

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

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
DEPARTEMEN KESEHATAN RI
TAHUN 2009**

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



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

RINGKASAN EKSEKUTIF

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 adalah survei tingkat nasional yang dilakukan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI dengan melibatkan BPS, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat, untuk menyediakan informasi kesehatan yang berbasis bukti (*evidence-based*) untuk menunjang perencanaan bidang kesehatan kabupaten/ kota. Riskesdas mencakup sampel yang jauh lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya seperti SKRT atau SDKI dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas. Riskesdas 2007 dilaksanakan untuk menjawab pertanyaan tentang status kesehatan masyarakat di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota, faktor-faktor yang melatarbelakanginya dan masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di setiap wilayah. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007 di Provinsi Jawa Barat merupakan bagian integral yang tak terpisahkan dengan Riskesdas nasional. Dengan demikian lokasi RISKESDAS 2007 di Provinsi Jawa Barat mencakup 16 kabupaten dan 9 kota yaitu Kabupaten : Bogor, Sukabumi, Cianjur, Bandung, Garut, Tasikmalaya, Ciamis, Kuningan, Cirebon, Majalengka, Sumedang, Indramayu, Subang, Purwakarta, Karawang, Bekasi dan Kota : Bogor, Sukabumi, Bandung, Cirebon, Bekasi, Depok, Cimahi, Tasikmalaya dan Banjar.

Metoda. Penarikan sampel untuk Riskesdas 2007 identik dengan *two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007. Riskesdas 2007 mencakup sampel di 33 propinsi, 440 dari sebanyak 456 kabupaten/kota, 17.165 dari 17.357 blok sensus 258.466 dari 277.630 rumahtangga. Selanjutnya, seluruh anggota rumahtangga dari setiap rumahtangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut di atas diambil sebagai sampel individu. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 25 kabupaten/kota Susenas 2007 adalah 20.512 dimana Riskesdas berhasil mengumpulkan 19.469 rumah tangga. Jumlah sampel anggota rumah tangga dari 25 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat pada Susenas 2007 adalah 78.521 sampel anggota rumah tangga dan riskesdas berhasil mengumpulkan 68.429 individu yang sama dengan Susenas. Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumahtangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan.

Ada 2 cara penarikan sampel yodium, yaitu pengukuran kadar yodium dalam garam yang dikonsumsi rumahtangga, dan kedua adalah pengukuran yodium dalam urin. Untuk pengukuran kadar yodium dalam garam, dilakukan test cepat yodium pada 257.247 sampel rumahtangga dari 440 kabupaten/kota. Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 rumahtangga yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 rumahtangga per blok sensus di 30 kabupaten yang dapat mewakili secara nasional. Dari rumahtangga yang terpilih, sampel garam rumahtangga diambil, dan juga sampel urin dari anak usia 6-12 tahun yang selanjutnya dikirim ke laboratorium Universitas Diponegoro, Balai GAKY-Magelang, dan Puslitbang Gizi dan Makanan, Bogor. Dengan cara itu didapatkan sampel 8473 anak usia 6-12 tahun yang dilakukan pengukuran kadar yodium dalam urin.

Di Provinsi Jawa Barat, seluruh tenaga lapang data kesehatan masyarakat, berasal dari tenaga setempat yakni dari Dinas Kesehatan dan Poltekkes, yang disupervisi oleh 15 orang tenaga peneliti dari Badan Litbang Kesehatan (Puslitbang Gizi dan Makanan, Balai GAKY_Magelang, Loka Ciamis) dan 10 orang dosen dari Poltekkes. Tenaga pengambil specimen darah (plebotomi) berasal dari Laboratorium Kesehatan Daerah.

Pada buku laporan ini dijelaskan pelbagai temuan Riskesdas 2007 Provinsi Jawa Barat dan variasi antar kabupaten/kota.

Gizi. Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk dan gizi kurang mengindikasikan

ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Prevalensi gizi buruk dan kurang pada anak balita sebesar 15%, dimana pencapaian tersebut lebih baik dari target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18%). Hanya 1 kabupaten yaitu Kabupaten Cirebon yang belum mencapai target nasional dan 4 kabupaten/kota belum mencapai target MDG 2015 yaitu Kabupaten Cirebon, Kabupaten Majalengka, Kabupaten Indramayu dan Kota Cirebon. Prevalensi balita gizi lebih sebesar 3,5%, hampir sama dengan prevalensi gizi buruk (3,7%). Tiga kabupaten/kota perlu diwaspadai karena mempunyai prevalensi gizi lebih mendekati 10%, yaitu Kabupaten Karawang, Kota Bekasi, dan Kota Depok. Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya **kronis**, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama. Masalah pendek pada balita di Jawa Barat ditemukan pada 1 dari 3 anak (35,4%). Bahkan masalah pendek ditemukan pada hampir separuh balita di 5 kabupaten (Cianjur, Bandung, Garut, Majalengka dan Subang) dan 1 kota (Tasikmalaya). Peningkatan masalah pendek terlihat setelah mencapai umur 11 bulan, lebih tinggi di pedesaan dibandingkan perkotaan. Tingginya prevalensi balita pendek menunjukkan bahwa masalah ini serius dan perlu mendapat perhatian khusus untuk mengatasinya. Indikator BB/TB menggambarkan status gizi yang sifatnya **akut** sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang pendek. Masalah kekurusannya pada balita di Jawa Barat yaitu 9%. Meskipun berada di bawah batas kondisi yang dianggap serius (10%), masih ada 7 kabupaten/kota yang berada pada keadaan serius yaitu : Kabupaten Garut, Kabupaten Cirebon, Kabupaten Subang, Kabupaten Karawang, Kota Bandung, Kota Cirebon dan Kota Depok. Dua Kabupaten yaitu Kabupaten Garut dan Kabupaten Subang bahkan memiliki keduanya, masalah gizi akut dan kronis. Pada kelompok usia 6-14 tahun, masalah berat badan lebih, perlu mendapat perhatian khususnya di perkotaan dimana prevalensinya >10% yaitu di Kota Bogor (15,3%), Depok (14,5%), Bekasi (11,9%) dan Bandung (11,4%) untuk anak laki-laki sedangkan untuk anak perempuan di Kota Depok (13,1%). Demikian pula pada dewasa, satu dari lima orang dewasa menghadapi masalah kegemukan (22%) lebih tinggi daripada angka nasional (19,1%). Kota Depok merupakan kota dengan prevalensi kegemukan tertinggi untuk orang dewasa yaitu 29,5%. Rata-rata konsumsi energi dan protein tingkat Provinsi Jawa Barat adalah 1636,7 kkal dan 53,8 gram protein, lebih rendah dari rata-rata konsumsi nasional (1735,1 kkal dan 55,5 gram protein). Selain itu baru 58,6% rumah tangga di Jawa Barat (angka nasional 62,3%) mempunyai garam cukup iodium, pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO Universal Salt Iodization (USI) atau "garam beriodium untuk semua" yaitu minimal 90% rumah-tangga menggunakan garam cukup iodium.

Kesehatan ibu dan anak. Secara umum cakupan imunisasi BCG dan Campak pada anak umur 12-23 sudah mencapai >80%, akan tetapi untuk DPT, POLIO dan HB belum mencapai target nasional. Cakupan imunisasi anak di perkotaan lebih tinggi dari pada di pedesaan. Lebih dari separuh balita ditimbang ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir, pada umumnya ditimbang di Posyandu. Terlihat kecenderungan makin bertambah umur anak makin rendah cakupan penimbangan rutin (≥ 4 kali). Hampir sepertiga anak balita di Jawa Barat (32,5,0%) memiliki KMS, lebih tinggi dari rata-rata nasional (23,3%). Meskipun demikian kepemilikan buku KIA hanya 5,5%, lebih rendah dibandingkan rata-rata nasional (13,0%). Cakupan pemberian kapsul vitamin A dalam 6 bulan terakhir mencapai 79,8%, cakupan tertinggi di Kabupaten Sumedang (85,5%) dan terendah di Kabupaten Bekasi (67,5%). Hanya sebagian bayi yang mempunyai catatan berat badan lahir. Persentase persepsi ibu yang menyatakan berat bayi waktu lahir kecil (11,1%). Cakupan pemeriksaan kehamilan ibu di Jawa Barat mencapai 94,1%, bahkan 6 kabupaten/kota mencapai angka cakupan 100% yaitu Kabupaten Kuningan, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Subang, Kota Cirebon, Kota Cimahi dan Kota Banjar. Pemeriksaan yang paling sering dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan tekanan darah (97,6%) dan penimbangan berat badan (96,5%), sedangkan jenis pemeriksaan kehamilan yang jarang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan hemoglobin

(35,2%) dan pemeriksaan urine (42,6%). Pemeriksaan neonatus 0-7 hari (58,7%) dan neonatus 8-28 hari (39,8%) lebih tinggi daripada rata-rata nasional (57,6% dan 33,5%). Pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari terendah di Kabupaten Garut (25,0%) dan untuk neonatus umur 8-28 hari terendah di Kabupaten Cianjur (22,2%).

Penyakit menular. Prevalensi tertinggi Filariasis di Kabupaten Tasikmalaya, menyusul Kabupaten Karawang dan Kabupaten Cirebon meskipun di bawah angka nasional Walaupun rentang prevalensi di Provinsi Jawa Barat hanya 0 – 0.20, tetapi kejadian filariasis tetap harus menjadi perhatian karena merupakan penyakit tular vektor dan bersifat kronis. Prevalensi DBD (0,4%) juga di bawah angka nasional, tertinggi di Kabupaten Cirebon, selanjutnya di Kota Cimahi dan Kota Banjar. Secara umum rerata prevalensi Pneumonia dan Campak sedikit diatas rerata nasional sedangkan prevalensi ISPA dan TB di bawah rata-rata nasional. Prevalensi ISPA tertinggi di Kabupaten Karawang, selanjutnya Kabupaten Cirebon dan Kabupaten Tasikmalaya. Pneumonia tertinggi di Kabupaten Cirebon, menyusul Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Cianjur, Meskipun sudah jauh di bawah prevalensi nasional, tiga tertinggi prevalensi TB di Jawa Barat adalah Kabupaten Purwakarta, Kabupaten Cirebon dan Kabupaten Garut. Sedangkan untuk Campak adalah di Kabupaten Cirebon, Purwakarta dan Majalengka. Kabupaten Cirebon memerlukan penanganan serius 3 prevalensi tertinggi untuk penyakit Filariasis, DBD, ISPA, Pneumonia, TB dan Campak terjadi di kabupaten ini. Prevalensi Tifoid (2,1%) dan Diare (10%) diatas rata-rata nasional. Prevalensi tertinggi untuk Tifoid adalah di Kabupaten Karawang, menyusul Kota Bogor dan Kabupaten Banjar. Prevalensi Hepatitis tertinggi di Kota Bogor selanjutnya di Kota Banjar dan Kabupaten Ciamis, Sedangkan untuk diare prevalensi tertinggi kembali terjadi di Kabupaten Cirebon,, Kabupaten Garut dan Kabupaten Karawang. Kota Bogor tampaknya juga perlu mendapat perhatian khusus karena kejadian Tifoid dan Hepatitis banyak ditemukan.

Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan

Prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 17,7%, tidak jauh berbeda dengan angka Nasional yaitu 14,0% dengan prevalensi tertinggi di Kabupaten Garut, menyusul Kabupaten Subang dan Kabupaten Cianjur. Prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran cukup tinggi (29,3%), 3 kabupaten/kota dengan prevalensi di atas 40% yaitu Kabupaten dan Kota Tasikmalaya dan Kabupaten Kuningan. Prevalensi stroke adalah 9,4‰, di provinsi ini terdapat 5 kabupaten/kota dengan prevalensi stroke berdasarkan diagnosis $\geq 1,0\%$ yaitu Kabupaten Bandung, Kabupaten Ciamis, Kabupaten Majalengka, Kota Cirebon dan Kota Banjar. Prevalensi jantung adalah 1,0%, Kota Sukabumi dan Kota Cimahi dengan prevalensi $\geq 2,0\%$. Prevalensi diabetes di Jawa Barat adalah 0,8%, dan delapan dari sembilan kota di Jawa Barat mempunyai prevalensi $\geq 1,0\%$. Sementara prevalensi gangguan jiwa berat di provinsi Jawa Barat adalah 2,2‰, buta warna 5,6‰, glaukoma 3,6‰, bibir sumbing 1,0‰, thalasemia 0,8‰, dermatitis 92,7 ‰, rhinitis 36,2‰, dan prevalensi hemofili adalah 0,7‰. Selanjutnya seperempat penduduk Jawa Barat mengalami masalah gigi mulut (gimul) dan sepertiganya menerima perawatan dari tenaga medis. Meskipun persentase menggosok gigi penduduk di Jawa Barat sudah cukup tinggi (95,8%), akan tetapi baru 8,2% berperilaku benar dalam menyikat gigi yaitu dilakukan sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Perilaku. Penduduk Jawa Barat berusia diatas 10 tahun yang mempunyai kebiasaan merokok, sebagian besar merokok setiap hari pertama kali pada usia 15 – 19 tahun. Namun yang perlu menjadi perhatian adanya anak usia dini (5-9 tahun dan 10-14 tahun) yang sudah mulai merokok. Ironisnya pada responden dengan usia dini (remaja dini) telah mulai merokok pertama kali setiap hari pada usia 10 hingga 14 tahun artinya sebagian besar perokok remaja dini tersebut mengenal rokok dan langsung merokok setiap hari, kondisi ini sangat memprihatinkan sehingga sangat diperlukan adanya penyuluhan bahaya merokok sedini mungkin sejak mereka dibangku SD. Persentase perokok di Jawa Barat (26,7%) lebih tinggi dibandingkan dengan persentase perokok

secara nasional (23,7%). Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Ciamis merupakan kabupaten/kota dengan persentase perokok tertinggi di Jawa Barat. Sepertiga (32,6%) penduduk umur ≥ 10 tahun termasuk perokok saat ini, dan menghisap rerata 9 batang per hari. Prevalensi perokok tertinggi adalah di Kabupaten Cianjur (39,2%). Umumnya (81,5%) perokok biasa merokok di dalam rumah. Perilaku yang cukup menarik dalam riskesdas 2007 di Jawa Barat, bahwa hampir semua (96,4%) penduduk 10 tahun keatas kurang makan buah dan sayur dan terdapat merata di semua daerah. Sebesar 52,4% penduduk ≥ 10 tahun di Jawa Barat tidak aktif melakukan kegiatan fisik, Kota Cirebon dengan prevalensi kurang aktifitas fisik tertinggi yaitu 68,8% dan Kabupaten Tasikmalaya dengan kurang aktifitas fisik terendah (32,5%). Sebanyak 71,6% penduduk umur ≥ 10 tahun di Jawa Barat pernah mendengar tentang flu burung, yang berpengetahuan benar tentang flu burung 77,6% bersikap benar tentang flu burung Persentase 84,9%. Persentase penduduk ≥ 10 tahun di Jawa Barat yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS sebesar 45,1%, berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS sebesar 6,2%, dan berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS sebesar 61,2%. Dalam Riskesdas 2007 ini juga dikumpulkan informasi tentang konsumsi makanan beresiko pada penduduk usia ≥ 10 tahun. Sering mengonsumsi makanan manis dilakukan oleh 6 dari 10 penduduk (58,8%) usia >10 tahun, tertinggi ditemukan di Kabupaten Kuningan (81,8%). Sedangkan sering mengonsumsi makanan asin secara keseluruhan di Provinsi Jawa Barat ditemukan pada separuh penduduk (54,9%), jauh lebih tinggi dibandingkan nasional 24,5%), tertinggi di Kabupaten Kuningan (94,1%). Secara umum terdapat 2 dari 10 (23,6%) penduduk di Jawa Barat sering mengonsumsi makanan berlemak, tertinggi di Kabupaten Subang (91,8%). Minuman berkafein sering dikonsumsi oleh 3 dari 10 (29,5%) penduduk Jawa Barat, tertinggi di Karawang (44,5%).

Di Provinsi Jawa Barat pencapaian keluarga berperilaku hidup bersih dan sehat masih rendah (38,4%) yang seharusnya bisa mencapai 65% (target 2010). Namun bila dilihat pencapaian per-kabupaten nampak di Kabupaten Sumedang sudah dapat mencapai target nasional tersebut. Sebagian besar penduduk Jawa Barat berperilaku benar dalam hal Buang Air Besar (BAB) yaitu sebesar 79,3% dan yang berperilaku benar cuci tangan dengan sabun sebesar 27,2%.

Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Secara umum hampir separuh wilayah Jawa Barat mempunyai kemudahan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Terdapat 13 wilayah yang mempunyai lebih 50% pada klasifikasi jarak Yankes < 1 km, dan 14 kab/kota mempunyai lebih 70% katagori jarak yankes kurang dari 15 menit. Umumnya jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan di perkotaan lebih dekat dan lebih pendek waktu tempuhnya dibandingkan dengan pedesaan. Pada umumnya jarak rumah ke UKBM di Jawa Barat < 1 km dengan waktu tempuh ≤ 15 menit. Dalam 3 bulan terakhir wawancara, hanya 28,4% yang memanfaatkan UKBM, sebagian besar (65,7%) karena tidak membutuhkan. Persentase yang memanfaatkan UKBM di pedesaan (29,2%) hampir sama dengan di perkotaan (27,7%). Jenis pelayanan yang paling banyak dimanfaatkan oleh rumahtangga adalah penimbangan (89%), imunisasi (56%) disusul PMT dan suplemen gizi (52,2% dan 51,3%). Penduduk yang melakukan pengobatan rawat jalan dan rawat inap sebagian dari ASKES/Jamsostek (9,9% dan 15,2%), dan sebagian ada yang menggunakan Askeskin/SKTM (5,4% dan 10,9%).

Kesehatan lingkungan. Separuh (50,8%) rumah tangga di Jawa Barat menggunakan > 50 liter/orang/hari. Persentase tertinggi rumah tangga dengan penggunaan air bersih < 20 liter/orang/hari adalah di Kota Depok (72,9%) disusul Kabupaten Bogor dan Kabupaten Cianjur (70,3% dan 69,9%). Menurut jenis sumber air terbanyak mengandalkan sumur baik berupa pompa (29,2%), sumur terlindungi (28,1%) maupun tidak terlindungi (8,6%). Pelayanan pemerintah ataupun lembaga lainnya terhadap penyediaan air bersih melalui leding baik eceran maupun meteran masih rendah yaitu 8,2% dan 3,3%, tertinggi di Kota Cirebon disusul Kota Bogor. Penggunaan air kemasan

sebanyak 7,0%, tertinggi di Kota dan Kabupaten Bekasi serta Kota Cimahi. Secara umum 44,2% penduduk Jawa Barat kurang akses terhadap air bersih dan 45,8% kurang akses terhadap sanitasi. Secara rata-rata provinsi, 63,2% rumah tangga menggunakan jamban sendiri. Pada umumnya (75,4%) rumah tangga menggunakan jamban jenis leher angsa, jenis lainnya berbentuk plengsengan dan cemplung dalam Persentase kecil. Persentase saluran pembuangan air limbah tertutup di perkotaan (62,7) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (40,2). Keadaan penampungan sampah di Jawa Barat seperti halnya di tingkat nasional cukup memprihatinkan, karena pada umumnya tidak mempunyai penampungan. Hanya sebanyak 28,0% rumah tangga di Jawa Barat mempunyai tempat sampah di dalam rumah dan 37,6% di luar rumah. Sebagian besar lantai rumah hunian bukan dari tanah (93,2%) dengan kepadatan hunian ≥ 8 M²/kapita (84,6%). Rumah tangga di Provinsi Jawa Barat sebagian besar tidak memelihara ternak (69,8% - 94,6%). Walaupun memelihara biasanya ternak unggas dipelihara di luar rumah (25,8%).

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Sambutan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia	iii
Ringkasan Eksekutif	v
Daftar Tabel	xiii
Daftar Gambar	xxiv
Daftar Singkatan	xxv
Daftar Lampiran	xxvii
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Ruang Lingkup Riskesdas	2
1.3. Pertanyaan Penelitian	2
1.4. Tujuan Riskesdas	2
1.5. Kerangka Pikir	3
1.6. Alur Pikir Riskesdas 2007	4
1.7. Pengorganisasian Riskesdas	5
1.8. Manfaat Riskesdas	6
1.9. Persetujuan Etik Riskesdas	6
BAB 2 Metodologi Riskesdas	7
2.1. Desain	7
2.2. Lokasi	7
2.3. Populasi Sampel	7
2.3.1. Penarikan Sampel Blok Sensus	7
2.3.2. Penarikan Sampel Rumah Tangga	8
2.3.3. Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	8
2.3.4. Penarikan Sampel Biomedis	8
2.3.5. Penarikan Sampel Yodium	8
2.4. Variabel	8
2.4.1. Kuesioner Rumah Tangga (RKD07.RT)	8
2.4.2. Kuesioner Gizi (RKD07.GIZI)	9
2.4.3. Kuesioner Individu (RKD07.IND)	9
2.4.4. Kuesioner Autopsi Verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1)	9
2.4.5. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari -< 5 tahun (RKD07.AV2)	9
2.4.6. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)	9
2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpul Data	10
2.6. Manajemen Data	12
2.6.1. Editing	12
2.6.2. Entry	12
2.6.3. Cleaning	13
2.7. Keterbatasan Riskesdas	13
2.8. Pengolahan dan Analisis Data	14
BAB 3 3. Hasil Riskesdas	15
3.1. Gambaran Umum	15
3.1.1. Profil Provinsi Bengkulu	15
3.1.2. Respon Rate Data Riskesdas 2007	16
3.2. Gizi	17

3.2.1. Status Gizi Balita	17
3.2.1.1. Status Gizi balita berdasarkan indikator BB/U	18
3.2.1.2. Status Gizi balita berdasarkan indikator TB/U	19
3.2.1.3. Status Gizi balita berdasarkan indikator BB/TB	21
3.2.1.4. Status Gizi balita menurut karakteristik responden	22
3.2.2. Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)	28
3.2.3. Status Gizi Penduduk Umur 15 tahun keatas	29
3.2.3.1. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)	30
3.2.3.2. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Lingkar Perut (LP)	32
3.2.3.3. Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 – 45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)	35
3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein	36
3.2.5. Konsumsi Garam beriodium	39
3.3. Kesehatan Ibu dan Anak	42
3.3.1. Status Imunisasi	42
3.3.2. Pemantauan Perumbuhan Balita	47
3.3.3. Distribusi Kapsul Vitamin A	57
3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	59
3.4. Penyakit Menular	66
3.4.1. Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	67
3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak	71
3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare	75
3.5. Penyakit Tidak Menular	78
3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan	78
3.5.2. Gangguan Mental Emosional	86
3.5.3. Penyakit Mata	89
3.5.4. Kesehatan Gigi	99
3.6. Cedera dan Disabilitas	116
3.6.1. Cedera	116
3.6.2. Status Disabilitas/Ketidakmampuan	131
3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	134
3.7.1. Perilaku Merokok	134
3.7.2. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	150
3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol	151
3.7.4. Perilaku Aktivitas Fisik	157
3.7.5. Pengetahuan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	159
3.7.5. 1. Flu Burung	159
3.7.5.2. HIV/AIDS	162
3.7.6. Perilaku Higienis	167
3.7.7. Pola Konsumsi Makanan Berisiko	170
3.7.8. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	172
3.8. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	177
3.8.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	177
3.8.2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	196
3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	204
3.9. Kesehatan Lingkungan	212

3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga	212
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar	223
3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah	227
3.9.4. Pembuangan Sampah	232
3.9.5. Perumahan	234
Daftar Pustaka	244
Lampiran	250

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Indikator Riskesdas 2007 dan Tingkat Keterwakilan Sampel	2
Tabel 3.1.2.1	Jumlah Sampel Rumah Tangga (RT) di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat menurut Susenas dan Riskesdas, 2007	16
Tabel 3.1.2.2	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) di Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat menurut Susenas dan Riskesdas, 2007	17
Tabel 3.2.1.1	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	19
Tabel 3.2.1.2	Persentase Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	20
Tabel 3.2.1.3	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	22
Tabel 3.2.1.4	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	24
Tabel 3.2.1.5	Persentase Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	25
Tabel 3.2.1.6	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	26
Tabel 3.2.1.7	Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota di Provinsi, Riskesdas 2007	27
Tabel 3.2.2.1	Standar Penentuan Kurus dan Berat Badan (BB) Lebih menurut Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007	28
Tabel 3.2.2.2	Prevalensi Kekurusan dan Berat Badan Lebih menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	29
Tabel 3.2.3.1	Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Keatas) menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	30
Tabel 3.2.3.2	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	31
Tabel 3.2.3.3	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Keatas) menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	32
Tabel 3.2.3.4	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun Keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	33
Tabel 3.2.3.5	Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk Umur 15 Tahun Keatas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	34
Tabel 3.2.3.6	Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 tahun di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	35
Tabel 3.2.3.7	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	36
Tabel 3.2.4.1	Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita Per Hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	37
Tabel 3.2.4.2	Persentase Rumah Tangga dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	38

Tabel 3.2.4.3	Persentase Rumah tangga dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Tipe daerah dan Pengeluaran Rumah Tangga, di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	39
Tabel 3.2.5.1	Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Garam Cukup Iodium menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	40
Tabel 3.2.5.2	Persentase Rumah Tangga Memiliki Garam Cukup Iodium menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	41
Tabel 3.3.1.1	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	43
Tabel 3.3.1.2	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	45
Tabel 3.3.1.3	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	46
Tabel 3.3.1.4	Persentase Anak Umur 12-23 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	47
Tabel 3.3.2.1	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	48
Tabel 3.3.2.2	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	49
Tabel 3.3.2.3	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	51
Tabel 3.3.2.4	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	52
Tabel 3.3.2.5	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	53
Tabel 3.3.2.6	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	54
Tabel 3.3.2.7	Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	55
Tabel 3.3.2.8	Persentase Anak Balita Berdasarkan Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	56
Tabel 3.3.3.1	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	57
Tabel 3.3.3.2	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	58
Tabel 3.3.4.1	Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007	59
Tabel 3.3.4.2	Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik Responden di Provinsis Jawa Barat, Riskedas 2007	60

Tabel 3.3.4.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	61
Tabel 3..3.4.4	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	62
Tabel 3.3.4.5	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat	63
Tabel 3.3.4.6	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	64
Tabel 3.3.4.7	Cakupan Pemeriksaan Neonatatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	65
Tabel 3.3.4.8	Cakupan Pemeriksaan Neonatatus menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	66
Tabel 3.4.1.1	Prevalensi Filariasis Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2008	68
Tabel 3.4.1.2	Prevalensi Filariasis Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2008	70
Tabel 3.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	72
Tabel 3.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB dan Campak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	74
Tabel 3.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	75
Tabel 3.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	77
Tabel 3.5.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	79
Tabel 3.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	81
Tabel 3.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor**Men Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	82
Tabel 3.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor** men Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	83
Tabel 3.5.1.5	Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofilia) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	85
Tabel 3.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Keatas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	87
Tabel 3.5.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Keatas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	88
Tabel 3.5.3.1	Persentase Penduduk Umur 6 Tahun Keatas menurut <i>Low Vision</i> , Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	90

Tabel 3.5.3.2	Persentase Penduduk Umur 6 Tahun Keatas menurut <i>Low Vision</i> , Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	92
Tabel 3.5.3.3	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	94
Tabel 3.5.3.4	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	95
Tabel 3.5.3.5	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.3.6	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	98
Tabel 3.5.4.1	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	100
Tabel 3.5.4.2	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	101
Tabel 3.5.4.3	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan menurut Jenis Perawatan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	102
Tabel 3.5.4.4	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	103
Tabel 3.5.4.5	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Waktu Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	104
Tabel 3.5.4.6	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Waktu Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	105
Tabel 3.5.4.7	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	106
Tabel 3.5.4.8	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	107
Tabel 3.5.4.9	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	108
Tabel 3.5.4.10	Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	109
Tabel 3.5.4.11	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	110
Tabel 3.5.4.12	Prevalensi Karies Aktif Dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Karakteristik di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	111
Tabel 3.5.4.13	Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	112
Tabel 3.5.4.14	Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	113

Tabel 3.5.4.15	Persentase penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Fungsi normal gigi dan Edentulous, Protosa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	114
Tabel 3.5.4.16	Persentase penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Fungsi normal gigi dan Edentulous, Protosa dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	115
Tabel 3.6.1.1	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	117
Tabel 3.6.1.2	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	118
Tabel 3.6.1.3	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	123
Tabel 3.6.1.4	Prevalensi-Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	127
Tabel 3.6.2.1	Persentase Penduduk Umur 15 tahun Keatas yang Bermasalah dalam Fungsi Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	131
Tabel 3.6.2.2	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas menurut Masalah Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	132
Tabel 3.6.2.3	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas menurut Status dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	134
Tabel 3.7.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	136
Tabel 3.7.1.2	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	137
Tabel 3.7.1.3	Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	138
Tabel 3.7.1.4	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas	138
Tabel 3.7.1.5	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/Kota di Jawa Barat, Riskesdas 2007	149
Tabel 3.7.1.6	Persentase Perokok Saat Ini Berdasarkan Jumlah Batang Rokok yang Dihisap per Hari menurut Karakteristik di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	140
Tabel 3.7.1.7	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	141
Tabel 3.7.1.8	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Mulai Merokok tiap Hari, menurut Karakteristik di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	143
Tabel 3.7.1.9	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	145
Tabel 3.7.1.10	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Karakteristik di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	146

Tabel 3.7.1.11	Prevalensi perokok dalam rumah ketika Bersama Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	147
Tabel 3.7.1.12	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Jawa Barat, Riskesdas 2007	148
Tabel 3.7.1.13	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	149
Tabel 3.7.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun Keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	150
Tabel 3.7.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun Keatas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	151
Tabel 3.7.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	152
Tabel 3.7.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	153
Tabel 3.7.3.3	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	154
Tabel 3.7.3.4	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Karakteristik di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	155
Tabel 3.7.3.5	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	156
Tabel 3.7.4.1	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	158
Tabel 3.7.4.2	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 Tahun Keatas menurut Karakteristik di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	159
Tabel 3.7.5.1	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	160
Tabel 3.7.5.2	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	162
Tabel 3.7.5.3	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.7.5.4	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	164
Tabel 3.7.5.5.	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007	165
Tabel 3.7.5.6	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	167
Tabel 3.7.6.1	Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/Kota di Jawa Barat, Riskesdas 2007	168

Tabel 3.7.6.2	Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden di Jawa Barat, Riskesdas 2007	169
Tabel 3.7.7.1	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	170
Tabel 3.7.7.2	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	171
Tabel 3.7.8.1	Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	174
Tabel 3.7.8.2	Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama(Kurang Konsumsi Sayur Buah,Kurang Aktifitas Fisik,dan Merokok)pada Penduduk 10Tahun ke Atas menurut Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007	175
Tabel 3.7.8.3	Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik dan Merokok) pada Penduduk 15 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Indonesia, Riskesdas 2007	176
Tabel 3.8.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	178
Tabel 3.8.1.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	179
Tabel 3.8.1.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* dan Kabupaten/Kota Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	180
Tabel 3.8.1.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* dan Karakteristik Rumah Tangga Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	181
Tabel 3.8.1.5	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	182
Tabel 3.8.1.6	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	183
Tabel 3.8.1.7	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	184
Tabel 3.8.1.8	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	185
Tabel 3.8.1.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	186
Tabel 3.8.1.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	186
Tabel 3.8.1.11	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	187

Tabel 3.8.1.12	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	188
Tabel 3.8.1.13	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	189
Tabel 3.8.1.14	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	190
Tabel 3.8.1.15	Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan Menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	191
Tabel 3.8.1.16	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi, Riskesdas 2007	192
Tabel 3.8.1.17	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Perdesaan/Warung Obat Perdesaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	193
Tabel 3.8.1.18	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Perdesaan/Warung Obat Perdesaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	194
Tabel 3.8.1.19	Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Perdesaan/Warung Obat Perdesaan dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	195
Tabel 3.8.1.20	Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Perdesaan/Warung Obat Perdesaan dan Karakteristik Responden, di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	196
Tabel 3.8.2.1	Persentase Tempat Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	197
Tabel 3.8.2.2	Persentase Tempat Rawat Inap menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	198
Tabel 3.8.2.3	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	199
Tabel 3.8.2.4	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	200
Tabel 3.8.2.5	Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	201
Tabel 3.8.2.6	Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	202
Tabel 3.8.2.7	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Kabupaten/Kota di Provinsi, Riskesdas 2007	203
Tabel 3.8.2.8	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi, Riskesdas 2007	204
Tabel 3.8.3.1	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	206
Tabel 3.8.3.2	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Karakteristik Rumah Tangga di9Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	208
Tabel 3.8.3.3	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	209

Tabel 3.8.3.4	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	211
Tabel 3.9.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	212
Tabel 3.9.1.2	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	213
Tabel 3.9.1.3	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Indonesia, Riskesdas 2007	214
Tabel 3.9.1.4	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	215
Tabel 3.9.1.5	Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	216
Tabel 3.9.1.6	Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Karakteristik Rmah Tangga di Provinsi di Propinsi Jawa Barat , Riskesdas 2007	217
Tabel 3.9.1.7	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	218
Tabel 3.9.1.8	Persentase Rumah tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	219
Tabel 3.9.1.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Susenas 2007	220
Tabel 3.9.1.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Susenas 2007	221
Tabel 3.9.1.11	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	222
Tabel 3.9.1.12	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	223
Tabel 3.9.2.1	Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Susenas 2007	224
Tabel 3.9.2.2	Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Jawa Barat, Susenas 2007	225
Tabel 3.9.2.3	Persentase Rumah tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Susenas 2007	226
Tabel 3.9.2.4	Persentase Rumah tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Susenas 2007	226
Tabel 3.9.3.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	227
Tabel 3.9.3.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan	228

	Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	
Tabel 3.9.3.3	Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	229
Tabel 3.9.3.4	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	229
Tabel 3.9.3.5	Persentase Rumah Tangga menurut Akses terhadap Air Bersih dan Sanitasi berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	230
Tabel 3.9.3.6	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	231
Tabel 3.9.4.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	232
Tabel 3.9.4.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	233
Tabel 3.9.5.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah, Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	234
Tabel 3.9.5.2	Persentase Rumah tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik rumah tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	234
Tabel 3.9.5.3	Persentase Rumah tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	235
Tabel 3.9.5.4	Persentase Rumah tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Karakteristik rumah tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	236
Tabel 3.9.5.5	Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	237
Tabel 3.9.5.6	Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Karakteristik rumah tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	238
Tabel 3.9.5.7	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	239
Tabel 3.9.5.8	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	240
Tabel 3.9.5.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah Ke Sumber Pencemar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	242
Tabel 3.9.5.10	Sebaran Rumah Tangga menurut Jarak Rumah Ke Sumber Pencemar dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007	243

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)	4
Gambar 1.2. Alur Fikir Riskesdas Provinsi Jawa Barat Jawa Barat	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 Periodontal 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 Nasonal
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. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar.
- Lampiran 2. Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent)
- Lampiran 3 .Kuesioner Riset Kesehatan Dasar

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Risikesdas Provinsi Jawa Barat 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”. Risikesdas Provinsi Abrakadabra Barat Daya 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 Risikesdas Provinsi Jawa Barat 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 Risikesdas Provinsi Jawa Barat 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.

Risikesdas Provinsi Jawa Barat 2007 dirancang dengan pengendalian mutu yang ketat, sampel yang memadai, serta manajemen data yang terkoordinasikan dengan baik. Penyelenggaraan Risikesdas Provinsi Jawa Barat 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 Risikesdas Provinsi Jawa Barat 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 Risikesdas Provinsi Jawa Barat 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 Risikesdas Provinsi Jawa Barat 2007 dapat dicapai dengan efisien melalui desain instrumen yang canggih dan ujicoba yang teliti dalam pengembangannya. Pelaksanaan Risikesdas Provinsi Jawa Barat 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 (Risikesdas) 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 Jawa Barat 2007

Riskesdas Provinsi Jawa Barat 2007 adalah riset berbasis komunitas dengan sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga yang dapat mewakili populasi di tingkat kabupaten/kota. Riskesdas Provinsi Jawa Barat 2007 menyediakan informasi kesehatan dasar termasuk biomedis, dengan menggunakan sampel Susenas Kor. Dengan demikian, Riskesdas Provinsi Jawa Barat 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 Jawa Barat 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 :

- Bagaimana status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten/kota?
- Apa dan bagaimana faktor-faktor yang melatarbelakangi status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten/kota?
- 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 Jawa Barat 2007 disusun sebagai berikut:

- Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- Menyediakan informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
- Menyediakan peta status dan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

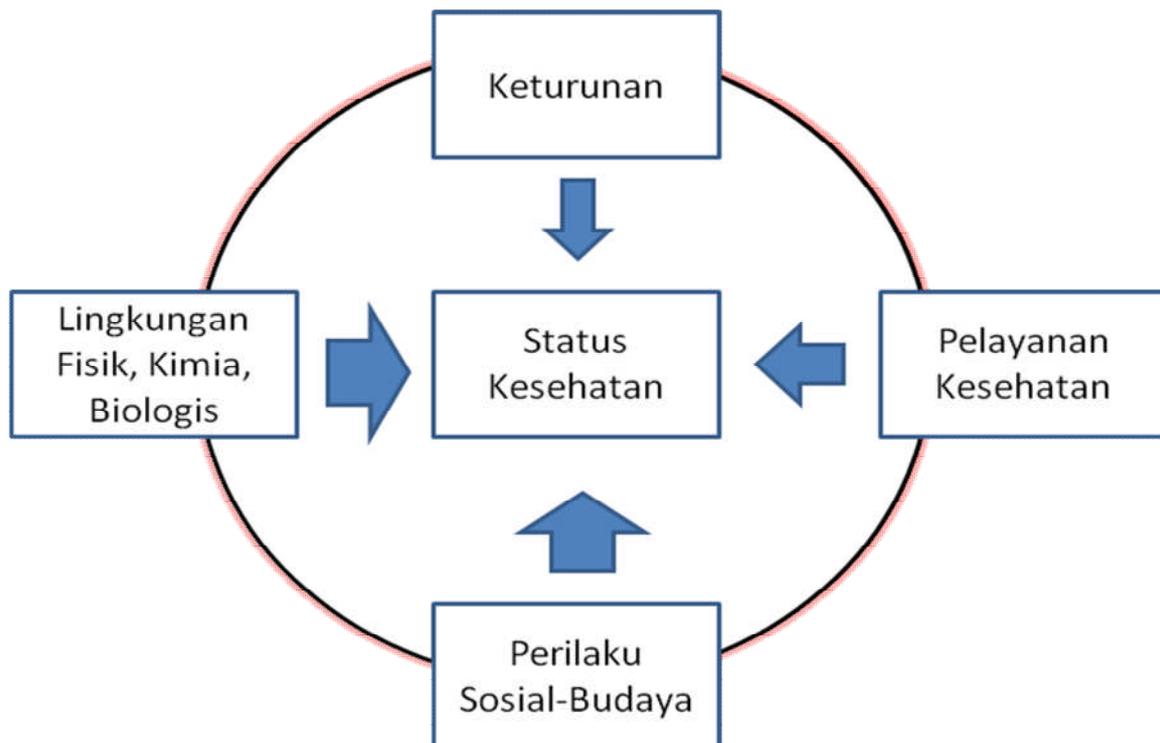
- d. Membandingkan status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakangi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota

1.5. Kerangka Pikir

Pengembangan Riskesdas Provinsi Jawa Barat 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 Jawa Barat 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 Jawa Barat 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)



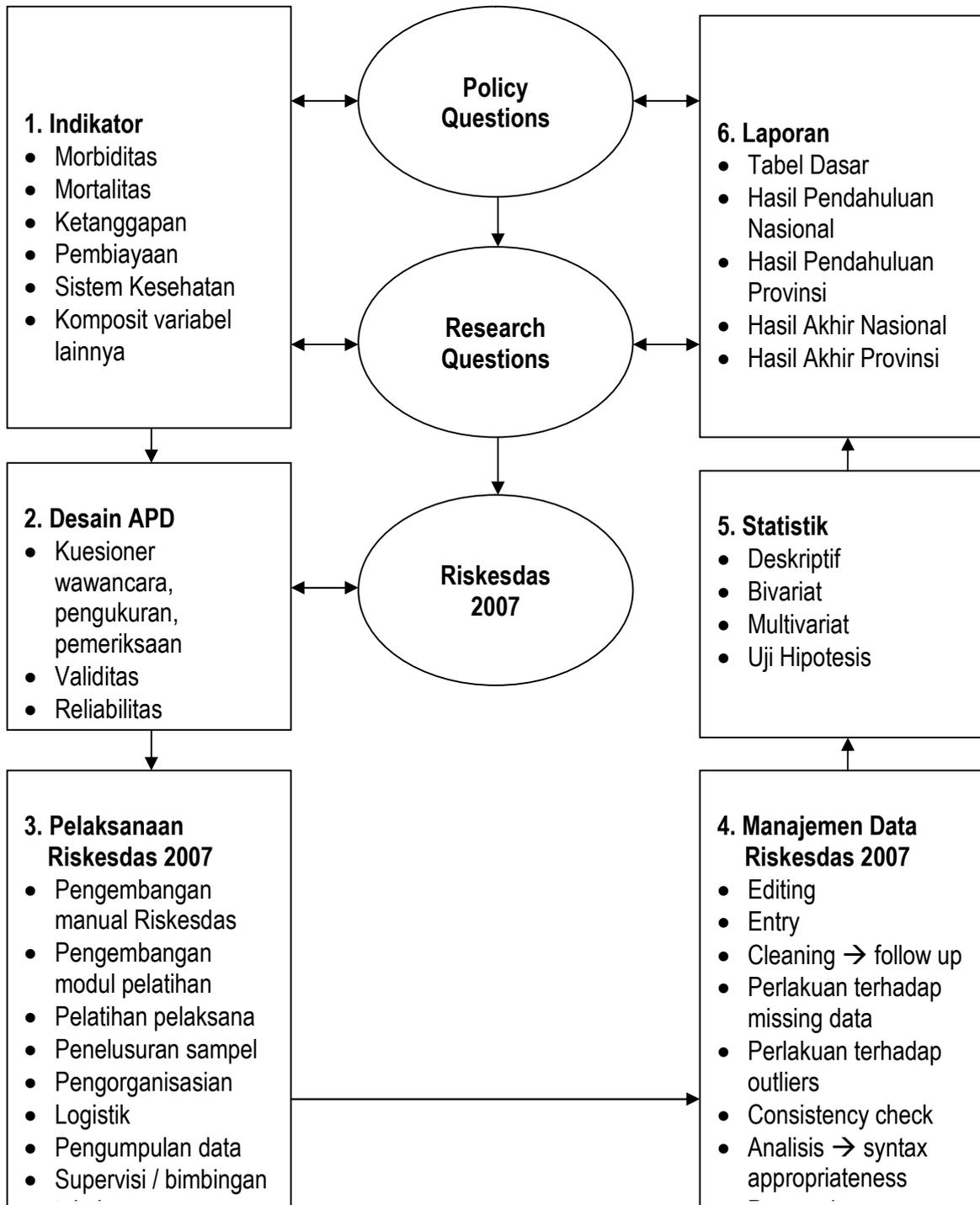
- b. Faktor lingkungan, mencakup variabel:
- Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
 - Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
 - Lingkungan sosial, meliputi tingkat pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan kota – desa dan perbandingan 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 Jawa Barat 2007

Alur Fikir ini secara skematis menggambarkan enam tahapan penting dalam Riskesdas Provinsi Jawa Barat 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 Jawa Barat 2007 bukan saja harus mampu menjawab pertanyaan kebijakan, namun harus memberikan arah bagi pengembangan pertanyaan kebijakan berikutnya.

Untuk menjamin *appropriateness* dan *adequacy* Riskesdas Provinsi Jawa Barat 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 Jawa Barat 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 Jawa Barat 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 Jawa Barat 2007



1.7. Pengorganisasian Riskesdas

Riskesdas direncanakan dan dilaksanakan oleh 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 2007 dibagi menjadi berbagai tingkat dengan rincian sebagai berikut (Lihat Lampiran 1.1.) :

- a. Tingkat pusat
- b. Tingkat wilayah (empat wilayah)
- c. Tingkat provinsi (33 Provinsi)
- d. Tingkat kabupaten (440 Kabupaten/Kota)
- e. Tim pengumpul data (disesuaikan dengan kebutuhan lapangan)

Pengumpulan data Riskesdas 2007 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Daftar provinsi, koordinator wilayah dan jadwal pengumpulan data per wilayah disusun sebagai berikut:

- a. Koordinator Wilayah 1 dengan penanggung-jawab Puslitbang Ekologi & Status Kesehatan untuk: Provinsi Nangroe Aceh Darussalam (NAD), Sumatera Utara, Sumatera Barat, Riau, Jambi, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, dan Kepulauan Riau
- b. Koordinator Wilayah 2 dengan penanggung- jawab Puslitbang Biomedis dan Farmasi untuk: Provinsi DKI Jakarta, Banten, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, dan Kalimantan Barat
- c. Koordinator Wilayah 3 dengan penanggung-jawab Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan untuk: Provinsi Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua
- d. Koordinator Wilayah 4 dengan penanggung-jawab Puslitbang Gizi dan Makanan untuk: Provinsi Bengkulu, Lampung, Jawa Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, Gorontalo, dan Sulawesi Barat.

1.1 Manfaat Riskesdas

Riskesdas Provinsi Jawa Barat 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.

1.2 Persetujuan Etik Riskesdas

Riskesdas Provinsi Jawa Barat 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 Disain

Riskesdas adalah sebuah survei *cross sectional* yang bersifat deskriptif. Desain Riskesdas terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Indonesia, secara menyeluruh, akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di berbagai tingkat administratif. 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 2007 akan menggambarkan berbagai masalah kesehatan di tingkat nasional dan variabilitas antar provinsi, sedangkan di tingkat provinsi, dapat menggambarkan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan variabilitas antar kabupaten/kota.

Secara singkat dapat dikatakan bahwa Riskesdas 2007 didesain untuk mendukung pengembangan kebijakan kesehatan berbasis bukti ilmiah. Desain Riskesdas 2007 dikembangkan dengan sungguh-sungguh memperhatikan teori dasar tentang hubungan antara berbagai penentu yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat. Riskesdas 2007 menyediakan data dasar yang dikumpulkan melalui survei berskala nasional sehingga hasilnya dapat digunakan untuk penyusunan kebijakan kesehatan bahkan sampai ke tingkat kabupaten/kota. Lebih lanjut, desain Riskesdas 2007 menghasilkan data yang siap dikorelasikan dengan data Susenas 2007, atau survei lainnya seperti data kemiskinan yang menggunakan desain sampling yang sama. Dengan demikian, para pembentuk kebijakan dan pengambil keputusan di bidang pembangunan kesehatan dapat menarik manfaat yang optimal dari ketersediaan data Riskesdas 2007.

2.2. Lokasi

Sampel Riskesdas 2007 di Provinsi Jawa Barat berasal dari 25 kabupaten/kota dengan catatan 1 (satu) kabupaten yaitu Kabupaten Bandung Barat tidak termasuk dalam sampel Riskesdas 2007 karena merupakan pengembangan kabupaten baru yang pada saat perencanaan Riskesdas belum diperhitungkan, sementara Susenas 2007 sudah mengikuti jumlah kabupaten/kota yang ada.

2.3 Populasi dan Sampel

Populasi dalam Riskesdas 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Republik Indonesia. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas 2007 identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas 2007. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas 2007 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 menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas 2007. 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.

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 25 kabupaten/kota Susenas 2007 adalah 20.512 (dua puluh ribu lima ratus dua belas), dimana Riskesdas berhasil mengumpulkan 19.469 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 maka diambil sebagai sampel individu. Dari 25 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat pada Susenas 2007 terdapat 78.521 sampel anggota rumah tangga. Riskesdas berhasil mengumpulkan 68.429 individu yang sama dengan Susenas.

2.3.4. Penarikan sampel biomedis

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan.

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.

Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 Rumah tangga yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 RT per blok sensus di 30 kabupaten yang dapat mewakili secara nasional. Dari rumah tangga yang terpilih, sampel garam rumah tangga diambil, dan juga sampel urin dari anak usia 6-12 tahun yang selanjutnya dikirim ke laboratorium Universitas Diponegoro, Balai GAKI-Magelang, dan Puslitbang Gizi dan Makanan, Bogor. Pemilihan 30 kabupaten berdasarkan hasil survei konsumsi garam beriodium pada Susenas 2005 dengan memilih secara acak 10 (sepuluh) kabupaten dimana tingkat konsumsi garam iodium rumah tangga tinggi, 10 (sepuluh) kabupaten dengan tingkat konsumsi garam iodium rumah tangga sedang dan 10 (sepuluh) kabupaten dengan tingkat konsumsi garam iodium rumah tangga rendah.

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 2007 terdapat kurang lebih 600 variabel yang tersebar didalam 6 (enam) jenis kuesioner, dengan rincian variabel pokok sebagai berikut:

- a. Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT) yang terdiri dari:
 - Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
 - Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
 - Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
 - Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
 - Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
 - Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);

- Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel);
- b. Kuesioner gizi (RKD07.GIZI), yang terdiri dari:
- Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu;
- c. Kuesioner individu (RKD07.IND), yang terdiri dari:
- Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
 - Blok X tentang keterangan individu dikelompokkan menjadi:
 - i. Blok X-A tentang Blok X-A tentang identifikasi responden (4 variabel);
 - ii. Blok X-B tentang penyakit menular, tidak menular, dan riwayat penyakit turunan (50 variabel);
 - iii. Blok X-C tentang ketanggapan pelayanan kesehatan
 - ✓ Pelayanan rawat inap (11 variabel)
 - ✓ Pelayanan berobat jalan (10 variabel)
 - iv. Blok X-E tentang disabilitas/ketidakmampuan untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (23 variabel);
 - v. Blok X-F tentang kesehatan mental untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (20 variabel);
 - vi. Blok X-G tentang imunisasi dan pemantauan pertumbuhan untuk semua anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan (11 variabel);
 - vii. Blok X-H tentang kesehatan bayi (khusus untuk bayi berumur < 12 bulan (7 variabel);
 - viii. Blok X-I tentang kesehatan reproduksi – pertanyaan tambahan untuk 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua (6 variabel);
 - Blok XI tentang pengukuran dan pemeriksaan (14 variabel);
- d. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1), yang terdiri dari:
- Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (6 variabel);
 - Blok III tentang karakteristik ibu neonatal (5 variabel);
 - Blok IVA tentang keadaan bayi ketika lahir (6 variabel);
 - Blok IVB tentang keadaan bayi ketika sakit (12 variabel);
 - Blok V tentang autopsi verbal kesehatan ibu neonatal ketika hamil dan bersalin (2 variabel);
 - Blok VIA tentang bayi usia 0-28 hari termasuk lahir mati (4 variabel);
 - Blok VIB tentang keadaan ibu (8 variabel);
- e. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari - < 5 tahun (RKDo7.AV2), terdiri dari:
- Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - Blok III tentang autopsi verbal riwayat sakit bayi/balita berumur 29 hari - < 5 tahun (35 variabel);
 - Blok IV tentang resume riwayat sakit bayi/balita (6 variabel)
- f. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3), yang terdiri dari:
- Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - Blok IIIA tentang autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (44 variabel);
 - Blok IIIB tentang autopsi verbal untuk perempuan umur 10 tahun keatas (4 variabel);
 - Blok IIIC tentang autopsi verbal untuk perempuan pernah kawin umur 10-54 tahun (19 variabel);
 - Blok IIID tentang autopsi verbal untuk laki-laki atau perempuan yang berumur 15 tahun keatas (1 variabel);

- 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 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 10able10na untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pnemonia, 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 10able10na 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 10able10na untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
 - **Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan** menjadi unit 10able10na untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 10 tahun** menjadi unit 10able10na 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 10able10na untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;

- **Anggota rumah tangga berumur > 5 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
 - **Anggota rumah tangga berumur \geq 12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
 - **Anggota rumah tangga berumur 6-12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan urin.
- 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 33 provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk di blok sensus perkotaan di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas 2007. Rangkaian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:
- Blok sensus perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total blok sensus perkotaan.
 - Jumlah blok sensus di daerah perkotaan yang terpilih berjumlah ..?.. dengan total sampel 19.469 RT.

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 \geq 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) \geq 200 mg/dl.
- e. Pengumpulan data konsumsi garam beriodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas 2007 dilakukan dengan tes cepat iodium menggunakan "iodina test".
- f. Pengamatan tingkat nasional pada dampak konsumsi garam beriodium yang dinilai berdasarkan kadar iodium dalam urin, dengan melakukan pengumpulan garam beriodium pada rumah tangga bersamaan dengan pemeriksaan kadar iodium dalam urin pada anggota rumah tangga yang sama. Sampel ..?.. kabupaten/kota dipilih untuk pengamatan ini berdasarkan tingkat konsumsi garam iodium rumah tangga hasil Susenas 2005 yaitu di Kabupaten Karawang.

Catatan

Pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 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. Perubahan kebijakan anggaran internal Departemen Kesehatan pada tahun anggaran 2007 menyebabkan gangguan ketersediaan dana operasional untuk pengumpulan

- data. Riskesdas 2007/2008 di Provinsi Jawa Barat dilakukan sejak bulan Desember 2007 hingga bulan Februari 2008 di 25 kabupaten diseluruh Jawa Barat.
- b. Kesiapan daerah 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;
 - c. 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.
 - d. 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 tiap provinsi.

2.6. Manajemen Data

Manajemen data Riskesdas dilaksanakan oleh tim manajemen data pusat yang mengkoordinir tim manajemen data dari Korwil I – IV. Urutan kegiatan yang dilakukan adalah 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. 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 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 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 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 2007. Bila pada suatu saat data Riskesdas 2007 dapat diakses oleh publik, maka informasi mengenai imputasi (proses data *cleaning*) dapat meredam munculnya pertanyaan-pertanyaan mengenai kualitas data.

2.3. Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data

Pengumpulan data Riskesdas 2007 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Pengorganisasian dan jadwal pengumpulan data Riskesdas 2007 disusun sebagai berikut:

Jadwal pengumpulan data yang diharapkan adalah segera setelah Susenas 2007 dikumpulkan, yaitu bulan Juli 2007. Untuk Riskesdas, pelaksanaan pengumpulan data di Provinsi Jawa Barat mulai dari Juli 2007 – Januari 2008.

2.4. Keterbatasan Riskesdas

Keterbatasan Riskesdas 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 2007. Pengorganisasian Riskesdas 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 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 2007, sebagaimana uraian berikut ini:

- a. Pembentukan kabupaten/kota baru hasil pemekaran suatu kabupaten/kota yang terjadi setelah penetapan blok sensus Riskesdas dari Susenas 2007, sehingga tidak menjadi bagian sampel kabupaten/kota Riskesdas (Lihat Sub Bab 2.2.)
- b. Blok sensus tidak terjangkau, karena ketidak-tersediaan alat transportasi menuju lokasi dimaksud, atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar. Riskesdas tidak berhasil mengumpulkan 207 blok sensus yang terpilih dalam sampel Susenas 2007, seperti terlihat pada Tabel 2.1.
- c. 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 19.346, tersebar di seluruh kabupaten/kota (Lihat Tabel 2.2)
- d. 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 159.566 anggota rumah tangga yang tidak bisa dikumpulkan datanya (Lihat Tabel 2.3).
- e. 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;

- f. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda. 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.
- g. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan nasional;
- h. Terbatasnya dana dan waktu realisasi pencairan anggaran yang tidak lancar, menyebabkan pelaksanaan Riskesdas tidak serentak; ada yang dimulai pada bulan Juli 2007, tetapi ada pula yang dilakukan pada bulan Februari tahun 2008, bahkan lima provinsi (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan NTT) baru melaksanakan pada bulan Agustus-September 2008
- i. pula. Pada Riskesdas, variabel tanggal pengumpulan data bisa digunakan pada saat melakukan analisis.

2.5. Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isyu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Desain 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 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 3.1.2.1, dan tabel 3.1.2.2. perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis.

Berikut ini rincian 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.
- ### 3.7. Hipertensi
- Untuk analisis hasil pengukuran tekanan darah pada kelompok umur 18 tahun keatas
- b. Pemeriksaan katarak
Untuk analisis pemeriksaan katarak adalah pada umur 30 tahun keatas
 - c. Pemeriksaan visus
Untuk analisis visus untuk umur 6 tahun keatas
 - d. Pemeriksaan Gigi
Analisis untuk umur 12 tahun keatas

BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Gambaran Umum

3.1.1. Profil Provinsi Jawa Barat

Jawa Barat adalah salah satu provinsi di Indonesia dan dari perkembangan sejarah menunjukkan bahwa Propinsi Jawa Barat merupakan Propinsi yang pertama dibentuk di wilayah Indonesia Dengan lahirnya UU No.23 Tahun 2000 tentang Provinsi Banten, maka Wilayah Administrasi Pembantu Gubernur Wilayah I Banten resmi ditetapkan menjadi Provinsi Banten.

Provinsi Jawa Barat secara geografis terletak di antara 5°50 – 7°50 LS dan 104°48 – 104°48 BT. Bagian Barat Laut provinsi Jawa Barat berbatasan langsung dengan Provinsi DKI Jakarta, ibukota negara Indonesia. Provinsi Jawa Barat berada di bagian Barat Pulau Jawa. Wilayahnya berbatasan dengan Laut Jawa di Utara, Jawa Tengah di Timur, Samudra Hindia di Selatan, serta Banten dan DKI Jakarta di Barat. Luas wilayah seluruhnya adalah 34.816,96 km²(Data berdasarkan Survei Sosial/Ekonomi 2005)

Kawasan pantai Utara merupakan dataran rendah. Di bagian tengah merupakan pegunungan, yakni bagian dari rangkaian pegunungan yang membujur dari Barat hingga Timur Pulau Jawa. Titik tertingginya adalah Gunung Ciremay, yang berada di sebelah Barat Daya Kota Cirebon. Sungai-sungai yang cukup penting adalah Sungai Citarum dan Sungai Cimanuk, yang bermuara di Laut Jawa.

Ciri utama daratan Jawa Barat adalah bagian dari busur kepulauan gunung api (aktif dan tidak aktif) yang membentang dari ujung utara Pulau Sumatera hingga ujung utara Pulau Sulawesi. Daratan dapat dibedakan atas wilayah pegunungan curam di selatan dengan ketinggian lebih dari 1.500 m di atas permukaan laut, wilayah lereng bukit yang landai di tengah ketinggian 100 1.500 m dpl, wilayah dataran luas di utara ketinggian 0 . 10 m dpl, dan wilayah aliran sungai. Iklim di Jawa Barat adalah tropis, dengan suhu 9 0 C di Puncak Gunung Pangrango dan 34 0 C di Pantai Utara, curah hujan rata-rata 2.000 mm per tahun, namun di beberapa daerah pegunungan antara 3.000 sampai 5.000 mm per tahun.

Jawa Barat merupakan provinsi dengan jumlah penduduk terbanyak di Indonesia yaitu 39.140.812 jiwa. yang mempunyai Persentase penduduk dengan tingkat pendidikan, jumlah lulusan strata 1, strata 2 dan strata 3, terbanyak dibandingkan dengan provinsi lain. Daerah dengan kepadatan penduduk terbesar berada di dekat Jakarta. Bandung, ibukota provinsi Jawa Barat merupakan kota dengan jumlah penduduk terbesar ketiga di Indonesia setelah Jakarta dan Surabaya. Sebagian besar penduduk Jawa Barat adalah Suku Sunda, yang bertutur menggunakan Bahasa Sunda.

Jawa Barat memiliki sejumlah perguruan tinggi negeri ternama di Indonesia. Universitas Indonesia memiliki kampus utama di Kota Depok. Di Kota Bandung terdapat Institut Teknologi Bandung (ITB), Universitas Padjadjaran (Unpad), dan Universitas Pendidikan Indonesia (UPI). Di kota Bogor terdapat Institut Pertanian Bogor.

Setelah beberapa kali mengalami pemekaran wilayah, saat ini Jawa Barat terdiri atas 17 kabupaten dan 9 kota. Kota Bandung Barat yang merupakan kota hasil pemekaran dari Kabupaten Bandung tahun 2007, tidak termasuk dalam sampel Riskesdas 2007 karena belum diperhitungkan waktu perencanaan. Dengan demikian lokasi Riskesdas 2007 di Provinsi Jawa Barat mencakup 16 kabupaten dan 9 kota yaitu Kabupaten : Bogor, Sukabumi, Cianjur, Bandung, Garut, Tasikmalaya, Ciamis, Kuningan, Cirebon, Majalengka, Sumedang, Indramayu, Subang, Purwakarta, Karawang, Bekasi dan Kota : Bogor, Sukabumi, Bandung, Cirebon, Bekasi, Depok, Cimahi, Tasikmalaya dan Banjar.

3.1.2. Respon Rate Data Riskesdas 2007

Pada Tabel 3.1.2.1 dan tabel 3.1.2.2 disajikan data respon rate sampel Riskesdas 2007 Provinsi Jawa Barat. Secara umum respon rate rumah tangga (RT) adalah 94,9% dari sampel Susenas 2007. Respon rate terendah di Kota Tasikmalaya (87,4%) dan tertinggi di Kabupaten Cianjur yang mendekati angka 100%. Sedangkan respon rate anggota rumah tangga (ART) adalah 87,2% dengan kisaran 64,9% - 92,8%.

Tabel 3.1.2.1
Jumlah Sampel Rumah Tangga (RT) di Kabupaten/Kota
Provinsi Jawa Barat menurut Susenas dan Riskesdas, 2007

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel RT-Susenas	Jumlah Sampel RT-Riskesdas	%Sampel RT Riskesdas /Susenas
Kab.Bogor	1184	1143	96.5
Kab.Sukabumi	928	891	96.0
Kab.Cianjur	928	916	98.7
Kab.Bandung	1408	1325	94.1
Kab.Garut	896	825	92.1
Kab.Tasikmalaya	928	912	98.3
Kab.Ciamis	864	841	97.3
Kab.Kuningan	640	609	95.2
Kab.Cirebon	864	836	96.8
Kab.Majalengka	704	675	95.9
Kab.Sumedang	672	649	96.6
Kab.Indramayu	832	786	94.5
Kab.Subang	768	731	95.2
Kab.Purwakarta	736	689	93.6
Kab.Karawang	864	826	95.6
Kab.Bekasi	832	815	98.0
Kota Bogor	608	578	95.1
Kota Sukabumi	480	472	98.3
Kota Bandung	960	906	94.4
Kota Cirebon	480	435	90.6
Kota Bekasi	832	737	88.6
Kota Depok	704	658	93.5
Kota Cimahi	800	752	94.0
Kota Tasikmalaya	800	699	87.4
Kota Banjar	800	763	95.4
Jawa Barat	20512	19.469	94,9

Tabel 3.1.2.2.
Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) di Kabupaten/Kota Provinsi
Jawa Barat menurut Susenas dan Riskesdas, 2007

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel ART- Susenas	Jumlah Sampel ART- Riskesdas	%Sampel ART Riskesdas /Susenas
Kab.Bogor	4.964	4.589	92,6
Kab.Sukabumi	3.522	3.262	92,6
Kab.Cianjur	3.552	3.275	92,2
Kab.Bandung	5.568	4.329	77,9
Kab.Garut	3.727	2.918	78,3
Kab.Tasikmalaya	3.363	3.114	92,6
Kab.Ciamis	2.865	2.629	91,8
Kab.Kuningan	2.378	2.066	86,9
Kab.Cirebon	3.399	3.151	92,7
Kab.Majalengka	2.304	2.137	92,8
Kab.Sumedang	2.357	2.112	89,7
Kab.Indramayu	2.876	2.491	86,6
Kab.Subang	2.697	2.402	89,1
Kab.Purwakarta	2.917	2.629	90,2
Kab.Karawang	3.242	2.947	91,1
Kab.Bekasi	3.322	2.904	87,4
Kota Bogor	2.592	2.201	84,9
Kota Sukabumi	1.877	1.734	92,4
Kota Bandung	3.741	3.355	89,7
Kota Cirebon	1.850	1.595	86,3
Kota Bekasi	3.547	2.809	79,2
Kota Depok	3.004	1.950	64,9
Kota Cimahi	3.035	2.753	90,7
Kota Tasikmalaya	3.010	2.579	85,7
Kota Banjar	2.812	2.498	88,8
Jawa Barat	78.521	68.429	87,2

3.2.Status 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 18able18nal 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 18able18nal 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 18able18nal 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 dilakukan sebagai berikut:

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

a. Status gizi balita berdasarkan indikator BB/U

Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk dan gizi kurang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut.

Secara umum, prevalensi gizi “buruk+kurang” di Propinsi Jawa Barat adalah 15%. Pencapaian tersebut lebih baik dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) tahun 2015 sebesar 20% dan target MDGs 2015 untuk Indonesia sebesar 18,5%. Dari 25 kabupaten/kota yang berada di wilayah propinsi Jawa Barat hanya Kabupaten Cirebon yang belum mencapai target nasional tersebut. Bila dibandingkan dengan target MDG 2015 maka ada 4 kabupaten/kota yang belum mencapai target yaitu: Kabupaten Cirebon, Kabupaten Majalengka, Kabupaten Indramayu dan Kota Cirebon. Di Provinsi Jawa Barat masalah gizi lebih sudah perlu diperhatikan. Secara umum, prevalensi balita gizi lebih sebesar 3,5%. Ada 3 kabupaten/kota yang harus diwaspadai karena memiliki prevalensi gizi lebih mendekati 10%, yaitu Kabupaten Karawang, Kota Bekasi, dan Kota Depok.

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

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Kab.Bogor	3,4	12,5	80,9	3,2
Kab.Sukabumi	3,4	10,2	83,3	3,1
Kab.Cianjur	4,9	9,9	82,6	2,6
Kab.Bandung	3,4	12,3	82,5	1,9
Kab.Garut	5,7	10,5	79,4	4,5
Kab.Tasikmalaya	4,1	12,1	81,5	2,2
Kab.Ciamis	3,3	12,3	81,4	3,0
Kab.Kuningan	2,4	10,3	84,5	2,8
Kab.Cirebon	4,6	17,6	75,6	2,2
Kab.Majalengka	4,2	15,6	76,0	4,2
Kab.Sumedang	2,2	10,5	84,3	3,1
Kab.Indramayu	4,8	14,0	78,2	3,0
Kab.Subang	5,1	11,0	80,9	3,0
Kab.Purwakarta	3,6	8,5	85,0	2,9
Kab.Karawang	1,7	7,7	83,6	7,0
Kab.Bekasi	5,0	9,2	81,8	4,0
Kota Bogor	1,9	11,5	85,1	1,5
Kota Sukabumi	2,7	8,3	88,4	0,5
Kota Bandung	2,3	8,3	85,1	4,3
Kota Cirebon	4,3	14,3	78,9	2,5
Kota Bekasi	2,4	10,2	80,9	6,5
Kota Depok	2,8	9,5	81,0	6,7
Kota Cimahi	1,6	10,4	84,8	3,2
Kota Tasikmalaya	3,3	14,0	79,8	2,9
Kota Banjar	2,8	15,0	81,5	0,7
JAWA BARAT	3,7	11,3	81,5	3,5

*)BB/U= Berat Badan menurut Umur

b. Status gizi balita berdasarkan 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 **pendek**.

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

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Kab.Bogor	14,8	16,9	68,3
Kab.Sukabumi	17,7	22,1	60,2
Kab.Cianjur	24,0	21,1	54,9
Kab.Bandung	19,1	25,9	55,0
Kab.Garut	22,8	19,0	58,2
Kab.Tasikmalaya	17,8	25,6	56,6
Kab.Ciamis	14,4	19,0	66,6
Kab.Kuningan	11,8	23,2	65,0
Kab.Cirebon	13,9	20,2	65,9
Kab.Majalengka	20,2	22,2	57,6
Kab.Sumedang	15,5	17,5	67,0
Kab.Indramayu	15,7	19,8	64,6
Kab.Subang	18,3	22,5	59,2
Kab.Purwakarta	12,0	18,7	69,3
Kab.Karawang	16,2	18,2	65,5
Kab.Bekasi	11,7	16,1	72,2
Kota Bogor	9,4	18,9	71,6
Kota Sukabumi	7,3	25,2	67,5
Kota Bandung	13,5	15,8	70,7
Kota Cirebon	16,2	18,8	64,9
Kota Bekasi	9,0	12,5	78,5
Kota Depok	8,8	20,2	71,0
Kota Cimahi	11,9	21,2	66,9
Kota Tasikmalaya	22,5	20,2	57,3
Kota Banjar	8,8	23,6	67,6
JAWA BARAT	15,7	19,7	64,6

*) TB/U= Tinggi Badan menurut Umur

Prevalensi balita “sangat pendek + pendek” di propinsi Jawa Barat adalah 35,4%. Angka tersebut sudah berada di bawah angka nasional (36,8%). Dari 25 kabupaten/kota ada 8 kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi balita pendek + sangat pendek di atas angka nasional, yaitu Kabupaten Sukabumi, Kabupaten Cianjur, Kabupaten Bandung, Kabupaten Garut, Kabupaten Tasikmalaya, Kabupaten Majalengka, Kabupaten Subang, dan kota Tasikmalaya. Secara umum masalah balita pendek + sangat pendek di Provinsi Jawa Barat masih cukup tinggi. Semua kabupaten/kota memiliki prevalensi balita pendek + sangat pendek di atas 20%.

c. Status gizi balita berdasarkan 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 6,2%. Terdapat 12 provinsi yang memiliki prevalensi balita sangat kurus di bawah angka prevalensi nasional. Ke 12 provinsi tersebut adalah: Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Sulawesi Utara, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tenggara, Maluku Utara dan Papua.

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

Tabel 3.2.1.3
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kab.Bogor	3,9	5,4	81,9	8,9
Kab.Sukabumi	4,4	5,6	80,5	9,5
Kab.Cianjur	1,9	3,5	84,2	10,4
Kab.Bandung	1,3	3,3	88,6	6,8
Kab.Garut	6,4	4,6	74,8	14,3
Kab.Tasikmalaya	2,9	4,6	84,3	8,1
Kab.Ciamis	3,6	3,6	84,9	7,9
Kab.Kuningan	2,2	5,9	83,0	8,9
Kab.Cirebon	5,3	9,0	79,8	5,9
Kab.Majalengka	1,5	7,7	78,5	12,3
Kab.Sumedang	3,5	5,8	78,3	12,5
Kab.Indramayu	2,7	4,6	83,2	9,5
Kab.Subang	5,2	7,1	75,8	11,8
Kab.Purwakarta	3,0	4,4	86,1	6,4
Kab.Karawang	7,3	5,6	76,7	10,4
Kab.Bekasi	3,0	5,8	80,9	10,2
Kota Bogor	2,0	2,0	86,4	9,6
Kota Sukabumi	,5	2,7	92,7	4,0
Kota Bandung	2,4	8,0	80,8	8,7
Kota Cirebon	4,7	6,8	81,1	7,4
Kota Bekasi	4,8	5,2	77,5	12,5
Kota Depok	4,0	8,6	74,8	12,6
Kota Cimahi	2,3	3,3	85,0	9,3
Kota Tasikmalaya	3,1	4,7	81,0	11,2
Kota Banjar	2,5	4,7	88,6	4,2
JAWA BARAT	3,6	5,4	81,3	9,6

*) BB/TB= Berat Badan menurut Tinggi Badan

Secara umum, prevalensi balita kurus + sangat kurus di Provinsi Jawa Barat adalah 9%, dan sudah berada di bawah batas kondisi yang dianggap serius (10%). Walaupun demikian dari 25 kabupaten/kota di Jawa Barat masih ada 7 kabupaten/kota yang berada pada keadaan serius menurut indikator status gizi BB/TB, yaitu : Kabupaten Garut, Kabupaten Cirebon, Kabupaten Subang, Kabupaten Karawang, Kota Bandung, Kota Cirebon dan Kota Depok.

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan di kalangan balita. Pada Tabel 3.5. dapat dilihat bahwa prevalensi kegemukan pada balita di Provinsi Jawa Barat (9,6%) di bawah prevalensi nasional (12,2%). Terdapat 3 kabupaten (Garut, Majalengka dan Sumedang) serta 2 kota (Bekasi dan Depok) dengan prevalensi kegemukan di atas prevalensi nasional.

d. 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. Hasil tabulasi silang antara status gizi BB/U, TB/U dan BB/TB dengan variabel-variabel karakteristik responden disajikan dalam tabel 3.2.1.4, tabel 3.2.1.5 dan tabel 3.2.1.6.

Pada tabel 3.2.1.4 dapat dilihat kaitan status gizi BB/U balita menurut karakteristik responden :

- a. Ditinjau dari kelompok umur terlihat prevalensi balita gizi kurang cenderung meningkat sedangkan gizi lebih cenderung menurun.
- b. Tidak terlihat perbedaan prevalensi gizi buruk, kurang, baik maupun lebih pada balita laki-laki dan balita perempuan.
- c. Berdasarkan pendidikan kepala keluarga (KK) terlihat bahwa semakin tinggi pendidikan KK maka semakin rendah prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk sebaliknya terlihat peningkatan prevalensi gizi lebih.
- d. Pada kelompok dengan KK berpenghasilan tetap (ABRI/Polri/PNS/BUMN dan pegawai swasta) ditemukan prevalensi gizi kurang lebih rendah akan tetapi prevalensi gizi lebih secara mencolok lebih tinggi.
- e. Prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di perkotaan sedikit lebih rendah dibandingkan di pedesaan.
- f. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan semakin rendah prevalensi gizi buruk dan gizi kurang, sebaliknya prevalensi gizi lebih cenderung lebih tinggi.

Tabel 3.2.1.4
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)*dan Karakteristik
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Kelompok umur (bulan)				
0 – 5	6,1	6,3	82,5	5,0
6 -11	3,9	6,9	84,2	5,0
12-23	3,6	9,6	82,7	4,1
24-35	3,6	12,2	81,3	3,0
36-47	4,0	13,8	79,2	3,0
48-60	3,0	12,3	81,5	3,2
Jenis kelamin				
Laki-laki	3,6	11,7	80,8	3,9
Perempuan	3,7	11,0	82,2	3,1
Pendidikan KK				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	4,3	12,1	80,6	3,1
Tamat SD	4,2	12,1	81,2	2,6
Tamat SLTP	2,5	11,7	81,6	4,1
Tamat SLTA	2,4	9,5	83,9	4,2
Tamat PT	2,3	6,0	84,9	6,8
Pekerjaan Utama KK				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	3,9	11,0	82,1	3,1
TNI/Polri/PNS/BUMN	3,9	5,0	84,0	7,1
Pegawai Swasta	1,8	9,0	85,5	3,6
Wiraswasta/dagang/jasa	3,4	11,1	81,5	3,9
Petani/nelayan	4,4	10,9	81,2	3,5
Buruh & lainnya	3,6	12,8	81,0	2,7
Tempat tinggal				
Kota	3,2	10,8	82,1	4,0
Desa	4,2	11,9	80,9	3,0
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	4,4	13,8	78,9	2,9
Kuintil 2	3,5	12,9	81,0	2,7
Kuintil 3	3,6	11,8	80,8	3,8
Kuintil 4	3,4	9,2	83,9	3,5
Kuintil 5	3,1	7,2	84,4	5,3

*)BB/U= Berat Badan menurut Umur

Tabel 3.2.1.4 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U dengan karakteristik responden dengan kecenderungan sebagai berikut :

- a. Menurut umur tampak peningkatan masalah pendek setelah balita mencapai usia 11 bulan.
- b. Menurut jenis kelamin tidak terlihat perbedaan masalah pendek pada balita yang mencolok.
- c. Semakin tinggi tingkat pendidikan KK, semakin rendah prevalensi pendek.
- d. Kelompok dengan KK berpenghasilan tetap (PNS/ABRI/POLRI/ BUMN/ dan pegawai swasta) memiliki prevalensi pendek lebih rendah dibandingkan keluarga dengan KK berpenghasilan tidak tetap.
- e. Prevalensi balita pendek di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.
- f. Prevalensi balita pendek cenderung lebih rendah seiring meningkatnya pengeluaran keluarga per kapita per bulan.

Tabel 3.2.1.5
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik
Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	12,0	11,1	76,9
6 -11	14,8	14,5	70,7
12-23	17,9	21,7	60,4
24-35	20,5	20,9	58,5
36-47	18,3	24,0	57,8
48-60	11,5	18,6	69,9
Jenis kelamin			
Laki-laki	17,1	20,0	63,0
Perempuan	14,4	19,5	66,1
Pendidikan KK			
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	17,0	20,9	62,1
Tamat SD	17,1	22,4	60,5
Tamat SLTP	16,6	19,6	63,8
Tamat SLTA	14,2	16,3	69,5
Tamat PT	8,4	15,9	75,7
Pekerjaan Utama KK			
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	15,5	20,8	63,6
TNI/Polri/PNS/BUMN	7,2	19,4	73,4
Pegawai Swasta	12,6	14,8	72,6
Wiraswasta/dagang/jasa	15,8	19,5	64,7
Petani/nelayan	19,1	20,3	60,7
Buruh & lainnya	16,9	22,3	60,8
Tempat tinggal			
Kota	13,7	17,9	68,4
Desa	17,9	21,7	60,3
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	18,8	21,9	59,3
Kuintil 2	17,1	20,7	62,2
Kuintil 3	15,5	22,3	62,2
Kuintil 4	13,4	17,0	69,6
Kuintil 5	12,3	14,6	73,1

**)TB/U= Tinggi Badan menurut Umur*

Tabel 3.2.1.6
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok umur (bulan)				
0 – 5	8,4	4,6	71,6	15,3
6 -11	4,6	8,7	75,2	11,4
12-23	4,9	5,2	78,6	11,3
24-35	3,7	4,4	82,6	9,2
36-47	2,1	5,1	84,6	8,1
48-60	2,5	5,5	83,7	8,2
Jenis kelamin				
Laki-laki	3,5	5,3	81,0	10,2
Perempuan	3,7	5,6	81,6	9,1
Pendidikan KK				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	4,3	4,5	82,5	8,7
Tamat SD	3,8	5,7	81,5	8,9
Tamat SLTP	2,5	5,1	82,5	9,8
Tamat SLTA	3,9	5,6	79,3	11,2
Tamat PT	1,4	4,6	83,0	10,9
Pekerjaan Utama KK				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	3,6	4,3	83,9	8,3
TNI/Polri/PNS/BUMN	1,2	5,7	83,3	9,8
Pegawai Swasta	4,1	5,6	79,1	11,2
Wiraswasta/dagang/jasa	3,3	5,5	81,1	10,2
Petani/nelayan	4,1	5,6	80,2	10,1
Buruh & lainnya	3,7	5,0	82,7	8,6
Tempat tinggal				
Kota	3,4	5,9	80,4	10,4
Desa	3,9	4,9	82,4	8,8
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	4,1	6,3	81,7	8,0
Kuintil 2	3,0	6,0	81,6	9,4
Kuintil 3	3,6	3,2	83,4	9,8
Kuintil 4	3,8	5,4	80,4	10,4
Kuintil 5	3,4	6,5	78,6	11,5

Tabel 3.2.1.6 memperlihatkan kecenderungan yang sama untuk status gizi BB/TB dengan karakteristik responden :

- a. Prevalensi balita kurus dan balita gemuk cenderung semakin rendah seiring bertambahnya umur. Keadaan demikian menarik untuk diteliti lebih lanjut.
- b. Tidak terlihat perbedaan prevalensi kurus antara balita laki-laki dan balita perempuan.
- c. Tidak ditemukan pola yang jelas antara tingkat pendidikan KK dengan prevalensi balita kurus, demikian pula halnya dengan pekerjaan utama KK .
- d. Tidak ada perbedaan mencolok masalah balita kurus di perkotaan dengan di pedesaan.
- e. Tidak tampak pola masalah kurus menurut tingkat pengeluaran keluarga perkapita per bulan, namun masalah kegemukan cenderung meningkat seiring meningkatnya pengeluaran per kapita per bulan.

Tabel 3.2.1.7 menyajikan gabungan prevalensi balita menurut ke tiga indikator status gizi yang digunakan yaitu BB/U (Gizi Buruk dan Kurang), TB/U (pendek), BB/TB (kurus). Indikator TB/U memberikan gambaran masalah gizi yang sifatnya kronis dan BB/TB memberikan gambaran masalah gizi yang sifatnya akut.

Tabel 3.2.1.7
Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	BB/U Buruk & Kurang	TB/U (Pendek)	BB/TB (Kurus)	Akut*	Kronis**
Kab. Bogor	15,9	31,7	9,3		
Kab.Sukabumi	13,6	39,8	10,0		√
Kab.Cianjur	14,8	45,1	5,4		√
Kab.Bandung	15,7	45,0	4,6		√
Kab.Garut	16,2	41,8	11,0	√	√
Kab.Tasikmalaya	16,2	43,4	7,5		√
Kab.Ciamis	15,6	33,4	7,2		
Kab.Kuningan	12,7	35,0	8,1		
Kab.Cirebon	22,2	34,1	14,3	√	
Kab.Majalengka	19,8	42,4	9,2		√
Kab.Sumedang	12,7	33,0	9,3		
Kab.Indramayu	18,8	35,4	7,3		
Kab.Subang	16,1	40,8	12,3	√	√
Kab.Purwakarta	12,1	30,7	7,4		
Kab.Karawang	9,4	34,4	12,9	√	
Kab.Bekasi	14,2	27,8	8,8		
Kota Bogor	13,4	28,3	4,0		
Kota Sukabumi	11,0	32,5	3,2		
Kota Bandung	10,6	29,3	10,4	√	
Kota Cirebon	18,6	35,0	11,5	√	
Kota Bekasi	12,6	21,5	10,0		
Kota Depok	12,3	29,0	12,6	√	
Kota Cimahi	12,0	33,1	5,6		
Kota Tasikmalaya	17,3	42,7	7,8		√
Kota Banjar	17,8	32,4	7,2		
JAWA BARAT	15,0	35,4	9,0		

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

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

Tujuh kabupaten/kota di Jawa Barat masih menghadapi permasalahan gizi akut yaitu Kabupaten Garut, Kabupaten Cirebon, Kabupaten Subang, Kabupaten Karawang, Kota Bandung, Kota Cirebon dan Kota Depok. Dua kabupaten yaitu Kabupaten Garut dan Kabupaten Subang menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Sebanyak 12 kabupaten/kota di provinsi Jawa Barat yang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka nasional dan masalah gizi akutnya belum mencapai kondisi serius.

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 3.2.2.1).

Tabel 3.2.2.1
Standar Penentuan Kurus dan Berat Badan (BB) 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 umum di Provinsi Jawa Barat prevalensi kurus adalah 10,9% pada laki-laki dan 8,3% pada perempuan. Sedangkan prevalensi BB lebih pada laki-laki 7,4% dan perempuan 4,6%.

Menurut kabupaten/kota, Kabupaten Majalengka mempunyai prevalensi kurus tertinggi pada anak laki-laki (15,4%) dan untuk anak perempuan di Kabupaten Indramayu (14,9%). Sedangkan prevalensi kurus terendah adalah di Kota Tasikmalaya yaitu 5,6% pada anak laki-laki dan pa perempuan ditemukan di Kota Cimahi (4,3%). (Tabel 3.11)

Lima kabupaten dengan prevalensi kurus tertinggi pada anak laki-laki adalah Kabupaten Majalengka (15,4%), Kota dan Kabupaten Cirebon (15,2%), Kabupaten Indramayu (14,6%) dan Kabupaten Subang (13,6%). Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di Kabupaten Indramayu (14,9), Cirebon (12,5%), Karawang (12,2%), Subang (11,1%), dan Majalengka (10,2%). Prevalensi kurus terendah untuk laki-laki adalah di Kota Tasikmalaya (5,6%) dan di Kota Cimahi untuk anak perempuan (4,3%).

Prevalensi BB-lebih pada anak umur 6 – 14 tahun tertinggi di Kota bogor untuk anak laki-laki (15,3%) dan untuk anak perempuan di Kota Depok (13,1%). Sedangkan prevalensi BB-lebih terendah pada anak umur 6 – 14 tahun ditemukan di Kota Sukabumi untuk anak laki-laki (2,1%) dan di Kabupaten Ciamis pada anak perempuan (1,3%).

Lima kabupaten/kota dengan prevalensi BB-lebih tertinggi pada anak laki-laki adalah di Kota Bogor (15,3%), Depok (14,5%), Bekasi (11,9%), Bandung (11,4%) dan Cirebon (9,6%). Sedangkan untuk anak perempuan terdapat di Kota Depok (13,1%), Bogor (8,6%), Tasikmalaya (8,3%) serta Kabupaten Sukabumi dan Subang masing-masing 7,4%.

Tabel 3.2.2.2
Prevalensi Kurus dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB-Lebih	Kurus	BB-Lebih
Kab.Bogor	10.3	4.6	8.1	4.0
Kab.Sukabumi	11.1	9.1	7.7	7.4
Kab.Cianjur	10.1	5.0	5.9	3.9
Kab.Bandung	8.4	4.6	5.8	2.7
Kab.Garut	10.5	9.2	8.6	4.6
Kab.Tasikmalaya	7.7	3.3	5.0	3.4
Kab.Ciamis	11.2	6.0	7.8	1.3
Kab.Kuningan	10.5	5.3	10.0	4.9
Kab.Cirebon	15.2	5.8	12.5	3.1
Kab.Majalengka	15.4	9.1	10.2	6.8
Kab.Sumedang	8.9	7.9	5.1	3.7
Kab.Indramayu	14.6	5.9	14.9	2.1
Kab.Subang	13.6	4.9	11.1	7.4
Kab.Purwakarta	12.2	2.4	5.1	2.2
Kab.Karawang	12.0	8.0	12.2	4.3
Kab.Bekasi	10.5	9.0	7.6	4.4
Kota Bogor	9.5	15.3	5.3	8.6
Kota Sukabumi	5.7	2.1	5.1	2.6
Kota Bandung	8.4	11.4	7.1	6.3
Kota Cirebon	15.2	9.6	9.9	5.3
Kota Bekasi	10.7	11.9	9.0	4.0
Kota Depok	12.9	14.5	7.8	13.1
Kota Cimahi	9.6	7.3	4.3	2.6
Kota Tasikmalaya	5.6	6.2	4.8	8.3
Kota Banjar	9.8	6.6	10.1	3.5
JAWA BARAT	10.9	7.4	8.3	4.6

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 >=18,5 - <24,9
Kategori BB lebih	IMT >=25,0 - <27,0
Kategori obese	IMT >=27,0

Indikator status gizi penduduk umur 15 tahun ke atas yang lain adalah ukuran lingkar perut (LP) untuk mengetahui adanya obesitas sentral. Lingkar 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.

a. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)

Tabel 3.2.3.1 menyajikan prevalensi penduduk menurut status IMT di masing-masing kabupaten/kota. Tabel 3.2.3.2 menyajikan prevalensi obesitas umum menurut kabupaten/kota di Jawa Barat. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan obese.

Tabel 3.2.3.1
Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB-Lebih	Obese
Kab.Bogor	15,8	65,1	8,2	10,9
Kab.Sukabumi	13,1	70,4	8,5	7,9
Kab.Cianjur	13,9	70,7	7,3	8,1
Kab.Bandung	14,0	61,7	10,2	14,1
Kab.Garut	12,9	71,0	7,6	8,5
Kab.Tasikmalaya	17,3	64,4	8,0	10,2
Kab.Ciamis	16,5	63,5	9,0	11,0
Kab.Kuningan	13,8	63,7	9,8	12,7
Kab.Cirebon	20,5	59,0	8,4	12,1
Kab.Majalengka	13,8	64,2	8,5	13,5
Kab.Sumedang	15,1	64,8	9,3	10,7
Kab.Indramayu	17,1	59,0	9,9	14,0
Kab.Subang	14,1	65,9	9,0	10,9
Kab.Purwakarta	15,4	61,0	10,2	13,3
Kab.Karawang	17,2	61,6	9,0	12,2
Kab.Bekasi	15,0	58,3	10,9	15,7
Kota Bogor	13,5	60,7	10,6	15,2
Kota Sukabumi	13,7	57,3	11,6	17,5
Kota Bandung	11,5	62,6	10,4	15,5
Kota Cirebon	18,9	55,6	9,2	16,4
Kota Bekasi	16,3	55,2	11,9	16,6
Kota Depok	10,1	60,3	10,2	19,3
Kota Cimahi	13,8	61,3	11,0	13,8
Kota Tasikmalaya	13,6	61,4	11,3	13,7
Kota Banjar	16,7	59,6	9,6	14,1
JAWA BARAT	14,9	63,1	9,4	12,6

Prevalensi obesitas umum di Provinsi Jawa Barat (22%) lebih tinggi daripada angka nasional (19,1%). Pada laki-laki, prevalensi obesitas umum sedikit di atas angka nasional, sedangkan pada perempuan prevalensi obesitas umum terlihat lebih tinggi dengan perbedaan yang cukup besar. Ada 4 kabupaten dengan prevalensi obesitas umum di bawah angka nasional yaitu Kabupaten Sukabumi, Cianjur, Garut dan Tasikmalaya dan 1 kabupaten sama dengan angka nasional yaitu Kabupaten Bogor.

Tabel 3.2.3.2
Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut
Jenis Kelamin dan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat,
Riskesdas 2007

Provinsi	Prevalensi obesitas umum (%)		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki dan Perempuan
Kab.Bogor	12.4	25.6	19,1
Kab.Sukabumi	10.3	22.7	16,4
Kab.Cianjur	8.2	22.8	15,4
Kab.Bandung	13.1	33.2	24.3
Kab.Garut	10.6	20.7	16.1
Kab.Tasikmalaya	10	25.5	18,2
Kab.Ciamis	11	27.6	20
Kab.Kuningan	14.3	29.3	22,5
Kab.Cirebon	12.6	27	20,5
Kab.Majalengka	14.1	28.7	22
Kab.Sumedang	10.9	28.1	20
Kab.Indramayu	12.2	35.5	23,9
Kab.Subang	10.5	28.7	19,9
Kab.Purwakarta	13.8	33.6	23,5
Kab.Karawang	13.6	29.2	21,2
Kab.Bekasi	20.1	32.4	26,6
Kota Bogor	18.8	31.7	25,8
Kota Sukabumi	22.3	35.3	29,1
Kota Bandung	18.5	33.3	25,9
Kota Cirebon	19	30.5	25,6
Kota Bekasi	24.4	32.6	28,5
Kota Depok	20.8	35.8	29,5
Kota Cimahi	19.3	29.9	24,8
Kota Tasikmalaya	18.2	31.2	25
Kota Banjar	15.9	30.1	23,7
JAWA BARAT	14,3	29	22

Tabel 3.2.3.3
Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut IMT
dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB Lebih	Obese
Tingkat Pendidikan				
Tidak Sekolah	24,4	57,9	7,6	10,1
Tidak Tamat SD	16,4	62,1	9,0	12,6
Tamat SD	13,1	64,8	9,7	12,4
SLTP	15,6	63,9	8,3	12,2
SLTA	13,9	62,8	9,9	13,3
PT	8,7	60,7	12,9	17,7
Tempat tinggal				
Perkotaan	14,0	60,8	10,3	14,9
Pedesaan	15,9	65,7	8,3	10,1
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil-1	18,3	65,0	7,5	9,2
Kuintil-2	17,1	64,2	8,1	10,6
Kuintil-3	15,4	63,6	9,3	11,8
Kuintil-4	12,8	63,8	9,6	13,8
Kuintil-5	11,7	59,6	11,8	16,9

Tabel 3.2.3.3. menyajikan hasil tabulasi silang status gizi penduduk dewasa menurut IMT dengan beberapa variabel karakteristik responden. Dari tabel ini terlihat bahwa :

- a. Persentase obesitas umum lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding daerah pedesaan.
- b. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumahtangga per kapita per bulan cenderung semakin tinggi persentase obesitas umum, ini berlaku juga untuk persentase BB lebih dan obese.
- c. Berdasarkan tingkat pendidikan terlihat persentase obesitas umum tertinggi pada kelompok dengan pendidikan perguruan tinggi.

b. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Lingkar Perut (LP)

Tabel 3.2.3.4 dan Tabel 3.2.3.5 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut kabupaten/kota, jenis kelamin dan karakteristik penduduk. Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko erat kaitannya dengan beberapa penyakit degeneratif. Untuk laki-laki dengan LP di atas 90 cm atau perempuan dengan LP di atas 80 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral (WHO Asia-Pasifik, 2005).

Tabel 3.2.3.4
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral (LP;L>90, P>80) *
Kab.Bogor	18.3
Kab.Sukabumi	16.6
Kab.Cianjur	15.7
Kab.Bandung	23.8
Kab.Garut	15.5
Kab.Tasikmalaya	19.4
Kab.Ciamis	18.2
Kab.Kuningan	22.1
Kab.Cirebon	19.8
Kab.Majalengka	22.1
Kab.Sumedang	18.3
Kab.Indramayu	24.4
Kab.Subang	21.4
Kab.Purwakarta	22.3
Kab.Karawang	23.1
Kab.Bekasi	27.4
Kota Bogor	28.1
Kota Sukabumi	28.8
Kota Bandung	25.7
Kota Cirebon	30.4
Kota Bekasi	49.2
Kota Depok	28.4
Kota Cimahi	27.5
Kota Tasikmalaya	23.1
Kota Banjar	24.4
JAWA BARAT	23.1

Catatan: *) LP= lingkar perut ; L =Laki-laki ; P = Perempuan

Prevalensi obesitas sentral secara umum di Provinsi Jawa Barat sebesar 23,1%, lebih tinggi daripada angka nasional (18,8%) Bila dilihat per-Kabupaten/Kota, maka prevalensi tertinggi di Kota Bekasi sebesar 49.2% dan terendah di Kabupaten Garut yaitu 15,5%.

Tabel 3.2.3.5
Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut
Karakteristik Responden dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Obesitas Sentral LP;L>90, P>82
Kelompok Umur	
15-24 Tahun	11.0
25-34 Tahun	21.7
35-44 Tahun	11.0
45-54 Tahun	31.0
55-64 Tahun	28.5
65-74 Tahun	22.2
75+ Tahun	18.3
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	9,2
Perempuan	35,9
Pendidikan	
Tidak Sekolah	23.5
Tidak Tamat SD	23.3
Tamat SD	22.3
Tamat SMP	20.5
Tamat SMA	24.4
Tamat PT	32.6
Pekerjaan	
Tidak Kerja	16.9
Sekolah	11.3
Ibu Rumah Tangga	41.1
Pegawai	24.6
Wiraswasta	21.6
Petani/Nelayan/Buruh	9.5
Lainnya	21.6
Klasifikasi Daerah	
Perkotaan	27,4
Perdesaan	18,2
Tingkat pengeluaran perkapita	
Kuintil-1	17.9
Kuintil-2	20.7
Kuintil-3	21.6
Kuintil-4	24.5
Kuintil-5	29.6

*IMT = indeks massa tubuh LP= lingkar perut

Menurut kelompok umur, prevalensi obesitas sentral cenderung meningkat sampai kelompok umur 45-54 tahun (31.0%) untuk selanjutnya berangsur menurun. Prevalensi obesitas sentral pada perempuan (35,9%) jauh lebih tinggi dibandingkan laki-laki (9,2%). Berdasarkan tingkat pendidikan terlihat prevalensi tertinggi pada kategori pendidikan tamat perguruan tinggi yaitu sebesar 32,6%. Untuk tingkat pendidikan yang lebih rendah prevalensinya bervariasi antara 23.3%-23.5%. Berdasarkan pekerjaan, maka prevalensi tertinggi obese sentral terjadi pada ibu rumah tangga selanjutnya pada pegawai. Prevalensi di daerah perkotaan (27,4%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (18,2%). Semakin

meningkat tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan prevalensi obesitas sentral juga cenderung makin tinggi.

Tabel 3.2.3.6 menyajikan gambaran masalah gizi pada WUS yang diukur dengan LILA. 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 3.2.3.7 menunjukkan prevalensi resiko KEK tertinggi di Provinsi Jawa Barat ditemukan di Kabupaten Cirebon (20,7%) dan selanjutnya di Kabupaten Sukabumi (17,1%). Prevalensi terendah didapatkan di Kota Depok yaitu 8,1%.

Tabel 3.2.3.6.
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

Tabel 3.2.3.7
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Risiko KEK* (%)
Kab.Bogor	10,7
Kab.Sukabumi	17,1
Kab.Cianjur	12,5
Kab.Bandung	11,9
Kab.Garut	10,3
Kab.Tasikmalaya	9,8
Kab.Ciamis	13,9
Kab.Kuningan	14,5
Kab.Cirebon	20,7
Kab.Majalengka	8,5
Kab.Sumedang	15,7
Kab.Indramayu	11,6
Kab.Subang	10,2
Kab.Purwakarta	13,7
Kab.Karawang	9,3
Kab.Bekasi	8,7
Kota Bogor	10,2
Kota Sukabumi	9,9
Kota Bandung	11,3
Kota Cirebon	15,9
Kota Bekasi	11,7
Kota Depok	8,1
Kota Cimahi	15,8
Kota Tasikmalaya	13,1
Kota Banjar	13,1
JAWA BARAT	12,0

3.2.4. Konsumsi Energi Dan Protein

Data konsumsi 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 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.

Data pada Tabel 3.19 disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari yang diperoleh dari data konsumsi rumah tangga dibagi jumlah anggota rumah tangga yang telah distandarisasi menurut umur dan jenis kelamin, serta sudah dikoreksi dengan tamu yang ikut makan.

Tabel 3.2.4.1
Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari
Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Energi		Protein	
	Rata-rata	SD	Rata-rata	SD
Kab. Bogor	1594.3	583.8	51.8	22.4
Kab. Sukabumi	1611.9	622.8	54.1	23.8
Kab. Cianjur	1718.5	644.3	52.1	23.3
Kab. Bandung	1613.6	570.6	56.2	25.5
Kab. Garut	1712.2	671.8	51.7	25.5
Kab. Tasikmalaya	1299.8	533.4	38.4	20.9
Kab. Ciamis	1646.5	602.4	48.4	23.0
Kab. Kuningan	1981.2	736.2	65.7	28.3
Kab. Cirebon	1522.5	544.5	53.0	24.2
Kab. Majalengka	1519.6	582.1	46.5	19.8
Kab. Sumedang	1807.8	687.6	61.0	28.1
Kab. Indramayu	1802.4	486.2	56.3	19.5
Kab. Subang	1842.9	557.7	55.2	19.6
Kab. Purwakarta	1491.2	616.1	57.6	26.6
Kab. Karawang	1799.9	651.8	58.9	24.2
Kab. Bekasi	1516.6	528.1	48.1	20.5
Kota Bogor	1674.2	609.4	58.6	26.0
Kota Sukabumi	1610.8	583.4	54.6	23.7
Kota Bandung	1687.2	648.4	61.2	26.6
Kota Cirebon	1604.7	579.2	52.1	23.5
Kota Bekasi	1416.3	485.0	51.5	21.7
Kota Depok	1553.6	651.2	57.5	26.4
Kota Cimahi	1623.4	614.9	55.4	23.6
Kota Tasikmalaya	1836.2	656.8	60.0	28.1
Kota Banjar	1811.5	638.2	55.3	24.4
Jawa Barat	1636.7	615.7	53.8	24.3

Rata-rata konsumsi per kapita per hari penduduk Indonesia adalah 1735,5 kkal untuk energi dan 55,5 gram untuk protein. Rata-rata konsumsi penduduk Jawa Barat lebih rendah dibandingkan angka nasional yaitu 1636,7 kkal untuk energi dan 53,8 gram untuk protein. Wilayah dengan angka konsumsi energi terendah adalah Kabupaten Tasikmalaya (1299,8 kkal) dan dengan angka konsumsi energi tertinggi adalah Kabupaten Kuningan (1981,2 kkal). Kabupaten dengan konsumsi protein terendah adalah Kabupaten Tasikmalaya (38,4 gram) dan dengan konsumsi protein tertinggi adalah Kuningan (65,7 gram)

Tabel 3.2.4.2. adalah informasi prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007 menurut provinsi. Data pada tabel 3.20 tersebut menunjukkan bahwa prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein dibawah rerata nasional (1735 kkal energi dan 55,5 gram protein) masing-masing sebesar 63,1% dan 61,1%. Prevalensi tertinggi untuk rerata konsumsi energi dan protein yang lebih rendah dari rerata angka nasional adalah di kabupaten Tasikmalaya (85,1 % dan 84,3 %). Prevalensi konsumsi energi dan protein yang lebih rendah dari angka nasional adalah kabupaten Kuningan yaitu 42,5 % dan 42,8 %.

Tabel 3.2.4.2
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein
Lebih Rendah dari Rerata Nasional Menurut Kabupaten/Kota
Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Kab. Bogor	65.9	64.8
Kab. Sukabumi	65.0	61.1
Kab. Cianjur	59.2	63.3
Kab. Bandung	65.4	56.9
Kab. Garut	59.4	65.5
Kab. Tasikmalaya	85.1	84.3
Kab. Ciamis	64.6	70.3
Kab. Kuningan	42.5	42.8
Kab. Cirebon	70.4	62.6
Kab. Majalengka	72.3	74.5
Kab. Sumedang	52.7	51.2
Kab. Indramayu	48.6	52.7
Kab. Subang	47.1	59.8
Kab. Purwakarta	67.2	53.5
Kab. Karawang	52.4	50.7
Kab. Bekasi	71.2	72.2
Kota Bogor	61.9	53.2
Kota Sukabumi	63.4	57.8
Kota Bandung	58.3	49.5
Kota Cirebon	64.4	64.4
Kota Bekasi	78.5	66.4
Kota Depok	67.3	54.6
Kota Cimahi	64.8	56.5
Kota Tasikmalaya	49.0	52.2
Kota Banjar	51.3	57.8
Jawa Barat	63.1	61.1

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

Tabel 3.2.4.3 informasi tentang prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional dari data Riskesdas 2007 menurut klasifikasi desa (kota/desa) dan kuintil pengeluaran RT. Prevalensi RT di perkotaan dengan konsumsi “energi rendah” lebih tinggi dari RT di perdesaan, sebaliknya prevalensi RT di perdesaan dengan konsumsi “protein rendah” lebih tinggi dari RT di perkotaan.

Data pada Tabel 3.2.4.3 menunjukkan bahwa prevalensi RT dengan konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah” menurut tingkat pengeluaran RT per kapita menunjukkan pola yang spesifik, yaitu semakin tinggi tingkat pengeluaran RT per kapita, semakin rendah prevalensi RT dengan konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah”.

Tabel 3.2.4.3
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari
Rerata Nasional Menurut Karakteristik Responden dan Kabupaten/Kota Di
Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Klasifikasi desa		
Perkotaan	65,3	58,9
Perdesaan	60,8	63,3
Tingkat Pengeluaran Per Kapita		
Kuintil – 1	70,2	71,9
Kuintil – 2	64,4	65,8
Kuintil – 3	63,3	61,6
Kuintil – 4	61,1	58,0
Kuintil – 5	56,1	47,8

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

3.2.5. Konsumsi Garam Beriodium

Informasi mengenai konsumsi garam beriodium pada 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.

Disamping itu, secara nasional juga dikumpulkan sampel garam dari 30 kabupaten/kota yang dikonsumsi oleh rumah tangga untuk dilakukan pengecekan kadar iodiumnya dengan metode titrasi. Bersamaan dengan sampel garam rumah tangga tersebut, dikumpulkan urin dari anak usia 6-12 tahun untuk dilakukan pengecekan kadar iodium dalam urin.

Pada penulisan laporan ini yang disajikan hanya yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3) berdasarkan hasil tes cepat.

Tabel 3.2.5.1 memperlihatkan persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3) menurut kabupaten/kota. Secara umum di Provinsi Jawa Barat baru sebanyak 58,6% rumah tangga mempunyai garam cukup iodium. Pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO Universal Salt Iodization (USI) atau “garam beriodium untuk semua” yaitu minimal 90% rumah-tangga menggunakan garam cukup iodium. Baru satu daerah yaitu Kota Bandung dengan pencapaian $>90\%$ rumah tangga.

Tabel 3.2.5.2 memperlihatkan persentase rumah-tangga mempunyai garam cukup iodium menurut karakteristik responden. Dilihat dari tingkat pendidikan, tampaknya tidak ada pengaruh antara tingkat pendidikan dengan rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium. Kepala keluarga yang tidak bekerja atau ibu rumah tangga merupakan rumah tangga dengan persentase tinggi dibandingkan jenis pekerjaan lainnya baik sebagai PNS, swasta, petani dan lain-lain. Berdasarkan tempat tinggal, persentase rumah-tangga yang mempunyai garam cukup iodium di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan tampak kecenderungan

semakin tinggi persentase yang mempunyai garam cukup iodium sejalan dengan meningkatnya pengeluaran per kapita.

Tabel 3.2.5.1
Persentase Rumah-Tangga yang Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Jawa Barat¹, Riskesdas 2007.

Kabupaten/Kota	Rumah-tangga mempunyai garam cukup iodium (%)
Kab.Bogor	55,6
Kab.Sukabumi	36,2
Kab.Cianjur	47,2
Kab.Bandung	67,3
Kab.Garut	46,5
Kab.Tasikmalaya	59,1
Kab.Ciamis	58,4
Kab.Kuningan	77,0
Kab.Cirebon	61,9
Kab.Majalengka	63,5
Kab.Sumedang	67,8
Kab.Indramayu	53,8
Kab.Subang	63,0
Kab.Purwakarta	50,9
Kab.Karawang	33,9
Kab.Bekasi	34,0
Kota Bogor	86,2
Kota Sukabumi	46,2
Kota Bandung	93,0
Kota Cirebon	79,8
Kota Bekasi	56,5
Kota Depok	71,2
Kota Cimahi	84,3
Kota Tasikmalaya	70,2
Kota Banjar	40,5
JAWA BARAT	58,6

Tabel 3.2.5.2
Persentase Rumah-Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rumah-tangga mempunyai garam cukup iodium (%)
Pendidikan Kepala Keluarga	
Tidak Sekolah	56,5
Tidak Tamat SD	59,1
Tamat SD	58,8
Tamat SMP	58,9
Tamat SLTA	58,4
SLTA+	59,2
Pekerjaan Kepala Keluarga	
Tidak Bekerja	63,3
Ibu Rumahtangga	62,2
PNS/Polri /TNI	57,2
Wiraswasta/Swasta	57,7
Petani/ Buruh/ Nelayan	58,6
Lainnya	56,3
Tempat tinggal	
Perkotaan	70,4
Pedesaan	46,5
Tingkat pengeluaran perkapita	
Kuintil-1	48,4
Kuintil-2	53,0
Kuintil-3	58,7
Kuintil-4	62,9
Kuintil-5	70,2

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.

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 imunisasi untuk BCG, polio, DPT, HB, dan campak yang berbeda, bayi umur 0-11 bulan dikeluarkan dari analisis imunisasi. Hal ini disebabkan karena bila bayi umur 0-11 bulan dimasukkan dalam analisis, dapat memberikan interpretasi yang berbeda karena sebagian bayi belum mencapai umur untuk imunisasi tertentu, atau belum mencapai frekuensi imunisasi tiga kali.

Oleh karena itu hanya anak umur 12-59 bulan yang dimasukkan dalam analisis imunisasi. Berbeda dengan Laporan Nasional, analisis imunisasi di tingkat provinsi tidak memasukkan analisis untuk anak umur 12-23 bulan, tetapi hanya anak umur 12-59 bulan. Alasan untuk tidak memasukkan analisis imunisasi anak 12-23 bulan karena di beberapa kabupaten/ kota, jumlah sampel sedikit sehingga tidak dapat mencerminkan cakupan imunisasi yang sebenarnya dengan sampel sedikit.

Cakupan imunisasi pada anak umur 12 – 59 bulan dapat dilihat pada empat tabel berikut. Tabel 3.3.1.1 menunjukkan tiap jenis imunisasi yaitu BCG, tiga kali polio, tiga kali DPT, tiga kali HB, dan campak menurut kabupaten/kota dan karakteristik. Tabel 3.25 dan 3.26 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
Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Imunisasi				
	BCG	POLIO 3	DPT 3	HB 3	CAMPAK
Kab.Bogor	84,1	60,8	53,7	52,9	75,9
Kab.Sukabumi	90,1	76,3	63,2	55,6	76,3
Kab.Cianjur	63,6	37,4	23,0	22,7	56,0
Kab.Bandung	96,1	66,4	58,6	54,7	87,5
Kab.Garut	74,8	64,7	54,1	52,0	85,5
Kab.Tasikmalaya	88,1	66,7	62,0	62,3	83,5
Kab.Ciamis	96,2	69,0	60,3	53,3	88,8
Kab.Kuningan	96,1	81,8	76,9	79,8	94,1
Kab.Cirebon	88,9	67,5	60,8	58,0	88,3
Kab.Majalengka	97,0	76,0	69,4	74,6	96,9
Kab.Sumedang	96,8	96,2	89,4	84,4	100,0
Kab.Indramayu	84,3	54,1	44,2	37,6	74,8
Kab.Subang	89,1	61,1	51,1	48,3	83,1
Kab.Purwakarta	71,0	53,7	31,2	30,6	72,0
Kab.Karawang	79,4	61,8	31,8	32,2	69,2
Kab.Bekasi	83,9	61,1	48,9	47,5	74,1
Kota Bogor	95,7	77,8	77,3	73,1	96,6
Kota Sukabumi	95,8	72,5	68,4	67,2	89,7
Kota Bandung	98,7	84,4	86,7	82,8	94,9
Kota Cirebon	96,4	81,3	79,3	74,1	92,9
Kota Bekasi	83,8	78,9	68,5	62,2	93,8
Kota Depok	93,9	77,3	66,1	66,9	93,2
Kota Cimahi	97,7	84,7	81,2	75,8	89,3
Kota Tasikmalaya	97,1	64,2	48,7	51,8	77,5
Kota Banjar	93,5	90,3	84,8	84,6	92,5
Jawa Barat	86,9	66,5	57,5	55,2	82,4

*Imunisasi untuk anak umur 12-23 bulan tidak dianalisis karena sampel sedikit di beberapa kabupaten/ kota

*Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi Jawa Barat untuk BCG 87,3%, polio3 67,5%, DPT3 61,8%, HB3 59,8%, campak 78,9%

Secara keseluruhan, cakupan imunisasi yang tertinggi adalah imunisasi BCG (86,9%) dan terendah adalah imunisasi HB3 (55,2%). Dari 25 kabupaten/kota yang berada di wilayah Jawa Barat, 21 kabupaten/kota telah mencapai cakupan imunisasi BCG sesuai target nasional, kecuali Kabupaten Cianjur (63,6%), Kabupaten Garut (74,8%), Kabupaten Purwakarta (71,0%), dan Kabupaten Karawang (79,4%).

Berbeda dengan cakupan imunisasi BCG, untuk imunisasi Polio sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat belum bisa mencapai target nasional. Kabupaten yang telah mencapai target nasional adalah Kabupaten Kuningan (81,8%), Kabupaten Sumedang (96,2%), Kota Bandung (86,7%), Kota Cirebon (81,3%), Kota Cimahi (84,7%) dan Kota Banjar (90,3%).

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.

Tidak berbeda dengan imunisasi Polio, untuk imunisasi DPT, 21 dari 25 kabupaten/kota yang berada di Provinsi Jawa Barat pencapaian imunisasi DPT masih dibawah target nasional. Hanya 4 kabupaten/kota yang telah mencapai target nasional yaitu: Kabupaten Sumedang (89,4%), Kota Bandung (86,7%), Kota Cimahi (81,2%) dan Kota Banjar (84,6%).

Begitu pula untuk imunisasi Hepatitis sebagian besar kabupaten/kota belum dapat mencapai target nasional. Tiga kabupaten/kota yang telah dapat mencapai target nasional Kabupaten Sumedang (84,4%), Kota Bandung (86,7%) dan Kota Banjar (84,6%), sedangkan cakupan terendah ada di Kota Tasikmalaya (51,8%). 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 jenis imunisasi Campak di Provinsi Jawa Barat masih ada delapan kabupaten/kota yang mempunyai angka cakupan dibawah target nasional. Ke delapan kabupaten/kota tersebut adalah: Kabupaten Bogor (75,9%), Kabupaten Sukabumi (76,3%), Kabupaten Cianjur (56,0%), Kabupaten Indramayu (74,8%), Kabupaten Purwakarta (72,0%), Kabupaten Karawang (69,2%), Kabupaten Bekasi (74,1%) dan Kota Tasikmalaya (77,5%).

Tabel 3.3.1.2 menyajikan cakupan imunisasi berdasarkan karakteristik responden. Tidak ada perbedaan pencapaian cakupan imunisasi dasar pada balita laki-laki dengan balita perempuan. Berdasarkan tingkat pendidikan KK dan tingkat pengeluaran per kapita tampak peningkatan cakupan untuk semua jenis imunisasi seiring meningkatnya pendidikan atau pengeluaran per kapita. Dilihat dari daerah tinggal, cakupan imunisasi anak di perkotaan lebih tinggi dari pada anak di pedesaan.

Dilihat dari latar belakang pekerjaan kepala keluarga hanya kepala keluarga yang bekerja sebagai PNS/POLRI/TNI yang memiliki cakupan imunisasi dasar lengkap yang tinggi (melebihi target nasional). Sebaliknya pada balita dengan kepala keluarga bekerja sebagai petani/buruh/nelayan Persentase bayi yang mendapatkan imunisasi BCG, polio, DPT, hepatitis dan campak terendah diantara kelompok pekerjaan KK yang lain.

Tabel 3.3.1.2
Persentase Anak Umur 12-23 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Imunisasi				
	BCG	POLIO 3	DPT 3	HB 3	CAMPAK
Umur (bulan)					
12 – 23	89,4	69,9	64,1	61,8	80,8
24 – 35	87,5	65,8	56,2	54,4	84,5
36 – 47	87,9	72,1	61,2	60,2	86,1
48 – 59	88,6	68,2	59,5	55,9	84,1
Jenis Kelamin					
Laki-laki	88,8	70,1	60,4	57,9	83,7
Perempuan	87,8	67,9	60,2	58,4	84,0
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	74,0	52,5	41,3	43,2	75,0
Tidak tamat SD	81,6	59,0	46,9	43,7	74,8
Tamat SD	85,3	64,3	52,8	52,2	80,0
Tamat SMP	91,2	73,5	66,8	64,9	87,4
Tamat SLTA	96,3	76,8	74,3	67,9	91,4
Perguruan tinggi	97,5	86,2	80,5	76,9	96,5
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	89,5	69,4	59,1	59,6	81,2
Ibu rumah tangga	90,5	69,9	60,9	54,4	86,8
PNS/POLRI/TNI	96,9	84,6	81,3	73,5	95,2
Wiraswasta	91,8	73,4	67,6	64,5	88,6
Petani/Buruh/Nelayan	84,5	62,4	51,2	49,7	78,4
Lainnya	88,7	76,0	69,6	70,8	80,7
Tempat tinggal					
Kota	93,1	74,1	68,0	64,6	88,2
Desa	82,4	62,7	50,3	49,5	78,2
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil-1	82,6	62,1	50,7	49,6	77,0
Kuintil-2	88,2	66,5	55,1	53,5	82,5
Kuintil-3	89,7	69,1	60,8	60,5	84,9
Kuintil-4	89,6	71,7	66,5	63,5	86,7
Kuintil-5	94,7	80,6	75,2	69,0	92,0

Tabel 3.3.1.3
Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten\Kota	Imunisasi Dasar		
	Lengkap	Tdk Lengkap	Tidak Sama Sekali
Kab.Bogor	39,2	54,3	6,4
Kab.Sukabumi	25,7	72,1	2,2
Kab.Cianjur	11,2	76,4	12,4
Kab.Bandung	39,3	58,5	2,3
Kab.Garut	17,6	67,4	14,9
Kab.Tasikmalaya	39,0	56,0	4,9
Kab.Ciamis	35,8	62,3	1,9
Kab.Kuningan	55,7	43,6	0,7
Kab.Cirebon	35,3	60,4	4,3
Kab.Majalengka	54,4	44,1	1,5
Kab.Sumedang	65,5	33,1	1,4
Kab.Indramayu	23,6	68,8	7,6
Kab.Subang	23,0	70,4	6,7
Kab.Purwakarta	22,2	69,6	8,2
Kab.Karawang	19,8	72,5	7,7
Kab.Bekasi	32,9	59,8	7,3
Kota Bogor	54,3	45,7	0
Kota Sukabumi	50,0	49,2	0,8
Kota Bandung	58,9	40,5	0,6
Kota Cirebon	62,3	35,1	2,6
Kota Bekasi	33,1	64,0	2,9
Kota Depok	48,4	50,8	0,8
Kota Cimahi	66,5	32,1	1,4
Kota Tasikmalaya	28,6	66,4	5,0
Kota Banjar	67,3	30,9	1,9
Jawa Barat	35,2	59,6	5,2

Imunisasi dasar lengkap:

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

* Imunisasi dasar lengkap untuk anak umur 12-23 bulan tidak dianalisis karena sampel sedikit di beberapa kabupaten/ kota

* Imunisasi dasar anak umur 12-23 bulan di Provinsi Jawa Barat untuk lengkap 41,4%, tidak lengkap 53,3% dan tidak sama sekali 5,3%.

Gambaran cakupan imunisasi dasar anak umur 12-59 bulan kurang menggembirakan. Masih ada 5,2% anak 12-59 bulan yang sama sekali tidak mendapat imunisasi. Yang mendapat imunisasi dasar lengkap hanya 35,2% artinya lebih rendah dari pencapaian nasional (46,2%) dan masih jauh dari target nasional (80%). Bila dilihat per-kabupaten/kota maka, tidak satupun kabupaten/kota yang mencapai target nasional. Cakupan imunisasi dasar lengkap tertinggi di Kota Banjar yaitu 67,3% dan terendah di Kabupaten Cianjur yaitu 11,2%.

Tabel 3.3.1.4
Persentase Anak Umur 12-23 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Imunisasi Dasar		
	Lengkap	Tidak Lengkap	Tidak Sama Sekali
Jenis Kelamin			
Laki-laki	46,3	51,1	2,6
Perempuan	29,5	63,2	7,3
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	24,4	63,7	11,9
Tidak tamat SD	25,7	65,4	8,9
Tamat SD	32,7	62,1	5,3
Tamat SMP	45,2	51,8	3,0
Tamat SMA	49,4	49,3	1,4
Perguruan tinggi	59,8	39,4	0,8
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	38,3	58,1	3,6
Ibu rumah tangga	38,2	57,8	3,9
PNS/POLRI/TNI	57,7	42,3	0
Wiraswasta	44,9	51,9	3,1
Petani/nelayan/buruh	30,8	62,7	6,5
Lainnya	47,3	48,8	3,9
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	31,0	61,3	7,7
Kuintil 2	36,0	59,5	4,5
Kuintil 3	39,4	56,7	3,9
Kuintil 4	43,1	52,8	4,1
Kuintil 5	49,2	48,9	1,9

Tabulasi silang cakupan imunisasi dasar berdasarkan karakteristik responden memperlihatkan persentase imunisasi dasar lengkap pada anak laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan. Cakupan imunisasi dasar lengkap meningkat sejalan dengan meningkatnya pendidikan KK. Akan tetapi tidak terlihat perbedaan cakupan imunisasi dasar lengkap dengan tingkat pengeluaran per kapita. Menurut pekerjaan KK, cakupan imunisasi dasar lengkap tertinggi pada kelompok KK PNS/Polri/TNI (57,7%) dan terendah pada KK yang bekerja sebagai Petani/Buruh/Nelayan (30,8%).

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, frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir 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”.

Tabel 3.3.2.1
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir
dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Frekuensi Penimbangan		
	Tdk Pernah	1-3 Kali	≥ 4 Kali
Kab.Bogor	37,7	27,0	35,3
Kab.Sukabumi	32,8	23,9	43,3
Kab.Cianjur	39,4	32,4	28,2
Kab.Bandung	26,7	19,3	54,0
Kab.Garut	5,5	38,2	56,4
Kab.Tasikmalaya	11,4	42,8	45,9
Kab.Ciamis	41,1	11,9	47,0
Kab.Kuningan	7,9	17,2	74,8
Kab.Cirebon	29,1	15,1	55,7
Kab.Majalengka	27,2	15,3	57,4
Kab.Sumedang	27,1	14,0	59,0
Kab.Indramayu	36,0	26,8	37,2
Kab.Subang	32,8	17,7	49,5
Kab.Purwakarta	24,1	31,1	44,8
Kab.Karawang	36,3	30,8	33,0
Kab.Bekasi	37,1	27,7	35,2
Kota Bogor	32,6	11,6	55,8
Kota Sukabumi	25,5	15,8	58,7
Kota Bandung	33,6	13,0	53,4
Kota Cirebon	20,6	16,9	62,5
Kota Bekasi	45,2	24,8	30,0
Kota Depok	41,1	23,7	35,2
Kota Cimahi	26,9	18,7	54,4
Kota Tasikmalaya	17,4	24,2	58,4
Kota Banjar	6,2	20,0	73,8
Jawa Barat	14,6	29,4	56,0

Menimbang balita ke sarana pelayanan kesehatan sebulan sekali amat penting untuk melihat pertumbuhan dan kesehatan anak. Gambaran penimbangan anak umur 6-59 bulan dalam 6 bulan terakhir di Jawa Barat menunjukkan 14,6% anak umur 6-59 bulan yang tidak pernah ditimbang. Cakupan penimbangan rutin bervariasi, tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 74,8% dan terendah di Kabupaten Cianjur sebesar 28,2%. Pencapaian penimbangan teratur di Jawa Barat (47,6%) lebih tinggi dari persentase nasional (45,4%).

Tabel 3.3.2.2
Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir
dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi Penimbangan (Kali)		
	Tdk Pernah	1-3 Kali	≥ 4 Kali
Umur (bulan)			
0 – 5	13.8	64.2	22.0
6 – 11	6.1	18.3	75.6
12 – 23	8.2	22.7	69.1
24 – 35	14.0	27.4	58.7
36 – 47	15.8	26.7	57.5
48 – 59	25.6	24.3	50.1
Jenis kelamin			
Laki-laki	29.8	22.7	47.5
Perempuan	29.8	22.6	47.6
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	35.5	22.7	41.9
Tidak tamat SD	33.7	24.2	42.0
Tamat SD	28.7	23.9	47.4
Tamat SMP	25.5	24.5	50.0
Tamat SMA	27.4	21.4	51.3
Perguruan tinggi	32.4	18.3	49.3
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	31.0	22.8	46.3
Ibu rumah tangga	27.4	20.7	51.8
PNS/POLRI/TNI	29.5	15.4	55.1
Wiraswasta	28.1	23.6	48.3
Petani/nelayan/buruh	30.8	23.6	45.5
Lainnya	27.3	16.9	55.7
Tempat tinggal			
Kota	29.5	21.2	49.3
Desa	30.0	24.6	45.4
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	30.7	22.3	47.1
Kuintil 2	30.0	22.3	47.7
Kuintil 3	31.2	21.1	47.7
Kuintil 4	27.9	24.7	47.4
Kuintil 5	28.1	23.6	48.3

Berdasarkan karakteristik responden tampak bahwa persentase menurun dengan meningkatnya umur anak kecuali pada kelompok 0-5 bulan. Tidak terlihat perbedaan penimbangan teratur antara anak laki-laki dan anak perempuan. Cukup menarik bahwa persentase penimbangan teratur lebih rendah pada kelompok pendidikan KK di bawah SMP dibandingkan dengan kelompok KK dengan pendidikan lebih tinggi.

Persentase penimbangan teratur pada KK PNS/Polri/TNI (55,1%) lebih tinggi dibandingkan pekerjaan lainnya. Tinggi Berdasarkan tempat tinggal terlihat persentase penimbangan teratur di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (49,3% dengan 45,4%). Selanjutnya tidak terlihat perbedaan persentase penimbangan teratur menurut kelompok pengeluaran per kapita per bulan.

Berdasarkan Tabel 3.3.2.2 tentang persentase tempat penimbangan anak menurut karakteristik di Jawaq Barat dapat disimpulkan :

- Tidak terlihat perbedaan persentase penimbangan ke posyandu pada semua kelompok umur kecuali kelompok umur di bawah 6 bulan.
- Persentase penimbangan ke Posyandu lebih tinggi di pedesaan (92,1%) di perkotaan (84,3%).
- Tidak ada perbedaan persentase tempat penimbangan pada anak laki-laki dan anak perempuan.
- Persentase penimbangan ke posyandu lebih kecil pada kelompok dengan pendidikan lebih tinggi.
- Semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita sehari, persentase anak yang ke RS meningkat dan sebaliknya ke posyandu menurun.

Pada tabel 3.3.2.3 disajikan persentase balita menurut tempat penimbangan. Posyandu merupakan tempat penimbangan yang dikunjungi oleh sebagian besar balita (87,0%) dengan persentase tertinggi di Kabupaten Cirebon (95,2%) dan terendah berkunjung ke posyandu adalah Kota Bekasi (67,2%). Cakupan tempat penimbangan di Posyandu balita di Provinsi Jawa Barat lebih tinggi dibandingkan angka nasional (78,3%).

Tabel 3.3.2.3
Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat , Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Kab.Bogor	2,1	3,9	0,3	87,5	6,3
Kab.Sukabumi	2,2	1,8	0	93,8	2,2
Kab.Cianjur	0,5	3,2	2,7	87,2	6,4
Kab.Bandung	1,6	3,7	1,0	88,8	5,0
Kab.Garut	5,0	7,5	1,2	83,2	3,1
Kab.Tasikmalaya	0,5	1,0	3,5	92,1	3,0
Kab.Ciamis	1,3	1,9	0,6	92,5	3,8
Kab.Kuningan	2,0	1,4	1,4	91,8	3,4
Kab.Cirebon	0,8	0,8	0,4	95,2	2,8
Kab.Majalengka	1,3	0	0,7	94,7	3,3
Kab.Sumedang	1,8	3,1	0,6	94,5	0
Kab.Indramayu	2,4	1,8	3,5	90,0	2,4
Kab.Subang	0	4,6	1,5	90,1	3,8
Kab.Purwakarta	1,7	6,7	1,7	81,7	8,3
Kab.Karawang	0,5	2,2	2,7	87,4	7,1
Kab.Bekasi	5,5	2,1	2,1	78,7	11,5
Kota Bogor	6,1	2,3	1,5	84,1	6,1
Kota Sukabumi	2,7	2,0	0	93,2	2,0
Kota Bandung	4,6	3,6	0	86,2	5,6
Kota Cirebon	1,5	2,9	0	89,1	6,6
Kota Bekasi	10,9	3,1	3,9	67,2	14,8
Kota Depok	7,7	2,3	1,5	70,0	18,5
Kota Cimahi	3,1	1,3	0,9	84,3	10,3
Kota Tasikmalaya	4,7	2,0	0	85,8	7,4
Kota Banjar	3,5	0,5	0,5	93,9	1,5
JAWA BARAT	2,8	2,8	1,4	87,0	6,0

Tabel 3.3.2.4
Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan
Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskes	Polindes	Posyandu	Lainnya
Umur (Bulan)					
0 – 5	4,8	2,7	4,0	68,4	20,1
6 – 11	3,0	3,2	1,4	86,3	6,1
12 – 23	2,6	2,3	,9	89,3	4,9
24 – 35	2,5	2,6	1,2	90,2	3,4
36 – 47	2,4	2,4	0,7	91,0	3,4
48 – 59	2,8	2,7	1,0	89,3	4,2
Jenis Kelamin					
Laki-laki	2,7	2,5	1,2	88,0	5,6
Perempuan	2,7	2,7	1,3	87,5	5,7
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	2,3	1,5	0,8	91,7	3,8
SD tidak tamat	2,6	2,1	1,2	90,4	3,7
SD tamat	1,6	2,4	1,6	91,3	3,1
SMP tamat	1,2	2,8	0,9	90,9	4,2
SLTA tamat	3,8	2,5	1,4	83,5	8,9
Perguruan tinggi	9,4	4,3	0,4	72,9	13,0
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	1,6	6,0	2,2	81,5	8,7
Ibu rumah tangga	4,2	,8	1,7	86,6	6,7
PNS/POLRI/TNI	4,9	3,8	0,5	80,3	10,4
Wiraswasta	3,7	2,5	1,2	85,5	7,1
Petani/Buruh/Nelayan	1,6	2,1	1,4	92,1	2,8
Lainnya	2,2	4,3	0,7	86,3	6,5
Tempat tinggal					
Kota	3,8	2,9	1,2	84,3	7,9
Desa	1,4	2,4	1,3	92,1	2,9
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil-1	1,3	2,0	0,8	93,6	2,3
Kuintil-2	1,6	3,1	1,2	90,4	3,7
Kuintil-3	1,9	2,8	1,3	88,7	5,3
Kuintil-4	4,1	2,9	1,7	84,2	7,0
Kuintil-5	5,8	2,4	1,3	78,0	12,5

Tabel 3.3.2.5
Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten\Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kab.Bogor	29,0	32,8	38,2
Kab.Sukabumi	33,4	40,0	26,6
Kab.Cianjur	23,3	35,7	41,0
Kab.Bandung	25,4	47,3	27,3
Kab.Garut	18,9	37,3	43,8
Kab.Tasikmalaya	32,3	49,8	17,9
Kab.Ciamis	29,0	58,0	13,0
Kab.Kuningan	43,0	46,2	10,8
Kab.Cirebon	27,3	27,7	45,0
Kab.Majalengka	52,6	30,6	16,8
Kab.Sumedang	42,5	35,8	21,8
Kab.Indramayu	26,8	35,2	38,0
Kab.Subang	27,2	48,7	24,1
Kab.Purwakarta	29,0	28,2	42,7
Kab.Karawang	28,1	34,0	37,9
Kab.Bekasi	25,1	37,9	37,0
Kota Bogor	51,9	40,1	8,0
Kota Sukabumi	60,5	25,9	13,6
Kota Bandung	44,0	47,4	8,6
Kota Cirebon	48,1	40,3	11,7
Kota Bekasi	35,6	44,5	19,9
Kota Depok	45,3	27,4	27,4
Kota Cimahi	55,4	23,5	21,2
Kota Tasikmalaya	37,1	39,1	23,9
Kota Banjar	55,8	33,6	10,6
JAWA BARAT	32,5	38,4	29,1

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

Pada tabel 3.3.2.5 tentang kepemilikan KMS diketahui sebanyak 29,1% anak 6-59 bulan di Jawa Barat tidak mempunyai KMS. Persentase tertinggi yaitu 45,0% di Kabupaten Cirebon dan terendah 8,0% di Kota Bogor. Persentase tertinggi yang mempunyai dan dapat menunjukkan KMS adalah di Kota Sukabumi (60,5%) dan terendah di Kabupaten Garut (18,9%).

Tabel 3.3.2.6
Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Reponden di
Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Umur (Bulan)			
0 – 5	51,0	12,9	36,1
6 – 11	64,6	17,2	18,2
12 – 23	44,0	33,7	22,3
24 – 35	30,0	44,9	25,2
36 – 47	25,4	46,1	28,5
48 – 59	20,4	46,0	33,5
Jenis Kelamin			
Laki-laki	35,7	37,7	26,6
Perempuan	34,2	38,0	27,8
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	24,0	36,3	39,7
SD tidak tamat	31,0	32,4	36,5
SD tamat	33,5	37,7	28,8
SMP tamat	38,2	39,6	22,1
SLTA tamat	38,8	39,8	21,4
Perguruan tinggi	43,9	42,7	13,3
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	35,8	36,7	27,5
Ibu rumah tangga	50,0	23,9	26,1
PNS/POLRI/TNI	41,3	45,0	13,8
Wiraswasta	37,3	39,9	22,9
Petani/Buruh/Nelayan	32,1	36,7	31,2
Lainnya	37,0	40,7	22,2
Tempat tinggal			
Kota	39,3	38,0	22,7
Desa	29,8	37,7	32,5
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	31,2	37,0	31,8
Kuintil-2	34,8	37,1	28,2
Kuintil-3	36,1	38,7	25,2
Kuintil-4	36,1	39,1	24,8
Kuintil-5	38,6	37,7	23,7

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

Tabel 3.3.2.6 menyajikan persentase anak 6-59 bulan yang mempunyai KMS menurut karakteristik respondendapat. Persentase anak yang punya KMS dan dapat menunjukkan tampak menurun seiring bertambahnya umur. Persentase pada anak laki-laki hampir sama dengan anak perempuan. Persentase kepemilikan KMS semakin tinggi dengan meningkatnya pendidikan KK. Hal yang sama ditemukan pada kelompok tingkat pengeluaran per kapita per bulan, semakin tinggi tingkat pengeluaran presentase kepemilikan KMS juga cenderung meningkat.

Tabel 3.3.2.7
Persentase Kepemilikan Buku Kia pada Balita
Menurut Kabupaten\Kota Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten\Kota	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Kab.Bogor	2,2	5,0	92,8
Kab.Sukabumi	5,5	8,3	86,2
Kab.Cianjur	1,0	4,9	94,1
Kab.Bandung	1,3	4,1	94,6
Kab.Garut	2,6	7,7	89,8
Kab.Tasikmalaya	3,8	3,0	93,2
Kab.Ciamis	8,9	14,2	76,8
Kab.Kuningan	9,2	23,6	67,2
Kab.Cirebon	10,1	13,7	76,3
Kab.Majalengka	4,8	9,6	85,6
Kab.Sumedang	16,3	19,7	64,0
Kab.Indramayu	2,4	9,7	87,9
Kab.Subang	8,8	17,6	73,6
Kab.Purwakarta	5,9	4,2	89,9
Kab.Karawang	10,5	13,3	76,2
Kab.Bekasi	5,0	2,6	92,4
Kota Bogor	7,6	19,0	73,4
Kota Sukabumi	3,4	4,8	91,8
Kota Bandung	0	11,1	88,9
Kota Cirebon	15,5	23,6	60,8
Kota Bekasi	8,6	12,6	78,7
Kota Depok	14,0	14,0	72,1
Kota Cimahi	2,8	4,0	93,2
Kota Tasikmalaya	2,7	3,3	94,0
Kota Banjar	8,1	4,7	87,2
JAWA BARAT	5,5	9,3	85,2

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

Kepemilikan buku KIA pada balita di Jawa Barat cukup memprihatinkan (lihat Tabel 3.3.2.7). Sebagian besar balita tidak mempunyai buku KIA (85,2%). Sedangkan yang punya dan dapat menunjukkan hanya 5,5%. Persentase tertinggi di Kabupaten Sumedang (16,3%) dan terendah di Kota Bandung.

Tabel 3.3.2.8
Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik
Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan Buku KIA*		
	1	2	3
Umur (Bulan)			
0 – 5	15.5	6.0	78.5
6 – 11	10.3	7.4	82.3
12 – 23	7.8	9.6	82.6
24 – 35	5.6	9.0	85.4
36 – 47	1.9	9.4	88.6
48 – 59	1.8	11.1	87.1
Jenis Kelamin			
Laki-laki	5.4	9.0	85.7
Perempuan	6.1	9.5	84.4
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	6.2	8.5	85.3
SD tidak tamat	4.9	6.7	88.4
SD tamat	4.9	8.2	86.9
SMP tamat	5.8	10.7	83.4
SLTA tamat	6.4	10.3	83.3
Perguruan tinggi	9.3	12.5	78.1
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	5.6	7.0	87.4
Ibu rumah tangga	5.2	8.9	85.9
PNS/POLRI/TNI	6.3	13.5	80.2
Wiraswasta	6.6	9.8	83.6
Petani/Buruh/Nelayan	4.9	8.4	86.7
Lainnya	3.1	5.7	91.2
Tempat tinggal			
Kota	2.2	5.0	92.8
Desa	5.5	8.3	86.2
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	3.8	7.9	88.4
Kuintil-2	5.8	8.9	85.3
Kuintil-3	6.0	10.3	83.7
Kuintil-4	7.1	8.6	84.2
Kuintil-5	6.6	11.3	82.0

* 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 kepemilikan buku KIA menurut karakteristik responden disajikan dalam tabel 3.3.2.8. Persentase balita yang tidak memiliki buku KIA cenderung meningkat seiring bertambahnya umur. Tidak ada perbedaan kepemilikan buku KIA antara anak balita laki-laki dan perempuan. Tidak tampak perbedaan kepemilikan buku KIA berdasarkan pendidikan dan tingkat pengeluaran perkapita per bulan. Berdasarkan tempat tinggal terlihat persentase yang tidak memiliki buku KIA di kota (92,8%) lebih tinggi dibandingkan di desa (86,2%).

3.3.3. Distribusi Kapsul 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. Cakupan pemberian kapsul vitamin A di Jawa Barat sebesar 79,8%, cakupan tertinggi di Kabupaten Sumedang (85,5%) dan terendah di Kabupaten Bekasi (67,5%). Secara rinci dapat dilihat pada Tabel 3.36.

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

Kabupaten\Kota	Menerima Kapsul Vit A	Tidak Menerima Kapsul Vit A
Kab.Bogor	68,9	31,1
Kab.Sukabumi	79,9	20,1
Kab.Cianjur	69,4	30,6
Kab.Bandung	82,6	17,4
Kab.Garut	79,9	20,1
Kab.Tasikmalaya	74,1	25,9
Kab.Ciamis	80,0	20,0
Kab.Kuningan	77,9	22,1
Kab.Cirebon	79,5	20,5
Kab.Majalengka	77,4	22,6
Kab.Sumedang	85,5	14,5
Kab.Indramayu	72,0	28,0
Kab.Subang	85,0	15,0
Kab.Purwakarta	67,9	32,1
Kab.Karawang	68,4	31,6
Kab.Bekasi	67,5	32,5
Kota Bogor	78,6	21,4
Kota Sukabumi	81,8	18,2
Kota Bandung	75,8	24,2
Kota Cirebon	81,0	19,0
Kota Bekasi	71,3	28,7
Kota Depok	69,9	30,1
Kota Cimahi	80,3	19,7
Kota Tasikmalaya	69,3	30,7
Kota Banjar	75,9	24,1
Jawa Barat	79,8	20,2

Tabel 3.3.3.2
Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menerima Kapsul VIT A	Tidak Menerima Kapsul VIT A
Umur (Bulan)		
0 – 5	19,6	80,4
6 – 11	55,1	44,9
12 – 23	85,0	15,0
24 – 35	84,5	15,5
36 – 47	83,8	16,2
48 – 59	79,9	20,1
Jenis Kelamin		
Laki-laki	76,7	23,3
Perempuan	74,5	25,5
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	67,6	32,4
SD tidak tamat	71,2	28,8
SD tamat	74,8	25,2
SMP tamat	78,4	21,6
SLTA tamat	78,4	21,6
Perguruan tinggi	80,8	19,2
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	72,9	27,1
Ibu rumah tangga	76,8	23,2
PNS/POLRI/TNI	78,5	21,5
Wiraswasta	76,3	23,7
Petani/Buruh/Nelayan	74,6	25,4
Lainnya	81,5	18,5
Tempat tinggal		
Kota	76,0	24,0
Desa	75,1	24,9
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	75,6	24,4
Kuintil-2	73,9	26,1
Kuintil-3	75,2	24,8
Kuintil-4	76,4	23,6
Kuintil-5	77,9	22,1

Tabel 3.3.3.2 menunjukkan cakupan pemberian kapsul vitamin A berdasarkan karakteristik responden yang dapat disimpulkan sebagai berikut :

Menurut kelompok umur, cakupan pemberian kapsul vitamin A sangat bervariasi yaitu tertinggi pada kelompok umur 12-23 bulan sebesar 85,0% dan terendah pada kelompok umur 0-5 bulan sebesar 19,6%. Tidak tampak perbedaan cakupan pemberian kapsul vitamin A antara laki-laki dan perempuan maupun antara kota dan desa. Cakupan pemberian cenderung meningkat seiring tingkat pendidikan KK maupun pengeluaran per kapita per bulan.

3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak/Bayi

Tabel 3.3.4.1
Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir
dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten\Kota	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Kab.Bogor	13,2	61,8	25,0
Kab.Sukabumi	10,6	80,9	8,5
Kab.Cianjur	11,3	58,5	30,2
Kab.Bandung	11,4	60,8	27,8
Kab.Garut	30,0	70,0	0
Kab.Tasikmalaya	9,4	68,8	21,9
Kab.Ciamis	0	88,0	12,0
Kab.Kuningan	17,6	82,4	0
Kab.Cirebon	18,4	69,4	12,2
Kab.Majalengka	11,1	74,1	14,8
Kab.Sumedang	22,2	48,1	29,6
Kab.Indramayu	21,9	59,4	18,8
Kab.Subang	5,6	88,9	5,6
Kab.Purwakarta	15,5	63,8	20,7
Kab.Karawang	7,9	76,3	15,8
Kab.Bekasi	6,6	65,6	27,9
Kota Bogor	15,4	65,4	19,2
Kota Sukabumi	0	83,3	16,7
Kota Bandung	2,2	88,9	8,9
Kota Cirebon	9,7	77,4	12,9
Kota Bekasi	3,3	60,0	36,7
Kota Depok	23,1	59,0	17,9
Kota Cimahi	13,9	63,9	22,2
Kota Tasikmalaya	7,1	85,7	7,1
Kota Banjar	14,3	64,3	21,4
Jawa Barat	11,1	69,7	19,2

Dalam Riskesdas 2007, dikumpulkan data tentang pemeriksaan kehamilan, jenis pemeriksaan kehamilan, ukuran bayi lahir, penimbangan bayi lahir, pemeriksaan neonatus pada ibu yang mempunyai bayi. Data tersebut dikumpulkan dengan mewawancarai ibu yang mempunyai bayi umur 0 – 11 bulan, dan dikonfirmasi dengan catatan Buku KIA/KMS/catatan kelahiran.

Tabel 3.3.4.1 menunjukkan persentase Berat Bayi Lahir menurut persepsi Ibu menurut Kabupaten\Kota di Provinsi Jawa Barat. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa, berat bayi lahir menurut persepsi Ibu sebagian besar normal, yaitu 69,7%, kemudian besar 19,2%, dan kecil 11,1%. Dilihat per-Kabupaten/Kota maka, untuk yang normal persentase tertinggi di Kabupaten Subang dan Kabupaten Bandung sebesar 88,9% dan terendah di Kabupaten Sumedang sebesar 48,1%. Untuk persepsi berat bayi lahir besar, persentase tertinggi di Kota Bekasi sebesar 36,7% dan persentase yang sangat kecil di Kabupaten Garut dan Kabupaten Kuningan.

Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu dan karakteristik responden disajikan pada Tabel 3.3.4.2 Persentase ibu yang mempunyai bayi perempuan menyatakan ukuran bayi waktu lahir kecil lebih tinggi dibandingkan yang mempunyai bayi laki-laki. Berdasarkan pendidikan

KK maka, persentase ibu yang mengatakan ukuran bayinya kecil tertinggi pada kelompok SLTA (13,6%) dan terendah pada kelompok SD (8,7%).

Berdasarkan pekerjaan KK maka, persentase ibu yang menyatakan ukuran bayi waktu lahir kecil tertinggi pada tidak bekerja (14,6%) dan terendah pada pekerjaan lainnya (9,1%). Berdasarkan tempat tinggal, persentase ibu yang menyatakan ukuran bayi waktu lahir kecil lebih tinggi di desa (14,0%) dibandingkan di kota (9,9%). Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan, persentase ibu yang menyatakan ukuran bayi waktu lahir kecil tertinggi pada kuintil 4 (14,0%) dan terendah pada kuintil 2 (9,9%).

Tabel 3.3.4.2
Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bb lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Jenis Kelamin			
Laki-laki	10,5	69,2	20,3
Perempuan	13,0	69,7	17,2
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	9,7	67,7	22,6
SD tidak tamat	8,7	65,9	25,4
SD tamat	12,1	69,4	18,5
SMP tamat	12,2	73,3	14,5
SLTA tamat	13,6	68,4	18,1
Perguruan tinggi	9,8	82,9	7,3
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	14,6	66,7	18,8
Ibu rumah tangga	17,6	67,6	14,7
PNS/POLRI/TNI	13,8	75,9	10,3
Wiraswasta	11,9	66,9	21,2
Petani/Buruh/Nelayan	11,5	72,0	16,4
Lainnya	9,1	72,7	18,2
Tempat tinggal			
Kota	9,9	71,7	18,4
Desa	14,0	66,7	19,3
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil-1	11,4	62,6	26,1
Kuintil-2	9,9	73,4	16,7
Kuintil-3	11,4	71,3	17,3
Kuintil-4	14,0	73,1	13,0
Kuintil-5	12,3	66,5	21,3

Untuk mendapatkan informasi tentang riwayat pemeriksaan kehamilan ibu untuk bayi yang lahir dalam 12 bulan terakhir, ibu ditanya tentang jenis pemeriksaan kehamilan apa saja yang pernah diterima. Diidentifikasi ada 8 jenis pemeriksaan kehamilan yaitu : a. Pengukuran tinggi badan; b. Pemeriksaan tekanan darah; c. Pemeriksian tinggi fundus (perut); d. Pemberian tablet Fe; e. Pemberian imunisasi TT; f. Penimbangan berat badan; g. Pemeriksaan hemoglobin; dan h. Pemeriksaan urin.

Riwayat pemeriksaan kehamilan pada ibu yang mempunyai bayi terdapat pada Tabel 3.40 yang memperlihatkan secara keseluruhan 94,1% ibu di Jawa Barat memeriksakan kehamilan. Cakupan pemeriksaan kehamilan mencapai 100% terdapat di Kabupaten Kuningan, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Subang, Kota Cirebon, Kota Cimahi dan Kota Banjar sedangkan Persentase terendah di Kabupaten Garut sebesar 75,0%.

Tabel 3.3.4.3
Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskeddas 2007

Kabupaten\Kota	Periksa Hamil
Kab.Bogor	92,6
Kab.Sukabumi	93,5
Kab.Cianjur	77,4
Kab.Bandung	98,7
Kab.Garut	75,0
Kab.Tasikmalaya	96,9
Kab.Ciamis	96,0
Kab.Kuningan	100,0
Kab.Cirebon	93,9
Kab.Majalengka	96,3
Kab.Sumedang	100,0
Kab.Indramayu	93,5
Kab.Subang	100,0
Kab.Purwakarta	91,4
Kab.Karawang	95,0
Kab.Bekasi	95,1
Kota Bogor	96,0
Kota Sukabumi	96,7
Kota Bandung	95,6
Kota Cirebon	100,0
Kota Bekasi	93,3
Kota Depok	97,5
Kota Cimahi	100,0
Kota Tasikmalaya	96,4
Kota Banjar	100,0
JAWA BARAT	94,1

Tabel 3.3.4.4**Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Periksa Hamil
Pendidikan KK	
Tidak sekolah	93,8
SD tidak tamat	91,4
SD tamat	93,7
SMP tamat	96,2
SLTA tamat	99,4
Perguruan tinggi	95,1
Pekerjaan KK	
Tidak bekerja	95,7
Ibu rumah tangga	88,2
PNS/POLRI/TNI	96,6
Wiraswasta	97,9
Petani/Buruh/Nelayan	92,2
Lainnya	95,5
Tempat tinggal	
Kota	97,3
Desa	91,9
Tingkat pengeluaran perkapita	
Kuintil-1	90,5
Kuintil-2	95,5
Kuintil-3	95,0
Kuintil-4	97,9
Kuintil-5	96,7

Cakupan pemeriksaan kehamilan menurut karakteristik responden disajikan pada Tabel 3.3.4.4 Berdasarkan tingkat pendidikan KK, persentase periksa hamil tertinggi pada pendidikan SLTA (99,4%) dan terendah pada pendidikan SD (91,4%). Dilihat dari pekerjaan KK maka, persentase periksa hamil tertinggi pada wiraswasta (97,9%) dan terendah pada ibu rumah tangga (88,2%). Persentase pemeriksaan kehamilan tampak lebih tinggi di kota (97,3%) dibandingkan di desa (91,9%). Menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan, persentase tertinggi pada kuintil-4 (97,9%) dan terendah pada kuintil-1 (90,5%).

Tabel 3.3.4.5
Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan
dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Pemeriksaan*							
	a	b	c	d	E	f	g	h
Kab.Bogor	44,4	95,2	76,2	88,9	82,5	95,2	22,2	25,4
Kab.Sukabumi	75,0	97,7	90,9	97,7	97,7	95,5	20,5	13,6
Kab.Cianjur	35,0	87,5	89,5	95,0	82,5	90,0	10,8	23,1
Kab.Bandung	48,7	97,3	76,7	90,8	90,9	97,4	28,4	40,0
Kab.Garut	71,4	100,0	71,4	71,4	57,1	100,0	42,9	42,9
Kab.Tasikmalaya	58,1	93,5	83,9	83,3	80,6	90,3	26,7	29,0
Kab.Ciamis	70,8	91,7	83,3	100,0	87,5	95,8	45,8	75,0
Kab.Kuningan	48,5	100,0	100,0	97,0	97,0	100,0	72,7	66,7
Kab.Cirebon	45,7	97,8	95,7	97,8	89,1	100,0	42,2	45,7
Kab.Majalengka	69,2	100,0	100,0	96,2	73,1	100,0	56,0	53,8
Kab.Sumedang	74,1	96,3	80,0	96,3	92,6	100,0	66,7	63,0
Kab.Indramayu	35,7	100,0	89,7	96,6	79,3	93,1	32,1	35,7
Kab.Subang	42,9	100,0	87,5	97,1	73,5	100,0	12,5	24,2
Kab.Purwakarta	26,4	98,1	71,2	84,9	81,1	96,2	9,4	11,3
Kab.Karawang	59,5	100,0	100,0	94,7	91,9	97,4	27,0	36,8
Kab.Bekasi	46,6	98,2	87,7	96,4	89,3	91,2	25,0	62,5
Kota Bogor	66,7	100,0	87,5	100,0	91,7	100,0	33,3	58,3
Kota Sukabumi	62,1	100,0	75,9	100,0	89,7	100,0	69,0	75,9
Kota Bandung	67,4	100,0	73,2	66,7	76,2	100,0	45,0	40,0
Kota Cirebon	74,2	100,0	80,6	93,5	90,3	100,0	64,5	54,8
Kota Bekasi	46,4	100,0	67,9	96,4	85,7	100,0	60,7	78,6
Kota Depok	33,3	100,0	64,1	84,2	87,2	100,0	59,0	59,0
Kota Cimahi	52,8	94,4	52,8	91,7	91,4	100,0	30,6	25,7
Kota Tasikmalaya	60,0	96,3	71,4	96,3	88,9	100,0	8,7	13,0
Kota Banjar	29,3	97,6	87,8	95,1	100,0	97,6	26,8	36,6
Jawa Barat	51,8	97,6	82,5	91,5	86,5	96,5	35,2	42,6

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

Tabel 3.3.4.5 menunjukkan delapan jenis pemeriksaan yang dilakukan pada ibu hamil. Secara keseluruhan di Jawa Barat pemeriksaan yang paling sering dilakukan adalah pemeriksaan tekanan darah sebesar 97,6%, kemudian penimbangan berat badan sebesar 96,5%. Sedangkan jenis pemeriksaan yang jarang dilakukan ibu hamil adalah pemeriksaan hemoglobin (35,2%) dan pemeriksaan urine (42,6%).

Tabel 3.3.4.6
Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Pelayanan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Pendidikan KK								
Tidak sekolah	46,7	100,0	83,3	96,7	80,0	96,7	20,7	43,3
SD tidak tamat	44,9	96,9	84,6	89,0	83,3	91,4	31,0	34,9
SD tamat	51,8	95,2	83,4	91,3	87,8	97,8	29,4	37,7
SMP tamat	55,6	99,2	79,0	93,6	83,2	98,4	33,6	41,6
SLTA tamat	54,3	99,4	79,2	93,8	90,3	98,9	39,7	42,2
Perguruan tinggi	59,0	100,0	79,5	92,3	92,3	97,4	64,1	69,2
Pekerjaan KK								
Tidak bekerja	46,7	93,3	75,6	93,3	82,2	97,8	35,6	44,4
Ibu rumah tangga	54,8	100,0	89,7	96,8	80,6	96,8	43,3	36,7
PNS/POLRI/TNI	66,7	100,0	82,1	89,3	89,3	96,4	57,1	57,1
Wiraswasta	54,0	98,8	81,3	92,3	89,8	97,8	36,7	46,4
Petani/Buruh/Nelayan	49,7	96,5	83,1	92,4	85,2	96,2	28,1	34,3
Lainnya	57,1	100,0	68,4	85,7	90,5	100,0	45,0	47,6
Tempat tinggal								
Kota	52,1	97,8	79,4	91,4	88,4	98,3	40,4	46,2
Desa	49,9	97,2	85,2	93,5	85,1	95,6	27,6	35,1
Tingkat pengeluaran perkapita								
Kuintil-1	52,1	96,9	77,7	87,0	84,3	95,3	31,4	37,0
Kuintil-2	52,9	99,0	81,4	92,3	84,8	98,1	34,8	42,0
Kuintil-3	46,0	96,8	81,6	94,7	85,6	97,9	30,3	38,5
Kuintil-4	50,8	97,3	85,2	94,7	92,0	97,3	38,6	43,8
Kuintil-5	54,7	97,3	83,7	93,2	89,1	97,3	41,4	47,6

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 jenis pemeriksaan kehamilan menurut karakteristik responden disajikan pada Tabel 3.3.4.6. Persentase jenis pemeriksaan secara umum di kota lebih tinggi dibandingkan di desa. Berdasarkan pekerjaan KK secara umum terlihat persentase yang lebih tinggi untuk hampir semua pemeriksaan pada kelompok KK PNS/POLRI/TNI. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan tidak terlihat perbedaan persentase yang mencolok. Meskipun demikian persentase pemeriksaan haemoglobin dan pemeriksaan urine lebih tinggi pada tingkat pengeluaran per kapita kuintil 5.

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

Kabupaten\Kota	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Kab.Bogor	45,5	38,5
Kab.Sukabumi	51,1	37,0
Kab.Cianjur	42,6	22,2
Kab.Bandung	37,7	46,2
Kab.Garut	25,0	50,0
Kab.Tasikmalaya	46,9	27,6
Kab.Ciamis	80,0	50,0
Kab.Kuningan	87,5	33,3
Kab.Cirebon	83,7	34,8
Kab.Majalengka	44,4	25,0
Kab.Sumedang	92,6	51,9
Kab.Indramayu	76,7	48,3
Kab.Subang	65,7	34,3
Kab.Purwakarta	37,9	32,8
Kab.Karawang	87,2	37,1
Kab.Bekasi	53,3	36,7
Kota Bogor	84,0	76,0
Kota Sukabumi	50,0	63,3
Kota Bandung	60,0	37,8
Kota Cirebon	76,7	33,3
Kota Bekasi	62,1	46,4
Kota Depok	50,0	60,0
Kota Cimahi	58,3	37,1
Kota Tasikmalaya	61,5	36,0
Kota Banjar	82,9	37,5
JAWA BARAT	58,7	39,8

Pemeriksaan Neonatus (KN) di Jawa Barat sebagian besar pada Pemeriksaan Neonatus 0-7 hari (KN-1), yakni sebesar 58,7% atau lebih tinggi dibandingkan angka nasional (57,6%) sedangkan pada Pemeriksaan Neonatus 8-28 hari (KN-2) sebesar 39,8% yang juga lebih tinggi dari angka nasional (33,5%). Bila dilihat per-Kabupaten/Kota maka, persentase KN-1 tertinggi di Kabupaten Sumedang sebesar 92,6% dan terendah di Kabupaten Garut sebesar 25,0%. Persentase KN-2 tertinggi di Kota Bogor sebesar 76,0% dan terendah di Kabupaten Cianjur sebesar 22,2%. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Tabel 3.3.4.7

Tabel 3.3.4.8
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	65,6	28,1
SD tidak tamat	55,5	30,3
SD tamat	55,5	34,0
SMP tamat	58,5	44,4
SLTA tamat	67,4	50,6
Perguruan tinggi	80,0	62,5
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	61,7	47,8
Ibu rumah tangga	66,7	31,3
PNS/POLRI/TNI	82,1	51,7
Wiraswasta	66,7	50,6
Petani/Buruh/Nelayan	52,9	31,5
Lainnya	54,5	25,0
Tempat tinggal		
Kota	61,2	44,2
Desa	57,7	34,6
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil-1	48,6	33,3
Kuintil-2	54,5	36,7
Kuintil-3	60,6	39,4
Kuintil-4	69,3	46,8
Kuintil-5	69,5	46,6

Cakupan pemeriksaan menurut karakteristik responden disajikan pada tabel 3.3.4.8 Berdasarkan tingkat pendidikan persentase KN-1 dan KN-2 cenderung meningkat sesuai dengan tingkat pendidikan KK. Persentase KN-1 dan KN-2 tertinggi pada PNS/Polri/TNI (82,1%) dan 51,7%) dan terendah pada Petani/Buruh/Nelayan untuk KN-1 (52,9%) dan kelompok pekerjaan lainnya untuk KN-2 (25,0%). Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita perbulan terlihat kecenderungan peningkatan presentase pemeriksaan neonatus KN-1 maupun KN-2 sejalan dengan meningkatnya tingkat pengeluaran.

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 Malaria, Filaria, dan DBD

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.

Demam Berdarah Dengue merupakan penyakit infeksi tular vektor yang sering menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB), dan tidak sedikit menyebabkan kematian. Penyakit ini bersifat musiman yaitu biasanya pada musim hujan yang memungkinkan vektor penular (*Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*) hidup di genangan air bersih. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis DBD oleh tenaga kesehatan” dalam 12 bulan terakhir ditanyakan apakah pernah menderita demam/panas, sakit kepala/pusing disertai nyeri di ulu hati/perut kiri atas, mual dan muntah, lemas, kadang-kadang disertai bintik-bintik merah di bawah kulit dan atau mimisan, kaki/tangan dingin.

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 Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kab.Bogor	0,04	0,07	0,3	0,4	0,07	0,24	17,7
Kab.Sukabumi	0,00	0,00	0,0	0,1	0,13	0,21	28,6
Kab.Cianjur	0,03	0,05	0,2	0,4	0,11	0,21	0,0
Kab.Bandung	0,00	0,02	0,1	0,4	0,08	0,22	53,9
Kab.Garut	0,03	0,08	0,2	0,3	0,00	0,20	27,3
Kab.Tasikmalaya	0,17	0,20	0,1	0,1	0,00	0,07	0,0
Kab.Ciamis	0,04	0,07	0,0	0,2	0,04	0,26	4,4
Kab.Kuningan	0,00	0,00	0,1	0,1	0,11	0,11	66,7
Kab.Cirebon	0,03	0,11	0,4	1,5	0,16	0,65	38,5
Kab.Majalengka	0,05	0,05	0,2	0,4	0,00	0,05	0,0
Kab.Sumedang	0,00	0,00	0,1	0,2	0,11	0,22	40,0
Kab.Indramayu	0,03	0,07	0,2	0,4	0,00	0,07	33,3
Kab.Subang	0,04	0,04	0,1	0,3	0,00	0,04	16,7
Kab.Purwakarta	0,00	0,0	0,6	0,9	0,07	0,15	100,0
Kab.Karawang	0,11	0,14	0,2	0,3	0,11	0,43	57,9
Kab.Bekasi	0,03	0,03	0,1	0,3	0,16	0,29	26,7
Kota Bogor	0,00	0,00	0,4	0,7	0,12	0,71	50,0
Kota Sukabumi	0,00	0,00	0,4	0,6	0,00	0,18	50,0
Kota Bandung	0,02	0,02	0,4	0,6	0,05	0,36	35,3
Kota Cirebon	0,00	0,00	0,4	0,4	0,18	0,17	50,0
Kota Bekasi	0,03	0,03	0,3	0,3	0,03	0,08	0,0
Kota Depok	0,04	0,04	0,2	0,3	0,04	0,15	0,0
Kota Cimahi	0,00	0,00	0,9	1,0	0,00	0,10	0,0
Kota Tasikmalaya	0,00	0,00	0,1	0,1	0,00	0,00	0,0
Kota Banjar	0,00	0,00	0,3	1,0	0,00	0,00	0,0
Jawa Barat	0,03	0,05	0,2	0,4	0,07	0,23	24,0

*Filariasis dalam persen

Rerata prevalensi DBD berdasar D/G (0,4 %) masih dibawah rerata nasional (0,62 %) namun berdasar Diagnosa nakes rerata provinsi Jabar sama dengan rerata nasional 0,2 %. Prevalensi DBD berdasarkan Diagnosa Gejala (D/G) maupun berdasarkan Diagnosa nakes (D), di atas rerata provinsi terjadi di tujuh daerah. Dimana prevalensi tertinggi berdasarkan D/G terjadi di Kabupaten Cirebon, sementara berdasarkan D daerah ini juga masih di atas rerata provinsi. Prevalensi tertinggi berdasarkan D terdapat di Kota Cimahi (0,9%), berdasarkan D/G daerah ini juga cukup tinggi di atas rerata provinsi. Sebagai perbandingan jumlah Kab/Kota terjangkit DBD di Indonesia sejak tahun 1968 sampai dengan 2006 cenderung mengalami peningkatan. Puncak IR DBD terjadi pada tahun 1973, 1988, 1998 dan 2005.

Prevalensi filariasis di Jawa Barat berdasarkan D/G (0,05 %) di bawah rerata nasional (0,11 %) berdasarkan Diagnosis nakes, provinsi Jabar prevalensi sebesar (0,03%). Walaupun rentang prevalensi filariasis di provinsi Jabar hanya 0 – 0,20%, tetapi kejadian filariasis tetap harus menjadi perhatian karena merupakan penyakit tular vektor dan bersifat kronis. Prevalensi filariasis tertinggi terjadi di kabupaten Tasikmalaya baik prevalensi menurut D/G maupun menurut Diagnosis nakes.

Malaria merupakan salah satu penyakit prioritas yang sampai saat ini masih menjadi ancaman di Indonesia dengan angka kesakitan dan kematian tinggi serta sering menimbulkan KLB. Prevalensi minum obat malaria sebesar 0 % terjadi di delapan wilayah. Di antara wilayah tersebut Kabupaten Cianjur cukup beresiko karena mempunyai prevalensi malaria (0,21 %) hampir menyamai rerata provinsi. Kota Bogor prevalensi minum obat hanya 50 %, sementara prevalensi malaria menurut Diagnosis dengan gejala (D/G) justru tertinggi terjadi di kota ini. Berdasarkan Diagnosa nakes (D) prevalensi tertinggi terdapat di Kota Cirebon, prevalensi minum obat (50%) juga masih di bawah target nasional. Secara keseluruhan prevalensi penyakit malaria berdasarkan D/G di provinsi Jabar masih di bawah rerata nasional (2,85%).

Tabel 3.4.1.2
Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Filariasis		DBD		Malaria		O
	D	DG	D	DG	D	DG	
Kelompok Umur							
<1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1-4	0,02	0,04	0,26	0,28	0,02	0,13	27,27
5-14	0,01	0,01	0,32	0,43	0,08	0,17	13,21
15-24	0,04	0,05	0,00	0,46	0,10	0,18	3,33
25-34	0,02	0,04	0,23	0,50	0,06	0,24	38,46
35-44	0,05	0,06	0,17	0,40	0,05	0,31	31,48
45-54	0,06	0,08	0,17	0,46	0,05	0,36	33,33
55-64	0,09	0,11	0,11	0,00	0,11	0,27	24,14
65-74	0,00	0,07	0,07	0,33	0,07	0,29	15,38
>75	0,17	0,34	0,00	0,00	0,26	0,69	30,00
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	0,21	0,37	0,04	0,05	0,09	0,26	27,21
Perempuan	0,23	0,44	0,03	0,05	0,05	0,22	21,99
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,02	0,07	0,14	0,43	0,02	0,22	26,67
Tidak Tamat SD	0,05	0,10	0,12	0,34	0,08	0,34	34,62
Tamat SD	0,06	0,07	0,12	0,37	0,08	0,28	21,62
Tamat SMP	0,02	0,04	0,26	0,44	0,06	0,19	15,38
Tamat SMA	0,01	0,01	0,32	0,43	0,10	0,27	32,26
Tamat SMA Plus	0,00	0,00	0,16	0,36	0,00	0,04	0,00
Pekerjaan							
Tidak Kerja	0,10	0,14	0,17	0,39	0,10	0,22	26,9
Sekolah	0,01	0,01	0,26	0,39	0,07	0,17	5,9
Ibu Rumah Tangga	0,05	0,07	0,18	0,44	0,05	0,28	20,0
Pegawai	0,00	0,00	0,25	0,36	0,06	0,19	62,5
Wiraswasta	0,04	0,06	0,16	0,35	0,13	0,33	38,2
Petani/Nelayan/Buruh	0,03	0,06	0,11	0,38	0,07	0,37	28,4
Lainnya	0,00	0,00	0,26	0,34	0,09	0,09	100,0
Tempat Tinggal							
Kota	0,03	0,04	0,30	0,49	0,06	0,24	31,5
Desa	0,03	0,06	0,13	0,49	0,08	0,23	20,0
Pendapatan keluarga perkapita							
Kuintil_1	0,01	0,01	0,13	0,32	0,05	0,19	23,53
Kuintil_2	0,04	0,07	0,26	0,46	0,09	0,26	29,51
Kuintil_3	0,03	0,06	0,18	0,44	0,08	0,22	27,08
Kuintil_4	0,07	0,07	0,26	0,40	0,05	0,35	28,75
Kuintil_5	0,04	0,06	0,27	0,41	0,07	0,16	5,26

Prevalensi Malaria berdasarkan D/G di atas rata-rata provinsi umumnya terjadi di kelompok usia produktif (> 35 tahun). Prevalensi tertinggi baik berdasarkan D maupun D/G menyebar di kelompok umur >75 tahun. Pada kelompok usia >75 tahun, prevalensi minum obat hanya 30%, sementara prevalensi minum obat tertinggi terdapat pada kelompok umur 25 – 34 tahun. Pada kelompok ini prevalensi malaria hanya 0,06% berdasarkan D dan berdasarkan D/G prevalensinya cukup tinggi sama dengan rerata provinsi. Prevalensi DBD merata di setiap usia kecuali pada usia < 1 th dan > 75 tahun. Prevalensi DBD berdasarkan D/G

tertinggi pada kelompok umur 25-34 tahun, berdasarkan D prevalensi tertinggi pada kelompok umur 5-14 tahun. Prevalensi filariasis tertinggi berdasarkan DG dan D terdapat pada kelompok umur ≥ 75 tahun. Hal ini mengindikasikan filariasis kronis yang telah terjadi, demikian halnya terlihat juga pada kelompok umur 55 – 64 tahun angka prevalensinya cukup tinggi.

Prevalensi ditinjau dari jenis kelamin akan menggambarkan spesifik agen penyakit. Prevalensi malaria berdasarkan DG, D, dan O persentasenya pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan. Sebaliknya prevalensi DBD berdasarkan DG, D, nilainya lebih tinggi pada kelompok perempuan. Sedangkan pada prevalensi filariasis berdasarkan DG tidak terdapat perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Berdasarkan D prevalensi pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan. Tidak terdapat perbedaan berarti antara penderita laki-laki dan perempuan. Gambaran kasus malaria, DBD dan filariasis berdasarkan klasifikasi pendidikan tidak nampak perbedaan yang nyata antar kelompok. Namun yang perlu mendapat perhatian terdapat pada kelompok pendidikan tidak tamat SD. Prevalensi DBD dan filariasis berdasar D/G tertinggi terjadi di kelompok ini. Sedangkan berdasarkan D angka prevalensi di atas rerata provinsi.

Prevalensi malaria berdasar D/G tertinggi pada kelompok petani/nelayan/buruh. Sebaliknya berdasarkan Diagnosa oleh Nakes (D) tertinggi tersebar pada kelompok wiraswasta, kemungkinan terjadi karena tingkat kesadaran, lebih besar pada kelompok ini, namun prevalensi minum obat masih di bawah 50%. Prevalensi minum obat malaria yang telah sesuai program terjadi pada kelompok lainnya. Kelompok prevalensi DBD berdasarkan DG tertinggi adalah kelompok Ibu rumah tangga, kemungkinan terjadi karena ibu-ibu rumah tangga tidak beraktifitas di luar rumah pada saat pagi dan sore hari. Prevalensi filariasis berdasarkan DG dan G tidak menunjukkan perbedaan antar kelompok. Rentang angka prevalensi berkisar antara 0 – 0,1 %, dimana pada kelompok tidak bekerja merupakan kelompok prevalensi tertinggi. Ditinjau dari segi wilayah, prevalensi malaria berdasarkan DG dan O prevalensi di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Sebaliknya, berdasarkan D prevalensi di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Prevalensi DBD berdasarkan DG tidak ada perbedaan antara perkotaan dan perdesaan. Berdasarkan D prevalensi DBD di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Keadaan sebaliknya terjadi pada kasus filariasis. Prevalensi filariasis berdasarkan DG di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Sedangkan berdasarkan D angka prevalensinya sama, baik di perkotaan dan perdesaan.

Prevalensi malaria, DBD, dan filariasis berdasarkan kuintil (status ekonomi) menunjukkan terjadi masalah pada kuintil₂. Di kuintil ini prevalensi ketiga penyakit cukup tinggi. Walaupun prevalensi minum obat pada prevalensi kelompok ini tertinggi, tetapi masih jauh di bawah target 100 %. Sementara kasus DBD hampir merata terjadi di setiap kelompok kuintil, demikian pula kasus filariasis. Hal ini menunjukkan pengaruh lingkungan, iklim tropis kemungkinan jauh lebih berperan terhadap kasus penyakit menular yang disebabkan oleh tular vektor. Pada kejadian malaria dan filariasis kelompok umur >75 sangat beresiko, kelompok ini perlu mendapat perhatian. Dimana pada usia manula berbagai penyakit tidak menular sering muncul, daya tahan tubuh rendah dan umumnya mengalami kesulitan dalam mengkonsumsi makanan. Secara umum data menggambarkan penyakit yang disebarkan melalui tular vektor ini terjadi di masyarakat luas.

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, TB dan Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kab.Bogor	9,0	30,9	0,4	1,7	0,5	0,8	0,7	0,9
Kab.Sukabumi	9,4	29,7	0,5	1,7	0,5	0,7	0,8	1,3
Kab.Cianjur	4,3	30,1	1,1	4,1	0,5	1,1	1,1	2,0
Kab.Bandung	3,3	16,9	0,5	2,8	0,5	1,0	0,5	0,8
Kab.Garut	6,8	22,0	1,0	3,2	1,1	1,9	1,2	1,6
Kab.Tasikmalaya	9,5	31,8	0,6	3,1	0,4	0,7	0,8	0,9
Kab.Ciamis	4,1	24,5	0,5	1,9	0,3	0,8	0,5	0,8
Kab.Kuningan	3,8	18,9	0,4	1,3	0,2	0,3	0,0	0,1
Kab.Cirebon	9,1	32,4	2,1	6,4	1,0	2,2	2,4	3,3
Kab.Majalengka	4,8	29,3	0,8	3,1	0,5	1,0	1,4	2,1
Kab.Sumedang	11,0	30,4	0,6	1,3	0,2	0,2	0,5	0,6
Kab.Indramayu	4,1	27,3	0,6	1,8	1,1	1,6	1,4	1,9
Kab.Subang	9,5	23,0	0,5	1,4	0,3	0,3	0,7	0,8
Kab.Purwakarta	8,5	27,1	1,1	5,5	1,0	2,3	1,3	2,2
Kab.Karawang	10,9	33,0	1,3	2,7	0,9	1,2	1,0	1,2
Kab.Bekasi	8,9	18,9	1,0	2,0	0,6	0,8	1,4	1,7
Kota Bogor	9,3	25,8	0,8	3,1	0,7	1,2	0,9	1,2
Kota Sukabumi	9,3	28,2	0,7	2,2	0,7	1,1	1,1	1,7
Kota Bandung	2,8	11,9	0,5	1,8	0,4	0,8	1,0	1,3
Kota Cirebon	3,3	14,1	0,4	1,4	1,2	1,6	0,4	0,5
Kota Bekasi	6,1	15,3	0,2	0,7	0,1	0,2	0,3	0,3
Kota Depok	7,2	20,6	0,3	0,9	0,2	0,5	0,8	0,8
Kota Cimahi	5,4	21,7	1,1	1,5	0,5	0,8	0,5	0,6
Kota Tasikmalaya	5,6	24,6	0,5	2,0	0,5	0,7	0,2	0,3
Kota Banjar	3,8	23,5	0,3	1,7	0,3	1,0	1,0	1,4
JAWA BARAT	6,9	24,7	0,7	2,4	0,6	0,1	0,9	1,3

Prevalensi penyakit ISPA, pneumonia, TB dan campak masih menjadi prioritas utama pada program pengendalian penyakit. Secara umum rerata Provinsi Jawa Barat sedikit di atas rerata nasional kecuali prevalensi ISPA. Prevalensi ISPA di Kabupaten Karawang secara klinis maupun gejala menempati urutan tertinggi, prevalensi tertinggi pneumonia terjadi di kota Karawang, dan campak di kabupaten Cirebon. Sedangkan prevalensi TB berdasarkan D/G tertinggi terdapat di Kabupaten Purwakarta dan berdasarkan D ada di kota Cirebon. Tampak kabupaten Cirebon memerlukan penanganan serius dimana keadaan

menggambarkan ISPA, TB masih di atas rerata provinsi dan prevalensi tertinggi penyakit campak, pneumonia terjadi di kabupaten ini.

Gambaran prevalensi menurut klasifikasi umur diharapkan mampu memberikan informasi detail untuk penanganan yang sesuai umur. Secara meyakinkan baik berdasarkan DG maupun D, pneumonia tertinggi tersebar pada kelompok umur ≥ 75 tahun, Sementara menurut DG prevalensi pada kelompok umur anak dan remaja/dewasa sedikit berbeda, pada usia produktif juga terdapat perbedaan kecil. Menurut D prevalensi 1 % terjadi pada kelompok umur 5 -54 th. Secara umum tidak ada gambaran khusus pada data pneumonia berdasarkan kelompok umur. Hal ini menunjukkan kasus pneumonia merata terjadi di setiap kelompok umur.

Lain halnya pada kasus ISPA, berdasarkan D/G dan D prevalensi tertinggi terdapat pada kelompok umur 1-4 tahun dan berdasarkan D tersebar di kelompok < 1 th. Data pada tabel mampu menginformasikan rentang prevalensi pada kelompok umur dewasa dan anak-anak cukup jauh, oleh karena itu perlu konsentrasi penanganan pada kelompok umur < 5 th .

Prevalensi campak tertinggi pada kelompok umur 1-4 tahun baik berdasarkan DG maupun D. Perbedaan mencolok antar kelompok umur juga terjadi pada kasus campak. Seperti kasus campak di Indonesia, umumnya campak banyak terjadi pada kelompok < 4 th.

Prevalensi ISPA, Pneumonia dan TB baik dilihat berdasarkan DG, maupun D, prevalensi pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan. Hal ini diduga laki-laki lebih banyak terpapar dibandingkan kaum perempuan. Sebaliknya prevalensi campak baik berdasarkan DG, D, dan G prevalensi lebih tinggi terjadi pada perempuan.

Prevalensi ISPA, pneumonia, TB, campak berdasarkan pendidikan, pola semakin tinggi tingkat pendidikan maka penyakit ISPA baik berdasarkan D/G dan D prevalensinya semakin rendah. Demikian juga untuk penyakit pneumonia, TB dan campak. Gambaran prevalensi ISPA, pneumonia, dan TB menurut kelompok pekerjaan mengindikasikan resiko masih banyak terjadi di masyarakat kelompok petani/nelayan/buruh. Sedangkan campak pada kelompok ini dibawah rerata provinsi.

Prevalensi penyakit ISPA, pneumonia, campak, dan TB baik berdasarkan DG, D, lebih tinggi di perdesaan dibandingkan dengan perkotaan. Terlihat bahwa menurut klasifikasi pendidikan rentang tertinggi juga terjadi di antara kelompok tidak sekolah sampai dengan tamat SD.

Tabel 3.4.2.2
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak menurut Karakteristik Reponden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok Umur								
<1	15,9	36,0	1,1	3,0	0,4	0,8	2,9	3,6
1-4	16,1	44,3	1,4	4,0	1,0	1,4	4,1	5,1
5-14	8,6	29,6	0,7	2,1	0,4	0,7	1,7	2,1
15-24	5,0	19,7	0,5	1,4	0,3	0,6	0,5	0,6
25-34	4,2	18,5	0,5	1,8	0,5	0,9	0,2	0,4
35-44	5,3	19,8	0,6	2,1	0,5	0,9	0,2	0,4
45-54	5,5	21,6	0,7	2,8	0,7	1,3	0,3	0,7
55-64	5,5	23,1	1,0	3,2	0,7	1,5	0,1	0,4
65-74	6,4	25,9	1,1	4,5	1,1	2,0	0,0	0,2
>75	7,0	27,0	1,5	5,5	1,0	2,7	0,0	0,3
Jenis Kelamin								
Laki-Laki	7,1	25,2	0,8	2,6	0,6	1,1	0,9	1,2
Perempuan	6,8	24,2	0,6	2,2	0,5	0,9	0,9	1,3
Pendidikan								
Tidak Sekolah	7,4	27,0	1,3	4,3	1,1	2,1	0,9	1,3
Tidak Tamat SD	6,5	26,1	0,9	3,3	0,6	1,2	0,5	0,9
Tamat SD	5,5	22,3	0,7	2,5	0,5	1,0	0,4	0,7
Tamat SMP	4,7	18,9	0,4	1,3	0,4	0,7	0,4	0,5
Tamat SMA	4,7	15,9	0,3	1,0	0,3	0,5	0,2	0,2
Tamat SMA Plus	4,6	13,7	0,1	0,4	0,2	0,3	0,0	0,0
Pekerjaan								
Tidak Kerja	6,4	23,1	1,1	3,1	0,8	1,3	0,5	0,8
Sekolah	6,7	23,1	0,4	1,6	0,2	0,4	1,1	1,4
Ibu Rumah Tangga	5,0	20,1	0,5	2,0	0,5	0,9	0,2	0,4
Pegawai	5,1	15,5	0,4	0,8	0,3	0,6	0,2	0,3
Wiraswasta	5,1	20,5	0,6	2,3	0,6	0,9	0,3	0,5
Petani/Nelayan/Buruh	5,2	23,7	0,8	3,2	0,6	1,3	0,2	0,6
Lainnya	5,6	20,1	0,9	2,9	1,0	1,4	0,4	0,8
Tempat Tinggal								
Kota	6,6	21,9	0,6	1,9	0,5	0,9	0,8	1,0
Desa	7,3	27,8	0,9	3,0	0,6	1,0	1,1	1,6
Pendapatan keluarga perkapita								
Kuintil_1	7,5	27,6	0,9	3,1	0,7	1,1	1,3	1,7
Kuintil_2	6,8	25,7	0,8	2,6	0,6	1,0	0,9	1,3
Kuintil_3	6,6	24,8	0,9	2,6	0,6	1,1	0,9	1,3
Kuintil_4	7,2	23,9	0,7	2,2	0,5	1,0	0,8	1,0
Kuintil_5	6,7	21,6	0,4	1,7	0,5	0,8	0,7	0,9

Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak berdasarkan kuintil (status ekonomi) semakin tinggi kuintil (semakin kaya) maka prosentase DG semakin rendah. Berdasarkan Diagnosa oleh Nakes (D) pada kuintil 4 terlihat lebih tinggi dari kuintil 5, tetapi perbedaan tidak begitu nyata. Gambaran prevalensi memberikan fakta penyakit ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak masih banyak diderita oleh sebagian besar masyarakat. Masyarakat miskin, pekerjaan petani/buruh/nelayan, pendidikan rendah dan banyak tinggal di perdesaan. Pola ini ternyata masih belum bergeser. Sebagai contoh, tahun 1999 WHO memperkirakan setiap

tahun terjadi 583.000 kasus baru, umumnya terjadi di masyarakat kelompok ekonomi lemah dan golongan usia produktif.

3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, 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, dan Diare menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kab.Bogor	0,5	0,9	0,1	0,4	3,3	8,3	30,9
Kab.Sukabumi	1,4	3,1	0,3	0,4	5,2	9,7	26,3
Kab.Cianjur	2,9	4,5	0,4	0,8	8,1	14,8	32,8
Kab.Bandung	0,8	2,0	0,3	0,7	2,9	7,6	43,1
Kab.Garut	1,7	2,9	0,6	1,2	10,9	18,1	42,1
Kab.Tasikmalaya	1,9	2,8	0,3	0,9	6,4	9,4	34,7
Kab.Ciamis	0,3	0,6	0,5	1,2	3,3	5,5	30,1
Kab.Kuningan	1,1	1,7	0,1	0,2	2,7	3,8	41,5
Kab.Cirebon	1,5	2,8	0,2	1,1	10,9	20,2	46,1
Kab.Majalengka	2,0	3,0	0,1	0,2	10,4	13,8	49,6
Kab.Sumedang	0,6	1,3	0,2	0,3	6,7	11,3	50,3
Kab.Indramayu	1,3	2,2	0,2	0,3	6,1	13,3	20,8
Kab.Subang	0,9	1,7	0,0	0,2	4,4	7,3	29,4
Kab.Purwakarta	0,8	1,4	0,4	1,0	4,9	10,2	29,1
Kab.Karawang	3,5	5,0	0,2	0,5	11,8	15,5	31,0
Kab.Bekasi	1,3	1,5	0,2	0,2	5,4	7,0	46,2
Kota Bogor	2,6	4,9	0,3	1,4	6,4	11,0	24,6
Kota Sukabumi	1,1	1,8	0,7	0,9	4,0	11,9	29,0
Kota Bandung	0,4	0,8	0,3	0,5	3,7	5,3	19,9
Kota Cirebon	1,1	1,4	0,2	0,2	6,3	10,1	46,0
Kota Bekasi	0,7	0,9	0,0	0,1	2,5	3,4	46,7
Kota Depok	1,1	1,4	0,1	0,2	2,8	4,4	22,9
Kota Cimahi	0,5	0,6	0,2	0,2	5,1	8,3	29,9
Kota Tasikmalaya	0,2	0,4	0,2	0,2	4,5	6,3	40,0
Kota Banjar	0,3	1,4	0,7	1,4	5,5	9,0	32,0
JAWA BARAT	1,3	2,1	0,3	0,6	5,8	10,0	35,7

Rerata prevalensi tifoid, hepatitis dan diare di Jawa Barat masih diatas rerata nasional, baik prevalensi secara Diagnosa oleh Nakes atau dengan Gejala (D/G) dan Diagnosa oleh Nakes (D). Dimana sembilan wilayah prevalensi tifoid dan hepatitis menurut D/G diatas rerata provinsi (D/G) dan sebelas wilayah diatas rerata berdasarkan D. Sedangkan prevalensi minum obat diatas rerata nasional. Apabila dilihat per Kabupaten/Kota maka kejadian tifoid menurut Diagnosa oleh nakes (D) dan menurut D/G prevalensi tertinggi terjadi di kabupaten Karawang.

Secara klinis maupun diagnosa gejala penyakit hepatitis, banyak terjadi di daerah kota. Prevalensi hepatitis berdasarkan DG tertinggi di Kota Bogor sebesar 1,41%, berdasarkan D tertinggi di Kota Sukabumi sebesar 0,73%.

Angka Prevalensi Diare tertinggi berdasarkan D/G terdapat di Kabupaten Cirebon sebesar 20,24%, namun prevalensi diagnosa nakes tertinggi terjadi di Kabupaten Karawang. Prevalensi minum O (obat/oralit) di kedua wilayah tersebut masing-masing masih di bawah target nasional. Prevalensi minum obat O tertinggi di Kabupaten Sumedang sebesar 50%.

Wilayah yang mempunyai prevalensi diatas rerata untuk ketiga penyakit ini adalah Kabupaten Cianjur, Kabupaten Garut dan Kota Bogor.

Penyakit menular tifoid, hepatitis dan diare merupakan penyakit dengan penyebaran melalui makanan dan minuman. Kelompok umur yang rentan terhadap penyakit diare ini ada pada kelompok 0 – 5 th. Sedangkan rentan tifoid rata –rata ada pada kelompok anak-anak usia sekolah, sebaliknya hepatitis banyak terjadi pada kelompok usia produktif. Sementara usia manula, terlihat prevalensi ketiga penyakit ini cukup tinggi.

Prevalensi tifoid, diare dan hepatitis banyak diderita kelompok laki-laki (berdasarkan DG, dan D). Sebaliknya prevalensi diare berdasarkan D kaum perempuan sedikit lebih tinggi .

Prevalensi ketiga penyakit menular ini ternyata banyak terjadi di pedesaan. Namun demikian prevalensi minum obat/oralit di pedesaan juga tinggi meski masih di bawah target 100 %.

Berdasarkan pendidikan terlihat gambaran prevalensi ketiga penyakit ini semakin rendah seiring dengan meningkatnya pendidikan. Hanya pada penyakit tifoid dan hepatitis terdapat sedikit perbedaan angka prevalensi, yaitu pada kelompok pendidikan tidak sekolah dan tidak tamat SD. Sedangkan prevalensi minum obat tidak menunjukkan perbedaan berarti antar kelompok pendidikan.

Klasifikasi prevalensi menurut tingkat pekerjaan akan memberikan gambaran lebih jelas tentang mayoritas penderita di lingkungannya. Masih seperti kejadian penyakit menular lainnya, pada kasus tifoid, hepatitis dan diare, mayoritas penduduk berstatus petani/nelayan/buruh mempunyai prevalensi tertinggi.

Prevalensi tifoid, hepatitis, diare berdasarkan kuintil dapat dilihat pada tabel 3.21. Walaupun penyebaran prevalensi hampir merata di setiap kuintil, namun masih terlihat kuintil 5, masih mempunyai prevalensi terendah, artinya semakin kaya semakin kecil resiko menderita penyakit tifoid, hepatitis dan diare.

Sudah dapat diduga penyakit hepatitis, tifoid, dan diare, masih menjadi masalah utama di Indonesia. Dimana penyebaran penyakit ini berada pada masyarakat mayoritas. Masyarakat mayoritas Indonesia adalah petani/nelayan/buruh yang berada di perdesaan dengan pendidikan rendah dan berada pada posisi kuintil 1 dan 2

Tabel 3.4.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok Umur							
<1	0,4	0,9	0,1	0,2	12,3	17,9	38,6
1-4	1,1	2,1	0,2	0,2	12,7	18,4	49,8
5-14	1,7	2,6	0,2	0,4	5,4	9,7	36,3
15-24	1,8	2,6	0,2	0,5	4,4	8,1	28,3
25-34	1,1	1,8	0,2	0,6	4,1	7,8	32,1
35-44	1,1	1,9	0,3	0,6	4,9	8,6	31,6
45-54	0,9	1,9	0,3	0,8	5,5	9,5	34,1
55-64	0,8	1,7	0,3	0,8	5,9	10,1	34,0
65-74	0,9	1,7	0,5	1,0	6,6	11,4	32,2
>75	1,2	2,5	0,1	0,7	7,7	12,7	38,4
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	1,5	2,3	0,3	0,6	9,9	9,9	34,8
Perempuan	1,1	1,9	0,2	0,5	10,0	10,0	36,7
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,8	0,4	0,3	0,8	7,7	13,5	37,1
Tidak Tamat SD	1,4	0,4	0,3	0,7	6,3	11,3	33,5
Tamat SD	1,4	0,4	0,3	0,8	5,4	9,7	34,1
Tamat SMP	1,4	0,2	0,2	0,4	4,3	7,9	29,6
Tamat SMA	1,1	0,2	0,2	0,4	3,1	5,5	29,8
Tamat SMA Plus	0,6	0,1	0,2	0,4	2,9	5,2	29,7
Pekerjaan							
Tidak Kerja	1,7	2,3	0,2	0,7	0,6	10,4	35,2
Sekolah	1,6	2,5	0,3	0,4	0,9	8,7	33,4
Ibu Rumah Tangga	0,9	1,6	0,3	0,6	0,8	9,0	34,0
Pegawai	1,0	1,4	0,1	0,3	0,5	5,2	28,5
Wiraswasta	1,3	2,1	0,3	0,5	0,9	9,2	28,3
Petani/Nelayan/Buruh	1,4	2,6	0,3	0,8	1,3	10,4	34,0
lainnya	1,1	1,4	0,01	0,5	0,3	8,4	33,0
Tempat Tinggal							
Kota	1,04	1,8	0,2	0,5	4,8	8,3	36,2
Desa	1,54	2,5	0,3	0,6	6,9	11,8	35,4
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil_1	1,3	2,2	0,3	0,5	6,3	11,3	35,8
Kuintil_2	1,5	2,5	0,3	0,6	5,7	10,5	37,2
Kuintil_3	1,2	2,2	0,3	0,7	5,7	10,2	37,5
Kuintil_4	1,2	1,9	0,2	0,6	5,9	9,5	34,9
Kuintil_5	1,2	1,8	0,2	0,4	5,3	8,2	32,8

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 hemofiliaa 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).

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 dekompensasi 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 (sfigmomanometer 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 ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 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 Sendi, Hipertensi, dan Stroke
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Penyakit Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	DG	D	D/O	U	D	DG
Kabupaten Bogor	11,7	35,9	7,4	8,2	23,3	5.9	6.6
Kabupaten Sukabumi	19,9	48,8	8,7	9,0	26,2	5.8	6.9
Kabupaten Cianjur	26,6	56,1	10,9	11,2	29,2	6.2	8.7
Kabupaten Bandung	12,8	39,7	10,1	11,1	29,4	10.1	12.3
Kabupaten Garut	35,5	55,8	11,2	11,8	38,2	4.1	8.6
Kabupaten Tasikmalaya	21,6	56,4	9,9	10,1	43,1	8.0	11.0
Kabupaten Ciamis	18,4	47,2	9,8	10,6	35,5	9.6	11.8
Kabupaten Kuningan	11,4	35,1	9,0	9,1	42,4	5.4	6.2
Kabupaten Cirebon	12,3	47,1	8,3	8,5	31,4	7.9	10.9
Kabupaten Majalengka	24,6	51,9	10,6	11,0	29,3	10.9	12.9
Kabupaten Sumedang	31,1	55,1	12,0	12,4	29,6	8.4	9.2
Kabupaten Indramayu	4,9	39,3	7,4	7,7	31,3	7.1	11.9
Kabupaten Subang	30,9	43,3	12,0	12,1	27,3	5.7	5.7
Kabupaten Purwakarta	14,5	48,7	10,4	10,5	37,8	4.5	6.7
Kabupaten Karawang	22,8	41,4	12,1	12,2	22,5	9.1	10.8
Kabupaten Bekasi	14,3	31,4	8,0	8,2	24,1	9.4	9.5
Kota Bogor	20,6	42,5	11,2	11,7	28,4	8.1	11.4
Kota Sukabumi	11,4	37,7	10,1	10,7	26,0	7.9	10.6
Kota Bandung	17,9	31,6	8,9	9,1	24,6	8.5	11.5
Kota Cirebon	12,7	37,4	9,8	9,9	27,4	12.3	12.3
Kota Bekasi	9,5	25,1	6,7	6,9	29,1	4.9	4.9
Kota Depok	8,8	23,0	9,7	9,9	22,6	9.4	10.0
Kota Cimahi	16,1	39,4	11,0	11,6	26,5	8.0	9.3
Kota Tasikmalaya	14,8	42,5	9,2	9,5	41,0	8.2	9.6
Kota Banjar	16,9	50,5	10,2	10,3	40,8	10.0	10.0
Jawa Barat	17,7	41,7	9,5	9,9	29,3	7.5	9.4

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes

DG= Diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

DO= Diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

O = Minum obat

U = Hasil Pengukuran

*) Peny. Persendian dan stroke dinilai pada penduduk umur > 15 tahun, dan >18 tahun untuk hipertensi.

Secara umum 41,7% penduduk Jawa Barat mengalami gangguan persendian, lebih tinggi dari prevalensi Nasional yaitu 30,3%. Sementara prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 17,7%, tidak jauh berbeda dengan angka Nasional yaitu 14,0%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi penyakit persendian di Jawa Barat berkisar antara 23,0% - 56,4%, prevalensi tertinggi di Kabupaten Tasikmalaya dan terendah di Kota Depok. Sementara prevalensi penyakit persendian yang telah

didiagnosis oleh tenaga kesehatan berkisar antara 4,9 – 35,5%, dimana prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Garut dan terendah di Kabupaten Indramayu.

Prevalensi hipertensi di Jawa Barat berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 29,3%, dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 9,5%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 9,9%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 22,5% - 43,1%, prevalensi tertinggi di Kabupaten Tasikmalaya dan terendah di Kabupaten Karawang. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 6,9% - 12,4%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dibandingkan dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di Jawa Barat, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kabupaten Kuningan. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di masyarakat, baik di Kabupaten Kuningan maupun di wilayah lainnya di Jawa Barat belum ditanggulangi dengan baik.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di Jawa Barat adalah 9,4‰. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 4,1% -12,9%. Kabupaten Majalengka dan Kota Cirebon mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya

Menurut kelompok umur dapat dilihat bahwa prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai dengan bertambahnya umur. Prevalensi penyakit sendi lebih tinggi pada wanita, baik berdasarkan diagnosis maupun diagnosis atau gejala. Begitu juga pada hipertensi baik berdasarkan diagnosis, riwayat minum obat, diagnosis dan minum obat, maupun berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah bahwa prevalensi perempuan lebih tinggi dari pada pria. Sedangkan pola prevalensi stroke menurut jenis kelamin nampak tidak ada perbedaan yang berarti.

Pola prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah dan nampak sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan Tamat PT. Namun, pada penyakit hipertensi yang minum obat, terlihat ada peningkatan sedikit pada tingkat tidak tamat SD tetapi selanjutnya polanya sama dengan yang lainnya. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada Petani/Nelayan/ Buruh ditemukan lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya. Sedangkan untuk hipertensi, prevalensi lebih tinggi ditemukan pada mereka yang tidak bekerja. Untuk penyakit stroke, prevalensi tertinggi yang berdasarkan diagnosa ada pada profesi petani/nelayan/buruh, sedangkan jika berdasarkan diagnosa dan gejala, prevalensi tertinggi ditemukan lebih tinggi pada mereka yang tidak bekerja.

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

Karakteristik	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	DG	D	DO	U	D	DG
Umur							
15-24 Tahun	2,9	13,0	1,1	1,2	9,3	0,1	0,7
25-34 Tahun	10,3	31,1	3,1	3,3	16,0	1,9	2,3
35-44 Tahun	18,3	45,8	7,0	7,3	27,2	3,4	4,1
45-54 Tahun	26,7	58,3	13,8	14,3	38,5	10,7	13,7
55-64 Tahun	33,2	66,5	19,5	20,4	50,9	19,6	24,7
65-74 Tahun	37,5	70,9	26,8	27,6	59,3	29,8	34,3
75+ Tahun	39,0	73,4	26,1	27,4	64,6	34,4	44,2
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	16,3	39,7	7,0	7,4	27,3	7,6	9,5
Perempuan	18,9	43,5	11,7	12,1	31,2	7,4	9,1
Pendidikan							
Tidak Sekolah	26,9	62,4	17,1	17,6	47,5	14,7	20,4
Tidak Tamat SD	26,2	58,5	14,0	14,6	37,1	11,7	14,1
Tamat SD	21,2	48,4	9,6	10,1	30,9	7,7	9,7
Tamat SMP	10,6	28,5	6,5	6,7	21,6	4,2	4,9
Tamat SMA	9,2	24,9	5,3	5,5	20,2	4,5	5,3
Tamat PT	10,3	24,4	6,7	7,0	23,1	6,5	6,9
Pekerjaan							
Tidak Kerja	16,9	38,1	15,1	15,5	35,5	21,6	25,6
Sekolah	2,4	8,7	3,6	3,8	14,5	0,3	0,6
Ibu RT	20,5	46,8	11,7	12,1	31,0	5,9	7,3
Pegawai	10,0	25,3	5,6	5,9	21,9	4,5	4,7
Wiraswasta	17,3	42,5	7,5	7,9	27,1	5,2	6,8
Petani/Nelayan/ Buruh	22,5	53,6	7,6	8,0	30,2	5,8	8,0
Lainnya	19,3	41,2	12,5	13,0	33,9	17,2	20,9
Tempat tinggal							
Perkotaan	14,6	36,1	9,5	9,9	27,8	7,8	9,7
Pedesaan	21,2	48,1	9,5	9,9	31,1	7,1	8,9
Tingkat pengeluaran							
Kuintil-1	17,1	43,8	8,0	8,4	28,4	6,6	8,5
Kuintil-2	17,9	43,3	9,0	9,4	28,2	6,6	8,3
Kuintil-3	18,6	43,7	9,4	9,8	30,7	5,9	8,1
Kuintil-4	17,7	41,1	10,0	10,3	29,3	9,0	11,0
Kuintil-5	17,1	37,2	10,6	11,1	29,9	9,0	10,3

Penyakit sendi lebih banyak pada penduduk di desa, sebaliknya penyakit stroke lebih banyak di kota. Prevalensi penyakit hipertensi tidak terlihat perbedaan berdasarkan tempat tinggal kecuali pada hipertensi hasil pengukuran, lebih banyak pada penduduk desa.

Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit sendi di Jawa Barat nampak cenderung lebih tinggi pada ekonomi menengah (kuintil 3). Sedangkan untuk hipertensi, prevalensi cenderung meningkat sesuai dengan

peningkatkan ekonomi kecuali pada hipertensi berdasarkan hasil pengukuran, prevalensi tertinggi ada pada mereka yang berada pada ekonomi menengah (kuintil 3). Lain halnya dengan penyakit stroke, prevalensi tertinggi berdasarkan diagnosa ialah pada ekonomi terendah (kuintil 1). Sedangkan bila berdasarkan diagnosa dan gejala, prevalensi tertinggi pada ekonomi tinggi (kuintil 4).

Tabel 3.5.1.3
Prevalensi penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor**
menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kabupaten Bogor	2,1	4,0	0,7	7,8	0,6	0,9	2,6
Kabupaten Sukabumi	2,7	4,3	0,5	4,2	0,3	0,4	6,2
Kabupaten Cianjur	2,5	4,4	0,9	8,8	0,2	0,8	3,2
Kabupaten Bandung	2,1	3,8	1,0	10,8	0,5	2,0	3,5
Kabupaten Garut	4,3	7,7	1,6	10,4	0,6	1,8	3,8
Kabupaten Tasikmalaya	3,3	6,0	1,3	5,9	0,2	1,1	6,2
Kabupaten Ciamis	1,5	2,5	1,0	7,9	0,8	1,2	5,6
Kabupaten Kuningan	0,8	1,5	1,1	5,3	0,7	1,2	4,8
Kabupaten Cirebon	2,2	4,2	0,9	14,9	0,5	1,2	9,0
Kabupaten Majalengka	2,2	3,9	0,7	5,2	0,5	0,6	6,7
Kabupaten Sumedang	3,6	5,1	0,9	8,8	0,3	0,8	3,9
Kabupaten Indramayu	1,6	4,2	1,3	11,9	1,0	1,3	5,3
Kabupaten Subang	1,9	2,6	1,0	3,8	0,8	0,8	2,4
Kabupaten Purwakarta	2,9	6,4	1,3	12,3	0,7	2,1	8,0
Kabupaten Karawang	4,1	5,7	0,5	6,4	1,0	1,2	4,3
Kabupaten Bekasi	3,1	4,0	0,7	6,2	0,6	1,0	4,6
Kota Bogor	3,4	5,1	1,2	12,1	1,7	2,5	10,0
Kota Sukabumi	2,6	4,4	2,9	14,5	1,1	1,8	14,7
Kota Bandung	2,3	3,0	1,6	8,1	1,2	2,0	7,5
Kota Cirebon	1,8	3,5	1,4	12,7	1,6	2,3	8,8
Kota Bekasi	1,7	2,4	0,8	4,5	1,7	1,9	7,2
Kota Depok	1,6	2,8	1,4	8,1	1,4	2,4	8,1
Kota Cimahi	3,1	3,9	2,0	9,3	1,0	1,8	6,7
Kota Tasikmalaya	1,3	2,2	1,1	4,6	0,4	0,7	3,9
Kota Banjar	2,1	4,1	1,4	11,1	1,0	2,1	17,2
Jawa Barat	2,5	4,1	1,0	8,2	0,8	1,3	5,5

Catatan :

D = Diagnosa oleh Nakes O = Minum obat
G = Dengan gejala U = Hasil Pengukuran
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.

Prevalensi penyakit asma di provinsi Jawa Barat sebesar 4,1% (kisaran 1,5 – 7,7%), tertinggi terdapat di Kabupaten Garut (7,7%) dan terendah di Kabupaten Kuningan (1,5%). Prevalensi penyakit jantung 8,2% berkisar antara 3,8 – 14,9%, tertinggi di Kabupaten Cirebon (14,9%) dan terendah Kabupaten Subang (3,8%). Prevalensi penyakit diabetes sebesar 1,3% (kisaran 0,4 – 2,5%), tertinggi di kota Bogor (2,5%) dan terendah di Kabupaten Sukabumi (0,4%).

Tabel 3.5.1.4
Prevalensi penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor menurut**
Karakteristik Responden Di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (%)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kelompok umur							
<1 tahun	0,7	1,0	0,1	0,8	0	0	0.0
1-4 tahun	2,1	3,3	0,1	1,5	0,1	0,1	0.4
5-14 tahun	1,8	2,8	0,2	3,0	0,1	0,1	1.4
15-24 tahun	1,7	2,9	0,4	6,8	0,1	0,6	3.5
25-34 tahun	1,9	3,3	0,5	8,2	0,2	0,8	5.4
35-44 tahun	2,2	3,8	1,1	9,7	0,8	1,5	8.1
45-54 tahun	3,3	5,5	2,3	13,7	2,0	3,1	12.0
55-64 tahun	4,6	7,5	3,3	15,9	3,1	4,4	12.2
65-74 tahun	5,7	10,3	3,3	18,8	2,6	3,8	6.2
75+ tahun	7,7	13,3	4,0	20,7	2,4	4,4	11.2
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	2,5	4,3	0,9	7,2	0,8	1,3	3.9
Perempuan	2,4	3,9	1,2	9,1	0,8	1,3	7.0
Pendidikan							
Tidak Sekolah	3,9	7,5	1,3	14,3	0,9	1,7	5.3
Tidak Tamat SD	3,3	6,1	1,4	12,1	0,8	1,6	6.2
Tamat SD	2,8	4,7	1,3	10,3	0,8	1,6	6.0
Tamat SMP	2,0	3,3	0,8	7,8	0,9	1,4	6.9
Tamat SMA	1,7	2,5	1,2	7,1	1,2	1,8	8.3
Tamat PT	1,3	1,9	2,0	6,6	2,3	2,8	9.6
Pekerjaan							
Tidak Kerja	3,4	5,8	1,7	12,1	1,3	2,1	6.1
Sekolah	1,8	3,1	0,4	4,7	0,1	0,3	1.8
Ibu RT	2,7	4,3	1,7	11,7	1,2	1,9	10.1
Pegawai	1,5	2,5	1,3	6,4	1,6	2,2	6.8
Wiraswasta	2,6	4,0	1,3	10,8	1,3	2,3	8.3
Petani/Nelayan/ Buruh	3,2	6,2	1,0	11,1	0,5	1,3	5.3
Lainnya	3,7	5,6	2,5	12,9	2,7	4,3	12.9
Tempat tinggal							
Perkotaan	2,3	3,5	1,2	7,9	1,0	1,6	6.2
Pedesaan	2,7	4,8	0,9	8,5	0,5	1,0	4.7
Tingkat pengeluaran							
Kuintil-1	2,8	5,0	0,7	8,5	0,5	1,0	5.1
Kuintil-2	2,5	4,4	0,7	8,5	0,4	1,0	5.2
Kuintil-3	2,4	4,1	1,0	8,4	0,6	1,2	4.4
Kuintil-4	2,4	3,8	1,1	8,1	0,8	1,4	5.6
Kuintil-5	2,2	3,4	1,5	7,5	1,4	2,0	7.1

Penyakit asma dan jantung terdapat di semua kelompok umur dan prevalensinya cenderung meningkat sesuai pertambahan usia. Prevalensi diabetes cenderung tinggi mulai usia 55-64 tahun ke atas. Sementara Tumor cenderung meningkat sesuai usia, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 45 - 64 tahun.

Prevalensi penyakit jantung dan tumor pada perempuan cenderung lebih tinggi dari laki-laki. Sebaliknya, pada penyakit asma, prevalensi laki-laki lebih tinggi dibanding perempuan. Lain halnya dengan diabetes, laki-laki dan perempuan mempunyai prevalensi yang sama

Untuk asma maupun Jantung, prevalensi cenderung menurun sesuai dengan peningkatan pendidikan. Sebaliknya pada tumor, prevalensi meningkat sejalan dengan peningkatan pendidikan. Diabetes tinggi pada yang tamat perguruan tinggi. Prevalensi asma tinggi pada petani/nelayan/buruh, jantung tinggi pada kelompok yang tidak bekerja, diabetes tinggi pada wiraswasta diikuti kelompok pegawai dan tidak bekerja. Prevalensi tumor tinggi pada ibu rumah tangga.

Prevalensi asma dan jantung lebih tinggi pedesaan dari perkotaan. Sedangkan diabetes dan tumor prevalensinya cenderung lebih tinggi di perkotaan dari pedesaan. Penyakit asma dan jantung bila diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita prevalensinya cenderung menurun sesuai dengan peningkatan ekonomi. Berlawanan dengan penyakit tersebut, diabetes meningkat sesuai dengan tingkat pengeluaran. Stroke yang terbanyak di kuintil 5.

Tabel 3.5.1.5
Prevalensi (‰) Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofilia) Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jiwa (‰)	Buta Wana (‰)	Glau- koma (‰)	Sum- bing (‰)	Derma- titis (‰)	Rinitis (‰)	Tala- Semia (‰)	Hemo filia (‰)
Kabupaten Bogor	3.0	10.3	6.4	1.6	75.7	8.3	0.4	0.7
Kabupaten Sukabumi	1.1	1.6	2.1	1.3	63.6	28.6	0.3	0.5
Kabupaten Cianjur	3.0	5.2	1.1	0.8	87.8	47.3	1.4	1.6
Kabupaten Bandung	1.1	2.5	3.2	0.4	102.8	47.7	0.8	0.8
Kabupaten Garut	1.8	8.6	4.8	0.8	106.5	51.5	1.5	0.3
Kabupaten Tasikmalaya	2.1	3.5	1.0	1.4	119.7	45.6	0.3	1.0
Kabupaten Ciamis	3.8	6.5	1.5	1.5	118.8	21.7	0.4	1.1
Kabupaten Kuningan	1.7	1.1	0.6	1.7	47.6	9.1	0.6	0.0
Kabupaten Cirebon	4.9	20.2	13.5	2.6	161.1	50.1	2.3	2.3
Kabupaten Majalengka	1.5	7.5	0.5	0.0	55.8	41.3	0.0	0.0
Kabupaten Sumedang	1.7	2.8	1.7	0.6	125.3	47.4	1.7	1.7
Kabupaten Indramayu	4.0	2.0	1.3	0.7	67.8	22.0	0.0	0.7
Kabupaten Subang	0.4	0.4	1.2	0.0	33.7	2.5	0.8	0.0
Kabupaten Purwakarta	3.7	3.7	5.2	2.2	137.8	37.2	0.7	0.0
Kabupaten Karawang	2.8	12.2	4.6	0.6	86.2	23.2	1.5	0.6
Kabupaten Bekasi	1.1	1.1	1.4	0.3	37.7	25.3	0.0	0.0
Kota Bogor	3.6	6.0	3.0	1.8	157.3	45.6	0.6	1.2
Kota Sukabumi	3.7	12.9	36.9	0.0	88.6	33.1	0.0	0.0
Kota Bandung	2.2	2.2	0.5	1.0	87.4	44.7	1.0	0.0
Kota Cirebon	1.8	3.6	3.6	1.8	110.5	21.7	0.0	0.0
Kota Bekasi	0.5	3.2	3.5	1.6	94.0	58.5	0.3	0.0
Kota Depok	1.2	3.9	5.1	0.4	130.3	73.4	1.6	1.6
Kota Cimahi	2.9	1.9	1.9	0.0	147.3	78.0	0.0	1.0
Kota Tasikmalaya	1.0	2.0	0.0	1.0	57.8	16.7	0.0	0.0
Kota Banjar	7.0	3.5	10.6	0.0	133.8	38.7	0.0	0.0
Jawa Barat	2.2	5.6	3.6	1.0	92.7	36.2	0.8	0.7

*) 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

Prevalensi gangguan jiwa berat di provinsi Jawa Barat adalah 2,2 ‰ dengan kisaran 0,4 – 7 ‰, tertinggi di Kota Banjar (7 ‰), dan terendah di Kabupaten Subang (0,4 ‰). Prevalensi buta warna adalah 5,6 ‰, tertinggi di Kabupaten Cirebon (20,2 ‰), diikuti kota Sukabumi (12,9 ‰) dan Kabupaten Karawang (12,2 ‰). Sementara prevalensi glaukoma adalah 3,6 ‰, dan tertinggi di Kota Sukabumi (36,9 ‰).

Prevalensi bibir sumbing adalah 1,0 ‰ dan thalassemia 0,8 ‰. Prevalensi tertinggi bibir sumbing ditemukan di Kabupaten Cirebon (2,6 ‰), dan terendah di Kabupaten Majalengka dan Subang. Sementara prevalensi talasemia tertinggi juga ditemukan di Kabupaten Cirebon (2,3 ‰), dan rendah di Kabupaten Majalengka, Indramayu, Bekasi, dan Sukabumi.

Prevalensi dermatitis di Provinsi Jawa Barat adalah 92,7 ‰, dan tertinggi ditemukan di Kabupaten Cirebon (161,1 ‰) diikuti Kota Bogor (157,3 ‰) dan Kota Cimahi (147,3 ‰). Prevalensi rhinitis adalah 36,2 ‰, tertinggi ditemukan di Kota Cimahi (78,0 ‰), diikuti kota Depok dan kota Bekasi. Sementara prevalensi hemofili adalah 0,7 ‰, menurut kabupaten/kota prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Cirebon dengan prevalensi 2,3 ‰, dan rendah di Kabupaten Kuningan, Majalengka, Subang, Purwakarta, Bekasi, Tasikmalaya, dan Banjar serta Kota Sukabumi, Bandung, Cirebon dan Kota Bekasi.

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 Berumur 15 Tahun Ke Atas
(berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Kabupaten/kota di Provinsi
Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional
Kab Bogor	14,5
Kab Sukabumi	13,1
Kab Cianjur	19,8
Kab Bandung	27,6
Kab Garut	26,9
Kab Tasikmalaya	20,6
Kab Ciamis	18,8
Kab Kuningan	11,2
Kab Cirebon	29,8
Kab Majalengka	24,5
Kab Sumedang	16,7
Kab Indramayu	23,4
kab Subang	15,5
Kab Purwakarta	31,9
Kab Karawang	14,2
Kab Bekasi	23,2
Kota Bogor	24,4
Kota Sukabumi	27,6
Kota Bandung	19,2
Kota Cirebon	20,8
Kota Bekasi	11,6
Kota Depok	17,9
Kota Cimahi	24,2
Kota Tasikmalaya	18,6
Kota Banjar	20,0
Jawa Barat	20,0

*Nilai Batas Pisah (*Cut off Point*) ≥ 6

Dari table 3.5.2.1 terlihat prevalensi Gangguan Mental Emosional di Jawa Barat (20,0%) lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional (11,6%). Di antara kabupaten/kota, prevalensi tertinggi di Kabupaten Purwakarta (31,9%) dan terendah di Kabupaten Kuningan (11,2%)

Tabel 3.5.2.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gangguan Mental Emosional
Kelompok Umur	
15-24 Tahun	16,5
25-34 Tahun	17,5
35-44 Tahun	18,3
45-54 Tahun	20,7
55-64 Tahun	23,6
65-74 Tahun	31,0
75+ Tahun	41,6
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	15,3
Perempuan	24,3
Pendidikan	
Tidak Sekolah	32,0
Tidak Tamat SD	27,1
Tamat SD	21,1
Tamat SMP	17,1
Tamat SMA	12,9
Tamat PT	10,8
Pekerjaan	
Tidak Kerja	27,6
Sekolah	14,8
Ibu RT	23,5
Pegawai	11,1
Wiraswasta	17,4
Petani/Nelayan/Buruh	19,3
Lainnya	17,6
Tipe Daerah	
Perkotaan	18,8
Perdesaan	21,3
Tingkat Pengeluaran Perkapita	
Kuintil 1	23,6
Kuintil 2	22,0
Kuintil 3	21,3
Kuintil 4	18,6
Kuintil 5	15,5

*Nilai Batas Pisah (*Cut off Point*) ≥ 6

Dari tabel 3.5.2.2 terlihat prevalensi Gangguan Mental Emosional meningkat sejalan dengan penambahan umur. Berdasarkan umur, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (41,6%) dan terendah pada kelompok umur 15-24 tahun (16,5%). Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah perempuan (24,3%), kelompok yang memiliki pendidikan rendah (paling tinggi pada kelompok tidak sekolah, sedangkan berdasarkan kelompok pendidikan ditemukan prevalensi gangguan mental emosional paling tinggi terdapat pada kelompok pendidikan rendah yaitu 32,0%). Kelompok yang tidak bekerja (27,6%), tinggal di desa (21,3%), serta kelompok tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga terendah pada Kuintil 1 sebesar 23,6%.

Keterbatasan SRQ hanya dapat mengungkap gangguan mental emosional atau distress emosional sesaat. Individu yang dengan alat ukur ini dinyatakan mengalami gangguan mental emosional akan lebih baik dilanjutkan dengan wawancara psikiatri dengan dokter spesialis jiwa untuk menentukan ada tidaknya gangguan jiwa yang sesungguhnya serta jenis gangguan jiwanya.

3.5.3. Penyakit Mata

Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran tahun 1993-1996¹ memperlihatkan angka kebutaan di Indonesia mencapai 1,47, jauh lebih tinggi dibandingkan angka kebutaan di Thailand (0,3), India (0,7), Bangladesh (1,0), bahkan lebih tinggi dibandingkan Afrika Sub-Sahara (1,40)². Angka kebutaan ini menurun menjadi 1,21 sesuai dengan hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 yang mewakili tingkat kawasan Sumatera, Jawa-Bali, dan Kawasan Timur Indonesia.³ Saw dkk.⁴ dengan metodologi yang berbeda dari SKRT 2001, melaporkan angka kebutaan dua mata pada populasi rural di Sumatera sebesar 2,2 (golongan usia >20 tahun), sedangkan angka *low vision* bilateral mencapai 5,8.

Gangguan penglihatan mencakup *low vision* dan kebutaan, merupakan keadaan yang mungkin dapat dihindari dan atau dapat dikoreksi. Program WHO "*Vision 2020: the right to sight*" yang dicanangkan sejak tahun 1999 mematok target pada tahun 2020 tidak ada lagi "kebutaan yang tidak perlu" pada semua penduduk dunia. Berbagai strategi telah dijalankan dan Indonesia sebagai warga dunia turut aktif dalam upaya tersebut, diawali dengan pencanangan program Indonesia Sehat 2010. *Low vision* dan kebutaan (*Revised International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD) 10, WHO*)⁵ menjadi masalah penting berkaitan dengan berkurang sampai hilangnya kemandirian seseorang yang mengalami kedua gangguan penglihatan tersebut, sehingga mereka akan menjadi beban bagi orang di sekitarnya.

Badan Litbang Kesehatan (Balitbangkes) telah berpengalaman dalam melakukan survei berskala nasional berbasis masyarakat seperti Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), tetapi data kesehatan tersebut baru dapat menggambarkan tingkat nasional. Di era desentralisasi sekarang ini, data kesehatan berbasis masyarakat diperlukan di tingkat kabupaten/kota untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi di wilayah masing-masing. Untuk menjawab kebutuhan tersebut Balitbangkes melakukan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Sampel Riskesdas mengikuti kerangka sampel Susenas KOR. Dengan jumlah sampel yang lebih besar ini, sebagian besar variabel kesehatan yang dikumpulkan dalam Riskesdas dapat menggambarkan profil kesehatan di tingkat kabupaten/kota atau provinsi.

Dalam Riskesdas 2007 ini 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 dengan 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
Persentase Penduduk Usia 6 Tahun Ke Atas menurut *Low Vision*, Kebutaan
(dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	<i>Low Vision</i> * (%)	Kebutaan** (%)
Kab Bogor	3,1	1,1
Kab Sukabumi	4,1	2,1
Kab Cianjur	3,9	0,9
Kab Bandung	4,2	1,2
Kab Garut	2,6	0,9
Kab Tasikmalaya	6,4	1,0
Kab Ciamis	5,5	2,2
Kab Kuningan	8,9	1,6
Kab Cirebon	6,5	1,5
Kab Majalengka	7,6	1,6
Kab Sumedang	6,8	0,5
Kab Indramayu	4,7	1,8
Kab Subang	3,9	0,3
Kab Purwakarta	4,2	1,1
Kab Karawang	5,4	1,4
Kab Bekasi	2,4	0,6
Kota Bogor	4,9	0,6
Kota Sukabumi	6,1	0,9
Kota Bandung	4,6	1,2
Kota Cirebon	3,1	1,0
Kota Bekasi	3,0	2,2
Kota Depok	2,2	0,9
Kota Cimahi	3,9	0,5
Kota Tasikmalaya	4,7	1,4
Kota Banjar	7,0	0,9
Jawa Barat	4,5	1,2

Catatan: *)Kisaran visus: $3/60 \leq X < 6/18$ (20/60) pada mata terbaik

**)Kisaran visus $< 3/60$ pada mata terbaik

Persentase *low vision* di Jawa Barat adalah 4,4% berkisar antara 2,2% (Kota Depok) sampai 8,9% (Kabupaten Kuningan), sedangkan persentase kebutaan 1,2% yaitu sedikit di atas prevalensi nasional (0,9%) berkisar 0,3% (Kabupaten Subang) sampai 1,6% (Kabupaten Kuningan dan Kota Tasikmalaya). Dibandingkan dengan persentase *low vision* di tingkat provinsi, 13 dari 25 kabupaten yang ada masih memiliki persentase lebih tinggi. Terdapat 16 kabupaten dengan persentase lebih tinggi dibanding persentase provinsi. Diperlukan kajian lebih lanjut untuk mengidentifikasi penyebab *low vision* dan kebutaan sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan di tingkat kabupaten. Mempertimbangkan bahwa keadaan *low vision* dan kebutaan akan mengakibatkan seseorang kehilangan kemandirian untuk menjalankan aktivitas sehari-hari, maka penanganan khusus untuk memberikan koreksi penglihatan maksimal bagi penderita *low vision* dan kebutaan dengan penyebab yang dapat diperbaiki, tampaknya cukup esensial guna mengembalikan kemampuan penderita dalam upaya memenuhi kebutuhan hidup pribadi dan keluarganya.

Tabel 3.5.3.2
Persentase Penduduk Umur 6 Tahun Ke Atas menurut *Low Vision*, Kebutaan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	<i>Low vision</i> * (%)	Kebutaan** (%)
Kelompok umur (tahun)		
6 – 14	0,65	0,11
15 – 24	0,94	0,06
25 – 34	1,66	0,06
35 – 44	1,92	0,11
45 – 54	5,39	0,48
55 – 64	13,61	1,63
65 – 74	27,01	5,08
75+	39,90	12,76
Jenis kelamin		
Laki-laki	3,62	0,60
Perempuan	5,14	0,79
Pendidikan		
Tidak sekolah	18,15	4,51
Tidak tamat SD	6,89	1,11
Tamat SD	4,18	0,50
Tamat SMP	2,03	0,16
Tamat SMA	1,77	0,14
Perguruan Tinggi	1,74	0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	10,05	2,83
Sekolah	0,65	0,03
Ibu RT	5,33	0,65
Pegawai (negeri, swasta, polri)	1,69	0,13
Wiraswasta	3,33	0,39
Petani/ nelayan/ buruh	6,72	0,69
Lainnya	8,10	1,07
Tipe Daerah		
Perkotaan	3,76	0,52
Perdesaan	0,52	0,89
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita		
Kuintil-1	4,48	0,75
Kuintil-2	4,68	0,89
Kuintil-3	4,87	0,62
Kuintil-4	4,18	0,75
Kuintil-5	3,83	0,46

Catatan: *)Kisaran visus: $3/60 \leq X < 6/18$ (20/60) pada mata terbaik

**)Kisaran visus $<3/60$ pada mata terbaik

Menurut karakteristik umur, 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. Beberapa penelitian tentang *low vision* dan kebutaan di negara tetangga melaporkan bahwa katarak senilis (proses degeneratif) merupakan penyebab tersering yang ditemukan pada penduduk golongan umur 50 tahun keatas. Katarak adalah salah satu penyebab gangguan visus yang

dapat dikoreksi dengan operasi, sehingga besar harapan bagi penderita *low vision* dan kebutaan akibat katarak untuk dapat melihat kembali pasca operasi dan koreksi. Perlu disusun kebijakan oleh pihak berwenang dalam upaya rehabilitasi *low vision* dan kebutaan akibat katarak, sehingga kebergantungan penderita dapat dihilangkan.

Dalam tabel yang sama tampak pula bahwa 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. Kenyataan bahwa persentase penduduk yang kehilangan kemandirian akibat *low vision* dan kebutaan pada umumnya juga mempunyai keterbatasan pendidikan dan pekerjaan/penghasilan, menyebabkan kekhawatiran akan timbulnya kebergantungan mereka kepada orang lain, baik secara fisik maupun finansial, yang makin memperberat beban keluarga, sehingga membutuhkan perhatian dan penanganan khusus dari pihak pemerintah dan sektor terkait lainnya.

Persentase *low vision* lebih tinggi di perkotaan dari pedesaan, sedangkan kebutaan sedikit lebih tinggi di daerah pedesaan dibanding perkotaan. Akan tetapi terdistribusi hampir merata di semua kuintil. Hal ini menunjukkan bahwa persentase *low vision* dan kebutaan tampaknya tidak terfokus pada kelompok kuintil rendah.

Tabel 3.5.3.3
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke atas dengan Katarak
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	D* (%)	DG** (%)
Kab Bogor	2,28	21,74
Kab Sukabumi	0,73	16,30
Kab Cianjur	1,16	22,65
Kab Bandung	1,05	19,07
Kab Garut	1,30	25,07
Kab Tasikmalaya	1,82	19,20
Kab Ciamis	1,85	18,40
Kab Kuningan	0,86	11,76
Kab Cirebon	1,39	24,20
Kab Majalengka	1,63	20,83
Kab Sumedang	1,95	11,95
Kab Indramayu	1,41	20,32
kab Subang	1,31	18,00
Kab Purwakarta	1,72	14,85
Kab Karawang	2,41	20,75
Kab Bekasi	2,11	19,09
Kota Bogor	1,27	12,77
Kota Sukabumi	1,16	10,94
Kota Bandung	2,82	10,78
Kota Cirebon	2,26	14,62
Kota Bekasi	1,47	10,10
Kota Depok	1,51	9,02
Kota Cimahi	1,83	6,95
Kota Tasikmalaya	2,02	11,93
Kota Banjar	2,74	15,07
Jawa Barat	1,66	17,59

*)D = persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir.

**)DG= persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan atau mempunyai gejala penglihatan berkabut dan silau dalam 12 bulan terakhir.

Secara keseluruhan, persentase penduduk usia 30 tahun keatas di Jawa Barat yang pernah didiagnosis katarak maupun yang mengaku di diagnosa dan mempunyai gejala penglihatan berkabut 1,66% dan 17,59% yang tidak berbeda jauh dengan angka nasional. Persentase diagnosis oleh nakes terendah ditemukan di Kab. Sukabumi (0,73%) dan yang tertinggi adalah di Kota Bandung (2,82%).

Adapun rasio persentase katarak berdasarkan diagnosis atau gejala dari yang terendah berturut-turut adalah sebagai berikut: Kota Cimahi, Kota Depok, Kota Bekasi, Kota Bandung, dan Kota Sukabumi. Persentase diagnosis katarak oleh nakes yang masih sangat rendah mungkin juga berhubungan dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan matanya, meskipun mereka telah mengalami gejala gangguan penglihatan. Dalam hal ini, pemerintah daerah (Pemda) selayaknya memikirkan strategi khusus untuk dapat menjangring penderita katarak secara aktif, terutama yang sudah mengalami gangguan penglihatan *low vision* dan kebutaan untuk menjalani rehabilitasi berupa operasi katarak yang prosedur penatalaksanaan dan pembiayaannya mungkin juga memerlukan dukungan penuh dari Pemda dan sektor terkait lainnya.

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

Karakteristik	D (%)	DG (%)
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	0,21	4,26
35 – 44	0,56	9,67
45 – 54	1,33	17,83
55 – 64	3,17	26,87
65 – 74	5,07	41,03
75+	5,96	53,03
Jenis kelamin		
Laki-Laki	1,66	16,24
Perempuan	1,65	18,88
Lama Pendidikan		
Tidak Sekolah	2,98	35,87
Tidak Tamat SD	2,03	25,69
Tamat SD	1,43	16,01
Tamat SMP	1,42	9,62
Tamat SMA	1,34	7,85
Tamat PT	0,89	6,65
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	4,39	37,78
Sekolah	1,86	13,04
Mengurus Rt	1,35	16,18
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1,33	6,85
Wiraswasta	1,35	12,43
Petani/ Nelayan/ Buruh	1,15	19,10
Lainnya	4,19	20,50
Tempat Tinggal		
Perkotaan	1,84	14,55
Perdesaan	1,46	20,92
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita		
Kuintil-1	1,61	20,34
Kuintil-2	1,61	18,45
Kuintil-3	1,49	17,96
Kuintil-4	1,72	17,17
Kuintil-5	1,83	14,93

Persentase diagnosis katarak oleh nakes meningkat sesuai pertambahan usia, cenderung lebih besar pada perempuan (18,88%). Pada Katarak yang pernah didiagnosis oleh nakes terlihat sedikit lebih besar di daerah perkotaan (1,84%) sedangkan untuk yang didiagnosa oleh nakes ataupun mempunyai gejala katarak, di pedesaan lebih besar (20,92%) . Persentase katarak Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan tidak sekolah dan tidak tamat SD, juga tinggi pada kelompok penduduk yang tidak bekerja. Hal ini bila dihubungkan dengan adanya progam penjarangan kasus katarak yang saat ini sedang meningkat dilakukan secara gratis dan massal berkat kerja sama organisasi profesi (dokter ahli mata) dengan pemerintah, swasta, maupun organisasi sosial. Selain itu, besarnya persentase penduduk yang tidak bekerja maupun bekerja di sektor informal yang mempunyai persepsi bahwa untuk beraktivitas/bekerja tidak memerlukan penglihatan yang tajam.

Penduduk yang didiagnosis katarak oleh nakes maupun yang mempunyai gejalanya tersebar merata pada 5 kuintil yang dikelompokkan berdasarkan pengeluaran per kapita per bulan dalam rumah tangga, tetapi tampak bahwa prevalensi katarak terendah ditemukan pada kuintil tertinggi (14,93%). Sedangkan pada penduduk yang didiagnosa oleh nakes, prevalensi terendah ada pada kuintil 3 (1,49%).

Tabel 3.5.3.5
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak Yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Operasi katarak (%)	Pakai kacamata pasca operasi (%)
Kab Bogor	5,2	60,00
Kab Sukabumi	30,8	16,67
Kab Cianjur	0,2	100,00
Kab Bandung	9,5	100,00
Kab Garut	23,5	2,56
Kab Tasikmalaya	3,7	25,00
Kab Ciamis	30,8	80,00
Kab Kuningan	22,2	50,00
Kab Cirebon	0,1	0
Kab Majalengka	38,9	77,78
Kab Sumedang	23,5	62,50
Kab Indramayu	35,0	40,00
kab Subang	23,5	60,00
Kab Purwakarta	30,0	0
Kab Karawang	24,3	84,62
Kab Bekasi	12,9	50,00
Kota Bogor	20,0	66,67
Kota Sukabumi	0,0	0
Kota Bandung	16,4	69,23
Kota Cirebon	16,7	50,00
Kota Bekasi	41,7	46,15
Kota Depok	16,7	80,00
Kota Cimahi	22,2	33,33
Kota Tasikmalaya	33,3	66,67
Kota Banjar	20,0	100,00
Jawa Barat	18,3	63,4

Catatan: *)Responden yang pernah didiagnosis Katarak oleh nakes

Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 18,3% dengan kisaran terendah adalah di Kab. Sukabumi (0,0%) dan tertinggi adalah Kab. Bekasi (41,7%), tidak ada operasi katarak di Kota Sukabumi. Jumlah operasi ini masih sangat rendah dan dikhawatirkan akan mengakibatkan penumpukan kasus katarak. Oleh karena itu, perlu kajian lebih lanjut untuk mengetahui penyebab rendahnya persentase operasi katarak untuk mengatasi masalah *low vision* dan kebutaan akibat katarak.

Penggunaan kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 46,86% dengan kisaran terendah adalah di Kab Cirebon, Kab. Purwakarta, dan Kota Sukabumi (0%). Tertinggi adalah Kab. Cianjur, Kab. Bandung, dan Kota Banjar (dan 100%). Pemberian kacamata operasi bertujuan mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat pasca operasi katarak, sehingga tidak semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Bila dilihat dari persentase katarak di Kab Garut yang tertinggi, akan tetapi pemakaian kaca mata pasca operasinya terendah. Hal ini mungkin, karena tidak semua yang telah melakukan operasi katarak memerlukan kacamata untuk kegiatan harian.

Pada tabel 3.5.3.6 terlihat kecenderungan peningkatan presentase operasi katarak dan pemakain kaca mata pasca operasi sesuai bertambahnya umur . Hal ini sesuai dengan persentase low vison dan kebutaan yang meningkat sesuai pertambahan umur. Persentase operasi katarak pada laki-laki cenderung lebih tinggi dibandingkan pada perempuan, meskipun persentase diagnosis katarak oleh nakes ataupun gejala pada perempuan lebih besar. Hal ini mungkin dikarenakan masih adanya bias gender dalam masyarakat yang lebih mengutamakan laki-laki dibanding perempuan dalam sebagian besar aspek, termasuk bidang kesehatan. Keadaan tersebut dikhawatirkan dapat menimbulkan penumpukan kasus katarak pada perempuan sehingga jumlahnya lebih banyak dibandingkan laki-laki.

Persentase operasi katarak lebih besar pada kelompok penduduk tidak sekolah dan tidak tamat SD, lebih besar pada kelompok sekolah dan tidak bekerja, dan lebih besar di daerah perkotaan. Hal ini mungkin berkaitan dengan kemudahan akses ke sarana kesehatan yang mempunyai alat operasi di perkotaan pada umumnya lebih mudah dibanding di perdesaan. Banyaknya penduduk yang tidak sekolah dan tidak tamat SD dan yang tidak bekerja melakukan operasi katarak kemungkinan dikarenakan adanya program operasi katarak gratis.

Tabel 3.5.3.6
Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun Dengan Katarak yang Pernah Menjalani
Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Operasi katarak (%)	Pakai kacamata pasca operasi (%)
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	0,22	11,11
35 – 44	0,32	24,00
45 – 54	0,47	38,89
55 – 64	0,89	58,82
65 – 74	2,04	56,86
75+	2,00	65,00
Jenis kelamin		
Laki-laki	0,66	51,69
Perempuan	0,61	42,53
Lama pendidikan		
Tidak sekolah	1,02	42,86
Tidak tamat SD	0,78	41,46
Tamat SD	0,59	48,53
Tamat SMP	0,39	33,33
Tamat SMA	0,45	58,82
Tamat PT	0,68	77,78
Pekerjaan		
Tidak bekerja	1,22	61,76
Sekolah	1,70	33,33
Ibu RT	0,58	30,00
Pegawai (negeri, swasta, polri)	0,51	70,00
Wiraswasta	0,54	53,85
Petani/ nelayan/ buruh	0,47	40,00
Lainnya	1,96	81,82
Tipe Daerah		
Perkotaan	0,65	52,94
Perdesaan	0,61	41,76
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita		
Kuintil-1	0,63	29,03
Kuintil-2	0,53	28,57
Kuintil-3	0,56	51,85
Kuintil-4	0,67	51,35
Kuintil-5	0,75	68,09
	0,63	47,46

Catatan: *) Responden yang pernah didiagnosis katarak oleh nakes

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	Insiden	% dentally Fit	% keluhan	% 20 gigi berfungsi
% caries free 5th	Expected incidence	PTI	% dentally fit	% edentulous
DMF-T 12 th	Trend DMF-T menurut umur	RTI	PTI	% protesa
DMF-T 15 th		MI	RTI	
DMF-T 18 th		CPITN	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
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Bermasalah Gigi-mulut	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi*	Hilang seluruh gigi asli
Kab Bogor	19,9	28,6	0,7
Kab Sukabumi	25,3	31,1	1,0
Kab Cianjur	29,0	21,2	0,6
Kab Bandung	26,5	35,1	0,5
Kab Garut	36,7	25,3	0,8
Kab Tasikmalaya	31,7	25,2	1,0
Kab Ciamis	24,3	29,5	1,1
Kab Kuningan	13,0	31,7	1,0
Kab Cirebon	28,5	38,8	0,6
Kab Majalengka	27,2	40,9	0,8
Kab Sumedang	32,0	44,8	1,2
Kab Indramayu	29,3	29,8	0,7
Kab Subang	16,2	36,7	0,9
Kab Purwakarta	30,2	29,1	0,6
Kab Karawang	24,9	34,9	0,4
Kab Bekasi	21,9	35,8	0,5
Kota Bogor	31,1	41,3	0,5
Kota Sukabumi	33,0	42,0	0,5
Kota Bandung	21,7	41,2	0,6
Kota Cirebon	21,1	52,5	0,5
Kota Bekasi	19,8	38,0	0,3
Kota Depok	23,8	34,9	0,2
Kota Cimahi	34,0	39,9	0,6
Kota Tasikmalaya	16,4	35,5	0,6
Kota Banjar	26,5	30,3	1,0
JAWA BARAT	25,3	33,1	0,7

*)Termasuk tenaga medis gigi: perawat gigi, dokter gigi, atau dokter spesialis kesehatan gigi dan mulut

Dari sebanyak 25,3% penduduk Jawa Barat mengalami masalah gigi mulut (gimul) dan sebanyak 33,1% nya menerima perawatan dari tenaga medis. Terdapat 13 dari 25 kabupaten/kota di Jawa Barat yang mempunyai prevalensi masalah gigi mulut yang lebih tinggi dibandingkan dengan provinsi. Prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Garut (36,7%) sedangkan terendah di kabupaten Kuningan (13%). Sedangkan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi berkisar antara 21,2% – 52,5% dengan prevalensi tertinggi di kota Cirebon dan terendah di kab Cianjur. Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi penduduk yang kehilangan seluruh gigi asli adalah 0,7% dan 9 kabupaten/kota diantaranya mempunyai prevalensi lebih tinggi dibanding provinsi. Kabupaten Sumedang mempunyai prevalensi tertinggi (1,2%) dibandingkan kabupaten/kota lainnya dan kota Depok yang terendah (0,2%).

Tabel 3.5.4.2
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bermasalah gigi-mulut	Menerima perawatan Dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Umur			
< 1	1,1	25,0	0,2
1 - 4	9,4	33,7	0,0
5 - 9	28,1	37,5	0
10 – 14	23,2	31,0	0
15 – 24	23,0	28,8	0
25 – 34	26,2	34,9	0,0
35 – 44	30,0	35,3	0,1
45 – 54	32,0	34,5	0,4
55 – 64	31,0	30,4	1,5
65+	25,0	26,2	8,8
Jenis kelamin			
Laki-laki	24,1	31,0	0,7
Perempuan	26,5	35,0	0,6
Tipe Daerah			
Perkotaan	23,8	38,4	0,5
Perdesaan	27,1	28,0	0,8
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil-1	25,2	25,3	0,6
Kuintil-2	25,7	29,5	0,7
Kuintil-3	25,6	32,6	0,6
Kuintil-4	25,6	35,4	0,7
Kuintil-5	24,4	43,0	0,8

Tabel 3.5.4.2 menggambarkan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut karakteristik responden Jawa Barat. Pada responden yang mengalami gangguan mulut, tidak tampak perbedaan persentase dalam menerima perawatan/pengobatan gigi berdasarkan kelompok umur. Perbedaan terlihat untuk responden tampak bila dilihat berdasarkan tempat tinggal, dimana persentase yang menerima perawatan/pengobatan di perkotaan (38,4%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (28,0%). Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan, tampak kecenderungan peningkatan persentase yang mendapat perawatan/pengobatan gigi sejalan peningkatan tingkat pengeluaran.

Bila di lihat berdasarkan umur maka yang paling banyak mengalami masalah gimul terjadi pada kelompok umur 35 – 64 tahun ($\geq 30\%$). Akan tetapi, yang paling banyak menerima perawatan dari tenaga medis gigi adalah kelompok umur 5 - 9 tahun (37,5%). Sedangkan Persentase terbanyak yang kehilangan seluruh gigi aslinya adalah penduduk yang berumur 65 tahun ke atas.

Berdasarkan jenis kelamin, persentase masalah gigi mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi lebih tinggi pada perempuan. Sedangkan pada penduduk yang hilang seluruh gigi aslinya lebih banyak pada laki-laki. Masalah gigi mulut lebih banyak pada penduduk pedesaan. Akan tetapi, yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi lebih

banyak di perkotaan. Hal ini mungkin dikaitkan dengan kemudahan akses dan fasilitas perawatan gigi di kota lebih baik dibanding di desa. Pada penduduk yang hilang seluruh gigi asli, lebih banyak terjadi pada penduduk pedesaan.

Berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita, persentase masalah gigi mulut di Jawa Barat relatif tidak jauh berbeda antar nilai kuintil pada kisaran 24,4– 25,7%. Sedangkan untuk yang menerima perawatan dari tenaga medis, persentasenya meningkat sesuai dengan peningkatan ekonomi. Lain halnya dengan penduduk yang kehilangan seluruh gigi asli, persentase tertinggi ada pada ekonomi tertinggi (kuintil 5).

Tabel 3.5.4.3
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi	Pemasangan gigi lepasan / tiruan	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lainnya
Kab Bogor	92,2	32,4	2,3	14,4	1,6
Kab Sukabumi	92,4	23,9	1,7	9,0	1,9
Kab Cianjur	97,8	21,4	2,7	18,7	3,1
Kab Bandung	89,0	41,3	3,5	11,3	4,5
Kab Garut	93,4	27,8	6,3	7,4	0,3
Kab Tasikmalaya	90,9	45,0	1,3	8,7	0,9
Kab Ciamis	94,2	41,2	11,1	24,9	4,7
Kab Kuningan	96,0	28,4	4,1	6,8	0
Kab Cirebon	94,1	33,4	2,1	22,8	2,3
Kab Majalengka	83,8	35,8	1,7	9,2	10,4
Kab Sumedang	94,2	33,9	2,7	12,9	2,0
Kab Indramayu	92,1	35,1	0,8	4,8	2,0
kab Subang	88,6	36,0	1,4	6,5	3,7
Kab Purwakarta	89,9	37,0	2,5	13,4	0,9
Kab Karawang	92,4	37,7	0,3	18,0	2,5
Kab Bekasi	78,4	36,3	1,4	8,7	1,9
Kota Bogor	88,0	47,2	,9	29,8	2,8
Kota Sukabumi	80,0	48,0	2,7	18,4	1,4
Kota Bandung	85,4	51,8	2,6	12,3	1,2
Kota Cirebon	73,8	39,3	1,7	16,9	0,0
Kota Bekasi	75,0	56,7	2,0	16,9	7,3
Kota Depok	79,5	41,9	2,8	23,4	10,8
Kota Cimahi	81,7	44,7	2,8	16,9	3,5
Kota Tasikmalaya	79,7	45,0	3,4	6,8	0
Kota Banjar	95,7	22,7	0,0	17,4	0
JAWA BARAT	88,7	37,8	2,6	14,2	3,0

Persentase pengobatan gigi dalam 12 bulan terakhir untuk Jawa Barat (88,7%) lebih tinggi dari angka nasional (87,6%), terendah di kota Cirebon (73,8%) dan tertinggi di Kabupaten Cianjur (97,8%). Selanjutnya Persentase penambalan/ pencabutan/bedah gigi di Jawa Barat adalah 37,8% tertinggi di Kota Sukabumi (48,0%) dan terendah di Kabupaten Cianjur (21,4%). Sedangkan untuk pemasangan gigi palsu lepasan (protesa)/gigi palsu cekatan (bridge) secara keseluruhan Jawa Barat ada 2,6%, tertinggi di Kabupaten Ciamis (11,1%) dan terendah di Kota Banjar dalam jumlah yang sangat kecil (0,0%). Sebanyak 14,2% penduduk Jawa Barat yang mengalami masalah gigitul melakukan konseling perawatan/kebersihan gigi dimana persentase tertinggi di Kota Bogor (29,8%) dan terendah di Kabupaten Indramayu (4,8%).

Tabel 3.5.4.4
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik Responden di Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi	Pemasangan gigi Lepasan/ tiruan	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lainnya
Umur					
< 1	66,7	0	0	0	33,3
1 - 4	96,3	9,4	0,0	10,7	3,8
5 - 9	89,6	35,1	0,5	13,4	3,1
10 - 14	89,2	35,6	0,8	13,8	3,0
15 - 24	88,2	34,8	1,8	17,5	4,6
25 - 34	89,5	36,8	2,5	13,0	2,8
35 - 44	88,5	40,2	2,2	15,1	2,3
45 - 54	87,9	44,4	4,7	14,1	3,2
55 - 64	85,9	41,7	5,0	12,8	2,3
65 +	87,8	42,0	7,8	13,6	3,0
Jenis kelamin					
Laki-laki	88,4	37,5	2,3	13,8	2,9
Perempuan	89,0	37,9	2,9	14,4	3,1
Tipe Daerah					
Perkotaan	86,2	42,3	2,4	15,5	3,1
Perdesaan	92,2	31,7	3,0	12,3	3,0
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita					
Kuintil-1	91,5	28,1	1,7	10,6	3,6
Kuintil-2	90,7	33,0	1,7	11,1	3,6
Kuintil-3	90,9	36,4	2,5	14,9	1,5
Kuintil-4	89,4	36,9	3,4	13,6	3,3
Kuintil-5	83,4	48,8	3,3	18,4	3,4

Persentase pengobatan gigi terdapat merata pada semua kelompok umur. Persentase penambalan/pencabutan/bedah gigi tertinggi pada pada kelompok umur 45 -54 tahun (44,4%) sedangkan untuk konseling perawatan/kebersihan gigi tertinggi pada kelompok umur 15 – 24 tahun (17,5%). Untuk pemasangan gigi palsu persentase tertinggi pada kelompok umur 65 tahun ke atas (7,8%)

Berdasarkan jenis kelamin, pada semua jenis perawatan gigi, persentase perempuan lebih besar dibanding laki-laki. Penduduk kota lebih banyak melakukan jenis perawatan Penambalan/pencabutan/bedah gigi dan konseling perawatan/kebersihan gigi dari pada di desa. Sedangkan penduduk desa lebih banyak melakukan pengobatan dan pemasangan gigi palsu dari pada di kota.

Persentase pengobatan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pengeluaran, makin tinggi tingkat pengeluaran, cenderung makin rendah persentasenya. Sebaliknya, pada Penambalan/pencabutan/bedah gigi dan pemasangan gigi palsu, terlihat bahwa makin tinggi tingkat pengeluaran maka makin tinggi pula persentasenya. Untuk konseling perawatan/kebersihan gigi yang terbanyak pada tingkat pengeluaran tertinggi (kuintil 5) sebanyak 18,4%.

Tabel 3.5.4.5 menunjukkan sebanyak 95,8% menggosok gigi setiap hari, lebih tinggi dari angka nasional (91,1%). Sebanyak 94,6% responden Jawa Barat yang berumur 10 tahun

keatas menggosok gigi setiap hari saat mandi pagi dan atau sore. Sebanyak 10 kabupaten/kota di Jawa Barat dengan persentase yang lebih rendah dari angka provinsi, terendah di kota Cimahi (83,2%). Untuk yang menggosok gigi sesudah makan pagi, sebanyak 15 kabupaten/ kota di bawah persentase provinsi(14,5%). Persentase terendah adalah di Kota Tasikmalaya (7,3 %). Sebanyak 32,1% menggosok gigi sesudah bangun pagi, terendah di Kab indramayu (11,9%). Persentase menggosok gigi setiap hari sebelum tidur adalah 34,4%, terendah di Kabupaten Subang (18,7%). Secara keseluruhan, masih kurang dari 50% penduduk Jawa Barat yang berperilaku menggosok gigi dengan benar, yaitu waktu menggosok gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Persentase tertinggi menggosok gigi setiap hari ialah Kota Bandung (98,5%) dan yang terendah ialah Kabupaten Indramayu (89,7%).

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 Jawa Barat, 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
Kab Bogor	95,7	92,0	12,5	32,0	32,0	2,7
Kab Sukabumi	95,4	96,8	20,4	43,3	31,1	0,9
Kab Cianjur	96,5	97,5	17,4	45,1	27,9	1,3
Kab Bandung	96,9	89,4	16,8	40,2	46,4	7,0
Kab Garut	95,7	94,1	24,1	42,6	26,1	2,5
Kab Tasikmalaya	94,0	93,7	7,3	23,4	22,9	2,6
Kab Ciamis	96,1	98,1	24,2	29,0	37,1	7,0
Kab Kuningan	93,3	97,2	17,8	28,6	28,3	0,7
Kab Cirebon	92,3	97,5	11,1	26,0	23,7	3,0
Kab Majalengka	96,0	98,6	19,2	31,4	27,5	0,9
Kab Sumedang	96,9	95,3	25,5	34,5	33,7	3,8
Kab Indramayu	89,7	93,0	8,3	11,9	20,6	5,4
kab Subang	95,2	96,4	9,1	22,8	18,7	3,1
Kab Purwakarta	94,8	94,1	11,2	19,0	31,5	8,7
Kab Karawang	96,3	95,6	7,2	26,6	24,5	1,9
Kab Bekasi	94,7	94,8	11,3	17,4	31,1	7,5
Kota Bogor	98,4	93,4	17,3	36,4	51,8	8,4
Kota Sukabumi	95,2	95,2	34,8	50,1	53,0	10,7
Kota Bandung	98,5	96,1	14,2	42,3	52,1	4,2
Kota Cirebon	96,5	98,0	10,6	38,4	41,7	5,0
Kota Bekasi	98,0	93,3	9,2	24,9	51,8	4,1
Kota Depok	98,1	94,1	13,7	44,8	49,6	6,9
Kota Cimahi	97,9	83,2	11,1	37,4	46,3	5,2
Kota Tasikmalaya	97,9	96,0	6,2	19,1	37,8	3,9
Kota Banjar	96,1	98,2	11,3	18,0	22,5	4,5
JAWA BARAT	95,8	94,6	14,5	32,1	34,4	4,0

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 Jawa Barat, 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 (thn)						
10 – 14	96,5	94,3	12,3	29,6	27,1	2,9
15 – 24	98,5	95,6	14,7	33,8	39,6	3,5
25 – 34	98,7	95,1	14,5	32,9	38,1	3,7
35 – 44	98,4	94,9	15,9	33,1	36,7	4,2
45 – 54	96,7	94,5	14,8	31,7	33,3	4,5
55 – 64	91,2	93,6	14,3	31,1	28,4	5,0
65+	75,8	90,8	14,4	29,2	24,8	6,2
Jenis Kelamin						
Laki-laki	94,7	94,3	13,4	30,6	29,7	3,5
Perempuan	96,7	94,9	15,6	33,5	38,6	4,4
Tipe daerah						
Perkotaan	97,2	94,2	13,8	34,2	42,6	4,4
Perdesaan	94,2	95,1	15,3	29,8	24,9	3,6
Tingkat pengeluaran rumah tangga/kapita						
Kuintil-1	93,6	94,6	13,0	28,0	24,9	3,9
Kuintil-2	94,9	95,0	13,9	30,4	28,5	4,2
Kuintil-3	95,9	95,2	13,8	31,5	31,4	3,5
Kuintil-4	96,7	94,8	15,3	33,8	38,1	4,1
Kuintil-5	97,5	93,6	16,3	36,2	46,9	4,2

Persentase menggosok gigi setiap hari pada hampir semua waktu terendah pada kelompok umur 65 tahun ke atas, kecuali pada waktu sesudah makan pagi. Menggosok gigi sesudah makan pagi yang paling rendah pada kelompok umur 10 – 14 th (12,3 %). Persentase tertinggi menggosok gigi pada saat mandi yaitu pada kelompok umur 15 – 24 th. Waktu sesudah makan pagi paling banyak pada kelompok umur 35 – 44 tahun. Presentase menggosok gigi perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Presentase menggosok gigi sebelum tidur malam lebih tinggi di kota (42,6%) dibandingkan di desa (24,9%). Menurut tingkat pengeluaran perkapita per bulan, waktu menggosok gigi saat mandi pagi dan atau sore relatif merata pada semua kuintil. Sedangkan pada waktu lainnya, terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pengeluarannya, maka persentasenya akan semakin besar.

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

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
Kab Bogor	6,3	93,7
Kab Sukabumi	9,2	90,8
Kab Cianjur	9,2	90,8
Kab Bandung	11,9	88,1
Kab Garut	11,4	88,6
Kab Tasikmalaya	3,7	96,3
Kab Ciamis	15,7	84,3
Kab Kuningan	7,6	92,4
Kab Cirebon	5,4	94,6
Kab Majalengka	9,2	90,8
Kab Sumedang	12,4	87,6
Kab Indramayu	3,4	96,6
kab Subang	5,2	94,8
Kab Purwakarta	7,4	92,6
Kab Karawang	4,3	95,7
Kab Bekasi	7,3	92,7
Kota Bogor	12,5	87,5
Kota Sukabumi	24,9	75,1
Kota Bandung	8,7	91,3
Kota Cirebon	7,3	92,7
Kota Bekasi	6,1	93,9
Kota Depok	10,0	90,0
Kota Cimahi	7,7	92,3
Kota Tasikmalaya	4,0	96,0
Kota Banjar	6,4	93,6
JAWA BARAT	8,2	91,8

Catatan :

Berperilaku benar menyikat gigi adalah orang yang menyikat gigi setiap hari dengan waktu sikat gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam

Meskipun persentase menggosok gigi tiap hari sudah tinggi, akan tetapi akan tetapi di tingkat provinsi rata-rata hanya 8,2% yang berperilaku benar dalam menggosok gigi, lebih tinggi dibanding angka nasional (7,3%). Persentase terendah di Kota Tasikmalaya (3,7%) dan tertinggi di Kota Sukabumi (24,9%).

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

Karakteristik	Berperilaku benar menyikat gigi	
	Ya	Tidak
Umur		
10 – 14	6,1	93,9
15 – 24	8,9	91,1
25 – 34	8,6	91,4
35 – 44	9,8	90,2
45 – 54	8,4	91,6
55 – 64	7,3	92,7
65+	5,9	94,2
Jenis kelamin		
Laki-laki	6,8	93,2
Perempuan	9,5	90,5
Tipe Daerah		
Perkotaan	8,9	91,1
Perdesaan	7,4	92,6
Tingkat pengeluaran rumah tangga/kapita		
Kuintil-1	6,1	93,9
Kuintil-2	7,0	93,0
Kuintil-3	7,6	92,4
Kuintil-4	8,9	91,1
Kuintil-5	11,0	89,0

Berdasarkan kelompok umur ada kecenderungan persentase menurun dalam berperilaku benar menggosok gigi dengan peningkatan umur terutama mulai umur 45-54 tahun. Persentase menggosok gigi dengan benar lebih tinggi pada perempuan, demikian pula di kota lebih tinggi dibandingkan di desa. Semakin tinggi tingkat pengeluaran maka semakin tinggi pula persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari dan berperilaku benar dalam menggosok giginya

Tabel 3.5.4.9 menyajikan komponen D, M, F dan Index 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). Indeks DMF-T secara umum 6,88. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk Jawa Barat 7 buah gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah gigi dicabut/M-T sebesar 3,75. artinya rata-rata penduduk Jawa Barat 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 Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	INDEX DMF-T (X)
Kab Bogor	1.15	2.94	0.03	3.04
Kab Sukabumi	1.14	3.12	0.02	3.30
Kab Cianjur	0.71	3.82	0.01	3.29
Kab Bandung	2.35	3.95	0.10	4.60
Kab Garut	1.94	3.90	0.02	4.50
Kab Tasikmalaya	1.33	5.66	0.03	7.05
Kab Ciamis	1.45	5.24	0.05	5.41
Kab Kuningan	0.82	5.06	0.01	5.93
Kab Cirebon	1.69	3.76	0.05	4.04
Kab Majalengka	1.04	3.85	0.05	3.89
Kab Sumedang	2.84	5.21	0.03	6.44
Kab Indramayu	0.63	3.60	0.03	3.28
Kab Subang	1.15	3.27	0.04	3.58
Kab Purwakarta	1.36	4.88	0.04	6.27
Kab Karawang	0.79	3.22	0.05	3.15
Kab Bekasi	1.83	3.22	0.07	3.75
Kota Bogor	1.31	3.48	0.24	4.02
Kota Sukabumi	1.54	4.85	0.14	5.03
Kota Bandung	1.55	3.46	0.12	4.10
Kota Cirebon	2.04	2.93	0.10	4.00
Kota Bekasi	0.79	2.58	0.17	2.79
Kota Depok	0.93	2.81	0.10	2.93
Kota Cimahi	1.36	3.80	0.14	4.09
Kota Tasikmalaya	1.58	4.21	0.03	5.83
Kota Banjar	3.23	5.84	0.09	9.17
JAWA BARAT	1.36	3.71	0.06	4.03

- D-t: rata2 jumlah 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)

Rerata penduduk Jawa Barat mempunyai jumlah gigi berlubang per orang sebesar 1,36, terbesar di kota Banjar (3,23) dan terendah di Kabupaten Cianjur (0,71). Rerata jumlah gigi yang dicabut/indikasi pencabutan di provinsi sebesar 3,71 sedangkan rerata untuk jumlah gigi ditumpat, sangat kecil sekali, yaitu 0,06.

Tabel 3.5.4.10
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T Menurut Karakteristik
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	INDEX DMF-T
Umur				
12	0.66	0.40	0.01	1.11
15	0.94	0.43	0.03	1.42
18	1.09	0.54	0.04	1.69
35 – 44	1.50	2.75	0.08	4.37
65 +	1.33	15.50	0.07	17.12
Jenis kelamin				
Laki-laki	1.31	3.54	0.05	3.79
Perempuan	1.41	3.87	0.07	4.25
Tipe Daerah				
Perkotaan	1.40	3.38	0.09	3.79
Perdesaan	1.32	4.09	0.03	4.30
Tingkat pengeluaran				
Kuintil-1	1.40	3.77	0.02	3.80
Kuintil-2	1.38	3.75	0.03	3.94
Kuintil-3	1.43	3.82	0.04	4.08
Kuintil-4	1.36	3.70	0.07	4.11
Kuintil-5	1.25	3.56	0.14	4.18

Tabel 3.5.4.10 menunjukkan jumlah kerusakan gigi meningkat seiring dengan peningkatan umur berdasarkan Indeks DMF-T tertinggi pada kelompok umur 65 tahun atau lebih yaitu 17,12 yang berarti kerusakan gigi rata-rata 17,12 buah per orang dengan komponen terbesar rata-rata gigi dicabut sebesar 15,50 per orang.

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

Tabel 3.5.4.11
Prevalensi Karies Aktif Dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun ke atas menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Karies aktif	Pengalaman karies
Kab Bogor	32,5	49,8
Kab Sukabumi	37,5	50,8
Kab Cianjur	30,4	55,9
Kab Bandung	43,8	58,9
Kab Garut	47,5	59,5
Kab Tasikmalaya	53,7	79,1
Kab Ciamis	42,4	63,3
Kab Kuningan	43,7	78,3
Kab Cirebon	44,9	58,2
Kab Majalengka	34,1	58,4
Kab Sumedang	48,9	66,2
Kab Indramayu	25,2	50,0
Kab Subang	33,4	53,1
Kab Purwakarta	51,9	85,5
Kab Karawang	29,2	52,3
Kab Bekasi	42,9	55,5
Kota Bogor	36,1	59,7
Kota Sukabumi	42,8	63,8
Kota Bandung	46,1	64,8
Kota Cirebon	49,6	61,5
Kota Bekasi	30,3	54,0
Kota Depok	33,6	54,5
Kota Cimahi	40,7	60,7
Kota Tasikmalaya	59,0	81,5
Kota Banjar	73,1	93,2
JAWA BARAT	39,0	58,4

Catatan : Orang dengan karies aktif adalah orang yang memiliki D>0 atau Karies yang belum tertangani. Orang dengan pengalaman karies adalah orang yang memiliki DMFT >0.

Prevalensi karies aktif pada penduduk Jawa Barat adalah 39,0% (kisaran 25,2 – 73,1%). Tujuh kabupaten/kota dengan prevalensi yang lebih besar dibandingkan nasional (43,4%). Prevalensi tertinggi ialah Kota Banjar (73,1%) dan terendah Kabupaten Indramayu (25,2%). Sebanyak 58,4% penduduk Jawa Barat mempunyai pengalaman karies, lebih kecil bila dibandingkan dengan angka nasional (67,2%). Prevalensi tertinggi terdapat di kota Kota Banjar (93,2%), dan terendah di Kabupaten Bogor (49,8%).

Tabel 3.5.4.12
Prevalensi Karies Aktif Dan Pengalaman Karies Menurut
Karakteristik Responden Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Karies aktif	Pengalaman karies
Kelompok Umur		
12	31,9	41,5
15	42,2	53,2
18	45,1	56,8
35 – 44	56,3	82,3
65 +	39,1	95,5
Jenis kelamin		
Laki-laki	37,5	56,5
Perempuan	40,4	60,2
Tipe daerah		
Perkotaan	39,6	58,6
Perdesaan	38,3	58,1
Tingkat pengeluaran		
Kuintil-1	36,1	53,3
Kuintil-2	38,6	57,0
Kuintil-3	39,2	58,3
Kuintil-4	40,7	60,8
Kuintil-5	40,3	62,4

Karies aktif paling banyak (56,3 %) terjadi pada kelompok umur 35 – 44 tahun, sedangkan untuk pengalaman karies, terlihat kecenderungan peningkatan prevalensi seiring bertambah umur. Prevalensi karies pada perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Terlihat prevalensi yang relatif sama berdasarkan tipe daerah perkotaan dan pedesaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan, tampak sedikit peningkatan prevalensi dengan meningkatnya tingkat pengeluaran.

Tabel 3.5.4.13
Required Treatment Index (RTI) dan Perform Treatment Index (PTI)
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RTI (D/DMF-T) x100%	PTI (F/DMF-T) x100%	MTI (M/DMF-T) x100%
Kab Bogor	37.6	1.1	96.7
Kab Sukabumi	34.6	0.6	94.5
Kab Cianjur	18.9	0.2	100.0
Kab Bandung	50.7	2.1	86.1
Kab Garut	43.1	0.5	86.4
Kab Tasikmalaya	18.9	0.4	80.3
Kab Ciamis	26.9	0.9	97.0
Kab Kuningan	13.8	0.2	85.2
Kab Cirebon	41.9	1.3	93.0
Kab Majalengka	26.8	1.2	98.9
Kab Sumedang	44.2	0.4	80.9
Kab Indramayu	17.5	0.9	100.0
Kab Subang	32.1	1.1	91.5
Kab Purwakarta	21.8	0.6	77.9
Kab Karawang	24.4	1.4	100.0
Kab Bekasi	49.0	1.7	85.6
Kota Bogor	32.6	5.9	86.8
Kota Sukabumi	31.4	2.8	95.9
Kota Bandung	37.9	2.8	84.5
Kota Cirebon	50.9	2.4	73.2
Kota Bekasi	28.2	5.6	92.8
Kota Depok	32.1	3.3	95.9
Kota Cimahi	33.2	3.5	92.9
Kota Tasikmalaya	27.0	0.6	72.1
Kota Banjar	35.0	1.0	63.8
JAWA BARAT	33.5	1.5	89.8

Dari tabel 3.5.4.13 tampak jumlah kerusakan gigi yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan (RTI) di Jawa Barat sebesar 33,5%, tertinggi di kota Cirebon (50,9%) dan terendah di Kabupaten Indramayu (17,5%). Motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap (PTI) sebesar 1,5%.

Tabel 3.5.4.14
Required Treatment Index (RTI Dan Perform Treatment Index (PTI)
Menurut Karakteristik Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	RTI (D/DMF-T) X100%	PTI (F/DMF-T) X100%	MTI (M/DMF-T) X100%
Umur			
12	24,9	0,2	19,6
15	35,3	1,3	17,5
18	36,9	1,4	19,6
35 – 44	28,6	1,5	52,1
65 +	7,5	0,4	87,1
Jenis kelamin			
Laki-laki	19,7	0,8	53,3
Perempuan	20,2	1,0	55,6
Tipe Daerah			
Perkotaan	21,8	1,5	52,8
Perdesaan	18,1	0,4	56,1
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil-1	19,9	0,3	53,5
Kuintil-2	20,1	0,5	54,8
Kuintil-3	20,5	0,6	55,0
Kuintil-4	20,3	1,0	55,2
Kuintil-5	19,0	2,1	53,9

Menurut kelompok umur, persentase RTI yang paling tinggi (36,9 %) pada umur 18 tahun dan paling rendah (7,5 %) pada umur 65 tahun ke atas. Sedangkan untuk PTI, tertinggi pada kelompok umur 35 – 44 tahun dan presentase terendah pada umur 12 tahun. RTI dan PTI lebih banyak terjadi pada perempuan dan pada penduduk perkotaan. RTI paling besar terjadi pada tingkat pengeluaran kuintil 3, sedangkan PTI paling tinggi pada kuintil 5 dan paling rendah terjadi pada kuintil 1.

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

Kabupaten/ Kota	Fungsi normal	Edentulous	Orang dg protosa
Kab Bogor	94,9	0,7	2,3
Kab Sukabumi	94,3	1,0	1,7
Kab Cianjur	93,7	0,6	2,7
Kab Bandung	93,7	0,5	3,5
Kab Garut	92,8	0,8	6,2
Kab Tasikmalaya	84,4	1,3	1,3
Kab Ciamis	89,7	1,1	11,1
Kab Kuningan	87,9	1,3	4,1
Kab Cirebon	93,2	0,6	2,1
Kab Majalengka	92,4	0,8	1,7
Kab Sumedang	89,0	1,2	2,7
Kab Indramayu	92,8	0,7	0,8
Kab Subang	94,1	0,9	1,4
Kab Purwakarta	89,7	0,8	2,5
Kab Karawang	94,2	0,4	0,3
Kab Bekasi	95,0	0,5	1,4
Kota Bogor	93,1	0,5	0,9
Kota Sukabumi	90,5	0,5	2,7
Kota Bandung	94,0	0,6	2,6
Kota Cirebon	95,3	0,5	1,7
Kota Bekasi	96,3	0,3	2,0
Kota Depok	95,3	0,2	2,8
Kota Cimahi	93,5	0,6	2,8
Kota Tasikmalaya	91,3	0,7	3,4
Kota Banjar	86,4	1,4	0,0
JAWA BARAT	93,2	0,7	2,6

Catatan : Fungsi normal gigi = penduduk dengan minimal 20 gigi berfungsi (jumlah gigi \geq 20) Edentulous= orang tanpa gigi Orang dengan preotesa = orang yang memakai protosa

Sebanyak 93,2% penduduk Jawa Barat masih mempunyai fungsi gigi normal, presentase tertinggi di Kota Bekasi (96,3%) dan terendah di Kab Tasikmalaya (84,4%), Persentase orang yang memakai protosa di Jawa Barat sebesar 2,6% dengan kisaran 0,0 – 11,1%, tertinggi di kabupaten Ciamis (11,1 %).

Tabel 3.5.4.16
Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous dan Protosa menurut Karakteristik Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Fungsi normal	Edentulous	Protosa
Umur			
12	100,0	0	1,0
15	100,0	0	1,6
18	100,0	0	3,0
35 – 44	97,4	0,1	2,2
65 +	43,7	8,8	7,8
Jenis kelamin			
Laki-laki	93,6	0,7	2,3
Perempuan	92,8	0,6	2,9
Tipe daerah			
Perkotaan	94,2	0,5	2,4
Perdesaan	92,0	0,8	3,0
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil-1	93,4	0,6	1,7
Kuintil-2	93,2	0,7	1,7
Kuintil-3	92,9	0,6	2,5
Kuintil-4	93,0	0,7	3,4
Kuintil-5	93,4	0,8	3,3

Pada penduduk umur 12, 15, dan 18 tahun tampak bahwa seluruhnya (100 %) masih berfungsi normal sehingga pada umur tersebut sama sekali tidak ada orang yang tanpa gigi. Fungsi normal gigi mulai menurun persentasenya pada umur 35 – 44 tahun dimana secara bersamaan pada umur tersebut terdapat 0,1% orang yang tanpa gigi. Sementara, orang yang dengan protosa paling banyak pada umur 65 tahun ke atas karena pada umur tersebut fungsi normal gigi pun sudah makin banyak berkurang.

Fungsi normal gigi lebih banyak pada laki-laki. Akan tetapi, orang tanpa gigi pun lebih banyak ditemukan pada laki-laki. Sedangkan perempuan lebih banyak yang memakai protosa. Penduduk perkotaan lebih banyak yang mempunyai gigi yang berfungsi normal. Pada besarnya orang tanpa gigi dan orang yang memakai protosa, lebih banyak pada penduduk desa.

Menurut tingkat pengeluaran perkapita per rumah tangga, relatif tersebar merata pada fungsi normal gigi dan orang tanpa gigi. Sedangkan orang dengan protosa paling banyak terdapat pada kuintil 3.

3.6. Cedera dan Disabilitas

3.6.1. Cedera

Kasus cedera Riskesdas 2007 diperoleh berdasarkan wawancara. Cedera yang ditanyakan adalah yang dialami responden selama 12 bulan terakhir dan kepada semua umur. Yang dimaksud cedera dalam Riskesdas 2007 adalah kecelakaan dan peristiwa yang sampai membuat kegiatan sehari-hari responden menjadi terganggu.

Pembagian katagori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasidari ICD-10 (*The Tenth Revision Of The International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problems*) 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*).

Dari 25 Kabupaten/kota di Jawa Barat, ada 11 kabupaten/kota yang prevalensinya lebih besar dari pada Persentase provinsi (9,5%) dengan tertinggi di Kab. Indramayu (21,2%), Kab. Garut(19,1%), dan Kota Bogor (18,4%). Sementara untuk urutan penyebab cedera dari yang terbesar ialah 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 yang terbanyak di Kota Bogor (dari kisaran 33,8 - 77,2%). Persentase kecelakaan transportasi darat terbanyak di kabupaten Subang (kisaran 13,6 – 53,4%). Kab. Garut mempunyai Persentase tertinggi pada penyebab cedera karena terluka benda tajam/tumpul (kisaran 4,3 – 29,6%). Penyebab cedera lain yang menonjol adalah terbakar/terkurung asap dengan Persentase tertinggi di kab Bekasi, Kota Bandung, dan kota Tasikmalaya (2,8%). Secara rinci dapat dilihat pada tabel 3.6.1.1

Tabel 3.6.1.1
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	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
Kab.bogor	6,8	34,5		0,6	50,2	14,4	1,3	1,7				0,6	1,9	1,3		1,8
Kab.sukabumi	3,5	44,9			33,8	20,3	0,8	0,8				3,0	0,8			0,9
Kab.cianjur	6,6	33,2			52,0	18,5	0,4	0,4			0,4		1,2			1,3
Kab.bandung	8,0	29,8		0,3	62,0	10,1	0,3	0,3				0,5	1,6			1,9
Kab.garut	19,1	13,6		0,9	70,4	29,6	1,7	1,1	0,4	0,1			0,8			0,1
Kab.tasikmalaya	7,9	25,2			67,8	11,3	0,4	0,9				0,4	1,3			3,5
Kab.ciamis	9,8	24,0		0,4	51,9	23,1	0,4					0,8	1,9		0,4	1,2
Kab.kuningan	5,1	24,5			66,3	16,8							1,1			1,1
Kab.cirebon	15,6	21,1		0,2	69,6	8,8	0,5	0,2				0,2				3,8
Kab.majalengka	10,1	39,3			53,1	10,9		0,5					1,9			1,0
Kab.sumedang	8,8	31,9			55,0	13,7	0,6	0,6			0,6	1,9	1,2		0,6	1,9
Kab.indramayu	21,2	26,2	0,3	0,6	54,0	24,3	0,6	0,6			0,6	1,4	0,6		0,2	2,8
Kab.subang	3,0	53,4		1,4	39,4	9,9	2,8									5,8
Kab.purwakarta	16,3	19,3			63,7	19,7	1,3	1,3	0,4		0,5	1,3	2,2			3,2

Tabel 3.6.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007
(Lanjutan)

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
Kab.karawang	5,9	51,7	0,5		33,8	11,4							1,0				4,2
Kab.bekasi	11,1	35,6		0,3	56,8	4,3	0,3		0,8			0,5	1,0	2,8			3,3
Kota bogor	18,4	14,7		0,3	77,2	11,5	1,6		0,3				0,3	0,6			4,2
Kota sukabumi	14,1	28,6			51,9	18,2	1,3		1,3				1,3	0,0			1,4
Kota bandung	4,4	33,1	0,6	1,1	47,5	11,2					0,6		2,2	2,8	0,6		6,5
Kota cirebon	12,4	27,9			62,7	10,3	1,5										3,0
Kota bekasi	7,5	34,5		1,2	52,2	9,7								0,8			12,0
Kota depok	11,3	16,7			61,2	16,7	0,7	0,3	0,3					2,0			8,4
Kota cimahi	5,3	41,1			48,2	5,4	0,0		0,0					0,0			7,1
Kota tasikmalaya	7,0	29,2			55,6	16,7	0,0							2,8		1,4	2,3
Kota banjar	7,6	30,4			59,1	9,1			0,0			,00		0,0	0,0		0,0
JAWA BARAT	9,5	27,4	0,1	0,4	58,6	15,9	0,7	0,0	0,6	0,1	0,0	0,1	0,6	1,2	0,1	0,1	3,1

* Angka prevalensi penyebab cedera merupakan bagian dari angka prevalensi cedera tota

Tabel 3.6.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	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
Kelompok umur (tahun)																	
< 1	3,6				87,6				3,2					4,0			6,4
1-- 4	11,3	5,6		0,2	86,7	6,8	0,1				0,2	0,4	0,4	1,2	0,0		2,3
5 -- 14	11,5	14,2		0,5	76,9	11,4	0,5	0,1	0,4		0,1	0,3	0,4	0,6		0,1	2,9
15 – 24	11,2	49,0	0,1	0,8	42,3	12,5	1,2		0,5	0,0		0,0	0,9	1,5	0,1	0,1	3,2
25 – 34	8,3	42,5	0,1	0,2	38,3	21,2	1,1		1,1				1,1	1,4	0,2	0,0	3,0
35 – 44	7,6	32,4		0,2	45,0	24,4	0,6		0,8			0,1	0,3	1,4	0,4	0,2	4,2
45 – 54	7,8	33,8	0,2		42,8	24,0	1,3		0,9				0,8	1,6	0,3	0,1	3,8
55 – 64	7,9	20,4	0,3		59,6	21,1	0,8		0,4	0,4			0,4	1,9			2,4
65 – 74	9,2	11,6		1,0	71,1	19,4	0,5		0,1				0,1	0,5			3,7
75+	10,5	8,5		1,9	79,3	10,1	0,3		0,4	1,1			0,4	1,5			2,2
Jenis Kelamin																	
Laki	11,8	32,7	0,1	0,3	53,8	15,9	0,9	0,0	0,7	0,1	0,0	0,2	0,7	1,2	0,1	0,1	3,0
Perempuan	7,2	19,2	0,0	0,5	66,1	15,9	0,6	0	0,4	0,0	0,0		0,4	1,2	0,2	0,1	3,4

Tabel 3.6.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Penduduk
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007
 (lanjutan)

Karakteristik	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka 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
Pendidikan																	
Tidak sekolah	10,9	15,0	0,2	1,3	67,9	16,3	0,9	0	1,1					0,2			3,0
Tidak tamat SD	10,6	21,0		0,3	62,0	20,1	0,9	0	1,0	0,3	0,1	0,1	0,5	0,9		0,1	2,7
Tamat SD	9,0	30,5	0,1	0,2	51,2	22,5	1,2	0	0,5				0,7	1,4	0,2	0,1	2,6
Tamat SMP	9,8	41,8		0,7	44,3	15,1	0,7	0	0,4			0,0	1,0	1,7		0,0	4,2
Tamat SMA	8,4	51,5		0,6	38,0	10,3	0,6	0	0,6	0,1		0,1	1,4	1,8	0,4	0,1	4,1
Tamat SMA+	5,9	52,1	0,7	0,7	37,2	11,6	0,7	0	0,7					,7			3,6
Pekerjaan																	
Tidak bekerja	12,1	31,6		0,6	60,5	11,1	0,8	0	0,3	0,2			0,9	0,6	0,2	0,1	2,5
Sekolah	11,9	27,6		0,6	63,8	12,0	0,7	0	0,3		0,1	0,1	0,5	1,0		0,1	3,2
Mengurus RT	5,3	18,6			56,2	23,1	1,0	0	0,4	0,1				2,1	0,4	0,0	3,9
Pegawai (negeri, POLRI)	7,8	53,4		0,8	38,9	12,6	0,8	0	0,6				2,2	1,1	0,6		3,8
Wiraswasta	9,6	50,6	0,2	0,9	36,8	15,5	1,1	0	0,8			0,2	0,3	1,5			3,7
Petani/Nelayan/ Buruh	10,5	28,8	0,3	0,3	44,5	28,9	1,1	0	1,5				0,9	1,3	0,2	0,2	2,8
Lainnya	9,9	38,6			42,1	18,4	0,9	0						1,7			5,6

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

Tabel 3.6.1.2
Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Penduduk di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik penduduk	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
Tempat tinggal																	
Perkotaan	9,3	28,3	0,0	0,5	58,8	13,2	0,8	0,0	0,5	0,0	0,0	0,1	0,6	1,3	0,2	0,1	4,3
Pedesaan	9,7	26,5	0,1	0,3	58,4	18,8	0,7	0,0	0,7	0,1	0,0	0,2	0,6	1,1	0,2	0,1	2,0
Total	9,5	27,4	0,1	0,4	58,6	15,9	0,8	0,0	0,6	0,1	0,0	0,1	0,6	1,2	0,1	0,1	3,2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan																	
Kuintil 1	9,6	20,3	0,1	0,3	62,4	19,2	0,9	0,1	0,6			0,2	0,6	0,9	0,4	0,1	
Kuintil 2	9,6	24,2		0,5	62,0	15,7	0,5		0,6	0,0		0,1	1,1	1,1		0,1	
Kuintil 3	9,8	28,4	0,2	0,3	59,1	16,5	1,0		0,6	0,2	0,1	0,3	0,3	1,3	0,0		
Kuintil 4	9,8	30,4		0,5	54,7	14,9	1,0		0,5		0,1		0,5	1,5	0,2	0,1	
Kuintil 5	8,6	34,3	0,1	0,4	54,4	13,1	0,4		0,7			0,1	0,6	1,3			
Total	9,5	27,4	0,1	0,4	58,6	15,9	0,8	0,0	0,6	0,1	0,0	0,1	0,6	1,2	0,1	0,1	3,2

(lanjutan)

Tabel 3.6.1.3 menggambarkan prevalensi cedera. Prevalensi tertinggi pada kelompok umur 1 - 24 tahun dengan tertinggi pada kelompok umur 5-14 tahun (11,5%). Jatuh merupakan penyebab cedera dengan Persentase terbesar (58,6%). Kemudian diikuti oleh kecelakaan transportasi darat (27,4%) dan terluka benda tajam/tumpul (15,9%). Penyebab cedera karena jatuh tampak didominasi oleh kelompok anak-anak dan orang lanjut usia. Sedangkan penyebab cedera oleh kecelakaan transportasi darat banyak terjadi pada kelompok umur 15-34 tahun.

Prevalensi cedera pada laki-laki jauh lebih tinggi daripada perempuan. Pada penyebab cedera karena jatuh, ternyata perempuan lebih besar (66,1 %) dibanding laki-laki (53,8%). Sebaliknya, pada kecelakaan transportasi darat lebih banyak dialami oleh laki-laki. Sedangkan Persentase yang sama terjadi pada cedera karena terluka benda tajam.

Secara umum terlihat bahwa semakin rendah tingkat pendidikan maka semakin besar prevalensi cedera. Begitu pula halnya dengan sebab cedera karena jatuh, makin besar terjadi seiring makin rendahnya tingkat pendidikan. Sebaliknya, pada cedera karena transportasi di darat, makin besar Persentasenya pada tingkat pendidikan yang makin tinggi. Hal ini mungkin dikarenakan makin tinggi pendidikan, makin besar kesempatan untuk melakukan perjalanan dengan alat transportasi darat. Penyebab cedera karena terluka benda tajam/tumpul paling banyak terjadi pada mereka yang tamat SD (22,5%) . Cedera yang disebabkan terbakar/terkurung asap banyak terjadi pada pendidikan tamat SMA dan tamat SMP.

Menurut kelompok tingkat pekerjaan terlihat bahwa cedera paling banyak terjadi pada penduduk yang tidak bekerja (12,1%). Pada penyebab cedera karena jatuh, Persentase tertinggi pada penduduk yang sekolah (63,8%), diikuti yang tidak bekerja (60,5%), dan mengurus rumah tangga (56,2%). Untuk penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat Persentase terbesar pada pegawai (53,4%) sedangkan Persentase cedera karena terluka benda tajam/tumpul terbanyak pada kelompok yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh (28,8%).

Prevalensi cedera lebih banyak terjadi perdesaan. Penyebab cedera karena jatuh Persentasenya sama antara kota dan desa, transportasi darat Persentase lebih besar pada kota (28,3%) dibandingkan desa, dan cedera karena terluka benda tajam/tumpul lebih banyak di desa (18,8%)

Pada prevalensi cedera menurut tingkat pengeluaran perkapita memperlihatkan bahwa prevalensi cedera hampir sama kisarannya antara tingkat pengeluaran kuintil 1 sampai dengan kuintil 4, akan tetapi pada kuintil terlihat paling rendah (8,6%). Sedangkan untuk penyebab cedera menunjukkan bahwa untuk Persentase jatuh merupakan yang terbesar (58,6%) dengan Persentase jatuh tertinggi pada kelompok kuintil 1 (62,4%). Kecelakaan transportasi di darat merupakan Persentase ke-2 tertinggi penyebab cedera, dengan Persentase tertingginya pada kuintil 5 (34,3%). Cedera karena terluka benda tajam/tumpul sebagai Persentase ke-3 terbesar, dengan Persentase terbesarnya pada kuintil 1 (19,2%).

Tabel 3.6.1.3
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, 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
Kab. Bogor	14,1	2,0	2,3	6,2	4,9	21,2	20,9	6,2	35,3	30,3
Kab. Sukabumi	18,4	,9		7,0	8,8	16,7	14,8	8,8	26,3	28,1
Kab. Cianjur	11,7	1,4	4,3	7,7	5,7	15,6	28,7	5,5	35,7	20,6
Kab. Bandung	20,3	,9	2,7	3,2	5,1	12,3	18,5	4,8	31,1	35,2
Kab. Garut	10,2	1,0	1,6	6,9	6,3	15,7	30,7	4,2	29,3	37,3
Kab. Tasikmalaya	19,8	,4	2,4	7,7	6,4	10,5	13,8	3,3	28,7	24,0
Kab. Ciamis	15,3	,4	4,4	3,5	9,0	14,9	29,0	7,5	29,3	29,0
Kab. Kuningan	17,2	2,0	3,9	2,9	5,7	38,5	15,7	1,0	52,4	15,0
Kab. Cirebon	9,3	,2	1,2	5,5	6,4	13,2	19,1	5,1	48,6	32,9
Kab. Majalengka	20,9	1,4	3,7	3,2	6,9	14,4	19,5	4,2	38,9	27,4
Kab. Sumedang	10,0	,6	1,0	7,6	9,4	10,2	22,2	7,6	31,5	35,2
Kab. Indramayu	13,8	,8	1,3	6,8	5,5	15,6	22,7	5,8	34,1	31,5
Kab. Subang	13,2	1,5	4,4	5,9	11,8	22,0	23,5	8,8	29,4	41,1
Kab. Purwakarta	15,0	1,2	1,2	3,3	4,5	12,2	22,0	5,9	33,7	30,4
Kab. Karawang	11,7	1,1	5,2	5,9	14,2	22,2	20,3	4,0	30,9	30,2
Kab. Bekasi	13,0	3,0	2,3	5,5	6,8	11,3	18,8	4,6	44,8	27,0
Kota Bogor	16,1	1,0	,5	4,0	5,0	10,9	17,2	3,2	31,0	37,4
Kota Sukabumi	16,9	,4	1,3	7,0	8,0	12,0	22,9	4,9	30,5	26,4

Tabel 3.6.1.3
Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007
(lanjutan)

Kabupaen/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
Kota Bandung	15,8	,7	2,8	4,8	9,7	16,0	26,4	3,4	24,1	33,8
Kota Cirebon	13,9	,5	2,1	7,7	3,6	9,7	23,1	3,6	29,9	23,8
Kota Bekasi	10,9		1,1	5,4	6,5	15,5	13,5	2,7	44,4	25,4
Kota Depok	12,4		1,4	5,8	7,6	7,3	21,9	4,9	34,8	27,9
Kota Cimahi	19,2	,7	2,0	5,4	5,4	16,3	24,5	6,8	39,0	23,8
Kota Tasikmalaya	20,2	1,1	2,8	3,4	2,2	9,5	22,9	4,5	37,7	18,7
Kota Banjar	24,5	,5	2,6	4,1	6,9	15,1	14,0	6,7	39,8	21,9
Total	14,0	1,0	2,2	5,6	6,6	14,7	21,8	5,0	35,1	30,6

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

Tabel 3.6.1.3
Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Karakteristik Penduduk
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	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
Umur (th)										
< 1	57,1	6,6	1,3	9,8	2,0	6,8	3,2		10,2	12,5
1 – 4	29,4	0,8	0,7	3,2	3,0	10,1	10,4	2,2	43,5	21,8
5 – 14	13,2	0,6	1,4	3,5	3,6	14,9	16,8	3,2	44,7	29,4
15 – 24	11,7	1,0	2,4	5,0	9,2	22,3	25,1	4,9	37,5	32,5
25 – 34	11,6	1,1	1,9	6,4	6,8	15,0	28,0	4,0	29,3	32,5
35 – 44	9,5	0,9	2,4	7,0	7,3	13,2	28,5	4,9	26,5	33,2
45 – 54	11,5	1,1	1,8	8,9	8,3	10,2	24,6	6,8	27,7	33,0
55 – 64	12,4	1,8	4,5	7,3	11,3	10,1	20,2	10,1	26,2	37,0
65 – 74	15,4	1,7	4,9	8,7	8,5	13,3	23,3	12,3	24,4	29,2
75+	14,8	1,3	5,5	12,6	13,2	11,5	26,3	14,7	21,4	19,8
Jenis Kelamin										
Laki	15,4	1,0	2,4	5,0	7,5	16,4	22,2	4,2	35,8	31,6
Perempuan	11,8	,9	1,7	6,7	5,3	12,0	21,2	6,1	34,1	29,0
Pendidikan										
Tidak sekolah	13,4	1,0	2,5	7,9	7,5	9,8	15,1	7,6	31,2	31,2
Tidak tamat SD	9,6	,9	3,1	6,3	6,0	14,2	23,4	5,8	34,2	32,6
Tamat SD	11,8	1,1	2,2	6,4	8,6	14,1	24,7	5,6	31,1	32,5
Tamat SMP	12,8	1,2	2,0	5,3	6,1	18,1	24,8	5,6	33,5	32,3
Tamat SMA	10,2	,6	2,1	7,0	9,6	18,8	29,6	4,0	35,6	30,2
Tamat PT	10,0	1,2	,8	1,5	7,9	15,2	26,2	5,1	24,5	35,8

Tabel 3.6.1.3
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena menurut Karakteristi Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007
(lanjutan)

Karakteristik responden	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
Pekerjaan										
Tidak bekerja	13,5	1,5	2,8	5,8	9,4	15,3	21,5	7,9	34,6	29,0
Sekolah	9,8	,6	1,3	4,2	5,0	16,9	20,6	3,5	43,7	31,9
Mengurus RT	9,0	,7	1,4	8,6	6,0	9,7	26,4	7,3	23,7	33,1
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	10,1	1,4	1,9	6,6	9,2	18,2	26,6	4,2	33,6	34,7
Wiraswasta	12,6	,6	2,9	4,4	8,4	15,6	30,0	4,2	31,9	30,7
Petani/Nelayan/ Buruh	12,6	1,4	3,5	7,6	7,9	15,3	25,6	5,5	27,1	34,6
Lainnya	12,0		2,4	12,2	12,8	12,3	19,6	7,5	29,9	29,8
Tempat tinggal										
Perkotaan	14,9	,9	2,0	5,4	6,3	14,3	21,3	5,0	37,2	29,5
Pedesaan	13,0	1,1	2,2	6,0	7,0	15,1	22,4	5,0	32,9	31,8
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan										
Kuintil 1	13,7	0,7	2,3	5,8	7,1	14,3	20,0	3,5	32,4	31,4
Kuintil 2	15,1	1,2	2,0	5,5	5,8	14,5	22,4	4,9	35,4	31,6
Kuintil 3	14,0	1,0	2,0	6,1	6,6	14,9	22,1	6,3	35,6	29,5
Kuintil 4	12,4	0,8	2,5	5,2	6,1	15,1	22,6	4,9	37,7	31,0
Kuintil 5	14,8	1,2	1,6	5,6	7,6	14,6	22,0	5,2	34,4	29,4

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

Tabel 3.6.1.4
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat,
Riskesmas 2007

Kabupaten/Kota	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Kab. Bogor	37,4	46,9	31,7	2,4	18,4	6,5	,6	2,6	2,0
Kab. Sukabumi	37,8	42,2	27,2	5,9	23,0	5,9	,7	7,4	1,6
Kab. Cianjur	46,5	29,5	33,5	3,3	32,9	7,0	,8	4,5	
Kab. Bandung	52,1	37,5	20,5	2,6	22,7	5,1	,3	3,7	6,2
Kab. Garut	44,8	46,4	33,2	1,1	23,9	3,2	1,1	,9	
Kab. Tasikmalaya	33,3	32,0	20,4	4,1	33,0	4,1	1,8	2,3	1,8
Kab. Ciamis	33,3	41,2	25,3	3,8	26,8	3,1	,8	2,3	,8
Kab. Kuningan	36,8	61,7	12,8	1,1	16,8	7,4	2,1	4,2	
Kab. Cirebon	35,5	59,0	19,9	1,6	26,3	3,5	,4	1,1	1,7
Kab. Majalengka	45,7	51,2	28,9	4,3	19,5	6,2	1,0	3,3	4,7
Kab. Sumedang	43,1	22,4	25,6	1,9	22,4	5,0	,6	1,2	1,9
Kab. Indramayu	47,3	52,4	31,5	2,3	19,4	1,6	,2	,6	1,9
Kab. Subang	35,6	52,1	23,6	1,4	32,9	9,6	1,4	1,4	4,4
Kab. Purwakarta	36,9	47,5	19,4	4,1	22,9	3,6	1,8	2,2	2,2
Kab. Karawang	41,2	62,1	32,5	1,5	24,3	7,4	1,0	2,0	1,6
Kab. Bekasi	33,2	49,6	21,8	4,1	24,5	3,6	,3	1,3	3,5
Kota Bogor	45,4	47,6	16,6	2,2	16,7	1,6	1,3	,6	1,6
Kota Sukabumi	42,1	42,9	27,6	2,6	15,8	2,6		1,3	4,1
Kota Bandung	44,5	28,3	25,7	3,3	21,5	6,7		2,8	9,4
Kota Cirebon	33,3	47,1	20,0	1,4	5,7	4,3	1,4	,0	1,5
Kota Bekasi	36,5	42,0	19,8	4,3	17,7	7,0	,4	2,4	3,8
Kota Depok	34,8	39,9	26,6	4,1	19,8	3,4		1,0	4,3
Kota Cimahi	53,6	48,2	32,1	3,5	25,0	5,4	,0	3,6	5,4
Kota Tasikmalaya	40,3	41,7	22,2	1,4	23,6	2,8		1,4	4,5
Kota Banjar	40,9	50,0	21,7	4,5	22,7	,0	,0		,0
Total	40,9	45,8	25,9	2,7	22,6	4,3	,7	1,9	2,4

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

Tabel 3.6.1.4
Persentase Jenis Cedera menurut Karakteristik Penduduk
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	keracunan	Lainnya
Umur (th)									
< 1	53,9	23,6	6,6	11,0	23,7				6,9
1-- 4	43,6	55,7	14,7	2,4	9,6	1,0		0,5	2,3
5 -- 14	38,1	55,3	22,8	2,0	18,0	2,3	0,5	0,9	1,4
15 – 24	44,1	54,2	27,2	3,3	25,4	4,6	0,5	2,1	1,9
25 – 34	40,6	43,8	30,8	3,6	21,6	5,0	1,3	2,2	2,9
35 – 44	37,9	38,7	31,0	2,8	28,1	5,4	,5	1,7	3,3
45 – 54	42,2	32,4	34,2	2,7	25,4	7,3	1,2	3,7	3,3
55 – 64	41,0	25,3	25,0	2,8	33,7	6,4	1,0	2,1	3,2
65 – 74	39,5	20,4	25,9	1,3	31,1	5,0	0,7	3,3	2,4
75+	49,7	23,6	13,5	1,5	35,2	13,2	3,5	9,5	2,8
Jenis kelamin									
Laki	41,5	48,7	28,2	2,7	21,8	4,6	0,8	2,4	2,4
Perempuan	40,0	41,2	22,3	2,7	23,9	3,8	0,6	1,2	2,4
Pendidikan									
Tidak sekolah	41,9	37,2	22,3	,3	25,5	4,3	0,9	2,6	2,1
Tidak tamat SD	38,0	41,2	29,0	2,3	24,4	4,8	0,8	2,2	2,0
Tamat SD	41,4	42,0	29,5	2,6	25,7	4,4	0,8	1,6	2,3
Tamat SMP	41,5	47,0	28,7	3,8	23,8	5,0	1,0	2,2	2,6
Tamat SMA	44,5	47,8	23,9	4,4	26,8	6,6	1,2	3,4	3,3
Tamat PT	34,2	39,8	32,2	2,4	26,0	7,1		2,9	5,1
Pekerjaan									
Tidak bekerja	43,3	43,1	22,1	1,9	25,1	6,6	.8	2,9	2,1
Sekolah	40,1	56,0	24,1	2,6	22,2	2,1	.5	.9	1,3
Mengurus RT	39,5	26,9	26,8	2,9	27,7	4,7	.7	1,7	3,7
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	40,7	43,7	29,0	3,7	25,4	7,9	1,4	3,7	3,0
Wiraswasta	41,2	47,5	28,3	3,6	24,6	4,3	1,1	2,0	2,8
Petani/Nelayan/ Buruh	40,1	37,4	36,3	2,7	26,3	6,1	1,0	2,7	2,4
Lainnya	47,9	45,4	27,3	3,2	28,0	7,7		5,3	7,2
Tempat tinggal									
Perkotaan	41,0	47,2	24,3	3,1	20,2	4,1	.6	1,8	3,1
Pedesaan	40,8	44,2	27,6	2,3	25,1	4,5	.8	2,0	1,6
Tingkat pengeluaran perkapita perbulan									
Kuintil 1	40,0	45,0	27,4	2,4	21,8	3,1	.5	1,2	1,6
Kuintil 2	41,1	45,0	24,4	2,8	23,3	4,6	.6	2,0	2,5
Kuintil 3	41,4	44,9	28,5	2,2	22,0	4,7	.9	1,9	2,5
Kuintil 4	39,9	46,7	24,9	3,1	22,3	4,3	.7	1,6	2,7
Kuintil 5	42,2	47,4	24,1	3,1	23,8	4,8	.9	2,8	2,5

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

Persentase tertinggi bagian tubuh yang terkena cedera berdasarkan kabupaten/kota di propinsi Jawa Barat diperoleh informasi sebagai berikut : cedera bagian kepala (24,5%) di kota Banjar, bagian leher (3,0%) di kabupaten Bekasi, bagian dada (5,2%) di kabupaten Karawang), bagian perut/punggung/panggul (7,7%) di kabupaten Cianjur, Kabupaten Tasikmalaya, dan Kota Cirebon, bagian bahu/lengan atas (14,2%) di kabupaten Karawang, bagian siku/lengan bawah (38,5%) di kabupaten Kuningan, bagian pergelangan tangan dan tangan (30,7%) di Kab Garut, bagian pinggul/tungkai atas (8,8%) di kabupaten Sukabumi dan kab. Subang, bagian lutut dan tungkai bawah (52,4%) di Kab. Kuningan, bagian tumit dan kaki (41,1%) di Kabupaten subang.

Persentase cedera di bagian kepala dan leher yang tertinggi ada pada kelompok umur <1 tahun yaitu sebesar 57,1% dan 6,6%. Cedera di bagian dada kebanyakan dialami oleh responden yang berusia di atas 55 tahun (14,9%), sedangkan cedera di bagian perut, bahu dan pinggul, tungkai atas lebih banyak dialami oleh penduduk berumur 75 tahun keatas (12,6%, 13,2%, dan 14,7%). Persentase cedera dibagian siku tertinggi diderita oleh responden yang berumur 15-24 tahun (22,3%), sedangkan cedera di bagian tangan tertinggi di kelompok 35-44 tahun (28,5%). Selanjutnya untuk cedera lutut dan tungkai paling banyak terjadi pada 5-14 tahun (44,7%). Adapun untuk cedera bagian tumit dan kaki tertinggi pada umur 55-64 tahun (37%).

Pada Tabel 3.6.1.3 berdasarkan cedera menurut bagian tubuh yang terkena, pada umumnya laki-laki lebih besar Persentasenya dibanding perempuan.

Tiga urutan terbesar bagian tubuh yang mengalami cedera pada laki-laki adalah lutut dan tungkai bawah (35,8%), bagian tumit dan kaki (31,6%), dan pergelangan tangan/tangan (22,2%). Adapun bagian tubuh yang mengalami cedera yang lebih besar terjadi pada perempuan adalah perut/punggung/panggul (6,7%) dan pinggul/tungkai atas (6,1%).

Persentase penduduk yang mengalami cedera kebanyakan mempunyai tingkat pendidikan tamat SMA yaitu cedera bahu/lengan atas (9,6%), siku/lengan bawah (18,8%), pergelangan tangan/tangan (29,6%), dan lutut/tungkai bawah (35,6%). Cedera di kepala dan perut/punggung/panggul paling banyak pada yang tidak sekolah (13,4% dan 7,9%). Penduduk yang tidak tamat SD paling banyak yang mengalami cedera pada dada (3,1%) dan pinggul/tungkai atas (7,6%). Untuk cedera leher dan bagian tumit dan kaki terbanyak di alami oleh penduduk dengan tingkat pendidikan PT (1,2% dan 35,8%)

Cedera di kepala, leher, bahu/lengan atas, dan pinggul/tungkai atas yang tertinggi dialami oleh responden yang tidak bekerja (13,5%, 1,5%, 9,4%, dan 7,9%). Untuk cedera di dada terbanyak pada jenis pekerjaan petani/nelayan/buruh (3,5%) sedangkan Persentase cedera di bagian perut/punggung/panggul persentasenya banyak pada pekerjaan mengurus rumah tangga (8,6%). Persentase cedera di bagian siku dan tumit/kaki yang terbanyak pada responden yang bekerja sebagai pegawai (18,2%). Profesi wiraswata merupakan jenis pekerjaan yang Persentasenya paling banyak mengalami cedera di pergelangan tangan dan tangan (30%). Sedangkan pekerjaan masih sekolah merupakan Persentase bagian tubuh yang terkena cedera menurut tempat tinggal terlihat bahwa sebagian besar terjadi di pedesaan, kecuali cedera pada kepala dan lutut/tungkai bawah lebih banyak diperkotaan (14,9% dan 37,2%). Sedangkan cedera pada pinggul,tungkai atas, Persentasenya sama antara kota dan desa.

Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita, Persentase bagian tubuh yang mengalami cedera memperlihatkan bahwa antara kuintil 1 sampai kuintil 5 terlihat hampir seimbang. Persentase tertinggi bagian tubuh terkena cedera terjadi pada lutut dan tungkai bawah (37,7%) pada kuintil 4, bagian tumit dan kaki (31,6%) pada kuintil 2, dan pergelangan tangan dan tangan (22,6%) terdapat pada kuintil 4.

Persentase jenis cedera tertinggi dari 25 kabupaten/kota di propinsi Jawa Barat yaitu: benturan 53,6% (kota Cimahi), luka lecet 62,1 % (kab. Karawang), luka terbuka 33,5% (kabupaten Cianjur), luka bakar 5,9% (kabupaten Sukabumi), terkilir/teregang 33% (kabupaten Tasikmalaya, patah tulang 9,6% (kabupaten Subang), anggota gerak terputus (amputasi) 1,8% (kab Tasikmalaya dan kab Purwakarta), keracunan 7,4% (kabupaten Sukabumi). Sementara di kota Sukabumi, Kota Bandung, Depok, Kota Tasikmalaya, dan kota Banjar tidak terdapat Persentase cedera anggota gerak terputus (atau Persentasenya kecil sekali). Juga, di kota Cirebon dan kota banjar tidak terjadi cedera keracunan.

Berdasarkan kelompok umur jenis cedera yang mempunyai Persentase tertinggi meliputi: benturan sekitar 53,9% pada kelompok umur < 1 tahun, luka lecet 55,7% pada umur 1 - 4 tahun, luka terbuka 34,2% pada umur 45 – 54 tahun, dan luka bakar 11% pada umur < 1 tahun. Selain itu, jenis cedera yang paling banyak dialami oleh kelompok umur 75 tahun ke atas ialah terkilir/teregang, patah tulang, anggota gerak terputus (amputasi), dan keracunan (35,2%, 13,2%, 3,5%, dan 9,5%)

Pada Persentase jenis cedera menurut katagori jenis kelamin memberikan gambaran bahwa pada hampir semua Persentase jenis cedera pada laki-laki menunjukkan angka lebih tinggi dibandingkan perempuan kecuali pada jenis cedera terkilir/teregang. Persentase terbesar untuk jenis cedera adalah luka lecet yaitu 48,7% pada laki-laki dan 41,2% pada perempuan.

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 kebanyakan terjadi pada penduduk yang berpendidikan tamat SMA, yaitu benturan (44,5%), luka lecet (47,8%), luka bakar (4,4%), terkilir/teregang (26,8%), anggota gerak terputus (1,2%), dan keracunan (3,4%). Jenis cedera lainnya, yaitu luka terbuka (32,2%) dan patah tulang (7,1%) paling banyak terjadi pada penduduk yang tamat PT.

Tabel tersebut juga memberikan gambaran pola jenis cedera berdasarkan jenis pekerjaan responden. Jenis pekerjaan yang terbanyak mengalami jenis cedera ialah pegawai yaitu luka bakar (3,7%), patah tulang (7,9%), anggota gerak terputus (1,4%), dan keracunan (3,7%). Sementara benturan paling banyak dialami oleh yang tidak bekerja, luka lecet pada yang masih sekolah, luka terbuka pada petani/nelayan/buruh, dan terkilir/teregang pada pekerjaan mengurus rumah tangga.

Persentase jenis cedera yang lebih tinggi terjadi di desa meliputi luka terbuka, terkilir/teregang, anggota gerak terputus, dan keracunan. Sedangkan Persentase yang lebih tinggi di kota ialah benturan, luka lecet, luka bakar, dan jenis cedera lainnya. Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita yang dibagi dalam kuintil, maka urutan jenis cedera terbanyak yang dialami adalah luka lecet 47,4% (kuintil 5), benturan 42,2% (kuintil 5), luka terbuka 28,5% (kuintil 3), dan terkilir/teregang 23,8% (kuintil 5). Untuk jenis cedera lainnya, Persentase tertinggi ada pada kuintil 5, yaitu luka bakar, patah tulang, anggota gerak terputus, dan keracunan.

3.6.2. Disabilitas/ Ketidakmampuan

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
Persentase Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Status Disabilitas
Dalam Fungsi Tubuh/ Individu/Sosial di Provinsi Jawa Barat,
Riskesdas 2007

Fungsi Tubuh,/Individu/Sosial	Bermasalah* (%)
Melihat jarak jauh (20 m)	13,2
Melihat jarak dekat (30 cm)	14,2
Mendengar suara normal dalam ruangan	5,2
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	4,9
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	14,6
Nafas pendek setelah latihan ringan	12,1
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	5,6
Mengalami gangguan tidur	11,6
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	9,3
Kesulitan berdiri selama 30 menit	8,7
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	10,4
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	12,6
Membersihkan seluruh tubuh	2,0
Mengenakan pakaian	1,9
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	4,6
Paham pembicaraan orang lain	5,2
Bergaul dengan orang asing	6,0
Memelihara persahabatan	6,2
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	7,5
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	8,2

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

Dari tabel 3.6.2.1 tampak bahwa penduduk umur 15 tahun ke atas yang bermasalah dalam hal penglihatan jarak jauh, penglihatan jarak dekat, merasa nyeri/merasa tidak nyaman, dan napas pendek setelah latihan ringan, mengalami gangguan tidur, kesulitan berjalan jauh dan kesulitan memusatkan pikiran merupakan disabilitas yang menonjol. Sedangkan yang bermasalah dalam hal membersihkan seluruh tubuh (2,6 %), dan mengenakan pakaian hanya sekitar (1,9%)

Tabel 3.6.2.2
Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut
Status Disabilitas dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat,
Risikesdas 2007

Kabupaten/Kota	Status Disabilitas	
	Sangat bermasalah	Bermasalah
	%	%
Kab Bogor	3,1	34,3
Kab Sukabumi	2,1	20,9
Kab Cianjur	2,4	36,0
Kab Bandung	2,8	45,1
Kab Garut	2,8	44,7
Kab Tasikmalaya	3,3	34,1
Kab Ciamis	3,0	35,3
Kab Kuningan	1,9	26,0
Kab Cirebon	6,3	49,7
Kab Majalengka	3,1	52,0
Kab Sumedang	2,1	34,0
Kab Indramayu	2,6	41,4
kab Subang	2,8	36,0
Kab Purwakarta	2,3	54,4
Kab Karawang	2,4	27,0
Kab Bekasi	3,7	30,4
Kota Bogor	3,2	42,5
Kota Sukabumi	4,2	68,8
Kota Bandung	1,6	35,2
Kota Cirebon	3,1	39,0
Kota Bekasi	1,5	31,8
Kota Depok	1,9	36,9
Kota Cimahi	1,7	46,5
Kota Tasikmalaya	2,0	40,8
Kota Banjar	2,5	39,6
Jawa Barat	2,8	37,1

Pada tabel 3.6.2.2 terlihat bahwa penduduk di Jawa Barat yang memiliki masalah disabilitas dengan kategori sangat bermasalah sebanyak 2,8% dan dengan kriteria bermasalah sebesar 37,1%. Bila dilihat per-Kabupaten/Kota, status disabilitas dengan kriteria sangat bermasalah tertinggi adalah di Kabupaten Cirebon (6,3%) diikuti kota sukabumi (4,2%) dan kab. Bekasi (3,7%). Sedangkan untuk kriteria bermasalah tertinggi di Kota Sukabumi (68,8%). Dari data di atas, terlihat bahwa untuk kategori sangat masalah dan masalah dengan prevalensi yang cukup tinggi, secara bersamaan terjadi Kota Sukabumi (4,2% dan 68,8%).

Tabel 3.6.2.3
Prevalensi Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Status Disabilitas dan
Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Status Disabilitas	
	Sangat Bermasalah	Masalah
Golongan umur:		
15-24 tahun	1,4	23,1
25-34 tahun	1,2	28,0
35-44 tahun	1,4	33,8
45-54 tahun	2,1	46,0
55-64 tahun	3,8	57,6
65-74 tahun	10,4	66,4
>75 tahun	23,3	64,5
Jenis kelamin:		
Laki-laki	2,5	33,3
Perempuan	3,0	40,6
Pendidikan:		
Tidak sekolah	9,8	57,5
Tidak tamat SD	4,4	48,8
Tamat SD	2,3	37,7
Tamat SMP	1,4	28,9
Tamat SMA	1,3	28,7
Tamat SMA+	1,0	28,1
Pekerjaan:		
Tidak bekerja	8,8	42,3
Sekolah	1,2	21,4
Mengurus RT	2,3	40,4
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	0,8	26,1
Wiraswasta	1,5	35,9
Petani/Nelayan/Buruh	2,1	40,5
Lainnya	3,7	40,5
Tempat tinggal:		
Perkotaan	2,5	37,0
Pedesaan	3,1	37,2
Tingkat pengeluaran perkapita perbulan :		
Kuintil 1	3,4	38,3
Kuintil 2	3,0	38,1
Kuintil 3	2,9	38,6
Kuintil 4	2,5	36,8
Kuintil 5	2,2	34,4

Prevalensi status disabilitas penduduk 15 tahun ke atas dalam 1 bulan terakhir menurut karakteristik di Provinsi Jawa Barat dapat dilihat pada tabel 3.6.2.3 Terlihat bahwa semakin tinggi golongan umur prevalensi disabilitas dengan kriteria sangat masalah dan semakin tinggi..

Prevalensi status disabilitas kategori sangat masalah dan masalah lebih banyak terjadi pada perempuan, lebih besar pada penduduk yang tinggal di desa, serta tinggi pada penduduk yang berpendidikan rendah. Semakin rendah tingkat pendidikan prevalensi masalah disabilitas kategori sangat masalah dan masalah semakin besar.

Dilihat dari pekerjaan, prevalensi status disabilitas kategori masalah dan sangat masalah tertinggi pada penduduk yang tidak bekerja dan terendah pada penduduk yang berprofesi sebagai pegawai. Dilihat dari kuintil, maka semakin tinggi tingkat pengeluaran, maka prevalensi disabilitas kategori sangat masalah dan masalah semakin rendah.

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
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-Kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Kab.Bogor	27.1	5.2	3.2	64.4
Kab.Sukabumi	28.8	6.4	2.1	62.7
Kab.Cianjur	31.1	8.1	2.9	58.0
Kab.Bandung	27.5	5.0	3.7	63.7
Kab.Garut	26.0	5.1	2.0	66.9
Kab.Tasikmalaya	26.7	7.1	2.0	64.2
Kab.Ciamis	31.1	6.2	2.8	60.0
Kab.Kuningan	24.6	5.6	2.5	67.3
Kab.Cirebon	23.0	5.2	2.4	69.5
Kab.Majalengka	25.3	5.4	2.6	66.7
Kab.Sumedang	28.8	6.0	3.4	61.8
Kab.Indramayu	30.4	3.9	2.4	63.3
Kab.Subang	30.3	4.7	1.9	63.1
Kab.Purwakarta	29.5	6.2	5.8	58.4
Kab.Karawang	30.0	5.5	2.0	62.4
Kab.Bekasi	24.9	7.0	3.5	64.7
Kota Bogor	24.3	5.3	6.7	63.8
Kota Sukabumi	30.3	7.5	5.8	56.4
Kota Bandung	25.5	6.6	5.2	62.7
Kota Cirebon	20.6	5.6	5.5	68.3
Kota Bekasi	18.3	5.5	6.4	69.8
Kota Depok	20.5	4.7	6.2	68.6
Kota Cimahi	23.7	6.5	6.1	63.7
Kota Tasikmalaya	26.4	7.2	3.9	62.4
Kota Banjar	28.6	7.8	5.1	58.5
Jawa Barat	26.7	6.0	3.7	63.6

Persentase perokok di Jawa Barat (26,7%) lebih tinggi dibandingkan dengan persentase perokok secara nasional (23,7%). Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Ciamis merupakan kabupaten/kota dengan persentase perokok tertinggi di Jawa Barat yaitu 31,1 %.

Tabel 3.7.1.2
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden Di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Karakteristik	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok Setiap Hari	Perokok Kadang-Kadang	Mantan Perokok	Bukan Perokok
Kelompok Umur (Tahun)				
10-14	0,9	1.4	.4	97.2
15-24	21.2	7.8	2.1	68.9
25-34	31.3	6.1	2.7	60.0
35-44	33.9	6.5	3.4	56.2
45-54	35.4	6.7	5.3	52.6
55-64	34.6	6.0	7.6	51.8
65-74	31.2	6.2	10.1	52.6
75+	31.5	6.2	9.5	52.8
Jenis Kelamin				
Laki	52.0	9.9	6.3	31.8
Perempuan	3.2	2.3	1.4	93.1
Pendidikan				
Tidak Sekolah	25.5	4.4	3.6	66.4
Tidak Tamat SD	24.1	4.5	2.9	68.5
Tamat SD	27.4	6.0	3.0	63.6
Tamat SMP	26.3	7.1	3.2	63.4
Tamat SMA	31.5	7.5	5.8	55.2
Tamat PT	25.1	6.0	8.4	60.5
Tipe Daerah				
Kota	24.9	6.0	4.8	64.3
Desa	28.8	5.9	2.5	62.8
Tingkat Pengeluaran per kapita				
Kuintil- 1	27.2	6.2	2.8	63.9
Kuintil- 2	27.3	6.0	3.2	63.4
Kuintil- 3	27.0	6.1	3.5	63.4
Kuintil- 4	26.9	6.1	4.0	63.0
Kuintil- 5	25.1	5.5	5.1	64.3

Berdasarkan usia perokok, persentase perokok tertinggi berkisar pada usia 35 hingga 64 tahun dan mencapai puncaknya pada usia 45 hingga 54 tahun. Persentase perokok pada laki-laki (52,0%) jauh lebih tinggi dibandingkan dengan Persentase perokok pada perempuan (3,2%). Berdasarkan tingkat pendidikan nampak jenjang pendidikan tidak menunjukkan pola yang jelas, namun persentase perokok yang paling tinggi adalah perokok dengan jenjang pendidikan SMA.

Persentase perokok yang tinggal di desa sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan Persentase perokok yang tinggal di kota. Berbeda dengan 4 karakteristik responden lainnya pada Tingkat Pengeluaran per kapita rumah tangga nampak menunjukkan gradasi yang lebih jelas. Semakin rendah tingkat kuintil semakin tinggi Persentase jumlah perokoknya. Pada tabel 3.7.1.3 disajikan prevalensi perokok saat ini dan rerata jumlah rokok yang dihisap sehari di Jawa Barat. Prevalensi jumlah perokok aktif saat ini di Propinsi Jawa Barat adalah 32,6% dengan prevalensi tinggi di Kabupaten Cianjur (39,2), Kota Sukabumi (37,8%) dan Kabupaten Ciamis (37,2%). Jumlah rata-rata batang rokok yang dihisap oleh responden di Propinsi Jawa Barat adalah 9,5 batang perhari. Rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap perhari terbanyak di Kabupaten Subang, Krawang, dan Indramayu dengan rata-rata batang rokok yang dihisap perhari adalah 10,5; 10,3; 10,0 batang.

Dari seluruh kabupaten/kota yang ada di Propinsi Jawa Barat Kabupaten Cianjur merupakan daerah dengan proposi perokok aktif yang cukup tinggi (39,2%) dan jumlah rata-rata batang rokok yang dihisap cukup banyak (8,18 batang) meskipun masih di bawah angka nasional (12 batang). Hal ini dikarenakan daerah cianjur merupakan daerah dengan dataran tinggi dan suhu yang cukup dingin sehingga budaya merokok dalam masyarakat menjadi sesuatu yang biasa, untuk itu institusi kesehatan di daerah tersebut hendaknya tanggap terhadap permasalahan ini dengan memberikan penyuluhan bahaya merokok lebih mendalam

Tabel 3.7.1.3
Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang
Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota Di
Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok Saat Ini	Rerata Jumlah Batang rokok/hari
Kab.Bogor	32.3	9.31
Kab.Sukabumi	35.3	8.21
Kab.Cianjur	39.2	8.18
Kab.Bandung	32.5	7.93
Kab.Garut	31.1	8.15
Kab.Tasikmalaya	33.8	9.53
Kab.Ciamis	37.2	8.11
Kab.Kuningan	30.3	8.93
Kab.Cirebon	28.2	8.98
Kab.Majalengka	30.7	9.51
Kab.Sumedang	34.8	8.30
Kab.Indramayu	34.3	10.0
Kab.Subang	35.0	10.5
Kab.Purwakarta	35.8	8.97
Kab.Karawang	35.5	10.3
Kab.Bekasi	31.9	9.17
Kota Bogor	29.6	8.89
Kota Sukabumi	37.8	7.60
Kota Bandung	32.1	7.96
Kota Cirebon	26.2	8.40
Kota Bekasi	23.8	8.95
Kota Depok	25.2	8.31
Kota Cimahi	30.2	7.93
Kota Tasikmalaya	33.7	7.52
Kota Banjar	36.4	7.35
Jawa Barat	32.6	9,5

Tabel 3.7.1.4
Prevalensi perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang
Dihisap Penduduk Umur 10 tahun ke atas menurut Karakteristik
Responden Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok Saat ini	Rata-Rata Jumlah Batang Rokok Yang Dihisap
Kelompok Umur (Tahun)		
10-14	2.4	4.02
15-24	29.0	6.62
25-34	37.4	8.50
35-44	40.4	9.37
45-54	42.1	9.71
55-64	40.6	9.43
65-74	37.3	8.80
75+	37.7	8.22
Jenis kelamin		
Laki-laki	62.0	9.03
Perempuan	5.5	5.00
Pendidikan		
Tidak Sekolah	30.0	9.65
Tidak Tamat SD	28.6	9.35
Tamat SD	33.4	8.48
Tamat SMP	33.4	8.06
Tamat SMA	39.0	8.52
Tamat PT	31.0	9.49
Tipe Daerah		
Kota	30.9	8.49
Desa	34.7	8.89
Tingkat Pengeluaran per kapita		
Kuintil- 1	33.3	8.24
Kuintil- 2	33.3	8.42
Kuintil- 3	33.1	8.65
Kuintil- 4	33.0	8.75
Kuintil- 5	30.6	9.33

Prevalensi perokok penduduk di Propinsi Jawa Barat lebih banyak pada kelompok umur 35 hingga 64 tahun dengan rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap adalah 9,37 hingga 9,45 batang. Namun yang menjadi keprihatinan adalah pada usia remaja dini sudah mengenal kebiasaan merokok dan jumlah rata-rata batang yang dihisap perhari adalah 4 batang, suatu jumlah yang hendaknya telah menjadi pertimbangan untuk mencari solusi pemecahanya.

Prevalensi perokok laki-laki (62,0%) lebih tinggi dari perokok perempuan (5,5%) pada perokok laki-laki rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap perhari (9,03) jauh lebih banyak dibandingkan dengan rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap oleh perokok perempuan (5,00).

Berdasarkan tingkat pendidikan prevalensi perokok lebih tinggi pada responden dengan tingkat pendidikan SD sampai dengan SLTA namun jumlah batang rokok yang dihisap lebih sedikit dari responden tingkat pendidikan lainnya. Dari seluruh tingkat pendidikan responden dengan latar belakang pendidikan SLTA yang mempunyai Persentase perokok tertinggi, sedangkan rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap terbanyak dari responden yang tidak bersekolah.

Perokok yang tinggal di pedesaan mempunyai prevalensi perokok terbesar dibandingkan dengan perokok yang tinggal di perkotaan, begitu pula dengan rata-rata jumlah batang rokok yang dihisap perhari lebih banyak dibandingkan dengan perokok di perkotaan. Semakin rendah kuintil (semakin miskin rumah tangga) semakin besar proporsi perokok namun semakin sedikit jumlah batang rokok yang dihisap perhari semakin tinggi kuintil (semakin kaya) semakin kecil prevalensi perokok namun semakin besar jumlah batang rokok yang dihisap perhari. Kondisi yang terbalik dari Tingkat Pengeluaran per kapita dan jumlah batang rokok yang dihisap perhari menunjukkan adanya keterbatasan daya beli di kalangan kuintil satu, untuk itu intervensi penyuluhan bagi perokok di kalangan kuintil satu diharapkan lebih mudah.

Tabel 3.7.1.5
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok
Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik
Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rata-rata batang rokok perhari					Tidak Tahu
	>=49 btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg	
Kab.Bogor	0.1		0.9	8.6	89.0	1.5
Kab.Sukabumi		0.1	0.8	7.3	90.8	1.0
Kab.Cianjur	0.2	0.3	1.2	7.6	89.9	0.7
Kab.Bandung	0.1	0.2	1.2	7.1	90.4	1.0
Kab.Garut			1.0	11.1	87.8	0.1
Kab.Tasikmalaya	0.4	0.4	1.4	16.7	80.1	1.1
Kab.Ciamis	0.3		0.9	6.7	89.9	2.3
Kab.Kuningan	0.6			7.3	90.9	1.2
Kab.Cirebon			0.3	9.1	89.5	1.2
Kab.Majalengka	0.2		1.1	11.4	87.1	0.2
Kab.Sumedang	0.2	0.2	0.7	7.4	89.8	1.8
Kab.Indramayu			0.9	11.0	87.5	0.6
Kab.Subang	0.1		1.0	8.1	90.6	0.1
Kab.Purwakarta		0.1	1.1	9.8	88.2	0.8
Kab.Karawang	0.1		1.2	11.2	83.5	4.0
Kab.Bekasi	0.4	0.1	1.1	8.1	86.1	4.1
Kota Bogor	0.2		0.9	8.1	89.9	0.9
Kota Sukabumi		0.4	1.0	6.5	92.0	0.2
Kota Bandung			0.3	4.9	94.0	0.8
Kota Cirebon	0.3	0.3	1.2	4.9	91.3	2.0
Kota Bekasi	0.2	0.2	0.7	8.5	86.4	4.0
Kota Depok			0.5	6.5	92.5	0.5
Kota Cimahi		0.4	0.9	7.1	90.8	0.7
Kota Tasikmalaya		0.1	0.6	3.7	95.0	0.6
Kota Banjar		0.4	0.8	3.7	94.9	0.1

Sebagian besar perokok di Propinsi Jawa Barat menghabiskan rokok perhari 1 – 12 batang perhari, namun ada di beberapa kabupaten/kota yang perokoknya menghabiskan lebih dari 49 batang rokok perhari, adapun kabupaten/kota tersebut adalah: Kabupaten Bogor, Cianjur, Bandung, Tasikmalaya, Ciamis, Kuningan, Majalengka, Sumedang, Subang, Karawang, Bekasi, Kota Bogor, Cirebon, dan Bekasi.

Tabel 3.7.1.6
Persentase perokok saat ini pada penduduk umur ≥ 10 tahun
berdasarkan jumlah batang rokok yang dihisap per hari menurut
Karakteristik Responden Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	≥ 49 btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg	Tidak Tahu
Umur						
10-14 tahun				1.7	74.7	23.6
15-24 tahun	0.1	0.0	0.1	3.2	95.3	1.3
25-34 tahun	0.0	0.1	0.6	6.4	92.3	0.6
35-44 tahun	0.2	0.1	1.1	9.4	88.6	0.6
45-54 tahun	0.1	0.3	1.5	11.3	86.2	0.6
55-64 tahun	0.2	0.1	1.1	10.9	86.8	0.9
65-74 tahun	0.3		1.5	10.5	86.3	1.4
75+ tahun		0.2	0.9	10.8	84.0	4.1
Jenis kelamin						
Laki-laki	0.1	0.1	0.9	8.8	89.2	0.8
Perempuan	0.1		0.4	2.6	90.9	5.9
Pendidikan						
Tidak sekolah	0.1	0.2	1.4	11.9	83.0	3.4
Tidak tamat SD	0.2	0.2	1.4	11.0	85.0	2.2
Tamat SD	0.2	0.1	0.7	7.8	90.4	0.9
Tamat SMP	0.1	0.1	0.5	6.3	92.4	0.6
Tamat SMA	0.1	0.1	0.7	6.6	91.6	0.9
Tamat PT		0.4	1.8	9.1	87.9	0.9
Daerah						
Pekotaan	0.1	0.1	0.8	7.0	90.5	1.5
Pedesaan	0.1	0.1	1.0	9.5	88.2	1.1
Tingkat Pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	0.1	0.1	0.8	7.1	90.2	1.6
Kuintil-2	0.1	0.1	0.7	8.2	89.6	1.2
Kuintil-3	0.1	0.1	0.9	8.4	89.2	1.3
Kuintil-4	0.2	0.2	0.6	7.8	90.0	1.2
Kuintil-5	0.0	0.2	1.4	9.4	87.8	1.2

Dari semua golongan umur sebagian besar penduduk di Jawa Barat menghabiskan 1-12 batang rokok perhari. Tidak nampak adanya pola yang nyata antara umur muda dan umur tua dengan jumlah batang rokok yang dihisap perhari. Golongan umur 15-24 tahun merupakan penduduk dengan Persentase terbanyak yang mengkonsumsi rokok 1-12 batang perhari. Penduduk yang menghabiskan rokok 1-12 batang rokok perhari lebih banyak pada penduduk perempuan dari pada laki-laki, sedangkan penduduk yang menghabiskan rokok lebih dari 13 batang lebih banyak pada penduduk

laki-laki dari pada perempuan. Dilihat dari latar belakang pendidikan perokok, nampak tidak berpola dengan jelas. Pada perokok dengan jumlah batang rokok yang dihabiskan perhari 1-12 batang sebagian besar dari latar belakang pendidikan SMP, sedangkan pada perokok yang menghabiskan rokok 13-24 batang rokok perhari sebagian besar dari perokok yang tidak pernah bersekolah.

Pada perokok yang tinggal dipertanian sebagian besar menghabiskan 1-12 batang rokok perhari, sedangkan perokok yang menghabiskan rokok 13-24 batang rokok perhari sebagian besar tinggal dipedesaan. Perokok yang menghabiskan rokok 1-12 batang perhari Persentase tertinggi dari perokok dengan tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga dari kuintil satu, sedangkan perokok yang menghabiskan rokoknya 13-24 batang perhari, Persentase terbesar berasal dari kuintil lima.

Tabel 3.7.1.7
Persentase penduduk Umur 10 tahun ke Atas yang Merokok menurut
Usia Mulai Merokok Tiap Hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Umur Mulai Merokok Tiap Hari						Tidak tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30 th	
Kab.Bogor	0,0	8.5	44.5	20.1	4.4	4.4	22.1
Kab.Sukabumi	0,0	6.3	36.9	19.3	5	6	34.4
Kab.Cianjur	0,0	10.3	39.2	23.9	10.3	6.3	20.1
Kab.Bandung	0,0	12.8	42.9	26	7.4	7.4	11.3
Kab.Garut	0,0	16.2	42.1	17.6	7.2	3.5	20.1
Kab.Tasikmalaya	0,0	13.8	39.2	13.8	7.4	4.4	29.6
Kab.Ciamis	0,0	10.5	35.1	30.8	6.2	7.9	18.4
Kab.Kuningan	0,0	5.8	39.9	22.8	6	4.3	28.1
Kab.Cirebon	0,0	12.3	43.0	19.1	4.8	3.2	22.4
Kab.Majalengka	0,0	14.2	40.3	27.6	7	4.7	12.9
Kab.Sumedang	0,0	11.7	46.6	24.5	5.9	4.1	12.8
Kab.Indramayu	0,0	14.5	40.0	19.5	8.2	5.7	20.6
Kab.Subang	0,0	8.1	39.8	20.6	7.1	6.4	26.8
Kab.Purwakarta	0,0	9	34.0	32.5	12.9	8.6	16.9
Kab.Karawang	0,0	6.1	35.9	16.9	5	4.1	39
Kab.Bekasi	0,0	9.2	47.4	16.1	4.8	5.1	23.2
Kota Bogor	0,0	18	49.1	20.5	3.3	3.5	8.8
Kota Sukabumi	0,0	11.9	36.4	31.7	10.9	14.4	8.9
Kota Bandung	0,0	5.7	39.1	32.8	10.1	5	16.3
Kota Cirebon	0,0	9.4	41.4	21.2	6.8	6	11.8
Kota Bekasi	0,0	8.8	42.2	18.9	7	4.6	26.9
Kota Depok	0,0	11.4	42.8	30	7.6	6.1	10.3
Kota Cimahi	0,0	9.3	49.5	29.1	8.4	6.5	11.6
Kota Tasikmalaya	0,0	8.8	44.6	22.9	4.2	3.8	14.6
Kota Banjar	0,0	12.7	52.7	20	8.1	8.4	14.5
Jawa Barat	0,0	9,3	39,6	19,0	5,3	4,2	22,6

Sebagian besar prokok di Propinsi Jawa Barat mulai merokok setiap hari pada usia berkisar antara 15-19 tahun, dengan Persentase paling tinggi di Kota Banjar (52,7%) dan Kota Cimahi, Kota Bogor. Di Propinsi Jawa Barat proporsi perokok yang mulai merokok diusia remaja muda (10-14 tahun) cukup tinggi dibandingkan dengan dengan perokok yang mulai merokok tiap harinya diatas 25 tahun. Kota Banjar (12,7 %) merupakan kabupaten dengan proporsi prokok yang mulai merokok setiap hari di usia 10-14 tahun yang cukup tinggi, sehingga dirasakan perlu untuk menyusun strategi penyuluhan bahaya merokok sejak usia dini (sosialisasi di tingkat SD melalui kurikulum terpadu).

Tabel 3.7.1.8

Persentase penduduk 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	5-10 th	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	Tidak Tahu
Kelompok Umur (tahun)							
14-Oct	0.0	54.7	0	0	0	0	45.3
15-24	0.0	17.4	64.8	9	0	0	8.8
25-34	0.0	10	53.4	22.4	4.6	0.6	14.1
35-44	0.0	8.4	44	26.9	6.9	5	20.6
45-54	0.0	7.6	38.7	28	8.6	8.2	25.7
55-64	0.0	8.4	31.6	26.8	8.5	9.1	33.2
65-74	0.0	6.5	30.2	20.6	6.4	10.7	42.7
75+	0.0	10.2	20.1	12.8	6.1	10	56.9
Jenis Kelamin							
Laki	0.0	10.5	46.8	22	6.9	4.5	20.8
Perempuan	0.0	7.6	29.2	27.8	10.1	27.6	35.3
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0.0	8.7	28.4	17	8.8	13	46
Tidak Tamat SD	0.0	9.8	37.7	21	9.4	9.5	31.5
Tamat SD	0.0	11.7	44.5	22.8	7.2	5.8	21
Tamat SMP	0.0	12.4	54.4	19.3	4.9	3.1	13.9
Tamat SMA	0.0	7.6	54.4	24.2	6.4	3.4	13.8
Tamat PT	0.0	6.5	48	33.3	8	6.5	12.1
Tipe Daerah							
Kota	0.0	9.7	48.1	23.7	6.6	4.9	18.5
Desa	0.0	10.9	43.9	20.8	7.6	4.9	24.4
Tingkat Pengeluaran per kapita							
Kuintil- 1	0.0	12	44.4	19.1	6.2	5.6	24.4
Kuintil- 2	0.0	10.3	45.6	21.1	7.1	5.3	23
Kuintil- 3	0.0	10.5	47.2	22.8	6.9	6.6	19.6
Kuintil- 4	0.0	8.9	47.9	23.6	7	5.3	19.5
Kuintil- 5	0.0	9.5	44.7	25.9	8.2	6.3	20

Penduduk Jawa Barat berusia diatas 10 tahun yang mempunyai kebiasaan merokok, sebagian besar merokok setiap hari pertama kali pada usia 15 – 19 tahun. Namun yang perlu menjadi perhatian adanya anak usia 10-14 tahun yang sudah mulai merokok. Ironisnya pada responden dengan usia 10 hingga 14 tahun (remaja dini) telah mulai merokok pertama kali setiap hari pada usia 10 hingga 14 tahun artinya sebagian besar perokok remaja dini tersebut mengenal rokok dan langsung merokok setiap hari, kondisi ini sangat memprihatinkan sehingga sangat diperlukan adanya penyuluhan bahaya merokok sedini mungkin sejak mereka dibangku SD. Pada perokok laki-laki mempunyai Persentase selalu lebih tinggi dari proposi perokok perempuan dilihat dari golongan usia pertama kali merokok setiap hari. Namun pada perokok laki-laki proposi usia mulai

merokok setiap hari 10 – 14 tahun lebih tinggi dari usia diatas 30 tahun. Berbeda dengan perokok perempuan Persentase perokok perempuan mulai merokok setiap hari lebih tinggi di usia diatas 30 tahun dibandingkan dengan perokok pria. Hal ini artinya bahwa perokok laki-laki lebih dini menjadi perokok rutin dibandingkan dengan perokok perempuan sehingga penyuluhan atau sosialisasi bahaya merokok lebih ditanamkan pada anak laki-laki sedini mungkin dibandingkan dengan anak perempuan.

Dilihat dari tingkat pendidikan nampak usia mulai merokok setiap hari tidak berpola jelas. Pada semua tingkat pendidikan usia merokok pertama kali terbesar pada usia berkisar 15-19 tahun, namun usia perokok dengan tingkat pendidikan tidak sekolah, tamat SD dan tamat SMA mempunyai Persentase tertinggi diantar tingkat pendidikan lain. Pada perokok yang berdomisili dipertanian nampak sebagian besar mereka mulai merokok setiap hari diusia 15-24 tahun, namun pada perokok yang mulai merokok setiap hari di usia 10-14 tahun sebagian besar diantara mereka tinggal di pedesaan. Berdasarkan Tingkat Pengeluaran per kapita rumah tangga nampak sebagian besar perokok mulai merokok setiap hari diusia 15-24 tahun dengan Persentase terbesar pada perokok dari golongan kuintil empat (ekonomi menengah), namun perokok yang mulai merokok setiap hari di usia 10-14 tahun semakin kecil kuintil semakin besar proporsi orang yang merokok setiap hari di usia 10-14 tahun.

Tabel 3.7.1.9
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia
Pertama Kali Merokok/ Mengunyah Tembakau dan Kabupaten/ Kota di Provinsi
Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia pertama Kali Merokok/ kunyah tembakau (tahun)						Tdk tahu
	5-9 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30 th	
Kab.Bogor	0.9	10.9	36	16.3	2.3	2.9	35.8
Kab.Sukabumi	0.9	4.4	31.8	16	3.2	5	45
Kab.Cianjur	0.7	12.9	38.5	15.6	7.1	6.7	31.5
Kab.Bandung	2.0	13.9	46	21.5	4.5	7.6	18.4
Kab.Garut	1.3	12.1	41.6	16.4	5.9	4.1	28.9
Kab.Tasikmalaya	0.8	14.3	39	15.7	3.9	4.2	29.8
Kab.Ciamis	0.9	10.1	34.2	15.6	6.1	7	39.1
Kab.Kuningan	2.6	16	50.6	16.5	2.9	3.5	14.8
Kab.Cirebon	1.4	5.1	30.1	12.7	3	3.2	50.8
Kab.Majalengka	0.2	5.5	33.8	11.6	5.9	3.8	48.1
Kab.Sumedang	0.9	16.8	47.7	17.6	3.4	3.7	16.1
Kab.Indramayu	1.2	17.8	45.9	24.2	5.5	5.3	8.9
Kab.Subang	0.9	11.6	47.9	14.7	3.7	5.7	23.8
Kab.Purwakarta	1.8	8.2	50.7	16.4	6	5.2	23.9
Kab.Karawang	1.2	9.8	34.7	10.6	2.6	2.8	43.3
Kab.Bekasi	0.9	18.6	47.5	15.4	3	2.5	16.6
Kota Bogor	1.6	15.7	51.5	17.5	3.6	4.2	12.8
Kota Sukabumi	2.6	8.3	41.7	21.5	8.4	11	25.3
Kota Bandung	1.8	13.4	43.9	19.5	4.2	2.4	20.7
Kota Cirebon	0.7	11.2	39.9	15.5	4.5	3.9	32.1
Kota Bekasi	1.5	10.9	36	16.3	2.9	2.4	35.8
Kota Depok	1.7	4.4	31.8	16	3.6	3	45
Kota Cimahi	2.3	12.9	38.5	15.6	4.1	5.6	31.5
Kota Tasikmalaya	2.8	13.9	46	21.5	4.8	4.1	18.4
Kota Banjar	2.1	12.1	41.6	16.4	6	8.9	28.9
Jawa Barat	1.3	10,1	35,9	13,7	3,8	4,0	31.2

Dari tabel 3.7.1.9 terlihat sebagian besar perokok di Propinsi Jawa Barat mulai merokok pertama kali pada usia 15-19 tahun. Persentase tertinggi perokok yang mulai merokok pada usia 15-19 tahun ada di Kota Bogor (51.5%), Kab.Purwakarta (50.7%), disusul

kabupaten Kuningan(50.6. Perokok yang mulai pertama kali mengenal rokok di usia 10-14 tahun banyak terdapat di Kabupaten Bekasi (18,6%).

Tabel 3.7.1.10
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Usia Pertama Kali Merokok/ Mengunyah Tembakau dan Karakteristik
Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Usia pertama kali merokok/kunyah tembakau (tahun)						Tidak tahu
	5-10 th	10-14 th	15-19 th	20-24 th	25-29 th	>=30 th	
Umur							
10-14 tahun	1.2	27.5	0.0	0.0	0.0	0.0	71.3
15-24 tahun	1.3	18.3	53.5	5.9	0.0	0.0	20.9
25-34 tahun	1.1	10.5	47.8	14.6	4.0	0.9	26
35-44 tahun	1.1	9.0	40.6	19.1	5.0	5.2	29.9
45-54 tahun	1.1	8.5	35.3	21.2	6.6	7.8	33.7
55-64 tahun	1.7	8.8	28.5	20.2	6.5	8.6	40.5
65-74 tahun	1.8	6.3	24.2	17.6	5.3	12.4	49.8
75+ tahun	2.5	7.3	19.1	10.9	4.7	6.8	59.7
Jenis Kelamin							
Laki	1.3	11.7	41.6	15.5	4.2	2.9	29.7
Perempuan	1.0	5.2	22.7	14.6	6.5	21.7	56.1
Pendidikan							
Tidak sekolah	1.8	7.9	21.9	13.1	4.2	2.9	55.1
Tidak tamat SD	1.0	9.5	30.2	15.7	6.5	21.7	55.1
Tamat SD	1.5	12.1	37.7	16.5	4.2	2.9	43.4
Tamat SMP	1.4	14.4	47	12.9	6.5	21.7	32
Tamat SMA	0.9	10.2	50.2	15.4	4.2	2.9	24.2
Tamat PT	0.9	8.3	46	20.5	6.5	21.7	23.1
Daerah							
Pekotaan	1.4	11.5	42.9	15.2	4.1	4.5	28.9
Pedesaan	1.1	10.8	36.7	15.7	4.7	5.1	35.6
Tingkat Pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	1.7	12.8	37.9	13.6	3.7	3.8	33.9
Kuintil-2	1.1	11.2	39.6	14.5	4.6	4.3	33.5
Kuintil-3	1.2	11	41	15.9	4.5	5.2	30.8
Kuintil-4	1.2	10.2	40.7	16.4	4.1	4.9	31.2
Kuintil-5	1.1	10.2	40.8	17.7	5.2	5.7	30.1

Sebagian besar perokok di Propinsi Jawa Barat merokok pertama kali pada usia 15-19 tahun dengan proporsi tertinggi pada perokok yang saat ini berusia 15-24 tahun sebesar 53,5 %. Pada perokok berusia 10-14 tahun 18,3 %. Usia terlalu dini untuk mengenal rokok hendaknya menjadi perhatian pemerintah agar ada suatu upaya untuk mencegah kejadian lebih lanjut.

Pada perokok laki-laki sebagian besar dari mereka merokok pertama kali pada usia berkisar antara 10-24 tahun, Persentase ini lebih tinggi dari perokok perempuan. Perokok perempuan mulai merokok pada usia yang lebih tua dibandingkan laki-laki. Dilihat berdasarkan tingkat pendidikan terlihat tidak ada pola yang jelas antar tingkat pendidikan dengan usia pertama kali merokok. Pada perokok yang tidak pernah sekolah, tamat SD dan tamat SLTA Persentase mereka merokok pertama kali pada usia 15-19 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan tingkatan pendidikan lainnya. Begitu pula perokok yang merokok pertama kali diusia 10-15 tahun berasal dari perokok yang tidak bersekolah, tamat SD dan tamat SLTA. Persentase perokok diperkotaan lebih besar pada perokok mulai merokok pertama kali di usia muda (10 – 24 tahun) sedangkan dipedesaan Persentase tertinggi pada perokok yang merokok pertama kali dalam usia 25 tahun lebih. Persentase Usia merokok pertama kali di Jawa Barat tertinggi pada usia berkisar 15-24 tahun, dilihat berdasarkan kuintil nampak tidak mempunyai pola yang jelas. Namun Persentase tinggi pada kuintil 2 hingga 3. Pada perokok yang merokok pertama kali dalam usia 10 hingga 14 tahun semakin rendah kuintil semakin tinggi proporsi perokok yang mulai merokok pada usia 10-14 tahun. Artinya pada perokok yang mulai merokok pertama kali usia dini berasal dari perokok dengan latar belakang ekonomi rendah (kuintil 1).

Tabel 3.7.1.11
Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah
Tangga Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok merokok di dalam rumah ketika bersama ART
Kab. Bogor	78.8
Kab. Sukabumi	88.9
Kab. Cianjur	85.8
Kab. Bandung	83.9
Kab. Garut	95.3
Kab. Tasikmalaya	92.9
Kab. Ciamis	91.7
Kab. Kuningan	91.3
Kab. Cirebon	76.1
Kab. Majalengka	93.2
Kab. Sumedang	76.8
Kab. Indramayu	81.6
Kab. Subang	88.2
Kab. Purwakarta	83.1
Kab. Karawang	85.6
Kab. Bekasi	80.1
Kota Bogor	65.1
Kota Sukabumi	75.7
Kota Bandung	74.8
Kota Cirebon	68.0
Kota Bekasi	59.0
Kota Depok	64.4
Kota Cimahi	56.4
Kota Tasikmalaya	86.3
Kota Banjar	85.7
Jawa Barat	81.5

Tabel 3.7.1.11 menunjukkan prevalensi perokok yang merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga menurut Kabupaten/ Kota. Di provinsi Jawa Barat

81,5% perokok merokok didalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lainnya, hal ini menimbulkan dampak negatif pada anggota rumah tangga yang lain (perokok pasif).

Tabel 3.7.1.12
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskeddas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cang klong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Kab.Bogor	64.6	60.9	11.8	4.8	.3		1.1	
Kab.Sukabumi	42.9	61.8	7.3	23.2	.6	.5	.8	.3
Kab.Cianjur	59.1	67.0	15.3	39.7	.1	.2	2.6	.1
Kab.Bandung	66.1	56.6	12.5	22.0	.6	1.0	1.6	.3
Kab.Garut	51.5	63.1	18.4	48.1	1.5	1.5	3.7	.1
Kab.Tasikmalaya	34.7	58.5	7.1	42.3	.2		.6	
Kab.Ciamis	48.2	68.6	14.7	43.8	1.3	1.1	4.2	1.5
Kab.Kuningan	52.3	60.8	16.7	23.0	.4	.4	.9	
Kab.Cirebon	59.1	70.6	12.8	10.5	.3	.6	1.4	.3
Kab.Majalengka	46.0	69.7	18.5	22.9	1.7	.6	1.1	
Kab.Sumedang	52.6	60.8	17.7	29.0	.7	.3	4.3	.4
Kab.Indramayu	56.9	63.4	10.7	10.1	.6	.6	.9	.3
Kab.Subang	55.8	69.3	6.0	14.0	1.2	.6	.3	.6
Kab.Purwakarta	59.5	62.2	20.2	20.7	.7	.6	.8	.3
Kab.Karawang	48.7	64.8	19.2	6.6	1.7	1.0	1.4	1.0
Kab.Bekasi	51.6	58.3	7.9	6.2	.8	.5	1.6	.3
Kota Bogor	69.4	50.4	27.4	4.7	.4	1.1	.2	.2
Kota Sukabumi	57.8	52.4	28.1	4.3	.4	.6	.4	.8
Kota Bandung	75.2	54.0	27.4	7.1	1.9	2.9	.6	.5
Kota Cirebon	65.2	53.8	6.6	4.2			.7	.4
Kota Bekasi	72.0	34.2	5.1	1.1	.4	.4	.4	
Kota Depok	63.4	46.6	8.9	1.4	.3	.3	.6	.9
Kota Cimahi	64.4	42.0	19.2	5.4	.6	.6	1.1	.2
Kota Tasikmalaya	63.0	53.7	17.4	7.6		.1	2.8	.6
Kota Banjar	53.9	57.4	21.5	38.1	.8	.6	4.8	.7
Jawa Barat	57.1	59,3	14.2	18.9	0.7	0.7	1.6	0.4

Sebagian besar perokok di Jawa Barat menggunakan rokok kretek yang tidak berfilter dan berfilter. Presentase rokok tidak berfilter tertinggi di Kabupaten Cirebon (70.6%), sedangkan rokok tidak berfilter tertinggi di Kota Bandung (72.5%)

Tabel 3.7.1.13
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Kelompok Umur (Tahun)								
10-14	72.0	42.2	16.9	10.5	1.3	2.0	1.3	
15-24	80.1	46.7	28.8	7.5	0.3	.05	0.5	0.2
25-34	68.7	57.2	19.3	11.5	0.4	0.7	0.7	0.3
35-44	58.4	62.3	13.0	15.1	0.5	0.5	1.0	0.3
45-54	47.8	66.6	9.9	22.1	0.9	0.7	1.4	0.3
55-64	35.2	67.6	6.9	33.3	0.7	0.5	2.6	0.4
65-74	27.5	59.3	6.2	43.0	2.4	1.5	6.7	1.1
75+	21.0	49.1	5.0	54.5	2.9	0.7	8.8	1.7
Jenis Kelamin								
Laki	57.3	61.0	15.2	19.2	0.7	0.7	1.2	0.4
Perempuan	55.0	41.1	15.4	16.1	0.6	0.3	6.3	0.7
Pendidikan								
Tidak Sekolah	27.7	63.2	6.6	32.1	1.7	0.7	6.0	1.1
Tidak Tamat SD	40.0	66.5	8.5	31.5	0.9	0.7	2.6	0.5
Tamat SD	52.3	66.2	12.0	24.9	0.6	0.5	1.6	0.3
Tamat SMP	72.0	54.2	19.5	10.0	0.7	0.8	0.6	0.3
Tamat SMA	73.5	47.6	23.3	4.6	0.5	0.7	0.6	0.4
Tamat PT	71.6	41.1	25.4	3.5	0.6	1.0	0.7	0.3
Tipe Daerah								
Kota	65.2	53.6	17.6	8.7	0.7	0.7	1.0	0.4
Desa	48.5	65.3	12.7	29.8	0.8	0.6	2.3	0.3
Tingkat Pengeluaran per kapita								
Kuintil- 1	50.5	61.9	13.3	26.7	0.6	0.7	2.3	0.4
Kuintil- 2	54.1	63.1	13.4	22.2	0.9	0.8	1.8	0.4
Kuintil- 3	56.4	60.6	14.3	19.8	0.6	0.5	1.8	0.3
Kuintil- 4	59.1	59.3	16.0	15.9	0.7	0.7	1.4	0.5
Kuintil- 5	65.2	51.6	18.9	10.6	0.7	0.8	0.9	0.3

Dari semua umur responden sebagian besar perokok menggunakan rokok dari kretek dengan filter. Persentase tertinggi pada perokok dikalangan usia 10-14 tahun. Sedangkan perokok yang menggunakan kretek tanpa filter lebih banyak digunakan oleh perokok dengan usia 55 – 64 tahun. Perokok laki-laki lebih banyak menggunakan rokok kretek tanpa filter sedangkan perokok perempuan sebagian besar merokok dengan rokok kretek dengan filter.

Dilihat berdasarkan tingkat pendidikan nampak perokok SMP keatas lebih senang menggunakan rokok jenis kretek dengan filter, sedangkan perokok dengan latar belakang pendidikan rendah (tamat SD kebawah) lebih suka menggunakan rokok jenis kretek tanpa filter. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan menentukan perokok memilih jenis rokok menggunakan filter atau tidak. Pada perokok dengan tingkat pendidikan tinggi lebih memilih kretek dengan filter karena menganggap kretek dengan filter lebih dapat menahan kadar tar yang membahayakan kesehatan. Pada penduduk dipertanian sebagian besar perokok menggunakan rokok kretek dengan filter,

sementara perokok yang tinggal di pedesaan lebih senang menggunakan rokok kretek tanpa filter.

Berdasarkan tingkat ekonomi rumah tangga, pada perokok dengan menggunakan kretek non filter tidak menunjukkan pola yang jelas, namun Persentase pengguna rokok kretek tanpa filter banyak digunakan oleh perokok dari kalangan kuintil 2. Sedangkan rokok kretek dengan menggunakan filter lebih banyak digunakan oleh kelompok perokok dari golongan atas (kuintil 5). Dilihat berdasarkan kuintil semakin besar kuintil (semakin kaya) semakin tinggi proporsi perokok yang menggunakan rokok kretek dengan filter.

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. Besaran masalah kebiasaan konsumsi buah dan sayur pada masyarakat di Jawa Barat seperti digambarkan berikut ini.

Tabel 3.7.2.1
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang makan buah dan sayur*)
Kab.Bogor	97.9
Kab.Sukabumi	98.3
Kab.Cianjur	97.9
Kab.Bandung	96.7
Kab.Garut	96.4
Kab.Tasikmalaya	99.1
Kab.Ciamis	98.8
Kab.Kuningan	97.8
Kab.Cirebon	95.9
Kab.Majalengka	98.9
Kab.Sumedang	98.4
Kab.Indramayu	95.2
Kab.Subang	99.1
Kab.Purwakarta	94.8
Kab.Karawang	97.0
Kab.Bekasi	96.0
Kota Bogor	96.7
Kota Sukabumi	95.6
Kota Bandung	98.5
Kota Cirebon	94.0
Kota Bekasi	92.5
Kota Depok	93.9
Kota Cimahi	96.4
Kota Tasikmalaya	99.1
Kota Banjar	97.0
Jawa Barat	96.4

Di Jawa Barat penduduk berusia lebih dari 10 tahun sebagian besar masih belum terbiasa mengkonsumsi buah dan sayur, hal itu terbukti dari tabel 3.7.2.1 dimana 96,4% kurang konsumsi buah dan sayur. Gambarnya hampir merata di tiap Kabupaten/Kota.

Tabel 3.7.2.2
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas
menurut Karakteristik Responden Di Provinsi Jawa Barat,
Riskedas 2007

Karakteristik	Kurang makan buah dan sayur *)
Umur	
10-14 tahun	95.9
15-24 tahun	97.1
25-34 tahun	97.0
35-44 tahun	96.9
45-54 tahun	97.3
55-64 tahun	97.4
65-74 tahun	98.1
75+ tahun	97.7
Jenis Kelamin	
Laki	96.9
Perempuan	97.1
Pendidikan	
Tidak sekolah	96.8
Tidak tamat SD	96.8
Tamat SD	97.9
Tamat SMP	97.4
Tamat SMA	95.8
Tamat SMA +	94.6
Daerah	
Pekotaan	96.4
Pedesaan	97.7
Tingkat Pengeluaran per kapita	
Kuintil-1	97.4
Kuintil-2	97.3
Kuintil-3	97.2
Kuintil-4	97.0
Kuintil-5	96.2

Berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, tipe daerah, dan tingkat pengeluaran per kapita per bulan tidak terlihat perbedaan pola yang berarti dalam kebiasaan mengkonsumsi buah dan sayur di Propinsi Jawa Barat.

3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol

Kebiasaan minum minuman beralkohol bukan suatu kebiasaan dalam masyarakat di Indonesia terutama pada masyarakat penduduk Jawa Barat, namun demikian karena pengaruh globalisasi yang merubah gaya hidup sebagian masyarakat di Indonesia umumnya masyarakat Jawa Barat pada khususnya merubah suatu kebiasaan pada golongan masyarakat tertentu.

Salah satu faktor risiko kesehatan adalah kebiasaan minum alkohol. Informasi perilaku minum alkohol diperoleh 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
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah minum alkohol dalam 12 Bulan terakhir	Masih minum alkohol dalam 1 Bulan terakhir
Kelompok Umur (tahun)		
10-14 tahun	0.1	0.0
15-24 tahun	5.0	2.7
25-34 tahun	4.2	2.1
35-44 tahun	2.8	1.3
45-54 tahun	1.6	0.8
55-64 tahun	0.7	0.3
65-74 tahun	0.4	0.2
75+ tahun	0.3	0.2
Jenis Kelamin		
Laki	5.2	2.6
Perempuan	0.2	0.1
Pendidikan		
Tidak sekolah	0.6	0.3
Tidak tamat SD	1.7	0.8
Tamat SD	2.3	1.2
Tamat SMP	4.2	2.0
Tamat SMA	3.9	2.0
Tamat SMA +	2.3	1.5
Daerah		
Pekotaan	2.9	1.4
Pedesaan	2.3	1.2
Tingkat Pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	2.7	1.4
Kuintil-2	2.7	1.3
Kuintil-3	2.3	1.2
Kuintil-4	2.6	1.4
Kuintil-5	2.7	1.4

Berdasarkan umur responden Persentase penduduk yang mengkonsumsi minuman beralkohol sebagian besar berusia 15 hingga 24 tahun (5,0%), dan 2,7% diantaranya masih mengkonsumsi minuman hingga 1 bulan terakhir. Persentase laki-laki yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir (5,2%) lebih banyak dibandingkan dengan perempuan. Begitu pula dengan 1 bulan terakhir Persentase laki-laki lebih tinggi (2,6%) dibandingkan dengan perempuan.

Dari sekian banyak responden yang mengkonsumsi alkohol ternyata Pada responden dengan tingkat pendidikan tamat SMP Persentase yang mengkonsumsi alkohol lebih banyak dibandingkan dengan tingkat pendidikan lainnya, namun pada masyarakat Jawa Barat tingkat pendidikan tidak menunjukkan pola yang jelas terhadap kebiasaan mengkonsumsi alkohol. Persentase pada penduduk di perkotaan baik yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir maupun 1 bulan terakhir lebih tinggi dibandingkan dengan penduduk yang tinggal dipedesaan.

Berdasarkan Tingkat Pengeluaran per kapita nampak tidak menunjukkan keterkaitan yang jelas antara Tingkat Pengeluaran per kapita dengan kebiasaan mengkonsumsi alkohol dimasyarakat. Pada penduduk dari rumah tangga kuintil 1, kuintil 2, dan kuintil 5 Persentase yang mengkonsumsi alkohol baik 12 bulan terakhir maupun 1 bulan terakhir lebih tinggi dari kuintil lainnya.

Tabel 3.7.3.2
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman, Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Frekuensi				Jenis Minuman			
	>= 5 hr/mg	1-4 hr/mg	1-3 hr/bln	< 1x/bln	bir	whiske y/ vodka	anggur / wine	minuman tradisional
1. Kab.Bogor	5.5	16.4	36.4	41.8	18.6	13.6	67.8	0.0
2. Kab.Sukabumi	5.9	23.5	23.5	47.1	58.8	5.9	35.3	0.0
3. Kab.Cianjur	0.0	14.3	57.1	28.6	28.6	0.0	64.3	7.1
4. Kab.Bandung	8.2	23.0	29.5	39.3	42.6	9.8	26.2	21.3
5. Kab.Garut	17.6	5.9	23.5	52.9	64.7	5.9	29.4	0.0
6. Kab.Tasikmalaya	10.0	0.0	20.0	70.0	45.5	9.1	36.4	9.1
7. Kab.Ciamis	21.7	8.7	30.4	39.1	47.8	17.4	21.7	13.0
8. Kab.Kuningan	25.0	8.3	41.7	25.0	38.5	23.1	38.5	0.0
9. Kab.Cirebon	9.3	20.4	42.6	27.8	20.0	3.6	60.0	16.4
10. Kab.Majalengka	0.0	8.6	31.4	60.0	25.7	5.7	62.9	5.7
11. Kab.Sumedang	9.5	23.8	42.9	23.8	13.0	13.0	60.9	13.0
12. Kab.Indramayu	7.4	2.5	42.0	48.1	20.5	8.4	68.7	2.4
13. Kab.Subang	12.5	20.8	37.5	29.2	24.0	12.0	60.0	4.0
14. Kab.Purwakarta	11.8	17.6	35.3	35.3	38.9	11.1	22.2	27.8
15. Kab.Karawang	10.3	2.6	23.1	64.1	47.5	22.5	22.5	7.5
16. Kab.Bekasi	12.5	31.3	31.3	25.0	43.4	0.0	49.1	7.5
17. Kota Bogor	11.1	16.7	22.2	50.0	27.8	11.1	50.0	11.1
18. Kota Sukabumi	9.1	27.3	9.1	54.5	41.7	16.7	33.3	8.3
19. Kota Bandung	8.7	21.7	23.9	45.7	38.0	28.0	22.0	12.0
20. Kota Cirebon	14.3	14.3	14.3	57.1	42.9	14.3	42.9	0.0
21. Kota Bekasi	10.7	21.4	17.9	50.0	56.7	10.0	33.3	0.0
22. Kota Depok	10.0	23.3	33.3	33.3	25.8	9.7	41.9	22.6
23. Kota Cimahi	14.3	21.4	21.4	42.9	42.9	21.4	14.3	21.4
24. Kota Tasikmalaya	0.0	28.6	42.9	28.6	57.1	14.3	28.6	0.0
25. Kota Banjar	0.0	16.7	50.0	33.3	33.3	16.7	33.3	16.7
Jawa Barat	9.4	16.4	32.4	41.9	34.2	11.4	45.2	9.3

Di Propinsi Jawa Barat Persentase penduduk diatas 10 tahun yang mempunyai kebiasaan mengkonsumsi alkohol lebih banyak mengkonsumsi 1 kali per-bulan (41,9%), dengan jenis minuman anggur/wine. Kabupaten Purwakarta mengkonsumsi minuman beralkohol tradisional paling tinggi.

Tabel 3.7.3.3
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman, Menurut Karakteristik Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi				Jenis Minuman			
	>= 5 hr/mg	1-4 hr/mg	1-3 hr/bl n	< 1x/bl n	Bir	whiskey /vodka	Anggur /wine	minuman tradisiona l
Umur (Tahun)								
10-14 *	0.0	33.3	33.3	33.3	0.0	66.7	33.3	0.0
15-24	9.5	18.6	34.1	37.9	29.2	10.2	53.3	7.3
25-34	8.9	17.8	33.8	39.4	33.3	11.0	45.7	10.0
35-44	8.5	14.0	32.6	45.0	39.6	12.7	35.1	12.7
45-54	8.6	8.6	25.9	56.9	41.5	10.8	36.9	10.8
55-64	13.3	13.3	26.7	46.7	64.3	7.1	28.6	0.0
65-74	16.7	0.0	0.0	83.3	33.3	0.0	66.7	0.0
75+ *	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
Jenis Kelamin								
Laki	9.1	15.8	32.6	42.6	34.0	11.6	44.7	9.7
Perempuan	11.8	29.4	29.4	29.4	38.2	0.0	58.8	2.9
Pendidikan								
Tidak Sekolah	11.1	0.0	33.3	55.6	11.1	0.0	66.7	22.2
Tidak Tamat SD	6.3	17.5	35.0	41.3	31.8	7.1	57.6	3.5
Tamat SD	8.7	18.3	33.5	39.6	35.5	4.3	50.4	9.8
Tamat SMP	9.9	15.8	32.7	41.5	26.1	18.8	44.3	10.8
Tamat SMA	9.6	15.1	30.1	45.2	40.2	14.4	36.8	8.6
Tamat PT	9.4	12.5	31.3	46.9	44.4	16.7	27.8	11.1
Tipe Daerah								
Kota	8.3	19.1	30.0	42.6	34.4	14.6	39.3	11.7
Desa	10.5	12.8	35.5	41.2	33.7	6.5	53.4	6.5
Tingkat Pengeluaran per kapita								
Kuintil- 1	9.6	20.0	37.0	33.3	28.5	7.3	55.5	8.8
Kuintil- 2	10.2	21.2	29.9	38.7	33.1	9.0	44.8	13.1
Kuintil- 3	12.7	10.2	31.4	45.8	29.6	13.6	44.8	12.0
Kuintil- 4	7.3	18.5	33.1	41.1	34.4	10.4	46.8	8.4
Kuintil- 5	7.3	11.9	30.5	50.3	43.9	14.2	36.1	5.8

* n terlalu kecil tidak dapat di interpretasikan

Berdasarkan golongan umur, penduduk terbanyak yang mengkonsumsi alkohol lebih dari 5 kali perminggu adalah umur 55 – 74 tahun (83,3 %). Dari tabel 5.2.4 yang harus dicermati dan perlu tindakan lanjut secepatnya adalah penduduk kelompok umur 10-14 tahun sudah mulai mengkonsumsi alkohol rata-rata 1-4 kali per-minggu dengan jenis minuman whiskey/vodka. Berbeda dengan gaya hidup yang lain, pada gaya hidup mengkonsumsi minuman beralkohol, nampak penduduk dengan jenis kelamin perempuan mempunyai Persentase lebih tinggi mengkonsumsi alkohol lebih dari 4 kali

perminggu dibandingkan dengan penduduk laki-laki dengan jenis minuman yang dikonsumsi adalah anggur/wine.

Pada penduduk usia diatas 10 tahun tidak pernah bersekolah Persentase yang mengkonsumsi alkohol lebih dari 5 kali per-minggu cukup tinggi, dengan jenis minuman anggur/wine. Dari seluruh tingkatan pendidikan Persentase terbanyak mengkonsumsi alkohol adalah 1 kali per-bulan dengan jenis minuman anggur/wine. Penduduk Jawa Barat berusia lebih dari 10 tahun yang mempunyai kebiasaan mengkonsumsi alkohol dengan frekuensi lebih dari 1 kali per-bulan lebih banyak tinggal dipertanian kecuali yang mempunyai kebiasaan lebih dari 5 kali per-bulan, dan 1-3 kali per-bulan lebih banyak tinggal di desa. Pada penduduk dipedesaan minuman alkohol jenis anggur/wine lebih banyak disukai, sedangkan penduduk perkotaan lebih banyak mengkonsumsi bir.

Berdasarkan Tingkat Pengeluaran per kapita rumah tangga dan frekuensi minum alkohol nampak tidak menunjukkan pola yang jelas. Namun dari seluruh tingkatan kuintil Persentase terbanyak penduduk minum alkohol adalah 1 kali per-bulan dengan jenis minuman anggur/wine. Penduduk yang mempunyai kebiasaan minum alkohol lebih dari 5 kali per-minggu lebih banyak pada penduduk kuintil 3 kebawah (golongan ekonomi menengah kebawah).

Tabel 3.7.3.4
Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman, menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Satuan standar minuman dalam sehari				
	1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	>= 9 sat/hari
Kab.Bogor	66.7	2.4	4.8	0.0	26.2
Kab.Sukabumi	57.9	5.3	0.0	0.0	36.8
Kab.Cianjur	66.7	0.0	0.0	0.0	33.3
Kab.Bandung	57.1	12.5	0.0	0.0	30.4
Kab.Garut	88.9	11.1	0.0	0.0	0/0
Kab.Tasikmalaya	30.0	0.0	10.0	0.0	60.0
Kab.Ciamis	66.7	4.8	0.0	0.0	28.6
Kab.Kuningan	15.0	10.0	10.0	0.0	65.0
Kab.Cirebon	62.5	6.3	4.2	4.2	22.9
Kab.Majalengka	66.7	0.0	0.0	3.3	30.0
Kab.Sumedang	86.4	0.0	0.0	0.0	13.6
Kab.Indramayu	78.1	8.2	4.1	0.0	9.6
Kab.Subang	84.2	5.3	0.0	0.0	10.5
Kab.Purwakarta	41.5	7.3	2.4	5.0	48.8
Kab.Karawang	30.0	6.7	0.0	0.0	63.3
Kab.Bekasi	51.9	13.0	1.9	0.0	33.3
Kota Bogor	68.8	12.5	0.0	0.0	18.8
Kota Sukabumi	71.8	7.7	7.7	0.0	12.8
Kota Bandung	71.4	0.0	0.0	0.0	28.6
Kota Cirebon	68.8	12.5	6.3	0.0	12.5
Kota Bekasi	21.0	0.0	0.0	0.0	79.0
Kota Depok	73.9	8.7	4.3	0.0	13.0
Kota Cimahi	84.2	2.6	2.6	0.0	10.5
Kota Tasikmalaya	69.6	0.0	0.0	0.0	30.4
Kota Banjar	75.5	8.2	6.1	0.0	10.2
Jawa Barat	61.2	6.0	2.6	0.4	29.9

Persentase peminum minuman beralkohol di Propinsi Jawa Barat berdasarkan satuan standar minuman nampak paling banyak rata-rata mengkonsumsi alkohol sebanyak 1-2 satuan per-hari (61,2%), namun Persentase yang mengkonsumsi lebih dari 9 satuan per-hari juga cukup tinggi (29,9%). Kabupaten Kuningan, Kabupaten Karawang dan Kabupaten Tasikmalaya merupakan kabupaten/kota yang memiliki proporsi peminum dengan rata-rata melebihi 9 satuan per-hari yang paling tinggi diantara kabupaten/kota lainnya di Jawa Barat yaitu.

Tabel 3.7.3.5
Persentase peminum minuman beralkohol 1 bulan terakhir berdasarkan satuan standard minuman, menurut Karakteristik Di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Satuan standar minuman dalam sehari*				
	1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	>= 9 sat/hari
Umur (Tahun)					
10-14	100,0	0	0	0	0
15-24	63.9	4.4	3.1	.7	27.9
25-34	59.4	7.1	1.7	.4	31.4
35-44	60.0	9.7	3.4	0	26.9
45-54	62.5	.0	0	0	37.5
55-64	33.3	7.4	0	3.7	55.6
65-74	33.3	0	0	0	66.7
75+	71.4	0	0	0	28.6
Jenis Kelamin					
Laki	59.7	5.9	2.4	.5	31.5
Perempuan	28.3	1.9	0	0	69.8
Pendidikan					
Tidak Sekolah	21.9	3.1	0	0	75.0
Tidak Tamat SD	47.1	5.9	4.2	0	42.9
Tamat SD	56.3	5.4	.7	1.1	36.6
Tamat SMP	61.7	7.2	3.3	.6	27.2
Tamat SMA	59.0	5.3	2.1	0	33.5
Tamat PT	73.2	2.4	0	0	24.4
Tipe Daerah					
Kota	56.0	5.0	2.2	.2	36.6
Desa	55.5	5.9	2.0	.8	35.8
Tingkat Pengeluaran per kapita					
Kuintil- 1	61.4	2.4	1.2	0	34.9
Kuintil- 2	57.7	4.8	1.2	.6	35.7
Kuintil- 3	49.7	6.3	1.3	1.9	40.9
Kuintil- 4	48.7	7.0	4.3	0	40.1
Kuintil- 5	61.7	6.9	1.7	0	29.7

*1 satuan minuman standard yang mengandung 8 – 13 g etanol, misalnya terdapat dalam:

1 gelas/ botol kecil/ kaleng (285 – 330 ml) bir, 1 gelas kerucut (60 ml) aperitif
 1 sloki (30 ml) whiskey, 1 gelas kerucut (120 ml) anggur

Tabel 3.7.3.5 menunjukkan dari semua golongan umur penduduk Jawa Barat sebagian besar penduduk mengkonsumsi alkohol 1-2 satuan perhari. Pada penduduk yang mengkonsumsi lebih dari 9 satuan perhari Persentase tertinggi pada golongan usia 65-74 tahun. Persentase laki-laki yang mengkonsumsi alkohol 1-2 satuan per- hari lebih tinggi dari perempuan, namun proposi penduduk yang mengkonsumsi alkohol lebih dari 9 satuan per-hari lebih banyak pada penduduk perempuan.

Berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi Persentase penduduk yang mengkonsumsi alkohol 1-2 satuan per-hari, dan semakin rendah tingkat pendidikan semakin tinggi proposi penduduk yang minum alkohol lebih dari 9 kali per-hari. Artinya bahwa tingkat pendidikan berkorelasi dengan jumlah alkohol yang diminum per-hari.

Persentase penduduk di kota dan di desa nampak tidak terlalu jauh berbeda dalam mengkonsumsi jumlah alkohol yang diminum. Berdasarkan Tipe Daerah penduduk tersebut baik penduduk dipertanian maupun dipedesaan proposi tinggi pada penduduk yang mengkonsumsi 1-2 satuan per-hari dan diatas 9 satuan per-hari.

Berdasarkan Tingkat Pengeluaran per kapita keluarga nampak jumlah alkohol yang dikonsumsi per-hari tidak berkorelasi secara nyata dengan Tingkat Pengeluaran per kapita keluarga tersebut. Jumlah penduduk yang mengkonsumsi alkohol 1-2 satuan per-hari lebih banyak dari keluarga kuintil 1 dan kuintil 5. Sedangkan penduduk yang mengkonsumsi lebih dari 9 satuan per-hari lebih banyak dari kuintil 3 dan 4.

3.7.4. Perilaku Aktifitas Fisik

Aktifitas fisik secara teratur bermanfaat untuk mengatur berat badan dan menguatkan sistem jantung dan pembuluh darah. Dikumpulkan data frekuensi beraktifitas fisik dalam seminggu terakhir untuk penduduk 10 tahun ke atas. Kegiatan aktifitas 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 aktifitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktifitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktifitas yang dilakukan, di mana aktifitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktifitas 'berat' empat kali, aktifitas 'sedang' dua kali terhadap aktifitas '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.

Tabel 3.7.4.1
Prevalensi Kurang Aktifitas Fisik Penduduk 10 Tahun ke Atas
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang Aktifitas Fisik
Kab.Bogor	53.4
Kab.Sukabumi	62.2
Kab.Cianjur	45.9
Kab.Bandung	58.2
Kab.Garut	62.4
Kab.Tasikmalaya	32.5
Kab.Ciamis	41.8
Kab.Kuningan	50.8
Kab.Cirebon	47.2
Kab.Majalengka	40.4
Kab.Sumedang	30.8
Kab.Indramayu	48.4
Kab.Subang	43.0
Kab.Purwakarta	44.6
Kab.Karawang	50.6
Kab.Bekasi	57.7
Kota Bogor	50.2
Kota Sukabumi	51.2
Kota Bandung	61.9
Kota Cirebon	68.8
Kota Bekasi	54.0
Kota Depok	56.1
Kota Cimahi	52.5
Kota Tasikmalaya	59.2
Kota Banjar	46.4
Jawa Barat	52.4

*) Kurang aktifitas fisik adalah kegiatan kumulatif kurang dari 150 menit dalam seminggu atau < 600 MET

Sebanyak 52.4% penduduk \geq 10 tahun di Jawa Barat kurang melakukan aktifitas fisik. Persentase kurang aktifitas fisik tertinggi di Jawa Barat adalah di Kota Cirebon (68.81%) dan terendah di Kabupaten Sumedang sebesar (30.8%).

Dilihat dari kelompok umur, prevalensi tertinggi kurang aktifitas fisik pada umur 75+ (64,9%) dan terendah pada umur 35-44 tahun (18,0%). Prevalensi kurang aktifitas fisik pada laki-laki (32,1%) lebih tinggi dibandingkan pada perempuan (27,5%).

Berdasarkan tingkat pendidikan maka, prevalensi kurang aktifitas fisik tertinggi pada Tamat PT sebesar 40,8% dan terendah pada tamat SD sebesar 25,2%. Dilihat dari tipe daerah, prevalensi di perkotaan (33,7%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (25,2%). Berdasarkan Tingkat Pengeluaran per kapita maka, semakin tinggi pengeluaran per kapita per bulan cenderung semakin tinggi prevalensi kurang aktifitas fisik.

Tabel 3.7.4.2
Prevalensi Kurang Aktifitas Fisik Penduduk 10 Tahun ke Atas
Menurut Karakteristik Responden dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang Aktifitas Fisik
Umur	
10-14 tahun	56.6
15-24 tahun	33.0
25-34 tahun	19.3
35-44 tahun	18.0
45-54 tahun	20.7
55-64 tahun	26.6
65-74 tahun	42.6
75+ tahun	64.9
Jenis Kelamin	
Laki	32.1
Perempuan	27.5
Pendidikan	
Tidak sekolah	33.2
Tidak tamat SD	32.3
Tamat SD	25.2
Tamat SMP	27.7
Tamat SMA	30.9
Tamat PT	40.8
Daerah	
Pekotaan	33.7
Pedesaan	25.2
Tingkat Pengeluaran per kapita	
Kuintil-1	27.7
Kuintil-2	28.9
Kuintil-3	28.9
Kuintil-4	29.3
Kuintil-5	33.3

3.7.5. Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS

a. 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.

Secara umum 71,6% penduduk di Jawa Barat pernah mendengar tentang flu burung. Presentase tertinggi di Kota Depok sebesar 88,4% dan terendah di Kabupaten Sukabumi sebesar 55,4%. Untuk kategori berpengetahuan benar tentang flu burung Persentase secara umum di Jawa Barat 77,6%, tertinggi di Kabupaten Majalengka sebesar 91,1% dan terendah di Kabupaten Purwakarta sebesar 63,1%. Untuk kategori bersikap benar tentang flu burung Persentase secara umum di Jawa Barat 84,9%, tertinggi di Kabupaten Sukabumi sebesar 93,1% dan terendah di Kabupaten Purwakarta sebesar 67,6%.

Tabel 3.7.5.1
Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar *	Bersikap benar**
Kab.Bogor	65.8	78.9	88.2
Kab.Sukabumi	55.4	80.0	93.1
Kab.Cianjur	71.6	67.2	76.7
Kab.Bandung	68.3	76.6	85.4
Kab.Garut	63.4	85.1	90.1
Kab.Tasikmalaya	66.8	78.8	89.1
Kab.Ciamis	69.8	63.3	84.3
Kab.Kuningan	73.6	88.3	89.7
Kab.Cirebon	70.3	80.1	86.1
Kab.Majalengka	60.6	91.1	86.2
Kab.Sumedang	74.5	77.2	91.3
Kab.Indramayu	63.8	66.4	73.7
Kab.Subang	75.9	72.3	73.8
Kab.Purwakarta	85.7	63.1	67.6
Kab.Karawang	67.9	78.4	74.1
Kab.Bekasi	67.6	79.8	80.6
Kota Bogor	84.4	72.9	89.0
Kota Sukabumi	84.2	64.9	77.3
Kota Bandung	82.4	78.5	84.9
Kota Cirebon	81.3	83.5	95.8
Kota Bekasi	84.9	84.7	91.2
Kota Depok	88.4	81.2	89.8
Kota Cimahi	87.2	84.4	89.7
Kota Tasikmalaya	80.5	83.1	86.6
Kota Banjar	81.8	64.6	91.1
Jawa Barat	71.6	77.6	84,9

*) 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
Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar *	Bersikap benar**
Umur			
10-14 tahun	60.4	72.7	81.3
15-24 tahun	83.8	83.3	88.3
25-34 tahun	81.5	82.1	87.3
35-44 tahun	77.5	78.0	85.3
45-54 tahun	69.6	73.0	82.6
55-64 tahun	58.5	69.5	80.8
65-74 tahun	43.6	63.9	77.2
75+ tahun	24.6	57.0	68.3
Jenis Kelamin			
Laki-laki	74.6	79.5	86.4
Perempuan	68.8	75.0	83.3
Pendidikan			
Tidak sekolah	38.2	57.1	67.7
Tidak tamat SD	54.5	65.8	75.1
Tamat SD	68.9	73.1	82.6
Tamat SMP	85.1	83.7	88.9
Tamat SMA	93.0	87.6	92.3
Tamat SMA +	96.0	91.3	95.3
Pekerjaan			
Tidak kerja	62.4	75.9	83.1
Sekolah	70.8	78.7	85.5
Ibu RT	71.3	75.4	83.4
Pegawai	92.9	88.3	93.4
wiraswasta	79.7	79.5	87.0
Petani/nelayan/buruh	63.6	71.9	80.3
Lainnya	78.9	81.8	87.9
Daerah			
Pekotaan	79.6	80.8	88.1
Pedesaan	62.6	73.0	80.4
Tingkat Pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	61.5	72.3	80.5
Kuintil-2	67.6	75.3	82.7
Kuintil-3	70.6	78.0	84.4
Kuintil-4	75.2	78.8	87.2
Kuintil-5	81.4	83.3	89.3

Dilihat dari kelompok umur, terlihat peningkatan Persentase yang pernah mendengar flu burung hingga usia 35-44 tahun dan selanjutnya cenderung menurun. Pola yang hampir sama untuk kategori berpengetahuan benar dan bersikap benar tentang flu burung. Persentase pada laki-laki untuk tiap kategori lebih tinggi dibandingkan perempuan.

Dilihat dari tingkat pendidikan terlihat kecenderungan presentase meningkat seiring lebih tingginya pendidikan. Pola kecenderungan yang sama juga terlihat berdasarkan kelompok pengeluaran per kapita per bulan.

Dilihat dari pekerjaan maka, untuk kategori pernah mendengar tentang flu burung Persentase tertinggi pada pegawai sebesar 92,9% dan terendah pada tidak kerja sebesar 62,4%. Untuk kategori berpengetahuan benar tentang flu burung Persentase tertinggi pada pegawai sebesar 88.3% dan terendah pada Petani/Buruh/Nelayan sebesar 71.9%. Untuk kategori bersikap benar tentang flu burung Persentase tertinggi pada pegawai sebesar 93,4% dan terendah pada Petani/Buruh/Nelayan sebesar 80.3%.

Dilihat dari daerah maka, baik untuk kategori pernah mendengar, berpengetahuan benar, dan bersikap benar tentang flu burung ternyata Persentase di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan.

b. 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 3.7.5.3 menunjukkan Persentase penduduk ≥ 10 tahun di Jawa Barat yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS sebesar 45,1%, kemudian berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS sebesar 6.2%, dan berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS sebesar 61.2%.

Bila dilihat per-Kabupaten/Kota maka, untuk kategori pernah mendengar tentang HIV/AIDS Persentase tertinggi di Kota Bandung sebesar 70,5% dan terendah di Kabupaten Sukabumi sebesar 29,3%. Untuk kategori berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS Persentase tertinggi di Kabupaten Tasikmalaya sebesar 18.82% dan terendah di Kabupaten Purwakarta sebesar 1.8%. Untuk kategori berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS Persentase tertinggi di Kota Sukabumi sebesar 79.3% dan terendah di Kabupaten Garut sebesar 40.3%.

Tabel 3.7.5.3
Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar tentang penularan*	Berpengetahuan benar tentang pencegahan **
Kab.Bogor	40.3	3.1	50.8
Kab.Sukabumi	29.3	10.3	63.
Kab.Cianjur	30.9	9.6	42.1
Kab.Bandung	43.4	8.0	68.2
Kab.Garut	37.5	9.8	40.3
Kab.Tasikmalaya	30.6	18.8	44.4
Kab.Ciamis	38.9	10.4	53.2
Kab.Kuningan	35.7	16.6	59.6
Kab.Cirebon	42.0	5.5	49.9
Kab.Majalengka	37.4	3.9	70.8
Kab.Sumedang	44.2	5.2	50.6
Kab.Indramayu	33.7	11.0	59.6
Kab.Subang	38.6	3.8	34.2
Kab.Purwakarta	42.7	1.8	50.1
Kab.Karawang	45.3	11.5	56.4
Kab.Bekasi	49.8	2.5	67.6
Kota Bogor	62.8	3.5	70.5
Kota Sukabumi	60.8	5.3	79.3
Kota Bandung	70.5	2.6	74.9
Kota Cirebon	62.4	5.2	61.5
Kota Bekasi	69.0	3.6	78.0
Kota Depok	64.1	2.1	75.7
Kota Cimahi	67.5	3.9	78.2
Kota Tasikmalaya	50.7	6.4	58.0
Kota Banjar	44.6	1.9	63.1
Jawa Barat	45.1	6,2	61,2

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

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

Pengetahuan dan sikap penduduk ≥ 10 tahun yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS, berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS, dan berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS menurut karakteristik di Provinsi Jawa Barat dapat dilihat pada tabel 3.7.5.4. Dalam tabel tersebut dapat disarikan sebagai berikut :

Tabel 3.7.5.4
Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskeddas 2007

Karakteristik	Pernah mendengar tentang HIV/AIDS	Berpengetahuan benar tentang penularan*	Berpengetahuan benar tentang pencegahan **
Umur			
10-14 tahun	21.3	4.8	42.5`
15-24 tahun	66.5	6.3	63.4
25-34 tahun	61.1	6.1	63.8
35-44 tahun	50.5	6.9	63.3
45-54 tahun	37.6	6.7	59.6
55-64 tahun	26.6	4.4	57.4
65-74 tahun	16.4	4.5	55.0
75+ tahun	7.8	4.4	51.1
Jenis Kelamin			
Laki	48.5	6.3	62.0
Perempuan	42.0	6.0	60.3
Pendidikan			
Tidak sekolah	8.4	4.3	38.9
Tidak tamat SD	17.6	3.8	41.8
Tamat SD	34.1	5.0	46.1
Tamat SMP	66.0	5.3	61.4
Tamat SMA	85.3	6.3	73.1
Tamat SMA +	92.7	13.4	84.6
Daerah			
Perkotaan	58.1	5.0	66.9
Pedesaan	30.6	8.8	49.1
Tingkat Pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	30.7	3.8	54.6
Kuintil-2	37.9	4.5	58.2
Kuintil-3	42.6	5.1	58.4
Kuintil-4	50.6	7.0	63.3
Kuintil-5	61.5	9.2	68.1

Dilihat dari kelompok umur maka, untuk pernah mendengar tentang HIV/AIDS mulai umur 15 tahun keatas semakin tinggi umur Persentase pernah mendengar tentang HIV/AIDS semakin rendah, sedang pada kelompok umur 10-14 tahun Persentasenya sebesar 21,3%. Untuk berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS Persentasenya tinggi pada umur 15 tahun hingga 54 tahun. Demikian juga dengan berpengetahuan benar tentang pencegahan.. Persentase pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan pada perempuan. Berdasarkan tingkat pendidikan maka, semakin tinggi tingkat pendidikan ternyata Persentase baik untuk kategori pernah mendengar tentang HIV/AIDS, berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS, dan berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS semakin tinggi. Pola yang sama juga terlihat pada kelompok pengeluaran .per kapita per bulan.

Tabel 3.7.5.5
Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat,
Riskesmas 2007

Kabupaten/Kota	Sikap Merahasiakan Tentang HIV/AIDS	Sikap Membicarakan dengan Anggota Rumah Tangga Lain	Sikap Melakukan Konseling dan Pengobatan	Sikap Mencari Pengobatan Alternatif	Sikap Mengucilkan Penderita HIV/AIDS
Kab Bogor	28.6	78.2	93.0	79.4	7.2
Kab Sukabumi	20.7	85.1	93.6	64.6	5.7
Kab Cianjur	30.2	60.3	88.5	62.4	11.2
Kab Bandung	23.1	84.0	95.4	65.5	7.9
Kab Garut	41.2	62.8	84.7	57.6	10.8
Kab Tasikmalaya	29.2	56.9	79.0	63.6	5.6
Kab Ciamis	25.7	65.2	91.2	77.3	8.5
Kab Kuningan	37.4	71.5	97.7	52.6	5.8
Kab Cirebon	37.4	71.1	92.6	67.7	11.6
Kab Majalengka	46.1	85.6	97.3	63.4	5.5
Kab Sumedang	26.0	66.7	88.5	55.3	8.4
Kab Indramayu	35.8	70.7	92.5	53.6	17.1
Kab Subang	38.7	48.1	85.0	65.3	4.5
Kab Purwakarta	26.3	78.6	92.6	63.8	12.1
Kab Karawang	32.3	73.3	84.8	64.9	15.5
Kab Bekasi	23.9	83.0	94.0	67.4	6.7
Kota Bogor	26.0	74.5	96.5	63.7	5.7
Kota Sukabumi	29.1	79.6	96.2	76.3	9.4
Kota Bandung	19.8	87.8	96.5	82.6	6.7
Kota Cirebon	19.9	87.6	94.8	70.0	6.6
Kota Bekasi	30.8	84.4	95.9	71.2	7.5
Kota Depok	28.5	88.1	97.2	68.9	7.7
Kota Cimahi	22.7	90.3	96.8	50.0	6.3
Kota Tasikmalaya	25.1	66.6	94.3	62.8	5.7
Kota Banjar	27.5	81.6	96.1	60.8	9.7
Jawa Barat	28.9	76.7	92.7	67.8	8.3

Bila dilihat per-Kabupaten/Kota maka, untuk kategori sikap merahasiakan tentang HIV/AIDS Persentase tertinggi di Kabupaten Majalengka sebesar 46,1% dan terendah di Kota Bandung sebesar 19,8%. Untuk kategori sikap membicarakan dengan anggota rumah tangga lain, Persentase tertinggi di Kota Cimahi sebesar 90,3% dan terendah di Kabupaten Subang sebesar 48,1%. Untuk sikap melakukan konseling dan pengobatan, Persentase tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 97,7% dan terendah di Kabupaten Tasikmalaya sebesar 79,0%. Untuk sikap mencari pengobatan alternatif, Persentase tertinggi di Kota Bandung sebesar 82,6% dan terendah di Kota Cimahi sebesar 50,0%. Untuk sikap mengucilkan penderita HIV/AIDS, Persentase tertinggi di Kabupaten Indramayu sebesar 17,1% dan terendah di Kabupaten Subang sebesar 4,5%.

Persentase penduduk ≥ 10 tahun tentang sikap terhadap HIV/AIDS di Jawa Barat yaitu, untuk sikap merahasiakan tentang HIV/AIDS sebesar 28,9%, sikap membicarakan dengan anggota rumah tangga lain sebesar 76,7%, sikap melakukan konseling dan pengobatan sebesar 92,7%, sikap mencari pengobatan alternatif sebesar 67,8%, dan sikap mengucilkan penderita HIV/AIDS sebesar 8,3%.

Berdasarkan kelompok umur maka, untuk kategori sikap merahasiakan tentang HIV/AIDS semakin tinggi umur Persentase sikap merahasiakan tentang HIV/AIDS semakin rendah.

Untuk sikap membicarakan dengan anggota rumah tangga lain, Persentase tertinggi pada umur 25-34 tahun sebesar 79,6% dan terendah pada umur 10-14 tahun sebesar 62,3%. Untuk sikap melakukan konseling dan pengobatan, Persentase tertinggi pada umur 25-34 tahun sebesar 94,2% dan terendah pada umur 75+ tahun sebesar 81,1%. Untuk sikap mencari pengobatan alternatif mulai umur 15 tahun keatas semakin tinggi umur ternyata Persentase sikap mencari pengobatan alternatif semakin rendah, pada umur 10-14 tahun Persentasenya 60,9%. Untuk sikap mengucilkan penderita HIV/AIDS, mulai umur 15 tahun keatas semakin tinggi umur ternyata Persentase sikap mengucilkan penderita HIV/AIDS juga semakin tinggi, pada umur 10-14 tahun Persentasenya 7,9%.

Dilihat dari jenis kelamin maka, Persentase baik sikap merahasiakan tentang HIV/AIDS, sikap membicarakan dengan anggota rumah tangga lain, sikap melakukan konseling dan pengobatan, sikap mencari pengobatan alternatif, dan sikap mengucilkan penderita HIV/AIDS antara laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda.

Dilihat dari tingkat pendidikan maka, semakin tinggi pendidikan ternyata Persentase sikap merahasiakan tentang HIV/AIDS semakin menurun. sebaliknya semakin tinggi pendidikan Persentase sikap membicarakan dengan anggota rumah tangga lain dan sikap melakukan konseling dan pengobatan juga semakin tinggi. Semakin tinggi tingkat pendidikan sampai tamat SMA Persentase sikap mencari pengobatan alternatif juga semakin tinggi hanya pada SMA+ Persentasenya sedikit turun. Untuk tingkat pendidikan tidak tamat SD sampai SMA+ semakin tinggi pendidikan Persentase sikap mengucilkan penderita HIV/AIDS semakin rendah, pada tidak sekolah Persentase sikap mengucilkan penderita HIV/AIDS sebesar 8,4%.

Dilihat daerah maka, Persentase sikap merahasiakan tentang HIV/AIDS dan sikap mengucilkan penderita HIV/AIDS di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Sebaliknya Persentase sikap membicarakan dengan anggota rumah tangga lain, sikap melakukan konseling dan pengobatan, serta sikap mencari pengobatan alternatif di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan.

Berdasarkan Tingkat Pengeluaran per kapita maka, untuk sikap merahasiakan tentang HIV/AIDS pada kuintil-1 sebesar 29,4%, kuintil-2 sebesar 31,2% kemudian semakin besar kuintil (semakin kaya) Persentase sikap merahasiakan tentang HIV/AIDS semakin rendah. Semakin tinggi kuintil Persentase sikap membicarakan dengan anggota rumah tangga lain, sikap melakukan konseling dan pengobatan, serta sikap mencari pengobatan alternatif juga semakin tinggi. Sebaliknya semakin tinggi kuintil, Persentase sikap mengucilkan penderita HIV/AIDS semakin rendah.

Tabel 3.7.5.6
Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sikap Merahasiakan Tentang HIV/AIDS	Sikap Membicarakan dengan Anggota Rumah Tangga Lain	Sikap Melakukan Konseling dan Pengobatan	Sikap Mencari Pengobatan Alternatif	Sikap Mengucilkan Penderita HIV/AIDS
Umur					
10-14 tahun	34.2	62.3	84.6	60.9	7.9
15-24 tahun	32.8	76.5	93.1	69.9	7.6
25-34 tahun	27.5	79.6	94.2	69.8	7.9
35-44 tahun	26.6	78.5	93.5	68.7	8.2
45-54 tahun	25.7	76.5	92.8	64.0	10.1
55-64 tahun	25.9	75.8	92.1	62.8	10.3
65-74 tahun	25.5	74.4	89.1	60.1	10.4
75+ tahun	25.6	64.4	81.1	58.2	15.4
Jenis Kelamin					
Laki	28.7	77.0	93.2	67.9	8.2
Perempuan	29.1	76.4	92.2	67.6	8.5
Pendidikan					
Tidak sekolah	32.1	60.0	82.1	61.1	8.4
Tidak tamat SD	31.7	66.4	86.1	61.5	11.6
Tamat SD	31.0	68.3	88.8	63.5	9.3
Tamat SMP	29.3	77.1	93.6	69.4	8.5
Tamat SMA	26.9	83.6	96.1	71.2	7.1
Tamat SMA +	25.4	87.1	97.7	69.8	6.4
Daerah					
Pekotaan	27.9	81.2	95.1	70.4	7.9
Pedesaan	31.0	67.0	87.7	62.1	9.3
Tingkat Pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	29.4	73.3	90.5	66.5	9.3
Kuintil-2	31.2	74.6	90.8	67.4	8.6
Kuintil-3	29.1	75.1	92.2	67.6	8.6
Kuintil-4	27.8	77.2	93.0	68.1	7.8
Kuintil-5	28.1	79.9	94.8	68.3	7.9

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
Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam
Buang Air Besar dan Cuci Tangan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat,
Riskesmas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar dalam hal BAB*	Berperilaku benar dalam hal cuci tangan**
Kab.Bogor	72.0	25.0
Kab.Sukabumi	75.4	18.2
Kab.Cianjur	67.4	20.9
Kab.Bandung	91.8	26.6
Kab.Garut	77.3	26.8
Kab.Tasikmalaya	47.3	10.2
Kab.Ciamis	64.6	45.7
Kab.Kuningan	90.8	37.8
Kab.Cirebon	74.5	35.4
Kab.Majalengka	80.6	24.3
Kab.Sumedang	87.1	34.7
Kab.Indramayu	76.2	17.1
Kab.Subang	73.9	26.3
Kab.Purwakarta	81.4	22.0
Kab.Karawang	36.9	21.3
Kab.Bekasi	68.2	30.8
Kota Bogor	87.6	34.3
Kota Sukabumi	95.4	45.1
Kota Bandung	99.1	22.9
Kota Cirebon	97.0	52.9
Kota Bekasi	95.5	29.7
Kota Depok	97.3	46.8
Kota Cimahi	98.7	34.5
Kota Tasikmalaya	84.2	12.2
Kota Banjar	79.7	28.3
Jawa Barat	79,3	27,2

*) 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.

Sebagian besar Persentase berperilaku benar dalam hal Buang Air Besar (BAB) di Jawa Barat sebesar 79.3% dan berperilaku benar cuci tangan dengan sabun sebesar 27.2%. Bila dilihat per-Kabupaten/Kota maka untuk kategori berperilaku benar dalam hal BAB Persentase tertinggi di Kota Bandung sebesar 99.1% dan terendah di Kabupaten Karawang sebesar 36,9%. Untuk berperilaku benar cuci tangan dengan sabun Persentase tertinggi di Kota Depok sebesar 46.8% dan terendah di Kota Tasikmalaya sebesar 10.2%

Dilihat dari kelompok umur, untuk kategori berperilaku benar dalam hal Buang Air Besar (BAB) Persentase tertinggi pada kelompok umur 25-34 tahun sebesar 79,4% dan terendah pada umur 65-74 tahun sebesar 73,1%.

Tidak terlihat perbedaan berarti kategori berperilaku benar dalam hal BAB antara laki-laki (77,2%) dan perempuan (77,8%). Berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan maka prevalensi berperilaku benar dalam hal BAB dan berperilaku benar cuci tangan dengan sabun juga semakin tinggi.

Dilihat dari daerah maka, prevalensi berperilaku benar dan berperilaku benar cuci tangan dengan sabun di perkotaan (masing-masing 88,8% dan 30,2%) jauh lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (masing-masing 65,1% dan 36,7%).

Berdasarkan Tingkat Pengeluaran per kapita, semakin tinggi kuintil (semakin baik ekonomi penduduk) maka Persentase berperilaku benar dalam hal BAB dan berperilaku benar cuci tangan dengan sabun juga semakin tinggi.

Tabel 3.7.6.2
Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku benar dalam BAB*	Berperilaku benar dalam hal cuci tangan**
Umur		
10-14 tahun	75.9	18.6
15-24 tahun	79.1	26.9
25-34 tahun	79.4	30.6
35-44 tahun	78.0	31.5
45-54 tahun	77.1	29.5
55-64 tahun	75.2	27.0
65-74 tahun	73.1	23.2
75+ tahun	74.1	15.7
Jenis Kelamin		
Laki-laki	77.2	20.5
Perempuan	77.8	33.5
Pendidikan		
Tidak sekolah	58.1	27.0
Tidak tamat SD	67.7	21.7
Tamat SD	73.1	26.1
Tamat SMP	85.2	29.4
Tamat SMA	93.3	33.8
Tamat PT	96.0	41.4
Daerah		
Pekotaan	88.6	30.2
Pedesaan	65.1	24.0
Tingkat Pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	65.0	22.1
Kuintil-2	71.1	24.7
Kuintil-3	77.3	28.1
Kuintil-4	82.7	28.3
Kuintil-5	89.4	32.7

*) 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. Pola Konsumsi Makanan Berisiko

Penduduk yang “sering” makan makanan/minuman manis, makanan asin, makanan berlemak, jeroan, makanan dibakar/panggang, makanan yang diawetkan, minuman berkafein, dan bumbu penyedap dianggap sebagai berperilaku konsumsi makanan berisiko. Perilaku konsumsi makanan berisiko dikelompokkan “sering” apabila penduduk mengonsumsi makanan tersebut satu kali atau lebih setiap hari.

Tabel 3.7.7.1
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko , Riskesdas 2007

Provinsi	Manis	Asin	Berle mak	Jeroan	Dipang gang	Diawet kan	Berka fein	Penyedap
Bogor	52.0	63.3	14.0	1.4	1.3	3.9	36.1	94.8
Sukabumi	38.6	54.4	4.4	0.7	6.1	3.8	20.9	84.1
Cianjur	43.5	50.9	10.0	0.9	1.5	2.5	28.3	89.2
Bandung	59.0	59.9	28.1	2.0	2.4	13.3	29.0	89.5
Garut	73.4	78.4	34.6	4.3	4.5	15.5	33.2	85.6
Tasikmalaya	55.3	59.7	3.9	1.0	1.4	2.8	14.1	89.2
Ciamis	50.3	44.3	5.9	1.3	2.8	10.8	29.1	93.7
Kuningan	81.8	94.1	32.7	0.6	1.5	9.7	29.5	89.7
Cirebon	58.4	58.2	18.5	1.5	1.2	6.8	18.1	89.2
Majalengka	73.8	86.3	9.6	2.5	7.0	13.2	31.3	88.7
Sumedang	56.9	66.6	14.4	1.8	3.7	13.1	24.5	94.0
Indramayu	43.0	30.6	44.8	1.9	1.9	16.1	19.4	95.5
Subang	66.8	76.8	91.8	1.6	1.6	67.4	27.9	98.0
Purwakarta	59.0	65.9	8.7	0.8	2.6	15.0	29.6	94.5
Karawang	63.9	42.4	39.4	1.6	2.4	14.4	44.5	90.9
Bekasi	66.1	43.1	34.3	1.6	1.4	7.7	39.8	89.5
Kota Bogor	71.3	59.8	39.3	2.9	4.9	8.6	35.7	91.8
Kota	61.7	61.7	42.6	1.1	1.8	7.7	33.0	93.6
Kota	52.5	41.3	16.3	1.3	1.6	8.4	34.5	82.2
Kota Cirebon	77.0	87.9	16.8	1.5	2.2	11.3	22.4	94.1
Kota Bekasi	71.6	22.8	16.3	1.5	1.9	9.5	27.2	76.6
Kota Depok	64.8	27.7	17.0	1.4	1.9	12.7	32.4	84.1
Kota Cimahi	64.0	46.7	40.5	0.9	1.1	10.7	30.9	90.4
Kota	63.0	60.9	18.2	0.7	0.4	14.8	18.6	91.1
Kota Banjar	28.6	24.2	3.5	0.4	0.9	5.2	19.9	95.7
Jawa Barat	58.8	54.9	23.6	1.6	2.4	11.6	29.5	89.3

Tabel 3.7.7.1 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut kabupaten/kota. Sering mengonsumsi makanan manis dilakukan oleh 58,8% penduduk di Provinsi Jawa Barat yang berusia ≥ 10 tahun, tertinggi ditemukan di Kabupaten Kuningan (81,8%) dan terendah Kota Banjar (28,6%). Sedangkan prevalensi sering mengonsumsi makanan asin secara keseluruhan di Provinsi Jawa Barat ditemukan 54,9%, tertinggi di Kabupaten Kuningan (94,1%) dan terendah di Kota Banjar (24,2%). Secara umum terdapat 23,6% penduduk di Jawa Barat sering mengonsumsi makanan berlemak, tertinggi di Kabupaten Subang (91,8%) dan terendah di Kota Banjar (3,5%).

Penduduk yang sering mengonsumsi jeroan di Provinsi Jawa Barat sebesar 1,6%, tertinggi di Kabupaten Garut (4,3%) dan terendah di Kota Banjar (0,4%). Konsumsi makanan dipanggang sebesar 2,4%, banyak terdapat di Kabupaten Majalengka (7,0%) serta sedikit dikonsumsi oleh penduduk di Kota Tasikmalaya (0,4). Sebanyak 11,6% penduduk di Jawa Barat sering mengonsumsi makanan diawetkan, terbanyak di Subang (67,4%), sedangkan yang sedikit terdapat di Kabupaten Sukabumi (3,8%). Minuman berkafein sering dikonsumsi oleh 29,5% penduduk Jawa Barat, tertinggi di Karawang (44,5%) dan terendah di Kabupaten Cirebon (18,1%)

Penyedap sering dikonsumsi oleh 89,3% penduduk secara keseluruhan, tertinggi di Subang (98%) dan terendah Kota Bekasi (82,2%).

Tabel 3.7.7.2
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik Responden, Riskedas 2007

Karakteristik	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Kelompok umur (tahun)								
10-14	62.0	57.9	24.7	1.5	2.8	13.8	8.4	88.9
15-24	59.5	55.1	26.2	2.1	2.7	12.9	23.0	89.2
25-34	57.8	55.1	24.5	1.6	2.5	11.7	32.5	90.2
35-44	58.9	54.8	24.1	1.6	2.3	11.3	37.2	90.0
45-54	57.8	53.9	22.3	1.5	2.1	10.4	38.9	90.2
55-64	57.8	53.5	19.0	1.0	2.1	9.5	36.8	88.5
65-74	57.4	52.4	18.8	1.2	1.7	9.2	31.7	86.8
75+	55.9	53.4	18.4	0.8	2.4	9.1	26.4	83.5
Jenis kelamin								
Laki-Laki	61.0	53.5	23.2	1.8	2.6	11.5	43.6	88.7
Perempuan	56.8	56.2	24.0	1.4	2.2	11.7	16.4	89.9
Pendidikan								
Tidak Sekolah	54.6	55.9	28.1	1.5	2.1	12.8	32.7	90.5
Tidak Tamat SD	55.9	57.5	24.1	1.4	2.2	12.2	26.8	90.1
Tamat SD	57.7	58.9	21.6	1.4	2.4	11.4	29.6	90.5
Tamat SMP	61.1	54.1	24.8	1.9	2.4	13.3	28.6	90.2
Tamat SMA	62.2	46.7	24.7	1.9	2.6	10.0	33.4	87.0
Tamat PT	66.8	44.4	23.3	1.8	3.8	8.0	30.3	81.8
Tipe daerah								
Perkotaan	61,9	52,9	24,3	1,4	1,9	10,3	29,2	89,5
Perdesaan	54,9	58,8	22,5	1,6	2,9	13,4	27,9	90,7
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita								
Kuintil-1	55.6	58.0	23.3	1.4	2.7	11.6	30.5	90.2
Kuintil-2	58.1	57.6	23.8	1.5	2.2	12.0	30.1	89.5
Kuintil-3	59.1	55.0	22.8	1.6	2.4	12.1	30.1	89.5
Kuintil-4	58.9	53.2	23.4	1.8	2.4	11.3	28.8	89.2
Kuintil-5	62.0	51.3	24.6	1.7	2.5	10.9	27.9	88.3

Tabel 3.7.7.2 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut karakteristik responden. Menurut umur, perilaku sering mengonsumsi makanan manis, berlemak, jeroan cenderung menurun setelah usia 15 tahun, demikian halnya perilaku sering mengonsumsi makanan asin cenderung menurun mulai umur 35 tahun. Konsumsi makanan diawetkan menunjukkan penurunan persentase seiring dengan pertambahan umur. Sedangkan perilaku sering minum minuman berkafein nampak meningkat sesuai peningkatan usia, namun setelah usia 55

tahun prevalensi cenderung menurun. Pola yang sama ditemukan untuk konsumsi penyedap makanan menurut umur.

Menurut jenis kelamin, laki-laki cenderung lebih sering mengonsumsi makanan yang manis-manis, jeroan, makanan dipanggang dan minum minuman berkafein dibandingkan perempuan. Sedangkan untuk konsumsi jenis makanan berisiko lainnya pola prevalensi antara laki-laki dan perempuan hampir sama. Menurut tingkat pendidikan, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis meningkat seiring tingkat pendidikan KK. Sebaliknya pada penyedap terlihat pola sebaliknya yaitu terlihat kecenderungan penurunan dengan meningkatnya pendidikan. Pada makanan yang lain tidak terlihat pola yang berarti.

Menurut tipe daerah, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis lebih tinggi di perkotaan dibanding pedesaan. Sedangkan pola prevalensi sering mengonsumsi makanan berisiko lainnya tidak memperlihatkan pola yang jelas.

Pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis memperlihatkan kecenderungan peningkatan seiring meningkatnya taraf pengeluaran per kapita per bulan, sedangkan pada makanan asin, minuman berkafein dan bumbu penyedap terlihat berbanding terbalik dengan peningkatan kuintil. Konsumsi makanan berlemak, jeroan, makanan diawetkan dan makanan dipanggang tidak menunjukkan perbedaan berarti

3.7.8. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Riskesmas 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 beraktifitas 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.

Di Provinsi Jawa Barat pencapaian keluarga berperilaku hidup bersih dan sehat masih rendah (38,4) yang seharusnya bisa mencapai 65 (target 2010). Namun bila dilihat pencapaian per-kabupaten nampak di Kabupaten Sumedang sudah dapat mencapai target nasional tersebut.

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.

Keluarga yang tinggal di perkotaan pencapaian keluarga berperilaku hidup bersih dan sehat lebih baik (45,1) dibandingkan dengan di pedesaan (31,1).

Berdasarkan Tingkat Pengeluaran per kapita keluarga nampak semakin tinggi kuintil semakin besar Persentase pencapaian keluarga bersih dan sehat dan sebaliknya semakin rendah Tingkat Pengeluaran per kapita semakin rendah Persentase pencapaian keluarga bersih dan sehat.

Tabel 3.7.8.1
Persentase Rumah Tangga yang Memenuhi Kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik menurut Kabupaten Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RT dengan PHBS Baik
Kab.Bogor	17.2
Kab.Sukabumi	12.8
Kab.Cianjur	8.2
Kab.Bandung	39.1
Kab.Garut	23.2
Kab.Tasikmalaya	26.3
Kab.Ciamis	34.7
Kab.Kuningan	60.5
Kab.Cirebon	43.3
Kab.Majalengka	33.2
Kab.Sumedang	68.8
Kab.Indramayu	49.0
Kab.Subang	44.2
Kab.Purwakarta	37.4
Kab.Karawang	34.5
Kab.Bekasi	31.6
Kota Bogor	55.5
Kota Sukabumi	49.8
Kota Bandung	45.7
Kota Cirebon	51.4
Kota Bekasi	58.7
Kota Depok	35.0
Kota Cimahi	53.8
Kota Tasikmalaya	46.8
Kota Banjar	46.5
Jawa Barat	38.4

Tabel 3.7.8.2 dan 3.7.8.3 merupakan gabungan dari beberapa perilaku yang menjadi faktor risiko untuk penyakit tidak menular utama (penyakit kardiovaskular, diabetes mellitus, kanker, stroke, penyakit paru obstruktif kronik), yaitu perilaku kurang mengonsumsi sayur dan/atau buah (<5 porsi per hari), kurang aktifitas fisik (<150 menit/minggu) dan merokok setiap hari.

Tabel 3.7.8.2
Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota, Provinsi Jawa Barat Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang konsumsi sayur buah*	Kurang aktifitas fisik**	Merokok***
Kab.Bogor	97.9	53.4	27.1
Kab.Sukabumi	98.3	62.2	28.8
Kab.Cianjur	97.9	45.9	31.1
Kab.Bandung	96.7	58.2	27.5
Kab.Garut	96.4	62.4	26.0
Kab.Tasikmalaya	99.1	32.5	26.7
Kab.Ciamis	98.8	41.8	31.1
Kab.Kuningan	97.8	50.8	24.6
Kab.Cirebon	95.9	47.2	23.0
Kab.Majalengka	98.9	40.4	25.3
Kab.Sumedang	98.4	30.8	28.8
Kab.Indramayu	95.2	48.4	30.4
Kab.Subang	99.1	43.0	30.3
Kab.Purwakarta	94.8	44.6	29.5
Kab.Karawang	97.0	50.6	30.0
Kab.Bekasi	96.0	57.7	24.9
Kota Bogor	96.7	50.2	24.3
Kota Sukabumi	95.6	51.2	30.3
Kota Bandung	98.5	61.9	25.5
Kota Cirebon	94.0	68.8	20.6
Kota Bekasi	92.5	54.0	18.3
Kota Depok	93.9	56.1	20.5
Kota Cimahi	96.4	52.5	23.7
Kota Tasikmalaya	99.1	59.2	26.4
Kota Banjar	97.0	46.4	28.6
Jawa Barat	96.4	52,4	26.7

* Penduduk umur 10 tahun ke atas yang makan sayur dan/atau buah <5 porsi/hari

** Penduduk umur 10 tahun ke atas yang melakukan kegiatan kumulatif <150 menit/minggu atau < 600 MET

*** Penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok setiap hari

Tabel 3.7.8.3
Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden, Provinsi Jawa Barat Riskeddas 2007

Karakteristik	Kurang konsumsi sayur buah*	Kurang aktifitas fisik**	Merokok***
Kelompok umur (tahun)			
10-14	95.9	56.6	0,9
15-24	97.1	33.0	21.2
25-34	97.0	19.3	31.3
35-44	96.9	18.0	33.9
45-54	97.3	20.7	35.4
55-64	97.4	26.6	34.6
65-74	98.1	42.6	31.2
75+	97.7	64.9	31.5
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	96.9	32.1	52.0
Perempuan	97.1	27.5	3.2
Pendidikan			
Tidak Sekolah	96.8	33.2	25.5
Tidak Tamat SD	96.8	32.3	24.1
Tamat SD	97.9	25.2	27.4
Tamat SMP	97.4	27.7	26.3
Tamat SMA	95.8	30.9	31.5
Tamat PT	94.6	40.8	25.1
Tipe daerah			
Perkotaan	96.4	33.7	24.9
Perdesaan	97.7	25.2	28.8
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil-1	97.4	27.7	27.2
Kuintil-2	97.3	28.9	27.3
Kuintil-3	97.2	28.9	27.0
Kuintil-4	97.0	29.3	26.9
Kuintil-5	96.2	33.3	25.1

* Penduduk umur 10 tahun ke atas yang makan sayur dan/atau buah <5 porsi/hari

** Penduduk umur 10 tahun ke atas yang melakukan kegiatan kumulatif <150 menit/minggu atau < 600 MET

*** Penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok setiap hari

3.8. Akses dan Pemanfaatan 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. menunjukkan bahwa Persentase rumah tangga Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dokter praktek, dan bidan praktek) berdasarkan jarak dan waktu tempuh di Provinsi Jawa Barat, tidak jauh berbeda dengan rerata nasional. Bila dilihat menurut Kabupaten/Kota, maka jarak ke fasilitas kesehatan > 1 KM persentase tertinggi di Kabupaten Sukabumi, namun persen rumah tangga yang mempunyai waktu tempuh > 60 menit cukup rendah, hanya 0,9 , hal ini mungkin dikarenakan lancarnya sistem transportasi. Sedangkan Kabupaten Tasikmalaya, jarak > 1 Km dialami oleh 6.0 rumah tangga, dengan waktu tempuh > 60 dialami oleh 4,5 rumahtangga.

Tabel 3.8.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Jarak Ke Yankes			Waktu Tempuh Ke Yankes			
	< 1 KM	1 – 5 KM	> 5 KM	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Kab Bogor	34.8	58.8	6.5	57.4	33.8	7.2	1.6
Kab Sukabumi	29.0	58.9	12.1	54.3	38.0	6.8	0.9
Kab Cianjur	29.1	62.3	8.5	61.5	24.9	4.8	8.8
Kab Bandung	48.0	50.9	1.0	65.7	30.5	3.3	0.5
Kab Garut	23.4	71.1	5.6	72.7	22.1	4.6	0.6
Kab Tasikmalaya	32.1	61.9	6.0	58.0	30.7	6.7	4.6
Kab Ciamis	26.0	71.5	2.6	72.7	23.4	3.5	0.5
Kab Kuningan	61.1	36.2	2.7	86.3	11.2	2.3	0.2
Kab Cirebon	76.0	22.7	1.3	74.9	19.6	4.5	1.0
Kab Majalengka	39.0	56.9	4.0	83.3	14.8	1.2	0.7
Kab Sumedang	40.2	53.5	6.3	61.6	24.6	11.2	2.6
Kab Indramayu	69.5	27.2	3.2	86.0	13.3	0.5	0.3
kab Subang	42.0	57.1	1.0	83.9	14.0	1.4	0.7
Kab Purwakarta	50.6	45.6	3.8	67.3	28.5	3.9	0.3
Kab Karawang	42.8	55.4	1.8	73.3	22.4	2.1	2.1
Kab Bekasi	59.1	40.3	0.6	75.6	21.7	2.2	0.5
Kota Bogor	54.1	43.1	2.8	75.3	16.6	8.0	0.2
Kota Sukabumi	79.3	20.2	0.5	89.7	9.5	0.7	0.2
Kota Bandung	83.2	16.7	0.1	85.3	13.8	0.6	0.3
Kota Cirebon	63.7	35.3	1.0	71.2	24.6	3.3	0.9
Kota Bekasi	59.5	39.0	1.5	79.4	16.8	2.8	1.0
Kota Depok	56.2	42.9	0.9	86.9	12.0	1.1	
Kota Cimahi	92.2	7.4	0.4	92.5	6.8		0.7
Kota Tasikmalaya	59.2	39.7	1.1	67.2	30.3	1.8	0.7
Kota Banjar	18.6	79.1	2.3	76.5	22.0	1.1	0.5
Jawa Barat	48.1	48.2	3.6	72.2	22.6	3.8	1.4

Catatan: *) Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Secara umum hampir separuh wilayah Jawa Barat mempunyai kemudahan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Terdapat 11 wilayah yang mempunyai > 50% pada klasifikasi jarak Yankes < 1km, dan 17 kab/kota mempunyai >70% .(katagori jarak yankes kurang dari 15 menit).

Tabel 3.8.1.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke
Sarana Pelayanan Kesehatan^{*)} dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak Ke Yankes				Waktu Tempuh Ke Yankes			
	< 1 Km	1– 5 Km	> 5 Km	Total	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe Daerah								
Perkotaan	58.8	40.3	0.9	100	79.9	17.4	2,3	,4
Pedesaan	37.4	56.2	6.4	100	64.3	27.9	5,3	2,4
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita								
Kuintil-1	42.1	52.6	5.4	100,0	66.2	27.0	4.3	2.5
Kuintil-2	45.8	49.9	4.3	100,0	69.1	25.1	4.5	1.4
Kuintil-3	46.6	50.0	3.4	100,0	70.2	24.3	4.3	1.3
Kuintil-4	51.4	45.9	2.7	100,0	75.6	20.1	3.4	0.9
Kuintil-5	54.9	42.6	2.5	100,0	80.0	16.5	2.5	1.0

Catatan: ^{*)} Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel 3.8.1.2. menjelaskan distribusi rumah tangga ke fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan jarak, waktu tempuh dan klasifikasi daerah di provinsi Jawa Barat. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa di perkotaan umumnya jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan di perkotaan lebih dekat dan lebih pendek waktu tempuhnya dibandingkan dengan pedesaan. Bila jarak ke fasilitas kesehatan < 1 KM di perkotaan sebesar 58,8% di pedesaan hanya 37,4%, demikian juga waktu tempuh < 15 menit di perkotaan sebanyak 79,9% lebih tinggi dibandingkan dengan di pedesaan hanya 64,3%.

Gambaran akses Yankes melalui kelompok kuintil memperlihatkan, semakin besar kuintil (semakin kaya), persentase jarak ke pelayanan kesehatan < 1 km juga semakin besar, demikian juga persentase waktu tempuh ≤ 15 menit juga semakin besar.

Jawa Barat sebagian besar jarak ke UKBM < 1 km, yaitu sebesar 91,0% dengan waktu tempuh < 15 menit, yaitu sebesar 93,1%. Bila dilihat per-Kabupaten/Kota, maka dari jarak < 1 km persentase tertinggi di Kota Cimahi sebesar 98,7% dan terendah di Kabupaten Cianjur sebesar 81,1%, dan dengan waktu tempuh < 15 menit persentase tertinggi di Kabupaten Indramayu dan Kota Cimahi masing-masing sebesar 98,4% dan persentase terendah di Kabupaten Cianjur sebesar 82,5%. (tabel 3.129)

Tabel 3.8.1.3
Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Upaya
Kesehatan Berbasis Masyarakat* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa
Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jarak Ke Posyandu			Waktu Tempuh Ke Posyandu			
	< 1 Km	1 – 5 Km	> 5 Km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Kab Bogor	92,2	7,2	0,6	90,7	7,0	1,2	1,1
Kab Sukabumi	82,5	16,7	0,8	83,2	15,3	1,0	0,5
Kab Cianjur	81,1	17,4	1,5	82,5	12,4	2,2	2,9
Kab Bandung	93,7	6,0	0,3	96,9	2,0	0,7	0,3
Kab Garut	87,7	12,1	0,2	94,5	4,1	1,1	0,3
Kab Tasikmalaya	82,7	16,9	0,4	88,9	10,2	0,6	0,3
Kab Ciamis	81,9	18,1		92,2	6,5	1,0	0,3
Kab Kuningan	92,8	6,6	0,6	96,7	2,7	0,4	0,2
Kab Cirebon	98,2	1,8		97,4	2,0	0,4	,2
Kab Majalengka	87,2	12,6	0,2	93,6	4,5	1,0	1,0
Kab Sumedang	84,7	15,1	0,2	88,7	9,8	0,8	0,7
Kab Indramayu	98,2	1,7	0,1	98,4	1,3	0,2	0,1
kab Subang	91,2	8,7	0,1	96,2	3,8	0	0
Kab Purwakarta	93,1	6,9		94,6	5,4	0	0
Kab Karawang	87,7	11,7	0,5	92,8	5,7	0,9	0,6
Kab Bekasi	91,9	8,1	0,1	89,3	10,0	0,4	0,3
Kota Bogor	95,4	4,4	0,2	92,7	6,0	0,9	0,4
Kota Sukabumi	98,0	1,4	0,7	98,0	1,3	0	0,7
Kota Bandung	98,6	1,3	0,1	97,8	1,9	0,3	0
Kota Cirebon	97,3	2,7	0,0	95,3	4,1	0	0,7
Kota Bekasi	96,8	2,6	0,6	97,7	1,3	0,1	0,9
Kota Depok	93,0	6,8	0,3	97,0	2,7	0,0	0,3
Kota Cimahi	98,7	1,0	0,3	98,4	1,3	0,0	0,3
Kota Tasikmalaya	93,2	5,7	1,1	94,0	5,6	0,0	0,4
Kota Banjar	88,1	11,9	0,0	97,6	2,4	0	0,0
Jawa Barat	91,0	8,6	0,4	93,1	5,7	0,7	0,6

Catatan: UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, dan Polindes.

Tabel 3.8.1.4
Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, 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	95,6	4,1	0,3	96,5	2,9	0,3	0,3
Pedesaan	86,1	13,5	0,4	89,5	8,6	1,1	0,8
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan							
Kuintil-1	89,1	10,4	0,5	90,4	8,2	0,6	0,8
Kuintil-2	90,5	9,2	0,3	91,9	6,6	1,0	0,5
Kuintil-3	90,9	8,6	0,5	93,0	5,6	0,8	0,6
Kuintil-4	91,6	8,1	0,3	94,4	4,5	0,7	0,4
Kuintil-5	92,8	6,8	0,4	95,6	3,6	0,3	0,5
Total	91,0	8,6	0,4	93,1	5,7	0,7	0,6

Catatan: UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Tabel 3.8.1.4 menunjukkan persentase rumah tangga ke UKBM (posyandu, poskesdes, dan polindes) berdasarkan jarak, waktu tempuh, dan klasifikasi daerah. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa persentase jarak ke Posyandu, Poskesdes, dan Polindes < 1 km di Perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan. Sebaliknya untuk jarak ≥ 1 km persentase di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Dilihat waktu tempuh, maka persentase waktu tempuh ke Posyandu, Poskesdes, dan Polindes ≤ 15 menit di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan, sebaliknya persentase jarak waktu ≥ 16 menit di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.

Dilihat dari segi kuintil, semakin besar kuintil (semakin kaya), persentase jarak ke UKBM < 1 km juga semakin besar, demikian juga persentase waktu tempuh ≤ 15 menit juga semakin besar. Sebaliknya, semakin besar kuintil persentase jarak ke UKBM ≥ 1 km semakin rendah, demikian juga persentase waktu tempuh ke UKBM > 15 menit juga semakin rendah.

Tabel 3.8.1.5
Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/poskesdes
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Kab Bogor	30,5	61,4	8.1
Kab Sukabumi	28,5	60,6	10.9
Kab Cianjur	28,7	62,2	9.1
Kab Bandung	32,5	65,7	1.9
Kab Garut	32,0	60,3	7.7
Kab Tasikmalaya	26,1	70,3	3.6
Kab Ciamis	24,7	71,8	3.5
Kab Kuningan	30,8	65,0	4.2
Kab Cirebon	38,8	53,5	7.7
Kab Majalengka	24,6	70,9	4.5
Kab Sumedang	32,2	64,5	3.4
Kab Indramayu	27,7	69,0	3.3
kab Subang	32,9	59,9	7.2
Kab Purwakarta	26,7	68,5	4.9
Kab Karawang	27,3	63,3	9.4
Kab Bekasi	29,3	60,4	10.2
Kota Bogor	23,8	74,9	1.3
Kota Sukabumi	31,1	66,9	2.0
Kota Bandung	26,6	70,1	3.2
Kota Cirebon	34,7	58,7	6.7
Kota Bekasi	16,2	80,2	3.5
Kota Depok	21,0	73,4	5.6
Kota Cimahi	26,5	71,3	2.3
Kota Tasikmalaya	26,6	71,0	2.4
Kota Banjar	24,7	72,9	2.4
JAWA BARAT	28.4	65,7	5.9

Persentase rumah tangga yang memanfaatkan posyandu/poskesdes dalam 3 bulan terakhir, menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, memperlihatkan bahwa pemanfaatan posyandu/poskesdes di Jawa barat amat memprihatinkan karena sebanyak 65,7% tidak membutuhkan posyandu/poskesdes. Pemanfaatan posyandu sendiri hanya 28,4%.

Data pada tabel sangat penting diketahui kaitannya dengan upaya untuk lebih mempromosikan pentingnya posyandu. Terutama di wilayah kabupaten seperti Tasikmalaya, Ciamis dan Majalengka, untuk daerah perkotaan seperti kota Bogor, Bandung, Depok, Cimahi, Tasikmalaya, dan Banjar. Daerah-daerah tersebut angka tidak membutuhkan cukup tinggi diatas 70%.

Tabel 3.8.1.6
Persentase rumah tangga menurut pemanfaatan
Posyandu/poskesdes, dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	27,7	67,5	4.8
Pedesaan	29,2	63,9	7.0
Tingkat pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita Per Bulan			
Kuintil-1	36,4	57,7	5.8
Kuintil-2	33,1	61,4	5.5
Kuintil-3	29,3	64,9	5.8
Kuintil-4	25,3	68,7	6.0
Kuintil-5	18,1	75,8	6.1

Distribusi persentase rumah tangga yang memanfaatkan posyandu/poskesdes dalam 3 bulan terakhir, berdasarkan klasifikasi daerah Di Provinsi Jawa Barat dapat dilihat pada tabel 3.8.1.6. Persentase yang memanfaatkan posyandu/poskesdes di pedesaan sebesar 29,2% sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan sebesar 27,7%, dan yang tidak membutuhkan posyandu/poskesdes di perkotaan sebesar 67,5% sedikit lebih tinggi dibandingkan di pedesaan sebesar 63,9%.

Dari pengeluaran per kapita per bulan, semakin tinggi pengeluaran persentase pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh rumah tangga semakin kecil, dan semakin tinggi kuintil persentase tidak membutuhkan posyandu oleh rumah tangga semakin besar. Pola angka pada kuintil-5 memberikan informasi, bahwa diperlukan inovasi baru pada posyandu agar promosi posyandu sampai pada tingkat kuintil5.

Tabel 3.8.1.7
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa barat,
Riskesmas 2007

Kabupaten/ Kota	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Pengo- batan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Kab Bogor	90,5	35,3	54,6	14,5	25,9	17,0	54,6	42,9	9,5
Kab Sukabumi	92,1	47,6	45,7	21,8	19,4	16,7	52,2	34,6	10,2
Kab Cianjur	88,8	40,4	69,0	27,7	41,2	45,5	53,2	58,1	20,3
Kab Bandung	92,3	37,9	61,0	27,0	30,6	23,7	45,6	62,9	18,1
Kab Garut	81,3	35,1	54,8	29,7	35,4	39,6	48,7	49,7	25,1
Kab Tasikmalaya	84,4	33,0	40,2	23,7	36,2	22,3	34,5	38,6	9,0
Kab Ciamis	87,9	63,7	75,3	57,7	58,6	69,3	68,8	75,8	38,6
Kab Kuningan	81,9	29,3	52,7	33,6	35,2	47,1	43,4	51,9	15,6
Kab Cirebon	82,6	37,5	58,6	37,2	40,4	46,4	52,2	57,6	14,6
Kab Majalengka	84,3	20,1	45,6	15,3	28,5	35,8	40,5	40,3	9,5
Kab Sumedang	76,6	28,8	38,7	25,0	21,9	39,1	32,1	33,5	8,9
Kab Indramayu	98,1	25,1	63,8	29,5	20,1	24,6	79,0	54,5	12,1
Kab Subang	72,7	21,3	61,0	19,0	31,3	51,0	44,6	50,0	14,1
Kab Purwakarta	90,9	18,4	41,4	9,5	13,9	13,6	42,9	24,3	5,9
Kab Karawang	91,7	34,6	54,5	20,3	20,6	27,7	64,4	58,9	12,6
Kab Bekasi	94,3	33,8	52,4	23,4	12,4	19,0	54,4	54,8	8,8
Kota Bogor	93,4	31,2	44,3	23,6	15,7	18,3	41,9	52,8	8,3
Kota Sukabumi	93,3	23,9	42,2	19,6	11,1	17,8	45,7	57,8	13,3
Kota Bandung	95,7	30,9	51,8	14,2	16,9	19,6	44,9	43,2	11,9
Kota Cirebon	94,0	26,5	57,1	21,3	10,6	29,2	45,8	35,4	13,0
Kota Bekasi	94,8	35,2	77,5	21,8	13,3	18,8	77,2	68,5	11,4
Kota Depok	97,3	42,7	64,4	26,8	13,4	20,7	70,7	63,1	15,4
Kota Cimahi	100,0	29,5	49,4	19,2	12,0	11,5	69,1	64,2	15,4
Kota Tasikmalaya	92,0	8,0	62,7	12,2	16,0	17,6	22,7	48,0	1,4
Kota Banjar	100,0	50,0	68,4	30,0	35,0	25,0	65,0	63,2	10,5
Jawa Barat	89,0	34,6	56,0	24,9	27,2	30,1	52,2	51,3	14,2

Tabel 3.8.1.7 menunjukkan persentase jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang diterima RT dalam 3 bulan terakhir, berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat. Keadaan di Jawa Barat tidak jauh berbeda dengan tingkat nasional, dimana kebutuhan posyandu oleh masyarakat masih seputar pelayanan penimbangan, angka Jawa Barat sebesar 89,0% sementara nasional sebesar 85,0%. Adapun, penyuluhan sebesar 34,6%, keadaan ini memperkuat informasi dari berbagai sumber, bahwa selama ini meja penyuluhan tidak/kurang aktif. Angka imunisasi sebesar 56,0% KIA sebesar 24,9%, KB

sebesar 27,2%, Pengobatan 30,1%, PMT 52,2%, suplemen gizi sebesar 51,3%, dan konsultasi resiko penyakit sebesar 14,2%. Kabupaten Subang dan Sumedang cukup menjadi perhatian dimana angka pelayanan penimbangan masih dibawah 80% sementara angka pelayanan lainnya juga relatif kecil.

Tabel 3.8.1.8
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa
Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penim-bangan	Penyu-luhan	Imuni-sasi	KIA	KB	Pengo-batan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
Tipe Daerah									
Perkotaan	92,2	33,4	55,7	21,6	21,8	24,2	53,4	52,7	13,1
Pedesaan	85,8	35,7	56,3	28,0	32,4	35,5	51,0	50,0	15,3
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita Per Bulan									
Kuintil-1	90,8	33,8	60,5	25,3	27,0	29,7	54,0	52,3	13,5
Kuintil-2	89,9	37,1	57,8	25,5	27,9	30,3	52,8	53,7	14,6
Kuintil-3	89,8	34,9	55,2	25,5	28,3	29,6	54,0	51,4	13,6
Kuintil-4	87,4	33,4	53,2	22,9	26,3	28,8	49,1	49,1	15,8
Kuintil-5	84,1	32,5	48,6	24,8	25,9	32,6	48,7	47,7	13,5

Tabel 3.8.1.8. memperlihatkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang diterima RT dalam 3 bulan terakhir, menurut kuintil dan klasifikasi daerah sangat penting diketahui kaitannya sebagai bahan evaluasi terhadap kinerja posyandu. Provinsi Jawa Barat mengindikasikan persentase jenis pelayanan kesehatan yang diterima rumah tangga untuk penimbangan, PMT, dan suplemen gizi di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan. Sebaliknya untuk jenis pelayanan penyuluhan, imunisasi, KIA, KB, pengobatan dan konsultasi resiko penyakit persentasenya di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.

Persentase jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang diterima rumah tangga dalam 3 bulan terakhir, menurut kuintil menggambarkan semakin tinggi kuintil (semakin kaya) persentase rumah tangga yang ditimbang, mendapat imunisasi, mendapat pengobatan semakin rendah. Untuk pelayanan penyuluhan, KIA, KB, PMT, suplemen gizi, dan konsultasi resiko penyakit persentase antar kuintil hampir sama persentasenya tidak jauh berbeda.

Dari Tabel 3.8.1.9 dapat dilihat bahwa persentase rumah tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 bulan terakhir akan memberikan informasi penting dimana Jawa Barat angka tidak memanfaatkan posyandu sebesar 65,7%. Adapun alasan tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes di Jawa Barat umumnya adalah layanan tidak lengkap sebesar 52,7%, kemudian tidak ada Posyandu sebesar 26,7%, kemudian letak jauh sebesar 20,6%. Bila dilihat per-Kabupaten/Kota, maka untuk alasan layanan tidak lengkap persentase tertinggi di Kota Depok sebesar 88,0 dan terendah di Kota Banjar karena tidak ada yang menjawab untuk alasan layanan tidak lengkap ini. Jawaban alasan tidak ada Posyandu persentase tertinggi di Kota Sukabumi yaitu 100,0%, hal ini terjadi pada rumah tangga yang tidak memanfaatkan posyandu, di Kota Sukabumi hanya sebesar 2,0% tidak memanfaatkan posyandu. Sedangkan Kota Banjar tidak ada yang menjawab untuk alasan tidak memanfaatkan pemanfaatan Posyandu.

Tabel 3.8.1.9
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Kabupaten/Kota,
di Provinsi Jawa barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak Jauh	Tdk Ada Posyandu	Layanan Tdk Lengkap
Kab Bogor	3,0	41,4	55,6
Kab Sukabumi	13,9	4,0	82,2
Kab Cianjur	56,3	24,1	19,5
Kab Bandung	27,8	44,4	27,8
Kab Garut	18,8	30,6	50,6
Kab Tasikmalaya	19,4	16,1	64,5
Kab Ciamis	33,3	33,3	33,3
Kab Kuningan	57,1	0	42,9
Kab Cirebon	1,7	3,4	94,9
Kab Majalengka	0	96,6	3,4
Kab Sumedang	7,7	0	92,3
Kab Indramayu	52,4	9,5	38,1
kab Subang	27,5	37,5	35,0
Kab Purwakarta	6,3	37,5	56,3
Kab Karawang	24,3	6,8	68,9
Kab Bekasi	18,8	70,8	10,4
Kota Bogor	0	40,0	60,0
Kota Sukabumi	0,0	100,0	0,0
Kota Bandung	18,8	18,8	62,5
Kota Cirebon	0,0	50,0	50,0
Kota Bekasi	30,8	38,5	30,8
Kota Depok	8,0	4,0	88,0
Kota Cimahi	66,7	16,7	16,7
Kota Tasikmalaya	0	16,7	83,3
Kota Banjar	0	0	0
JAWA BARAT	20,6	26,7	52,7

Tabel 3.8.1.10
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik
Rumah Tangga, di Provinsi Jawa Barat Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tidak lengkap
Tipe Daerah			
Perkotaan	13,8	23,7	62,5
Pedesaan	24,4	28,5	47,1
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil-1	31,6	34,5	33,9
Kuintil-2	24,1	22,8	53,1
Kuintil-3	16,5	26,8	56,7
Kuintil-4	16,1	29,8	54,0
Kuintil-5	13,5	19,9	66,7

Alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes yang disajikan dalam tabel 3.8.1.10. umumnya karena layanan tidak lengkap dengan persentase di perkotaan (62,5%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (47,1%). Alasan kedua karena tidak ada posyandu dan di pedesaan persentasenya (28,5%) lebih tinggi dibandingkan perkotaan (23,7%). Alasan terakhir karena letaknya jauh dan persentasenya di pedesaan (24,4%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (13,8%). Persentase rumah tangga menurut alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes dalam 3 bulan terakhir, menurut kuintil terlihat bahwa, semakin tinggi kuintil ada kecenderungan persentase alasan tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes layanan tidak lengkap juga semakin tinggi. Untuk alasan letak jauh dan tidak ada Posyandu persentase tertinggi pada kuintil 1 (paling miskin), yaitu masing-masing sebesar 31,6% dan 34,5%, dan persentase terendah pada kuintil 5 (paling kaya) yaitu masing-masing sebesar 13,5% dan 19,9%.

Tabel 3.8.1.11 menggambarkan pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir. Pemanfaatan polindes keadaannya tidak jauh berbeda dengan pemanfaatan posyandu. Terlihat bahwa pada umumnya atau sebesar 57,0% rumah tangga merasa tidak membutuhkan polindes/bidan desa. Pemanfaatan polindes/bidan desa hanya 21,8%, dan rumah tangga tidak memanfaatkan polindes/bidan desa sebesar 21,1%. Bila dilihat per kabupaten kota, maka pemanfaatan polindes/bidan desa berkisar 8,8 - 37,9%, yang tidak memanfaatkan polindes/bidan desa berkisar 9,4 - 37,7%, dan yang tidak membutuhkan berkisar 39,8 – 77,7%.

Tabel 3.8.1.11
Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Kab Bogor	21,6	51,6	26,8
Kab Sukabumi	15,9	52,7	31,4
Kab Cianjur	34,9	39,8	25,3
Kab Bandung	18,5	69,5	12,0
Kab Garut	17,5	58,2	24,2
Kab Tasikmalaya	26,3	59,5	14,2
Kab Ciamis	23,1	64,5	12,3
Kab Kuningan	30,8	49,1	20,1
Kab Cirebon	27,5	58,0	14,5
Kab Majalengka	29,5	49,5	21,0
Kab Sumedang	24,7	65,5	9,7
Kab Indramayu	22,8	58,5	18,7
kab Subang	37,7	51,4	11,0
Kab Purwakarta	18,5	56,2	25,4
Kab Karawang	27,0	52,5	20,6
Kab Bekasi	22,0	42,7	35,3
Kota Bogor	16,0	71,8	12,3
Kota Sukabumi	10,2	58,5	31,3
Kota Bandung	11,0	65,2	23,7
Kota Cirebon	8,8	77,7	13,5
Kota Bekasi	10,4	67,4	22,2
Kota Depok	18,5	52,2	29,3
Kota Cimahi	12,6	53,9	33,5
Kota Tasikmalaya	15,4	74,7	9,8
Kota Banjar	20,0	70,6	9,4
JAWA BARAT	21,8	57,0	21,1

Pemanfaatan polindes/bidan di desa oleh rumah tangga berdasarkan daerah di Jawa barat dapat dilihat pada tabel 3.138. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa pemanfaatan polindes/bidan di desa lebih banyak di pedesaan dibandingkan di kota. Pemanfaatan polindes/bidan di desa di pedesaan oleh rumah tangga sebesar 25,4% sedangkan di perkotaan hanya 18,3%.

Tabel 3.8.1.12
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa
Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Jawa barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	18,3	60,4	21,3
Perdesaan	25,4	53,6	21,0
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil-1	23,9	54,5	21,6
Kuintil-2	24,0	54,7	21,3
Kuintil-3	24,0	54,8	21,2
Kuintil-4	21,8	57,5	20,7
Kuintil-5	15,5	63,6	20,8

Menurut kuintil persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan desa dalam 3 bulan terakhir, terlihat rumah tangga pada kuintil 1- kuintil 3 persentasenya hampir sama sekitar 24. Pada kuintil 4 dan Kuintil 5 persentasenya semakin menurun. Sebaliknya semakin tinggi kuintil, nampaknya persentase tidak membutuhkan polindes/bidan semakin tinggi.

Tabel 3.8.1.13
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa
menurut Jenis Pelayanan di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita*	Pengobatan
Kab Bogor	34,6	9,4	9,2	9,4	23,3	65,2
Kab Sukabumi	20,9	2,3	5,1	1,1	25,0	72,6
Kab Cianjur	18,7	10,1	8,9	12,0	27,1	90,7
Kab Bandung	17,2	5,5	7,9	6,8	44,7	62,4
Kab Garut	21,8	9,0	5,9	5,4	23,9	73,8
Kab Tasikmalaya	9,3	1,8	1,8	2,2	21,2	88,4
Kab Ciamis	35,5	26,6	25,6	26,1	35,0	88,7
Kab Kuningan	22,8	15,9	15,1	13,6	37,8	77,1
Kab Cirebon	41,5	32,0	33,8	31,6	54,6	85,3
Kab Majalengka	13,6	4,1	4,1	5,4	18,3	92,1
Kab Sumedang	13,7	0	3,7	2,9	20,1	83,7
Kab Indramayu	17,2	8,9	6,9	7,8	25,7	81,1
Kab Subang	6,9	2,8	2,8	2,8	33,3	89,5
Kab Purwakarta	13,5	3,8	3,8	1,9	17,7	67,6
Kab Karawang	28,1	17,2	18,4	17,6	35,2	85,5
Kab Bekasi	24,2	6,9	5,8	6,3	17,4	77,1
Kota Bogor	46,2	9,4	18,8	12,5	34,0	54,7
Kota Sukabumi	40,0	13,3	13,3	0,0	13,3	46,7
Kota Bandung	32,8	7,2	6,5	4,0	30,4	64,6
Kota Cirebon	54,5	30,0	20,0	20,0	27,3	50,0
Kota Bekasi	25,0	10,3	5,2	0	32,9	73,0
Kota Depok	13,5	4,0	4,7	0,8	18,1	76,7
Kota Cimahi	47,2	5,7	13,9	11,1	28,6	51,3
Kota Tasikmalaya	14,6	2,5	7,3	4,9	26,8	78,6
Kota Banjar	33,3	21,4	14,3	15,4	33,3	81,3
JAWA BARAT	23,2	10,2	10,3	9,7	29,4	78,8

Catatan: * Bayi / balita tidak termasuk neonatus

Persentase jenis pelayanan polindes/bidan desa yang diterima rumah tangga dalam 3 bulan terakhir, menurut Kabupaten/Kota dapat dilihat pada tabel 3.139. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa di Jawa Barat persentase pelayanan Polindes/Bidan yang diterima rumah tangga berupa pemeriksaan kehamilan sebesar 23,2%, persalinan sebesar 10,2%, pemeriksaan nifas sebesar 10,3%, pemeriksaan neonatus sebesar 9,7%, pemeriksaan Bayi/Balita sebesar 29,4% dan pengobatan sebesar 78,8%. Bila dilihat per-Kabupaten/Kota, maka untuk pemeriksaan kehamilan prosentase tertinggi di Kabupaten Cirebon sebesar 54,5% dan terendah di Kabupaten Subang sebesar 6,9%. Tindakan persalinan persentase tertinggi di Kabupaten Cirebon sebesar 32,0% dan terendah di Kabupaten Sumedang tidak ada. Pemeriksaan nifas persentase tertinggi di Kabupaten Cirebon sebesar 33,8% dan terendah di Kabupaten Tasikmalaya. Pemeriksaan neonatus persentase tertinggi di Kabupaten Cirebon sebesar 31,6% dan terendah di Kota Bekasi tidak ada. Pemeriksaan Bayi/Balita persentase tertinggi di Kabupaten Cirebon sebesar 54,6% dan terendah di Kota Sukabumi sebesar 13,3%. Pengobatan persentase tertinggi di Kabupaten Cianjur sebesar 90,7% dan terendah di Kota Sukabumi sebesar 46,7%.

Dilihat secara paralel atau keseluruhan Kota Bogor mempunyai angka relatif terendah, baik menurut pelayanan pemeriksaan kehamilan (46.2), persalinan (9.4), Pemeriksaan Ibu Nifas (18.8), Pemeriksaan Neonatus (12.5) Pemeriksaan Bayi/Balita (34.0) dan Pengobatan (54.7)

Tabel 3.8.1.14
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa
menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga,
di Provinsi Jawa barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Tipe Daerah						
Perkotaan	26,6	11,0	10,8	9,2	30,5	72,0
Perdesaan	20,7	9,7	9,9	10,1	28,6	83,6
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita						
Kuintil-1	24,1	11,3	10,9	10,6	32,4	79,5
Kuintil-2	27,1	12,7	13,2	12,0	32,2	78,1
Kuintil-3	19,2	9,0	8,5	8,0	26,8	79,5
Kuintil-4	21,4	10,0	9,7	9,1	28,5	79,8
Kuintil-5	24,6	7,0	8,3	8,3	25,9	76,2

Tabel di atas menunjukkan persentase jenis pelayanan polindes/bidan desa yang diterima rumah tangga dalam 3 bulan terakhir, menurut klasifikasi daerah. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa persentase jenis pelayanan Polindes/Bidan Desa berupa pemeriksaan kehamilan, persalinan pemeriksaan nifas, pemeriksaan Bayi/Balita di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan. Sebaliknya, persentase untuk pemeriksaan Bayi/Balita dan pengobatan di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.

Pemeriksaan kehamilan menurut pengeluaran perkapita per bulan persentasenya beragam, tertinggi pada kuintil 2 (27,1%) dan terendah pada kuintil 3 (19,2%). Persalinan persentase tertinggi pada kuintil (12,7%) dan terendah kuintil 5 (7,0%). Pemeriksaan nifas persentase tertinggi pada kuintil 2 (13,2%) dan terendah pada kuintil kuintil 5 (8,3%). Pemeriksaan neonatus persentase tertinggi pada kuintil 2 (12,0%) dan terendah pada kuintil (8,0%). Pemeriksaan Bayi/Balita persentase tertinggi pada kuintil 1 (32,4%) dan terendah pada kuintil 5 (25,9%). Pengobatan persentase tertinggi pada kuintil 4 (79,8%) dan terendah pada kuintil 5 (76,2%).

Tabel 3.8.1.15 menggambarkan alasan utama rumah tangga (di luar yang tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut provinsi. Persentase rumah tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan Desa dalam 3 bulan terakhir, menurut Kabupaten/Kota secara keseluruhan menggambarkan keadaan yang cukup berbeda dengan tingkat nasional. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa alasan rumah tangga tidak memanfaatkan Polindes/Bidan Desa yaitu letak jauh sebesar 10,9% sedangkan ditingkat nasional sebesar 8,9% . Alasan tidak ada Polindes/Bidan Desa sebesar 28,3% rerata nasional 39,3%. Layanan tidak lengkap sebesar 4,7% angka nasional 7,9% dan lainnya sebesar 56,1% nasional 43,9%.

Tabel 3.8.1.15
Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan
Polindes/Bidan di Desa Menurut Alasan Lain dan Kabupaten / Kota
di Provinsi Jawa barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan lain tidak memanfaatkan poslindes/bidan			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan	Layanan tidak lengkap	Lainnya
Kab Bogor	9,7	28,1	0,7	61,5
Kab Sukabumi	7,3	4,3	16,5	72,0
Kab Cianjur	18,0	21,0	4,1	56,9
Kab Bandung	5,4	36,9	3,4	54,4
Kab Garut	12,5	9,2	7,7	70,5
Kab Tasikmalaya	17,2	18,0	1,6	63,1
Kab Ciamis	3,3	8,8	1,1	86,8
Kab Kuningan	4,2	10,5	1,1	84,2
Kab Cirebon	2,9	27,5	12,3	57,2
Kab Majalengka	0,8	23,3	0,8	75,2
Kab Sumedang	10,9	16,4	9,1	63,6
Kab Indramayu	17,1	9,4	7,1	66,5
kab Subang	9,9	13,6	13,6	63,0
Kab Purwakarta	4,0	34,3	4,0	57,6
Kab Karawang	48,2	7,3	3,1	41,5
Kab Bekasi	23,6	24,7	1,0	50,7
Kota Bogor	7,5	17,0	3,8	71,7
Kota Sukabumi	4,4	17,8	0,0	77,8
Kota Bandung	1,9	82,3	1,5	14,3
Kota Cirebon	8,3	50,0	0,0	41,7
Kota Bekasi	0	84,5	3,5	12,0
Kota Depok	2,5	35,1	4,0	58,4
Kota Cimahi	1,0	56,7	1,0	41,3
Kota Tasikmalaya	7,4	22,2	11,1	59,3
Kota Banjar	0,0	14,3	0,0	85,7
JAWA BARAT	10,9	28,3	4,7	56,1

Dilihat per Kabupaten/Kota, alasan letak jauh persentase tertinggi di Kabupaten Karawang sebesar 48,2% dan terendah di Kota Bekasi tidak ada yang jauh. Alasan tidak ada Polindes/Bidan, persentase tertinggi di Kota Bandung sebesar 82,3% dan terendah di Kabupaten Karawang sebesar 7,3%. Untuk layanan tidak lengkap persentase tertinggi di Kabupaten Subang sebesar 13,6% dan terendah di Kota Banjar, Kota Cirebon, dan Kota Sukabumi masing-masing persentasenya relatif kecil yaitu 0,0%.

Tabel 3.8.1.16
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Polindes/Bidan di Desa dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Jawa barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan utama tidak memanfaatkan poslindes/BDD			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan	Layanan tidak lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	6,2	40,3	3,8	49,7
Pedesaan	15,5	16,1	5,7	62,7
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita				
Kuintil-1	14,3	28,8	3,8	53,1
Kuintil-2	11,1	28,0	4,6	56,3
Kuintil-3	12,3	28,5	3,2	55,9
Kuintil-4	10,1	27,5	4,5	57,9
Kuintil-5	6,2	28,4	7,4	58,0

Tabel 3.8.1.16 memperlihatkan persentase rumah tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan memperlihatkan bahwa alasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan Desa karena letaknya jauh, persentase di pedesaan (15,5%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (6,2%). Sebaliknya, alasan tidak ada Polindes/Bidan persentase di perkotaan (40,3%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (16,1%). Untuk alasan layanan tidak lengkap persentase di pedesaan (5,7%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (3,8%). Dari segi tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita, keadaan semakin tinggi kuintil persentase alasan letak jauh berkecenderungan semakin kecil. Untuk persentase alasan tidak ada Polindes/Bidan, dan layanan tidak lengkap antar kuintil hampir sama.

Tabel 3.8.1.17 menunjukkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/ Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 bulan terakhir menurut Kabupaten/Kota. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa yang memanfaatkan POD/WOD dalam 3 bulan terakhir di Jawa Barat relatif kecil hanya sebesar 4,4%, dan persentase yang tidak membutuhkan relatif kecil juga hanya 5,5%.

Tabel 3.8.1.17
**Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/
 Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa barat,
 Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Kab Bogor	4,8	7,0	88,2
Kab Sukabumi	0	3,6	96,4
Kab Cianjur	2,9	2,6	94,5
Kab Bandung	11,0	12,0	76,9
Kab Garut	1,0	6,5	92,5
Kab Tasikmalaya	0	0,3	99,7
Kab Ciamis	3,1	5,5	91,4
Kab Kuningan	0,6	0	99,4
Kab Cirebon	25,1	22,6	52,2
Kab Majalengka	18,4	3,4	78,2
Kab Sumedang	5,9	5,7	88,4
Kab Indramayu	0	0,5	99,5
kab Subang	0,9	1,9	97,2
Kab Purwakarta	0,8	6,4	92,9
Kab Karawang	2,3	2,9	94,8
Kab Bekasi	6,3	2,3	91,3
Kota Bogor	2,2	3,5	94,3
Kota Sukabumi	0,7	1,4	98,0
Kota Bandung	0,7	5,9	93,4
Kota Cirebon	1,4	3,4	95,2
Kota Bekasi	1,0	6,9	92,1
Kota Depok	0,3	2,5	97,2
Kota Cimahi	1,6	2,9	95,5
Kota Tasikmalaya	0,7	2,4	96,9
Kota Banjar	0	8,2	91,8
Jawa Barat	4,4	5,5	90,1

Dilihat per-Kabupaten/Kota, maka persentase tertinggi yang memanfaatkan POD/WOD di Kabupaten Cirebon sebesar 25,1 dan persentase yang tidak membutuhkan POD/WOD juga di Kabupaten Cirebon sebesar 22,6%.

Kajian pemanfaatan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga tersaji pada Tabel 3.8.1.18.

Tabel 3.8.1.18
Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/
Warung Obat Desa dan Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe Daerah			
Perkotaan	4,7	6,8	88,5
Perdesaan	4,2	4,2	91,7
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil-1	3,5	4,3	92,2
Kuintil-2	4,5	4,5	90,9
Kuintil-3	4,9	5,7	89,4
Kuintil-4	5,1	6,2	88,7
Kuintil-5	4,1	6,8	89,1

Pemanfaatan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) antara perkotaan dan pedesaan tidak jauh berbeda. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa persentase pemanfaatan POD/WOD di perkotaan sebesar 4,7% dan di pedesaan sebesar 4,2%. Persentase tidak butuh pemanfaatan POD/WOD oleh rumah tangga juga relatif kecil, namun persentase perkotaan (6,8%) sedikit lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (4,2%). Dilihat dari segi tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita, terlihat pada kuintil-1 cukup jauh berbeda dengan kuintil-2, sementara pada kuintil lainnya tidak jauh berbeda. Kemungkinan, pada kuintil1 tidak mengetahui adanya keberadaan POD/WOD oleh karena kurang aksesnya informasi POD/WOD

Tabel 3.8.1.19
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa /Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi Jauh	Tidak Ada POD/WOD	Obat Tidak Lengkap	Lainnya
Kab Bogor	0,9	97,9	0,1	1,0
Kab Sukabumi	1,1	97,9	0	0,9
Kab Cianjur	0,4	98,8	0,1	0,7
Kab Bandung	0,9	96,0	0,6	2,5
Kab Garut	0,5	95,7	0,4	3,4
Kab Tasikmalaya	0,2	99,8	0	0
Kab Ciamis	0	99,7	0	0,3
Kab Kuningan	0,4	99,6	0	0
Kab Cirebon	0,6	90,0	1,3	8,1
Kab Majalengka	0	99,8	0,2	0
Kab Sumedang	1,1	97,9	0,2	0,8
Kab Indramayu	0,6	99,1	0	0,2
kab Subang	0	97,9	0	2,1
Kab Purwakarta	0	94,5	0,3	5,2
Kab Karawang	0,8	87,7	0,3	11,2
Kab Bekasi	01	97,6	0,1	2,2
Kota Bogor	0	98,6	0,5	0,9
Kota Sukabumi	0,0	99,3	0	0,7
Kota Bandung	0,1	97,8	0	2,1
Kota Cirebon	0,7	89,9	0,0	9,4
Kota Bekasi	0,1	98,7	0	1,2
Kota Depok	0	94,9	0	5,1
Kota Cimahi	0	99,3	0	0,7
Kota Tasikmalaya	0,4	99,6	0	0
Kota Banjar	0,0	98,7	0	1,3
JAWA BARAT	0,4	97,1	0,2	2,2

Tabel 3.8.1.19 menunjukkan persentase rumah tangga menurut alasan tidak memanfaatkan Pos Obat Desa (POD)/Warung Obat Desa (WOD) dalam 3 bulan terakhir menurut kabupaten/kota menunjukkan, alasan tidak ada POD/WOD sangat tinggi (97,1%). Alasan lain seperti karena lokasi jauh, obat tidak lengkap, dan lain-lain persentasenya relatif kecil. Dilihat per Kabupaten/Kota, maka dari alasan tidak ada POD/WOD persentase tertinggi di Kabupaten Ciamis sebesar 99,7%, persentase terendah di Kota Cirebon sebesar 89,9%. Masih belum familiarnya POD/WOD tercermin pada masih banyaknya kabupaten/kota yang mempunyai angka persentase diatas rata-rata provinsi untuk alasan tidak ada , yaitu sebanyak 18 kab/kota atau 80 di wilayah provinsi.

Tabel 3.8.1.20
Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan
Pos Obat Desa /Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Jawa barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi jauh	Tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Tipe Daerah				
Perkotaan	0,4	97,1	0,2	2,4
Perdesaan	0,5	97,2	0,2	2,1
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita				
Kuintil-1	0,5	97,1	0,1	2,2
Kuintil-2	0,5	97,0	0,2	2,2
Kuintil-3	0,6	96,8	0,3	2,3
Kuintil-4	0,3	97,3	0	2,4
Kuintil-5	0,3	97,3	0,2	2,1

Persentase alasan terbanyak pada rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD adalah tidak ada POD/WOD. Perbandingan antara perkotaan (97.1%) dan pedesaan (97.2%) tidak jauh berbeda. Keadaan ini umum terjadi di tingkat nasional, mencerminkan belum adanya kesiapan desa siaga, dimana POD/WOD diharapkan dapat diadakan terutama di pedesaan.

Bila dibandingkan antar kuintil, maka persentase antar kuintil persentasenya tidak jauh berbeda baik terhadap alasan lokasi jauh, tidak ada POD/WOD, obat tidak lengkap, dan lainnya. Persentase tidak jauh berbeda antar kuintil memperkuat bahwa pada setiap tingkatan memang tidak pernah mengunjungi POD/WOD baik di perkotaan maupun di pedesaan.

3.8.2 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.

Persentase tempat berobat Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota dapat dilihat pada tabel 3.8.2.1. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa, umumnya di Jawa Barat dari pasien yang berobat persentase yang terbesar adalah tidak rawat inap, yaitu sebesar 92,5% adalah dalam kondisi tidak rawat inap. Bila rawat inap umumnya di Rumah Sakit swasta dan Rumah Sakit pemerintah masing-masing sebesar 3,0% dan 2,9%. Tempat rawat inap lainnya persentasenya relatif kecil. Persentase ini sama bila dibandingkan dengan angka nasional, kecuali tempat berobat di RS swasta sedikit lebih besar dibanding nasional (2,7%).

Tabel 3.8.2.1
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Tempat berobat rawat inap								Tidak Rawat Inap
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RSLN	RSB	Puskes Mas	Nakes	Batra	Lain nya	
Kab Bogor	1,7	2,4	0,0	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	95,1
Kab Sukabumi	2,5	0,6	0	0	0,2	0,1	0,1	0	96,5
Kab Cianjur	2,7	0,4	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,1	95,9
Kab Bandung	3,6	2,7	0	0,1	0,1	0,2	0	0,0	93,3
Kab Garut	2,6	0,8	0,0	0,2	1,0	0,6	0,0	0,0	94,8
Kab Tasikmalaya	1,8	0,4	0,0	0,1	1,1	0,4	0,1	0	96,0
Kab Ciamis	3,6	1,1	0	0	0,4	0,3	0,0	0,0	94,5
Kab Kuningan	2,2	3,9	0	0,2	1,0	0,1	0,1	0,1	92,5
Kab Cirebon	4,4	2,2	0	0,3	,4	1,1	0,1	0,1	91,6
Kab Majalengka	4,1	0,9	0	0	3,0	0,2	0	0,0	91,8
Kab Sumedang	5,9	2,2	0,1	0,1	1,8	0,2	0,1	0,1	89,6
Kab Indramayu	2,5	2,0	0	0,1	0,5	0,4	0,1	0,1	94,3
kab Subang	2,7	1,9	0	0,2	1,8	0,6	0,1	0,2	92,5
Kab Purwakarta	4,0	1,7	0,1	0,7	0,1	0,4	0,1	0,2	92,7
Kab Karawang	2,3	3,9	0	0,4	0,5	1,5	0,1	0,3	91,0
Kab Bekasi	1,4	6,7	0,0	0,7	0,9	1,3	0	0,2	88,8
Kota Bogor	3,5	5,1	0	0,2	0	0,2	0	0,2	90,7
Kota Sukabumi	8,8	2,9	0	0,2	0,2	0,4	0,0	0,2	87,4
Kota Bandung	2,8	5,9	0,0	0,5	0,1	0,5	0	0,1	89,9
Kota Cirebon	4,0	3,7	0	0,2	0	0,0	0,2	0,5	91,4
Kota Bekasi	3,0	8,2	0,0	1,4	0,1	0,7	0,2	0,3	86,2
Kota Depok	2,4	6,0	0	1,2	0,0	0,9	0	0,1	89,3
Kota Cimahi	5,2	6,5	0	0,5	0,1	1,3	0	0,2	86,2
Kota Tasikmalaya	2,5	1,7	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0	95,2
Kota Banjar	7,2	0,7	0	0,3	0,7	0,3	0	0,0	90,7
JAWA BARAT	2,9	3,0	0,0	0,3	0,6	0,5	0,1	0,1	92,5

Bila dilihat per Kabupaten/Kota, maka dari yang rawat inap di Rumah Sakit swasta persentase tertinggi di Kota Bekasi sebesar 8,2%, dan terendah di Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Tasikmalaya masing-masing sebesar 0,4%. Untuk Rumah Sakit pemerintah, persentase tertinggi di Kota Banjar sebesar 7,2% dan terendah di Kabupaten Bekasi sebesar 1,4%.

Tabel 3.8.2.2
Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat dan Karakteristik
Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat berobat rawat inap								Tidak rawat Inap
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	
Tipe Daerah									
Perkotaan	3,3	4,4	0,0	0,5	0,4	0,5	0,1	0,1	90,6
Perdesaan	2,5	1,4	0,0	0,1	0,8	0,5	0,1	0,1	94,5
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per kapita									
Kuintil1	2,0	1,4	0,0	0,3	0,6	0,5	0,0	0,1	95,1
Kuintil2	2,6	2,2	0,0	0,3	0,6	0,5	0,1	0,1	93,7
Kuintil3	2,7	2,6	0	0,3	0,6	0,6	0,1	0,1	92,9
Kuintil4	3,1	3,4	0,0	0,4	0,5	0,6	0,1	0,2	91,8
Kuintil5	4,1	5,5	0,0	0,3	0,4	0,5	0,1	0,1	88,9
Jawa Barat	2,9	3,0	0,0	0,3	0,6	0,5	0,1	0,1	92,5

Tabel 3.8.2.2. menunjukkan bahwa berdasarkan tempat tinggal menurut klasifikasi desa, yaitu perkotaan atau perdesaan nampak bahwa penduduk yang tidak dirawat inap lebih banyak di pedesaan. Sedangkan penduduk yang dirawat inap di RS pemerintah, RS swasta, RS bersalin lebih banyak di Kota. Akan tetapi, untuk yang di rawat inap di Puskesmas lebih banyak di pedesaan.

Dalam tabel tersebut terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran (kuintil), persentase pasien yang berobat ke Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta juga semakin tinggi. Sebaliknya pada tempat rawat inap puskesmas, semakin tinggi kuintil, maka semakin sedikit yang dirawat di puskesmas. Begitu juga dengan penduduk yang tidak di rawat inap, semakin rendah pengeluaran, maka semakin besar persentase yang tidak di rawat inap. Untuk tempat rawat inap lainnya persentase berobat rawat inap antar kuintil hampir sama.

Persentase sumber pembiayaan Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Jawa Barat oleh Askes/Jamsostek, Askeskin/SKTM, dan dana sehat lebih kecil dibandingkan angka nasional. Sedangkan untuk rawat inap dengan biaya sendiri (73,3%), persentasenya lebih besar dibanding nasional (71,0%). Bila dilihat per-Kabupaten/Kota, maka dari yang sumber biaya sendiri/keluarga persentase tertinggi di Kabupaten Subang sebesar 86,6% dan terendah di Kota Cirebon sebesar 55,0%. Untuk sumber dari Askes/Jamsostek persentase tertinggi di Kabupaten Bekasi sebesar 26,8% dan terendah di Kabupaten Garut sebesar 4,0%. Untuk sumber dana dari Askeskin/SKTM tertinggi di Kabupaten Cirebon sebesar 23,5% dan terendah di Kota Bekasi sebesar 3,3%. Untuk sumber dana dari dana sehat persentase tertinggi di Kabupaten Cianjur sebesar 6,0% dan terendah di Kabupaten Ciamis dan Sukabumi karena tidak ada yang menggunakan dana sehat.

Tabel 3.8.2.3
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan
dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- lain
Kab Bogor	67.9	18.6	8.1	0.9	11.8
Kab Sukabumi	66.7	10.8	23.4	3.6	7.3
Kab Cianjur	72.9	6.0	18.0	6.0	7.0
Kab Bandung	77.7	11.7	7.4	3.5	12.8
Kab Garut	79.3	4.0	13.3	4.0	2.0
Kab Tasikmalaya	80.7	5.9	17.6	1.7	2.5
Kab Ciamis	78.6	12.5	11.8		2.8
Kab Kuningan	81.7	15.1	8.6	2.6	2.6
Kab Cirebon	67.4	7.2	23.5	1.9	3.4
Kab Majalengka	84.6	9.2	14.3	1.7	3.6
Kab Sumedang	81.7	13.3	8.3	2.3	6.4
Kab Indramayu	77.1	7.1	12.9	1.4	4.3
kab Subang	86.6	6.7	12.8	0.6	6.7
Kab Purwakarta	64.0	16.4	9.0	0.5	16.4
Kab Karawang	78.5	12.7	6.2	1.5	7.1
Kab Bekasi	64.8	26.8	5.2	0.3	12.1
Kota Bogor	74.5	19.1	10.3	1.0	15.7
Kota Sukabumi	74.4	20.5	10.5		11.9
Kota Bandung	80.6	14.9	6.3	0.9	9.9
Kota Cirebon	55.0	18.3	20.8	4.6	12.0
Kota Bekasi	66.8	19.0	3.3	0.8	21.5
Kota Depok	68.5	21.7	5.9	1.5	19.7
Kota Cimahi	72.4	21.8	8.5	0.3	11.1
Kota Tasikmalaya	63.9	20.5	17.2	2.5	8.2
Kota Banjar	68.5	15.8	20.3	2.7	4.5
JAWA BARAT	73.3	15.2	10.9	1.6	9.8

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 3.8.2.4
Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	71,1	18,7	8,5	1,8	13,3
Pedesaan	78,4	8,5	13,4	1,7	8,9
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per kapita					
Kuintil 1	71.1	4.5	23.4	2.5	11.0
Kuintil 2	70.4	8.8	17.9	2.4	10.1
Kuintil 3	75.6	11.9	11.0	2.1	9.0
Kuintil4	76.3	16.2	7.2	1.2	9.1
Kuintil5	72.1	24.9	4.0	0.8	10.2

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

Tabel 3.8.2.4 memperlihatkan bahwa menurut tipe daerah, persentase sumber pembiayaan berobot dari uang sendiri/keluarga, dan Askeskin/SKTM di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Sebaliknya persentase sumber dari Askes/Jamsostek, Dana Sehat, dan lainnya di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan. Dalam tabel tersebut terlihat persentase biaya rawat inap dengan biaya sendiri paling banyak pada kuintil 3 dan 4. Untuk Askes/Jamsostek, semakin tinggi kuintil (semakin kaya) persentase sumber pembiayaan dari Askes/Jamsostek juga semakin tinggi. Sebaliknya untuk Askeskin/SKTM dan Dana Sehat, semakin tinggi kuintil semakin rendah persentase sumber pembiayaan dari Askeskin/SKTM dan Dana Sehat.

Tabel 3.8.2.5
Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu Tahun terakhir Menurut
Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Tempat berobat rawat jalan									Tidak rawat jalan
	RS Pemerintah	RS Swasta	RS LN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Di rumah	
Kab Bogor	0.8	1.0	0.2	11.7	3.6	11.2	0.4	0.4	0.2	70.5
Kab Sukabumi	1.2	0.5		11.6	3.5	23.3	0.5	0.3	0.3	58.8
Kab Cianjur	1.1	0.1	0.0	10.6	3.2	19.1	0.2	0.2	0.2	65.3
Kab Bandung	1.6	1.6	0.1	7.9	1.5	10.9	0.2	0.7	0.1	75.3
Kab Garut		0.1	0.0	5.3	2.3	6.7	0.0	0.0	0.0	85.4
Kab Tasikmalaya	0.4	0.2	0.0	16.2	5.4	26.1	0.2	0.3	1.0	50.2
Kab Ciamis	1.8	0.4	0.1	7.1	2.6	12.5	0.2		0.6	75.0
Kab Kuningan	1.0	0.4	0.1	10.5	.7	15.7	0.0	0.0	0.1	71.3
Kab Cirebon	1.4	0.6		20.2	1.3	14.3	0.3	1.8	0.1	60.0
Kab Majalengka	1.6	0.7	0.0	12.7	3.3	14.3	0.1		0.1	67.1
Kab Sumedang	2.7	1.4	0.0	22.1	3.7	15.3	0.1	1.0	0.1	53.5
Kab Indramayu	0.6	0.7	.0	17.8	.5	21.8	0.2	0.1	0.4	57.9
Kab Subang	0.8	0.4	0.0	7.7	2.6	15.2	0.2	0.5	0.1	72.4
Kab Purwakarta	1.4	0.9	0.5	9.4	5.0	16.5	0.5	0.1	0.3	65.4
Kab Karawang	1.2	1.6	0.4	14.0	8.5	12.8	0.3	0.4	0.2	60.5
Kab Bekasi	0.9	4.0	0.5	5.4	6.1	16.6	0.3	1.0	0.4	64.8
Kota Bogor	1.7	3.3		11.0	2.8	8.7	0.4	0.8	0.1	71.4
Kota Sukabumi	2.9	0.8	0.2	31.5	.5	16.9	0.3	0.3	0.8	45.8
Kota Bandung	2.1	2.4	0.1	5.3	2.0	6.6	0.3	0.4	0.1	80.8
Kota Cirebon	2.3	2.0	0.1	30.1	3.8	6.9	0.3	0.5	0.1	53.9
Kota Bekasi	1.9	5.3	0.2	4.2	4.6	3.2	0.3	1.0	0.2	79.1
Kota Depok	1.2	3.6	0.4	7.6	4.4	6.9	0.2	0.4		75.3
Kota Cimahi	3.1	3.7	0.1	8.1	2.7	10.3	0.2	0.4	0.1	71.4
Kota Tasikmalaya	0.9	0.3	0.0	8.7	.1	16.2	0.3	0.2	0.3	73.0
Kota Banjar	2.8	0.3	0.1	9.1	.6	13.6	0.0	0.2	0.2	73.1
JAWA BARAT	1.4	1.4	0.1	11.6	3.1	13.8	0.3	0.5	0.3	67.6

Dalam tabel 3.8.2.5. tempat berobat Rawat Jalan menurut Kabupaten/Kota di Jawa Barat terlihat bahwa 67,6% pasien yang berobat adalah dalam kondisi tidak rawat jalan. Persentasenya lebih kecil bila dibandingkan angka nasional (65,6%). Bila rawat jalan, paling banyak ke Tenaga Kesehatan (Nakes) sebesar 13,8% kemudian Rumah Sakit Bersalin sebesar 11,4%, Rumah Sakit Swasta persentase sebesar 1,4%, dan Rumah Sakit Pemerintah sebesar 1,4%. Bila dilihat per Kabupaten/Kota, maka dari yang berobat jalan ke Nakes persentase tertinggi di Kabupaten Sukabumi sebesar 36,1% dan terendah di Kota Bekasi sebesar 4,9%. Untuk yang berobat ke Rumah Sakit Bersalin, persentase tertinggi di Kota Sukabumi sebesar 30,9% dan terendah di Kota Bekasi sebesar 4,1%. Untuk Rumah Sakit Swasta, persentase tertinggi di Kota Bekasi sebesar

14,2% dan terendah di Kota Tasikmalaya dan Kota Banjar masing-masing 0,0%. Untuk Rumah Sakit Pemerintah, persentase tertinggi di Kabupaten Sumedang sebesar 10,6 dan terendah di Kabupaten Garut .

Tabel 3.8.2.6
Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Jawa Barat, 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	5,9	9,6	0,7	10,0	4,1	12,4	0,9	0,7	0,2	55,4
Pedesaan	5,4	2,8	0,2	14,0	6,1	25,5	0,7	1,0	0,3	44,1
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita										
Kuintil 1	6,6	2,2	0,6	20,6	3,6	12,7	0,5	0,6	0	52,5
Kuintil 2	5,7	5,4	0,4	14,3	5,2	14,5	1,0	0,8	0	52,8
Kuintil 3	3,8	7,9	0,7	12,6	5,0	15,3	1,7	0,6	0,7	51,5
Kuintil 4	5,8	7,0	0,6	10,2	5,3	17,5	0,6	0,7	0,1	52,2
Kuintil 5	6,6	10,4	0,4	5,7	4,6	20,5	0,6	1,0	0,1	50,1

Menurut tipe daerah persentase berobat rawat jalan menurut tempat tinggal terlihat bahwa persentase berobat jalan ke Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit Swasta, Rumah Sakit Bersalin, berobat radisional (Batra) lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di pedesaan. Sebaliknya persentase berobat jalan ke Puskesmas, tenaga kesehatan (Nakes) lebih tinggi di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Untuk persentase tidak rawat jalan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di pedesaan.

Dalam tabel tersebut terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran, persentase berobat rawat jalan ke tenaga kesehatan (Nakes) dan ke Rumah Sakit Swasta cenderung semakin tinggi. Sebaliknya semakin tinggi kuintil persentase yang berobat jalan ke Rumah Sakit Bersalin semakin rendah. Untuk Rumah Sakit Pemerintah, persentase terendah pada kuintil 3. Kemudian, semakin ke kuintil lebih rendah atau ke kuintil lebih tinggi persentase berobat jalan ke Rumah Sakit Pemerintah semakin tinggi.

Tabel 3.8.2.7
Persentase Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Sumber Biaya dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
Kab Bogor	82.4	5.0	4.0	0.4	10.0
Kab Sukabumi	91.2	2.6	5.6	0.7	1.9
Kab Cianjur	90.6	1.8	6.0	1.1	1.2
Kab Bandung	87.4	3.9	5.5	1.5	4.4
Kab Garut	92.7	1.0	5.9	0.0	2.0
Kab Tasikmalaya	93.0	2.4	3.5	0.7	1.2
Kab Ciamis	85.5	4.9	9.8	0.3	2.3
Kab Kuningan	91.4	2.8	4.7	0.2	1.9
Kab Cirebon	91.1	2.0	4.9	0.2	2.6
Kab Majalengka	93.9	2.4	3.3	0.0	1.4
Kab Sumedang	51.8	40.8	1.5	7.3	.9
Kab Indramayu	57.1	41.1	1.3	0.2	1.2
kab Subang	92.8	2.2	2.6	0.2	3.8
Kab Purwakarta	79.6	7.0	5.8	0.7	7.9
Kab Karawang	65.2	13.4	11.6	1.1	11.4
Kab Bekasi	76.4	13.2	0.3	0.2	11.7
Kota Bogor	82.4	8.5	6.4	0.2	6.7
Kota Sukabumi	81.1	7.9	6.2	0.0	6.5
Kota Bandung	83.1	9.4	3.4	1.3	5.9
Kota Cirebon	67.0	8.2	16.7	4.6	5.0
Kota Bekasi	76.2	13.3	1.0	0.3	12.1
Kota Depok	87.7	7.3	2.9	0.4	6.0
Kota Cimahi	72.5	13.2	6.9	2.0	7.5
Kota Tasikmalaya	82.7	4.8	8.3	1.5	3.6
Kota Banjar	60.4	27.8	10.7	1.7	1.2
JAWA BARAT	80.5	9.9	5.4	1.1	4.8

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

Dalam tabel 3.8.2.7. terlihat bahwa di Jawa Barat bila berobat jalan sebagian besar sumber pembiayaan masih dari uang sendiri/keluarga, yaitu sebesar 80,5%, kemudian dari Askes/Jamsostek sebesar 9,9% , Askeskin/SKTM sebesar 5,4%, dana sehat sebesar 1,1%, dan lainnya sebesar 4,8%. Bila dilihat per-Kabupaten/Kota, maka dari yang sumber biaya sendiri/keluarga persentase tertinggi di Kabupaten Subang sebesar 92,8% dan terendah di Kabupaten Sumedang sebesar 51,8%. Untuk sumber dari Askes/Jamsostek persentase tertinggi di Kabupaten Indramayu sebesar 41,1% dan terendah di Kabupaten Garut sebesar 1,0%. Untuk sumber dana dari Askeskin/SKTM tertinggi di Kota Cirebon sebesar 16,7% dan terendah di Kabupaten Bekasi.

Tabel 3.8.2.8
Persentase Responden Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber Pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Tipe Daerah					
Perkotaan	78.1	11.1	5.7	1.0	6.2
Perdesaan	83.2	8.7	5.1	1.0	6.2
Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita					
Kuintil 1	77.4	8.1	9.9	2.0	4.5
Kuintil 2	81.0	8.1	6.9	1.3	4.1
Kuintil 3	82.1	9.4	4.8	1.1	4.2
Kuintil 4	82.4	10.9	3.0	.4	5.1
Kuintil 5	80.2	14.0	1.2	.5	6.5

Tabel 3.8.2.8 menunjukkan persentase sumber pembiayaan rawat jalan menurut tempat tinggal. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa, persentase pembiayaan berobat jalan yang berasal dari Askes/Jamsostek, lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di pedesaan. Sebaliknya, persentase sumber pembiayaan berobat jalan yang berasal dari sendiri/keluarga, lebih tinggi di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Untuk Askeskin hampir tidak terjadi perbedaan antara daerah perkotaan dan pedesaan, sementara dana sehat dan lain-lain juga demikian antara perkotaan dan pedesaan sama. Berdasarkan persentase sumber pembiayaan rawat jalan menurut tingkat pengeluaran menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran maka persentase sumber biaya berobat jalan dari Askes/Jamsostek juga semakin 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:

- a. Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
- b. Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
- c. Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita
- d. Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
- e. Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien
- f. Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
- g. Keberhasilan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
- h. 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 3.155 memperlihatkan persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota umumnya baik.

Bila dilihat per Kabupaten/Kota, maka untuk waktu tunggu persentase tertinggi di Kota Cirebon (89,4%) dan terendah di Kabupaten Garut (61,8%). Untuk keramahan persentase tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 94,1% dan terendah di Kabupaten Tasikmalaya sebesar 67,2%. Untuk kejelasan informasi tertinggi di Kota Depok (91,3%) dan terendah di Kabupaten Garut (64,1%). Untuk ikut ambil keputusan, persentase tertinggi di Kota Depok sebesar 92,0% dan terendah di Kabupaten Garut sebesar 61,5%. Untuk kerahasiaan, persentase tertinggi di Kabupaten Subang yaitu 93,5% dan terendah di Kabupaten Garut yaitu 59,1%. Untuk kebebasan pilih fasilitas, tertinggi di Kabupaten Subang sebesar 95,1% dan terendah di Kabupaten Garut sebesar 59,6%. Untuk kebersihan ruangan, persentase tertinggi di Kabupaten Subang (94,0%) dan terendah di Kabupaten Garut (61,1%). Untuk mudah dikunjungi, tertinggi di Kota Depok sebesar 97,1% dan terendah di Kabupaten Garut sebesar 61,1%.

Tabel 3.8.3.1
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan
dan Kabupaten/Kota Di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudah dikunjungi
Kab Bogor	83,7	87,2	83,3	83,7	86,4	83,7	90,1	90,4
Kab Sukabumi	88,5	87,0	86,2	85,4	87,0	84,7	81,7	85,5
Kab Cianjur	73,5	79,7	72,5	75,8	82,2	71,9	68,6	75,2
Kab Bandung	79,4	84,4	79,1	80,4	78,5	80,3	82,9	87,0
Kab Garut	61,8	72,1	64,1	61,5	59,1	59,6	61,1	61,1
Kab Tasikmalaya	69,0	67,2	69,0	70,4	79,3	79,1	73,9	80,0
Kab Ciamis	84,6	91,2	89,2	87,2	91,2	87,2	87,2	91,8
Kab Kuningan	87,5	94,1	90,5	91,2	91,2	91,2	92,0	90,5
Kab Cirebon	73,3	80,1	74,9	71,0	73,0	71,6	79,5	82,4
Kab Majalengka	82,5	80,1	82,5	83,0	80,7	86,0	80,7	87,2
Kab Sumedang	71,1	75,9	73,4	73,4	73,3	71,8	69,9	75,4
Kab Indramayu	78,9	85,9	79,7	76,6	81,9	79,9	81,3	86,5
kab Subang	93,4	94,0	90,2	91,3	93,5	95,1	94,0	96,2
Kab Purwakarta	73,0	79,8	77,8	72,7	75,8	71,7	74,0	78,8
Kab Karawang	83,3	84,2	83,3	84,2	84,2	83,7	81,6	84,8
Kab Bekasi	82,2	85,0	84,2	84,0	83,8	84,4	82,3	81,8
Kota Bogor	81,4	84,7	80,8	83,5	87,3	84,1	81,6	86,0
Kota Sukabumi	73,1	76,1	80,3	80,6	80,6	78,8	78,8	86,4
Kota Bandung	77,1	79,8	82,2	81,5	80,5	80,2	81,7	81,4
Kota Cirebon	89,4	87,5	89,4	87,5	87,2	87,5	79,2	91,7
Kota Bekasi	84,4	83,6	86,8	87,7	88,3	87,5	85,0	88,8
Kota Depok	84,8	92,4	91,3	92,0	93,1	87,3	88,3	97,1
Kota Cimahi	81,9	84,0	86,7	83,2	85,4	84,7	84,0	88,8
Kota Tasikmalaya	75,5	75,0	75,0	66,7	75,0	72,9	70,8	79,2
Kota Banjar	84,0	92,0	84,0	80,8	84,6	84,0	88,5	92,0
JAWA BARAT	80,1	83,6	81,9	81,6	82,7	81,6	81,7	85,0

Dalam tabel 3.8.3.2. untuk Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap terlihat bahwa, persentase ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap untuk waktu tunggu, keramahan, dan kebersihan lebih tinggi di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Sebaliknya persentase untuk kejelasan informasi, ikut ambil keputusan, kerahasiaan, kebebasan pilih fasilitas, dan kebersihan rangan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di pedesaan. Sedangkan persentase untuk mudah dikunjungi antara perkotaan dan pedesaan hampir sama. Selain itu, persentase rumah tangga pada ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap menurut kuintil. Dalam tabel tersebut terlihat relatif tidak jauh berbeda antar kuintil terhadap nilai persentase bermacam ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap, seperti waktu tunggu (antara 73,0-83,1%), keramahan (antara 79,9-85,4%), kejelasan informasi (antara 78,4-82,4%), ikut ambil keputusan (76,6-84,7%), kerahasiaan (78,0-85,3%), kebebasan pilih fasilitas (76,2-85,8%), kebersihan ruangan (77,3-83,4%), dan mudah dikunjungi (81,7-86,4%).

Tabel 3.8.3.2
Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Sarana	Kebersihan Ruangan	Kemudahan Dikunjungi
Tipe Daerah								
Perkotaan	79,2	83,0	82,5	82,3	82,9	81,7	81,4	85,0
Pedesaan	81,9	84,6	80,6	80,3	82,4	81,3	82,1	85,1
Tingkat pengeluaran Rumah Tangga Per kapita								
Kuintil-1	80,1	83,1	80,6	79,9	82,2	80,1	81,1	85,4
Kuintil-2	73,0	79,9	78,4	76,6	78,0	76,2	77,3	81,7
Kuintil-3	82,2	84,1	82,4	81,2	83,1	80,3	83,1	85,6
Kuintil-4	80,0	83,7	81,4	82,5	83,1	81,8	81,7	85,0
Kuintil-5	83,1	85,4	84,4	84,7	85,3	85,8	83,4	86,4

Tabel 3.8.3.3
Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Kab Bogor	81.4	87.6	84.8	85.3	86.7	85.2	81.4
Kab Sukabumi	89.5	95.9	92.5	90.4	89.8	87.3	89.5
Kab Cianjur	82.8	86.6	78.4	79.4	82.9	80.7	82.8
Kab Bandung	66.3	84.0	72.4	67.5	69.6	69.1	66.3
Kab Garut	75.3	84.1	75.7	73.5	72.3	75.5	75.3
Kab Tasikmalaya	89.7	88.0	88.5	89.4	90.5	90.8	89.7
Kab Ciamis	88.4	96.6	94.8	92.6	95.8	92.6	88.4
Kab Kuningan	90.5	98.4	96.7	96.1	96.0	96.5	90.5
Kab Cirebon	73.1	91.1	79.1	73.7	77.3	74.7	73.1
Kab Majalengka	80.0	84.4	81.6	81.5	82.4	84.3	80.0
Kab Sumedang	69.9	81.2	72.3	71.2	71.8	70.8	69.9
Kab Indramayu	79.7	95.1	85.0	84.2	88.9	88.5	79.7
kab Subang	95.0	97.5	92.0	91.3	93.5	95.5	95.0
Kab Purwakarta	83.1	92.5	86.1	81.5	86.6	86.1	83.1
Kab Karawang	76.3	77.8	74.5	74.2	75.4	72.9	76.3
Kab Bekasi	81.5	86.8	86.2	85.4	85.6	84.7	81.5
Kota Bogor	76.4	86.9	81.1	81.9	84.2	81.9	76.4
Kota Sukabumi	70.4	86.9	81.8	80.9	87.4	84.1	70.4
Kota Bandung	80.7	87.6	85.7	86.5	86.7	85.7	80.7
Kota Cirebon	88.1	90.4	90.5	89.7	88.7	89.5	88.1
Kota Bekasi	83.3	86.1	86.1	86.4	86.8	85.2	83.3
Kota Depok	73.1	88.5	89.1	83.3	89.6	81.4	73.1
Kota Cimahi	82.8	87.2	84.7	83.8	86.2	85.6	82.8
Kota Tasikmalaya	84.5	87.4	74.6	68.0	70.9	72.7	84.5
Kota Banjar	89.2	94.3	89.2	88.0	89.6	89.5	89.2
JAWA BARAT	80.9	88.6	83.5	82.1	84.0	83.0	80.9

Tabel 3.8.3.3. Bila dilihat per Kabupaten/Kota, maka untuk waktu tunggu persentase tertinggi di Kabupaten Subang sebesar 95,0% dan terendah di Kabupaten Bandung sebesar 66,3%. Untuk keramahan persentase tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 98,4 dan terendah di Kabupaten Karawang sebesar 77,8%. Untuk kejelasan informasi persentase tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 96,7% dan terendah di Kabupaten Bandung sebesar 72,4%. Untuk ikut ambil keputusan, persentase tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 96,1% dan terendah di Kabupaten Sumedang sebesar 71,2%. Untuk kerahasiaan, persentase tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 96,0% dan terendah di Kabupaten Bandung sebesar 69,6%. Untuk kebebasan pilih fasilitas, persentase tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 96,5% dan terendah di Kabupaten Bandung sebesar 69,1%. Untuk kebersihan ruangan, persentase tertinggi di Kabupaten Subang sebesar 95,0% dan terendah di Kabupaten Bandung sebesar 66,3%.

Tabel 3.8.3.4 memberikan gambaran persentase penduduk yang melakukan rawat jalan menurut tempat tinggal menunjukkan bahwa persentase semua jenis ketanggapan pelayanan kesehatan lebih tinggi di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Selain itu, tabel tersebut juga menunjukkan persentase rumah tangga pada ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan menurut kuintil. Dalam tabel tersebut terlihat relatif tidak jauh berbeda antar kuintil terhadap nilai persentase bermacam tanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan, seperti waktu tunggu (antara 79,3-82,5%), keramahan (antara 87,1-89,8%), kejelasan informasi (antara 82,2-85,5%), ikut ambil keputusan (81,7-84,6%), kerahasiaan (83,1-87,2%), kebebasan pilih fasilitas (81,4-85,7%), dan kebersihan ruangan (84,8-86,8%).

Tabel 3.8.3.4.
Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu Tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Sarana	Kebersihan Ruang
Tipe Daerah							
Perkotaan	82.0	90.1	87.3	85.8	87.6	87.3	86.2
Pedesaan	82.7	89.6	85.7	84.0	86.2	85.2	86.0
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita							
Kuintil-1	81.2	88.9	83.9	81.7	84.0	82.7	85.8
Kuintil-2	79.3	87.1	82.2	80.9	83.1	81.4	84.8
Kuintil-3	81.6	89.1	83.5	82.2	84.1	83.7	86.1
Kuintil-4	81.8	89.8	84.8	83.3	84.6	84.0	86.4
Kuintil-5	82.5	89.5	85.5	84.6	87.2	85.7	86.8

3.9. Kesehatan Lingkungan

Data kesehatan lingkungan diambil dari dua sumber data, yaitu Riskesdas 2007 dan Kor Susenas 2007. Dengan demikian dalam penyajian beberapa tabel 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'.

Tabel 3.9.1.1.

Sebaran Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-20	20-50	50-100	≥100
Kab Bogor	5.4	64.6	10.8	4.4	14.8
Kab Sukabumi	4.0	59.6	22.6	8.7	5.1
Kab Cianjur	6.5	63.4	26.7	2.4	0.9
Kab Bandung	0.9	4.9	15.3	23.2	55.7
Kab Garut	4.2	24.7	52.3	13.7	5.0
Kab Tasikmalaya	0.0	6.9	66.3	11.5	15.3
Kab Ciamis	2.1	29.7	42.7	14.7	10.7
Kab Kuningan	0.2	0.6	5.7	20.9	72.7
Kab Cirebon	0.6	3.1	17.5	26.0	52.8
Kab Majalengka	2.5	55.2	26.1	14.8	1.4
Kab Sumedang	0.2	3.0	12.4	40.6	43.8
Kab Indramayu	0.2	3.4	16.4	31.7	48.3
Kab Subang	0.0	1.9	5.6	14.7	77.8
Kab Purwakarta	0.3	4.3	20.4	37.7	37.4
Kab Karawang	0.2	11.4	24.1	34.1	30.3
Kab Bekasi	1.7	19.8	21.7	36.0	20.9
Kota Bogor	2.4	27.6	26.9	9.4	33.7
Kota Sukabumi	0.7	7.3	17.3	22.0	52.7
Kota Bandung	0.1	4.0	14.4	36.5	45.0
Kota Cirebon	1.3	28.1	15.0	22.9	32.7
Kota Bekasi	0.1	4.2	21.0	41.9	32.8
Kota Depok	8.4	64.5	25.7	1.3	0.1
Kota Cimahi	0.0	1.3	4.5	31.3	62.9
Kota Tasikmalaya	0.0	2.8	21.5	38.2	37.5
Kota Banjar	0.0	0.0	3.5	36.5	60.0
JAWA BARAT	2.1	24.2	23.0	21.0	29.8

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 dikategorikan sebagai mempunyai risiko tinggi.

Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa rerata jumlah pemakaian air untuk seluruh kebutuhan rumah tangga dalam sehari semalam.

Sebagian besar rumah tangga di Jawa Barat mempunyai akses terhadap air bersih cukup baik, 29,3 rumah tangga menggunakan air bersih diatas 100 liter orang/hari, Kabupaten Subang merupakan kabupaten/kota dengan Persentase konsumsi air bersih >100 liter per-orang/hari yang paling tinggi (77,8%). Namun masih ada keluarga di Jawa Barat yang mengkonsumsi air bersih < 5 liter per-orang/hari yaitu: Kota Depok 8,4% dan Kabupaten Ciamis 2,1%.

PDAM memprediksi kebutuhan jumlah air bersih perorang perhari 30 liter, bila dilihat dari prediksi kebutuhan air bersih perorang perhari menurut PDAM tersebut masih ada 26,3% dari rumah tangga di Jawa Barat pemakaian air bersih dibawah prediksi PDAM. Kabupaten Bogor, Kabupaten Sukabumi, Kabupaten Cianjur, Kabupaten Majalengka dan Kota Depok merupakan kabupaten/kota di Jawa Barat dengan Persentase rumah tangga tertinggi yang pemakaian air bersihnya dibawah 30 liter.

Tabel 3.9.1.2.
Sebaran Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Responden, di Provinsi Jawa Barat Riskeddas 2007

Karakteristik	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19.9	20-49.9	50-99.9	≥100
Tempat Tinggal					
Perkotaan	1.7	21.8	19.2	23.7	33.6
Perdesaan	2.5	26.6	26.8	18.2	25.8
Tingkat Pengeluaran perkapita					
Kuintil 1	3.5	27.7	23.3	19.6	25.9
Kuintil 2	2.8	25.9	22.7	21.9	26.6
Kuintil 3	1.7	24.0	22.9	22.3	29.1
Kuintil 4	1.5	23.5	22.5	21.2	31.4
Kuintil 5	1.1	19.8	23.4	19.9	35.7

Berdasarkan tempat tinggal pemakaian air bersih perorang perhari di Provinsi Jawa Barat kawasan perkotaan relatif lebih baik dibandingkan dengan kawasan pedesaan. Pemakaian ≥ 100 liter di perkotaan sebesar 33,6% dan pedesaan 25,8%. Hal ini berbanding lurus dengan tingkat pengeluaran per kapita masyarakat Jawa Barat. Tabel 3.160 memberikan gambaran bahwa semakin besar tingkat pengeluaran per kapita semakin besar pula rata-rata pemakaian air bersih per orang per hari. Jumlah pemakain air ≥100 mungkin banyak dikonsumsi pada sebagian masyarakat di perkotaan.

Tabel 3.9.1.3
Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat,
Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (Menit)		Jarak (kilometer)		Mudah sepanjang Jang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	≤30	>30	≤1	>1			
Kab Bogor	97.2	2.8	97.0	3.0	70.2	29.7	0.1
Kab Sukabumi	99.5	0.5	96.3	3.7	61.9	37.8	0.4
Kab Cianjur	99.3	0.7	98.4	1.6	66.4	33.1	0.6
Kab Bandung	99.3	0.7	98.2	1.8	64.6	35.1	0.3
Kab Garut	98.4	1.6	91.2	8.8	51.5	47.5	1.0
Kab Tasikmalaya	99.2	0.8	97.6	2.4	54.0	45.8	0.2
Kab Ciamis	98.3	1.7	96.4	3.6	78.9	21.1	0.0
Kab Kuningan	98.9	1.1	98.5	1.5	86.4	13.6	0.0
Kab Cirebon	96.9	3.1	94.0	6.0	66.9	33.1	0.0
Kab Majalengka	99.8	0.2	85.8	14.2	75.7	23.5	0.8
Kab Sumedang	99.5	0.5	99.0	1.0	65.2	34.6	0.2
Kab Indramayu	99.8	0.2	99.2	0.8	69.9	29.7	0.4
Kab Subang	100.0	0.0	97.2	2.8	83.2	16.5	0.3
Kab Purwakarta	96.4	3.6	95.9	4.1	72.9	25.1	2.0
Kab Karawang	98.4	1.6	96.4	3.6	86.5	13.2	0.3
Kab Bekasi	96.9	3.1	94.0	6.0	69.2	30.0	0.8
Kota Bogor	99.8	0.2	99.6	0.4	92.1	7.4	0.4
Kota Sukabumi	98.7	1.3	98.0	2.0	70.7	27.9	1.4
Kota Bandung	99.9	0.1	99.1	0.9	67.9	31.7	0.4
Kota Cirebon	99.3	0.7	99.3	0.7	80.7	6.0	13.3
Kota Bekasi	98.2	1.8	97.5	2.5	79.9	19.7	0.4
Kota Depok	98.9	1.1	98.3	1.7	80.7	19.2	0.1
Kota Cimahi	99.7	0.3	99.4	0.6	58.7	40.0	1.3
Kota Tasikmalaya	98.6	1.4	95.8	4.2	66.7	33.3	0.0
Kota Banjar	98.8	1.2	98.8	1.2	82.4	17.6	0.0
JAWA BARAT	98.7	1.3	96.6	3.4	70.5	29.0	0.5

Tabel 3.9.1.3 menunjukkan Sebaran rumah tangga berdasarkan waktu, jarak, ketersediaan air bersih, dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat. Sebagian besar masyarakat di daerah Jawa Barat dalam mendapatkan air bersih dan lama tempuh ≤ 30 menit (98,7%), dan umumnya ketersediaan air mudah sepanjang tahun (70,5%). Bila dilihat per-Kabupaten/Kota tidak menunjukkan perbedaan yang berarti.

Berdasarkan lama waktu dan jarak serta ketersediaan air, akses penduduk Jawa Barat dalam pemenuhan kebutuhan air bersih rata-rata sudah baik (jarak ≤ 1 Km 70,5%). Namun yang harus dicermati adalah terdapat beberapa penduduk yang mengalami kesulitan akses terhadap ketersediaan air, diantaranya adalah Kabupaten Cirebon, Garut dan Tasikmalaya serta Kota Cimahi. Sedangkan untuk indikator jarak, penduduk Kabupaten Majalengka mengalami jarak terjauh dalam menjangkau sumber air. Tingkat kesulitan masyarakat dalam mengakses air besar kemungkinan terjadi di kawasan pegunungan maupun kawasan pantai. Mengingat kondisi geografis Jawa Barat rata-rata memiliki kawasan pantai dan pegunungan. Hal ini terjadi seiring dengan adanya degradasi lingkungan di kedua kawasan tersebut. Beberapa kota maupun kabupaten di Jawa Barat yang termasuk baik dalam kemudahan mengakses air bersih adalah Kabupaten Kuningan, Subang dan Karawang serta Kota Bogor, Depok dan Banjar.

Tabel 3.9.1.4
Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air,
Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	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			
Tempat Tinggal							
Perkotaan	98.7	1.3	97.4	2.6	75.4	24.1	0.5
Pedesaan	98.6	1.4	95.7	4.3	65.6	33.9	0.5
Pendapatan Keluarga Perkapita							
Kuintil 1	98.6	1.4	95.0	5.0	63.8	35.6	0.5
Kuintil 2	98.8	1.2	96.5	3.5	67.9	31.7	0.4
Kuintil 3	98.4	1.6	96.3	3.7	68.8	30.5	0.6
Kuintil 4	98.7	1.3	97.2	2.8	73.7	25.8	0.5
Kuintil 5	98.9	1.1	97.9	2.1	78.5	21.1	0.4

Angka sebaran rumah tangga berdasarkan waktu, jarak, ketersediaan air bersih, dan klasifikasi daerah, di Provinsi Jawa Barat terdapat pada tabel 3.9.1.4. Wilayah antara perkotaan dan pedesaan tidak jauh berbeda umumnya jarak untuk menjangkau sumber air ≤ 1 km dengan waktu tempuh ≤ 30 menit, dengan ketersediaan air mudah sepanjang tahun. Sebaran di perkotaan sedikit lebih tinggi dibandingkan di pedesaan, dan sebaran sulit pada musim kemarau di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Data menunjukkan sebaran lama waktu dan jarak dilihat antar kuintil tidak jauh berbeda. Umumnya waktu tempuh ≤ 30 menit (berkisar antara 98,6%-98,9%), dan jarak tempuh ≤ 1 km (berkisar antara 95,0%-97,9%).

Tidak terdapat perbedaan gender yang nyata, di Provinsi Jawa Barat dalam hal peran pengambilan air bersih dalam rumah tangga (laki-laki 48,3% dan perempuan 48,0%). Kabupaten Cianjur merupakan wilayah yang terbanyak mempunyai perempuan yang berperan dalam pengambilan air.

Rata-rata rumah tangga di Jawa Barat relatif kecil dalam pelibatan anak-anak (< 12 tahun) untuk pemenuhan kebutuhan air bersih sampai ke dalam rumah. Wilayah yang tertinggi sebaran peran anak-anak adalah Kota Sukabumi dan Kabupaten Bogor untuk anak perempuan, sedangkan laki-laki terjadi di Kabupaten Cianjur dan Kota Bandung.

Tabel 3.9.1.5
Sebaran Rumah Tangga menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam
Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat,
Riskedas 2007

Kab/Kota	Orang Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga			
	Perempuan		Laki-Laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak(<12 Th)
Kab Bogor	41.6	1.3	54.6	2.5
Kab Sukabumi	56.6	1.0	39.9	2.6
Kab Cianjur	54.8	0.3	40.5	4.4
Kab Bandung	45.6	1.6	50.5	2.3
Kab Garut	46.3	0.7	50.2	2.8
Kab Tasikmalaya	65.7	0.3	31.5	2.6
Kab Ciamis	68.3	0.0	30.7	1.1
Kab Kuningan	46.8	1.3	45.6	6.3
Kab Cirebon	43.4	1.5	52.8	2.3
Kab Majalengka	53.6	3.1	42.3	1.0
Kab Sumedang	51.3	0.0	43.4	5.3
Kab Indramayu	32.8	0.6	64.6	1.9
Kab Subang	45.2	0.6	50.9	3.4
Kab Purwakarta	40.4	0.0	57.4	2.1
Kab Karawang	29.4	0.0	65.4	5.2
Kab Bekasi	54.5	0.8	41.3	3.4
Kota Bogor	68.2	1.5	27.3	3.0
Kota Sukabumi	52.2	4.3	39.1	4.3
Kota Bandung	24.2	1.1	70.8	3.8
Kota Cirebon	54.5	0.0	42.4	3.0
Kota Bekasi	41.5	1.9	54.7	1.9
Kota Depok	48.5	3.0	48.5	0.0
Kota Cimahi	47.5	0.0	52.5	0.0
Kota Tasikmalaya	23.5	0.0	76.5	0.0
Kota Banjar	53.3	0.0	46.7	0.0
JAWA BARAT	48.0	0.8	48.3	2.9

.Tabel 3.9.1.6
Persentase Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga Yang Biasa
Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Jawa Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Orang Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga			
	Perempuan		Laki-Laki	
	Dewasa	Anak (<12 Th)	Dewasa	Anak (<12 Th)
Tempat Tinggal				
Perkotaan	71.9	3.2	22.7	2.3
Pedesaan	78.9	5.4	14.1	1.5
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	50.3	1.4	45.0	3.3
Kuintil 2	50.4	0.7	45.4	3.5
Kuintil 3	49.0	0.7	47.8	2.5
Kuintil 4	46.8	0.6	50.2	2.4
Kuintil 5	39.7	0.4	57.4	2.5

Meskipun perbedaan gender tidak mencolok, namun terdapat perbedaan dalam pembagian peran terhadap pengambilan air antara masyarakat perkotaan dan pedesaan. Di pedesaan tanggung jawab terhadap kebutuhan air bersih lebih dibebankan kepada perempuan (71,9%). Sebaliknya masyarakat perkotaan lebih memberikan peran tanggung jawab kepada laki-laki (22,7%) dalam pemenuhan kebutuhan penyediaan air bersih dalam rumah tangga. Sedangkan perbedaan peran anak-anak (< 12 tahun) laki-laki dan perempuan antara perkotaan dan pedesaan terhadap pemenuhan air bersih dalam rumah tangga tidak terlalu signifikan (0,8 %).

Perbedaan peran gender ini juga berlaku terhadap golongan kaya dan miskin. Golongan kaya memberikan peran pemenuhan kebutuhan air lebih besar kepada laki-laki (57,4%) daripada perempuan (39,7%). Sedangkan golongan miskin terjadi sebaliknya, memberikan peran pemenuhan kebutuhan air lebih besar kepada perempuan (50,3%) dari pada laki-laki (45,0%). Seperti halnya kawasan tempat tinggal, golongan kaya dan miskin, peran anak-anak (< 12 tahun) terhadap pemenuhan air bersih dalam rumah tangga tidak terlalu signifikan.

Tabel 3.9.1.7
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum
dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kualitas Fisik Air Minum					Baik*)
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	
Kab Bogor	4.2	0.9	1.1	0.0	0.6	94.8
Kab Sukabumi	2.2	0.9	0.4	0.3	0.7	97.3
Kab Cianjur	7.8	2.3	3.4	0.4	1.2	89.2
Kab Bandung	8.8	9.8	2.5	1.9	3.9	87.3
Kab Garut	2.7	1.7	0.3	0.3	0.6	96.4
Kab Tasikmalaya	2.0	3.1	0.5	0.2	0.3	95.7
Kab Ciamis	5.3	3.9	1.8	1.5	2.2	93.0
Kab Kuningan	1.9	0.8	1.1	0.6	1.1	96.8
Kab Cirebon	10.0	5.4	5.7	1.6	5.7	82.8
Kab Majalengka	5.7	4.2	1.7	1.7	3.2	92.1
Kab Sumedang	16.8	4.5	1.5	1.2	5.2	81.3
Kab Indramayu	6.9	3.8	9.9	1.4	5.2	82.4
Kab Subang	2.0	2.2	10.1	0.6	2.0	87.8
Kab Purwakarta	3.8	0.3	0.3	0.3	1.0	95.6
Kab Karawang	4.9	3.6	9.7	2.3	4.3	86.8
Kab Bekasi	11.8	10.7	10.5	2.3	6.1	75.5
Kota Bogor	6.1	3.7	5.7	0.9	7.0	86.1
Kota Sukabumi	4.8	2.7	2.0	1.4	3.4	91.8
Kota Bandung	11.3	9.6	4.4	1.6	6.8	83.5
Kota Cirebon	1.3	0.7	0.7	0.7	0.7	98.0
Kota Bekasi	12.0	8.7	8.6	3.0	16.3	75.9
Kota Depok	4.7	3.5	3.6	0.8	3.8	90.4
Kota Cimahi	7.4	5.2	2.9	1.0	4.5	86.4
Kota Tasikmalaya	5.2	5.6	0.7	1.0	2.1	90.9
Kota Banjar	2.4	2.4	3.6	0.0	2.4	91.7
JAWA BARAT	6.6	4.4	4.0	1.1	3.8	88.6

Catatan : * Tidak Keruh, Berwarna, Berasa, Berbusa Dan Berbau

Rerata kualitas fisik air minum di Provinsi Jawa Barat termasuk baik (89,1%). Bila dilihat kisaran antara kabupaten/kota kategori air minum yang baik ini berkisar antara 75,5% di Kabupaten Bekasi sampai 98,0% di Kota Cirebon. Wilayah yang mengkonsumsi air minum di bawah standar baku fisik kekeruhan berhubungan dengan tingginya erosi pada wilayah DAS yang berpengaruh terhadap sumber pengambilan air minum. Standar baku warna dan rasa berhubungan dengan sifat jenis tanah atau tingginya tingkat cemaran. Sedangkan standar baku busa dan bau lebih berhubungan dengan tingginya tingkat cemaran.

Tabel 3.9.1.8
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum
dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kualitas Fisik Air Minum (Utama)					Baik*)
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	
Tempat Tinggal						
Perkotaan	7.0	5.4	4.0	1.2	5.1	87.5
Perdesaan	6.1	3.4	4.1	1.1	2.4	89.6
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	7.9	5.0	4.5	1.26	4.15162	86.69
Kuintil 2	6.5	4.4	4.2	1.06	3.37194	88.72
Kuintil 3	6.2	4.1	4.3	1.21	3.50515	88.91
Kuintil 4	6.4	4.6	4.1	1.16	4.08951	88.65
Kuintil 5	5.8	4.0	3.1	0.98	3.72767	89.96

Catatan : * Tidak keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau

Sebagian besar rumah tangga di perkotaan dan pedesaan mengatakan bahwa kualitas fisik air minum baik, hanya di pedesaan sebarannya (89,6%) sedikit lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (87,5%).

Kualitas fisik air yang termasuk baik, diantara kuintil nilai sebaran tidak jauh berbeda, berkisar antara 87,7% – 89,9%. Pada kategori keruh, maka semakin tinggi kuintil sebaran keruh semakin rendah. Sedangkan tingkat kualitas air yang berwarna, berasa, berbusa, berbau sebaran antar kuintil tidak jauh berbeda. Hal ini memperlihatkan tingkat pencemaran dalam sebaran kecil, merata terjadi di setiap tingkat kuintil masyarakat.

Sebaran kualitas fisik air minum di Provinsi Jawa Barat untuk klasifikasi tempat tinggal kawasan perkotaan dan pedesaan maupun golongan kaya dan miskin tidak jauh berbeda. Sebagian besar memiliki akses yang baik dalam hal kualitas fisik air minum. Keadaan ini menunjukkan bahwa kualitas fisik air minum tidak dipengaruhi karakteristik, oleh karena itu kualitas fisik air minum diharapkan mencapai 100% dikonsumsi oleh masyarakat Indonesia.

Tabel 3.9.1.9
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis Sumber Air Minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindungi	Sumur tdk terlindungi	Mata air terlindungi	Mata air td terlindungi	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Kab Bogor	3.6	3.4	0.4	29.5	31.3	15.2	5.69	10.6	0.1	0.0	0.0
Kab Sukabumi	1.6	5.1	0.4	8.4	34.0	20.1	13.1	16.4	0.8	0.0	0.1
Kab Cianjur	1.4	2.4	0.2	6.8	54.2	12.7	11	10.1	1.1	0.0	0.1
Kab Bandung	6.9	2.4	1.3	27.3	40.3	4.4	12	5.2	0.0	0.0	0.1
Kab Garut	0.3	4.7	2.4	4.1	38.4	4.5	21.6	23.9	0.0	0.0	0.1
Kab Tasikmalaya	0.3	0.0	0.1	11.1	30.3	27.0	14.8	15.4	0.8	0.0	0.2
Kab Ciamis	0.6	3.2	0.3	14.5	42.0	13.8	13.8	11.8	0.0	0.0	0.1
Kab Kuningan	0.8	5.9	0.8	34.5	25.6	4.2	22.6	5.3	0.2	0.0	0.2
Kab Cirebon	4.7	4.8	7.0	33.5	36.2	11.2	2.17	0.0	0.1	0.0	0.3
Kab Majalengka	0.8	3.1	0.0	23.2	36.3	11.1	16.5	8.2	0.6	0.0	0.3
Kab Sumedang	5.4	18.4	4.2	5.2	25.4	6.4	22.1	12.9	0.0	0.0	0.2
Kab Indramayu	7.0	10.9	14.6	46.9	14.7	3.1	0.0	0.6	2.0	0.2	0.0
Kab Subang	1.9	6.3	6.1	41.8	29.4	1.7	5.63	7.2	0.0	0.0	0.0
Kab Purwakarta	2.5	7.4	2.5	18.3	18.8	29.0	2.29	17.6	0.3	0.8	0.5
Kab Karawang	9.6	10.0	1.1	49.5	20.8	5.4	0.1	0.0	1.7	1.4	0.2
Kab Bekasi	23.7	4.3	7.9	51.0	4.5	6.2	0.0	1.1	1.2	0.0	0.1
Kota Bogor	3.9	42.3	0.4	20.5	25.5	1.3	5.01	0.7	0.0	0.0	0.4
Kota Sukabumi	8.6	14.6	0.0	53.6	19.9	1.3	0.66	1.3	0.0	0.0	0.0
Kota Bandung	12.1	25.3	12.8	31.9	13.2	0.7	3.12	0.4	0.0	0.0	0.5
Kota Cirebon	6.0	62.3	7.3	12.6	9.9	1.3	0	0.7	0.0	0.0	0.0
Kota Bekasi	33.6	7.1	2.0	51.8	3.8	0.5	0.6	0.1	0.0	0.0	0.5
Kota Depok	6.5	6.8	0.0	69.8	15.9	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3
Kota Cimahi	21.2	10.6	2.3	37.0	25.1	1.6	1.61	0.0	0.0	0.0	0.6
Kota Tasikmalaya	3.5	12.5	0.7	25.3	49.8	6.9	0.69	0.7	0.0	0.0	0.0
Kota Banjar	1.2	12.9	1.2	3.5	71.8	8.2	1.18	0.0	0.0	0.0	0.0
JAWA BARAT	7.0	8.2	3.3	29.2	28.1	8.6	7.84	7.0	0.4	0.1	0.2

Menurut jenis sumber air, masyarakat Jawa Barat terbanyak mengandalkan air permukaan-dangkal berupa sumur baik berupa pompa, terlindungi (28.1%) maupun tidak terlindungi (8.6%). Sedangkan sebagian lainnya mengandalkan air permukaan-dalam, melalui sumur bor (29.2%). Pelayanan pemerintah ataupun lembaga lainnya terhadap penyediaan air bersih melalui leding baik eceran maupun meteran termasuk baik adalah Kabupaten Sumedang dan Indramayu serta Kota Bogor, Bandung dan Cirebon.

Perubahan pola konsumsi air dengan pemanfaatan air kemasan terbesar terjadi di Kabupaten Bekasi serta Kota Bekasi dan Cimahi. Kejadian ini dapat mengindikasikan bahwa pendapatan masyarakat meningkat atau daerah tersebut sangat tercemar dan rendahnya pelayanan penyediaan air bersih oleh pemerintah. Pola konsumsi jenis ini selain dirasakan mahal juga sangat tidak ramah lingkungan. Hal ini disebabkan distribusi dari asal sumber air ke konsumen menggunakan jasa transportasi darat tidak ekonomis dan membutuhkan bahan bakar yang tidak sedikit. Selain itu wilayah sebagai sumber air kemasan sangat beresiko kekurangan air bersih karena pengambilan air dalam skala besar dapat menurunkan level air sehingga masyarakat kesulitan mengambil air tanah permukaan.

Tabel 3.9.1.10
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Sumber Air Minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air tdk terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Tempat Tinggal											
Perkotaan	11.9	13.5	3.8	37.4	23.7	4.7	3.06	1.5	0.0	0.0	0.3
Perdesaan	2.1	2.8	2.8	20.8	32.5	12.6	12.7	12.7	0.8	0.2	0.1
Tingkat pengeluaran perkapita											
Kuintil 1	1.9	3.7	3.8	25.6	30.9	12.4	9.18	11.5	0.7	0.1	0.2
Kuintil 2	3.4	5.4	4.0	27.4	30.5	10.4	9.75	8.6	0.4	0.1	0.2
Kuintil 3	5.6	7.1	3.4	29.4	29.9	9.7	7.25	7.2	0.3	0.2	0.1
Kuintil 4	8.1	10.4	3.2	32.2	26.5	6.4	7.38	4.9	0.6	0.1	0.1
Kuintil 5	16.2	14.4	2.2	31.4	22.6	4.1	5.57	3.0	0.2	0.0	0.4

Apabila dibandingkan antara perkotaan dan kabupaten maka baik perkotaan maupun pedesaan umumnya jenis sumber air minum berasal dari sumur bor dan sumur terlindung. Sumur bor/ pompa di perkotaan (37,4%) sebarannya lebih tinggi dibandingkan dengan pedesaan (20,8%), sebaliknya untuk sumur terlindung sebaran di pedesaan (32,5%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (23,7%).

Sebaran rumah tangga menurut jenis sumber air dan kuintil dapat dilihat pada tabel 3.9.1.11. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa semakin tinggi kuintil (semakin kaya), maka Sebaran jenis sumber air minum yang berasal dari air kemasan, leding eceran, sumur bor juga semakin tinggi. Dari gambaran terlihat pelayanan air bersih belum menjangkau mayoritas masyarakat Jawa Barat. Sebaliknya konsumen air kemasan banyak diminati sebagian kecil masyarakat, yaitu masyarakat pada kuintil 5.

Tabel 3.9.1.11
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan Dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kab/Kota	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tidak ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Di-saring	Bahan kimia	Lainnya
Kab Bogor	8.1	85.1	6.8	1.3	97.3	4.3	0.7	0.9
Kab Sukabumi	10.1	82.4	7.4	0.8	98.1	3.9	0.1	0.3
Kab Cianjur	16.3	75.5	8.2	1.5	97.4	7.0	2.0	1.5
Kab Bandung	9.4	80.4	10.2	10.3	90.9	18.0	1.4	7.2
Kab Garut	19.8	66.9	13.3	0.4	98.0	8.2	0.3	0.0
Tasikmalaya	8.7	84.4	6.9	1.7	98.1	2.9	0.8	0.1
Kab Ciamis	6.5	87.3	6.2	1.5	90.8	13.6	3.0	4.7
Kab Kuningan	6.0	89.6	4.4	0.6	99.4	7.2	0.4	0.0
Kab Cirebon	3.6	66.9	29.5	1.1	96.5	3.3	1.6	1.7
Kab Majalengka	11.0	78.9	10.1	1.2	98.5	1.1	0.3	0.2
Kab Sumedang	19.4	68.6	12.1	1.0	97.0	28.8	3.0	2.4
Kab Indramayu	4.8	83.4	11.8	7.9	89.4	3.1	0.8	7.4
Kab Subang	13.7	80.8	5.5	2.0	96.5	2.9	0.4	1.4
Kab Purwakarta	4.6	81.7	13.7	2.3	96.2	3.8	1.3	3.1
Kab Karawang	7.6	73.2	19.3	3.7	94.7	7.8	1.3	2.9
Kab Bekasi	6.4	66.6	27.0	10.1	77.4	7.0	1.0	21.0
Kota Bogor	5.9	54.2	39.9	3.7	94.5	7.2	0.4	4.8
Kota Sukabumi	8.8	78.2	12.9	2.7	97.3	5.4	1.4	9.7
Kota Bandung	14.4	65.7	20.0	8.4	89.9	12.6	2.9	3.8
Kota Cirebon	3.4	52.4	44.1	4.0	93.4	2.6	1.3	9.9
Kota Bekasi	6.6	79.6	13.8	15.5	77.3	2.6	0.6	32.1
Kota Depok	2.8	69.2	28.0	9.5	91.8	6.0	0.6	2.9
Kota Cimahi	4.2	74.9	20.9	9.0	87.8	19.4	3.9	7.4
Kota								
Tasikmalaya	5.0	63.7	31.3	1.0	93.8	6.9	0.3	0.0
Kota Banjar	4.8	83.3	11.9	1.2	95.3	5.9	1.2	4.8
JAWA BARAT	9.3	76.1	14.6	4.5	93.1	7.7	1.2	5.1

Masyarakat Jawa Barat mempunyai tempat penampungan air dalam wadah tertutup sebesar 76,1%, dan pengolahan air minum umumnya dimasak sebesar 93,1%. Bila dilihat per Kabupaten/Kota, maka untuk penampungan dalam wadah tertutup sebaran terkecil di Kota Cirebon sebesar 52,4% dan tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 89,6%. Untuk pengolahan air dengan cara dimasak sebaran terkecil di Kota Bekasi 77,3% dan tertinggi di Kabupaten Majalengka sebesar 98,5%.

Tingginya Sebaran pengolahan air langsung diminum di Kabupaten Bandung, Kabupaten Bekasi dan Kota Bekasi diduga ada keterkaitan dengan perubahan pola konsumsi air minum minum mineral, dimana di ketiga wilayah ini angka sebarannya cukup tinggi. Sedangkan pola pengolahan air minum dengan cara disaring diperkirakan berhubungan dengan kualitas fisik air baku seperti terjadi di Kabupaten Bandung, Ciamis, Sumedang, Kota Bandung dan Cirebon. Wilayah ini kualitas air tingkat kekeruhannya cukup tinggi.

Tabel 3.9.1.12
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Tempat Penampungan
dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum Berdasarkan
Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Penampungan				Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan			
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tidak ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Tempat tinggal								
Perkotaan	7.2	73.4	19.4	6.5	90.3	8.0	1.4	8.2
Perdesaan	11.5	78.9	9.6	2.3	96.0	7.4	0.9	2.0
Tingkat pengeluaran perkapita								
Kuintil 1	10.3	78.7	11.0	2.9	95.4	7.6	1.1	3.2
Kuintil 2	10.3	76.7	13.0	2.9	95.7	7.7	1.1	3.2
Kuintil 3	9.5	77.6	12.9	4.3	94.0	8.2	1.3	4.3
Kuintil 4	8.9	75.2	15.8	4.9	92.6	7.7	0.9	5.2
Kuintil 5	7.5	72.4	20.1	7.2	88.0	7.1	1.6	9.7

Sebagian besar masyarakat Jawa Barat mempunyai tempat penampungan dengan wadah tertutup, di pedesaan (78,9%), lebih tinggi dibanding perkotaan (73,4%). Demikian halnya pada pengolahan air minum sebelum dipedesaan lebih tinggi dibanding perkotaan.

Menurut karakteristik terlihat bahwa semakin tinggi kuintil, maka ada kecenderungan tempat penampungan air dalam wadah terbuka dan wadah tertutup semakin menurun, sebaliknya sebaran penampungan tidak ada wadah ada kecenderungan semakin tinggi. Dalam pengolahan air minum yang sebagian besar dimasak, semakin tinggi kuintil ada kecenderungan Sebaran air yang dimasak semakin menurun. Keadaan ini sesuai dengan informasi dari data penggunaan air mineral (tabel. 3.170), semakin tinggi kuintil semakin meningkat penggunaan kemasan.

Berdasarkan tempat tinggal antara perkotaan dan pedesaan serta golongan kaya dan miskin tidak terdapat perbedaan yang signifikan dalam pemanfaatan tempat penampungan maupun pengolahan air minum. Tabel 3.170 menunjukkan bahwa masyarakat pedesaan lebih banyak menampung air minum terlebih dahulu sebelum diolah dibandingkan dengan masyarakat perkotaan. Sebaliknya masyarakat di perkotaan lebih banyak tidak mempunyai penampungan melainkan langsung diminum. Kemungkinan terjadi masyarakat banyak mengonsumsi air mineral dan atau telah mengolah air minum secara teknik .

3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar

Data fasilitas buang air besar meliputi penggunaan atau pemilihan fasilitas buang air besar dan jenis jamban yang digunakan. 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 Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Kab Bogor	58.0	11.4	6.6	24.0
Kab Sukabumi	55.1	11.2	12.3	21.3
Kab Cianjur	52.0	18.7	19.5	9.8
Kab Bandung	61.9	20.5	14.2	3.4
Kab Garut	47.5	20.1	26.4	6.0
Kab Tasikmalaya	39.1	9.8	21.8	29.2
Kab Ciamis	52.1	6.9	7.7	33.3
Kab Kuningan	74.6	10.2	3.6	11.6
Kab Cirebon	56.7	13.4	1.9	28.1
Kab Majalengka	68.2	8.2	4.0	19.7
Kab Sumedang	67.1	16.8	7.0	9.1
Kab Indramayu	61.3	10.7	0.7	27.3
Kab Subang	62.3	7.4	1.1	29.1
Kab Purwakarta	63.5	11.7	4.8	20.1
Kab Karawang	49.9	6.2	9.9	33.9
Kab Bekasi	55.8	7.1	7.6	29.6
Kota Bogor	81.9	8.1	2.2	7.9
Kota Sukabumi	78.0	8.7	10.0	3.3
Kota Bandung	68.9	25.0	4.8	1.3
Kota Cirebon	80.1	15.2	2.6	2.0
Kota Bekasi	90.3	8.7	0.7	0.3
Kota Depok	89.4	7.4	0.1	3.1
Kota Cimahi	74.2	20.3	5.2	0.3
Kota Tasikmalaya	68.9	8.0	16.3	6.9
Kota Banjar	68.2	16.5	8.2	7.1
JAWA BARAT	61.8	12.7	8.7	16.9

Fasilitas BAB (buang air besar) di masyarakat Jawa Barat (63.2%) sedikit diatas rerata nasional (61,8%). Sementara sebaran tidak memanfaatkan fasilitas BAB relatif besar (16,9%) mencerminkan bahwa masih terdapat masyarakat yang belum tersentuh oleh teknologi BAB, sulit mengakses air bersih ataupun tingkat perilaku pola hidup sehat masih rendah. Hal ini diperkirakan terjadi di kawasan yang memiliki kebun seperti di Kabupaten Bogor, Subang, Cirebon dan Tasikmalaya ataupun yang berada di kawasan pantai seperti di Kabupaten Ciamis, Kerawang, Indramayu dan Bekasi.

Pemanfaatan BAB yang dimiliki sendiri oleh rumah tangga menggambarkan tingkat status ekonomi, kesadaran akan kebersihan dan kesehatan yang dimiliki oleh masyarakat tersebut. Tabel 3.172 memperlihatkan terdapat 13 wilayah yang sebarannya diatas rerata provinsi dan terendah di Kabupaten Garut (47.5%).

Fasilitas BAB umum biasanya disediakan oleh pemerintah setempat atau secara swadaya. Fasilitas ini sebaran paling rendah terdapat di Kota Depok. Sedangkan fasilitas bersama yang biasanya digunakan oleh beberapa rumah tangga, tertinggi berda di Kota Bandung. Diduga kawasan ini merupakan kawasan padat penduduk dengan mobilitas yang tinggi.

Tabel 3.9.2.2
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
Tempat Tinggal				
Perkotaan	73.7	13.4	5.5	7.4
Perdesaan	49.8	11.9	11.8	26.5
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	42.1	15.5	15.0	27.4
Kuintil 2	53.5	13.2	10.4	22.8
Kuintil 3	61.6	13.0	8.3	17.1
Kuintil 4	70.0	12.4	6.0	11.7
Kuintil 5	82.0	9.3	3.5	5.2

Bila dibandingkan antara Perkotaan dan Pedesaan (lihat tabel 3.9.2.2), maka fasilitas buang air besar milik sendiri di Perkotaan (73,7%) lebih tinggi dibandingkan di Pedesaan (49,8%). Demikian juga dengan penggunaan fasilitas BAB bersama. Sebaliknya untuk yang tidak memakai fasilitas buang air besar (26,5%), dan fasilitas umum (11,8%), Sebaran di Pedesaan lebih tinggi dibandingkan di Perkotaan

Sebaran rumah tangga menurut penggunaan fasilitas buang air besar dan kuintil dapat dilihat pada tabel 3.9.2.2. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa semakin tinggi kuintil, maka Sebaran jenis penggunaan fasilitas buang air besar kategori sendiri semakin tinggi juga. Sebaliknya semakin tinggi kuintil untuk kategori bersama, umum dan tidak pakai Sebarannya semakin kecil. Namun terlihat fasilitas bersama antara kuintil-3 dan kuintil-4 tidak jauh berbeda, kemungkinan banyak terjadi pada daerah dimana mobilitas penduduk tinggi (daerah kontrak/kost). Sebaliknya pada kuintil 5 terdapat perbedaan yang sangat mencolok.

Sebaran rumah tangga menurut jenis tempat buang air besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat memperlihatkan 75,2% masyarakat jenis tempat BAB berbentuk leher angsa. Jenis tempat BAB berbentuk leher angsa merupakan salah satu bentuk yang direkomendasikan pemakaiannya oleh pemerintah, khususnya kesehatan. Jenis lainnya berbentuk plengsengan dan cemplung dalam sebaran kecil. Sedangkan yang tidak memakai sebesar 6,4%. Bila dilihat per Kabupaten/Kota, maka dalam bentuk leher angsa sebaran terkecil di Kabupaten Cianjur sebesar 40,4%. Kabupaten ini jenis pembuangan BAB berupa plengsengan, cemplung dan tidak memakai juga relatif diatas rerata provinsi.

Tabel 3.9.2.3
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar
dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Plengsengan	Cemplung/ cubluk	Tidak pakai
Kab Bogor	73.2	14.0	7.5	5.3
Kab Sukabumi	66.3	10.7	10.9	12.1
Kab Cianjur	40.4	15.8	27.2	16.6
Kab Bandung	75.6	11.3	5.5	7.7
Kab Garut	48.2	6.4	18.7	26.7
Kab Tasikmalaya	47.1	6.4	28.5	18.1
Kab Ciamis	81.5	3.2	10.2	5.1
Kab Kuningan	91.2	1.1	4.9	2.8
Kab Cirebon	74.8	23.6	1.0	0.7
Kab Majalengka	91.0	2.9	5.6	0.6
Kab Sumedang	76.9	12.7	7.0	3.3
Kab Indramayu	87.7	9.3	1.6	1.5
Kab Subang	84.8	9.2	4.7	1.3
Kab Purwakarta	85.0	7.6	3.5	3.8
Kab Karawang	74.5	9.3	14.9	1.4
Kab Bekasi	79.6	3.3	9.8	7.3
Kota Bogor	93.4	2.8	2.8	0.9
Kota Sukabumi	84.0	6.3	7.6	2.1
Kota Bandung	84.0	11.9	3.7	0.4
Kota Cirebon	79.9	14.8	5.4	0.0
Kota Bekasi	86.8	8.2	4.2	0.8
Kota Depok	96.8	1.9	0.9	0.4
Kota Cimahi	92.2	6.2	1.0	0.6
Kota Tasikmalaya	70.3	13.4	8.2	8.2
Kota Banjar	53.8	25.6	15.4	5.1
JAWA BARAT	75.2	9.6	8.8	6.4

Tabel 3.9.2.4
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar
dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Plengsengan	Cemplung/c ubluk	Tidak pakai
Tempat tinggal				
Perkotaan	84.2	9.0	4.1	2.7
Pedesaan	63.6	10.3	14.9	11.2
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	60.5	11.2	15.6	12.7
Kuintil 2	68.1	12.1	11.8	8.0
Kuintil 3	74.9	9.9	9.8	5.4
Kuintil 4	80.5	8.5	5.9	5.1
Kuintil 5	87.6	6.9	3.1	2.4

Tabel 3.9.2.4 menunjukkan sebaran rumah tangga menurut jenis tempat buang air besar dan klasifikasi daerah, di Provinsi Jawa Barat. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa jenis tempat buang air besar pada umumnya berbentuk leher angsa, penggunaan jenis leher angsa di perkotaan (84,2%) sebarannya lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (63,6%).

Sebaran rumah tangga menurut jenis tempat buang air besar dan kuintil dapat dilihat pada tabel 3.9.2.4. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa, semakin tinggi kuintil (semakin kaya) sebaran tempat buang air besar dalam bentuk leher angsa juga semakin tinggi. Sebaliknya, semakin tinggi kuintil sebaran yang dalam bentuk plengsengan, cemplung/cubluk, dan tidak pakai semakin kecil.

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 menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai/ Laut	Lobang Tanah	Pantai / Tanah	Lainnya
Kab Bogor	39.7	10.2	30.7	16.1	1.3	2.0
Kab Sukabumi	34.4	13.2	31.6	19.0	0.8	1.0
Kab Cianjur	21.9	24.7	34.4	16.4	0.7	2.0
Kab Bandung	53.9	4.8	31.1	9.8	0.0	0.4
Kab Garut	26.4	35.3	23.3	13.4	0.4	1.3
Kab Tasikmalaya	18.7	64.1	12.1	4.7	0.3	0.0
Kab Ciamis	45.5	42.1	4.2	5.3	1.8	1.0
Kab Kuningan	63.8	14.4	8.0	12.3	0.2	1.3
Kab Cirebon	58.8	4.4	25.8	7.6	2.9	0.5
Kab Majalengka	67.6	13.5	15.5	1.2	2.0	0.2
Kab Sumedang	63.0	9.9	13.2	13.4	0.3	0.2
Kab Indramayu	61.2	11.7	14.0	10.1	2.5	0.4
Kab Subang	49.4	8.8	25.8	15.2	0.5	0.3
Kab Purwakarta	60.8	9.9	10.2	13.0	4.8	1.3
Kab Karawang	50.9	9.9	31.8	3.4	2.9	1.2
Kab Bekasi	52.2	16.7	19.8	3.1	8.0	0.4
Kota Bogor	66.9	0.4	31.8	0.4	0.0	0.4
Kota Sukabumi	23.3	2.7	32.7	5.3	0.0	36.0
Kota Bandung	39.9	1.7	51.3	0.3	0.0	6.8
Kota Cirebon	87.4	0.7	4.0	6.6	1.3	0.0
Kota Bekasi	85.6	4.8	1.8	7.3	0.0	0.5
Kota Depok	80.6	5.4	0.7	13.0	0.0	0.3
Kota Cimahi	67.4	0.6	20.6	1.3	0.0	10.0
Kota Tasikmalaya	31.0	27.9	25.5	14.8	0.3	0.3
Kota Banjar	35.7	22.6	6.0	35.7	0.0	0.0
JAWA BARAT	49.5	15.1	22.8	9.6	1.4	1.6

Tempat pembuangan akhir tinja di Jawa Barat pada umumnya di tangki/SPAL sebesar 49,5% sedikit dibawah rerata nasional (50,5%). Kota Tasikmalaya merupakan kota

yang terendah sebaran penggunaan tangki/SPAL (18,7%), sementara pembuangan tinja yang digunakan dengan cara pembuangan di sungai 12,1% dan lainnya 0,0%.

Tempat pembuangan di kolam/sawah di Jawa barat cukup tinggi jauh diatas rerata nasional (4,9%). Persentase rumah tangga terendah dimana tempat pembuangan akhir tinja di sungai/laut terdapat di Kota Depok sebesar 0,7% dan tertinggi di Kota Bandung 51,3%.

Tabel 3.9.3.2
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat Pembuangan Akhir Tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai/ Laut	Lobang Tanah	Pantai / Tanah	Lainnya
Tempat Tinggal						
Perkotaan	61.0	6.7	22.5	7.0	0.5	2.3
Pedesaan	37.7	23.8	23.0	12.3	2.3	0.9
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	34.4	20.6	28.7	11.9	2.8	1.7
Kuintil 2	42.0	17.6	26.6	10.5	1.9	1.4
Kuintil 3	47.8	15.7	22.9	10.3	1.5	1.8
Kuintil 4	56.7	13.5	19.6	8.2	0.5	1.5
Kuintil 5	66.6	8.3	16.2	7.2	0.2	1.5

Berdasarkan tabel tempat pembuangan akhir tinja (tabel 3.176), sebaran rumah tangga yang membuang di tangki/SPAL di perkotaan (61,0%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (37,7%), dan yang dibuang di sungai/laut antara perkotaan dan pedesaan tidak jauh berbeda yaitu perkotaan sebesar 22,5% dan pedesaan sebesar 23,0%.

Sebaran rumah tangga menurut tempat pembuangan akhir tinja dan kuintil dapat dilihat pada tabel 3.9.3.2. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa, semakin tinggi kuintil (semakin kaya) sebaran tempat pembuangan akhir tinja di tangki/spal juga semakin tinggi. Sebaliknya, semakin tinggi kuintil sebaran tempat pembuangan akhir tinja masing-masing di kolam/sawah, sungai/laut, lobang tanah, dan pantai/tanah semakin menurun (kecil).

Tabel 3.9.3.3
Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Saluran Pembuangan Air Limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak Ada
Kab Bogor	32.2	52.8	14.9
Kab Sukabumi	28.6	55.4	16.0
Kab Cianjur	32.6	54.0	13.4
Kab Bandung	32.6	58.7	8.7
Kab Garut	35.7	50.5	13.8
Kab Tasikmalaya	25.9	44.0	30.1
Kab Ciamis	34.5	52.1	13.4
Kab Kuningan	56.9	27.2	15.9
Kab Cirebon	40.0	54.6	5.3
Kab Majalengka	28.7	62.1	9.1
Kab Sumedang	37.5	46.4	16.0
Kab Indramayu	63.0	27.5	9.5
Kab Subang	62.5	33.7	3.8
Kab Purwakarta	41.8	46.2	12.1
Kab Karawang	66.3	28.1	5.6
Kab. Bekasi	61.3	24.4	14.3
Kota Bogor	43.8	55.3	0.9
Kota Sukabumi	14.9	81.8	3.4
Kota Bandung	18.4	79.9	1.7
Kota Cirebon	31.0	66.9	2.1
Kota Bekasi	22.8	72.6	4.6
Kota Depok	28.9	69.0	2.1
Kota Cimahi	46.6	52.1	1.3
Kota Tasikmalaya	9.4	77.3	13.3
Kota Banjar	28.6	66.7	4.8
Jawa Barat	37.9	51.6	10.5

Saluran pembuangan air limbah yang dilakukan rumah tangga di Jawa Barat pada umumnya tertutup yaitu sebesar 51,6%, yang terbuka sebesar 37,9%, dan yang tidak memakai sebesar 10,5% (lihat tabel 3.9.3.3). Bila dilihat per Kabupaten/Kota, maka untuk saluran pembuangan limbah tertutup sebaran terendah di Kabupaten Kuningan sebesar 27,2% dan tertinggi di Kota Sukabumi sebesar 81,8%. Wilayah terbesar yang tidak memiliki saluran pembuangan limbah adalah Kabupaten Tasikmalaya (30,1%).

Tabel 3.9.3.4
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak ada
Tempat tinggal			
Perkotaan	32.1	62.7	5.2
Pedesaan	43.9	40.2	15.9
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	44.2	38.1	17.7
Kuintil 2	41.0	46.1	12.9
Kuintil 3	39.3	51.2	9.4
Kuintil 4	35.4	56.2	8.5
Kuintil 5	29.8	66.1	4.1

Sebaran saluran pembuangan air limbah tertutup di perkotaan (62,7%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (40,2%). Sebaliknya rumah tangga yang tidak mempunyai saluran pembuangan limbah dan saluran pembuangan air limbah terbuka sebarannya lebih tinggi di Perdesaan dibandingkan di Perkotaan. Selanjutnya semakin tinggi pengeluaran per kapita per bulan, semakin menurun saluran pembuangan air limbah terbuka, dan tidak adanya saluran pembuangan air limbah. Sebaliknya, semakin tinggi pengeluaran per kapita, maka saluran pembuangan air limbah dalam keadaan tertutup juga semakin tinggi.

Tabel 3.9.3.5
Persentase Rumah Tangga menurut Akses terhadap Air Bersih dan Sanitasi berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Air Bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
Kab Bogor	85,4	14,6	52,8	47,2
Kab Sukabumi	85,2	14,8	55,9	44,1
Kab Cianjur	98,9	1,1	68,6	31,4
Kab Bandung	22,9	77,1	45,8	54,2
Kab Garut	51,9	48,1	62,3	37,7
Kab Tasikmalaya	48,2	51,8	70,5	29,5
Kab Ciamis	55,2	44,8	52,4	47,6
Kab Kuningan	13,3	86,7	28,8	71,2
Kab Cirebon	24,4	75,6	56,2	43,8
Kab Majalengka	80,0	20,0	34,6	65,4
Kab Sumedang	28,8	71,2	44,1	55,9
Kab Indramayu	17,2	82,8	45,1	54,9
Kab Subang	14,6	85,4	46,2	53,8
Kab Purwakarta	53,1	46,9	42,7	57,3
Kab Karawang	30,5	69,5	56,3	43,7
Kab Bekasi	55,2	44,8	47,9	52,1
Kota Bogor	41,2	58,8	20,0	80,0
Kota Sukabumi	22,0	78,0	26,2	73,8
Kota Bandung	18,7	81,3	40,6	59,4
Kota Cirebon	37,5	62,5	35,3	64,7
Kota Bekasi	38,8	61,2	18,5	81,5
Kota Depok	99,7	0,3	12,9	87,1
Kota Cimahi	26,1	73,9	30,3	69,7
Kota Tasikmalaya	18,0	82,0	41,2	58,8
Kota Banjar	10,2	89,8	58,8	41,2
JAWA BARAT	44,2	55,8	46,8	53,2

Catatan : *) 20 Ltr/Org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

***) memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Sebaran rumah tangga menurut akses terhadap air bersih dan sanitasi dan Kabupaten/Kota secara keseluruhan di provinsi Jawa Barat tidak jauh berbeda. Hanya pada akses terhadap air bersih terdapat perbedaan, di Jawa Barat katagori akses diatas rerata nasional sementara katagori kurang akses dibawah rerata nasional (65,0). Ditinjau dari data Kabupaten/Kota, maka katagori kurang akses terhadap air bersih Sebaran tertinggi di Kota Depok (99,7%). Sementara wilayah yang tertinggi sebaran kurang akses terhadap sanitasi adalah Kabupaten Tasikmalaya (70,5%).

Tabel 3.9.3.6
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Sanitasi
berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Air Bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
Tempat Tinggal				
Perkotaan	39,8	60,2	33,8	66,2
Perdesaan	49,1	50,9	60,0	40,0
Pendapatan Keluarga Perkapita				
Kuintil 1	47,6	52,4	67,0	33,0
Kuintil 2	44,5	55,5	56,2	43,8
Kuintil 3	43,3	56,7	47,5	52,5
Kuintil 4	42,1	57,9	38,3	61,7
Kuintil 5	43,7	56,3	24,9	75,1

Catatan : *) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

**) Memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Sebaran rumah tangga menurut akses terhadap air bersih dan sanitasi dan klasifikasi daerah dapat dilihat pada tabel 3.9.3.6. Dalam tabel tersebut terlihat bahwa, sebaran akses terhadap air bersih tergolong kurang di perkotaan (39,8%) lebih tinggi dibandingkan dengan pedesaan (49,1%).

Sedangkan menurut tingkat kuintil akses terhadap air bersih tergolong kurang, sebaran antar kuintil tidak jauh berbeda, namun tetap pada kuintil pertama yang merupakan persentase tertinggi (47,6%), demikian halnya terjadi pada akses sanitasi kuintil-1 yang kurang akses sebesar 65,6%.

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 menurut Jenis Penampungan Sampah
di Dalam dan di Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Kab Bogor	4.1	20.9	74.9	4.0	20.0	76.0
Kab Sukabumi	6.6	7.1	86.2	5.3	29.7	65.0
Kab Cianjur	4.5	7.2	88.3	6.1	30.0	63.9
Kab Bandung	13.7	29.1	57.2	11.2	26.0	62.8
Kab Garut	4.2	9.2	86.6	4.3	18.5	77.2
Kab Tasikmalaya	3.0	15.1	81.9	3.6	13.1	83.3
Kab Ciamis	13.4	20.8	65.8	7.2	41.8	51.0
Kab Kuningan	8.4	37.0	54.6	9.8	27.4	62.8
Kab Cirebon	8.1	23.9	68.0	5.6	30.9	63.5
Kab Majalengka	6.7	18.5	74.7	12.0	33.6	54.4
Kab Sumedang	9.8	27.9	62.3	6.2	26.4	67.3
Kab Indramayu	5.5	27.0	67.4	4.1	41.2	54.7
Kab Subang	14.4	23.0	62.5	5.9	38.3	55.7
Kab Purwakarta	5.9	13.3	80.8	3.6	25.1	71.3
Kab Karawang	5.4	18.6	75.9	5.5	44.2	50.3
Kab Bekasi	12.6	12.8	74.7	11.6	27.3	61.1
Kota Bogor	9.9	8.8	81.3	15.4	28.3	56.3
Kota Sukabumi	10.3	7.5	82.2	13.9	25.0	61.1
Kota Bandung	8.9	9.7	81.5	11.3	17.7	71.0
Kota Cirebon	15.9	23.4	60.7	24.8	46.8	28.4
Kota Bekasi	12.2	25.3	62.5	22.5	38.4	39.1
Kota Depok	8.7	20.9	70.3	15.9	35.7	48.4
Kota Cimahi	10.2	26.6	63.3	12.9	21.7	65.4
Kota Tasikmalaya	8.0	15.0	76.9	9.4	29.0	61.5
Kota Banjar	8.2	31.8	60.0	6.0	52.4	41.7
JAWA BARAT	8.3	18.7	73.1	8.5	29.1	62.4

Distribusi sebaran rumah tangga menurut jenis penampungan sampah di dalam dan di luar rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat dapat dilihat pada tabel 3.9.4.1. Keadaan penampungan sampah di Jawa Barat seperti halnya di tingkat nasional cukup memprihatinkan, karena pada umumnya baik penampungan di dalam maupun di luar rumah tidak mempunyai penampungan (73,1% dan 62,4%). Penampungan umumnya masih dalam keadaan terbuka, yaitu penampungan di dalam rumah sebesar 18,7% dan di luar rumah sebesar 39,1% sisanya dalam keadaan tertutup. Bila dilihat per Kabupaten/Kota, untuk penampungan sampah dalam rumah, maka sebaran tertinggi terdapat di Kabupaten Cianjur sebesar 88,3%. Sedangkan penampungan berada di luar rumah, tertinggi di Kabupaten Tasikmalaya sebesar 83,3%.

Tabel 3.9.4.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Tempat tinggal						
Perkotaan	10.8	20.6	68.6	12.3	30.7	57.0
Pedesaan	5.7	16.7	77.6	4.6	27.4	68.0
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	4.2	14.5	81.3	3.5	23.8	72.7
Kuintil 2	5.9	15.9	78.2	5.5	27.3	67.2
Kuintil 3	6.8	18.7	74.6	7.3	27.3	65.4
Kuintil 4	10.3	20.1	69.5	9.6	31.3	59.1
Kuintil 5	14.2	24.1	61.7	16.5	35.9	47.6

Apabila dilihat dari klasifikasi wilayah, terlihat adanya perbedaan yang cukup besar antara wilayah pedesaan dan perkotaan dalam hal penampungan sampah di dalam rumah. Sebaran tidak ada penampungan sampah, di perkotaan lebih rendah dibanding pedesaan (66,6% dan 77,6%). Keadaan ini seseuai dengan persebaran sebaran ditingkat kuintil, dimana semakin tinggi kuintil semakin rendah sebarannya. Memperlihatkan masyarakat pada kuintil 5 (kaya) banyak terdapat di daerah perkotaan.

Keadaan penampungan sampah di luar rumah, semakin tinggi kuintil maka maka penampungan sampah di luar rumah baik dalam keadaan tertutup dan terbuka sebarannya juga semakin tinggi.

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 luas lantai rumah dalam meter persegi dengan jumlah anggota rumah tangga.

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 menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Bahan Bakar Utama Memasak					
	Listrik	Gas/ Elpiji	Minyak Tanah	Arang/ Briket	Kayu Bakar	Lainnya
Kab Bogor	2,4	9,0	57,1	0,4	30,8	0,3
Kab Sukabumi	1,2	4,2	33,3	0,7	60,2	0,4
Kab Cianjur	2,1	1,4	29,4	0,3	66,7	0,1
Kab Bandung	2,2	9,8	66,7	0,1	20,8	0,4
Kab Garut	2,0	3,4	27,4	0,5	66,1	0,6
Kab Tasikmalaya	1,0	2,5	24,4	0,5	71,4	0,1
Kab Ciamis	0,6	5,3	18,2	0,1	75,8	0,0
Kab Kuningan	0,8	6,1	35,1	0,2	57,3	0,6
Kab Cirebon	2,7	7,1	61,0	0,1	28,6	0,6
Kab Majalengka	1,1	8,9	44,4	1,4	44,1	0,2
Kab Sumedang	2,9	8,2	34,4	0,5	53,0	1,0
Kab Indramayu	1,4	7,7	51,1	0,1	39,1	0,6
Kab Subang	1,9	4,6	47,6	0,6	45,0	0,3
Kab Purwakarta	0,5	9,2	37,4	0,5	51,7	0,8
Kab Karawang	4,1	6,7	62,8	0,2	25,7	0,5
Kab Bekasi	1,3	15,3	55,0	0,0	26,7	1,7
Kota Bogor	4,1	28,8	62,5	0	4,1	0,4
Kota Sukabumi	0,7	14,7	74,0	0	10,7	0,0
Kota Bandung	4,2	25,6	67,6	0	1,3	1,3
Kota Cirebon	2,0	23,8	68,2	0,0	6,0	0
Kota Bekasi	4,8	36,4	55,3	0,4	2,7	0,4
Kota Depok	2,6	29,5	65,3	0	2,5	0
Kota Cimahi	1,6	28,8	67,3	0,0	1,6	0,6
Kota Tasikmalaya	1,4	14,9	61,1	0,0	22,2	0,3
Kota Banjar	1,2	9,4	37,6	0	51,8	0
JAWA BARAT	2,2	11,6	48,9	0,3	36,5	0,5

Jenis bahan bakar utama memasak di Jawa Barat pada umumnya memakai minyak tanah sebesar 48,9, kemudian kayu bakar sebesar 36,5 %, urutan ketiga gas elpiji sebesar 11,6 lainnya memakai listrik, arang dan lain-lain dalam Persentase yang relatif kecil (lihat tabel 3.9.5.1). Pemakaian minyak tanah terendah di Kabupaten Ciamis sebesar 18,2% dan tertinggi di Kota sukabumi sebesar 74,0 %. Pemakaian kayu bakar sebaran terendah di Kota Bandung sebesar 1,3 % dan tertinggi di Kabupaten Ciamis.

Tabel 3.9.5.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Bahan Bakar Utama Memasak					
	Listrik	Gas/ Elpiji	Minyak Tanah	Arang/ Briket	Kayu Bakar	Lainnya
Tempat tinggal						
Perkotaan	2,8	19,7	63,6	0,3	13,0	0,6
Pedesaan	1,6	3,3	33,9	0,4	60,4	0,4
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	1,7	1,5	40,2	0,4	55,8	0,4
Kuintil 2	1,8	3,9	47,5	0,2	46,2	0,3
Kuintil 3	1,8	7,3	53,0	0,5	37,2	0,2
Kuintil 4	1,9	13,8	55,5	0,3	28,1	0,5
Kuintil 5	3,9	31,4	48,2	0,2	15,0	1,2

Penggunaan jenis bahan bakar utama memasak di perkotaan untuk minyak tanah dan gas elpiji sebarannya lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di pedesaan. Sebaliknya untuk penggunaan kayu bakar persentasenya lebih tinggi di pedesaan dibandingkan di perkotaan (lihat tabel 3.9.5.2).

Sebaran rumah tangga menurut jenis bahan bakar utama memasak dan kuintil dapat dilihat pada tabel 3.9.5.2 Dalam tabel tersebut terlihat bahwa semakin tinggi kuintil, maka penggunaan gas/elpiji dan minyak tanah sebarannya semakin tinggi, sebaliknya sebaran penggunaan kayu bakar semakin menurun. Untuk penggunaan listrik walaupun sebarannya relatif kecil, tetapi semakin tinggi kuintil, sebaran penggunaan listrik juga semakin naik. Untuk penggunaan arang/briket sebarannya relatif kecil dan bervariasi tetapi nilai sebarannya tidak jauh berbeda (0,2-0,5).

Tabel 3.9.5.3
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis Lantai		Kepadatan Hunian	
	Bukan Tanah	Tanah	$\geq 8 \text{ M}^2/\text{Kapita}$	$< 8 \text{ M}^2/\text{Kapita}$
Kab Bogor	94.3	5.7	81.0	19.0
Kab Sukabumi	97.2	2.8	84.4	15.6
Kab Cianjur	98.5	1.5	83.6	16.4
Kab Bandung	98.3	1.7	78.7	21.3
Kab Garut	98.5	1.5	76.0	24.0
Kab Tasikmalaya	97.7	2.3	85.2	14.8
Kab Ciamis	93.7	6.3	92.8	7.2
Kab Kuningan	96.8	3.2	96.0	4.0
Kab Cirebon	89.6	10.4	88.1	11.9
Kab Majalengka	95.8	4.2	95.8	4.2
Kab Sumedang	98.5	1.5	85.3	14.7
Kab Indramayu	84.2	15.8	94.2	5.8
Kab Subang	88.1	11.9	91.2	8.8
Kab Purwakarta	96.4	3.6	89.1	10.9
Kab Karawang	74.2	25.8	85.3	14.7
Kab Bekasi	73.5	26.5	81.0	19.0
Kota Bogor	97.6	2.4	86.5	13.5
Kota Sukabumi	98.7	1.3	83.9	16.1
Kota Bandung	98.1	1.9	72.8	27.2
Kota Cirebon	94.7	5.3	87.5	12.5
Kota Bekasi	97.0	3.0	87.6	12.4
Kota Depok	98.1	1.9	85.7	14.3
Kota Cimahi	96.8	3.2	71.6	28.4
Kota Tasikmalaya	96.9	3.1	84.8	15.2
Kota Banjar	94.0	6.0	91.8	8.2
JAWA BARAT	93.2	6.8	84.6	15.4

Tabel 3.9.5.3 menunjukkan persentase rumah tangga menurut jenis lantai rumah dan kepadatan hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat. Sebagian besar lantai rumah hunian bukan dari tanah yaitu 93,2% dengan kepadatan hunian $\geq 8 \text{ M}^2/\text{kapita}$ yaitu sebesar 84,6%. Hampir 80 wilayah di Jawa barat jenis lantainya sudah semen atau bukan tanah. Wilayah yang masih perlu mendapat perhatian dimana jenis lantai masih banyak menggunakan tanah adalah Kabupaten Bekasi (26.5%) dan Kabupaten

Karawang (25,8%). Untuk kepadatan hunian ≥ 8 M²/kapita, sebaran terendah di Kota Cimahi sebesar 71,6% di dan tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 96,0% .

Tabel 3.9.5.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Karakteristik	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	≥ 8 m ² / kapita	< 8 m ² / kapita
Tempat tinggal				
Perkotaan	95.8	4.2	82.2	17.8
Pedesaan	90.6	9.4	87.1	12.9
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	87.9	12.1	69.6	30.4
Kuintil 2	91.8	8.2	80.3	19.7
Kuintil 3	93.6	6.4	86.7	13.3
Kuintil 4	95.6	4.4	92.0	8.0
Kuintil 5	97.3	2.7	94.6	5.4

Sebaran penggunaan lantai bukan tanah di perkotaan (95,8%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (90,6%), dan sebaliknya sebaran kepadatan hunian di pedesaan (87,1%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (82,2%), untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 3.186. Semakin tinggi kuintil (semakin kaya), maka jenis lantai bukan dari tanah sebarannya juga semakin tinggi. Demikian juga untuk kepadatan hunian ≥ 8 M²/Kapita sebarannya juga semakin tinggi (untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 3.9.5.4).

Jenis bahan beracun berbahaya (B3) yang paling banyak digunakan oleh rumah tangga di Jawa barat adalah penghilang noda pakaian sebesar 57,2%, kemudian racun serangga sebesar 49,2%, pembersih lantai sebesar 40,5%, spray rambut 18,9%, Secara keseluruhan rerata penggunaan jenis bahan beracun berbahaya jauh diatas rerata nasional.

Pemanfaatan jenis Bahan Beracun Berbahaya (B3) yang dipergunakan oleh masyarakat di Jawa Barat dalam kehidupan sehari-hari untuk pemanfaatan dalam rumah cukup besar. Hal ini terjadi terutama di kawasan perkotaan seperti Kota Bogor, Bandung, Cirebon, Bekasi Depok, Cimahi dan Tasikmalaya. Sedangkan wilayah yang memiliki nilai pemanfaatan B3 dalam rumah yang relatif rendah adalah Kabupaten Sukabumi, Cianjur dan Tasikmalaya. Besarnya pemanfaatan B3 jenis penghilang noda pakaian dapat menimbulkan pencemaran kualitas air permukaan baik sungai maupun situ/danau dari parameter deterjen. Sedangkan besarnya pemanfaatan B3 berupa racun serangga maupun pembersih lantai yang mengandung disinfektan beresiko terhadap bahaya keracunan

Tabel 3.9.5.5
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Beracun Berbahaya
di Dalam Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis bahan beracun berbahaya					
	Pengharum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
Kab Bogor	7,6	10,8	34,4	56,2	2,8	25,5
Kab Sukabumi	8,5	13,2	19,5	27,9	3,9	30,0
Kab Cianjur	8,8	11,4	19,8	45,5	5,0	16,1
Kab Bandung	18,7	14,2	38,8	58,8	9,1	47,9
Kab Garut	8,2	8,8	21,5	57,9	10,4	40,3
Kab Tasikmalaya	6,2	21,0	11,8	24,8	4,1	14,4
Kab Ciamis	15,5	10,0	22,8	47,1	7,9	49,3
Kab Kuningan	14,9	5,8	37,4	32,6	12,6	26,0
Kab Cirebon	14,0	20,9	36,4	53,5	10,4	60,6
Kab Majalengka	13,8	4,6	33,5	71,7	10,5	44,0
Kab Sumedang	17,7	15,9	30,0	85,1	6,9	71,3
Kab Indramayu	12,5	26,5	31,7	53,3	8,6	53,8
Kab Subang	10,5	15,0	27,5	77,6	6,8	63,4
Kab Purwakarta	9,2	19,0	35,6	72,8	7,7	61,1
Kab Karawang	14,2	32,8	36,8	56,4	13,5	72,8
Kab Bekasi	18,9	28,8	48,3	54,8	10,5	57,8
Kota Bogor	24,0	37,4	70,1	69,2	18,7	47,5
Kota Sukabumi	22,1	26,2	61,3	58,4	13,7	41,5
Kota Bandung	31,0	15,9	71,7	69,3	17,7	58,4
Kota Cirebon	25,7	16,9	56,7	66,3	18,5	62,3
Kota Bekasi	17,7	27,4	74,1	49,0	17,5	60,5
Kota Depok	21,9	35,3	77,1	72,6	17,8	49,4
Kota Cimahi	29,8	26,1	69,7	43,5	19,0	55,9
Kota Tasikmalaya	17,9	18,8	46,4	92,4	8,6	80,5
Kota Banjar	18,2	23,5	39,9	61,2	14,2	71,1
JAWA BARAT	15,8	18,9	40,5	57,2	10,5	49,2

Penggunaan jenis bahan beracun berbahaya bila dibandingkan antara perkotaan dan pedesaan, maka penggunaan penghilang noda pakaian sebarannya di perkotaan (61,1%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (50,5%), dan penggunaan racun serangga di perkotaan (51,2%) juga lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (42,5%). Demikian juga untuk penggunaan pengharum, spray rambut, pembersih lantai dan pengkilap kayu/kaca sebaran penggunaan di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di pedesaan .

Semakin tinggi kuintil (semakin kaya), maka jenis bahan beracun berbahaya yang digunakan didalam rumah seperti pengharum, spray rambut, pembersih lantai, penghilang noda pakaian, dan pengkilap kayu/kaca sebaran juga semakin tinggi. Untuk racun serangga pada kuintil 1 cukup tinggi dibandingkan kuintil 2, hal ini diduga ada kaitannya dengan penggunaan racun berbahaya untuk kegiatan pertanian dan perikanan, dimana kuintil 1 banyak tinggal di pedesaan. Sedangkan penggunaan pada kuintil 2-5 semakin tinggi sebarannya, diduga penggunaan racun serangga di tingkat ini semakin luas pada berbagai kebutuhan rumah tangga maupun usaha.

Tabel 3.9.5.6
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya
di Dalam Rumah dan Karakteristik Responden di Provinsi Jawa Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis Bahan Beracun Berbahaya					
	Peng- harum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
Tempat Tinggal						
Perkotaan	20,7	21,8	56,6	61,1	13,8	51,2
Pedesaan	9,0	14,8	21,7	50,5	5,9	42,5
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	6,0	13,3	22,8	47,9	3,7	44,5
Kuintil 2	9,2	14,9	30,5	52,2	6,3	43,6
Kuintil 3	12,0	17,1	36,1	55,1	7,8	45,4
Kuintil 4	18,1	19,9	46,3	58,9	11,1	47,8
Kuintil 5	29,3	26,4	61,0	65,2	20,4	53,2

Rumah tangga di Provinsi Jawa Barat sebagian besar tidak memelihara ternak dengan sebaran antara 69,8 % - 98,6%. Walaupun memelihara biasanya ternak unggas dipelihara di luar rumah sebesar 25,8%. Bila dilihat per Kabupaten/Kota, maka ternak unggas di luar rumah sebaran terendah di Kabupaten Garut (7,2%) dan tertinggi di Kabupaten Ciamis (55,3%).

Pola pemeliharaan baik ternak unggas, sedang dan besar maupun anjing, kucing atau kelinci di Provinsi Jawa Barat dapat dikatakan memperlihatkan pola hidup yang sehat. Mereka yang memelihara binatang cenderung memelihara di luar rumah. Terdapat pengecualian untuk Kabupaten Garut, hal ini dapat diartikan bahwa sosialisasi pola hidup sehat belum berhasil atau kondisi keamanan belum memadai untuk pemeliharaan ternak. Sementara itu sebagian besar masyarakat kabupaten/kota Jawa Barat yang tidak memelihara hewan (di atas 90% kecuali unggas sebesar 69,8 %) Pemeliharaan ternak baik di didalam dan di luar rumah sebaran di pedesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Sebaliknya rumah tangga yang tidak memelihara ternak, sebaran di perkotaan (81,6 % - 99,5%) lebih tinggi dibandingkan di pedesaan (57,8 % - 97,6 %).

Ditinjau dari kelompok kuintil, maka semakin tinggi kuintil pemeliharaan ternak unggas dan ternak sedang baik di dalam rumah dan di luar rumah sebarannya semakin rendah. Untuk pemeliharaan ternak besar baik di dalam rumah (0,1-0,3 %) dan di luar rumah 0,8-1,9 %) sebarannya relatif kecil. Pemeliharaan binatang jinak (anjing/kucing/kelinci) baik di dalam rumah dan di luar rumah hampir tidak membedakan antar kuintil, sebarannya relatif kecil. Implikasi dari keadaan ini tentunya adalah penyakit bersumber binatang jinak akan beresiko pada setiap kelompok masyarakat

Tabel 3.9.5.7
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 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
Kab Bogor	2.0	24.6	73.4	0.3	9.2	90.5	0.0	1.1	98.9	1.3	1.2	97.5
Kab Sukabumi	3.1	36.3	60.6	0.1	16.4	83.6	0.0	1.7	98.3	4.3	3.4	92.3
Kab Cianjur	9.3	32.2	58.5	0.5	13.9	85.6	0.1	1.7	98.2	4.5	1.7	93.8
Kab Bandung	1.7	22.0	76.2	0.1	6.4	93.6	0.1	1.6	98.3	1.2	2.6	96.2
Kab Garut	19.7	7.2	73.1	8.8	1.9	89.3	2.0	1.2	96.8	6.9	1.8	91.2
Kab Tasikmalaya	3.6	49.9	46.5	0.2	13.9	85.9	0.2	4.3	95.5	4.2	2.6	93.2
Kab Ciamis	3.4	55.3	41.3	0.1	9.9	90.0	0.0	3.2	96.8	4.9	6.4	88.7
Kab Kuningan	3.5	25.6	70.9	0.8	10.4	88.9	0.0	2.5	97.5	0.6	0.8	98.7
Kab Cirebon	5.9	26.2	67.9	0.0	3.2	96.8	0.0	0.0	100.0	0.1	1.1	98.8
Kab Majalengka	3.5	31.8	64.6	0.5	8.6	90.9	0.2	1.7	98.1	1.4	0.8	97.8
Kab Sumedang	3.2	30.2	66.6	0.3	15.2	84.5	0.2	3.0	96.8	2.7	3.9	93.4
Kab Indramayu	8.6	31.8	59.6	0.4	4.6	95.0	0.1	0.6	99.3	3.2	2.1	94.7
Kab Subang	1.4	35.2	63.4	0.1	11.0	88.9	0.0	2.2	97.8	4.4	6.7	88.9
Kab Purwakarta	1.8	32.6	65.6	0.3	9.0	90.8	0.3	2.3	97.4	5.9	1.8	92.3
Kab Karawang	3.6	28.1	68.3	0.2	4.4	95.4	0.0	0.3	99.7	2.2	1.3	96.5
Kab Bekasi	4.4	23.6	72.0	0.1	5.5	94.4	0.0	0.6	99.4	2.7	1.3	96.0
Kota Bogor	1.1	12.5	86.4	0.0	1.5	98.5	0.0	0.4	99.6	2.2	2.6	95.2
Kota Sukabumi	1.4	16.3	82.3	0.0	1.4	98.6	0.0	0.7	99.3	2.7	3.4	93.9
Kota Bandung	2.5	7.9	89.6	0.0	0.1	99.9	0.0	0.0	100.0	2.1	2.4	95.5
Kota Cirebon	3.3	10.7	86.0	0.0	1.3	98.7	0.0	0.0	100.0	0.7	1.3	98.0
Kota Bekasi	1.4	11.8	86.8	0.0	0.9	99.1	0.0	0.0	100.0	1.7	2.5	95.7
Kota Depok	2.4	12.5	85.1	0.0	0.8	99.2	0.0	0.1	99.9	3.1	4.8	92.1
Kota Cimahi	2.9	9.7	87.4	0.0	1.0	99.0	0.0	0.6	99.4	2.9	3.2	93.8
Kota Tasikmalaya	2.4	14.7	82.9	0.0	1.4	98.6	0.0	0.3	99.7	1.8	1.1	97.2
Kota Banjar	3.5	35.3	61.2	0.0	4.8	95.2	0.0	0.0	100.0	6.0	3.6	90.5
JAWA BARAT	4.4	25.8	69.8	0.7	6.9	92.4	0.2	1.3	98.6	2.9	2.5	94.6

Tabel 3.9.5.8
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/domba/babi dan lain lain)			Ternak Besar (sapi/kerbau/kuda dan lain lain)			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
Tempat Tinggal												
Perkotaan	2.7	15.7	81.6	0.1	2.2	97.6	0.0	0.5	99.5	2.0	2.4	95.6
Pedesaan	6.2	36.0	57.8	1.2	11.8	87.0	0.3	2.1	97.6	3.7	2.6	93.6
Tingkat pengeluaran perkapita												
Kuintil 1	6.0	29.4	64.6	1.3	10.4	88.3	0.2	1.5	98.3	3.1	2.3	94.6
Kuintil 2	5.2	28.2	66.5	1.0	9.1	89.9	0.2	1.9	97.9	3.2	2.5	94.3
Kuintil 3	4.2	28.0	67.8	0.6	6.7	92.7	0.1	1.1	98.8	2.7	2.5	94.7
Kuintil 4	4.0	24.4	71.6	0.3	5.1	94.6	0.3	1.1	98.6	2.7	2.5	94.8
Kuintil 5	2.6	18.8	78.6	0.1	3.4	96.5	0.1	0.8	99.2	2.5	2.7	94.8

Berbagai sumber pencemar di Provinsi Jawa Barat jaraknya >200 meter, sebarannya berkisar 65,8 % - 96,7%. Sementara yang beresiko terhadap gangguan sumber pencemaran , berjarak < 10 berkisar antara 0,5 - 5,0. Secara umum jarak rumah dengan sumber pencemar ditingkat kabupaten/kota Provinsi Jawa Barat relatif baik. Sumber pencemar terbesar diperoleh dari lokasi rumah berada didekat jalan raya. Olehkarena pola kehidupan masyarakat yang cenderung mendekati dengan akses transportasi. Namun, disisi lain kondisi demikian saat ini dirasakan cukup berpengaruh terhadap tingginya tingkat penyakit ISPA yang terjadi.

Perlu dicermati dari tabel diatas adalah jarak tempat pembuangan sampah antara 10 m – 100 m di kabupaten Bandung, Cirebon dan Majalengka, Kota Bogor, Sukabumi, Bandung, Bekasi, Depok dan Cimahi. Hal ini berkaitan dengan penduduk yang tinggal di wilayah tersebut berkisar antara 50% – 10 %. Perlu adanya manajemen distribusi tempat pembuangan sampah yang baik sehingga lokasi itu tidak menjadi tempat pencemar bagi masyarakat yang tinggal di lokasi tersebut

Secara umum daerah perkotaan lebih beresiko terhadap pencemaran. Terlihat daerah perkotaan sebaran dari berbagai kelompok sumber pencemaran jarak <200 lebih tinggi di banding pedesaan. Sebaliknya jarak sumber pencemar >200 meter, sebaran di pedesaan (berkisar antara 75,9% - 98,3%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (berkisar antara 55,9% - 95,0%).

Sebaran rumah tangga menurut jarak rumah ke sumber pencemar dan kuintil dapat dilihat pada tabel 7.34. Tercatat sebagian besar rumah tangga di Jawa Barat tinggal pada jarak >200 meter dari rumah (65,8%), dan dari komunitas ini ternyata semakin tinggi kuintil (semakin kaya) maka jarak rumah ke >200 meter sebarannya semakin rendah, sebaliknya untuk jarak <10 meter sebarannya semakin meningkat. Untuk tempat pembuangan sampah, maka sebagian besar tinggal pada jarak > 200 meter dari rumah (85,8%), dan pada komunitas ini sebaran bervariasi bedanya relatif kecil antar kuintil (85,5%-86,1%). Demikian juga untuk industri/pabrik sebagian besar tinggal pada jarak > 200 meter dari rumah (89,3%), dan pada komunitas ini sebaran bervariasi bedanya relatif kecil antar kuintil (88,5%-90,4%). Sama halnya pada jaringan listrik SUTET, sebagian besar tinggal pada jarak > 200 meter dari rumah (96,7%), dan pada komunitas ini sebaran bervariasi bedanya relatif kecil antar kuintil (96,4% - 97,1%).

Tabel 3.9.5.9
Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah Ke Sumber Pencemar dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Jawa Barat, Riskesdas 2007

Kab/Kota	Jalan raya/rel kereta api (dlm meter)				Tempat pembuangan sampah (dlm meter)				Industri/pabrik (dlm meter)				Jaringan Listrik Sutt/Sutet (dlm meter)			
	<10	10-100	101-200	>200	<10	10-100	101-200	>200	<10	10-100	101-200	>200	<10	10-100	101-200	>200
Kab Bogor	4,9	15,8	6,5	72,8	2,1	9,6	1,7	86,7	,6	3,4	1,3	94,7	,5	3,6	,8	95,0
Kab Sukabumi	6,1	25,4	6,1	62,3	,5	3,4	1,7	94,4	,9	5,6	2,1	91,4	1,4	1,0	1,1	96,5
Kab Cianjur	2,8	10,2	3,1	83,9	,3	6,6	,2	92,9	,2	9,2	5,2	85,4	0	,7	,7	98,6
Kab Bandung	7,2	30,6	3,4	58,8	,8	12,7	3,6	83,0	,5	8,4	2,3	88,8	,2	2,8	,7	96,2
Kab Garut	5,5	23,5	6,6	64,4	,3	3,9	1,6	94,2	,1	3,5	1,0	95,4	0	,5	1,0	98,5
Kab Tasikmalaya	0,8	6,8	2,8	89,6	,1	0	0	99,9	,1	,4	,1	99,4	,1		0	99,9
Kab Ciamis	10,1	25,9	5,3	58,8	,6	7,3	,7	91,4	1,1	10,9	4,6	83,4	,5	,6	,4	98,6
Kab Kuningan	1,9	15,1	7,7	75,3	0	4,8	,6	94,6	1,0	2,3	,6	96,2	0	,4	,6	99,0
Kab Cirebon	3,3	21,3	12,5	62,9	6,4	33,7	2,4	57,5	,5	10,3	5,6	83,5	0	3,6	2,4	93,9
Kab Majalengka	4,3	12,5	2,8	80,4	5,8	17,2	2,2	74,8	,8	8,8	2,7	87,8	0	,8	,2	99,1
Kab Sumedang	4,0	10,5	2,6	82,9	,2	2,1	,9	96,9	,3	6,1	,5	93,1	,2	3,6	,2	96,1
Kab Indramayu	5,0	20,9	10,9	63,2	,4	2,3	,4	96,8	,2	4,2	3,1	92,4	,5		0	99,5
Kab Subang	2,8	7,4	2,6	87,2	1,3	,8	0	97,9	1,3	2,2	,7	95,8	1,8		0	98,2
Kab Purwakarta	8,4	19,8	6,9	64,9	3,9	6,7	1,6	87,8	1,1	10,0	2,1	86,8	,3	2,3	1,3	96,1
Kab Karawang	3,6	14,2	6,1	76,1	1,4	4,3	1,1	93,2	1,2	10,1	5,8	82,9	1,2	,2	,3	98,3
Kab Bekasi	5,7	22,1	12,4	59,7	8,4	8,0	0	83,6	1,3	6,1	2,4	90,2	,6	,3	2,1	97,0
Kota Bogor	6,2	28,0	9,8	56,0	3,2	16,7	3,5	76,6	,7	6,9	2,6	89,8	,5	4,3	1,6	93,6
Kota Sukabumi	15,2	46,2	11,0	27,6	5,0	46,8	13,5	34,8	4,1	11,0	4,8	80,1	2,1	3,5	1,4	93,0
Kota Bandung	3,4	46,3	13,2	37,1	1,0	14,9	8,5	75,6	1,0	12,6	7,1	79,3	,4	5,1	0	94,6
Kota Cirebon	6,4	21,3	8,5	63,8	1,5	6,1	1,5	90,9	,7	2,8	2,1	94,4	0	,8	,8	98,5
Kota Bekasi	4,0	18,6	9,9	67,5	2,6	13,1	2,6	81,7	1,3	4,3	4,9	89,5	1,7	4,4	,1	93,9
Kota Depok	8,5	36,4	10,4	44,7	6,4	19,3	4,7	69,5	1,4	8,0	5,1	85,5	,8	2,6	2,4	94,1
Kota Cimahi	4,9	37,9	20,7	36,6	2,0	29,1	13,9	55,0	1,6	18,5	9,1	70,8	,3	8,0	2,3	89,3
Kota Tasikmalaya	7,4	31,7	5,6	55,3	1,1	5,1	1,1	92,6	,4	3,4	1,1	95,1	0	1,5	,7	97,8
Kota Banjar	4,8	20,2	10,7	64,3	0	2,4	1,2	96,5	,0	10,0	7,5	82,5	0	1,2	1,2	97,6
JAWA BARAT	5,0	21,7	7,4	65,8	2,1	9,9	2,2	85,8	0,8	6,8	3,2	89,3	0,5	2,0	0,8	96,7

Tabel 3.9.5.10
Sebaran Rumah Tangga menurut Jarak Rumah Ke Sumber Pencemar dan Karakteristik Responden
di Provinsi Jawa Barat, Riskedas 2007

Karakteristik	Jalan raya/rel kereta api (dlm meter)				Tempat pembuangan sampah (dlm meter)				Industri/pabrik (dlm meter)				Jaringan Listrik SUTT/SUTET (dlm meter)			
	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200
Tempat Tinggal																
Perkotaan	5,7	28,2	10,3	55,9	2,5	14,4	3,8	79,4	1,0	7,8	3,9	87,3	0,7	3,2	1,1	95,0
Perdesaan	4,4	15,2	4,5	75,9	1,9	5,5	0,6	92,0	0,6	5,8	2,4	91,3	0,4	0,8	0,5	98,3
Tingkat pengeluaran perkapita																
Kuintil 1	3,2	20,5	6,2	70,0	2,7	10,2	1,5	85,6	0,5	6,3	2,8	90,4	0,4	1,8	0,6	97,1
Kuintil 2	4,0	19,5	6,9	69,6	2,5	10,3	1,7	85,5	0,5	6,9	3,4	89,2	0,4	2,2	1,0	96,4
Kuintil 3	4,2	21,8	7,9	66,1	1,9	9,7	2,2	86,1	0,8	6,3	3,2	89,7	0,5	1,8	0,8	96,9
Kuintil 4	5,8	22,7	7,4	64,0	2,3	9,6	2,2	85,9	1,2	7,2	3,1	88,5	0,7	2,1	0,7	96,5
Kuintil 5	7,8	24,1	8,6	59,6	1,4	9,6	3,2	85,8	1,0	7,2	3,3	88,5	0,7	1,9	0,9	96,5

BAB 4. RINGKASAN TEMUAN

4.1. Gizi.

Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk dan gizi kurang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut. Secara umum di tingkat provinsi, prevalensi gizi buruk dan kurang pada anak balita sebesar 15%, dimana pencapaian tersebut lebih baik dari target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18%). Hanya 1 kabupaten yaitu Kabupaten Cirebon yang belum mencapai target nasional dan 4 kabupaten/kota belum mencapai target MDG 2015 yaitu Kabupaten Cirebon, Kabupaten Majalengka, Kabupaten Indramayu dan Kota Cirebon. Prevalensi balita gizi lebih sebesar 3,5%, hampir sama dengan prevalensi gizi buruk (3,7%). Tiga kabupaten/kota perlu diwaspadai karena mempunyai prevalensi gizi lebih mendekati 10%, yaitu Kabupaten Karawang, Kota Bekasi, dan Kota Depok. 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. Masalah pendek pada balita di Jawa Barat ditemukan pada 1 dari 3 anak (35,4%). Bahkan masalah pendek ditemukan pada hampir separuh balita di 5 kabupaten (Cianjur, Bandung, Garut, Majalengka dan Subang) dan 1 kota (Tasikmalaya). Peningkatan masalah pendek terlihat setelah mencapai umur 11 bulan, lebih tinggi di pedesaan dibandingkan perkotaan. Tingginya prevalensi balita pendek menunjukkan bahwa masalah ini serius dan perlu mendapat perhatian khusus untuk mengatasinya. Indikator BB/TB menggambarkan status gizi yang sifatnya **akut** sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang pendek. Masalah kekurusan secara umum yaitu 9%, berada di bawah batas kondisi yang dianggap serius (10%), akan tetapi ada 7 kabupaten/kota yang berada pada keadaan serius yaitu : Kabupaten Garut, Kabupaten Cirebon, Kabupaten Subang, Kabupaten Karawang, Kota Bandung, Kota Cirebon dan Kota Depok. Cukup menarik bahwa besaran masalah kekurusan dan kegemukan pada anak balita hampir sama yaitu 9,0% dan 9,6% . Fakta ini menunjukkan bahwa masalah gizi ganda bahkan sudah ditemukan sejak usia balita dan masalah kegemukan perlu mendapat perhatian disamping masalah kekurusan yang sudah mendapat perhatian. Sebanyak 12 kabupaten/kota yaitu Kab Sukabumi, Kab Cianjur, Kab. Bandung, Kab. Garut, Kab. Tasikmalaya, Kab. Ciamis, Kab. Cirebon, Kab. Majalengka, Kab. Subang, Kab. Karawang, Kota Bandung, Kota Cirebon, Kota Tasikmalaya yang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka nasional dan masalah gizi akutnya belum mencapai kondisi serius. Dua kabupaten yaitu Kabupaten Garut dan Kabupaten Subang menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Sama halnya dengan balita, masalah kegemukan pada usia sekolah juga perlu mendapat perhatian serius dimana beberapa daerah dengan prevalensi >10% yaitu untuk anak laki-laki di Kota Bogor (15,3%), Depok (14,5%), Bekasi (11,9%), Bandung (11,4%) sedangkan untuk anak perempuan di Kota Depok (13,1%). Demikian pula pada dewasa, masalah kegemukan ditemukan pada satu dari lima orang dewasa (22%), lebih tinggi daripada angka nasional (19,1%). Secara umum persentase obesitas umum provinsi Jawa Barat pada laki-laki (14,3%) lebih rendah dibandingkan perempuan (29,0). Prevalensi obesitas sentral di provinsi sebesar 20,3%. Bila dilihat per-Kabupaten/Kota, maka prevalensi tertinggi di Kota Bekasi sebesar 47,1% dan terendah di Kabupaten Cianjur yaitu 12,3%. Prevalensi resiko KEK tertinggi di Provinsi Jawa Barat ditemukan di Kabupaten Cirebon (20,7%) dan selanjutnya di Kabupaten Sukabumi (17,1%). Prevalensi terendah didapatkan di Kota Depok yaitu 8,1%. Rata-rata konsumsi energi maupun protein masyarakat Jawa Barat lebih rendah dari rata-rata konsumsi nasional (1735,1 kkal dan 55,5 gram protein) yaitu 1636,7 kkal untuk energi dan 53,8 gram untuk protein. Prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein dibawah rerata nasional masing-masing sebesar 63,1% dan 61,1%.

Persentase tertinggi untuk rerata konsumsi energi adalah di Kota Bekasi, (78,5%) sedangkan untuk protein di Kabupaten Majalengka (74,5%). Sebaliknya prevalensi terendah untuk energi dan protein adalah di Kabupaten Kuningan (42,5% dan 42,8%). Baru sebanyak 58,6% rumah tangga mempunyai garam cukup iodium, pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO Universal Salt Iodization (USI) atau “garam beriodium untuk semua” yaitu minimal 90 rumah-tangga menggunakan garam cukup iodium.

4.2. Kesehatan ibu dan anak.

Secara umum cakupan imunisasi di tingkat provinsi untuk BCG dan Campak pada anak umur 12-23 sudah mencapai >80%, akan tetapi untuk DPT, POLIO dan HB belum mencapai target nasional. Cakupan imunisasi anak di perkotaan lebih tinggi dari pada di pedesaan. Sebanyak 25 kabupaten/kota yang berada di wilayah Jawa Barat, 21 kabupaten/kota telah mencapai cakupan imunisasi BCG sesuai target nasional, kecuali Kabupaten Cianjur (63,6%), Kabupaten Garut (74,8%), Kabupaten Purwakarta (71,0%), dan Kabupaten Karawang (79,4%). Ada sekitar 29,8% anak umur 6-59 bulan yang tidak pernah ditimbang dan yang ditimbang 1-3 kali sebesar 22,7%. Hampir separuh balita ditimbang ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir, persentase tertinggi di Kabupaten Kuningan sebesar 74,8% dan terendah di Kabupaten Cianjur sebesar 28,2%. Persentase penimbangan 1-3 kali di desa (24,6%) lebih tinggi dibandingkan dengan di kota (21,2%). Sebaliknya untuk penimbangan ≥ 4 kali persentase di kota (49,3%) lebih tinggi dibandingkan dengan di desa (45,4%). Persentase tempat penimbangan ke Posyandu di Desa (92,1%) lebih tinggi dibandingkan di Kota (84,3%). Hanya sepertiga anak balita di Jawa Barat (35,0%) memiliki KMS, lebih tinggi dari rata-rata nasional (23,3%). Kepemilikan buku KIA lebih rendah daripada kepemilikan KMS (5,7%), dan lebih rendah dibandingkan rata-rata nasional (13%). Cakupan pemberian kapsul vitamin A dalam 6 bulan terakhir telah mencapai 75,6%. Hanya sebagian bayi yang mempunyai catatan berat badan lahir. Pada umumnya berat badan lahir berdasarkan catatan yang ada (buku KIA, KMS, ataupun catatan kelahiran) ternyata berat badan lahir antara 2500-3999 gram, yakni sebesar 77,3%, kemudian ≥ 4000 gram sebesar 11,4%, dan < 2500 gram sebesar 11,2%. Bila dilihat per-Kabupaten/Kota untuk kategori 2500-3999 gram, persentase tertinggi di Kabupaten Garut sebesar 100,0% dan terendah di Kabupaten Cianjur sebesar 56,5%. Untuk kategori ≥ 4000 gram, persentase tertinggi di Kabupaten Tasikmalaya sebesar 33,3% dan terendah di Kabupaten Garut, Kabupaten Ciamis dan Kota Cimahi masing-masing sebesar 0%. Untuk kategori < 2500 gram, persentase tertinggi di Kabupaten Cianjur sebesar 23,9% dan terendah di Kabupaten Garut dan Kota Bekasi masing-masing sebesar 0%. Gambaran persentase berat badan lahir dari jenis kelamin maka, untuk kategori 2500-3999 gram dan ≥ 4000 gram persentase pada laki-laki (masing-masing 78,3% dan 12,9%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (masing-masing 76,3% dan 9,9%). Sebaliknya, untuk kategori < 2500 gram persentase pada perempuan (13,8%) lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki (8,8%). Berdasarkan catatan yang ada tersebut, prevalensi BBLR di Jawa Barat 11,2%, hampir sama dengan angka nasional (11,5%). Cakupan pemeriksaan kehamilan di Jawa Barat sebesar 95,0%. Bila dilihat per-Kabupaten/Kota maka, persentase tertinggi untuk yang periksa hamil di Kabupaten Kuningan, Kabupaten Sumedang, Kabupaten Subang, Kota Cirebon, Kota Cimahi dan Kota Banjar masing-masing 100,0% dan terendah di Kabupaten Garut sebesar 75,0%. Pemeriksaan yang paling sering dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan tekanan darah (97,5%) dan penimbangan berat badan (97,2%), sedangkan jenis pemeriksaan kehamilan yang jarang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan hemoglobin (35,0%) dan pemeriksaan urine (41,5%). Untuk pemeriksaan hemoglobin, persentase di Kota (40,4%) lebih tinggi dibandingkan di Desa (27,6%). Dan untuk pemeriksaan urine, persentase di Kota (46,2%) lebih tinggi dibandingkan di Desa. Pemeriksaan neonatus 0-7 hari (59,7%) dan neonatus 8-28 hari (40,1%) lebih tinggi

daripada rata-rata nasional (57,6% dan 33,5%). Pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari terendah di Kabupaten Garut (25,0%) dan untuk neonatus umur 8-28 hari terendah di Kabupaten Cianjur (22,2%).

4.3. Penyakit menular.

Prevalensi tertinggi Filariasis di Kabupaten Tasikmalaya, menyusul Kabupaten Karawang dan Kabupaten Cirebon meskipun di bawah angka nasional Walaupun rentang prevalensi di Provinsi Jawa Barat hanya 0 – 0.20, tetapi kejadian filariasis tetap harus menjadi perhatian karena merupakan penyakit tular vektor dan bersifat kronis. Dalam 12 bulan terakhir secara umum prevalensi DBD berdasarkan Diagnosis (D) dan Gejala (G) 0,4 ditemukan hampir di semua daerah dengan kisaran prevalensi 0,0 – 0,9. Prevalensi DBD (0,4%) juga di bawah angka nasional, tertinggi di Kabupaten Cirebon, selanjutnya di Kota Cimahi dan Kota Banjar. Secara umum rerata prevalensi Pneumonia dan Campak sedikit diatas rerata nasional sedangkan prevalensi ISPA dan TB di bawah rata-rata nasional. Prevalensi ISPA tertinggi di Kabupaten Karawang, selanjutnya Kabupaten Cirebon dan Kabupaten Tasikmalaya. Pneumonia tertinggi di Kabupaten Cirebon, menyusul Kabupaten Purwakarta dan Kabupaten Cianjur, Meskipun sudah jauh di bawah prevalensi nasional, tiga tertinggi prevalensi TB di Jawa Barat adalah Kabupaten Purwakarta, Kabupaten Cirebon dan Kabupaten Garut. Sedangkan untuk Campak adalah di Kabupaten Cirebon, Purwakarta dan Majalengka. Kabupaten Cirebon memerlukan penanganan serius karena prevalensi tertinggi untuk penyakit Filariasis, DBD, ISPA, Pneumonia, TB dan Campak terjadi di kabupaten ini. Prevalensi Tifoid (2,1%) dan Diare (10%) diatas rata-rata nasional. Prevalensi tertinggi untuk Tifoid adalah di Kabupaten Karawang, menyusul Kota Bogor dan Kabupaten Banjar. Prevalensi Hepatitis tertinggi di Kota Bogor selanjutnya di Kota Banjar dan Kabupaten Ciamis, Sedangkan untuk diare prevalensi tertinggi kembali terjadi di Kabupaten Cirebon,, Kabupaten Garut dan Kabupaten Karawang. Kota Bogor tampaknya juga perlu mendapat perhatian khusus karena kejadian Tifoid dan Hepatitis banyak ditemukan di Kota Sukabumi dan Kota Banjar.

4.4. Penyakit tidak menular.

Prevalensi penyakit persendian di tingkat provinsi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan (17,7) tidak jauh berbeda dengan angka Nasional (14,0). Hipertensi berdasarkan pengukuran ditemukan cukup tinggi (29,3), bahkan 3 kabupaten/kota dengan prevalensi di atas 40 yaitu Kabupaten dan Kota Tasikmalaya dan Kabupaten Kuningan. Secara umum prevalensi Diabetes berdasarkan diagnosis adalah 0,8, dimana 8 dari 9 kota dengan prevalensi $\geq 1,0$, hanya Kota Tasikmalaya dengan prevalensi diabetes $< 1,0$. Prevalensi Gangguan Mental Emosional di Jawa Barat cukup tinggi (20,0) lebih tinggi dibandingkan prevalensi nasional (11,6), dan prevalensi tertinggi di Kabupaten Purwakarta (31,9). Prevalensi gangguan jiwa berat di provinsi Jawa Barat 0,2 (kisaran 0,1 – 0,7), tertinggi di Kota Banjar, terdapat di semua kabupaten/kota, kecuali di Kabupaten Subang. Prevalensi buta warna 0,6 (kisaran 0,1 - 2,0), tertinggi di Kab. Cirebon, diikuti kota Sukabumi dan Kab. Karawang, tidak terdapat di Kab. Subang. Prevalensi glaucoma 0,4, (kisaran 0,1 – 3,7), tertinggi di Kota Sukabumi, terdapat di semua kabupaten/kota, kecuali kab. Majalengka, Kota Bandung, dan kota tasikmalaya

Prevalensi bibir sumbing 0,1 (kisaran 0,1 – 0,3) dan thalassemia 0,1 (kisaran 0,1 – 0,2). Prevalensi tertinggi bibir sumbing di Kab.Cirebon. Lainnya, prevalensi kecil di semua kabupaten/kota. Prevalensi dermatitis 9,3 (kisaran 3,4 – 16,1), tertinggi di Kab. Cirebon diikuti Kota Bogor dan Kota Cimahi, terdapat di semua kabupaten/kota,. Prevalensi

rhinitis 3,6 (kisaran 0,2 – 7,8), tertinggi di Kota Cimahi, diikuti kota Depok dan kota Bekasi.

Hemofili seperti buta warna mempunyai prevalensi yang sama yaitu 0,6 (kisaran 0,1 – 2,0), tertinggi di kabupaten Cirebon diikuti kota Sukabumi dan Kab. Karawang, tidak terdapat di Kab. Subang. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut kenapa angka prevalensi buta warna dan hemofili hampir bersamaan antara kabupaten/kota yang ada di provinsi Jawa Barat. Persentase low vision di tingkat provinsi 4,4, katarak pada penduduk usia 30 tahun keatas berdasarkan diagnosis nakes dalam 12 bulan terakhir wawancara 1,66. Rendahnya persentase diagnosis katarak oleh nakes mungkin berhubungan dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan matanya, meskipun mereka telah mengalami gejala gangguan penglihatan. Selanjutnya seperempat penduduk Jawa Barat mengalami masalah gigi mulut (gimul) dan hanya sepertiganya menerima perawatan dari tenaga medis. Hal ini juga menunjukkan masih rendahnya kesadaran untuk memeriksakan gigi ke tenaga kesehatan. Walaupun sebagian besar penduduk Jawa Barat (95,8) sudah menggosok gigi tiap hari, tetapi masih sedikit (8,2) yang berperilaku benar dalam menyikat gigi yaitu menyikat gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.

Persentase low vision di Jawa Barat berkisar antara 2,18 (Kota Depok) sampai 8,76 (Kab. Kuningan), sedangkan persentase kebutaan berkisar 0,16 (Kab. Subang) sampai 1,45 (Kab. Kuningan dan Kota Tasikmalaya). Menurut karakteristik umur, 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

4.5. Perilaku.

Penduduk Jawa Barat berusia diatas 10 tahun yang mempunyai kebiasaan merokok, sebagian besar merokok setiap hari pertama kali pada usia 15 – 19 tahun. Namun yang perlu menjadi perhatian adanya anak usia dini (10-14 tahun) yang sudah mulai merokok. Ironisnya pada responden dengan usia dini (remaja dini) telah mulai merokok pertama kali setiap hari pada usia 10 hingga 14 tahun artinya sebagian besar perokok remaja dini tersebut mengenal rokok dan langsung merokok setiap hari, kondisi ini sangat memprihatinkan sehingga sangat diperlukan adanya penyuluhan bahaya merokok sedini mungkin sejak mereka dibangku SD. Persentase perokok di Jawa Barat (26,7) lebih tinggi dibandingkan dengan persentase perokok secara nasional (23,7). Kabupaten Cianjur dan Kabupaten Ciamis merupakan kabupaten/kota dengan persentase perokok tertinggi di Jawa Barat. Sepertiga (32,6) penduduk umur ≥ 10 tahun termasuk perokok saat ini, dan menghisap rerata 8 batang per hari. Prevalensi perokok tertinggi adalah di Kabupaten Cianjur (39,2). Umumnya (81,5) perokok biasa merokok di dalam rumah. Berdasarkan umur responden Persentase penduduk yang mengkonsumsi minuman beralkohol sebagian besar berusia 15 hingga 24 tahun (5,0), dan 2,7 diantaranya masih mengkonsumsi minuman hingga 1 bulan terakhir. Perilaku yang cukup menarik dalam riskesdas di Jawa Barat, bahwa hampir semua (97) penduduk 10 tahun keatas kurang makan buah dan sayur dan terdapat merata di semua daerah. Satu dari tiga (29,7) penduduk ≥ 10 tahun di Jawa Barat tidak aktif melakukan kegiatan fisik, Kota Cirebon dengan prevalensi kurang aktifitas fisik tertinggi yaitu separuh (50,1) dan Kabupaten Kuningan dengan kurang aktifitas fisik tertinggi (15,7). Sebanyak 71,6 penduduk umur ≥ 10 tahun di Jawa Barat pernah mendengar tentang flu burung, yang berpengetahuan benar tentang flu burung 54,9 bersikap benar tentang flu burung Persentase 60,1. Persentase penduduk ≥ 10 tahun di Jawa Barat yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS sebesar 45,1, berpengetahuan benar tentang penularan

HIV/AIDS sebesar 34,9, dan berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS sebesar 21,6. Di Provinsi Jawa Barat pencapaian keluarga berperilaku hidup bersih dan sehat masih rendah (38,4) yang seharusnya bisa mencapai 65 (target 2010). Namun bila dilihat pencapaian per-kabupaten nampak di Kabupaten Sumedang sudah dapat mencapai target nasional tersebut. Secara umum, pencapaian keluarga bersih dan sehat pada keluarga yang tinggal di perkotaan lebih baik (45,1) dibandingkan dengan di pedesaan (31,1). Sebagian besar penduduk Jawa Barat berperilaku benar dalam hal Buang Air Besar (BAB) yaitu sebesar 77,5 dan yang berperilaku benar cuci tangan dengan sabun sebesar 40,7.

Riskesmas mengumpulkan data tentang makanan berisiko yang dikonsumsi oleh penduduk Jawa Barat usia ≥ 10 tahun. Enam dari sepuluh penduduk (58,8%) usia > 10 tahun sering mengonsumsi makanan manis, tertinggi ditemukan di Kabupaten Kuningan (81,8%) dan terendah di Kota Banjar (28,6%). Sedangkan prevalensi sering mengonsumsi makanan asin secara keseluruhan di Provinsi Jawa Barat ditemukan pada separuh penduduk (54,9%), tertinggi di Kabupaten Kuningan (94,1%) dan terendah di Kota Banjar (24,2%). Secara umum terdapat 2 dari 10 (23,6%) penduduk di Jawa Barat sering mengonsumsi makanan berlemak, tertinggi di Kabupaten Subang (91,8%) dan terendah di Kota Banjar (3,5%). Penduduk Jawa Barat jarang mengonsumsi jeroan dan makanan dipanggang. Satu dari 10 (11,6%) penduduk di Jawa Barat sering mengonsumsi makanan diawetkan, terbanyak di Subang (67,4%). Minuman berkafein sering dikonsumsi oleh 3 dari 10 (29,5%) penduduk Jawa Barat, tertinggi di Karawang (44,5%) dan terendah di Kabupaten Cirebon (18,1%). Penyedap sering dikonsumsi oleh 9 dari 10 (89,3%) penduduk secara keseluruhan, tertinggi di Subang (98%) dan terendah Kota Bekasi (82,2%).

4.6. Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Secara umum hampir separuh wilayah Jawa Barat mempunyai kemudahan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Terdapat 13 wilayah yang mempunyai lebih 50% pada klasifikasi jarak Yankes < 1 km, dan 14 kab/kota mempunyai lebih 70 % kategori jarak yankes kurang dari 15 menit. Umumnya jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan di perkotaan lebih dekat dan lebih pendek waktu tempuhnya dibandingkan dengan pedesaan. Pada umumnya jarak rumah ke UKBM di Jawa Barat < 1 km dengan waktu tempuh ≤ 15 menit. Dalam 3 bulan terakhir wawancara, hanya 28,4% yang memanfaatkan UKBM, sebagian besar (65,7%) karena tidak membutuhkan. Persentase yang memanfaatkan UKBM di pedesaan (29,2%) hampir sama dengan di perkotaan (27,7%). Jenis pelayanan yang paling banyak dimanfaatkan oleh rumahtangga adalah penimbangan (89%), imunisasi (56%) disusul PMT dan suplemen gizi (52,2% dan 51,3%). Penduduk yang melakukan pengobatan rawat jalan dan rawat inap sebagian dari ASKES/Jamsostek (9,9% dan 15,2%), dan sebagian ada yang menggunakan Askeskin/SKTM (5,4% dan 10,9%).

4.7. Kesehatan lingkungan.

Separuh (50,8%) rumah tangga di Jawa Barat menggunakan > 50 liter/orang/hari. Persentase tertinggi rumah tangga dengan penggunaan air bersih < 20 liter/orang/hari adalah di Kota Depok (72,9%) disusul Kabupaten Bogor dan Kabupaten Cianjur (70,3 dan 69,9%). Menurut jenis sumber air terbanyak mengandalkan sumur baik berupa pompa (29,2%), sumur terlindungi (28,1%) maupun tidak terlindungi (8,6%). Pelayanan pemerintah ataupun lembaga lainnya terhadap penyediaan air bersih melalui leding baik eceran maupun meteran masih rendah yaitu 8,2% dan 3,3%, tertinggi di Kota Cirebon disusul Kota Bogor. Penggunaan air kemasan sebanyak 7,0%, tertinggi di Kota dan Kabupaten Bekasi serta Kota Cimahi. Secara umum 44,2% penduduk Jawa Barat

kurang akses terhadap air bersih dan 45,8% kurang akses terhadap sanitasi. Sebagian besar rumah tangga di Jawa Barat mempunyai akses terhadap air bersih cukup baik, 29,3 rumah tangga menggunakan air bersih diatas 100 liter orang/hari, Kabupaten Subang merupakan kabupaten/kota dengan Persentase konsumsi air bersih >100 liter per-orang/hari yang paling tinggi (77,5%). Namun masih ada keluarga di Jawa Barat yang mengkonsumsi air bersih < 5 liter per-orang/hari yaitu: Kota Depok (8,4%) dan Kabupaten Ciamis (8,2%). Sebaran rumah tangga menurut akses terhadap air bersih dan sanitasi dan Kabupaten/Kota secara keseluruhan di provinsi Jawa Barat tidak jauh berbeda. Hanya pada akses terhadap air bersih terdapat perbedaan, di Jawa Barat katagori akses diatas rerata nasional sementara katagori kurang akses dibawah rerata nasional (65,0%). Ditinjau dari data Kabupaten/Kota, maka katagori kurang akses terhadap air bersih Sebaran tertinggi di Kota Depok (99,7%) Sementara wilayah yang tertinggi sebaran kurang akses terhadap sanitasi adalah Kabupaten Tasikmalaya (70,7%). Sebaran akses terhadap air bersih tergolong kurang di perkotaan (39,8%) lebih tinggi dibandingkan dengan pedesaan (49,1%).

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=73 8/24/2002.
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 Alberty. 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 Kawar, 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, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan.Jakarta, 7-8 Desember 2005.

60. Sandjaja, Titiek 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.

