70,6%. Pada wilayah timur seperti Madura dan kabupaten yang berhadapan langsung membentang dari barat ke timur mulai dari Probolinggo, Bondowoso sampai dengan situbondo merupakan wilayah dengan cakupan imunisasi lengkap yang relatif rendah (8,5–22,9). Sedangkan Ponorogo, Trenggalek, Blitar, Batu, Mojokerto dan Jombang merupakan kabupaten/kota yang relatif tinggi cakupan imunisasi lengkapnya (63,11–70,6) di Provinsi Jawa Timur.



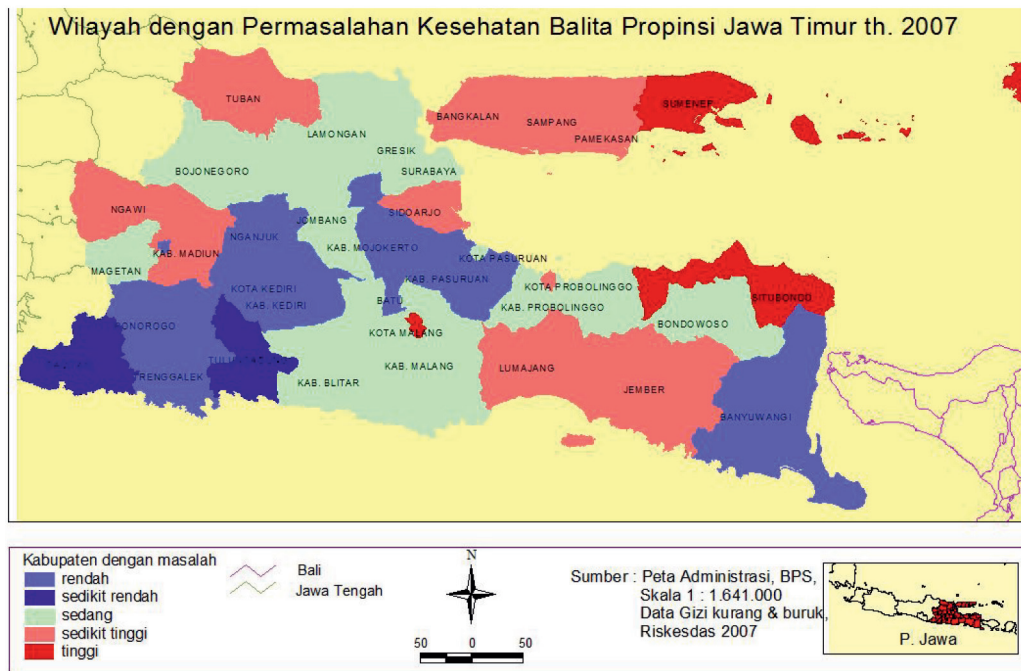
Pada studi ini pelayanan kesehatan untuk Balita diwakili dengan utilisasi posyandu di suatu wilayah. Sebaran utilisasi posyandu yang relatif rendah atau kurang ada di bagian barat daya Jawa Timur dan Madura seperti Ngawi, Kabupaten Madiun, Ponorogo, Blitar, Kediri, Kota Malang kemudian Sampang dan Sumenep (15,3–19,3). Sedangkan untuk Nganjuk, Pasuruan dan Bondowoso merupakan kebalikannya yaitu dengan utilisasi posyandu relatif tinggi (30,01–34,5).

Gambaran peta morbiditas untuk prevalensi diare pada balita tergambar di seluruh kabupaten/kota yang berada di wilayah utara Jawa Timur merupakan wilayah yang relatif tinggi prevalensi kejadian diare pada balita dibandingkan dengan wilayah lainnya (15,67–25,15). Sedangkan Kabupaten Kediri merupakan wilayah dengan prevalensi diare yang relatif rendah (3,7). Sementara itu wilayah dengan relatif tinggi kasus pneumonia pada balita lebih menyebar ke seluruh penjuru seperti Ngawi di bagian Barat, Blitar di selatan, Situbondo di timur merupakan wilayah dengan kasus yang terbanyak (1,75–3,53). Sedangkan wilayah dengan prevalensi pneumonia relatif rendah adalah Kabupaten Pacitan, Ponorogo, Tulungagung, Surabaya, Pasuruan, Probolinggo, Banyuwangi, Bangkalan dan Sampang. Peta kasus tuberkulosis menggambarkan, hanya sebagian kecil

wilayah Provinsi Jawa Timur yang merupakan wilayah relatif tinggi kasus tuberkulosis, dan wilayah tersebut adalah Kabupaten Jember (0,58–0,94).

Kondisi Lingkungan pada studi ini diwakili dengan keadaan kekurangan air bersih dan juga sanitasi yang kurang pada suatu wilayah. Gambaran peta mengenai kekurangan air bersih menunjukkan bahwa Magetan, Madiun dan Kediri juga Kota Probolinggo merupakan wilayah yang terkurang mendapatkan akses air bersih dibandingkan dengan wilayah lainnya di Jawa Timur (88,6–94,5). Kemudian gambaran sanitasi dilukiskan di mana Madura kecuali Pamekasan kemudian di bagian lain Probolinggo, Bondowoso dan Situbondo merupakan wilayah dengan sanitasi yang relatif kurang baik di antara Kabupaten/kota di Jawa Timur lainnya (73,2–87,4).

Perilaku pada studi ini diwakili dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan hasil peta menggambarkan bahwa Kabupaten Ngawi, Madiun, Ponorogo, Kediri, Blitar kemudian di Madura Sampang dan Sumenep merupakan wilayah yang relatif kurang dalam menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat untuk wilayah Jawa Timur (15,3–19,3). Sebaliknya Kab. Nganjuk, Mojokerto dan Bondowoso termasuk dalam wilayah dengan PHBS yang relatif lebih baik dibandingkan dengan Kabupaten/kota di wilayah Jawa Timur lainnya (30–34,5).



## PEMBAHASAN

Situasi kesehatan Balita di Provinsi Jawa Timur secara umum lebih bagus dari angka nasional. Namun demikian hal tersebut masih jauh dari target baik RPJM target 2009 ataupun MDGs 2015. Beberapa indikator yang menggambarkan situasi kesehatan balita di Jawa Timur seperti halnya angka kematian Neonatal mencapai 21/100.000, angka kematian postnatal sebesar 14/100.000, angka kematian bayi 35/100.000 target 2015 adalah 19 dan angka kematian di bawah 5 tahun 45/100.000 (target MDGs; 32) (Badan Pusat Statistik dan Makro Internasional, 2009). Indikator yang dianggap memberikan kontribusi terhadap kesehatan balita adalah; keadaan gizi buruk dan kurang, cakupan imunisasi lengkap, utilisasi posyandu, morbiditas (diare, pneumonia dan TB).

### Wilayah Bermasalah Kesehatan Balita

Setelah dilakukan skoring dan dilakukan overlay dari beberapa peta hasilnya seperti yang terlihat di peta 2. kepulauan Madura merupakan wilayah bermasalah, karena hampir seluruh kabupaten yang berada di Madura mempunyai permasalahan yang cukup tinggi. Namun wilayah yang dinyatakan terbanyak masalahnya yaitu Sumenep, Situbondo dan Lumajang dengan kisaran skoring (32,1–36). Ditingkatkan berikutnya Bangkalan, Sampang, Pamekasan, Jember dan Kab. Blitar (26,32).

Dari 3 kabupaten yang dinilai bermasalah dalam studi ini (Kabupaten Sumenep, Situbondo dan Lumajang), Kabupaten Sumenep merupakan kabupaten kepulauan dan juga memiliki skoring permasalahan tertinggi.

### Profil Wilayah Kabupaten Sumenep (Departemen Kesehatan, 2009)

Secara geografis letak Sumenep berada di bagian timur pulau Madura dan wilayahnya tersebar di lebih dari 126 pulau terletak di antara 113 032 (54°–116 016 (48° Bujur Timur dan di antara 4 055–7 024 1 Lintang Selatan dengan luas daerah Kabupaten Sumenep adalah 2.093.457573 km<sup>2</sup>, terdiri dari luas daratan 1.146,927065 km<sup>2</sup> (54,79%) dan luas kepulauan 946.530508 km<sup>2</sup> (45,21%) Sedangkan luas wilayah perairan Kabupaten Sumenep ± 50.000 km<sup>2</sup>. Sumenep berada di ketinggian 0–500 dpl dan 49% di antara 0–25%.

Kabupaten Sumenep termasuk kategori daerah tropis atau beriklim panas dengan suhu

udara rata-rata antara 26,6–29,4° C, penguapan antara 104,1–144,26 mm, kecepatan angin antara 13–22 knot, penyinaran matahari antara 47,4–100%, kelembaban 52–100% dan tekanan Udara 1.003,5–1.012,85 mbs (Disbudparpora Sumenep, 2008).

Dengan situasi geografis demikian Kab. Sumenep membawahi 27 kecamatan dengan 332 desa. 33% kecamatan tersebut merupakan kecamatan kepulauan dengan 86 desa kepulauan. Memiliki penduduk 1.003.035 jiwa dengan kepadatan mencapai 478,55 jiwa/km<sup>2</sup> dalam hal sarana pelayanan kesehatan Kabupaten Sumenep memiliki 2 RS, 28 puskesmas yang tersebar di tujuh pulau, kemudian memiliki 72 pustu, 178 poskesdes dan 331 posyandu (De Mers, Michael, 1997).

### Gizi Kurang dan Buruk

Prevalensi Gizi buruk dan kurang Provinsi Jawa Timur sebesar 17,4% lebih baik dari angka nasional 18,4% dan dengan angka tersebut Jawa Timur telah memenuhi target MDGs Indonesia untuk 2015 (18,7%) meskipun demikian masih terdapat Kabupaten/kota dengan prevalensi di bawah angka tersebut. Pada peta 1, menunjukkan bahwa Kepulauan Madura seperti Sampang, Pamekasan, Sumenep dan juga Jember ada di kategori Kabupaten yang relatif bermasalah dibandingkan dengan yang lainnya (24,6–31,2).

Hasil peta tersebut juga didukung dengan pendataan yang dilakukan di pemerintah daerah setempat. Seperti halnya yang terjadi di Kab. Sumenep, ketika dilakukan pendataan dalam rangka perencanaan pembangunan di Sumenep ditemukan banyak balita dengan kondisi gizi kurang. Beberapa penelitian sebelumnya mengkaitkan gizi balita dengan pengetahuan ibu dikarenakan balita masih dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari sangat bergantung pada ibu. Pendidikan berimplikasi kepada segala aspek kehidupan, mulai dari persoalan ekonomi, tata nilai kehidupan sehari-hari bahkan menjaga kesehatan.

Kenyataan masih banyak orang belum mengerti benar masalah gizi kurang ataupun buruk. Di Madura yang merupakan daerah relatif bermasalah dengan gizi, kadang ketika mengetahui anaknya kurus atau kurang gizi dan petugas kesehatan menyarankan mereka untuk dibawa ke RS mereka 'malah' membawanya ke dukun.

*“Kata dokter anak saya mengalami gizi buruk, semula saya menduga terkena santet” Kata H*

*(Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Kabupaten Sumenep).*

Faktor lainnya adalah karena kemiskinan, faktor inilah yang bisa langsung bersentuhan dengan kemampuan membeli makanan, karena kemampuannya terbatas dalam membeli makanan pada akhirnya menyebabkan terjadinya gangguan gizi yaitu gizi kurang dan gizi buruk (Salam, Agus, 2008). Seperti halnya di kepulauan Madura masalah gizi banyak ditemukan di daerah dengan tingkat sosial ekonomi yang lemah meskipun ditemukan juga tingkat ekonomi yang tinggi.

Faktor Pendidikan rendah ditambah lagi dengan kemiskinan akan sedikit terabaikan ketika diketahui upaya pencegahan ataupun penemuan gizi kurang dan buruk bisa dilakukan di posyandu dengan penyuluhan dan penimbangan, pemberian makanan tambahan ataupun suplemen gizi. Namun sangat disayangkan utilisasi posyandu di Sumenep sangatlah rendah 18,4%.

Ada kemungkinan faktor iklim juga memberikan dampak tersendiri untuk kabupaten Sumenep. Di bulan tertentu Sumenep menghadapi angin barat, di mana pada waktu tersebut masyarakat yang sebagian besar nelayan tidak berani untuk melaut, sehingga hasil tangkapan berkurang ataupun tidak ada. Berdampak pada pendapatan sehingga daya beli mereka menurun. Di sisi lain pasokan akan bahan makanan pun menurun sehingga harga bahan pokok melambung tinggi. Jika keadaan tersebut berlangsung lama akan memengaruhi asupan gizi makanan khususnya Balita.

#### *Status Imunisasi*

Mengikuti pedoman WHO, seorang Balita di katakan sudah lengkap imunisasi ketika mereka mendapatkan imunisasi mulai dari BCG satu kali pemberian, DPT dan Polio tiga kali pemberian dan campak satu kali dan Indonesia menambahkan dengan Vaksinasi Hepatitis dengan tiga kali pemberian.

Bayi ataupun balita Indonesia pada umumnya dan tentunya Sumenep mendapatkan imunisasi dasar dari berbagai macam fasilitas kesehatan seperti; RS, puskesmas, tempat praktik dokter, bidan, polindes ataupun posyandu. Sejak pemeriksaan pertama ANC, ibu mendapat atau tercatat di buku KIA dan anak sejak melakukan kunjungan pertama setelah lahir anak mendapatkan KMS. Pada buku KIA dan KMS biasanya dicatat tanggal kunjungan, berat badan,

tinggi badan dan juga imunisasi yang diberikan. Berdasarkan informasi dari KMS, buku KIA ataupun pengakuan ibu untuk Jawa Timur cakupan imunisasi lengkap adalah sebesar 46,7 sedikit lebih besar dibandingkan angka nasional 46,2. Wilayah dengan masalah cakupan imunisasi bermasalah di Jawa Timur memiliki kisaran cakupan imunisasi lengkap antara 8,5–22,9% dan itu terletak di dua sisi yang berhadapan yaitu di kepulauan Madura dan wilayah yang berhadapan langsung dengan Madura.

Menghadapi masalah cakupan imunisasi yang rendah ada beberapa alasan yang melatarbelakangi. Di Sumenep masih ada orang yang beranggapan bahwa imunisasi itu tidak halal, rendahnya kesadaran untuk pergi ke posyandu ditambah lagi dengan masalah geografis dan iklim. Keberadaan puskesmas yang hanya di 7 pulau dan di musim angin juga ikut andil dalam rendahnya cakupan imunisasi lengkap rendah.

#### *Morbiditas*

Dehidrasi yang disebabkan oleh diare merupakan salah satu penyebab kematian pada balita. Walaupun kondisi ini dapat diatasi bila terindikasi pada tahap awal atau ketika diare ditemukan masih dalam keadaan ringan akan mudah diobati dengan pemberian minum/cairan (ORT). Gambaran peta morbiditas untuk prevalensi diare pada balita tergambar mulai dari bagian tengah ke arah timur Provinsi Jawa Timur terlihat lebih banyak persentase kejadian diare dibandingkan dengan bagian barat. Dimulai dari daerah Malang, Pasuruan dan Lumajang bahkan untuk Madura terlihat semakin ketimur semakin banyak kejadian atau prevalensinya semakin tinggi.

Kejadian diare sering dihubungkan dengan penggunaan air yang terkontaminasi, sanitasi yang kurang dan perilaku hidup yang tidak bersih. Hal yang sama juga terjadi di Sumenep untuk sanitasi dan akses air bersih. Pada peta 7 dan 8 terlihat bahwa daerah sumenep memang masuk dalam wilayah bermasalah untuk lingkungan kekurangan akses air bersih (20,91–31,2) dan sanitasi kurang (73,2–87,4). Kemudian dilihat dari perilaku hidup bersih dan sehat masyarakat di sana tergolong dalam wilayah yang relatif bermasalah dengan hanya antara 15,3–19,3.

Kekurangan gizi pada masyarakat dapat menurunkan daya tahan tubuh, memudahkan yang sehat menjadi sakit serta menghambat penyembuhan



penyakit. Selain diare pada penelitian ini juga melihat lainnya seperti pneumonia dan TB. Namun untuk pneumonia dan TB Sumenep bukanlah merupakan wilayah yang relatif tinggi prevalensinya dibandingkan dengan wilayah lainnya di Jawa Timur. Mungkin hal tersebut juga terkait dengan iklim dan cuaca daerah pesisir. Kabupaten Sumenep termasuk kategori daerah tropis atau beriklim panas dengan suhu udara rata-rata antara 26,6–29,4° C, penguapan antara 104,1–144,26 mm, penyinaran matahari antara 47,4–100%. Keadaan iklim seperti itu mungkin tidak bagus untuk pertumbuhan kuman TB. Seperti diketahui bahwa TB disebabkan oleh kuman Basil Tahan Asam (BTA) yang mana kuman tersebut cepat mati dengan sinar matahari langsung, tetapi dapat bertahan hidup selama beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab.

#### *Pelayanan Kesehatan*

Banyak faktor yang dapat dihubungkan dengan hambatan untuk menjangkau fasilitas kesehatan mulai dari jarak sampai dengan kemampuan membayar. Kesehatan Balita sangat bergantung kepada ibunya, beberapa alasan yang dikemukakan para ibu atau wanita setelah menikah di wilayah Jawa Timur, selain karena biaya 16,4%, faktor jarak (11,3%) tidak berani/malas pergi sendiri 15,8% dan 40% mengaku mempunyai masalah lebih dari satu.

Puskesmas merupakan kepanjangan tangan untuk memperluas cakupan pelayanan, maka pada beberapa wilayah kerja yang dinilai strategis didirikan Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu). Di Sumenep tidak semua desa terdapat puskesmas ataupun pustu dari 332 desa hanya 28 desa yang ada puskesmasnya dan 72 desa ada pustunya artinya hanya kurang dari 30% desa di wilayahnya ada puskesmas ataupun pustu. Salah satu upaya terobosan pemerintah dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat terutama ibu dan balita untuk meningkatkan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan adalah dengan melibatkan masyarakat. Kerja sama tersebut diwujudkan dengan didirikannya Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang didirikan di setiap desa ataupun RW. Di Sumenep hampir di semua desa terdapat posyandu (Podes, 2008). Kondisi demikian menjadikan peranan posyandu sangatlah penting dalam hal meningkatkan kesehatan balita. Posyandu berperan dalam meningkatkan kesehatan balita dalam

hal memonitor status gizi, status kesehatan melalui penimbangan, imunisasi dan pemeriksaan kesehatan anak dengan meningkatkan kesadaran keluarga terutama keluarga miskin akan masalah kesehatan yang dihadapi.

Dari data yang sama hanya 12% posyandu yang kurang aktif. Hasil riskesdas juga menyebutkan 29,2 persen masyarakat mengaku bahwa jarak dari rumah ke posyandu antara 1–5 km dan sekitar 8% yang jarak waktu dari rumah ke posyandu lebih dari 30 menit. Dengan kondisi seperti itu pemanfaatan posyandu di Sumenep relatif rendah (18,4%) dibandingkan angka provinsi Jawa Timur (23,8%) dan juga angka nasional yang juga rendah (27,3).

Pemanfaatan posyandu oleh sebagian besar masyarakat khususnya balita sumenep yang datang mendapat pelayanan penimbangan (95%), kemudian imunisasi (62,1%), penyuluhan (48,1%). Selain itu, peranan lainnya adalah mengatasi masalah kesehatan yang timbul misalnya dengan memberikan makanan tambahan atau PMT (70,4), suplemen gizi (49,7%) bahkan angka-angka tersebut lebih besar dari angka provinsi dan nasional meskipun utilisasi posyandu untuk Jawa Timur lebih rendah dari angka nasional (Risksedas, 2007).

#### **KESIMPULAN**

1. Sebagian besar wilayah timur Jawa Timur memiliki prevalensi gizi kurang dan buruk yang relatif lebih tinggi dari wilayah barat Jawa Timur kecuali Bondowoso. Prevalensi gizi buruk dan kurang di Provinsi Jawa Timur berkisar antara 6,9–31,2. Kabupaten/kota yang termasuk dalam wilayah prevalensi gizi kurang dan buruk relatif tinggi di Jawa Timur tersebut adalah Kota Probolinggo, Kabupaten Jember dan di Madura hampir seluruhnya yaitu Bangkalan, Sampang, Pamekasan dan Sumenep (20,91–31,2). Sedangkan untuk Bondowoso, Magetan, Tulungagung, Kota Madiun dan Blitar merupakan Kabupaten/kota dengan prevalensi gizi kurang dan buruk yang relatif paling rendah di antara Kabupaten/kota lainnya di Provinsi Jawa Timur.
2. Cakupan imunisasi lengkap di Kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur mempunyai rentang yang jauh yaitu mulai dari 8,5 sampai dengan 70,6%. Pada wilayah timur seperti Madura dan Kabupaten yang berhadapan langsung membenteng dari barat ke

timur mulai dari Probolinggo, Bondowoso sampai dengan Situbondo merupakan wilayah dengan cakupan imunisasi lengkap yang relatif rendah (8,5–22,9). Sedangkan Ponorogo, Trenggalek, Blitar, Batu, Mojokerto dan Jombang merupakan Kabupaten/kota yang relatif tinggi cakupan imunisasi lengkapnya (63,11–70,6) di Provinsi Jawa Timur.

3. Seluruh Kabupaten/kota yang berada di wilayah utara Jawa Timur merupakan wilayah yang relatif tinggi prevalensi kejadian diare pada balita dibandingkan dengan wilayah lainnya (15,67–25,15). Sedangkan Kabupaten Kediri merupakan wilayah dengan prevalensi yang relatif rendah (3,7).
4. Gambaran untuk Prevalensi Pneumonia pada balita dengan wilayah yang relatif tinggi lebih menyebar ke seluruh penjurus Jawa Timur seperti Ngawi di bagian Barat, Blitar di selatan, Situbondo di timur merupakan wilayah dengan kasus yang terbanyak (1,75–3,53).
5. Sebagian besar wilayah Jawa Timur merupakan bukan daerah Tb khususnya untuk Balita. Satu-satunya Kabupaten yang masuk dalam wilayah dengan prevalensi Tb pada anak relatif lebih banyak di antara Kabupaten/kota di Jawa Timur adalah Kabupaten Jember (0,58–0,94).
6. Wilayah dengan utilisasi posyandu yang relatif rendah di Provinsi Jawa Timur adalah Ngawi, Kabupaten Madiun, Ponorogo, Blitar, Kediri, Kota Malang kemudian Sampang dan Sumenep (15,3–19,3). Sedangkan untuk Nganjuk, Pasuruan dan Bondowoso merupakan kebalikannya yaitu dengan utilisasi posyandu relatif tinggi (30,01–34,5).
7. Magetan, Madiun dan Kediri juga kota Probolinggo merupakan wilayah yang terkurang mendapatkan

akses air bersih di dibandingkan dengan wilayah lainnya di Jawa Timur (88,6–94,5). Kemudian sanitasi dilukiskan di Peta 8, di mana Madura kecuali Pamekasan kemudian di bagian lain Probolinggo, Bondowoso dan Situbondo merupakan wilayah dengan sanitasi yang relatif kurang baik di antara Kabupaten/kota di Jawa Timur lainnya (73,2–87,4).

8. Sebagian besar wilayah kepulauan Madura merupakan wilayah relatif bermasalah kesehatan balitanya dibandingkan dengan wilayah lainnya di Jawa Timur ditambah dengan Situbondo dan Lumajang dengan kisaran skoring (32,1–36).

#### DAFTAR PUSTAKA

- BPS and United Nation, 2007. *Report on the Achievement of Millennium Development Goals Indonesia 2007*, National Development Planning Agency.
- Badan Pusat Statistik dan Makro Internasional, 2008. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, 2002. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan RI, 2008. *Laporan nasional Riset Kesehatan Dasar*, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik, 2008. *Susenas (Survei Ekonomi Nasional)*, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik dan Makro Internasional, 2009. *Potensi Desa (Podes) 2008*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, 2009. *Rancangan Sistem Kesehatan Nasional 2009*, Jakarta.
- De Mers, Michael, 1997. *Fundamental of Geographic Information System*, USA.
- Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Kabupaten Sumenep, *Iklim Sumenep*, dimuat pada: <http://disbudparpora.sumenep.go.id/id/index.php?s=u&m=5>.
- Salam, Agus, 2008. Sebuah *Fenomena Ironi di Era Globalisasi Problema Gizi Buruk*, dimuat pada [http://tabloid\\_info.sumenep.go.id/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1356&Itemid=28](http://tabloid_info.sumenep.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=1356&Itemid=28).