

**LAPORAN HASIL
RISET KESEHATAN DASAR
(RISKESDAS)
PROVINSI JAMBI
TAHUN 2007**

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI
TAHUN 2008**

Buku Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007 yang dicetak pada tahun 2009 merupakan cetakan kedua dari Laporan Riskesdas 2007 yang lalu. Pada cetakan kedua ini telah dilakukan perbaikan terutama pada keseragaman dalam penggunaan istilah dan penataan ulang sesuai alur yang benar.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

Puji syukur kepada Allah SWT kami panjatkan, karena hanya dengan rahmat dan karuniaNYA, laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dipersiapkan sejak tahun 2006, dan dilaksanakan pada tahun 2007 di 28 provinsi serta tahun 2008 di 5 provinsi di Indonesia Timur telah dicetak dan disebar luaskan.

Perencanaan Riskesdas dimulai tahun 2006, dimulai oleh tim kecil yang berupaya menuangkan gagasan dalam proposal sederhana, kemudian secara bertahap dibahas tiap Kamis dan Jum'at di Puslitbang Gizi dan Makanan, Litbangkes di Bogor, dilanjutkan pertemuan dengan para pakar kesehatan masyarakat, para perhimpunan dokter spesialis, para akademisi dari Perguruan Tinggi termasuk Poltekkes, lintas sektor khususnya Badan Pusat Statistik jajaran kesehatan di daerah, dan tentu saja seluruh peneliti Balitbangkes sendiri. Dalam setiap rapat atau pertemuan, selalu ada perbedaan pendapat yang terkadang sangat tajam, terkadang disertai emosi, namun didasari niat untuk menyajikan yang terbaik bagi bangsa. Setelah cukup matang, dilakukan uji coba bersama BPS di Kabupaten Bogor dan Sukabumi yang menghasilkan penyempurnaan instrumen penelitian, kemudian bermuara pada "launching" Riskesdas oleh Menteri Kesehatan pada tanggal 6 Desember 2006

Instrumen penelitian meliputi:

1. Kuesioner:
 - a. Rumah Tangga → 7 blok, 49 pertanyaan tertutup + beberapa pertanyaan terbuka
 - b. Individu → 9 blok, 178 pertanyaan
 - c. Susenas → 9 blok, 85 pertanyaan (15 khusus tentang kesehatan)
2. Pengukuran: Antropometri (TB, BB, Lingkar Perut, LILA), tekanan darah, visus, gigi, kadar iodium garam, dan lain-lain
3. Lab Biomedis: darah, hematologi dan glukosa darah diperiksa di lapangan

Tahun 2007 merupakan tahun pelaksanaan Riskesdas di 28 provinsi, diikuti tahun 2008 di 5 provinsi (NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat). Kami mengerahkan 5.619 enumerator, seluruh (502) peneliti Balitbangkes, 186 dosen Poltekkes, Jajaran Pemda khususnya Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Labkesda dan Rumah Sakit serta Perguruan Tinggi. Untuk kesehatan masyarakat, kami berhasil menghimpun data dasar kesehatan dari 33 provinsi, 440 kabupaten/kota, blok sensus, rumah tangga dan individu. Untuk biomedis, kami berhasil menghimpun khusus daerah urban dari 33 provinsi 352 kabupaten/kota, 856 blok sensus, 15.536 rumahtangga dan 34.537 spesimen.

Tahun 2008 disamping pengumpulan data di 5 provinsi, diikuti pula dengan kegiatan manajemen data, editing, entry dan cleaning, serta dilanjutkan dengan pengolahan dan analisis data. Rangkaian kegiatan tersebut yang sungguh memakan waktu, stamina dan pikiran, sehingga tidaklah mengherankan bila diwarnai dengan protes berupa sindiran melalui jargon-jargon Riskesdas sampai protes keras.

Kini kami menyadari, telah tersedia data dasar kesehatan yang meliputi seluruh kabupaten/kota di Indonesia meliputi hampir seluruh status dan indikator kesehatan termasuk data biomedis, yang tentu saja amat kaya dengan berbagai informasi di bidang kesehatan. Kami berharap data itu dapat dimanfaatkan oleh siapa saja, termasuk para peneliti yang sedang mengambil pendidikan master dan doktor. Kami memperkirakan akan muncul ratusan doktor dan ribuan master dari data Riskesdas ini. Inilah sebuah rancangan karya "kejutan" yang membuat kami terkejut sendiri, karena demikian berat, rumit dan hebat kritikan dan apresiasi yang kami terima dari berbagai pihak.

Pada laporan Riskesdas 2007 (edisi pertama), banyak dijumpai kesalahan, diantaranya kesalahan dalam pengetikan, ketidaksesuaian antara narasi dan isi tabel, kesalahan dalam penulisan tabel dan sebagainya. Untuk itu pada tahun anggaran 2009 telah dilakukan revisi laporan Riskesdas 2007 (edisi kedua) dengan berbagai penyempurnaan diatas.

Perkenankanlah kami menyampaikan penghargaan yang tinggi, serta terima kasih yang tulus atas semua kerja cerdas dan penuh dedikasi dari seluruh peneliti, litkayasa dan staf Balitbangkes, rekan sekerja dari BPS, para pakar dari Perguruan Tinggi, para dokter spesialis dari Perhimpunan Dokter Ahli, Para dosen Poltekkes, PJO dari jajaran Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, seluruh enumerator serta semua pihak yang telah berpartisipasi mensukseskan Riskesdas. Simpati mendalam disertai doa kami haturkan kepada mereka yang mengalami kecelakaan sewaktu melaksanakan Riskesdas (beberapa enumerator/peneliti mengalami kecelakaan dan mendapat ganti rugi dari asuransi) termasuk mereka yang wafat selama Riskesdas dilaksanakan.

Kami telah berupaya maksimal, namun sebagai langkah perdana pasti masih banyak kekurangan, kelemahan dan kesalahan. Untuk itu kami mohon kritik, masukan dan saran, demi penyempurnaan Riskesdas ke-2 yang Insya Allah akan dilaksanakan pada tahun 2010/2011 nanti.

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu'alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

SAMBUTAN

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang dengan rahmat dan bimbinganNya, Departemen Kesehatan saat ini telah mempunyai indikator dan data dasar kesehatan berbasis komunitas, yang mencakup seluruh Provinsi dan Kabupaten/Kota yang dihasilkan melalui Riset Kesehatan Dasar atau Riskesdas Tahun 2007 - 2008.

Riskesdas telah menghasilkan serangkaian informasi situasi kesehatan berbasis komunitas yang spesifik daerah, sehingga merupakan masukan yang amat berarti bagi perencanaan bahkan perumusan kebijakan dan intervensi yang lebih terarah, efektif dan efisien. Selain itu, data Riskesdas yang menggunakan kerangka sampling Susenas Kor 2007, menjadi lebih lengkap untuk mengkaitkan dengan data dan informasi sosial ekonomi rumah tangga.

Saya minta semua pelaksana program untuk memanfaatkan data Riskesdas dalam menghasilkan rumusan kebijakan dan program yang komprehensif. Demikian pula penggunaan indikator sasaran keberhasilan dan tahapan/mekanisme pengukurannya menjadi lebih jelas dalam mempercepat upaya peningkatan derajat kesehatan secara nasional dan daerah.

Saya juga mengundang para pakar baik dari Perguruan Tinggi, pemerhati kesehatan dan juga peneliti Balitbangkes, untuk mengkaji apakah melalui Riskesdas dapat dikeluarkan berbagai angka standar yang lebih tepat untuk tatanan kesehatan di Indonesia, mengingat sampai saat ini sebagian besar standar yang kita pakai berasal dari luar.

Riskesdas yang baru pertama kali dilaksanakan ini tentu banyak yang harus diperbaiki, dan saya yakin Riskesdas dimasa mendatang dapat dilaksanakan dengan lebih baik. Riskesdas harus dilaksanakan secara berkala 3 atau 4 tahun sekali sehingga dapat diketahui pencapaian sasaran pembangunan kesehatan di setiap wilayah, dari tingkat kabupaten/kota, provinsi maupun nasional.

Untuk tingkat kabupaten/kota, perencanaan berbasis bukti akan semakin tajam bila keterwakilan data dasarnya sampai tingkat kecamatan. Oleh karena itu saya menghimbau agar Pemerintah Daerah baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota ikut serta berpartisipasi dengan menambah sampel Riskesdas agar keterwakilannya sampai ke tingkat Kecamatan.

Saya menyampaikan ucapan selamat dan penghargaan yang tinggi kepada para peneliti dan pegawai Balitbangkes, para enumerator, para penanggung jawab teknis dari Balitbangkes dan Poltekkes, para penanggung jawab operasional dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, jajaran Labkesda dan Rumah Sakit, para pakar dari Universitas dan BPS serta semua yang terlibat dalam Riskesdas ini. Karya anda telah mengubah secara mendasar perencanaan kesehatan di negeri ini, yang pada gilirannya akan mempercepat upaya pencapaian target pembangunan nasional di bidang kesehatan.

Khusus untuk para peneliti Balitbangkes, teruslah berkarya, tanpa bosan mencari terobosan riset baik dalam lingkup kesehatan masyarakat, kedokteran klinis maupun biomolekuler yang sifatnya *translating research into policy*, dengan tetap menjunjung tinggi nilai yang kita anut, integritas, kerjasama tim serta transparan dan akuntabel.

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

Menteri Kesehatan Republik Indonesia

The image shows a circular official stamp in blue ink. The outer ring of the stamp contains the text "MENTERI KESEHATAN" at the top and "REPUBLIK INDONESIA" at the bottom, separated by two stars. In the center of the stamp is the Garuda Pancasila, the national emblem of Indonesia. Overlaid on the stamp is a handwritten signature in black ink, which appears to be "Siti Fadilah Supari".

Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP(K)

RINGKASAN EKSEKUTIF

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 merupakan suatu riset berbasis komunitas skala nasional yang bertujuan untuk menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan, termasuk alokasi sumber daya, baik di tingkat nasional, provinsi, maupun kabupaten/kota. Dari Riskesdas ini diharapkan diperoleh informasi tentang indikator status kesehatan, masalah kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakangi yang dapat dijadikan sebagai *policy tool* bagi para pembuat kebijakan kesehatan, termasuk di Provinsi Jambi.

Disain Riskesdas adalah survei yang dilakukan secara *cross sectional*. Populasi Riskesdas adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Provinsi Jambi. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas Provinsi Jambi identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas Kor 2007 Provinsi Jambi. Dengan demikian metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas Provinsi Jambi identik dengan Susenas Kor 2007, yaitu dilakukan *dengan two stage sampling*. Dari setiap kabupaten/kota yang sejumlah blok sensus (BS) yang Persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga di setiap kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Dari setiap BS terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), dan dari setiap rumahtangga terpilih, seluruh anggota rumahtangga diambil sebagai sampel individu. Jumlah sampel Riskesdas di Provinsi Jambi 2007 meliputi 380 (tiga ratus delapan puluh) BS, 6.078 (enam ribu tujuh puluh delapan) rumahtangga dan 24.856 (dua puluh empat ribu delapan ratus lima puluh enam) individu anggota rumahtangga, sedangkan untuk pengambilan sampel biomedis hanya diambil sub sampel perkotaan 13 BS yang tersebar di 7 kabupaten/kota.

Data Riskesdas meliputi data kesehatan masyarakat dan biomedis. Variabel yang dikumpulkan meliputi status kesehatan dan berbagai faktor risiko, yaitu data kesakitan (penyakit menular dan tidak menular), disabilitas, status gizi dan pola konsumsi, kesehatan lingkungan, ketanggapan, akses pelayanan kesehatan, perilaku, dan lain-lain. Data dikumpulkan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner, pengukuran, pemeriksaan fisik, pengamatan, dan pengambilan spesimen. Pengumpulan data dilakukan oleh tenaga setempat, yaitu lulusan politeknik kesehatan (D3) yang sebelumnya dilatih secara seksama meliputi teori dan praktek oleh tenaga terlatih dari Badan Litbangkes. Dalam pelaksanaan Riskesdas ini juga melibatkan seluruh instansi terkait di daerah (provinsi dan kabupaten/kota), meliputi Dinas Kesehatan, Badan Pusat Statistik, Rumah Sakit Umum Daerah, Laboratorium Kesehatan Daerah, Badan Litbang Daerah, dan unsur terkait lainnya.

Hasil Riskesdas adalah sebagai berikut.

1. Status gizi balita di Provinsi Jambi terdapat 18,9% gizi buruk/kurang, 36,4% kategori pendek+sangat pendek, dan 19,2% masuk kategori kurus dan sangat kurus.
2. Status gizi anak umur 6-14 tahun ke atas berdasarkan indeks massa tubuh menurut jenis kelamin diketahui persentase kekurusan pada laki-laki (13,3%) dan perempuan (13,5%), sedangkan BB lebih pada laki-laki (11,5%) dan pada perempuan (7,5%).
3. Status gizi umur 15 tahun ke atas berdasarkan indeks massa tubuh diketahui terdapat 14,6% masuk kategori kurus, 7,2% berat badan lebih dan 7,4% *obese*.
4. Prevalensi obesitas sentral pada perempuan lebih tinggi (19,8%) dibandingkan dengan kelompok laki-laki (3,7%).
5. Rerata konsumsi per kapita per hari penduduk di Provinsi Jambi adalah 1683,7 kkal, lebih rendah dari rerata nasional sebesar 1735,5 kkal; dan untuk protein sebesar 69,8 gram, lebih tinggi dari rerata nasional sebesar 55,5 gram. Kabupaten/Kota dengan rerata konsumsi energi dan protein terendah adalah Tanjung Jabung Barat dan tertinggi adalah Kerinci.
6. Kandungan iodium dalam garam yang dikonsumsi penduduk Provinsi Jambi 94,0% termasuk kategori cukup (garam mengandung >30 ppm iodat). Kabupaten dengan persentase tertinggi kandungan iodium kategori cukup adalah Kabupaten Merangin (100%).
7. Cakupan imunisasi dasar anak balita di Provinsi Jambi rata-rata >60%. Sedangkan cakupan imunisasi lengkap anak balita terendah di Kabupaten Tanjung Jabung Timur (20,7%) sedangkan cakupan imunisasi lengkap tertinggi di Kota Jambi (67,1%).
8. Cakupan ibu periksa hamil sebesar 71,5%, terendah di Tanjung Jabung Barat (60,9%) dan tertinggi di Batang Hari (88,9%).
9. Pemeriksaan oleh tenaga kesehatan terhadap bayi neonatus umur 0-7 hari (KN-1) sebesar 53,5% dan umur 8-28 hari (KN-2) sebesar 30,5%.
10. Prevalensi beberapa penyakit menular menurut hasil diagnosis tenaga kesehatan dan gabungan hasil diagnosis dan gejala klinis adalah 0,03 dan 0,1% untuk filariasis; 1,7% dan 3,2% untuk malaria; 0,5% dan 0,2% untuk DBD; 7,5% dan 22,6% untuk ISPA; 0,4% dan 1,3% untuk pneumonia; 0,3% dan 0,8% untuk TBC; 0,9% dan 1,3% untuk campak; 0,4% dan 1,2% untuk tifoid; 0,2% dan 0,6% untuk hepatitis; serta 4,9% dan 8,5% untuk diare.
11. Prevalensi beberapa penyakit tidak menular di Provinsi Jambi menurut hasil diagnosis petugas dan gabungan hasil diagnosis petugas dengan gejala klinis atau minum obat, diketahui 15,6% dan 27,6% untuk sendi;

6‰ dan 6‰ untuk stroke; 1,8% dan 3,1% untuk asma; 4,4% dan 5,1% untuk jantung; 0,5% dan 0,7% untuk DM; dan 3,3‰ untuk tumor/kanker.

12. Prevalensi penderita hipertensi di Provinsi Jambi adalah 3,6% berdasarkan hasil diagnosis tenaga kesehatan, 6,1% gabungan diagnosis dan minum obat, dan 29,9% berdasarkan hasil pemeriksaan.
13. Persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang biasa merokok setiap hari sebesar 24,5%, tertinggi di Kabupaten Merangin (30,9%) dan terendah di Kota Jambi (18,3%). Umur mulai merokok tiap hari umumnya pada umur 15 sampai 19 tahun (44,0%).
14. Prevalensi kurang konsumsi buah sayur di Provinsi Jambi rata-rata 93,4%, tertinggi di Kabupaten Merangin (99,6%) dan terendah di Kota Jambi (74,6%).
15. Di Provinsi Jambi yang mengkonsumsi alkohol dalam 12 bulan terakhir sebesar 2,7%, sedangkan dalam 1 bulan terakhir sekitar sebesar 1,7%. Prevalensi penduduk yang mengkonsumsi alkohol paling tinggi adalah di Kota Jambi dan paling rendah di Kabupaten Muaro Jambi.
16. Prevalensi kurang aktivitas fisik di Provinsi Jambi sebesar 57,8%, tertinggi di Kabupaten Bungo (75,8%) dan terendah di Kota Sarolangun (34,0%).
17. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat di Provinsi Jambi masih rendah sebesar 33,4%, tertinggi 73,4% di Kota Jambi dan terendah di Kabupaten Tanjung Jabung Timur (15,3%).
18. Prevalensi gangguan mental emosional di Provinsi Kepulauan Jambi sebesar 7,1%. Prevalensi tertinggi di Kabupaten Sarolangun (29,0%) dan terendah di Kabupaten Muaro Jambi (2,4%).
19. Prevalensi *low vision* dan kebutaan pada penduduk Provinsi Jambi umur 5 tahun ke atas adalah 1,9% dan 0,43%. Sedangkan pada kelompok umur 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis menderita katarak oleh petugas kesehatan sebesar 2,8% dan 16,1% penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak seperti penglihatan berkabut dan silau dalam 12 bulan terakhir.
20. Terdapat 25,1% penduduk di Provinsi Jambi yang mempunyai masalah gigi dan mulut, 31,5% pernah menerima perawatan tenaga medis dan 1,6% diantaranya mengalami kehilangan seluruh gigi aslinya. Prevalensi masalah gigi dan mulut tertinggi di Kabupaten Sarolangun (38,3%) dan terendah di Kabupaten Merangin (14,4%). Rerata jumlah gigi yang berlubang per orang adalah 1,51; rerata jumlah gigi dicabut per orang 3,66; rerata jumlah gigi ditumpat per orang 0,06; dan rerata jumlah kerusakan gigi perorang sebesar 5,25 buah.
21. Angka rerata status disabilitas penduduk Provinsi Jambi masih sangat baik (>70%). Prevalensi disabilitas bermasalah dan sangat bermasalah

paling tinggi di Kabupaten Sarolangun (66,1%) dan paling rendah di Kota Jambi (12,5%).

22. Tiga penyebab cedera paling tinggi di Provinsi Jambi adalah jatuh (54,0%), kecelakaan transportasi darat (31,5%) dan terluka benda tajam/tumpul (25,0%).
23. Rata-rata rumah tangga yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes sebesar 25,8% dan yang memanfaatkan polindes/bidan di desa dalam 3 bulan terakhir sebesar 23,9%. Persentase rumah tangga yang memanfaatkan posyandu/poskesdes terendah di Kabupaten Batang Hari dan tertinggi di Kabupaten Merangin, sedangkan Persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa terendah di Kota Jambi dan tertinggi di Kabupaten Sarolangun. Jenis pelayanan posyandu yang paling banyak dimanfaatkan adalah penimbangan balita, imunisasi dan suplemen gizi.
24. Dalam hal pemanfaatan rawat inap, dalam 1 tahun terakhir terdapat 4,2% rumah tangga di Provinsi Jambi yang berobat rawat inap. Dari rumah tangga yang berobat rawat inap, 2,0% berobat rawat inap di RS pemerintah, 1,0% RS swasta, 0,4% di RSB, 0,5% di puskesmas, 0,3% ke tenaga kesehatan, dan 0,03 % ke batra. Sumber pembiayaan untuk berobat rawat inap pada umumnya berasal dari keluarga/membiayai sendiri (lebih dari 77,6%) dan Askes/jamsostek (15,1%), Askeskin/SKTM (7,2%) dan Dana Sehat (2,6%).
25. Terdapat 33,3% rumah tangga di Provinsi Jambi dalam 1 bulan terakhir berobat rawat jalan. Dari rumah tangga yang berobat rawat jalan, 1,1% berobat rawat jalan di RS pemerintah, 0,7% RS swasta, 0,1% di RS di luar negeri, 16,0% di RSB, 0,9% di puskesmas, 14,0% ke tenaga kesehatan, 0,4% ke Batra dan 0,6 % di rumah. Sumber pembiayaan untuk berobat rawat jalan pada umumnya berasal dari keluarga/membiayai sendiri (84,2%) dan Askes/jamsostek (lebih dari 9,4%), Askeskin/SKTM (4,5%) dan Dana Sehat (3,3%).
26. Ketanggapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rawat inap, hampir semua rumah tangga di kabupaten/kota menyatakan puas dalam hal waktu tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi, kebebasan memilih fasilitas kesehatan, kebersihan ruangan, maupun kemudahan dikunjungi. Dari seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jambi, rumah tangga yang kurang puas terhadap pelayanan kesehatan adalah Kabupaten Sarolangun terutama dalam hal kerahasiaan (49,2%), kebebasan pilih fasilitas (46,9%) dan kebersihan ruangan (48,4%) yang menyatakan puas.
27. Ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan rawat jalan, hampir semua rumah tangga di kabupaten/kota menyatakan puas dalam hal waktu tunggu, keramahan petugas, kejelasan informasi, kebebasan memilih fasilitas kesehatan, kebersihan ruangan, maupun kemudahan mengunjungi pasien. Dari seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jambi, rumah tangga yang kurang puas terhadap pelayanan kesehatan adalah

Kabupaten Muaro Jambi terutama dalam hal kerahasiaan (39,2%), kebebasan pilih fasilitas (35,6%) dan kebersihan ruangan (26,7%) yang menyatakan puas.

28. Konsumsi air per orang perhari di Provinsi Jambi adalah 5,8% di bawah 5 liter (tidak akses); 11,2% 5-19,9 liter (akses kurang), 41,3% 20-49,9 liter (akses dasar), 23,7% 50-99,9 liter (akses menengah) dan 18,0% ≥ 100 liter (akses optimal). Kabupaten yang konsumsi airnya paling baik adalah di Kota Jambi dan kurang di Kerinci dan Tanjung Jabung Timur.
29. Lebih dari 88,5% rumahtangga di Provinsi Jambi mengkonsumsi air dengan kualitas fisik air baik.
30. Persentase rumahtangga yang akses air bersihnya baik di Provinsi Jambi sebesar 53,7% dan akses terhadap sanitasi sebesar 58,1%. Akses terhadap air bersih tertinggi adalah di Kota Jambi dan terendah di Kabupaten Kerinci, sedangkan akses terhadap sanitasi tertinggi adalah di Kota Jambi dan terendah di Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Sambutan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia	iii
Ringkasan Eksekutif	v
Daftar isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xxiii
Daftar Singkatan	xxiv
Daftar Lampiran	xxvi
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Ruang Lingkup Riskesdas	2
1.3. Pertanyaan Penelitian	3
1.4. Tujuan Riskesdas	3
1.5. Kerangka Pikir	3
1.6. Alur Pikir Riskesdas 2007	5
1.7. Pengorganisasian Riskesdas	7
1.8. Manfaat Riskesdas	7
1.9. Persetujuan Etik Riskesdas	7
BAB 2 Metodologi Riskesdas	8
2.1. Desain	7
2.2. Lokasi	7
2.3. Populasi Sampel	8
2.3.1. Penarikan Sampel Blok Sensus	9
2.3.2. Penarikan Sampel Rumah Tangga	9
2.3.3. Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	9
2.3.4. Penarikan Sampel Biomedis	9
2.3.5. Penarikan Sampel Yodium	10
2.4. Variabel	10
2.4.1. Kuesioner Rumah Tangga (RKD07.RT)	10
2.4.2. Kuesioner Gizi (RKD07.GIZI)	11
2.4.3. Kuesioner Individu (RKD07.IND)	11
2.4.4. Kuesioner Autopsi Verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1)	11
2.4.5. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari -< 5 tahun (RKD07.AV2)	11
2.4.6. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)	12
2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpul Data	12
2.6. Manajemen Data	14
2.6.1. Editing	14
2.6.2. Entry	14
2.6.3. Cleaning	15
2.7 Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan data	15
2.7.1 Keterbatasan Riskesdas	15
2.8. Pengolahan dan Analisis Data	16
BAB 3 3. Hasil Riskesdas	17
3.1. Gambaran Umum	17

3.1.1 Geografi	17
3.1.2 Demografi	18
3.1.3 Respon Rate Data Riskesdas 2007	19
3.2 Gizi	21
3.2.1. Status Gizi Balita	21
3.2.1.1. Status Gizi balita berdasarkan indikator BB/U	21
3.2.1.2. Status Gizi balita berdasarkan indikator TB/U	22
3.2.1.3. Status Gizi balita berdasarkan indikator BB/TB	23
3.2.1.4. Status Gizi balita menurut karakteristik responden	24
3.2.2. Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)	31
3.2.3. Status Gizi Penduduk Umur 15 tahun keatas	33
3.2.3.1. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)	34
3.2.3.2. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Lingkar Perut (LP)	37
3.2.3.3. Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 – 45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)	39
3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein	41
3.2.5. Konsumsi Garam beriodium	44
3.3. Kesehatan Ibu dan Anak	48
3.3.1. Status Imunisasi	48
3.3.2. Pemantauan Perumbuhan Balita	53
3.3.3. Distribusi Kapsul Vitamin A	61
3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	63
3.4. Penyakit Menular	71
3.4.1. Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	71
3.4.1.1 Karakteristik Responden dengan Filariasis, DBD dan Malaria	74
3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak	74
3.4.2.1 Karakteristik Responden dengan ISPA, Pneumonia, TB dan Campak	77
3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare	77
3.4.3.1 Karakteristik Responden dengan Tifoid, Hepatitis, dan Diare	80
3.5. Penyakit Tidak Menular	80
3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan	80
3.5.2. Gangguan Mental Emosional	89
3.5.3. Penyakit Mata	92
3.5.4. Kesehatan Gigi	99
3.6. Cedera dan Disabilitas	116
3.6.1. Cedera	116
3.6.2. Status Disabilitas/Ketidakmampuan	138
3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	142
3.7.1. Perilaku Merokok	142
3.7.2. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	152
3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol	154
3.7.4. Perilaku Aktivitas Fisik	156
3.7.5. Pengetahuan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	158
3.7.5.1 Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung	158

3.7.5.2 Pengetahuan Dan Sikap Terhadap HIV/AIDS	161
3.7.6. Perilaku Higienis	166
3.7.7. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	168
3.8. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	169
3.8.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	169
3.8.2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	189
3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	196
3.9. Kesehatan Lingkungan	202
3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga	202
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar	216
3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah	223
3.9.4. Pembuangan Sampah	225
3.9.5. Perumahan	227
BAB 4 Penutup	
Daftar Pustaka	233
Lampiran	239

DAFTAR TABEL

Nomor		Hal
Tabel 1.2	Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei	2
Tabel 2.3.4.1	Jumlah Blok Sensus Terpilih Sebagai Sampel Biomedis di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	10
Tabel 3.1.1	Jumlah Kecamatan dan Desa/ Kelurahan Per Kabupaten/ Kota di Provinsi Jambi tahun 2006	18
Tabel 3.1.2.1	Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur Di Provinsi Jambi Tahun 2006	18
Tabel 3.1.2.2	Jumlah dan Kepadatan Penduduk Provinsi Jambi Menurut Kabupaten/ Kota Tahun 2006	19
Tabel 3.1.3.1	Response Rate Rumah tangga Riskesdas 2007 terhadap Susenas 2007 di Provinsi Jambi	20
Tabel 3.1.3.2	Response Rate Individu Riskesdas 2007 terhadap Susenas 2007 Di Provinsi Jambi	20
Tabel 3.2.1.1	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	22
Tabel 3.2.1.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	23
Tabel 3.2.1.3.1	Sebaran Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	24
Tabel 3.2.1.4.1	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U) dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	26
Tabel 3.2.1.4.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U) dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	27
Tabel 3.2.1.4.3	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB) dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	29
Tabel 3.2.1.4.4	Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	30
Tabel 3.2.2.1	Standar Penentuan Kekurusan dan Berat Badan Lebih menurut Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007	31
Tabel 3.2.2.2	Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	32
Tabel 3.2.2.3	Persentase Status Gizi Anak Usia 6-14 Tahun menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	32
Tabel 3.2.3.1.1	Prevalensi Status Gizi Penduduk (Umur 15 Tahun ke Atas) Menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	34

Tabel 3.2.3.1.2	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	35
Tabel 3.2.3.1.3	Prevalensi Penduduk Dewasa (15 Tahun ke Atas) menurut Indeks Massa Tubuh dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	36
Tabel 3.2.3.2.1	Sebaran Obesitas Sentral pada Penduduk 15 Tahun Ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	37
Tabel 3.2.3.2.2	Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk ≥ 15 Tahun Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi Riskesdas 2007	38
Tabel 3.2.3.3.1	Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 tahun, Riskesdas 2007	39
Tabel 3.2.3.3.2	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	40
Tabel 3.2.3.3.3	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	41
Tabel 3.2.4.1	Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	42
Tabel 3.2.4.2	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota, Di Provinsi Jambi, Riskeddas 2007	42
Tabel 3.2.4.3	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita , di Provinsi Jambi, Riskeddas 2007	43
Tabel 3.2.5.1	Persentase Rumah Tangga yang Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	44
Tabel 3.2.5.2	Persentase Kandungan Iodium Garam Yang Dikonsumsi Rumah Tangga Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	45
Tabel 3.3.1.1	Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	49
Tabel 3.3.1.2	Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	50
Tabel 3.3.1.3	Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	51
Tabel 3.3.1.4	Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	52
Tabel 3.3.2.1	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir Dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	53

Tabel 3.3.2.2	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir Dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	54
Tabel 3.3.2.3	Sebaran Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	55
Tabel 3.3.2.4	Sebaran Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	56
Tabel 3.3.2.5	Sebaran Balita berdasarkan Kepemilikan KMS menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	57
Tabel 3.3.2.6	Sebaran Balita berdasarkan Kepemilikan KMS menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	58
Tabel 3.3.2.7	Sebaran Balita berdasarkan Kepemilikan Buku KIA menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	59
Tabel 3.3.2.8	Sebaran Balita berdasarkan Kepemilikan Buku KIA menurut Karakteristik Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	60
Tabel 3.3.3.1	Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	61
Tabel 3.3.3.2	Sebaran Cakupan Kapsul Vitamin A Pada Anak Usia 6-59 Bulan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	62
Tabel 3.3.4.1	Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	63
Tabel 3.3.4.2	Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	64
Tabel 3.3.4.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	65
Tabel 3.3.4.4	Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	66
Tabel 3.3.4.5	Sebaran Ibu Hamil menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	67
Tabel 3.3.4.6	Sebaran Ibu Hamil menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	68
Tabel 3.3.4.7	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	69
Tabel 3.3.4.8	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	70
Tabel 3.4.1.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	72
Tabel 3.4.1.2	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, dan Malaria dan Pemberian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	73
Tabel 3.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, dan Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	75

Tabel 3.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	76
Tabel 3.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	78
Tabel 3.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	79
Tabel 3.5.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Riskesdas 2007	81
Tabel 3.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	83
Tabel 3.5.1.3	Prevalensi penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor** Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi Riskesdas 2007	84
Tabel 3.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma, Jantung, Diabetes Mellitus, Dan Tumor menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	86
Tabel 3.5.1.5	Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Riskesdas 2007	88
Tabel 3.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk 15 Tahun ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	90
Tabel 3.5.2.2	Penyakit Gangguan Mental pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	91
Tabel 3.5.3.1	Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun keatas menurut <i>Low Vision</i> dan Kebutaan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	93
Tabel 3.5.3.2	Sebaran Penduduk Umur 6Tahun keatas menurut <i>Low Vision</i> dan Kebutaan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	94
Tabel 3.5.3.3	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	95
Tabel 3.5.3.4	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.3.5	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	97

Tabel 3.5.3.6	Sebaran Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	98
Tabel 3.5.4.1	Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	100
Tabel 3.5.4.2	Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Dalam 12 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	101
Tabel 3.5.4.3	Persentase Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk Untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	102
Tabel 3.5.4.4	Persentase Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk Untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik Di Provinsi Jambi Riskesdas 2007	103
Tabel 3.5.4.5	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	104
Tabel 3.5.4.6	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	105
Tabel 3.5.4.7	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	106
Tabel 3.5.4.8	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	107
Tabel 3.5.4.9	Komponen D. M. F Dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	108
Tabel 3.5.4.10	Komponen D. M. F Dan Index DMF-T Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	109
Tabel 3.5.4.11	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	110
Tabel 3.5.4.12	<i>Required Treatment Index</i> dan <i>Performed Treatment Index</i> menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	111
Tabel 3.5.4.13	<i>Required Treatment Index</i> dan <i>Performed Treatment Index</i> menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	112
Tabel 3.5.4.14	Required Treatment Index dan Perform Tretment Index Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	113
Tabel 3.5.4.15	Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protesa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	114

Tabel 3.5.4.16	Persentase Penduduk Dengan Fungsi Normal Gigi <i>Edentulous dan Protosa</i> Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	115
Tabel 3.6.1.1	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	117
Tabel 3.6.1.2	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Kelompok Umur di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	119
Tabel 3.6.1.3	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	121
Tabel 3.6.1.4	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Pendidikan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	122
Tabel 3.6.1.5	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Pekerjaan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	123
Tabel 3.6.1.6	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Pekerjaan di Provinsi Jambi, Riskesdas 200	124
Tabel 3.6.1.7	Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	125
Tabel 3.6.1.8	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	126
Tabel 3.6.1.9	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	127
Tabel 3.6.1.10	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pendidikan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	128
Tabel 3.6.1.11	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pekerjaan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	129
Tabel 3.6.1.12	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Jenis Kelamin di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	130
Tabel 3.6.1.13	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tipe Daerah di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	131
Tabel 3.6.1.14	Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	132
Tabel 3.6.1.15	Persentase Jenis Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi Jambi, Riskesdas	133
Tabel 3.6.1.16	Persentase Jenis Cedera menurut Pendidikan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	134
Tabel 3.6.1.17	Persentase Jenis Cedera Menurut Pekerjaan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	135
Tabel 3.6.1.18	Persentase Jenis Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	135
Tabel 3.6.1.19	Persentase Jenis Cedera Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	136
Tabel 3.6.1.20	Persentase Jenis Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	136
Tabel 3.6.1.21	Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	137

Tabel 3.6.2.1	Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Status Disabilitas Dalam 1 Bulan Terakhir di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	139
Tabel 3.6.2.2	Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas Dalam 1 bulan terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	140
Tabel 3.6.2.3	Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas Dalam 1 bulan terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	141
Tabel 3.7.1.1	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	142
Tabel 3.7.1.2	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	144
Tabel 3.7.1.3	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	145
Tabel 3.7.1.4	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik di Provinsi Jambi Tahun 2007	146
Tabel 3.7.1.5	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	147
Tabel 3.7.1.6	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	148
Tabel 3.7.1.7	Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga Yang Lain Menurut Kabupaten/Kota Riskesdas Provinsi Jambi Tahun 2007	149
Tabel 3.7.1.8	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Berdasarkan Jenis Rokok Yang Dihisap, Menurut Kabupaten/Kota Riskesdas Provinsi Jambi 2007	150
Tabel 3.7.1.9	Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Berdasarkan Jenis Rokok Yang Dihisap, Menurut Karakteristik Responden Riskesdas Provinsi Jambi 2007	151
Tabel 3.7.2.1	Persentase Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota Riskesdas, 2007	152
Tabel 3.7.2.2	Persentase Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden Riskesdas, 2007	153
Tabel 3.7.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan Terakhir dan 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	154
Tabel 3.7.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan Terakhir dan 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	155

Tabel 3.7.4.1	Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	156
Tabel 3.7.4.2	Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.7.5.1	Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	158
Tabel 3.7.5.2	Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	160
Tabel 3.7.5.2.1	Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	161
Tabel 3.7.5.2.2	Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.7.5.2.4	Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap,Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	164
Tabel 3.7.5.2.3	Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap,Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS menurut Karakteristik Responden Kabupaten/kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	165
Tabel 3.7.6.1	Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	166
Tabel 3.7.6.2	Persentase Penduduk \geq 10 Tahun Yang Berperilaku Benar Dalam Hal Buang Air Besar Dan Cuci Tangan Dengan Sabun Menurut Karakteristik Responden Riskesdas Provinsi Jambi Tahun 2007	167
Tabel 3.7.7.1	Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat, Menurut Kabupaten/Kota Riskesdas Provinsi Jambi Tahun 2007	168
Tabel 3.8.1.1	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	169
Tabel 3.8.1.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	170
Tabel 3.8.1.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	171
Tabel 3.8.1.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	172
Tabel 3.8.1.5	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Dalam 3 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	173

Tabel 3.8.1.6	Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	174
Tabel 3.8.1.7	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan Per Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007	175
Tabel 3.8.1.8	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	176
Tabel 3.8.1.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan), Riskesdas 2007	177
Tabel 3.8.1.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	178
Tabel 3.8.1.11	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Provinsi, Riskesdas 2007	179
Tabel 3.8.1.12	Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	180
Tabel 3.8.1.13	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Jenis Pelayanan dan Provinsi, Riskesdas 2007	181
Tabel 3.8.1.14	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	182
Tabel 3.8.1.15	Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Alasan Lain dan Provinsi, Riskesdas 2007	183
Tabel 3.8.1.16	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	184
Tabel 3.8.1.17	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Provinsi, Riskesdas 2007	185
Tabel 3.8.1.18	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	186
Tabel 3.8.1.19	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Provinsi, Riskesdas 2007	187
Tabel 3.8.1.20	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	188
Tabel 3.8.2.1	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007	189
Tabel 3.8.2.2	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	190

Tabel 3.8.2.3	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	191
Tabel 3.8.2.4	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	192
Tabel 3.8.2.5	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	193
Tabel 3.8.2.6	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	194
Tabel 3.8.2.7	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	195
Tabel 3.8.2.8	Persentase Responden Rawat Jalan Menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	196
Tabel 3.8.3.1	Persentase Rawat Inap Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	198
Tabel 3.8.3.2	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	199
Tabel 3.8.3.3	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	200
Tabel 3.8.3.4	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	201
Tabel 3.9.1.1	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Rata-Rata Pemakaian Air Per Orang Per Hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	203
Tabel 3.9.1.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Rata-Rata Pemakaian Air Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	204
Tabel 3.9.1.3	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	205
Tabel 3.9.1.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	206
Tabel 3.9.1.5	Persentase Rumah Tangga Menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga Dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	207
Tabel 3.9.1.6	Persentase Rumah Tangga Menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	208
Tabel 3.9.1.7	Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	209
Tabel 3.9.1.8	Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	209

Tabel 3.9.1.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	210
Tabel 3.9.1.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	211
Tabel 3.9.1.11	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	212
Tabel 3.9.1.12	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan Dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	213
Tabel 3.9.1.13	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	214
Tabel 3.9.1.14	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih Dan Sanitasi Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	215
Tabel 3.9.2.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Susenas 2007	216
Tabel 3.9.2.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar Menurut Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Jambi, Susenas 2007	217
Tabel 3.9.2.3	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Buang Air Besar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Susenas 2007	217
Tabel 3.9.2.4	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Buang Air Besar Menurut Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Jambi, Susenas 2007	218
Tabel 3.9.2.5	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	219
Tabel 3.9.2.6	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih Dan Sanitasi Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	220
Tabel 3.9.2.7	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pembuangan Akhir Tinja Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	221
Tabel 3.9.2.8	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pembuangan Akhir Tinja Menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	222
Tabel 3.9.3.1	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	223
Tabel 3.9.3.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	224

Tabel 3.9.4.1	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah Menurut Kabupaten/Kota di provinsi Jambi, Riskesdas 2007	225
Tabel 3.9.4.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	226
Tabel 3.9.5.1	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	227
Tabel 3.9.5.2	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	228
Tabel 3.9.5.3	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	229
Tabel 3.9.5.4	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Menurut Karakteristik rumah Tangga di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007	230

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)	4
Gambar 1.2. Alur Pikir Riskesdas DKI Jakarta 2007	6

DAFTAR SINGKATAN

ART	Anggota Rumah Tangga
AFP	Acute Flaccid Paralysis
ASKES	Asuransi Kesehatan
ASKESKIN	Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
BB	Berat Badan
BB/U	Berat Badan Menurut Umur
BB/TB	Berat Badan Menurut Tinggi Badan
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
BALITA	Bawah Lima Tahun
BCG	Bacillus Calmette Guerin
BBLR	Berat Bayi Lahir Rendah
BATRA	Pengobatan Tradisional
CPITN	<i>Community Periodental Index Treatment Needs</i>
D	Diagnosis
DG	Diagnosis dan Gejala
DM	Diabetes Mellitus
DDM	<i>Diagnosed Diabetes Mellitus</i>
D-T	<i>Decay - Teeth</i>
DPT	Diphtheri Pertusis Tetanus
DMF-T	<i>Decay Missing Filling - Teeth</i>
DEPKES	Departemen Kesehatann
F-T	<i>Filling Teeth</i>
G	Gejala klinis
HB	Hemoglobin
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IMT	Indeks Massa Tubuh
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
ICCIDD	<i>International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders</i>
IU	<i>International Unit</i>
JNC	<i>Joint National Committee</i>
KK	Kepala Keluarga
Kg	Kilogram
KEK	Kurang Energi Kalori
KKAL	Kilo Kalori
KEP	Kurang Energi Protein
KMS	Kartu Menuju Sehat
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KLB	Kejadian Luar Biasa
LP	Lingkar Perut
LILA	Lingkar Lengan Atas

mmHg	Milimeter Air Raksa
mL	Mili Liter
MI	<i>Missing index</i>
M-T	<i>Missing Teeth</i>
MTI	<i>Missing Teeth Index</i>
MDG	<i>Millenium Development Goal</i>
Nakes	Tenaga Kesehatan
O	Obat atau Oralit
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
Polindes	Pondok Bersalin Desa
Pustu	Puskesmas Pembantu
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
PTI	<i>Performed Treatment Index</i>
POLRI	Polisi Republik Indonesia
PNS	Pegawai Negeri Sipil
PT	Perguruan Tinggi
PPI	Panitia Pembina Ilmiah
PD3I	Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
PIN	Pekan Imunisasi Nasional
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PPM	<i>Part Per Million</i>
RS	Rumah Sakit
RSB	Rumah Sakit Bersalin
RTI	<i>Required Treatment Index</i>
RPJM	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
SRQ	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu
SPAL	Saluran Pembuangan Air Limbah
SD	Standar Deviasi
SD	Sekolah Dasar
SLTP	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTA	Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
TB	Tinggi Badan
TB	Tuberkulosis
TB/U	Tinggi Badan/Umur
TT	Tetanus Toxoid
TDM	Total Diabetes Mellitus
TGT	Toleransi Glukosa Terganggu
UNHCR	<i>United Nations High Commissioner for Refugees</i>
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UCI	<i>Universal Child Immunization</i>
UDDM	<i>Undiagnosed Diabetes Mellitus</i>
WHO	World Health Organization
WUS	Wanita Usia Subur
µl	Mikro Liter

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1.1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar.
- Lampiran 1.2. Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent)
- Lampiran 1.3 .Kuesioner Riset Kesehatan Dasar

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Riskesmas Provinsi Jambi 2007 adalah sebuah *policy tool* bagi para pembuat kebijakan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk mewujudkan visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat”. Riskesdas Provinsi Jambi 2007 diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan sebagai salah satu unit utama di lingkungan Departemen Kesehatan yang berfungsi menyediakan informasi kesehatan berbasis bukti. Pelaksanaan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 adalah upaya mengisi salah satu dari 4 (empat) *grand strategy* Departemen Kesehatan, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence-based* di seluruh Indonesia. Data dasar yang dihasilkan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 terdiri dari indikator kesehatan utama tentang status kesehatan, kesehatan lingkungan, perilaku kesehatan, status gizi dan berbagai aspek pelayanan kesehatan. Data dasar ini, bukan hanya berskala nasional, tetapi juga menggambarkan berbagai indikator kesehatan minimal sampai ke tingkat kabupaten/kota.

Riskesmas Provinsi Jambi 2007 dirancang dengan pengendalian mutu yang ketat, sampel yang memadai, serta manajemen data yang terkoordinasikan dengan baik. Penyelenggaraan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dimaksudkan pula untuk membangun kapasitas peneliti di lingkungan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan agar mampu mengembangkan dan melaksanakan survei berskala besar serta menganalisis data yang kompleks. Pada tahap desain, untuk meningkatkan manfaat Riskesdas Provinsi Jambi 2007 maka komparabilitas berbagai alat pengumpul data yang digunakan, baik untuk tingkat individual maupun rumah tangga menjadi isu yang sangat penting. Informasi yang *valid, reliable* dan *comparable* dari Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dapat digunakan untuk mengukur berbagai status kesehatan, asupan, proses serta luaran sistem kesehatan. Lebih jauh lagi, informasi yang *valid, reliable dan comparable* dari suatu proses pemantauan dan penilaian sesungguhnya dapat berkontribusi bagi ketersediaan *evidence* pada skala nasional, provinsi dan kabupaten/kota. Pengalaman menunjukkan bahwa komparabilitas dari suatu survei rumah tangga seperti Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dapat dicapai dengan efisien melalui desain instrumen yang canggih dan ujicoba yang teliti dalam pengembangannya. Pelaksanaan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 mengakui pentingnya komparabilitas, selain validitas dan reliabilitas.

Sejalan dengan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, maka kewenangan perencanaan bidang kesehatan kini berada di tingkat pemerintahan kabupaten/kota. Rencana pembangunan kesehatan yang *appropriate* dan *adequate* membutuhkan data berbasis komunitas yang dapat mewakili populasi (rumah tangga dan individual) pada berbagai jenjang administrasi. Pengalaman menunjukkan bahwa berbagai survei berbasis komunitas seperti Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia, Susenas Modul Kesehatan dan Survei Kesehatan Rumah Tangga hanya menghasilkan estimasi yang dapat mewakili tingkat kawasan atau provinsi. Sehingga dapat dikatakan bahwa survei yang ada belum memadai untuk perencanaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Sampai saat ini belum tersedia peta status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakangi di tingkat kabupaten/kota. Dengan demikian, perumusan dan pengambilan kebijakan di bidang

kesehatan, belum sepenuhnya dibuat berdasarkan informasi komunitas yang berbasis bukti.

Atas dasar berbagai pertimbangan di atas, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melaksanakan riset kesehatan dasar (Riskesdas) untuk menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga sampai tingkat kabupaten/kota.

1.2 Ruang Lingkup Riskesdas Provinsi Jambi 2007

Riskesdas Provinsi Jambi 2007 adalah riset berbasis komunitas dengan sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga yang dapat mewakili populasi di tingkat kabupaten/kota. Riskesdas Provinsi Jambi 2007 menyediakan informasi kesehatan dasar termasuk biomedis, dengan menggunakan sampel Susenas Kor. Dengan demikian, Riskesdas Provinsi Jambi 2007 mencakup sampel yang lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya, dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas. Dibandingkan dengan survei berbasis komunitas yang selama ini dilakukan, tingkat keterwakilan Riskesdas adalah sebagai berikut :

Tabel 1.2
Sampel dan Indikator Pada Berbagai Survei

	Indikator	SDKI	SKRT	Kor Susenas 2007	Riskesdas 2007
1.	Sampel	35.000	10.000	280.000	280.000
2.	Pola Mortalitas	Nasional	S/J/KTI	--	Nasional
3.	Perilaku	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
4.	Gizi & Pola Konsumsi	--	S/J/KTI	Provinsi	Kabupaten
5.	Sanitasi lingkungan	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
6.	Penyakit	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
7.	Cedera & Kecelakaan	Nasional	S/J/KTI	--	Prov/Kab
8.	Disabilitas	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
9.	Gigi & Mulut	--	--	--	Prov/Kab
10.	Biomedis	--	--	--	Nasional

Catatan

S = Sumatera, J = Jawa-Bali, KTI = Kawasan Timur Indonesia

1.3 Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian dalam Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dikembangkan berdasarkan pertanyaan kebijakan kesehatan yang sangat mendasar terkait upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia. Sesuai dengan latar belakang pemikiran dan kebutuhan perencanaan, maka pertanyaan penelitian yang harus dijawab melalui Riskesdas adalah :

- a. Bagaimana status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten/kota?
- b. Apa dan bagaimana faktor-faktor yang melatarbelakangi status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten/kota?
- c. Apa masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di tingkat provinsi dan kabupaten/kota?

1.4 Tujuan Riskesdas

Untuk menjawab pertanyaan penelitian tersebut diatas maka tujuan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 disusun sebagai berikut:

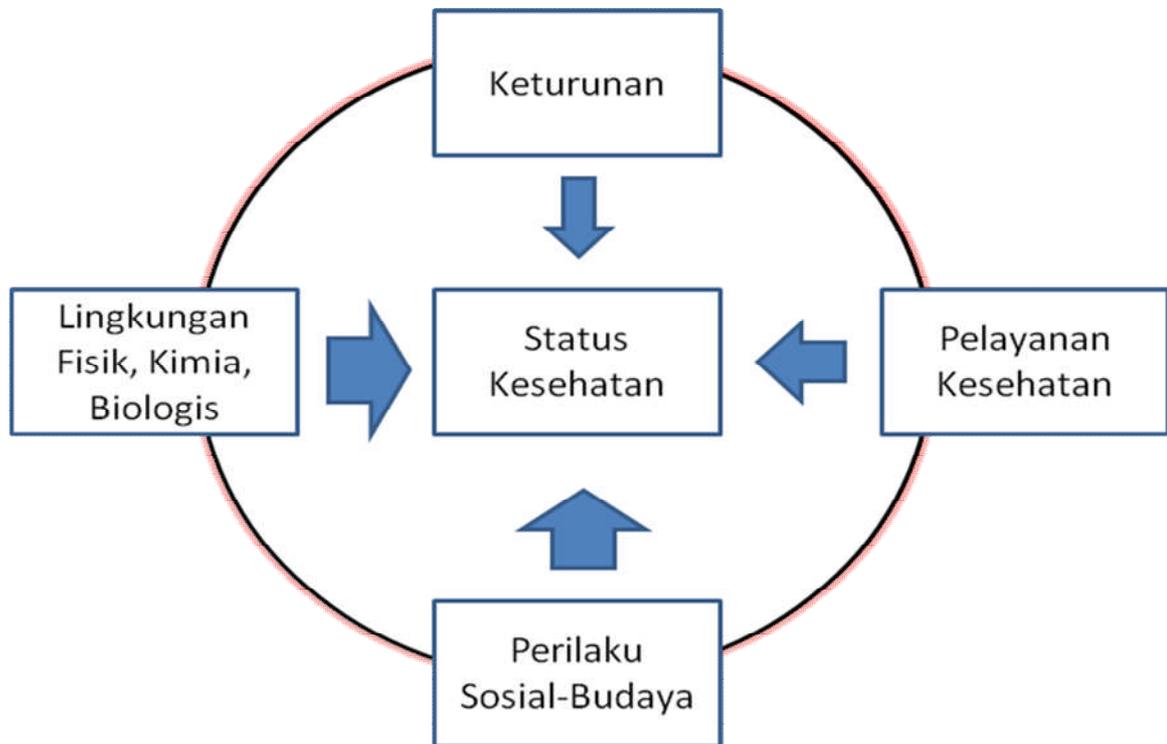
- a. Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- b. Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- c. Menyediakan peta status dan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- d. Membandingkan status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakangi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota

1.5 Kerangka Pikir

Pengembangan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 didasari oleh kerangka pikir yang dikembangkan oleh Henrik Blum (1974, 1981). Konsep ini terfokus pada status kesehatan masyarakat yang dipengaruhi secara simultan oleh empat faktor penentu yang saling berinteraksi satu sama lain. Keempat faktor penentu tersebut adalah: lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Bagan kerangka pikir Blum dapat dilihat pada Gambar 1.1. Pada Riskesdas Provinsi Jambi 2007 ini tidak semua indikator dalam konsep empat faktor penentu status kesehatan Henrik Blum, baik yang terkait dengan status kesehatan maupun keempat faktor penentu dimaksud dikumpulkan. Berbagai indikator yang ditanyakan, diukur atau diperiksa dalam Riskesdas Provinsi Jambi 2007 adalah sebagai berikut:

- a. Status kesehatan, mencakup variabel:
 - Mortalitas (pola penyebab kematian untuk semua umur).
 - Morbiditas, meliputi prevalensi penyakit menular dan penyakit tidak menular.
 - Disabilitas (ketidakmampuan).
 - Status gizi balita, ibu hamil, wanita usia subur (WUS) dan semua umur dengan menggunakan Indeks Masa Tubuh (IMT).
 - Kesehatan jiwa.

Gambar 1.1.
Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)



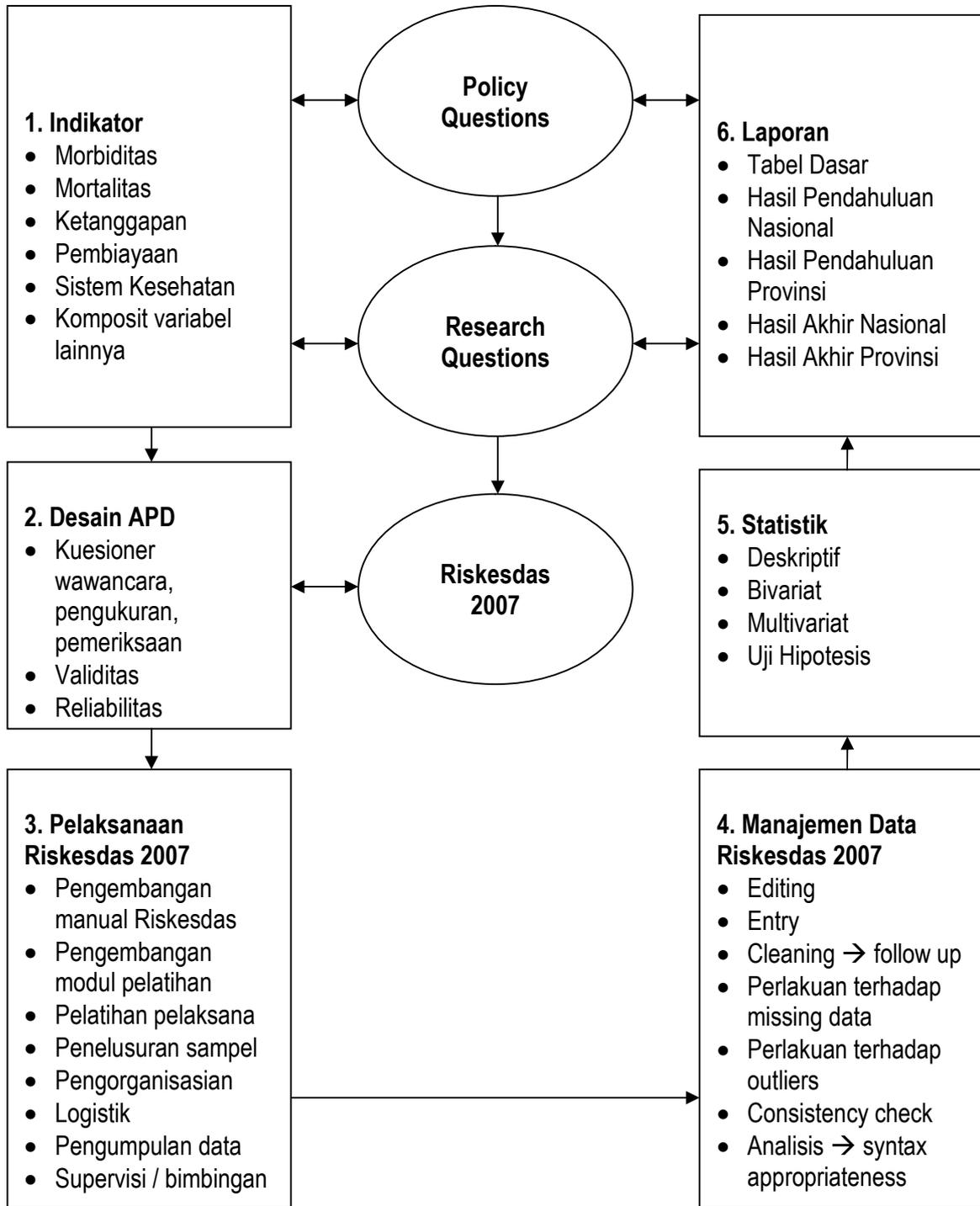
- b. Faktor lingkungan, mencakup variabel:
- Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
 - Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
 - Lingkungan sosial, meliputi tingkat pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan kota-desa dan perbandingan antar provinsi, kabupaten dan kota.
- c. Faktor perilaku, mencakup variabel:
- Perilaku merokok/konsumsi tembakau dan alkohol.
 - Perilaku konsumsi sayur dan buah.
 - Perilaku aktivitas fisik.
 - Perilaku gosok gigi.
 - Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar).
 - Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS.
- d. Faktor pelayanan kesehatan, mencakup variabel:
- Akses terhadap pelayanan kesehatan, termasuk untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat.
 - Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.
 - Ketanggapan pelayanan kesehatan.
 - Cakupan program KIA (pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan imunisasi).

1.6 Alur Fikir Riskesdas Provinsi Jambi 2007

Alur Fikir ini secara skematis menggambarkan enam tahapan penting dalam Riskesdas Provinsi Jambi 2007. Keenam tahapan ini terkait erat dengan ide dasar Riskesdas untuk menyediakan data kesehatan yang *valid, reliable, comparable*, serta dapat menghasilkan estimasi yang dapat mewakili rumah tangga dan individu sampai ke tingkat kabupaten/kota. Siklus yang dimulai dari Tahapan 1 hingga Tahapan 6 menggambarkan sebuah *system thinking* yang seyogyanya berlangsung secara berkesinambungan dan berkelanjutan. Dengan demikian, hasil Riskesdas Provinsi Jambi 2007 bukan saja harus mampu menjawab pertanyaan kebijakan, namun harus memberikan arah bagi pengembangan pertanyaan kebijakan berikutnya.

Untuk menjamin *appropriateness* dan *adequacy* Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dalam konteks penyediaan data kesehatan yang *valid, reliable* dan *comparable*, maka pada setiap tahapan dilakukan upaya penjaminan mutu yang ketat. Substansi pertanyaan, pengukuran dan pemeriksaan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 mencakup data kesehatan yang mengadaptasi sebagian pertanyaan *World Health Survey* yang dikembangkan oleh the *World Health Organization*. Dengan demikian, berbagai instrumen yang dikembangkan untuk Riskesdas Provinsi Jambi 2007 mengacu pada berbagai instrumen yang telah *exist* dan banyak dipergunakan oleh berbagai bangsa di dunia (61 negara). Instrumen dimaksud dikembangkan, diuji dan dipergunakan untuk mengukur berbagai aspek kesehatan termasuk didalamnya *input, process, output* dan *outcome* kesehatan.

Gambar 1.2.
Alur Fikir Riskesdas Provinsi Jambi 2007



1.7 Pengorganisasian Riskesdas

Riskesdas direncanakan dan dilaksanakan seluruh jajaran Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain Badan Pusat Statistik, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877 Tahun 2006, pengorganisasian Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dibagi menjadi berbagai tingkat, dengan rincian sebagai berikut (Lihat Lampiran 1.1.) :

- a. Tingkat Provinsi
- b. Organisasi tingkat kabupaten/kota (10 kabupaten/kota)
- c. Tim pengumpul data (disesuaikan dengan kebutuhan lapangan)

Pengumpulan data Riskesdas Provinsi Jambi 2007 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Daftar penanggung jawab provinsi dan kabupaten/kota sebagai berikut:

Penanggung Jawab Teknis Provinsi Jambi: Miko Hananto, SKM., M.Kes

Wakil Penanggung Jawab Teknis Provinsi Jambi: dr. Sarimawar Djaja, M.Kes

No	Kabupaten/Kota	Penanggung-jawab Teknis	Instansi Asal
1	Kerinci	Arvida Bar, S.Pd, M.Kes	Poltekes Jambi
2	Merangin	drg. Irawati S, M.Kes	Dinkes Prov. Jambi
3	Sarolangun	Yulian Taviv, SKM, M.Si	Loka Litbang Baturaja
4	Batang Hari	Anif Budiyanto, SKM	Loka Litbang Baturaja
5	Muaro Jambi	Dwi Hapsari, SKM, M.Kes	Litbangkes
6	Tanjab Timur	Maas Maloha, SKM., M.Si	Dinkes Prov. Jambi
7	Tanjab Barat	Iram Barida M, SKM, M.Kes	Litbangkes
8	Tebo	Supriyadi, SKM, MM, M.Kes	Bapelkes Jambi
9	Bungo	Sukmal Fachri, S.Pd, M.Kes	Poltekes Jambi
10	Jambi	dr. Teti Tejayanti	Litbangkes

1.8 Manfaat Riskesdas

Riskesdas Provinsi Jambi 2007 memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa :

- Tersedianya data dasar dari berbagai indikator kesehatan di berbagai tingkat administratif.
- Stratifikasi indikator kesehatan menurut status sosial-ekonomi sesuai hasil Susenas 2007.
- Tersedianya informasi untuk perencanaan pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

1.9 Persetujuan Etik Riskesdas

Riskesdas Provinsi Jambi 2007 ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS

2.1 Desain

Riskesdas Provinsi Jambi 2007 adalah sebuah survei yang dilakukan secara *cross sectional*. Desain Riskesdas Provinsi Jambi 2007 terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Provinsi Jambi, secara menyeluruh, akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Berbagai ukuran *sampling error* termasuk didalamnya *standard error*, *relative standard error*, *confidence interval*, *design effect* dan jumlah sampel tertimbang akan menyertai setiap estimasi variabel. Dengan desain ini, maka setiap pengguna informasi Riskesdas dapat memperoleh gambaran yang utuh dan rinci mengenai berbagai masalah kesehatan yang ditanyakan, diukur atau diperiksa. Laporan Hasil Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dapat menggambarkan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan variabilitas antar kabupaten/kota.

Secara singkat dapat dikatakan bahwa Riskesdas Provinsi Jambi 2007 didisain untuk mendukung pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti ilmiah. Desain Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dikembangkan dengan sungguh-sungguh memperhatikan teori dasar tentang hubungan antara berbagai penentu yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Riskesdas Provinsi Jambi 2007 menyediakan data dasar yang dikumpulkan melalui survei berskala nasional sehingga hasilnya dapat digunakan untuk penyusunan kebijakan kesehatan di tingkat provinsi bahkan sampai ke tingkat kabupaten/kota. Lebih lanjut, karena metodologinya hampir seluruhnya sama dengan metodologi Susenas 2007 (lihat penjelasan pada seksi berikut), data Riskesdas Provinsi Jambi 2007 mudah dikorelasikan dengan data Susenas 2007, atau dengan data survei lainnya seperti data kemiskinan yang menggunakan metodologi yang sama. Dengan demikian, para pembentuk kebijakan dan pengambil keputusan di bidang pembangunan kesehatan dapat menarik manfaat yang optimal dari ketersediaan data Riskesdas Provinsi Jambi 2007.

2.2 Lokasi

Sampel Riskesdas Provinsi Jambi 2007 meliputi seluruh wilayah kabupaten/kota atau berasal dari 10 kabupaten/kota yang tersebar secara Persentaseonal di Provinsi Jambi.

2.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam Riskesdas Provinsi Jambi 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Provinsi Jambi. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas Provinsi Jambi identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas Provinsi Jambi. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas Provinsi Jambi identik pula dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007. Berikut ini adalah uraian singkat cara penghitungan dan cara penarikan sampel dimaksud.

2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas Provinsi Jambi menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas Provinsi Jambi. Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang Persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk kedalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat Persentaseonal terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 (seratus lima puluh) rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-blok sensus. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 380 (tiga ratus delapan puluh) sampel blok sensus, Riskesdas Provinsi Jambi 2007 berhasil mengunjungi 379 blok sensus dari 10 kabupaten/kota yang ada.

2.3.2 Penarikan Sampel Rumah tangga

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 10 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Jambi adalah 6.078 (enam ribu tujuh puluh delapan), sedang Riskesdas Provinsi Jambi berhasil mengumpulkan 5.806 (lima ribu delapan ratus enam) rumah tangga.

2.3.3 Penarikan Sampel Anggota Rumah tangga

Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut diatas diambil sebagai sampel individu. Dengan begitu, dari 10 kabupaten/kota pada Susenas Provinsi Jambi 2007 terdapat 24.856 (dua puluh empat ribu delapan ratus lima puluh enam) sampel anggota rumah tangga. Riskesdas Provinsi Jambi 2007 berhasil mengumpulkan 22.435 (dua puluh dua ribu empat ratus tiga puluh lima) individu anggota rumah tangga yang sama dengan Susenas.

2.3.4 Penarikan Sampel Biomedis

Sampel untuk pengukuran biomedis diambil dari blok sensus perkotaan seperti dalam tabel 2.3.4.1 di bawah ini. Secara keseluruhan jumlah blok sensus terpilih sebagai sampel di Provinsi Jambi sebanyak 13 blok sensus. Tiap rumah tangga terpilih dalam blok sensus tersebut diambil seluruhnya kecuali anggota rumah tangga berusia kurang dari 1 (satu) tahun.

Tabel 2.3.4.1
Jumlah Blok Sensus Terpilih Sebagai Sampel Biomedis di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kecamatan	Desa/Kelurahan	BS
Kerinci	Sungai Penuh	Desa Gedang	1
Merangin	Bangko	Kel Pematang Kandis	1
Batang Hari	Muara Bulian	Teratai	1
Tanjung Jabung Timur	Mendahara	Pangkal Duri	2
	Nipah Panjang	Nipah Panjang II	
Tanjung Jabung Barat	Tungkal Ilir	Tungkal Harapan	2
		Tungkal II	
Bungo	Muara Bungo	Kel. Sungai Pinang	1
Jambi	Kota Baru	Simpang III Sipin	5
	Jambi Selatan	Talang Bakung	
	Jelutung	Kebun Handil	
	Telanaipura	Simpang IV Sipin	
	Pelayangan	Tengah	

2.3.5 Penarikan sampel iodium

Ada 2 (dua) pengukuran iodium. Pertama, adalah pengukuran kadar iodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran iodium dalam urin. Pengukuran kadar iodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beriodium. Sedangkan pengukuran iodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam iodium pada penduduk. Pengukuran kadar iodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan "iodina" dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga. Dalam Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dilakukan test cepat iodium dalam garam pada 5.806 (lima ribu delapan ratus enam) rumah tangga sampel rumah tangga dari 10 kabupaten/kota di Provinsi Jambi. Sedangkan untuk pengukuran kedua, Provinsi Jambi tidak terpilih sebagai sampel.

2.4 Variabel

Berbagai pertanyaan terkait dengan kebijakan kesehatan Indonesia dioperasionalkan menjadi pertanyaan riset dan akhirnya dikembangkan menjadi variabel yang dikumpulkan dengan menggunakan berbagai cara. Dalam Riskesdas Provinsi Jambi 2007 terdapat kurang lebih 600 variabel yang tersebar didalam 6 (enam) jenis kuesioner, dengan rincian variabel pokok sebagai berikut:

2.4.1 Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT)

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
- c. Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
- d. Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);

- e. Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
- f. Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
- g. Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel).

2.4.2 Kuesioner gizi (RKD07.GIZI)

Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu.

2.4.3 Kuesioner individu (RKD07.IND)

- a. Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
- b. Blok X tentang keterangan individu dikelompokkan menjadi:
 - Blok X-A tentang identifikasi responden (4 variabel);
 - Blok X-B tentang penyakit menular, tidak menular, dan riwayat penyakit turunan (50 variabel);
 - Blok X-C tentang ketanggapan pelayanan kesehatan dengan rincian untuk Pelayanan Rawat Inap (11 variabel) dan untuk Pelayanan Rawat Jalan (10 variabel);
 - Blok X-D tentang pengetahuan, sikap dan perilaku untuk semua anggota rumah tangga umur ≥ 10 tahun (35 variabel);
 - Blok X-E tentang disabilitas/ketidakmampuan untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (23 variabel);
 - Blok X-F tentang kesehatan mental untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (20 variabel);
 - Blok X-G tentang imunisasi dan pemantauan pertumbuhan untuk semua anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan (11 variabel);
 - Blok X-H tentang kesehatan bayi (khusus untuk bayi berumur < 12 bulan (7 variabel);
 - Blok X-I tentang kesehatan reproduksi – pertanyaan tambahan untuk 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua (6 variabel).
- c. Blok XI tentang pengukuran dan pemeriksaan (14 variabel);

2.4.4 Kuesioner autopsi verbal untuk umur <29 hari (RKD07.AV1)

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (6 variabel);
- c. Blok III tentang karakteristik ibu neonatal (5 variabel);
- d. Blok IVA tentang keadaan bayi ketika lahir (6 variabel);
- e. Blok IVB tentang keadaan bayi ketika sakit (12 variabel);
- f. Blok V tentang autopsi verbal kesehatan ibu neonatal ketika hamil dan bersalin (2 variabel);
- g. Blok VIA tentang bayi usia 0-28 hari termasuk lahir mati (4 variabel);
- h. Blok VIB tentang keadaan ibu (8 variabel);

2.4.5 Kuesioner autopsi verbal untuk umur <29 hari - < 5 tahun

(RKDo7.AV2)

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
- c. Blok III tentang autopsi verbal riwayat sakit bayi/balita berumur 29 hari - <5 tahun (35 variabel);
- d. Blok IV tentang resume riwayat sakit bayi/balita (6 variabel)

2.4.6 Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
- c. Blok IIIA tentang autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (44 variabel);
- d. Blok IIIB tentang autopsi verbal untuk perempuan umur 10 tahun keatas (4 variabel);
- e. Blok IIIC tentang autopsi verbal untuk perempuan pernah kawin umur 10-54 tahun (19 variabel);
- f. Blok IIID tentang autopsi verbal untuk laki-laki atau perempuan yang berumur 15 tahun keatas (1 variabel);
- g. Blok IV tentang resume riwayat sakit untuk umur 5 tahun keatas (5 variabel).

Catatan

Selain keenam kuesioner tersebut diatas, terdapat 2 formulir yang digunakan untuk pengumpulan data tes cepat iodium garam (Form Garam) dan data iodium didalam urin (Form Pemeriksaan Urin).

2.5 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

Pelaksanaan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 menggunakan berbagai alat pengumpul data dan berbagai cara pengumpulan data, dengan rincian sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT
 - Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga, atau Ibu Rumah Tangga atau Anggota Rumah Tangga yang dapat memberikan informasi;
 - Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumah tangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2007 identik dengan sampel Susenas 2007;
 - Informasi mengenai kejadian kematian dalam rumah tangga di *recall* terhitung sejak 1 Juli 2004, termasuk didalamnya kejadian bayi lahir mati. Informasi lebih lanjut mengenai kematian yang terjadi dalam 12 bulan sebelum wawancara dilakukan eksplorasi lebih lanjut melalui autopsi verbal dengan menggunakan kuesioner RKD07.AV yang sesuai dengan umur anggota rumah tangga yang meninggal dimaksud.
- b. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND
 - Secara umum, responden untuk Kuesioner RKD07.IND adalah setiap anggota rumah tangga. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit atau orang tua maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya;
 - **Anggota rumah tangga semua umur** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pneumonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor / Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan / panjang badan;

- **Anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Sendi, Penyakit Tekanan Darah Tinggi, Stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkaran perut, serta pengukuran lingkaran lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 30 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
 - **Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 10 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan Penyakit Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar;
 - **Anggota rumah tangga berumur < 12 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
 - **Anggota rumah tangga berumur > 5 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen.
- c. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;
- d. Pengumpulan data biomedis berupa spesimen darah dilakukan di 6 kabupaten/kota terpilih di Provinsi Jambi dengan populasi penduduk di blok sensus perkotaan. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas Provinsi Jambi 2007.
- Sampel darah diambil dari seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) yang menanda-tangani *informed consent*. Pengambilan darah tidak dilakukan pada anggota rumah tangga yang sakit berat, riwayat perdarahan dan menggunakan obat pengencer darah secara rutin.
- Untuk pemeriksaan kadar glukosa darah, data dikumpulkan dari anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun, kecuali wanita hamil (alasan etika). Responden terpilih memperoleh pembebanan sebanyak 75 gram glukosa oral setelah puasa 10–14 jam. Khusus untuk responden yang sudah diketahui positif menderita Diabetes Mellitus (berdasarkan konfirmasi dokter), maka hanya diberi pembebanan sebanyak 300 kalori (alasan medis dan etika). Pengambilan darah vena dilakukan setelah 2 jam pembebanan. Darah didiamkan selama 20–30 menit, disentrifus sesegera mungkin dan kemudian dijadikan serum. Serum segera diperiksa dengan menggunakan alat kimia klinis otomatis. Nilai rujukan (WHO, 1999) yang digunakan adalah sebagai berikut:
- Normal (Non DM) < 140 mg/dl
 - Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) $140 - < 200$ mg/dl
 - Diabetes Mellitus (DM) ≥ 200 mg/dl.
- e. Pengumpulan data konsumsi garam beriodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskedas Provinsi Jambi 2007 dilakukan dengan tes cepat iodium menggunakan “iodina test”.
- f. Pengamatan tingkat nasional pada dampak konsumsi garam beriodium yang dinilai berdasarkan kadar iodium, dengan melakukan test cepat garam beriodium pada rumah tangga.

Catatan

Pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas Provinsi Jambi 2007 tidak dapat dilakukan serentak pada pertengahan 2007, sehingga dalam analisis perlu beberapa penyesuaian agar komparabilitas data dari satu periode pengumpulan data yang satu dengan periode pengumpulan data lainnya dapat terjaga dengan baik. Situasi ini disebabkan oleh beberapa hal berikut ini:

- a. Kesiapan kabupaten/kota untuk berperanserta dalam pelaksanaan Riskesdas 2007 amat bervariasi, sehingga pelaksanaan dari satu lokasi pengumpulan data ke lokasi lainnya memerlukan koordinasi dan manajemen logistik yang rumit.
- b. Kondisi geografis dari sampel blok sensus terpilih amat bervariasi. Di daerah kepulauan dan daerah terpencil di seluruh wilayah Indonesia, pelaksanaan pengumpulan data dalam berbagai situasi amat tergantung pada ketersediaan alat transpor, ketersediaan tenaga pendamping dan ketersediaan biaya operasional yang memadai tepat pada waktunya.
- c. Untuk pengumpulan data biomedis, perlu dilakukan pelatihan yang intensif untuk petugas pengambil spesimen dan manajemen spesimen. Petugas dimaksud adalah para analis atau petugas laboratorium dari rumah sakit atau laboratorium daerah. Pelatihan dilakukan oleh peneliti dari Puslitbang Biomedis dan petugas Labkesda setempat. Pelatihan dilaksanakan di Labkesda Provinsi Jambi.

2.6 Manajemen Data

Manajemen data Riskesdas dilaksanakan oleh Tim Manajemen Data Pusat yang mengkoordinir Tim Manajemen Data dari Korwil I – IV. Urutan kegiatan manajemen data dapat diuraikan sebagai berikut.

2.6.1 Editing

Editing adalah salah satu mata rantai yang secara potensial dapat menjadi *the weakest link* dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2007. Editing mulai dilakukan oleh pewawancara semenjak data diperoleh dari jawaban responden. Di lapangan, pewawancara bekerjasama dalam sebuah tim yang terdiri dari 3 pewawancara dan 1 Ketua Tim. Peran Ketua tim Pewawancara sangat kritical dalam proses editing. Ketua Tim Pewawancara harus dapat membagi waktu untuk tugas pengumpulan data dan editing segera setelah selesai pengumpulan data pada setiap blok sensus. Fokus perhatian Ketua Tim Pewawancara adalah kelengkapan dan konsistensi jawaban responden dari setiap kuesioner yang masuk. Kegiatan ini seyogyanya dilaksanakan segera setelah diserahkan oleh pewawancara. Ketua Tim Pewawancara harus mengkonsultasikan seluruh masalah *editing* yang dihadapinya kepada Penanggung Jawab Teknis (PJT) Kabupaten dan / atau Penanggung Jawab Teknis (PJT) Provinsi. PJT Kabupaten dan PJT Provinsi bertugas untuk melakukan supervisi pelaksanaan pengumpulan data, memeriksa kuesioner yang telah diisi serta membantu memecahkan masalah yang timbul di lapangan dan juga melakukan editing.

2.6.2 Entry

Tim manajemen data yang bertanggungjawab untuk *entry data* harus mempunyai dan mau memberikan ekstra energi berkonsentrasi ketika memindahkan data dari kuesioner / formulir kedalam bentuk digital. Buku kode disiapkan dan digunakan sebagai acuan bila menjumpai masalah *entry data*. Kuesioner Riskesdas Provinsi Jambi 2007 mengandung pertanyaan untuk berbagai responden dengan kelompok umur yang berbeda. Kuesioner yang sama juga banyak mengandung *skip questions* yang secara teknis memerlukan ketelitian petugas *entry data* untuk menjaga konsistensi dari satu blok pertanyaan ke blok pertanyaan berikutnya.

Petugas *entry data* Riskesdas merupakan bagian dari tim manajemen data yang harus memahami kuesioner Riskesdas dan program *data base* yang digunakannya. Prasyarat pengetahuan dan keterampilan ini menjadi penting untuk menekan kesalahan *entry*. Hasil pelaksanaan *entry data* ini menjadi bagian yang penting bagi petugas manajemen data yang bertanggungjawab untuk melakukan *cleaning* dan analisis data.

2.6.3 Cleaning

Tahapan *cleaning* dalam manajemen data merupakan proses yang amat menentukan kualitas hasil Riskesdas Provinsi Jambi 2007. Tim Manajemen Data menyediakan pedoman khusus untuk melakukan *cleaning* data Riskesdas. Perlakuan terhadap *missing values, no responses, outliers* amat menentukan akurasi dan presisi dari estimasi yang dihasilkan Riskesdas 2007. Petugas *cleaning* data harus melaporkan keseluruhan proses perlakuan *cleaning* kepada penanggung jawab analisis Riskesdas agar diketahui jumlah sampel terakhir yang digunakan untuk kepentingan analisis. Besaran numerator dan denominator dari suatu estimasi yang mengalami proses data *cleaning* merupakan bagian dari laporan hasil Riskesdas Provinsi Jambi 2007. Bila pada suatu saat data Riskesdas Provinsi Jambi 2007 dapat diakses oleh publik, maka informasi mengenai imputasi (proses data *cleaning*) dapat meredam munculnya pertanyaan-pertanyaan mengenai kualitas data.

2.7 Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data

2.7.1 Keterbatasan Riskesdas

Keterbatasan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 mencakup berbagai permasalahan *non-random error*. Banyaknya sampel blok sensus, sampel rumah tangga, sampel anggota rumah tangga serta luasnya cakupan wilayah merupakan faktor penting dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas Provinsi Jambi 2007. Pengorganisasian Riskesdas Provinsi Jambi 2007 melibatkan berbagai unsur Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, pusat-pusat penelitian, balai/balai besar, loka, serta perguruan tinggi setempat. Proses pengadaan logistik untuk kegiatan Riskesdas Provinsi Jambi 2007 terkait erat dengan ketersediaan biaya. Perubahan kebijakan pembiayaan dalam tahun anggaran 2007 dan prosedur administrasi yang panjang dalam proses pengadaan barang menyebabkan keterlambatan dalam kegiatan pengumpulan data. Keterlambatan pada fase ini telah menyebabkan keterlambatan pada fase berikutnya. Berbagai keterlambatan tersebut memberikan kontribusi penting bagi berbagai keterbatasan dalam Riskesdas Provinsi Jambi 2007, sebagaimana uraian berikut ini:

- a. Rumah tangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007. Total rumah tangga yang tidak berhasil dikunjungi Riskesdas adalah sebanyak 272, tersebar di seluruh kabupaten/kota (Lihat Tabel 3.2.1)
- b. Bisa juga terjadi anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas, pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat. Tercatat sebanyak 2.432 anggota rumah tangga yang tidak bisa dikumpulkan datanya (Lihat Tabel 3.2.2).
- c. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga ada kemungkinan beberapa estimasi penyakit menular yang bersifat *seasonal* pada beberapa provinsi atau kabupaten/kota menjadi *under-estimate* atau *over-estimate*;
- d. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula.

- Pada Riskesdas, variabel tanggal pengumpulan data bisa digunakan pada saat melakukan analisis;
- e. Meski Riskesdas dirancang untuk menghasilkan estimasi sampai tingkat kabupaten/kota, tetapi tidak semua estimasi bisa mewakili kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang frekuensinya jarang. Kejadian yang jarang seperti ini hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional.
 - f. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan nasional.

2.8 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Jambi 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Disain penarikan sampel Susenas 2007 adalah *two stage sampling*. Hasil pengukuran yang diperoleh dari *two stage sampling design* memerlukan perlakuan khusus yang pengolahannya menggunakan paket perangkat lunak statistik konvensional seperti SPSS. Aplikasi statistik yang tersedia didalam SPSS untuk mengolah dan menganalisis data seperti Riskesdas 2007 adalah SPSS Complex Samples. Aplikasi statistik ini memungkinkan penggunaan *two stage sampling design* seperti yang diimplementasikan di dalam Susenas 2007. Dengan penggunaan SPSS Complex Sample dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Jambi 2007, maka validitas hasil analisis data dapat dioptimalkan.

Pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab Hasil Riskesdas. Riskesdas yang terdiri dari 6 Kuesioner dan 11 Blok Topik Analisis perlu menghitung jumlah sampel yang dipergunakan untuk mendapatkan hasil analisis baik secara nasional, provinsi, kabupaten/kota, serta karakteristik penduduk. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas yang terkumpul seperti tercantum pada tabel 3.2.1, dan tabel 3.2.2 perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis. Berikut ini rincian jumlah sampel yang dipergunakan untuk analisis data, terutama dari hasil pengukuran dan pemeriksaan dan kelompok umur.

- a. Status gizi
Untuk analisis status gizi, kelompok umur yang digunakan adalah balita, anak usia 6-14 tahun, wanita usia 15-45 tahun, dewasa usia 15 tahun keatas.
- b. Hipertensi
Untuk analisis hasil pengukuran tekanan darah pada kelompok umur 18 tahun keatas
- c. Pemeriksaan katarak
Untuk analisis pemeriksaan katarak adalah pada umur 30 tahun keatas
- d. Pemeriksaan visus
Untuk analisis visus untuk umur 6 tahun keatas
- e. Pemeriksaan Gigi
Analisis untuk umur 12 tahun keatas
- f. Perilaku dan Disabilitas

BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Gambaran umum

3.1.1 Geografi

Provinsi Jambi merupakan bagian dari Pulau Sumatera yang terletak di bagian wilayah timur. Letak geografis Provinsi Jambi berada pada $0^{\circ}45' - 2^{\circ}45'$ Lintang Selatan dan antara $101^{\circ}.10' - 104^{\circ}.55'$ Bujur Timur dengan Luas Wilayah keseluruhan 53.435 Km^2 . Batasan Wilayah Provinsi Jambi adalah sebagai berikut:

- Sebelah Utara berbatasan dengan Provinsi Riau
- Sebelah Timur berbatasan dengan Laut Cina Selatan
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Provinsi Sumatera Selatan
- Sebelah Barat berbatasan dengan Provinsi Sumatera Barat dan Bengkulu.

Tofografi Provinsi Jambi terdiri dari daerah rawa-rawa dan pegunungan, daerah rawa-rawa sebagian besar terdapat di Kabupaten Tanjung Jabung Barat dan Tanjung Jabung Timur atau wilayah timur pulau sumatera, sedangkan wilayah pegunungan terletak di Kabupaten Kerinci atau wilayah barat pulau sumatera. Provinsi Jambi dengan iklim musim angin timur dengan musim angin kemarau sekitar bulan Juni, dan musim penghujan sekitar bulan Oktober.

Di Provinsi banyak terdapat gunung baik berapi maupun tidak berapi. Gunung tertinggi di Provinsi Jambi adalah Gunung Kerinci yang berada pada ketinggian 3.805 m. Posisi gunung ini berada di sebelah barat Provinsi Jambi dan berbatasan langsung dengan Provinsi Sumatera Barat tepatnya terdapat di Kabupaten Kerinci. Selain itu ada juga gunung yang lain yaitu Gunung Masurai, Gunung Tujuh, Gunung Raya dan Gunung Alas.

Di Provinsi Jambi ada 11 sungai yang melintasi Provinsi ini. Sungai yang ada di Provinsi Jambi juga merupakan sungai terpanjang di Pulau Sumatera yaitu Sungai Batang Hari dengan panjang 655 Km, membentang dari sebelah barat sampai sebelah timur Provinsi Jambi.

Secara administratif Provinsi Jambi terdiri dari 9 Kabupaten dan 1 Kota, 103 Kecamatan, 1.124 Desa, dan 128 Kelurahan dengan rincian seperti pada tabel 3.1.1 Kabupaten/Kota yang terbanyak jumlah kelurahan/desa adalah kabupaten Kerinci dan paling sedikit adalah Tanjung Jabung Barat.

Tabel 3.1.1
Jumlah Kecamatan dan Desa/ Kelurahan
Per Kabupaten/ Kota di Provinsi Jambi tahun 2006

No	Kabupaten/ Kota	Jumlah			
		Kecamatan	Desa	Kelurahan	Desa&Kelurahan
1.	Kerinci	17	272	6	278
2.	Merangin	9	162	8	170
3.	Sarolangun	8	110	4	114
4.	Bungo	17	118	13	131
5.	Tebo	12	91	5	96
6.	Tanjab Barat	5	61	5	66
7.	Tanjab Timur	11	81	8	89
8.	Batang Hari	8	100	13	113
9.	Muaro Jambi	8	129	4	133
10.	Kota Jambi	8	-	62	62
Provinsi Jambi		103	1.124	128	1.252

3.1.2 Demografi

Penduduk Provinsi Jambi tahun 2006 berdasarkan data BPS adalah 2.683.099 jiwa terdiri dari laki-laki 1.365.132 jiwa dan perempuan 1.317.967 jiwa.

Tabel 3.1.2.1
Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur
Di Provinsi Jambi Tahun 2006

No	Kelompok Umur (Tahun)	Jumlah Penduduk		
		Laki-Laki	Perempuan	Laki ² + Perempuan
1	0 – 4	127.985	114.896	242.881
2	5 – 9	142.295	130.058	272.353
3	10 – 14	145.178	130.783	275.961
4	15 – 19	137.968	131.233	269.201
5	20 – 24	124.580	134.083	258.663
6	25 – 29	115.176	129.570	244.746
7	30 – 34	109.495	113.327	222.822
8	35 – 39	104.918	105.841	210.759
9	40 – 44	92.891	91.803	184.694
10	45 – 49	77.748	73.987	151.735
11	50 – 54	65.911	55.374	121.285
12	55 – 59	39.028	33.067	72.095
13	60 – 64	35.055	28.226	63.281
14	65 – 69	20.767	19.870	40.637
15	70 – 74	15.730	14.005	29.735
16	75+	10.407	11.844	22.251
Jumlah (Provinsi Jambi)		1.365.132	1.317.967	2.683.099

Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jambi tahun 2006

Provinsi Jambi tahun 2006 dengan Luas wilayah 53.435,00 Km² memiliki kepadatan penduduk rata-rata adalah 50,21 jiwa per Km². Jumlah penduduk Provinsi Jambi dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, sehingga kepadatan penduduk pun berubah. Kepadatan penduduk pada tahun 2006 lebih padat dari tahun sebelumnya. Jika pada tahun 2003 dan 2004 kepadatan penduduk berturut-turut 48,07 dan 49,02 jiwa per Km² tahun 2005 kepadatan penduduk sebesar 49,73 jiwa per Km², dan pada tahun 2006 meningkat menjadi 50,21 jiwa per Km². Kabupaten/ Kota yang paling padat penduduknya adalah Kota Jambi dan yang paling jarang adalah Kabupaten Sarolangun. Data lengkap dapat dilihat pada tabel 3.1.2.2

Tabel 3.1.2.2
Jumlah dan Kepadatan Penduduk Provinsi Jambi
Menurut Kabupaten/ Kota Tahun 2006

No	Kabupaten/ Kota	Jumlah Penduduk			Kepadatan Per Km ²
		Laki-laki	Perempuan	Jumlah	
1.	Kerinci	148.636	157.858	306.494	72,97
2.	Merangin	144.600	132.995	277.595	43,51
3.	Sarolangun	103.498	101.592	205.090	26,23
4.	Bungo	129.078	121.856	250.934	35,05
5.	Tebo	127.160	118.884	246.044	38,81
6.	Tanjab Barat	124.212	114.804	239.016	49,08
7.	Tanjab Timur	105.456	101.882	207.340	38,90
8.	Batang Hari	108.327	103.570	211.897	42,52
9.	Muaro Jambi	154.008	141.311	295.319	48,04
10.	Kota Jambi	220.155	223.215	443.370	2.162,78
Provinsi Jambi		1.365.132	1.317.967	2.683.099	50,21

Sumber : Profil Kesehatan Provinsi Jambi tahun 2006

3.1.3 Response Rate

Cakupan rumahtangga dan individu sampel Riskesdas 2007 terhadap Susenas 2007 adalah seperti tersaji pada Tabel 3.1.3.1 dan Tabel 3.1.3.2 Jumlah keseluruhan sampel rumahtangga Susenas 2007 sebesar 6.078 rumahtangga, dan dari jumlah tersebut yang berhasil dikumpulkan datanya 5.806 rumahtangga, dengan response rate sebesar 95,5%.

Tabel 3.1.3.1
Response Rate Rumahtangga Riskesdas 2007 terhadap Susenas
2007 di Provinsi Jambi

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/ Susenas
	N	%	N	%	
Kerinci	556	0,22	606	0,22	91,7
Merangin	584	0,23	608	0,22	96,1
Sarolangun	575	0,22	608	0,22	94,6
Batang Hari	583	0,23	608	0,22	95,9
Muaro Jambi	592	0,23	608	0,22	97,4
Tanjung Jabung Timur	579	0,22	608	0,22	95,2
Tanjung Jabung Barat	593	0,23	608	0,22	97,5
Tebo	571	0,22	608	0,22	93,9
Bungo	594	0,23	608	0,22	97,7
Kota Jambi	579	0,22	608	0,22	95,2
Provinsi Jambi	5806		6078		95,5

Menurut kabupaten/kota, daerah yang response rate-nya tinggi adalah di Muaro Jambi, Tanjung Jabung Barat dan Bungo. Sedangkan yang terendah adalah di Kabupaten Kerinci (91,7%). Adanya rumahtangga yang tidak berhasil dikunjungi antara lain karena banyaknya rumahtangga yang terdaftar di DSRT Susenas 2007 tidak ditemukan di lapangan, adanya rumah tangga yang pindah, dan lain-lain.

Tabel 3.1.3.2
Response Rate Individu Riskesdas 2007 terhadap Susenas 2007
Di Provinsi Jambi

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/ Susenas
	N	%	N	%	
Kerinci	1.862	0,19	2.199	0,19	84,7
Merangin	2.318	0,24	2.484	0,22	93,3
Sarolangun	2.195	0,23	2.478	0,22	88,6
Batang Hari	2.336	0,24	2.546	0,22	91,8
Muaro Jambi	2.286	0,23	2.545	0,22	89,8
Tanjung Jabung Timur	2.128	0,22	2.422	0,21	87,9
Tanjung Jabung Barat	2.382	0,24	2.485	0,22	95,9
Tebo	2.199	0,23	2.531	0,22	86,9
Bungo	2.400	0,25	2.560	0,23	93,8
Kota Jambi	2.329	0,24	2.606	0,23	89,4
Provinsi Jambi	22.435		24.856		90,0

Menurut kabupaten/kota, daerah yang response rate-nya tinggi adalah di Kabupaten Tanjung Jabung Barat (95,9%) dan terendah di Kerinci (84,7%).

3.2 GIZI

3.2.1 STATUS GIZI BALITA

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak ditimbang dengan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang badan diukur dengan length-board dengan presisi 0,1 cm, dan tinggi badan diukur dengan menggunakan microtoise dengan presisi 0,1 cm. Variabel BB dan TB anak ini disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Untuk menilai status gizi anak, maka angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversikan ke dalam bentuk nilai terstandar (Z-score) dengan menggunakan baku antropometri WHO 2006. Selanjutnya berdasarkan nilai Z-score masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita dengan batasan sebagai berikut:

- a. Berdasarkan indikator BB/U :

Kategori Gizi Buruk	Z-score < -3,0
Kategori Gizi Kurang	Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0
Kategori Gizi Baik	Z-score >=-2,0 s/d Z-score <=2,0
Kategori Gizi Lebih	Z-score >2,0

- b. Berdasarkan indikator TB/U:

Kategori Sangat Pendek	Z-score < -3,0
Kategori Pendek	Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0
Kategori Normal	Z-score >=-2,0

- c. Berdasarkan indikator BB/TB:

Kategori Sangat Kurus	Z-score < -3,0
Kategori Kurus	Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0
Kategori Normal	Z-score >=-2,0 s/d Z-score <=2,0
Kategori Gemuk	Z-score >2,0

Perhitungan angka prevalensi :

Prevalensi gizi buruk = (Jumlah balita gizi buruk/jumlah seluruh balita) x 100%

Prevalensi gizi kurang = (Jumlah balita gizi kurang/jumlah seluruh balita) x 100%

Prevalensi gizi baik = (Jumlah balita gizi baik/jumlah seluruh balita) x 100%

Prevalensi gizilebih = (Jumlah balita gizi lebih/jumlah seluruh balita) x 100%

3.2.1.1 Status gizi balita berdasarkan indikator BB/U

Tabel 3.2.1.1 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/U.

Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk atau gizi kurang dan tidak mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Secara umum, prevalensi gizi buruk di Provinsi Jambi adalah 6,3 % dan gizi kurang 12,6 %. Sebanyak 6 kabupaten/kota memiliki prevalensi gizi buruk di atas prevalensi nasional dan hanya 4 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi gizi buruk di bawah prevalensi nasional yaitu Kabupaten Kerinci, Tanjung Jabung Timur, Tebo dan Kota Jambi.

Prevalensi Provinsi gizi buruk dan kurang di Provinsi Jambi adalah 18,9%. Bila dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi (RPJM) tahun 2015 sebesar 20% dan target MDG untuk Indonesia sebesar 18,5%, maka secara Provinsi target untuk RPJM sudah tercapai sedangkan target MDG belum tercapai. Namun pencapaian tersebut belum merata di 10 kabupaten/kota. Bila mengacu pada target MDG maka 4 kabupaten/kota yang sudah melampaui target, sedangkan untuk target RPJM sudah 3 kabupaten/kota yang melampaui target. Ke-3 kabupaten/kota yang telah memenuhi kedua target adalah: Kerinci, Muaro Jambi dan Kota Jambi. Satu kabupaten lainnya yaitu Merangin hanya melampaui target MDG.

Prevalensi gizi lebih di Provinsi Jambi adalah 5,3%. Terdapat 4 kabupaten/kota dengan prevalensi melebihi angka Provinsi, yaitu Muaro Jambi, Tanjung Jabung Timur, Tanjung Jabung Barat dan Kota Jambi.

Tabel 3.2.1.1
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Kerinci	3,0	9,2	82,6	5,2
Merangin	9,1	10,2	77,1	3,6
Sarolangun	7,9	17,6	73,4	1,1
Batang Hari	9,3	14,9	73,0	2,7
Muaro Jambi	5,5	9,5	77,8	7,1
Tanjung Jabung Timur	5,0	14,8	67,0	13,2
Tanjung Jabung Barat	5,6	19,6	67,6	7,2
Tebo	4,3	16,4	77,2	2,1
Bungo	14,6	12,8	67,9	4,8
Kota Jambi	2,5	8,0	83,6	5,9
Provinsi Jambi	6,3	12,6	75,8	5,3

*) BB/U= berat badan menurut umur

3.2.1.2 Status gizi balita berdasarkan indikator TB/U

Tabel 3.2.1.2 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator TB/U.

Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya *kronis*, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik. Status **pendek dan sangat pendek** dalam diskusi selanjutnya digabung menjadi satu kategori dan disebut masalah **kependekan**.

Prevalensi masalah kependekan pada balita di Provinsi Jambi masih tinggi yaitu sebesar 36,4%. Enam kabupaten/kota memiliki prevalensi masalah kependekan di atas angka Provinsi.

Tabel 3.2.1.2
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U) dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kerinci	24,9	21,5	53,5
Merangin	20,7	18,0	61,3
Sarolangun	19,4	20,9	59,7
Batang Hari	17,6	16,0	66,4
Muaro Jambi	11,8	13,5	74,7
Tanjung Jabung Timur	19,2	16,0	64,8
Tanjung Jabung Barat	25,4	16,7	57,9
Tebo	23,2	17,7	59,2
Bungo	28,2	15,7	56,1
Kota Jambi	14,4	11,2	74,5
Provinsi Jambi	20,1	16,3	63,6

*) TB/U= Tinggi badan menurut umur

3.2.1.3 Status gizi balita berdasarkan indikator BB/TB

Tabel 3.2.1.3.1 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/TB.

Indikator BB/TB menggambarkan status gizi yang sifatnya **akut** sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang pendek, seperti menurunnya nafsu makan akibat sakit atau karena menderita diare. Dalam keadaan demikian berat badan anak akan cepat turun sehingga tidak Persentaseonal lagi dengan tinggi badannya dan anak menjadi kurus.

Di samping mengindikasikan masalah gizi yang bersifat akut, indikator BB/TB juga dapat digunakan sebagai indikator kegemukan. Dalam hal ini berat badan anak melebihi Persentase normal terhadap tinggi badannya. Kegemukan ini dapat terjadi sebagai akibat dari pola makan yang kurang baik atau karena keturunan. Masalah kekurusan dan kegemukan pada usia dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degeneratif pada usia dewasa (Teori *Barker*).

Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah indikator **sangat kurus** yaitu anak dengan nilai Z-score < -3,0 SD. Prevalensi balita sangat kurus secara nasional masih cukup tinggi yaitu 6,3%. Terdapat 6 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi balita sangat kurus di bawah angka prevalensi Provinsi. Ke 4 kabupaten/kota tersebut adalah: Kerinci, Merangin, Sarolangun, Batang Hari, Tanjung Jabung Barat dan Tebo.

Dalam diskusi selanjutnya digunakan **masalah kekurusan** untuk gabungan kategori sangat kurus dan kurus. Besarnya masalah kekurusan pada balita yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat (**public health problem**) adalah jika prevalensi kekurusan > 5%. Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi kekurusan antara 10,1% - 15,0% , dan dianggap kritis bila prevalensi kekurusan sudah di atas 15,0% (UNHCR).

Tabel 3.2.1.3.1
Sebaran Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kerinci	6,1	8,3	64,6	21,0
Merangin	10,4	6,8	66,6	16,3
Sarolangun	8,9	9,1	73,5	8,5
Batang Hari	8,3	9,4	72,8	9,5
Muaro Jambi	15,4	11,3	63,4	9,9
Tanjung Jabung Timur	11,0	4,6	65,4	19,0
Tanjung Jabung Barat	8,9	9,6	65,3	16,2
Tebo	4,4	7,0	75,3	13,2
Bungo	15,2	9,2	63,2	12,4
Kota Jambi	13,3	9,1	60,9	16,7
Provinsi Jambi	10,6	8,6	66,4	14,4

*) BB/TB= berat badan menurut tinggi badan

Di Provinsi Jambi prevalensi kekurusan pada balita adalah 19,2%. Hal ini berarti bahwa masalah kekurusan di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Jika dilihat untuk tiap kabupaten/kota, maka prevalensi kekurusan hampir di seluruh kabupaten/kota masih berada di atas 5%, yang berarti masalah kekurusan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di setiap kabupaten/kota, kecuali kabupaten Tebo. Dari 10 kabupaten/kota, ada 3 kabupaten/kota yang masuk kategori serius yaitu kabupaten Kerinci, Muaro Jambi dan Kota Jambi, sedangkan 7 kabupaten/kota lainnya masuk kategori kritis yaitu Kabupaten Merangin, Sarolangun, Batang Hari, Tanjung Jabung Timur, Tanjung Jabung Barat, Tebo dan Bungo.

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan di kalangan balita. Di Provinsi Jambi prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB adalah sebesar 14,4%. Lima kabupaten/kota yang memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka Provinsi yaitu Kerinci, Merangin, Tanjung Jabung Timur, Tanjung Jabung Barat, dan Kota Jambi.

3.2.1.4 Status Gizi Balita Menurut Karakteristik Responden

Untuk mempelajari kaitan antara status gizi balita yang didasarkan pada indikator BB/U, TB/U dan BB/TB (sebagai variabel terikat) dengan karakteristik responden meliputi kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan KK, pekerjaan KK, tempat tinggal dan pendapatan per kapita (sebagai variabel bebas), telah dilakukan tabulasi silang antara variabel bebas dan terikat tersebut.

Tabel 3.2.1.4.1 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/U balita dengan variabel-variabel karakteristik responden.

Dari tabel 3.3.1.4.1 dapat dilihat bahwa secara umum ada kecenderungan arah yang mengaitkan antara status gizi BB/U dengan karakteristik responden, yaitu:

- a. Semakin bertambah umur, prevalensi gizi kurang cenderung meningkat, sedangkan untuk gizi lebih cenderung menurun.
- b. Prevalensi gizi buruk dan kurang lebih banyak pada balita laki-laki dibandingkan perempuan, sedangkan prevalensi gizi lebih tidak ada perbedaan antara balita laki-laki dan perempuan.
- c. Semakin tinggi pendidikan KK semakin rendah prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balita, sebaliknya terjadi peningkatan gizi baik dan gizi lebih.
- d. Kelompok dengan KK dengan jenis pekerjaan Pegawai Swasta dan Wiraswasta/Dagang/Jasa memiliki prevalensi gizi buruk dan gizi kurang yang relatif rendah.
- e. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang daerah perkotaan relatif lebih rendah dari daerah perdesaan.
- f. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan semakin rendah baik pada prevalensi gizi buruk, gizi kurang maupun gizi lebih pada balitanya.

Tabel 3.2.1.4.1
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U) dan Karakteristik Responden
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori status Gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Kelompok Umur (bulan)				
0 - 5	5,9	12,8	77,3	4,0
6 -11	6,1	8,1	78,4	7,5
12-23	6,1	10,2	77,0	6,7
24-35	7,2	12,9	75,0	4,9
36-47	7,0	15,0	73,7	4,3
48-60	5,8	13,6	75,8	4,8
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	7,1	14,0	73,6	5,3
Perempuan	5,5	11,1	78,1	5,3
Pendidikan				
Tdk Tamat SD & Tdk Sekolah	6,1	17,8	71,1	5,0
Tamat SD	6,5	15,7	72,4	5,4
Tamat SLTP	6,0	9,6	80,4	4,1
Tamat SLTA	6,9	9,3	78,2	5,6
Tamat PT	2,2	11,7	79,0	7,0
Pekerjaan				
Tdk Kerja/Sekolah/Ibu RT	6,8	16,8	70,2	6,2
TNI/POLRI/PNS/BUMN	6,0	7,0	81,1	5,9
Pegawai Swasta	3,6	8,5	84,8	3,1
Wiraswasta/Dagang/Jasa	4,8	9,9	79,8	5,5
Petani/Nelayan	7,1	15,4	72,0	5,5
Buruh & Lainnya	5,9	14,9	74,3	5,0
Tipe Daerah				
Perkotaan	4,2	9,5	79,8	6,5
Perdesaan	7,2	13,9	74,2	4,8
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	7,7	13,7	72,6	6,0
Kuintil 2	5,9	15,9	72,7	5,5
Kuintil 3	7,3	11,7	76,2	4,8
Kuintil 4	4,9	11,3	79,2	4,7
Kuintil 5	5,5	9,8	79,6	5,1

*) BB/U= berat badan menurut umur

Status gizi BB/U balita menurut karakteristik responden:

Tabel 3.2.1.4.2 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U dengan karakteristik responden. Seperti halnya dengan status gizi BB/U, kaitan antara status gizi TB/U dan karakteristik responden menunjukkan kecenderungan yang serupa:

- a. Menurut umur, tidak tampak adanya pola masalah kependekan pada balita.
- b. Menurut jenis kelamin, tidak tampak adanya perbedaan masalah kependekan yang mencolok pada balita.
- c. Makin tinggi pendidikan KK prevalensi kependekan pada balita cenderung makin rendah.

- d. Pada kelompok keluarga yang memiliki pekerjaan pegawai swasta dan buruh dan lainnya mempunyai prevalensi kependekan relatif lebih rendah dibandingkan pekerja lain.
- e. Prevalensi kependekan di daerah perdesaan relatif lebih tinggi dibanding daerah perkotaan.
- f. Prevalensi kependekan cenderung lebih rendah seiring dengan meningkatnya tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan.

Tabel 3.2.1.4.2
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U) dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskedas 2007

Karakteristik	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Kelompok umur (Bulan)			
0 - 5	18,3	7,8	74,0
6 -11	19,5	12,5	68,0
12-23	21,8	15,1	63,1
24-35	22,8	16,2	61,0
36-47	20,8	21,9	57,3
48-60	17,9	16,3	65,8
Jenis kelamin			
Laki-laki	21,0	17,3	61,7
Perempuan	19,1	15,2	65,6
Pendidikan			
Tdk Tamat SD & Tdk Sekolah	24,5	18,8	56,8
Tamat SD	20,5	15,7	63,9
Tamat SLTP	20,5	17,2	62,3
Tamat SLTA	18,5	15,7	65,9
Tamat PT	11,2	14,3	74,5
Pekerjaan			
Tdk Kerja/Sekolah/Ibu RT	30,6	5,1	64,3
TNI/POLRI/PNS/BUMN	18,4	12,3	69,3
Pegawai Swasta	14,8	15,4	69,9
Wiraswasta/Dagang/Jasa	18,7	14,4	66,9
Petani/Nelayan	22,2	18,7	59,1
Buruh & Lainnya	16,2	16,1	67,6
Tipe Daerah			
Perkotaan	18,4	13,1	68,5
Perdesaan	20,8	17,5	61,7
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	20,5	17,9	61,6
Kuintil 2	21,7	17,6	60,7
Kuintil 3	20,6	19,2	60,2
Kuintil 4	19,9	13,9	66,2
Kuintil 5	17,4	11,6	70,9

*) TB/U= Tinggi badan menurut umur

Tabel 3.2.1.4.3 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden. Kajian deskriptif kaitan antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden menunjukkan:

- a. Masalah kekurangan cenderung semakin rendah seiring dengan bertambahnya umur.
- b. Tidak tampak adanya perbedaan masalah kekurangan yang mencolok antara balita laki-laki dan perempuan.
- c. Masalah kekurangan cenderung semakin rendah seiring dengan semakin tinggi tingkat pendidikan KK, sebaliknya masalah kegemukan cenderung semakin tinggi dengan semakin tinggi tingkat pendidikan.
- d. Prevalensi kekurangan balita pada kelompok dengan KK sebagai tidak sekolah/sekolah/ibu RT relatif lebih tinggi dibandingkan dengan KK yang memiliki pekerjaan lain. Sedangkan prevalensi balita kegemukan tidak menunjukkan ada perbedaan menurut jenis pekerjaan KK.
- e. Prevalensi kekurangan lebih tinggi di daerah pedesaan dibandingkan perkotaan, sebaliknya prevalensi kegemukan lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan pedesaan.
- f. Prevalensi kekurangan akan semakin rendah dengan semakin tingginya tingkat pengeluaran perkapita, sebaliknya prevalensi kegemukan semakin tinggi dengan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan.

Tabel 3.2.1.4.3
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)
dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi BB/TB			
	Sangat Kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok Umur (Bulan)				
0 - 5	14,3	7,3	55,3	23,1
6 -11	12,3	8,4	61,5	17,8
12-23	13,5	9,8	65,3	11,3
24-35	10,4	9,3	68,3	12,1
36-47	9,8	7,9	65,6	16,6
48-60	8,1	8,3	70,1	13,6
Jenis kelamin				
Laki-Laki	12,0	8,9	64,9	14,3
Perempuan	9,1	8,3	68,0	14,6
Pendidikan				
Tdk Tamat SD & Tdk Sekolah	10,1	10,1	66,5	13,3
Tamat SD	9,2	9,9	67,5	13,3
Tamat SLTP	11,1	7,0	68,1	13,8
Tamat SLTA	14,1	9,0	61,7	15,2
Tamat PT	5,9	6,3	71,9	15,8
Pekerjaan				
Tdk Kerja/Sekolah/Ibu RT	9,3	10,6	68,6	11,4
TNI/POLRI/PNS/BUMN	8,8	5,5	69,9	15,8
Pegawai Swasta	12,6	12,4	61,3	13,8
Wiraswasta/Dagang/Jasa	12,4	8,8	64,3	14,6
Petani/Nelayan	9,4	8,0	67,8	14,8
Buruh & Lainnya	13,7	12,0	64,7	9,7
Tipe Daerah				
Perkotaan	11,9	6,9	62,1	19,1
Perdesaan	10,0	9,3	68,1	12,5
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	11,7	9,4	67,0	11,9
Kuintil 2	11,0	7,6	66,4	15,0
Kuintil 3	7,9	9,9	65,1	17,1
Kuintil 4	11,0	8,4	66,6	13,9
Kuintil 5	11,2	7,3	67,1	14,5

*) BB/TB= berat badan menurut tinggi badan

Tabel 3.2.1.4.4 di bawah ini menyajikan gabungan prevalensi balita menurut ke tiga indikator status gizi yang digunakan yaitu BB/U (Gizi Buruk dan Kurang), TB/U (kependekan), BB/TB (kekurusan). Indikator TB/U memberikan gambaran masalah gizi yang sifatnya kronis dan BB/TB memberikan gambaran masalah gizi yang sifatnya akut.

Tabel 3.2.1.4.4
Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	BB/U Bur-Kur	TB/U: Kronis (Kependekan)	BB/TB: Akut (Kekurusan)	Akut*	Kronis**
Kerinci	14,4	46,4	14,4	√	√
Merangin	17,2	38,7	17,2	√	√
Sarolangun	18,0	40,3	18,0	√	√
Batang Hari	17,7	33,6	17,7	√	
Muaro Jambi	26,7	25,4	26,7	√	
Tanjung Jabung	15,6	35,2	15,5	√	
Tanjung Jabung	18,5	42,1	18,5	√	√
Tebo	11,4	40,9	11,4	√	√
Bungo	24,4	43,9	24,4	√	√
Kota Jambi	22,4	25,6	22,4	√	
Provinsi Jambi	18,9	36,4	19,2		

* Permasalahan gizi akut adalah apabila BB/TB >10% (UNHCR)

**Permasalahan gizi kronis adalah apabila TB/U di atas prevalensi Nasional

Permasalahan gizi akut ditemukan di semua kabupaten/kota di provinsi Jambi. Ada 6 kabupaten yang memiliki permasalahan gizi kronis yaitu kabupaten Kerinci, Merangin, Sarolangun, Tanjung Jabung Barat, Tebo dan Bungo.

Permasalahan gizi akut dan kronis ditemukan di enam Kabupaten yaitu kabupaten Kerinci, Merangin, Sarolangun, Tanjung Jabung Barat, Tebo dan Bungo..

3.2.2 Status Gizi Penduduk Umur 6-14 Tahun (Usia Sekolah)

Status gizi penduduk umur 6-14 tahun dapat dinilai berdasarkan IMT yang dibedakan menurut umur dan jenis kelamin. Sebagai rujukan untuk menentukan kurus, apabila nilai IMT kurang dari 2 standar deviasi (SD) dari nilai rerata, dan berat badan (BB) lebih jika nilai IMT lebih dari 2SD nilai rerata standar WHO 2007 (Tabel 3.13).

Tabel 3.2.2.1
Standar Penentuan Kekurusan dan Berat Badan Lebih menurut
Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007

Umur (Tahun)	Laki-laki			Perempuan		
	Rerata IMT	-2SD	+2SD	Rerata IMT	-2SD	+2SD
6	15,3	13,0	18,5	15,3	12,7	19,2
7	15,5	13,2	19,0	15,4	12,7	19,8
8	15,7	13,3	19,7	15,7	12,9	20,6
9	16,1	13,5	20,5	16,1	13,1	21,5
10	16,4	13,7	21,4	16,6	13,5	22,6
11	16,9	14,1	22,5	17,3	13,9	23,7
12	17,5	14,5	23,6	18,0	14,4	24,9
13	18,2	14,9	24,8	18,8	14,9	26,2
14	19,0	15,5	25,9	19,6	15,5	27,3

Berdasarkan standar WHO di atas, secara nasional prevalensi kekurusan adalah 13,3% pada laki-laki dan 10,9% pada perempuan. Sedangkan prevalensi BB lebih pada laki-laki 9,5% dan perempuan 6,4%.

Berdasarkan standar WHO di atas, di Provinsi Jambi prevalensi kekurusan adalah 13,3% pada laki-laki dan 13,5% pada perempuan. Sedangkan prevalensi BB lebih pada laki-laki 11,5% dan perempuan 7,5%.

Menurut kabupaten/kota, kabupaten Bungo mempunyai prevalensi kekurusan tertinggi baik pada anak laki-laki (21,8%) maupun pada anak perempuan (17,8%). Sedangkan prevalensi kekurusan terendah pada laki-laki di Tanjung Jabung Barat sebesar 5,6%, dan pada perempuan di kabupaten Batang Hari sebesar 10,8%.

Lima kabupaten/kota dengan prevalensi kekurusan tertinggi pada anak laki-laki adalah Bungo (21,8%), Kota Jambi (15,0%), Tebo (14,5%), Muaro Jambi (14,4%) dan Sarolangun (14,1%). Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di kabupaten Bungo (17,8%), Tebo (17,4%), Kerinci (16,1%), Kota Jambi (14,7%) dan Merangin (13,8%).

Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6 – 14 tahun tertinggi di Kota Jambi untuk anak laki-laki (18,9%) dan untuk anak perempuan di Kerinci (12,3%). Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6 – 14 tahun terendah untuk anak laki-laki ditemukan di Tebo (7,4%) dan pada anak perempuan di Bungo (4,0%). Lima provinsi dengan prevalensi BB-lebih pada anak laki-laki adalah Kota Jambi (18,9%), Batang Hari (13,2%), Tanjung Jabung Barat (12,9%), Sarolangun (12,0%), dan Muaro Jambi (11,9%). Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di kabupaten Kerinci (12,3%), Kota Jambi (11,3%), Tanjung Jabung Barat (10,7%), Tanjung Jabung Timur (10,2%), dan Batang Hari (7,4%).

Tabel 3.2.2.2
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 Tahun Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Kerinci	12,4	11,3	16,1	12,3
Merangin	11,1	9,6	13,8	5,1
Sarolangun	14,1	12,0	11,1	4,3
Batang Hari	12,5	13,2	10,8	7,4
Muaro Jambi	14,4	11,9	10,9	3,4
Tanjung Jabung Timur	11,6	9,1	11,4	10,2
Tanjung Jabung Barat	5,6	12,9	11,3	10,7
Tebo	14,5	7,4	17,4	6,4
Bungo	21,8	9,4	17,8	4,0
Kota Jambi	15,0	18,9	14,7	11,3
Provinsi Jambi	13,3	11,5	13,5	7,5

Tabel 3.2.2.3 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi anak usia 6-14 tahun menurut IMT dengan karakteristik responden: tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Dari tabel ini terlihat bahwa prevalensi anak kurus pada laki-laki cenderung lebih tinggi di pedesaan, sedangkan pada perempuan cenderung lebih tinggi di perkotaan. Prevalensi gizi lebih baik pada laki-laki maupun perempuan cenderung lebih tinggi di perkotaan. Prevalensi kekurusan pada laki-laki ada kecenderungan menurun dengan meningkatnya tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, sedangkan pada perempuan tidak tampak adanya kecenderungan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Prevalensi anak laki-laki dengan BB-lebih baik pada laki-laki maupun perempuan menunjukkan tidak ada kecenderungan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.2.2.3
Persentase Status Gizi Anak Usia 6-14 Tahun menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Tipe Daerah				
Perkotaan	13,2	17,7	13,8	11,9
Perdesaan	13,4	10,0	13,6	6,0
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	16,1	9,4	15,4	5,9
Kuintil 2	14,2	14,2	10,3	8,4
Kuintil 3	13,6	11,7	14,5	5,3
Kuintil 4	11,1	11,4	14,4	7,8
Kuintil 5	10,1	14,3	13,5	11,2

3.2.3 Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas

Status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas dinilai dengan Indeks Massa Tubuh (IMT). Indeks Massa Tubuh dihitung berdasarkan berat badan dan tinggi badan dengan rumus sebagai berikut :

$$BB_{(kg)}/TB_{(m)}^2$$

Berikut ini adalah batasan IMT untuk menilai status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas :

Kategori kurus	IMT < 18,5
Kategori normal	IMT \geq 18,5 - <24,9
Kategori BB lebih	IMT \geq 25,0 - <27,0
Kategori obese	IMT \geq 27,0

Indikator status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas yang lain adalah ukuran lingkaran perut (LP) untuk mengetahui adanya obesitas sentral. Lingkaran perut diukur dengan alat ukur yang terbuat dari fiberglass dengan presisi 0,1 cm. Batasan untuk menyatakan status obesitas sentral berbeda antara laki-laki dan perempuan.

Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 - 45 tahun dinilai dengan mengukur lingkaran lengan atas (LILA). Pengukuran LILA dilakukan dengan pita LILA dengan presisi 0,1 cm.

3.2.3.1 Status gizi dewasa berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)

Tabel 3.2.3.1.1 menyajikan prevalensi penduduk menurut status IMT di masing-masing Provinsi. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan obese.

Prevalensi obesitas umum di Provinsi Jambi adalah 14,6% (7,2% BB lebih dan 7,4% obese). Ada 2 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi obesitas umum di atas angka prevalensi Provinsi yaitu Kabupaten Sarolangun dan Kota Jambi. Sedangkan kabupaten/kota yang memiliki prevalensi obesitas umum terendah adalah Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

Tabel 3.2.3.1.1
Prevalensi Status Gizi Penduduk (Umur 15 Tahun ke Atas) Menurut IMT dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Kerinci	15,9	70,9	6,6	6,6
Merangin	15,3	72,1	7,0	5,6
Sarolangun	13,3	70,5	7,8	8,4
Batang Hari	17,8	69,0	6,8	6,4
Muaro Jambi	8,3	77,5	7,7	6,5
Tanjung Jabung Timur	18,9	71,7	5,5	3,8
Tanjung Jabung Barat	16,0	70,7	6,8	6,4
Tebo	20,7	67,3	6,4	5,5
Bungo	15,8	72,9	5,9	5,5
Kota Jambi	9,87	67,4	9,2	13,0
Provinsi Jambi	14,6	70,9	7,2	7,4

Kurus : IMT <18.5; Normal: 18.5-24.9; BB lebih: IMT : 25-27; Obese: IMT >=27k

Prevalensi obesitas umum menurut jenis kelamin disajikan pada Tabel 3.2.3.1.2 Di Provinsi Jambi prevalensi obesitas umum pada laki-laki lebih rendah dibandingkan dengan perempuan (masing-masing 10,5% dan 18,4%).

Tabel 3.2.3.1.2
Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas)
Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas
2007

Kabupaten/Kota	Prevalensi obesitas umum (%)		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki dan Perempuan
Kerinci	9,7	16,5	13,2
Merangin	6,7	18,3	12,6
Sarolangun	13,1	18,8	16,2
Batang Hari	8,6	18,1	13,2
Muaro Jambi	10,8	17,3	14,2
Tanjung Jabung Timur	4,7	14,1	9,3
Tanjung Jabung Barat	11,3	15,2	13,2
Tebo	8	15,9	11,9
Bungo	7,8	15	11,4
Kota Jambi	18,3	27	22,2
Provinsi Jambi	10,5	18,4	14,6

Tabel 3.2.3.1.3 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi penduduk dewasa menurut IMT dengan beberapa variabel karakteristik responden. Dari tabel ini terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas umum. Prevalensi obesitas umum lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding daerah perdesaan.

Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas umum, ini berlaku juga untuk prevalensi BB lebih dan obese.

Tabel 3.2.3.1.3
Prevalensi Penduduk Dewasa (15 Tahun ke Atas) menurut Indeks Massa Tubuh dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori Status Gizi			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Pendidikan KK				
Tdk Tamat SD & Tdk Sekolah	25,3	60,6	6,7	7,4
Tamat SD	15,8	65,9	8,7	9,7
Tamat SLTP	13,2	67,2	9,2	10,4
Tamat SLTA	15,5	67,5	7,9	9,1
Tamat PT	12,2	66,4	10,0	11,4
Tipe Daerah				
Perkotaan	13,8	62,5	10,5	13,2
Perdesaan	15,6	69,0	7,7	7,7
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	17,8	67,8	7,2	7,2
Kuintil 2	16,2	67,2	8,1	8,5
Kuintil 3	15,2	66,4	8,9	9,6
Kuintil 4	13,7	65,7	9,2	11,3
Kuintil 5	11,8	63,6	11,0	13,7

Kurus : IMT <18,5; Normal: 18,5-24,9; BB lebih: IMT : 25-27; Obese: IMT >=27.

3.2.3.2 Status gizi dewasa berdasarkan indikator Lingkar Perut (LP)

Tabel 3.2.3.2.1 dan Tabel 3.2.3.2.2 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut kabupaten/kota dan karakteristik lain responden. Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang erat kaitannya dengan beberapa penyakit degeneratif.

Prevalensi obesitas sentral di Provinsi Jambi adalah 11,9%. Dari 10 kabupaten/kota, 5 di antaranya memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi Provinsi yaitu Kabupaten Kerinci, Merangin, Sarolangun, Batang Hari dan Kota Jambi.

Tabel 3.2.3.2.1
Sebaran Obesitas Sentral pada Penduduk 15 Tahun Ke Atas Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten / Kota	Obesitas Sentral
Kerinci	14,3
Merangin	12,9
Sarolangun	12,0
Batang Hari	13,9
Muaro Jambi	8,5
Tanjung Jabung Timur	8,3
Tanjung Jabung Barat	8,0
Tebo	10,6
Bungo	11,6
Jambi	15,3
Provinsi Jambi	11,9

Catatan: Laki-laki: Lingkar Perut >90 cm
Perempuan: Lingkar Perut >82cm

Hasil tabulasi silang antara prevalensi obesitas sentral dengan karakteristik responden lain memperlihatkan, menurut kelompok umur, obesitas umum meningkat sesuai dengan meningkatnya umur dan menurun kembali setelah umur 45-54 tahun. Seperti halnya dengan obesitas umum, maka prevalensi obesitas sentral juga terlihat lebih tinggi pada perempuan dibanding laki-laki. Semakin meningkat tingkat pendidikan cenderung meningkat pula obesitas umum. Obesitas umum paling tinggi pada ibu RT. Prevalensi obesitas sentral lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding daerah perdesaan. Tingkat pengeluaran perkapita menunjukkan hubungan yang positif dengan prevalensi obesitas sentral. Semakin meningkat tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas sentral.

Tabel 3.2.3.2.2

Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk \geq 15 Tahun Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi Riskesdas 2007

Karakteristik	Obesitas Sentral
Kelompok Umur (Tahun)	
15-24	4,7
25-34	12,8
35-44	16,2
45-54	16,2
55-64	14,2
65-74	10,3
75+	9,4
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	3,7
Perempuan	19,8
Pendidikan	
Tidak Sekolah	11,5
Tidak Tamat SD	11,5
Tamat SD	12,2
Tamat SLTP	10,3
Tamat SLTA	13,0
Tamat PT	14,5
Pekerjaan	
Tidak Kerja	8,9
Sekolah	3,2
Ibu RT	24,7
Pegawai	13,1
Wiraswasta	12,5
Petani/Nelayan/Buruh	6,9
Lainnya	6,9
Tipe Daerah	
Perkotaan	14,9
Perdesaan	10,7
Tingkat Pengeluaran Perkapita	
Kuintil 1	8,1
Kuintil 2	10,8
Kuintil 3	10,9
Kuintil 4	13,1
Kuintil 5	15,8

Menurut Lingkar Perut (LP): Laki-laki >90 cm dan Perempuan >82cm

3.2.3.3 Status gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)

Tabel 3.2.3.3.1 Tabel 3.2.3.3.2, dan Tabel 3.2.3.3.3 menyajikan gambaran masalah gizi pada WUS yang diukur dengan LILA. Hasil pengukuran LILA ini disajikan menurut kabupaten/kota dan karakteristik responden. Untuk menggambarkan adanya risiko kurang energi kronis (KEK) dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi pada WUS digunakan ambang batas nilai rerata LILA dikurangi 1 SD, yang sudah disesuaikan dengan umur (*age adjusted*).

Tabel 3.2.3.3.1 menggambarkan prevalensi KEK tingkat nasional berdasarkan umur. Nampak adanya kecenderungan dengan meningkatnya umur nilai rerata LILA juga meningkat.

Tabel 3.2.3.3.1
Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 tahun,
Riskesdas 2007

Umur (Tahun)	Nilai Rerata LILA	
	Rerata (cm)	Standar Deviasi (SD)
15	23,8	2,62
16	24,2	2,57
17	24,4	2,53
18	24,6	2,62
19	24,7	2,60
20	24,9	2,72
21	25,0	2,78
22	25,1	2,80
23	25,4	2,92
24	25,6	2,94
25	25,8	2,98
26	25,9	2,98
27	26,1	3,04
28	26,3	3,10
29	26,4	3,14
30	26,6	3,17
31	26,7	3,17
32	26,8	3,16
33	26,9	3,23
34	27,0	3,24
35	27,0	3,22
36	27,1	3,29
37	27,2	3,33
38	27,2	3,31
39	27,2	3,37
40	27,2	3,35
41	27,3	3,32
42	27,4	3,37
43	27,3	3,35
44	27,4	3,32
45	27,2	3,41

Untuk menilai prevalensi risiko KEK dilakukan dengan cara menghitung LILA lebih kecil 1 SD dari nilai rerata untuk setiap umur antara 15 sampai 45 tahun.

Tabel 3.2.3.3.2 menunjukkan 2 kabupaten dengan prevalensi risiko KEK di atas angka nasional (13,6%) yaitu Tanjung Jabung Barat (14,4%) dan Bungo (13,7%).

Tabel 3.2.3.3.2
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Risiko KEK* (%)
Kerinci	12,7
Merangin	5,2
Sarolangun	7,5
Batang Hari	9,8
Muaro Jambi	8,1
Tanjung Jabung Timur	6,4
Tanjung Jabung Barat	14,4
Tebo	9,3
Bungo	13,7
Jambi	7,8
Provinsi Jambi	9,4

Catatan: Risiko KEK adalah bila nilai rerata LILA lebih kecil dari nilai rerata LILA nasional dikurangi 1 SD untuk setiap umur.

Kecenderungan risiko KEK berdasarkan tabulasi silang antara prevalensi Risiko KEK dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.2.3.3.3 adalah Berdasarkan tingkat pendidikan, gambaran Provinsi menunjukkan pada tingkat pendidikan terendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD), risiko KEK cenderung lebih tinggi dibanding tingkat pendidikan tertinggi (tamat PT). Menurut daerah tempat tinggal prevalensi risiko KEK lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumahtangga perkapita, menunjukkan hubungan negatif dengan risiko KEK. Semakin meningkat pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan cenderung semakin rendah risiko KEK.

Tabel 3.2.3.3.3
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	KEK
Pendidikan	
Tidak Sekolah & Tidak Tamat SD	13,0
Tamat SD	8,7
Tamat SMP	8,8
Tamat SMA	8,6
Tamat PT	7,2
Tipe daerah	
Perkotaan	9,9
Perdesaan	9,1
Tingkat pengeluaran	
Kuintil – 1	10,0
Kuintil – 2	11,4
Kuintil – 3	8,5
Kuintil – 4	7,5
Kuintil – 5	9,0

3.2.4 Konsumsi Energi Dan Protein

Konsumsi energi dan protein tingkat rumah tangga pada Riskesdas 2007 diperoleh berdasarkan jawaban responden untuk makanan yang di konsumsi anggota rumah tangga (ART) dalam waktu 1 x 24 jam yang lalu. Responden adalah ibu rumah tangga atau anggota rumah tangga lain yang biasanya menyiapkan makanan di rumah tangga (RT) tersebut.

Rumah tangga dengan konsumsi "energi rendah" adalah bila RT dengan konsumsi energi di bawah rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007, sedangkan RT dengan konsumsi "protein rendah" adalah bila RT dengan konsumsi protein di bawah rerata konsumsi protein nasional dari data Riskesdas 2007.

Dalam penulisan Tabel 3.2.4.1 berikut disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari, dan pada Tabel 3.2.4.2 sampai dengan Tabel 3.2.4.3, merupakan data prevalensi RT dengan konsumsi "energi rendah" dan konsumsi "protein rendah". Prevalensi RT yang mengkonsumsi energi dan protein di atas rerata konsumsi energi dan protein tidak disajikan.

Data pada tabel 3.2.4.1 berikut menunjukkan bahwa rata-rata konsumsi per kapita per hari penduduk di Provinsi Jambi adalah 1683,7 kkal untuk energi dan 59,8 gram untuk protein, yang berarti konsumsi energi lebih rendah dari rerata angka nasional (energi 1735,5 kkal) dan konsumsi protein lebih tinggi dari angka rerata nasional (protein 55,5 gram). Kabupaten/Kota dengan angka konsumsi energi terendah adalah Kabupaten Tanjung Jabung Barat (1218,4 kkal) dan Kabupaten dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Kerinci (2011,7 kkal). Kabupaten dengan konsumsi protein terendah adalah Tanjung Jabung Barat (45,8 gram) dan Kabupaten dengan konsumsi protein tertinggi adalah kabupaten Muaro Jambi (75,7 gram).

Tabel 3.2.4.1
Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskedas 2007

Kabupaten / Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Kerinci	2011,7	707,0	63,7	28,8
Merangin	1886,9	693,3	58,6	26,4
Sarolangun	1770,2	617,0	57,3	25,8
Batanghari	1494,3	430,8	51,1	20,3
Muaro Jambi	1457,8	624,8	75,7	33,9
Tanjung Jabung Timur	1732,0	673,1	60,3	27,3
Tanjung Jabung Barat	1218,4	565,8	45,8	23,3
Tebo	1735,6	640,6	57,4	28,7
Bungo	1772,1	700,1	58,7	30,1
Kota Jambi	1632,2	642,8	62,8	27,6
Provinsi Jambi	1683,7	677,3	59,8	28,6

Tabel 3.2.4.2
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari
Angka Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota,
Di Provinsi Jambi, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Kerinci	39,8	46,0
Merangin	47,2	51,3
Sarolangun	56,3	56,2
Batanghari	75,3	66,9
Muaro Jambi	72,3	31,1
Tanjung Jabung Timur	55,8	49,2
Tanjung Jabung Barat	83,9	71,8
Tebo	56,7	55,3
Bungo	54,8	55,5
Kota Jambi	62,3	46,8
Provinsi Jambi	59,6	51,9

Berdasarkan angka rerata konsumsi energi (1735,5 kkal) dan Protein (55,5 gram) dari data Riskedas 2007

Tabel 3.2.4.3
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita , di Provinsi Jambi , Riskedas 2007

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Tipe daerah		
Perkotaan	64,2	50,6
Perdesaan	57,8	52,4
Tingkat Pengeluaran Perkapita		
Kuintil 1	65,0	61,4
Kuintil 2	59,9	53,8
Kuintil 3	62,7	53,8
Kuintil 4	55,6	48,1
Kuintil 5	54,6	42,1

Berdasarkan angka rerata konsumsi energi (1735,5 kkal) dan Protein (55,5 gram) dari data Riskedas 2007

Tabel 3.2.4.2 di atas memperlihatkan prevalensi RT dengan konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah” yang berarti di bawah angka rerata nasional (1735,5 kkal dan 55,5 gram). Di Provinsi Jambi, prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional sebanyak 59,6 % untuk energi dan 51,9 % untuk protein. Angka prevalensi konsumsi energi sama dengan angka prevalensi nasional (59 %), dan angka prevalensi protein lebih rendah dari angka prevalensi nasional (58,5 %).

Kabupaten/Kota dengan konsumsi energi lebih rendah dari rerata nasional RT yang prevalensinya tertinggi adalah Kabupaten Tanjung Jabung Barat (83,9 %) dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah Kabupaten Kerinci (39,8 %). Kabupaten dengan konsumsi protein lebih rendah dari rerata nasional RT yang prevalensinya tertinggi adalah Kabupaten Tanjung Jabung Barat (71,8 %) dan sebaliknya yang prevalensinya terendah adalah Kabupaten Muaro Jambi (31,1%).

Data pada tabel 3.2.4.2 di atas menunjukkan bahwa prevalensi RT dengan konsumsi energi dibawah angka rerata nasional lebih tinggi di perkotaan, sebaliknya prevalensi RT dengan konsumsi protein dibawah angka rerata nasional lebih tinggi di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran RT perkapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran RT perkapita semakin rendah prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional.

3.2.5 Konsumsi Garam Beriodium

Prevalensi konsumsi garam beriodium Riskesdas 2007 diperoleh dari hasil isian pada kuesioner Blok II No 7 yang diisi dari hasil tes cepat garam iodium. Tes cepat dilakukan oleh petugas pengumpul data dengan menggunakan kit tes cepat (garam ditetesi larutan tes) pada garam yang digunakan di rumah-tangga. Rumah tangga dinyatakan mempunyai “garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3)” bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu tua; mempunyai “garam tidak cukup iodium (≤ 30 ppm KIO_3)” bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu muda; dan dinyatakan mempunyai “garam tidak ada iodium” bila hasil tes cepat garam di rumah-tangga tidak berwarna.

Tabel 3.2.5.1
Persentase Rumah Tangga yang Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Cukup
Kerinci	97,9
Merangin	100,0
Sarolangun	98,0
Batang Hari	95,2
Muaro Jambi	99,7
Tanjung Jabung Timur	95,3
Tanjung Jabung Barat	74,3
Tebo	84,7
Bungo	96,5
Jambi	94,6
Provinsi Jambi	94,0

Pada penulisan laporan ini yang disajikan hanya yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3). Tabel 3.2.5.1 memperlihatkan persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3) menurut kabupaten/kota. Secara umum, persentase rumah tangga yang mengkonsumsi garam mengandung cukup iodium di Provinsi Jambi sebesar 94,0% berarti telah melewati angka nasional 62,3%. Dari sepuluh kabupaten di Provinsi Jambi, kabupaten yang rendah dalam mengkonsumsi garam cukup iodium adalah Kabupaten Tanjung Jabung Barat (74,3%) sedangkan yang tertinggi adalah Kabupaten Merangin (100%).

Tabel 3.2.5.2
Persentase Kandungan Iodium Garam Yang Dikonsumsi Rumah Tangga Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik Responden	Kandungan Iodium Semi-Kuantitatif		
	Cukup	Kurang	Tidak Ada
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	95,4	4,0	0,6
SD Tidak Tamat	94,3	5,3	0,4
SD Tamat	93,6	6,1	0,3
SMP Tamat	94,4	5,2	0,4
SLTA Tamat	93,9	5,6	0,5
SLTA+	88,7	11,3	0,0
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	90,9	8,3	0,8
Sekolah	94,4	5,6	0,0
Ibu Rumah tangga	96,8	3,2	0,0
Pegawai Negri/ Swasta	93,1	6,7	0,2
Petani/ Buruh/ Nelayan	94,6	5,0	0,5
Lainnya	90,2	9,8	0,0
Tipe Daerah			
Perkotaan	94,6	5,1	0,3
Perdesaan	93,8	5,8	0,4
Tingkat Pengeluaran Perkapita			
Kuintil 1	94,0	6,0	0,0
Kuintil 2	93,8	5,8	0,3
Kuintil 3	93,8	5,5	0,7
Kuintil 4	94,0	5,6	0,4
Kuintil 5	94,6	5,0	0,4

Menurut karakteristik wilayah terlihat bahwa tidak ada perbedaan antara penduduk di perkotaan dan di perdesaan dalam mengkonsumsi garam cukup iodium. Begitu pula menurut pendidikan KK hampir tidak ada perbedaan di tiap tingkat pendidikan. Menurut pekerjaan utama KK, terlihat bahwa ibu rumah tangga ditemukan persentase sedikit lebih tinggi dalam mengkonsumsi garam cukup iodium dibanding jenis pekerjaan yang lain. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita juga tidak ditemukan perbedaan pada setiap kuintil dalam mengkonsumsi garam cukup mengandung iodium.

3.3 KESEHATAN IBU DAN ANAK

3.3.1 Status Imunisasi

Departemen Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) pada anak dalam upaya menurunkan kejadian penyakit pada anak. Program imunisasi untuk penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) pada anak yang dicakup dalam PPI adalah satu kali imunisasi BCG, tiga kali imunisasi DPT, empat kali imunisasi polio, satu kali imunisasi campak dan tiga kali imunisasi Hepatitis B (HB).

Imunisasi BCG diberikan pada bayi umur kurang dari tiga bulan; imunisasi polio pada bayi baru lahir, dan tiga dosis berikutnya diberikan dengan jarak paling cepat empat minggu, imunisasi DPT/HB pada bayi umur dua, tiga, empat bulan dengan interval minimal empat minggu, dan imunisasi campak paling dini umur sembilan bulan.

Dalam Riskesdas, informasi tentang cakupan imunisasi ditanyakan pada ibu yang mempunyai balita umur 0 – 59 bulan. Informasi tentang imunisasi dikumpulkan dengan tiga cara yaitu:

- a. Wawancara kepada ibu balita atau anggota rumah-tangga yang mengetahui,
- b. Catatan dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) dan
- c. Catatan dalam Buku KIA.

Bila salah satu dari ketiga sumber tersebut menyatakan bahwa anak sudah diimunisasi, disimpulkan bahwa anak tersebut sudah diimunisasi untuk jenis tersebut.

Selain untuk tiap-tiap jenis imunisasi, anak disebut sudah mendapat imunisasi lengkap bila sudah mendapatkan semua jenis imunisasi satu kali BCG, tiga kali DPT, tiga kali polio, tiga kali HB dan satu kali imunisasi campak. Oleh karena jadwal tiap jenis imunisasi berbeda, cakupan imunisasi yang dianalisis hanya pada anak usia 12 – 59 bulan.

Cakupan imunisasi pada anak umur 12 – 23 bulan dapat dilihat pada empat tabel (Tabel 3.3.1.1 s/d Tabel 3.3.1.4). Tabel 3.3.1.1 dan Tabel 3.3.1.2 menunjukkan tiap jenis imunisasi yaitu BCG, tiga kali polio, tiga kali DPT, tiga kali HB, dan campak menurut provinsi dan karakteristik. Tabel 3.3.1.3 dan 3.3.1.4 adalah cakupan imunisasi lengkap pada anak, yang merupakan gabungan dari tiap jenis imunisasi yang didapatkan oleh seorang anak.

Tidak semua balita dapat diketahui status imunisasi (*missing*). Hal ini disebabkan karena beberapa alasan, yaitu ibu lupa anaknya sudah diimunisasi atau belum, ibu lupa berapa kali sudah diimunisasi, ibu tidak mengetahui secara pasti jenis imunisasi, catatan dalam KMS tidak lengkap/tidak terisi, catatan dalam Buku KIA tidak lengkap/tidak terisi, tidak dapat menunjukkan KMS/ Buku KIA karena hilang atau tidak disimpan oleh ibu, subyek yang ditanya tentang imunisasi bukan ibu balita, atau ketidakakuratan pewawancara saat proses wawancara dan pencatatan.

Tabel 3.3.1.1
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Kerinci	91,5	68,9	54,3	61,4	73,7
Merangin	85,8	72,6	76,4	67,6	82,2
Sarolangun	79,2	69,5	61,9	48,6	75,4
Batang Hari	94,8	89,7	69,7	82,1	89,1
Muaro Jambi	84,1	86,6	77,6	56,7	91,5
Tanjab Timur	65,3	69,6	60,0	41,1	70,0
Tanjab Barat	72,4	67,6	52,1	49,3	65,3
Tebo	75,6	64,6	62,6	65,5	75,8
Bungo	70,5	65,6	66,1	53,6	62,9
Kota Jambi	97,1	94,6	86,5	90,1	91,1
Provinsi Jambi	82,4	75,6	67,9	63,9	78,6

Secara keseluruhan, cakupan imunisasi menurut jenisnya yang tertinggi sampai terendah adalah untuk BCG (82,4%), campak (78,6%), polio tiga kali (75,6%), DPT tiga kali (67,9%) dan terendah hepatitis B (63,9%). Bila dilihat masing-masing imunisasi menurut kabupaten/kota, untuk imunisasi BCG yang terendah di Kabupaten Tanjung Jabung Timur (65,3%) dan tertinggi di Kota Jambi (97,1%).

Variasi cakupan imunisasi yang lebih bervariasi antar kabupaten/kota terlihat pada imunisasi polio tiga kali yaitu terendah di Tebo (64,6%) dan tertinggi di Kota Jambi (94,6%), DPT tiga kali terendah di Kabupaten Tanjung Jabung Barat (52,1%) dan tertinggi juga di Kota Jambi (86,5%). Untuk mempercepat eliminasi penyakit polio di seluruh dunia, WHO membuat rekomendasi untuk melakukan Pekan Imunisasi Nasional (PIN). Indonesia melakukan PIN dengan memberikan satu dosis polio pada bulan September 1995, 1996, dan 1997. Pada tahun 2002, PIN dilaksanakan kembali dengan menambahkan imunisasi campak di beberapa daerah. Setelah adanya kejadian luar biasa (KLB) *Acute Flacid Paralysis* (AFP) pada tahun 2005, PIN tahun 2005 dilakukan kembali dengan memberikan tiga kali/dosis polio saja pada bulan September, Oktober, dan November. Pada tahun 2006 PIN diulang kembali dua kali/dosis polio saja yang dilakukan pada bulan September dan Oktober 2006. Dengan adanya PIN tersebut, frekuensi imunisasi polio bisa lebih dari seharusnya. Tetapi WHO menyatakan bahwa polio sebanyak tiga kali cukup memadai untuk imunisasi dasar polio.

Cakupan imunisasi hepatitis B, yaitu jenis imunisasi yang diprogramkan terakhir, terendah di Kabupaten Tanjung Jabung Timur (41,1%) dan tertinggi di Kota Jambi (90,1%). Imunisasi hepatitis B awalnya diberikan terpisah dari DPT. Tetapi sejak tahun 2004 hepatitis B disatukan dengan pemberian DPT menjadi DPT/HB yang didistribusikan untuk 20 % target, tahun 2005 untuk 50% target, dan tahun 2006 mencakup 100% target DPT/HB. Walaupun vaksin DPT/HB sudah didistribusikan untuk seluruh target, tetapi pelaksanaan di daerah dapat berbeda tergantung dari stok vaksin DPT dan HB yang masih terpisah di tiap daerah.

Untuk imunisasi campak variasi cakupan juga terjadi menurut kabupaten/kota, terendah di Kabupaten Bungo (62,9%) dan tertinggi di Kabupaten Muaro Jambi (91,5%). Bila cakupan imunisasi campak digunakan sebagai indikator imunisasi lengkap, secara keseluruhan Indonesia sudah mencapai *Universal Child Immunization* (UCI). Walaupun demikian, bila dilihat menurut kabupaten/kota masih terdapat kabupaten yang belum mencapai UCI (Tabel 3.3.1.1)

Tabel 3.3.1.2
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Kelompok Umur (bulan)					
12 – 23	86,9	75,1	82,4	63,0	77,8
24 – 35	82,8	76,4	73,8	65,0	79,4
36 – 47	79,1	75,9	60,1	63,0	77,0
48 – 59	83,4	75,6	56,5	64,9	81,2
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	81,2	75,2	68,8	63,4	77,8
Perempuan	84,8	76,5	67,5	64,7	79,9
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	60,3	54,8	46,4	43,1	62,3
Tidak Tamat SD	69,2	63,8	55,6	50,5	66,8
Tamat SD	76,1	70,4	64,7	54,9	72,4
Tamat SLTP	89,6	83,2	76,0	69,4	82,3
Tamat SLTA	91,8	84,2	75,3	75,9	88,0
Tamat PT	94,8	80,7	73,9	79,4	88,7
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	87,5	93,8	35,7	77,8	87,5
Sekolah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ibu Rumahtangga	88,9	81,8	61,5	71,4	76,9
PNS/POLRI/TNI	93,8	87,9	76,6	81,3	91,2
Wiraswas/Swasta	89,1	79,7	70,4	70,6	82,9
Petani/Buruh/Nelayan	77,3	70,5	65,5	56,6	73,6
Lainnya	81,0	70,6	82,4	77,8	61,1
Tipe Daerah					
Perkotaan	90,0	86,5	74,1	80,5	85,2
Perdesaan	80,1	71,5	66,0	56,9	76,2
Tingkat Pengeluaran					
Kuintil 1	74,2	65,4	58,7	54,2	71,3
Kuintil 2	82,1	76,3	71,8	61,2	76,9
Kuintil 3	82,6	77,2	64,9	63,5	79,5
Kuintil 4	88,6	80,4	74,2	72,0	82,0
Kuintil 5	91,6	86,4	78,1	78,4	89,2

Tabel 3.3.1.2 menunjukkan cakupan tiap jenis imunisasi menurut karakteristik anak, orangtua dan daerah. Tidak terdapat perbedaan cakupan tiap jenis imunisasi menurut jenis kelamin, tetapi terdapat perbedaan menurut daerah. Cakupan untuk tiap jenis imunisasi selalu lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan di daerah perdesaan.

Menurut tingkat pendidikan juga menunjukkan adanya hubungan positif antara tingkat pendidikan, tingkat pengeluaran per kapita dengan cakupan tiap jenis imunisasi. Makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga atau makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan, semakin tinggi cakupan tiap jenis imunisasi. Demikian juga menurut

tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita menunjukkan hubungan yang positif dengan cakupan semua jenis imunisasi.

Cakupan imunisasi menurut jenis pekerjaan terlihat bahwa untuk tiap jenis imunisasi, cakupan tertinggi bila pekerjaan sekolah dan cakupan terendah pada kepala keluarga dengan pekerjaan petani/nelayan/buruh.

Tabel 3.3.1.3
Sebaran Anak Balita yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Imunisasi Dasar		
	Lengkap	Tdk lengkap	Tidak sama sekali
Kerinci	31,1	65,3	3,6
Merangin	42,3	53,4	4,3
Sarolangun	27,8	65,4	6,8
Batang Hari	49,5	47,6	2,9
Muaro Jambi	31,6	63,6	4,8
Tanjab Timur	20,7	66,9	12,4
Tanjab Barat	30,7	50,3	19,0
Tebo	38,8	43,5	17,6
Bungo	25,8	67,0	7,1
Kota Jambi	63,1	34,3	2,6
Provinsi Jambi	38,0	53,9	8,1

Imunisasi lengkap:

BCG, DPT minimal 3 kali, Polio minimal 3 kali, Hepatitis B minimal 3 kali, Campak, menurut pengakuan atau catatan KMS/KIA.

Cakupan imunisasi lengkap yaitu semua jenis imunisasi yang sudah didapatkan anak umur 12-59 bulan dapat dilihat pada Tabel 2.3.1.4 Terlihat bahwa secara keseluruhan cakupan imunisasi lengkap sebesar 38,0%. Terdapat variasi yang lebar antar kabupaten/kota, cakupan imunisasi lengkap terendah di Tanjung Jabung Timur (20,7%) dan tertinggi di Kota Jambi (63,1%). Selain perbedaan yang lebar untuk cakupan imunisasi lengkap antar kabupaten/kota, masih terdapat 7,6% anak 12-23 bulan yang tidak mendapatkan imunisasi sama sekali. Persentase tertinggi anak yang tidak mendapat imunisasi sama sekali adalah di Tanjung Jabung Barat (19,0%) dan terendah di Kota Jambi (2,6%). Persentase yang imunisasinya tidak lengkap 54,7%.

Tabel 3.3.1.4
Persentase Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Status imunisasi		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama sekali
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	37,3	54,8	7,8
Perempuan	38,0	54,6	7,3
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	19,2	64,4	16,4
Tidak Tamat SD	26,9	58,8	14,3
Tamat SD	31,8	56,2	12,0
Tamat SLTP	44,7	50,3	5,0
Tamat SLTA	49,3	48,1	2,7
Tamat PT	44,0	54,4	1,6
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	23,5	76,5	0,0
Sekolah	100,0	0,0	0,0
Ibu Rumahtangga	38,5	53,8	7,7
PNS/POLRI/TNI	49,3	49,3	1,5
Wiraswas/Swasta	42,5	52,8	4,7
Petani/Buruh/Nelayan	34,4	54,7	11,0
Lainnya	28,6	57,1	14,3
Tipe Daerah			
Perkotaan	51,2	43,4	5,5
Perdesaan	32,5	59,1	8,4
Tingkat Pengeluaran			
Kuintil 1	30,6	55,9	13,5
Kuintil 2	37,4	54,8	7,8
Kuintil 3	36,9	54,3	8,8
Kuintil 4	44,2	52,6	3,2
Kuintil 5	50,0	47,4	2,6

Tabel 3.3.1.4 menunjukkan cakupan imunisasi lengkap menurut karakteristik anak, keluarga dan daerah. Cakupan imunisasi lengkap di perkotaan lebih tinggi (51,2%) dibanding di perdesaan (32,5%) dan masih terdapat 8,4% anak 12-23 bulan di perdesaan yang belum diimunisasi sama sekali.

Terdapat hubungan positif antara tingkat pendidikan kepala keluarga atau tingkat pengeluaran per kapita dengan cakupan imunisasi lengkap. Makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga dengan cakupan imunisasi, demikian juga makin tinggi pengeluaran per kapita, makin tinggi cakupan imunisasi lengkap. Tingkat cakupan imunisasi lengkap dengan kepala keluarga berpendidikan terendah 19,2% dan pendidikan tertinggi sebesar 44,0%. Tingkat cakupan imunisasi lengkap pada kuintil terendah 30,6% dan kuintil tertinggi 50,0%. Menurut pekerjaan kepala keluarga, cakupan imunisasi lengkap terdapat pada kepala keluarga sebagai sekolah (100,0%) dan terendah pada kelompok tidak bekerja (23,5%).

Persentase anak yang tidak mendapat imunisasi sama sekali terbanyak pada kelompok anak yang orangtuanya tidak sekolah, di daerah perdesaan, dari kalangan tidak bekerja dan pada kuintil terendah.

3.3.2 PEMANTAUAN PERTUMBUHAN BALITA

Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya hambatan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Untuk mengetahui pertumbuhan tersebut, penimbangan balita setiap bulan sangat diperlukan. Penimbangan balita dapat dilakukan di berbagai tempat seperti posyandu, polindes, puskesmas atau sarana pelayanan kesehatan yang lain.

Dalam Riskesdas 2007, ditanyakan frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir yang dikelompokkan menjadi “tidak pernah ditimbang dalam 6 bulan terakhir”, ditimbang 1-3 kali yang berarti “penimbangan tidak teratur”, dan 4-6 kali yang diartikan sebagai “penimbangan teratur”. Data pemantauan pertumbuhan balita ditanyakan kepada ibu balita atau anggota rumah tangga yang mengetahui.

Pada Tabel 3.3.2.1 terlihat bahwa secara keseluruhan dalam enam bulan terakhir balita yang ditimbang secara rutin (4 kali atau lebih), ditimbang 1-3 kali dan yang tidak pernah ditimbang berturut-turut 30,8%, 39,0% dan 30,2%. Cakupan penimbangan rutin bervariasi menurut kabupaten/kota dengan cakupan terendah di Tanjung Jabung Timur (15,9%) dan tertinggi di Kota Jambi (54,9%).

Tabel 3.3.2.1
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir Dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	≥ 4 kali	1-3 kali	Tidak pernah
Kerinci	17,3	53,8	28,8
Merangin	40,7	34,1	25,3
Sarolangun	20,2	26,2	53,6
Batang Hari	20,8	47,2	32,1
Muaro Jambi	31,4	60,0	8,57
Tanjab Timur	15,9	39,7	44,4
Tanjab Barat	23,1	39,6	37,4
Tebo	22,6	34,9	42,5
Bungo	30,1	40,9	29,0
Jambi	54,9	25,3	19,8
Provinsi Jambi	30,9	39,0	30,1

Persentase balita menurut frekuensi penimbangan enam bulan terakhir hampir sama untuk yang tidak pernah ditimbang (30,1%), ditimbang antara 1-3 kali (39,0%) dan yang ditimbang lebih dari 4 kali sebanyak 30,0%. Ini menunjukkan bahwa di Provinsi Jambi Persentase yang ditimbang lebih tinggi daripada yang tidak ditimbang. Frekuensi penimbangan tertinggi di Kabupaten Kerinci 53,8% dan Kota Jambi 54,9%.

Tabel 3.3.2.2
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir
Dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	≥ 4 kali	1-3 kali	Tdk pernah
Kelompok Umur (Bulan)			
6 – 11	18,5	56,8	24,7
12 – 23	62,0	28,0	10,0
24 – 35	38,5	43,3	18,3
36 – 47	29,9	38,1	32,0
48 – 59	20,4	35,1	44,5
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	29,6	40,9	29,6
Perempuan	32,1	37,2	30,6
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	20,8	31,3	47,9
Tidak Tamat SD	18,7	40,7	40,7
Tamat SD	26,3	39,0	34,7
Tamat SLTP	30,6	41,0	28,3
Tamat SLTA	39,4	39,4	21,1
Tamat PT	44,7	28,9	26,3
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	27,3	18,2	54,5
Sekolah	37,5	50,0	12,5
Ibu Rumah tangga	39,0	32,5	28,6
PNS/POLRI/TNI	40,5	35,4	24,1
Wiraswas/Swasta	24,2	41,4	34,4
Petani/Buruh/Nelayan	46,7	33,3	20,0
Lainnya			
Tipe Daerah			
Perkotaan	43,3	31,5	25,2
Perdesaan	25,3	42,4	32,3
Tingkat Pengeluaran Perkapita			
Kuintil 1	23,2	42,4	34,4
Kuintil 2	28,1	39,4	32,5
Kuintil 3	30,9	40,8	28,3
Kuintil 4	36,8	36,2	27,0
Kuintil 5	37,6	35,3	27,1

Cakupan penimbangan balita menurut karakteristik anak, rumah tangga dan daerah dapat dilihat pada Tabel 3.3.2.2 Terlihat cakupan penimbangan rutin (≥ 4 kali) paling rendah pada umur terendah dan tertinggi.

Cakupan penimbangan balita tidak berbeda antar jenis kelamin, tetapi sedikit berbeda menurut tipe daerah dengan cakupan penimbangan empat kali atau lebih dalam enam bulan terakhir sedikit lebih tinggi di daerah perkotaan (43,3%) dibanding di daerah perdesaan (25,3%). Cakupan penimbangan rutin (≥ 4 kali dalam 6 bulan) akan semakin tinggi dengan semakin tingginya tingkat pendidikan kepala keluarga, demikian juga

dengan tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita maka akan semakin tinggi cakupan penimbangan rutin (≥ 4 kali dalam 6 bulan).

Tabel 3.3.2.3
Sebaran Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Penimbangan Anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Kerinci	24,3	13,5	0,0	50,0	12,2
Merangin	5,63	11,3	14,1	67,6	1,41
Sarolangun	0,0	10	0,0	85,0	5,0
Batang Hari	2,63	10,5	5,26	71,1	10,5
Muaro Jambi	2,11	11,6	1,05	85,3	0,0
Tanjab Timur	0,0	13,5	5,41	48,6	32,4
Tanjab Barat	0,0	15,8	1,75	50,9	31,6
Tebo	1,64	6,56	0,0	86,9	4,92
Bungo	1,52	43,9	1,52	50,0	3,03
Jambi	15,1	10,3	2,05	63,0	9,59
Provinsi Jambi	7,3	14,3	3,1	65,9	9,4

Persentase balita menurut tempat penimbangan di Provinsi Jambi yang paling sering dikunjungi adalah Posyandu 65,9% dan tertinggi di Kabupaten Tebo 86,9% dan paling rendah di Kabupaten Tanjab Timur 48,6%. Sedangkan tempat penimbangan yang jarang dikunjungi adalah Polindes. Tempat penimbangan selain Posyandu hampir merata dikunjungi meskipun dalam jumlah yang kecil.

Tabel 3.3.2.4
Sebaran Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Umur (bulan)					
6 – 11	5,0	16,7	1,7	56,7	20,0
12 – 23	7,7	17,6	2,2	67,0	5,5
24 – 35	3,5	15,6	4,6	71,1	5,2
36 – 47	6,6	12,4	2,2	68,6	10,2
48 – 59	8,5	12,7	5,1	62,7	11,0
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	7,5	13,4	3,1	66,6	9,5
Perempuan	6,9	15,2	3,3	65,0	9,4
Pendidikan KK					
Tidak Sekolah	8,3	12,5	4,2	75,0	0,0
Tidak Tamat SD	4,1	20,5	4,1	61,6	9,6
Tamat SD	3,6	16,9	3,0	68,1	8,4
Tamat SLTP	7,2	10,4	2,4	73,6	6,4
Tamat SLTA	7,7	11,7	4,1	67,3	9,2
Tamat PT	11,0	17,5	3,5	45,6	23,0
Pekerjaan KK					
Tidak Bekerja	0,0	16,7	0,0	66,7	16,7
Sekolah	28,6	0,0	0,0	71,4	0,0
Ibu Rumah tangga	10,9	20,0	3,6	52,7	12,7
PNS/POLRI/TNI	7,6	14,2	3,8	62,7	11,8
Wiraswas/Swasta	4,3	14,2	3,1	71,0	7,39
Petani/Buruh/Nelayan	9,1	0,0	0,0	72,7	18,2
Tipe Daerah					
Perkotaan	10,7	13,8	2,2	56,7	16,5
Perdesaan	5,6	14,5	3,5	70,6	5,8
Tingkat Pengeluaran Per Kapita					
Kuintil-1	10,1	14,1	4,0	64,4	7,4
Kuintil-2	7,2	13,8	2,9	68,8	7,3
Kuintil-3	5,8	19,0	2,2	66,4	6,6
Kuintil-4	5,1	12,3	4,3	65,9	12,3
Kuintil-5	8,0	12,8	1,6	64,0	13,6

Tempat penimbangan menurut kelompok umur cukup bervariasi. Tempat penimbangan hampir merata untuk semua kelompok umur, kecuali Posyandu yang memang paling sering dikunjungi. Tidak ada perbedaan berarti antara anak laki-laki dan perempuan dalam melakukan pemilihan tempat penimbangan. Tingkat pendidikan orang tua tidak mempengaruhi tempat penimbangan. Petani/Buruh dan Nelayan terlihat paling banyak yang memanfaatkan Posyandu sebagai tempat penimbangan. Tingkat pengeluaran per kapita tidak mempengaruhi pemilihan tempat penimbangan.

Tabel 3.3.2.5
Sebaran Balita berdasarkan Kepemilikan KMS menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kerinci	12,1	66,9	21,0
Merangin	22,9	50,5	26,7
Sarolangun	29,7	37,4	33,0
Batang Hari	22,4	44,8	32,8
Muaro Jambi	29,8	57,3	13,0
Tanjab Timur	22,0	41,5	36,6
Tanjab Barat	26,6	32,1	41,3
Tebo	22,4	28,4	49,1
Bungo	20,8	43,3	35,8
Jambi	48,8	40,8	10,4
Provinsi Jambi	27,6	44,6	27,8

* Catatan : 1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan
2 = Punya KMS, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain
3 = Tidak punya KMS

Tabel diatas memperlihatkan persentase balita yang mempunyai KMS dan apakah pewawancara dapat melihat KMS tersebut. Secara umum, 44,6% balita di Provinsi Jambi mempunyai KMS akan tetapi tidak dapat menunjukkan. Sedangkan yang mempunyai KMS dan dapat menunjukkan sebesar 27,6%. Kondisi ini hampir sama dengan balita yang tidak mempunyai KMS yaitu sebesar 27,8%. Persentase balita yang dilaporkan mempunyai KMS akan tetapi tidak dapat menunjukkan kartu tersebut mungkin disebabkan karena banyak KMS yang disimpan di Puskesmas atau oleh kader kesehatan atau bahkan KMS sudah rusak dan dibuang oleh ibunya. Persentase kepemilikan KMS dan dapat menunjukkan tertinggi di Kota Jambi, sedangkan yang mempunyai tetapi tidak bisa menunjukkan kartu tersebut tertinggi di Kabupaten Kerinci.

Tabel 3.3.2.6
Sebaran Balita berdasarkan Kepemilikan KMS menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kelompok Umur (Bulan)			
6 – 11	40,9	20,5	38,6
12 – 23	45,9	31,5	22,5
24 – 35	37,0	39,4	23,6
36 – 47	26,1	46,9	27,0
48 – 59	17,3	52,4	30,3
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	27,4	42,3	30,3
Perempuan	27,7	47,0	25,2
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	18,9	30,2	50,9
Tidak Tamat SD	19,9	37,2	42,9
Tamat SD	23,7	42,1	34,1
Tamat SLTP	28,4	47,9	23,7
Tamat SLTA	33,5	49,5	17,1
Tamat PT	36,9	45,2	17,9
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	23,1	46,2	30,8
Sekolah	22,2	66,7	11,1
Ibu Rumahtangga	36,8	46,0	17,2
PNS/POLRI/TNI	35,9	45,8	18,3
Wiraswas/Swasta	22,2	42,4	35,4
Petani/Buruh/Nelayan	33,3	50	16,7
Tipe Daerah			
Perkotaan	37,6	42,7	19,7
Perdesaan	23,5	45,4	31,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil 1	22,0	43,6	34,5
Kuintil 2	26,9	39,1	34,0
Kuintil 3	30,3	44,9	24,8
Kuintil 4	29,6	47,4	23,0
Kuintil 5	30,8	49,3	19,9

* Catatan : 1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan
2 = Punya KMS, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain
3 = Tidak punya KMS

Persentase balita berdasarkan kepemilikan KMS menurut kelompok umur cenderung semakin bertambah umur anak semakin kecil angka kepemilikan KMS. Jumlah kelamin balita tidak mempengaruhi kepemilikan KMS. Berdasarkan tingkat pendidikan orang tua, semakin tinggi pendidikannya, semakin tinggi juga kepemilikan KMS. Orang tua balita yang berprofesi sebagai PNS/TNI/Polri relatif lebih tinggi dalam hal kepemilikan KMS dan bisa memperlihatkan kartu tersebut kepada pewawancara. Balita yang tinggal di desa relatif lebih banyak yang mempunyai dan bisa menunjukkan KMS. Semakin tinggi tingkat ekonomi, semakin tinggi juga kepemilikan KMS.

Tabel 3.3.2.7
Sebaran Balita berdasarkan Kepemilikan Buku KIA menurut
Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Kerinci	7,26	45,2	47,6
Merangin	9,52	26,7	63,8
Sarolangun	9,89	14,3	75,8
Batang Hari	10,3	25,0	64,7
Muaro Jambi	19,7	53,8	26,5
Tanjab Timur	14,5	20,5	65,1
Tanjab Barat	4,63	12,0	83,3
Tebo	20,0	24,3	55,7
Bungo	8,33	23,3	68,3
Jambi	14,4	21,4	64,2
Provinsi Jambi	12,2	27,5	60,3

* Catatan : 1 = Punya Buku KIA dan dapat menunjukkan
 2 = Punya Buku KIA, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain
 3 = Tidak punya Buku KIA

Tabel diatas memperlihatkan persentase balita yang mempunyai KIA dan apakah pewawancara dapat melihat KIA tersebut. Secara umum, 27,5% balita di Provinsi Jambi mempunyai KIA akan tetapi tidak dapat menunjukkan. Sedangkan yang mempunyai KIA dan dapat menunjukkan sebesar 12,2%. Kondisi ini berbeda dengan balita yang tidak mempunyai KIA yaitu sebesar 60,3%. Persentase balita yang dilaporkan mempunyai KIA akan tetapi tidak dapat menunjukkan kartu tersebut mungkin disebabkan karena banyak KIA yang disimpan di Puskesmas atau oleh kader kesehatan atau bahkan KIA sudah rusak dan dibuang oleh ibunya. Persentase kepemilikan KIA dan dapat menunjukkan tertinggi di Kabupaten Muaro Jambi.

Tabel 3.3.2.8
Sebaran Balita berdasarkan Kepemilikan Buku KIA menurut Karakteristik
Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Kelompok Umur (Bulan)			
6 – 11	21,1	18,9	60,0
12 – 23	19,8	23,4	56,8
24 – 35	15,8	28,3	55,9
36 – 47	10,7	29,3	59,9
48 – 59			
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	13,4	25,9	60,7
Perempuan	10,8	29,2	59,9
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	9,4	18,9	71,7
Tidak Tamat SD	7,7	20,5	71,8
Tamat SD	13,4	20,7	65,9
Tamat SLTP	12,7	32,1	55,2
Tamat SLTA	13,9	34,6	51,4
Tamat PT	14,3	28,6	57,1
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	23,1	15,4	61,5
Sekolah	0,0	55,6	44,4
Ibu Rumahtangga	18,2	26,1	55,7
PNS/POLRI/TNI	13,1	30,1	56,7
Wiraswas/Swasta	11,5	25,3	63,2
Petani/Buruh/Nelayan	10,5	36,8	52,6
Tipe Daerah			
Perkotaan	14,6	22,6	62,8
Perdesaan	11,2	29,5	59,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil 1	9,5	23,9	66,7
Kuintil 2	11,3	26,9	61,8
Kuintil 3	13,2	26,1	60,7
Kuintil 4	9,9	31,9	58,2
Kuintil 5	17,5	30,5	52,0

* Catatan : 1 = Punya Buku KIA dan dapat menunjukkan
2 = Punya Buku KIA, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain
3 = Tidak punya Buku KIA

Persentase balita berdasarkan kepemilikan KIA menurut kelompok umur cenderung semakin bertambah umur anak semakin kecil angka kepemilikan KIA. Jumlah kelamin balita tidak banyak berbeda dalam hal kepemilikan KIA. Berdasarkan tingkat pendidikan orang tua, semakin tinggi pendidikannya, semakin tinggi juga kepemilikan KIA. Ibu rumah tangga balita relatif lebih tinggi dalam hal kepemilikan KIA dan bisa memperlihatkan kartu tersebut kepada pewawancara. Balita yang tinggal di kota relatif

lebih banyak yang mempunyai KIA dan bisa menunjukkan KIA. Semakin tinggi tingkat ekonomi, semakin tinggi juga kepemilikan KIA.

3.3.3 DISTRIBUSI VITAMIN A

Kapsul vitamin A diberikan setahun dua kali pada bulan Februari dan Agustus, sejak anak berusia enam bulan. Kapsul merah (dosis 100.000 IU) diberikan untuk bayi umur 6 – 11 bulan dan kapsul biru (dosis 200.000 IU) untuk anak umur 12 – 59 bulan.

Tabel 3.3.3.1
Sebaran Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Menerima Kapsul Vitamin A
Kerinci	75,0
Merangin	67,0
Sarolangun	54,8
Batang Hari	69,8
Muaro Jambi	90,4
Tanjab Timur	70,3
Tanjab Barat	66,3
Tebo	64,8
Bungo	63,5
Jambi	88,0
Provinsi Jambi	73,1

Departemen Kesehatan RI menganjurkan agar semua anak umur di bawah lima tahun diberi vitamin A dosis tinggi untuk mencegah kekurangan vitamin yang bisa menimbulkan xeroftalmia. Vitamin A diberikan pada anak umur 6-59 bulan setiap 6 bulan dan dicatat dalam KMS.

Dari tabel diatas memperlihatkan cakupan pemberian vitamin A menurut kabupaten/kota. Secara umum pemberian vitamin A di Provinsi Jambi sudah baik 73,1%. Angka tertinggi terdapat di Kabupaten Muaro Jambi sebesar 90,4% dan terendah di Kabupaten Sarolangun.

Tabel 3.3.3.2
Sebaran Cakupan Kapsul Vitamin A Pada Anak Usia 6-59 Bulan menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menerima Kapsul Vitamin A
Kelompok Umur (Bulan)	
6 – 11	74,8
12 – 23	74,9
24 – 35	74,7
36 – 47	72,2
48 – 59	69,1
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	74,0
Perempuan	72,0
Pendidikan KK	
Tidak Sekolah	67,0
Tidak Tamat SD	67,0
Tamat SD	73,0
Tamat SLTP	78,0
Tamat SLTA	77,0
Tamat PT	81,0
Pekerjaan KK	
Tidak Bekerja	58,3
Sekolah	75,0
Ibu Rumahtangga	84,8
PNS/POLRI/TNI	82,5
Wiraswas/Swasta	65,6
Petani/Buruh/Nelayan	88,9
Tipe Daerah	
Perkotaan	81,0
Perdesaan	69,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil 1	67,8
Kuintil 2	68,5
Kuintil 3	74,3
Kuintil 4	75,0
Kuintil 5	82,2

Cakupan Kapsul Vitamin A Pada Anak Usia 6-59 Bulan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi berdasarkan kelompok umur terlihat semakin bertambah umur maka pemberian vitamin A semakin menurun. Tidak ada perbedaan jumlah pemberian kapsul vitamin A dengan jenis kelamin anak. Semakin tinggi pendidikan orang tua, semakin tinggi cakupan pemberian vitamin A. Berbeda dengan jenis pekerjaan orang tua, pada petani/buruh/nelayan cakupan vitamin A paling tinggi (88,9%) dibandingkan dengan lainnya. Anak-anak yang bertempat tinggal di perkotaan mempunyai kesempatan lebih tinggi untuk memperoleh pemberian vitamin A dari pada yang di pedesaan. Semakin tinggi tingkat ekonomi, semakin tinggi cakupan pemberian vitamin A.

3.3.4 CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN BAYI

Pemeriksaan kesehatan selama hamil merupakan pelayanan kesehatan dasar yang penting bagi kelangsungan hidup ibu dan bayi yang dikandung. Dengan pemeriksaan kehamilan yang rutin dan memenuhi standar pelayanan minimal, dapat diketahui kehamilan risiko tinggi sehingga dapat dicegah kemungkinan kematian ibu dan bayi.

Berat badan lahir merupakan indikator penting yang digunakan untuk mengukur risiko kesakitan dan kelangsungan hidup anak. Berat badan bayi lahir rendah kurang dari 2,5 kilogram atau ukuran berat lahir yang dinilai "kecil" (karena tidak ditimbang saat lahir) oleh ibu mempunyai risiko kematian bayi lebih tinggi.

Dalam Riskesdas 2007, dikumpulkan data tentang pemeriksaan kehamilan, jenis pemeriksaan kehamilan, ukuran bayi lahir, penimbangan bayi lahir, dan pemeriksaan neonatus pada ibu yang mempunyai bayi.

Tabel 3.3.4.1
Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Ukuran Lahir menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Kerinci	5,56	66,7	27,8
Merangin	20,0	65,0	15,0
Sarolangun	26,3	52,6	21,1
Batang Hari	10,0	80,0	10,0
Muaro Jambi	0,0	88,2	11,8
Tanjab Timur	18,8	56,3	25,0
Tanjab Barat	12,5	83,3	4,17
Tebo	31,8	68,2	0,0
Bungo	6,25	62,5	31,3
Jambi	0,0	62,5	37,5
Provinsi Jambi	12,3	68,5	19,2

Catatan: Kecil : Sangat kecil + Kecil
Normal : Normal
Besarnya : Besar + Sangat besar

Persentase ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu menurut kabupaten/kota di Tabel 3.3.4.1 memperlihatkan persepsi ibu tentang ukuran bayi saat dilahirkan, walaupun berat badan bayi lahir tidak diketahui. Provinsi Jambi lebih dari separo (68,5%) normal, yang berukuran besar sebanyak 19,2 persen dan yang berukuran kecil 12,3%. Dari yang berukuran normal, tertinggi di Kabupaten Muaro Jambi. Sedangkan bayi dengan ukuran kecil paling tinggi di Kabupaten Tebo (31,8%) dan yang berukuran besar tertinggi di Kota Jambi.

Tabel 3.3.4.2
Sebaran Ukuran Bayi Lahir menurut Persepsi Ibu dan Karakteristik di
Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ukuran Lahir menurut Persepsi Ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	12,0	67,0	21,0
Perempuan	13,0	70,0	17,0
Pendidikan KK			
Tidak Sekolah	27,3	54,5	18,2
Tidak Tamat SD	23,1	73,1	3,8
Tamat SD	17,3	63,5	19,2
Tamat SLTP	8,1	75,7	16,2
Tamat SLTA	2,1	70,2	27,7
Tamat PT	6,3	75,0	18,8
Pekerjaan KK			
Tidak Bekerja	20,0	80,0	0,0
Sekolah	50,0	50,0	0,0
Ibu Rumah Tangga	0,0	87,5	12,5
PNS/POLRI/TNI	7,1	64,3	28,6
Wiraswas/Swasta	15,9	69,2	15,0
Petani/Buruh/Nelayan	0,0	50,0	50,0
Tipe Daerah			
Perkotaan	8,2	68,9	23,0
Perdesaan	14,4	68,3	17,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita			
Kuintil 1	25,6	55,8	18,6
Kuintil 2	11,4	72,7	15,9
Kuintil 3	10,0	75,0	15,0
Kuintil 4	8,3	61,1	30,6
Kuintil 5	5,41	78,4	16,2

Catatan: Kecil : Sangat kecil + Kecil
Normal : Normal
Besar : Besar + Sangat besar

Dari tabel diatas terlihat bahwa tidak terdapat perbedaan persepsi ibu tentang berat badan bayi lahir menurut jenis kelamin. Tingkat pendidikan dan pekerjaan orang tua tidak mempengaruhi berat bayi waktu lahir. Tidak ada pengaruhnya berat bayi lahir dengan daerah tempat tinggal. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita, semakin tinggi bayi yang dilahirkan dengan berat badan normal.

Tabel 3.3.4.3
Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Periksa Hamil (%)
Kerinci	77,8
Merangin	63,2
Sarolangun	63,2
Batang Hari	88,9
Muaro Jambi	70,6
Tanjab Timur	68,8
Tanjab Barat	60,9
Tebo	77,3
Bungo	64,7
Jambi	80,0
Provinsi Jambi	71,4

Cakupan pemeriksaan kehamilan adalah pemeriksaan kehamilan yang berkaitan dengan kehamilan dan dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan dan perawat) tidak termasuk pemeriksaan yang dilakukan oleh dukun bayi. Dari tabel diatas terlihat bahwa lebih dari 71% RT di Provinsi Jambi melakukan pemeriksaan kehamilan. Cakupan pemeriksaan kehamilan tertinggi di Batang Hari yaitu 88,9% dan terendah di Tanjab Barat 60,9%.

Tabel 3.3.4.4
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Periksa Hamil (%)
Pendidikan KK	
Tidak Sekolah	63,6
Tidak Tamat SD	53,8
Tamat SD	66,7
Tamat SLTP	73,0
Tamat SLTA	76,6
Tamat PT	93,8
Pekerjaan KK	
Tidak Bekerja	80,0
Sekolah	0,0
Ibu Rumah tangga	88,2
PNS/POLRI/TNI	78,6
Wiraswas/Swasta	63,2
Petani/Buruh/Nelayan	100
Tipe Daerah	
Perkotaan	76,7
Perdesaan	69,1
Tingkat Pengeluaran Per Kapita	
Kuintil 1	63,6
Kuintil 2	61,4
Kuintil 3	72,5
Kuintil 4	80,6
Kuintil 5	80,6

Persentase cakupan pemeriksaan kehamilan berdasarkan tingkat pendidikan terlihat semakin tinggi pendidikan semakin banyak yang melakukan pemeriksaan kehamilan. Cakupan pemeriksaan kehamilan di perkotaan lebih tinggi (76,7%). Semakin tinggi tingkat ekonomi RT semakin tinggi pula cakupan pemeriksaan kehamilan.

Tabel 3.3.4.5
Sebaran Ibu Hamil menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Kerinci	50,0	14,3	23,1	7,7	7,1	7,7	76,9	84,6
Merangin	41,7	7,7	15,4	7,7	8,3	8,3	58,3	84,6
Sarolangun	45,5	0,0	16,7	8,3	8,3	8,3	83,3	83,3
Batang Hari	22,2	0,0	0,0	0,0	13,0	0,0	71,4	55,6
Muaro Jambi	8,3	8,3	0,0	8,3	9,1	8,3	36,4	54,5
Tanjab Timur	54,5	0,0	20,0	22,0	22,0	10,0	77,8	81,8
Tanjab Barat	50,0	0,0	14,3	0,0	21	0,0	73,3	92,9
Tebo	62,5	0,0	0,0	0,0	6,3	5,9	87,5	87,5
Bungo	20,0	0,0	0,0	9,1	9,1	0,0	50,0	80,0
Jambi	21,9	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	32,3	59,4
Provinsi Jambi	36,9	2,8	9,5	5,0	8,8	4,3	61,0	75,2

Jenis pelayanan kesehatan:

- a = pengukuran tinggi badan
- b = pemeriksaan tekanan darah
- c = pemeriksaa tinggi fundus (perut)
- d = pemberian tablet Fe

- e = pemberian imunisasi TT
- f = penimbangan berat badan
- g = pemeriksaan hemoglobin
- h = pemeriksaan urine

Persentase ibu hamil menurut jenis pelayanan pemeriksaan kehamilan di tiap kabupaten/kota cukup bervariasi. Pengukuran tinggi badan dan pemeriksaan urine paling sering dilakukan setiap kali melakukan pemeriksaan kehamilan. (36,9% dan 75,2%).

Tabel 3.3.4.6
Sebaran Ibu Hamil menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Pemeriksaan*							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Pendidikan KK								
Tidak Sekolah	37,5	0,0	0,0	0,0	0,0	13,0	83,3	85,7
Tidak Tamat SD	50,0	0,0	15,4	0,0	8,3	7,1	66,7	69,2
Tamat SD	44,1	5,9	6,1	3,1	16	3,0	74,2	79,4
Tamat SLTP	37,0	0,0	11,1	7,4	7,7	0,0	76,9	85,2
Tamat SLTA	25,0	2,7	8,3	2,8	5,6	2,7	41,7	63,9
Tamat PT	35,7	0,0	6,67	0,0	0,0	6,7	35,7	73,3
Pekerjaan KK								
Tidak Bekerja	25	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	80	100
Sekolah	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ibu Rumahtangga	26,7	0,0	6,7	6,7	0,0	6,7	46,7	60,0
PNS/POLRI/TNI	25,0	0,0	9,5	0,0	7,1	4,5	45,2	72,7
Wiraswas/Swasta	44,8	2,9	10,8	6,2	11,0	4,5	73,8	78,5
Petani/Buruh/Nelayan	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	100
Tipe Daerah								
Perkotaan	23,9	0,0	6,82	2,2	4,4	2,1	38,6	63,0
Perdesaan	43,8	4,17	10,8	6,4	9,9	5,3	72,2	81,7
Tingkat Pengeluaran Per Kapita								
Kuintil 1	32,1	3,6	15,4	11,0	8,0	3,6	81,5	78,6
Kuintil 2	48,1	7,4	19,2	0,0	8,3	7,4	70,8	76,0
Kuintil 3	31,0	3,4	3,57	3,6	3,4	3,4	55,6	69,0
Kuintil 4	37,9	3,3	6,9	3,4	14	3,4	51,7	75,9
Kuintil 5	34,5	0,0	3,57	3,6	3,6	3,4	51,9	75,0

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urine

Persentase Ibu Hamil menurut Jenis Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan dilihat dari tingkat pendidikan tampak cukup bervariasi. Jenis pekerjaan tidak berpengaruh terhadap pemeriksaan yang diterima. Dilihat dari wilayah tempat tinggal dan tingkat ekonomi nampak bahwa RT di perdesaan lebih banyak yang menerima pelayanan pemeriksaan kehamilan dibandingkan daerah perkotaan, begitu juga dengan tingkat ekonomi.

Tabel 3.3.4.7
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Kerinci	50,0	16,7
Merangin	31,6	31,6
Sarolangun	52,6	16,7
Batang Hari	44,4	30,0
Muaro Jambi	64,7	35,3
Tanjab Timur	37,5	25,0
Tanjab Barat	54,2	25,0
Tebo	59,1	31,8
Bungo	43,8	18,8
Jambi	70,0	50,0
Provinsi Jambi	53,8	30,2

Persentase cakupan pemeriksaan neonatus di Provinsi Jambi sebesar 53,8% dan 30,2%. Kota Jambi tertinggi dalam kunjungan neonatal KN1 dan KN2.

Tabel 3.3.4.8
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Neonatus	
	Umur 0-7 Hari	Umur 8-28 Hari
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	53,0	30,3
Perempuan	54,5	29,7
Pendidikan KK		
Tidak Sekolah	41,7	18,2
Tidak Tamat SD	36,0	24,0
Tamat SD	46,2	25,0
Tamat SLTP	62,2	29,7
Tamat SLTA	68,1	42,6
Tamat PT	50,0	37,5
Pekerjaan KK		
Tidak Bekerja	49,6	33,9
Sekolah	40,0	20,0
Ibu Rumah tangga	0,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	70,6	17,6
Wiraswas/Swasta	71,4	50,0
Petani/Buruh/Nelayan	42,5	23,6
Tipe Daerah		
Perkotaan	72,1	50,0
Perdesaan	46,0	21,6
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil-1	43,2	20,5
Kuintil-2	50,0	31,8
Kuintil-3	55,0	27,5
Kuintil-4	55,6	34,3
Kuintil-5	66,7	38,9

Persentase cakupan pemeriksaan neonatus cukup bervariasi. Jenis kelamin, tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan tidak mempengaruhi cakupan neonatus. Daerah perkotaan cakupan neonatusnya lebih tinggi dibandingkan perdesaan (72,1% dibandingkan 46,0%). Semakin tinggi tingkat ekonomi, semakin tinggi pemeriksaan neonatusnya baik KN 1 maupun KN 2.

3.4 PENYAKIT MENULAR

Penyakit menular yang diteliti pada Riskesdas 2007 terbatas pada beberapa penyakit yang ditularkan oleh vektor, penyakit yang ditularkan melalui udara atau percikan air liur, dan penyakit yang ditularkan melalui makanan atau air. Penyakit menular yang ditularkan oleh vektor adalah filariasis, demam berdarah dengue (DBD), dan malaria. Penyakit yang ditularkan melalui udara atau percikan air liur adalah penyakit infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), pneumonia dan campak, sedangkan penyakit yang ditularkan melalui makanan atau air adalah penyakit tifoid, hepatitis, dan diare.

Data yang diperoleh hanya merupakan prevalensi penyakit secara klinis dengan teknik wawancara dan menggunakan kuesioner baku (RKD07.IND), tanpa konfirmasi pemeriksaan laboratorium. Kepada responden ditanyakan apakah pernah didiagnosis menderita penyakit tertentu oleh tenaga kesehatan (D: diagnosis). Responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis, ditanyakan lagi apakah pernah/sedang menderita gejala klinis spesifik penyakit tersebut (G). Jadi prevalensi penyakit merupakan data yang didapat dari D maupun G (DG). Prevalensi penyakit akut dan penyakit yang sering dijumpai ditanyakan dalam kurun waktu satu bulan terakhir, sedangkan prevalensi penyakit kronis dan musiman ditanyakan dalam kurun waktu 12 bulan terakhir (lihat kuesioner RKD07.IND: Blok X no B01-22).

Khusus malaria, selain prevalensi penyakit juga dinilai Persentase kasus malaria yang mendapat pengobatan dengan obat antimalaria program dalam 24 jam menderita sakit (O). Demikian pula diare, dinilai Persentase kasus diare yang mendapat pengobatan oralit (O).

3.4.1 Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, dan Malaria

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit kronis yang ditularkan melalui gigitan nyamuk, dan dapat menyebabkan kecacatan dan stigma. Umumnya penyakit ini diketahui setelah timbul gejala klinis kronis dan kecacatan. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis filariasis oleh tenaga kesehatan” dalam 12 bulan terakhir ditanyakan gejala-gejala sebagai berikut : adanya radang pada kelenjar di pangkal paha, pembengkakan alat kelamin, pembengkakan payudara dan pembengkakan tungkai bawah atau atas.

Malaria merupakan penyakit menular yang menjadi perhatian global. Penyakit ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena sering menimbulkan KLB, berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta dapat mengakibatkan kematian. Penyakit ini dapat bersifat akut, laten atau kronis. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” dalam satu bulan terakhir ditanyakan apakah pernah menderita panas tinggi disertai menggigil (perasaan dingin), panas naik turun secara berkala, berkeringat, sakit kepala atau tanpa gejala malaria tetapi sudah minum obat antimalaria. Untuk responden yang menyatakan “pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan” ditanyakan apakah mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam pertama menderita panas.

Tabel 3.4.1.1
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan
Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Filariasis (%)		DBD (%)		Malaria (%)		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kerinci	0,00	0,04	0,12	0,20	1,98	3,61	24,18
Merangin	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17	2,65	75,81
Sarolangun	0,12	0,41	0,18	0,47	3,75	8,84	42,38
Batang Hari	0,06	0,06	0,11	0,11	0,86	1,71	33,33
Muaro Jambi	0,04	0,04	0,32	0,40	1,15	2,31	56,90
Tanjab Timur	0,00	0,00	0,06	0,64	0,35	1,28	36,36
Tanjab Barat	0,00	0,00	0,15	0,15	0,15	0,89	23,53
Tebo	0,00	0,00	0,20	0,98	1,67	3,53	23,94
Bungo	0,00	0,19	0,19	1,10	2,19	5,05	33,02
Jambi	0,05	0,05	0,43	0,53	2,39	3,08	56,03
Provinsi Jambi	0,03	0,07	0,20	0,45	1,72	3,23	42,13

Tabel 3.4.1.1 menunjukkan bahwa dalam 12 bulan terakhir filariasis hanya ada di 4 kabupaten/kota dengan prevalensi klinis sebesar 0,1 % (rentang : 0,1% - 0,4%). Ada 2 kabupaten yang mempunyai prevalensi (DG) filariasis melebihi angka prevalensi Provinsi, yaitu Sarolangun (0,4%) dan Bungo (0,2%).

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, kasus DBD klinis tersebar di Provinsi Jambi dengan prevalensi (DG) 0,5% (rentang : 0,1% - 1,1%). Pada 2 kabupaten/kota didapatkan prevalensi DBD klinis lebih tinggi dari angka Provinsi, yaitu Bungo (1,1%) dan Tanjung Jabung Timur (0,6%).

Di kota Jambi dan Muaro Jambi kasus DBD klinis lebih banyak didapatkan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan. Sedangkan di beberapa kabupaten sebagian besar hanya berdasarkan gejala klinis yaitu Kabupaten Sarolangun, Tanjung Jabung Timur dan Bungo. Hal ini disebabkan gejala klinis DBD menyerupai penyakit infeksi virus lainnya.

Penyakit malaria tersebar di seluruh Provinsi Jambi dengan angka prevalensi yang beragam. Di 4 kabupaten/kota, kasus malaria lebih banyak dibandingkan dengan prevalensi provinsi (Kerinci, Sarolangun, Tebo, dan Bungo). Dalam kurun waktu satu bulan terakhir, prevalensi malaria klinis Provinsi adalah 3,2% (rentang : 0,9% - 8,8%). Tiga kabupaten dengan prevalensi malaria klinis tinggi adalah Sarolangun (8,8%), Bungo (5,1%) dan Kerinci (3,6%). Sebanyak 4 kabupaten mempunyai prevalensi malaria klinis di atas angka Provinsi, yaitu Sarolangun, Bungo, Kerinci dan Tebo.

Responden yang terdiagnosis sebagai malaria klinis dan mendapat pengobatan dengan obat malaria program dalam 24 jam menderita sakit hanya 42,1%. Ada 3 kabupaen/kota dengan Persentase pengobatan dengan obat malaria program cukup tinggi (>50%) yaitu Merangin, Muaro Jambi dan Kota Jambi.

Di Kabupaten Sarolangun, walaupun kasus malaria klinis tinggi, hanya kurang dari 50% kasus malaria mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam menderita sakit.

Tabel 3.4.1.2
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, dan Malaria dan
Pemberian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Filariasis (%)		DBD (%)			Malaria (%)	
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok umur (tahun)							
<1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00
1-4	0,00	0,00	0,26	0,53	0,74	1,69	53,13
5-14	0,02	0,04	0,48	0,84	0,93	1,94	44,57
15-24	0,05	0,05	0,20	0,38	1,98	3,19	49,61
25-34	0,00	0,08	0,15	0,43	1,96	3,88	44,08
35-44	0,06	0,09	0,06	0,28	2,32	4,14	39,55
45-54	0,00	0,09	0,00	0,22	2,45	4,51	44,23
55-64	0,00	0,00	0,00	0,18	1,78	3,47	23,08
65-74	0,33	0,33	0,00	0,17	3,17	5,67	20,59
>75	0,00	0,39	0,00	0,79	1,97	4,33	27,27
Jenis kelamin							
Laki-laki	0,04	0,09	0,21	0,45	2,08	3,60	43,18
Perempuan	0,01	0,05	0,18	0,45	1,37	2,87	41,30
Tipe Daerah							
Perkotaan	0,03	0,03	0,31	0,42	2,07	2,74	60,80
Perdesaan	0,02	0,09	0,14	0,46	1,59	3,43	36,43
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,00	0,08	0,08	0,42	2,29	4,91	25,86
Tidak tamat SD	0,03	0,08	0,32	0,59	1,79	4,03	32,45
Tamat SD	0,08	0,13	0,04	0,40	1,75	3,46	46,67
Tamat SMP	0,00	0,09	0,26	0,52	2,00	3,34	46,09
Tamat SMA	0,03	0,03	0,06	0,21	2,31	3,41	46,96
Tamat PT	0,00	0,00	0,13	0,26	2,94	4,10	53,13
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,17	0,23	0,11	0,34	1,37	2,52	40,91
Sekolah	0,03	0,03	0,38	0,78	1,22	2,22	46,48
Ibu RT	0,00	0,03	0,12	0,45	1,81	3,72	43,90
Pegawai	0,00	0,00	0,13	0,13	2,32	3,45	50,91
Wiraswasta	0,00	0,12	0,12	0,23	2,29	3,05	57,69
Petani/Nelayan/	0,03	0,12	0,07	0,37	2,58	5,05	35,45
Lainnya	0,00	0,00	0,00	0,00	1,49	2,60	42,86
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil_1	0,04	0,11	0,18	0,67	1,54	3,12	30,71
Kuintil_2	0,02	0,07	0,07	0,18	1,52	3,21	41,67
Kuintil_3	0,02	0,07	0,27	0,60	1,67	3,46	43,87
Kuintil_4	0,04	0,07	0,18	0,40	1,96	3,42	38,31
Kuintil_5	0,00	0,04	0,25	0,42	1,99	2,95	57,25

3.4.1.1 Karakteristik Responden dengan Filariasis, DBD dan Malaria

Filariasis klinis dijumpai tidak jumpai pada kelompok umur < 4 tahun dan baru dijumpai pada umur \geq 4 tahun, laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan, dan terdapat paling tinggi pada tingkat pengeluaran rumah tangga (RT) per kapita kuintil 1. Filariasis klinis lebih tinggi didapati pada responden di perdesaan dan responden yang tidak bekerja, wiraswasta dan petani/nelayan/buruh.

DBD dahulu dikenal hanya sebagai penyakit pada anak-anak, namun kini banyak ditemukan pada penderita dewasa. Prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok umur 5 - 14 tahun (0,8%). Prevalensi pada laki-laki sama banyak dibandingkan perempuan. DBD klinis relatif lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan.

Temuan yang juga perlu menjadi perhatian adalah DBD klinis relatif lebih banyak ditemukan pada responden dengan tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah sampai tamat SMP). Menurut jenis pekerjaan, prevalensi lebih banyak pada responden yang sekolah, ibu RT dan petani/nelayan/buruh. Prevalensi DBD klinis juga cenderung meningkat pada kelompok dengan tingkat pengeluaran rumah tangga (RT) per kapita yang lebih rendah.

Malaria tersebar merata di semua kelompok umur, prevalensi pada bayi relatif tinggi, dan paling tinggi pada kelompok anak-anak (5 - 14 tahun). Prevalensi penyakit ini juga relatif lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Hal ini mungkin disebabkan kelompok tersebut lebih banyak terpapar (*exposed*) dengan nyamuk malaria, sehingga risiko terkena infeksi relatif lebih besar. Prevalensi malaria klinis di perdesaan lebih besar dari prevalensi di perkotaan, dan cenderung tinggi pada responden dengan pendidikan rendah, kelompok petani/nelayan/buruh. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran RT per kapita menunjukkan tidak ada perbedaan.

Prevalensi malaria klinis pada anak relatif lebih tinggi pada kelompok umur < 15 tahun dan > 55 tahun. Pengobatan dengan obat malaria program menunjukkan tidak ada perbedaan antar kelompok umur dan relatif lebih rendah (<50%), kecuali pada kelompok umur 1-4 tahun dengan prevalensi 53,1%. Prevalensi laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan, prevalensi di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan, prevalensi pada petani/buruh nelayan paling tinggi. Sedangkan menurut tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran RT per kapita menunjukkan tidak ada perbedaan.

3.4.2 Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan penyakit yang sering dijumpai dengan manifestasi ringan sampai berat. ISPA yang mengenai jaringan paru-paru atau ISPA berat, dapat menjadi pneumonia. Pneumonia merupakan penyakit infeksi penyebab kematian utama, terutama pada balita. Dalam Riskesdas ini dikumpulkan data ISPA ringan dan pneumonia. Kepada responden ditanyakan apakah dalam satu bulan terakhir pernah didiagnosis ISPA/pneumonia oleh tenaga kesehatan. Bagi responden yang menyatakan tidak pernah, ditanyakan apakah pernah menderita gejala ISPA dan pneumonia.

Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit menular kronis yang menjadi isu global. Di Indonesia penyakit ini termasuk salah satu prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit karena berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta sering mengakibatkan kematian. Walaupun diagnosis pasti TB berdasarkan pemeriksaan sputum BTA positif, diagnosis klinis sangat menunjang untuk diagnosis dini terutama pada penderita TB anak. Kepada responden ditanyakan apakah dalam 12 bulan terakhir pernah didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan, dan bila tidak, ditanyakan apakah menderita gejala batuk lebih dari dua minggu atau batuk berdahak bercampur darah.

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Di Indonesia masih terdapat kantong-kantong penyakit campak sehingga tidak jarang terjadi KLB. Kepada responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis campak oleh tenaga kesehatan, ditanyakan apakah pernah menderita gejala demam tinggi dengan mata merah dan penuh kotoran, serta ruam pada kulit terutama di leher dan dada.

Tabel 3.4.2.1
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, dan Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	ISPA (%)		Pneumonia (%)		TB (%)		Campak (%)	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kerinci	5,28	26,55	0,32	1,90	0,63	1,27	2,06	2,66
Merangin	2,43	9,45	0,39	0,48	0,09	0,35	1,30	1,78
Sarolangun	3,16	38,17	0,88	4,80	1,11	3,28	2,34	4,39
Batang Hari	6,56	16,04	0,23	0,57	0,06	0,06	0,11	0,23
Muaro Jambi	16,32	27,86	0,20	0,28	0,04	0,28	0,76	0,80
Tanjab Timur	1,92	13,55	0,35	1,34	0,23	0,41	0,06	0,52
Tanjab Barat	2,48	18,06	0,25	0,64	0,20	0,55	0,35	0,35
Tebo	4,57	17,33	0,29	0,93	0,25	0,69	0,39	0,49
Bungo	13,77	25,20	0,71	1,52	0,52	0,91	0,91	1,19
Jambi	12,17	28,75	0,27	1,20	0,35	0,40	0,69	0,69
Provinsi Jambi	7,54	22,65	0,37	1,29	0,34	0,76	0,91	1,27

Prevalensi ISPA satu bulan terakhir di Provinsi Jambi adalah 22,6 (rentang: 9,4% - 38,2%) dengan 5 kabupaten/kota di antaranya mempunyai prevalensi di atas angka Provinsi. Kasus ISPA pada umumnya terdeteksi berdasarkan gejala penyakit, kecuali di Kabupaten Muaro Jambi dan Bungo lebih banyak didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi pneumonia satu bulan terakhir di Provinsi Jambi adalah 1,3% (rentang: 0,3% - 4,8%). Tiga dari 10 kabupaten/kota mempunyai prevalensi di atas angka Provinsi. Kasus pneumonia pada umumnya terdeteksi berdasarkan diagnosis gejala penyakit, kecuali di Kabupaten Merangin. Kabupaten/kota dengan prevalensi ISPA tinggi juga menunjukkan prevalensi pneumonia tinggi adalah Kabupaten Sarolangun.

Tuberkulosis paru klinis tersebar di seluruh kabupaten/kota dengan prevalensi 12 bulan terakhir adalah 0,8%. Tiga kabupaten di antaranya dengan prevalensi di atas angka Provinsi. Prevalensi tertinggi di Sarolangun (3,3%) dan terendah di Batang Hari (0,1%). Ada 6 kabupaten yang kasus TB terdeteksi berdasarkan gejala penyakit lebih tinggi yaitu Kerinci, Merangin, Sarolangun, Muaro Jambi, Tanjung Jabung Barat dan Tebo.

Prevalensi campak klinis 12 bulan terakhir di Provinsi Jambi adalah 1,3%, tertinggi di Kabupaten Sarolangun (4,4%) dan terendah di Batang Hari (0,2%). Tiga kabupaten mempunyai prevalensi lebih tinggi dari angka Provinsi. Pada umumnya kasus campak lebih banyak terdeteksi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan, kecuali di Kabupaten Tanjung Jabung Timur.

Tabel 3.4.2.2
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	ISPA (%)		Pneumonia (%)		TB (%)		Campak (%)	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok umur (tahun)								
<1	10,38	23,04	0,25	1,52	0,00	0,25	0,76	1,27
1-4	15,31	39,42	0,74	2,59	0,21	0,74	3,38	4,17
5-14	8,62	25,40	0,38	1,08	0,25	0,55	1,83	2,26
15-24	5,60	18,06	0,18	0,55	0,15	0,48	0,60	0,95
25-34	5,30	18,36	0,10	0,79	0,41	0,69	0,33	0,59
35-44	6,50	18,84	0,28	0,80	0,09	0,40	0,31	0,37
45-54	5,99	20,21	0,22	1,27	0,79	1,18	0,04	0,66
55-64	7,56	23,56	1,07	2,58	0,71	1,87	0,00	0,09
65-74	11,15	30,17	1,67	6,16	1,16	2,83	0,17	0,33
>75	9,06	32,68	0,79	3,15	1,57	1,97	0,00	1,18
Jenis Kelamin								
Laki-laki	7,50	22,61	0,46	1,46	0,41	0,81	0,87	1,24
Perempuan	7,59	22,69	0,28	1,12	0,28	0,69	0,95	1,30
Tipe daerah								
Perkotaan	8,76	22,37	0,36	1,01	0,23	0,36	0,73	0,81
Perdesaan	7,05	22,76	0,37	1,40	0,38	0,92	0,98	1,46
Pendidikan								
Tidak sekolah	7,87	27,60	1,27	3,39	1,02	2,37	0,42	0,76
Tidak tamat SD	6,24	21,82	0,48	1,49	0,51	0,91	0,72	1,07
Tamat SD	5,59	19,19	0,27	1,02	0,31	0,60	0,60	0,86
Tamat SMP	5,83	18,39	0,23	0,96	0,20	0,70	0,52	0,78
Tamat SMA	7,26	18,87	0,09	0,59	0,24	0,39	0,18	0,44
Tamat PT	6,02	16,65	0,26	0,77	0,38	0,77	0,00	0,38
Pekerjaan								
Tidak kerja	7,95	24,99	0,74	2,12	0,51	1,03	0,57	0,92
Sekolah	6,23	19,77	0,25	0,84	0,06	0,31	1,28	1,69
Ibu RT	6,87	19,88	0,18	0,76	0,21	0,45	0,15	0,33
Pegawai	7,54	17,26	0,13	0,25	0,13	0,38	0,00	0,25
Wiraswasta	7,21	18,18	0,35	1,06	0,47	0,82	0,41	0,47
Petani/Nelayan/	4,95	20,08	0,41	1,62	0,57	1,20	0,39	0,79
Lainnya	4,09	16,36	0,00	0,37	0,74	1,49	0,00	0,00
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil 1	7,69	25,65	0,20	1,07	0,42	0,91	1,45	1,80
Kuintil 2	6,91	24,03	0,40	1,29	0,29	0,65	0,82	1,27
Kuintil 3	8,52	23,09	0,36	1,38	0,36	0,85	1,05	1,36
Kuintil 4	7,09	21,55	0,40	1,49	0,36	0,82	0,76	1,16
Kuintil 5	7,53	18,94	0,49	1,18	0,27	0,54	0,49	0,76

3.4.2.1 Karakteristik Responden dengan ISPA, Pneumonia, TB dan Campak

Prevalensi ISPA tertinggi pada balita (>35%), sedangkan terendah pada kelompok umur 15 - 24 tahun. Prevalensi cenderung meningkat lagi sesuai dengan meningkatnya umur. Prevalensi antara laki-laki dan perempuan relatif sama, dan sedikit lebih tinggi di perdesaan. Prevalensi ISPA cenderung lebih tinggi pada kelompok dengan pendidikan rendah dan tingkat pengeluaran RT per kapita lebih rendah. Sedangkan menurut jenis pekerjaan prevalensi tinggi pada yang tidak bekerja dan petani/buruh/nelayan.

Prevalensi pneumonia tertinggi pada kelompok umur 65 – 74 tahun dan terendah pada kelompok umur 35 – 44 tahun. Pneumonia klinis terdeteksi relatif lebih tinggi pada laki-laki dan di perdesaan. Pneumonia cenderung lebih tinggi pada kelompok yang memiliki pendidikan tidak sekolah dan pada responden yang tidak bekerja. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran RT per kapita menunjukkan tidak ada perbedaan.

Prevalensi TB paru cenderung meningkat sesuai bertambahnya umur dan prevalensi tertinggi pada kelompok umur 65 – 74 tahun. Prevalensi TB paru lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, lebih tinggi di pedesaan dibandingkan perkotaan dan lebih tinggi pada pendidikan rendah dibandingkan pendidikan tinggi. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran RT per kapita menunjukkan tidak ada perbedaan.

Prevalensi campak tertinggi pada anak balita (4,2%) dan masih cukup tinggi ditemukan pada usia di bawah 15 tahun. Prevalensi relatif sama pada laki-laki dan perempuan demikian pula di perdesaan dibandingkan dengan di perkotaan. Prevalensi campak lebih tinggi pada kelompok pendidikan rendah dibandingkan dengan pendidikan tinggi, dan relatif sama menurut tingkat pengeluaran RT per kapita. Menurut pekerjaan lebih banyak pada yang tidak bekerja dan lainnya.

3.4.3 Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare

Prevalensi demam tifoid diperoleh dengan menanyakan apakah pernah didiagnosis tifoid oleh tenaga kesehatan dalam satu bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah, ditanya apakah satu bulan terakhir pernah menderita gejala tifoid, seperti demam sore/malam hari kurang dari satu minggu, sakit kepala, lidah kotor dan tidak bisa buang air besar.

Kasus hepatitis yang dideteksi pada survei Riskesdas adalah semua kasus hepatitis klinis tanpa mempertimbangkan penyebabnya. Prevalensi hepatitis diperoleh dengan menanyakan apakah pernah didiagnosis hepatitis oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah didiagnosis hepatitis dalam 12 bulan terakhir, ditanyakan apakah dalam kurun waktu tersebut pernah menderita mual, muntah, tidak nafsu makan, nyeri perut sebelah kanan atas, kencing warna air teh, serta kulit dan mata berwarna kuning.

Prevalensi diare diukur dengan menanyakan apakah responden pernah didiagnosis diare oleh tenaga kesehatan dalam satu bulan terakhir. Responden yang menyatakan tidak pernah, ditanya apakah dalam satu bulan tersebut pernah menderita buang air besar >3 kali sehari dengan kotoran lembek/cair. Responden yang menderita diare ditanya apakah minum oralit atau cairan gula garam.

Tabel 3.4.3.1
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tifoid (%)		Hepatitis (%)		Diare (%)		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kerinci	0,79	1,31	0,20	0,67	5,36	11,54	45,86
Merangin	0,69	0,69	0,00	0,09	3,82	5,94	59,85
Sarolangun	1,29	6,79	1,00	4,45	5,50	14,46	39,84
Batang Hari	0,11	0,23	0,00	0,11	1,60	2,23	45,00
Muaro Jambi	0,00	0,08	0,08	0,24	4,54	6,17	76,77
Tanjab Timur	0,35	0,70	0,00	0,00	3,26	9,43	35,19
Tanjab Barat	0,25	0,35	0,05	0,10	1,64	5,11	27,18
Tebo	0,10	0,49	0,15	0,34	5,20	7,51	29,41
Bungo	0,62	2,38	0,14	0,62	8,10	11,53	55,79
Jambi	0,27	0,29	0,08	0,21	7,20	9,99	66,67
Provinsi Jambi	0,79	1,31	0,15	0,59	4,88	8,49	50,71

Tabel 3.4.3.1 menunjukkan bahwa prevalensi tifoid klinis Provinsi jambi sebesar 1,2% (rentang: 0,1% - 6,8%). Tiga kabupaten mempunyai prevalensi di atas angka Provinsi, yaitu Kabupaten Sarolangun, Bungo dan Kerinci. Di 4 kabupaten/kota, kasus tifoid sebagian besar terdeteksi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan, sedang di kabupaten/kota lainnya terutama berdasarkan gejala klinis.

Hepatitis klinis terdeteksi hampir di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jambi dengan prevalensi sebesar 0,6% (rentang: 0,1% - 4,4%), kecuali di Tanjung Jabung Timur tidak ada kasus Hepatitis. Dua kabupaten mempunyai prevalensi di atas angka Provinsi yaitu di Sarolangun dan Kerinci. Semua kabupaten/kota, hepatitis umumnya lebih tinggi terdeteksi berdasarkan gejala klinis dibandingkan diagnosis petugas kesehatan.

Prevalensi diare klinis adalah 8,5% (rentang: 2,2% - 14,0%), tertinggi di Kabupaten Sarolangun dan terendah di Batang hari. Kasus diare yang di terdeteksi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan lebih tinggi ada di kabupaten Merangin, Batang hari, Muaro Jambi, Tebo Bungo, dan Kota Jambi.

Dehidrasi merupakan salah satu komplikasi penyakit diare yang dapat menyebabkan kematian. Di Provinsi Jambi, Persentase diare klinis yang mendapat oralit adalah 50,7%. Enam kabupaten mempunyai Persentase pemberian oralit kurang dari Persentase provinsi, terendah ditemukan di kabupaten Tanjung Jabung Barat (27,2%).

Tabel 3.4.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tifoid (%)		Hepatitis (%)		Diare (%)		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok							
Umur (tahun)							
<1	0,51	1,27	0,00	0,51	9,11	14,94	53,33
1-4	0,58	2,37	0,00	0,63	12,30	17,05	58,95
5-14	0,46	1,52	0,19	0,72	4,47	8,31	49,62
15-24	0,55	1,03	0,25	0,55	3,77	7,08	53,19
25-34	0,43	0,82	0,13	0,48	4,03	6,99	49,64
35-44	0,34	0,84	0,09	0,49	4,05	7,11	51,30
45-54	0,22	1,01	0,09	0,52	4,59	8,40	46,07
55-64	0,36	0,80	0,18	0,80	3,11	7,12	35,00
65-74	0,00	0,83	0,33	1,00	3,66	7,67	36,96
>75	0,79	1,57	0,00	0,39	4,72	9,84	48,00
Jenis Kelamin							
Laki – laki	0,61	1,37	0,18	0,57	4,79	8,37	50,37
Perempuan	0,26	0,96	0,12	0,61	4,97	8,60	51,09
Tipe daerah							
Perkotaan	0,42	0,53	0,05	0,11	5,49	8,45	61,51
Perdesaan	0,44	1,42	0,19	0,79	4,63	8,50	46,44
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,59	1,44	0,25	1,35	5,42	10,16	38,33
Tidak tamat SD	0,51	1,25	0,19	0,67	4,06	8,00	40,47
Tamat SD	0,21	0,90	0,15	0,50	3,55	6,70	52,72
Tamat SMP	0,55	0,90	0,17	0,49	3,68	7,02	51,65
Tamat SMA	0,44	0,80	0,18	0,39	4,59	7,44	52,38
Tamat PT	0,51	0,51	0,00	0,00	2,69	5,38	64,29
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,57	0,97	0,34	0,51	4,06	7,49	48,09
Sekolah	0,53	1,31	0,13	0,38	3,63	7,13	54,39
Ibu RT	0,18	0,48	0,09	0,45	3,99	7,47	49,80
Pegawai	0,31	0,50	0,13	0,25	2,51	4,83	46,75
Wiraswasta	0,53	0,70	0,06	0,29	6,10	8,27	48,94
Petani/nelayan/buruh	0,42	1,25	0,24	0,88	3,85	7,77	45,43
Lainnya	1,12	1,49	0,00	0,00	4,46	7,09	57,89
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil -1	0,29	1,00	0,09	0,53	5,57	9,27	54,57
Kuintil -2	0,40	1,23	0,16	0,53	4,91	8,47	52,24
Kuintil -3	0,54	1,45	0,11	0,56	5,20	8,99	45,52
Kuintil -4	0,47	1,16	0,24	0,78	4,49	8,46	47,63
Kuintil -5	0,45	0,98	0,16	0,58	4,22	7,26	54,15

3.4.3.1 Karakteristik Responden dengan Tifoid, Hepatitis, dan Diare

Tifoid klinis tersebar di seluruh kelompok umur dan merata pada umur dewasa. Prevalensi tifoid klinis banyak ditemukan pada kelompok umur balita (1 - 4 tahun) yaitu 2,4%, terendah pada kelompok umur 25 – 44 tahun dan 55 – 74 tahun (0,8%), dan relatif lebih tinggi di wilayah perdesaan dibandingkan perkotaan. Prevalensi tifoid ditemukan cenderung lebih tinggi pada laki-laki, pada kelompok dengan pendidikan rendah, pada pekerjaan lainnya. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran RT per kapita menunjukkan tidak ada perbedaan.

Prevalensi hepatitis klinis paling tinggi terdeteksi pada umur 65 - 74 tahun, lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan, dan cenderung lebih tinggi pada pendidikan rendah. Menurut jenis kelamin menunjukkan tidak ada perbedaan prevalensi hepatitis kronis. Prevalensi hepatitis klinis merata di semua tingkat pengeluaran RT per kapita.

Diare tersebar di semua kelompok umur dengan prevalensi tertinggi terdeteksi pada kelompok umur <1 tahun (14,9%). Prevalensi diare menunjukkan tidak ada perbedaan baik menurut jenis kelamin dan tipe daerah. Menurut tingkat pendidikan prevalensi diare cenderung lebih tinggi pada kelompok pendidikan rendah dan tingkat pengeluaran RT per kapita rendah. Prevalensi diare yang tinggi pada bayi dan anak balita tidak selalu diberi oralit, Persentase yang mendapat oralit pada ke dua kelompok umur tersebut berturut-turut 53,3% dan 59,0%.

3.5 PENYAKIT TIDAK MENULAR

3.5.1 Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, Penyakit Keturunan

Data penyakit tidak menular (PTM) yang disajikan meliputi penyakit sendi, asma, stroke, jantung, DM, hipertensi, tumor/kanker, gangguan jiwa berat, buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rinitis, talasemia, dan hemofilia dianalisis berdasarkan jawaban responden “pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan” (notasi D pada tabel) atau “mempunyai gejala klinis PTM”. Prevalensi PTM adalah gabungan kasus PTM yang pernah didiagnosis nakes dan kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM (dinotasikan sebagai DG pada tabel). Cakupan atau jangkauan pelayanan tenaga kesehatan terhadap kasus PTM di masyarakat dihitung dari persentase setiap kasus PTM yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan dibagi dengan persentase masing-masing kasus PTM yang ditemukan, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala (D dibagi DG).

Penyakit sendi, hipertensi dan stroke ditanyakan kepada responden umur 15 tahun ke atas, sedangkan PTM lainnya ditanyakan kepada semua responden. Riwayat penyakit sendi, hipertensi, stroke dan asma ditanyakan dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, dan untuk jenis PTM lainnya kurun waktu riwayat PTM adalah selama hidupnya.

Untuk kasus penyakit jantung, riwayat pernah mengalami gejala penyakit jantung dinilai dari 5 pertanyaan dan disimpulkan menjadi 4 gejala yang mengarah ke penyakit jantung, yaitu penyakit jantung kongenital, angina, aritmia, dan dekomposisi kordis. Responden dikatakan memiliki gejala jantung jika pernah mengalami salah satu dari 4 gejala termaksud.

Data hipertensi didapat dengan metode wawancara dan pengukuran. Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran/pemeriksaan tekanan darah/tensi, ditetapkan menggunakan alat pengukur tensimeter digital. Tensimeter digital divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (spigmomanometer air raksa manual). Pengukuran tensi dilakukan pada responden umur 15 tahun ke atas. Setiap

responden diukur tensinya minimal 2 kali, jika hasil pengukuran ke dua berbeda lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi. Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik \geq 140 mmHg atau tekanan darah diastolik \geq 90 mmHg.

Kriteria JNC VII 2003 hanya berlaku untuk usia 18 tahun keatas, maka prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tensi dihitung hanya pada penduduk umur 18 tahun ke atas. Mengingat pengukuran tekanan darah dilakukan pada penduduk 15 tahun ke atas maka temuan kasus hipertensi pada usia 15-17 tahun sesuai kriteria JNC VII 2003 akan dilaporkan secara garis besar sebagai tambahan informasi. Selain pengukuran tekanan darah, responden juga diwawancarai tentang riwayat didiagnosis oleh nakes atau riwayat meminum obat anti-hipertensi. Dalam penulisan tabel, kasus hipertensi berdasarkan hasil pengukuran diberi inisial U, kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes diberi inisial D, dan gabungan kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes dengan kasus hipertensi berdasarkan riwayat minum obat hipertensi diberi istilah diagnosis/minum obat dengan inisial DO.

Tabel 3.5.1.1
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Riskeddas 2007

Kabupaten/kota	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Kerinci	14,4	34,1	3,6	4,1	42,0	5,6	6,2
Merangin	13,4	31,0	6,4	7,4	29,6	5,2	7,9
Sarolangun	16,4	44,3	11,0	12,0	36,8	4,4	10,6
Batang Hari	15,2	21,9	3,5	3,6	27,1	3,2	3,2
Muaro Jambi	11,3	16,9	3,1	3,7	22,2	0,0	1,2
Tanjab Timur	7,97	26,8	6,6	7,1	34,5	6,6	9,0
Tanjab Barat	11,3	22,9	4,0	4,0	34,9	3,0	5,2
Tebo	14,9	22,1	6,7	7,3	31,6	8,6	10,0
Bungo	22,7	29,3	4,7	4,8	31,2	1,5	2,9
Jambi	22,9	28,6	6,7	6,9	20,8	6,3	6,3
Provinsi Jambi	15,6	27,6	3,6	6,1	29,9	4,5	6,1

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

D/O = Kasus minum obat atau didiagnosis oleh nakes

U = Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah

*) Penyakit Hipertensi dinilai pada penduduk berumur \geq 18 tahun

Tabel 3.5.1.1 menunjukkan, 27,6% penduduk Provinsi Jambi mengalami gangguan persendian, dan angka ini lebih tinggi dari prevalensi nasional yaitu 22,6%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 15,6%, tidak jauh berbeda dengan angka nasional yaitu 15,02%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian di Provinsi Jambi berkisar antara 16,9% - 44,3%, dan prevalensi di Kabupaten Sarolangun ditemukan lebih tinggi dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya, sebaliknya Kabupaten Muaro Jambi mempunyai prevalensi paling rendah. Sementara prevalensi penyakit persendian yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan berkisar antara 10,3% – 22,9%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kota Jambi, sebaliknya prevalensi terendah di Kabupaten Muaro Jambi dan Tanjab Barat.

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di Provinsi Jambi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 29,9%, dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 3,6%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 6,1%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 20,8% - 42,0%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kerinci, sedangkan terendah di Kota Jambi. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 3,6% - 12,0%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kerinci. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Kerinci maupun di wilayah lainnya di Provinsi Jambi belum ditanggulangi dengan baik.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di Provinsi Jambi adalah 6 per 1000 penduduk. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 1‰ - 9‰, dan Tanjab Timur mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan kabupaten/kota lainnya, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala (Tabel 3.5.1.1)

Tabel 3.5.1.2
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Kelompok Umur (Tahun)							
15-24	3,1	5,8	0,5	0,6	12,8	0,0	0,5
25-34	8,8	16,9	1,5	1,6	18,7	0,3	1,0
35-44	16,7	31,1	4,4	5,0	30,1	4,6	5,9
45-54	26,1	48,4	9,5	11,0	43,2	4,8	6,6
55-64	37,2	58,7	17,0	17,0	55,1	16,9	18,7
65-74	46,3	68,4	19,0	21,0	65,1	23,3	33,3
75+	42,7	70,5	21,0	21,0	71,4	39,4	47,2
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	14,8	26,6	4,2	4,6	29,8	4,4	5,9
Perempuan	16,4	28,6	6,9	7,4	30	4,7	6,3
Pendidikan							
Tidak Sekolah	31,2	53,9	13,0	14,0	52,6	11,2	18,1
Tidak Tamat SD	22,5	42,7	8,5	9,2	40,9	9,2	11,6
Tamat SD	15,2	28,0	5,7	6,3	29,8	4,0	5,7
Tamat SLTP	10,6	17,3	3,6	3,9	22,8	1,8	2,1
Tamat SLTA	12,1	19,3	2,7	3,0	20,5	2,1	2,1
Tamat PT	10,3	18,6	3,2	4,0	27,1	6,4	6,4
Pekerjaan							
Tidak Kerja	17	26,6	9,8	10	35,4	15,4	20,3
Sekolah	2,88	4,07	0,9	0,9	12,6	0,8	2,4
Ibu RT	16,5	27,5	6,5	7	28	3,3	4,2
Pegawai	12,6	21,1	4,3	4,5	26,4	3,8	4,4
Wiraswasta	18,8	29	6	6,6	29,6	5,9	7,1
Petani/Nelayan/Buruh	17,7	34,8	4,9	5,4	32,4	3,4	5,1
Lainnya	8,71	15,5	2,8	3,6	26,6	0,0	0,0
Tipe Daerah							
Perkotaan	17,2	24,7	5,5	5,8	25,1	4,8	5,7
Perdesaan	15,0	28,8	5,6	6,2	31,9	4,4	6,3
Tingkat Pengeluaran perkapita							
Kuintil 1	17,2	29,7	4,5	5	30,7	5,1	6,9
Kuintil 2	15,1	28,1	5,4	5,9	28,7	4,0	6,4
Kuintil 3	17,3	29,7	6,1	6,8	30,2	6,8	8,4
Kuintil 4	15,1	27,1	5,8	6,3	30,4	2,5	3,1
Kuintil 5	14,1	24,8	5,8	6,1	29,7	4,5	5,9

Menurut karakteristik responden Provinsi Jambi, pada Tabel 3.5.1.2 dapat dilihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden. Menurut jenis kelamin, prevalensi penyakit sendi lebih tinggi pada wanita baik berdasarkan diagnosis maupun gejala. Sementara pola prevalensi hipertensi agak berbeda, berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah nampak lebih tinggi pada pria, sebaliknya berdasarkan diagnosis maupun riwayat minum obat ditemukan lebih tinggi pada wanita. Sedangkan pola prevalensi stroke menurut jenis kelamin nampak tidak ada perbedaan yang berarti.

Pada Tabel 3.5.1.2 juga dapat dilihat bahwa pola prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Namun untuk hipertensi dan stroke nampak sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan Tamat PT. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada Ibu RT ditemukan lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya. Sedangkan untuk hipertensi dan stroke, prevalensi ditemukan lebih tinggi pada mereka yang tidak bekerja.

Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit sendi di Provinsi Jambi nampak cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran per kapita rendah (kuintil 1). Sedangkan untuk hipertensi maupun stroke, prevalensinya menunjukkan tidak ada perbedaan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita (Tabel 3.5.1.2).

Tabel 3.5.1.3
Prevalensi penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor**
Menurut Kabupaten/Kota
Di Provinsi Jambi Riskeddas 2007

Kabupaten/Kota	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kerinci	1,8	4,1	7,7	8,6	0,3	0,6	1,6
Merangin	2,7	3,0	1,3	1,8	0,3	0,3	3,0
Sarolangun	2,7	8,0	23	24	0,7	1,3	4,1
Batang Hari	1,1	1,9	2,0	2,6	0,2	0,5	0,6
Muaro Jambi	1,6	1,8	0,4	0,9	0,9	0,9	0,4
Tanjab Timur	0,8	2,4	4,3	4,8	0,2	0,6	3,5
Tanjab Barat	2,4	3,8	1,9	2,3	0,2	0,3	2,0
Tebo	2,3	2,9	1,2	1,6	0,4	0,4	4,4
Bungo	1,7	2,6	5,6	6,9	0,4	0,5	1,9
Jambi	1,2	2,2	1,7	2,5	1,1	1,2	8,2
Provinsi Jambi	1,8	3,1	4,4	5,1	0,5	0,7	3,3

Catatan :

D = Diagnosa oleh nakes,

D/G = Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala

*) Peny, Asma, jantung, diabetes ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis menderita penyakit atau mengalami gejala

**) Penyakit tumor ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis menderita tumor/kanker,

Penyakit asma ditemukan sebesar 3,1% di Provinsi Jambi dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 1,8%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosis asma oleh nakes sebesar 58,0% (D dibagi DG). Menurut kabupaten/kota, prevalensi asma berkisar antara 1,8% di Kabupaten Muaro Jambi hingga 8,0% di Sarolangun. Terdapat tiga kabupaten dengan prevalensi asma lebih tinggi dari angka Provinsi.

Prevalensi penyakit jantung di Provinsi Jambi sebesar 5,1% berdasarkan wawancara, sementara berdasarkan riwayat didiagnosis nakes hanya ditemukan sebesar 4,4%. Prevalensi penyakit jantung menurut kabupaten/kota, berkisar antara 0,9% di Kabupaten Muaro Jambi sampai 24,0% di Sarolangun. Terdapat tiga kabupaten dengan prevalensi penyakit jantung lebih tinggi dari angka Provinsi.

Prevalensi penyakit DM di Provinsi Jambi berdasarkan diagnosis oleh nakes adalah 0,5% sedangkan prevalensi DM (D/G) sebesar 0,7%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosis DM oleh nakes mencapai 71,4%, lebih tinggi dibandingkan cakupan penyakit

asma maupun penyakit jantung. Prevalensi DM menurut kabupaten/kota, berkisar antara 0,3% di Kabupaten

Merangin dan Tanjung Jabung Barat hingga 1,3% di Sarolangun. Terdapat tiga kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi DM lebih tinggi dari angka Provinsi.

Prevalensi penyakit tumor berdasarkan diagnosis nakes di Provinsi Jambi sebesar 3,3‰. Prevalensi menurut kabupaten/kota, berkisar antara 0,6‰ di Batang Hari hingga 8,2‰ di Kota Jambi. Terdapat 4 kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi tumor lebih tinggi dari angka Provinsi.

Tabel 3.5.1.4
Prevalensi Penyakit Asma, Jantung, Diabetes Mellitus, Dan Tumor menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (%)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kelompok umur (tahun)							
<1	0,5	0,8	0,5	0,8	0,0	0,0	2,5
1-4	1,1	2,0	2,0	2,2	0,0	0,0	0,5
5-14	1,1	2,0	1,9	2,2	0,1	0,1	1,7
15-24	1,2	1,9	3,1	3,5	0,1	0,2	1,5
25-34	1,3	2,0	3,8	4,5	0,3	0,5	2,3
35-44	1,6	2,7	5,3	6,1	0,6	0,9	6,8
45-54	2,5	4,7	7,8	8,9	1,6	2,0	6,1
55-64	3,4	7,5	9,5	12,0	2,0	2,3	8,0
65-74	9,3	14,0	13,0	15,0	2,5	3,3	5,0
75+	8,7	17,0	18,0	20,0	2,0	2,8	7,9
Jenis kelamin							
Laki-Laki	1,7	3,2	3,3	3,9	0,6	0,7	2,6
Perempuan	1,9	3,1	5,4	6,3	0,5	0,7	4,1
Pendidikan							
Tidak Sekolah	5,6	10,0	14,0	15	0,8	1,0	5,9
Tidak Tamat SD	2,5	4,4	6,1	6,9	0,4	0,6	3,5
Tamat SD	1,9	3,2	4,9	5,6	0,5	0,8	2,5
Tamat SMP	1,5	2,5	3,6	4,1	0,6	0,8	3,8
Tamat SMA	0,7	1,4	3,2	4,2	0,9	1,0	3,9
Tamat PT	2,2	2,4	2,2	2,9	1,8	1,8	12,8
Pekerjaan							
Tidak Kerja	2,6	5,0	5,2	6,5	0,6	1,0	1,7
Sekolah	1,1	2,0	1,8	2,2	0,1	0,2	2,2
Ibu RT	2	2,9	5,2	6,3	0,9	1,1	5,4
Pegawai	0,8	1,4	2	2,7	1,3	1,4	6,9
Wiraswasta	1,5	2,3	4,6	5,4	1,2	1,5	4,7
Petani/Nelayan/Buruh	2,7	4,9	7,8	8,5	0,5	0,7	3,2
Lainnya	2,2	2,6	2,7	4,5	0,7	0,7	7,4
Tipe Daerah							
Perkotaan	1,3	2,0	2,3	3,0	0,9	0,9	5,6
Perdesaan	2,0	3,6	5,2	5,9	0,4	0,6	2,4
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil-1	2,0	3,4	3,8	4,1	0,3	0,4	0,2
Kuintil-2	1,7	3,5	4,2	5,2	0,4	0,5	3,4
Kuintil-3	1,6	2,9	4,6	5,2	0,5	0,7	4,9
Kuintil-4	1,9	3,1	4,8	5,4	0,4	0,6	4,2
Kuintil-5	1,7	2,6	4,4	5,5	1,1	1,3	4,0

D = Diagnosa oleh Nakes, D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

*) Peny, Asma, jantung, diabetes ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis menderita penyakit atau mengalami gejala

**) Penyakit tumor ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis menderita tumor/kanker,

Penyakit asma dan jantung terdapat di semua kelompok umur, semakin meningkat usia prevalensi semakin meningkat. Diabetes mulai terdapat pada usia 5 tahun keatas dan prevalensi meningkat sesuai dengan meningkatnya usia. Tumor mulai terdapat pada usia < 1 tahun keatas, cenderung meningkat sesuai usia, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 55 - 64 tahun dan diatas 75 tahun.

Prevalensi penyakit jantung dan tumor cenderung pada perempuan lebih tinggi dari laki-laki. Sedangkan prevalensi asma cenderung lebih tinggi pada laki-laki, sedangkan prevalensi diabetes menunjukkan tidak ada perbedaan antara laki-laki dan perempuan.

Prevalensi penyakit asma tinggi pada yang tidak sekolah. Prevalensi penyakit jantung juga tinggi pada yang tidak sekolah dan tidak tamat SD. Diabetes tinggi pada yang tamat perguruan tinggi. Prevalensi tumor/kanker juga banyak pada tamat perguruan tinggi. Tingginya penyakit asma dan jantung pada yang tidak sekolah, kiranya perlu dilakukan penyuluhan pada kelompok yang tidak sekolah untuk mencegah terjadinya penyakit tersebut maupun memperlambat komplikasi.

Prevalensi asma dan jantung tinggi pada kelompok yang tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh. Diabetes tinggi pada wiraswasta diikuti pegawai dan ibu rumah tangga, prevalensi tumor tinggi pada pegawai dan lainnya.

Prevalensi asma dan jantung cenderung lebih tinggi di pedesaan dari perkotaan. Sedangkan prevalensi diabetes dan tumor lebih tinggi di perkotaan dibandingkan pedesaan.

Prevalensi penyakit jantung dan diabetes cenderung semakin tinggi dengan meningkatnya tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Sebaliknya prevalensi penyakit asma cenderung rendah dengan meningkatnya tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.1.5
Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi Riskedas 2007

Kabupaten/kota	Jiwa (‰)	Buta warna (‰)	Glaukoma (‰)	Sumbing (‰)	Der-mastitis (‰)	Rhi-nitis (‰)	Tala-semia (‰)	Hemo-fili (‰)
Kerinci	1,6	4,8	0,0	0,0	21,0	2,8	0,0	0,4
Merangin	0,4	0,9	0,4	0,4	0,9	0,0	0,0	0,0
Sarolangun	2,3	18,2	10,0	1,2	119,5	107,1	0,6	1,8
Batang Hari	1,7	2,3	0,6	0,6	4,6	4,6	0,0	0,0
Muaro Jambi	2,0	3,6	0,4	0,0	67,6	11,5	0,0	0,4
Tanjab Timur	4,1	1,2	0,0	0,0	22,7	6,4	0,0	0,0
Tanjab Barat	1,5	0,0	0,5	0,5	24,3	12,4	0,5	0,0
Tebo	3,9	2,0	0,5	1,0	19,1	3,4	0,5	0,5
Bungo	1,4	13,8	1,9	0,5	40,0	21,0	0,0	0,0
Jambi	0,8	2,7	1,9	0,5	60,8	42,5	0,8	2,9
Provinsi Jambi	1,8	4,6	1,5	0,4	39,1	21,1	0,3	0,8

*) Penyakit keturunan ditetapkan menurut jawaban pernah mengalami salah satu dari riwayat penyakit gangguan jiwa berat (skizofrenia), buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rhinitis, talasemi, atau hemofili,

Tabel 3.5.1.5 memperlihatkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat di Provinsi Jambi adalah sebesar 1,8‰. Prevalensi tertinggi terdapat di Tanjung Jabung Timur (4,1‰) yang kemudian secara berturut turut diikuti oleh Tebo (3,9‰), Sarolangun (2,3‰) dan Muaro Jambi (92,0‰). Prevalensi terendah terdapat di Merangin (0,4‰).

Prevalensi buta warna di Provinsi Jambi sebesar 4,0‰, tertinggi terdapat di Sarolangun (18,0‰) yang diikuti berturut-turut oleh Kerinci (5,0‰), Muaro Jambi dan Bungo masing-masing (4,0‰). Prevalensi terendah terdapat Tanjung Jabung Barat (0,0‰).

Prevalensi glaukoma di Provinsi Jambi sebesar 1,5‰ dan tertinggi di Sarolangun (10,0‰), berturut-turut diikuti Bungo dan Kota Jambi masing-masing (1,9‰). Prevalensi terendah terdapat di Kerinci dan Tanjung Jabung Timur (0,0‰).

Kabupaten Sarolangun ternyata menduduki peringkat teratas untuk prevalensi bibir sumbing, yaitu sebesar 1,2‰ jauh di atas angka Provinsi Jambi (0,4‰), sedangkan kabupaten lain seperti Tebo (1,0‰) dan Batang Hari (0,6‰) menempati urutan sesudahnya. Prevalensi terendah terdapat di Kabupaten Kerinci, Muaro Jambi dan Tanjung Jabung Timur masing-masing sebesar 0,0‰.

Prevalensi dermatitis di Provinsi Jambi cukup tinggi (39,1‰), tertinggi di Kabupaten Sarolangun (120,0‰), diikuti Muaro Jambi (67,6‰) dan Kota Jambi (60,8‰). Prevalensi terendah terdapat di Kabupaten Batang Hari (4,6‰).

Prevalensi rinitis di Provinsi Jambi sebesar 21,1‰, tertinggi di Kabupaten Sarolangun (120,0‰) dan berturut-turut disusul Kota Jambi (42,5‰), Bungo (21,0‰) dan Tanjung Jabung Barat (12,4‰). Prevalensi terendah terdapat di Kabupaten Merangin (0,0‰).

Untuk Talasemia, ditemukan di 4 kabupaten/kota, yang tertinggi di kota Jambi (0,8‰), Sedangkan 6 kabupaten lainnya tidak ditemukan kasus Talasemia.

Demikian juga prevalensi Hemofilia masih terlihat tinggi, terutama di Kabupaten Sarolangun (18,2‰), Bungo (13,8‰) dan Kerinci (4,8‰). Prevalensi terendah di Kabupaten Tanjung Jabung Barat (0,0‰).

Enam dari 8 penyakit keturunan yang ditanyakan, prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Sarolangun yaitu buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rinitis dan hemofilia.

3.5.2 GANGGUAN MENTAL EMOSIONAL

Di dalam kuesioner Riskesdas, pertanyaan mengenai kesehatan mental terdapat di dalam kuesioner individu F01 –F20. Kesehatan mental dinilai dengan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) yang terdiri dari 20 butir pertanyaan. Pertanyaan-pertanyaan SRQ diberikan kepada anggota rumah tangga (ART) yang berusia ≥ 15 tahun. Ke-20 butir pertanyaan ini mempunyai pilihan jawaban “ya” dan “tidak”. Nilai batas pisah yang ditetapkan pada survei ini adalah 5/6 yang berarti apabila responden menjawab minimal 6 atau lebih jawaban “ya”, maka responden tersebut diindikasikan mengalami gangguan mental emosional. Nilai batas pisah tersebut sesuai penelitian uji validitas yang pernah dilakukan (Hartono, Badan Litbangkes, 1995).

Gangguan mental emosional merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang dapat berkembang menjadi keadaan patologis apabila terus berlanjut. SRQ memiliki keterbatasan karena hanya mengungkap status emosional individu sesaat (± 30 hari) dan tidak dirancang untuk diagnostik gangguan jiwa secara spesifik. Dalam Riskesdas 2007 pertanyaan dibacakan petugas wawancara kepada seluruh responden.

Tabel di bawah ini menunjukkan prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur ≥ 15 tahun. Individu dinyatakan mengalami gangguan mental emosional apabila menjawab minimal 6 jawaban “Ya” kuesioner SRQ.

Tabel 3.5.2.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk 15 Tahun ke Atas
(berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* Menurut Kabupaten/Kota
Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional
Kerinci	12,1
Merangin	2,5
Sarolangun	28,5
Batang Hari	3,7
Muaro Jambi	2,4
Tanjab Timur	7,4
Tanjab Barat	4,8
Tebo	5,5
Bungo	5,4
Jambi	4,6
Provinsi Jambi	7,1

*Nilai Batas Pisah (Cut off Point) ≥ 6

Dari tabel di atas diketahui bahwa di Provinsi Jambi prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur ≥ 15 tahun adalah 7,1%. Prevalensi ini bervariasi antar kabupaten/kota dengan kisaran antara 2,4% sampai dengan 29,0%. Prevalensi tertinggi di Kabupaten Sarolangun (29,0%) dan yang terendah terdapat di Muaro Jambi (2,4%). Hasil SKRT yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes tahun 1995, menunjukkan 140 dari 1000 Anggota Rumah Tangga yang berusia ≥ 15 tahun mengalami gangguan mental emosional. SKRT 1995 juga menggunakan SRQ sebagai alat ukur.

Tabel 3.5.2.2
Penyakit Gangguan Mental pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas
(berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Karakteristik
Responden Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gangguan Mental Emosional
Kelompok Umur (tahun)	
15-24	5,4
25-34	4,6
35-44	6,0
45-54	7,1
55-64	13,0
65-74	18,0
75+	35,0
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	5,6
Perempuan	8,5
Pendidikan	
Tidak Sekolah	19,0
Tidak Tamat SD	9,5
Tamat SD	6,7
Tamat SLTP	4,8
Tamat SLTA	4,4
Tamat PT	5,0
Pekerjaan	
Tidak Kerja	15,7
Sekolah	4,7
Ibu RT	6,4
Pegawai	4,0
Wiraswasta	5,2
Petani/Nelayan/Buruh	7,3
Lainnya	6,5
Tipe Daerah	
Perkotaan	4,4
Perdesaan	8,2
Tingkat Pengeluaran	Perkapita
Kuintil 1	6,4
Kuintil 2	7,0
Kuintil 3	7,6
Kuintil 4	8,5
Kuintil 5	5,9

*Nilai Batas Pisah (Cut off Point) ≥ 6

Dari tabel di atas terlihat prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan penambahan usia. Berdasarkan umur, tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (35,0%). Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah kelompok dengan jenis kelamin perempuan (8,5%),

kelompok yang memiliki pendidikan rendah (paling tinggi pada kelompok tidak sekolah, yaitu 19,0%), kelompok yang tidak bekerja (15,7%), tinggal di desa (8,2%). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga menunjukkan tidak ada perbedaan.

3.5.2 PENYAKIT MATA

Data yang dikumpulkan untuk mengetahui indikator kesehatan mata meliputi pengukuran tajam penglihatan menggunakan kartu Snellen (dengan atau tanpa *pin-hole*), riwayat glaukoma, riwayat katarak, operasi katarak, dan pemeriksaan segmen anterior mata menggunakan *pen-light*.

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia enam tahun ke atas. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 3.5.3.3 dan 3.5.3.4 adalah Persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah Persentase D ditambah Persentase responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Persentase riwayat operasi katarak didapatkan dari responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak dan pernah menjalani operasi katarak dalam 12 bulan terakhir.

Keterbatasan pengumpulan data visus adalah tidak dilakukannya koreksi visus, tetapi dilakukan pemeriksaan visus tanpa *pin-hole*, dan jika visus lebih kecil dari 20/20 dilanjutkan dengan *pin-hole*. Keterbatasan pada pengumpulan data katarak adalah kemampuan pengumpul data (*surveyor*) yang bervariasi dalam menilai lensa mata menggunakan alat bantu *pen-light*, sehingga pemakaian lensa intra-okular pada responden yang mengaku telah menjalani operasi katarak tidak dapat dikonfirmasi.

Tabel 3.5.3.1
Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun keatas menurut *Low Vision*
dan Kebutaan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	<i>Low Vision</i> *	Kebutaan**
Kerinci	1,5	0,61
Merangin	1,5	0,11
Sarolangun	2,4	0,58
Batang Hari	1,4	0,0
Muaro Jambi	1,0	0,45
Tanjab Timur	2,8	1,5
Tanjab Barat	2,4	0,06
Tebo	0,7	0,52
Bungo	2,8	0,59
Jambi	2,3	0,23
Provinsi Jambi	1,9	0,43

CATATAN: *)Kisaran visus: $3/60 \leq X < 6/18$ (20/60)

**)Kisaran visus $< 3/60$

Persentase *low vision* di Provinsi Jambi sebesar 1,9%, dengan kisaran antara 0,7% (Tebo) sampai 2,8% (Tanjab Timur dan Bungo). Rendahnya Persentase *low vision* dikarenakan respons rate yang sangat rendah, sehingga Persentase tersebut tidak mewakili keadaan di kabupaten/kota terkait secara keseluruhan. Dibandingkan dengan Persentase *low vision* di tingkat provinsi, hampir semua kabupaten/kota di Provinsi Jambi memiliki Persentase lebih tinggi, kecuali Tebo. Persentase kebutaan di Provinsi Jambi sebesar 0,43% dengan kisaran 0,0% (Batang Hari) sampai 1,5% (Tanjab Timur). Terdapat 5 kabupaten yang menunjukkan Persentase lebih tinggi dibanding Persentase tingkat provinsi.

Tabel 3.5.3.2
Sebaran Penduduk Umur 6Tahun keatas menurut *Low Vision* dan
Kebutaan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan
Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	<i>Low Vision</i> *	Kebutaan**
Kelompok Umur (Tahun)		
6 – 14	0,02	0,0
15 – 24	0,21	0,0
25 – 34	0,41	0,1
35 – 44	0,83	0,1
45 – 54	2,95	0,2
55 – 64	9,0	1,6
65 – 74	18,1	6,0
75+	30,2	12,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	1,5	0,35
Perempuan	2,3	0,52
Lama Pendidikan		
Tidak Sekolah	12,0	4,32
Tidak Tamat SD	3,3	0,54
Tamat SD	1,0	0,32
Tamat SLTP	0,8	0,06
Tamat SLTA	1,1	0,0
Tamat PT	0,9	0,0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	6,8	1,97
Sekolah	0,2	0,03
Mengurus RT	1,7	0,34
Pegawai (Negeri/Swasta/POLRI/TNI)	1,3	0,14
Wiraswasta	1,5	0,07
Petani/ Nelayan/ Buruh	2,4	0,59
Lainnya	2,1	0,43
Tipe Daerah		
Perkotaan	1,9	0,16
Perdesaan	1,9	0,54
Tingkat Pengeluaran perkapita		
Kuintil 1	2,0	0,38
Kuintil 2	1,8	0,69
Kuintil 3	2,0	0,4
Kuintil 4	1,9	0,48
Kuintil 5	1,7	0,25

CATATAN: *)Kisaran visus: $3/60 \leq X < 6/18$ (20/60)

**)Kisaran visus $< 3/60$

Tabel 3.5.3.2 menunjukkan bahwa Persentase *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan usia dan meningkat tajam pada kisaran usia 45 tahun keatas, sedangkan Persentase kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 55 tahun keatas. Persentase *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding

laki-laki. Persentase *low vision* dan kebutaan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi Persentasenya, sementara itu sebaran terbesar juga berada pada kelompok penduduk yang tidak bekerja. Persentase *low vision* dan kebutaan sedikit lebih tinggi di daerah perdesaan dibanding perkotaan, tetapi terdistribusi hampir merata di tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.3.3
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	D (%)	DG (%)
Kerinci	1,5	25,7
Merangin	1,4	13,2
Sarolangun	2,2	31,6
Batang Hari	1,0	11,9
Muaro Jambi	3,5	10,5
Tanjab Timur	0,8	18,6
Tanjab Barat	1,2	18,9
Tebo	1,1	11,5
Bungo	2,5	9,1
Jambi	8,2	13,0
Provinsi Jambi	2,8	16,1

Secara keseluruhan, tabel 3.5.3.3 memperlihatkan bahwa Persentase penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak sebesar 2,8%, dengan kisaran 0,8% di Kabupaten Tanjung Jabung Timur hingga 8,2% di Kota Jambi. Sedangkan Persentase penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) ditambah dengan yang pernah didiagnosis dalam 12 bulan terakhir di Provinsi Jambi sebesar 16,1%, dengan kisaran 9,1% di Kabupaten Bungo hingga 31,6% di Sarolangun. Data ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan di Provinsi Jambi (2,8% dari 16,1% atau hanya 1/6nya). Gambaran ini juga tampak di seluruh kabupaten/kota.

Tabel 3.5.3.4
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	D (%)	DG (%)
Kelompok Umur (Tahun)		
30 – 34	0,5	3,6
35 – 44	0,9	6,9
45 – 54	1,9	17,0
55 – 64	7,5	33,0
65 – 74	10,0	51,0
75+	13,0	58,0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	2,9	13,9
Perempuan	2,8	18,4
Lama Pendidikan (Tahun)		
≤ 6	8,0	58,4
7-12	2,1	13,3
>12	7,5	24,7
Pekerjaan		
Tidak bekerja	11,0	47,5
Sekolah	8,8	20,6
Mengurus RT	2,2	12,5
Pegawai (Negeri/Swasta/POLRI/TNI)	2,6	7,9
Wiraswasta	3,3	13,4
Petani/Nelayan/Buruh	2,0	16,6
Lainnya	2,4	12,2
Tipe Daerah		
Perkotaan	5,0	13,8
Perdesaan	1,9	17,1
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil 1	2,8	18,4
Kuintil 2	2,7	16,0
Kuintil 3	3,2	16,9
Kuintil 4	3,1	16,4
Kuintil 5	2,3	13,3

Tabel 3.5.3.4 menunjukkan bahwa Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan meningkat sesuai pertambahan usia. Persentase katarak menurut umur yang dikelompokkan dengan interval 10 tahun memberikan gambaran adanya kecenderungan peningkatan Persentase katarak untuk tiap kelompok umur kurang lebih dua kali lipat dalam tiap periode 10 tahunan.

Persentase katarak berdasarkan riwayat diagnosis cenderung lebih besar pada laki-laki (2,9%) dan sedikit lebih besar di daerah perkotaan (5,0%). Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan enam tahun atau kurang dibanding dengan yang

memperoleh pendidikan tujuh tahun lebih. Dari aspek pekerjaan, Persentase diagnosis katarak pada kelompok penduduk yang tidak bekerja lebih tinggi.

Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan hampir merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan. Tampak pula bahwa Persentase gejala katarak cenderung menurun pada tingkat pengeluaran rumah tangga yang lebih tinggi.

Tabel 3.5.3.5
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Operasi katarak (%)	Pakai kacamata pasca operasi (%)
Kerinci	5,9	100,0
Merangin	15,4	50,0
Sarolangun	25,0	100,0
Batang Hari	0,0	
Muaro Jambi	2,7	100,0
Tanjab Timur	33,3	50,0
Tanjab Barat	40,0	50,0
Tebo	0,0	
Bungo	0,0	
Jambi	7,0	11,1
Provinsi Jambi	8,7	47,8

Tabel 3.5.3.5 menggambarkan Persentase operasi katarak dan pemakaian kacamata pasca operasi pada penduduk umur 30 tahun ke atas. Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir di Provinsi Jambi sebesar 8,7% dari penduduk yang pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan. Persentase terendah ditemukan di Kabupaten Batang Hari, Tebo dan Bungo (0,0%) dan tertinggi di Kabupaten Tanjung Jabung Barat (40,0%). Di Provinsi Jambi cakupan operasi ini masih sangat rendah, terdapat penumpukan kasus katarak pada tahun terkait (2007) sebesar 91,3%.

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di Provinsi Jambi adalah sebesar 47,8% dengan kisaran terendah di Kota Jambi (11,1%) dan tertinggi di Kabupaten Kerinci, Sarolangun dan Muaro Jambi (100,0%). Pemberian kacamata pasca operasi katarak bertujuan mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat, sehingga tidak semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemungkinan lain adalah hasil operasi katarak yang cukup baik, sehingga visus pasca operasi mendekati normal dan hanya sedikit penderita yang memerlukan kacamata pasca operasi.

Tabel 3.5.3.6
Sebaran Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak
yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca
Operasi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Operasi katarak (%)	Pakai kacamata pasca operasi (%)
Kelompok Umur (Tahun)		
30 – 34	11,1	0,0
35 – 44	0,0	0,0
45 – 54	4,55	50,0
55 – 64	9,52	37,5
65 – 74	14,5	77,8
75+	8,82	0,0
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	7,35	40,0
Perempuan	10,9	53,8
Lama Pendidikan		
≤ 6 Tahun	9,88	47,1
7-12 Tahun	8,86	50
>12 Tahun	0,0	0,0
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	13,1	25
Sekolah	0,0	0,0
Mengurus RT	10,6	40
Pegawai (Negeri/Swasta/POLRI/TNI)	0,0	0,0
Wiraswasta	2,56	0,0
Petani/ Nelayan/ Buruh	9,76	71,4
Lainnya	66,7	100
Tipe Daerah		
Perkotaan	6,06	12,5
Perdesaan	11,5	66,7
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	11,1	40,0
Kuintil-2	10,6	40,0
Kuintil-3	11,9	33,3
Kuintil-4	3,28	50
Kuintil-5	8,33	75

Tabel 3.5.3.6 di atas menunjukkan bahwa Persentase operasi katarak tidak ada perbedaan antar kelompok umur. Persentase operasi katarak pada perempuan cenderung lebih tinggi laki-laki dibandingkan.

Persentase operasi katarak makin menurun dengan meningkatnya lama pendidikan. Berdasarkan pekerjaan dan tipe daerah, Persentase operasi katarak terbesar dijumpai pada kelompok yang tidak bekerja dan lainnya, sedangkan di daerah perdesaan lebih

tinggi dibandingkan di daerah perkotaan. Persentase operasi katarak meningkat seiring dengan menurunnya pengeluaran rumah tangga per kapita.

3.5.4 Kesehatan Gigi

Untuk mencapai target pencapaian pelayanan kesehatan gigi 2010, telah dilakukan berbagai program, baik promotif, preventif, protektif, kuratif maupun rehabilitatif. Berbagai indikator dan target telah ditentukan WHO, antara lain anak umur 5 tahun 90% bebas karies, anak umur 12 tahun mempunyai tingkat keparahan kerusakan gigi (indeks DMF-T) sebesar 1 (satu) gigi; penduduk umur 18 tahun bebas gigi yang dicabut (komponen M=0); penduduk umur 35-44 tahun memiliki minimal 20 gigi berfungsi sebesar 90%, dan penduduk umur 35-44 tanpa gigi (edentulous) $\leq 2\%$; penduduk umur 65 tahun ke atas masih mempunyai gigi berfungsi sebesar 75% dan penduduk tanpa gigi $\leq 5\%$.

Terdapat lima langkah program indikator terkait penilaian keberhasilan program dan pencapaian target gigi sehat 2010, yaitu:

Sehat/ Promotif	Rawan (protektif)	Laten/Deteksi dini dan terapi	Sakit/ kuratif	Cacat/ rehabilitatif
Prevalensi % caries free 5th	Insiden <i>Expected incidence</i>	% <i>dentally Fit</i> PTI	% keluhan % <i>dentally fit</i>	% 20 gigi % edentulous
DMF-T 12 th	Trend DMF-T menurut umur	RTI	PTI	% protesa
DMF-T 15 th		MI	RTI	
DMF-T 18 th		<i>CPITN</i>	MI	

Performed Treatment Index (PTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi dari seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap
Required Treatment Index (RTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang karies terhadap angka DMF-T. RTI menggambarkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan.

Dalam Riskesdas 2007 ini dikumpulkan berbagai indikator kesehatan gigi-mulut masyarakat, baik melalui wawancara maupun pemeriksaan gigi-mulut. Wawancara dilakukan terhadap semua kelompok umur, meliputi data masyarakat yang bermasalah gigi-mulut, perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, hilang seluruh gigi asli, jenis perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, dan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi. Pemeriksaan gigi-mulut dilakukan pada kelompok umur 12 tahun ke atas dengan menggunakan instrumen genggam (kaca mulut dan senter).

Tabel 3.5.4.1 menggambarkan prevalensi penduduk dengan masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut kabupaten/kota.

Tabel 3.5.4.1
Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota
Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Bermasalah gimul	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Kerinci	30,6	17,3	1,1
Merangin	15,4	55,9	0,6
Sarolangun	38,8	20,2	1,3
Batang Hari	29,9	15,2	1,3
Muaro Jambi	29,5	51,4	0,6
Tanjab Timur	24,7	16,0	4,5
Tanjab Barat	20,8	26,7	1,8
Tebo	21,0	26,7	1,8
Bungo	21,4	33,9	1,0
Jambi	22,7	46,8	2,3
Provinsi Jambi	25,1	31,5	1,6

Prevalensi penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir adalah 25,1%, dan terdapat 1,6% penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya. Dari penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut terdapat 31,5% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi.

Tiga kabupaten/kota dengan prevalensi masalah gigi-mulut tertinggi yaitu Sarolangun (38,8%), Kerinci (30,6 %) dan Batang Hari (29,9%). Kabupaten/kota dengan prevalensi gigi-mulut terendah adalah Merangin (15,4%).

Dari yang mengalami masalah gigi-mulut, kabupaten/kota dengan persentase yang menerima perawatan/pengobatan gigi dari tenaga kesehatan gigi tertinggi di Merangin (55,9%) dan terendah di Batang Hari (15,2%). Meskipun prevalensi penduduk yang mengalami hilang seluruh gigi asli terlihat relatif kecil 1,6%, namun terlihat tinggi di Tanjung Jabung Timur (4,5%) dan Kota Jambi (2,3%).

Tabel 3.5.4.2
Persentase Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Dalam 12 Bulan Terakhir.
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bermasalah gimul	Menerima perawatan Dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Kelompok Umur (Tahun)			
< 1	1,0	50,0	0,0
1 - 4	7,0	33,3	0,0
5 - 9	21,7	38,4	0,0
10 - 14	22,8	28,8	0,0
15 - 24	25,8	29,9	0,0
25 - 34	29,2	32,2	0,3
35 - 44	31,4	33,6	0,6
45 - 54	31,6	29,6	2,4
55 - 64	28,6	29,5	8,5
65+	24,0	23,5	20,7
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	24,4	31,4	1,5
Perempuan	25,8	31,6	1,7
Tipe Daerah			
Perkotaan	22,4	41,8	2,0
Perdesaan	26,2	28,0	1,4
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	25,8	25,4	1,4
Kuintil-2	25,7	24,5	1,3
Kuintil-3	24,5	33,3	1,7
Kuintil-4	24,1	34,7	2,1
Kuintil-5	25,5	40,2	1,6

Prevalensi masalah gigi-mulut bervariasi menurut karakteristik responden. Prevalensi masalah gigi-mulut dan kehilangan gigi asli menunjukkan kecenderungan menurut umur. Semakin tinggi umur, semakin meningkat prevalensi masalah gigi-mulut, tetapi mulai kelompok umur 55 tahun prevalensi masalah gigi-mulut menurun kembali. Pada kelompok umur 45-54 tahun sudah ditemukan 2,4% hilang seluruh gigi asli, dan pada kelompok umur 65 tahun keatas hilangnya seluruh gigi mencapai 20,7%, jauh di atas target WHO 2010. Sedangkan yang menerima perawatan/pengobatan gigi tidak menunjukkan pola yang jelas menurut umur.

Menurut jenis kelamin, prevalensi masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan/pengobatan gigi sedikit lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Menurut tipe daerah, prevalensi masalah gigi dan mulut sedikit lebih tinggi di perdesaan dibandingkan dengan di perkotaan, sedangkan persentase penduduk yang mengalami kehilangan seluruh gigi asli dan menerima perawatan/pengobatan gigi di perdesaan lebih rendah dibandingkan dengan di perkotaan.

Prevalensi masalah gigi-mulut ini tidak menunjukkan hubungan dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, kecuali dalam hal perawatan/pengobatan gigi. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin besar persentase penduduk yang menerima perawatan/pengobatan gigi.

Tabel 3.5.4.3 menggambarkan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut kabupaten/kota.

Tabel 3.5.4.3
Persentase Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk Untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi	Pemasangan protesa/ bridge	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lainnya
Kerinci	81.2	32.3	7.5	8.2	0.8
Merangin	97.0	54.0	7.0	14.5	1.5
Sarolangun	96.3	32.1	1.5	6.7	0.7
Batang Hari	86.3	31.3	6.3	7.5	1.3
Muaro Jambi	96.1	22.6	2.9	1.6	0.3
Tanjab Timur	94.1	26.9	14.9	8.8	5.9
Tanjab Barat	91.1	26.5	4.5	5.4	2.7
Tebo	95.6	23.7	1.8	4.4	0.9
Bungo	93.5	46.1	3.9	32.7	2.6
Jambi	91.0	38.3	4.5	14.3	2.0
Provinsi Jambi	92.8	34.0	4.7	10.4	1.5

Tabel di atas menunjukkan jenis perawatan yang paling banyak diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut, adalah 'pengobatan' (92,8%), disusul 'penambalan/pencabutan/bedah gigi' (34,0%). Konseling perawatan/ kebersihan gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan atau gigi tiruan cekat relatif kecil, masing-masing sebesar 10,4% dan 4,7%

Menurut kabupaten/kota, pengobatan paling tinggi di Kabupaten Merangin (97,0%), dan terendah di Kerinci (81,2%). Penambalan/pencabutan/bedah gigi tertinggi di Merangin (54,0%) dan terendah di Muaro Jambi (22,6%). Pemasangan gigi tiruan lepas/cekat terlihat tinggi di Tanjung Jabung Timur (14,9%) dan terendah di Sarolangun (1,5%). Kesadaran untuk melakukan konseling tertinggi di Bungo (32,7%) dan terendah di Muaro Jambi (1,6%).

Tabel 3.5.4.4 menjelaskan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut jenis perawatan/pengobatan yang diterima dalam 12 bulan terakhir dan karakteristik responden. Tampak persentase penduduk yang mendapatkan jenis perawatan menunjukkan variasi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.4.4
Persentase Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk Untuk
Masalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik
Di Provinsi Jambi Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah gigi	Pemasangan Gigi palsu Lepasan atau Gigi palsu cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan gigi	Lain Nya
Kelompok Umur (Tahun)					
< 1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1 - 4	100.0	6.8	2.3	4.5	2.3
5 - 9	99.0	14.4	0.5	10.0	1.0
12 - 14	96.1	22.9	0.0	5.9	0.7
15 - 24	92.5	29.0	3.3	11.1	1.6
25 - 34	92.1	36.7	4.9	8.7	1.1
35 - 44	92.4	44.0	5.9	14.4	1.2
45 - 54	90.2	44.1	9.3	11.7	3.3
55 - 64	90.5	50.5	8.3	9.4	3.1
65 +	77.6	41.7	12.5	4.2	4.1
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	92.9	33.9	3.7	11.8	1.5
Perempuan	92.8	34.1	5.7	9.1	1.5
Tempat tinggal					
Perkotaan	92.0	39.3	5.5	14.2	2.5
Perdesaan	93.3	31.3	4.3	8.4	1.0
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil-1	96.2	26.8	4.5	12.2	1.7
Kuintil-2	94.9	29.9	4.3	10.1	1.1
Kuintil-3	91.7	33.3	4.7	10.6	1.9
Kuintil-4	89.2	39.2	5.9	7.8	1.1
Kuintil-5	93.4	37.4	4.2	11.4	1.7

Tabel di atas menunjukkan tidak ada pola yang jelas jenis perawatan gigi yang diterima menurut kelompok umur. Tetapi ada kecenderungan, semakin meningkat umur, semakin besar persentase yang melakukan penambalan/pencabutan/bedah gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat.

Menurut jenis kelamin, tidak ada perbedaan persentase pemanfaatan jenis perawatan gigi antara laki-laki dan perempuan. Menurut tipe daerah, jenis perawatan penambalan/pencabutan gigi dan konseling perawatan gigi lebih tinggi di perkotaan, sedangkan pengobatan lebih tinggi di perdesaan.

Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin tinggi persentase penduduk yang melakukan penambalan atau pencabutan gigi. Sebaliknya untuk pengobatan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, yang melakukan pengobatan cenderung menurun.

Tabel 3.5.4.5 di bawah menggambarkan perilaku penduduk umur 10 tahun ke atas yang berkaitan dengan kebiasaan menggosok gigi, dan kapan waktu menggosok gigi dilakukan.

Tabel 3.5.4.5
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Gosok gigi setiap hari	Waktu menggosok gigi				
		Saat mandi pagi/sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lain nya
Kerinci	88,0	85,1	5,3	50,2	13,6	9,7
Merangin	92,5	95,0	2,0	24,8	8,1	3,7
Sarolangun	93,7	96,4	2,8	6,1	6,2	2,9
Batang Hari	95,4	98,2	6,7	16,8	15,4	0,6
Muaro Jambi	90,0	95,5	2,1	10,9	14,2	1,1
Tanjab Timur	89,2	89,6	7,1	28,4	15,8	6,4
Tanjab Barat	95,0	91,7	15,5	42,6	30,8	4,8
Tebo	91,7	97,2	2,7	23,3	4,4	4,8
Bungo	93,0	96,3	7,3	18,8	5,4	5,2
Jambi	97,7	97,8	11,1	24,0	37,1	3,5
Provinsi	92,8	94,5	6,6	25,0	17,1	4,3

Tabel di atas menunjukkan sebagian besar (92,8%) penduduk umur 10 tahun ke atas mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari. Dari mereka yang menggosok gigi setiap hari, sebagian besar dilakukan pada saat mandi pagi dan atau sore (94,5%). Hanya sedikit yang melakukannya pada saat setelah makan pagi (6,6%) dan sebelum tidur malam hari (17,1%).

Dua kabupaten/kota mempunyai persentase tertinggi dalam hal kebiasaan menggosok gigi setiap hari, yaitu Kota Jambi (97,7%) dan Batang Hari (95,4%), sedangkan dua kabupaten/kota terendah adalah Kerinci (88,0%) dan Tanjung Jabung Timur (89,2%). Kabupaten/kota dengan persentase tinggi menggosok gigi saat setelah makan pagi adalah Tanjung Jabung Barat (15,5%) dan yang terendah adalah Merangin (2,0%). Sedangkan kabupaten/kota dengan persentase tinggi menggosok gigi sebelum tidur malam adalah Kota Jambi (37,1%) dan terendah di Tebo (4,4%).

Tabel 3.5.4.6
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gosok gigi setiap hari	Waktu menggosok gigi				
		Saat mandi pagi/sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lain nya
Kelompok Umur (tahun)						
10 – 14	94,6	94,4	4,4	22,8	15,2	3,4
15 – 24	97,9	96,0	6,7	26,0	20,5	3,7
25 – 34	97,2	95,0	7,5	26,0	18,7	4,1
35 – 44	95,7	95,2	7,2	23,2	16,5	4,8
45 – 54	90,2	92,6	6,6	24,4	14,0	4,7
55 – 64	78,7	91,2	6,1	28,9	13,0	4,3
65+	59,6	88,2	6,1	26,7	11,2	7,9
Jenis Kelamin						
Laki-laki	93,2	94,1	6,7	25,3	16,1	4,5
Perempuan	92,5	94,8	6,5	24,7	18,1	4,0
Tipe daerah						
Perkotaan	97,0	95,9	12,3	31,6	32,6	4,1
Perdesaan	91,1	93,8	4,1	22,1	10,4	4,3
Status Ekonomi						
Kuintil 1	91,9	93,8	3,7	20,9	11,7	3,2
Kuintil 2	91,8	95,0	6,0	22,0	15,5	4,0
Kuintil 3	93,2	94,2	6,2	24,7	17,4	4,5
Kuintil 4	92,7	95,7	7,6	26,2	19,1	4,4
Kuintil 5	94,4	93,5	9,2	30,7	21,1	5,0

Perilaku penduduk dalam menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik responden. Menurut umur, persentase penduduk yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari mengalami penurunan seiring dengan bertambahnya umur. Sedangkan menurut jenis kelamin tidak menunjukkan perbedaan.

Menurut tipe daerah, persentase penduduk menggosok gigi setiap hari lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi penduduk yang berperilaku benar dalam menggosok gigi.

Dalam hal waktu menggosok gigi, secara umum terdapat kecenderungan penurunan persentase waktu menggosok gigi seiring dengan dengan peningkatan umur, terutama mulai umur 25 tahun ke atas. Persentase penduduk menggosok gigi sebelum tidur malam lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki, terutama di perkotaan. Begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, persentase penduduk menggosok gigi saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.4.7
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar
Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
Kerinci	2,3	97,7
Merangin	0,9	99,1
Sarolangun	1,1	98,9
Batang Hari	3,9	96,1
Muaro Jambi	1,0	99,0
Tanjab Timur	3,0	97,0
Tanjab Barat	8,2	91,8
Tebo	1,3	98,7
Bungo	2,0	98,0
Jambi	9,1	90,9
Provinsi Jambi	3,7	96,3

Catatan :

Berperilaku benar menyikat gigi adalah orang yang menyikat gigi setiap hari dengan cara yang benar (sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam).

Berdasarkan tabel di atas, pada Tabel 3.5.4.7 disajikan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam menggosok gigi. Dikategorikan berperilaku benar dalam menggosok gigi bila seseorang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari dengan cara yang benar, yaitu dilakukan pada saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Tampak persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi masih sangat rendah, yaitu 3,7%. Kabupaten/Kota dengan persentase penduduk tertinggi dalam berperilaku benar menggosok gigi adalah Kota Jambi (9,1%) dan terendah di Merangin (0,9%).

Tabel 3.5.4.8
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar
Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku benar menyikat gigi	
	Ya	Tidak
Kelompok umur (tahun)		
10 – 14	1,8	98,2
15 – 24	3,7	96,3
25 – 34	4,8	95,2
35 – 44	4,1	95,9
45 – 54	3,6	96,4
55 – 64	3,2	96,8
65+	2,6	97,4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	3,8	96,2
Perempuan	3,5	96,5
Tipe daerah		
Perkotaan	8,7	91,3
Perdesaan	1,6	98,4
Status Ekonomi		
Kuintil 1	1,5	98,5
Kuintil 2	3,2	96,8
Kuintil 3	3,7	96,3
Kuintil 4	4,2	95,8
Kuintil 5	5,7	94,3

Catatan :

Berperilaku benar menyikat gigi adalah orang yang menyikat gigi setiap hari dengan cara yang benar (sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam).

Perilaku benar menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik responden. Menurut umur, ada kecenderungan persentase penduduk berperilaku benar dalam menggosok gigi mengalami penurunan seiring dengan peningkatan umur, terutama mulai umur 35 tahun ke atas. Sedangkan menurut jenis kelamin, persentase perilaku benar dalam menggosok gigi lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Begitu pula menurut tipe daerah, persentase penduduk berperilaku benar menggosok gigi lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin tinggi persentase yang berperilaku benar dalam menggosok gigi.

Tabel 3.5.4.9 menyajikan komponen DMF-T menurut kabupaten/kota. Indeks DMF-T sebagai indikator status kesehatan gigi, merupakan penjumlahan dari indeks D-T, M-T, dan F-T yang menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang baik berupa *Decay* (gigi karies atau gigi berlubang), *Missing* (gigi dicabut), dan *Filling* (gigi ditumpat).

Dari tabel berikut menunjukkan indeks DMF-T di Provinsi Jambi sebesar 5,25. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk Indonesia 5 buah gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah gigi dicabut/M-T sebesar 3,66, dapat dikatakan rata-rata penduduk Provinsi Jambi mempunyai 4 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan.

Tabel 3.5.4.9
Komponen D. M. F Dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota
Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	INDEX DMF-T (X)
Kerinci	1,22	3,26	0,05	4,56
Merangin	1,37	2,59	0,02	4,00
Sarolangun	1,27	4,42	0,12	5,85
Batang hari	2,95	3,67	0,01	6,64
Muaro jambi	1,72	2,23	0,04	3,99
Tanjab Timur	1,63	4,94	0,03	6,65
Tanjab Barat	1,72	4,94	0,04	6,76
Tebo	2,18	3,75	0,03	5,97
Bungo	0,93	3,56	0,03	4,54
Jambi	0,85	3,90	0,18	4,93
Provinsi Jambi	1,51	3,66	0,06	5,25

DMF-T paling tinggi di kabupaten Tanjung Jabung Barat (6,76%) dan yang terendah di Muaro Jambi (3,99%).

Tabel 3.5.4.10
Komponen D. M. F Dan Index DMF-T Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	INDEX DMF-T
Kelompok Umur				
12	0,72	0,10	0,01	0,83
15	0,96	0,20	0,03	1,34
18	1,09	0,43	0,04	1,57
35 – 44	1,80	3,34	0,07	5,22
65 +	1,22	17,10	0,07	18,39
Jenis Kelamin				
Laki-Laki	1,50	3,32	0,04	4,88
Perempuan	1,52	3,99	0,09	5,62
Tipe Daerah				
Perkotaan	1,17	3,87	0,13	5,20
Perdesaan	1,65	3,57	0,04	5,27
Status Ekonomi				
Kuintil-1	1,63	3,86	0,03	5,54
Kuintil-2	1,59	3,69	0,06	5,36
Kuintil-3	1,55	3,70	0,06	5,33
Kuintil-4	1,40	3,76	0,07	5,25
Kuintil-5	1,40	3,32	0,10	4,84

Catatan

- D-T : Rata2 jumlah gigi gigi berlubang per orang,
- M-T : Rata2 jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan,
- F-T : Rata2 jumlah gigi ditumpat,
- DMF-T : Rata2 jumlah kerusakan gigi per orang (baik yg masih berupa decay, Dicabut maupun ditumpat),

Indeks DMF-T menurut umur menunjukkan jumlah kerusakan gigi meningkat seiring dengan peningkatan umur. Pada kelompok umur 35-44 tahun DMF-T tinggi (5,22), bahkan pada kelompok umur di atas 65 tahun DMF-T sudah menjadi 18,39, yang berarti kerusakan gigi rata-rata 18,39 buah per orang. Bahkan komponen yang terbesar adalah M-T (rata-rata gigi dicabut) sebesar 17,10 per orang.

DMF-T lebih tinggi pada perempuan dan di perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, DMF-T relatif lebih rendah pada kelompok penduduk dengan tingkat pengeluaran rumah tangga yang lebih tinggi (kuintil-5).

Tabel 3.5.4.11 di bawah ini menyajikan prevalensi karies aktif dan pengalaman karies penduduk umur 12 tahun ke atas menurut kabupaten/kota. Dikategorikan karies aktif bila memiliki indeks D-T >0 atau karies yang belum tertangani dan mempunyai pengalaman karies bila indeks DMF-T >0.

Tabel 3.5.4.11
Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Karies aktif	Pengalaman karies
Kerinci	54,7	77,8
Merangin	59,5	74,2
Sarolangun	53,7	78,3
Batang hari	77,4	88,4
Muaro jambi	71,7	79,3
Tanjab Timur	58,1	78,4
Tanjab Barat	54,8	80,1
Tebo	61,5	85,1
Bungo	40,5	69,5
Jambi	40,8	73,6
Provinsi Jambi	56,1	77,9

Catatan :

Orang dengan karies aktif = orang yang memiliki D>0 atau Karies yang belum tertangani.

Orang dengan pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT >0.

Dari tabel di atas menunjukkan prevalensi karies sebesar 56,1% dan yang mempunyai pengalaman karies sebesar 77,9%. Menurut kabupaten/kota, terdapat empat kabupaten yang prevalensi pengalaman karies di atas angka Provinsi, yang tertinggi adalah Kabupaten yaitu Batang Hari (77,4%). Prevalensi karies aktif terendah ditemukan Kabupaten Bungo (40,5%).

Prevalensi karies aktif dan pengalaman karies menunjukkan variasi menurut karakteristik responden, seperti tersaji pada Tabel 3.5.4.12

Tabel 3.5.4.12
Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Karies aktif	Pengalaman karies
Kelompok Umur (Tahun)		
12	38,5	41,4
15	50,0	55,6
18	52,4	59,9
35 – 44	62,7	86,9
65 +	32,0	93,4
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	56,8	76,9
Perempuan	55,3	79,0
Tipe Daerah		
Perkotaan	48,1	75,9
Perdesaan	59,4	78,8
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	57,8	76,7
Kuintil-2	58,4	79,2
Kuintil-3	56,5	78,6
Kuintil-4	54,9	77,3
Kuintil-5	53,3	78,2

Catatan :

Orang dengan karies aktif = orang yang memiliki D>0 atau Karies yang belum tertangani.

Orang dengan pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT >0.

Dari tabel di atas menunjukkan prevalensi pengalaman karies (DMF-T>0) sedikit lebih tinggi pada kelompok perempuan dan di pedesaan. Menurut umur, ada kecenderungan semakin meningkat umur, semakin meningkat yang mempunyai pengalaman karies. Sedangkan prevalensi karies, meningkat sampai umur 35-44 tahun dan menurun kembali pada umur 65 tahun ke atas. Sedangkan prevalensi karies tidak menunjukkan perbedaan antara laki-laki dan perempuan, tetapi di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan. Pengalaman karies sedikit lebih tinggi pada perempuan dan di pedesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, tidak ada kecenderungan dengan tingkat pengeluaran rumah tangga, baik yang karies aktif maupun yang mempunyai pengalaman karies.

Tabel 3.5.4.13 di bawah ini menyajikan persentase gigi tetap yang ditumpat dan persentase gigi tetap yang karies menurut kabupaten/kota.

Tabel 3.5.4.13
***Required Treatment Index* dan *Performed Treatment Index* menurut**
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	RTI = (D/DMF-)x100%	PTI = (F/DMF-x100% (M/DMF-)x100%	
Kerinci	26.73	1.06	71.54
Merangin	34.18	0.41	64.86
Sarolangun	21.70	2.11	75.48
Batang hari	44.51	0.14	55.25
Muaro jambi	43.13	0.98	55.85
Tanjab Timur	24.47	0.52	74.18
Tanjab Barat	25.53	0.57	73.13
Tebo	36.57	0.46	62.77
Bungo	20.48	0.74	78.44
Jambi	17.33	3.56	79.02
Provinsi Jambi	28.73	1.20	69.65

Dari tabel di atas tampak PTI (motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap) sangat rendah hanya 1,20%, sedangkan RTI (besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan) sebesar 28,73%. Terdapat 6 kabupaten/kota yang angka RTI-nya di bawah rerata Provinsi Jambi dan terdapat 8 kabupaten/kota yang mempunyai nilai PTI di bawah rerata Provinsi Jambi.

Tabel 3.5.4.14
Required Treatment Index dan Perform Treatment Index
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	RTI= (D/DMF-T)X100%	PTI= (F/DMF-T) T)X100%	(M/DMF-T)X100%
Kelompok Umur (Tahun)			
12	87.33	0.82	11.85
15	71.46	2.18	15.18
18	69.83	2.53	27.64
35 – 44	34.60	1.27	64.12
65 +	6.66	0.36	93.00
Jenis kelamin			
Laki-laki	30.77	0.77	68.03
Perempuan	27.01	1.57	71.02
Tipe Daerah			
Perkotaan	22.53	2.53	74.44
Perdesaan	31.25	0.66	67.71
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	29.40	0.49	69.68
Kuintil-2	29.73	1.14	68.72
Kuintil-3	29.22	1.13	69.26
Kuintil-4	26.50	1.26	71.88
Kuintil-5	28.94	1.98	68.61

Catatan:

Performed Treatment Index (PTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi dari seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap
Required Treatment Index (RTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang karies terhadap angka DMF-T. RTI menggambarkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan.

Persentase PTI dan RTI menunjukkan variasi menurut karakteristik responden (Tabel 3.5.4.14). Menurut umur, mulai umur 18 tahun nilai RTI cenderung menurun seiring meningkatnya umur,. Sedangkan menurut jenis kelamin, RTI pada laki-laki lebih tinggi dan PTI-nya lebih rendah.

Nilai PTI di perkotaan dua kali lebih tinggi dibandingkan di perdesaan, sedangkan nilai RTI kurang lebih sama. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi pula nilai RTI, tetapi nilai RTI menunjukkan tidak ada perbedaan.

Tabel 3.5.4.15 di bawah ini menyajikan persentase gigi tetap yang ditumpat dan persentase gigi tetap yang karies menurut kabupaten/kota.

Tabel 3.5.4.15
Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protesa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Fungsi Normal	<i>Edentulous</i>	Protesa
Kerinci	91,4	1,4	7,5
Merangin	94,2	0,8	7,0
Sarolangun	87,5	1,8	1,5
Batang hari	91,4	1,7	6,3
Muaro jambi	96,3	0,8	2,9
Tanjab Timur	86,8	5,8	14,9
Tanjab Barat	86,6	2,5	4,5
Tebo	91,1	2,4	1,8
Bungo	91,7	1,3	3,9
Jambi	90,8	3,0	4,5
Provinsi Jambi	91,0	2,1	4,7

Dari tabel di atas terlihat 91,0% penduduk umur 12 tahun ke atas memiliki fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi), lebih tinggi daripada hasil SKRT 2001 (86,5%). Persentase penduduk dengan fungsi gigi normal tertinggi di Kabupaten Muaro Jambi (96,3%) dan terendah di Tanjung Jabung Barat (86,6%). Persentase *edentulous* atau hilang seluruh gigi sebesar 2,1% sedikit lebih rendah daripada hasil SKRT 2001 (2,6%), tertinggi di Kabupaten Tanjung Jabung Timur (5,8%) dan terendah di Merangin (0,8%) dan Muaro Jambi (0,8%). Secara umum 4,7% penduduk telah memakai protesa atau gigi tiruan lepas atau gigi tiruan cekat, tertinggi ditemukan di Tanjung Jabung Timur (14,9%) dan terendah di Sarolangun (1,5%).

Persentase penduduk dengan fungsi normal gigi, edentulous dan penggunaan protesa bervariasi menurut karakteristik responden.

Tabel 3.5.4.16
Persentase Penduduk Dengan Fungsi Normal Gigi *Edentulous* dan
***Protosa* Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Jambi, Riskesdas**
2007

Karakteristik	Fungsi normal gigi	edentulous	orang dg protesa
Kelompok Umur (Tahun)			
12	100,0	0,0	0,0
15	99,8	0,0	0,0
18	99,8	0,0	0,0
35 – 44	94,3	0,6	5,9
65 +	42,2	21,0	13,0
Jenis kelamin			
Laki-laki	92,3	2,0	3,7
Perempuan	89,8	2,3	5,7
Tipe Daerah			
Perkotaan	90,7	2,7	5,5
Perdesaan	91,2	1,9	4,3
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	89,9	2,0	4,5
Kuintil-2	91,0	1,8	4,3
Kuintil-3	91,1	2,2	4,7
Kuintil-4	90,8	2,6	5,9
Kuintil-5	92,1	2,1	4,2

Catatan :

Fungsi normal gigi = penduduk dengan minimal 20 gigi berfungsi (jumlah gigi \geq 20)

Edentulous= orang tanpa gigi

Orang dengan preotesa = orang yang memakai protesa

Dari tabel di atas tampak persentase responden umur 15 – 18 tahun dengan fungsi gigi normal sebesar 99,8%, lebih tinggi dari target WHO 2010 (90%) dan SKRT 2001 (91,2%). Sedangkan pada usia 65 tahun ke atas hanya 42,2%, masih jauh di bawah target WHO (75%) namun masih lebih tinggi daripada hasil SKRT 2001 (30,4%).

Persentase *edentulous* penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 21,0%, jauh lebih tinggi dari target WHO (5%). Edentulous lebih banyak dijumpai pada perempuan dan lebih tinggi di perkotaan. Tetapi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, fungsi normal gigi dan edentulous tersebar merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga.

3.6 Cedera dan Disabilitas

3.6.1 Cedera

Data cedera diperoleh berdasarkan wawancara kepada responden semua umur tentang riwayat cedera dalam 12 bulan terakhir. Cedera didefinisikan sebagai kecelakaan dan peristiwa yang sampai membuat kegiatan sehari-hari responden menjadi terganggu.

Jenis Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera

Pembagian kategori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasi dari ICD-10 (*The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health*) yang mana dikelompokkan ke dalam 10 kelompok yaitu bagian kepala; leher; dada; perut dan sekitarnya (perut, punggung, panggul); bahu dan sekitarnya (bahu dan lengan atas); siku dan sekitarnya (siku dan lengan bawah); pergelangan tangan dan tangan; lutut dan tungkai bawah; tumit dan kaki. Responden pada umumnya mengalami cedera di beberapa bagian tubuh (*multiple injury*).

Tabel 3.6.1.1
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Kerinci	5,4	29,2	0,0	2,9	64,7	25,5	2,2	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	2,9
Merangin	2,7	47,6	0,0	1,6	49,2	23,8	7,9	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	1,6
Sarolang	14,7	33,9	0,4	0,4	55,4	36,7	5,6	0,0	7,2	0,0	0,0	0,0	1,2	3,2	0,4	0,0	3,6
Batanghari	1,7	62,1	0,0	0,0	20,7	10,3	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4
Muaro	2,3	40,7	0,0	0,0	44,1	10,2	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	3,4
Tanjung	2,7	31,9	0,0	0,0	42,6	12,8	2,1	0,0	2,1	0,0	0,0	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0	12,8
Tanjung	2,6	19,2	0,0	0,0	53,8	23,1	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	5,8
Tebo	1,8	52,8	0,0	2,7	25,0	16,7	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Bungo	3,1	61,5	0,0	0,0	18,8	17,2	1,5	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
Kota Jambi	9,8	18,4	0,0	0,0	64,5	24,7	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Jambi	4,9	31,5	0,1	0,6	54,0	25,0	2,5	0,0	2,3	0,0	0,0	0,5	0,5	0,9	0,1	0,0	2,9

* Angka Persentase penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Tabel 3.6.1.1 memberikan gambaran urutan penyebab cedera terbanyak polanya sama seperti pola penyebab cedera tingkat provinsi yaitu jatuh, kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul. Sedangkan untuk penyebab cedera yang lain bervariasi tetapi Persentasenya rata-rata kecil atau sedikit.

Persentase jatuh paling besar terdapat di Kabupaten Kerinci (64,7,2%) dimana Persentase lebih besar dibanding angka provinsi (54,0%). Kecelakaan transportasi darat terbanyak di kabupaten Bungo (61,5%) menunjukkan Persentase yang jauh lebih besar dari angka provinsi (31,5%). Adapun untuk Persentase terluka benda tajam/tumpul paling tinggi terdapat di Kabupaten Sarolangun (36,7%) melebihi angka Persentase provinsi yaitu 25,0%. Penyebab cedera lain yang menonjol adalah penyerangan menunjukkan angka Persentase tertinggi sekitar 7,9% di Kabupaten Merangin.

Tabel 3.6.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Kelompok Umur di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Cedera	Penyebab cedera															
		Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
< 1	1,1	0,0	0,0	0,0	75	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-- 4	4,6	2,3	0,0	1,2,1	89	12,5	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	1,1
5 -- 14	5,3	17,5	0,0	0,9,8	77	13,5	2,4	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,4	2,0	0,0	0,0	0,8
15 – 24	6,1	50,6	0,0	0,4,4	40	22,6	2,1	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	4,1
25 – 34	4,5	38,2	0,0	1,2,7	43	36,5	3,4	0,0	1,7	0,6	0,0	0,6	1,1	0,0	0,0	0,0	1,7
35 – 44	4,1	34,8	0,0	0,0	42	31,8	3,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	6,1
45 – 54	5,3	30,8	0,8	0,0	40	36,7	2,5	0,0	5,8	0,0	0,0	1,7	1,7	0,8	0,8	0,0	2,5
55 – 64	4,6	32,7	0,0	0,0	44	26,9	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	5,8
65 – 74	4,3	24,0	0,0	0,0	44	36,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
75+	4,6	27,3	0,0	0,0	63	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,2

Tabel 3.6.1.2 menunjukkan bahwa untuk prevalensi cedera menurut kelompok yang menduduki peringkat tertinggi adalah 5-11 tahun sebesar 11,3% dan diikuti oleh kelompok 15-24 tahun (10,6%) dan 1-4 tahun (10,4%). Adapun untuk Persentase penyebab cedera jatuh menunjukkan hampir disemua kelompok umur dan paling tinggi pada kelompok umur 1-4 tahun (89,8%). Persentase penyebab cedera akibat kecelakaan transportasi darat yang paling tinggi pada kelompok umur 15-24 tahun (50,6%). Penyebab cedera karena jatuh tampak didominasi oleh hampir merata pada semua kelompok umur dan paling tinggi pada kelompok umur 45-54 tahun (36,5%).

Tabel 3.6.1.3
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Laki	6,3	34,1	0,1	0,7	52,3	24,9	2,7	0,0	2,1	0,0	0,0	0,4	0,4	0,9	0,0	0,0	3,4
Perempuan	3,6	26,6	0,0	0,5	57,0	25,1	2,2	0,0	2,2	0,2	0,0	0,5	0,7	1,0	0,2	0,0	2,2

* Angka Persentase penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Prevalensi jenis cedera berdasarkan pembagian menurut jenis kelamin, tampak bahwa ada variasi antara laki-laki dan perempuan menurut jenis cedera yang dialami. Pada laki-laki cedera lebih banyak untuk jenis cedera kecelakaan transportasi darat, transportasi laut, transportasi udara dan penyerangan. Sedangkan pada perempuan lebih banyak untuk jenis kecelakaan jatuh dan terluka benda tajam/tumpul.

Tabel 3.6.1.4
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Pendidikan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Tidak	5,5	30,8	0,0	0,0	49,2	29,2	3,1	0,0	3,1	0,0	0,0	3,1	0,0	1,5	0,0	0,0	3,1
Tidak tamat	4,6	21,3	0,0	0,6	58,0	29,3	4,6	0,0	4,6	0,0	0,0	0,6	1,1	1,1	0,6	0,0	5,7
Tamat SD	4,7	35,0	0,0	0,4	49,8	30,5	3,3	0,0	3,3	0,0	0,0	0,8	0,8	0,8	0,0	0,0	2,5
Tamat SMP	5,5	45,3	0,0	1,6	41,4	25,1	1,0	0,0	1,6	0,5	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	4,2
Tamat SMA	5,5	45,7	0,5	0,0	43,9	22,6	2,7	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
Tamat PT	4,0	51,6	0,0	0,0	12,9	40,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

* Angka Persentase penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Tabel 3.6.1.4 menggambarkan untuk penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat prevalensi tertinggi pada tingkat pendidikan tamat SLTA ke atas (51,6%). Adapun untuk penyebab cedera jatuh mayoritas pada tingkat pendidikan rendah yaitu tidak sekolah sampai dengan tamat SLTA.

Tabel 3.6.1.5
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Pekerjaan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Cedera	Penyebab cedera															
		Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Tidak bekerja	4,9	41,9	0,0	0,0	54,7	19,8	2,3	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	1,2	2,3	0,0	0,0	4,7
Sekolah	6,2	36,9	0,0	1,5	59,6	13,1	1,5	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,5	2,0	0,0	0,0	2,5
Mengurus RT	2,5	30,1	0,0	0,0	47,6	36,6	1,2	0,0	2,4	1,2	0,0	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	3,7
Pegawai (negeri, POLRI)	4,8	43,4	0,0	0,0	38,2	28,9	2,6	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wiraswasta	5,7	38,1	0,0	0,0	39,2	34,0	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
Petani/Nelayan/Buruh	5,8	35,5	0,0	0,9	42,8	33,7	3,8	0,0	4,1	0,0	0,0	0,9	0,6	0,6	0,3	0,0	4,1
Lainnya	4,0	36,4	0,0	0,0	10,0	36,4	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0

* Angka Persentase penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Tabel 3.6.1.5 menggambarkan bahwa prevalensi penyebab cedera karena jatuh paling banyak mereka yang pekerjaannya (sekolah) 59,6% dan yang paling rendah adalah pekerjaan lainnya (10,0%). Persentase penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat paling banyak mereka yang pekerjaannya (pegawai negeri) 43,4% dan yang paling rendah adalah pekerjaan ibu rumah tangga (30,1%).

Tabel 3.6.1.6
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Pekerjaan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Perkotaan	6,9	22,4	0,0	0,2	60,2	22,6	1,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
Perdesaan	4,1	37,4	0,2	0,8	49,9	26,5	3,6	0,0	3,4	0,2	0,0	0,5	0,8	1,5	0,2	0,0	3,4

* Angka Persentase penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Tabel 3.6.1.6 menunjukkan bahwa prevalensi cedera berdasarkan tipe daerah terlihat penyebab cedera bervariasi, untuk cedera karena jatuh di kota lebih banyak (60,2%), transportasi darat Persentase lebih besar pada desa (37,3%) dibandingkan kota (22,4%) dan cedera karena terluka sedikit lebih banyak di desa (26,5%)

Tabel 3.6.1.7
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera Menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Cedera	Penyebab cedera															
		Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Kuintil 1	5,3	22,1	0,0	0,0	64,5	20,8	1,3	0,0	0,9	0,0	0,0	0,9	0,4	0,9	0,0	0,0	2,6
Kuintil 2	4,6	30,2	0,0	1,0	55,0	23,3	2,5	0,0	2,0	0,0	0,0	0,5	1,0	0,5	0,5	0,0	3,4
Kuintil 3	5,3	28,9	0,0	0,4	54,0	32,3	3,0	0,0	3,4	0,4	0,0	0,4	0,4	0,9	0,0	0,0	2,1
Kuintil 4	4,7	38,9	0,0	1,0	45,7	24,2	2,4	0,0	1,4	0,0	0,0	0,5	0,5	1,0	0,0	0,0	4,8
Kuintil 5	4,7	37,7	0,5	0,5	50,0	25,0	3,8	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,5	1,9	0,0	0,0	1,9

* Angka Persentase penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera total

Tabel 3.6.1.7 menampilkan prevalensi cedera menurut tingkat pengeluaran perkapita. Pada tabel tersebut menunjukkan bahwa prevalensi cedera hampir sama atau seimbang antara tingkat pengeluaran kuintil 1 sampai dengan kuintil 5. Hal tersebut menggambarkan bahwa tidak ada perbedaan besaran prevalensi cedera menurut status ekonomi. Adapun untuk penyebab cedera menunjukkan bahwa untuk Persentase jatuh terbesar pada kelompok kuintil 1 (64,5%), kecelakaan transportasi darat pada kuintil 5 (37,7%) dan terluka benda tajam/tumpul pada kuintil 3 (32,2%).

Tabel 3.6.1.8
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Tumit dan kaki
Kerinci	21,3	5,1	0,0	5,9	14,7	38,7	38,2	9,5	45,3	25,7
Merangin	20,6	0,0	4,8	7,9	30,2	49,2	30,2	9,5	55,6	28,6
Sarolangun	19,9	2,0	2,0	3,2	17,2	22,0	39,8	6,0	39,8	25,1
Batanghari	20,7	0,0	6,9	3,4	10,3	31,0	34,5	6,9	41,4	17,2
Muaro Jambi	13,6	5,2	1,7	8,5	13,6	17,2	27,1	3,4	36,2	17,2
Tanjung Jabung Timur	23,9	4,3	4,3	6,5	21,7	31,9	21,7	15,2	30,4	27,7
Tanjung Jabung Barat	7,7	3,8	7,8	7,8	9,8	13,5	32,7	5,9	19,6	41,2
Tebo	13,5	2,8	8,1	11,1	16,7	13,9	22,2	8,1	27,8	13,5
Bungo	30,8	0,0	6,2	6,3	12,3	12,3	31,3	4,6	23,1	20,3
Kota Jambi	10,0	1,4	5,7	7,0	11,4	33,9	29,8	7,6	59,2	27,4
Jambi	16,5	2,3	4,1	6,2	14,9	28,8	32,8	7,4	45,0	25,7

* Bagian tubuh terkena cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Persentase tertinggi bagian tubuh yang terkena cedera berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Jambi tampak adalah sebagai berikut: bagian kepala 30,8% (kabupaten Bungo), bagian leher 5,2% (kabupaten Muaro Jambi), bagian dada 8,1% (kabupaten Tebo), bagian perut/punggung/panggul 11,1% (kabupaten Tebo), bagian bahu/lengan atas 30,2% (kabupaten Merangin), bagian siku/lengan bawah 49,2% (kabupaten Merangin), bagian pergelangan tangan dan tangan 39,8% (kabupaten Sarolangun), bagian pinggul/tungkai atas 15,2% (kabupaten Tanjab Timur), bagian lutut dan tungkai bawah 59,2% (kota Jambi), bagian tumit dan kaki 41,2% (kabupaten Tanjab Barat).

Tabel 3.6.1.9
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kelompok Umur
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
< 1	75,0	50,0	75,0	75,0	75,0	50,0	25,0	50,0	50,0	0,0
1-- 4	21,6	0,0	8,0	11,4	16,1	19,5	24,1	14,8	62,1	10,2
5 -- 14	15,5	0,8	0,8	1,6	9,5	34,5	23,4	4,4	49,6	21,4
15 – 24	14,0	1,2	2,1	2,9	20,6	34,3	35,8	5,8	47,3	29,6
25 – 34	13,4	3,4	7,3	6,7	15,2	26,8	35,4	5,6	42,1	34,3
35 – 44	15,2	0,8	3,0	10,6	11,4	22,9	38,6	10,6	29,5	27,3
45 – 54	19,2	5,0	5,8	10,0	13,3	23,3	43,3	5,8	40,8	20,0
55 – 64	25,0	3,8	5,8	3,8	21,2	21,6	34,6	9,6	39,2	36,5
65 – 74	23,1	7,7	0,0	8,0	11,5	28,0	36,0	23,1	50,0	15,4
75+	18,2	16,7	8,3	18,2	8,3	36,4	16,7	16,7	41,7	50,0
Jambi	16,5	2,3	4,1	6,2	14,8	28,8	32,9	7,6	45,0	25,7

* Bagian tubuh terkena cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Tabel 3.6.1.9 menggambarkan bahwa cedera di bagian kepala didominasi oleh kelompok < 1 tahun. yaitu sekitar 75%. Adapun untuk cedera dibagian leher paling tinggi pada kelompok umur < 1 tahun (50%). Cedera di bagian dada paling tinggi pada kelompok umur < 1 tahun (75%), sedangkan cedera di bagian perut paling tinggi pada kelompok umur < 1 tahun (75%). Untuk cedera di bahu paling tinggi pada kelompok umur < 1 tahun (75%). Persentase cedera dibagian siku paling tinggi pada kelompok umur < 1 tahun (50%), sedangkan cedera di bagian tangan tertinggi di kelompok umur 45-54 (43,3%). Selanjutnya untuk cedera dibagian pinggul dan tungkai atas pada kelompok umur < 1 tahun (50%). Adapun untuk cedera di lutut pada kelompok umur 1-4 tahun (50%) dan cedera di kaki tertinggi pada kelompok umur tua (75 keatas) sebesar 50%.

Tabel 3.6.1.10
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pendidikan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Pendidikan	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tiam/tumouli	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Tidak sekolah	21,5	3,1	1,5	10,8	13,8	18,5	32,3	10,8	33,8	30,8
Tidak tamat SD	13,8	3,4	2,9	4,6	13,2	27,4	33,9	6,3	40,8	23,0
Tamat SD	14,8	1,2	2,9	5,8	14,8	32,9	40,3	5,8	44,0	30,0
Tamat SMP	15,2	1,6	2,6	3,7	16,7	27,7	33,5	6,3	48,4	27,7
Tamat SMA	11,2	3,2	8,0	6,4	18,3	38,5	35,8	5,9	44,1	32,1
Tamat PT	22,6	6,3	6,3	18,8	3,2	25,8	38,7	16,1	16,1	3,2
Jambi	14,7	2,5	3,9	6,1	15,2	30,6	36,0	6,7	42,6	27,7

* Bagian tubuh terkena cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Tabel 3.6.1.10 menunjukkan bahwa Persentase responden yang mengalami cedera di kepala (22,6%) kebanyakan mempunyai tingkat pendidikan tamat SMA ke atas, untuk cedera leher (6,3%) tingkat pendidikan tamat SMA ke atas, cedera di dada (8%) tingkat pendidikan tamat SMA. Untuk cedera di perut (18,8%) tingkat pendidikan tamat SMA ke atas, cedera di bagian bahu (18,3%) tingkat pendidikan tamat SMA, cedera di siku (38,5%) tingkat pendidikan tamat SMA. Adapun cedera di bagian tangan (40,3%) terdapat pada tingkat pendidikan tamat SD, cedera di pinggul (16,1%) tingkat pendidikan tamat SMA ke atas, cedera lutut (48,4%) pada pendidikan tamat SMP dan cedera di tumit dan kaki (32,1%) dengan pendidikan tamat SMA.

Tabel 3.6.1.11
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Pekerjaan di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Pekerjaan	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Tidak bekerja	12,8	2,3	2,3	7,0	10,5	31,4	22,1	4,7	45,3	25,3
Sekolah	10,1	0,5	2,0	2,0	14,1	43,9	31,8	7,1	51,5	25,8
Mengurus RT	18,1	3,7	2,4	9,6	8,5	22,0	48,8	2,4	31,3	34,9
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	15,8	5,3	14,3	7,9	22,1	38,2	36,8	7,9	39,5	35,5
Wiraswasta	12,4	5,2	3,1	8,2	18,6	35,1	39,2	8,2	39,2	28,9
Petani/Nelayan/ Buruh	17,3	1,8	2,9	6,5	16,1	22,0	38,1	7,6	42,2	26,1
Lainnya	18,2	10,0	9,1	0,0	9,1	27,3	18,2	0,0	9,1	18,2
Jambi	14,7	4,1	3,7	6,0	15,1	30,6	35,9	6,7	42,6	27,8

* Bagian tubuh terkena cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Tabel 3.6.1.11 menggambarkan bahwa cedera di kepala tertinggi dialami oleh responden yang mempunyai pekerjaan sebagai lainnya (18,1%). Untuk cedera di leher (10,0%) terbanyak pada jenis pekerjaan lainnya sedangkan Persentase cedera di bagian dada pekerjaan lainnya (9,1%). Cedera di perut banyak dialami oleh ibu rumah tangga (9,6%) dan cedera di bahu tertinggi diderita oleh responden yang bekerja sebagai pegawai negeri (22,1%). Persentase cedera di bagian siku terbanyak pekerjaan masih sekolah (43,9%). Untuk Persentase cedera bagian tangan yang paling banyak pada pekerjaan ibu rumah tangga (48,8%). Untuk Persentase cedera bagian pinggul yang paling banyak pada pekerjaan wiraswasta (8,2%). Untuk Persentase cedera bagian tangan yang paling banyak pada pekerjaan ibu rumah tangga (51,5%) dan bagian tumit paling banyak pada mereka yang berkerja sebagai pegawai negeri (35,5%).

Tabel 3.6.1.12
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Jenis Kelamin di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Jenis Kelamin	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, bahu	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda talam/tumou	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Laki	14,5	1,7	4,8	6,0	15,8	32,6	33,4	7,8	47,9	25,3
Perempuan	20,0	3,2	2,7	6,7	13,7	22,1	32,1	6,2	40,0	26,4
Jambi	16,5	2,3	4,1	6,2	15,0	28,8	32,9	7,2	45,0	25,7

* Bagian tubuh terkena cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Berdasarkan jenis kelamin tampak terlihat bahwa tiga urutan terbanyak bagian tubuh yang mengalami cedera pada laki-laki adalah lutut (47,9%), pergelangan tangan/tangan (33,4%) dan siku (32,6%). Adapun untuk perempuan adalah lutut (40%), tangan (32,1%) dan bagian kaki (26,4%). Persentase bagian tubuh yang mengalami cedera sebagian besar lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan kecuali untuk cedera dibagian kepala, leher, perut dan kaki.

Tabel 3.6.1.13
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tipe Daerah di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Tipe Daerah	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Perkotaan	12,0	2,0	6,1	6,8	13,1	34,2	29,4	9,0	53,8	27,1
Perdesaan	19,6	2,4	2,9	5,7	16,3	25,2	35,1	6,2	39,1	24,7
Jambi	16,6	2,3	4,2	6,2	15,0	28,8	32,9	7,3	45,0	25,7

* Bagian tubuh terkena cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Berdasarkan tabel 3.6.1.13 memperlihatkan Persentase bagian tubuh yang terkena cedera menurut tempat tinggal. Terlihat pola dimana cedera responden yang lebih tinggi dari tinggal di kota adalah dada (6,1%), perut (6,8%), siku (34,2%), pinggul (9%), lutut (53,8%) dan tumit (27,1%). Sedangkan cedera responden yang lebih tinggi pada mereka yang tinggal di desa adalah cedera kepala (19,6%), leher (2,4%), bahu (5,7%) dan tangan (25,2%).

Tabel 3.6.1.14
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Tingkat Pengeluaran Per Kapita di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Tingkat pengeluaran per kapita	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Kuintil 1	13,0	1,3	3,0	6,5	11,3	23,4	28,6	8,7	47,4	25,1
Kuintil 2	15,8	2,5	3,4	4,9	16,3	25,7	34,0	6,4	42,6	24,8
Kuintil 3	18,7	2,1	6,0	9,8	13,6	33,6	36,6	9,7	46,0	28,9
Kuintil 4	18,8	1,4	2,4	3,4	15,0	30,4	33,8	3,4	39,6	23,2
Kuintil 5	16,0	3,8	4,7	6,1	19,3	30,8	32,1	7,5	48,1	25,9
Jamb	16,5	2,2	4,0	6,2	15,0	28,8	33,0	7,3	44,9	25,7

* Bagian tubuh terkena cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Tabel 3.6.1.14 menggambarkan Persentase bagian tubuh yang mengalami cedera menurut tingkat pengeluaran perkapita menunjukkan bahwa untuk kuintil 1 sampai dengan kuintil 5 terlihat hampir seimbang, hanya pada Persentase tertinggi bagian tubuh terkena cedera untuk lutut dan tungkai bawah (48,5%) pada kuintil 5, pergelangan tangan dan tangan (36,6%) terdapat pada kuintil 3, dan cedera di bagian siku (33,6%) pada kuintil 3.

Persentase Jenis Cedera

Klasifikasi jenis cedera di sini merupakan modifikasi dari klasifikasi menurut ICD-10 (*International Classification Diseases*). Jenis cedera dapat diartikan juga sebagai jenis luka yang dialami oleh responden yang mengalami cedera. Persentase jenis cedera merupakan angka Persentase dari responden yang mengalami cedera. Jenis cedera yang dialami oleh responden bisa lebih dari satu jenis cedera (*multiple injury*).

Tabel 3.6.1.15
Persentase Jenis Cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
< 1	50,0	0,0	0,0	0,0	75,0	0,0	25,0	0,0	0,0
1 – 4	37,9	70,1	14,8	2,3	17,2	0,0	2,3	1,1	0,0
5 – 14	38,9	67,5	21,4	4,8	22,6	4,4	0,8	0,0	0,8
15 – 24	32,6	67,5	26,7	2,1	28,0	7,0	0,0	0,4	1,2
25 – 34	47,5	59,8	33,5	2,8	25,8	6,2	5,6	0,0	7,3
35 – 44	43,2	35,6	36,6	0,8	25,8	3,8	0,0	2,3	2,3
45 – 54	37,5	48,3	30,0	5,0	26,7	4,2	0,0	3,3	6,7
55 – 64	48,1	34,6	46,2	1,9	11,5	9,6	3,8	3,8	3,8
65 – 74	24,0	50,0	46,2	7,7	15,4	4,0	3,8	0,0	0,0
75+	27,3	66,7	18,2	0,0	18,2	16,7	0,0	0,0	0,0

* Jenis cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Tabel 3.6.1.15 menunjukkan bahwa untuk jenis cedera yang mempunyai Persentase tertinggi meliputi: benturan sekitar 50,0% (< 1 tahun), luka lecet 70,1% (1-4 tahun), luka terbuka 46,2% (55-64 dan 65-74 tahun), luka bakar 7,7% (65-74 tahun), terkilir/teregang 75,0% (< 1 tahun), patah tulang 16,7% (75 tahun ke atas), anggota gerak terputus (amputasi) 25% (< 1 tahun), keracunan 3,8% pada 55-64 tahun serta jenis cedera lainnya 7,3% (25-34 tahun).

Tabel 3.6.1.16
Persentase Jenis Cedera menurut Pendidikan di Provinsi Jambi,
Risikesdas 2007

Pendidikan	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Tidak	46,2	35,4	36,9	3,1	21,5	6,2	3,1	3,1	6,2
Tidak	35,6	54,6	29,3	5,7	23,6	5,2	0,6	1,1	1,7
Tamat SD	40,3	55,1	35,4	2,9	30,0	6,6	0,4	1,2	1,2
Tamat	41,7	60,9	29,7	2,6	31,8	6,8	0,5	0,5	1,0
Tamat	36,4	64,7	27,3	1,6	20,3	4,3	3,7	1,1	7,5
Tamat PT	29,0	48,4	29,0	0,0	16,1	0,0	6,5	0,0	6,3

* Jenis cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Pola Persentase jenis cedera menurut tingkat pendidikan menunjukkan gambaran yang sama yaitu urutan terbanyak mengalami jenis cedera luka lecet, benturan, luka terbuka dan terkilir/teregang. Persentase jenis cedera tertinggi adalah benturan 46,2% (tidak sekolah), luka lecet 64,7% (tamam SMA), luka terbuka 36,9% (tidak sekolah), luka bakar 5,7% (tidak tamam SD), terkilir/teregang 31,8% (tamam SMP), patah tulang 6,8% (tamam SMP), anggota gerak terputus (amputasi) 6,5% (tamam SMA ke atas), keracunan 3,1% (tidak sekolah) serta jenis cedera lainnya 7,5% (tamam SMA).

Tabel 3.6.1.17
Persentase Jenis Cedera Menurut Pekerjaan di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Pekerjaan	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Tidak bekerja	36,0	66,3	29,1	2,3	15,1	4,6	0,0	0,0	0,0
Sekolah	38,9	70,2	21,7	4,0	30,3	5,5	0,0	0,0	1,0
Mengurus RT	48,8	43,9	30,1	1,2	19,3	4,9	1,2	0,0	2,4
Pegawai	44,7	55,3	25,0	0,0	25,0	5,3	9,2	2,6	11,8
Wiraswasta	34,0	61,9	33,0	4,1	27,8	8,2	3,1	0,0	4,1
Petani/Nelayan	37,8	47,7	37,8	3,2	27,6	5,9	0,3	2,1	2,6
Lainnya	18,2	70,0	36,4	0,0	18,2	0,0	0,0	0,0	10,0

* Jenis cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Tabel 3.6.1.17 memberikan gambaran pola jenis cedera berdasarkan jenis pekerjaan responden. Urutan terbanyak untuk Persentase jenis cedera yang dialami adalah luka lecet (70,0%) untuk pekerjaan lainnya, benturan (48,8%) untuk jenis pekerjaan ibu rumah tangga, luka terbuka (37,8%) untuk pekerjaan sebagai petani/nelayan/buruh dan terkilir/teregang (30,3%) dengan jenis pekerjaan sekolah.

Tabel 3.6.1.18
Persentase Jenis Cedera menurut Jenis Kelamin di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Jenis kelamin	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Laki	40,0	60,5	29,6	2,4	24,8	5,1	1,8	1,1	3,0
Perempuan	37,8	54,7	26,2	4,0	22,9	5,0	1,5	0,7	2,0

* Jenis cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Berdasarkan tabel 3.6.1.18 Persentase jenis cedera menurut katagori jenis kelamin memberikan gambaran bahwa pada hampir semua Persentase pada laki-laki menunjukkan angka lebih tinggi dibandingkan perempuan kecuali pada jenis cedera luka bakar dan terkilir/teregang. Persentase terbesar untuk jenis cedera adalah luka lecet yaitu 60,5% pada laki-laki dan 54,7% pada perempuan.

Tabel 3.6.1.19
Persentase Jenis Cedera Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi,
Risikesdas 2007

Tipe daerah	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Perkotaan	41,0	66,5	22,9	1,6	25,8	4,5	2,7	0,5	3,6
Perdesaan	38,0	52,9	32,1	3,9	23,0	5,6	0,9	1,2	2,0

* Jenis cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Tabel 3.6.1.19 memberikan gambaran jenis cedera berdasarkan pembagian tempat tinggal kota atau desa. Pola jenis cedera hampir sama dengan pembagian karakteristik yang lain yaitu untuk Persentase terbesar adalah luka lecet (66,5%) di perkotaan dan 52,9% di pedesaan. Persentase jenis cedera yang menunjukkan nilai lebih tinggi di desa dibandingkan dengan kota meliputi luka terbuka, luka bakar, patah tulang dan keracunan.

3.6.1.20
Persentase Jenis Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Per Kapita
di Provinsi Jambi, Risikesdas 2007

Tingkat pengeluaran perkapita	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Kuintil 1	42,0	58,9	24,7	1,7	27,7	5,6	1,7	0,9	0,9
Kuintil 2	38,6	58,1	25,2	2,0	21,3	5,4	1,0	0,5	5,0
Kuintil 3	41,5	54,0	30,6	3,8	26,0	3,4	3,4	0,9	4,7
Kuintil 4	35,3	59,1	33,7	2,4	21,3	6,3	0,5	0,5	1,4
Kuintil 5	39,2	61,3	28,8	4,7	24,1	5,2	1,4	1,9	1,4

* Jenis cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita yang dibagi dalam kuintil, maka urutan jenis cedera terbanyak yang dialami adalah luka lecet 61,3% (kuintil 5), benturan 42% (kuintil 1), luka terbuka 33,7% (kuintil 4) dan terkilir/teregang 27,7% (kuintil 1). Untuk Persentase jenis cedera patah tulang tampak hampir seimbang hanya lebih tinggi terlihat pada kuintil 4 (6,3%).

Tabel 3.6.1.21
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi,
Riskesmas 2007

Kabupaten /Kota	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	keracunan	Lainnya
Kerinci	41,2	62,5	21,3	3,7	21,2	5,9	0,0	0,7	0,7
Merangin	41,3	61,9	39,7	1,6	39,7	3,2	0,0	0,0	0,0
Sarolangun	43,4	57,2	43,0	5,6	21,9	2,4	1,2	2,8	0,8
Batanghari	20,7	51,7	10,3	3,4	20,7	6,9	3,4	0,0	3,4
Muaro Jambi	39,0	57,6	15,3	3,4	23,7	5,2	0,0	0,0	0,0
Tanjung Jabung Timur	44,7	38,3	17,4	0,0	17,0	2,1	4,3	2,1	8,5
Tanjung Jabung Barat	28,8	21,6	25,0	1,9	37,3	3,8	1,9	0,0	5,8
Tebo	22,2	30,6	33,3	5,6	16,2	16,7	0,0	0,0	5,6
Bungo	24,6	46,2	32,8	1,5	24,6	15,4	0,0	0,0	3,1
Kota Jambi	41,9	70,2	23,3	1,9	24,1	4,3	3,0	0,5	4,1
Jambi	39,3	58,4	28,4	3,1	24,1	5,1	1,6	1,0	2,7

* Jenis cedera jumlahnya bisa lebih dari satu (*multiple injury*)

Berdasarkan tabel 3.6.1.21 diperlihatkan bahwa Persentase jenis cedera tertinggi di Provinsi Jambi yang terdiri dari 10 kabupaten/kota yaitu: benturan 44,7% (kabupaten Tanjab Timur), luka lecet 70,2 % (kota Jambi), luka terbuka 43% (kabupaten Sarolangun), luka bakar 5,6% (kabupaten Sarolangun dan Tebo), terkilir/teregang 39,7% (kabupaten Merangin), patah tulang 16,7% (kabupaten Tebo), anggota gerak terputus (amputasi) 4,3% (kabupaten Tanjung Jabung Timur), keracunan 2,8% (kabupaten Sarolangun).

3.6.2 DISABILITAS

Status disabilitas dikumpulkan dari kelompok penduduk umur 15 tahun ke atas berdasarkan pertanyaan yang dikembangkan oleh WHO dalam *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Tujuan pengukuran ini adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kesulitan/ketidakmampuan yang dihadapi oleh penduduk terkait dengan fungsi tubuh, individu dan sosial.

Responden diajak untuk menilai kondisi dirinya dalam satu bulan terakhir dengan menggunakan 20 pertanyaan inti dan 3 pertanyaan tambahan untuk mengetahui seberapa bermasalah disabilitas yang dialami responden, sehingga memerlukan bantuan orang lain. Sebelas pertanyaan pada kelompok pertama terkait dengan fungsi tubuh bermasalah, dengan pilihan jawaban sebagai berikut 1) Tidak ada; 2) Ringan; 3) Sedang; 4) Berat; dan 5) Sangat berat. Sembilan pertanyaan terkait dengan fungsi individu dan sosial dengan pilihan jawaban sebagai berikut, yaitu 1) Tidak ada; 2) Ringan; 3) Sedang; 4) Sulit; dan 5) Sangat sulit/tidak dapat melakukan. Tiga pertanyaan tambahan terkait dengan kemampuan responden untuk merawat diri, melakukan aktivitas/gerak atau berkomunikasi, dengan pilihan jawaban 1) Ya dan 2) Tidak.

Dalam analisis, penilaian pada masing-masing jenis gangguan kemudian diklasifikasikan menjadi 2 kriteria, yaitu "Tidak bermasalah" atau "Bermasalah". Disebut "Tidak bermasalah" bila responden menjawab 1 atau 2 pada 20 pertanyaan inti. Disebut "Bermasalah" bila responden menjawab 3,4 atau 5 untuk keduapuluh pertanyaan termaksud.

Tabel 3.6.2.1
Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Status Disabilitas
Dalam 1 Bulan Terakhir di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah* (%)
Melihat jarak jauh (20 m)	10.8
Melihat jarak dekat (30 cm)	9.5
Mendengar suara normal dalam ruangan	6.5
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	6.3
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	9.1
Nafas pendek setelah latihan ringan	11.7
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	6.9
Mengalami gangguan tidur	8.2
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	7.3
Kesulitan berdiri selama 30 menit	10.3
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	15.4
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	9.4
Membersihkan seluruh tubuh	3.0
Mengenakan pakaian	2.8
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	6.5
Paham pembicaraan orang lain	6.5
Bergaul dengan orang asing	9.1
Memelihara persahabatan	7.6
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	8.4
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	9.5

*) Bermasalah, bila responden menjawab 3,4 atau 5

Dari tabel di atas tampak bahwa penduduk Provinsi Jambi yang berumur 15 tahun yang bermasalah agak menonjol dalam hal masalah kesulitan berjalan jauh (1 km), kesulitan melihat jarak jauh (20 m), napas pendek setelah latihan ringan, kesulitan melihat jarak dekat (30 m) dan kesulitan berdiri selama 30 menit dan. Sedangkan dalam hal membersihkan seluruh tubuh, dan mengenakan pakaian merupakan permasalahan yang kecil.

Dalam menilai status disabilitas kriteria “Bermasalah” dirinci menjadi “Bermasalah” dan “Sangat bermasalah”. Kriteria “Sangat bermasalah” apabila responden menjawab ya untuk salah satu dari tiga pertanyaan tambahan. Di Provinsi Jambi rata-rata status disabilitas dengan kriteria “Sangat bermasalah” adalah sebesar 2,7% dan “Bermasalah” 27,1%.

Tabel 3.6.2.2
Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas
Dalam 1 bulan terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status disabilitas		
	Sangat masalah	Masalah	Tidak masalah
Kerinci	4,3	34,9	60,8
Merangin	1,6	17,0	81,4
Sarolangun	2,7	63,4	33,9
Batang Hari	0,9	12,6	86,5
Muaro Jambi	1,5	34,0	64,5
Tanjab Timur	12,0	34,7	53,6
Tanjab Barat	1,5	26,0	72,5
Tebo	2,5	30,3	67,2
Bungo	1,1	24,7	74,2
Jambi	1,3	11,2	87,5
Provinsi Jambi	2,7	27,1	70,2

Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat di Tanjung Jabung Timur (12,0%), sedangkan Batang Hari dengan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” terendah. Prevalensi disabilitas “Bermasalah” tertinggi ditemukan di Sarolangun (63,4%), sedangkan prevalensi disabilitas “Bermasalah” terendah adalah kota Jambi (11,2%).

Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa prevalensi disabilitas menunjukkan variabilitas menurut karakteristik responden. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” pada perempuan lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi disabilitas pada laki-laki. Menurut tingkat pendidikan penduduk prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” menonjol pada penduduk tidak sekolah dan tidak tamat SD. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” ternyata bervariasi menurut pekerjaan responden. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat pada responden yang tidak bekerja, sedangkan yang terendah pada responden yang sekolah. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tidak tampak kecenderungan menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan (Tabel 3.6.2.3).

Tabel 3.6.2.3
Sebaran Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Masalah Disabilitas
Dalam 1 bulan terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Sangat masalah	Masalah
Kelompok Umur (Tahun)		
15-24	1,2	15,3
25-34	1,6	19,7
35-44	1,1	25,3
45-54	2,0	37,6
55-64	6,8	52,0
65-74	13,7	61,3
>75	26,4	61,4
Jenis kelamin		
Laki-laki	2,6	26,2
Perempuan	2,8	27,9
Pendidikan		
Tidak sekolah	12,8	49,2
Tidak tamat SD	3,8	39,2
Tamat SD	2,0	29,8
Tamat SMP	1,2	19,4
Tamat SMA	1,0	17,1
Tamat SMA+	1,5	16,5
Pekerjaan		
Tidak bekerja	10,0	30,2
Sekolah	0,9	12,1
Mengurus RT	2,2	25,6
Pegawai (Negeri. Swasta. Polri)	1,1	16,6
Wiraswasta	1,5	23,8
Petani/Nelayan/Buruh	2,4	34,1
Lainnya	1,9	26,1
Tempat tinggal		
Perkotaan	2,3	17,5
Perdesaan	2,9	31,1
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil 1	3,3	27,4
Kuintil 2	2,6	27,8
Kuintil 3	2,3	29,3
Kuintil 4	3,1	27,3
Kuintil 5	2,1	23,9

3.7 PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU

Pengetahuan, sikap dan perilaku dalam Riskesdas 2007 ditanyakan kepada penduduk umur 10 tahun ke atas. Pengetahuan dan sikap yang berhubungan dengan penyakit flu burung dan HIV/AIDS ditanyakan melalui wawancara individu. Demikian juga perilaku higienis yang meliputi pertanyaan mencuci tangan pakai sabun, kebiasaan buang air besar, penggunaan tembakau/ perilaku merokok, minum minuman beralkohol, aktivitas fisik, perilaku konsumsi buah dan sayur, dan pola konsumsi makanan berisiko.

Untuk mendapatkan persepsi yang sama, pada saat melakukan wawancara mengenai satuan standar minuman beralkohol, klasifikasi aktivitas fisik, dan porsi konsumsi buah dan sayur, digunakan kartu peraga.

3.7.1 Perilaku Merokok

Pada penduduk umur 10 tahun ke atas ditanyakan apakah merokok setiap hari, merokok kadang-kadang, mantan perokok atau tidak merokok. Bagi penduduk yang merokok setiap hari, ditanyakan berapa umur mulai merokok setiap hari dan berapa umur pertama kali merokok, termasuk penduduk yang belajar merokok. Pada penduduk yang merokok, yaitu yang merokok setiap hari dan merokok kadang-kadang, ditanyakan berapa rata-rata batang rokok yang dihisap per hari dan jenis rokok yang dihisap. Juga ditanyakan apakah merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain. Bagi mantan perokok ditanyakan berapa umur ketika berhenti merokok.

Tabel 3.7.1.1 menunjukkan bahwa di Provinsi Jambi persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari 24,5%. Persentase tertinggi ditemukan di Merangin (30,9%), diikuti dengan Sarolangun (28,0%) dan Tebo (27,4%). Sedangkan persentase terendah dijumpai di Kota Jambi (18,3%).

Tabel 3.7.1.1
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kab/kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Kerinci	27,1	4,9	2,7	65,2
Merangin	30,9	3,1	1,8	64,1
Sarolangun	28,0	5,7	3,0	63,3
Batang Hari	20,8	4,9	2,1	72,2
Muaro Jambi	21,4	6,0	2,8	69,8
Tanjab Timur	24,9	8,1	4,1	62,9
Tanjab Barat	24,1	3,9	1,4	70,7
Tebo	27,4	3,5	2,3	66,8
Bungo	27,0	3,0	1,3	68,7
Jambi	18,3	6,0	2,9	72,8
Provinsi Jambi	24,5	5,0	2,5	68,1

Tabel 3.7.1.2 menggambarkan perilaku merokok penduduk umur 10 tahun ke atas menurut karakteristik responden. Di Provinsi Jambi, persentase penduduk merokok tiap hari tampak tinggi pada kelompok umur (55-64 tahun), yaitu 34,8%. Sedangkan penduduk kelompok umur 10-14 tahun yang merokok tiap hari sudah mencapai 1,11% dan kelompok umur 15-24 tahun sebanyak 18,2%.

Hampir separuh (46,5%) penduduk laki-laki umur 10 tahun ke atas merupakan perokok tiap hari. Menurut pendidikan, Persentase tertinggi dijumpai pada penduduk tamat SMA (27,3%) dan perdesaan sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan.

Pada perokok kadang-kadang, Persentase tinggi dimulai pada kelompok umur 15-24 tahun (5,8%), pada laki-laki (8,6%) 10 kali lebih banyak dibandingkan perempuan (1,3%). Sedangkan mantan perokok Persentase tertinggi ditemukan pada kelompok umur 75 tahun ke atas (14,0%). Tidak tampak perbedaan antara rumah tangga yang tingkat pengeluarannya rendah dan tinggi.

Tabel 3.7.1.2
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Umur (tahun)				
10-14	1,11	2,6	0,1	96,1
15-24	18,2	5,8	0,7	75,3
25-34	30,3	5,4	1,4	62,9
35-44	31,4	5,2	2,1	61,3
45-54	34,2	4,8	4,3	56,8
55-64	34,8	5,1	7,8	52,4
65-74	27,3	4,5	11,0	57,2
75+	20,9	5,1	14,0	60,2
Jenis Kelamin				
Laki	46,5	8,6	4,8	40,1
Perempuan	2,92	1,3	0,2	95,5
Pendidikan				
Tidak Sekolah	24,3	4,6	3,6	67,6
Tidak Tamat SD	21,2	3,7	2,8	72,3
Tamat SD	24,4	4,1	2,1	69,4
Tamat SLTP	25,8	5,7	1,7	66,8
Tamat SLTA	27,3	6,7	2,8	63,2
Tamat SLTA +	23,6	6,1	4,0	66,3
	24,3	4,6	3,6	67,6
Tempat tinggal				
Pekotaan	20,5	5,3	2,4	71,8
Pedesaan	26,1	4,8	2,5	66,6
Tingkat				
Kuintil 1	23,4	4,1	2,3	70,2
Kuintil 2	23,9	5,0	2,4	68,6
Kuintil 3	24,1	5,4	2,7	67,8
Kuintil 4	25,2	5,2	2,5	67,1
Kuintil 5	25,8	5,0	2,4	66,8

Tabel 3.7.1.3 menunjukkan perilaku merokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap menurut kabupaten/kota. Perokok saat ini adalah perokok setiap hari dan perokok kadang-kadang. Di Provinsi Jambi, prevalensi perokok saat ini 29,4% dengan rerata jumlah rokok yang dihisap 12 batang per hari. Prevalensi perokok saat ini tertinggi di Kabupaten Merangin (34,1%), disusul Serolangun (33,7%) dan Kerinci (32,1%). Kabupaten/kota yang prevalensinya di bawah angka Provinsi adalah Tanjab Barat (27,9%), Muaro Jambi (27,4%), Batang Hari (25,7%) dan kota Jambi (24,2%).

Rerata batang rokok yang dihisap per hari paling tinggi di Tanjung Jabung Barat (14 batang), selanjutnya adalah Bungo (14 batang) dan Muaro Jambi (13 batang); sedangkan yang paling sedikit adalah Batanghari 11 batang.

Tabel 3.7.1.3
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Jambi, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini	
	%	Rerata jumlah batang rokok/hari
Kerinci	32,1	13,4
Merangin	34,1	12,7
Sarolangun	33,7	13,4
Batang Hari	25,7	11,7
Muaro Jambi	27,4	13,8
Tanjab Timur	33,0	13,8
Tanjab Barat	27,9	14,6
Tebo	30,9	12,6
Bungo	30,0	14,5
Jambi	24,2	12,8
Jambi	29,4	12

Tabel 3.7.1.4 menggambarkan prevalensi perokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap per hari menurut karakteristik responden. Prevalensi perokok saat ini mulai meningkat pada kelompok umur 15-24 tahun sampai kelompok umur 55-64 tahun, kemudian menurun pada umur lebih lanjut. Berbeda dengan kelompok umur 10-14 tahun, walaupun prevalensi hanya 7,3%, tetapi rerata jumlah batang rokok yang dihisap 13 batang per hari.

Prevalensi perokok saat ini pada laki-laki empat kali lebih tinggi dibandingkan perempuan (berturut-turut 55,1% dan 4,3%), rerata rokok yang dihisap oleh perokok perempuan lebih sedikit dibandingkan dengan laki-laki (berturut-turut 13 batang dan 11 batang). Prevalensi perokok saat ini lebih tinggi pada penduduk tamat SMA dan penduduk tidak sekolah, serta di daerah perdesaan. Tidak tampak adanya perbedaan antara penduduk dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita tinggi dan rendah.

Tabel 3.7.1.4
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik di Provinsi
Jambi Tahun 2007

Karakteristik	Perokok saat ini	Rerata jumlah batang rokok yang dihisap
Umur (tahun)		
10-14	7,3	8,3
15-24	49,7	12,3
25-34	75,1	13,6
35-44	75,1	14,0
45-54	76,2	13,7
55-64	74,9	12,8
65-74	61,8	12,4
75+	53,1	11,4
Jenis Kelamin		
Laki	55,1	13,5
Perempuan	4,3	11,4
Pendidikan		
Tidak Sekolah	75,8	12,4
Tidak Tamat SD	51,4	13,1
Tamat SD	58,5	13,8
Tamat SLTP	60,0	13,4
Tamat SLTA	63,7	12,9
Tamat SLTA +	53,1	14,1
Tempat tinggal		
Pekotaan	52,1	13,5
Pedesaan	62,3	13,3
Tingkat		
Kuintil 1	56,6	12,8
Kuintil 2	58,7	13,1
Kuintil 3	59,6	12,9
Kuintil 4	61,8	13,8
Kuintil 5	60,4	13,8

Tabel 3.7.1.5 menunjukkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari. Usia mulai merokok tiap hari ini penting diketahui untuk melihat lamanya paparan rokok pada penduduk. Di Provinsi Jambi, persentase usia mulai merokok tiap hari umur 15-19 tahun menduduki tempat tertinggi, yaitu 44%. Untuk kelompok usia muda (5-9 tahun), Sarolangun menduduki tempat tertinggi (2,16%), 20 kali lebih besar dibandingkan dengan angka nasional (0,1%).

Tabel 3.7.1.5
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia
Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia mulai merokok tiap hari (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Kerinci	0,0	15,0	58,0	8,42	3,3	1,5	12,6
Merangin	0,0	9,6	48,0	14,6	3,8	2,4	21,5
Sarolangun	0,0	19,0	41,0	11,6	3,51	2,7	20,3
Batang Hari	0,0	11,0	39,0	15,0	2,04	1,4	30,3
Muaro Jambi	0,0	17,0	44,0	13,7	1,65	1,4	21,7
Tanjab Timur	0,0	6,1	32,0	13,3	2,02	0,6	44,8
Tanjab Barat	0,0	6,3	39,0	18,2	4,74	2,1	28,9
Tebo	0,0	27,0	36,0	14,8	3,19	1,6	15,9
Bungo	0,0	8,3	32,0	15,0	3,23	1,4	39,3
Jambi	0,0	7,8	54,0	23,6	1,09	2,0	11,3
Provinsi Jambi	0,0	12,8	43,6	14,9	2,8	1,8	24,0

Tabel 3.7.1.6 menunjukkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari dan karakteristik responden. Berdasarkan kelompok umur, 88% penduduk umur 10-14 tahun sudah mulai merokok tiap hari pada usia 10-14 tahun.

Untuk setiap kelompok usia mulai merokok tiap hari hampir sama persentase laki-laki dibandingkan perempuan, kecuali pada usia 10-14 tahun dan 15-19 tahun.

Tidak tampak perbedaan usia mulai merokok tiap hari dilihat dari tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan.

Tabel 3.7.1.6
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Usia mulai merokok tiap hari						Tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30 th	
Umur (tahun)							
10-14	0,0	88,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,69
15-24	0,0	21,0	64,0	3,87	0,0	0,0	10,6
25-34	0,0	11,0	53,0	14,4	2,95	0,0	17,6
35-44	0,0	9,7	40,0	18,4	3,74	2,1	26,2
45-54	0,0	10,0	33,0	19,8	3,33	3,3	29,7
55-64	0,0	9,5	24,0	21,1	4,11	4,9	35,7
65-74	0,0	19,0	23,0	11,7	3,07	4,9	36,8
75+	0,0	8,0	20,0	10,0	4,0	6,0	52
Jenis kelamin							
Laki-laki	0,0	12,9	44,3	14,9	2,8	1,3	23,1
Perempuan	0,0	12,3	33,8	15,0	3,5	8,5	26,5
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,0	13,0	26,0	15,2	3,53	5,3	36
Tidak tamat SD	0,0	15,0	34,0	14,1	2,77	2,5	30,2
Tamat SD	0,0	14,0	41,0	13,6	3,0	1,4	26,7
Tamat SMP	0,0	13,0	50,0	12,8	2,36	0,8	20
Tamat SMA	0,0	11,0	54,0	18,0	2,49	1,6	13,4
Tamat SMA +	0,0	6,0	50,0	22,3	4,89	0,5	15,8
Tempat tinggal							
Pekotaan	0,0	13,0	44,0	14,9	2,79	1,3	23,1
Pedesaan	0,0	12,0	34,0	15,0	3,46	8,5	26,5
Tingkat pengeluaran							
Kuintil 1	0,0	13,0	42,0	15,6	2,21	2,1	23,6
Kuintil 2	0,0	14,0	43,0	15,2	2,56	1,5	23,3
Kuintil 3	0,0	11,0	44,0	13,4	3,3	2	25,7
Kuintil 4	0,0	14,0	46,0	13,7	2,19	1,1	22,8
Kuintil 5	0,0	11,0	43,0	17,0	3,99	2,1	21,7

Tabel 3.7.1.7 menunjukkan prevalensi perokok yang merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga menurut provinsi. Di Provinsi Jambi, 86% perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain. Terdapat 5 Kabupaten dengan prevalensi lebih tinggi dari angka Provinsi, tertinggi dijumpai di Kabupaten Bungo (91,3%).

Tabel 3.7.1.7
Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah
Tangga Yang Lain Menurut Kabupaten/Kota Riskedas Provinsi Jambi
Tahun 2007

Kabupaten/kota	Perokok di dalam rumah
Kerinci	85,8
Merangin	92,8
Sarolangun	81,6
Batang Hari	87,7
Muaro Jambi	86,6
Tanjab Timur	82,4
Tanjab Barat	89,8
Tebo	85,6
Bungo	91,3
Jambi	78,4
Provinsi Jambi	86,0

Tabel 3.7.1.8 menunjukkan, secara umum jenis rokok yang paling banyak diminati adalah rokok kretek dengan filter (70,9%), kemudian kretek tanpa filter (24,1%) dan rokok putih (13,1%).

Tabel 3.7.1.8
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Berdasarkan
Jenis Rokok Yang Dihisap, Menurut Kabupaten/Kota Riskesdas Provinsi
Jambi 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lain- nya
Kerinci	71,5	27,2	10,5	5,7	0,6	1,4	1,9	0,6
Merangin	80,8	24,8	3,6	17,2	0,3	2,0	3,4	0,5
Sarolangun	55,2	37,9	8,5	6,9	0,0	0,4	2,9	0,2
Batang Hari	70,8	21,1	12,6	2,2	0,0	0,0	0,5	0,0
Muaro Jambi	75,2	15,5	13,6	5,5	0,6	1,3	0,6	0,0
Tanjab Timur	78,3	31,9	5,4	22,8	2,2	3,3	2,8	0,2
Tanjab Barat	77,6	23,4	8,6	8,6	0,7	0,7	1,1	0,2
Tebo	49,6	33,8	26,1	7,7	0,2	1,6	2,2	0,0
Bungo	85,0	11,4	5,0	7,3	0,4	1,0	1,0	0,2
Jambi	64,9	17,9	29,9	2,2	0,3	0,3	0,3	0,1
Provinsi Jambi	70,9	24,1	13,1	8,5	0,5	1,2	1,7	0,2

Tabel 3.7.1.9 menunjukkan, berdasarkan kelompok umur, pada umumnya jenis rokok yang diminati adalah kretek dengan filter, kecuali pada kelompok umur 55 tahun ke atas kretek tanpa filter merupakan pilihannya. Demikian juga rokok linting dan tembakau kunyah, banyak diminati oleh penduduk berumur 55 tahun ke atas. Menurut jenis kelamin, laki-laki lebih dominan pada semua jenis rokok dibandingkan perempuan, kecuali penggunaan tembakau kunyah pada perempuan 17 kali lebih banyak dibandingkan laki-laki. Menurut pendidikan, penduduk tidak sekolah lebih banyak menggunakan rokok linting atau tembakau kunyah dibandingkan jenis rokok lainnya, dan pada jenjang pendidikan lainnya didominasi oleh penggunaan kretek dengan filter; demikian juga halnya menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran per kapita

Tabel 3.7.1.9
Sebaran Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Berdasarkan Jenis Rokok Yang Dihisap, Menurut Karakteristik Responden Riskesdas Provinsi Jambi 2007

Karakteristik	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Umur (Tahun)								
10-14	94,3	7,0	2,3	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
15-24	74,0	13,4	25,0	5,1	0,1	3,1	0,0	0,3
25-34	74,6	22,2	15,1	5,9	0,4	0,6	0,9	0,1
35-44	74,0	25,2	10,0	5,1	0,0	0,6	1,3	0,2
45-54	65,5	31,1	7,6	9,3	0,3	0,2	2,5	0,1
55-64	64,9	34,7	5,8	16,1	1,8	1,3	3,4	0,2
65-74	47,6	34,0	7,3	34,6	3,7	3,7	8,4	0,5
75+	39,4	28,8	6,1	43,1	1,5	3,1	10,6	4,5
Jenis Kelamin								
Laki-laki	71,6	24,4	12,3	7,9	0,5	1,2	0,5	0,2
Perempuan	60,9	21,3	23,1	16,3	0,0	1,8	17,3	0,5
Pendidikan								
Tidak sekolah	50,9	36,1	7,9	20,9	1,5	2,9	8,8	1,2
Tidak tamat SD	67,4	32,8	8,1	14,7	0,7	1,5	2,9	0,1
Tamat SD	71,0	27,0	10,5	8,8	0,3	0,7	1,4	0,3
Tamat SMP	74,8	20,9	15,7	5,9	0,1	1,4	0,6	0,1
Tamat SMA	73,7	15,6	19,2	3,0	0,5	0,9	0,2	0,1
Tamat SMA +	80,2	10,3	13,9	3,4	0,9	1,7	0,4	0,0
Tempat tinggal								
Pekotaan	74,8	17,6	19,3	3,5	0,5	0,6	0,5	0,1
Pedesaan	69,5	26,4	11,0	10,2	0,5	1,4	2,1	0,3
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil 1	66,7	26,3	13,8	12,4	0,7	1,0	2,1	0,4
Kuintil 2	68,6	28,8	12,8	9,3	0,2	0,8	1,3	0,4
Kuintil 3	74,0	24,3	11,2	7,8	0,5	1,7	1,6	0,2
Kuintil 4	69,6	23,1	14,9	8,2	0,8	1,3	2,2	0,1
Kuintil 5	74,4	19,6	12,2	5,8	0,4	1,1	1,2	0,0

3.7.2 Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur

Data frekuensi dan porsi asupan sayur dan buah dikumpulkan dengan menghitung jumlah hari konsumsi dalam seminggu dan jumlah porsi rata-rata dalam sehari. Penduduk dikategorikan 'cukup' konsumsi sayur dan buah apabila makan sayur dan/atau buah minimal 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Dikategorikan 'kurang' apabila konsumsi sayur dan buah kurang dari ketentuan di atas.

Tabel 3.8.2.1 menunjukkan secara keseluruhan, penduduk umur 10 tahun ke atas kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 93,4%. Konsumsi buah dan sayur paling rendah terdapat di Merangin dan Sarolangun, masing-masing 99,6%. Sedangkan yang berada di bawah rata-rata Provinsi adalah Batanghari dan Kota Jambi (90,3 dan 70,6%),

Tabl 3.7.2.1
Persentase Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota Riskesdas, 2007

Kab/Kota	Kurang makan buah dan sayur*)
Kerinci	96,5
Merangin	99,6
Sarolangun	99,6
Batang hari	90,3
Muaro jambi	99,5
Tanjab Timur	98,9
Tanjab Barat	92,4
Tebo	95,6
Bungo	98,5
Jambi	74,6
Provinsi Jambi	93,4

*) Konsumsi makan buah dan sayur kurang dari 5 porsi/hari selama 7 hari dalam seminggu

Pada tabel 3.7.2.2 tampak bahwa kelompok umur yang paling kurang konsumsi buah dan sayur adalah 65-74 tahun (95,2%). Tidak ada perbedaan konsumsi buah dan sayur antara laki-laki dan perempuan. Sementara berdasarkan pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik konsumsi buah dan sayur. Tidak tampak adanya perbedaan mencolok antara perilaku konsumsi buah dan sayur di perkotaan dan pedesaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, dengan meningkatnya strata juga tampak pengurangan prevalensi kurang konsumsi buah dan sayur, dengan perkataan lain, semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita perbulan, semakin tinggi konsumsi buah dan sayur.

Tabel 3.7.2.2
Persentase Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas
menurut Karakteristik Responden Riskesdas, 2007

Karakteristik	Kurang makan buah dan sayur*)
Umur (Tahun)	
10-14	92,2
15-24	91,3
25-34	93,6
35-44	92,4
45-54	92,2
55-64	92,6
65-74	95,2
75+	92,2
Jenis Kelamin	
Laki	92,3
Perempuan	92,4
Pendidikan	
Tidak sekolah	96,8
Tidak tamat SD	97,0
Tamat SD	93,8
Tamat SMP	93,6
Tamat SMA	88,0
Tamat SMA +	82,0
Tempat tinggal	
Pekotaan	83,4
Pedesaan	96,6
Tingkat pengeluaran	
Kuintil 1	94,6
Kuintil 2	92,6
Kuintil 3	91,7
Kuintil 4	92,2
Kuintil 5	91,1

3.7.3 Perilaku Minum Minuman Beralkohol

Salah satu faktor risiko kesehatan adalah kebiasaan minum alkohol. Informasi perilaku minum alkohol didapat dengan menanyakan kepada responden umur 10 tahun ke atas. Karena perilaku minum alkohol seringkali periodik maka ditanyakan perilaku minum alkohol dalam periode 12 bulan dan satu bulan terakhir. Wawancara diawali dengan pertanyaan apakah minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir. Untuk penduduk yang menjawab “ya” ditanyakan dalam 1 bulan terakhir, termasuk frekuensi, jenis minuman dan rata-rata satuan minuman standar.

Dilakukan kalibrasi terhadap berbagai persepsi ukuran yang digunakan responden, sehingga didapatkan ukuran standar, yaitu satu minuman standar setara dengan bir volume 285 mililiter.

Tabel 3.7.3.1 memperlihatkan di Provinsi Jambi prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir sebanyak 2,7%, sedangkan yang masih minum dalam satu bulan terakhir 1,7%. Kota Jambi mempunyai prevalensi minum alkohol tinggi, yaitu (3,4%). Pada umumnya daerah dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam 12 bulan terakhir di atas angka provinsi, juga diikuti dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam satu bulan terakhir di atas angka provinsi.

Tabel 3.7.3.1
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan Terakhir dan 1 Bulan Terakhir
Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
Kerinci	1,5	0,9
Merangin	2,7	1,5
Sarolangun	4,1	2,0
Batang Hari	1,7	0,8
Muaro jambi	1,1	0,9
Tanjab Timur	3,2	1,2
Tanjab Barat	3,4	1,5
Tebo	1,9	1,3
Bungo	2,4	1,8
Jambi	4,6	3,4
Provinsi Jambi	2,7	1,7

Pada tabel 3.7.3.2 dapat dilihat bahwa prevalensi peminum alkohol 12 bulan dan satu bulan terakhir mulai tinggi pada umur antara 15-24 tahun, yaitu sebesar 4,1% dan 2,9%, yang selanjutnya meningkat menjadi 4,2% dan 2,4% pada umur 25-34 tahun, namun kemudian turun dengan bertambahnya umur.

Menurut jenis kelamin, prevalensi peminum alkohol lebih besar laki-laki dibanding perempuan. Sedangkan menurut pendidikan, prevalensi minum alkohol tinggi tampak pada yang berpendidikan tamat SMP dan tamat SMA. Prevalensi peminum alkohol di perkotaan lebih tinggi dari perdesaan. Tidak tampak perbedaan prevalensi peminum alkohol menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan.

Tabel 3.7.3.2
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan Terakhir dan 1 Bulan Terakhir
Menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
Umur (Tahun)		
10-14	0,1	0,1
15-24	4,1	2,9
25-34	4,2	2,4
35-44	2,8	1,3
45-54	2,0	1,3
55-64	1,4	1,0
65-74	0,0	0,0
75+	0,0	0,0
Jenis Kelamin		
Laki	4,9	2,8
Perempuan	0,6	0,5
Pendidikan		
Tidak sekolah	1,3	0,5
Tidak tamat SD	1,3	0,9
Tamat SD	2,7	1,6
Tamat SMP	3,9	2,5
Tamat SMA	3,6	2,2
Tamat SMA +	2,9	1,5
Tipe Daerah		
Pekotaan	4,0	2,6
Pedesaan	2,2	1,2
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	2,3	1,2
Kuintil 2	2,4	1,6
Kuintil 3	2,9	2,0
Kuintil 4	3,4	2,0
Kuintil 5	2,7	1,4

3.7.4 Perilaku Aktifitas Fisik

Aktivitas fisik secara teratur bermanfaat untuk mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Dikumpulkan data frekuensi beraktivitas fisik dalam seminggu terakhir untuk penduduk 10 tahun ke atas. Kegiatan aktivitas fisik dikategorikan 'cukup' apabila kegiatan dilakukan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam satu minggu. Selain frekuensi, dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan, di mana aktivitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktivitas 'berat' empat kali, aktivitas 'sedang' dua kali terhadap aktivitas 'ringan' atau jalan santai. Pembobotan ini yang dikenal dengan metabolik ekuivalen (MET). MET adalah perbandingan antara metabolik rate orang bekerja dibandingkan dengan metabolik rate orang dalam keadaan istirahat. MET biasa digunakan untuk menggambarkan intensitas aktifitas fisik, dan juga digunakan untuk analisis data GPAC (Global Physical activity Questionnaire). Sebagai batasan aktivitas fisik "cukup" apabila hasil perkalian frekuensi dan intensitas yang dilakuakn dalam satu minggu secara kumulatif sebesar 600 MET.

Pada tabel 3.7.4.1 tampak bahwa secara nasional lebih dari separuh penduduk (57,8%) kurang melakukan aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat di Kabupaten Bungo (75,8%) dan Kota Jambi (73,8%). Sisanya, semua angkanya berada dibawah rata-rata provinsi.

Tabel 3.7.4.1
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kab/Kota	Kurang aktivitas fisik
Kerinci	54,7
Merangin	57,1
Sarolangun	34,0
Batang Hari	54,9
Muaro Jambi	56,8
Tanjab Timur	49,5
Tanjab Barat	45,7
Tebo	55,5
Bungo	75,8
Jambi	73,8
Provinsi Jambi	57,8

Pada tabel 3.7.4.2 terlihat bahwa menurut kelompok umur, kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat pada kelompok 15-24 tahun (84,6%) dan umur 35-34 tahun (84,1%), dan laki-laki (78,2%) lebih tinggi dibanding perempuan (75,2%). Berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi pendidikan semakin tinggi prevalensi kurang aktivitas fisik. Prevalensi kurang aktivitas fisik penduduk perdesaan (77,6%) lebih tinggi di banding perkotaan (74,6%), dan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan semakin menurun prevalensi kurang aktivitas fisik.

Tabel 3.7.4.2
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang aktivitas fisik
Umur (Tahun)	
10-14	68,2
15-24	84,6
25-34	84,1
35-44	82,2
45-54	70,2
55-64	53,5
65-74	25,2
75+	68,2
Jenis Kelamin	
Laki-laki	78,2
Perempuan	75,2
Pendidikan	
Tidak sekolah	65,9
Tidak tamat SD	79,7
Tamat SD	81,6
Tamat SMP	75,8
Tamat SMA	74,5
Tamat SMA +	69,4
Tipe Daerah	
Pekotaan	74,6
Pedesaan	77,6
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	78,4
Kuintil 2	79,8
Kuintil 3	78,0
Kuintil 4	74,5
Kuintil 5	73,8

3.7.5 Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung dan HIV/ AIDS

3.7.5.1 Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung

Data mengenai pengetahuan dan sikap penduduk tentang flu burung dikumpulkan dengan didahului pertanyaan saringan: apakah pernah mendengar tentang flu burung. Untuk penduduk yang pernah mendengar, ditanyakan lebih lanjut pengetahuan tentang penularan dan sikapnya apabila ada unggas yang sakit atau mati mendadak.

Penduduk dianggap memiliki pengetahuan tentang penularan flu burung yang benar apabila menjawab cara penularan melalui kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran unggas/pupuk kandang. Penduduk dianggap bersikap benar bila menjawab salah satu: melaporkan kepada aparat terkait, atau membersihkan kandang unggas, atau mengubur/membakar unggas sakit, apabila ada unggas yang sakit dan mati mendadak.

Tabel 3.7.5.1 menunjukkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan provinsi. Di Provinsi Jambi, 67,8% penduduk pernah mendengar tentang flu burung. Di antara mereka, 81,7% memiliki pengetahuan yang benar dan 59,4% memiliki sikap yang benar. Dua daerah yang penduduknya kurang mendengar tentang flu burung adalah Sarolangun (53,7%) dan Bungo (53,2%). Daerah yang penduduknya mempunyai prevalensi pengetahuan dan sikap yang baik tentang flu burung tertinggi adalah Kota Jambi masing-masing 81,7% dan 87,6 %.

Tabel 3.7.5.1
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi Jambi, Riskesdas
2007

Kabupaten/kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar*	Bersikap benar*
Kerinci	59,0	86,0	88,0
Merangin	62,1	83,6	86,2
Sarolangun	53,7	60,1	79,1
Batang Hari	75,7	78,9	87,4
Muaro Jambi	79,2	82,5	93,4
Tanjab Timur	66,3	68,2	77,9
Tanjab Barat	64,5	81,4	85,6
Tebo	62,6	80,8	83,2
Bungo	53,2	68,7	76,6
Jambi	84,7	95,2	96,6
Provinsi Jambi	67,8	81,7	87,6

*) Berpengetahuan benar apabila menjawab "Ya" kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran unggas/pupuk kandang

***) Bersikap benar apabila menjawab "Ya" melaporkan pada aparat terkait, membersihkan kandang unggas, atau mengubur/membakar unggas yang sakit dan mati mendadak.

Tabel 3.7.5.2 menunjukkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan karakteristik responden. Kelompok umur 15-24 tahun merupakan kelompok tertinggi untuk kategori pernah mendengar, berpengetahuan benar dan bersikap benar. Persentase laki-laki yang pernah mendengar tentang flu burung lebih tinggi dari perempuan (71,8% dibanding 63,8%), demikian juga lebih banyak laki-laki memiliki pengetahuan dan sikap benar. Menurut tipe daerah, penduduk di perkotaan lebih banyak yang telah mendengar tentang flu burung, dan lebih banyak yang memiliki pengetahuan dan sikap yang benar terhadap flu burung dibanding perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi presentase penduduk yang telah pernah mendengar tentang flu burung, dan yang mempunyai pengetahuan serta sikap yang benar tentangnya.

Tabel 3.7.5.2
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah mendengar tentang flu burung	Berpengetahuan benar*	Bersikap benar**
Umur (Tahun)			
10-14	50,3	37,5	39,8
15-24	81,1	68,8	72,6
25-34	78,1	65,0	69,6
35-44	72,3	59,7	64,2
45-54	61,2	49,1	53,6
55-64	48,4	36,1	40,9
65-74	35,3	25,3	28,2
75+	23,2	15,7	19,3
Jenis Kelamin			
Laki	71,8	59,8	63,3
Perempuan	63,8	51,0	55,5
Pendidikan			
Tidak sekolah	32,8	21,7	25,0
Tidak tamat SD	45,7	32,2	34,8
Tamat SD	65,0	50,4	54,5
Tamat SMP	81,1	68,3	74,1
Tamat SMA	89,1	80,0	83,8
Tamat SMA +	93,9	86,3	91,0
Tipe Daerah			
Pekotaan	80,7	73,3	75,9
Pedesaan	62,5	48,0	52,6
Tingkat pengeluaran per kapita per			
Kuintil 1	60,5	46,8	50,7
Kuintil 2	64,8	52,1	55,7
Kuintil 3	65,9	53,8	57,7
Kuintil 4	70,8	59,1	62,3
Kuintil 5	75,9	63,9	69,3

*) Berpengetahuan benar apabila menjawab "Ya" kontak dengan unggas sakit atau kontak dengan kotoran unggas/pupuk kandang

***) Bersikap benar apabila menjawab "Ya" melaporkan pada aparat terkait, membersihkan kandang unggas, atau mengubur/membakar unggas yang sakit dan mati mendadak.

3.7.5.2 PENGETAHUAN DAN SIKAP TERHADAP HIV/AIDS

Berkaitan dengan HIV/AIDS, penduduk ditanyakan apakah pernah mendengar tentang HIV/AIDS. Selanjutnya penduduk yang pernah mendengar ditanyakan lebih lanjut mengenai pengetahuan tentang penularan virus HIV ke manusia (tujuh pertanyaan), pencegahan HIV/AIDS (enam pertanyaan), dan sikap apabila ada anggota keluarga yang menderita HIV/AIDS (lima pertanyaan). Penduduk dianggap berpengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS apabila menjawab benar masing-masing 60%. Untuk sikap ditanyakan: bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS apakah responden merahasiakan, membicarakan dengan ART lain, mengikuti konseling dan pengobatan, mencari pengobatan alternatif ataukah mengucilkan penderita.

Tabel 3.7.5.2.1 menggambarkan persentase penduduk berumur 10 tahun keatas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS dan provinsi. Di Provinsi Jambi, 46% penduduk sudah pernah mendengar tentang HIV/AIDS; 19% di antaranya berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS dan 40,3% berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Dua daerah yang penduduknya paling sedikit mendengar tentang HIV/AIDS adalah Kabupaten Bungo (24,9%) dan Kabupaten Merangin (27,2%) . Kabupaten yang angka berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS terendah adalah Muaro Jambi (9,5%), sedangkan yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS terendah adalah Tebo (16,8%) .

Tabel 3.7.5.2.1
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Provinsi DKI Jakarta, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan* benar tentang penularan	Berpengetahuan** benar tentang pencegahan
Kerinci	43,8	56,1	57,1
Merangin	27,2	17,2	34,1
Sarolangun	24,3	15,6	19,0
Batang Hari	54,9	10,9	34,5
Muaro Jambi	64,5	9,5	29,9
Tanjab Timur	37,8	15,0	22,4
Tanjab Barat	37,8	28,1	50,2
Tebo	36,8	13,2	16,8
Bungo	24,9	17,8	31,0
Jambi	76,2	15,9	55,1
Provinsi Jambi	46,0	19,5	40,3

*) Berpengetahuan benar tentang penularan adalah bila menjawab benar 4 dari 7 pertanyaan

**) Berpengetahuan benar tentang pencegahan adalah bila menjawab

Tabel 3.7.5.2.2 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS dan karakteristik responden. Pada umumnya, penduduk usia produktif (15-45 tahun) paling banyak mendengar dan berpengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS. Menurut jenis kelamin, laki-laki umumnya lebih banyak mendengar dan berpengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS dibandingkan perempuan. Secara umum, tampak adanya peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS seiring dengan peningkatan umur. Dari segi pekerjaan, penduduk yang berpenghasilan tetap lebih banyak yang berpengetahuan benar tentang HIV/AIDS. Sedangkan dari segi tipe daerah, penduduk perkotaan lebih banyak yang sudah mendengar tentang HIV/AIDS dan berpengetahuan benar tentang pencegahan. Selanjutnya semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin baik pengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS.

Tabel 3.7.5.2.2
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang
HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Jambi Provinsi DKI Jakarta,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah mendengar	Berpengetahuan* benar tentang penularan	Berpengetahuan** benar tentang pencegahan
Umur (Tahun)			
10-14	21,1	2,4	4,7
15-24	61,6	12,0	25,4
25-34	57,8	11,2	24,9
35-44	50,6	10,5	20,5
45-54	38,5	8,4	15,6
55-64	27,6	5,8	11,2
65-74	16,2	2,5	6,3
75+	11,4	4,7	5,1
Jenis Kelamin			
Laki	50,9	9,7	21,0
Perempuan	41,3	8,3	16,2
Pendidikan			
Tidak sekolah	12,6	2,6	3,6
Tidak tamat SD	18,3	2,6	4,8
Tamat SD	34,9	4,5	9,5
Tamat SMP	61,7	10,2	23,1
Tamat SMA	79,5	18,7	40,4
Tamat SMA +	90,0	31,9	53,3
Tipe Daerah			
Pekotaan	67,0	15,6	35,8
Pedesaan	37,5	6,3	11,5
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	34,8	5,0	13,5
Kuintil 2	40,3	6,9	15,1
Kuintil 3	44,7	9,0	16,5
Kuintil 4	50,4	10,2	21,1
Kuintil 5	58,3	13,6	26,1

*) Berpengetahuan benar tentang penularan adalah bila menjawab benar 4 dari 7 pertanyaan

**) Berpengetahuan benar tentang pencegahan adalah bila menjawab benar 4 dari 6 pertanyaan

Tabel 3.7.5.2.4 memperlihatkan persentase penduduk di atas 10 tahun menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan provinsi. Secara nasional, penduduk yang bersikap merahasiakan dan mengucilkan apabila ada ART yang menderita HIV/AIDS sebesar 48,3% (masing-masing 43,3% dan 5%). Sedangkan melakukan konseling dan pengobatan merupakan persentase tertinggi, sebesar 85,2%. Daerah yang penduduknya bersikap baik (sedikit yang merahasiakan dan mengucilkan) adalah Merangin (21,1%). Sedangkan daerah yang penduduknya bersikap baik dalam hal akan melakukan konseling dan pengobatan adalah Tanjung Jabung Barat dan Kota Jambi (masing-masing 91,6% dan 93%).

Tabel 3.7.5.2.4
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap, Bila Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Merahasiakan	Bicarakan dgn ART lain	Konseling & pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucilkan
Kerinci	35,1	58,2	89,5	67,8	4,3
Merangin	21,1	65,0	82,4	47,3	2,5
Sarolangun	50,2	54,0	71,3	65,1	2,5
Batang Hari	26,5	62,0	73,5	63,0	3,6
Muaro Jambi	63,8	47,3	86,6	68,2	9,6
Tanjab Timur	21,6	54,4	68,3	49,9	6,6
Tanjab Barat	33,8	80,6	91,6	53,7	5,2
Tebo	44,8	39,9	85,6	41,3	2,9
Bungo	32,4	25,4	75,2	32,4	2,5
Jambi	53,4	64,8	93,0	56,9	4,7
Provinsi Jambi	43,3	57,4	85,2	57,2	5,0

Tabel 3.7.5.2.3 menggambarkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan karakteristik responden. Menurut kelompok umur, semakin muda umur penduduk semakin tinggi persentase sikap merahasiakan dan mengucilkan. Tidak ada perbedaan sikap antara laki-laki dan perempuan. Menurut pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin sedikit sikap merahasiakan dan mengucilkan. Dari aspek pekerjaan, yang tidak memiliki pekerjaan relatif lebih banyak yang bersikap merahasiakan dan mengucilkan anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS, demikian pula dengan penduduk perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran, semakin tinggi semakin kecil sikap merahasiakan dan mengucilkan ini.

Tabel 3.7.5.2.3
Sebaran Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap, Bila Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS menurut Karakteristik Responden
Kabupaten/kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Merahasia-kan	Bicarakan dgn ART lain	Kon-seling & pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucil-kan
Umur (Tahun)					
10-14	47,6	46,3	73,8	49,8	5,7
15-24	41,2	58,7	84,4	54,9	4,2
25-34	41,2	59,9	87,2	58,0	4,9
35-44	46,5	56,7	85,8	59,1	5,1
45-54	45,8	55,5	87,3	62,3	6,3
55-64	44,5	56,5	86,5	57,4	6,5
65-74	45,9	51,0	81,4	51,5	5,2
75+	31,0	72,4	86,2	58,6	10,3
Jenis Kelamin					
Laki	42,0	57,9	84,8	56,6	4,7
Perempuan	44,9	56,9	85,6	57,8	5,4
Pendidikan					
Tidak sekolah	44,0	51,3	75,3	60,4	10,1
Tidak tamat SD	43,1	48,5	79,2	60,6	7,6
Tamat SD	46,2	49,9	79,7	53,3	4,5
Tamat SMP	42,2	57,5	83,5	54,6	5,6
Tamat SMA	42,9	63,4	90,0	59,1	3,6
Tamat SMA +	40,7	64,0	93,6	63,1	6,1
Tipe daerah					
Perkotaan	44,5	65,7	91,7	58,7	5,1
Pedesaan	42,4	51,4	80,4	56,1	4,9
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil 1	47,5	56,3	83,1	57,3	5,5
Kuintil 2	43,3	56,1	82,5	53,0	4,9
Kuintil 3	43,2	57,0	83,4	54,3	4,7
Kuintil 4	41,8	58,7	85,9	55,3	5,1
Kuintil 5	42,7	58,0	88,8	63,0	5,0

3.7.6 Perilaku Higienis

Perilaku higienis yang dikumpulkan meliputi kebiasaan/perilaku buang air besar (BAB) dan perilaku mencuci tangan. Perilaku BAB yang dianggap benar adalah bila penduduk melakukannya di jamban. Mencuci tangan yang benar adalah bila penduduk mencuci tangan dengan sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang.

Tabel 3.7.6.1 memperlihatkan persentase pendudu 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut Kabupaten/Kota. Di Provinsi Jambi,, sebesar 68,1% berperilaku benar dalam hal BAB, namun hanya 18,5% yang berperilaku cuci tangan benar. Kabupaten Tebo (51,9%) dan Kerinci (52,2%) adalah daerah yang perilaku BAB benarnya rendah. Sedangkan Kabupaten Sarolangun (1,7%) dan Bungo (2,%) adalah provinsi-provinsi yang perilaku cuci tangan benarnya rendah.

Tabel 3.7.6.1
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar dalam BAB*	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun**
Kerinci	52,2	3,4
Merangin	60,8	9,2
Sarolangun	51,6	1,7
Batang Hari	70,4	39,1
Muaro Jambi	90,6	14,9
Tanjab Timur	32,2	22,1
Tanjab Barat	78,4	21,6
Tebo	51,9	36,5
Bungo	60,2	2,0
Jambi	98,0	30,3
Provinsi Jambi	68,1	18,5

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

***) Perilaku benar dalam cuci tangan bila cuci tangan pakai sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, dan setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang.

Tabel 3.7.6.2 memperlihatkan persentase penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut karakteristik responden. Semakin tinggi usia semakin berperilaku benar dalam BAB dan cuci, tetapi tampak menurun lagi pada umur 55 tahun ke atas. Persentase perempuan yang berperilaku benar dalam cuci tangan lebih tinggi dari laki-laki (21,9% dibanding 15,1%). Semakin tinggi pendidikan, perilaku baik dalam BAB dan cuci tangan semakin tinggi. Dari segi pekerjaan, petani/buruh/ nelayan memiliki persentase perilaku baik BAB dan cuci tangan terendah (51,1% dan 12,9%). Penduduk perkotaan berperilaku baik lebih tinggi dari perdesaan. Sedangkan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi persentase perilaku baik dalam BAB dan cuci tangan.

Tabel 3.7.6.2
Persentase Penduduk \geq 10 Tahun Yang Berperilaku Benar Dalam Hal
Buang Air Besar Dan Cuci Tangan Dengan Sabun Menurut Karakteristik
Responden Riskesdas Provinsi Jambi Tahun 2007

Karakteristik	Berperilaku benar dalam BAB*	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun**
Umur (Tahun)		
10-14	65,0	12,0
15-24	68,4	20,2
25-34	70,1	21,3
35-44	71,1	20,3
45-54	67,3	18,1
55-64	65,9	18,1
65-74	58,6	12,8
75+	63,2	6,7
Jenis Kelamin		
Laki	68,1	15,1
Perempuan	68,1	21,9
Pendidikan		
Tidak sekolah	44,5	18,4
Tidak tamat SD	54,5	15,3
Tamat SD	62,0	27,3
Tamat SMP	75,4	26,4
Tamat SMA	87,8	19,2
Tamat PT	92,3	12,9
Pekerjaan		
Tidak kerja	68,0	18,4
Sekolah	70,3	15,3
Ibu RT	74,6	27,3
Pegawai	91,7	26,4
Wiraswasta	86,8	19,2
Petani/nelayan/buruh	51,1	12,9
Lainnya	77,5	23,4
Tipe Daerah		
Pekotaan	91,4	27,2
Pedesaan	58,6	15,0
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	55,6	15,6
Kuintil 2	62,3	18,0
Kuintil 3	66,9	17,2
Kuintil 4	71,7	20,2
Kuintil 5	83,0	21,3

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

***) Perilaku benar dalam cuci tangan bila cuci tangan pakai sabun sebelum makan, sebelum menyiapkan makanan, setelah buang air besar, dan setelah menceboki bayi/anak, dan setelah memegang unggas/binatang.

3.7.7 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Risikesdas 2007 mengumpulkan 10 indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)¹ yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumah tangga. Indikator individu meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif, kepemilikan/ketersediaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, penduduk tidak merokok, penduduk cukup beraktivitas fisik, dan penduduk cukup mengonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumah Tangga meliputi rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ($\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$), dan rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah.

Dalam penilaian PHBS ada dua macam rumah tangga, yaitu rumah tangga dengan balita dan rumah tangga tanpa balita. Untuk rumah tangga dengan balita digunakan 10 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah 10; sedangkan untuk rumah tangga tanpa balita terdiri dari 8 indikator, sehingga nilai tertinggi delapan (8). PHBS diklasifikasikan “kurang” apabila mendapatkan nilai kurang dari enam (6) untuk rumah tangga mempunyai balita dan nilai kurang dari lima (5) untuk rumah tangga tanpa balita.

Tabel 3.7.7.1 memperlihatkan Persentase rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik menurut Kabupaten/Kota. Di Provinsi Jambi, penduduk yang telah memenuhi kriteria PHBS baik sebesar 33,4%. Hanya terdapat 1 kota pencapaian di atas angka provinsi, yaitu Kota Jambi (73,4%). Sedangkan daerah dengan pencapaian PHBS terendah berturut-turut adalah Tebo (23,3%), Kabupaten Kerinci (25,5%) dan Kabupaten Merangin (27,7%).

Tabel 3.7.7.1
Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat, Menurut Kabupaten/Kota Riskesdas Provinsi Jambi Tahun 2007

Kabupaten/Kota	PHBS Baik
Kerinci	25,5
Merangin	27,7
Sarolangun	27,8
Batang Hari	33,0
Muaro Jambi	29,1
Tanjab Timur	15,3
Tanjab Barat	30,1
Tebo	23,3
Bungo	29,5
Jambi	73,4
Provinsi Jambi	33,4

¹ Program PHBS adalah upaya untuk memberi pengalaman belajar atau menciptakan kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku hidup bersih dan sehat, melalui pendekatan pimpinan, bina suasana dan pemberdayaan masyarakat.

3.8 Akses dan Pelayanan Kesehatan

3.8.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Kemudahan akses ke sarana pelayanan kesehatan berhubungan dengan beberapa faktor penentu, antara lain jarak tempat tinggal dan waktu tempuh ke sarana kesehatan, serta status sosial-ekonomi dan budaya. Dalam analisis ini, sarana pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yaitu:

1. Sarana pelayanan kesehatan rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu, dokter praktek dan bidan praktek
2. Upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yaitu pelayanan posyandu, poskesdes, pos obat desa, warung obat desa, dan polindes/bidan di desa.

Untuk masing-masing kelompok pelayanan kesehatan tersebut dikaji akses rumah tangga ke sarana pelayanan kesehatan tersebut. Selanjutnya untuk UKBM dikaji tentang pemanfaatan dan jenis pelayanan yang diberikan/diterima oleh rumah tangga/RT (masyarakat), termasuk alasan apabila responden tidak memanfaatkan UKBM dimaksud.

Tabel 3.8.1.1
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jarak dan Waktu Tempuh ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	< 1 Km	1 - 5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Kerinci	36,2	59,8	4	80,6	15,6	1,8	2,0
Merangin	52,1	43,6	4,4	86,7	7,7	5,1	0,5
Sarolangun	41,4	42,4	16	69,8	21,6	5,9	2,7
Batang Hari	42,8	51,7	5,5	79,6	15,1	5,0	0,2
Muaro Jambi	33,4	56,1	10	79,9	12,8	2,7	4,7
Tanjab Timur	48,7	46,2	5,1	58,1	28,1	12,0	1,7
Tanjab Barat	53,7	43,2	3,1	57,4	34,0	7,6	1,0
Tebo	27,2	67,5	5,3	76,7	19,3	4,0	0,0
Bungo	54,7	40,2	5,1	73,5	22,1	3,3	1,0
Jambi	57,2	38	4,8	87,1	12,3	0,5	0,1
Provinsi Jambi	45,2	48,7	6,1	76,5	17,9	4,3	1,4

CATATAN: *) Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel 3.8.1.1 menunjukkan bahwa sebanyak 93,9% RT di Provinsi Jambi berada kurang atau sama dengan 5 km dari sarana pelayanan kesehatan dan hanya 6,1% RT berada lebih dari 5 km. Kabupaten dengan Persentase RT bertempat tinggal lebih dari 5 km ke sarana pelayanan kesehatan tertinggi, berturut-turut adalah sebagai berikut: Kabupaten Sarolangun (16%) dan Muaro Jambi (10%).

Dari segi waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan nampak bahwa 76,5% penduduk dapat mencapai ke sarana pelayanan kesehatan kurang atau sama dengan 15 menit dan sebanyak 17,87% penduduk dapat mencapai sarana pelayanan kesehatan dimaksud antara 16-30 menit. Dengan demikian di Provinsi Jambi, masih ada sekitar 4,3% RT yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan. Daerah dengan Persentase tertinggi RT yang memerlukan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke sarana kesehatan adalah Muaro Jambi (4,66%).

Tabel 3.8.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke
Sarana Pelayanan Kesehatan^{*)} dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	JARAK KE YANKES			WAKTU TEMPUH KE YANKES			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah							
Perkotaan	55,3	41,7	3	100	83,8	14,5	1,6
Perdesaan	41,4	51,3	7,3	100	73,8	19,1	5,2
Tingkat Pengeluaran per kapita							
Kuintil 1	45,3	48,8	5,86		70,7	21,6	6,2
Kuintil 2	42,6	50,9	6,5		73,2	20,2	4,7
Kuintil 3	46,8	46,8	6,37		76,8	17,8	3,8
Kuintil 4	42,7	50,6	6,72		78	16,9	3,6
Kuintil 5	48,6	46,1	5,26		83,5	12,9	3

CATATAN: ^{*)} Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel 3.8.1.2 menyajikan informasi tentang jarak dan waktu tempuh rumahtangga terhadap sarana pelayanan kesehatan menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tipe daerah, Persentase rumahtangga dengan jarak ke sarana pelayanan kesehatan >5 kilometer, di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan. Begitu pula Persentase rumah tangga dengan waktu tempuh >30 menit, di perkotaan lebih rendah dibandingkan di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin dekat jarak, dan semakin singkat waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan.

Tabel 3.8.1.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke
Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu Tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Kerinci	73,7	23,6	2,7	88,5	5,5	1,2	4,8
Merangin	67,2	31,5	1,4	90,1	5,3	0,6	4,0
Sarolangun	64,1	34,2	1,8	87,0	11,0	1,5	0,5
Batang Hari	69,4	27,6	3,0	92,8	6,0	1,3	0,0
Muaro Jambi	65,1	26,3	8,6	89,2	4,3	1,0	5,5
Tanjab Timur	61,3	35,5	3,2	70,3	20,7	7,0	2,1
Tanjab Barat	61,5	37,2	1,3	63,4	28,5	6,8	1,2
Tebo	47,2	51,3	1,5	91,1	7,2	1,7	0,0
Bungo	78,9	18,9	2,1	82,3	15,2	2,1	0,4
Jambi	88,2	9,9	2,0	96,8	3,0	0,1	0,0
Provinsi Jambi	69,3	27,9	2,8	86,2	9,8	2,1	1,9

Catatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

Pada tabel 3.8.1.3 menunjukkan bahwa jarak, nampak bahwa 69,3% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 27,9% berjarak 1-5 km dari UKBM. Kabupaten/kota dengan Persentase rumah tangga tertinggi berjarak lebih dari 5 km ke UKBM adalah Muaro Jambi (8,64%).

Dari segi waktu tempuh ke UKBM nampak bahwa 86,2% rumah tangga di Indonesia dapat mencapai UKBM dalam waktu kurang dari atau sama dengan 15 menit. Sebanyak 9,77% rumah tangga memerlukan waktu antara 16-30 menit, dan 2,05% rumah tangga yang tersisa memerlukan waktu lebih dari 30 menit. Daerah dengan Persentase rumah tangga dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke UKBM tertinggi adalah Tanjung Jabung Barat (6,78%), disusul Tanjung Jabung Timur (6,98%).

Tabel 3.8.1.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke
Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat^{*)} dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	JARAK KE UKBM			WAKTU TEMPUH KE UKBM			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah							
Perkotaan	80,4	18,4	1,2	90,4	8,45	0,8	0,4
Perdesaan	65,0	31,6	3,4	84,7	10,3	2,5	2,5
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita							
Kuintil 1	70,0	27,0	3,0	84,3	9,8	3,8	2,0
Kuintil 2	68,0	28,6	3,4	82,9	12,5	2,0	2,5
Kuintil 3	71,4	26,5	2,2	87,5	8,5	2,0	1,9
Kuintil 4	67,2	29,1	3,6	86,2	10,2	1,5	2,0
Kuintil 5	69,7	28,3	1,9	90,0	7,8	1,0	1,2

^{*)} UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Berdasarkan tipe daerah, Persentase rumah tangga dengan jarak ke UKBM >5 kilometer, di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan. Begitu pula Persentase rumah tangga dengan waktu tempuh >30 menit, di perkotaan lebih rendah dibandingkan di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin dekat jarak, dan semakin singkat waktu tempuh ke UKBM.

Tabel 3.8.1.5
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes Dalam 3 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh RT		
	Memanfaatkan	Tidak Membutuhkan	Alasan Lain
Kerinci	21,6	43.2	35.2
Merangin	38,4	39.8	21.9
Sarolangun	27,5	55.5	17.0
Batang Hari	16,3	79.9	3.8
Muaro Jambi	24,5	63.0	12.4
Tanjab Timur	25,5	45.0	29.4
Tanjab Barat	29,2	62.1	8.7
Tebo	25,9	54.0	20.1
Bungo	23,2	71.4	5.4
Jambi	25,1	72.5	2.4
Provinsi Jambi	25,8	58.6	15.5

Tabel 3.8.1.5 memberikan gambaran persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu atau poskesdes di tiap provinsi selama tiga bulan terakhir. Secara keseluruhan, di Provinsi Jambi sebanyak 25,8% rumah tangga memanfaatkan pelayanan di posyandu atau poskesdes. Sebanyak 58,6% rumah tangga menyatakan tidak membutuhkan pelayanan di posyandu atau poskesdes karena berbagai alasan, seperti tidak ada anggota rumah tangga (ART) yang sakit, tidak ada yang hamil atau tidak mempunyai bayi/balita. Sedangkan yang sebetulnya membutuhkan tetapi tidak memanfaatkan posyandu atau poskesdes adalah sebanyak 15,5% rumah tangga.

Tabel 3.8.1.6
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes
dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	23.0	69.1	7.8
Perdesaan	26.9	54.7	18.4
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita			
Kuintil 1	27.8	56.9	15.3
Kuintil 2	27.3	57.1	15.6
Kuintil 3	25.7	58.1	16.2
Kuintil 4	24.8	59.2	16.0
Kuintil 5	27.8	56.9	15.3

Tabel 3.8.1.6 menggambarkan pemanfaatan posyandu/poskesdes berdasarkan karakteristik rumah tangga. Tampak bahwa persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes di perdesaan lebih besar dibandingkan dengan perkotaan. Bila ditinjau dari tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, nampak ada kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin kurang memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes.

Tabel 3.8.1.7
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
menurut Jenis Pelayanan Per Kabupaten/Kota,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Pengo- batan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Kerinci	7,0	7,28	66,2	23,1	17,7	19,6	1,63	33,1	4,0
Merangin	73,2	38,8	20,3	17,0	38,2	69,9	10,5	24,7	25,0
Sarolangun	78,2	21,4	43,8	40,2	46,8	44,3	34,6	23,9	8,9
Batang Hari	98,3	57,4	69,1	27,4	16,4	8,82	69,5	47,1	8,8
Muaro Jambi	97,0	46,0	52,0	31,6	47,3	40,0	47,8	65,3	11,0
Tanjab Timur	71,6	10,6	71,4	19,8	27,9	29,8	13,6	37,1	3,8
Tanjab Barat	64,7	16,2	26,8	28,6	33,3	54,9	25,9	35,2	13,0
Tebo	85,7	18,9	32,5	12,6	54,1	29,3	17,2	57,7	2,5
Bungo	90,4	33,3	56,8	33,0	18,9	33,0	34,4	54,1	7,2
Jambi	99,5	64,5	65,6	27,0	8,21	10,5	71,7	52,1	5,7
JAMBI	84,7	33,0	48,2	25,7	30,7	36,3	34,1	42,3	10,0

Tabel 3.8.1.7 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir. Tampak secara keseluruhan di Provinsi Jambi jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (84,7%) dan imunisasi (48,2%). Hanya sedikit rumah tangga yang memanfaatkan posyandu/poskesdes untuk konsultasi risiko penyakit (10%).

Tabel 3.8.1.8
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Tipe Daerah	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Tipe Daerah									
Perkotaan	93,1	51,0	59,3	24,7	15,2	17,4	52,3	47,4	5,9
Perdesaan	81,5	27,3	44,6	26,1	35,7	42,5	27,5	40,6	11,0
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita									
Kuintil 1	83,5	33,9	53,6	23,6	27,7	34,7	38,3	42,7	8,8
Kuintil 2	79,9	31,6	49,2	21,9	29,4	35,6	29,9	44,6	10
Kuintil 3	86,1	31,3	48,4	29,6	30,3	35,7	31,3	39,1	8,9
Kuintil 4	89,0	37,3	49,4	24,0	35,1	41,7	39,3	44,6	12,0
Kuintil 5	86,0	31,5	38,9	25,6	31,9	34,0	32,2	39,7	10,0

Tabel 3.8.1.8 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Menurut tipe daerah, untuk pelayanan penimbangan, penyuluhan, imunisasi, PMT, dan suplemen gizi lebih banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga di perkotaan daripada di perdesaan. Sedangkan pelayanan KB dan pengobatan di perdesaan lebih banyak daripada di perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin sedikit yang menerima pelayanan penimbangan, imunisasi, PMT dan suplemen gizi. Sebaliknya untuk pelayanan pengobatan dan konsultasi risiko penyakit semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin banyak yang menerima pelayanan tersebut.

Tabel 3.8.1.9
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan), Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	letak jauh	tdk ada posyandu	layanan tdk lengkap
Kerinci	8,54	11,4	80,1
Merangin	11,6	9,3	79,1
Sarolangun	14,5	8,7	76,8
Batang Hari	50,0	37,5	12,5
Muaro Jambi	29,3	29,3	41,3
Tanjab Timur	57,5	13,3	29,2
Tanjab Barat	79,1	14,0	6,98
Tebo	10,5	9,47	80,0
Bungo	38,5	26,9	34,6
Jambi	5,0	20,0	75,0
Provinsi Jambi	23,8	13,8	62,3

Tabel 3.8.1.9 menggambarkan alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir (di luar yang tidak membutuhkan).

Pada rumah tangga yang sebetulnya membutuhkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir tetapi tidak memanfaatkan diminta untuk menyebutkan alasannya. Hampir separuh rumah tangga (62,3%) tidak memanfaatkan pelayanan di posyandu/poskesdes karena dianggap tidak lengkap. Sedangkan yang menjawab letak jauh dan tidak ada posyandu persentasenya hampir sama, yaitu masing-masing 23,8% dan 13,8%.

Kabupaten dengan persentase rumah tangga tertinggi menjawab 'layanan tidak lengkap' adalah Kerinci (80,1%) dan terendah adalah Batanghari (12,5%). Untuk alasan 'letak posyandu/poskesdes jauh' tertinggi di Tanjung Jabung Barat (79,1%) dan terendah di Kota Jambi (5,0%), sedangkan untuk alasan 'tidak ada posyandu/poskesdes' tertinggi di Muaro Jambi (29,3%) dan terendah di Sarolangun (8,7%).

Tabel 3.8.1.10
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan
Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan utama tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
	Letak jauh	Tdk ada posyandu	Layanan tdk lengkap
Tipe Daerah			
Perkotaan	28,7	16,5	54,8
Perdesaan	23,2	13,5	63,3
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil 1	27,3	14,5	58,2
Kuintil 2	26,5	19,3	54,2
Kuintil 3	24,4	15,9	59,7
Kuintil 4	25,1	11,4	63,4
Kuintil 5	14,6	8,92	76,4

Tabel 3.8.1.10 menggambarkan alasan utama (di luar tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tipe daerah, di perdesaan alasan 'jenis layanan posyandu/poskesdes tidak lengkap' lebih mendominasi, sedangkan di perkotaan alasan yang banyak dipakai adalah 'letak jauh'. Ketidakberadaan posyandu/poskesdes disebut sebagai alasan untuk tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes oleh rumah tangga dengan persentase yang tidak berbeda antara perkotaan dan perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, nampak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin banyak yang menjawab alasan 'pelayanan tidak lengkap' dan semakin kecil yang menjawab alasan 'letak jauh'.

Tabel 3.8.1.11
Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa
Menurut Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Kerinci	15.8	50.8	33.4
Merangin	35.4	26.6	38.0
Sarolangun	36.4	52.2	11.4
Batang Hari	15.4	70.7	14.0
Muaro Jambi	31.6	52.8	15.6
Tanjab Timur	17.8	53.9	28.3
Tanjab Barat	24.5	34.3	41.3
Tebo	27.1	64.7	8.2
Bungo	27.3	56.7	16.0
Jambi	13.7	18.6	67.7
Provinsi Jambi	23.9	45.5	30.7

Tabel 3.8.1.11 menggambarkan pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir. Sebanyak 23,9% rumah tangga menyatakan memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa; 30,7% rumah tangga menyatakan tidak memanfaatkan karena alasan lain dan 45,5% menyatakan tidak membutuhkan.

Kabupaten dengan persentase rumah tangga tertinggi yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa adalah Sarolangun (36,4%) dan terendah Kota Jambi (13,7%). Sedangkan kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga tertinggi yang tidak memanfaatkan dengan alasan tidak membutuhkan adalah Batanghari (70,7%) sedangkan yang terendah adalah Kota Jambi (18,6%).

Tabel 3.8.1.12
Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa
Menurut Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	15.0	33.6	51.5
Perdesaan	27.2	49.9	22.9
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita Per Bulan			
Kuintil 1	23.0	45.0	32.0
Kuintil 2	26.4	42.2	31.4
Kuintil 3	25.0	43.1	31.8
Kuintil 4	23.4	47.7	28.9
Kuintil 5	21.5	49.5	29.1

Tabel 3.8.1.12 menggambarkan pemanfaatan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Secara keseluruhan lebih dari separuh rumah tangga, baik yang tinggal di daerah perdesaan maupun perkotaan, tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan di desa. Sedangkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa di perdesaan (27,2%) lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan (15,0%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin sedikit yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dan semakin banyak yang tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan desa.

Tabel 3.8.1.13
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa
menurut Jenis Pelayanan dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Per-salinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Peng-obatan
Kerinci	83.9	33.3		33.3	35.3	70.1
Merangin	53.8	100.0		100.0	45.1	69.0
Sarolangun	84.9				18.9	86.6
Batang Hari	82.7	100.0			52.9	64.2
Muaro Jambi	62.5				46.7	74.9
Tanjab Timur	46.6	42.9	28.6		31.4	60.2
Tanjab Barat	75.7	50.0	50.0	50.0	58.3	82.1
Tebo	80.0				28.6	85.6
Bungo	85.8	33.4	66.6		25.2	86.5
Jambi	100.0	100.0	100.0	100.0	49.2	90.6
Provinsi Jambi	75.1	43.5	27.6	26.6	39.5	77.8

Tabel 3.8.1.13 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan kabupaten. Jenis pelayanan yang paling banyak dimanfaatkan adalah pengobatan (77,8%). Adapun pelayanan KIA yang terbanyak dimanfaatkan adalah pemeriksaan kehamilan (75,1%), disusul persalinan (43,5%), pemeriksaan bayi/balita (39,5%).

Menurut Kabupaten, pemanfaatan polindes/bidan di desa sebagai tempat pengobatan paling tinggi di Kota Jambi (90,6%) dan terendah di Tanjung Jabung Timur (60,2%). Untuk pelayanan KIA, pemeriksaan bayi/balita terbanyak dimanfaatkan di Tanjung Jabung Barat (58,3%) dan terendah Sarolangun (18,9%).

Tabel 3.8.1.14
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa
menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan	Per-salinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Tipe Daerah						
Perkotaan	91.2	54.9		54.9	51.4	79.8
Perdesaan	71.7	42.2	30.9	22.8	36.8	77.4
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita						
Kuintil 1	71.1	35.1	22.1	25.4	35.4	80.5
Kuintil 2	64.2	45.5	35.6	34.6	41.2	77.8
Kuintil 3	72.2	34.1	34.1	48.8	41.7	79.2
Kuintil 4	71.8	50.0	50.0		34.8	78.2
Kuintil 5	92.3	54.2	15.5	23.0	47.0	73.1

Tabel 3.8.1.14 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan karakteristik rumah tangga.

Menurut tipe daerah, nampaknya rumah tangga di perkotaan lebih banyak memanfaatkan polindes/bidan di desa untuk pelayanan KIA, sedangkan di perdesaan lebih banyak yang memanfaatkan untuk pelayanan pengobatan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin sedikit yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa untuk pemeriksaan bayi/balita, dan semakin meningkat yang memanfaatkan pemeriksaan kehamilan.

Tabel 3.8.1.15
Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan
Polindes/Bidan di Desa Menurut Alasan Lain
dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Lain Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan	Layanan tdk lengkap	Lainnya
Kerinci	6,9	40,3	49,4	3,4
Merangin	5,8	7,59	38,8	48,0
Sarolangun	8,7	10,9	13,0	67,0
Batang Hari	14,0	59,6	3,51	23,0
Muaro Jambi	33,0	10,5	17,9	39,0
Tanjab Timur	33,0	40,0	9,57	17,0
Tanjab Barat	6,0	20,0	1,5	73,0
Tebo	28,0	46,2	0	2,0
Bungo	9,1	31,2	6,49	53,0
Jambi	0	5,07	0,52	94,0
Provinsi Jambi	8,4	19,1	15,0	57,0

Tabel 3.8.1.15 menggambarkan alasan utama rumah tangga (di luar yang tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut Kabupaten/Kota.

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir diminta untuk menyampaikan alasannya. Alasan utama yang mengemuka meliputi 'tidak ada polindes/bidan di desa' (19,1%), 'letak jauh' (8,4%), dan 'layanan tidak lengkap' (15%).

Persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'tidak ada polindes/bidan desa' tertinggi ditemukan di Kabupaten Batang Hari (59,6%) dan terkecil di Kota Jambi (5,07%).

Tabel 3.8.1.16
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Polindes/Bidan di Desa dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/BDD			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan	Layanan tdk lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	2,1	8,7	4,4	84,8
Perdesaan	14,0	28,0	24,0	34,2
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita				
Kuintil 1	9,5	18,8	15,0	56,6
Kuintil 2	11,0	18,8	14,3	56,0
Kuintil 3	9,0	20,9	17,4	52,8
Kuintil 4	7,9	16,5	13,3	62,3

Tabel 3.8.1.16 menggambarkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan utama (di luar yang tidak membutuhkan) menurut karakteristik rumah tangga.

Menurut tipe daerah, persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'letak jauh' dan 'layanan tidak lengkap' lebih tinggi di perdesaan dibandingkan dengan di perkotaan. Sedangkan alasan 'tidak ada polindes/bidan di desa' lebih banyak ditemukan di perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin sedikit yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'letak jauh', dan semakin banyak yang mengajukan alasan 'pelayanan tidak lengkap'.

Tabel 3.8.1.17
**Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/
 Warung Obat Desa dan Provinsi, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Kerinci	24.3	3.6	72.1
Merangin	48.8	10.2	41.0
Sarolangun	23.0	12.9	64.1
Batang Hari		13.9	86.1
Muaro Jambi	4.2	17.5	78.3
Tanjab Timur	13.6	9.1	77.3
Tanjab Barat	3.3	9.5	87.3
Tebo	0.5	6.3	93.1
Bungo	12.4	30.1	57.5
Jambi	31.4	3.5	65.1
Provinsi Jambi	18.0	10.9	71.1

Tabel 3.8.1.17 menyajikan informasi tentang pemanfaatan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) dalam tiga bulan terakhir yang memanfaatkan sebesar 18,0% dan yang tidak memanfaatkan karena tidak membutuhkan sebesar 10,9% dan karena alasan lain sebesar 71,1%.

Persentase rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD tertinggi di Kabupaten Merangin (48,8%) dan terendah di Batanghari (0%). Sedangkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD karena tidak membutuhkan tertinggi di Kabupaten Bungo (30,1%) dan terendah di Jambi (3,5%).

Tabel 3.8.1.18
**Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/
 Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	22.1	8.2	69.6
Perdesaan	16.5	11.9	71.6
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil 1	22.9	10.0	67.1
Kuintil 2	19.2	10.1	70.7
Kuintil 3	16.2	10.7	73.1
Kuintil 4	16.8	11.6	71.5
Kuintil 5	15.0	12.1	72.9

Kajian pemanfaatan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga tersaji pada Tabel 3.8.1.18 Persentase rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD lebih banyak di perkotaan (22,1%) daripada di perdesaan (16,5%), sebaliknya untuk rumah tangga yang tidak memanfaatkan karena alasan lain lebih banyak di perdesaan (71,6%).

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan bahwa ada kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin tinggi pula persentase rumah tangga yang tidak membutuhkan POD/WOD.

Tabel 3.8.1.19
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi jauh	Tidak ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Kerinci	0,4	97,0	2,2	0,4
Merangin	2,1	87,6	9,1	1,2
Sarolangun	0,4	94,7	2,3	2,7
Batang Hari	0,0	100,0	0,0	0,0
Muaro Jambi	0,2	98,3	0,4	1,0
Tanjab Timur	4,8	93,0	1,0	1,3
Tanjab Barat	2,8	97,2	0,0	0,0
Tebo	0,5	98,9	0,0	0,7
Bungo	0,7	96,7	0,4	2,2
Jambi	0,5	94,0	0,2	5,3
Provinsi Jambi	1,1	96,2	1,2	1,5

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD diminta untuk menyebutkan alasannya. Sebagian besar rumah tangga (94,8%) tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan utama 'tidak ada POD/WOD (96,2%)'.

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan 'letak jauh' tertinggi Kabupaten Tanjung Jabung Timur (4,8%). Yang menyatakan alasan 'tidak ada POD/WOD', tertinggi di Batanghari (100%) dan terendah di Tanjung Jabung Timur (90%). Sedangkan untuk alasan 'obat tidak lengkap', tertinggi di Merangin (9,1%).

Tabel 3.8.1.20
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi jauh	Tidak ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	0,7	95,3	0,7	3,3
Perdesaan	1,3	96,4	1,4	1,0
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita				
Kuintil 1	1,3	95,4	1,5	1,8
Kuintil 2	1,8	96,1	1,0	1,0
Kuintil 3	1,1	96,1	1,3	1,5
Kuintil 4	0,9	96,0	0,9	2,2
Kuintil 5	0,4	97,2	1,1	1,3

Tabel 3.8.1.20 menyajikan informasi tentang alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga. Alasan utama terbanyak yang dikemukakan adalah tidak adanya POD/WOD. Tidak tampak perbedaan antara daerah perdesaan dan perkotaan dalam hal alasan utama untuk tidak memanfaatkan POD/WOD, begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

3.8.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi tentang jenis sarana dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan oleh responden.

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri/keluarga, Asuransi (Askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Swasta, dan JPK Pemerintah Daerah), Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Dana Sehat, dan lainnya. Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase rumah tangga yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan, termasuk penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Seluruh penduduk diminta untuk memberikan informasi tentang apakah yang bersangkutan pernah menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Mereka yang pernah rawat jalan maupun rawat inap diminta untuk menjelaskan dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan, serta dari mana sumber biaya perawatan kesehatan tersebut. Pihak-pihak yang menanggung biaya perawatan kesehatan tersebut bisa lebih dari satu.

Tabel 3.8.2.1
Persentase Penduduk Rawat Inap
Menurut Tempat dan Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	TEMPAT BEROBAT RAWAT INAP MENURUT PROVINSI								
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RS. Luar Negri	RSB	Puskes mas	Nakes	Batra	Lain nya	Tidak RI.
Kerinci	3,3	1,2	0	0,2	0,2	0,3	0,04	0	94,8
Merangin	1,5	0,3	0	0,1	0,6	0	0	0	97,4
Sarolangun	1,6	0,6	0	0,1	1,1	0,2	0,06	0,12	96,3
Batang Hari	1,8	0,7	0	0,1	0,4	0	0	0	9,0
Muaro Jambi	2,0	1,4	0	0	0,2	0,1	0	0	96,2
Tanjab Timur	1,2	0,6	0	0,1	0,1	0,1	0,12	0	97,7
Tanjab Barat	1,3	0,7	0	0,2	0,3	0,2	0,1	0	97,2
Tebo	1,3	0,4	0,2	1,0	0,2	0,1	0	0,05	96,7
Bungo	2,4	0,6	0	0,3	0,8	0,1	0	0	95,9
Jambi	2,5	2,2	0	1,4	0,6	0,8	0	0,08	92,3
Provinsi Jambi	2,0	1,0	0	0,4	0,46	0,3	0,03	0,03	95,8

Untuk rawat inap (Tabel 3.8.2.1), paling banyak masyarakat masih memanfaatkan RS Pemerintah (2%) kemudian disusul RS Swasta (1%). Terdapat 6 Kabupaten 10 kabupaten yang memanfaatkan RS Pemerintah sebagai tempat rawat inap masih di bawah persentase provinsi. Persentase terbanyak pemanfaatan RS Pemerintah untuk rawat inap di Kabupaten Kerinci yaitu sebesar 3,3%. Sedangkan terendah di Kabupaten Tanjung Jabung Barat dan Tebo masing-masing yaitu 1,3%. Demikian pula dengan pemanfaatan Rumah Sakit Swasta sebagai tempat rawat inap, semua kabupaten di Provinsi Jambi persentase pemanfaatannya dibawah persentase provinsi kecuali Kota Jambi (2,2%).

Tabel 3.8.2.2
Persentase Penduduk Rawat Inap
Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat berobat rawat inap								Tidak rawat Inap
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Puskes-mas	Nakes	Batra	Lain-nya	
Tipe daerah									
Perkotaan	2,3	1,5	0,0	0,9	0,4	0,6	0,0	0,0	94,3
Perdesaan	1,9	0,8	0,0	0,2	0,5	0,1	0,0	0,03	96,4
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita									
Kuintil 1	1,0	0,3	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	0,02	97,9
Kuintil 2	1,6	0,5	0,0	0,3	0,3	0,4	0,0	0,05	96,8
Kuintil 3	1,7	0,9	0,0	0,4	0,7	0,2	0,0	0,0	96,0
Kuintil 4	2,6	1,1	0,0	0,6	0,5	0,2	0,0	0,02	95,0
Kuintil 5	2,9	2,2	0,0	0,7	0,4	0,4	0,0	0,02	93,3

Menurut tipe daerah, terlihat bahwa RS Pemerintah, RS Swasta, RS lain, RS Bersalin, dan tempat praktek tenaga kesehatan lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat perkotaan, sedangkan puskesmas lebih banyak dimanfaatkan masyarakat perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tampak kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan RS Pemerintahan dan RS Swasta. Pemanfaatan sarana lain tersebar hampir merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga.

Tabel 3.8.2.3
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- lain
Kerinci	81,8	13,5	5,3	5,3	12,1
Merangin	78,0	15,3	8,5	3,4	13,6
Sarolangun	79,7	6,25	19,0	1,6	9,5
Batang Hari	64,8	27,8	13,0	0	0
Muaro Jambi	64,9	27,7	7,4	7,4	1,06
Tanjab Timur	73,7	15,8	11,0	5,3	18,4
Tanjab Barat	65,5	14,5	3,6	0	25,5
Tebo	86,6	8,96	0	0	13,4
Bungo	77,0	6,9	8,0	2,3	10,2
Jambi	82,5	15,1	5,9	1,0	6,5
Provinsi Jambi	77,6	15,1	7,2	2,6	9,47

Keterangan :

- Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya
- Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemerintah Daerah
- Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM
- Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 3.8.2.3 memperlihatkan bahwa sumber pembiayaan rawat inap secara keseluruhan untuk Indonesia masih didominasi (77,6%) pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (*out of pocket*), kemudian berturut-turut disusul oleh pembiayaan oleh Askes/Jamsostek (15,1%), Askeskin/SKTM (7,2%), dan Dana Sehat (2,6%). Kalau pembiayaan oleh Askeskin/Jamsostek, Askeskin/SKTM dan Dana Sehat diperhitungkan sebagai 'sejenis asuransi kesehatan', maka sekitar 30% responden yang pernah rawat inap dalam kurun waktu 5 tahun terakhir telah mempunyai 'sejenis asuransi kesehatan'.

Tabel 3.8.2.4
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap Menurut Tempat Tinggal
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Tipe daerah					
Perkotaan	80,5	17,8	6,3	1,6	7,92
Perdesaan	75,7	13,2	7,8	3,0	10,4
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita					
Kuintil 1	76,7	4,4	14,0	3,3	12,2
Kuintil 2	75,0	9,72	8,3	6,2	10,4
Kuintil 3	80,6	10,3	10,0	1,7	9,14
Kuintil4	74,9	16,5	8,1	3,1	7,59
Kuintil5	79,6	22,4	2,0	0,3	10,0

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 3.8.2.4 memperlihatkan bahwa menurut tipe daerah, pembiayaan rawat inap oleh Askes/Jamsostek lebih banyak dimanfaatkan di perkotaan. Sedangkan untuk pembiayaan rawat inap dengan memanfaatkan Askeskin/SKTM lebih banyak ditemukan di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terlihat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak perawatan inap yang dibiayai Askes/Jamsostek. Sebaliknya, semakin rendah tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan Askeskin/SKTM dan Dana Sehat. Namun apabila dicermati masih ada sekitar 10% masyarakat yang mampu secara ekonomi (kuintil 5 dan 4) masih menggunakan Askeskin/SKTM.

Tabel 3.8.2.5
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Tempat berobat rawat jalan									
	RS Pmrth	RS Swast	RS Ln	RSB	Pusk	Nakes	Bat Tra	Lain Nya	Di rmh	Tdk rj
Kerinci	1.2	0.2	0.2	19.2		10.8	0.1	0.1	0.8	67.5
Merangin	0.8	0.3	0.0	4.0	0.5	9.3	0.0	0.3	0.3	84.4
Sarolangun	0.7	0.1	0.5	11.8	0.1	21.0	0.2	0.7	1.9	63.0
Batang Hari	0.9	0.3		6.6	1.0	9.2	0.0	0.1	1.0	80.8
Muaro Jambi	1.6	1.0		35.0	1.7	3.8	0.0		0.2	56.7
Tanjab Timur	0.5	0.1		8.5	0.1	11.2	0.3	0.0	1.0	78.2
Tanjab Barat	0.8	0.4	0.1	16.4	3.7	12.0	2.4	0.1	0.5	63.5
Tebo	0.6	0.2	0.0	6.4	0.7	28.6	0.5	0.3	0.6	62.1
Bungo	1.0	0.5	0.2	20.7	0.5	16.5	0.3		0.3	60.1
Jambi	1.6	2.4	0.2	17.5	0.7	17.3	0.3	0.2	0.1	59.8
Provinsi Jambi	1.0	0.5	0.1	14.6	0.9	14.0	0.4	0.2	0.7	67.6

Tabel 3.8.2.5 menunjukkan bahwa di Provinsi Jambi, tempat berobat yang sering dimanfaatkan untuk rawat jalan adalah RS Bersalin/RSB (14,6%) dan Tenaga Kesehatan (14,0%). Pemanfaatan Rumah sakit pemerintah (1,0%), Puskesmas (0,9%), di rumah (0,7%) dan RS swasta (0,5%).

Persentase pemanfaatan RSB sebagai tempat rawat jalan, tertinggi di Kabupaten Muaro Jambi (35,0%) dan terendah di Merangin (4%). Sedangkan persentase tertinggi pemanfaatan tenaga kesehatan untuk rawat jalan ditemukan di Kabupaten Tebo (29,6%) dan terendah di Muaro Jambi (3,8%).

Tabel 3.8.2.6
Persentase Penduduk Rawat Jalan
Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat berobat rawat jalan									Tidak rawat jalan
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Di rumah	
Tipe Daerah										
Perkotaan	1.2	1.2	0.1	13.3	1.1	14.1	0.3	0.2	0.3	68.2
Perdesaan	0.9	0.3	0.1	15.0	0.9	13.9	0.5	0.2	0.8	67.4
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita										
Kuintil 1	0.5	0.3	0.1	15.4	0.3	9.4	0.8	0.0	0.7	72.4
Kuintil 2	0.8	0.4	0.1	15.2	0.6	12.7	0.4	0.3	0.8	68.9
Kuintil 3	1.1	0.4	0.2	15.2	0.7	15.0	0.3	0.2	0.6	66.5
Kuintil4	1.1	0.6	0.2	15.1	0.8	15.0	0.3	0.2	0.7	66.1
Kuintil5	1.4	1.1	0.1	12.2	2.3	17.7	0.4	0.2	0.6	64.0

Menurut tipe daerah (Tabel 3.8.2.6), tampak kecenderungan responden di perkotaan lebih banyak memanfaatkan RS Pemerintah, RS Swasta, dan Puskesmas. Sedangkan responden di perdesaan lebih memanfaatkan RSB, Tenaga Kesehatan, dan pengobat tradisional untuk rawat jalan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tampak adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan RS Pemerintah, RS Swasta, Puskesmas, dan Tenaga Kesehatan, tetapi semakin sedikit yang memanfaatkan RSB untuk rawat jalan.

Tabel 3.8.2.7
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Sumber Pembiayaan Rawat Jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Kerinci	91,6	4,9	3,1	2,7	0,9
Merangin	88,0	7,3	3,9	2,0	1,7
Sarolangun	86,4	3,5	4,3	0,6	6,3
Batang Hari	84,0	11,0	3,2	1,7	0,6
Muaro Jambi	84,4	12,0	7,7	10,0	2,6
Tanjab Timur	66,9	6,1	8,3	9,6	18,0
Tanjab Barat	66,0	22,0	2,7	1,6	11,0
Tebo	95,0	4,4	0,8	2,7	3,3
Bungo	90,0	7,0	0,5	0,1	4,4
Jambi	82,7	11,0	7,6	1,6	2,6
Provinsi Jambi	84,2	9,4	4,5	3,3	4,4

Gambaran tentang sumber pembiayaan rawat jalan dan rawat inap tampak tidak berbeda. Sumber biaya rawat jalan juga didominasi oleh pembiayaan sendiri/keluarga (84,2%). Persentase sumber biaya sendiri/keluarga tertinggi ditemukan di Kabupaten Tebo (95%) dan terendah di Tanjung Jabung Barat (66,0%). Sumber biaya dari Askeskin/SKTM mencapai 4,5% untuk rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir, persentase terbesar ditemukan di Kabupaten Tanjung Jabung Timur (8,3%) dan terkecil di Bungo (0,5%).

Tabel 3.8.2.8
Persentase Responden Rawat Jalan
Menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	77,7	13,0	5,6	1,7	6,2
Perdesaan	86,9	7,8	4,0	3,9	3,7
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita					
Kuintil 1	84,2	6,7	11,0	5,9	2,8
Kuintil 2	86,1	7,1	4,7	3,3	3,4
Kuintil 3	86,5	7,2	4,9	4,2	3,9
Kuintil4	85,6	10,0	2,3	2,1	3,2
Kuintil5	78,9	15,0	1,1	1,3	8,2

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Sumber biaya rawat jalan menurut tipe daerah (Tabel 3.8.2.8), sedikit berbeda antara daerah perkotaan dan perdesaan, terbanyak dari biaya sendiri/keluarga. Pembiayaan dari Askes/Jamsostek tampak lebih banyak dimanfaatkan di perkotaan (13,0%), juga pembiayaan dari Askeskin/ SKTM lebih banyak ditemukan di perkotaan (5,6%).

Gambaran sumber biaya rawat jalan dikaitkan dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan Askes/Jamsostek dan Askeskin/SKTM untuk pembiayaan rawat jalan. Tampaknya Askeskin/SKTM belum sepenuhnya diperuntukkan bagi masyarakat tidak/kurang mampu. Pembiayaan dari Dana Sehat semakin sedikit dimanfaatkan responden dengan tingkat pengeluaran yang makin tinggi.

3.8.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Persepsi masyarakat pengguna pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan non-medis dapat digunakan sebagai salah satu indikator ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan. Ada 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Penilaian untuk masing-masing domain ditanyakan kepada responden, berdasarkan pengalamannya waktu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan untuk rawat inap dan rawat jalan.

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

1. Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
2. Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
3. Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita

4. Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
5. Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien
6. Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
7. Keberhasilan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
8. Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

Tujuh domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan sama dengan domain rawat inap, kecuali domain ke delapan (kemudahan dikunjungi keluarga/teman).

Penduduk diminta untuk menilai setiap aspek ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan di luar medis selama menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Masing-masing domain ketanggapan dinilai dalam 5 (lima) skala yaitu: sangat baik, baik, cukup, buruk, sangat buruk. Untuk memudahkan penilaian aspek ketanggapan rawat jalan dan rawat inap pada sistem pelayanan kesehatan tersebut, WHO membagi menjadi dua bagian besar yaitu 'baik' (sangat baik dan baik) dan 'kurang baik' (cukup, buruk dan sangat buruk). Penyajian hasil analisis/tabel selanjutnya hanya mencantumkan persentase yang 'baik' saja.

Tabel 3.8.3.1
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan
Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Waktu tunggu	Keramah- an	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasia- an	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudahan dikunjungi
Kerinci	61,4	59,1	49,2	53,0	55,3	54,1	61,4	64,4
Merangin	72,9	81,4	76,3	78,0	78,0	79,7	78,0	79,7
Sarolangun	59,4	67,2	60,3	55,6	49,2	46,9	48,4	56,3
Batang Hari	64,2	67,9	63,0	60,4	58,5	63,0	62,3	64,8
Muaro Jambi	72,6	70,2	56,8	58,5	54,7	55,8	54,7	55,8
Tanjab Timur	84,2	84,2	71,1	76,3	84,2	63,2	65,8	73,7
Tanjab Barat	65,5	65,5	60,0	61,8	63,6	63,6	67,3	65,5
Tebo	66,2	66,2	58,2	67,2	66,2	66,2	64,7	64,7
Bungo	80,7	80,7	81,6	78,2	78,4	77,0	72,7	75,9
Jambi	84,2	86,6	85,9	87,6	87,6	87,6	82,5	85,2
Provinsi Jambi	73,6	75,1	69,7	71,2	71,0	70,1	69,2	71,9

Tabel 3.8.3.1 menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut Provinsi.

Di Provinsi Jambi penduduk yang memberikan penilaian 'baik' dengan persentase tinggi adalah aspek 'mudah dikunjungi' (71,9%) dan 'keramahan petugas' (75,1%). Persentase terendah adalah aspek 'kebersihan ruangan' (69,2%). Menurut kabupaten/kota, tidak terlihat adanya variasi yang tidak terlampaui tajam dari setiap aspek ketanggapan.

Tabel 3.8.3.2
Persentase Penduduk Rawat Inap
Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih sarana	Kebersihan ruangan	Mudahan dikunjungi
Tipe Daerah								
Perkotaan	84,0	86,5	85,1	84,7	86,0	84,5	83,1	87,8
Perdesaan	85,5	87,6	85,7	84,8	86,2	84,6	82,6	87,2
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita								
Kuintil 1	84,4	86,4	84,7	83,7	85,0	83,2	82,3	86,6
Kuintil 2	83,7	86,3	84,6	83,5	85,2	83,2	81,9	86,6
Kuintil 3	84,5	86,5	84,7	84,2	85,5	83,6	82,5	86,9
Kuintil4	84,7	87,0	85,6	85,4	86,4	84,9	82,8	87,7
Kuintil5	85,8	88,2	86,6	86,1	87,4	86,4	84,0	88,7

Tabel.3.8.3.2 menyajikan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut karakteristik rumah tangga. Menurut tipe daerah, tidak terdapat perbedaan mencolok persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap seluruh aspek ketanggapan antara di perkotaan dan perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, nampak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin banyak yang menyatakan keanggapan pelayanan kesehatan 'baik' pada aspek: kebersihan ruangan pelayanan, kebebasan memilih fasilitas pelayanan, dan kemudahan dikunjungi keluarga/teman.

Tabel 3.8.3.3
Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan
Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Kerinci	---	56,9	48,2	46,2	48,3	49,3	55,0
Merangin	86,9	91,3	88,3	88	89,4	81,0	81,8
Sarolangun	64,4	68,7	58,6	52,4	49,5	52,9	46,7
Batang Hari	80,8	81,3	77,8	79,0	80,5	81,6	77,5
Muaro Jambi	63,2	61,9	44,2	43,3	39,2	35,6	26,7
Tanjab Timur	91,7	88,0	84,0	85,6	87,7	81,1	81,0
Tanjab Barat	82,1	83,9	79,0	77,2	78,2	76,0	69,8
Tebo	74,6	78,2	74,6	73,0	71,2	68,5	65,1
Bungo	88,1	88,8	84,9	85,3	85,7	82,8	83,8
Jambi	87,5	88,1	89,2	89,7	90,4	88,4	86,4
Provinsi Jambi	76,8	77,7	71,7	70,7	70,4	68,4	65,8

Tabel 3.8.3.3 menunjukkan di Provinsi Jambi, aspek ketanggapan terhadap pelayanan rawat jalan dengan persentase nilai 'baik' tertinggi adalah keramahan petugas (77,7%), sedangkan persentase terendah adalah aspek kebersihan ruangan (65,8%).

Tabel 3.8.3.4
Persentase Penduduk Rawat Jalan
Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih sarana	Kebersihan ruangan
Tipe daerah							
Perkotaan	84,9	85,8	84,6	84,9	85,4	83,9	82,4
Perdesaan	73,4	74,3	66,3	64,9	64,2	62,0	58,9
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita							
Kuintil 1	76,3	74,7	70,7	70,3	69,2	67,5	66,0
Kuintil 2	75,4	76,9	69,9	69,9	69,9	67,3	6,0
Kuintil 3	75,4	76,0	69,8	68,1	68,9	66,2	63,9
Kuintil4	78,0	79,9	73,0	72,7	71,0	69,8	65,1
Kuintil5	79,0	80,7	75,7	73,4	73,9	72,1	69,8

Menurut tipe daerah, terdapat perbedaan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' dalam beberapa aspek ketanggapan terhadap pelayanan rawat jalan antara perkotaan dan perdesaan. Di daerah perkotaan aspek ketanggapan 'baik' yang persentasenya tinggi adalah kejelasan informasi, turut serta dalam pengambilan keputusan memilih jenis perawatan, kerahasiaan informasi, kebebasan memilih fasilitas pelayanan, dan kebersihan ruangan. Sedangkan di daerah perdesaan, persentase penduduk dengan penilaian 'baik' tinggi pada aspek waktu tunggu dan keramahan petugas.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan adanya kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin banyak yang memberikan penilaian 'baik' pada semua aspek ketanggapan pelayanan rawat jalan.

3.9 Kesehatan Lingkungan

Data kesehatan lingkungan diambil dari dua sumber data, yaitu Riskesdas 2007 dan Kor Susenas 2007. Sesuai kesepakatan, data yang sudah ada di Kor Susenas tidak dikumpulkan lagi di Riskesdas, dan dalam Riskesdas ditanyakan pertanyaan-pertanyaan yang tidak ada di Kor Susenas. Dengan demikian penyajian beberapa variabel kesehatan lingkungan merupakan gabungan data Riskesdas dan Kor Susenas.

Data yang dikumpulkan dalam survei ini meliputi data air bersih keperluan rumah tangga, sarana pembuangan kotoran manusia, sarana pembuangan air limbah (SPAL), pembuangan sampah, dan perumahan. Data tersebut bersifat fisik dalam rumah tangga, sehingga pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terhadap kepala rumah tangga dan pengamatan.

3.9.1 Air keperluan rumah tangga

Menurut WHO, jumlah pemakaian air bersih rumah tangga per kapita sangat terkait dengan risiko kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan higiene. Rerata

pemakaian air bersih individu adalah rerata jumlah pemakaian air bersih rumah tangga dalam sehari dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga. Rerata pemakaian individu ini kemudian dikelompokkan menjadi '<5 liter/orang/hari', '5-19,9 liter/orang/hari', '20-49,9 liter/orang/hari', '50-99,9 liter/orang/hari' dan '≥100 liter/orang/hari'. Berdasarkan tingkat pelayanan, kategori tersebut dinyatakan sebagai 'tidak akses', 'akses kurang', 'akses dasar', 'akses menengah', dan 'akses optimal'. Risiko kesehatan masyarakat pada kelompok yang akses terhadap air bersih rendah ('tidak akses' dan 'akses kurang') dikategorikan sebagai mempunyai risiko tinggi.

Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa rerata jumlah pemakaian air untuk seluruh kebutuhan rumah tangga dalam sehari semalam.

Tabel 3.9.1.1
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Rata-Rata Pemakaian Air
Per Orang Per Hari menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-20	21-50	51-100	>100
Kerinci	9,5	39,2	45,6	4,3	1,5
Merangin	0,3	4,3	24,8	21,2	49,4
Sarolangun	5,0	14,2	43,0	29,1	8,7
Batang Hari	0,7	2,2	31,8	35,9	29,4
Muaro Jambi	0,2	7,5	53,1	23,2	16,1
Tanjab Timur	12,6	32,0	36,8	13,5	5,0
Tanjab Barat	0,8	6,0	73,1	10,2	10,0
Tebo	28,5	1,6	21,5	41,5	6,9
Bungo	0,0	3,1	49,0	32,4	15,4
Jambi	0,3	1,4	34,6	25,9	37,8
Provinsi Jambi	5,3	11,2	41,2	22,9	19,5

Di Provinsi Jambi, terdapat 16,5% rumah tangga yang pemakaian air bersihnya masih rendah (5,3% tidak akses dan 11,2% akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebesar 41,2% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 22,9% akses menengah dan 19,5% akses optimal.

Kabupaten/kota yang akses terhadap air bersih masih rendah (di atas 5,3%) berturut-turut adalah Kabupaten Tebo, Tanjung Jabung Timur dan Kerinci.

Bila mengacu pada kriteria *Joint Monitoring Program WHO-Unicef*, di mana batasan minimal akses untuk konsumsi air bersih adalah 20 liter/orang/hari, maka di Provinsi Jambi akses terhadap air bersih menurut jumlah pemakaian air per orang per hari adalah 83,5% sedikit lebih rendah dari angka nasional 85,6%.

Dilihat dari karakteristik rumah tangga, rerata pemakaian air bersih per orang per hari menunjukkan perbedaan, baik menurut tipe daerah maupun menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.2
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Rata-Rata Pemakaian Air
Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-20	21-50	51-100	>100
Tipe daerah					
Perkotaan	4,5	9,6	33,8	23,8	28,4
Perdesaan	5,6	11,8	44,0	22,6	16,1
Tingkat Pengeluaran per kapita					
Kuintil- 1	8,4	10,9	44,0	21,9	14,8
Kuintil- 2	7,1	10,3	45,1	21,5	16,0
Kuintil- 3	5,8	12,2	41,8	21,5	18,7
Kuintil -4	3,1	10,9	41,1	23,0	21,8
Kuintil -5	2,0	11,6	33,9	26,5	26,0

Persentase rumah tangga yang aksesnya rendah terhadap air bersih lebih tinggi di perdesaan (17,4%) dibandingkan dengan di perkotaan (14,1%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi akses terhadap air bersih optimal.

Di samping jumlah pemakaian air bersih untuk keperluan rumah tangga, ditanyakan juga tentang jarak dan waktu tempuh ke sumber air, serta persepsi tentang ketersediaan sumber air. Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menjangkau sumber air bersih pulang pergi, berapa jarak antara rumah dengan sumber air, dan bagaimana kemudahan dalam memperoleh air bersih. Hasil tersaji pada Tabel 3.9.1.3

Tabel 3.9.1.3
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (menit)		Jarak (kilometer)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	<30	≥30	≤1	>1			
Kerinci	99,6	0,3	98,4	1,6	83,0	16,6	0,4
Merangin	100,0	0,0	98,0	2,0	82,5	17,5	0,0
Sarolangun	99,5	0,2	99,8	0,2	54,2	45,1	0,7
Batang Hari	99,8	0,2	98,6	1,4	60,0	39,7	0,2
Muaro Jambi	100,0	0,0	98,2	1,8	76,8	23,0	0,2
Tanjab Timur	99,5	0,2	99,0	1,0	37,6	61,5	0,9
Tanjab Barat	99,8	0,2	99,2	0,8	39,2	60,7	0,2
Tebo	99,0	0,8	99,4	0,6	61,0	38,6	0,4
Bungo	98,2	1,9	98,7	1,3	70,0	29,4	0,6
Jambi	100,0	0,0	98,6	1,4	86,4	11,3	2,3
Provinsi Jambi	99,6	0,4	98,7	1,3	68,4	30,9	0,7

Tabel di atas menunjukkan secara nasional sebanyak 0,4% rumah tangga memerlukan rerata waktu tempuh ke sumber air lebih dari 30 menit. Terdapat 2 kabupaten dengan persentase di atas 0,4%, tertinggi Kabupaten Bungo (1,9%), disusul oleh Tebo (0,8%). Dilihat dari jarak, di Provinsi Jambi terdapat 1,3% rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer. Kabupaten/kota dengan Persentase jarak ke sumber air lebih dari 1 kilometer terbesar adalah Kabupaten Merangin (2,0%), disusul oleh Muaro Jambi (1,8%) dan Kerinci (1,6%).

Dilihat dari ketersediaan air bersih dalam satu tahun, di Provinsi Jambi terdapat 68,4% rumah tangga yang air bersihnya tersedia sepanjang waktu. Terdapat 5 kabupaten/kota dengan Persentase ketersediaan air bersih sepanjang tahun lebih kecil dari 68,4%, adalah Kabupaten Tanjung Jabung Timur, Tanjung Jabung Barat, Sarolangun, Batang Hari dan Tebo. Kota Jambi (2,3%) dan Tanjung Jabung Timur (0,9%) merupakan dua kabupaten/kota yang paling tinggi Persentase rumah tangga dengan ketersediaan air bersih sulit sepanjang tahun.

Akses air bersih menurut waktu, jarak dan ketersediaan air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih Menurut Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (menit)		Jarak (km)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	<30	≥30	≤1	>1			
Tipe daerah							
Perkotaan	99,9	0,1	98,9	1,1	76,2	22,2	1,6
Perdesaan	99,5	0,5	98,7	1,3	65,6	34,1	0,3
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil 1	99,7	0,3	98,3	1,7	64,3	34,8	0,9
Kuintil 2	99,6	0,4	98,6	1,4	65,1	34,6	0,3
Kuintil 3	99,7	0,3	98,5	1,5	67,4	32,0	0,6
Kuintil 4	99,4	0,6	99,0	1,0	70,2	29,0	0,8
Kuintil 5	99,8	0,2	99,2	0,8	75,2	24,2	0,6

Persentase rumah tangga yang waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit lebih tinggi di perdesaan (0,5%) dibandingkan dengan di perkotaan (0,1%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan Persentase waktu tempuh mengalami penurunan sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Persentase rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer lebih tinggi di perdesaan (1,3%) dibandingkan dengan di perkotaan (1,1%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan Persentase jarak tempuh mengalami penurunan sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita. Begitu pula Persentase rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang tahun lebih tinggi di perkotaan (76,2%) dibandingkan dengan di perdesaan (65,6%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan Persentase rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang waktu mengalami peningkatan sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Dalam rangka memperoleh air untuk keperluan rumah tangga bila sumbernya berada di luar pekarangan, ditanyakan siapa yang biasanya mengambil air dalam rumah tangga tersebut, sebagai upaya untuk melihat aspek gender dan perlindungan anak. Aspek gender dalam pengambilan air bersih dapat dilihat pada Tabel 3.9.1.5

Tabel 3.9.1.5
Persentase Rumah Tangga Menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air
Dalam Rumah Tangga Dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Orang yang biasa mengambil air dalam rumah tangga			
	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
Kerinci	74,0	1,1	23,9	1,1
Merangin	62,4	1,1	35,4	1,1
Sarolangun	47,7	1,3	49,0	2,0
Batang Hari	39,6	1,1	57,1	2,2
Muaro Jambi	13,2	2,1	80,6	4,2
Tanjab Timur	39,3	1,8	56,7	2,2
Tanjab Barat	46,9	0,0	51,9	1,2
Tebo	41,8	3,8	43,0	11,4
Bungo	61,0	1,5	34,9	2,6
Jambi	44,7	0,0	48,9	6,4
Provinsi Jambi	49,9	1,3	46,3	2,6

Tabel di atas menunjukkan, di Provinsi Jambi terdapat 3,9% rumah tangga yang anak-anaknya mempunyai beban untuk mengambil air keperluan rumah tangga (1,3% wanita dan 2,6% anak laki-laki). Persentase perempuan yang bertanggung jawab dalam pengambilan air di rumah tangga lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki.

Kabupaten/kota di mana anak-anak ikut berperan dalam pengambilan air untuk kebutuhan rumah tangga adalah Tebo, Kota Jambi dan Muaro Jambi. Sedangkan kabupaten/kota yang pengambilan airnya banyak dilakukan kaum perempuan adalah di Kerinci, Merangin dan Bungo.

Persentase individu yang mengambil air bersih di rumah tangga menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.6
Persentase Rumah Tangga Menurut Individu Yang Biasa
Mengambil Air Dalam Rumah Tangga Menurut Tempat Tinggal
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Orang yang biasa mengambil air dalam rumah tangga			
	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
Tipe daerah				
Perkotaan	44,5	0,3	51,4	3,8
Perdesaan	50,9	1,4	45,3	2,4
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	55,5	2,2	39,8	2,6
Kuintil 2	50,2	1,2	45,1	3,5
Kuintil 3	47,3	1,1	49,0	2,5
Kuintil 4	48,6	0,7	49,3	1,4
Kuintil 5	42,5	0,5	55,1	1,9

Tenaga perempuan dan anak-anak yang mengambil air di rumah tangga lebih tinggi di perdesaan (50,9% dan 1,4%) dibandingkan dengan di perkotaan (44,5% dan 0,3%). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin rendah Persentase perempuan dan anak-anak yang bertugas mengambil air bersih untuk keperluan rumah tangga.

Data kualitas fisik air untuk keperluan minum rumah tangga dikumpulkan dengan cara wawancara dan pengamatan, meliputi kekeruhan, bau, rasa, warna dan busa. Kategori kualitas fisik air minum baik bila air tersebut tidak keruh, tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak berbusa.

Tabel 3.9.1.7
Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum
Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Kerinci	5,5	3,2	1,6	0,0	0,4	92,5
Merangin	11,7	8,4	0,2	0,0	0,6	87,9
Sarolangun	23,3	16,7	4,1	0,9	3,0	73,2
Batang Hari	5,8	5,1	1,3	0,7	0,9	93,1
Muaro Jambi	8,2	5,0	2,1	0,5	0,9	90,4
Tanjab Timur	3,9	8,2	2,3	0,5	1,1	89,5
Tanjab Barat	4,4	3,6	0,8	0,2	0,8	92,9
Tebo	15,9	8,1	6,9	6,1	3,7	81,9
Bungo	6,4	3,1	4,9	0,4	1,9	89,9
Jambi	3,1	5,1	6,4	0,0	0,9	89,4
Provinsi Jambi	8,2	6,3	3,2	0,8	1,3	88,5

Catatan : * tidak keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau

Di Provinsi Jambi, persentase rumah tangga dengan air minum berkualitas fisik baik sebesar 88,5%. Ada 3 kabupaten yang persentase kualitas fisik air minumnya di bawah rerata Provinsi, terendah adalah kabupaten Sarolangun (73,2%).

Persentase kualitas fisik air minum rumah tangga yang baik bervariasi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.8
Persentase Rumah Tangga Menurut Kualitas Fisik Air Minum
Menurut Tempat Tinggal
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Tipe daerah						
Perkotaan	2,5	4,4	4,2	0,0	0,6	91,6
Perdesaan	10,4	7,0	2,8	1,1	1,6	87,4
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	11,1	8,2	3,4	1,4	1,6	85,5
Kuintil 2	10,2	7,0	4,0	0,8	1,5	86,7
Kuintil 3	9,4	6,2	3,3	0,9	1,6	87,5
Kuintil 4	6,4	5,9	2,4	0,5	0,9	90,4
Kuintil 5	4,1	4,2	2,8	0,3	1,0	92,4

Catatan : * tidak keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau

Tidak ada perbedaan yang mencolok antara Persentase kualitas fisik air minum di perkotaan dan di perdesaan, kecuali dalam hal kekeruhan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi Persentase yang kualitas fisik air minumnya baik.

Data jenis sumber air minum utama yang digunakan rumah tangga diambil dari data Kor Susenas 2007.

Tabel 3.9.1.9
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air dan
Kabupaten/Kota
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis sumber air minum											Lainnya
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan		
Kerinci	1,9	39,8	0,1	1,6	17,8	15,5	7,8	2,8	10,8	1,3	0,5	
Merangin	0,5	11,2	1,9	11,5	33,0	24,4	0,3	3,3	13,4	0,2	0,3	
Sarolangun	0,9	6,7	0,5	2,5	35,3	41,5	0,5	1,8	10,3	0,0	0,0	
Batang Hari	3,6	9,2	0,2	1,1	34,9	42,3	0,2	0,2	5,8	0,0	2,5	
Muaro Jambi	1,8	11,5	0,5	1,1	43,3	34,6	0,8	0,2	5,2	1,2	0,0	
Tanjab Timur	0,5	0,9	0,0	0,2	0,2	2,5	0,0	0,2	1,1	94,3	0,0	
Tanjab Barat	2,5	0,8	1,9	3,1	15,2	11,5	1,0	1,9	2,9	59,2	0,0	
Tebo	0,4	3,1	0,0	1,0	55,0	25,3	0,0	0,0	15,1	0,0	0,0	
Bungo	1,8	5,8	0,0	5,8	40,2	32,7	0,6	2,7	10,3	0,0	0,0	
Jambi	14,6	39,6	0,7	9,5	25,8	9,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0	
Provinsi Jambi	3,6	16,0	0,6	4,2	29,9	22,7	1,3	1,4	7,3	12,7	0,3	

Di Provinsi Jambi masih banyak rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber tidak terlindung (sumur tidak terlindung 22,7%, mata air tidak terlindung 1,4%, air sungai 7,3% dan lainnya 0,3%).

Kabupaten/kota yang cakupan air perpipaannya di atas rerata Provinsi yaitu Kota Jambi dan Kerinci. Kabupaten/kota yang persentase penggunaan air kemasannya tinggi antara lain Kota Jambi, Batang Hari dan Tanjung Jabung Barat. Kabupaten/kota yang banyak menggunakan air hujan sebagai sumber air minum antara lain Tanjung Jabung Timur dan Tanjung Jabung Barat.

Persentase penggunaan jenis sumber air minum bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.10
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Sumber Air
Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air kemasan	Ledeng eceran	Ledeng meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Tipe daerah											
Perkotaan	9,7	34,6	0,5	7,3	22,3	8,4	0,3	0,3	0,3	16,2	0,1
Perdesaan	1,3	9,0	0,7	3,1	32,7	28,0	1,7	1,8	9,9	11,5	0,4
Tingkat pengeluaran perkapita											
Kuintil 1	1,6	9,7	0,6	1,5	27,6	28,7	1,3	2,0	11,5	15,3	0,3
Kuintil 2	1,7	11,7	0,3	3,7	28,7	27,2	1,8	1,9	8,8	14,2	0,1
Kuintil 3	2,3	16,0	0,8	3,2	29,9	23,7	1,2	1,4	8,2	13,1	0,3
Kuintil 4	3,5	18,1	0,8	5,7	32,2	20,0	1,5	0,9	5,2	11,6	0,3
Kuintil 5	8,8	24,2	0,6	7,2	31,0	13,8	0,9	0,5	2,8	9,7	0,5

Penggunaan air kemasan, ledeng eceran, air hujan dan sumur bor lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Di daerah perdesaan sumber air minum yang menonjol digunakan dibandingkan di perkotaan adalah jenis sumur (terlindung dan tidak terlindung), mata air dan air sungai. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi persentase yang menggunakan air kemasan, ledeng eceran, dan sumur pompa. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin menurun persentase rumah tangga yang menggunakan sumber air tidak terlindung.

Tabel 3.9.1.11 menggambarkan jenis tempat penampungan air untuk keperluan minum yang digunakan rumah tangga dan jenis pengolahan air minum yang dilakukan sebelum air tersebut dikonsumsi.

Tabel 3.9.1.11
Presentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Di masak	Di- saring	Bahan kimia	Lain nya
Kerinci	43,8	35,8	20,3	1,9	96,6	1,7	9,5	1,6
Merangin	9,5	82,1	8,4	0,3	98,1	21,5	0,2	2,9
Sarolangun	11,8	48,5	39,7	2,5	95,1	1,8	0,2	3,2
Batang Hari	7,7	81,8	10,5	1,2	96,9	5,8	1,9	1,9
Muaro Jambi	17,6	78,4	3,9	9,0	94,1	28,7	1,5	2,5
Tanjab Timur	14,5	82,4	3,2	1,5	97,3	12,4	0,5	2,0
Tanjab Barat	11,5	82,5	6,0	4,1	95,5	2,1	0,4	1,9
Tebo	18,1	71,3	10,5	0,4	98,5	2,2	1,1	3,6
Bungo	29,7	46,4	23,8	1,5	97,7	9,2	0,8	0,8
Jambi	4,6	91,9	3,4	20,9	77,8	7,8	0,7	24,0
Provinsi Jambi	17,2	70,7	12,1	5,5	93,7	9,7	1,9	5,6

Tempat penampungan air di rumah tangga sebagian besar menggunakan wadah tertutup (70,7%) dan tidak menggunakan penampungan (12,1%), sedangkan yang menggunakan wadah terbuka sebesar 17,2%. Bila melihat persentasenya, kabupaten/kota dengan persentase penampungan air terbuka tinggi antara lain Kerinci, Bungo, Tebo dan Muaro Jambi.

Di Provinsi Jambi pengolahan air minum sebelum digunakan terutama dilakukan dengan cara dimasak (93,7%). Terdapat 9,7% yang melakukan pengolahan dengan cara penyaringan dan 1,9% dengan membubuhkan bahan kimia. Kabupaten/kota dengan persentase penyaringan tinggi adalah Muaro Jambi, Merangin dan Tanjung Jabung Timur, sedangkan kabupaten/kota dengan Persentase pembubuhan bahan kimia tinggi adalah Kerinci dan Batang Hari.

Persentase penggunaan tempat penampungan air dan pengolahan air sebelum dikonsumsi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.12
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan Dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum Menurut
Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	TEMPAT PENAMPUNGAN			PENGOLAHAN AIR MINUM SEBELUM DIGUNAKAN				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Di masak	Di-saring	Bahan kimia	Lain nya
Tipe daerah								
Perkotaan	9,8	81,6	8,6	13,2	85,7	8,8	2,1	13,6
Perdesaan	20,0	66,6	13,5	2,6	96,6	10,1	1,8	2,7
Tingkat pengeluaran perkapita								
Kuintil 1	17,1	71,8	11,1	1,6	93,7	8,6	2,2	7,7
Kuintil 2	18,6	70,4	11,0	3,8	94,3	9,7	1,9	6,5
Kuintil 3	17,3	70,5	12,2	5,3	94,2	10,0	2,4	5,1
Kuintil 4	17,8	69,0	13,2	6,7	94,7	10,4	1,5	4,7
Kuintil 5	15,2	71,7	13,1	10,0	91,5	9,8	1,6	4,2

Persentase yang menggunakan wadah terbuka dan tidak ada wadah lebih banyak di pedesaan dibandingkan dengan di perkotaan, sedangkan yang menggunakan penampungan tertutup lebih banyak di perkotaan dibandingkan dengan di pedesaan. Dalam hal pengolahan air sebelum dikonsumsi, di daerah perkotaan lebih banyak yang langsung diminum dan menggunakan bahan kimia, sedangkan di daerah pedesaan lebih banyak yang dimasak dan disaring.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin kecil persentase yang menggunakan wadah terbuka, tetapi semakin meningkat yang tidak menggunakan tempat penampungan air.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses terhadap air bersih 'baik' apabila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana sumber air yang digunakan *improved*, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Data konsumsi air dan jarak ke sumber air berasal dari Riskesdas 2007, sedangkan data jenis sarana air minum berasal dari Kor Susenas 2007. Sarana sumber air yang *improved* menurut WHO/Unicef adalah sumber air jenis perpipaan/ledeng, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan; selain dari itu dikategorikan *not improved*.

Tabel 3.9.1.13
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Air bersih	
	Kurang	Akses*)
Kerinci	62,5	37,5
Merangin	44,6	55,4
Sarolangun	60,9	39,1
Batang Hari	57,1	42,9
Muaro Jambi	47,3	52,7
Tanjab Timur	47,4	52,6
Tanjab Barat	24,6	75,4
Tebo	58,5	41,5
Bungo	49,5	50,5
Jambi	26,6	73,4
Provinsi Jambi	46,7	53,3

Catatan :

*) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

Berdasarkan kriteria tersebut, di Provinsi Jambi terdapat 53,3% yang mempunyai akses baik terhadap air bersih. Kabupaten/kota dengan persentase akses baik terhadap air bersih di bawah rerata Provinsi sebanyak 7 kabupaten, terendah Kerinci (37,5%), disusul oleh Sarolangun (39,1%) dan Tebo (42,5%).

Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.14
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih
Dan Sanitasi Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas
2007

Karakteristik	Air bersih	
	Kurang	Akses*)
Tipe daerah		
Perkotaan	32,6	67,4
Perdesaan	51,9	48,1
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil 1	56,9	43,1
Kuintil 2	50,3	49,7
Kuintil 3	47,9	52,1
Kuintil 4	40,7	59,3
Kuintil 5	37,5	62,5

Catatan :

*) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

Tabel 3.9.1.14 menunjukkan di perkotaan akses baik terhadap air bersih lebih tinggi (67,4%) dibandingkan dengan di perdesaan (48,1%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin besar Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap air bersih.

3.9.2 Fasilitas Buang Air Besar

Data fasilitas buang air besar meliputi jenis penggunaan fasilitas buang air besar dan jenis fasilitas buang air besar. Data ini diambil dari data rumah tangga Kor Susenas 2007.

Tabel 3.9.2.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Susenas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk pakai
Kerinci	47,9	4,0	5,3	42,8
Merangin	59,7	5,6	3,0	31,6
Sarolangun	50,7	9,8	1,2	38,2
Batang Hari	60,8	14,4	11,5	13,4
Muaro Jambi	66,4	18,8	6,5	8,2
Tanjab Timur	71,3	5,9	3,2	19,6
Tanjab Barat	61,5	15,6	5,3	17,5
Tebo	62,4	7,4	3,2	27,1
Bungo	50,9	5,4	1,9	41,8
Jambi	88,3	9,5	0,7	1,5
Provinsi Jambi	63,3	9,6	4,0	23,1

Tabel di atas menunjukkan rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri sebesar 63,3%. Beberapa kabupaten dengan persentase penggunaan jamban sendiri rendah antara lain Kerinci (47,9%), Sarolangun (50,7%) dan Bungo (50,9%).

Cakupan penggunaan jamban sendiri menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.2.2
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan
Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar
Menurut Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Jambi, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis Penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk pakai
Tipe daerah				
Perkotaan	86,3	8,5	1,3	3,9
Perdesaan	54,7	10,0	5,0	30,3
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	47,2	10,5	5,6	36,7
Kuintil 2	54,3	10,6	5,4	29,7
Kuintil 3	64,1	9,1	3,4	23,3
Kuintil 4	70,1	9,9	3,5	16,5
Kuintil 5	80,8	7,9	2,1	9,3

Yang menggunakan jamban sendiri di perkotaan lebih tinggi (86,3%) dibandingkan dengan di perdesaan (54,7%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi Persentase yang menggunakan jamban sendiri.

Tabel 3.9.2.3 menggambarkan berbagai jenis sarana pembuangan kotoran. Jenis sarana pembuangan kotoran dianggap 'saniter' bila menggunakan jenis leher angsa.

Tabel 3.9.2.3
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Buang Air Besar
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Susenas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis Tempat Buang Air Besar			
	Leher Angsa	Plengsengan	Cemplung/Cubluk	Tidak Pakai
Kerinci	62,9	19,6	5,1	12,4
Merangin	65,2	3,0	29,5	2,3
Sarolangun	61,0	13,0	20,8	5,2
Batang Hari	51,2	2,8	36,4	9,6
Muaro Jambi	53,5	10,3	25,9	10,3
Tanjab Timur	20,8	12,3	53,0	14,0
Tanjab Barat	36,7	10,4	49,0	3,9
Tebo	53,2	6,5	37,6	2,7
Bungo	71,1	11,4	15,8	1,7
Jambi	87,2	9,2	3,3	0,3
Provinsi Jambi	59,5	9,7	25,0	5,8

Tabel di atas menunjukkan bahwa di Provinsi Jambi rumah tangga yang menggunakan jamban jenis leher angsa sebesar 59,5%. Kabupaten/kota dengan cakupan jamban saniter rendah antara lain Tanjung Jabung Timur (20,8%), Tanjung Jabung Barat (36,7%) dan Batang Hari (51,2%). Kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga tidak pakai jamban tinggi antara lain Tanjung Jabung Timur (14,0%), Kerinci (12,4%) dan Muaro Jambi (10,3%).

Persentase penggunaan tempat buang air besar bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.2.4
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Buang Air Besar
Menurut Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Jambi, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/cubluk	Tidak pakai
Tipe Daerah				
Perkotaan	76,8	10,2	11,9	1,1
Perdesaan	50,6	9,5	31,7	8,2
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	40,4	13,1	36,3	10,2
Kuintil 2	49,9	9,9	31,3	8,9
Kuintil 3	59,1	8,5	26,2	6,2
Kuintil 4	66,7	7,6	21,6	4,0
Kuintil 5	74,0	10,1	14,2	1,7

Persentase penggunaan jamban jenis leher angsa lebih tinggi di perkotaan (76,8%) dibandingkan dengan di perdesaan (50,5%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi yang menggunakan jamban jenis leher angsa.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa.

Tabel 3.9.2.5
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sanitasi	
	Kurang	Akses**)
Kerinci	66,6	33,4
Merangin	59,2	40,8
Sarolangun	67,5	32,5
Batang Hari	58,9	41,1
Muaro Jambi	55,1	44,9
Tanjab Timur	84,4	15,6
Tanjab Barat	72,8	27,2
Tebo	65,2	34,8
Bungo	61,8	38,2
Jambi	20,4	79,6
Provinsi Jambi	58,1	41,9

Catatan : **) memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Berdasarkan kriteria tersebut, di Provinsi Jambi rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 41,9%. Terdapat 7 kabupaten dengan akses baik terhadap sanitasi di bawah rerata Provinsi, terendah adalah Tanjung Jabung Timur (15,6%), disusul oleh Tanjung Jabung Barat (27,2%) dan Sarolangun (32,5%).

Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.2.6
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Akses Terhadap Air Bersih
Dan Sanitasi Menurut Tempat Tinggal di Provinsi Jambi, Riskesdas
2007

Karakteristik	Sanitasi	
	Kurang	Akses**)
Tipe Daerah		
Perkotaan	31,1	68,9
Perdesaan	68,2	31,8
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil 1	78,0	22,0
Kuintil 2	68,7	31,3
Kuintil 3	57,8	42,2
Kuintil 4	48,1	51,9
Kuintil 5	38,0	62,0

Catatan : **) memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Tabel di atas menunjukkan persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi lebih tinggi di perkotaan (68,9%), hampir dua kali dibandingkan dengan di perdesaan (31,8%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi.

Untuk pembuangan akhir tinja, data diambil dari Kor Susenas 2007. Tempat pembuangan akhir tinja dikategorikan saniter adalah bila menggunakan jenis tangki/sarana pembuangan air limbah (SPAL).

Tabel 3.9.2.7
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pembuangan Akhir
Tinja Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi,
Riskedas 2007

Kabupaten/ Kota	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/s pal	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Kerinci	34,8	0,7	49,9	10,6	0,1	3,9
Merangin	24,5	1,0	33,7	39,4	0,2	1,2
Sarolangun	18,1	4,2	35,3	41,4	0,5	0,5
Batang Hari	31,3	0,7	31,1	36,4	0,2	0,2
Muaro Jambi	48,1	1,0	25,9	24,2	0,2	0,7
Tanjab Timur	12,0	4,2	44,1	34,3	4,7	0,7
Tanjab Barat	19,9	0,6	33,1	32,9	12,7	0,8
Tebo	27,2	0,8	29,1	41,8	0,0	1,1
Bungo	34,2	0,2	40,7	22,1	0,0	2,7
Jambi	87,6	0,0	3,2	9,0	0,1	0,1
Provinsi Jambi	38,1	1,1	31,0	26,9	1,6	1,2

Di Provinsi Jambi, persentase rumah tangga dengan tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki/SPAL (saniter) sebesar 38,1%, sisanya dibuang ke sungai/laut, lobang tanah, kolam/sawah, dan pantai/tanah.

Persentase penggunaan sarana pembuangan akhir tinja saniter tertinggi ditemukan di kota Jambi (87,6%) dan Muaro Jambi (48,1%). Kabupaten/kota yang persentase pembuangan akhir tinja saniternya di bawah rerata Provinsi adalah Tanjung Jabung Timur, Sarolangun, Tanjung Jabung Barat dan Merangin.

Persentase rumah tangga dengan penggunaan tempat pembuangan akhir tinjanya jenis tangki/SPAL (saniter) bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.2.8
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Tempat Pembuangan Akhir
Tinja Menurut Karakteristik Rumahtangga di Provinsi Jambi,
Riskedas 2007

Karakteristik	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/spal	Kolam/sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Tipe Daerah						
Perkotaan	71,7	0,7	11,2	14,5	1,0	1,0
Perdesaan	25,6	1,3	38,4	31,5	1,9	1,4
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	19,3	1,4	46,4	28,8	2,7	1,5
Kuintil 2	28,0	1,2	37,4	30,1	2,6	0,7
Kuintil 3	38,1	1,4	31,7	25,6	1,8	1,5
Kuintil 4	47,3	0,6	24,8	25,6	0,5	1,1
Kuintil 5	58,0	1,1	14,5	24,3	0,5	1,5

Persentase rumah tangga yang menggunakan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja lebih tinggi di perkotaan (71,7%) dibandingkan dengan di perdesaan (25,6%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi Persentase yang menggunakan tangki/SPAL.

3.9.3 Sarana pembuangan air limbah

Data penggunaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) rumah tangga didapatkan dengan cara wawancara dan pengamatan.

Tabel 3.9.3.1
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis
Saluran Pembuangan Air Limbah
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
Kerinci	43,2	27,8	29,0
Merangin	48,7	19,1	32,1
Sarolangun	57,8	15,9	26,2
Batang Hari	50,5	9,3	40,2
Muaro Jambi	68,6	20,6	10,8
Tanjab Timur	19,1	3,7	77,2
Tanjab Barat	19,5	5,1	75,3
Tebo	70,7	8,6	20,7
Bungo	57,7	18,8	23,4
Jambi	57,8	36,1	6,2
Provinsi Jambi	50,4	18,7	31,0

Di Provinsi Jambi terdapat 69,1% rumah tangga yang menggunakan SPAL di rumahnya, baik SPAL jenis tertutup maupun terbuka, sedangkan yang tidak menggunakan SPAL sebanyak 31%. Terdapat 4 kabupaten yang prevalensi rumah tangga tidak memiliki SPAL lebih rendah dari rerata Provinsi, terendah adalah Tanjung Jabung Timur (22,8%), disusul oleh Tanjung Jabung Barat (24,6%), Batang Hari (59,8%) dan Merangin (67,8%).

Persentase rumah tangga yang tidak menggunakan SPAL bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.3.2
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis
Saluran Pembuangan Air Limbah
Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jambi,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
Tipe Daerah			
Perkotaan	47,9	30,4	21,7
Perdesaan	51,2	14,3	34,5
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	44,4	10,9	44,8
Kuintil 2	49,0	15,3	35,7
Kuintil 3	50,3	16,8	32,9
Kuintil 4	53,8	21,6	24,6
Kuintil 5	54,2	29,0	16,8

Di daerah perdesaan, persentase rumah tangga yang tidak menggunakan SPAL hampir dua kali lipat (34,4%) dibandingkan dengan di perkotaan (21,7%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin rendah Persentase rumah tangga yang tidak memiliki SPAL.

3.9.4 Pembuangan sampah

Data pembuangan sampah meliputi ketersediaan tempat penampungan/ pembuangan sampah di dalam dan di luar rumah.

Tabel 3.9.4.1
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Penampungan Sampah
di Dalam dan di Luar Rumah Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Jambi, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Kerinci	10,3	41,7	48,0	7,6	28,6	63,8
Merangin	9,5	5,7	84,8	4,3	32,2	63,6
Sarolangun	1,6	13,3	85,1	0,9	27,9	71,2
Batang Hari	5,4	8,3	86,4	2,0	40,0	58,0
Muaro Jambi	1,5	6,6	91,9	5,3	67,2	27,5
Tanjab Timur	0,5	3,4	96,1	0,2	27,2	72,5
Tanjab Barat	1,7	9,0	89,3	1,0	38,8	60,3
Tebo	6,7	1,0	92,3	20,9	10,4	68,7
Bungo	3,3	9,6	87,1	5,8	29,4	64,7
Jambi	8,7	45,0	46,3	9,3	56,7	34,0
Provinsi Jambi	5,5	17,4	77,1	6,2	37,8	56,0

Tabel di atas menunjukkan di Provinsi Jambi terdapat 22,9% rumah tangga yang memiliki tempat sampah di dalam rumah dan 44,0% rumah tangga memiliki tempat sampah di luar rumah.

Persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.4.2
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Penampungan Sampah
di Dalam dan di Luar Rumah Menurut Karakteristik Rumah Tangga di
Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penampungan sampah dalam			Penampungan sampah di		
	Tertutup	Terbuka	Tidak	Tertutup	Terbuka	Tidak
Tipe Daerah						
Perkotaan	9,3	32,1	58,6	10,7	44,8	44,5
Perdesaan	4,1	11,9	84,0	4,4	35,2	60,3
Tingkat pengeluaran						
Kuintil 1	1,0	1,4	13,8	2,0	31,2	66,8
Kuintil 2	2,0	3,6	16,9	5,1	35,3	59,6
Kuintil 3	3,0	5,4	16,8	5,6	39,0	55,5
Kuintil 4	4,0	7,1	17,5	7,7	38,3	54,0
Kuintil 5	5,0	10,2	22,1	10,6	45,4	44,0

Tabel di atas menunjukkan di perkotaan persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah lebih tinggi (41,4% dalam rumah dan 55,5% di luar rumah) dibandingkan dengan di perdesaan (16% dalam rumah dan 39,6% di luar rumah). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin banyak yang memiliki tempat sampah, baik di dalam maupun di luar rumah.

3.9.5 Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dan menjadi bagian dari persyaratan rumah sehat adalah jenis lantai rumah, kepadatan hunian, dan keberadaan hewan ternak dalam rumah. Data jenis lantai, luas lantai rumah dan jumlah anggota rumah tangga diambil dari Kor Susenas 2007, sedangkan data pemeliharaan ternak diambil dari Riskesdas 2007. Kepadatan hunian diperoleh dengan cara membagi jumlah anggota rumah tangga dengan luas lantai rumah dalam meter persegi. Hasil perhitungan dikategorikan sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, yaitu memenuhi syarat bila $\geq 8\text{m}^2/\text{kapita}$ (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila $< 8\text{m}^2/\text{kapita}$ (padat).

Tabel 3.9.5.1
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	$\geq 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$	$< 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$
Kerinci	98,4	1,6	84,2	15,8
Merangin	94,2	5,8	86,1	13,9
Sarolangun	92,4	7,6	84,2	15,8
Batang Hari	91,3	8,7	83,4	16,6
Muaro Jambi	94,4	5,6	86,7	13,3
Tanjab Timur	93,4	6,6	88,6	11,4
Tanjab Barat	93,7	6,3	84,6	15,4
Tebo	93,7	6,3	90,6	9,4
Bungo	94,5	5,5	82,3	17,7
Jambi	98,5	1,5	88,7	11,3
Provinsi Jambi	94,9	5,1	86,1	13,9

Tabel di atas menunjukkan di Provinsi Jambi masih terdapat 5,1% rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan 13,9% dengan tingkat hunian padat. Dilihat dari kabupaten/kota, terdapat 8 kabupaten dengan persentase lantai rumah tanah lebih dari rerata Provinsi, tertinggi Batang Hari (8,7%), disusul oleh Sarolangun (7,6%) dan Tanjung Jabung Timur (6,6%). Sedangkan kabupaten/kota dengan persentase hunian padat lebih tinggi dari rerata Provinsi antara lain Bungo (17,7%), Batang Hari (16,6%), Kerinci (15,8%), Sarolangun (15,8%) dan Tanjung Jabung Barat (15,4%).

Persentase rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan tingkat hunian padat bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.5.2
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Jenis Lantai Rumah dan
Kepadatan Hunian Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi
Jambi, Riskedas 2007

Karakteristik	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	≥ 8 m ² /kapita	< 8 m ² /kapita
Tipe Daerah				
Perkotaan	97,8	2,2	88,1	11,9
Perdesaan	93,9	6,1	85,3	14,7
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	92,2	7,8	70,5	29,5
Kuintil 2	94,8	5,2	83,1	16,9
Kuintil 3	95,1	4,9	88,8	11,2
Kuintil 4	96,0	4,0	92,9	7,1
Kuintil 5	96,7	3,3	95,2	4,8

Tabel di atas memperlihatkan Persentase rumah tangga dengan lantai tanah di perdesaan lebih tinggi (6,1%) dibandingkan dengan di perkotaan (2,2%), sedangkan Persentase rumah tangga dengan kepadatan hunian tinggi di perdesaan lebih tinggi (14,7%) dibandingkan dengan di perkotaan (11,9%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin menurun Persentase rumah tangga yang lantai rumahnya tanah dan tingkat hunian padatnya.

Dalam hal pemeliharaan ternak, data dikumpulkan dengan menanyakan kepada seluruh kepala rumah tangga apakah memelihara binatang jenis unggas, ternak sedang (kambing, domba, babi, dll), ternak besar (sapi, kuda, kerbau, dll) atau binatang peliharaan seperti anjing, kucing dan kelinci. Bila di rumah tangga memelihara ternak, kemudian ditanyakan dan diamati apakah dipelihara di dalam rumah.

Pada Tabel 3.9.5.2 tampak di Provinsi Jambi terdapat 35,9% rumah tangga yang memelihara unggas, 6,0% memelihara ternak sedang, 6,0% memelihara ternak besar dan 19,7% memelihara binatang jenis anjing, kucing atau kelinci. Kabupaten/kota dengan Persentase rumah tangga yang memelihara ternak tinggi antara lain di kabupaten Sarolangun, Tanjung Jabung Timur dan Batang Hari.

Persentase rumah tangga yang memelihara ternak bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita (Tabel 3.9.5.3). Persentase rumah tangga yang memelihara ternak di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin sedikit memelihara ternak, baik jenis unggas, ternak sedang, ternak besar, maupun binatang kucing, anjing atau kelinci.

Tabel 3.9.5.3
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi, Riskeddas 2007

Kabupaten/ Kota	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/domba/babi dll)			Ternak Besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara
Kerinci	7,6	22,5	70,0	0,5	2,1	97,3	0,1	15,2	84,6	12,6	14,3	73,1
Merangin	2,0	26,2	71,7	0,2	8,7	91,2	0,2	5,7	94,2	9,9	1,4	88,6
Sarolangun	5,6	46,8	47,5	0,5	9,8	89,7	0,5	3,9	95,7	33,0	4,6	62,5
Batang Hari	1,0	50,4	48,7	0,0	7,1	92,9	0,0	3,6	96,4	21,5	9,2	69,4
Muaro Jambi	0,3	29,1	70,6	0,0	3,7	96,3	0,0	1,1	98,9	13,0	2,6	84,4
Tanjab Timur	7,6	46,1	46,3	0,2	6,2	93,6	0,2	7,3	92,5	21,7	5,0	73,2
Tanjab Barat	1,4	41,3	57,3	0,0	6,1	93,9	0,0	1,9	98,1	27,4	2,1	70,5
Tebo	1,9	50,6	47,5	0,4	9,6	90,0	0,8	14,1	85,1	8,3	2,0	89,8
Bungo	2,3	27,8	69,9	0,0	10,3	89,7	0,6	6,8	92,6	7,8	2,7	89,5
Jambi	1,9	14,6	83,5	0,0	0,3	99,7	0,0	0,0	100,0	8,4	1,7	89,9
Provinsi Jambi	3,1	32,8	64,1	0,2	5,8	94,1	0,2	5,8	94,0	15,1	4,6	80,3

Tabel 3.9.5.4
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan
Menurut Karakteristik rumah Tangga di Provinsi Jambi, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/domba/babi dll)			Ternak Besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara
Tipe Daerah												
Perkotaan	2,9	19,1	78,0	0,0	1,8	98,2	0,0	1,0	99,0	10,8	2,2	86,9
Perdesaan	3,2	37,8	59,0	0,2	7,2	92,6	0,3	7,6	92,1	16,7	5,5	77,8
Tingkat pengeluaran perkapita												
Kuintil 1	3,5	36,9	59,6	0,4	7,0	92,6	0,3	5,9	93,8	17,0	4,6	78,3
Kuintil 2	2,9	37,3	59,8	0,2	7,0	92,9	0,1	7,7	92,3	15,1	5,1	79,8
Kuintil 3	4,1	30,9	65,0	0,0	5,0	95,0	0,3	5,8	93,8	16,7	4,3	79,1
Kuintil 4	2,5	32,2	65,3	0,1	5,0	94,9	0,3	5,0	94,8	15,1	4,2	80,7
Kuintil 5	2,5	26,5	71,0	0,2	4,8	95,0	0,2	4,8	95,0	11,8	4,7	83,5

BAB 4. PENUTUP

Puji syukur kami ucapkan kepada Tuhan YME yang telah melimpahkan nikmat, hidayah, kekuatan dan kesehatan sehingga Laporan Riskesdas Provinsi Jambi ini dapat diselesaikan dan disajikan.

Pertama-tama kami mengucapkan terima kasih kepada Gubernur Provinsi Jambi beserta seluruh jajarannya yang telah membantu dalam koordinasi dalam pelaksanaan Riskesdas di Provinsi Jambi.

Kami juga mengucapkan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jambi beserta seluruh jajarannya yang telah membantu dalam koordinasi dan perencanaan lapangan serta pelaksanaan pengumpulan data di lapangan.

Kami juga mengucapkan terima kasih kepada Direktur beserta staf Poltekkes di Jambi yang telah ikut serta sebagai penanggung jawab teknis kabupaten/kota dan pengumpulan dan pengiriman data di lapangan.

Kami juga mengucapkan terima kasih kepada Kepala Labkesda Provinsi Jambi beserta, yang telah ikut serta sebagai pelaksana pelatihan, pengumpulan dan pengiriman specimen biomedis.

Kami juga mengucapkan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jambi beserta seluruh jajarannya, yang telah membantu dalam koordinasi dan perencanaan lapangan serta pelaksanaan pengumpulan data di lapangan.

Ucapan terima kasih yang mendalam kami sampaikan kepada seluruh tenaga lapangan (surveyor) di 9 kabupaten dan 1 kota di Provinsi Jambi yang telah dengan sabar dan tekun melaksanakan tugas wawancara dan pengukuran dalam rangka pengumpulan data Riskesdas.

Kami tidak dapat menyebutkan satu per satu tetapi kepada semua yang telah membantu hingga terwujudnya laporan ini kami mengucapkan banyak terima kasih.

Tuhan YME pasti akan membalas budi baik kita semua. Akhirnya, kami berharap laporan ini dapat bermanfaat untuk semua pihak terutama yang bekerja di bidang kesehatan.

Daftar Pustaka

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. <http://www.klinikpria.com/datatopik/hipertensi.htm>. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=738/24/2002.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
13. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
14. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001

15. Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, *The WHO Stepwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*, Geneva: World Health Organization
16. Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. *Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*. Geneva: World Health Organization, 2002.
17. Brotoprawiro, S dkk. Prevalensi Hipertensi pada Karyawan Salah Satu BUMN yang menjalani pemeriksaan kesehatan, 1999. Kelompok Kerja Serebro Vaskular FK UNPAD/RSHS “ . Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI, 2002.
18. CDC Growth Charts for the United State : Methods and Development. Vital and Health Statistics. Department of Health and Human Services. Series 11, Number 246, May 2002
19. CDC. State – Specific Trend in Self Report 3d Blood Pressure Screening and High Blood Pressure – United States, 1991 – 1999. 2002. *MMWR*, 51 (21) : 456.
20. CDC. State-Specific Mortality from Stroke and Distribution of Place of Death United States, 2002. *MMWR*, 51 (20), : 429 .
21. Darmojo, B. Mengamati Penelitian Epidemiologi Hipertensi di Indonesia. Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI , 2000.
22. Departemen Kesehatan R.I, 1999, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta: Depkes RI
23. Departemen Kesehatan R.I, 2003, *Pemantauan Pertumbuhan Balita*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes RI
24. Departemen Kesehatan R.I. 2003. Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta: Departemen Kesehatan.
25. Departemen Kesehatan R.I. *Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu*. Tahun 2002
26. Departemen Kesehatan R.I. Pusat Promosi Kesehatan. *Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat*. Tahun 2002
27. Departemen Kesehatan RI. SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 1997
28. Departemen Kesehatan, Direktorat Epim-Kesma. Program Imunisasi di Indonesia, Bagian I, Jakarta, Depkes, 2003.
29. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta. 2001.
30. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta 2004.
31. Djaja, S. et al. Statistik Penyakit Penyebab Kematian, SKRT 1995

32. George Albery. Non Communicable Disease. Tomorrow's pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
33. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
34. Hashimoto K, Ikewaki K, Yagi H, Nagasawa H, Imamoto S, Shibata T, Mochizuki S. Glucose Intolerance is Common in Japanese Patients With Acute Coronary Syndrome Who Were Not Previously Diagnosed With Diabetes. *Diabetes Care* 28: 1182 -1186, 2005.
35. International Classification Of Functioning, Disability And Health (ICF). World Health Organization, Geneva, 2001
36. Jadoon, Mohammad Z,, Dineen B,, Bourne R,R,A,, Shah S,P,, Khan, Mohammad A,, Johnson G,J,, et al, Prevalence of Blindness and Visual Impairment in Pakistan: The Pakistan National Blindness and Visual Impairment Survey, *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 2006;47:4749-55,
37. Janet. AS. Diet Obesitas dan hipertensi. <http://www.surya.co.id /31072002 /10a.phtml>. 2002
38. Kaplan NM. Clinical Hipertension, 8th Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7th Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
40. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
41. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.
42. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
43. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita Selekta Kedokteran 1999 :518 – 521.
44. Muchtar & Fenida. Faktor-faktor yang berhubungan Dengan Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Hipertensi Ringan dan Sedang yang berobat di poli Ginjal Hipertensi, 1998.
45. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge
46. Parvez Hossain, M.D., Bisher Kavar, M.D., and Meguid El Nahas, M.D., Ph.D. *The New England Journal of Medicine*. Vol 356: 213 – 215, Jan 18, 2007
47. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
48. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
49. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004

50. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
51. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
52. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
53. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
54. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
55. Resolution WHA57.17.Global Strategy on diet,physical activity, and health. In:Fifty-seventh World Health Assembly. 17-12 May 2004.Geneva, World Health Organization, 2004
56. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007
57. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999
58. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
59. Sandjaja, Titi Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan.Jakarta, 7-8 Desember 2005.
60. Sandjaja, Titi Setyowati, Sudikno. Cakupan vitamin A untuk bayi dan balita di Indonesia. Prosiding temu Ilmiah dan Kongres XIII Persagi, Denpasar, 20-22 November 2005.
61. Sarimawar Djaja dan S. Soemantri. Perjalanan Transisi Epidemiologi di Indonesia dan Implikasi Penanganannya, Studi Mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001. *Bulletin of Health Studies, Volume 31, Nomor 3 – 2003, ISSN: 0125 – 9695 .ISN = 724*
62. Sarimawar Djaja, Joko Irianto, Lisa Mulyono. Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, SKRT 2001. *The Journal of the Indonesian Medical Association, Volume 53, No 8, ISSN 0377-1121*
63. Saw S-M,, Husain R,, Gazzard G,M,, Koh D,, Widjaja D,, Tan D,T,H, Causes of low vision and blindness in rural Indonesia, *British Journal of Ophthalmology* 2003;87:1075-8,
64. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
65. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.

66. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
67. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
68. Sonny P.W., Agustina Lubis. *Gambaran Rumah Sehat di Berbagai Provinsi Indonesia Berdasarkan Data SUSENAS 2001*. Analisis lanjut Data Susenas – Surkesnas 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes R.I.
69. Sri Hartini KS Kariadi. Laju Konversi Toleransi Glukosa Terganggu menjadi Diabetes di Singaparna, Jawa Barat. Disampaikan pada Konggres Nasional ke 5. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Bandung 9 – 13 April 2000 (SX111-1)
70. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med*. 1993 : 119.
71. Suradi & Sya'bani, M, et al. Hipertensi Borderline “White Coat” dan sustained “ : Suatu Studi Komperatif terhadap Normotensi para karyawan usia 18 – 42 tahun di RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. *Berkala Ilmu Kedokteran* Vol. 29 (4), 1997.
72. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
73. The Australian Institute of Health and Welfare 2003. *Indicators of Health Risk Factors: The AIHW view*. AIHW Cat. No. PHE 47. Canberra: AIHW. P.2,3,8.
74. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
75. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,
76. U. Laasar. The Risk of Hypertension : Genesis and Detection. *Dalam: Julian Rosenthal, Arterial Hypertension, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapy*, Springer-Verlag, New York Heidelberg Berlin, 1984 : 44.
77. Univ. Cape town, Department of Haematology. *Haematology: An Aproach to Diagnosis and Management*. Cape town, 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 2001, *Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001*, Jakarta: Badan Litbangkes.
78. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report*.
79. WHO. Assessing the iron status of populations: Report of a joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment of iron status at the population level , Geneva, Switzerland, April 2004
80. WHO. Auser’s guide to the self reporting questionnaire. Geneva.1994.
81. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
82. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension *Journal of Hypertension*, 1999

83. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension *Journal of Hypertension*, 2003
84. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
85. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
86. World Health Organization: International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Based on The Recommendation of The Ninth Revision Conference 1975 and Adopted by The Twenty Ninth WHA, 1997, volume 1.

LAMPIRAN