

SITUASI CAMPAK PADA BALITA (12 -59 Bulan) DI PROPINSI SUMATERA BARAT, DKI JAYA, JAWA BARAT DAN BANTEN) PADA TAHUN 2007 (Analisa Lanjut RISKESDAS 2007)

Salma Ma'roef

Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan, Badan Litbang Kesehatan
E-mail : majalahkedokteranandalas@gmail.com

Abstrak

Penyakit campak di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan karena diperkirakan 76% orang yang rentan dalam rumah tangga. Insiden kasus pada tahun 2006 golongan umur 12-59 bulan mempati urutan paling pertama yaitu 34,94%. Tujuan dari penelitian untuk melihat gambaran kejadian campak pada empat propinsi ini.

Desain penelitian analisa lanjut RISKESDAS 2007 secara *cross-sectional* di empat propinsi (Sumatera Barat, DKI Jaya, Jawa Barat dan Banten). Populasi dalam RISKESDAS 2007 adalah seluruh rumah tangga yang terpilih menurut blok Sensus dalam Susenas 2007 yaitu *two stage sampling* dari tiap kabupaten/kota. Kemudian dari kabupaten/kota diambil secara proporsional terhadap jumlah rumah tangga (*probability proporsional tosize*). Setiap blok Sensus diambil 16 rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sample*). Unit sampel seluruh anggota rumah tangga yang terpilih mempunyai balita (berusia 12-59 bulan) dari proses tersebut diatas dapat digunakan sebagai unit analisis. Penelitian melalui wawancara menggunakan kuesioner. Variabel terikat adalah balita yang menderita campak berdasarkan diagnosa petugas dan berdasarkan informasi gejala dari keluarga dan sebagai variabel bebas adalah jumlah balita, cakupan imunisasi dan cakupan vitamin A.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah kasus berdasarkan diagnosa oleh petugas kesehatan adalah 4,3% di antaranya propinsi DKI Jaya paling banyak (6,9%), sedangkan berdasarkan informasi keluarga dari gejala sebanyak 1,1% di antaranya propinsi Banten paling tinggi (1,8%). Setelah penggabungan jumlah kasus campak menjadi 4,9% diantara propinsi DKI Jaya paling besar (7,5%) dan yang paling rendah propinsi Sumatera Barat (4,1%). Cakupan imunisasi campak sebanyak 65,2% di ataranya propinsi DKI Jaya paling tinggi (71,0%) dan propinsi Banten paling rendah (52,9%).Demikian juga cakupan vitamin A dua kali dalam satu tahun sama (65,2%) di antaranya propinsi Sumatera Barat paling tinggi (79,9%). *Odds Ratio (OR)* imunisasi 1,6 bermakna ($p= 0,001$) dan *OR* pemberian vitamin A adalah 8,3 dan tidak bermakna ($p > 0,05$). Untuk menurunkan resiko penyakit campak (menurut telaah) maka perlu diberikan vitamin A untuk meningkatkan kekebalan atau antibodi dalam darah, hal ini terlihat di propinsi Sumatera Barat dengan populasi cukup besar serta jumlah kasus paling rendah

(4,1%), walaupun cakupan imunisasi rendah (61,0%) sedangkan cakupan vitamin A tinggi (79,9%). Informasi ini bisa sebagai masukan program pemberantasan campak dan perlu ditingkatkan kualitas kerja bidan atau petugas kesehatan atau perlu diamati apakah adanya virulensi vaksin meningkat atau perlu dilakukan iminisasi ulang.

Kata kunci : balita, campak, imunisasi, vitamin A

Abstract

Measles in Indonesia is still become a health problem because it is estimated that 76% of people were vulnerable of infection in the household. That case ncident of children aged 12-59 moths to be the first sequence which is 34.94% The aim of the research is to see the picture of measles incidence in four provinces.

The design of this Riskesdas 2007 reseach is cross-sectional study, and was held in four provinces (West Sumatera, DKI Jaya, West Java and Banten). Population in 2007 was Riskesdas all households selected according to the survey, the Census block 2007 is a two stage sampling from each district/city. Then from all the districts were taken by porposional to total households (probability proportional to size). Each block of the Census taken 16 households was randomly (simple random samples). Unit samples all household members who elected to have children (12-59 months old) from the above process can be used as the unit of analysis. Research through interviews using a questionnaire. Dependent variables were the infants who suffer from measles diagnosis based on symptoms of the officers and based on information from family and as an independent variable is the number of children under five, immunization coverage and coverage of vitamin A.

The results showed that the number of cases based on diagnosis by health workers was 4.3% among the provinces of DKI Jaya's most lots (6.9%), while based on information from the family as much as 1.1% of symptoms among the highest of Banten province (1.8%). After the merger the number of measles cases to 4.9% among the largest province of DKI Jaya (7.5%) and lowest of West Sumatera province (4.1%). Measles immunization coverage as much as 65.2% in DKI Jaya province among the highest (71.0%) and the lowest Banten province (52.9%). Similarly, coverage of vitamine A twice in the same year (65.2%), provinces including West Sumatera the highest (79.9%). Odds ratio (OR) 1.6 immunization was significant ($p=0.001$) and the OR of vitamin A is 8,3 and not significantly ($p>0.05$). Followed the risk for measles (under review) it needs to be given vitamin A to increase immunity or antibodies in the blood, it can be seen in the provinces of West Sumatera with a population large enough and the lowest number cases (4.1%)., although low immunization coverage (61.0%) while the high coverage of vitamin A (79.9%). This information can serve as input control programs measles and should be improved quality of midwives or health workers or need to be observed wether the increased virulence of caccines or immunizations repeated as done.

Keywords: children, mesales, immunization, vitamin A

PENDAHULUAN

Dalam mencapai Indonesia Sehat 2015, maka perlu ditingkatkan daya tangkal terhadap penyakit melalui pembangunan kesehatan yang merupakan modal utama pembangunan kesehatan nasional. Penyakit campak di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan karena diperkirakan 76% orang yang rentan dalam rumah tangga Virus campak tetap ada dalam masyarakat dalam jumlah besar/penduduk yang padat.⁽¹⁾ Penyakit ini terutama menyerang anak usia kurang dari 1-5 tahun (balita) yang disebabkan oleh virus dan dapat dicegah dengan imunisasi. Penyakit ini menyebabkan immunosupresif, sehingga penderita sangat mudah terserang infeksi. Campak adalah penyakit dengan gejala panas mendadak tinggi disertai mata merah dengan banyak kotoran disusul dengan timbulnya ruam (*rash*) mulai dari belakang telinga/leher dan menyebar seluruh tubuh. Apalagi pada anak dengan status gizi kurang dapat terjadi infeksi sekunder berupa pneumonia, diare, encephalitis dan otitis.⁽¹⁻⁶⁾ Infeksi sekunder pada anggota keluarga yang rentan rata-rata 90% atau lebih.⁽¹⁾ Adanya komplikasi ini dapat menyebabkan kematian terutama di negara-negara sedang berkembang.⁽¹⁻⁵⁾ Penyakit campak dapat dicegah selain dengan imunisasi serta pemberian vitamin A pada balita.^(1,5,7) Secara global 98% dari seluruh anak meninggal akibat komplikasi karena kurang vitamin A oleh sebab itu WHO dan UNICEF bersama-sama bertekad untuk mengurangi kematian sampai 50% pada tahun 2005 yaitu secara rutin disamping pemberian imunisasi juga secara rutin pemberian vitamin A.⁽¹⁾

Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 1992 menunjukkan campak menempati urutan

ke enam penyebab kematian bayi dengan proporsi 2,6%, sedangkan pada umur 1 – 4 tahun campak termasuk dalam 5 penyebab kematian balita tertinggi dengan proporsi 9,4%.⁽⁸⁾ Pada tahun 1995 dari hasil SKRT melaporkan penyebab kematian oleh penyakit campak lebih besar pada balita (5,2%) bila dibandingkan usia kurang satu tahun atau kelompok antara 5 – 14 tahun (1,0%).⁽⁹⁾

Di beberapa daerah pada tahun 2000 masih sering terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB),⁽¹⁰⁾ terutama daerah yang sulit dijangkau pelayanan kesehatan.⁽¹¹⁾ Pada tahun 2004 di propinsi Jawa Barat dilaporkan mempunyai jumlah kasus KLB yang tinggi (393 kasus), propinsi DKI Jaya (133 kasus) dan propinsi Sumatera Barat termasuk rendah (73 kasus).⁽¹²⁾

Sejak tahun 1960, vaksin campak sudah dikenal untuk mencegah penyakit.⁽¹⁾ Di Indonesia, imunisasi campak sudah dilakukan sejak tahun 1980. Untuk meningkatkan keberhasilan program imunisasi campak agar jumlah kasus dapat ditekan, maka dilakukan *Universal Child Immunization* (cakupan UCI sebesar 80,0%) dan program tercapai secara nasional pada bulan November 1990, sehingga imunisasi sudah mencapai 90%.⁽¹³⁾

Menurut profil Kesehatan Indonesia 2006 jumlah insiden untuk golongan umur 1-4 tahun menempati urutan pertama sebesar 7.136 kasus (34,94%) dibanding kelompok umur satu tahun sebesar 2009 kasus (9,84%) dan kelompok umur 5 – 9 tahun 5900 kasus (28,90%), dan kelompok 10 – 14 tahun 2881 kasus (14,11%). Dan menurut laporan di Puskesmas pada tahun 2006 kasus penyakit campak pada usia balita 1 – 4 tahun menempati urutan kedua 8886

kasus(33,42%) dan usia 5 – 14 tahun menempati urutan pertama 9606 kasus (36,13%). Cakupan imunisasi campak dari 33 propinsi pada tahun ini sangat rendah 18,79% (*UCI* sebesar 80,0%) sedangkan yang diimunisasi pada kelompok usia 1 - 4 tahun sebanyak 1425 orang (19,97%) dan usia 5 - 9 tahun sebesar 1180 orang (20,00%).⁽¹⁴⁾ Propinsi Banten menurut laporan profil Kesehatan Indonesia tahun 2006 insiden campak menempati urutan pertama dibandingkan propinsi lain bahwa pada usia 1 – 4 tahun 1276 kasus (17,88%), begitu pula propinsi DKI Jaya, propinsi Jawa barat kecuali propinsi Sumatera Barat. Cakupan imunisasi di propinsi Banten dan Jawa Barat tidak ada laporan (Lampiran).^(14.15)

Permasalahan dari penelitian ini adalah mengetahui faktor-faktor yang berhubungan kejadian campak berdasarkan daerah yang jauh/dekat/daerah metropolitan dan mempunyai kasus tinggi dan rendah. Sedangkan menurut laporan penelitian di Kabupaten Serang tahun 1999 - 2000 dengan desain kasus-kontrol dengan jumlah sampel 300 balita bahwa imunisasi tidak ada hubungan dengan kejadian campak ($OR < 1$ dan nilai $p > 0,05$) dan pemberian vitamin A ada hubungan ($OR = 1,64$ dan bermakna).⁽¹⁶⁾

METODOLOGI PENELITIAN

Disain Penelitian analisa lanjut Riskesdas secara *cross sectional* Data sekunder yang bersifat deskriptif dan analitik. Lokasi penelitian adalah propinsi Sumatera Barat, propinsi DKI Jaya, propinsi Jawa Barat, dan propinsi Banten Populasi dalam Riskesdas 2007 adalah seluruh rumah tangga dari empat propinsi. Sampel rumah tangga yang

mempunyai anak balita (usia 12 – 59 bulan) dalam Riskesdas 2007 identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah Susenas 2007. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi perhitungan dan cara pengambilan sampel untuk Riskesdas 2007 identik pula dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007.

Sampel blok sensus Riskesdas menggunakan sampel yang terpilih dari Susenas 2007 dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang proporsional terhadap jumlah rumah tangga kabupaten/kota tersebut (*probability proportional to size*). Setiap blok sensus dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sample*). Unit sampel seluruh anggota rumah tangga yang terpilih dan mempunyai anak balita (usia 12 – 59 bulan) dari kedua proses penarikan sampel tersebut diatas diambil sebagai unit analisis.

Data dikumpulkan dengan wawan-cara menggunakan kuesioner. Variabel meliputi jumlah status kesehatan balita berdasarkan diagnosa oleh petugas kesehatan serta informasi keluarga yang berkaitan dengan gejala penyakit, cakupan imunisasi campak, dan cakupan Vitamin A Pada analisis ini kelompok variabel terikat: balita (12 – 59 bulan) yang menderita campak yang didiagnosa oleh petugas kesehatan atau pernah menderita panas tinggi disertai mata merah dengan banyak kotoran pada mata, disertai ruam merah belakang telinga/pada leher dan pada dada/menyebar seluruh tubuh sejak 12 bulan sebelum penelitian dilakukan. Variabel bebas terdiri dari : jumlah balita,

status imunisasi dan penerimaan vitamin A.

Definisi operasional untuk analisis bivariat sebagai berikut: Status imunisasi adalah balita yang telah atau belum mendapat imunisasi campak dan status vitamin A adalah pemberian vitamin A oleh petugas, pil warna merah/biru sebanyak dua kali satu tahun terakhir. Baik bila mendapat vitamin A dua kali dalam 1 tahun terakhir.

Kriteria inklusi adalah balita berusia 12 – 59 bulan pada daerah yang terpilih menurut blok sensus dari empat propinsi yang ditentukan sekurung-kurangnya 12 bulan sebelum pengumpulan data dilakukan. Sedangkan kriteria eksklusi adalah balita yang tidak bersedia, atau sedang sakit atau bukan berumur 12- 59 bulan serta tidak berada di daerah penelitian. Analisis penelitian adalah analisis univariat dan analisis bivariat untuk melihat hubungan imunisasi campak dan vitamin A.

HASIL PENELITIAN

Hasil analisa lanjut pengumpulan data Balita (anak berusia antar 12 bulan – 59 bulan) dari data sekunder (RISKESDAS) didapatkan sebanyak 9216 balita dari empat propinsi (propinsi Sumatera Barat, propinsi DKI Jaya, propinsi Jawa Barat dan propinsi Banten). Persentase jumlah balita yang paling besar adalah propinsi Jawa Barat (45,8%) dibanding tiga daerah lainnya sedangkan paling kecil (11,4%) propinsi DKI Jaya. Dari empat propinsi ini terlihat bahwa persentase jumlah balita yang terinfeksi campak berdasarkan diagnosa petugas kesehatan sebesar 4,3%. Propinsi DKI Jaya menunjukkan kejadian campak berdasarkan diagnosa lebih besar (6,9%) dibandingkan propinsi lainnya dan propinsi Jawa Barat paling kecil (3,7%)

sedangkan propinsi Sumatera Barat dan propinsi Banten rata-rata berkisar antara 4,1%-4,4%, dapat lihat pada tabel 1.

Kejadian campak berdasarkan jawaban keluarga yang pernah dialami oleh balita yaitu gejala panas tinggi, mata merah dengan banyak kotoran serta ruam merah pada kulit terutama pada leher dan dada selama 12 bulan sebelum penelitian dilakukan terlihat pada Tabel 2 yaitu sebanyak 1,1% dari data yang telah diseleksi dari penentuan kejadian campak berdasarkan diagnosa sehingga jumlah sampel (n) menjadi 8820 balita. Sehingga jumlah balita berkurang tetapi daerah propinsi Jawa Barat jumlah balita tetap paling besar (46,0%) propinsi Banten (1,8%) paling banyak memberikan jawaban dengan gejala panas tinggi, mata merah dengan banyak kotoran pada mata serta ruam merah pada kulit terutama pada leher serta dada sedangkan propinsi DKI Jaya paling kecil (0,7%). Dan propinsi Jawa Barat dan Sumatera Barat rata-rata hampir sama yaitu berkisar 1,0-1,1%, seperti yang terlihat pada tabel 2.

Pada tabel 3 terlihat setelah dilakukan gabungan kejadian campak antara diagnosa campak oleh petugas (396 balita) dengan berdasarkan jawaban keluarga yaitu gejala panas tinggi, mata merah disertai banyak kotoran serta ruam merah pada kulit terutama pada leher dan dada sebanyak 97 balita maka jumlah kasus campak menjadi 454 balita. Data ini menunjukkan dari 9216 balita dari empat propinsi yang terinfeksi campak menjadi 4,9% dan sisanya sebagian besar atau hampir 95,1% tidak mengalami campak. Dari hasil gabungan diagnosa dan pengamatan keluarga terhadap balita terlihat bahwa propinsi DKI Jaya masih menunjukkan persentase jumlah kasus campak paling tinggi (7,5%), kemudian Propinsi Banten (6,1%) serta propinsi

Sumatera Barat dan propinsi Jawa Barat rata-rata sekitar 4,1%-4,5%.

Hasil wawancara menunjukkan data imunisasi setelah di *merge* dengan kejadian campak pada empat propinsi Sumatera Barat, propinsi DKI Jaya, propinsi Jawa Barat dan propinsi Banten terlihat ada *missing* sebanyak 7 responden, sehingga data diperoleh sebanyak 9209 balita yaitu propinsi Sumatera Barat (1 balita) dan propinsi Jawa Barat (6 balita), sehingga jumlah balita di propinsi Sumatera menjadi 2820 balita dan propinsi Jawa Barat menjadi 4213 balita, terlihat pada tabel 4. Sehingga persentase jumlah balita di *merge* dengan imunisasi menjadi 99,9% yaitu data jumlah balita di propinsi Jawa Barat berkurang menjadi 45,7%, sedangkan propinsi Sumatera Barat tidak terlihat perubahan yaitu 30,6%, sedangkan propinsi DKI Jaya dan propinsi Banten tidak ada perubahan. Disini terlihat cakupan imunisasi dari empat propinsi ini adalah 65,2% (<

cakupan *UCI*) sisanya (34,8%) tidak mendapatkan imunisasi. Tetapi propinsi DKI Jaya cakupan imunisasi paling tinggi (71,0%), kemudian propinsi Jawa Barat hampir sama (69,9%) dan propinsi Sumatera Barat (61,0%), sedangkan propinsi Banten paling rendah (52,9%).

Jumlah balita yang mendapat vitamin A dua kali setahun adalah sebanyak 6958 orang (75,5%), dan sisanya 2258 orang (24,5%) tidak mendapat vitamin A. Cakupan vitamin A pada balita di propinsi Sumatera Barat terlihat paling tinggi (79,9%), kemudian Jawa Barat 77,2%, DKI Jaya 74,2% dan yang paling kecil adalah propinsi Banten (71,9%) terlihat pada tabel 5.

Pada tabel 6 analisis bivariat dapat dilihat bahwa pemberian vaksin pada balita berhubungan yaitu *Odds Ratio (OR)* yaitu 1,6 dengan nilai $p = 0,001$ ($p < 0,005$). Dan balita yang mendapat vitamin A dua kali dalam satu tahun berhubungan yaitu *OR* 8,3.

Tabel 1. Distribusi kasus campak pada balita berdasarkan diagnosa di propinsi Sumatera Barat, DKI Jaya, Jawa Barat, Banten (Analisa lanjut RISKESDAS tahun 2007)

No	Popinsi	Berdasarkan diagnosa campak				Total Balita	
		Ya	%	Tidak	%	Jml	%
1	Sumatera Barat	117	4,1	2704	95,9	2821	30,6
2	DKI Jaya	72	6,9	979	93,1	1051	11,4
3	Jawa Barat	158	3,7	4061	96,3	4219	45,8
4	Banten	49	4,4	1076	95,6	1125	12,2
	Total	396	4,3	8820	95,7	9216	100,0

Tabel 2. Distribusi campak pada balita berdasarkan gejala panas tinggi, mata merah dll di propinsi Sumatera Barat, DKI Jaya, Jawa Barat, Banten (Analisa lanjut RISKESDAS tahun 2007)

No	Propinsi	Jml balita berdasarkan panas tinggi mata merah dll				Total	
		Ya	%	Tidak	%		
1	Sumatera Barat	27	1,0	2677	99,0	2704	30,6
2	DKI Jaya	7	0,7	972	99,3	979	11,1
3	Jawa Barat	43	1,1	4018	98,9	4061	46,0
4	Banten	20	1,8	1056	99,2	1076	12,2
	Total	97	1,1	8723	98,9	8820	100,0

Tabel 3. Distribusi balita berdasarkan diagnosa campak dan gejala panas tinggi, mata merah dll di propinsi Sumatera Barat, DKI Jaya, Jawa Barat, Banten (Analisa lanjut RISKESDAS tahun 2007)

No	Propinsi	Total		Jml balita berdasarkan diagnosa campak dan gejala panas tinggi, mata merah dll			
		Jml	%	Ya	%	Tidak	%
1	Sumatera Barat	2821	30,6	117	4,1	2704	95,4
2	DKI Jaya	1051	11,4	79	7,5	972	92,5
3	Jawa Barat	4219	45,8	189	4,5	4030	95,5
4	Banten	1125	12,2	69	6,1	1056	93,9
	Total	9216	100,0	454	4,9	8762	95,1

Tabel 4. Distribusi cakupan imunisasi campak pada balita di propinsi Sumatera Barat, DKI Jaya, Jawa Barat, Banten (Analisa lanjut RISKESDAS tahun 2007)

No	Propinsi	Total		Jumlah cakupan imunisasi campak pada balita			
		Jml	%	Ya	%	Tidak	%
1	Sumatera Barat	2820	30,6	1719	61,0	1101	39,0
2	DKI Jaya	1051	11,4	747	71,0	304	28,9
3	Jawa Barat	4213	45,7	2945	69,9	1268	30,1
4	Banten	1125	12,2	595	52,9	530	47,1
	Total	9209	99,9	6006	65,2	3203	34,8

Tabel 5. Distribusi cakupan vitamin A pada balita di propinsi Sumatera Barat, DKI Jaya, Jawa Barat, Banten (Analisa lanjut RISKESDAS tahun 2007)

No	Propinsi	Total		Jumlah cakupan vitamin. A			
		Jml	%	Ya	%	Tidak	%
1	Sumatera Barat	2821	30,6	2113	79,9	708	39,0
2	DKI Jaya	1051	11,4	780	74,2	271	28,9
3	Jawa Barat	4219	45,8	3256	77,2	963	30,1
4	Banten	1125	12,2	809	71,9	316	47,1
Total		9216	100,0	6958	75,5	2258	24,5

Tabel 6. Tabel 2 x 2. distribusi kejadian campak dengan immunisasi dan kejadian campak dengan cakupan vitamin A pada balita di empat propinsi (RISKESDAS tahun 2007)

Kasus	Jumlah imunisasi		Total	Cakupan Vit A		Total
	Ya	Tidak		Ya	Tidak	
Sakit	393	61	454	436	18	454
Tidak	7022	1733	8755	6522	1741	8762
Total	7415	1794	9209	6958	1759	9216

PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian analisa lanjut RISKESDAS 2007 pada empat propinsi yaitu propinsi Sumatera Barat, propinsi DKI Jaya, propinsi Jawa Barat, dan propinsi Banten terlihat bahwa jumlah balita beumur 12-59 bulan dari 12 bulan sebelum pengumpulan data sebanyak 9216 balita. Persentase jumlah balita yang paling banyak adalah Jawa Barat (45,8%), kemudian propinsi Sumatera Barat (30,6%), sedangkan propinsi Banten (12,2%) dan propinsi DKI Jaya hampir sama berkisar antara (11,4%-12,2%). Perbedaan jumlah balita bisa disebabkan perbedaan angka kelahiran dan luas daerah penelitian, perbedaan jumlah kabupaten, perbedaan fasilitas transportasi atau pelayanan kesehatan mungkin jumlah wanita usia subur lebih banyak, atau program KB belum berhasil sehingga angka kelahiran lebih besar artinya populasi balita akan lebih besar. Menurut data statistik (BPS)

bahwa urutan paling luas dari empat propinsi ini adalah propinsi Sumatera Barat, kemudian propinsi Jawa Barat, propinsi Banten, dan paling kecil propinsi DKI Jaya. Sehingga propinsi Jawa Barat jumlah kabupaten juga lebih banyak (25 kabupaten, propinsi Sumatera Barat sebanyak 19 kabupaten, propinsi Banten dan propinsi DKI Jaya sama banyak yaitu sebanyak enam kabupaten.

Persentase jumlah kasus kejadian campak berdasarkan diagnosa oleh petugas kesehatan dari empat propinsi menunjukkan sebanyak 4,3%. Angka ini menunjukkan apakah keberhasilan program immunisasi atau apakah pelayanan kesehatan lebih baik. Dari empat propinsi ini terlihat bahwa propinsi DKI Jaya mempunyai kasus lebih besar (6,9%) berdasarkan diagnose campak, kemungkinan petugas lapangan (tenaga medis) lebih berpengalaman/trampil atau lebih banyak pelatihan. Sehingga lebih menguasai untuk mendiag-

nosa penyakit campak dibandingkan propinsi lain. Kemungkinan lain daya ingat yang diwawancarai lebih baik. Walaupun propinsi ini dengan luas wilayah yang paling kecil persentase jumlah balita kecil tetapi merupakan kota metropolitan dan ibu kota negara sehingga labih banyak fasilitas serta informasi lebih mudah sehingga tingkat pengetahuan lebih baik dibandingkan propinsi lainnya. Sedangkan propinsi Jawa Barat mempunyai persentase jumlah kasus yang paling kecil (3,7%) kemungkinan balita di daerah ini sudah mempunyai antibodi secara alamiah atau ini merupakan gambaran yang ada dilapangan pada saat penelitian dilakukan, atau di daerah ini belum menguasai/belum banyak pengalaman berdasarkan untuk diagnosa penyakit campak.

Jumlah kasus campak menurut informasi keluarga yaitu gejala panas tinggi, mata merah dengan banyak kotoran pada mata serta ruam merah pada kulit terutama pada leher serta di dada dari empat propinsi (1,1%). Artinya sedikit keluarga yang mengetahui akan gejala campak atau mereka lupa dan mungkin ini adalah merupakan gambaran yang sebenarnya yang terjadi di lapangan. Propinsi Banten paling banyak memberikan informasi dengan gejala panas tinggi, mata merah dengan banyak kotoran pada mata serta ruam merah pada kulit terutama pada leher serta di dada, yaitu 1,8%. Hal ini mungkin daerah propinsi ini baru diresmikan pada tahun 2000, sehingga fasilitas kesehatan masih kurang dibandingkan daerah lainnya, sedangkan propinsi DKI Jaya paling kecil (0,7%) karena diagnosa tenaga kesehatan lebih baik jadi tidak perlu lagi informasi dari keluarga.

Setelah penggabungan pengamatan berdasarkan diagnosa campak oleh petugas dan informasi keluarga dari gejala yang terlihat pada balita persentase jumlah kasus menjadi 4,9%. Dari empat propinsi terlihat

bahwa propinsi DKI Jaya mempunyai kasus lebih besar (7,5%), dibandingkan dengan tiga daerah lainnya. Hal ini mungkin tingkat pengetahuan kepala rumah tangga lebih baik atau lebih peduli/tanggap (lebih mudah terjadi motivasi dan inovasi) sehingga sewaktu dilakukan wawancara dengan mudah memberikan informasi yang dibutuhkan Atau apakah mungkin karena kota DKI Jaya adalah kota metropolitan sehingga penduduknya lebih padat dibandingkan dengan propinsi lainnya. Menurut telaah bahwa daerah yang padat akan mudah terjadi penyebaran penyakit dan ini adalah sifat penyakit campak agar bisa mempertahankan Kemudian diikuti propinsi Banten jumlah kasus campak sebanyak 6,1% mungkin karena kondisi balita kurang baik dan fasilitas kurang baik karena daerahnya baru diresmikan.

Cakupan imunisasi dari empat propinsi adalah 65,2%, angka ini kurang dari ketentuan WHO (*UCI* 80%), sehingga masih terlihat masih terjadi kasus campak pada balita Cakupan imunisasi paling tinggi adalah propinsi DKI Jaya (71,0%), hal ini menunjukkan bahwa fasilitas di daerah ini lebih baik atau petugas kesehatan lebih aktif dan masyarakat lebih peduli karena kota metropolitan kemudian diikuti propinsi Jawa Barat, kemungkinan juga fasilitas lebih baik serta masyarakatnya lebih peduli dan dekat kota metropolitan. Tingginya status imunisasi campak di suatu kelompok atau wilayah akan terjadi apabila pengelolaan imunisasi campak dilakukan seoptimal mungkin dengan didukung oleh partisipasi dari unsur sektoral, lingkungan sosial masyarakat serta masyarakat penerima vaksin. Tetapi propinsi Banten daerahnya lebih luas, dengan persentase jumlah balita yang rendah (12,2%) walaupun dekat kota metropolitan karena daerahnya baru diresmikan sehingga fasilitas kurang dibandingkan daerah lainnya sehingga tingkat pengetahuan lebih rendah maka terlihat

cakupan imunisasi paling rendah (52,9%), sehingga jumlah kasus campak termasuk tinggi adalah 6,1% (urutan kedua).

Cakupan vitamin A pada empat propinsi adalah 65,2%. Propinsi Sumatera Barat menunjukkan persentase cakupan vitamin A paling tinggi (79,9%), walaupun cakupan imunisasi termasuk rendah (urutan ke tiga), dan jauh dari daerah metropolitan tetapi daerah yang luas dengan jumlah balita termasuk tinggi (30,6%), sehingga menurut telaah bahwa vitamin A adalah dapat meningkatkan daya tahan tubuh dengan mempercepat pembentukan antibodi.⁽¹⁾ Maka terlihat bahwa propinsi Sumatera Barat menunjukkan jumlah kasus paling rendah (urutan ke empat).

Keadaan ini dapat dibuktikan dengan dilakukan analisa bivariat bahwa pemberian imunisasi hanya dapat meringankan infeksi sekunder dari penyakit campak dan menurut telaah bahwa vaksin yang diberikan bersifat sementara yaitu 3-4 minggu.⁽¹⁾ dengan *OR* 1,6 Artinya dengan tidak pemberian vaksin dapat terjadi campak atau beresiko 1,6 kali bila dibandingkan yang mendapat imunisasi. Angka cakupan imunisasi rendah bisa karena kesalahan dari informasi jawaban keluarga atau kualitas vaksin dan kondisi balita yang diimunisasi. Variabel vaksin berhubungan dengan kejadian campak dan bermakna $p < 0,05$ ($p = 0,001$). Tetapi dengan pemberian vitamin A terlihat *OR* 8,3 artinya balita yang tidak mendapat vitamin A beresiko 8,3 kali terjadi campak bila dibandingkan yang mendapat vitamin A. Angka ini terbukti di propinsi Sumatera Barat yang mendapat vitamin A tinggi walaupun cakupan imunisasi rendah (61,0%) urutan ke tiga dari empat propinsi tetapi menunjukkan jumlah kasus campak yang rendah (4,1%) urutan ke empat dari propinsi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil analisa lanjut data RISKESDAS 2007 disajikan dapat disimpulkan :

1. Persentase jumlah kasus berdasarkan diagnosa adalah 4,3% dan yang paling tinggi propinsi DKI Jaya (6,9%) dan paling rendah propinsi Jawa Barat (3,7%).
2. Persentase jumlah kasus berdasarkan informasi keluarga dari gejala klinis balita adalah 1,1%. Dan yang paling tinggi adalah propinsi Banten (1,8%) dan yang rendah propinsi DKI Jaya (0,7%).
3. Setelah penggabungan diagnose dan informasi keluarga tentang gejala campak pada balita persentase kasus menjadi 4,9% dan propinsi DKI Jaya menunjukkan paling besar (7,5%) dan paling rendah propinsi Sumatera Barat (4,1%).
4. Cakupan imunisasi pada empat propinsi adalah 65,2%, dan yang paling tinggi propinsi DKI Jaya (71,0%) serta yang paling rendah adalah propinsi Banten (52,9%).
5. Begitu juga cakupan vitamin A sama (65,2%), cakupan vitamin A yang paling tinggi adalah propinsi Sumatera Barat (79,9%) dan yang paling rendah propinsi Banten (71,9%).
6. Dari variabel imunisasi menunjukkan ada hubungan imunisasi dengan kejadian campak dengan *OR* = 1,6 dan $p = 0,001$ Untuk itu harus dibantu dengan pemberian vitamin A sebanyak dua kali dalam satu tahun yang mana *OR* = 8,3. Keadaan ini terlihat bahwa di propinsi Sumatera Barat jumlah populasi balita tinggi (urutan ke

dua) dengan cakupan imunisasi rendah (urutan ke tiga), tetapi mendapat vitamin A yang paling tinggi sehingga persentase jumlah kasus campak terlihat rendah (4,1%).

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, yang telah memberikan kesempatan pada peneliti untuk melakukan penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Setiawan, I. M. Penyakit campak. Sagung Seto. Cetakan I, 2008: 147-9
2. Behrman, R.E., et al. Measles. Dalam : Harjati, J. Campak dan Permasalahannya. Atmajaya, Jakarta. 1988.
3. Benenson, A. S, Control Communicable Diseases in Man. American Public Health and Human Service. Atlanta. 1985 : 233-7.
4. Plotkin, S. A. & Orienstein, W. A. Textbooks Vaccines. Third Edition. W.B. Saunders Company, London; 1999: 223-28.
5. CDC . Epidemiology and Prevention of Vaccine - Preventable Diseases. Departemen of Health Human, USA. 2000: 118-37.
6. Heywood, A, E et.al. Elimination of Endemic Measles Transmission in Australia. Bulletin of WHO vol. 87 no. 1, 2009: 64.
7. Sadikin, M. Vitamin A dan Imunitas; 4 Pengaruh Pemberian Oral Terhadap Titer Antibodi Anti-sel Darah Merah Domba Kelas 19S pada Tikus. Maj. Kedok. Indonesia, (46) 11, 1996. Jakarta: 599-604.
8. Depkes RI. Survei Kesehatan Rumah Tangga. Jakarta.1992.
9. Depkes RI. Survei Kesehatan Rumah Tangga. (Seri) 1995. Statistik Penyebab Kematian SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta. 1995 : 1.
10. Depkes RI, 2002 Pedoman Surveilans dan Respon KLB dalam Rangka Reduksi Campak di Indonesia. Ditjen PPM-PL, Jakarta.
11. Gunawan, S. Masalah Campak di Indonesia Tahun. Dalam Laporan Semiloka Campak dan Kaitannya Dengan Kelangsungan Hidup Anak di Indonesia, Jakarta. 1985 : 62-73.
12. Depkes RI. Data Surveilans 2000 – 2004. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta. 2005: 41.
13. Depkes RI. Imunisasi. Subdit. Imunisasi. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta. 2004.
14. Depkes. RI, Propil Kesehatan Indonesia 2006, Jakarta. 2008 : 209, 257.
15. Depkes. RI, Propil Kesehatan Indonesia 2007, Jakarta. 2008: 219, 261.
16. Padri, S. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Terjadinya Campak pada Anak (15-59 bulan) di Kabupaten Serang pada tahun 1999-2000. Tesis Program Pasca Sarjana Bid. Studi Epidemiologi, 2000. Jakarta.

LAMPIRAN:

Persentase jumlah kasus Campak, immunisasi, pemberian Vit A.pada Balita di empat propinsi (Sumatera Barat, DKI Jaya, Jawa Barat dan Banten tahun 2006-2007)^(14,15)

No	Wilayah (Propinsi)	Kasus (%)				Imunisasi (%)		Vitamin (%)	
		2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
1	Banten	1276	17,88	825	14,31	----	----	84,73	88,78
2	DKI Jaya	667	9,35	200	3,47	1,35	----	80,45	80,93
3	Jawa Barat	519	7,27	1678	29,0	----	----	63,70	95,47
4	Sumatera Barat	259	3,63	177	3,07	75,98	72,32	83,61	93,21
	INDONESIA	7136	38,13	5766	35,64	19,97	19,25	81,29	87,16