

**LAPORAN HASIL  
RISET KESEHATAN DASAR  
(RISKESDAS)  
PROVINSI KALIMANTAN  
SELATAN  
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:
  - Rumah Tangga → 7 blok, 49 pertanyaan tertutup + beberapa pertanyaan terbuka
  - Individu → 9 blok, 178 pertanyaan
  - 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 dosel Poltekkes, Jajaran Pemda khususnya Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Labkesda dan Rumah Sakit serta Perguruan Tinggi. Untuk kesehatan masyarakat, kami berhasil menghimpun data dasar kesehatan dari 33 provinsi, 440 kabupaten/kota, blok sensus, rumah tangga dan individu. Untuk biomedis, kami berhasil menghimpun khusus daerah urban dari 33 provinsi 352 kabupaten/kota, 856 blok sensus, 15.536 rumahtangga dan 34.537 spesimen.

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

Kini kami menyadari, telah tersedia data dasar kesehatan yang meliputi seluruh kabupaten/kota di Indonesia meliputi hampir seluruh status dan indikator kesehatan termasuk data biomedis, yang tentu saja amat kaya dengan berbagai informasi di bidang kesehatan. Kami berharap data itu dapat dimanfaatkan oleh siapa saja, termasuk para peneliti yang sedang mengambil pendidikan master dan doktor. Kami memperkirakan akan muncul ratusan doktor dan ribuan master dari data Riskesdas ini. Inilah sebuah rancangan

karya “kejutan” yang membuat kami terkejut sendiri, karena demikian berat, rumit dan hebat kritikan dan apresiasi yang kami terima dari berbagai pihak.

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu’alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

# **SAMBUTAN**

## **MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

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

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

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

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

**Menteri Kesehatan Republik Indonesia**

The image shows a circular official stamp in blue ink. The outer ring of the stamp contains the text "MENTERI KESEHATAN" at the top and "REPUBLIK INDONESIA" at the bottom, separated by two stars. In the center of the stamp is the Garuda Pancasila, the national emblem of Indonesia. A handwritten signature in black ink is written over the stamp, extending to the right.

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

## **RINGKASAN EKSEKUTIF**

Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah sebuah *policy tool* bagi para pembuat kebijakan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota untuk mewujudkan

visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat”. Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 diselenggarakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan sebagai salah satu unit utama di lingkungan Departemen Kesehatan yang berfungsi menyediakan informasi kesehatan berbasis bukti. Pelaksanaan Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah upaya mengisi salah satu dari 4 (empat) *grand strategy* Departemen Kesehatan, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence-based* di seluruh Indonesia. Data dasar yang dihasilkan Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 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.

Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 dirancang dengan pengendalian mutu yang ketat, sampel yang memadai, serta manajemen data yang terkoordinasikan dengan baik. 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.

Atas dasar berbagai pertimbangan di atas, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melaksanakan riset kesehatan dasar (Riskesdas) untuk menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga sampai tingkat kabupaten/kota. Ruang Lingkup Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007

Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah riset berbasis komunitas dengan sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga yang dapat mewakili populasi di tingkat kabupaten/kota. Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 menyediakan informasi kesehatan dasar dengan menggunakan sampel Susenas Kor. Dengan demikian, Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 mencakup sampel yang lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya, dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas.

### **Ruang Lingkup Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007**

Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah riset berbasis komunitas dengan sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga yang dapat mewakili populasi di tingkat kabupaten/kota. Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 menyediakan informasi kesehatan dasar dengan menggunakan sampel Susenas Kor. Dengan demikian, Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 mencakup sampel yang lebih besar dari survei-survei kesehatan sebelumnya, dan mencakup aspek kesehatan yang lebih luas.

### **Pertanyaan penelitian**

Sesuai dengan latar belakang pemikiran dan kebutuhan perencanaan, maka pertanyaan penelitian yang harus dijawab melalui Riskesdas adalah a. Bagaimana status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan kabupaten/kota? b. Apa dan bagaimana faktor-faktor yang melatarbelakangi status kesehatan masyarakat di tingkat provinsi dan

kabupaten/kota? c. Apa masalah kesehatan masyarakat yang spesifik di tingkat provinsi dan kabupaten/kota?

### **Tujuan Riskesdas**

Tujuan Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 sebagai berikut:

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

### **Kerangka Pikir**

Pengembangan Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 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. Pada Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 ini tidak semua indikator dalam konsep empat faktor penentu status kesehatan Henrik Blum dikumpulkan.

### **Pengorganisasian Riskesdas**

Riskesdas direncanakan dan dilaksanakan seluruh jajaran Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain Badan Pusat Statistik, organisasi profesi, perguruan tinggi (poltekes), lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat.

### **Pengumpulan data Riskesdas**

Pengumpulan data Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 direncanakan untuk dilakukan segera/setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007.

### **Manfaat Riskesdas**

Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 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.

### **Persetujuan Etik Riskesdas**

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

## **Metodologi Riskesdas**

### **Disain**

Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah sebuah survei yang dilakukan secara *cross sectional*.

### **Lokasi**

Sampel Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 di tingkat kabupaten/kota berasal dari 13 kabupaten/kota yang tersebar merata di Provinsi Kalimantan Selatan.

### **Populasi dan Sampel**

Populasi dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Provinsi Kalimantan Selatan. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas Provinsi Kalimantan Selatan. Metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan identik pula *dengan two stage sampling* yang digunakan dalam Susenas 2007.

### **Penarikan Sampel Blok Sensus**

Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang proporsional terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk ke dalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat proporsional terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 494 (empat ratus sembilan puluh empat) sampel blok sensus, Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 berhasil mengunjungi 472 (empat ratus tujuh puluh dua) blok sensus dari 13 kabupaten/kota yang ada.

### **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 13 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Kalimantan Selatan adalah 7.904 (tujuh ribu sembilan ratus empat), sedang Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan berhasil mengumpulkan 7.263 (tujuh ribu dua ratus enam puluh tiga) rumah tangga.

### **Penarikan sampel anggota Rumahtangga**

Dari 13 kabupaten/kota pada Susenas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 terdapat 29.756 (dua puluh sembilan ribu tujuh ratus lima puluh enam) sampel anggota rumah tangga. Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 berhasil mengumpulkan 25.707 (dua puluh lima ribu tujuh ratus tujuh) individu anggota rumah tangga yang sama dengan Susenas.

### **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. Secara provinsi, terpilih sampel anggota rumah tangga berasal dari 23 blok sensus perkotaan yang terpilih dari 11 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Kalimantan Selatan 2007.



Risikesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 berhasil mengumpulkan 742 (tujuh ratus empat puluh dua).

### **Penarikan sampel iodium**

Ada 2 (dua) pengukuran iodium. Pertama, adalah pengukuran kadar iodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran iodium dalam urin. Pengukuran kadar iodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beriodium. Sedangkan pengukuran iodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam iodium pada penduduk. Pengukuran kadar iodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan “*iodina*” dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga. Dalam Risikesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 dilakukan test cepat iodium dalam garam pada 7.258 sampel rumah tangga dari 13 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan.

Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 Rumah tangga yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 RT per blok sensus di dua kabupaten. 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 Puslitbang Gizi dan Makanan Bogor. Pemilihan kabupaten tersebut berdasarkan hasil survei konsumsi garam beriodium pada Susenas 2005. Dua kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan yang terpilih adalah Kabupaten Tapin dan Balangan.

### **Variabel**

Dalam Risikesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 terdapat kurang lebih 600 variabel yang tersebar di dalam 6 (enam) jenis kuesioner.

### **Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data**

Pelaksanaan Risikesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 menggunakan Kuesioner RKD07.RT, RKD07.Gizi, Kuesioner RKD07.IND, Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3, dengan cara wawancara, sedangkan untuk biomedis dan garam iodium dilakukan dengan cara pemeriksaan.

### **Manajemen Data**

Manajemen data Risikesdas dilaksanakan oleh Tim Manajemen Data Pusat yang mengkoordinir Tim Manajemen Data dari Korwil I – IV. Urutan kegiatan manajemen data dapat diuraikan sebagai berikut: Editing, entry, dan cleaning

### **Keterbatasan Risikesdas**

Keterbatasan Risikesdas Provinsi Kalimantan Selatan 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 Risikesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007. Proses pengadaan logistik untuk kegiatan Risikesdas Provinsi Kalimantan Selatan 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 Risikesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007.

### **Hasil Pengolahan dan Analisis Data**

Isyu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Disain penarikan sampel Susenas 2007 adalah *two stage sampling*. Hasil pengukuran yang diperoleh dari *two stage sampling design* memerlukan perlakuan khusus yang pengolahannya menggunakan paket perangkat lunak statistik konvensional seperti SPSS.

## **HASIL RISKESDAS PROVINSI KALIMANTAN SELATAN 2007**

### **A. Status Gizi**

#### **1. Status Gizi Balita**

Prevalensi gizi buruk dan kurang di Provinsi Kalimantan Selatan masih mencapai 26,6% (rentang 17-35,6%), sebagian besar kabupaten/kota (11 dari 13) belum mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 dan target MDGs untuk Indonesia (18,5%), 2 kabupaten/kota yang telah mencapai target tersebut yaitu Kabupaten Tanah Laut dan Kota Banjar Baru.

Prevalensi masalah pendek pada balita di Provinsi Kalimantan Selatan masih tinggi yaitu sebesar 41,8% (27,8-50,4%). Sebagian besar kabupaten/kota (7 dari 13) memiliki prevalensi masalah pendek di atas angka provinsi adalah Banjar, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Tabalong, dan Banjarmasin.

Prevalensi balita sangat kurus di Provinsi Kalimantan Selatan masih cukup tinggi yaitu 7,8% (3,7-17,0%). Enam kabupaten dengan prevalensi balita sangat kurus melebihi angka prevalensi provinsi adalah Kota Baru, Hulu Sungai Selatan, Tabalong, Hulu Sungai Utara, Hulu Sungai Tengah, dan Tapin.

Masalah kurus masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, dengan angka prevalensi 16,3% (10,3-22,4%). Masalah kurus ini sudah merupakan masalah kesehatan masyarakat yang dianggap serius (prevalensi masalah kurus antara 10,1-15,0%) di semua kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan. Sepuluh kabupaten/kota dengan masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap kritis (prevalensi masalah kurus di atas 15%), yaitu Kota Baru, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Hulu Sungai Selatan, Barito Kuala, Tapin, Balangan, Tabalong, Tanah Bumbu, dan Banjar.

Semua kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan masih menghadapi masalah gizi akut dan 10 kabupaten/kota menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Hanya 3 kabupaten/ kota yang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka nasional yaitu Kota Baru, Tanah Bumbu, dan Banjar Baru.

Prevalensi balita gizi kurang dan buruk cenderung meningkat dengan meningkatnya umur balita, meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan kepala keluarga, lebih tinggi di perdesaan, dan meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga.

Prevalensi masalah pendek cenderung meningkat seiring bertambahnya umur balita, meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pendidikan KK, lebih tinggi pada perdesaan, meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran perkapita dan tinggi pada keluarga yang pekerjaan utama kepala keluarga sebagai petani/ nelayan/buruh.

#### **2. Status Gizi Penduduk Umur 6-14 Tahun (Usia Sekolah)**

Prevalensi masalah kurus anak usia sekolah (6-14 tahun) di Provinsi Kalimantan Selatan pada laki-laki 15,8% (rentang: 10,3-21,2%) dan pada perempuan 13,8% (6,8-19,1%).

### **3. Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas**

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

Prevalensi obesitas umum penduduk dewasa di Provinsi Kalimantan Selatan mencapai 16,5% (rentang:14,4-23,9%). Enam kabupaten/kota dengan prevalensi obesitas umum di atas angka prevalensi provinsi yaitu Kota Baru, Tanah Laut, Banjar, Tapin, Banjarmasin, dan Banjar Baru.

Masalah obesitas umum pada laki-laki dewasa di sebagian kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi sebesar 12,3%. Masalah obesitas umum pada perempuan dewasa di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi provinsi sebesar 20,4%.

Prevalensi kegemukan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan dan cenderung meningkat dengan meningkatnya tingkat pengeluaran perkapita.

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

Prevalensi obesitas sentral pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 17,5% (rentang 10,0-28,3%). Empat kabupaten / kota dengan prevalensi obesitas di atas angka prevalensi provinsi adalah Banjar Baru, Banjarmasin, Tapin, dan Banjar.

Prevalensi obesitas sentral meningkat sesuai dengan peningkatan umur sampai pada kelompok 45-54 tahun, kemudian cenderung menurun kembali dengan bertambah tuanya umur, jauh lebih tinggi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki, lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan, dan cenderung meninggi dengan meningkatnya tingkat pengeluaran perkapita.

### **4. Status gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)**

Prevalensi risiko Kurang Energi Kronis pada usia 15-45 tahun di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 14,0% (rentang: 8,0-29,9%), lima kabupaten dengan prevalensi di atas angka provinsi yaitu Hulu Sungai Utara (29,9%), Balangan (20,4%), Banjar (18,8%), Tanah Laut (17,5%), dan Tapin (14,3%).

Prevalensi risiko KEK lebih tinggi di daerah perdesaan, semakin rendah tingkat pengeluaran per kapita per bulan risiko KEK cenderung semakin tinggi.

### **5. Konsumsi Energi Dan Protein**

Rerata konsumsi per kapita per hari penduduk Provinsi Kalimantan Selatan adalah 1532,2 kkal untuk energi dan 58,7 gram untuk protein. Konsumsi energi penduduk di provinsi Kalimantan Selatan lebih rendah dari rerata konsumsi energi nasional (1735,5 kkal), dan konsumsi proteinnya lebih tinggi dari rerata konsumsi protein nasional (55,5 gram).

Kabupaten/kota dengan angka konsumsi energi terendah di Kota Baru dan tertinggi di Hulu Sungai Utara. Kabupaten/ Kota dengan angka konsumsi protein terendah yaitu kabupaten Tabalong dan tertinggi di Tanah Laut. Tujuh kabupaten/kota dengan angka rerata konsumsi energi lebih rendah dari angka provinsi adalah Tabalong, Hulu Sungai Selatan, Kota Baru, Balangan, Barito Kuala, Banjarmasin, Banjar. Kabupaten dengan konsumsi protein per kapita terendah adalah Tabalong (51,3 gram) dan tertinggi adalah RT di kabupaten Tanah Laut (68,9 gram). Tujuh kabupaten/kota dengan angka rerata konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata provinsi adalah Tabalong, Hulu Sungai Selatan, Kota Baru, Balangan, Barito Kuala, Banjarmasin, dan Banjar.

Prevalensi RT di perkotaan yang konsumsi energi di bawah angka rerata nasional lebih tinggi dari RT di perdesaan, sebaliknya prevalensi RT di perdesaan yang konsumsi protein di bawah angka rerata nasional lebih tinggi dari perkotaan. Menurut kuintil

pengeluaran RT, semakin rendah kuintil tingkat pengeluaran per kapita cenderung semakin tinggi pula prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein di bawah angka rerata nasional.

## **6. Konsumsi Garam Beriodium**

Kualitas konsumsi garam cukup iodium pada RT di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 76,2% (52,3-97,4%). Sebelas kabupaten/kota belum mencapai target “garam beriodium untuk semua”.

Persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium lebih tinggi di perkotaan, cenderung semakin rendah pada tingkat pengeluaran per kapita semakin rendah, cenderung semakin rendah pada pendidikan kepala keluarga yang semakin rendah.

## **B. Kesehatan Ibu Dan Anak**

### **1 Status Imunisasi**

Persentase cakupan imunisasi dasar anak umur 12-59 bulan yang tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan adalah BCG (85,8%), Campak (80,3%), dan Polio 3 (71,2%). Persentase cakupan imunisasi lengkap anak umur 12-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 52,9%, tidak lengkap adalah 36,4%, dan tidak mendapat imunisasi sama sekali sebesar 10,6%.

Untuk imunisasi yang tidak lengkap, persentase tertinggi di Balangan, Tapin, dan Hulu Sungai Selatan. Untuk yang tidak mendapat imunisasi sama sekali tertinggi di Banjar, Tanah Bumbu, dan Kota Baru.

Untuk persentase imunisasi tidak lengkap dan tidak mendapat imunisasi sama sekali makin meningkat pada pendidikan yang lebih rendah, lebih tinggi di perdesaan, dan meningkat pada tingkat pengeluaran per kapita yang lebih rendah.

### **2 Pemantauan Pertumbuhan Balita**

Persentase penimbangan enam bulan terakhir anak umur 6-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan yang tertinggi adalah sebanyak 1-3 kali (38,5%).

Tetapi persentase anak 6-59 bulan yang tidak pernah ditimbang selama enam bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan cukup banyak, yaitu 26,4% tertinggi di Tanah Bumbu, Banjar, dan Kota Baru.

Persentase penimbangan enam bulan terakhir anak berumur 6-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan yang tidak pernah ditimbang sama sekali lebih tinggi di perdesaan, cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran per kapita yang lebih rendah.

Persentase tempat penimbangan anak paling sering dalam enam bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan adalah di posyandu (68,4%), sedangkan Puskesmas hanya sebesar 16,4%, rumah sakit 2,9%, dan Polindes hanya mencapai 1%.

Di Provinsi Kalimantan Selatan, persentase tertinggi tentang kepemilikan kartu KMS adalah punya tetapi tidak dapat menunjukkan (48,9%), diikuti punya dan dapat menunjukkan 25,8% dan tidak punya KMS sebesar 25,3%. Kabupaten dengan persentase tertinggi untuk tidak punya KMS adalah Balangan, Hulu Sungai Selatan, dan Banjar.

Persentase tertinggi tentang kepemilikan buku KIA adalah tidak punya buku KIA (63,4%), untuk yang punya KIA bisa menunjukkannya hanya 11,3%. Kabupaten dengan persentase tertinggi pada tidak punya buku KIA adalah Hulu Sungai Tengah, Tanah Bumbu, dan Banjar. Persentase yang tidak punya buku KIA cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran yang lebih rendah.

Persentase cakupan anak umur 6-59 bulan menerima kapsul Vitamin A di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 81,4% (66,9-89,3%), tertinggi di kabupaten Tapin, Banjar Baru, dan Hulu Sungai Utara, terendah di Tanah Bumbu, Banjar, dan Hulu Sungai Tengah.

### **3. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

Persentase tertinggi tentang berat bayi lahir menurut ibu di Provinsi Kalimantan Selatan untuk berat kategori normal (73,3%), besar (16,6%) dan kecil (10,1%). Kabupaten yang memiliki persentase tertinggi pada kategori kecil adalah kabupaten Hulu Sungai Utara, Balangan, dan Banjar.

Cakupan pemeriksaan kehamilan di Provinsi Kalimantan Selatan sudah mencapai 92,3% (rentang: 69,2-100%), persentase terendah untuk ibu hamil yang periksa kehamilan adalah di Balangan dan Hulu Sungai Tengah.

Jenis pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan persentase tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan adalah penimbangan berat badan (95,5%), pemeriksaan tekanan darah (95,4%), dan pemberian tablet Fe (93,6%). Persentase pelayanan pemberian imunisasi TT dan pemeriksaan tinggi fundus juga cukup tinggi (89-84%). Jenis pelayanan pengukuran tinggi badan, pemeriksaan hemoglobin dan pemeriksaan urin adalah merupakan jenis pemeriksaan yang relatif rendah dibandingkan jenis pemeriksaan lainnya, yaitu 52,3%, 32,2% dan 27,0%.

Kabupaten dengan pemeriksaan tinggi badan terendah adalah Tanah Laut, Tapin dan Balangan, sedangkan yang terendah dalam pemeriksaan hemoglobin adalah Hulu Sungai Tengah, Tanah Laut dan Balangan. Kabupaten yang terendah dalam pemeriksaan urin pada kehamilan adalah Barito Kuala, Tanah Laut, dan Tanah Bumbu.

Persentase cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 68,4% (rentang: 48-84%) lebih tinggi dari pada pemeriksaan neonatus 8-28 hari yaitu 26,3% (rentang: 7,1-52,2%). Kabupaten untuk pelayanan neonatus umur 0-7 hari dengan persentase lebih rendah dari angka provinsi adalah Tanah Bumbu, Balangan, Kota Baru, Banjar, dan Hulu Sungai Utara. Persentase cakupan pelayanan neonatus umur 8-28 hari terendah terdapat di Tanah Laut, Tanah bumbu, Balangan, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, dan Hulu Sungai Utara.

Persentase cakupan pelayanan neonatus umur 0-7 hari dan 8-28 hari di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Cakupan pelayanan neonatus 0-7 hari cenderung meningkat dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

### **C Penyakit Menular**

Dalam 12 bulan terakhir filariasis klinis terdeteksi di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 0,4 per seribu penduduk (rentang: 0,4-1 per seribu penduduk). Lima kabupaten dengan prevalensi filariasis klinis lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi, yaitu Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Banjar, Hulu Sungai Tengah, dan Tanah Laut.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, kasus DBD klinis terdeteksi di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 0,26% (rentang: 0,14 – 0,59%), kecuali di Kabupaten Kota Baru dan Banjar Baru tidak terdeteksi. Lima kabupaten/kota dengan prevalensi DBD klinis lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Barito kuala, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Balangan, dan Banjarmasin.

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan dijumpai beragam dan tersebar pada di seluruh kabupaten/kota, dengan angka prevalensi sebesar 1,4% (rentang: 0,3-3,8%), relatif tinggi pada 5 kabupaten yaitu Barito Kuala, Banjar, Hulu Sungai Utara, Tanah Bumbu, dan Balangan. Responden yang terdiagnosis sebagai malaria klinis dan mendapat pengobatan dengan obat malaria program dalam 24 jam menderita sakit hanya 27,2% (rentang: 3,8-62,9%).

Filariasis ditemukan paling tinggi pada kelompok usia 15-24 tahun. DBD selain pada anak-anak namun sudah menyebar ke kelompok dewasa. Malaria tersebar di semua kelompok umur (kecuali bayi), terutama di kelompok usia produktif.

Prevalensi filariasis dijumpai lebih banyak pada kelompok responden dengan pendidikan yang lebih rendah namun tidak berbeda pada tingkat pengeluaran perkapita, selain itu penyakit ini tidak banyak berbeda berdasarkan tipe daerah.

Prevalensi DBD tidak banyak berbeda baik pada penduduk yang bertempat tinggal di perkotaan maupun di perdesaan, dengan pendidikan tinggi maupun rendah, dan kaya maupun miskin.

Penyakit malaria lebih banyak ditemukan di perdesaan dan lebih tinggi pada penduduk dengan pekerjaan sebagai petani/ nelayan/ buruh. Selain itu prevalensi malaria lebih tinggi pada pendidikan dan tingkat pengeluaran perkapita yang lebih rendah. Pengobatan dengan obat malaria program relatif lebih baik di daerah perdesaan dan dengan pekerjaan utama sebagai pegawai, namun lebih rendah pada pendidikan lebih rendah.

Prevalensi ISPA satu bulan terakhir tersebar di seluruh Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 27,1% (rentang 13,2-42,3%). Angka prevalensi yang melebihi angka prevalensi provinsi terdapat pada 7 Kabupaten/Kota, yaitu Balangan, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Tapin, Banjar, Tanah Laut, dan Tanah Bumbu.

ISPA merupakan penyakit yang terutama diderita oleh bayi dan anak (34-45% dari jumlah responden bayi dan anak menderita ISPA dalam sebulan terakhir), terendah pada kelompok umur 15-24 tahun. Prevalensi ISPA cenderung meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan, tertinggi pada responden yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh, relatif tinggi di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran per kapita.

Dalam 1 bulan terakhir, prevalensi Pneumonia di Provinsi Kalimantan Selatan 2,3% (rentang: 0,4-6,6%). Enam kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dibandingkan dengan angka prevalensi provinsi dijumpai di Kabupaten Barito Kuala, Balangan, Banjar, Hulu Sungai Utara, Tapin, dan Hulu Sungai Selatan. Pola Persentase Pneumonia menurut kelompok umur serupa dengan pola persentase ISPA, yaitu cukup tinggi pada Balita, dan selain itu dideteksi tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas). Prevalensi Pneumonia relatif lebih tinggi pada laki-laki, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan, tertinggi pada responden yang tidak bekerja dan sebagai petani/nelayan/buruh, relatif tinggi di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran per kapita.

Tuberkulosis paru klinis dalam 12 bulan terakhir, tersebar di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 1,4% (rentang 0,2-4,5%). Tiga kabupaten dengan angka prevalensi TB lebih tinggi dari angka provinsi yaitu Balangan, Banjar, dan Barito kuala. Untuk TB ada kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia, hampir sama pada laki-laki dan perempuan, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan, tertinggi pada responden yang tidak bekerja dan sebagai petani/nelayan/buruh, relatif tinggi di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran per kapita.

Prevalensi campak klinis 12 bulan terakhir di Kalimantan Selatan dengan prevalensi 1,2% (rentang: 0,1-2,5%). Di beberapa Kabupaten/Kota prevalensinya lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Utara, Banjar, dan Banjarmasin.

Persentase Campak ditemukan relatif tinggi pada umur 14 tahun kebawah, khususnya 1-4 tahun, tidak banyak berbeda antara jenis kelamin, cenderung meningkat pada pendidikan yang lebih rendah, relatif lebih tinggi di perdesaan dan tertinggi pada status ekonomi terendah (kuintil 1).

Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis tersebar di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 1,95% (rentang 0,42-4,29%). Enam dari 13 kabupaten/kota dengan prevalensi tifoid klinis lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar dan Hulu Sungai Selatan.

Prevalensi hepatitis di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 0,5% (rentang:0,05-2,0%). Kabupaten/kota dengan prevalensi hepatitis lebih tinggi dari angka provinsi adalah Kabupaten Barito Kuala, Banjar, dan Tapin.

Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan merata di seluruh kabupaten/kota, dengan prevalensi 9,5% (rentang: 3,2-17,8%). Kabupaten Barito Kuala, Balangan, Tapin, Banjar, Hulu Sungai Utara, dan Banjarmasin mempunyai prevalensi diare di atas 10%. Di antara wilayah-wilayah dengan prevalensi diare tinggi tersebut, pemakaian oralitnya kurang dari 34%. Pada kota Banjar Baru prevalensi diare adalah yang terendah (3,2%) namun penggunaan oralit cukup tinggi (55%).

Tifoid dan diare ditemukan pada semua kelompok umur, sedangkan hepatitis tidak ditemukan pada kelompok umur kurang dari 1 tahun. Tifoid terutama ditemukan pada kelompok umur usia-sekolah, sedangkan diare pada kelompok balita. Jenis kelamin tidak jauh berbeda pada prevalensi ke tiga penyakit ini. Namun kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung prevalensi tifoid lebih tinggi.

Prevalensi tifoid tertinggi dijumpai pada kelompok 'sekolah', hepatitis tertinggi pada kelompok dengan pekerjaan petani/nelayan/buruh, diare tertinggi pada kelompok tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh. Tifoid, hepatitis dan diare terutama dijumpai di daerah perdesaan. Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid, hepatitis dan diare cenderung lebih tinggi pada rumah tangga dengan status ekonomi rendah.

#### **D. Penyakit Tidak Menular**

Dalam 12 bulan terakhir prevalensi penyakit persendian pada penduduk usia 15 tahun ke atas di Provinsi Kalimantan Selatan 35,8% (rentang: 16,6-50%). Enam kabupaten dengan angka prevalensi melebihi angka provinsi yaitu Barito Kuala, Banjar, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Selatan, Tanah Bumbu, dan Balangan.

Prevalensi hipertensi pada penduduk 18 tahun ke atas di Kalimantan Selatan berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 39,6% (rentang: 34,9-48,2%). Tujuh kabupaten dengan prevalensi hipertensi lebih tinggi dari angka provinsi yaitu Hulu Sungai Selatan, Tapin, Tanah Bumbu, Hulu Sungai Tengah, Tabalong, Hulu Sungai Utara, dan Tanah Laut. Kasus hipertensi lebih banyak terdeteksi dengan pengukuran dan minum obat dibandingkan yang terdeteksi oleh tenaga kesehatan.

Prevalensi stroke dalam kurun waktu 12 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 9,7 per seribu penduduk (rentang: 5,2-18,5 per seribu penduduk). Empat kabupaten melebihi angka prevalensi provinsi yaitu Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Kota Baru, dan Tapin.

Prevalensi penyakit persendian, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur, cenderung lebih tinggi pada wanita dibandingkan laki-laki, cenderung lebih tinggi pada pendidikan yang lebih rendah, lebih tinggi di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Penyakit persendian paling tinggi pada responden dengan pekerjaan utama sebagai petani/buruh/nelayan, sedangkan hipertensi dan stroke lebih tinggi pada yang tidak bekerja. Hipertensi cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan status ekonomi, sedangkan penyakit persendian dan stroke tidak banyak berbeda di antara tingkat pengeluaran per kapita.

Dalam 12 bulan terakhir prevalensi penyakit Asma pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 5,4% (rentang: 1,8-9,2%). Ada 5 kabupaten/kota melebihi

angka prevalensi provinsi yaitu Banjar, Barito Kuala, Banjarmasin, Balangan dan Hulu Sungai Utara. Prevalensi penyakit jantung pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 8,1% (rentang: 1,7-12,7%). Lima kabupaten/kota dengan angka prevalensi melebihi angka provinsi yaitu Barito Kuala, Banjar, Banjarmasin, Hulu Sungai Tengah, dan Hulu Sungai Utara. Prevalensi diabetes mellitus pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 1% (rentang: 0,3-1,7%). Prevalensi penyakit tumor/kanker di Provinsi Kalimantan Selatan 3,9 per seribu penduduk (rentang: 1,8-8,8 per seribu penduduk).

Prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes dan kanker/tumor meningkat dengan bertambahnya umur, untuk diabetes dan kanker/tumor menurun kembali pada umur 75 tahun ke atas. Penyakit jantung sedikit lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki, sedangkan penyakit asma, diabetes, dan tumor tidak banyak berbeda pada laki-laki dan perempuan. Prevalensi penyakit asma dan jantung meningkat pada pendidikan yang lebih rendah, lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan dan cenderung lebih tinggi pada status ekonomi yang lebih rendah.

Sebaliknya penyakit diabetes dan tumor lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan, dan cenderung meningkat pada status ekonomi yang lebih tinggi.

Prevalensi penyakit keturunan pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan paling tinggi adalah dermatitis (113,0 per seribu penduduk), diikuti rhinitis (27,7 per seribu penduduk) dan glaukoma (11,0 per seribu penduduk), sedangkan penyakit keturunan lain seperti gangguan jiwa berat, buta warna, bibir sumbing, talasemia dan hemophilia antara 0,6-5,1 per seribu penduduk.

Prevalensi glaukoma pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan 11 per seribu penduduk (rentang: 1,0-69,0 per seribu penduduk). Dua kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka provinsi yaitu Banjar dan Hulu Sungai Utara. Khususnya di Kabupaten Banjar, angka prevalensi glaukoma diperoleh sangat tinggi yaitu 69,0 per seribu penduduk.

Prevalensi dermatitis pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 11,3%, (rentang: 1,2-22,5%). Empat kabupaten/kota dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Banjar, Hulu Sungai Utara, Banjarmasin, dan Tanah Bumbu.

Prevalensi rhinitis pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 2,8%, (rentang: 0,3-8,4%). Ada 3 kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar, Tanah Laut, dan Banjarmasin.

Kabupaten Banjar dan Hulu Sungai Utara merupakan kabupaten dengan beberapa jenis penyakit turunan yang paling tinggi. Di Kabupaten Banjar paling tinggi untuk gangguan jiwa berat, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis dan rhinitis, sedangkan Kabupaten Hulu Sungai Utara merupakan kabupaten yang tertinggi untuk penyakit turunan buta warna, dan talasemia.

## **1. Gangguan Mental Emosional**

Prevalensi gangguan mental emosional di Provinsi Kalimantan Selatan 11,3% (rentang: 2,2-20,2%). Lima kabupaten/kota dengan prevalensi yang lebih tinggi dibandingkan prevalensi provinsi yaitu Banjar, Banjarmasin, Balangan, Barito Kuala, dan Tanah Bumbu. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan meningkat sesuai dengan meningkatnya usia, tertinggi ditemukan pada kelompok usia > 75 tahun, perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pendidikan, tertinggi pada kelompok yang tidak bekerja, lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran per kapita.



## 2. Penyakit Mata

Proporsi *low vision* di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 4,2% (rentang: 1,4-7,5%) tertinggi di Hulu Sungai Tengah, sedangkan proporsi kebutaan sebesar 0,6% (rentang: 0,2-0,6%) tertinggi di Hulu Sungai Tengah. Proporsi kebutaan tingkat provinsi sebesar 0,6%, lebih rendah dari proporsi tingkat nasional (0,9%) dan terdapat 4 kabupaten yang menunjukkan proporsi lebih tinggi dibanding proporsi tingkat provinsi.

Proporsi *low vision* makin meningkat sesuai bertambahnya umur dan meningkat tajam pada kisaran usia 45 tahun ke atas, sedangkan proporsi kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 55 tahun ke atas. Proporsi *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibandingkan laki-laki, cenderung semakin tinggi pada semakin rendah tingkat pendidikan, dan tertinggi pada kelompok penduduk yang tidak bekerja.

Proporsi penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak 2%, yang berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala sebesar 18,5%. Proporsi katarak yang didiagnosis tenaga kesehatan terbesar ditemukan di Hulu Sungai Selatan, Tabalong, Tapin, Hulu Sungai Tengah dan Hulu Sungai Utara, terendah ditemukan di Kota Baru dan tertinggi di Hulu Sungai Selatan.

Proporsi diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan meningkat sesuai pertambahan usia, cenderung lebih besar pada perempuan dan sedikit lebih besar di daerah perkotaan.

Proporsi operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 16,1% (rentang: 4,3-37,5%) terendah di Tabalong. Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 44,7%, terendah di Kota Baru, Hulu Sungai Utara, Barito Kuala, dan Balangan.

## 3. Kesehatan Gigi

Proporsi penduduk bermasalah gigi mulut di Provinsi Kalimantan Selatan 29,2% (rentang: 15,9-35,2%), tertinggi di Kabupaten Barito Kuala dan Banjarmasin. Perawatan gigi terendah di Hulu Sungai Utara. Hulu Sungai Utara adalah kabupaten yang bermasalah gigi mulut tinggi yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga medis yang terendah (9,9%), sedangkan Banjarmasin merupakan kota yang bermasalah gigi mulut tinggi yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga medis yang tinggi. Proporsi penduduk bermasalah gigi mulut tertinggi pada golongan umur 35-44 tahun, proporsi penduduk yang mendapatkan perawatan oleh tenaga medis gigi pada semua kelompok umur masih sangat rendah (21% dengan rentang: 14%-24,2%). Proporsi penduduk bermasalah gigi mulut lebih tinggi pada perempuan dan di perkotaan, dengan distribusi yang merata pada kelompok kuintil 1 sampai 5.

Jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi mulut dalam 12 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan adalah pengobatan gigi (81,2%), penambalan/pencabutan/bedah gigi (42,3%), dan konseling perawatan/ kebersihan gigi (12,5%).

Pemasangan gigi tiruan lepasan/ cekat berkisar 0,6%-10,8%, tertinggi pada umur 65 tahun keatas. Proporsi perempuan yang mendapatkan pengobatan gigi cenderung lebih tinggi, tetapi penambalan/pencabutan/bedah gigi lebih banyak diterima oleh laki-laki. Di perdesaan proporsi penduduk yang mendapatkan pengobatan gigi cenderung lebih tinggi, sedangkan di perkotaan jenis perawatan lebih banyak berupa penambalan/pencabutan/bedah gigi, dan cenderung ditemukan meningkat pada kelompok kuintil yang lebih tinggi.

Pada umumnya penduduk di berbagai kabupaten/kota Provinsi Kalimantan Selatan yang menggosok gigi setiap hari 94,4% (89,0-97,9%), terendah di Hulu Sungai Selatan. Prevalensi penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi di Provinsi Kalimantan Selatan 10,3% (rentang: 3,7-18,9%). Enam kabupaten/kota dengan prevalensi lebih

rendah dari angka prevalensi provinsi yaitu Tanah Laut, Banjar Baru, Barito Kuala, Hulu Sungai Tengah, Tapin, dan Hulu Sungai Utara.

Indeks DMF-T provinsi Kalimantan Selatan sebesar 6,83 meliputi komponen D-T 1,31, komponen M-T 5,52, dan komponen F-T 0,12. Hal ini berarti rerata jumlah kerusakan gigi per orang (tingkat keparahan gigi per orang) adalah 6,83 gigi, meliputi 1,31 gigi yang berlubang, 5,52 gigi yang dicabut dan 0,12 gigi yang ditumpat.

Lima kabupaten dengan tingkat keparahan gigi (indeks DMF-T) di atas rerata adalah Hulu Sungai Utara, Balangan, Hulu Sungai Tengah, Banjar, dan Hulu Sungai Selatan. Hulu Sungai Utara adalah kabupaten dengan tingkat keparahan tertinggi sebesar 8,97 gigi meliputi 7,83 gigi yang dicabut/indikasi pencabutan, 1,13 gigi karies/berlubang, dan 0,05 gigi ditumpat.

Indeks DMF-T meningkat tajam pada golongan umur 35-44 dibanding pada umur 18 tahun dan hampir 4 kali lebih tinggi pada umur 65 tahun ke atas dibanding pada kelompok umur 35-44 tahun. Indeks DMF-T juga cenderung lebih tinggi pada perempuan dan cenderung tinggi di perdesaan.

Prevalensi karies aktif di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 50,7% (rentang 37,1-64,0%), kabupaten/kota dengan prevalensi di atas angka provinsi adalah Balangan, Tanah Bumbu, Tanah Laut, Banjar Baru, Banjar, dan Hulu Sungai Utara. Prevalensi pengalaman karies di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 83,4% (65,5-94,0%). Kabupaten/kota dengan prevalensi pengalaman karies di atas angka provinsi adalah Hulu Sungai Utara, Balangan, Banjar Baru, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Banjar, Tanah Bumbu, dan Tapin.

Penduduk umur 12 tahun sebesar 39,6% mengalami karies pada giginya yang belum ditangani/ karies aktif/ *untreated*, pada laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan; di perdesaan lebih tinggi dari perkotaan, dan cenderung meningkat dengan menurunnya tingkat pengeluaran perkapita.

Proporsi pengalaman karies meningkat sesuai dengan meningkatnya umur tertinggi pada usia 65 tahun ke atas, perempuan relatif sedikit lebih tinggi dari laki-laki, di perdesaan lebih tinggi dari perkotaan, hampir serupa pada tingkat pengeluaran per kapita.

Nilai Required Treatment Index (RTI) di Provinsi Kalimantan Selatan 19,2% (rentang: 12,62-30,58%). Kabupaten/kota dengan nilai RTI di atas angka provinsi adalah Tabalong, Tanah Laut, Tanah Bumbu, Banjar Baru, Banjar, Balangan, Banjarmasin, dan Kota Baru. Nilai Performance Treatment Index (PTI) Provinsi Kalimantan Selatan sangat rendah yaitu 1,7% (rentang: 0,32-4,36%). Kabupaten/kota dengan nilai PTI lebih rendah dibandingkan angka provinsi adalah Banjar, Banjar Baru, dan Banjarmasin.

Penduduk umur 12 tahun ke atas memiliki fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi) 85,1% (sedikit lebih rendah daripada hasil SKRT 2001 86,5%) dan tujuh kabupaten/kota masih di bawah angka proporsi provinsi yaitu Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Balangan, Hulu Sungai Selatan, Banjar, Barito Kuala, dan Tapin. Penduduk usia 12 tahun dengan fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi) di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 100%. Persentase responden umur 35 – 44 tahun dengan fungsi gigi normal sebesar 88,4%, lebih rendah dari target WHO 2010 (90%) dan SKRT 2001 (91,2%), sedangkan pada usia 65 tahun ke atas hanya 20,9%, masih jauh di bawah target WHO (75%) dan hasil SKRT 2001 (30,4%).

Proporsi *edentulous* atau hilang seluruh gigi di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 3,2% sedikit lebih tinggi dari pada hasil SKRT 2001 (2,6%). Lima kabupaten dengan proporsi *edentulous* lebih tinggi dari angka proporsi provinsi yaitu Hulu Sungai Utara, Hulu Sungai Selatan, Tanah Bumbu, Balangan, dan Tabalong. Secara umum 3,3% penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan telah memakai gigi tiruan lepas atau gigi tiruan cekat, tertinggi secara mencolok pada Banjar Baru dan Tanah Bumbu, sedangkan

kabupaten kota lainnya berkisar antara 0,0-4,4%. Persentase *edentulous* penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 27,7% jauh lebih tinggi dari target WHO (5%). *Edentulous* lebih banyak dijumpai pada perempuan dan lebih tinggi di pedesaan.

#### **4. Status Disabilitas/ Ketidakmampuan**

Di Provinsi Kalimantan Selatan rata-rata status disabilitas dengan kriteria “Sangat bermasalah” adalah 2,4%, tertinggi di Banjarmasin. Prevalensi disabilitas “Bermasalah” adalah 31%, tertinggi di Kabupaten Banjar dan Tanah Bumbu. Prevalensi penduduk yang memiliki status disabilitas “Sangat bermasalah” dan “Masalah” meningkat dengan bertambahnya umur, lebih banyak pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki, cenderung meningkat dengan makin rendahnya pendidikan, dan tertinggi pada kelompok tidak bekerja. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” paling banyak pada tingkat pengeluaran per kapita yang terendah

#### **5. Cedera**

Prevalensi cedera menurut kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 12,0% (rentang: 1,9-23,8%), tertinggi di Kota Banjarmasin, Banjar, dan Hulu Sungai Selatan. Prevalensi penyebab kejadian cedera yang tertinggi adalah jatuh (61,2%), terluka benda tajam/tumpul (23,6%), dan kecelakaan transportasi di darat (17,9%). Prevalensi cedera antara laki-laki dan perempuan tidak banyak berbeda. Cedera karena terluka oleh benda tajam/tumpul lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki, sedangkan untuk cedera karena kecelakaan transportasi di darat lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan.

Prevalensi cedera yang tertinggi dialami oleh responden dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah, pola yang sama juga ada pada prevalensi cedera karena jatuh. Prevalensi cedera di bagian tubuh pergelangan tangan dan tangan (31,9%), di lutut dan tungkai bawah (31,4%), dan di bagian tumit dan kaki (25,4%).

#### **E. Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku**

Persentase penduduk umur 10 tahun ke atas di Provinsi Kalimantan Selatan yang perokok saat ini terdiri dari perokok setiap hari mencapai 20% (rentang: 15,8-23,6%) dan perokok kadang-kadang mencapai 4,1% (rentang: 15,9-23,6%). Perokok setiap hari tertinggi di Kabupaten Tanah Laut, Tanah Bumbu, dan Banjar.

Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang perokok setiap hari cenderung meningkat dengan bertambahnya usia, pada usia 10-14 tahun sudah mencapai 0,7%, tertinggi pada kelompok usia 25-34 tahun (26%). Pria yang perokok saat ini jauh lebih tinggi dibandingkan wanita (40,2:1,5), cenderung sama tingginya pada semua tingkat pendidikan, kecuali pada pendidikan tamat perguruan tinggi, paling tinggi pada pekerjaan utama sebagai petani/nelayan/buruh (33,4%), tidak banyak berbeda menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran per kapita.

Rerata jumlah batang rokok yang dihisap di Provinsi Kalimantan Selatan mencapai 13,31 batang sehari (rentang: 11,78-15,38 batang), paling banyak di kabupaten Tapin, Hulu Sungai Utara, dan Tabalong.

Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan usia 10 tahun ke atas yang pertama kali merokok setiap hari paling tinggi pada saat berusia 15-19 tahun (36,8%), tertinggi di Banjar Baru, Tanah Laut, Banjarmasin, dan Hulu Sungai Utara. Penduduk yang pertama kali merokok setiap hari pada saat usia yang sangat muda (5-9 tahun) mencapai 1,4%, tertinggi di Hulu Sungai Tengah, Tapin, dan Banjar .

Penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari cenderung paling tinggi mulai usia 15-19 tahun diikuti usia 20-24 tahun. Namun perlu

mendapat perhatian, bahwa pada kelompok usia paling muda 10-14 tahun, sebagai besar mulai merokok pada usia 5-9 tahun.

Proporsi penduduk perkotaan cenderung lebih muda dalam usia mulai merokok setiap hari dibandingkan perdesaan. Proporsi penduduk Provinsi Kalimantan Selatan dengan usia pertama kali merokok paling tinggi pada usia 15-19 tahun (34,6%), tertinggi di Banjarbaru, Banjarmasin, dan Tanah Bumbu. Namun penduduk yang mulai merokok pertama kali pada usia sangat muda (5-9 tahun) mencapai 1,3%, tertinggi di Tabalong, Banjar, Tanah Laut dan Kota Baru.

Pada daerah perkotaan usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau cenderung lebih muda dibandingkan daerah perdesaan. Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan yang merokok, sebagian besar (85,4%) merokok di dalam rumah (rentang: 65-94,1%), tertinggi di Tanah Bumbu, Tanah Laut, dan Tapin.

Persentase penduduk 10 tahun ke atas yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap, cenderung memilih rokok kretek dengan filter (85,3%), diikuti rokok kretek tanpa filter (20,9%). Penduduk yang mengunyah tembakau di Provinsi Kalimantan Selatan 1,4%, tertinggi di Tanah Bumbu (3,2%).

### **1. Perilaku Konsumsi Buah Dan Sayur**

Secara keseluruhan penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan (92,3%) kurang mengkonsumsi sayur dan buah. Prevalensi responden yang kurang kecukupan sayur dan buah cenderung lebih tinggi pada responden dengan usia tua (di atas 65 tahun), tidak banyak berbeda di antara laki-laki dan perempuan, cenderung meningkat pada tingkat pendidikan yang lebih rendah, dan hampir sama pada berbagai tingkat pengeluaran per kapita.

### **2. Alkohol**

Prevalensi penduduk usia 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan 1,2% (rentang: 0,1-3,2%), kabupaten/ kota dengan prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi adalah Banjarmasin, Balangan, dan Banjar. Penduduk usia 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan 0,5% (rentang: 0,1-1,6%), tertinggi di kota Banjarmasin.

### **3. Aktifitas Fisik**

Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan kurang aktifitas fisik sebanyak 49,1% (rentang: 35,7-68,1%), tertinggi di kabupaten Kota Baru, Banjarbaru, dan Tapin. Prevalensi penduduk yang kurang aktifitas fisik tertinggi pada umur 65 tahun ke atas (usia 75 tahun ke atas mencapai 86,1%), lebih tinggi pada perempuan, tinggi pada tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi, tinggi pada penduduk yang tidak bekerja, lebih tinggi pada penduduk di perkotaan dibandingkan di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan makin tingginya tingkat pengeluaran per kapita.

### **4. Flu Burung**

Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang pernah mendengar tentang flu burung mencapai 69,3% (rentang: 48,8-91,7%), 9 kabupaten dengan persentase lebih rendah dari angka persentase provinsi adalah Tanah Bumbu, Kota Baru, Tabalong, Hulu Sungai Selatan, Tapin, Balangan, Hulu Sungai Tengah, Banjar, Barito Kuala. Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang bersikap benar tentang flu burung di Provinsi Kalimantan Selatan 74,6% (rentang: 56,2-94,9%), terendah di kabupaten Barito Kuala, Banjar, dan Banjarmasin.

Penduduk usia 10 tahun ke atas di Provinsi Kalimantan Selatan yang pernah mendengar tentang flu burung, mempunyai pengetahuan dan sikap yang benar terhadap flu burung, lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan pendidikan dan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita. Penduduk dari perkotaan yang pernah mendengar flu burung dan bersikap benar terhadap flu burung lebih tinggi dari perdesaan. Pegawai lebih banyak yang pernah mendengar tentang flu burung, berpengetahuan dan bersikap benar terhadap flu burung dibandingkan penduduk dengan pekerjaan utama lainnya.

## **5. HIV/AIDS**

Persentase penduduk yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS di Provinsi Kalimantan hanya mencapai 44,3% (rentang: 27,7-64%), yang berpengetahuan benar tentang HIV/AIDS hanya mencapai 7,8% (rentang: 2,4-25,5%), dan bersikap benar tentang pencegahannya hanya 46,3% (rentang: 21,6-71,8%), terendah di kabupaten Tabalong, Hulu Sungai Tengah, dan Tapin.

Persentase penduduk yang berumur antara 15 – 44 tahun lebih tinggi dalam hal pernah mendengar tentang HIV, berpengetahuan yang benar tentang penularannya dan berpengetahuan benar tentang pencegahannya di bandingkan usia lainnya.

Persentase penduduk yang pernah mendengar, berpengetahuan yang benar tentang penularan dan tentang pencegahan HIV/AIDS; lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, meningkat dengan bertambah tingginya pendidikan, lebih tinggi pada penduduk di perkotaan, dan meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

Sikap yang paling dipilih oleh penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan andaikata ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS tertinggi adalah melakukan konseling dan pengobatan 89,9% (rentang: 77,8-95,3%), diikuti dengan membicarakan dengan anggota keluarga lain (63%), namun sikap mencari alternatif juga cukup tinggi (60,5%). Hanya sebagian kecil yang bersikap mengucilkan penderita HIV/AIDS dan merahasiakannya (6,2%).

## **6. Perilaku Higienis**

Proporsi penduduk usia 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB yaitu BAB di jamban di Provinsi Kalimantan Selatan mencapai 69,9% (rentang: 33,5-88,1%), sedangkan berperilaku benar dengan cuci tangan dengan sabun 17,9% (rentang: 4,3-40,8%). Kabupaten/kota dengan penduduk berperilaku benar dalam hal BAB terendah di Barito Kuala, Hulu Sungai Utara, dan Hulu Sungai Selatan. Kabupaten/kota dengan penduduk berperilaku benar cuci tangan dengan sabun terendah di Tapin, Hulu Sungai Utara, dan Hulu Sungai Tengah.

Penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan yang memiliki perilaku benar dalam BAB dan perilaku benar cuci tangan dengan sabun lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki, cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya jenjang pendidikan, tertinggi pada pekerjaan utama sebagai pegawai, lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan, cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

## **7. Pola Konsumsi Makanan Berisiko**

Prevalensi penduduk dengan umur 10 tahun ke atas di Provinsi Kalimantan Selatan dengan konsumsi makanan berisiko, tertinggi dalam mengkonsumsi makanan yang manis 83,5% (rentang: 70,8-95,9%) dan penyedap (84,7%). Kabupaten dengan

prevalensi penduduk mengkonsumsi makanan manis melebihi angka prevalensi provinsi yaitu Hulu Sungai Tengah, Balangan, Hulu Sungai Selatan, Barito Kuala, Tabalong, Tapin, dan Tanah Laut.

Prevalensi penduduk umur 10 tahun ke atas dengan kebiasaan mengkonsumsi penyedap tertinggi di Balangan, Hulu Sungai Tengah, Tanah Laut, Banjarmasin, dan Barito Kuala.

## **8. Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat**

Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan proporsi rumah tangga dengan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan klasifikasi baik di Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan sebesar sebesar 41,2%. PHBS terbaik adalah Kabupaten Banjar Baru (61,6%) dan yang lebih rendah dari persentase provinsi adalah Kabupaten Barito Kuala, Tanah Bumbu, Kota Baru, Tanah Laut dan Hulu Sungai Utara, Tapin, Banjar, dan Balangan.

### **F. Akses Dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

#### **1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Rumah tangga (RT) berjarak kurang dari 1 km dari fasilitas kesehatan sebesar 50,6% dan berjarak 1-5 km 44,2%. Daerah dengan jarak lebih dari 5 km ke fasilitas kesehatan terbanyak berada di kabupaten Tanah Laut, Tanah Bumbu, dan Balangan.

Dari segi *Waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan*, 70,4% penduduk dapat mencapai ke fasilitas yankes kurang dari atau sama dengan 15 menit, 23,4% antara 16-30 menit. Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas kesehatan tertinggi di Kabupaten Barito Kuala, Tanah Bumbu, dan Kabupaten Tabalong.

Rumah tangga berjarak kurang dari 1 km sebanyak 75,7% dan berjarak 1-5 km sebanyak 23,1%. Daerah dengan jumlah rumah tangga lebih dari 5 km ke fasilitas UKBM terbanyak adalah di Kabupaten Tapin (4%).

Dari segi *Waktu tempuh ke fasilitas UKB* 87,4% rumah tangga dapat mencapai ke fasilitas UKBM kurang dari atau sama dengan 15 menit, 9,9% antara 16-30 menit. Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas UKBM tertinggi di Kabupaten Tabalong 11,2%.

Rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan telah memanfaatkan posyandu/ poskesdes sebanyak 25,2%, terendah di Kabupaten Barito Kuala (19,2%). Di Provinsi Kalimantan Selatan 7,2% rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan tersebut. Kabupaten yang lebih dari 7,2% tidak memanfaatkan pelayanan tersebut adalah Barito Kuala, Kota Baru, Tapin, Banjar Baru, dan Tabalong.

Alasan RT tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/ poskesdes adalah merasa tidak membutuhkan UKBM sebesar 67,5% dan yang tidak memanfaatkan karena alasan lainnya sebesar 7,2%.

Sebanyak 19,3% rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan telah memanfaatkan keberadaan polindes/bidan, 17,3% tidak memanfaatkan dan 63,3% merasa tidak membutuhkannya. Kabupaten yang relatif banyak rumah tangganya tidak memanfaatkan keberadaan polindes/bidan desa adalah Hulu Sungai Tengah dan Hulu Sungai Utara. Sedangkan RT yang merasa tidak membutuhkan keberadaan Polindes/Bidan desa terbanyak di Banjarbaru, Banjar, dan Tanah Bumbu.

Di Provinsi Kalimantan Selatan proporsi RT yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan jauh lebih tinggi (80,4%) dibanding dengan RT yang pernah memperoleh jenis pelayanan bidang KIA lainnya. Jenis pelayanan KIA yang diterima RT yang memanfaatkan polindes/bidan desa tertinggi berturut turut adalah pemeriksaan kehamilan (21,3%), pemeriksaan bayi/balita (20,6%), persalinan (8,2%), pemeriksaan ibu nifas (6,7%), dan pemeriksaan neonatus (5,7%).

Provinsi Kalimantan Selatan 7,6% rumah tangga responden tidak memanfaatkan POD/WOD, terutama di Hulu Sungai Tengah dan Balangan.

Rumah tangga di perkotaan cenderung tidak memanfaatkan dan tidak membutuhkan POD/WOD dibandingkan di perdesaan, dan makin kaya rumah tangga cenderung makin merasa tidak membutuhkan POD/WOD.

Di provinsi Kalimantan Selatan 97,2% rumah tangga responden yang menyatakan alasan tidak memanfaatkan POD/WOD dikarenakan tidak ada POD/WOD, tertinggi di Tanah Laut, Barito Kuala, Tapin, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Utara, Balangan, dan Banjar Baru.

## **2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan**

Responden di Provinsi Kalimantan Selatan yang pernah dirawat inap dalam 5 tahun terakhir, sebagian besar (60,2%) menggunakan RS Pemerintah untuk tempat berobat rawat inap, diikuti RS swasta (25,5%).

Sebagian besar (67,3%) penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan yang dirawat inap dalam 5 tahun terakhir, membayar pembiayaan yankes rawat inap dari sumber pembiayaan sendiri/keluarga, yang bersumber dari Askes/Jamsostek sebesar 20%, yang bersumber dana Askeskin/SKTM sebesar 11,4%. Penggunaan sumber biaya dari Askeskin/SKTM meningkat sesuai dengan menurunnya status ekonomi, tertinggi di kuintil 1 dan 2. Penduduk dari tingkat status ekonomi tinggi sebanyak 4,2% masih menggunakan sumber pembiayaan dari Askeskin.

Penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan yang pernah berobat jalan dalam satu tahun terakhir, persentase yang memilih tempat rawat jalan paling tinggi pada Tenaga Kesehatan (43%) dan di RS bersalin (38,7%).

Sebagian besar penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan menyatakan bahwa sumber pembiayaan berobat rawat jalan sebagian besar berasal dari biaya sendiri/keluarga (67,7%) dan Askes/Jamsostek (19,1%). Sumber biaya dari Askeskin hanya berkisar antara 1,1-8,9%, tertinggi di Tanah Bumbu, Barito Kuala, dan Hulu Sungai Selatan.

Penduduk dengan sumber pembiayaan rawat jalan yang berasal dari Askes/Jamsostek meningkat dengan meningkatnya status ekonomi, sebaliknya penduduk yang menggunakan Askeskin/SKTM meningkat dengan menurunnya status ekonomi. Sekitar 1,9% penduduk pada status ekonomi yang tertinggi masih menggunakan sumber pembiayaan dari Askeskin/SKTM.

## **3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan**

Di provinsi Kalimantan Selatan alasan responden dalam hal ketanggapan terhadap yankes rawat inap umumnya menyatakan bahwa faktor keramahan dan mudah dikunjungi merupakan alasan yang terbanyak. Alasan responden dalam hal ketanggapan terhadap yankes rawat jalan umumnya menyatakan bahwa faktor keramahan dan kerahasiaan merupakan alasan yang terbanyak (91,8% dan 87,7%).

## **G. Kesehatan Lingkungan**

### **1. Air keperluan Rumah Tangga**

Di Provinsi Kalimantan Selatan terdapat 2,7% rumah tangga yang pemakaiannya air bersihnya masih rendah (0,3% tidak akses dan 2,4% akses kurang). Sebesar 27,6% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 36,1% akses menengah, dan 33,6% akses optimal. Kabupaten/kota yang akses terhadap air bersih masih rendah (di atas 2,7%) adalah Hulu Sungai Tengah, Banjarmasin, Balangan, Tanah Bumbu, Tabalong, dan Tapin.

Ketersediaan air bersih dalam satu tahun, secara provinsi terdapat 66,6% rumah tangga yang air bersihnya tersedia sepanjang waktu, terendah di Tanah Laut, Kota Baru, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Tanah Bumbu, dan Balangan. Berdasarkan ketersediaan air bersih di Provinsi Kalimantan Selatan, lebih dari 32% rumah tangga mengalami kesulitan air bersih pada musim kemarau, tertinggi adalah kabupaten Tanah Bumbu, Barito Kuala, Tanah Laut (lebih dari 50%). Untuk ketersediaan air bersih, daerah perkotaan lebih baik dibandingkan perdesaan (kesulitan pada musim kemarau dan sulit sepanjang tahun).

Individu yang biasa mengambil air dalam rumah tangga di kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan secara keseluruhan lebih banyak laki-laki dibandingkan dengan perempuan, terkecuali di Tanah Laut, Hulu Sungai Selatan, dan Hulu Sungai Utara. Persentase anak-anak di bawah usia 12 tahun yang mengambil air bersih umumnya kecil pada setiap kabupaten/kota (anak perempuan 0,4% dan anak laki-laki 0,6%).

Di Provinsi Kalimantan Selatan lebih dari 70% rumah tangganya mempunyai kualitas air (fisik) yang baik. Dua kabupaten (Hulu Sungai Selatan dan Hulu Sungai Utara) hampir separuh dari rumah tangganya mempunyai kualitas fisik air yang kurang baik. Untuk daerah perkotaan kualitas fisik air minum lebih baik dibandingkan dengan daerah perdesaan, dan cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya status ekonomi.

Persentase rumah tangga di provinsi Kalimantan Selatan yang menggunakan sumber air minum yang sanitair sebanyak 62,5% (air kemasan, leiding, sumur bor/pompa, dan sumur terlindungi). Kabupaten/kota yang terbanyak (36,0%) menggunakan sumber air minum dari air leiding (eceran dan berlangganan), tertinggi di Banjarmasin. Di Kabupaten Barito Kuala sebanyak 51,7% rumah tangga masih menggunakan air sungai sebagai sumber air bersih.

Pada Provinsi Kalimantan Selatan, sebagian besar (90,8%) rumah tangga mempunyai tempat penampungan tertutup dan 94,1% mengkonsumsi air minum setelah dimasak. Untuk kabupaten/kota, sebagian besar (90%) rumah tangga menyimpan air minum dalam wadah tertutup dan mengolah air minum dengan cara dimasak sebelum diminum, terkecuali kabupaten Hulu Sungai Utara (79,6%). Di Kabupaten Hulu Sungai Utara dan Balangan sebanyak 23,7% rumah tangganya yang langsung meminum air tanpa dilakukan pengolahan.

Persentase rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan yang masih kurang mempunyai akses air bersih sebesar 39,8% tertinggi di Barito Kuala, Tanah Bumbu, Tanah Laut, Kota Baru, dan Banjar, sedangkan yang kurang akses terhadap sanitasi sebesar 58,9%.

## **2. Fasilitas buang air besar**

Persentase rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan yang menggunakan fasilitas untuk buang besar milik sendiri sebesar 59,3%, milik bersama 13,3%, dan tidak punya fasilitas buang air besar 18,4%. Persentase rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas untuk buang air besar tertinggi di kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Barito Kuala.

Di perdesaan persentase rumah tangga yang menggunakan fasilitas buang air besar bersama dan tidak pakai lebih tinggi dibandingkan di perkotaan, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

Persentase rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan yang mempunyai tempat buang air besar dengan model kakus leher angsa 58,5% dan 13,4% rumah tangga yang tidak punya kakus. Rumah tangga yang tidak menggunakan kakus model leher angsa/plengsengan/cemplung tertinggi di Barito Kuala, Hulu Sungai Utara dan Banjar.



Persentase penggunaan tempat buang air besar jenis cemplung/cubluk dan tidak punya fasilitas buang air besar lebih tinggi di perdesaan, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

Persentase rumah tangga di provinsi Kalimantan Selatan tertinggi dengan tempat pembuangan akhir tinja ke sungai/laut, melalui tangki/SPAL dan lobang/tanah. Kabupaten/kota yang tertinggi dalam persentase rumah tangga membuang tinja ke tangki septik/SPAL yaitu Banjarmasin, Banjar Baru dan Tabalong, sedangkan persentase rumah tangga yang pembuangan akhir tinja ke sungai/laut tertinggi pada Barito Kuala, Hulu Sungai Utara dan Hulu Sungai Selatan.

Pada daerah perkotaan persentase tempat pembuangan tinja dengan tangki/ SPAL hampir 3 kali lipat lebih tinggi dari perdesaan, sedangkan pembuangan akhir tinja di kolam, sungai/laut, lobang tanah, dan pantai adalah lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan. Persentase rumah tangga yang menggunakan tempat pembuangan akhir tinja (tangki septik/SPAL) cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi, sebaliknya jenis tempat pembuangan akhir tinja yang tidak sanitair cenderung meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

### **3. Sarana pembuangan air limbah**

Rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan yang tidak mempunyai saluran pembuangan limbah cukup tinggi yaitu 75,7%, tertinggi di Hulu Sungai Utara dan Banjarmasin. Persentase rumah tangga yang tidak mempunyai saluran pembuangan air limbah meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

### **4. Pembuangan sampah**

Persentase rumah tangga yang tidak mempunyai tempat penampungan sampah di dalam rumah di Provinsi Kalimantan Selatan mencapai 68,3%, tertinggi di Tanah Laut, sedangkan rumah tangga yang tidak mempunyai tempat penampungan sampah di luar rumah sebesar 76,2%, tertinggi di Tabalong.

Persentase rumah tangga yang tidak mempunyai penampungan sampah baik di dalam maupun luar rumah di perdesaan lebih tinggi dari pada di perkotaan. Persentase rumah tangga yang mempunyai tempat penampungan sampah di dalam dan di luar rumah cenderung meningkat dengan menurunnya status ekonomi.

### **5. Perumahan**

Rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan mempunyai lantai yang bukan tanah sebanyak 97,7% (rentang: 96,3-99,6%) dan kepadatan hunian di atas 8 m<sup>2</sup> per kapita sebesar 84,7% (rentang: 73,5-94,6%). Namun masih terdapat 2,3% rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan 15,3% dengan tingkat hunian padat. Enam kabupaten/kota dengan proporsi rumah tangga dengan lantai rumah tanah lebih tinggi dari angka provinsi adalah Tapin, Tanah Bumbu, Banjar Baru, Barito Kuala, Tanah Laut, dan Hulu Sungai Tengah. Empat kabupaten/kota dengan tingkat hunian padat lebih tinggi dari angka provinsi adalah Banjarmasin, Tanah Bumbu, Barito Kuala, dan Banjar Baru.

Sebagian besar (69,5%) rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan tidak memelihara ternak unggas dan lebih dari 94% tidak memelihara ternak sedang, ternak besar, dan hewan lainnya. Rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan yang memelihara unggas di dalam rumah sebanyak 2,4% tertinggi di Hulu Sungai Selatan.

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Sambutan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia	iii
Ringkasan Eksekutif	v
Daftar Isi	xxvi
Daftar Tabel	xxx
Daftar Gambar	xli
Daftar Singkatan	xlii
Daftar Lampiran	xliv
<b>BAB 1</b> Pendahuluan	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Ruang Lingkup Riskesdas	1
1.3. Pertanyaan Penelitian	3
1.4. Tujuan Riskesdas	3
1.5. Kerangka Pikir	3
1.6. Alur Pikir Riskesdas 2007	4
1.7. Pengorganisasian Riskesdas	6
1.8. Manfaat Riskesdas	7
1.9. Keterbatasan Riskesdas	7
<b>BAB 2</b> Metodologi Riskesdas	<b>8</b>
2.1. Desain	8
2.2. Lokasi	8
2.3. Populasi dan Sampel	8
2.3.1. Penarikan Sampel Blok Sensus	8
2.3.2. Penarikan Sampel Rumah Tangga	9
2.3.3. Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	9
2.3.4. Penarikan Sampel Biomedis	9

	2.3.5. Penarikan Sampel Yodium	9
	2.4. Variabel	10
	2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpul Data	11
	2.6. Manajemen Data	14
	2.6.1. Editing	14
	2.6.2. Entry	14
	2.6.3. Cleaning	14
	2.7. Keterbatasan Riskesdas	15
	2.8. Hasil Pengolahan dan Analisis Data	17
<b>BAB 3</b>	<b>3. Hasil Riskesdas</b>	<b>24</b>
	3.1 Provil Kalimantan Selatan	24
	3.1.1 Geografi	24
	3.1.2 Kependudukan	25
	3.1.3 Sosial Ekonomi	25
	3.1.4 Derajat Kesehatan	26
	3.1.5 Upaya Kesehatan	27
	3.1.6 Sumber Daya Kesehatan	29
	3.2. Status Gizi	31
	3.2.1. Status Gizi Balita	31
	3.2.2. Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)	41
	3.2.3. Status Gizi Penduduk Umur 15 tahun keatas	44
	3.2.3.1. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)	44
	3.2.3.2. Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 – 45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)	47
	3.2.3.3. Status gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)	50
	3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein	51

3.2.5. Konsumsi Garam beriodium	54
3.3. Kesehatan Ibu dan Anak	56
3.3.1. Status Imunisasi	56
3.3.2. Pemantauan Perumbuhan Balita	62
3.3.3. Distribusi Kapsul Vitamin A	71
3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	74
3.4. Penyakit Menular	82
3.4.1. Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	82
3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak	87
3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare	91
3.5. Penyakit Tidak Menular	95
3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan	95
3.5.2. Gangguan Mental Emosional	106
3.5.3. Penyakit Mata	109
3.5.4. Kesehatan Gigi	116
3.6. Cedera dan Disabilitas	135
3.6.1. Cedera	135
3.6.2. Status Disabilitas/Ketidakmampuan	148
3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	152
3.7.1. Perilaku Merokok	153
3.7.2. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	165
3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol	167
3.7.4. Perilaku Aktivitas Fisik	169
3.7.5. Pengetahuan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	171
3.7.5.1 Flu Burung	171
3.7.5.2 HIV/AIDS	174

3.7.6. Perilaku Higienis	179
3.7.7 Pola Konsumsi Makanan Berisiko	181
3.7.8. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	184
3.8. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	188
3.8.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	188
3.8.2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	209
3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	217
3.9. Kesehatan Lingkungan	222
3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga	222
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar	234
3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah	240
3.9.4. Pembuangan Sampah	244
3.9.5. Perumahan	246
Daftar Pustaka	256
Lampiran	257

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.2	Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi	1
Tabel 2.7.1	Jumlah Blok Sensus (BS) Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007 Provinsi Kalimantan Selatan	16
Tabel 1.7.2	Jumlah Sample RT per Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	16
Tabel 1.7.3	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	17
Tabel 1.8.1	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 6-14 Tahun per kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	18
Tabel 1.8.2	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Perempuan Umur 15 -45 tahun per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	18
Tabel 1.8.3	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) IMT Laki-laki dan Perempuan 15 tahun ke atas per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	19
Tabel 1.8.4	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 18 Tahun ke Atas per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	20
Tabel 1.1.5	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 30 Tahun ke Atas per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	21
Tabel 1.8.6	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 6 Tahun ke Atas per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	22
Tabel 1.8.7	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 10 Tahun ke Atas per kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	23
Tabel 1.2.1	Luas Wilayah dan Batas Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2006	24
Tabel 1.1.2.1	Jumlah Penduduk Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005	25
Tabel 1.1.6.1	Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Puskesmas Keliling Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005	29
Tabel 1.1.6.2	Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit (TT-RS) Terhadap 100.000 Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005	30
Tabel 1.1.6.3	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005	30
Tabel 1.1.6.4	Rasio Tenaga Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005	31
Tabel 1.2.1.1	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	33
Tabel 1.2.1.2	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	34
Tabel 1.2.1.3	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	35
Tabel 1.2.1.4	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	37
Tabel 1.2.1.5	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	38

Tabel 1.2.1.6	Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	40
Tabel 1.2.1.7	Prevalensi Balita Menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	41
Tabel 1.2.2.1	Standar Penentuan Kekurusan dan Berat Badan Lebih menurut Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007	42
Tabel 1.2.2.2	Prevalensi Kurus dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	43
Tabel 1.2.2.3	Persentase Status Gizi Anak Usia 6-14 tahun Menurut IMT dan Kabupaten/kota pada Laki-laki dan Perempuan di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	43
Tabel 1.2.3.1.1	Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun ke Atas) Menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	45
Tabel 1.2.3.1.2	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 tahun ke Atas) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/ Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	46
Tabel 1.2.3.1.3	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun ke Atas) Menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	47
Tabel 1.2.3.2.1	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	48
Tabel 1.2.3.2.2	Persentase Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	49
Tabel 1.2.3.3.1	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	50
Tabel 1.2.3.3.2	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007	51
Tabel 1.2.4.1	Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota, Di Provinsi Kalimantan Selatan Riskesdas 2007	52
Tabel 1.2.4.2	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional, Menurut Kabupaten/Kota, Di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	53
Tabel 1.2.4.3	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional Menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	53
Tabel 1.2.5.1	Persentase Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	54
Tabel 1.2.5.2	Persentase Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	55
Tabel 1.3.1.1	Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	57
Tabel 1.3.1.2	Persentase Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	59

Tabel 1.3.1.3	Persentase Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	60
Tabel 1.3.1.4	Persentase Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	61
Tabel 1.3.2.1	Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	63
Tabel 1.3.2.2	Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	65
Tabel 1.3.2.3	Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	66
Tabel 1.3.2.4	Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	67
Tabel 1.3.2.5	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	68
Tabel 1.3.2.6	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	69
Tabel 1.3.2.7	Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	70
Tabel 1.3.2.8	Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	71
Tabel 1.3.3.1	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	72
Tabel 1.3.3.2	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	73
Tabel 1.3.4.1	Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	75
Tabel 1.3.4.2	Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	76
Tabel 1.3.4.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	77
Tabel 1.3.4.4	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	78
Tabel 1.3.4.5	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	79
Tabel 1.3.4.6	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Karakteristik di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	80
Tabel 1.3.4.7	Cakupan Pemeriksaan Neonatus Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	81
Tabel 1.3.4.8	Cakupan Pemeriksaan Neonatus Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	82



Tabel 1.4.1.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	84
Tabel 1.4.1.2	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	86
Tabel 1.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan Riskesdas 2007	89
Tabel 1.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan Riskesdas 2007	90
Tabel 1.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	92
Tabel 1.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	94
Tabel 1.5.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke Menurut Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007	98
Tabel 1.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, Stroke Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	100
Tabel 1.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes Mellitus* dan Tumor** Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	101
Tabel 1.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes Mellitus* dan Tumor** Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	103
Tabel 1.5.1.5	Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofilia) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	105
Tabel 1.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire -20</i> )* Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	107
Tabel 1.5.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk 15 Tahun ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)</i> * Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	108
Tabel 1.5.3.1	Proporsi Penduduk Usia 6 Tahun ke Atas Menurut <i>Low Vision</i> , Kebutaan (Dengan atau tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	110
Tabel 1.5.3.2	Proporsi Penduduk Umur 6 Tahun ke Atas Menurut <i>Low Vision</i> , Kebutaan (Dengan Atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	111
Tabel 1.5.3.3	Proporsi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	112
Tabel 1.5.3.4	Proporsi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	113
Tabel 1.5.3.5	Proporsi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	114

Tabel 1.5.3.6	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2	115
Tabel 1.5.4.1	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	119
Tabel 1.5.4.2	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	120
Tabel 1.5.4.3	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi Menurut Jenis Perawatan dan Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	121
Tabel 1.5.4.4	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi Menurut Jenis Perawatan dan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	122
Tabel 1.5.4.5	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	123
Tabel 1.5.4.6	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	124
Tabel 1.5.4.7	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	125
Tabel 1.5.4.8	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	126
Tabel 1.5.3.9	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	127
Tabel 1.5.4.10	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	128
Tabel 1.5.4.11	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies pada Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	129
Tabel 1.5.4.12	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	130
Tabel 1.5.4.13	<i>Required Treatment Index</i> dan <i>Performance Treatment Index</i> Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	131
Tabel 1.5.4.14	<i>Required Treatment Index</i> dan <i>Performance Treatment Index</i> Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	132
Tabel 1.5.4.15	Proporsi Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas Menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	133
Tabel 1.5.4.16	Proporsi Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas Menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	134
Tabel 1.6.1.1	Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (1)	136
Tabel 3.6.1.2	Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007(2)	137
Tabel 1.6.1.3	Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (1)	138

Tabel 3.6.1.4	Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (2)	139
Tabel 1.6.1.5	Proporsi Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (1)	141
Tabel 3.6.1.6	Proporsi Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (2)	142
Tabel 1.6.1.7	Proporsi Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (1)	143
Tabel 3.6.1.8	Proporsi Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (2)	144
Tabel 1.6.1.9	Proporsi Jenis Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	146
Tabel 1.6.1.10	Proporsi Jenis Cedera Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	147
Tabel 1.6.2.1	Persentase Penduduk Umur 15 tahun ke Atas yang Bermasalah dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	149
Tabel 1.6.2.2	Persentase Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun ke Atas menurut Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	150
Tabel 1.6.2.3	Persentase Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Status dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	151
Tabel 1.7.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	154
Tabel 1.7.1.2	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	155
Tabel 1.7.1.3	Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	156
Tabel 1.7.1.4	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.7.1.5	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	158
Tabel 1.7.1.6	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	159
Tabel 1.7.1.7	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	160
Tabel 1.7.1.8	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	161
Tabel 1.7.1.9	Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota RT Menurut Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	162

Tabel 1.7.1.10	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	163
Tabel 1.7.1.11	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	164
Tabel 1.7.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	165
Tabel 1.7.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	166
Tabel 1.7.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	167
Tabel 1.7.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	168
Tabel 1.7.4.1	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	169
Tabel 1.7.4.2	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	170
Tabel 1.7.5.1.1	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap tentang Flu Burung dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	172
Tabel 1.7.5.1.2	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	173
Tabel 1.7.5.2.1	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	175
Tabel 1.7.5.2.2	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	176
Tabel 1.7.5.2.3	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	177
Tabel 1.7.5.2.4	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	178
Tabel 1.7.6.1	Proporsi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	179
Tabel 1.7.6.2	Proporsi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalsel, Riskesdas 2007	180
Tabel 1.7.7.1	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	181
Tabel 1.7.7.2	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko Menurut Karakteristik Responden, Di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	183

Tabel 1.7.8.1	Persentase Rumah Tangga yang memenuhi kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	185
Tabel 1.7.8.2	Prevalensi Faktor Risiko PTM Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 15 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	186
Tabel 1.7.8.3	Prevalensi Faktor Risiko PTM Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik dan Merokok) pada Penduduk 15 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	187
Tabel 1.8.1.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	191
Tabel 1.8.1.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	192
Tabel 1.8.1.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	193
Tabel 1.8.1.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	194
Tabel 1.8.1.5	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	195
Tabel 1.8.1.6	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	196
Tabel 1.8.1.7	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	197
Tabel 1.8.1.8	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	198
Tabel 1.8.1.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	199
Tabel 1.8.1.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	200
Tabel 1.8.1.11	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	201
Tabel 1.8.1.12	Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan Desa Menurut Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	202
Tabel 1.8.1.13	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	203
Tabel 1.8.1.14	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	204

Tabel 1.8.1.15	Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	205
Tabel 1.8.1.16	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	206
Tabel 1.8.1.17	Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	207
Tabel 1.8.1.18	Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	208
Tabel 1.8.1.19	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	208
Tabel 1.8.1.20	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	209
Tabel 1.8.2.1	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	211
Tabel 1.8.1.2	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	212
Tabel 1.8.1.3	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	213
Tabel 1.8.1.4	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	214
Tabel 1.8.1.5	Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir Menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	215
Tabel 1.8.1.6	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	215
Tabel 1.8.1.7	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Sumber Biaya dan Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	216
Tabel 1.8.1.8	Persentase Responden Rawat Jalan Menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	217
Tabel 1.8.3.1	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	218
Tabel 1.8.3.2	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	219
Tabel 1.8.3.3	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007	220
Tabel 1.8.3.4	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalsel, Riskesdas 2007	221
Tabel 3.9.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	223

Tabel 3.9.1.2	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	224
Tabel 3.9.1.3	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	225
Tabel 3.9.1.4	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air dan Ketersediaan Air Bersih menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	226
Tabel 3.9.1.5	Persentase Rumah Tangga menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	227
Tabel 3.9.1.6	Persentase Rumah Tangga menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	228
Tabel 3.9.1.7	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	229
Tabel 3.9.1.8	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	230
Tabel 3.9.1.9	Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	231
Tabel 3.9.1.10	Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	232
Tabel 3.9.1.11	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	233
Tabel 3.9.1.12	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	234
Tabel 3.9.2.1	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007	235
Tabel 3.9.2.2	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007	236
Tabel 3.9.2.3	Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007	237
Tabel 3.9.2.4	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007	238
Tabel 3.9.2.5	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007	239
Tabel 3.9.2.6	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007	240
Tabel 3.9.3.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	241
Tabel 3.9.3.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	242

Tabel 3.9.3.3	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih Dan Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	243
Tabel 3.9.3.4	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih Dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	244
Tabel 3.9.4.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	245
Tabel 3.9.4.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	246
Tabel 3.9.5.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	247
Tabel 3.9.5.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	247
Tabel 3.9.5.3	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah , Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007	248
Tabel 3.9.5.4	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah , Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007	249
Tabel 3.9.5.5	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	249
Tabel 3.9.5.6	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	250
Tabel 3.9.5.7	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	252
Tabel 3.9.5.8	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	253
Tabel 3.9.5.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	254
Tabel 3.9.5.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007	255



## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 1</b>	<b>Bagan Kerangka Pikir Henrik Blum</b>	<b>3</b>
<b>Gambar 2</b>	<b>Alur Fikir Riskedas Provinsi Kalimantan Selatan 2007</b>	<b>5</b>

## DAFTAR SINGKATAN

ART	Anggota Rumah Tangga
AFP	Accute Flaccia Paralysis
ASKES	Asuransi Kesehatan
ASESKIN	Asuransi Kesehatan miskin
BB	Berat Badan
BB/U	Berat Badan Menurut Umur
BB/BT	Berat Badan Menurut Tinggi Badan
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
BALITA	Bawah Lima Tahun
BURKUR	Buruk Kurang
BABEL	Bangka Belitung
BCG	Bacilius Calmette Guirene
BBLR	Berat Bayi Lahir Rendah
BATRA	Pengobatan Tradisional
BATOLA	Barito Kula
CPITN	Community Periodental Index Treatment Needs
D	Diagnosa
DG	Diagnosa Gejala
DO	Di Obati
DM	Diabetes Melitus
DDM	Diagnosis Diabetes Melitus
DLL	Dan lain-lain
DLM	Dalam
D-T	Decay – Reth
DKI	Daerah Khusus ibukota
DI	Daerah Istimewa
DPT	Diptheri Pertusis Tetanus
DIY	Daerah Istimewa Yogyakarta
DMF-T	Decay missing Filling Teeth
DEPKES	Departemen Kesehatann
F-T	Filling Teeth
FE	Ferrum
G	Gejala
HB	Haemoglobin
HSS	Hulu Sungai Selatan
HST	Hulu Sungai Tengah
HSU	Hulu Sungai Utara
IDF	International Diabetes Foundation/Federation
IMT	Indeks Massa Tubuh
ICF	International Classification of Furetionis disability & Health
ICCIDD	International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders
IU	International Unit

JNC	Joint National Committee
JABAR	Jawa Barat
JATENG	Jawa Tengah
JATIM	Jawa timur
KEPRI	Kepulauan Riau
KALTIM	Kalimantan Timur
KALTENG	Kalimantan Tengah
KALSEL	Kalimantan Selatan
KALBAR	Kalimantan Barat
KK	Kepala Keluarga
KG	Kilogram
KEK	Kurang Energi Kalori
KKAL	Kilo Kalori
KEP	Kepulauan Riau
KMS	Kartu Menuju Sehat
KIA	Kartu Ibu dan Anak
KLB	Kejadian Luar Biasa
LP	Lingkar Perut
LILA	Lingkar Lengan Atas
L	Laki Laki
mmHg	Milimeter Hidragyrum
mL	Mili Liter
MI	
M-T	Missing Teeth
MTI	
MDGs	Millenium Development Goals
M	Meter
Malut	Maluku Utara
Nakes	Tenaga Kesehatan
NAD	Nangroe Aceh Darussalam
NTT	Nusa Tenggara Timur
NTB	Nusa Tenggara Barat
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
Polindes	Pondok Bersalin Desa
Pustu	Puskesmas Pembantu
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
PTI	Performed Treatment Index
POLRI	Polisi Republik Indonesia
POLTEKES	Politeknik Kesehatan
PNS	Pegawai Negeri Sipil
PT	Perguruan Tinggi
P	Perempuan
PPI	Panitia Penelitian Ilmiah

PD3I	Penyakit (yg) Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
PIN	Pekan Imunisasi Nasional
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PPM	Part Per Million
RS	Rumah Sakit
RSLN	Rumah Sakit Luar Negeri
RSB	Rumah Sakit Bersalin
RMH	Rumah
RTI	Required Treatment Index
RPJM	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RTI	Rumah Tangga
SRQ	Self Reporting Questionarre
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu
SPAL	Saluran Pembuangan Air Limbah
Sumbar	Sumatera Barat
Sumsel	Sumatera Selatan
sulut	Sulawesi Utara
Sulbar	Sulawesi Barat
Sulsel	Sulawesi selatan
Sulteng	Sulawesi Tengah
Sultra	Sulawesi Tenggara
SD	Standar Deviasi
SD	Sekolah Dasar
SLTP	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTA	Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
TB	Tinggi Badan
TB/U	Tinggi Badan Menurut Umur
TT	Tetanus Toxoid
Tdk	Tidak
TDM	
TGT	
Tkt	Tingkat
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UCI	Universal Child Immunization
U	Umur
UDDM	
WHO	World Health Organization
WUS	Wanita Usia Subur
µl	Mikro Liter

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1.1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang  
Tim Riset Kesehatan Dasar.

Lampiran 1.2. Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent)

Lampiran 1.3 .Kuesioner Riset Kesehatan Dasar

# BAB 1. PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Untuk mewujudkan visi “masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat”, Departemen Kesehatan RI mengembangkan misi: “membuat rakyat sehat”. Sebagai penjabarannya telah dirumuskan empat strategi utama dan 17 sasaran. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes), sebagai salah satu unit utama Depkes, mempunyai fungsi menunjang sasaran 14, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang berbasis bukti (*evidence-based*) di seluruh Indonesia. Untuk itu diperlukan data berbasis komunitas tentang status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya.

Sejalan dengan Undang-Undang nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, kewenangan perencanaan bidang kesehatan berada di tingkat kabupaten/kota. Proses perencanaan pembangunan kesehatan yang akurat membutuhkan data berbasis bukti di tiap kabupaten/kota.

Keterwakilan hasil survei yang berbasis komunitas seperti Survei Kesehatan Nasional (SDKI, Susenas Modul, SKRT) yang selama ini dilakukan hanya sampai tingkat kawasan atau provinsi, sehingga belum memadai untuk perencanaan kesehatan di tingkat kabupaten/kota, termasuk perencanaan pembiayaan. 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, Balitbangkes melaksanakan riset kesehatan dasar (Riskesdas) untuk menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota.

## 1.2 Ruang Lingkup Riskesdas

Riskesdas adalah riset berbasis komunitas dengan tingkat keterwakilan kabupaten/kota, yang menyediakan informasi kesehatan dasar termasuk biomedis, dengan menggunakan sampel Susenas Kor. Riskesdas 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**  
**Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi**

Indikator	SDKI	SKRT	KOR	Riskesdas
Sampel	35.000	10.000	280.000	280.000
Pola Mortalitas	Nasional	S/J/KTI	--	Nasional
Perilaku	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Gizi & Pola Konsumsi	--	S/J/KTI	Provinsi	Kabupaten
Sanitasi lingkungan	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Penyakit	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
Cedera & Kecelakaan	Nasional	S/J/KTI	--	Prov/Kab
Disabilitas	--	S/J/KTI	--	Prov/Kab
Gigi & Mulut	--	--	--	Prov/Kab
Biomedis	--	--	--	Nasional

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

### 1.3 Pertanyaan Penelitian

Sesuai dengan latarbelakang dan kebutuhan perencanaan, maka pertanyaan penelitian yang harus dijawab dengan 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 setiap provinsi dan kabupaten/kota?

### 1.4 Tujuan Riskesdas

Tujuan Riskesdas adalah sebagai berikut :

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

### 1.5 Kerangka Pikir

Pengembangan Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 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. Pada Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 ini tidak semua indikator dalam konsep empat faktor penentu status kesehatan Henrik Blum dikumpulkan.

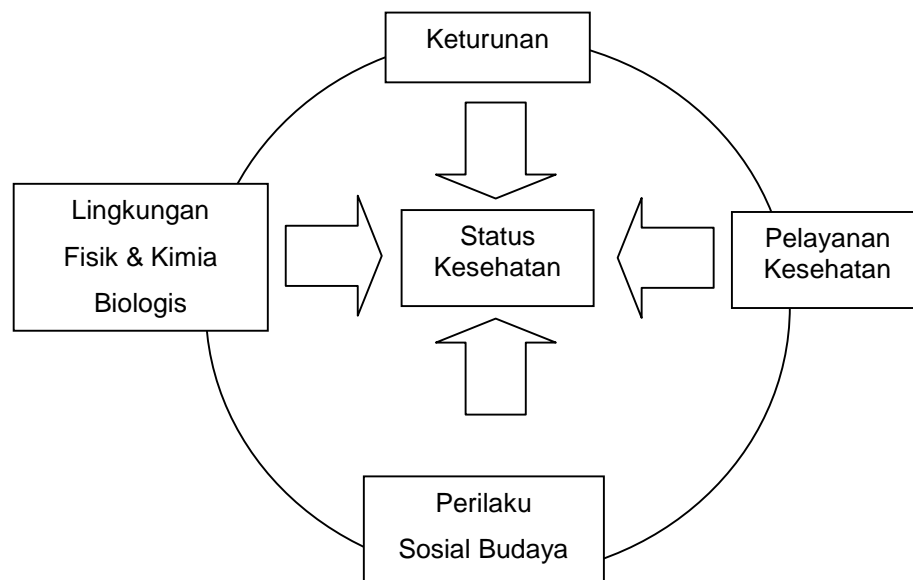
Berbagai indikator yang ditanyakan, diukur atau diperiksa dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah sebagai berikut:

- 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.
- 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.

- 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).

Kerangka pikir Riskesdas didasari oleh kerangka pikir Blum (1974, 1981) yang menyatakan bahwa status kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yang saling berinteraksi yaitu: faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Bagan kerangka pikir Blum adalah sebagai berikut :

**Gambar 1**  
**Bagan Kerangka Pikir Henrik Blum**



Pada Riskesdas tahun 2007 ini tidak semua indikator status kesehatan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan status kesehatan tersebut dikumpulkan. Indikator yang diukur adalah sebagai berikut :

- Status kesehatan, diukur dengan :
- 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.

Faktor lingkungan, diukur dengan :

- 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/kota.

Faktor perilaku, diukur dengan :

- 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.

Faktor pelayanan kesehatan, diukur dengan :

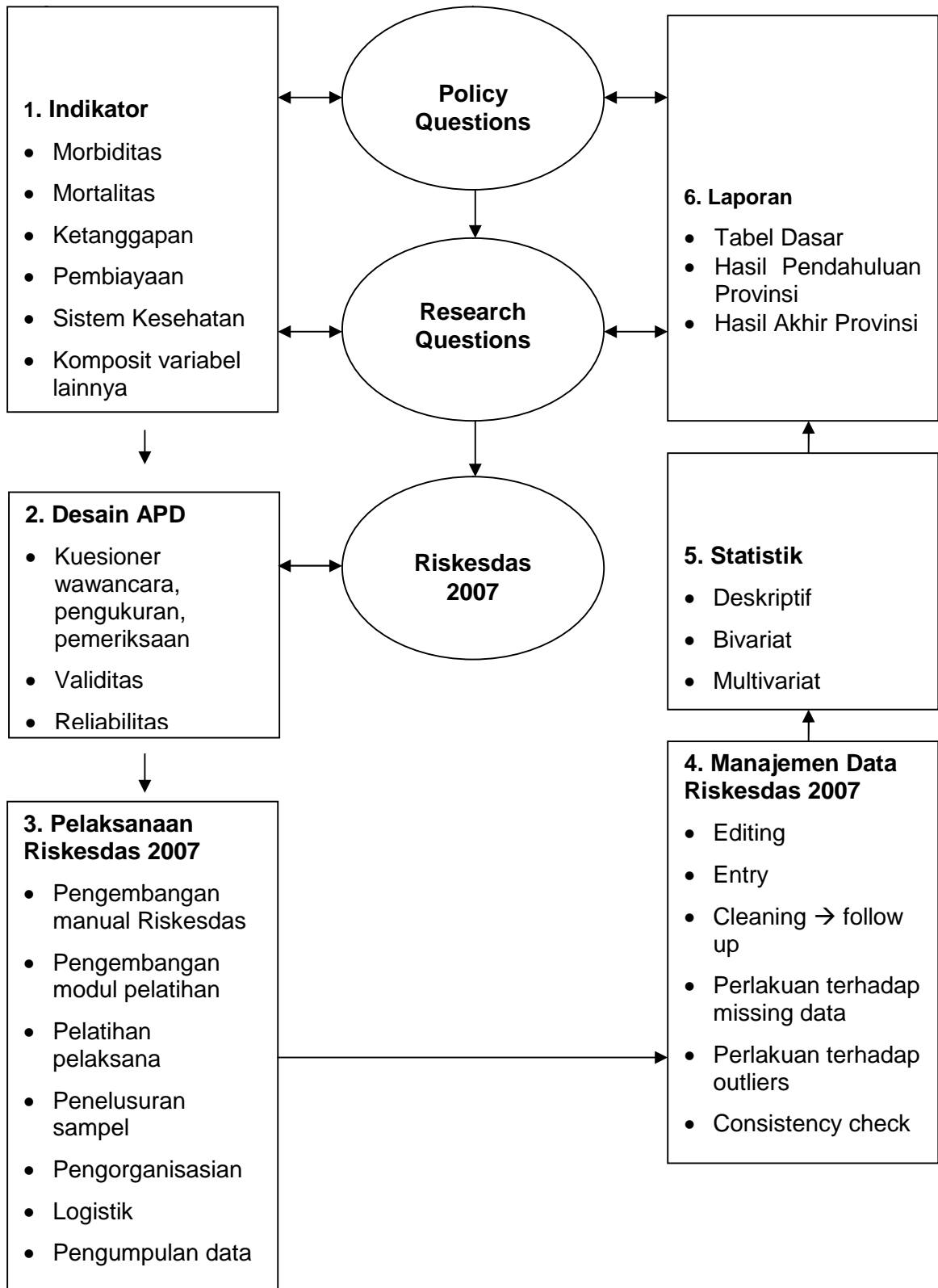
- Akses terhadap pelayanan kesehatan, termasuk untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat.
- Pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.
- Ketanggapan pelayanan kesehatan.
- Cakupan program KIA (pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan imunisasi).

## 1.6 Alur Pikir Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007

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

Untuk menjamin *appropriateness* dan *adequacy* Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 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 Kalimantan Selatan 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 Kalimantan Selatan 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 2**  
**Alur Fikir Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007**



## 1.7 Pengorganisasian Riskesdas

Riskesdas direncanakan dan dilaksanakan dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain BPS, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat. Berdasarkan KepMenKes nomor 877 tahun 2006, pengorganisasian Riskesdas dibagi menjadi berbagai tingkat sebagai berikut (rincian lihat Lampiran 1.1.):

- Tingkat provinsi
- Organisasi tingkat kabupaten/kota (13 kabupaten/kota)
- Tim pengumpul data (disesuaikan dengan kebutuhan lapangan)

Pengumpulan data Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Daftar kabupaten/kota, penanggung jawab provinsi dan jadwal pengumpulan data per kabupaten kota disusun sebagai berikut:

1. Koordinator Provinsi Kalimantan Selatan dengan penanggung-jawab teknis provinsi: dr. Lusianawaty Tana MS, SpOk mencakup 494 blok sensus.
2. Koordinator Provinsi Kalimantan Selatan dengan wakil penanggung-jawab teknis provinsi Anorital, SKM, Mkes mencakup 494 blok sensus.
3. Koordinator Kabupaten Tanah Laut dengan penanggung-jawab teknis kabupaten Luxi R Pasaribu, S.Si, MSc.(PH) mencakup 38 blok sensus
4. Kabupaten Kota Baru dengan penanggung-jawab teknis kabupaten Mardiman SKM, M.kes mencakup 38 blok sensus.
5. Kabupaten Banjar dengan penanggung-jawab teknis kabupaten drh. Rabea P Yekti, M.Epid. mencakup 38 blok sensus.
6. Kabupaten Barito Kuala dengan penanggung-jawab teknis kabupaten Amalia Safitri, SKM mencakup 38 blok sensus.
7. Kabupaten Tapin dengan penanggung-jawab teknis kabupaten dr. Lutfah Rif'ati, Sp.M mencakup 38 blok sensus.
8. Kabupaten Hulu Sungai Selatan dengan penanggung-jawab teknis kabupaten Drs. Sa'roni, M.Kes mencakup 38 blok sensus.
9. Kabupaten Hulu Sungai Tengah dengan penanggung-jawab teknis kabupaten dr. Hadi Siswoyo mencakup 38 blok sensus.
10. Kabupaten Hulu Sungai Utara dengan penanggung-jawab teknis kabupaten Ketut Susilarini mencakup 38 blok sensus.
11. Kabupaten Tabalong dengan penanggung-jawab teknis kabupaten M.Aris, SKM, M.Kes mencakup 38 blok sensus.
12. Kabupaten Tanah Bumbu dengan penanggung-jawab teknis kabupaten Nita Rahayu SKM mencakup 38 blok sensus.
13. Kabupaten Balangan dengan penanggung-jawab teknis kabupaten Annida SKM mencakup 38 blok sensus.
14. Kota Banjarmasin dengan penanggung-jawab teknis kabupaten/kota dr Roselinda, M.Epid mencakup 38 blok sensus.
15. Kota Banjar Baru dengan penanggung-jawab teknis kabupaten/kota Imam Santoso, SKM mencakup 38 blok sensus.

## **1.8 Manfaat Riskedas**

Riskedas 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 2 nancangan pembangunan kesehatan yang berkelanjutan.

## **1.9 Keterbatasan Riskedas**

Riskedas ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Balitbangkes Depkes RI

## **BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS**

### **2.1 Desain**

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 di dalamnya *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. Di tingkat nasional, Laporan Hasil Riskesdas 2007 akan menggambarkan berbagai masalah kesehatan di tingkat nasional dan variabilitas antar provinsi. Sedangkan di tingkat provinsi, Laporan Hasil Riskesdas 2007 akan 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 saling 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. Dengan sedikit pengolahan lanjut, data Riskesdas 2007 dapat dengan mudah dikorelasikan dengan data survei lainnya seperti data kemiskinan. 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 Provinsi Kalimantan Selatan 2007 di tingkat kabupaten/kota berasal dari 13 kabupaten/kota yang tersebar merata di Provinsi Kalimantan Selatan.

### **2.3 Populasi dan Sampel**

Populasi dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh pelosok Provinsi Kalimantan Selatan. Sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan identik dengan daftar sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Susenas Provinsi Kalimantan Selatan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa metodologi penghitungan dan cara penarikan sampel untuk Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 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**

Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas Provinsi Kalimantan Selatan. Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang proporsional terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk ke dalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat

proporsional terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 494 (empat ratus sembilan puluh empat) sampel blok sensus, Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 berhasil mengunjungi 472 (empat ratus tujuh puluh dua) blok sensus dari 13 kabupaten/kota yang ada.

### **2.3.2 Penarikan Sampel Rumah Tangga**

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 13 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Kalimantan Selatan adalah 7.904 (tujuh ribu sembilan ratus empat), sedang Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan berhasil mengumpulkan 7.263 (tujuh ribu dua ratus enam puluh tiga) rumah tangga.

### **2.3.3 Penarikan sampel Anggota Rumah Tangga**

Seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut di atas diambil sebagai sampel individu. Dari 13 kabupaten/kota pada Susenas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 terdapat 29.756 (dua puluh sembilan ribu tujuh ratus lima puluh enam) sampel anggota rumah tangga. Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 berhasil mengumpulkan 25.707 (dua puluh lima ribu tujuh ratus tujuh) individu anggota rumah tangga 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. Secara provinsi, terpilih sampel anggota rumah tangga berasal dari 23 blok sensus perkotaan yang terpilih dari 11 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Kalimantan Selatan 2007. Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 berhasil mengumpulkan 742 (tujuh ratus empat puluh dua). Dari jumlah tersebut, berhasil digabung dengan sampel anggota rumah tangga Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 sejumlah 7.263 yang berasal dari 13 kabupaten/kota dan 494 blok sensus.

### **2.3.5 Penarikan Sampel Iodium**

Ada 2 (dua) pengukuran iodium. Pertama, adalah pengukuran kadar iodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran iodium dalam urin. Pengukuran kadar iodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beriodium. Sedangkan pengukuran iodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam iodium pada penduduk. Pengukuran kadar iodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan "*iodina*" dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga. Dalam Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 dilakukan test cepat iodium dalam garam pada 7.258 sampel rumah tangga dari 13 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan.

Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 Rumah tangga yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 RT per blok sensus di dua kabupaten. 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 Puslitbang Gizi dan Makanan Bogor. Pemilihan kabupaten tersebut berdasarkan hasil survei konsumsi garam beriodium pada Susenas 2005. Dua kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan yang terpilih adalah Kabupaten Tapin dan Balangan.

## 2.4 Variabel

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

### **Kuesioner Rumah Tangga (RKD07.RT)**

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
- c. Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
- d. Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
- e. Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
- f. Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
- g. Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel).

### **Kuesioner Gizi (RKD07.GIZI)**

- a. Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu

### **Kuesioner Individu (RKD07.IND)**

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

### **Kuesioner Autopsi Verbal untuk Umur $< 29$ hari (RKD07.AV1)**

- 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);

#### **Kuesioner Autopsi Verbal untuk Umur <29 hari - < 5 tahun (RKD07.AV2)**

- 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)

#### **Kuesioner Autopsi Verbal untuk Umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)**

- 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 di atas, terdapat 2 formulir yang digunakan untuk pengumpulan data tes cepat iodium garam (Form Garam) dan data iodium di dalam urin (Form Pemeriksaan Urin).

## **2.5 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data**

Pelaksanaan Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 menggunakan berbagai alat pengumpul data dan berbagai cara pengumpulan data, yaitu dengan Kuesioner RKD07.RT dan RKD07.Gizi, Kuesioner RKD07.IND, Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3, dengan cara wawancara, sedangkan untuk biomedis dan garam iodium dilakukan dengan cara pemeriksaan.

Pelaksanaan Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 menggunakan berbagai alat pengumpul data dan berbagai cara pengumpulan data, yaitu dengan Kuesioner RKD07.RT dan RKD07.Gizi, Kuesioner RKD07.IND, Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3, dengan cara wawancara, sedangkan untuk biomedis dan garam iodium dilakukan dengan cara pemeriksaan.

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

#### **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 dihitung sejak 1 Juli 2004, termasuk di dalamnya 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.

**a. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND**

- **Secara umum**, responden untuk Kuesioner RKD07.IND adalah setiap anggota rumah tangga. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit atau orang tua maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya;
- **Anggota rumah tangga semua umur** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pneumonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor / Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan / panjang badan;
- **Anggota rumah tangga berumur  $\geq 15$  tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Sendi, Penyakit Tekanan Darah Tinggi, Stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkaran perut, serta pengukuran lingkaran lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
- **Anggota rumah tangga berumur  $\geq 30$  tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
- **Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
- **Anggota rumah tangga berumur  $\geq 10$  tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan Penyakit Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar;
- **Anggota rumah tangga berumur  $< 12$  bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
- **Anggota rumah tangga berumur  $> 5$  tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
- **Anggota rumah tangga berumur  $\geq 12$  tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
- **Anggota rumah tangga berumur 6-12 tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan urin.

**Pengumpulan data kematian** dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;

**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 Provinsi Kalimantan Selatan 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 971, dengan total sampel 15.536 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.

**Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga** untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 dilakukan dengan tes cepat iodium menggunakan “iodina test”.

**Pengamatan 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 30 kabupaten/kota dipilih untuk pengamatan ini berdasarkan tingkat konsumsi garam iodium rumah tangga hasil Susenas 2005:

- Tinggi – meliputi Kabupaten Blitar, Kabupaten Jember, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Nganjuk, Kota Pasuruan, Kabupaten Klungkung, Kabupaten Sikka, Kabupaten Katingan, Kota Tarakan, dan Kabupaten Jeneponto;
- Sedang – meliputi Kota Tengerang, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Semarang, Kota Salatiga, Kota Semarang, Kabupaten Bantul, Kabupaten Donggala, Kota Kendari, Kabupaten Konawe dan Kota Gorontalo);
- Buruk – meliputi Kabupaten Tapanuli Tengah, Kabupaten Toba Samosir, Kabupaten Karo, Kabupaten Solok Selatan, Kota Dumai, Kota Metro, Kabupaten Karawang, Kabupaten Tapin, Kabupaten Balangan dan Kabupaten Mappi.

**Catatan:**

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

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

### 2.6.1 Editing

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

PJT Kabupaten dan PJT Provinsi bertugas untuk melakukan supervisi pelaksanaan pengumpulan data, memeriksa kuesioner yang telah diisi serta membantu memecahkan masalah yang timbul di lapangan dan juga melakukan editing.

### 2.6.2 Entry

Tim manajemen data yang bertanggungjawab untuk *entry data* harus mempunyai dan mau memberikan ekstra energi berkonsentrasi ketika memindahkan data dari kuesioner/formulir kedalam bentuk digital. Buku kode disiapkan dan digunakan sebagai acuan bila menjumpai masalah *entry data*. Kuesioner Riskesdas 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 meredakan munculnya pertanyaan-pertanyaan mengenai kualitas data.

## 2.7 Keterbatasan Riskesdas

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

- a. Blok sensus tidak terjangkau, karena ketidak-tersediaan alat transportasi menuju lokasi dimaksud, atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar. Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan tidak berhasil mengumpulkan 22 blok sensus yang terpilih dalam sampel Susenas 2007.
- b. Rumah tangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007.
- c. Anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas, pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat.
- d. 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;
- e. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula.
- f. 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.

**Tabel 2.7.1**  
**Jumlah Blok Sensus (BS) Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007**  
**Provinsi Kalimantan Selatan**

Kabupaten/kota	Jml BS- Susenas 2007	Jml BS- Riskesdas 2007	Jml BS Yang Tidak Ada
Tanah Laut	38	38	0
Kota Baru***	38	16	22
Banjar	38	38	0
Barito Kuala	38	38	0
Tapin	38	38	0
Hulu Sungai Selatan	<b>38</b>	<b>38</b>	0
Hulu Sungai Tengah	38	38	0
Hulu Sungai Utara	38	38	0
Tabalong	38	38	0
Tanah Bumbu	38	38	0
Balangan	38	38	0
Banjarmasin	38	<b>38</b>	0
Banjar Baru	38	38	0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>494</b>	<b>472</b>	<b>22</b>

Pada tabel di atas menggambarkan jumlah blok sensus yang dapat dikunjungi tim pengumpul data Riskesdas 2007 sebanyak 472 blok sensus, sedangkan 22 blok sensus tidak berhasil dikunjungi. Dua puluh dua blok sensus tersebut berada di Kabupaten Kotabaru.

**Tabel 2.7.2**  
**Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007**  
**dan Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	Jml Sampel	Jml Sampel	% Sampel RT
Tanah Laut	608	600	98,7
Kota Baru***	608	246	40,5
Banjar	608	574	94,4
Barito Kuala	608	572	94,1
Tapin	608	571	93,9
Hulu Sungai Selatan	608	596	98,0
Hulu Sungai Tengah	608	591	97,2
Hulu Sungai Utara	608	586	96,4
Tabalong	608	604	99,3
Tanah Bumbu	608	595	97,9
Balangan	608	572	94,1
Banjarmasin	608	598	98,4
Banjar Baru	608	558	91,8
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>7.904</b>	<b>7.263</b>	<b>91,9</b>

Pada tabel di atas menggambarkan jumlah sampel rumah tangga per kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan yang berhasil dikunjungi adalah 91,9% (kabupaten/kota

antara 40,5-99,3%). Khusus untuk Kabupaten Kotabaru\*\*\* hanya 40,5% yang berhasil dikunjungi, sehingga hanya dapat mewakili 40,5% rumah tangga di kabupaten tersebut.

**Tabel 2.7.3**

**Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel ART-Susenas	Jumlah Sampel ART-Riskesdas	%Sampel ART Riskesdas/Susenas
Tanah Laut	2.264	2.192	96,8
Kota Baru***	2.357	908	38,5
Banjarnegara	2.379	2.188	92,0
Barito Kuala	2.269	1.931	85,1
Tapin	2.135	1.629	76,3
Hulu Sungai Selatan	2.186	2.046	93,6
Hulu Sungai Tengah	2.142	2.006	93,7
Hulu Sungai Utara	2.378	2.188	92,0
Tabalong	2.313	2.259	97,7
Tanah Bumbu	2.464	2.253	91,4
Balangan	2.199	2.037	92,6
Banjarmasin	2.461	2.396	97,4
Banjarnegara	2.209	1.673	75,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>29.756</b>	<b>25.707</b>	<b>86,4</b>

Pada tabel di atas menggambarkan jumlah sampel anggota rumah tangga per kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan yang berhasil diwawancarai adalah 86,4% (kabupaten/kota antara 38,5-97,7%). Khusus untuk Kabupaten Kotabaru\*\*\* hanya 38,5% yang berhasil dikunjungi, sehingga hanya dapat mewakili 38,5% penduduk kabupaten tersebut.

## 2.8 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isyu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Disain penarikan sampel Susenas 2007 adalah *two stage sampling*. Hasil pengukuran yang diperoleh dari *two stage sampling design* memerlukan perlakuan khusus yang pengolahannya menggunakan paket perangkat lunak statistik konvensional seperti SPSS. Aplikasi statistik yang tersedia didalam SPSS untuk mengolah dan menganalisis data seperti Riskesdas 2007 adalah SPSS Complex Samples. Aplikasi statistik ini memungkinkan penggunaan *two stage sampling design* seperti yang diimplementasikan di dalam Susenas 2007. Dengan penggunaan SPSS Complex Sample dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Kalimantan Selatan 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 provinsi, kabupaten/kota, serta karakteristik penduduk. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas yang terkumpul seperti tercantum pada tabel 2.2, dan tabel 2.3 perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis. Berikut ini rincian jumlah sampel yang dipergunakan untuk analisis data, terutama dari hasil pengukuran dan pemeriksaan dan kelompok umur.

### 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.

**Tabel 2.8.1**  
**Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 6-14 Tahun per kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel Susenas	Jumlah sampel Riskesdas	Jumlah sampel yang dianalisis	<i>Outlier &amp; Missing</i>	% Sampel Riskesdas/ Susenas	% Sampel yang dianalisis Riskesdas/ Susenas
Tanah Laut	430	409	396	13	95,1	92,1
Kota Baru	472	173	163	10	36,7	34,5
Banjar	427	426	409	17	99,8	95,8
Barito Kuala	420	380	356	24	90,5	84,8
Tapin	373	270	258	12	72,4	69,2
Hulu Sungai Selatan	392	385	371	14	98,2	94,6
Hulu Sungai Tengah	400	382	370	12	95,5	92,5
Hulu Sungai Utara	473	465	457	8	98,3	96,6
Tabalong	428	424	409	15	99,1	95,6
Tanah Bumbu	491	454	437	17	92,5	89,0
Balangan	417	396	379	17	95,0	90,9
Banjarmasin	426	427	417	10	100,2	97,9
Banjar Baru	341	270	256	14	79,2	75,1
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>5490</b>	<b>4861</b>	<b>4678</b>	<b>183</b>	<b>88,5</b>	<b>85,2</b>

**Tabel 2.8.2**  
**Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Perempuan Umur 15 -45 tahun per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jumlah	Jumlah	Jumlah	<i>Outlier</i>	% Sampel	% Sampel
Tanah Laut	621	596	572	24	96,0	92,1
Kota Baru	615	240	229	11	39,0	37,2
Banjar	647	590	568	22	91,2	87,8
Barito Kuala	633	530	511	19	83,7	80,7
Tapin	579	472	440	32	81,5	76,0
Hulu Sungai Selatan	544	514	479	35	94,5	88,1
Hulu Sungai Tengah	517	492	470	22	95,2	90,9
Hulu Sungai Utara	606	557	543	14	91,9	89,6
Tabalong	614	590	562	28	96,1	91,5
Tanah Bumbu	639	583	568	15	91,2	88,9
Balangan	575	547	520	27	95,1	90,4
Banjarmasin	679	661	646	15	97,3	95,1
Banjar Baru	643	502	482	20	78,1	75,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>7912</b>	<b>6874</b>	<b>6590</b>	<b>284</b>	<b>86,9</b>	<b>83,3</b>

**Tabel 2.8.3**

**Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) IMT Laki-laki dan Perempuan 15 tahun ke atas per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Outlier &amp;</b>	<b>% Sampel</b>	<b>%Sampel</b>
Tanah Laut	1,591	1,533	1,495	38	96,4	94,0
Kota Baru	1,605	633	617	16	39,4	38,4
Banjar	1,673	1,517	1,467	50	90,7	87,7
Barito Kuala	1,599	1,332	1,311	21	83,3	82,0
Tapin	1,552	1,192	1,150	42	76,8	74,1
Hulu Sungai	1,555	1,436	1,385	51	92,3	89,1
Hulu Sungai	1,551	1,438	1,406	32	92,7	90,7
Hulu Sungai	1,651	1,472	1,433	39	89,2	86,8
Tabalong	1,633	1,587	1,549	38	97,2	94,9
Tanah	1,658	1,503	1,464	39	90,7	88,3
Balangan	1,505	1,364	1,330	34	90,6	88,4
Banjarmasin	1,755	1,672	1,636	36	95,3	93,2
Banjar Baru	1,621	1,177	1,140	37	72,6	70,3
<b>Kalimantan</b>	<b>20,949</b>	<b>17,856</b>	<b>17,383</b>	<b>473</b>	<b>85,2</b>	<b>83,0</b>



## Hipertensi

Untuk analisis hasil pengukuran tekanan darah pada kelompok umur 18 tahun keatas

Tabel 2.8.4

**Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 18 Tahun ke Atas per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel Susenas	Jumlah sampel Riskedas	Jumlah sampel yang dianalisis	<i>Outlier &amp; Missing</i>	% Sampel Riskedas/Susenas	% Sampel yang dianalisis Riskedas/Susenas
Tanah Laut	1,446	1402	1303	99	97,0	90,1
Kota Baru	1,479	586	541	45	39,6	36,6
Banjar	1,522	1385	1280	105	91,0	84,1
Barito Kuala	1,455	1228	1136	92	84,4	78,1
Tapin	1,424	1115	968	147	78,3	68,0
Hulu Sungai Selatan	1,436	1334	1220	114	92,9	85,0
Hulu Sungai Tengah	1,409	1307	1272	35	92,8	90,3
Hulu Sungai Utara	1,472	1320	1222	98	89,7	83,0
Tabalong	1,483	1443	1356	87	97,3	91,4
Tanah Bumbu	1,506	1367	1295	72	90,8	86,0
Balangan	1,360	1241	1173	68	91,3	86,3
Banjarmasin	1,602	1529	1480	49	95,4	92,4
Banjar Baru	1,480	1083	1001	82	73,2	67,6
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>19074</b>	<b>16340</b>	<b>15247</b>	<b>1093</b>	<b>85,7</b>	<b>79,9</b>

### Pemeriksaan katarak

Untuk analisis pemeriksaan katarak adalah pada umur 30 tahun keatas

**Tabel 2.8.5**

**Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 30 Tahun ke Atas per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel Susenas	Jumlah sampel Riskedas	Jumlah sampel yang dianalisis	<i>Outlier &amp; Missing</i>	% Sampel Riskedas/Susenas	% Sampel yang dianalisis Riskedas/Susenas
Tanah Laut	975	953	948	5	97,7	97,2
Kota Baru	1019	405	400	5	39,7	39,3
Banjar	990	937	931	6	94,6	94,0
Barito Kuala	1007	895	879	16	88,9	87,3
Tapin	1011	818	794	24	80,9	78,5
Hulu Sungai Selatan	1009	958	957	1	94,9	94,8
Hulu Sungai Tengah	1036	968	968	0	93,4	93,4
Hulu Sungai Utara	1017	934	933	1	91,8	91,7
Tabalong	1001	985	972	13	98,4	97,1
Tanah Bumbu	1004	939	939	0	93,5	93,5
Balangan	926	859	844	15	92,8	91,1
Banjarmasin	1042	996	991	5	95,6	95,1
Banjar Baru	1025	784	783	1	76,5	76,4
<b>Kalimantan</b>	<b>13062</b>	<b>11431</b>	<b>11339</b>	<b>92</b>	<b>87,5</b>	<b>86,8</b>

**Pemeriksaan visus**

Untuk analisis visus untuk umur 6 tahun keatas

**Tabel 2.8.6****Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 6 Tahun ke Atas per Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Jumlah Sampel Susenas</b>	<b>Jumlah sampel Riskesdas</b>	<b>Jumlah sampel yang dianalisis</b>	<b><i>Outlier &amp; Missing</i></b>	<b>% Sampel Riskesdas/ Susenas</b>	<b>% Sampel yang dianalisis Riskesdas/ Susenas</b>
Tanah Laut	2021	1942	1653	289	96,1	81,8
Kota Baru	2077	806	723	83	38,8	34,8
Banjar	2100	1943	1778	165	92,5	84,7
Barito Kuala	2019	1712	1592	120	84,8	78,9
Tapin	1925	1462	1374	88	75,9	71,4
Hulu Sungai Selatan	1947	1821	1604	217	93,5	82,4
Hulu Sungai Tengah	1951	1820	1664	156	93,3	85,3
Hulu Sungai Utara	2124	1937	1701	236	91,2	80,1
Tabalong	2061	2011	1801	210	97,6	87,4
Tanah Bumbu	2149	1957	1869	88	91,1	87,0
Balangan	1922	1760	1645	115	91,6	85,6
Banjarmasin	2181	2099	1937	162	96,2	88,8
Banjar Baru	1962	1447	1347	100	73,8	68,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>26439</b>	<b>22717</b>	<b>20688</b>	<b>2029</b>	<b>85,9</b>	<b>78,2</b>

### Pemeriksaan Gigi

- Analisis untuk umur 12 tahun keatas
- Perilaku dan Disabilitas
- Analisis untuk umur 10 tahun keatas

**Tabel 2.8.7**  
**Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) Umur 10 Tahun ke Atas per kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan Menurut Susenas 2007 dan Riskeddas 2007**

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel Susenas	Jumlah sampel Riskeddas	Jumlah sampel yang dianalisis	<i>Outlier &amp; Missing</i>	% Sampel Riskeddas/ Susenas	% Sampel yang dianalisis Riskeddas/ Susenas
Tanah Laut	1833	1757	1756	1	95,9	95,8
Kota Baru	1848	718	716	2	38,9	38,7
Banjar	1908	1744	1742	2	91,4	91,3
Barito Kuala	1826	1526	1525	1	83,6	83,5
Tapin	1776	1340	1337	3	75,5	75,3
Hulu Sungai	1774	1650	1648	2	93,0	92,9
Hulu Sungai	1781	1655	1650	5	92,9	92,6
Hulu Sungai Utara	1913	1728	1722	6	90,3	90,0
Tabalong	1872	1823	1814	9	97,4	96,9
Tanah Bumbu	1946	1768	1766	2	90,9	90,8
Balangan	1744	1577	1575	2	90,4	90,3
Banjarmasin	1998	1914	1907	7	95,8	95,4
Banjar Baru	1801	1319	1319	0	73,2	73,2
<b>Kalimantan</b>	<b>24020</b>	<b>20519</b>	<b>20477</b>	<b>42</b>	<b>85,4</b>	<b>85,2</b>

## BAB 3. HASIL RISKESDAS

### 3.1 PROFIL PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

#### 3.1.1 Geografi

Provinsi Kalimantan Selatan dengan ibukotanya Banjarmasin terletak di sebelah selatan pulau Kalimantan dengan batas-batas: sebelah barat dengan provinsi Kalimantan Tengah, sebelah timur dengan Selat Makasar, sebelah selatan dengan Laut Jawa dan di sebelah utara dengan provinsi Kalimantan Timur. Luas wilayah 37.530,52 km<sup>2</sup> atau 3.753.052 ha. Sampai dengan tahun 2004, berdasarkan pembagian administrasi pemerintahan terdiri atas 11 kabupaten/kota dan pada tahun 2005 menjadi 13 kabupaten/kota sebagai akibat dari adanya pemekaran wilayah kabupaten Hulu Sungai Utara dengan Kabupaten Balangan dan Kabupaten Kotabaru dengan Kabupaten Tanah Bumbu.

Daerah yang paling luas di provinsi Kalimantan Selatan adalah Kabupaten Kotabaru dengan luas 9.422,73 km<sup>2</sup>, kemudian Kabupaten Tanah Bumbu dengan luas 5.066,96 km<sup>2</sup>, sedangkan luas daerah yang paling kecil adalah Kota Banjarbaru dengan luas 72,67 km<sup>2</sup>. Secara rinci luas wilayah dan batas wilayah dapat dilihat pada Tabel 3.1 di bawah ini.

Tabel 3.1.1

Luas Wilayah dan Batas Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2006

Kabupaten/Kota	Luas Daratan (km <sup>2</sup> )	Batas			
		Utara	Timur	Selatan	Barat
Tanah Laut	3,729.30	Banjar	Tanah Bumbu	Laut Jawa	Laut Jawa
Kotabaru	9,422.73	Kaltim	Selat Makasar	Laut Jawa	HSU, HST, Banjar, Tala
Banjar	4,672.68	HSU, HST	HST,	Tapin	HSU, Tapin
Barito Kuala	2,376.22	HSU, Tapin	Banjar,	Laut Jawa	Kalimantan Tengah
Tapin	2,173.95	HSU, HST	HSS	Kab.	Barito Kuala
Hulu Sungai Slt	1,803.94	HST, HSU	Kotabaru,	Tapin	HSU, Tapin
Hulu Sungai Tng	1,472.00	HSU	Kotabaru,	HSS	HSU, HSS
Hulu Sungai Utr	892.70	Tabalong	Kotabaru	HST, HSS	Kalimantan Tengah
Tabalong	1,878.30	Kaltim	Kaltim	HSU	Kalimantan Tengah
Tanah Bumbu	5,066.96	Banjar	Kotabaru	Laut Jawa	Banjar, Tala
Balangan	3,599.95	Kaltim,	Kaltim,	HST,	HSU, Tabalong
Banjarmasin	367.12	Barito Kuala	Banjar	Kab.	Batola
Banjarbaru	72.67	Banjar	Banjar	Tanah	Banjar
<b>Kalimantan</b>	<b>37,530.52</b>	<b>Kalimantan Selat</b>	<b>Laut</b>	<b>Kalimantan Tengah</b>	

Sumber: [www.provkalsel.go.id](http://www.provkalsel.go.id)

Daerah aliran sungai yang terdapat di provinsi Kalimantan Selatan adalah: Barito, Tabanio, Kintap, Satui, Kusan, Batulicin, Pulau Laut, Pulau Sebuku, Cantung, Sampanahan, Manunggal dan Cengal. Dan memiliki *catchment area* sebanyak 10 (sepuluh) lokasi yaitu Bnuang, Tapin, Telaga Langsung, Mangkuang, Haruyan Dayak, Intangan, Kahakan, Jaro, Batulicin dan Riam Kanan.

Kondisi geografi provinsi Kalimantan Selatan berupa hutan primer 780.319 ha, hutan sekunder/belukar 377.774 ha, rawa 90.060 ha, semak/ilalang 870.314 ha, sawah 413.107 ha, perkebunan 437.073 ha dan pemukiman 57.903 ha.

### 3.1.2 Kependudukan

Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Kantor BPS Provinsi Kalimantan Selatan, jumlah penduduk pada tahun 2005 sebesar 3.151.131 jiwa dengan tingkat kepadatan 86 jiwa/km<sup>2</sup> dan rata-rata jumlah jiwa setiap rumah tangga 4 jiwa/RT. Kabupaten/Kota yang memiliki kepadatan penduduk tertinggi adalah kota Banjarmasin sebesar 7.903 jiwa/ km<sup>2</sup>, sedangkan yang terendah adalah kabupaten Kotabaru sebesar 28 jiwa/km<sup>2</sup>. Berikut Tabel 3.1.2.1 jumlah penduduk provinsi Kalimantan Selatan dirinci di setiap kabupaten/kota.

**Tabel 3.1.2.1**  
**Jumlah Penduduk Kabupaten/Kota**  
**Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005**

Kabupaten/Kota	Penduduk		Jumlah
	Laki-laki	Perempuan	
Tanah Laut	127.468	126.833	254.301
Kotabaru	135.806	125.986	261.792
Banjar	234.613	222.629	457.242
Barito Kuala	131.178	132.555	263.733
Tapin	75.485	72.153	147.638
Hulu Sungai	98.336	102.619	200.955
Hulu Sungai	114.229	119.164	233.393
Hulu Sungai Utara	98.114	109.549	207.663
Tabalong	95.342	89.030	184.372
Tanah Bumbu	109.652	101.065	210.717
Balangan	47.786	50.591	98.377
Banjarmasin	283.072	202.286	485.358
Banjarbaru	74.719	70.871	145.590
<b>Kalimantan</b>	<b>1.625.800</b>	<b>1.525.331</b>	<b>3.151.131</b>

Sumber: BPS Prov. Kalsel dari Profil Kesehatan Prov. Kalsel Tahun 2005.

Komposisi penduduk Kalimantan Selatan menurut kelompok umur menunjukkan bahwa penduduk yang berusia muda (0—14 tahun) sebesar 29,40%, usia produktif (15—64 tahun) sebesar 66,86%, dan berusia tua (> 65 tahun) sebesar 4,71%. Dari hal tsb, angka beban tanggungan (*dependency ratio*) penduduk Kalimantan Selatan pada tahun 2005 adalah sebesar 49,57, dengan kisaran antara 44,90 (kota Banjarmasin) --- 54,14 (kabupaten Balangan).

### 3.1.3 Sosial Ekonomi

Kondisi perekonomian Kalimantan Selatan dapat dilihat dari angka Produk Domestik Regional Bruto (PDRB). PDRB Kalimantan Selatan menurut usaha Atas Dasar Harga Berlaku (AHDB) dengan Migas adalah sebesar 25,792 milyar rupiah (tahun 2004) dan 29,067 milyar (tahun 2005). Sedangkan PDRB per kapita Rp6.785.128,00 (tahun 2004) dan Rp7.324.451,00 (tahun 2005).

Gambaran angka melek huruf di Kalimantan Selatan pada tahun 2005 adalah sebesar 95,07% dengan rincian laki-laki 97,46% dan perempuan 92,69%. Persentase tingkat pendidikan untuk laki-laki yang tertinggi adalah 16,70% untuk tamat SD/MI dan terendah 0,93% tamat pendidikan tinggi. Tingkat pendidikan untuk perempuan yang tertinggi adalah 14,33% untuk kategori tidak tamat/belum tamat SD/MI sedangkan yang terendah adalah 0,84% untuk tamat perguruan tinggi.

Mayoritas penduduk Kalimantan Selatan adalah suku Banjar dan beragama Islam, selain itu ada juga suku Jawa, Sunda, Madura, Daya, Bugis, Minang, dan Batak. Suku Banjar berikut adat istiadatnya merupakan hasil dari suatu proses akulturasi dari kebudayaan Melayu, Dayak, Jawa dan Bugis yang dipengaruhi agama Hindu dan Islam. Pengaruh Hindu dimulai sejak berdirinya kerajaan Kutai sekitar abad ke 5 dan sisa-sisa kebudayaan Hindu dapat dilihat dengan ditemukannya situs candi di Amuntai. Dalam kehidupan sehari-hari dapat ditemukan adanya kesenian wayang, topeng, dan lamut, pengobatan tradisional, dan relief ukiran interior rumah adat Banjar. Pengaruh agama Islam sangat dirasakan dalam kehidupan masyarakat suku Banjar. Sebagai penganut Islam yang taat dan fanatik, kehidupan sehari-hari suku Banjar tidak terlepas dari berbagai aturan kehidupan yang bersumber dari Al Qur'an dan Hadist. Adat istiadat perkawinan selalu merujuk ke Al Quran dan Hadist.

Dalam masyarakat Banjar terdapat sistem pelapisan sosial yang berdasarkan faktor keturunan yaitu golongan keturunan raja dan bangsawan, dan golongan masyarakat kebanyakan. Tetapi di pihak lain, para ulama terutama bagi yang telah menunaikan ibadah haji, merupakan salah satu strata sosial yang dipandang dan disegani masyarakat. Strata sosial lainnya yang menunjukkan lapisan teratas adalah pegawai pemerintah dan pedagang. Hal ini dikarenakan dari aspek kesejahteraan kedua golongan tersebut cukup berada dan umumnya dari golongan ini punya kemampuan untuk dapat menunaikan ibadah haji.

### **3.1.4 Derajat Kesehatan**

Gambaran derajat kesehatan masyarakat pada provinsi Kalimantan Selatan dapat dilihat dari umur harapan hidup, angka kematian kasar, angka kematian ibu hamil, angka kematian anak balita, dan angka kematian bayi.

Umur harapan hidup di provinsi Kalimantan Selatan menurut estimasi BPS cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 1995 sebesar 60,3 tahun, meningkat menjadi 61,3 tahun pada tahun 2002, dan tahun 2005 menjadi 62,1 tahun. Angka kematian kasar mengalami penurunan dari 21,0/1.000 penduduk pada tahun 2000 menjadi 19,5/1.000 penduduk pada tahun 2005.

Angka kematian ibu menurut perkiraan BPS di Kalimantan Selatan adalah sebesar 307/100.000 kelahiran hidup pada tahun 1998. Eklamsia dan pre-eklamsia menduduki urutan teratas sebagai penyebab kematian. Dari hasil survei BPS, angka kematian anak balita cenderung menurun dari 66,97/1.000 kelahiran hidup pada tahun 1995 menjadi 52,60/1.000 kelahiran hidup pada tahun 2000. Penyebab kematian oleh penyakit infeksi. Angka kematian bayi berdasarkan Peta Kesehatan Indonesia Tahun 2004, provinsi Kalimantan Selatan berada pada kisaran antara 40—50 kematian/1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2005 menurun sebesar 40,80/1.000 kelahiran hidup.

Angka kesakitan (morbiditas) provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2005 berdasarkan data yang diperoleh dari dinas kesehatan kabupaten/kota dan sara pelayanan kesehatan diperoleh gambaran 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di Puskesmas yaitu: (1) ISPA 135.373 kasus, (2) penyakit lainnya 48.090 kasus, (3) penyakit pada sistem otot dan jaringan 38.415 kasus, (4) tekanan darah tinggi 35.248 kasus, (5) penyakit kulit/alergi 31.462 kasus, (6) penyakit kulit infeksi 27.816 kasus, (7) diare termasuk suspek kolera 22.738 kasus, (8) penyakit lain pada saluran pernafasan bagian atas

16.929 kasus, (9) radang sendi serupa rematik 16.594 kasus, dan (10) radang pulpa dan penyakit periodontal 14.183 kasus.

### **3.1.5 Upaya Kesehatan**

#### **1. Pelayanan Kesehatan Dasar**

Pelayanan kesehatan dasar yang diberikan di tempat fasilitas pelayanan kesehatan adalah sbb:

##### **a. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak.**

Cakupan K4 (pelayanan antenatal untuk ibu hamil minimal 4 kali kunjungan selama kehamilan) tahun 2005 adalah 72,38% (rentang antara 57,13% -- 84,19%). Cakupan tertinggi adalah kabupaten Tapin (84,19%) dan terendah adalah kabupaten Kotabaru (57,13%). Untuk pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2005 adalah cakupannya rata-rata 79,60%, dengan cakupan tertinggi pada kabupaten Hulu Sungai Utara (89,96%) dan terendah kabupaten Tanah Bumbu (54,95%). Sedangkan angka ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk adalah sebesar 12,35% (angka ini tergolong rendah). Untuk kunjungan 27eonates adalah sebesar 91,26%. Tertinggi adalah 100% pada kabupaten Barito Kuala dan Hulu Sungai Selatan serta kota Banjarmasin. Terendah adalah kabupaten Tanah Bumbu sebesar 72,52%. Cakupan kunjungan bayi rata-rata adalah 63,05% dengan kisaran antara 58,04% -- 100%. Tertinggi kabupaten Hulu Sungai Selatan (100%) dan terendah kabupaten Tapin (58,04%).

##### **b. Pelayanan Kesehatan Anak Pra-Sekolah, Anak Usia Sekolah, dan Remaja**

Dari hasil pengumpulan data/27ndicator kinerja SPM di bidang kesehatan, cakupan pelayanan kesehatan anak pra-sekolah adalah 16,16%, anak usia sekolah (SD) sebesar 25,77%, dan remaja sebesar 42,27%.

##### **c. Pencapaian UCI (universal child immunization) di provinsi Kalimantan Selatan masih di bawah target yaitu 64,6% dari target 80%. Dari 13 kabupaten/kota terdapat 4 kabupaten/kota yang di atas target yaitu kota Banjarbaru (100%), kabupaten Banjar (93,1%), kota Banjarmasin (86,0%) dan kabupaten Kotabaru (83,6%).**

##### **d. Pelayanan Keluarga Berencana.**

Cakupan peserta KB dapat dilihat dari melalui peserta KB aktif dan jenis kontrasepsi yang digunakan. Tercatat sebanyak 72,31% adalah peserta KB aktif di Kalimantan Selatan pada tahun 2005 dengan jenis kontrasepsi pil sebanyak 61,07% dan suntik 27,52%.

##### **e. Pelayanan Kesehatan Pra Usia Lanjut dan Usia Lanjut.**

Dari data yang diperoleh pada 7 kabupaten/kota, pelayanan kesehatan untuk jenis ini mempunyai cakupan rata-rata sebesar 55,4% pada tahun 2005.

#### **2. Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Penunjang**

##### **a. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.**

Cakupan kunjungan rawat jalan di Puskesmas sebesar 60,74% meningkat dibanding tahun 2004 yaitu sebesar 59,0%. Sedangkan cakupan kunjungan rawat inap sebesar 5,91% dan kunjungan gangguan jiwa 0,56%.

##### **b. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit.**

Pada tahun 2005, cakupan BOR di Kalimantan Selatan mencapai di atas standar yaitu 70,3% (standar 60,0%). Sedangkan LOS dan TOI di bawah standar. LOS 4,7



hari (standar 6—9 hari) dan TOI 0,7 hari (standar 2—3 hari). Rata-rata tempat tidur yang dipakai adalah 56,3 kali/tahun di atas standar (standar 40—50 kali/tahun).

### **c. Pelayanan Ibu Hamil dan Neonatus Risiko Tinggi.**

Dari hasil pengumpulan data indikator kinerja SPM Kalimantan Selatan pada tahun 2005, persentase ibu hamil dan neonatal risiko tinggi yang dirujuk dan mendapat pelayanan kesehatan adalah sbb: (1) ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk 69,19%, (2) ibu hamil risiko tinggi dirujuk yang ditangani 64,36%, (3) neonatal risiko tinggi yang dirujuk 2,14%, dan (4) neonatal risiko tinggi dirujuk yang ditangani 96,58%.

### **d. Pemanfaatan Obat Generik**

Dari 8 kabupaten/kota, rata-rata persentase penulisan obat generik adalah sebesar 74,5% dengan persentase tertinggi kabupaten Barito Kuala (100%) dan terendah Kabupaten Hulu Sungai Utara (8,9%).

## **3. Pemberantasan Penyakit Menular**

### **a. Penyakit Menular Langsung**

Penyakit TB Paru masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di provinsi Kalimantan Selatan. Data tahun 2001 – 2005 memperlihatkan peningkatan BTA positif dari 4,05 kasus/100.000 penduduk pada tahun 2001 menjadi 9,27 kasus/100.000 penduduk pada tahun 2005. Peningkatan terjadi dikarenakan adanya bantuan dari ADB sehingga mempunyai implikasi terhadap peningkatan kemampuan SDM dan sarana laboratorium.

Program pemberantasan ISPA diprioritaskan pada penanggulangan pneumonia pada balita. Jumlah penderita pneumonia pada balita di provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2005 adalah sebesar 16.248 dan seluruhnya telah ditangani.

Penyakit diare di Kalimantan Selatan termasuk dalam golongan penyakit yang terbesar angka kejadiannya. Namun sejak tahun 1997 terdapat kecenderungan penurunan kasus dari 17 kasus/1.000 penduduk menurun pada tahun 2005 menjadi 6,9 kasus/1.000 penduduk.

Berdasarkan kunjungan penderita kusta yang datang berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan dan penemuan kontak kasus melalui kegiatan survei, diketahui prevalensi kusta menurun dari 1,5 kasus/10.000 penduduk pada tahun 2001 menjadi 1 kasus/10.000 penduduk pada tahun 2005.

Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS merupakan ancaman yang serius terhadap derajat kesehatan masyarakat di Kalimantan Selatan. Berdasarkan hasil sero survei, kumulatif kasus HIV/AIDS ditemukan sebanyak 36 kasus HIV dan 6 AIDS.

### **b. Penyakit Menular Bersumber Binatang**

Daerah endemis malaria di Kalimantan Selatan terjadi pada kabupaten di sepanjang pegunungan Meratus (Kotabaru, Tanah Laut, Tanah Bumbu, Banjar, Tabalong). Penderita sebagian besar adalah masyarakat yang berdiam di sekitar hutan di wilayah tersebut. Selama tahun 2005, jumlah penderita malaria yang berobat ke Puskesmas tercatat sebanyak 8.803 kasus untuk malaria klinis dan 2.516 kasus dinyatakan positif malaria.

Insiden penyakit DBD cenderung menurun yaitu dari 10,1 kasus/100.000 penduduk (tahun 2004) menjadi 9,3 kasus/100.000 penduduk (tahun 2005). Namun hal ini perlu diwaspadai mengingat angka kematian DBD berfluktuasi naik-turun selain itu daerah yang terjangkit juga semakin luas.

Kabupaten yang endemis filariasis di provinsi Kalimantan Selatan terdapat pada kabupaten Hulu Sungai Utara, Tabalong, Tanah Bumbu, Kotabaru, dan Barito Kuala. Mikrofilaria rate untuk Kalimantan Selatan antara 1,01% -- 35,8%.

Penyakit kecacingan Buski (*Fasciolopsis buski*) di Indonesia endemis pada 10 desa yang terletak di kabupaten Hulu Sungai Utara. Dari beberapa survei yang dilakukan sejak tahun 2000—2005, prevalens penyakit ini adalah antara 1,3% — 7,8% (rata-rata 3,5%) dengan jumlah penduduk yang diperiksa sebanyak 9.266 orang.

### 3.1.6 Sumber Daya Kesehatan

#### Sarana Kesehatan

Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling setiap tahunnya terjadi peningkatan. Tabel 3.1.6.1 di bawah ini memperlihatkan hal tersebut.

**Tabel 3.1.6.1**

#### **Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan Puskesmas Keliling Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005**

Kabupaten/Kota	Jumlah		
	Puskesmas	Puskesmas Pembantu	Puskesmas Keliling
Tanah Laut	15	60	15
Kotabaru	22	68	24
Banjar	22	71	20
Barito Kuala	16	66	16
Tapin	13	47	14
Hulu Sungai Selatan	19	69	20
Hulu Sungai Tengah	19	45	29
Hulu Sungai Utara	12	33	14
Tabalong	14	58	13
Tanah Bumbu	8	45	6
Balangan	9	25	9
Banjarmasin	26	32	24
Banjarbaru	4	10	7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>199</b>	<b>629</b>	<b>211</b>

**Tabel 3.1.6.2**  
**Rasio Tempat Tidur Rumah Sakit (TT-RS) Terhadap 100.000 Penduduk**  
**Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Jumlah TT</b>	<b>Rasio TT Terhadap</b>
Tanah Laut	254.301	75	29,49
Kotabaru	261.792	68	25,97
Banjar	457.242	127	27,77
Barito Kuala	263.733	55	20,85
Tapin	147.638	57	38,60
Hulu Sungai Selatan	200.955	127	63,20
Hulu Sungai Tengah	233.393	89	38,13
Hulu Sungai Utara	207.663	99	47,67
Tabalong	184.372	99	53,70
Tanah Bumbu	210.717	--	--
Balangan	98.377	--	--
Banjarmasin	485.358	1.107	228,08
Banjarbaru	145.590	75	51,51
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>3.151.131</b>	<b>1.978</b>	<b>62,77</b>

-- : belum ada rumah sakit

Berdasarkan data dari kabupaten/kota, pada tahun 2005 pencapaian upaya kesehatan bersumber daya masyarakat di provinsi Kalimantan Selatan dapat dilihat gambarannya pada Tabel 3.1.6.3 di bawah ini.

**Tabel 3.1.6.3**  
**Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)**  
**Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005**

<b>Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat</b>	<b>Jumlah</b>	<b>Persentase</b>
<b>Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu):</b>	<b>3.248</b>	
* Pratama	1.620	49,9
* Madya	1.160	36,7
* Purnama	411	12,7
* Mandiri	57	1,8
<b>Pondok Bersalin Desa (Polindes)</b>	<b>1.312</b>	
<b>Pos Obat Desa:</b>	<b>399</b>	
* Pratama	326	81,7
* Madya	72	18,0
* Purnama	1	0,3
* Mandiri	0	0,0

## Tenaga Kesehatan

Rasio tenaga kesehatan terhadap penduduk di provinsi Kalimantan Selatan masih berada di bawah standar yang diharap. Berikut Tabel 3.1.6.4 menggambarkan rasio tenaga kesehatan di provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2005.

**Tabel 3.1.6.4**  
**Rasio Tenaga Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan**  
**Tahun 2005**

Jenis Tenaga	Rasio	Standar
Dokter	17,05/100.000 pddk	40,0/100.000 pddk
Dokter Spesialis	4/150.000 pddk	6,0/150.000 pddk
Dokter Gigi	2/100.000 pddk	11,0/100.000 pddk
Apoteker	8/100.000 pddk	10,0/100.000 pddk
Asisten Apoteker	28/100.000 pddk	30,0/100.000 pddk
Perawat	58,9/100.000 pddk	117,5/100.000 pddk
Bidan	51,8/100.000 pddk	100,0/100.000 pddk
Tenaga Gizi	10,31/100.000 pddk	22,0/100.000 pddk

## Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan di provinsi Kalimantan Selatan bersumber dari dana APBD. Pada tahun 2005 mencapai 15% dari APBD (belanja langsung) yaitu sebesar 55,8 milyar. Sedangkan keterlibatan sektor swasta dan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan dapat dilihat dari jumlah peserta pada PT Askes Persero yaitu 281.907 orang dan Jamsostek dengan peserta sebanyak 45.525 orang.

## 3.2 STATUS GIZI

### 3.2.1. STATUS GIZI BALITA

Prevalensi gizi buruk dan kurang di Provinsi Kalimantan Selatan masih mencapai 26,6% (rentang 17-35,6%), sebagian besar kabupaten/kota (11 dari 13) belum mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 dan target MDGs untuk Indonesia (18,5%), 2 kabupaten/kota yang telah mencapai target tersebut yaitu Kabupaten Tanah Laut dan Kota Banjar Baru.

Prevalensi gizi lebih pada balita di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 3,0% (rentang: 0,5-5,3%). Tujuh kabupaten dengan prevalensi gizi lebih di atas angka prevalensi provinsi adalah Tanah Laut, Kota Baru, Banjar, Tapin, Hulu Sungai Selatan, Tanah Bumbu, dan Balangan.

Prevalensi masalah pendek pada balita di Provinsi Kalimantan Selatan masih tinggi yaitu sebesar 41,8% (27,8-50,4%). Sebagian besar kabupaten/kota (7 dari 13) memiliki prevalensi masalah pendek di atas angka provinsi adalah Banjar, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Tabalong, dan Banjarmasin.

Prevalensi balita sangat kurus di Provinsi Kalimantan Selatan masih cukup tinggi yaitu 7,8% (3,7-17,0%). Enam kabupaten dengan prevalensi balita sangat kurus melebihi angka prevalensi provinsi adalah Kota Baru, Hulu Sungai Selatan, Tabalong, Hulu Sungai Utara, Hulu Sungai Tengah, dan Tapin.

Masalah kurus masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, dengan angka prevalensi 16,3% (10,3-

22,4%). Masalah kurus ini sudah merupakan masalah kesehatan masyarakat yang dianggap serius (prevalensi masalah kurus antara 10,1-15,0%) di semua kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan. Sepuluh kabupaten/kota dengan masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap kritis (prevalensi masalah kurus di atas 15%), yaitu Kota Baru, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Hulu Sungai Selatan, Barito Kuala, Tapin, Balangan, Tabalong, Tanah Bumbu, dan Banjar. Semua kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan masih menghadapi masalah gizi akut dan 10 kabupaten/kota menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Hanya 3 kabupaten/kota yang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka nasional yaitu Kota Baru, Tanah Bumbu, dan Banjar Baru.

Prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB sebesar 9,9%. Enam kabupaten/kota memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka prevalensi provinsi yaitu Tanah Laut, Kota Baru, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Utara, Tanah Bumbu, dan Banjar Baru.

Prevalensi balita gizi kurang dan buruk cenderung meningkat dengan meningkatnya umur balita, meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan kepala keluarga, lebih tinggi di perdesaan, dan meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga. Sebaliknya semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita keluarga semakin banyak jumlah balita yang berstatus gizi lebih.

Prevalensi masalah pendek cenderung meningkat seiring bertambahnya umur balita, meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pendidikan KK, lebih tinggi pada perdesaan, meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran perkapita dan tinggi pada keluarga yang pekerjaan utama kepala keluarga sebagai petani/nelayan/buruh.

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

a. Berdasarkan indikator BB/U :

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

b. Berdasarkan indikator TB/U:

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

c. Berdasarkan indikator BB/TB:

Kategori Sangat Kurus	Z-score < -3,0
Kategori Kurus	Z-score $\geq$ -3,0 s/d Z-score <-2,0
Kategori Normal	Z-score $\geq$ -2,0 s/d Z-score $\leq$ 2,0
Kategori Gemuk	Z-score >2,0

Perhitungan angka prevalensi :

- Prevalensi gizi buruk = (Jumlah balita gizi buruk/jumlah seluruh balita) x 100%
- Prevalensi gizi kurang = (Jumlah balita gizi kurang/jumlah seluruh balita) x 100%
- Prevalensi gizi baik = (Jumlah balita gizi baik/jumlah seluruh balita) x 100%
- Prevalensi gizilebih = (Jumlah balita gizi lebih/jumlah seluruh balita) x 100%

#### a. Status gizi balita berdasarkan indikator BB/U

Tabel 3.2.1.1 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/U. Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk atau gizi kurang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita, tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut.

**Tabel 3.2.1.1**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)\* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Tanah Laut	6,9	10,1	79,2	3,8
Kota Baru***	9,9	13,0	71,7	5,3
Banjar	11,9	23,7	60,6	3,8
Barito Kuala	7,9	17,2	71,9	3,0
Tapin	8,8	19,4	68,7	3,1
Hulu Sungai Selatan	9,1	15,7	70,7	4,5
Hulu Sungai Tengah	6,4	24,6	68,5	0,5
Hulu Sungai Utara	9,4	24,8	63,7	2,2
Tabalong	5,4	19,7	72,8	2,1
Tanah Bumbu	6,0	14,4	76,1	3,5
Balangan	13,1	21,3	61,5	4,1
Banjarmasin	8,0	18,6	71,3	2,1
Banjar Baru	4,8	13,3	79,7	2,3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>8,4</b>	<b>18,2</b>	<b>70,4</b>	<b>3,0</b>

\*BB/U=berat badan menurut umur

Secara umum prevalensi gizi buruk di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 8,4% dan gizi kurang 18,2%. Enam kabupaten masih memiliki prevalensi gizi buruk lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi adalah Kabupaten Balangan (13,1%), Banjar (11,9%), Hulu Sungai Utara (9,4%), Hulu Sungai Selatan (9,1%), Kota Baru (9,9%), dan Tapin (8,8%).

Prevalensi gizi buruk dan kurang di Provinsi Kalimantan Selatan masih mencapai 26,6% (rentang: 17,0-35,6%). Apabila ditinjau dari target nasional perbaikan gizi tahun 2015 sebesar 20% dan target MDGs untuk Indonesia sebesar 18,5%. Sebagian besar kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan (11 dari 13) belum mencapai target-

target tersebut, hanya ada 2 kabupaten/kota yang telah mencapai target-target tersebut yaitu Kabupaten Tanah Laut dan Kota Banjar Baru.

Prevalensi gizi lebih pada balita di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 3,0% (rentang: 0,5-5,3%). Tujuh kabupaten dengan prevalensi gizi lebih di atas angka prevalensi provinsi adalah Tanah Laut, Kota Baru, Banjar, Tapin, Hulu Sungai Selatan, Tanah Bumbu, dan Balangan.

### b. Status gizi balita berdasarkan indikator TB/U

Tabel 3.2.1.2 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator TB/U. Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya kronis, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena hygiene 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 Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Tanah Laut	18,6	22,4	59,0
Kota Baru***	21,3	13,9	64,8
Banjar	25,8	24,1	50,2
Barito Kuala	19,9	23,8	56,4
Tapin	20,0	18,1	61,9
Hulu Sungai Selatan	21,5	26,3	52,2
Hulu Sungai Tengah	25,6	19,6	54,8
Hulu Sungai Utara	25,7	24,7	49,6
Tabalong	23,0	19,0	58,1
Tanah Bumbu	16,5	15,3	68,2
Balangan	25,6	21,8	52,6
Banjarmasin	18,8	21,7	59,4
Banjar Baru	11,6	16,2	72,2
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>20,9</b>	<b>20,9</b>	<b>58,1</b>

\*) TB/U = tinggi badan menurut umur

Prevalensi masalah kependekan pada balita di Provinsi Kalimantan Selatan masih tinggi yaitu sebesar 41,8% (27,8-50,4%). Sebagian besar kabupaten/kota (8 dari 13) yang memiliki prevalensi masalah kependekan di atas angka provinsi adalah Tanah laut, Banjar, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Tabalong, dan Balangan.

### c. Status gizi balita berdasarkan indikator BB/TB

Tabel 3.2.1.3 menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/TB. Indikator BB/TB menggambarkan status gizi yang sifatnya **akut**

sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung dalam waktu yang pendek, seperti menurunnya nafsu makan akibat sakit atau karena menderita diare. Dalam keadaan demikian berat badan anak akan cepat turun sehingga tidak proporsional 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 proporsi normal terhadap tinggi badannya. Kegemukan ini dapat terjadi sebagai akibat dari pola makan yang kurang baik atau karena keturunan. Masalah kurus 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.

**Tabel 3.2.1.3**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)\* dan Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Tanah Laut	4,7	9,4	69,8	16,2
Kota Baru***	17,0	5,4	63,4	14,2
Banjar	6,5	9,3	75,9	8,3
Barito Kuala	6,3	13,1	73,6	7,0
Tapin	10,2	8,8	73,5	7,5
Hulu Sungai Selatan	12,7	7,1	65,7	14,6
Hulu Sungai Tengah	10,4	10,7	70,8	8,1
Hulu Sungai Utara	10,9	9,1	68,3	11,7
Tabalong	11,1	5,8	74,3	8,8
Tanah Bumbu	7,0	9,6	67,9	15,5
Balangan	6,6	10,5	76,7	6,2
Banjarmasin	3,7	6,6	83,5	6,2
Banjar Baru	7,0	7,8	74,9	10,3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>7,8</b>	<b>8,5</b>	<b>73,8</b>	<b>9,9</b>

Prevalensi balita sangat kurus di Provinsi Kalimantan Selatan masih cukup tinggi yaitu 7,8% (3,7-17,0%). Enam kabupaten dengan prevalensi balita sangat kurus melebihi prevalensi provinsi adalah Kota Baru (17,0%), Hulu Sungai Selatan (12,7%), Tabalong (11,1%), Hulu Sungai Utara (10,9%), Hulu Sungai Tengah (10,4%), dan Tapin (10,2%).

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 masalah kurus > 5%. Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila prevalensi masalah kurus antara 10,1% - 15,0% , dan dianggap kritis bila prevalensi masalah kurus sudah di atas 15,0% (UNHCR).

Secara umum, prevalensi masalah kurus pada di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 16,3% (10,3-22,4%). Prevalensi masalah kurus masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan.



Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius (prevalensi masalah kurus antara 10,1- 15,0%) di semua kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan.

Sepuluh kabupaten/kota dengan masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap kritis (prevalensi masalah kurus di atas 15%), yaitu Kota Baru (22,4%), Hulu Sungai Tengah (21,1%), Hulu Sungai Utara (20,0%), Hulu Sungai Selatan (19,8%), Barito Kuala (19,4%), Tapin (19%), Balangan (17,1%), Tabalong (16,9%), Tanah Bumbu (16,6%), dan Banjar (15,8%).

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan di kalangan balita. Secara provinsi prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB adalah sebesar 9,9%. Enam kabupaten/kota memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka prevalensi provinsi yaitu Tanah Laut, Kota Baru, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Utara, Tanah Bumbu, dan Banjar Baru.

#### **d. Status gizi balita Menurut karakteristik responden**

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

Tabel 3.2.1.4 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/U balita dengan variabel-variabel karakteristik responden. Secara umum ada kecenderungan arah yang mengaitkan antara status gizi BB/U dengan karakteristik responden, yaitu:

- a. Apabila ditinjau dari kelompok umur, maka terlihat bahwa prevalensi balita gizi kurang dan buruk di provinsi Kalimantan Selatan sudah tinggi pada kelompok umur di bawah 6-11 bulan dan meningkat menjadi lebih tinggi dengan meningkatnya umur balita.
- b. Status gizi BB/U balita menurut jenis kelamin terlihat perbedaan antara masalah gizi kurang dan buruk pada balita laki-laki sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan balita perempuan.
- c. Apabila ditinjau berdasarkan pendidikan kepala keluarga (KK) terlihat bahwa semakin rendah pendidikan KK maka semakin besar prevalensi balita gizi kurang dan buruk. Sebaliknya, semakin tinggi pendidikan KK maka semakin tinggi prevalensi balita gizi lebih.
- d. Pada keluarga dengan KK memiliki pekerjaan tetap (ABRI/Polri/PNS/BUMN/Swasta) ditemukan lebih banyak balita yang memiliki status gizi baik dibanding dengan jenis pekerjaan lainnya.
- e. Menurut tipe daerah, di perdesaan jumlah balita yang gizi kurang dan buruk lebih banyak daripada di perkotaan, demikian juga jumlah balita dengan gizi lebih di perdesaan relatif sedikit lebih tinggi daripada di perkotaan.
- f. Dilihat dari pengeluaran keluarga per kapita per bulan, maka jumlah balita yang gizi kurang dan buruk meningkat seiring dengan menurunnya pengeluaran keluarga atau dengan kata lain semakin rendah kuintil pendapat keluarga semakin banyak jumlah balita yang gizi kurang dan buruk. Sebaliknya semakin tinggi kuintil pengeluaran keluarga semakin banyak jumlah balita yang berstatus gizi lebih.

**Tabel 3.2.1.4**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/U)\* dan Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
<b>Kelompok umur (bulan)</b>				
0 – 5	7,3	7,8	77,4	7,5
6 -11	5,9	15,1	77,2	1,7
12-23	8,9	18,6	70,6	1,9
24-35	8,8	17,0	70,1	4,1
36-47	10,6	19,7	65,8	3,9
48-60	7,6	21,1	69,5	1,9
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	9,3	19,3	68,6	2,8
Perempuan	7,5	17,1	72,1	3,3
<b>Pendidikan KK</b>				
Tidak tamat SD & Tidak Sekolah	9,6	17,9	70,0	2,4
Tamat SD	9,9	20,6	66,4	3,1
Tamat SMP	8,6	17,4	73,3	0,7
Tamat SMA	5,9	18,9	71,5	3,7
Tamat PT	6,7	12,4	70,3	10,7
<b>Pekerjaan KK</b>				
Tidak kerja/Sekolah/Ibu RT	10,9	21,9	64,1	3,1
TNI/Polri/PNS/BUMN	5,4	12,0	76,3	6,4
Pegawai Swasta	6,7	16,1	71,0	6,1
Wiraswasta/Dagang/Jasa	9,5	19,2	68,6	2,8
Petani/Nelayan	8,5	19,9	69,2	2,5
Buruh & Lainnya	8,9	18,5	71,1	1,5
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	7,2	16,8	73,6	2,4
Perdesaan	9,2	19,2	68,1	3,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil 1	10,7	20,8	66,1	2,4
Kuintil 2	7,1	19,5	71,3	2,1
Kuintil 3	9,2	20,8	67,2	2,8
Kuintil 4	6,2	17,9	72,9	2,9
Kuintil 5	7,9	9,8	76,6	5,7

Tabel 3.2.1.5 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U dengan karakteristik responden. Status gizi TB/U balita menurut karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Selatan terlihat:

- a. Prevalensi kependekan paling tinggi terdapat pada kelompok umur 12-23 bulan dan sudah tinggi pada umur di bawah 6 bulan yaitu 32,7%.
- b. Apabila dilihat berdasarkan jenis kelamin, terlihat prevalensi kependekan relatif sedikit lebih tinggi pada balita laki-laki dibandingkan dengan balita perempuan.
- c. Ditinjau dari segi pendidikan KK, terlihat kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan KK semakin rendah prevalensi kependekan.
- d. Menurut pekerjaan utama KK jelas terlihat bahwa pada keluarga yang kepala keluarganya memiliki pekerjaan berpenghasilan tetap (PNS/ABRI/POLRI/BUMN/Swasta) prevalensi kependekan lebih rendah dibandingkan dengan keluarga yang KK nya memiliki pekerjaan lainnya yang umumnya berpenghasilan tidak tetap. Pada keluarga yang pekerjaan utama kepala keluarga sebagai petani/nelayan/buruh tampak prevalensi kependekan paling tinggi.
- e. Menurut tipe daerah terlihat prevalensi kependekan di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.
- f. Kaitan antara tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan dengan prevalensi kependekan terlihat kecenderungan yang negatif. Dengan kata lain semakin tinggi kuintil pengeluaran keluarga per kapita per bulan semakin rendah prevalensi kependekan.

**Tabel 3.2.1.5**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (TB/U)\* dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskedas 2007**

Karakteristik	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
<b>Kelompok umur (bulan)</b>			
0 - 5	15,8	16,9	67,3
6 -11	24,1	13,2	62,7
12-23	26,0	22,9	51,1
24-35	27,4	19,9	52,7
36-47	19,7	23,6	56,7
48-60	16,6	21,7	61,7
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	21,6	21,9	56,5
Perempuan	20,3	19,9	59,8
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak tamat SD & Tidak sekolah	21,9	20,9	57,2
Tamat SD	22,4	22,5	55,1
Tamal SMP	20,5	23,6	55,9
Tamat SMA	20,8	20,3	59,0

Tabel 3.2.1.5 (lanjutan)

Tamat PT	14,8	10,0	75,1
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak kerja/Sekolah/Ibu RT	15,5	25,1	59,4
TNI/Polri/PNS/BUMN	16,1	15,2	68,7
Pegawai Swasta	16,5	14,2	69,3
Wiraswasta/Dagang/Jasa	23,5	22,3	54,1
Petani/Nelayan	22,0	24,0	54,0
Buruh & Lainnya	22,2	19,9	57,9
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	19,0	19,1	61,9
Perdesaan	22,3	22,2	55,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil 1	25,8	24,1	50,1
Kuintil 2	21,2	22,8	56,1
Kuintil 3	20,5	22,3	57,3
Kuintil 4	19,3	18,0	62,7
Kuintil 5	15,5	15,5	69,0

Tabel 3.2.1.6 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden. Kajian deskriptif kaitan antara status gizi BB/TB dengan karakteristik responden menunjukkan:

- Masalah kurus tertinggi pada umur 6-11 bulan dan 12-23 bulan, pada kelompok umur lainnya tidak banyak berbeda. Prevalensi balita gemuk mempunyai kecenderungan menurun dengan meningkatnya usia.
- Prevalensi masalah kurus cenderung lebih tinggi pada balita laki-laki daripada balita perempuan. Balita laki-laki gemuk cenderung lebih banyak dibandingkan balita perempuan.
- Tidak ditemukan pola hubungan yang jelas antara tingkat pendidikan KK dengan prevalensi masalah kurus
- Prevalensi masalah kurus tertinggi pada balita dengan pekerjaan utama kepala keluarga sebagai petani/nelayan dan buruh, cenderung lebih tinggi dibandingkan yang tinggal di perkotaan. Hal yang sama juga terlihat pada prevalensi balita gemuk, yang cenderung lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan.
- Dalam kaitannya dengan kuintil pengeluaran keluarga per kapita per bulan tidak terlihat hubungan yang jelas dengan prevalensi masalah kurus maupun dengan prevalensi balita gemuk.

**Tabel 3.2.1.6**  
**Prevalensi Balita Menurut Status Gizi (BB/TB)\* dan Karakteristik**  
**Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
<b>Kelompok umur (bulan)</b>				
0 - 5	7,7	7,8	69,9	14,6
6 -11	10,4	8,8	73,3	7,5
12-23	9,5	8,6	70,4	11,5
24-35	8,1	7,5	74,8	9,6
36-47	8,4	7,5	74,8	9,3
48-60	6,1	9,4	75,5	9,0
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	9,5	8,0	71,6	10,8
Perempuan	6,1	8,9	76,0	8,9
<b>Pendidikan KK</b>				
Tidak tamat SD & Tidak sekolah	8,1	8,2	76,4	7,3
Tamat SD	8,3	8,7	71,5	11,4
Tamat SMP	6,8	8,2	76,5	8,6
Tamat SMA	6,3	10,1	75,1	8,6
Tamat PT	10,1	5,4	64,4	20,1
<b>Pekerjaan KK</b>				
Tidak kerja/Sekolah/Ibu RT	4,0	11,1	78,2	6,7
TNI/Polri/PNS/BUMN	4,6	11,6	67,0	16,8
Pegawai Swasta	11,1	5,3	73,3	10,3
Wiraswasta/Dagang/Jasa	7,6	7,8	74,1	10,4
Petani/Nelayan	7,4	9,7	72,4	10,6
Buruh & lainnya	8,1	8,0	78,6	5,3
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	6,7	7,8	76,7	8,8
Perdesaan	8,6	9,0	71,8	10,7
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil 1	6,7	9,0	75,3	9,0
Kuintil 2	8,0	7,5	76,3	8,2
Kuintil 3	8,6	8,8	74,0	8,6
Kuintil 4	6,5	9,3	71,0	13,2
Kuintil 5	10,1	7,5	71,4	11,0

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

**Tabel 3.2.1.7**  
**Prevalensi Balita Menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	BB/U Buruk- Kurang	TB/U: Kronis (Kependekan)	BB/TB: Akut (Kekurusan)	Akut*	Kronis**
Tanah Laut	17	41	14,1	√	√
Kota Baru***	22,9	35,2	22,4	√	
Banjar	35,6	49,9	15,8	√	√
Barito Kuala	25,1	43,7	19,4	√	√
Tapin	28,2	38,1	19	√	√
Hulu Sungai Selatan	24,8	47,8	19,8	√	√
Hulu Sungai Tengah	31	45,2	21,1	√	√
Hulu Sungai Utara	34,2	50,4	20	√	√
Tabalong	25,1	42	16,9	√	√
Tanah Bumbu	20,4	31,8	16,6	√	
Balangan	34,4	47,4	17,1	√	√
Banjarmasin	26,6	40,5	10,3	√	√
Banjar Baru	18,1	27,8	14,8	√	
<b>Kalimantan Selatan</b>	26,6	41,8	16,3	√	√

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

\*\* Permasalahan gizi kronis adalah apabila TB/U di atas prevalensi nasional (36,8%)

Semua kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan masih menghadapi masalah gizi akut dan 10 kabupaten/kota menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Hanya 3 kabupaten/ kota yang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka nasional yaitu Kota Baru, Tanah Bumbu, dan Banjar Baru.

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

Prevalensi masalah kurus anak usia sekolah (6-14 tahun) di Provinsi Kalimantan Selatan pada laki-laki 15,8% (rentang: 10,3-21,2%) dan pada perempuan 13,8% (6,8-19,1%). Kabupaten/kota dengan prevalensi anak kurus laki-laki melebihi angka prevalensi provinsi, terdapat di Barito Kuala dan Hulu Sungai Utara, Tanah Bumbu, Tabalong, Hulu Sungai Selatan, dan Hulu Sungai Tengah. Kabupaten/kota dengan prevalensi anak kurus perempuan melebihi angka prevalensi provinsi terdapat di Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Barito Kuala, Kota Baru, Tabalong, dan Hulu Sungai Utara.

Prevalensi berat badan lebih pada anak laki-laki di Provinsi Kalimantan Selatan 7,6% (rentang; 4,3-15,9%) dan pada anak perempuan 4,8% (2,2-7,9%). Kabupaten/kota dengan prevalensi berat badan lebih pada anak laki-laki melebihi prevalensi provinsi terdapat pada kabupaten Kota Baru, Tanah Laut, Tapin, Hulu Sungai Selatan, Hulu

Sungai Tengah, Tanah Bumbu dan Banjar Baru, sedangkan untuk prevalensi anak perempuan lebih tinggi dari prevalensi provinsi terdapat pada kabupaten Kota Baru, Banjar, Tapin, Hulu Sungai Selatan, dan Hulu Sungai Tengah

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

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

Berdasarkan standar WHO di atas, secara provinsi prevalensi masalah kurus anak usia 6-14 tahun di Provinsi Kalimantan Selatan dapat dilihat pada tabel 3.15. Prevalensi anak kurus: pada laki-laki 15,8% (range: 10,3-21,2%) dan pada perempuan 13,8% (6,8-19,1%).

Jadi terlihat prevalensi anak kurus lebih tinggi pada anak laki-laki dibandingkan perempuan.

Kabupaten/kota dengan prevalensi anak kurus laki-laki melebihi angka prevalensi provinsi, terdapat di Barito Kuala dan Hulu Sungai Utara (21,2%), Tanah Bumbu (20,5%), Tabalong (18%), Hulu Sungai Selatan (17,8%), dan Hulu Sungai Tengah (16,5%), sedangkan kabupaten/kota dengan prevalensi anak kurus perempuan melebihi angka prevalensi provinsi terdapat di Hulu Sungai Selatan (18,3%), Hulu Sungai Tengah (18,1%), Barito Kuala (17,4%), Kota Baru (17,1%), Tabalong (14%), dan Hulu Sungai Utara (11,1%).

Untuk prevalensi BB lebih pada anak laki-laki di Provinsi Kalimantan Selatan 7,6% (range; 4,3-15,9%) dan pada anak perempuan 4,8% (2,2-7,9%). Prevalensi BB lebih pada anak laki-laki melebihi prevalensi provinsi terdapat pada kabupaten Kota Baru, Tanah Laut, Tapin, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Tanah Bumbu dan Banjar Baru, sedangkan untuk prevalensi anak perempuan lebih tinggi dari prevalensi provinsi terdapat pada kabupaten Kota Baru, Banjar, Tapin, Hulu Sungai Selatan, dan Hulu Sungai Tengah.

**Tabel 3.2.2.2**  
**Prevalensi Kurus dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun**  
**Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan**  
**Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ kota	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Tanah Laut	10,3	8,4	11,0	4,6
Kota Baru***	12,3	15,9	17,1	5,0
Banjar	13,3	4,8	13,4	6,0
Barito Kuala	21,2	5,3	17,4	5,3
Tapin	14,4	9,1	11,1	7,9
Hulu Sungai Selatan	17,8	9,8	18,3	7,5
Hulu Sungai Tengah	16,5	8,3	18,1	5,8
Hulu Sungai Utara	21,2	5,0	19,1	3,1
Tabalong	18,0	6,1	14,0	4,2
Tanah Bumbu	20,5	13,3	9,4	4,1
Balangan	14,0	6,0	11,8	2,2
Banjarmasin	14,8	4,3	11,0	3,1
Banjar Baru	11,9	14,6	6,8	4,2
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>15,8</b>	<b>7,6</b>	<b>13,8</b>	<b>4,8</b>

**Tabel 3.2.2.3**  
**Persentase Status Gizi Anak Usia 6-14 tahun Menurut IMT dan Kabupaten/**  
**kota pada Laki-laki dan Perempuan di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

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



Tabel 3.2.2.3 di atas menggambarkan prevalensi masalah kurus dan BB lebih menurut karakteristik responden. Dari tabel ini terlihat bahwa:

Prevalensi anak kurus baik pada laki-laki dan perempuan cenderung lebih tinggi di perdesaan; sebaliknya prevalensi anak dengan BB lebih banyak terjadi di perkotaan

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumahtangga, prevalensi kurus cenderung lebih tinggi pada kuintil 1, sebaliknya prevalensi BB lebih cenderung meningkat pada tingkat pengeluaran per kapita yang lebih tinggi.

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

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

Prevalensi obesitas umum penduduk dewasa di Provinsi Kalimantan Selatan mencapai 16,5% (rentang:14,4-23,9%). Enam kabupaten kota dengan prevalensi obesitas umum di atas angka prevalensi provinsi yaitu Kota Baru, Tanah Laut, Banjar, Tapin, Banjarmasin, dan Banjar Baru.

Masalah obesitas umum pada laki-laki dewasa di sebagian kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi sebesar 12,3%. Dua kota dengan prevalensi lebih dari 16% adalah Banjarmasin dan Banjar Baru.

Masalah obesitas umum pada perempuan dewasa di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi provinsi sebesar 20,4%. Ada 6 kabupaten/kota dengan prevalensi obesitas umum lebih dari angka prevalensi provinsi yaitu Tapin, Banjar, Tanah Laut, Banjarmasin, dan Banjar Baru.

Prevalensi kegemukan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan dan cenderung meningkat dengan meningkatnya tingkat pengeluaran perkapita.

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

Prevalensi obesitas umum di Provinsi Kalimantan Selatan mencapai 16,5% (rentang: 10,4-23,9%). Enam kabupaten kota memiliki prevalensi obesitas umum di atas angka prevalensi provinsi yaitu Kota Baru, Tanah Laut, Banjar, Tapin, Banjarmasin, dan Banjar Baru.

**Tabel 3.2.3.1.1**  
**Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun ke Atas) Menurut IMT**  
**dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB lebih	Obese
Tanah Laut	12,9	69,4	8,7	9,0
Kota Baru***	14,2	69,0	7,7	9,2
Banjar	23,9	57,5	8,2	10,3
Barito Kuala	23,1	63,8	7,0	6,1
Tapin	18,4	63,2	9,2	9,3
Hulu Sungai Selatan	22,9	64,7	6,2	6,2
Hulu Sungai Tengah	21,9	66,0	6,7	5,4
Hulu Sungai Utara	29,1	60,5	6,1	4,3
Tabalong	20,4	65,4	6,3	7,9
Tanah Bumbu	12,8	75,0	6,3	6,0
Balangan	18,2	67,2	7,6	7,0
Banjarmasin	15,4	63,6	9,1	11,9
Banjar Baru	14,8	61,4	11,2	12,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>19,0</b>	<b>64,5</b>	<b>7,8</b>	<b>8,7</b>

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

Prevalensi obesitas umum menurut jenis kelamin disajikan pada Tabel 3.2.3.1.2 pada halaman berikutnya. Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 tahun ke Atas) di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan terlihat perempuan (20,4%) lebih tinggi dibandingkan laki-laki (12,3%).

Masalah obesitas umum pada laki-laki dewasa di sebagian kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan masih cukup tinggi, dengan prevalensi provinsi sebesar 12,3%. Dua kota dengan prevalensi lebih dari 16% adalah Banjarmasin dan Banjar Baru. Namun terdapat 6 kabupaten yang sudah tidak bermasalah dengan prevalensi obesitas umum (10% ke bawah) yaitu Hulu Sungai Utara, Hulu Sungai Tengah, Tanah Bumbu, Hulu Sungai Selatan, Barito Kuala dan Tabalong.

Masalah obesitas umum pada perempuan dewasa di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan masih tinggi, dengan prevalensi provinsi sebesar 20,4%. Ada 6 kabupaten/kota dengan prevalensi obesitas umum lebih dari 20,4% yaitu Tapin, Banjar, Tanah Laut, Banjarmasin, dan Banjar Baru.

**Tabel 3.2.3.1.2**  
**Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 tahun ke Atas) Menurut**  
**Jenis Kelamin dan Kabupaten/ Kota di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Prevalensi obesitas umum (%)		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki dan perempuan
Tanah Laut	11,4	24,1	17,7
Kota Baru***	13,3	20,4	16,9
Banjar	13,4	23,3	18,5
Barito Kuala	9,8	16,1	13,1
Tapin	13,5	22,6	18,5
Hulu Sungai Selatan	9,3	15,0	12,4
Hulu Sungai Tengah	8,3	15,4	12,1
Hulu Sungai Utara	7,7	12,3	10,4
Tabalong	11,0	17,1	14,2
Tanah Bumbu	8,8	15,4	12,3
Balangan	10,0	18,7	14,6
Banjarmasin	16,0	25,6	21,0
Banjar Baru	19,8	26,9	23,9
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>12,3</b>	<b>20,4</b>	<b>16,5</b>

Tabel 3.2.3.1.3 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi penduduk dewasa menurut IMT dengan beberapa variabel karakteristik responden. Dari tabel ini terlihat bahwa :

Prevalensi obesitas umum pada penduduk usia dewasa di Provinsi Kalimantan Selatan berdasarkan dengan pendidikan tidak menunjukkan pola tertentu, namun terlihat kegemukan tinggi pada pada pendidikan yang lebih tinggi. Prevalensi kegemukan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan dan cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi yang digambarkan dari tingkat pengeluaran per kapita per bulan

**Tabel 3.2.3.1.3**  
**Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun ke Atas) Menurut IMT dan**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kategori IMT
---------------	--------------

	Kurus	Normal	BB lebih	Obese
<b>Pendidikan</b>				
Tidak sekolah	37,8	53,5	4,5	4,2
Tidak Tamat SD	35,2	61,0	1,9	1,9
Tamat SD	11,1	60,9	11,6	16,4
Tamat SMP	9,8	65,5	12,4	12,3
Tamat SMA	12,8	66,0	9,5	11,8
Tamat PT	20,4	69,2	5,9	4,5
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	16,6	62,6	9,3	11,5
Perdesaan	20,5	65,7	7,0	6,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil 1	23,5	65,6	5,4	5,5
Kuintil 2	21,0	65,8	6,5	6,7
Kuintil 3	20,5	64,2	7,3	8,0
Kuintil 4	17,2	63,9	8,5	10,5
Kuintil 5	13,8	63,1	11,1	12,0

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

### 3.2.3.2 Status gizi dewasa berdasarkan indikator Lingkar Perut (LP)

Prevalensi obesitas sentral pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 17,5% (rentang 10,0-28,3%). Empat kabupaten/kota dengan prevalensi obesitas di atas angka prevalensi provinsi adalah Banjar Baru, Banjarmasin, Tapin, dan Banjar.

Prevalensi obesitas sentral meningkat sesuai dengan peningkatan umur sampai pada kelompok 45-54 tahun, kemudian cenderung menurun kembali dengan bertambah tuanya umur, jauh lebih tinggi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki, lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan, dan cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi.

Tabel 3.2.3.2.1 dan Tabel 3.2.3.2.2 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut provinsi dan karakteristik lain responden. Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang 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).

Prevalensi obesitas sentral pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 17,5% dan pada kabupaten/kota berkisar antara 10,0-28,3%. Empat kabupaten / kota dengan prevalensi obesitas di atas angka prevalensi provinsi adalah Banjar Baru, Banjarmasin, Tapin, dan Banjar. (Tabel 3.2.3.2.1)

**Tabel 3.2.3.2.1**

#### **Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/ Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	Obesitas sentral
	(LP;L>90, P>80) *
Tanah Laut	13,2

Kota Baru***	15,3
Banjar	19,6
Barito Kuala	13,8
Tapin	21,5
Hulu Sungai Selatan	14,5
Hulu Sungai Tengah	11,0
Hulu Sungai Utara	10,0
Tabalong	13,8
Tanah Bumbu	15,3
Balangan	13,7
Banjarmasin	25,0
Banjar Baru	28,3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>17,5</b>

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

Prevalensi obesitas sentral meningkat sesuai dengan peningkatan umur sampai pada kelompok 45-54 tahun, kemudian cenderung menurun kembali dengan bertambah tuanya umur. Prevalensi obesitas sentral jauh lebih tinggi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki, lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan perdesaan, dan cenderung meninggi dengan meningkatnya status ekonomi tinggi (Tabel 3.2.3.2.2).

**Tabel 3.2.3.2.2**  
**Persentase Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas**  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesmas 2007**

Karakteristik	Obesitas sentral
	(LP;L>90, P>80) *

<b>Kelompok umur (tahun)</b>	
15-24	7,6
25-34	17,0
35-44	22,4
45-54	24,4
55-64	21,6
65-74	19,6
75+	12,8
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	7,2
Perempuan	26,9
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	18,0
Tidak tamat SD	18,1
Tamat SD	16,1
Tamat SMP	15,3
Tamat SMA	19,3
Tamat PT	24,4
<b>Pekerjaan</b>	
Tidak kerja	12,9
Sekolah	4,9
Ibu RT	36,1
Pegawai	21,1
Wiraswasta	18,8
Petani/Nelayan/Buruh	9,7
Lainnya	16,5
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	23,7
Perdesaan	13,6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil 1	12,8
Kuintil 2	15,1
Kuintil 3	15,7
Kuintil 4	20,3
Kuintil 5	22,8

Catatan : Laki-laki: lingkar perut >90 cm. Perempuan: lingkar perut >80 cm

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

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

Tabel 3.2.3.3.1 Prevalensi risiko KEK pada wanita usia 15-45 tahun di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 14,0% (rentang: 8,0-29,9%), lima kabupaten dengan prevalensi di atas angka provinsi yaitu Hulu Sungai Utara (29,9%), Balangan (20,4%), Banjar (18,8%), Tanah Laut (17,5%), dan Tapin (14,3%).

**Tabel 3.2.3.3.1**  
**Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun**  
**Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	Risiko KEK* (%)
Tanah Laut	17,8
Kota Baru	7,6
Banjar	18,8
Barito Kuala	13,3
Tapin	14,3
Hulu Sungai Selatan	8,1
Hulu Sungai Tengah	8,0
Hulu Sungai Utara	29,9
Tabalong	12,2
Tanah Bumbu	11,5
Balangan	20,4
Kota Banjarmasin	11,9
Kota Banjar Baru	10,1
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>14,0</b>

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

Kecenderungan risiko KEK berdasarkan tabulasi silang antara prevalensi Risiko KEK dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.23 adalah:

- a. Berdasarkan tingkat pendidikan, gambaran provinsi menunjukkan pada tingkat pendidikan terendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD), risiko KEK cenderung lebih tinggi dibanding tingkat pendidikan tertinggi (tamat PT).
- b. Secara provinsi, prevalensi risiko KEK lebih tinggi di daerah perdesaan dibanding perkotaan.
- c. Gambaran provinsi menunjukkan hubungan negatif antara tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita dengan risiko KEK. Semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan cenderung semakin rendah risiko KEK.

**Tabel 3.2.3.3.2**  
**Prevalensi Risiko KEK Penduduk Perempuan Umur 15-45 Tahun**  
**Menurut Karakteristik, Riskesdas 2007**

Karakteristik	KEK
<b>Pendidikan</b>	
Tidak Sekolah & Tidak Tamat SD	16,9

Tamat SD	13,4
Tamat SMP	12,6
Tamat SMA	14,8
Tamat PT	9,6
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	12,0
Perdesaan	15,3
<b>Tingkat pengeluaran per Kapita</b>	
Kuintil – 1	18,0
Kuintil – 2	15,2
Kuintil – 3	15,4
Kuintil – 4	11,4
Kuintil – 5	10,6

---

### 3.2.4 Konsumsi Energi Dan Protein

Prevalensi rumah tangga dengan masalah konsumsi "energi rendah" dan "protein rendah" dari data Riskesdas 2007 diperoleh berdasarkan jawaban responden untuk makanan yang di konsumsi anggota rumah tangga (ART) dalam waktu 1 x 24 jam yang lalu. Responden adalah ibu rumah tangga atau anggota rumah tangga lain yang biasanya menyiapkan makanan di rumah tangga (RT) tersebut. Rumah tangga dengan konsumsi "energi rendah" adalah bila RT dengan konsumsi energi di bawah rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007. Sedangkan RT dengan konsumsi "protein rendah" adalah bila RT dengan konsumsi protein di bawah rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007.

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. Penetapan rumah tangga (RT) defisit energi berdasarkan angka rerata konsumsi energi per kapita per hari dari data Riskesdas 2007.

Dalam penulisan Tabel 3.24 berikut disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari, dan pada Tabel 3.25 sampai dengan Tabel 3.26, merupakan data prevalensi RT dengan konsumsi "energi rendah" dan konsumsi "protein rendah". Prevalensi RT yang mengkonsumsi energi dan protein di atas rerata konsumsi energi dan protein tidak disajikan.

Data pada tabel 3.2.4.1 berikut menunjukkan bahwa rerata konsumsi per kapita per hari penduduk Provinsi Kalimantan Selatan adalah 1532,2 kkal untuk energi dan 58,7 gram protein. Konsumsi energi penduduk di provinsi Kalimantan Selatan lebih rendah dari rerata konsumsi energi nasional (1735,5 kkal), dan konsumsi proteinnya lebih tinggi dari rerata konsumsi protein nasional (55,5 gram).

**Tabel 3.2.4.1**



**Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari Menurut Kabupaten/Kota, Di Provinsi Kalimantan Selatan Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Tanah Laut	1661,1	611,0	68,9	28,3
Kota Baru	987,6	389,2	53,7	25,7
Banjar	1699,9	614,6	57,9	24,8
Barito Kuala	1601,4	514,9	56,2	22,0
Tapin	1613,3	553,5	64,0	27,8
Hulu Sungai Selatan	1383,5	554,5	51,6	21,2
Hulu Sungai Tengah	1555,3	590,2	62,1	27,4
Hulu Sungai Utara	1928,5	832,6	61,8	24,0
Tabalong	1461,2	495,4	51,3	20,1
Tanah Bumbu	1559,9	479,2	60,8	23,8
Balangan	1451,2	544,0	53,7	21,5
Banjarmasin	1436,3	575,1	57,2	25,7
Banjar Baru	1684,7	657,0	68,8	30,8
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>1532,2</b>	<b>615,3</b>	<b>58,7</b>	<b>25,6</b>

Kabupaten/kota dengan angka konsumsi energi terendah di Kota Baru dan tertinggi di Hulu Sungai Utara. Kabupaten/ Kota dengan angka konsumsi protein terendah yaitu kabupaten Tabalong dan tertinggi di Tanah Laut. Tujuh kabupaten/kota dengan angka rerata konsumsi energi lebih rendah dari angka provinsi adalah Tabalong, Hulu Sungai Selatan, Kota Baru, Balangan, Barito Kuala, Banjarmasin, Banjar. Kabupaten dengan konsumsi protein per kapita terendah adalah Tabalong (51,3 gram) dan tertinggi adalah RT di kabupaten Tanah Laut (68,9 gram). Tujuh kabupaten/kota dengan angka rerata konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata provinsi adalah Tabalong, Hulu Sungai Selatan, Kota Baru, Balangan, Barito Kuala, Banjarmasin, dan Banjar.

Data pada tabel 3.2.4.2 berikut menunjukkan bahwa prevalensi RT dengan konsumsi energi dan protein dibawah rerata nasional (1735,5 kkal) sebesar 69,3 % (energi) dan 53,0% (protein). Kabupaten/kota yang prevalensi konsumsi energi "rendah" lebih kecil dari angka prevalensi provinsi, terdapat di kabupaten Hulu Sungai Utara, Banjar Baru, Banjar, Tapin, Tanah Laut, Barito Kuala, Hulu Sungai Tengah dan Tanah Bumbu. Kabupaten/kota dengan prevalensi konsumsi protein "rendah" lebih kecil dari angka prevalensi provinsi, terdapat pada Banjar Baru, Tanah Laut, Tapin, Hulu Sungai Utara, Tanah Bumbu dan Hulu Sungai Tengah.

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

Kabupaten/Kota	Energi < Rerata	Protein < Rerata
----------------	-----------------	------------------

	Nasional (%)	Nasional (%)
Tanah Laut	65,1	41,2
Kota Baru	93,4	66,7
Banjar	56,6	54,8
Barito Kuala	65,6	60,1
Tapin	61,7	44,8
Hulu Sungai Selatan	78,0	66,6
Hulu Sungai Tengah	67,5	52,6
Hulu Sungai Utara	50,7	47,9
Tabalong	77,7	68,7
Tanah Bumbu	68,1	49,9
Balangan	73,7	64,4
Banjarmasin	75,4	56,9
Banjar Baru	55,5	40,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>69,3</b>	<b>53,0</b>

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

Data pada tabel 3.2.4.3 berikut menunjukkan bahwa prevalensi RT di perkotaan yang konsumsi energi di bawah angka rerata nasional lebih tinggi dari RT di perdesaan, sebaliknya prevalensi RT di perdesaan yang konsumsi protein di bawah angka rerata nasional lebih tinggi dari di perkotaan. Menurut kuintil pengeluaran RT, semakin rendah kuintil pengeluaran RT semakin tinggi prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein di bawah angka rerata nasional.

**Tabel 3.2.4.3**  
**Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional Menurut Tipe Daerah dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga per Kapita di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskeddas 2007**

Karakteristik	Energ i < rerata Nasional	Protein < rerata Nasional
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	72,2	50,9
Perdesaan	67,6	54,2
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>		
Kuintil – 1	74,8	61,3
Kuintil – 2	71,6	56,6
Kuintil – 3	68,4	54,0
Kuintil – 4	66,3	46,6
Kuintil – 5	65,1	45,5

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

### 3.2.5 KONSUMSI GARAM BERIODIUM

Kualitas konsumsi garam cukup iodium pada RT di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 76,2% (52,3-97,4%). Sebelas kabupaten/kota belum mencapai target “garam beriodium untuk semua”. Persentase rumah-tangga yang mempunyai garam cukup iodium lebih tinggi di perkotaan, cenderung semakin rendah tingkat pengeluaran per kapita semakin

rendah persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium, semakin rendah pendidikan kepala keluarga cenderung semakin rendah persentase yang mempunyai garam cukup iodium.

Prevalensi konsumsi garam beriodium Riskesdas 2007 diperoleh dari hasil isian pada kuesioner Blok II No.7 yang diisi dari hasil tes cepat garam iodium. Tes cepat dilakukan oleh petugas pengumpul data dengan menggunakan kit tes cepat (garam ditetesi larutan tes) pada garam yang digunakan di rumah tangga. Rumah tangga dinyatakan mempunyai "garam cukup iodium ( $\geq 30$  ppm KIO<sub>3</sub>)" bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu tua; mempunyai "garam tidak cukup iodium ( $\leq 30$  ppm KIO<sub>3</sub>)" bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu muda; dan dinyatakan mempunyai "garam tidak ada iodium" bila hasil tes cepat garam di rumah tangga tidak berwarna.

**Tabel 3.2.5.1**  
**Persentase Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium**  
**Menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Rumah tangga mempunyai garam cukup iodium (%)
Tanah Laut	84,7
Kota Baru***	97,4
Banjar	62,5
Barito Kuala	85,3
Tapin	76,8
Hulu Sungai Selatan	75,1
Hulu Sungai Tengah	77,9
Hulu Sungai Utara	52,3
Tabalong	52,5
Tanah Bumbu	90,9
Balangan	61,2
Banjarmasin	82,6
Banjar Baru	72,6
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>76,2</b>

Pada penulisan laporan ini yang disajikan hanya yang mempunyai garam cukup iodium ( $\geq 30$  ppm KIO<sub>3</sub>). Tabel 13.27 memperlihatkan persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium ( $\geq 30$  ppm KIO<sub>3</sub>) menurut kabupaten kota.

Kualitas konsumsi garam cukup iodium pada RT di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 76,2% (52,3-97,4%). Pencapaian ini masih belum mencapai target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHC Universal Salt Iodization (USI) atau "garam beriodium untuk semua" yaitu minimal 90% rumah tangga menggunakan garam cukup iodium. Dua kabupaten yang telah mencapai target garam beriodium untuk semua yaitu Kota Baru dan Tanah Bumbu.

**Tabel 3.2.5.2**  
**Persentase Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Rumah tangga mempunyai garam cukup iodium (%)
---------------	---

<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	83,0
Perdesaan	72,1
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil 1	71,7
Kuintil 2	75,3
Kuintil 3	74,9
Kuintil 4	77,5
Kuintil 5	81,6
<b>Pendidikan Kepala Keluarga</b>	
Tidak sekolah & Tidak tamat SD	71,4
Tamat SD	72,9
Tamat SMP	79,6
Tamat SMA	81,8
Tamat PT	89,4
<b>Pekerjaan Kepala Keluarga</b>	
Tidak bekerja/Sekolah/Ibu rumah tangga	75,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	86,7
Pegawai swasta	87,4
Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan Jasa	80,3
Petani/Nelayan	70,7
Buruh/Lainnya	70,1

Tabel 3.2.5.2 memperlihatkan persentase rumah-tangga yang mempunyai garam cukup iodium ( $\geq 30$  ppm) menurut menurut karakteristik responden. Persentase rumah-tangga yang mempunyai garam cukup iodium di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan.

Ditinjau dari kuintil pengeluaran rumah-tangga per kapita, semakin tinggi status ekonomi yang diukur berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita semakin tinggi persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium. Demikian pula menurut pendidikan, semakin tinggi pendidikan kepala keluarga semakin tinggi persentase yang mempunyai garam cukup iodium. Berdasarkan pekerjaan, persentase yang mempunyai garam cukup iodium pada kepala keluarga yang mempunyai pekerjaan tetap seperti PNS/TNI/Polri/BUMN dan swasta lebih tinggi dibandingkan yang pekerjaannya tidak tetap.

### 3.3 KESEHATAN IBU DAN ANAK

#### 3.3.1 STATUS IMUNISASI

Departemen Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) pada anak dalam upaya menurunkan kejadian penyakit pada anak. Program imunisasi untuk

penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) pada anak yang dicakup dalam PPI adalah satu kali imunisasi BCG, tiga kali imunisasi DPT, empat kali imunisasi polio, satu kali imunisasi campak dan tiga kali imunisasi Hepatitis B (HB).

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

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

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

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

Selain untuk tiap-tiap jenis imunisasi, anak disebut sudah mendapat imunisasi lengkap bila sudah mendapatkan semua jenis imunisasi satu kali BCG, tiga kali DPT, tiga kali polio, tiga kali HB dan satu kali imunisasi campak. Oleh karena jadwal 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.

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 ketidak akuratan pewawancara saat proses wawancara dan pencatatan.

Persentase cakupan imunisasi dasar anak umur 12-59 bulan yang tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan adalah BCG (85,8%), Campak (80,3%), dan Polio 3 (71,2%).

Persentase cakupan imunisasi BCG untuk anak umur 12-59 bulan lebih rendah dari angka provinsi adalah Kabupaten Banjar, Kota Baru, Tanah Bumbu, dan Balangan. Untuk imunisasi Campak kabupaten/kota dengan persentase cakupan lebih rendah dari angka provinsi adalah Banjar, Balangan, Banjarmasin, Kota Baru, dan Tanah Bumbu. Untuk imunisasi polio terendah adalah Kabupaten Banjar, Hulu Sungai Selatan, Tapin, dan Balangan.

Persentase cakupan imunisasi dasar pada hampir semua jenis imunisasi pada anak umur 12-59 bulan cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan kepala keluarga, lebih tinggi di perkotaan lebih tinggi, dan cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

Persentase cakupan imunisasi lengkap anak umur 12-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 52,9%, tidak lengkap adalah 36,4% dan tidak mendapat imunisasi sama sekali sebesar 10,6%. Untuk imunisasi yang tidak lengkap, persentase tertinggi di Balangan, Tapin, dan Hulu Sungai Selatan. Untuk yang tidak mendapat imunisasi sama sekali tertinggi di Banjar, Tanah Bumbu, dan Kota Baru.

Persentase imunisasi lengkap anak 12-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan meningkat sesuai dengan meningkatnya jenjang pendidikan kepala keluarga, lebih tinggi di perkotaan, dan meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

Untuk persentase imunisasi tidak lengkap dan tidak mendapat imunisasi sama sekali makin meningkat pada pendidikan yang lebih rendah, lebih tinggi di perdesaan, dan meningkat pada tingkat pengeluaran per kapita yang lebih rendah.

**Tabel 3.3.1.1**  
**Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Tanah Laut	89,9	83,7	77,5	71,8	85,2
Kota Baru***	83,3	80,6	76,5	68,2	78,4
Banjar	77,9	49,8	46,8	43,0	71,9
Barito Kuala	92,9	77,1	68,0	62,9	90,6
Tapin	94,8	58,9	50,9	52,0	86,8
Hulu Sungai Selatan	87,6	56,4	62,7	58,8	84,8
Hulu Sungai Tengah	87,8	83,9	73,8	63,1	85,6
Hulu Sungai Utara	86,8	79,5	71,4	70,8	81,3
Tabalong	85,2	72,1	68,3	63,6	81,9
Tanah Bumbu	81,2	76,1	73,3	74,8	79,7
Balangan	83,3	57,7	40,4	34,8	72,0
Banjarmasin	85,6	71,6	69,2	67,9	76,2
Banjar Baru	93,6	86,7	88,4	89,2	90,4
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>85,8</b>	<b>71,4</b>	<b>67,3</b>	<b>63,9</b>	<b>80,4</b>

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

\* Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan untuk BCG 90,4%, polio3 75,1%, DPT3 71,8 %, HB3 67,1%, campak 81,7%

Pada Tabel 3.3.1.1 Persentase cakupan imunisasi dasar anak umur 12-59 bulan yang tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan adalah BCG (85,8%), Campak (80,4%), dan Polio 3 (71,4%). Kabupaten/kota dengan persentase cakupan imunisasi BCG untuk anak umur 12-59 bulan lebih rendah dari angka provinsi adalah Banjar, Kota Baru, Tanah Bumbu, dan Balangan, sedangkan yang tertinggi adalah di kabupaten Tapin (94,8%), Banjar Baru (93,6%), dan Barito Kuala (92,9%).

Untuk imunisasi Campak kabupaten/kota dengan persentase cakupan lebih rendah dari angka provinsi adalah Banjar, Balangan, Banjarmasin, Kota Baru, dan Tanah Bumbu. Cakupan campak tertinggi adalah di Barito Kuala (90,6%), Banjar Baru (90,4%), dan Tapin (86,8%), sedangkan untuk imunisasi Polio 3 tertinggi terdapat di kabupaten Kota Baru (86,7%), Hulu Sungai Tengah (83,9%), dan Tanah Laut (83,7%), sedangkan yang terendah adalah Banjar, Hulu Sungai Selatan, Tapin, dan Balangan.

Dari data di atas, kabupaten Banjar Baru memiliki nilai cakupan imunisasi dasar tertinggi untuk hampir semua jenis imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan.

Pada Tabel 3.3.1.2. Persentase cakupan imunisasi dasar balita menurut umur yang tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan adalah BCG (85,6%), Campak (80,3%), dan Polio 3 (71,4%). Pada umumnya golongan umur 12-23 bulan memiliki persentase cakupan imunisasi dasar tertinggi untuk semua jenis imunisasi dasar yang berarti sesuai dengan program imunisasi karena imunisasi dasar tersebut sebaiknya diberikan pada bayi kurang dari 1 tahun.

Persentase cakupan imunisasi menurut jenis kelamin, hampir pada semua imunisasi anak laki-laki memiliki persentase sedikit lebih besar dari pada anak perempuan, sedangkan menurut pendidikan Kepala Keluarga (KK), persentase imunisasi anak umur 12-59 bulan cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya tingkat pendidikan.

Persentase cakupan imunisasi dasar anak umur 12-59 bulan di daerah perkotaan lebih tinggi untuk semua jenis imunisasi dasar dibandingkan daerah perdesaan. Untuk karakteristik tingkat pengeluaran per kapita, persentase imunisasi anak umur 12-59 bulan untuk semua jenis imunisasi meningkat sesuai dengan meningkatnya status ekonomi yang diukur berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita.

**Tabel 3.3.1.2**  
**Persentase Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar**  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskedas 2007**

---

Jenis imunisasi

---

<b>Karakteristik</b>	<b>BCG</b>	<b>Polio 3</b>	<b>DPT 3</b>	<b>HB 3</b>	<b>Campak</b>
<b>Umur (bulan)</b>					
12 – 23	90,0	75,9	72,0	68,0	81,8
24 – 35	86,3	69,9	68,7	67,3	80,2
36 – 47	84,7	72,0	67,1	63,3	79,9
48 – 59	81,4	67,9	60,8	57,0	79,2
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	86,0	72,6	66,9	65,5	81,3
Perempuan	85,3	69,5	67,0	61,8	79,3
<b>Pendidikan KK</b>					
Tidak sekolah	77,8	64,3	50,0	47,8	57,7
Tidak tamat SD	74,1	57,3	51,0	48,3	67,1
Tamat SD	83,7	68,2	63,0	60,0	77,8
Tamat SMP	88,1	74,6	71,6	68,2	82,9
Tamat SMA	93,2	80,1	77,8	74,6	90,1
Tamat PT	95,1	80,3	78,3	68,3	91,8
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	88,6	74,9	73,3	71,2	81,5
Perdesaan	83,7	68,4	62,3	58,1	79,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil -1	77,5	61,1	56,7	56,5	70,8
Kuintil -2	86,0	72,7	68,6	65,0	81,7
Kuintil -3	86,7	76,1	67,8	65,1	83,7
Kuintil -4	89,7	71,4	70,9	66,8	84,8
Kuintil -5	93,5	78,7	75,6	70,6	89,1

**Tabel 3.3.1.3**  
**Persentase Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar**  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**



Kabupaten/Kota	Imunisasi dasar		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama sekali
Tanah Laut	56,0	35,5	8,5
Kota Baru***	57,6	29,5	12,9
Banjar	34,8	47,3	18,0
Barito Kuala	51,1	45,8	3,1
Tapin	38,7	58,1	3,2
Hulu Sungai Selatan	39,6	50,9	9,4
Hulu Sungai Tengah	51,6	44,0	4,4
Hulu Sungai Utara	61,7	28,7	9,6
Tabalong	47,8	42,2	10,0
Tanah Bumbu	63,5	22,6	13,9
Balangan	25,5	65,5	9,1
Banjarmasin	62,6	25,3	12,1
Banjar Baru	74,0	20,0	6,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>53,0</b>	<b>36,3</b>	<b>10,7</b>

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 Kalimantan Selatan untuk lengkap 57,0%, tidak lengkap 35,7% dan tidak sama sekali 7,3%.

Persentase cakupan imunisasi lengkap anak umur 12-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 53,0%. Sedangkan yang tidak lengkap adalah 36,3% dan yang tidak sama sekali mendapat imunisasi sebesar 10,7%. Kabupaten/kota dengan persentase cakupan imunisasi lengkap anak umur 12-59 bulan yang tertinggi adalah Banjar Baru (74,0%), Tanah Bumbu (63,5%), dan Banjarmasin (62,6%). Untuk imunisasi yang tidak lengkap, Kabupaten/kota dengan persentase tertinggi adalah Balangan (65,5%), Tapin, (58,1%), dan Hulu Sungai Selatan (50,9%). Kabupaten/kota dengan persentase yang tidak mendapat imunisasi sama sekali pada anak umur 12-59 bulan yang tertinggi terdapat di Banjar (18,0%), Tanah Bumbu (13,9 %), dan Kota Baru (12,9%).

**Tabel 3.3.1.4**  
**Persentase Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar**  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

Karakteristik	Imunisasi dasar		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama sekali
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	54,4	35,3	10,3
Perempuan	51,3	37,5	11,2
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	31,0	48,3	20,7
Tidak tamat SD	40,5	38,7	20,9
Tamat SD	47,3	40,6	12,0
Tamat SMP	56,4	35,9	7,7
Tamat SMA	65,7	30,0	4,3
Tamat PT	58,7	36,5	4,8
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	61,5	29,0	9,5
Perdesaan	46,8	41,6	11,6
<b>Tingkat Pengeluaran per Kapita</b>			
Kuintil -1	44,1	38,8	17,1
Kuintil -2	53,7	36,8	9,5
Kuintil -3	55,7	35,2	9,1
Kuintil -4	55,3	37,0	7,7
Kuintil -5	62,3	31,7	6,0

Imunisasi dasar lengkap:

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

Persentase anak laki-laki yang mendapat imunisasi lengkap lebih besar dari pada anak perempuan. Apabila dilihat menurut latar belakang pendidikan Kepala Keluarga (KK), persentase imunisasi lengkap anak umur 12-59 tahun meningkat sesuai dengan meningkatnya jenjang pendidikan, sebaliknya untuk imunisasi tidak lengkap dan tidak sama sekali makin meningkat pada pendidikan yang lebih rendah. Hal ini kemungkinan dikarenakan tingkat pendidikan yang berbeda berhubungan dengan pengetahuan tentang kepentingan imunisasi.

Persentase cakupan imunisasi lengkap anak umur 12-59 bulan menurut latar belakang tipe daerah, lebih tinggi di daerah perkotaan (61,5%). sebaliknya imunisasi yang tidak lengkap atau yang tidak mendapat imunisasi sama sekali lebih tinggi di daerah perdesaan. Apabila ditinjau berdasarkan karakteristik tingkat pengeluaran per kapita, terlihat persentase anak umur 12-59 bulan yang mendapat imunisasi lengkap meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita, sebaliknya terlihat pada persentase anak 12-59 bulan yang tidak mendapat imunisasi lengkap dan tidak mendapat imunisasi sama sekali meningkat pada tingkat pengeluaran per kapita yang lebih rendah.

### 3.3.2 PEMANTAUAN PERTUMBUHAN BALITA

Persentase penimbangan enam bulan terakhir anak umur 6-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan yang tertinggi adalah sebanyak 1-3 kali (38,5%). Kabupaten/kota dengan persentase tertinggi adalah Tapin, Hulu Sungai Selatan, dan Tanah Laut. Untuk

anak usia 6-59 bulan yang ditimbang  $\geq 4$  kali, tertinggi di kabupaten Hulu Sungai Tengah, Barito Kuala, dan Hulu Sungai Utara. Tetapi persentase anak 6-59 bulan yang tidak pernah ditimbang selama enam bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan cukup banyak, yaitu 26,4% tertinggi di Tanah Bumbu, Banjar, dan Kota Baru.

Persentase penimbangan enam bulan terakhir anak berumur 6-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan yang tidak pernah ditimbang sama sekali lebih tinggi di perdesaan, cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran per kapita yang lebih rendah. Persentase tempat penimbangan anak paling sering dalam enam bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan adalah di posyandu (68,4%), sedangkan Puskesmas hanya sebesar 16,4%, rumah sakit 2,9%, dan Polindes hanya mencapai 1%. Walaupun relatif kecil beberapa kabupaten/kota menggunakan polindes untuk penimbangan anak, tetapi ada 5 kabupaten yang sama sekali tidak menggunakan polindes untuk penimbangan anak yaitu Tanah laut, Banjar, Tapin, Hulu Sungai Tengah, dan Tabalong.

Posyandu lebih sering digunakan sebagai tempat penimbangan di perdesaan, sedangkan yang menggunakan Puskesmas, tempat penimbangan lainnya dan Rumah Sakit lebih sering digunakan di daerah perkotaan. Di Provinsi Kalimantan Selatan, persentase tertinggi tentang kepemilikan kartu KMS adalah punya tetapi tidak dapat menunjukkan (48,9%), diikuti punya dan dapat menunjukkan 25,8% dan tidak punya KMS sebesar 25,3%. Kabupaten dengan persentase tertinggi untuk tidak punya KMS adalah Balangan, Hulu Sungai Selatan, dan Banjar. Persentase yang tidak punya KMS lebih tinggi di perdesaan dibandingkan di perkotaan.

Persentase tertinggi tentang kepemilikan buku KIA adalah tidak punya buku KIA (63,4%), untuk yang punya KMS dan bisa menunjukkannya hanya 11,3%. Kabupaten dengan persentase tertinggi pada tidak punya buku KIA adalah Hulu Sungai Tengah, Tanah Bumbu, dan Banjar. Persentase yang tidak punya buku KIA cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran yang lebih rendah.

Persentase cakupan anak umur 6-59 bulan menerima kapsul Vitamin A di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 81,4% (66,9-89,3%), tertinggi di kabupaten Tapin, Banjar Baru, dan Hulu Sungai Utara, terendah di Tanah Bumbu, Banjar, dan Hulu Sungai Tengah.

Persentase cakupan kapsul Vitamin A: cenderung menurun dengan semakin rendahnya jenjang pendidikan KK dan semakin rendahnya tingkat pengeluaran perkapita.

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

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

Pada Tabel 3.3.2.1 terlihat bahwa secara keseluruhan dalam enam bulan terakhir balita yang ditimbang secara rutin (4 kali atau lebih), ditimbang 1-3 kali dan yang tidak pernah ditimbang berturut-turut 35,1%, 38,5% dan 26,4%.

Persentase penimbangan enam bulan terakhir anak berumur 6-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan yang tertinggi adalah sebanyak 1-3 kali (38,5%). Kabupaten/kota dengan persentase tertinggi adalah Tapin (54,4%), Hulu Sungai Selatan (53,3%), dan Tanah Laut (47,5%). Untuk anak usia 6-59 bulan yang ditimbang  $\geq 4$  kali, Kabupaten/kota dengan persentase tertinggi adalah Hulu Sungai Tengah (70,8%), Barito Kuala (48,6%), dan Hulu Sungai Utara (44,6%). Tetapi persentase anak 6-59 bulan

yang tidak pernah ditimbang selama enam bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan cukup banyak, yaitu 26,4% dan Kabupaten/kota dengan persentase terbesarnya adalah Tanah Bumbu (41,7%), Banjar (37,8%), dan Kota Baru (36,1%).

**Tabel 3.3.2.1**  
**Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Frekuensi penimbangan		
	≥ 4 kali	1-3 kali	Tidak pernah
Tanah Laut	29,1	47,5	23,4
Kota Baru***	34,2	29,7	36,1
Banjar	21,2	41,0	37,8
Barito Kuala	48,6	23,6	27,8
Tapin	21,5	54,4	24,1
Hulu Sungai Selatan	33,3	53,3	13,3
Hulu Sungai Tengah	70,8	24,2	5,0
Hulu Sungai Utara	44,6	31,5	23,9
Tabalong	42,2	35,3	22,5
Tanah Bumbu	28,5	29,8	41,7
Balangan	41,9	29,7	28,4
Banjarmasin	32,7	44,2	23,2
Banjar Baru	38,8	45,6	15,5
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>35,1</b>	<b>38,5</b>	<b>26,4</b>

Cakupan penimbangan balita menurut karakteristik anak, rumah tangga dan daerah dapat dilihat pada Tabel 3.3.2.2 Persentase anak yang ditimbang dalam 6 bulan terakhir 4 kali atau lebih tertinggi pada golongan umur balita kecuali bayi, yaitu 12-23 bulan (68,1%) dan 24-35 bulan (47,1%), sedangkan untuk anak yang diukur 1-3 kali, persentase tertinggi pada bayi 6-11 bulan (64,4%). Untuk anak yang tidak pernah ditimbang persentase tertinggi ada pada anak di atas balita, yaitu anak umur 48-59 bulan (34,2%) dan 36-47 bulan (30,2%).

Persentase penimbangan enam bulan terakhir anak berumur 6-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan berdasarkan jenis kelamin, anak laki-laki 1-3 kali dalam 6 bulan terakhir lebih tinggi dibandingkan perempuan, namun untuk penimbangan 4 kali atau lebih dalam 6 bulan terakhir anak perempuan lebih tinggi dibandingkan anak laki-laki.

Apabila ditinjau berdasarkan latar belakang pendidikan KK, anak yang ditimbang ≥ 4 kali persentase tertinggi adalah KK yang tamat PT (50,7%) dan tamat SMA (40,2%). Untuk anak yang ditimbang 1-3 kali, persentase tertinggi adalah KK tamat sekolah menengah dan dasar, yaitu tamat SMA (43,9%), tamat SD (41,0%), dan tamat SMP (40,0%). Sedangkan untuk anak yang tidak pernah ditimbang, persentase tertinggi terdapat pada KK tidak bersekolah (41,2%) dan tidak tamat SD (36,5%).

Persentase penimbangan enam bulan terakhir anak berumur 6-59 bulan di Provinsi Kalimantan Selatan sebanyak 1-3 kali lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan perdesaan, sebaliknya yang ditimbang ≥ 4 kali dan tidak pernah ditimbang sama sekali lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan.

Tingkat pengeluaran per kapita yang terbaik, yaitu kuintil 5, memiliki persentase tertinggi untuk penimbangan balita 6 bulan terakhir  $\geq 4$  kali, sedangkan untuk balita ditimbang 1-3 kali, persentase tertinggi terdapat pada kuintil 4 (40,9%) dan kuintil 3 (39,1%). Sementara itu, persentase tertinggi balita yang tidak pernah ditimbang cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran per kapita yang lebih rendah.

**Tabel 3.3.2.2**  
**Persentase Balita Menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Frekuensi Penimbangan		
	≥ 4 Kali	1-3 Kali	Tidak Pernah
<b>Kelompok Umur (bulan)</b>			
6 – 11	20,4	64,4	15,1
12 – 23	68,1	21,0	11,0
24 – 35	47,1	34,8	18,0
36 – 47	30,9	38,9	30,2
48 – 59	28,2	37,6	34,2
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-Laki	33,1	39,4	27,5
Perempuan	37,0	37,7	25,3
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak Sekolah	38,2	20,6	41,2
Tidak Tamat SD	29,7	33,9	36,5
Tamat SD	30,8	41,0	28,2
Tamat SMP	35,2	40,0	24,8
Tamat SMA	40,2	43,9	15,9
Tamat PT	50,7	26,9	22,4
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	34,0	42,6	23,4
Perdesaan	35,7	35,5	28,7
<b>Tingkat Pengeluaran Per Kapita</b>			
Kuintil-1	34,7	34,3	30,9
Kuintil-2	34,0	36,6	29,4
Kuintil-3	37,1	39,1	23,8
Kuintil-4	33,8	40,9	25,3
Kuintil-5	43,0	35,9	21,1

Pada tabel 3.3.2.3 terlihat Persentase tempat penimbangan anak paling sering dalam enam bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan adalah di posyandu (68,6%), sedangkan Puskesmas hanya sebesar 16,4%, rumah sakit 2,7%, dan Polindes hanya mencapai 1%. Kabupaten/kota yang paling sering menggunakan posyandu adalah Hulu Sungai Tengah (93,1%), Hulu Sungai Utara (89,9%), dan Tabalong (87,7%). Selain itu, beberapa kabupaten yang menggunakan Puskesmas cukup sering atau persentase cukup besar adalah Banjar Baru (40,0%) dan yang menggunakan tempat lainnya cukup sering adalah Kota Baru (33,3%). Walaupun relatif kecil beberapa kabupaten/kota

menggunakan polindes untuk penimbangan anak, tetapi ada 5 kabupaten yang sama sekali tidak menggunakan polindes untuk penimbangan anak yaitu Tanah laut, Banjar, Tapin, Hulu Sungai Tengah, dan Tabalong.

**Tabel 3.3.2.3**  
**Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir**  
**dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Tanah Laut	2,5	7,4	0,0	82,0	8,2
Kota Baru***	1,1	5,6	4,4	55,6	33,3
Banjar	4,7	19,8	0,0	59,9	15,6
Barito Kuala	3,8	5,8	1,0	85,6	3,8
Tapin	1,7	18,3	0,0	76,7	3,3
Hulu Sungai Selatan	5,2	23,4	2,6	59,7	9,1
Hulu Sungai Tengah	1,7	1,7	0,0	93,1	3,4
Hulu Sungai Utara	2,5	3,8	1,3	89,9	2,5
Tabalong	1,2	3,7	3,7	87,7	3,7
Tanah Bumbu	1,1	8,0	0,0	83,9	6,9
Balangan	1,9	9,4	1,9	83,0	3,8
Banjarmasin	2,8	29,2	0,6	50,1	17,3
Banjar Baru	5,6	40,0	1,1	43,3	10,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>2,7</b>	<b>16,4</b>	<b>1,0</b>	<b>68,6</b>	<b>11,3</b>

Tabel 3.3.2.4 di bawah ini menunjukkan tempat penimbangan balita menurut karakteristik anak, rumah tangga, dan tipe daerah. Posyandu merupakan tempat yang paling sering digunakan sebagai tempat penimbangan oleh kelompok umur di atas baduta, yaitu 36-47 bulan (75,0%), 48-59 bulan (72,7%), dan 24-35 bulan (72,4%). Sedangkan yang paling sering menggunakan Puskesmas sebagai tempat penimbangan adalah balita 12-23 bulan (24,9%). Tempat penimbangan lainnya paling sering digunakan oleh bayi berumur 6-11 bulan (21,2%). Persentase balita yang menggunakan semua tempat penimbangan tidak banyak berbeda pada jenis kelamin laki-laki dan perempuan.

Berdasarkan Tipe daerah, posyandu lebih sering digunakan sebagai tempat penimbangan di perdesaan dibandingkan perkotaan, sedangkan yang menggunakan Puskesmas, tempat penimbangan lainnya, dan Rumah Sakit lebih sering di daerah perkotaan dibandingkan perdesaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, persentase penggunaan posyandu sebagai tempat penimbangan paling sering hanya sedikit berbeda antara kuintil 1-4, sedangkan yang menggunakan Puskesmas paling sering adalah RT dengan tingkat pengeluaran per kapita yang lebih rendah (kuintil 1-3).

**Tabel 3.3.2.4**  
**Persentase Balita Menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan**  
**Karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
<b>Kelompok umur (bulan)</b>					
6 – 11	2,6	24,9	0,5	64,0	7,9
12 – 23	3,0	14,7	0,6	72,4	9,3
24 – 35	1,8	13,4	0,7	75,0	9,2
36 – 47	0,8	15,6	0,4	72,7	10,5
48 – 59	5,6	16,5	2,4	63,5	12,0
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	3,0	16,7	1,1	67,5	11,7
Perempuan	2,4	16,2	0,9	69,5	10,9
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	3,9	25,2	0,9	54,8	15,2
Perdesaan	1,8	9,6	1,1	79,3	8,2
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil-1	0,6	19,1	1,1	74,0	5,1
Kuintil-2	3,9	15,9	1,4	70,7	8,1
Kuintil-3	2,3	18,3	1,9	72,2	5,3
Kuintil-4	4,5	11,8	0,0	69,8	13,9
Kuintil-5	2,1	14,9	0,4	60,2	22,4

Tabel 3.3.2.5 di bawah ini menunjukkan kepemilikan KMS menurut kabupaten/kota. Persentase anak 6-59 bulan yang mempunyai KMS menurut kabupaten meliputi 3 kategori, yaitu kategori 1 punya KMS dan dapat menunjukkan, kategori 2 punya KMS tetapi tidak dapat menunjukkan atau disimpan oleh orang lain, dan kategori 3 tidak punya KMS. Di Provinsi Kalimantan Selatan, persentase tertinggi tentang kepemilikan kartu KMS adalah pada kategori 2 (49,1%), diikuti punya dan dapat menunjukkan 25,6% dan tidak punya KMS sebesar 25,3%.

Kabupaten dengan persentase tertinggi pada kategori 2 adalah Hulu Sungai Tengah (61,1%), Hulu Sungai Utara (58,7%), dan Kota Baru (57,0%). Kabupaten dengan persentase tertinggi untuk kategori 1 yang merupakan kategori terbaik adalah Banjar Baru (45,9%), Tanah Bumbu (32,3%), dan Kota Baru (32,0%), sedangkan yang memiliki persentase tertinggi pada kategori 3 adalah kabupaten Balangan (46,4%), Hulu Sungai Selatan (41,2%), dan Banjar (39,0%).



**Tabel 3.3.2.5**  
**Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kotadi**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Tanah Laut	28,7	49,7	21,5
Kota Baru***	32,0	57,0	11,0
Banjar	19,3	41,7	39,0
Barito Kuala	22,1	47,7	30,2
Tapin	18,3	46,2	35,5
Hulu Sungai Selatan	17,6	41,2	41,2
Hulu Sungai Tengah	18,3	61,1	20,6
Hulu Sungai Utara	22,6	58,7	18,7
Tabalong	21,5	50,4	28,1
Tanah Bumbu	32,3	51,5	16,2
Balangan	13,1	40,5	46,4
Banjarmasin	30,7	50,1	19,2
Banjar Baru	45,9	39,1	15,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>25,6</b>	<b>49,1</b>	<b>25,3</b>

\* **Catatan** : 1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan

2 = Punya KMS, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain

3 = Tidak punya KMS

Ditinjau dari karakteristik anak, rumah tangga dan tipe daerah, seperti terlihat pada Tabel 3.3.2.6 persentase kepemilikan KMS yang tertinggi untuk kategori 1 terdapat pada anak balita, yaitu 12-23 bulan (44,1%), 6-11 bulan (38,7%), dan 24-35 bulan (37,8%). Untuk yang memiliki persentase tertinggi pada kategori 2 adalah balita ke atas, yaitu 48-59 bulan (61,0%), 36-47 bulan (55,7%), dan 24-35 bulan (42,2 %), sedangkan persentase yang tertinggi pada kategori 3 adalah golongan umur 6-11 bulan (44,5%).

Persentase kepemilikan KMS berdasarkan jenis kelamin tidak banyak berbeda antara anak laki-laki dan perempuan untuk ke tiga kategori.

Persentase kepemilikan KMS untuk kategori 1 dan 2, lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan, sebaliknya untuk kategori 3 lebih tinggi di perdesaan dibandingkan di perkotaan.

**Tabel 3.3.2.6**  
**Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik responden**  
**di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
<b>Kelompok umur (bulan)</b>			
6 – 11	38,7	16,8	44,5
12 – 23	44,1	30,7	25,2
24 – 35	37,8	42,2	20,0
36 – 47	21,3	55,7	23,0
48 – 59	17,7	61,0	21,2
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	27,6	48,4	24,0
Perempuan	23,9	49,5	26,6
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	31,4	49,1	19,5
Perdesaan	21,9	48,8	29,3
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	21,8	46,1	32,1
Kuintil-2	27,5	48,2	24,3
Kuintil-3	26,0	50,4	23,7
Kuintil-4	28,6	54,3	17,1
Kuintil-5	26,4	56,8	16,8

\* **Catatan :** 1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan

2 = Punya KMS, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain

3 = Tidak punya KMS

Ditinjau dari persentase kepemilikan buku KIA pada balita menurut kabupaten/kota pada tabel 3.3.2.7 terlihat persentase anak 6-59 bulan yang mempunyai buku KIA menurut kabupaten meliputi 3 kategori, yaitu kategori 1 punya buku KIA dan dapat menunjukkan, kategori 2 punya buku KIA tetapi tidak dapat menunjukkan atau disimpan oleh orang lain, dan kategori 3 tidak punya buku KIA. Di Provinsi Kalimantan Selatan, persentase tertinggi tentang kepemilikan buku KIA adalah pada kategori 3 (63,5%) sedangkan untuk kategori 1 adalah yang paling rendah yaitu hanya 11,3%. Kategori yang terbaik yaitu kategori 1 dan kabupaten yang persentasenya tertinggi adalah Hulu Sungai Utara (21,3%), Hulu Sungai Selatan (16,3%), dan Tanah Laut (16,1%).

Kabupaten dengan persentase tertinggi pada kategori 3 adalah Hulu Sungai Tengah (84,7%), Tanah Bumbu (81,9%), dan Banjar (79,0%). Kabupaten yang memiliki persentase tertinggi pada kategori 2 adalah kabupaten Hulu Sungai Utara (52,3%), Tanah Laut (42,2%), dan Hulu Sungai Selatan (40,0%).

**Tabel 3.3.2.7**  
**Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita Menurut Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Tanah Laut	16,1	42,2	41,7
Kota Baru***	9,3	16,9	73,8
Banjarnegara	6,3	14,7	79,0
Barito Kuala	12,2	23,3	64,5
Tapin	15,4	17,6	67,0
Hulu Sungai Selatan	16,3	40,0	43,7
Hulu Sungai Tengah	5,3	9,9	84,7
Hulu Sungai Utara	21,3	52,3	26,5
Tabalong	10,8	18,3	70,8
Tanah Bumbu	2,4	15,7	81,9
Balangan	12,0	33,7	54,2
Banjarmasin	14,3	26,2	59,5
Banjarnegara	6,0	25,6	68,4
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>11,3</b>	<b>25,2</b>	<b>63,5</b>

\* Catatan : 1 = Punya Buku KIA dan dapat menunjukkan

2 = Punya Buku KIA, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain

3 = Tidak punya Buku KIA

Pada Tabel 3.3.2.8 menjelaskan tentang persentase kepemilikan buku KIA berdasarkan karakteristik responden, terlihat persentase kepemilikan buku KIA yang tertinggi untuk kategori 1 terdapat pada anak golongan umur termuda, yaitu 6-11 bulan (28,8%), 12-23 bulan (18,5%), dan 24-35 bulan (17,2%). Untuk yang memiliki persentase tertinggi pada kategori 2 adalah balita berumur 48-59 bulan (30,4%), 36-47 bulan (27,8%), dan 24-35 bulan (25,3 %). Sedangkan persentase yang tertinggi pada kategori 3 adalah golongan umur 12-23 bulan dan 48-59 bulan (masing-masing 65,1%).

Apabila ditinjau dari jenis kelamin dan Tipe daerah, variasi antara anak laki-laki dan perempuan tidak terlalu besar baik untuk ke tiga kategori, dan tidak banyak berbeda antara perkotaan dan perdesaan. Apabila ditinjau dari tingkat pengeluaran per kapita, persentase yang tertinggi pada kategori 1 dan kategori 2 adalah keluarga dengan tingkat pengeluaran tertinggi, sedangkan untuk kategori 3 yang tidak memiliki buku KIA cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran yang lebih kecil.

**Tabel 3.3.2.8**  
**Persentase Balita Menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
<b>Kelompok umur (bulan)</b>			
6 – 11	28,8	16,9	54,2
12 – 23	18,5	16,4	65,1
24 – 35	17,2	25,3	57,5
36 – 47	9,7	27,8	62,5
48 – 59	4,5	30,4	65,1
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	11,0	25,1	63,8
Perempuan	11,7	25,4	62,9
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	11,8	24,6	63,7
Perdesaan	11,1	25,8	63,1
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	8,5	20,6	70,9
Kuintil-2	11,4	27,9	60,7
Kuintil-3	12,2	26,6	61,2
Kuintil-4	9,1	28,1	62,8
Kuintil-5	13,4	28,3	58,3

\* **Catatan** :1 = Punya Buku KIA dan dapat menunjukkan

2 = Punya Buku KIA, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain

3 = Tidak punya Buku KIA

### 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.

Persentase cakupan anak umur 6-59 bulan menerima kapsul Vitamin A di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 81,9%, tertinggi di kabupaten Tapin (89,3%), Banjar Baru (86,7%), dan Hulu Sungai Utara (86,6%), terendah di kabupaten Tanah Bumbu (66,9%), Banjar (73,6%) dan Hulu Sungai Tengah (79,7%).

**Tabel 3.3.3.1**  
**Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A**  
**Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Menerima kapsul vitamin A</b>
Tanah Laut	85,1
Kota Baru***	85,0
Banjar	73,6
Barito Kuala	84,7
Tapin	89,3
Hulu Sungai Selatan	86,2
Hulu Sungai Tengah	79,7
Hulu Sungai Utara	86,6
Tabalong	84,3
Tanah Bumbu	66,9
Balangan	85,5
Banjarmasin	81,4
Banjar Baru	86,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>81,9</b>

Tabel 3.3.3.2 menunjukkan perbedaan cakupan distribusi kapsul vitamin A menurut karakteristik anak, rumah tangga dan tipe daerah.

Persentase cakupan kapsul Vitamin A anak umur 6-59 bulan berdasarkan golongan umur, persentase lebih dari 80% untuk terdapat pada golongan umur di atas 1 tahun, sedangkan menurut jenis kelamin, anak laki-laki dan anak perempuan memiliki persentase hampir sama.

Menurut latar belakang pendidikan Kepala Keluarga (KK), persentase cakupan kapsul Vitamin A meningkat dengan meningkatnya pendidikan KK. Hal ini kemungkinan tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan. Persentase cakupan kapsul Vitamin A anak umur 6-59 bulan hampir sama di perkotaan dan perdesaan. Berdasarkan karakteristik tingkat pengeluaran per kapita, persentase anak umur 6-59 bulan menerima kapsul Vitamin A cenderung meningkat dengan meningkatnya tingkat pengeluaran perkapita.

**Tabel 3.3.3.2**  
**Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A**  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Menerima kapsul vitamin A</b>
<b>Kelompok umur (bulan)</b>	
6 – 11	71,4
12 – 23	86,3
24 – 35	82,1
36 – 47	82,2
48 – 59	80,4
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	80,7
Perempuan	82,3
<b>Pendidikan KK</b>	
Tidak sekolah	69,4
Tidak tamat SD	72,6
Tamat SD	80,9
Tamat SMP	87,6
Tamat SMA	87,4
Tamat PT	82,6
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	82,5
Perdesaan	80,7
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil-1	75,5
Kuintil-2	80,7
Kuintil-3	83,4
Kuintil-4	85,9
Kuintil-5	83,8

### **3.3.4 CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK**

Persentase tertinggi tentang berat bayi lahir menurut ibu di Provinsi Kalimantan Selatan untuk berat kategori normal (72,9%), besar (16,9%) dan kecil (10,2%). Kabupaten yang memiliki persentase tertinggi pada kategori kecil adalah kabupaten Hulu Sungai Utara, Balangan dan Banjar.

Cakupan pemeriksaan kehamilan di Provinsi Kalimantan Selatan sudah mencapai 92,4% (rentang: 69,2-100%), persentase terendah untuk ibu hamil yang periksa kehamilan adalah di Balangan dan Hulu Sungai Tengah. Pemeriksaan kehamilan ibu hamil lebih rendah di perdesaan, dan cenderung rendah dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran per kapita.

Jenis pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan persentase tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan adalah penimbangan berat badan (95,5%), pemeriksaan tekanan darah (95,5%), dan pemberian tablet Fe (93,4%). Persentase pelayanan pemberian imunisasi TT dan pemeriksaan tinggi fundus juga cukup tinggi. Jenis pelayanan pengukuran tinggi badan, pemeriksaan hemoglobin dan pemeriksaan urin adalah merupakan jenis pemeriksaan yang relatif rendah di dibandingkan jenis pemeriksaan lainnya, yaitu 52,3%, 32,2% dan 27%.

Kabupaten dengan pemeriksaan tinggi badan terendah adalah Tanah Laut, Tapin dan Balangan, sedangkan yang terendah dalam pemeriksaan hemoglobin adalah Hulu Sungai Tengah, Tanah Laut dan Balangan. Kabupaten yang terendah dalam pemeriksaan urin pada kehamilan adalah Barito Kuala, Tanah Laut, dan Tanah Bumbu.

Pemberian pelayanan pemeriksaan kehamilan: pengukuran tinggi badan, pemeriksaan hemoglobin, dan pemeriksaan urine lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Persentase cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 69,0% (rentang: 48%-84%) lebih tinggi dari pada pemeriksaan neonatus 8-28 hari yaitu 26,6% (rentang: 7,1%-52,2%). Lima kabupaten untuk pelayanan neonatus umur 0-7 hari dengan persentase lebih rendah dari angka provinsi adalah Tanah Bumbu, Balangan, Kota Baru, Banjar, dan Hulu Sungai Utara. Persentase cakupan pelayanan neonatus umur 8-28 hari terendah terdapat di Tanah Laut, Tanah bumbu, Balangan, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, dan Hulu Sungai Utara.

Persentase cakupan pelayanan neonatus umur 0-7 hari dan 8-28 hari di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Cakupan pelayanan neonatus 0-7 hari cenderung meningkat dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

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**  
**Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir Menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Ukuran bayi lahir Menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Tanah Laut	6,9	82,8	10,3
Kota Baru***	4,8	90,5	4,8
Banjar	15,4	69,2	15,4
Barito Kuala	6,7	83,3	10,0
Tapin	10,0	75,0	15,0
Hulu Sungai Selatan	9,5	76,2	14,3
Hulu Sungai Tengah	0,0	80,0	20,0
Hulu Sungai Utara	16,1	58,1	25,8
Tabalong	12,5	66,7	20,8
Tanah Bumbu	8,0	84,0	8,0
Balangan	15,4	76,9	7,7
Banjarmasin	11,2	65,3	23,5
Banjar Baru	4,0	80,0	16,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>10,2</b>	<b>72,9</b>	<b>16,9</b>

Tabel 3.3.4.1 memperlihatkan persepsi ibu tentang ukuran bayi saat dilahirkan, walaupun berat badan bayi lahir tidak diketahui. Persentase berat bayi lahir menurut ibu menurut kabupaten meliputi 3 kategori, yaitu kategori kecil yang meliputi berat bayi lahir kecil dan sangat kecil, kategori normal, dan kategori besar yang meliputi berat bayi lahir besar dan sangat besar. Di Provinsi Kalimantan Selatan, persentase tertinggi tentang berat bayi lahir menurut ibu adalah pada kategori normal (73,3%), besar (16,6%) dan kecil (10,1%). Kabupaten dengan persentase tertinggi pada kategori normal adalah Kota Baru (90,5%), Tanah Bumbu (84,0%), dan Barito Kuala (83,3%).

Kabupaten yang memiliki persentase tertinggi pada kategori kecil adalah kabupaten Hulu Sungai Utara (16,1%), lalu Balangan dan Banjar (masing-masing 15,4%).



**Tabel 3.3.4.2**  
**Persentase Ibu Menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan**  
**Karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Ukuran bayi lahir Menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	10,2	70,4	19,4
Perempuan	9,9	75,9	14,2
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	9,0	71,8	19,1
Perdesaan	10,7	74,4	14,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	10,0	67,8	22,2
Kuintil-2	6,0	76,1	17,9
Kuintil-3	21,0	66,1	12,9
Kuintil-4	20,0	67,3	12,7
Kuintil-5	0,0	84,3	15,7

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

Berdasarkan jenis kelamin, persentase berat badan bayi lahir besar pada laki-laki (19,4%) lebih besar dari pada perempuan (14,2%) dan bervariasi sedikit saja untuk kategori berat badan bayi lahir kecil (9-10%), sedangkan persentase pada kategori normal lebih tinggi pada perempuan (75,9%).

Persentase berat badan bayi lahir besar di perkotaan (19,1%) lebih besar dari pada di perdesaan (14,2%). Untuk kategori berat badan lahir rendah hampir sama besar baik di perkotaan dan di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, persentase yang tertinggi pada kategori normal adalah pada bayi lahir di keluarga kuintil 5.

Untuk kategori besar, persentase tertinggi ada pada keluarga di kuintil 1, sedangkan pada kategori kecil, persentase tertinggi terdapat pada bayi di kuintil 3 (21,0%) dan kuintil 4 (20,0%).

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 . pemeriksaa tinggi fundus (perut), d. pemberian tablet Fe, e. pemberian imunisasi TT, f. penimbangan berat badan, g. Pemeriksaan hemoglobin, dan h. pemeriksaan urine.

Riwayat pemeriksaan kehamilan pada ibu yang mempunyai bayi terdapat pada Tabel 3.45, yang memperlihatkan Di Provinsi Kalimantan Selatan, cakupan pemeriksaan kehamilan sudah mencapai 92,3% (rentang: 69,2-100%). Kabupaten dengan persentase tertinggi untuk ibu hamil yang periksa kehamilan adalah Banjar Baru (100%), Banjar (97,0%), dan Barito Kuala (96,7%), terendah di Kabupaten Balangan (69,2%) dan Hulu Sungai Tengah (72,0%).

**Tabel 3.3.4.3**  
**Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Periksa hamil
Tanah Laut	93,1
Kota Baru***	90,9
Banjar	97,0
Barito Kuala	96,7
Tapin	95,0
Hulu Sungai Selatan	95,2
Hulu Sungai Tengah	72,0
Hulu Sungai Utara	87,5
Tabalong	95,8
Tanah Bumbu	84,0
Balangan	69,2
Banjarmasin	95,9
Banjar Baru	100,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>92,4</b>

Menurut karakteristik rumah tangga dan tipe daerah terlihat pada Tabel 3.3.4.4. Pemeriksaan kehamilan ibu hamil lebih banyak dilakukan di daerah perkotaan dibandingkan di daerah perdesaan.

Berdasarkan latar belakang tingkat pengeluaran per kapita, terlihat semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita maka semakin besar pula persentase ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya.

**Tabel 3.3.4.4**  
**Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut**  
**Karakteristik responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Periksa hamil
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	95,2
Perdesaan	90,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil-1	86,7
Kuintil-2	92,5
Kuintil-3	87,1
Kuintil-4	94,7
Kuintil-5	96,2

Tabel 3.3.4.5 menunjukkan delapan jenis pemeriksaan yang dilakukan pada ibu hamil, terlihat jenis pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan persentase tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan adalah penimbangan berat badan (95,5%), pemeriksaan tekanan darah (95,4%), dan pemberian tablet Fe (93,6%). Persentase pelayanan pemberian imunisasi TT dan pemeriksaan tinggi fundus juga cukup tinggi (89-84%). Variasi tiap jenis pemeriksaan menurut provinsi dapat dilihat lebih lanjut di Tabel 2.3.5.

Jenis pelayanan pengukuran tinggi badan, pemeriksaan hemoglobin dan pemeriksaan urin adalah merupakan jenis pemeriksaan yang relatif rendah di bandingkan jenis pemeriksaan lainnya, yaitu 52,3%, 32,0% dan 26,9%. Kabupaten dengan pemeriksaan tinggi badan terendah adalah Kabupaten Tanah Laut, Tapin dan Balangan, sedangkan yang terendah dalam pemeriksaan hemoglobin adalah Hulu Sungai Tengah (tidak ada sama sekali), Tanah Laut (11,5%) dan Balangan (11,1%). Kabupaten yang terendah dalam pemeriksaan urin pada kehamilan adalah Barito Kuala (tidak ada sama sekali), Tanah Laut (3,7%) dan Tanah Bumbu (15,8%).

Kabupaten yang terbaik adalah Banjar Baru dalam pemberian pelayanan pemeriksaan ibu hamil karena persentase masing-masing jenis pelayanan tertinggi diantara semua kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan.

**Tabel 3.3.4.5**  
**Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Jenis Pemeriksaan**  
**Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas**  
**2007**

Kabupaten/Kota	Jenis pelayanan*							
	a	B	c	d	e	f	g	h
Tanah Laut	22,2	96,3	70,4	88,5	92,6	88,9	11,5	3,7
Kota Baru***	61,9	100,0	100,0	100,0	100,0	81,0	52,4	33,3
Banjar	47,6	92,2	83,9	96,9	87,3	95,2	24,2	29,0
Barito Kuala	43,3	93,1	89,7	89,7	86,2	100,0	20,7	0,00
Tapin	31,6	94,7	78,9	89,5	89,5	94,7	31,3	23,5
Hulu Sungai Selatan	55,0	95,0	89,5	89,5	94,4	95,0	52,6	52,6
Hulu Sungai Tengah	50,0	100,0	94,7	88,9	89,5	94,7	0,00	21,1
Hulu Sungai Utara	81,5	100,0	100,0	100,0	100,0	96,4	33,3	33,3
Tabalong	59,1	100,0	95,5	100,0	95,7	95,5	36,8	23,8
Tanah Bumbu	66,7	95,2	95,0	85,7	85,0	95,2	15,8	15,8
Balangan	30,0	88,9	66,7	88,9	77,8	77,8	11,1	22,2
Banjarmasin	51,1	93,6	70,7	93,6	82,8	100,0	34,4	30,8
Banjar Baru	79,2	100,0	91,7	95,8	100,0	100,0	87,5	54,2
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>52,3</b>	<b>95,5</b>	<b>83,2</b>	<b>93,4</b>	<b>89,2</b>	<b>95,5</b>	<b>32,0</b>	<b>26,9</b>

**Jenis pelayanan kesehatan:**

a = pengukuran tinggi badan

e = pemberian imunisasi TT

b = pemeriksaan tekanan darah

f = penimbangan berat badan

c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)

g = pemeriksaan hemoglobin

d = pemberian tablet Fe

h = pemeriksaan urine

Jenis pemeriksaan menurut tipe daerah dan rumah tangga dapat dilihat pada Tabel 3.3.4.6 Pemberian pelayanan pemeriksaan kehamilan antara perdesaan dan perkotaan bervariasi pada beberapa jenis dan lebih tinggi persentasenya di perkotaan, misalnya pengukuran tinggi badan, pemeriksaan hemoglobin, dan pemeriksaan urine. Belum diketahui apakah ini berkaitan dengan ketersediaan fasilitas untuk pemeriksaan tersebut. Sedangkan untuk pemeriksaan tekanan darah, pemberian tablet Fe, dan penimbangan berat badan di daerah perkotaan persentasenya tidak banyak berbeda dibandingkan perdesaan. Dan untuk pemeriksaan tinggi fundus dan imunisasi TT sedikit lebih tinggi persentasenya di perdesaan dibandingkan perkotaan.

Persentase tertinggi jenis pelayanan pada pemeriksaan kehamilan pada umumnya tertinggi pada ibu hamil dengan latar belakang tingkat pengeluaran per kapita tertinggi atau pada kuintil 5. Jenis pelayanan tersebut adalah pengukuran tinggi badan (69,4%), pemeriksaan tekanan darah (100,0%), pemeriksaan tinggi fundus (perut) (89,8%), penimbangan berat badan (100,0%), dan pemeriksaan urine (36,7%). Tetapi, pada pelayanan pemberian tablet Fe, imunisasi TT, dan pemeriksaan hemoglobin, persentase tertinggi lebih banyak di keluarga dengan tingkat pengeluaran per kapita rendah atau kuintil 1 dan 2.

**Tabel 3.3.4.6**  
**Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi Menurut Jenis Pemeriksaan**  
**Kehamilan dan Karakteristik di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesmas 2007**

Karakteristik	Jenis pelayanan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	62,4	96,6	82,3	94,4	88,3	98,9	45,7	36,4
Perdesaan	43,8	94,5	85,5	93,5	90,7	93,1	20,8	19,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil-1	55,1	92,2	81,8	93,5	82,9	93,6	38,7	25,0
Kuintil-2	65,6	96,7	86,9	96,8	95,1	100,0	39,0	25,4
Kuintil-3	40,7	94,4	80,8	88,5	86,8	96,3	30,0	18,0
Kuintil-4	48,1	94,4	84,9	96,3	89,1	96,3	26,4	29,6
Kuintil-5	69,4	100,0	89,8	85,7	92,0	100,0	29,2	36,7

**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

Pemeriksaan neonatus dalam Riskesmas ditanyakan pada ibu yang mempunyai bayi. Dalam Tabel 3.3.4.7 terlihat bahwa persentase cakupan pelayanan neonatus meliputi pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari dan 8-28 hari setelah dilahirkan. Di Provinsi Kalimantan Selatan, persentase cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari (69,0%) lebih tinggi dari pada 8-28 hari (26,6%). Kabupaten dengan persentase tertinggi untuk pelayanan neonatus umur 0-7 hari adalah Hulu Sungai Tengah (84,0%), Tapin (81,0%), dan Banjar Baru (80,0%), tetapi, ada 5 kabupaten yang kurang dari 69,0% yaitu Tanah Bumbu, Balangan, Kota Baru, Banjar, dan Hulu Sungai Utara.

Persentase cakupan pelayanan neonatus umur 8-28 hari tertinggi di Hulu Sungai Tengah, Kota baru (52,0%) dan Tabalong (37,5%), sedangkan yang terendah adalah Tanah Laut (7,1%), Tanah bumbu (8%), Balangan (14,3%), Barito Kuala (17,2%), Hulu Sungai Selatan (19%), dan Hulu Sungai Utara (19,4%).

**Tabel 3.3.4.7**  
**Cakupan Pemeriksaan Neonatus Menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Tanah Laut	75,9	7,1
Kota Baru***	52,2	52,2
Banjar	58,5	23,1
Barito Kuala	69,0	17,2
Tapin	81,0	26,3
Hulu Sungai Selatan	76,2	19,0
Hulu Sungai Tengah	84,0	52,0
Hulu Sungai Utara	67,7	19,4
Tabalong	76,0	37,5
Tanah Bumbu	48,0	8,0
Balangan	50,0	14,3
Banjarmasin	71,4	29,6
Banjar Baru	80,0	33,3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>69,0</b>	<b>26,6</b>

Tabel 3.3.4.8 memberi gambaran tentang pemeriksaan neonatus menurut karakteristik bayi, tipe daerah dan rumah tangga. Terlihat bahwa persentase cakupan pelayanan neonatus umur 0-7 hari dan 8-28 hari berdasarkan jenis kelamin, antara bayi laki-laki dan perempuan yang dilahirkan tidak banyak bervariasi.

Persentase cakupan pelayanan neonatus 0-7 hari dan 8-28 hari di daerah perkotaan di Provinsi Kalimantan Selatan lebih tinggi dari pada di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, terlihat kecenderungan meningkatnya persentase cakupan pelayanan neonatus 0-7 hari sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita. Persentase tertinggi untuk pelayanan neonatus 0-7 hari terdapat pada keluarga dengan tingkat pengeluaran per kapita pada kuintil 5 (90,2%), sedangkan untuk pelayanan neonatus umur 8-28 hari persentase tertinggi terdapat pada keluarga dengan tingkat pengeluaran per kapita pada kuintil 5 (40,8%).

**Tabel 3.3.4.8**  
**Cakupan Pemeriksaan Neonatus Menurut Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	68,4	24,6
Perempuan	69,0	28,1
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	73,4	32,8
Perdesaan	65,3	21,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	59,6	22,5
Kuintil-2	70,1	32,8
Kuintil-3	71,0	27,4
Kuintil-4	75,4	26,8
Kuintil-5	90,2	40,8

### 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 proporsi kasus malaria yang mendapat pengobatan dengan obat antimalaria program dalam 24 jam yang menderita sakit. Demikian pula diare, dinilai proporsi kasus diare yang mendapat pengobatan oralit.

#### 3.4.1 Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria

Dalam 12 bulan terakhir filariasis klinis terdeteksi di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 0,4 per seribu penduduk (rentang: 0,4-1 per seribu penduduk). Lima

kabupaten dengan prevalensi filariasis klinis lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi, yaitu Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Banjar, Hulu Sungai Tengah dan Tanah Laut.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, kasus DBD klinis terdeteksi di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 0,26% (rentang: 0,14 – 0,59%), kecuali di Kabupaten Kota Baru dan Banjar Baru tidak terdeteksi. Lima kabupaten/kota dengan prevalensi DBD klinis lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Barito kuala, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Balangan, dan Banjarmasin.

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan dijumpai beragam dan tersebar pada di seluruh kabupaten/kota, dengan angka prevalensi sebesar 1,4% (rentang: 0,3-3,8%), relatif tinggi pada 5 kabupaten yaitu Barito Kuala, Banjar, Hulu Sungai Utara, Tanah Bumbu, dan Balangan. Responden yang terdiagnosis sebagai malaria klinis dan mendapat pengobatan dengan obat malaria program dalam 24 jam menderita sakit hanya 27,2% (3,8-62,9%).

Filariasis ditemukan paling tinggi pada kelompok usia 15-24 tahun. DBD selain pada anak-anak namun sudah menyebar ke kelompok dewasa. Malaria tersebar di semua kelompok umur (kecuali bayi), terutama di kelompok usia produktif.

Prevalensi filariasis dijumpai lebih banyak pada kelompok responden dengan pendidikan yang lebih rendah namun tidak berbeda pada tingkat pengeluaran perkapita, selain itu penyakit ini tidak banyak berbeda berdasarkan tipe daerah.

Prevalensi DBD tidak banyak berbeda baik pada penduduk yang bertempat tinggal di perkotaan maupun di perdesaan, dengan pendidikan tinggi maupun rendah, dan kaya maupun miskin.

Penyakit malaria lebih banyak ditemukan di perdesaan dan lebih tinggi pada penduduk dengan pekerjaan sebagai petani/ nelayan/ buruh. Selain itu prevalensi malaria lebih tinggi pada pendidikan dan tingkat pengeluaran perkapita yang lebih rendah. Pengobatan dengan obat malaria program relatif lebih baik di daerah perdesaan dan dengan pekerjaan utama sebagai pegawai, namun lebih rendah pada pendidikan lebih rendah.

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 di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Tanah Laut	0,05	0,05	0,25	0,25	0,30	0,85	58,82
Kota Baru***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,83	23,53
Banjar	0,00	0,06	0,06	0,14	0,28	2,59	32,98
Barito Kuala	0,00	0,10	0,25	0,59	0,88	3,83	3,85
Tapin	0,00	0,00	0,09	0,26	0,09	0,70	14,29
Hulu Sungai Selatan	0,06	0,06	0,45	0,51	0,32	0,70	27,27
Hulu Sungai Tengah	0,00	0,05	0,33	0,33	0,22	0,88	23,53
Hulu Sungai Utara	0,00	0,00	0,06	0,19	0,31	2,17	11,43
Tabalong	0,00	0,00	0,07	0,07	0,41	0,83	50,00
Tanah Bumbu	0,00	0,00	0,06	0,24	1,20	2,10	62,86
Balangan	0,00	0,00	0,13	0,38	0,26	1,91	26,67
Banjarmasin	0,04	0,04	0,30	0,38	0,00	0,47	27,27
Banjar Baru	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,32	25,00
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>0,02</b>	<b>0,04</b>	<b>0,17</b>	<b>0,26</b>	<b>0,31</b>	<b>1,42</b>	<b>27,20</b>

Tabel 3.4.1.1 menunjukkan dalam 12 bulan terakhir filariasis klinis terdeteksi di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 0,4‰ (rentang: 0,4-1‰). Ada lima kabupaten dengan prevalensi filariasis klinis lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi, yaitu Barito Kuala (1‰), Hulu Sungai Selatan dan Banjar (0,6‰), Hulu Sungai Tengah dan Tanah Laut (0,5‰).

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, kasus DBD klinis terdeteksi di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi (DG) sebesar 0,26% (rentang: 0,14 – 0,59%), kecuali di Kabupaten Kota Baru dan Banjar Baru tidak terdeteksi. Ada 5 kabupaten/kota dengan prevalensi DBD klinis lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Barito kuala (0,6%), Hulu Sungai Selatan (0,5%), Hulu Sungai Tengah (0,3%), Balangan (0,4%), dan Banjarmasin (0,4%).

Di Kabupaten Tanah Laut, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Tabalong, dan Banjarmasin kasus DBD klinis lebih banyak didapatkan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan, sedangkan di beberapa kabupaten lebih banyak berdasarkan gejala klinis yaitu Kabupaten Banjar, Barito Kuala, Tapin, Hulu Sungai Utara, Tanah Bumbu, dan Balangan.

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan dijumpai beragam dan tersebar pada di seluruh kabupaten/kota, dengan angka prevalensi sebesar 1,4% (rentang: 0,3-3,8%). Prevalensi malaria yang relatif tinggi dijumpai di 5 kabupaten yaitu Barito Kuala (3,8%), Banjar (2,6%), Hulu Sungai Utara (2,2%), Tanah Bumbu (2,1%) dan Balangan (1,9%).

Responden yang terdiagnosis sebagai malaria klinis dan mendapat pengobatan dengan obat malaria program dalam 24 jam menderita sakit hanya 27,2% (3,8-62,9%). Ada 3 kabupaten dengan proporsi pengobatan dengan obat malaria program cukup tinggi (>50%) yaitu Kabupaten Tanah Laut, Tabalong, dan Tanah Bumbu.

Di Kabupaten Barito kuala, Banjar, Hulu Sungai Utara, dan Balangan yang prevalensi malarianya relatif tinggi, namun <50% proporsi kasus malaria mendapat pengobatan dengan obat program dalam 24 jam menderita sakit. Kabupaten dengan angka prevalensi malaria relatif rendah namun dengan proporsi pengobatan >50% adalah Tanah Laut, Tabalong dan Tanah Bumbu. Program pengobatan malaria yang sudah berlangsung cukup baik perlu dipertahankan.

**Tabel 3.4.1.2**  
**Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian**  
**Obat Program Malaria Menurut Karakteristik Responden di Provinsi**  
**Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
<1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1-4	0,05	0,05	0,21	0,26	0,10	0,57	54,55
5-14	0,06	0,06	0,26	0,33	0,20	0,81	38,64
15-24	0,00	0,07	0,16	0,33	0,26	1,29	25,45
25-34	0,00	0,00	0,19	0,30	0,46	1,41	40,98
35-44	0,00	0,02	0,10	0,22	0,32	1,57	24,62
45-54	0,00	0,04	0,19	0,30	0,56	2,68	25,00
55-64	0,00	0,00	0,07	0,07	0,07	2,02	0,00
65-74	0,00	0,00	0,00	0,13	0,52	2,22	11,76
>75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,38	14,29
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki-laki	0,02	0,05	0,22	0,31	0,40	1,47	33,15
Perempuan	0,02	0,02	0,11	0,23	0,22	1,34	21,35
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	0,03	0,04	0,29	0,35	0,12	0,62	24,6
Perdesaan	0,01	0,03	0,10	0,22	0,42	1,88	27,7
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	0,00	0,09	0,00	0,34	0,60	4,39	23,53
Tidak tamat SD	0,06	0,08	0,12	0,29	0,52	2,34	23,58
Tamat SD	0,00	0,05	0,06	0,18	0,34	1,52	22,00
Tamat SMP	0,00	0,00	0,26	0,38	0,20	1,11	32,43
Tamat SMA	0,00	0,00	0,22	0,25	0,22	0,40	38,46
Tamat PT	0,00	0,00	0,22	0,22	0,45	0,67	42,86
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	0,10	0,15	0,20	0,50	0,45	2,00	26,8
Sekolah	0,03	0,03	0,15	0,21	0,29	0,77	30,8
Ibu RT	0,00	0,00	0,03	0,18	0,15	0,96	31,3
Pegawai	0,00	0,00	0,51	0,56	0,46	0,77	60,0
Wiraswasta	0,00	0,07	0,07	0,10	0,24	1,47	14,3
Petani/Nelayan/Buruh	0,00	0,05	0,09	0,22	0,53	2,66	23,5
Lainnya	0,00	0,00	0,34	0,34	0,00	1,20	0,00
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil_1	0,00	0,02	0,08	0,24	0,32	1,73	24,71
Kuintil_2	0,02	0,02	0,16	0,28	0,38	1,68	37,65
Kuintil_3	0,04	0,08	0,16	0,30	0,34	1,38	27,54
Kuintil_4	0,00	0,06	0,08	0,12	0,32	1,35	20,90
Kuintil_5	0,02	0,02	0,34	0,38	0,24	0,90	20,00

Pada Tabel 3.4.1.2 menjelaskan Karakteristik responden yang menderita penyakit tular vektor di atas berbeda-beda. Dalam Riskesdas 2007 ini, filariasis ditemukan paling tinggi pada kelompok usia 15-24 tahun. DBD selain pada anak-anak namun tampaknya sudah menyebar ke kelompok dewasa. Sedangkan malaria tersebar di semua kelompok umur (kecuali bayi), terutama di kelompok usia produktif. Tidak ada perbedaan mencolok pada jenis kelamin penderita filariasis, DBD dan malaria, namun penderita penyakit akibat vektor ini cenderung lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Hal ini mungkin disebabkan kelompok tersebut lebih banyak terpapar (*exposed*) dengan nyamuk malaria, sehingga risiko terkena infeksi relatif lebih besar.

Prevalensi filariasis dijumpai lebih banyak pada kelompok responden dengan pendidikan yang lebih rendah namun tidak berbeda pada tingkat pengeluaran perkapita. Hal ini kemungkinan berhubungan dengan tingkat kesadaran penderita dalam mengenali penyakit. Selain itu penyakit ini tidak banyak berbeda berdasarkan Tipe daerah, hal ini kemungkinan karena di daerah perkotaan mempunyai wilayah yang berdekatan dengan wilayah yang endemis.

Prevalensi DBD tidak banyak berbeda baik pada penduduk yang bertempat tinggal di perkotaan maupun di perdesaan, dengan pendidikan tinggi maupun rendah, dan kaya maupun miskin, hal ini karena berbedanya sifat vektor penyakit ini dengan vektor penyakit malaria dan filariasis.

Penyakit malaria lebih banyak ditemukan di perdesaan dan lebih tinggi pada penduduk dengan pekerjaan sebagai petani/ nelayan/ buruh. Hal ini kemungkinan disebabkan habitat perindukan vektor malaria. Selain itu ditemukan juga prevalensi malaria lebih tinggi pada kelompok responden dengan pendidikan dan tingkat pengeluaran perkapita yang lebih rendah.

Walaupun prevalensi malaria klinis pada anak (<5 tahun) relatif lebih rendah dari orang dewasa, tetapi proporsi pengobatan dengan obat malaria program cenderung lebih baik pada balita dibandingkan orang dewasa. Keadaan ini menunjukkan kewaspadaan dan kepedulian penanganan penyakit malaria pada balita sudah cukup baik di mana >50% malaria klinis mendapat obat malaria program dalam 24 jam menderita sakit.

Pengobatan dengan obat malaria program juga relatif lebih baik di daerah perdesaan, dan pada pekerjaan sebagai pegawai, dan lebih rendah pada pendidikan lebih rendah. Hal ini kemungkinan berhubungan dengan tingkat kesadaran mereka dalam mengetahui bahaya penyakit malaria dan kemampuan mereka dalam mencari pengobatan. Oleh sebab itu program pengendalian malaria pada kelompok yang berisiko perlu ditingkatkan.

### **3.4.2 Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak**

Prevalensi ISPA satu bulan terakhir tersebar di seluruh Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 27,1% (rentang 13,2-42,3%). Angka prevalensi yang melebihi angka prevalensi provinsi terdapat pada 7 Kabupaten/Kota, yaitu Balangan, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Tapin, Banjar, Tanah Laut, dan Tanah Bumbu.

ISPA merupakan penyakit yang terutama diderita oleh bayi dan anak (34-45% dari jumlah responden bayi dan anak menderita ISPA dalam sebulan terakhir), terendah pada kelompok umur 15-24 tahun. Prevalensi ISPA tidak berbeda menurut jenis kelamin, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan, tertinggi pada responden yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh, relatif tinggi di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

Dalam 1 bulan terakhir, prevalensi Pneumonia di Provinsi Kalimantan Selatan 2,3% (rentang: 0,4-6,6%). Enam kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dibandingkan dengan angka prevalensi provinsi dijumpai di Kabupaten Barito Kuala, Balangan, Banjar, Hulu Sungai Utara, Tapin, dan Hulu Sungai Selatan. Pola Persentase

Pneumonia menurut kelompok umur serupa dengan pola persentase ISPA, yaitu cukup tinggi pada Balita, dan selain itu dideteksi tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas). Prevalensi Pneumonia relatif lebih tinggi pada laki-laki, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan, tertinggi pada responden yang tidak bekerja dan sebagai petani/nelayan/buruh, relatif tinggi di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

Tuberkulosis paru klinis dalam 12 bulan terakhir, tersebar di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 1,4% (rentang 0,2-4,5%). Tiga kabupaten dengan angka prevalensi TB lebih tinggi dari angka provinsi yaitu Balangan, Banjar, dan Barito Kuala. Untuk TB ada kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia, hampir sama pada laki-laki dan perempuan, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan, tertinggi pada responden yang tidak bekerja dan sebagai petani/nelayan/buruh, relatif tinggi di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

Prevalensi campak klinis 12 bulan terakhir di Kalimantan Selatan dengan prevalensi 1,2% (rentang: 0,1-2,5%). Di beberapa Kabupaten/Kota prevalensinya lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Utara, Banjar, dan Banjarmasin.

Persentase Campak ditemukan relatif tinggi pada umur 14 tahun kebawah, khususnya 1-4 tahun, tidak banyak berbeda antara jenis kelamin, cenderung meningkat pada pendidikan yang lebih rendah, relatif lebih tinggi di perdesaan dan tertinggi pada status ekonomi terendah (kuintil 1).

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-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-gejala batuk lebih dari dua minggu atau batuk berdarah 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-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, Campak Menurut Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Tanah Laut	4,63	27,41	0,05	0,75	0,30	0,30	0,50	0,75
Kota Baru***	8,46	19,06	0,39	1,12	0,88	0,88	0,00	0,00
Banjar	5,36	30,04	0,66	3,82	0,58	3,00	0,63	1,65
Barito Kuala	6,09	40,99	1,42	6,58	0,69	2,31	1,03	2,46
Tapin	7,69	36,54	1,57	3,06	0,70	1,22	0,70	0,96
Hulu Sungai Selatan	9,09	36,62	0,58	2,88	0,51	0,96	1,54	1,98
Hulu Sungai Tengah	1,59	13,25	0,16	1,20	0,49	1,15	0,44	0,82
Hulu Sungai Utara	1,12	25,62	0,43	3,35	0,19	0,74	1,12	2,05
Tabalong	7,26	25,26	0,07	0,42	0,35	0,55	0,07	0,07
Tanah Bumbu	5,04	27,23	0,48	0,96	0,36	0,90	0,30	0,60
Balangan	3,19	42,35	0,51	6,51	0,64	4,46	0,26	0,64
Banjarmasin	3,98	20,87	0,13	0,88	0,32	1,00	0,73	1,35
Banjar Baru	3,13	25,16	0,32	0,56	0,24	0,24	0,32	0,40
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>5,06</b>	<b>27,06</b>	<b>0,47</b>	<b>2,29</b>	<b>0,47</b>	<b>1,36</b>	<b>0,61</b>	<b>1,16</b>

Prevalensi ISPA satu bulan terakhir tersebar di seluruh Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 27,1% (rentang 13,2-42,3%). Angka prevalensi yang melebihi angka prevalensi provinsi terdapat pada 7 Kabupaten/Kota, yaitu: Kabupaten Balangan (42,3%), Barito Kuala (41%), Hulu Sungai Selatan (36,6%), Tapin (36,5%), Banjar (30%), Tanah Laut (27,4%), dan Tanah Bumbu (27,2%). Hanya ada satu kabupaten yang dengan angka prevalensi ISPA paling rendah di antara kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan yaitu Kabupaten Hulu Sungai Tengah (0,2%).

Dalam 1 bulan terakhir, prevalensi Pneumonia di Provinsi Kalimantan Selatan 2,3% (rentang: 0,4-6,6%). Enam kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dibandingkan dengan angka prevalensi provinsi dijumpai di Kabupaten Barito Kuala (6,58%), Balangan (6,51%), Banjar (3,8%), Hulu Sungai Utara (3,3%), Tapin (3,1%) dan Hulu Sungai Selatan (2,9%). Sebagian besar kabupaten/kota (11 dari 13) prevalensi Pneumonia ditentukan berdasarkan gejala klinis, kecuali Kabupaten Tapin dan Kota Banjar Baru lebih ditentukan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan.

Tuberkulosis paru klinis dalam 12 bulan terakhir, tersebar di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan selatan 1,4% (rentang 0,2-4,5%). Ada 3 kabupaten dengan angka prevalensi TB lebih tinggi dari angka provinsi yaitu Kabupaten Balangan (4,5%), Banjar (3,0%), dan Barito kuala (2,3%).

Prevalensi campak klinis 12 bulan terakhir di Kalimantan Selatan dengan prevalensi 1,2% (rentang: 0,1-2,5%). Di beberapa Kabupaten/Kota prevalensinya lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Barito Kuala (2,5%), Hulu Sungai Selatan dan Hulu Sungai Utara (2,0%), Banjar (1,7%), dan Kota Banjarmasin (1,3%).

**Tabel 3.4.2.2**  
**Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak Menurut Karakteristik Respondendi Provinsi Kalimantan Selatan Riskesdas 2007**

Karakteristik	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
<b>Kelompok umur</b>								
<1	8,65	34,95	1,05	1,27	0,21	0,21	1,27	2,11
1-4	12,59	45,68	1,08	3,03	0,10	0,31	2,62	4,01
5-14	5,52	30,32	0,55	2,32	0,15	0,55	1,05	2,02
15-24	2,94	20,79	0,23	1,59	0,07	0,65	0,30	0,82
25-34	4,04	23,19	0,26	1,83	0,16	0,90	0,21	0,42
35-44	3,79	23,73	0,12	1,75	0,52	1,50	0,32	0,61
45-54	4,50	25,12	0,67	3,12	1,00	2,60	0,15	0,48
55-64	5,35	27,00	0,56	3,06	1,46	3,83	0,21	0,42
65-74	5,08	30,60	1,30	4,69	3,13	6,00	0,13	0,39
>75	8,14	33,33	1,02	4,75	2,37	5,08	0,00	0,00
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-laki	5,09	26,82	0,52	2,64	0,57	1,53	0,60	1,11
Perempuan	5,03	27,29	0,42	1,94	0,38	1,20	0,62	1,21
<b>Pendidikan</b>								
Tidak sekolah	5,16	31,70	1,12	5,42	1,29	4,82	0,60	1,12
Tidak tamat SD	4,96	28,34	0,56	2,84	0,90	2,43	0,56	1,13
Tamat SD	3,63	24,47	0,35	2,27	0,46	1,33	0,27	0,64
Tamat SMP	3,22	21,41	0,29	1,41	0,26	0,70	0,12	0,44
Tamat SMA	3,72	18,73	0,06	0,89	0,34	0,83	0,31	0,46
Tamat PT	4,16	15,26	0,22	1,01	0,34	0,56	0,00	0,00
<b>Pekerjaan</b>								
Tidak kerja	4,21	24,14	0,90	3,51	1,75	3,00	0,50	1,15
Sekolah	3,42	24,54	0,44	1,50	0,18	0,50	0,68	1,15
Ibu RT	3,92	21,77	0,33	1,06	0,27	0,84	0,33	0,57
Pegawai	4,70	18,97	0,15	0,51	0,20	0,41	0,20	0,20
Wiraswasta	3,56	21,75	0,24	1,92	0,59	1,57	0,10	0,24
Petani/Nelayan/Buruh	4,18	27,44	0,39	3,33	0,64	2,54	0,27	0,70
Lainnya	5,64	24,57	0,51	2,22	0,17	0,68	0,34	1,19
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	4,76	23,81	0,40	1,23	0,32	0,80	0,53	0,92
Perdesaan	5,25	29,05	0,52	2,93	0,57	1,71	0,66	1,31
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil_1	6,61	30,93	0,68	3,38	0,40	1,43	0,84	1,99
Kuintil_2	4,58	26,97	0,50	2,44	0,56	1,50	0,62	1,14
Kuintil_3	5,25	28,16	0,38	2,14	0,66	1,64	0,64	0,98
Kuintil_4	4,40	26,66	0,48	2,13	0,34	1,29	0,62	1,00
Kuintil_5	4,56	23,39	0,40	1,37	0,42	1,00	0,30	0,54

Pada Tabel 3.4.2.2 menjelaskan tentang karakteristik responden dengan ISPA, pneumonia, TB dan campak

Dengan memperhatikan karakteristik umur responden, tampak bahwa ISPA merupakan penyakit yang terutama diderita oleh bayi dan anak (34-45% dari jumlah responden bayi dan anak menderita ISPA dalam sebulan terakhir), terendah pada kelompok umur 15-24 tahun. Prevalensi ISPA tidak berbeda menurut jenis kelamin, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan, tertinggi pada responden yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh, relatif tinggi di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

Pola Persentase Pneumonia menurut kelompok umur serupa dengan pola Persentase ISPA, yaitu cukup tinggi pada Balita, dan selain itu dideteksi tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas). Prevalensi Pneumonia relatif lebih tinggi pada laki-laki, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan, tertinggi pada responden yang tidak bekerja dan sebagai petani/nelayan/buruh, relatif tinggi di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

Untuk TB, tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia. Prevalensi TB hampir sama pada laki-laki dan perempuan, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya pendidikan, tertinggi pada responden yang tidak bekerja dan sebagai petani/nelayan/buruh, relatif tinggi di perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya status ekonomi.

Persentase Campak ditemukan relatif tinggi pada umur 14 tahun kebawah, khususnya 1-4 tahun, tidak banyak berbeda antara jenis kelamin, cenderung meningkat pada pendidikan yang lebih rendah, relatif lebih tinggi di perdesaan dan tertinggi pada status ekonomi terendah (kuintil 1).

### **3.4.3 Penyakit Tifoid, Hepatitis dan Diare**

Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis tersebar di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 1,95% (rentang 0,42-4,29%). Enam dari 13 kabupaten/kota dengan prevalensi tifoid klinis lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar, Hulu Sungai Selatan.

Prevalensi hepatitis di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 0,5% (rentang:0,05-2,0%). Kabupaten/kota dengan prevalensi hepatitis lebih tinggi dari angka provinsi adalah Kabupaten Barito Kuala, Banjar, dan Tapin.

Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan merata di seluruh kabupaten/kota, dengan prevalensi 9,5% (rentang: 3,2-17,8%). Kabupaten Barito Kuala, Balangan, Tapin, Banjar, Hulu Sungai Utara, Banjarmasin mempunyai prevalensi diare di atas 10%. Di antara wilayah-wilayah dengan prevalensi diare tinggi tersebut, pemakaian oralitnya kurang dari 34%. Pada kota Banjar Baru prevalensi diare adalah yang terendah (3,2%) namun penggunaan oralit cukup tinggi (55%).

Tifoid dan diare ditemukan pada semua kelompok umur, sedangkan hepatitis tidak ditemukan pada kelompok umur kurang dari 1 tahun. Tifoid terutama ditemukan pada kelompok umur usia-sekolah, sedangkan diare pada kelompok balita. Jenis kelamin tidak jauh berbeda pada prevalensi ke tiga penyakit ini. Namun kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung prevalensi tifoid lebih tinggi.

Prevalensi tifoid tertinggi dijumpai pada kelompok 'sekolah', hepatitis tertinggi pada kelompok dengan pekerjaan petani/nelayan/buruh, diare tertinggi pada kelompok tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh. Tifoid, hepatitis dan diare terutama dijumpai di daerah perdesaan. Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid, hepatitis dan diare cenderung lebih tinggi pada Rumah Tangga dengan status ekonomi rendah.

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-gejala tifoid, seperti demam sore/malam hari kurang dari satu minggu, sakit kepala, lidah kotor dan tidak bisa buang air besar.

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

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

**Tabel 3.4.3.1**  
**Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Tanah Laut	0,40	1,05	0,05	0,05	2,34	6,72	27,61
Kota Baru***	0,97	1,36	0,00	0,00	2,92	4,67	68,75
Banjar	1,27	4,29	0,55	1,18	4,07	12,27	25,34
Barito Kuala	1,33	2,70	0,15	1,96	7,47	17,82	31,39
Tapin	1,40	2,19	0,09	0,61	6,38	12,41	34,75
Hulu Sungai Selatan	2,50	3,52	0,19	0,38	6,85	9,98	47,44
Hulu Sungai Tengah	0,27	0,77	0,16	0,16	2,30	4,87	18,60
Hulu Sungai Utara	0,43	2,67	0,00	0,25	1,43	10,37	13,94
Tabalong	0,35	0,42	0,00	0,00	3,04	5,54	39,47
Tanah Bumbu	0,84	1,62	0,06	0,18	2,64	8,22	36,50
Balangan	0,89	2,81	0,13	0,38	2,93	12,50	22,45
Banjarmasin	0,64	0,79	0,28	0,53	3,93	10,33	22,87
Banjar Baru	0,88	0,88	0,08	0,16	2,24	3,21	55,00
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>0,91</b>	<b>1,95</b>	<b>0,18</b>	<b>0,53</b>	<b>3,79</b>	<b>9,46</b>	<b>30,01</b>

Karakteristik responden dengan tifoid, hepatitis, dan diare terlihat pada Tabel 3.55. Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis tersebar di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi 1,95% (rentang 0,42-4,29%). Enam dari 13 kabupaten/kota dengan prevalensi tifoid klinis lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar (4,3%), Hulu Sungai Selatan (3,5%), Balangan (2,8%), Barito Kuala dan Hulu Sungai Utara (2,7%), serta Tapin (2,2%). Pada 6 kabupaten/kota, kasus Tifoid klinis terdeteksi lebih banyak berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan, sedangkan pada kabupaten yang lain lebih banyak terdeteksi melalui gejala klinis.

Untuk hepatitis, penyakit ini tidak teridentifikasi di 2 Kabupaten (Kota Baru dan Tabalong). Prevalensi hepatitis di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 0,5%

(rentang:0,05-2,0%). Kabupaten/kota dengan prevalensi hepatitis lebih tinggi dari angka provinsi adalah Kabupaten Barito Kuala (2,0%), Banjar (1,2%) dan Tapin (0,6%).

Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan merata di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi di provinsi ini sebesar 9,5% (rentang: 3,2-17,8%). Kabupaten Barito Kuala, Balangan, Tapin, Banjar, Hulu Sungai Utara, Banjarmasin mempunyai prevalensi diare di atas 10%.

Di antara wilayah-wilayah dengan prevalensi diare tinggi tersebut, pemakaian oralitnya kurang dari 34%. Kota Banjar Baru terlihat prevalensi diare adalah yang terendah (3,2%) namun penggunaan oralit cukup tinggi (55%).

**Tabel 3.4.3.2**  
**Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare Menurut Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
<b>Kelompok umur (thn)</b>							
<1	0,63	0,63	0,00	0,00	9,70	15,40	43,24
1-4	0,87	1,90	0,05	0,15	10,07	17,17	47,59
5-14	1,89	3,26	0,18	0,24	2,89	8,35	32,82
15-24	1,19	2,27	0,26	0,63	3,01	8,06	25,36
25-34	0,58	1,65	0,14	0,49	2,46	7,58	25,93
35-44	0,49	1,38	0,17	0,84	3,47	9,20	29,65
45-54	0,30	1,23	0,19	0,63	3,16	8,85	18,57
55-64	0,28	0,97	0,21	0,98	4,80	11,97	27,49
65-74	0,65	1,04	0,52	0,91	4,82	10,68	15,85
>75	0,34	2,37	0,00	0,00	2,72	11,22	6,25
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	0,99	2,00	0,19	0,62	3,90	9,32	31,67
Perempuan	0,84	1,90	0,17	0,46	3,68	9,60	28,51
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	0,60	2,24	0,34	1,12	4,65	13,08	25,83
Tidak tamat SD	0,94	2,32	0,11	0,71	3,77	10,41	27,14
Tamat SD	0,84	2,06	0,34	0,70	3,11	8,56	27,06
Tamat SMP	0,79	1,58	0,06	0,41	1,93	6,50	20,81
Tamat SMA	0,46	0,86	0,15	0,40	2,58	7,29	17,72
Tamat PT	0,56	1,35	0,56	0,67	3,37	5,84	30,77
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	0,95	2,10	0,45	0,75	3,61	10,31	17,16
Sekolah	1,74	3,04	0,27	0,29	2,15	6,96	26,38
Ibu RT	0,51	1,33	0,21	0,45	3,26	8,17	24,54
Pegawai	0,77	1,23	0,10	0,46	3,73	7,67	26,67
Wiraswasta	0,38	1,19	0,07	0,31	3,04	8,48	28,75
Petani/Nelayan/Buruh	0,53	1,93	0,22	1,05	3,33	9,77	26,33
Lainnya	0,34	0,68	0,00	0,68	1,37	6,83	12,82
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	0,83	1,28	0,21	0,43	3,79	8,75	28,37
Perdesaan	0,97	2,37	0,16	0,60	3,79	9,90	30,93
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil_1	0,99	2,37	0,12	0,46	4,92	11,80	32,93
Kuintil_2	0,92	2,08	0,22	0,70	3,20	9,40	30,34
Kuintil_3	0,94	1,76	0,18	0,36	3,97	8,88	31,97
Kuintil_4	0,76	1,69	0,20	0,64	3,29	8,71	26,85
Kuintil_5	0,88	1,73	0,14	0,40	3,60	8,38	27,40

Karakteristik responden dengan tifoid, hepatitis, dan diare terlihat pada Tabel 3.4.3.2 Tifoid dan diare ditemukan pada semua kelompok umur, sedangkan hepatitis tidak ditemukan pada kelompok umur kurang dari 1 tahun. Tifoid terutama ditemukan pada kelompok umur usia sekolah, sedangkan diare pada kelompok balita.

Jenis kelamin tidak jauh berbeda pada prevalensi ke tiga penyakit ini, namun berbeda dengan pendidikan. Kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung memiliki prevalensi lebih tinggi.

Dilihat dari aspek pekerjaan, prevalensi tertinggi tifoid dijumpai pada kelompok 'sekolah'. Prevalensi hepatitis tertinggi pada kelompok dengan pekerjaan petani/nelayan/buruh. Untuk diare prevalensi tertinggi pada kelompok tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh. Dari sudut Tipe daerah, tifoid, hepatitis dan diare terutama dijumpai di daerah perdesaan. Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid, hepatitis dan diare cenderung lebih tinggi pada Rumah Tangga dengan status ekonomi rendah.

## **3.5 PENYAKIT TIDAK MENULAR**

### **3.5.1 Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan**

Dalam 12 bulan terakhir prevalensi penyakit persendian pada penduduk usia 15 tahun ke atas di Kalimantan Selatan 35,8% (rentang 16,6-50%). Enam kabupaten dengan angka prevalensi melebihi angka provinsi yaitu Barito Kuala, Banjar, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Selatan, Tanah Bumbu, dan Balangan.

Prevalensi hipertensi pada penduduk 18 tahun ke atas di Kalimantan Selatan berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 39,6% (rentang: 34,9-48,2%). Tujuh kabupaten dengan prevalensi hipertensi lebih tinggi dari angka provinsi yaitu Hulu Sungai Selatan, Tapin, Tanah Bumbu, Hulu Sungai Tengah, Tabalong, Hulu Sungai Utara, dan Tanah Laut. Kasus hipertensi lebih banyak terdeteksi dengan pengukuran dan minum obat dibandingkan yang terdeteksi oleh tenaga kesehatan.

Prevalensi stroke dalam kurun waktu 12 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 9,7 per seribu penduduk (rentang 5,2-18,5 per seribu penduduk). Empat kabupaten melebihi angka prevalensi provinsi yaitu Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Kota Baru dan Tapin.

Prevalensi penyakit persendian, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur, cenderung lebih tinggi pada wanita dibandingkan laki-laki, cenderung lebih tinggi pada pendidikan yang lebih rendah, lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan. Penyakit persendian paling tinggi pada responden dengan pekerjaan utama sebagai petani/buruh/nelayan, sedangkan hipertensi dan stroke lebih tinggi pada yang tidak bekerja. Hipertensi cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan status ekonomi, sedangkan penyakit persendian dan stroke tidak banyak berbeda di antara tingkat pengeluaran per kapita.

Dalam 12 bulan terakhir prevalensi penyakit Asma pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 5,4% (rentang 1,8-9,2%). Ada 5 kabupaten/kota melebihi angka prevalensi provinsi yaitu Banjar, Barito Kuala, Banjarmasin, Balangan dan Hulu Sungai Utara. Prevalensi penyakit jantung pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 8,1% (rentang 1,7-12,7%). Lima kabupaten/kota dengan angka prevalensi melebihi angka provinsi yaitu Barito Kuala, Banjar, Banjarmasin, Hulu Sungai Tengah, dan Hulu Sungai Utara. Prevalensi diabetes mellitus pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 1% (rentang 0,3-1,7%). Enam kabupaten/kota dengan angka prevalensi melebihi angka prevalensi provinsi yaitu Banjarmasin, Barito Kuala, Tapin, Banjarbaru, Banjar dan Hulu Sungai Selatan. Prevalensi penyakit tumor/kanker di Provinsi Kalsel 3,9 per seribu penduduk ( rentang: 1,8-8,8 per seribu penduduk). Empat kabupaten/kota dengan angka prevalensi kanker/tumor yang melebihi angka provinsi yaitu Barito Kuala, Hulu Sungai Utara, Banjarmasin dan Banjarbaru.

Prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes dan kanker/tumor meningkat dengan bertambahnya umur, untuk diabetes dan kanker/tumor menurun kembali pada umur 75 tahun ke atas. Penyakit jantung sedikit lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-

laki, sedangkan penyakit asma, diabetes dan tumor tidak banyak berbeda pada laki-laki dan perempuan. Prevalensi penyakit asma dan jantung meningkat pada pendidikan yang lebih rendah, lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan dan cenderung lebih tinggi pada status ekonomi yang lebih rendah.

Sebaliknya penyakit diabetes dan tumor lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan, dan cenderung meningkat pada status ekonomi yang lebih tinggi.

Prevalensi penyakit keturunan pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan paling tinggi adalah dermatitis (113,0 per seribu penduduk), diikuti rhinitis (27,7 per seribu penduduk) dan glaukoma (11,0 per seribu penduduk), sedangkan penyakit keturunan lain seperti gangguan jiwa berat, buta warna, bibir sumbing, talasemia dan hemophilia antara 0,7-5,1 per seribu penduduk.

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 4,0 per seribu penduduk (rentang 0,0-13,3 per seribu). Empat kabupaten dengan angka prevalensi gangguan jiwa berat yang lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Banjar, Barito Kuala, Hulu Sungai Utara dan Hulu Sungai Selatan.

Buta warna hampir ditemukan pada semua kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, dengan prevalensi sebesar 5,1 per seribu penduduk (rentang 1,0-12,5 per seribu penduduk). Tiga kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Hulu Sungai Utara, Banjar dan Tapin.

Prevalensi glaukoma pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan 11 per seribu penduduk (rentang antara 1,0-69,0 per seribu penduduk). Dua kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka provinsi yaitu Banjar dan Hulu Sungai Utara. Khususnya di Kabupaten Banjar, angka prevalensi glaukoma diperoleh sangat tinggi yaitu 69,0 per seribu penduduk.

Prevalensi sumbing pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 2,3 per seribu penduduk (rentang 0,4-9,7 per seribu penduduk). Dua kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar dan Barito Kuala.

Prevalensi dermatitis pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 11,3 %, (rentang 1,2-22,5%). Empat kabupaten/kota dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Banjar, Hulu Sungai Utara, Banjarmasin, dan Tanah Bumbu.

Prevalensi rhinitis pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 2,8%, (rentang 0,3-8,4%). Ada 3 kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar, Tanah Laut dan Banjarmasin.

Prevalensi Talasemia pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 0,7 per seribu penduduk (rentang 0,8-5,0 per seribu penduduk), hanya ditemukan di 5 kabupaten yaitu Hulu Sungai Utara, Banjar, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan dan Banjar Baru, tertinggi di Kabupaten Hulu Sungai Utara (5,0 per seribu penduduk).

Penyakit Hemofilia tersebar di seluruh kabupaten/kota Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi sebesar 0,6 per seribu penduduk (rentang 0,0-1,6 per seribu penduduk). Lima kabupaten/kota ditemukan prevalensi hemofilia lebih tinggi dibandingkan prevalensi provinsi, yaitu Banjar Baru, Banjar, Kota Baru, Banjarmasin, dan Tabalong.

Kabupaten Banjar dan Hulu Sungai Utara merupakan kabupaten dengan beberapa jenis penyakit turunan yang paling tinggi. Di Kabupaten Banjar paling tinggi untuk gangguan jiwa berat, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis dan rhinitis, sedangkan Kabupaten Hulu Sungai Utara merupakan kabupaten yang tertinggi untuk penyakit turunan buta warna, dan talasemia.

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

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

Untuk kasus penyakit jantung, riwayat pernah mengalami gejala penyakit jantung dinilai dari 5 pertanyaan dan disimpulkan menjadi 4 gejala yang mengarah ke penyakit jantung, yaitu penyakit jantung kongenital, angina, aritmia, dan 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  $\geq 140$  mmHg atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg.

Kriteria JNC VII 2003 hanya berlaku untuk usia 18 tahun keatas, maka prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tensi dihitung hanya pada penduduk umur 18 tahun ke atas. Selain pengukuran tekanan darah, responden juga diwawancarai tentang riwayat didiagnosis oleh tenaga kesehatan atau riwayat minum obat anti-hipertensi. Dalam penulisan tabel, kasus hipertensi berdasarkan hasil pengukuran diberi inisial U, kasus hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan diberi inisial D, dan gabungan kasus hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dengan kasus hipertensi berdasarkan riwayat minum obat hipertensi diberi istilah diagnosis/minum obat dengan inisial DO.

Prevalensi penyakit persendian secara kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan terlihat pada Tabel 3.5.1.1

**Tabel 3.5.1.1**  
**Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke Menurut Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007**

Provinsi	Penyakit Sendi (%)		Hipertensi (%)		Stroke (‰)		
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Tanah Laut	6,3	28,5	8,0	8,2	39,9	5,0	6,4
Kota Baru***	7,9	22,9	6,2	6,2	37,3	10,7	14,4
Banjar	10,0	48,1	10,9	11,8	39,1	4,0	5,2
Barito Kuala	13,5	50,0	12,2	12,9	36,8	15,6	18,5
Tapin	12,6	34,9	15,6	15,9	46,0	12,0	12,0
Hulu Sungai Selatan	13,9	41,1	13,7	14,1	48,2	12,8	17,3
Hulu Sungai Tengah	7,5	44,1	8,2	8,6	43,4	9,2	9,9
Hulu Sungai Utara	4,7	35,2	8,6	9,2	40,1	6,5	10,2
Tabalong	13,6	25,8	12,6	13,2	40,8	5,9	5,9
Tanah Bumbu	11,1	40,8	8,5	9,2	45,1	3,6	7,2
Balangan	6,1	40,5	10,7	11,2	36,1	5,7	9,6
Banjarmasin	6,2	30,0	8,6	9,0	34,9	7,4	8,7
Banjar Baru	7,8	16,6	7,3	7,7	37,9	5,7	5,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>9,0</b>	<b>35,8</b>	<b>9,8</b>	<b>10,3</b>	<b>39,6</b>	<b>7,8</b>	<b>9,7</b>

**Catatan :** D = Diagnosa oleh Tenaga kesehatan

D/G = Didiagnosis oleh tenaga kesehatan atau dengan gejala

D/O = Kasus minum obat atau didiagnosis oleh tenaga kesehatan

U = Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah

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

Dalam 12 bulan terakhir prevalensi penyakit persendian pada penduduk usia 15 tahun ke atas di Kalimantan Selatan 35,8%, dengan rentang 16,6-50%. Secara keseluruhan, ada enam kabupaten dengan angka prevalensi melebihi angka provinsi yaitu Kabupaten Barito Kuala (50%), Banjar (48,1%), Hulu Sungai Tengah (44,1%), Hulu Sungai Selatan (41,1%), Tanah Bumbu (40,8%), dan Balangan (40,5%).

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi pada penduduk 18 tahun ke atas di Kalimantan Selatan berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 39,6%, dengan rentang 34,9-48,2%. Ada 7 kabupaten dengan prevalensi hipertensi lebih tinggi dari angka provinsi (lebih dari 39,6%) yaitu Hulu Sungai Selatan, Tapin, Tanah Bumbu, Hulu Sungai Tengah, Tabalong, Hulu Sungai Utara, dan Tanah Laut.

Apabila dibandingkan antara angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan angka prevalensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan, nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kabupaten Tanah Bumbu. Hal ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Tanah Bumbu maupun di Kabupaten/kota lainnya di Provinsi Kalimantan Selatan belum terdeteksi.

Prevalensi stroke dalam kurun waktu 12 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 9,7 per seribu penduduk dengan rentang 5,2-18,5 per seribu penduduk. Ada 4 kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan dengan angka prevalensi stroke lebih tinggi dari angka prevalensi Provinsi yaitu Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan, Kota Baru dan

Tapin. Sebagian besar prevalensi stroke di kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan.

Apabila dilihat dari hipertensi yang merupakan salah satu faktor risiko stroke, maka tampak dua kabupaten yang tinggi hipertensinya seperti Hulu Sungai Selatan dan Tapin juga tinggi angka prevalensi strokenya. Namun yang menarik adalah kabupaten Barito Kuala walaupun angka prevalensinya hipertensi tidak melebihi angka provinsi namun angka prevalensi stroke paling tinggi di Provinsi Kalimantan Selatan. Hal ini kemungkinan adanya faktor risiko stroke yang juga dapat mempengaruhi stroke.

Menurut karakteristik responden Provinsi Kalimantan Selatan, pada Tabel 3.5.1.2 dapat dilihat bahwa berdasarkan umur, prevalensi penyakit persendian, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden. Stroke pada kelompok umur 75 tahun ke atas tampak menurun kembali, hal ini kemungkinan sebagian dari penderita stroke pada umur tersebut telah meninggal dunia.

Menurut jenis kelamin, prevalensi ke tiga PTM ini (penyakit sendi, hipertensi, stroke) cenderung lebih tinggi pada wanita dibandingkan laki-laki. Apabila dilihat dari pendidikan, terlihat ke tiga PTM ini cenderung lebih tinggi pada pendidikan yang lebih rendah. Hal ini kemungkinan berhubungan dengan tingkat kesadaran penderita dalam mengenali penyakit.

Berdasarkan pekerjaan responden, penyakit persendian paling tinggi pada responden dengan pekerjaan utama sebagai petani/buruh/nelayan, sedangkan hipertensi dan stroke lebih tinggi pada yang tidak bekerja. Hal ini mungkin dikarenakan kondisi penyakit stroke menghalangi responden untuk bekerja, sedangkan untuk hipertensi perlu dikaji lebih dalam apakah karena sebagian dari responden hipertensi tersebut juga menderita stroke ataukah kondisi tidak bekerja menjadi beban tersendiri bagi responden.

Apabila dilihat dari tipe daerah, ke tiga PTM ini cenderung lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan. Apabila berdasarkan status ekonomi yang diukur melalui tingkat pengeluaran per kapita terlihat bahwa hipertensi cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan status ekonomi, sedangkan penyakit sendi dan stroke tidak banyak berbeda.



**Tabel 3.5.1.2**  
**Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, Stroke Menurut Karakteristik**  
**Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskedas 2007**

Karakteristik	Penyakit Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	DG	D	DO	U	D	DG
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
15-24	2,3	10,7	1,4	1,6	15,7	2,6	2,8
25-34	5,4	25,9	3,2	3,4	26,9	1,4	2,1
35-44	8,6	41,4	8,5	8,8	40,1	3,0	4,2
45-54	14,4	55,8	16,2	17,2	56,5	11,9	15,3
55-64	18,1	60,9	21,9	22,9	66,0	31,4	36,4
65-74	26,0	69,7	30,9	32,1	75,0	33,9	43,4
75+	29,3	73,9	31,3	33,4	77,9	27,2	34,0
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	8,0	33,9	7,3	7,7	38,5	7,9	9,2
Perempuan	9,9	37,6	12,1	12,7	40,6	7,7	10,3
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	17,9	62,0	20,3	21,6	60,9	21,8	26,3
Tidak tamat SD	13,7	51,1	14,1	14,8	47,7	8,3	12,4
Tamat SD	9,6	36,9	9,6	10,1	38,8	8,7	11,1
Tamat SMP	5,0	24,6	5,9	6,2	32,1	3,5	3,5
Tamat SMA	4,9	23,3	5,5	5,8	31,4	6,5	7,1
Tamat PT	4,9	20,0	7,2	7,2	38,3	4,5	4,5
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak bekerja	12,5	38,9	18,3	18,8	49,6	25,3	32,3
Sekolah	0,9	4,8	1,0	1,0	16,3	2,7	2,7
Ibu RT	9,4	35,3	10,5	10,9	38,5	4,8	6,9
Pegawai	7,4	25,2	9,2	9,4	39,3	12,3	12,3
Wiraswasta	9,5	37,7	8,7	8,9	41,2	7,1	7,8
Petani/Nelayan	9,8	43,1	8,9	9,4	38,4	4,9	6,7
Lainnya	6,6	36,0	6,1	7,8	38,6	3,5	8,8
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	7,4	30,1	9,0	9,4	37,9	8,1	9,1
Perdesaan	10,0	39,3	10,3	10,8	40,7	7,7	10,2
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil-1	9,7	36,3	8,8	9,2	35,7	7,4	11,6
Kuintil-2	8,8	37,9	8,7	9,0	38,7	7,1	8,9
Kuintil-3	9,4	36,6	10,2	10,9	40,3	7,9	8,7
Kuintil-4	8,8	35,9	11,1	11,6	40,5	7,2	9,7
Kuintil-5	8,8	33,7	10,3	10,8	43,2	9,7	10,5

**Tabel 3.5.1.3**  
**Prevalensi Penyakit Asma\*, Jantung\*, Diabetes Mellitus\* dan Tumor\*\***  
**Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Asma		Jantung		DM		Tumor
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(‰)
	D	DG	D	DG	D	DG	D
Tanah Laut	1,3	3,6	0,5	1,7	0,3	0,3	0,0
Kota Baru***	0,7	1,9	1,2	2,5	0,3	0,4	0,0
Banjar	3,2	9,2	0,8	11,7	0,6	1,2	3,6
Barito Kuala	4,3	8,5	1,0	12,7	0,4	1,5	8,8
Tapin	1,6	2,5	1,0	7,4	0,8	1,4	3,5
Hulu Sungai Selatan	2,6	4,7	2,1	7,5	1,0	1,2	4,5
Hulu Sungai Tengah	1,4	3,8	0,4	10,1	0,2	0,3	2,7
Hulu Sungai Utara	1,4	5,8	0,5	8,7	0,6	0,8	5,0
Tabalong	1,4	2,6	0,2	4,8	0,3	0,4	3,5
Tanah Bumbu	1,9	3,4	0,4	6,4	0,2	0,3	1,8
Balangan	1,7	6,1	0,5	7,1	0,4	0,6	2,6
Banjarmasin	3,6	7,2	0,7	10,2	0,8	1,7	5,6
Banjar Baru	1,2	1,8	1,0	5,5	0,9	1,4	6,4
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>2,3</b>	<b>5,4</b>	<b>0,8</b>	<b>8,1</b>	<b>0,6</b>	<b>1,0</b>	<b>3,9</b>

Catatan : D Diagnosa oleh Tenaga kesehatan  
 DG Di diagnosis oleh tenaga kesehatan atau degan gejala  
 \*) Peny. Asma, jantung, diabetes ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis menderita penyakit atau mengalami gejala  
 \*\*) Penyakit tumor ditetapkan menurut jawaban pernah didiagnosis menderita tumor/kanker.

Pada Tabel 3.5.1.3 tentang prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes mellitus dan tumor menurut kabupaten kota. Dalam 12 bulan terakhir prevalensi penyakit Asma pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 5,4%, dengan rentang 1,8%-9,2%. Ada 5 kabupaten/kota dengan angka prevalensi melebihi provinsi yaitu Kabupaten Banjar, Barito Kuala, Banjarmasin, Balangan dan Hulu Sungai Utara.

Khusus pada penduduk di Kabupaten Banjar terlihat angka prevalensi asma paling tinggi di antara kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, hal ini ditunjang pula dengan angka prevalensi penyakit rhinitis dan dermatitis kabupaten ini yang tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan (lihat tabel penyakit turunan 3.5.1.5). Pola yang serupa juga terlihat pada penduduk di Kota Banjarmasin, yang termasuk dalam prevalensi yang tinggi penyakit asma, rhinitis dan dermatitis.(tabel 3.61)

Prevalensi penyakit jantung pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 8,1%, dengan rentang 1,7%-12,7%. Ada 5 kabupaten/kota dengan angka prevalensi melebihi angka provinsi yaitu Barito Kuala, Banjar, Banjarmasin, Hulu Sungai Tengah, dan Hulu Sungai Utara.

Hal yang menarik adalah khusus untuk Kabupaten Hulu Sungai Utara dan Hulu Sungai Tengah, tingginya angka prevalensi jantung ditunjang juga oleh tingginya angka hipertensi di kabupaten tersebut.( tabel 3.5.1.4).

Prevalensi diabetes mellitus pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 1%, dengan rentang 0,3%-1,7%. Ada 6 kabupaten/kota dengan angka prevalensi melebihi angka prevalensi provinsi yaitu Banjarmasin, Barito Kuala, Tapin, Banjarbaru, Banjar dan Hulu Sungai Selatan.

Prevalensi penyakit tumor/kanker di Provinsi Kalsel 3,9 per seribu penduduk dengan rentang 1,8-8,8 per seribu penduduk. Ada 2 kabupaten dimana tidak ditemukan penduduk dengan tumor atau kanker yaitu kabupaten Tanah Laut dan Kota Baru. Ada 4 kabupaten/kota dengan angka prevalensi kanker/tumor yang melebihi angka provinsi yaitu Barito Kuala, Hulu Sungai Utara, Banjarmasin dan Banjarbaru. Khusus untuk Barito Kuala prevalensi penyakit kanker/tumor relatif tinggi yaitu 2 kali lipat dari provinsi.

**Tabel 3.5.1.4**  
**Prevalensi Penyakit Asma\*, Jantung\*, Diabetes Meliitus\* dan Tumor\*\***  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesmas 2007**

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		DM (%)		Tumor (‰)
	D	DG	D	DG	D	DG	D
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
<1	0,6	1,5	0,2	1,3	0,00	0,00	0,0
1-4	2,2	3,4	0,2	1,1	0,10	0,10	0,0
5-14	1,6	3,2	0,3	2,1	0,04	0,07	0,6
15-24	1,5	4,0	0,5	5,3	0,12	0,28	2,6
25-34	2,2	5,1	0,4	7,9	0,19	0,79	5,1
35-44	2,5	5,7	0,8	10,1	0,66	1,23	6,9
45-54	3,3	7,3	1,8	14,3	1,45	2,38	5,2
55-64	3,8	11,2	2,6	20,2	2,58	3,63	9,7
65-74	6,9	15,7	3,1	25,5	2,22	3,39	10,4
75+	6,1	16,3	2,0	27,6	1,69	2,38	6,8
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	2,3	5,5	0,7	7,0	0,6	0,9	2,6
Perempuan	2,4	5,3	0,9	9,1	0,5	1,0	5,2
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	5,2	12,0	2,1	22,8	0,8	2,0	10,3
Tidak tamat SD	3,2	7,8	1,1	11,5	0,5	1,0	4,6
Tamat SD	2,2	5,7	0,9	9,2	0,7	1,2	3,1
Tamat SMP	1,9	4,8	0,4	6,9	0,4	0,8	5,6
Tamat SMA	1,8	3,9	1,2	7,8	1,0	1,6	5,2
Tamat PT	1,3	2,1	0,2	5,6	1,2	1,6	5,6
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak bekerja	3,7	8,0	1,5	13,9	1,1	1,9	5,0
Sekolah	1,3	3,0	0,3	2,9	0,1	0,1	0,9
Ibu RT	3,0	6,1	1,2	10,8	0,7	1,7	6,0
Pegawai	2,0	3,3	1,1	6,8	1,5	2,1	6,6
Wiraswasta	2,2	6,2	1,0	9,7	1,0	1,7	7,3
Petani/Nelayan/	2,8	7,6	0,8	12,1	0,4	0,8	4,5
Lainnya	3,1	7,5	1,7	15,3	1,0	1,9	5,1
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	2,5	5,0	0,9	7,8	0,7	1,4	4,6
Perdesaan	2,2	5,7	0,8	8,2	0,4	0,7	3,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil-1	3,0	6,8	0,4	7,6	0,2	0,7	1,4
Kuintil-2	1,9	4,9	0,8	7,7	0,4	0,8	3,8
Kuintil-3	2,7	6,1	0,9	8,8	0,4	0,8	4,4
Kuintil-4	2,1	4,8	1,0	8,8	0,7	1,2	5,2
Kuintil-5	2,0	4,3	0,9	7,8	1,0	1,5	5,0

Pada Tabel 3.5.1.4 mengenai prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes mellitus dan tumor menurut karakteristik responden. Menurut karakteristik kelompok umur, tampak prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes dan kanker/tumor meningkat dengan bertambahnya umur, untuk diabetes dan kanker/tumor menurun kembali pada umur 75 tahun ke atas. Hal ini kemungkinan penderita diabetes dan kanker yang berumur umur 75 tahun ke atas sebagian telah meninggal dunia.

Apabila dilihat berdasarkan jenis kelamin, penyakit jantung sedikit lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki, sedangkan penyakit asma, diabetes dan tumor tidak banyak berbeda pada laki-laki dan perempuan. Menurut karakteristik tingkat pendidikan responden, terlihat prevalensi penyakit asma dan jantung meningkat pada pendidikan yang lebih rendah. Hal ini kemungkinan berhubungan dengan tingkat kesadaran penderita dalam mengenali penyakitnya. Tingginya penyakit asma dan jantung pada yang pendidikan rendah memerlukan penyuluhan pada kelompok yang tidak sekolah untuk mencegah terjadinya penyakit tersebut maupun memperlambat komplikasi.

Apabila dilihat berdasarkan tipe daerah, tampak bahwa prevalensi penyakit asma dan jantung lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan dan cenderung lebih tinggi pada status ekonomi yang lebih rendah. Sebaliknya penyakit diabetes dan tumor lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan, dan cenderung meningkat pada status ekonomi yang lebih tinggi. Hal ini kemungkinan berhubungan dengan kebiasaan hidup penduduk perkotaan yang berbeda dengan penduduk di perdesaan. Gaya hidup perkotaan yang kurang sehat seperti kurang gerak, makanan tinggi lemak dan garam.

**Tabel 3.5.1.5**  
**Prevalensi Penyakit Keturunan\* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofilia) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ Kota	Jiwa (‰)	Buta Warna (‰)	Glaukoma (‰)	Sumbing (‰)	Dermatitis (‰)	Rhinitis (‰)	Talasemia (‰)	Hemofilia (‰)
Tanah Laut	0,0	1,0	1,0	0,0	89,1	44,5	0,0	0,0
Kota Baru***	0,5	3,0	1,0	2,0	11,9	3,0	0,0	1,0
Banjar	13,3	11,3	69,0	9,7	224,6	83,8	0,8	1,4
Barito Kuala	6,5	4,5	1,0	3,5	58,4	9,1	1,0	0,5
Tapin	1,8	7,3	1,0	0,9	86,0	20,1	0,0	0,0
Hulu Sungai Selatan	4,5	1,3	1,0	2,6	102,5	9,7	1,3	0,0
Hulu Sungai Tengah	1,1	2,2	1,0	0,0	98,3	9,4	0,0	0,0
Hulu Sungai Utara	5,6	12,5	2,0	0,0	178,0	25,5	5,0	0,0
Tabalong	2,1	1,4	0,0	0,7	53,1	7,0	0,0	0,7
Tanah Bumbu	1,8	4,8	0,0	1,8	118,8	5,4	0,0	0,0
Balangan	1,3	3,9	1,0	0,0	85,1	15,7	0,0	0,0
Banjarmasin	2,4	4,8	1,0	0,4	120,0	30,1	0,0	0,9
Banjar Baru	0,8	1,6	0,0	1,6	103,4	19,2	1,6	1,6
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>4,0</b>	<b>5,1</b>	<b>11,0</b>	<b>2,3</b>	<b>113,0</b>	<b>27,7</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>

Tabel 3.5.1.5 tentang prevalensi penyakit turunan yaitu gangguan jiwa berat, buta warna, glaukoma, sumbang, dermatitis, rhinitis, talasemia, dan hemofilia menurut kabupaten/kota.

Prevalensi penyakit keturunan pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan paling tinggi adalah dermatitis (113,0 per seribu penduduk), diikuti rhinitis (27,7 per seribu penduduk) dan glaukoma (11,0 per seribu penduduk), sedangkan penyakit keturunan lain seperti gangguan jiwa berat, buta warna, bibir sumbing, talasemia dan hemophilia antara 0,6-5,1 per seribu penduduk.

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 4,0 per seribu penduduk (rentang 0,0-13,3 per seribu), di kabupaten Tanah Laut tidak ditemukan responden dengan gangguan jiwa berat. Ada 4 kabupaten dengan angka prevalensi gangguan jiwa berat yang lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar, Barito Kuala, Hulu Sungai Utara dan Hulu Sungai Selatan.

Buta warna hampir ditemukan pada semua kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan. Prevalensi buta warna pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 5,1 per seribu penduduk (rentang 1,0-12,5 per seribu penduduk). Ada 3 kabupaten

dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Hulu Sungai Utara, Banjar dan Tapin.

Prevalensi glaukoma pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan 11 per seribu penduduk (rentang antara 1,0-69,0 per seribu penduduk). Glaukoma tidak terdeteksi di Kabupaten Tabalong, Tanah Bumbu dan Banjar Baru. Ada 2 kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka provinsi yaitu Kabupaten Banjar dan Hulu Sungai Utara. Khususnya di Kabupaten Banjar, angka prevalensi glaukoma diperoleh sangat tinggi yaitu 69,0 per seribu penduduk, hal ini memerlukan pengkajian lebih lanjut, apakah hal ini mungkin berhubungan dengan kebiasaan perkawinan di antara kerabat dekat atau ada hal lain yang mempengaruhinya.

Prevalensi sumbing pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 2,3 per seribu penduduk (rentang 0,4-9,7 per seribu penduduk). Bibir sumbing tidak ditemukan di Kabupaten Tanah Laut, Hulu Sungai Tengah, dan Hulu Sungai Utara. Ada 2 kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar dan Barito Kuala.

Prevalensi dermatitis pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 11,3 %, dengan rentang 1,2-22,5%. Ada 4 kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar, Hulu Sungai Utara dan Banjarmasin dan Tanah Bumbu.

Prevalensi rhinitis pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 2,8%, dengan rentang 0,3-8,4%. Ada 3 kabupaten dengan angka prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi yaitu Kabupaten Banjar, Tanah Laut dan Banjarmasin.

Prevalensi Talasemia pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 0,7 per seribu penduduk (rentang 0,8-5,0 per seribu penduduk), hanya ditemukan di 5 kabupaten yaitu Hulu Sungai Utara, Banjar, Barito Kuala, Hulu Sungai Selatan dan Banjar Baru, tertinggi di Kabupaten Hulu Sungai Utara (5,0 per seribu penduduk).

Penyakit Hemofilia tersebar di sejumlah kabupaten/kota Provinsi Kalimantan Selatan dengan prevalensi sebesar 0,6 per seribu penduduk (rentang 0,0-1,6 per seribu penduduk). Ada 5 kabupaten/kota ditemukan prevalensi Hemofilia lebih tinggi dari prevalensi provinsi, yaitu Banjar Baru, Banjar, Kota Baru, Banjarmasin, dan Tabalong.

Apabila ditinjau dari keseluruhan penyakit keturunan di Provinsi Kalimantan Selatan terlihat kabupaten Banjar dan Hulu Sungai Utara merupakan kabupaten dengan beberapa jenis penyakit turunan yang paling tinggi. Di Kabupaten Banjar paling tinggi untuk gangguan jiwa berat, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis dan rhinitis, sedangkan Kabupaten Hulu Sungai Utara merupakan kabupaten yang tertinggi untuk penyakit turunan buta warna, dan talasemia.

Hal ini perlu dikaji lebih lanjut, apakah hal tersebut kemungkinan berhubungan dengan kebiasaan perkawinan antara kerabat dekat atau apakah ada peranan dari faktor lingkungan.

### **3.5.2 Gangguan Mental Emosional**

Prevalensi gangguan mental emosional di Provinsi Kalimantan Selatan 11,3% (rentang: 2,2-20,2%). Lima kabupaten/kota dengan prevalensi yang lebih tinggi dibandingkan prevalensi provinsi yaitu Banjar, Banjarmasin, Balangan, Barito Kuala, dan Tanah Bumbu. Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan meningkat sesuai dengan meningkatnya usia, tertinggi ditemukan pada kelompok usia > 75 tahun, perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki, cenderung meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pendidikan, tertinggi pada kelompok yang tidak bekerja, lebih tinggi diperkotaan dibandingkan perdesaan, dan cenderung meningkat dengan semakin rendahnya tingkat pengeluaran per kapita.

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  $\geq 15$  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  $\geq 15$  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 Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Gangguan mental emosional	
	(%)	
Tanah Laut	7,1	
Kota Baru***	2,4	
Banjar	20,2	
Barito Kuala	14,0	
Tapin	7,1	
Hulu Sungai Selatan	7,0	
Hulu Sungai Tengah	6,2	
Hulu Sungai Utara	7,8	
Tabalong	2,2	
Tanah Bumbu	12,8	
Balangan	14,1	
Banjarmasin	18,4	
Banjar Baru	3,2	
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>11,3</b>	

\*) Nilai batas pisah (cut off point)  $\geq 6$

Pada Tabel 3.5.2.1 terlihat secara umum prevalensi gangguan mental emosional di Provinsi Kalimantan Selatan 11.3%, dengan rentang antara 2,2%-20,2%. Ada 5 kabupaten/kota dengan prevalensi yang lebih tinggi dibandingkan prevalensi provinsi yaitu kabupaten Banjar, Banjarmasin, Balangan, Barito Kuala, dan Tanah Bumbu. Ada 3



kabupaten/kota dengan prevalensi gangguan emosional yang kurang dari 3,5% yaitu Tabalong, Kota Baru, dan Banjarbaru.

**Tabel 3.5.2.2**  
**Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk 15 Tahun ke Atas**  
**(berdasarkan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20)\* Menurut Karakteristik**  
**Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Gangguan mental emosional (%)</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>	
15-24	9,5
25-34	9,2
35-44	10,4
45-54	10,7
55-64	14,4
65-74	24,2
75+	34,7
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki-Laki	8,5
Perempuan	13,7
<b>Pendidikan</b>	
Tidak Sekolah	23,8
Tidak Tamat SD	13,8
Tamat SD	10,4
Tamat SMP	9,6
Tamat SMA	8,7
Tamat PT	5,6
<b>Pekerjaan</b>	
Tidak Kerja	21,5
Sekolah	8,4
Ibu RT	11,8
Pegawai	7,7
Wiraswasta	9,6
Petani/Nelayan/Buruh	10,5
Lainnya	12,0
<b>Tipe Daerah</b>	
Perkotaan	12,4
Perdesaan	10,5
<b>Tingkat Pengeluaran Perkapita</b>	
Kuintil-1	12,6
Kuintil-2	11,9
Kuintil-3	12,0
Kuintil-4	10,8
Kuintil-5	9,2

\* Nilai batas pisah (cut off point)  $\geq 6$

Tabel 3.5.2.2 tentang gangguan mental emosional pada penduduk 15 tahun ke atas berdasarkan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) menurut karakteristik responden.

Prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan meningkat sesuai dengan meningkatnya usia, tertinggi ditemukan pada kelompok usia > 75 tahun. Hal ini dimungkinkan oleh karena pada kelompok lanjut usia banyak mengalami masalah gangguan kesehatan fisik yang dapat mempengaruhi kesehatan mental emosional.

Apabila menurut jenis kelamin, maka kelompok wanita lebih banyak yang mengalami gangguan mental emosional dibandingkan laki-laki. Selain itu prevalensi gangguan mental emosional meningkat sesuai dengan makin rendahnya tingkat pendidikan. Apabila ditinjau menurut jenis pekerjaan, tampak bahwa tidak bekerja merupakan kelompok yang tertinggi mengalami gangguan mental emosional. Prevalensi masalah kesehatan jiwa lebih tinggi di perkotaan dan meningkat pada tingkat sosial ekonomi yang lebih rendah. Hal ini mungkin berhubungan dengan kompleksnya kehidupan di perkotaan dibandingkan perdesaan.

### 3.5.3 PENYAKIT MATA

Proporsi *low vision* di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 4,2% (rentang: 1,4-7,5%) tertinggi di Hulu Sungai Tengah, sedangkan proporsi kebutaan sebesar 0,6 % (rentang 0,2-0,6%) tertinggi di Hulu Sungai Tengah. Proporsi kebutaan tingkat provinsi sebesar 0,6%, lebih rendah dari proporsi tingkat nasional (0,9%) dan terdapat 4 kabupaten yang menunjukkan proporsi lebih tinggi dibanding proporsi tingkat provinsi.

Proporsi *low vision* makin meningkat sesuai bertambahnya umur dan meningkat tajam pada kisaran usia 45 tahun keatas, sedangkan proporsi kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 55 tahun keatas. Proporsi *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki, cenderung semakin tinggi pada semakin rendah tingkat pendidikan, dan tertinggi pada kelompok penduduk yang tidak bekerja.

Proporsi penduduk usia 30 tahun keatas yang pernah didiagnosis katarak dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir hanya sekitar 1:8 di tingkat provinsi, setara dengan rasio tingkat nasional, kecuali di Kabupaten Tabalong yang mempunyai rasio sekitar 1:2, Proporsi katarak yang didiagnosis tenaga kesehatan terbesar ditemukan di Hulu Sungai Selatan, Tabalong, Tapin, Hulu Sungai Tengah dan Hulu Sungai Utara, terendah ditemukan di Kota Baru dan tertinggi di Hulu Sungai Selatan.

Proporsi diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan meningkat sesuai pertambahan usia, cenderung lebih besar pada perempuan dan sedikit lebih besar di daerah perkotaan. Proporsi operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 16,1 (rentang: 4,3-37,5%) terendah di Tabalong. Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 44,7%, terendah di Kota Baru, Hulu Sungai Utara, Barito Kuala, dan Balangan. Proporsi operasi katarak pada laki-laki relatif lebih tinggi dibandingkan pada perempuan, lebih tinggi pada kelompok penduduk dengan latar pendidikan 7-12 tahun, lebih tinggi pada kelompok pegawai, dan lebih tinggi di perkotaan.

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

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia enam tahun ke atas. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 4.3.3 dan 4.3.4 adalah proporsi

responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah proporsi D ditambah proporsi responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Proporsi 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**  
**Proporsi Penduduk Usia 6 Tahun ke Atas Menurut *Low Vision*, Kebutaan (Dengan atau tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
	(%)	(%)
Tanah Laut	2,3	0,5
Kota Baru***	1,4	0,0
Banjar	4,7	0,5
Barito Kuala	5,4	0,6
Tapin	6,4	0,6
Hulu Sungai Selatan	6,0	0,9
Hulu Sungai Tengah	7,5	1,2
Hulu Sungai Utara	2,6	0,7
Tabalong	2,5	0,4
Tanah Bumbu	3,8	0,8
Balangan	2,5	0,6
Banjarmasin	4,1	0,6
Banjar Baru	5,5	0,2
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>4,2</b>	<b>0,6</b>

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

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

Tabel 3.5.3.1 menunjukkan bahwa proporsi *low vision* di Provinsi Kalsel berkisar antara 1,4% (Kota Baru) sampai 7,5% (Hulu Sungai Tengah), sedangkan proporsi kebutaan berkisar 0,2% (Banjar Baru) sampai 1,2% (Hulu Sungai Tengah). Dibandingkan dengan proporsi *low vision* di tingkat provinsi, 6 dari 13 kabupaten yang ada masih memiliki proporsi lebih tinggi. Proporsi kebutaan tingkat provinsi sebesar 0,6%, lebih rendah dari proporsi tingkat nasional (0,9%) dan terdapat 4 kabupaten yang menunjukkan proporsi lebih tinggi dibanding proporsi tingkat provinsi.

**Tabel 3.5.3.2**  
**Proporsi Penduduk Umur 6 Tahun ke Atas Menurut *Low Vision*, Kebutaan**  
**(Dengan Atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik**  
**Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
	(%)	(%)
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
6 – 14	0,0	0,0
15 – 24	0,3	0,1
25 – 34	0,5	0,1
35 – 44	1,8	0,2
45 – 54	7,4	0,2
55 – 64	19,8	2,6
65 – 74	38,6	6,5
75+	41,9	11,9
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	3,2	0,4
Perempuan	5,2	0,8
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	22,1	5,4
Tidak tamat SD	7,0	0,9
Tamat SD	3,8	0,4
Tamat SMP	1,5	0,1
Tamat SMA	1,6	0,2
Tamat PT	1,6	0,1
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	13,9	4,1
Sekolah	0,2	0,0
Mengurus RT	4,1	0,3
Pegawai (negeri, swasta, polri)	2,3	0,2
Wiraswasta	3,6	0,3
Petani/ nelayan/ buruh	5,5	0,5
Lainnya	9,7	0,8
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	4,2	0,5
Perdesaan	4,3	0,7
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	3,7	0,8
Kuintil-2	4,7	0,6
Kuintil-3	4,8	0,5
Kuintil-4	4,1	0,6
Kuintil-5	4,0	0,4

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

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

Tabel 3.5.3.2 menunjukkan bahwa proporsi *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan usia dan meningkat tajam pada kisaran usia 45 tahun keatas, sedangkan proporsi kebutaan meningkat tajam pada golongan usia 55 tahun keatas.

Dalam tabel yang sama tampak pula bahwa proporsi *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki, dan mungkin berkaitan dengan proporsi penduduk perempuan golongan usia 55 tahun keatas yang lebih besar dibanding laki-laki.

Proporsi *low vision* dan kebutaan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi proporsinya, sementara itu Persentase terbesar juga berada pada kelompok penduduk yang tidak bekerja.

Proporsi *low vision* dan kebutaan sedikit lebih tinggi di daerah perdesaan dibanding perkotaan, tetapi terdistribusi hampir merata di semua kuintil. Hal ini menunjukkan bahwa proporsi *low vision* dan kebutaan tampaknya tidak berkaitan dengan rural atau urban dan tidak terfokus pada kelompok kuintil rendah.

**Tabel 3.5.3.3**  
**Proporsi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/kota</b>	<b>D (%)</b>	<b>DG (%)</b>
Tanah Laut	1,1	10,9
Kota Baru***	0,4	5,5
Banjar	2,1	27,1
Barito Kuala	1,6	26,1
Tapin	3,0	16,7
Hulu Sungai Selatan	4,9	31,1
Hulu Sungai Tengah	1,7	19,3
Hulu Sungai Utara	0,7	22,7
Tabalong	3,7	9,0
Tanah Bumbu	2,3	25,0
Balangan	0,9	22,2
Banjarmasin	2,3	13,8
Banjar Baru	1,4	10,3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>2,0</b>	<b>18,5</b>

Tabel 3.5.3.3 menunjukkan bahwa secara keseluruhan, tabel ini memperlihatkan bahwa proporsi penduduk usia 30 tahun keatas yang pernah didiagnosis katarak dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir hanya sekitar 1:8 di tingkat provinsi, setara dengan rasio tingkat nasional. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan di hampir semua kabupaten di wilayah Kalsel, kecuali di Kabupaten Tabalong yang mempunyai rasio sekitar 1:2, yang dapat berarti bahwa proporsi katarak di kabupaten ini memang rendah. Proporsi diagnosis oleh tenaga kesehatan terendah ditemukan di Kota Baru (0,4%) dan yang tertinggi adalah di Hulu Sungai Selatan (4,9%). Meskipun demikian, proporsi katarak yang didiagnosis di Provinsi Kalsel sedikit lebih tinggi dibandingkan proporsi tingkat nasional (1,8%).

Khusus di wilayah Benua Lima yang mencakup Kabupaten Tapin, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara dan Tabalong, tampak bahwa proporsi katarak yang didiagnosis tenaga kesehatan terbesar ditemukan di Hulu Sungai Selatan, diikuti secara berurutan oleh Tabalong, Tapin, Hulu Sungai Tengah dan Hulu Sungai Utara. Adapun rasio proporsi katarak berdasarkan diagnosis atau gejala dari yang terendah

berturut-turut adalah sebagai berikut: Hulu Sungai Utara (1:31), Hulu Sungai Tengah (1:10), Hulu Sungai Selatan (1:7), Tapin (1:5), dan Tabalong (1:2).

**Tabel 3.5.3.4**  
**Proporsi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>D (%)</b>	<b>DG (%)</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
30 – 34	0,3	4,5
35 – 44	0,6	10,0
45 – 54	1,7	20,8
55 – 64	4,2	33,7
65 – 74	7,3	47,1
75+	12,9	63,6
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	1,8	16,5
Perempuan	2,3	20,3
<b>Lama pendidikan</b>		
≤ 6 tahun	2,5	23,7
7-12 tahun	1,3	9,3
>12 tahun	0,9	6,7
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	7,4	43,1
Mengurus RT	2,0	13,9
Pegawai (negeri, swasta, polri)	0,9	9,5
Wiraswasta	1,3	12,5
Petani/ nelayan/ buruh	1,6	20,9
Lainnya	3,2	25,0
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	2,2	14,0
Perdesaan	1,9	21,1
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	1,9	18,7
Kuintil-2	2,0	19,8
Kuintil-3	2,2	20,1
Kuintil-4	1,9	19,3
Kuintil-5	2,1	14,7

Tabel 3.5.3.4 menunjukkan bahwa proporsi diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan meningkat sesuai pertambahan usia, cenderung lebih besar pada perempuan (2,3%) dan sedikit lebih besar di daerah perkotaan (2,2%). Seperti halnya *low vision* dan

kebutaan, proporsi diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan 6 tahun atau kurang dan pada kelompok penduduk yang tidak bekerja.

Proporsi diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan juga 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 (14,7%).

Besarnya proporsi penduduk yang mempunyai gejala utama katarak, tetapi belum didiagnosis oleh tenaga kesehatan menggambarkan perlunya tindakan aktif sektor penyedia pelayanan kesehatan dalam mengidentifikasi kasus katarak dalam masyarakat, dengan istilah lain "menjemput bola" di lapangan.

**Tabel 3.5.3.5**  
**Proporsi Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/kota</b>	<b>Operasi katarak (%)</b>	<b>Pakai kacamata pasca operasi (%)</b>
Tanah Laut	10,0	100,0
Kota Baru***	0,0	0,0
Banjar	30,3	20,0
Barito Kuala	6,7	0,0
Tapin	6,3	50,0
Hulu Sungai Selatan	8,3	33,3
Hulu Sungai Tengah	13,3	100,0
Hulu Sungai Utara	0,0	0,0
Tabalong	4,3	100,0
Tanah Bumbu	12,5	50,0
Balangan	25,0	0,0
Banjarmasin	26,7	50,0
Banjar Baru	37,5	66,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>16,1</b>	<b>44,7</b>

Tabel 3.5.3.5 menunjukkan bahwa proporsi operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 16,1 dengan kisaran terendah adalah di Tabalong (4,3%) dan tertinggi adalah Banjar Baru (37,5%), tidak ada operasi katarak di Kota Baru (diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan hanya 0,4%) dan Hulu Sungai Utara (diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan hanya 0,7%). Cakupan operasi ini masih sangat rendah, sehingga dapat mengakibatkan penumpukan kasus katarak pada tahun terkait (2007) adalah sebesar 83,9% di tingkat provinsi.

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 44,7% dengan kisaran terendah adalah di Kota Baru, Hulu Sungai Utara, Barito Kuala, dan Balangan (0%) dan tertinggi adalah Hulu Sungai Tengah dan Tabalong (100%).

**Tabel 3.5.3.6**  
**Persentase Penduduk Umur 30 Tahun ke Atas dengan Katarak yang Pernah**  
**Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Operasi katarak (%)	Pakai kacamata pasca operasi (%)
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
35 – 44	4,3	100,0
45 – 54	8,7	25,0
55 – 64	21,3	25,0
65 – 74	24,6	71,4
75+	15,4	16,7
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	18,8	27,8
Perempuan	14,2	57,9
<b>Lama pendidikan</b>		
≤ 6 tahun	14,4	25,9
7-12 tahun	25,0	81,8
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	13,6	55,6
Ibu RT	18,2	62,5
Pegawai (negeri, swasta, polri)	23,1	100,0
Wiraswasta	18,5	0,0
Petani/ nelayan/ buruh	13,0	0,0
Lainnya	27,3	100,0
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	24,7	50,0
Perdesaan	10,1	28,6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	22,2	37,5
Kuintil-2	9,3	0,0
Kuintil-3	13,7	0,0
Kuintil-4	11,4	60,0
Kuintil-5	24,5	76,9

Tabel 3.5.3.6 menunjukkan proporsi operasi katarak pada laki-laki menurut tabel di atas, cenderung lebih tinggi dibandingkan pada perempuan, meskipun proporsi diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan pada perempuan lebih besar.

Proporsi operasi katarak lebih besar pada kelompok penduduk dengan latar pendidikan 7-12 tahun, lebih besar pada kelompok pegawai, dan lebih besar di daerah perkotaan.



### 3.5.4 Kesehatan Gigi

Proporsi penduduk bermasalah gigi-mulut di Provinsi Kalimantan Selatan 29,2% (rentang: 15,9-35,2%), tertinggi di Kabupaten Barito Kuala, Banjarmasin. Perawatan gigi terendah di Hulu Sungai Utara. HSU adalah kabupaten yang bermasalah gigi mulut tinggi yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga medis yang terendah (9,9%), sedangkan Banjarmasin merupakan kota yang bermasalah gigi mulut tinggi yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga medis yang tinggi.

Proporsi penduduk bermasalah gigi-mulut tertinggi pada golongan umur 35-44 tahun, proporsi penduduk yang mendapatkan perawatan oleh tenaga medis gigi pada semua kelompok umur masih sangat rendah (21% dengan rentang 14%-24,2%).

Proporsi penduduk bermasalah gigi-mulut lebih tinggi pada perempuan dan di perkotaan, dengan distribusi yang merata pada kelompok kuintil 1 sampai 5.

Jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan adalah pengobatan gigi (81,2%), penambalan/ pencabutan/bedah gigi (42,3%), dan konseling perawatan/kebersihan gigi (12,5%). Pengobatan gigi terbanyak di Kabupaten Kota Baru dan terendah di Banjar Baru, sedangkan untuk penambalan/pencabutan/ bedah gigi terbanyak didapatkan di Banjar Baru.

Pemasangan gigi tiruan lepasan/cekat berkisar 0,6%-10,8%, tertinggi pada umur 65 tahun keatas. Proporsi perempuan yang mendapatkan pengobatan gigi cenderung lebih tinggi, tetapi penambalan/pencabutan/bedah gigi lebih banyak diterima oleh laki-laki. Di perdesaan proporsi penduduk yang mendapatkan pengobatan gigi cenderung lebih tinggi, sedangkan di perkotaan jenis perawatan lebih banyak berupa penambalan/ pencabutan/bedah gigi, dan cenderung ditemukan meningkat pada kelompok kuintil yang lebih tinggi.

Pada umumnya penduduk di berbagai kabupaten/kota Provinsi Kalimantan Selatan yang menggosok gigi setiap hari 94,4% (89,0-97,9%), terendah di Hulu Sungai Selatan. Penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan 80,7% menggosok gigi setiap hari saat mandi pagi dan atau sore, terendah di Hulu Sungai Utara (59,9%) tertinggi di Tanah Bumbu (93,9%), sedangkan yang menggosok gigi sesudah bangun pagi sebesar 34,3% dan sebelum tidur malam 44,3%.

Delapan kabupaten/kota dengan penduduk menggosok gigi sesudah makan pagi di bawah rerata yaitu Banjar Baru, Tanah Laut, Barito Kuala, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Banjarmasin, Hulu Sungai Selatan dan Tapin, sedangkan kabupaten dengan penduduk yang menggosok gigi sebelum tidur malam di bawah rerata adalah Tanah Laut, Tapin, Tabalong, Barito Kuala, Kota Baru, dan Hulu Sungai Selatan.

Hampir semua penduduk berperilaku menyikat gigi saat mandi dan sangat kecil proporsi penduduk yang menyikat gigi setelah makan pagi, tetapi hampir setengah penduduk menyikat gigi menjelang tidur malam. Perilaku benar dalam menyikat gigi (cara dan waktu) meningkat sesuai dengan makin tingginya tingkat pengeluaran per kapita.

Prevalensi penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi di Provinsi Kalimantan Selatan 10,3% (3,7-18,9%). Enam kabupaten/kota dengan prevalensi lebih rendah dari angka prevalensi provinsi yaitu Tanah Laut, Banjar Baru, Barito Kuala, Hulu Sungai Tengah, Tapin, dan Hulu Sungai Utara.

Perilaku menyikat gigi setiap hari cenderung lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan, lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, tetapi perilaku yang benar dalam menyikat gigi cenderung lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki.

Indeks DMF-T provinsi Kalimantan Selatan sebesar 6,83 meliputi komponen D-T 1,31, komponen M-T 5,52 dan komponen F-T 0,12. Hal ini berarti rerata jumlah kerusakan gigi

per orang (tingkat keparahan gigi per orang) adalah 6,83 gigi, meliputi 1,31 gigi yang berlubang, 5,52 gigi yang dicabut dan 0,12 gigi yang ditumpat.

Lima kabupaten dengan tingkat keparahan gigi (indeks DMF-T) di atas rerata adalah Hulu Sungai Utara, Balangan, Hulu Sungai Tengah, Banjar, dan Hulu Sungai Selatan.

Hulu Sungai Utara adalah kabupaten dengan tingkat keparahan tertinggi sebesar 8,97 gigi meliputi 7,83 gigi yang dicabut/indikasi pencabutan, 1,13 gigi karies/berlubang, dan 0,05 gigi ditumpat.

Indeks DMF-T meningkat tajam pada golongan umur 35-44 dibanding pada umur 18 tahun dan hampir 4 kali lebih tinggi pada umur 65 tahun keatas dibanding pada kelompok umur 35-44 tahun. Indeks DMF-T juga cenderung lebih tinggi pada perempuan dan cenderung tinggi di perdesaan.

Prevalensi karies aktif di Provinsi Kalimantan Selatan 49,3% (rentang: 38,3-62,9%), kabupaten/kota dengan prevalensi lebih tinggi dari angka provinsi adalah Barito Kuala, Kota Baru, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Selatan, Tapin, dan Banjarmasin.

Prevalensi pengalaman karies di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 16,6% (rentang 6,0-34,5%). Kabupaten/kota dengan prevalensi pengalaman karies di atas rerata adalah Tabalong, Barito Kuala, Banjarmasin, dan Tanah Laut.

Penduduk umur 12 tahun ke atas sebesar 49,5% mengalami karies pada giginya yang belum ditangani/ karies aktif/ *untreated*, pada perempuan lebih tinggi dari laki-laki, dan di perkotaan lebih tinggi dari perdesaan.

Nilai Required Treatment Index (RTI) di Provinsi Kalimantan Selatan 19,2% (rentang: 12,62-30,58%). Kabupaten/kota dengan nilai RTI di atas angka provinsi adalah Tabalong, Tanah Laut, Tanah Bumbu, Banjar Baru, Banjar, Balangan, Banjarmasin, dan Kota Baru.

Nilai Performance Treatment Index (PTI) Provinsi Kalimantan Selatan sangat rendah yaitu 1,7% (0,32-4,36%). Kabupaten/kota dengan nilai PTI lebih rendah dibandingkan angka provinsi adalah Banjar, Banjar Baru, dan Banjarmasin.

Penduduk umur 12 tahun ke atas memiliki fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi) 85,1% (sedikit lebih rendah daripada hasil SKRT 2001 86,5%) dan tujuh kabupaten/kota masih di bawah angka proporsi provinsi yaitu Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Balangan, Hulu Sungai Selatan, Banjar, Barito Kuala, dan Tapin.

Penduduk usia 12 tahun dengan fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi) di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 100%. Persentase responden umur 35 – 44 tahun dengan fungsi gigi normal sebesar 88,4%, lebih rendah dari target WHO 2010 (90%) dan SKRT 2001 (91,2%), sedangkan pada usia 65 tahun ke atas hanya 20,9%, masih jauh di bawah target WHO (75%) dan hasil SKRT 2001 (30,4%).

Proporsi *edentulous* atau hilang seluruh gigi di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 3,2% sedikit lebih tinggi daripada hasil SKRT 2001 (2,6%). Lima kabupaten dengan proporsi *edentulous* lebih tinggi dari angka proporsi provinsi yaitu Hulu Sungai Utara, Hulu Sungai Selatan, Tanah Bumbu, Balangan, dan Tabalong .

Secara umum 3,3% penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan telah memakai gigi tiruan lepas atau gigi tiruan cekat, tertinggi secara mencolok pada Banjar Baru dan Tanah Bumbu, sedangkan kabupaten kota lainnya berkisar antara 0,0-4,4%.

Persentase *edentulous* penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 27,7% jauh lebih tinggi dari target WHO (5%). *Edentulous* lebih banyak dijumpai pada perempuan dan lebih tinggi di perdesaan.

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:

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

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

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

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

**Tabel 3.5.4.1**  
**Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Bermasalah gigi mulut</b>	<b>Menerima perawatan dari tenaga medis gigi</b>	<b>Hilang seluruh gigi asli</b>
Tanah Laut	26,0	15,1	2,1
Kota Baru***	16,3	31,7	2,2
Banjar	31,6	22,5	1,8
Barito Kuala	39,5	19,0	2,4
Tapin	27,7	26,0	1,9
Hulu Sungai Selatan	27,0	30,7	4,2
Hulu Sungai Tengah	23,5	12,6	2,2
Hulu Sungai Utara	33,8	9,9	4,7
Tabalong	18,3	17,1	4,2
Tanah Bumbu	26,9	12,5	3,6
Balangan	35,2	15,9	3,4
Banjarmasin	38,2	26,6	1,3
Banjar Baru	15,9	24,6	2,1
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>29,2</b>	<b>21,1</b>	<b>2,5</b>

(\*) termasuk tenaga medis gigi: perawat gigi, dokter gigi, atau dokter spesialis kesehatan gigi dan mulut

Proporsi penduduk bermasalah gigi-mulut terbesar ditemukan di Kabupaten Barito Kuala (39,5%) diikuti Banjarmasin (38,2%), dan Balangan (35,2%), yang terendah adalah Banjar Baru (15,9%), Kota Baru (16,3%), dan Tabalong (18,3%)

Kepada responden yang bermasalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir, ditanyakan lebih lanjut apakah menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga medis gigi.

Perawatan gigi terbanyak ditemukan di Kabupaten Kota Baru (31,7%) diikuti Hulu Sungai Selatan (30,7%), sedangkan yang terendah, 9,9% di Kabupaten HSU.

HSU adalah kabupaten yang bermasalah gigi mulut tinggi yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga medis yang terendah (9,9%), sedangkan Banjarmasin merupakan kota yang bermasalah gigi mulut tinggi yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga medis yang tinggi.

**Tabel 3.5.4.2**  
**Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Bermasalah gigi mulut	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
<b>Kelompok umur (tahun)</b>			
< 1	0,8	0,0	0,0
1 - 4	8,8	14,0	0,0
5 - 9	28,6	24,2	0,0
10 – 14	29,9	22,3	0,0
15 – 24	30,6	19,2	0,1
25 – 34	35,2	23,1	0,1
35 – 44	35,3	21,6	1,0
45 – 54	33,9	18,6	4,0
55 – 64	25,5	19,8	13,2
65+	18,5	18,9	27,7
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	27,2	20,0	1,7
Perempuan	31,1	22,1	3,2
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	29,6	25,1	1,7
Perdesaan	28,9	18,7	3,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	29,7	16,4	2,4
Kuintil-2	29,0	17,2	2,3
Kuintil-3	29,1	19,1	3,0
Kuintil-4	29,7	23,3	2,8
Kuintil-5	28,5	29,0	2,3

Tabel 3.5,4,2 menunjukkan bahwa proporsi penduduk bermasalah gigi-mulut di tingkat provinsi adalah sebesar 29,2% dengan kisaran terendah 0,8% pada golongan umur <1 tahun, sampai tertinggi 35,3% pada golongan umur 35-44 tahun.

Kepada responden yang bermasalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir ditanyakan lebih lanjut apakah menerima perawatan atau pengobatan tenaga medis gigi. Tampaknya proporsi penduduk yang mendapatkan perawatan oleh tenaga medis gigi pada semua kelompok umur masih sangat rendah, yaitu hanya sebesar 21,1 % dengan rentang 14%-24,2%. Perawatan terbanyak diterima oleh penduduk kelompok umur 5-9 tahun yang menunjukkan besarnya peran orang tua untuk membawa anak mereka mencari perawatan gigi yang dibutuhkan.

Proporsi penduduk bermasalah gigi-mulut cenderung lebih tinggi pada perempuan dan di daerah perkotaan, dengan distribusi yang merata pada kelompok kuintil 1 sampai 5. Proporsi terbesar penduduk yang kehilangan seluruh gigi asli berada pada kelompok umur 65 tahun keatas.

**Tabel 3.5.4.3**  
**Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi Menurut**  
**Jenis Perawatan dan Menurut Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan**  
**Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Pengobatan	Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi/mulut	Pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lainnya
Tanah Laut	73,1	46,2	2,5	5,1	1,3
Kota Baru***	95,3	23,6	3,8	70,8	17,9
Banjar	74,1	47,7	3,1	7,7	1,9
Barito Kuala	81,7	33,3	3,3	2,6	0,0
Tapin	87,8	42,7	3,7	12,2	0,0
Hulu Sungai Selatan	83,7	33,3	2,3	0,0	0,8
Hulu Sungai Tengah	85,2	18,5	0,0	7,4	1,9
Hulu Sungai Utara	80,0	46,3	3,6	5,5	0,0
Tabalong	88,9	33,3	2,2	13,0	4,4
Tanah Bumbu	85,7	42,9	7,1	7,1	0,0
Balangan	93,2	45,5	4,4	6,8	0,0
Banjarmasin	79,6	49,6	3,0	11,9	2,6
Banjar Baru	70,8	57,1	8,2	18,8	6,3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>81,2</b>	<b>42,3</b>	<b>3,3</b>	<b>12,5</b>	<b>2,8</b>

Tabel 3.5.4.3 menggambarkan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut provinsi. Jenis perawatan yang diterima penduduk Provinsi Kalimantan Selatan tertinggi adalah pengobatan gigi (81,2%) diikuti oleh penambalan/pencabutan/bedah gigi (42,3%) dan konseling perawatan/ kebersihan gigi (12,5%). Pengobatan gigi terbanyak terlihat di Kabupaten Kota Baru dan terendah di Banjar Baru, sedangkan untuk penambalan/pencabutan/bedah gigi terbanyak didapatkan di Banjar Baru.

**Tabel 3.5.4.4**  
**Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi Menurut**  
**Jenis Perawatan dan Menurut Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten /Kota	Pe- ngobatan	Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi/mulut	Pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lain -nya
<b>Kelompok umur (tahun)</b>					
1 - 4	91,7	8,3	0,0	4,3	0,0
5 - 9	81,3	42,7	1,6	8,3	0,0
12 - 14	76,0	45,1	0,6	13,1	1,1
15 - 24	83,3	44,8	0,8	11,5	1,6
25 - 34	83,8	38,6	3,1	15,1	2,0
35 - 44	79,9	42,1	2,9	13,6	7,8
45 - 54	78,1	46,2	9,5	11,2	1,2
55 - 64	86,3	40,3	5,6	6,8	0,0
65 +	70,3	54,1	10,8	23,7	10,8
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	79,9	45,1	2,8	10,7	1,9
Perempuan	82,2	40,3	3,7	13,9	3,6
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	77,8	50,8	3,0	11,4	2,5
Perdesaan	84,0	35,2	3,5	13,4	3,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil-1	83,1	34,3	3,3	6,6	1,2
Kuintil-2	87,6	31,7	4,8	8,8	0,8
Kuintil-3	83,3	42,5	1,1	10,9	3,6
Kuintil-4	79,9	45,5	2,3	14,6	4,4
Kuintil-5	76,9	50,1	3,4	17,6	3,7

Tabel 3.5.4.4 menjelaskan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut mempunyai masalah gigi dan mulut menurut jenis perawatan/pengobatan yang diterima dalam 12 bulan terakhir dan karakteristik responden.

Jenis perawatan terbanyak yang dilakukan penduduk adalah berupa pengobatan, diikuti penambalan/ pencabutan/bedah gigi dan konseling perawatan/kebersihan gigi, sedangkan pemasangan gigi tiruan lepasan/ cekat berkisar 0,0%-10,8% dengan proporsi tertinggi ditemukan pada kelompok umur 65 tahun keatas.

Proporsi perempuan yang mendapatkan pengobatan gigi cenderung lebih tinggi, tetapi penambalan/pencabutan/bedah gigi lebih banyak diterima oleh laki-laki. Di daerah perdesaan proporsi penduduk yang mendapatkan pengobatan gigi cenderung lebih

tinggi, sedangkan di perkotaan jenis perawatan lebih banyak berupa penambalan/pencabutan/bedah gigi dan cenderung ditemukan meningkat pada kelompok kuintil yang lebih tinggi.

**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 Kalimantan Selatan, Riskedas 2007**

Kabupaten/ Kota	Gosok gigi setiap hari	Waktu menggosok gigi				
		Saat mandi pagi/sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lainnya
Tanah Laut	95,9	90,6	6,4	31,6	24,2	0,8
Kota Baru***	95,4	76,6	22,7	18,2	37,5	1,1
Banjar	92,3	90,7	23,8	44,8	44,0	4,5
Barito Kuala	92,4	80,1	10,2	34,1	36,7	3,3
Tapin	92,7	72,2	14,3	41,4	28,7	2,4
Hulu Sungai	89,0	87,7	13,9	19,2	39,0	3,6
Hulu Sungai	95,6	74,7	11,4	42,2	46,8	4,5
Hulu Sungai	94,0	59,9	13,5	54,2	48,7	5,3
Tabalong	94,1	72,4	16,8	20,8	30,2	2,0
Tanah Bumbu	94,0	93,9	16,2	28,7	51,1	1,1
Balangan	92,4	81,8	27,3	53,4	47,9	3,8
Banjarmasin	97,9	76,1	13,8	35,9	62,9	7,7
Banjar Baru	96,1	89,0	5,9	13,7	45,4	2,9
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>94,4</b>	<b>80,7</b>	<b>15,2</b>	<b>34,3</b>	<b>44,3</b>	<b>3,9</b>

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

Pada umumnya penduduk di berbagai kabupaten/kota Provinsi Kalimantan Selatan yang menyikat gigi setiap hari 94,4% (89,0-97,9%). Kabupaten dengan persentase terendah menyikat gigi setiap hari adalah Hulu Sungai Selatan (89,0%).

Untuk mencegah terjadinya karies (lubang gigi), dan penyakit mulut lainnya (peradangan gusi, kalkulus), *plaque* gigi harus dibersihkan secara menyeluruh dan teratur. Untuk itu program kesehatan gigi menganjurkan masyarakat untuk menggosok gigi setiap hari paling sedikit sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam. Perilaku menggosok gigi dengan waktu yang benar merupakan pencegahan utama dan pola tersebut mempunyai peran penting dan menentukan keberhasilan program pencegahan.

Penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan 80,7% menggosok gigi setiap hari saat mandi pagi dan atau sore, dengan rentang antara 59,9% di Hulu Sungai Utara sampai 93,9% di Tanah Bumbu, sedangkan yang menggosok gigi sesudah bangun pagi sebesar 34,3% dan sebelum tidur malam 44,3%.

Ada 8 Kabupaten/kota dengan penduduk menggosok gigi sesudah makan pagi di bawah rerata yaitu Kota Banjar Baru, Tanah Laut, Barito Kuala, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Banjarmasin, Hulu Sungai Selatan dan Tapin, sedangkan kabupaten dengan penduduk yang menggosok gigi sebelum tidur malam di bawah rerata adalah Tanah Laut, Tapin, Tabalong, Barito Kuala, Kota Baru, dan Hulu Sungai Selatan.



**Tabel 3.5.4.6**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskedas 2007**

Karakteristik	Gosok gigi setiap hari	Menggosok gigi setiap hari				
		Saat mandi pagi dan atau sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lainnya
<b>Kelompok umur (tahun)</b>						
10 – 14	96,5	81,3	14,4	33,3	41,8	2,6
15 – 24	98,6	82,2	15,9	34,1	49,4	3,6
25 – 34	98,8	81,1	16,2	33,8	47,0	3,3
35 – 44	97,5	81,0	15,9	34,3	44,7	4,9
45 – 54	94,7	79,6	14,2	34,1	41,7	3,8
55 – 64	82,2	78,2	12,3	36,6	33,3	6,4
65+	58,2	73,9	11,2	38,3	29,5	4,5
<b>Jenis kelamin</b>						
Laki-laki	94,8	80,6	14,0	32,7	40,8	3,3
Perempuan	94,1	80,9	16,3	35,7	47,5	4,4
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	96,8	80,1	14,2	32,0	55,4	5,0
Perdesaan	93,0	81,1	15,8	35,7	37,2	3,2
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil-1	92,3	80,3	12,7	32,4	34,3	3,3
Kuintil-2	94,6	80,9	12,8	33,5	38,8	3,8
Kuintil-3	93,8	81,6	13,8	34,7	42,8	4,1
Kuintil-4	95,4	80,9	15,9	35,4	46,9	4,1
Kuintil-5	95,9	79,1	20,0	35,0	56,1	3,9

Tabel 3.5.4.6 menunjukkan hampir semua penduduk berperilaku menyikat gigi saat mandi dan sangat kecil proporsi penduduk yang menyikat gigi setelah makan pagi, tetapi hampir setengah penduduk menyikat gigi menjelang tidur malam. Tampaknya perilaku benar dalam menyikat gigi (cara dan waktu) meningkat sesuai dengan makin tingginya kelompok kuintil. Persentase perilaku menyikat gigi pada waktu yang tepat terlihat hampir merata di semua kabupaten, cenderung rendah (kurang dari 50%).

**Tabel 3.5.4.7**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar**  
**Menggosok Gigi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
Tanah Laut	3,7	96,3
Kota Baru***	18,3	81,7
Banjarnegara	14,2	85,8
Barito Kuala	5,3	94,7
Tapin	8,0	92,0
Hulu Sungai Selatan	10,2	89,8
Hulu Sungai Tengah	6,2	93,8
Hulu Sungai Utara	8,5	91,5
Tabalong	11,7	88,3
Tanah Bumbu	11,8	88,2
Balangan	18,9	81,1
Banjarmasin	10,7	89,3
Banjarnegara	4,6	95,4
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>10,3</b>	<b>89,7</b>

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

Tabel 3.5.4.7 menunjukkan persentase penduduk sepuluh tahun ke atas yang berperilaku benar dalam menggosok gigi menurut kabupaten/kota. Melalui Riskesdas 2007 ditanyakan kepada responden umur 10 tahun ke atas apakah biasa menggosok gigi setiap hari dan bila jawaban ya, ditanyakan lebih lanjut kapan saja waktu menggosok gigi. Prevalensi penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi di Provinsi Kalimantan Selatan 10,3% (3,7-18,9%). Enam kabupaten/kota dengan prevalensi lebih rendah dari angka prevalensi provinsi yaitu Tanah Laut (3,7%), Banjarnegara (4,6%), Barito Kuala (5,3%), Hulu Sungai Tengah (6,2%), Tapin (8,0 %), dan Hulu Sungai Utara (8,5%).

**Tabel 3.5.4.8**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
<b>Kelompok Umur (tahun)</b>		
10 – 14	9,5	90,5
15 – 24	11,2	88,8
25 – 34	12,2	87,8
35 – 44	12,0	88,0
45 – 54	9,4	90,6
55 – 64	5,5	94,5
65+	3,1	96,9
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	9,2	90,8
Perempuan	11,3	88,7
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	10,8	89,2
Perdesaan	10,0	90,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	8,1	91,9
Kuintil-2	8,3	91,7
Kuintil-3	8,7	91,3
Kuintil-4	10,7	89,3
Kuintil-5	15,3	84,7

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

Tabel 3.5.4.8 menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk berperilaku menyikat gigi setiap hari, tetapi sebagian besar tidak melakukannya secara benar. Perilaku menyikat gigi setiap hari cenderung lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan dan pada laki-laki dibandingkan perempuan, tetapi perilaku yang benar dalam menyikat gigi cenderung lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki.

Tabel 3.5.3.9 menyajikan komponen DMF-T menurut provinsi. 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).

**Tabel 3.5.3.9**  
**Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	D-T Rerata	M-T Rerata	F-T Rerata	INDEX DMF-T
Tanah Laut	1,48	4,35	0,04	5,82
Kota Baru***	1,07	4,37	0,03	5,52
Banjar	1,62	5,88	0,34	7,80
Barito Kuala	0,89	5,80	0,03	6,61
Tapin	0,96	5,78	0,09	6,80
Hulu Sungai Selatan	1,23	6,36	0,13	7,76
Hulu Sungai Tengah	1,08	7,40	0,03	8,50
Hulu Sungai Utara	1,13	7,83	0,05	8,97
Tabalong	1,95	6,16	0,04	6,36
Tanah Bumbu	1,57	4,70	0,05	6,32
Balangan	1,77	6,77	0,09	8,59
Banjarmasin	1,11	4,29	0,13	5,54
Banjar Baru	1,60	4,93	0,25	6,77
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>1,31</b>	<b>5,52</b>	<b>0,12</b>	<b>6,83</b>

Indeks DMF-T merupakan penjumlahan dari nilai D, M, dan F yang menunjukkan banyaknya kerusakan gigi yang pernah dialami seseorang baik berupa Decay (gigi karies atau gigi berlubang), Missing (gigi dicabut), atau Filling (gigi ditumpat). Kerusakan gigi bersifat *irreversible* artinya kerusakan tersebut tidak dapat sembuh tidak seperti halnya luka jaringan lainnya, melainkan cacat selamanya. Prevalensi orang dengan pengalaman karies atau orang dengan indeks DMF-T >0 menggambarkan jumlah penduduk yang mempunyai pengalaman karies dalam hidupnya.

Riskesdas 2007 melaporkan indeks DMF-T provinsi Kalimantan Selatan sebesar 6,83 meliputi komponen D-T 1,31, komponen M-T 5,52 dan komponen F-T 0,12. Hal ini berarti rerata jumlah kerusakan gigi per orang (tingkat keparahan gigi per orang) adalah 6,83 gigi meliputi 1,31 gigi yang berlubang, 5,52 gigi yang dicabut dan 0,12 gigi yang ditumpat.

Apabila membandingkan tingkat keparahan gigi (indeks DMF-T) antar kabupaten, nampak 5 kabupaten dengan tingkat keparahan di atas rerata adalah Hulu Sungai Utara, Balangan, Hulu Sungai Tengah, Banjar, dan Hulu Sungai Selatan. Hulu Sungai Utara adalah kabupaten dengan tingkat keparahan tertinggi sebesar 8,97 gigi meliputi 7,83 gigi yang dicabut/indikasi pencabutan, 1,13 gigi karies/berlubang, dan 0,05 gigi ditumpat.

**Tabel 3.5.4.10**  
**Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskedas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>D-T Rerata</b>	<b>M-T Rerata</b>	<b>F-T Rerata</b>	<b>INDEX DMF-T</b>
<b>Umur</b>				
12	0,72	0,28	0,02	1,17
15	1,05	0,48	0,04	1,57
18	1,30	0,74	0,03	2,08
35 – 44	1,48	5,09	0,15	6,71
65 +	0,68	22,73	0,07	23,39
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	1,37	4,74	0,09	6,08
Perempuan	1,25	6,24	0,14	7,52
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	1,18	4,53	0,16	5,81
Perdesaan	1,39	6,13	0,09	7,45
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil-1	1,38	5,75	0,08	7,04
Kuintil-2	1,36	5,57	0,10	6,92
Kuintil-3	1,33	6,02	0,09	7,30
Kuintil-4	1,32	5,55	0,11	6,84
Kuintil-5	1,14	4,98	0,20	6,24

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

Tabel 3.5.4.10 menunjukkan bahwa indeks DMF-T meningkat tajam pada golongan umur 35-44 dibanding pada umur 18 tahun dan hampir 4 kali lebih tinggi pada umur 65 tahun keatas dibanding pada kelompok umur 35-44 tahun. Indeks DMF-T juga cenderung lebih tinggi pada perempuan dan cenderung tinggi di pedesaan. Keadaan ini mungkin berkaitan dengan fakta bahwa meskipun sebagian besar penduduk berperilaku menyikat gigi setiap hari, tetapi sebagian besar tidak melakukannya secara benar, juga berkaitan dengan perilaku menyikat gigi setiap hari yang ditemukan cenderung lebih tinggi di perkotaan dan pada pedesaan.

**Tabel 3.5.4.11**  
**Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies pada Penduduk**  
**Umur 12 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/kota di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Karies aktif	Pengalaman karies
Tanah Laut	58,6	82,2
Kota Baru***	43,6	83,5
Banjar	57,3	86,0
Barito Kuala	37,1	80,5
Tapin	46,4	84,9
Hulu Sungai Selatan	46,4	86,4
Hulu Sungai Tengah	44,9	86,2
Hulu Sungai Utara	52,8	94,0
Tabalong	47,6	65,5
Tanah Bumbu	61,7	85,5
Balangan	64,0	89,1
Banjarmasin	48,6	80,9
Banjar Baru	57,8	89,1
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>50,7</b>	<b>83,4</b>

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

Tabel 3.5.4.11 menunjukkan bahwa prevalensi karies aktif di Provinsi Kalimantan Selatan adalah 50,7% (rentang 37,1-64,0%), kabupaten/kota dengan prevalensi di atas angka provinsi adalah Balangan (64%), Tanah Bumbu (61,7%), Tanah Laut 58,6%, Banjar Baru (57,8%), Banjar (57,3%), Hulu Sungai Utara (52,8%).

Prevalensi pengalaman karies di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 83,4% (65,5-94,0%). Kabupaten/kota dengan prevalensi pengalaman karies di atas angka provinsi adalah Hulu Sungai Utara (94,0%), Balangan dan Banjar Baru (89,1%), Hulu Sungai Selatan 86,4%), Hulu Sungai Tengah (86,2%), Banjar (86,0%), Tanah Bumbu 85,5%, dan Tapin (84,9%).

**Tabel 3.5.4.12**  
**Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Karies aktif	Pengalaman karies
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
12	39,6	49,2
15	52,3	62,6
18	62,9	76,9
35 – 44	55,7	92,7
65 +	19,5	98,1
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	52,6	82,5
Perempuan	49,0	84,2
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	48,8	81,5
Perdesaan	51,9	84,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	52,1	83,0
Kuintil-2	51,4	82,8
Kuintil-3	50,8	84,8
Kuintil-4	50,3	83,8
Kuintil-5	48,1	82,6

**Catatan :**

Tanpa karies : Orang yang memiliki D=0  
 Orang dengan karies aktif = Orang yang memiliki D>0 atau karies yang belum tertangani)  
 Orang dengan pengalaman karies= Orang yang memiliki DMFT >0  
 Orang tanpa pengalaman karies= Orang yang memiliki DMFT =0

Tabel 3.5.4.12 menunjukkan bahwa sebesar 39,6% penduduk umur 12 tahun, mengalami karies pada giginya yang belum ditangani/karies aktif/*untreated*, pada laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan; di perdesaan lebih tinggi dari perkotaan, dan cenderung meningkat dengan menurunnya tingkat pengeluaran perkapita.

Proporsi karies aktif tertinggi ditemukan pada kelompok umur 18 tahun (62,9%) diikuti kelompok umur 35-44 tahun (55,7%) dan umur 15 tahun (52,3%). Perlu perhatian khusus untuk kelompok usia sekolah agar kejadian karies aktif dapat diturunkan dimasa mendatang. Proporsi pengalaman karies tertinggi pada umur 65 tahun ke atas (98,1%), diikuti umur 35-44 tahun (92,7%). Proporsi pengalaman karies meningkat sesuai dengan meningkatnya umur tertinggi pada usia 65 tahun ke atas, perempuan relatif sedikit lebih tinggi dari laki-laki, di perdesaan lebih tinggi dari perkotaan, hampir serupa pada tingkat pengeluaran per kapita.

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

**Tabel 3.5.4.13**  
**Required Treatment Index dan Performance Treatment Index Menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	RTI=	PTI=	
	(D/DMF-T)x100%	(F/DMF-T)x100%	(M/DMF-T)x100%
Tanah Laut	25,34	0,71	74,67
Kota Baru***	19,47	0,53	79,13
Banjar	20,75	4,36	75,38
Barito Kuala	13,44	0,48	87,70
Tapin	14,09	1,39	85,08
Hulu Sungai Selatan	15,81	1,72	81,98
Hulu Sungai Tengah	12,66	0,32	87,10
Hulu Sungai Utara	12,62	0,60	87,29
Tabalong	30,58	0,57	96,77
Tanah Bumbu	24,79	0,77	74,28
Balangan	20,54	1,10	78,82
Banjarmasin	19,96	2,28	77,35
Banjar Baru	23,60	3,70	72,82
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>19,17</b>	<b>1,71</b>	<b>80,90</b>

*Performance 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.

Kabupaten/kota dengan Nilai Required Treatment Index (RTI) di atas rerata adalah kabupaten Tabalong, Tanah Laut, Tanah Bumbu, Banjar Baru, Banjar, Balangan, Banjarmasin, dan Kota Baru.

Nilai Performance Treatment Index (PTI) di Provinsi Kalimantan Selatan sangat rendah yaitu 1,7% (0,32-4,36%). Hal ini menunjukkan rendahnya motivasi dari seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap.

Nilai Required Treatment indeks (RTI) sebesar 19,17% (rentang: 12,62-30,58%), hal ini menggambarkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan.



**Tabel 3.5.4.14**  
**Required Treatment Index dan Performance Treatment Index Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	RTI= (D/DMF-T)X100%	PTI= (F/DMF-T)X100%	(M/DMF- T)X100%
<b>Kelompok umur (tahun)</b>			
12	61,17	1,66	23,83
15	66,72	2,71	30,67
18	62,42	1,68	35,67
35 – 44	22,00	2,19	75,96
65 +	2,90	0,29	97,16
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	22,55	1,47	78,04
Perempuan	16,65	1,89	83,00
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	20,30	2,77	78,06
Perdesaan	18,64	1,21	82,30
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	19,67	1,09	81,73
Kuintil-2	19,67	1,45	80,41
Kuintil-3	18,27	1,24	82,37
Kuintil-4	19,23	1,56	81,10
Kuintil-5	18,24	3,18	79,80

Pada Tabel 3.5.4.14 menunjukkan bahwa proporsi RTI tampak masih tinggi terutama pada kelompok umur 18 tahun kebawah, hal ini sesuai dengan rendah nya PTI pada kelompok usia tersebut. Kecenderungan kelompok usia 18 tahun kebawah yang relatif belum mandiri secara finansial dan kurang mempunyai motivasi individu untuk mencari perawatan gigi teratur, didukung masih tingginya proporsi penduduk yang masih memiliki fungsi gigi relatif tinggi. Tingginya RTI disertai rendahnya PTI perlu mendapatkan perhatian dan penanganan khusus

**Tabel 3.5.4.15**  
**Proporsi Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas Menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Fungsi normal	Edentulous	Protosa
Tanah Laut	88,9	2,7	2,5
Kota Baru***	89,3	2,9	3,8
Banjar	83,4	2,3	3,1
Barito Kuala	84,0	3,2	3,3
Tapin	84,3	2,4	3,7
Hulu Sungai Selatan	81,7	5,5	2,3
Hulu Sungai Tengah	77,0	2,8	0,0
Hulu Sungai Utara	77,0	6,4	3,6
Tabalong	86,2	4,3	2,2
Tanah Bumbu	87,6	4,9	7,1
Balangan	81,0	4,7	4,4
Banjarmasin	89,2	1,7	3,0
Banjar Baru	88,4	2,8	8,2
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>85,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3,3</b>

Dari tabel 3.5.4.15 terlihat bahwa 85,1% penduduk umur 12 tahun ke atas memiliki fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi) sedikit lebih rendah daripada hasil SKRT 2001 (86,5%). Lima kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan dengan proporsi fungsi normal gigi lebih dari 87% adalah Kota Baru, Banjarmasin, Tanah Laut, Banjar Baru dan Tanah Bumbu. Namun tujuh kabupaten/kota masih di bawah angka proporsi provinsi yaitu Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Utara, Balangan, Hulu Sungai Selatan, Banjar, Barito Kuala, dan Tapin.

Proporsi *edentulous* atau hilang seluruh gigi sebesar 3,2% sedikit lebih tinggi daripada hasil SKRT 2001 (2,6%). Lima kabupaten dengan proporsi edentulous lebih tinggi dari angka proporsi provinsi yaitu Hulu Sungai Utara (6,4%), Hulu Sungai Selatan (5,5%), Tanah Bumbu (4,9%), Balangan (4,7%), dan Tabalong (4,3%), sedangkan proporsi terendah terdapat di Kota Banjarmasin (1,7%).

Secara umum 3,3% penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan telah memakai protosa atau gigi tiruan lepas atau gigi tiruan cekat, tertinggi secara mencolok pada Banjar Baru (8,2%) dan Tanah Bumbu (7,1%), sedangkan kabupaten kota lainnya berkisar antara 0,0-4,4%.

**Tabel 3.5.4.16**  
**Proporsi Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas Menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Fungsi normal	Edentulous	Protosa
<b>Kelompok umur (tahun)</b>			
12	100,0	0,0	0,0
15	99,8	0,2	0,0
18	100,0	0,0	0,0
35 – 44	88,4	1,0	2,9
65 +	20,9	27,7	10,8
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	88,2	2,2	2,8
Perempuan	82,2	4,2	3,7
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	88,9	2,3	3,0
Perdesaan	82,7	3,8	3,5
<b>Tingkat pengeluaran per Kapita</b>			
Kuintil-1	84,0	3,3	3,3
Kuintil-2	84,9	3,0	4,8
Kuintil-3	83,6	3,8	1,1
Kuintil-4	84,6	3,5	2,3
Kuintil-5	87,4	2,8	3,4

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

\*\*) Edentulos = orang tanpa gigi

\*\*\*) Orang dengan protosa = orang yang memakai protosa

Tabel 3.5.4.16 menunjukkan bahwa penduduk usia 12 tahun dengan fungsi normal gigi (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi) di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 100%. Persentase responden umur 35 – 44 tahun dengan fungsi gigi normal sebesar 88,4%, lebih rendah dari target WHO 2010 (90%) dan SKRT 2001 (91,2%). Sedangkan pada usia 65 tahun ke atas hanya 20,9%, masih jauh di bawah target WHO (75%) dan hasil SKRT 2001 (30,4%).

Persentase *edentulous* penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 27,7% jauh lebih tinggi dari target WHO (5%). *Edentulous* lebih banyak dijumpai pada perempuan dan lebih tinggi di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran per kapita tidak ditemukan pola tertentu, namun penduduk dengan fungsi normal gigi tertinggi pada kuintil 5.

## **3.6. Cedera dan Disabilitas**

### **3.6.1. Cedera**

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

Prevalensi cedera menurut kabupaten di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 12,0% (rentang: 1,9-23,8%), tertinggi di Kota Banjarmasin, Banjar, dan Hulu Sungai Selatan. Proporsi penyebab kejadian cedera yang tertinggi adalah jatuh (61,2%), terluka benda tajam/tumpul (23,6%), dan kecelakaan transportasi di darat (17,9%). Proporsi penyebab cedera karena jatuh yang tertinggi di Kota Baru, Barito Kuala, dan kabupaten Banjar. Proporsi cedera karena terluka oleh benda tajam/tumpul tertinggi di Hulu Sungai Selatan, Banjar Baru, dan Hulu Sungai Utara. Untuk cedera karena kecelakaan transportasi di darat, proporsi tertinggi terdapat di Balangan, Tabalong, dan Tapin.

Prevalensi cedera antara laki-laki dan perempuan tidak banyak berbeda. Cedera karena terluka oleh benda tajam/tumpul lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki, sedangkan untuk cedera karena kecelakaan transportasi di darat lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan.

Prevalensi cedera yang tertinggi dialami oleh responden dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah, pola yang sama juga ada pada proporsi cedera karena jatuh. Proporsi cedera di bagian tubuh pergelangan tangan dan tangan (31,9%), di lutut dan tungkai bawah (31,4%), dan di bagian tumit dan kaki (25,4%).

**Tabel 3.6.1.1**  
**Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesmas 2007 (1)**

Kabupaten/ Kota	Cedera	Penyebab cedera				
		Kecelakaan transportasi Darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam/Tumpul
Tanah Laut	5,1	32,0	0,0	0,0	55,3	21,2
Kota Baru	2,2	15,2	0,0	0,0	71,7	0,0
Banjar	18,5	11,0	0,0	0,3	65,8	29,3
Barito Kuala	12,1	21,1	0,4	0,8	66,3	12,2
Tapin	8,8	35,6	0,0	0,0	54,5	5,9
Hulu Sungai Selatan	14,8	8,7	0,0	0,4	55,6	37,2
Hulu Sungai Tengah	8,1	30,6	0,0	0,7	41,5	20,3
Hulu Sungai Utara	6,9	34,8	0,0	0,0	39,6	31,5
Tabalong	1,9	44,4	0,0	0,0	25,9	15,4
Tanah Bumbu	6,7	22,7	0,9	0,0	61,3	18,9
Balangan	3,4	48,1	0,0	0,0	33,3	14,8
Banjarmasin	23,8	15,8	0,0	0,5	65,0	21,8
Banjar Baru	11,5	13,2	0,0	1,4	64,3	34,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>12,0</b>	<b>17,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>61,2</b>	<b>23,6</b>

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

**Tabel 3.6.1.2**  
**Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Risikesdas 2007 (2)**

Kabupaten/ Kota	Penyebab cedera								
	Penyerangan	Kontak Dengan Bahan Beracun	Bencana alam	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/ Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Tanah Laut	1,0	1,0	0,0	1,0	1,0	1,9	0,0	0,0	1,0
Kota Baru	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,1
Banjar	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	7,1	0,0	0,0	5,8
Barito Kuala	0,8	4,1	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	1,2
Tapin	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	3,0
Hulu Sungai Selatan	0,9	1,7	0,0	0,4	0,4	1,3	0,0	0,0	0,4
Hulu Sungai Tengah	2,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4
Hulu Sungai Utara	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,0	0,9	0,9
Tabalong	3,7	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4
Tanah Bumbu	3,6	0,9	0,0	0,9	1,8	1,8	0,0	0,0	2,7
Balangan	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7
Banjarmasin	0,4	1,6	0,0	0,2	0,5	3,3	0,2	0,0	3,1
Banjar Baru	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>0,6</b>	<b>1,3</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>3,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>3,4</b>

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

**Tabel 3.6.1.3**  
**Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskedas 2007 (1)**

Karakteristik	Cedera	Penyebab cedera				
		Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan Transportasi Laut	Kecelakaan Transportasi Udara	Jatuh	Terluka Benda Tajam/Tumpul
<b>Kelompok umur (tahun)</b>						
< 1	8,0	0,0	0,0	0,0	94,7	0,0
1—4	19,2	3,5	0,0	0,8	90,6	5,6
5 – 14	14,3	8,5	0,0	0,6	82,7	14,0
15 – 24	12,9	36,7	0,2	0,4	43,4	24,1
25 – 34	10,2	21,5	0,0	0,0	42,3	40,9
35 – 44	9,0	20,0	0,3	0,5	46,0	34,5
45 – 54	10,1	22,9	0,0	0,4	48,3	33,6
55 – 64	9,3	18,0	0,0	0,0	45,1	33,1
65 – 74	12,7	10,2	0,0	0,0	62,2	20,4
75+	10,9	9,4	0,0	3,1	63,6	12,1
<b>Jenis kelamin</b>						
Laki-laki	12,7	22,1	0,1	0,6	60,0	19,3
Perempuan	11,3	13,2	0,1	0,2	62,3	28,2
<b>Pendidikan</b>						
Tidak sekolah	11,0	13,4	0,0	0,0	63,0	21,3
Tidak tamat SD	11,9	16,2	0,0	0,8	61,7	25,7
Tamat SD	11,0	22,9	0,1	0,3	46,5	33,8
Tamat SMP	10,2	29,3	0,0	0,0	41,7	29,3
Tamat SMA	11,0	33,4	0,3	0,8	39,7	30,1
Tamat PT	6,4	20,7	0,0	0,0	56,1	24,1
<b>Pekerjaan</b>						
Tidak bekerja	13,4	27,2	0,0	0,0	54,5	22,4
Sekolah	12,8	22,6	0,0	0,9	64,3	15,9
Mengurus RT	9,6	15,8	0,0	0,0	44,2	42,3
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	8,6	32,5	0,6	0,0	42,0	27,2
Wiraswasta	10,7	29,1	0,0	1,3	45,2	31,0
Petani/Nelayan/Buruh	10,4	18,4	0,2	0,3	46,3	34,8
Lainnya	12,3	40,3	0,0	0,0	47,2	25,0
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	16,3	17,1	0,0	0,6	63,4	22,3
Perdesaan	9,3	18,6	0,1	0,3	58,8	25,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil 1	13,3	13,0	0,0	0,3	67,5	24,8
Kuintil 2	11,8	16,1	0,0	0,0	62,4	25,4
Kuintil 3	11,8	13,3	0,0	0,5	62,0	22,1
Kuintil 4	11,3	20,7	0,2	0,9	58,9	22,5
Kuintil 5	10,9	28,9	0,2	0,4	50,8	23,2

Tabel 3.6.1.4

**Prevalensi Cedera dan Proporsi Penyebab Cedera Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskedas 2007 (2)**

Karakteristik	Penyebab cedera								
	Penyerangan	Kontak Dengan Bahan Beracun	Bencana alam	Tenggelam	Mesin Elektrik, Radiasi	Terbakar/ Terkurung Asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
<b>Kelompok umur (tahun)</b>									
< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3
1—4	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	2,2	0,0	0,0	2,7
5 – 14	0,1	0,4	0,3	0,1	0,3	2,7	0,0	0,0	1,2
15 – 24	0,4	0,9	0,4	0,0	0,5	3,8	0,0	0,0	4,3
25 – 34	0,7	1,1	0,0	0,2	0,7	4,1	0,0	0,2	3,4
35 – 44	0,5	3,3	0,0	0,0	1,4	4,7	0,5	0,0	4,4
45 – 54	1,8	3,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	5,2
55 – 64	2,2	1,5	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	0,0	3,7
65 – 74	0,0	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,2
75+	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5
<b>Jenis kelamin</b>									
Laki-laki	0,6	1,2	0,2	0,3	0,6	2,0	0,1	0,0	3,1
Perempuan	0,5	1,5	0,0	0,2	0,3	4,3	0,0	0,1	3,6
<b>Pendidikan</b>									
Tidak sekolah	0,0	4,7	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	7,0
Tidak tamat SD	1,6	1,6	0,0	0,0	0,2	3,2	0,0	0,2	2,6
Tamat SD	0,8	2,4	0,4	0,1	0,4	3,1	0,3	0,0	4,9
Tamat SMP	0,3	1,4	0,0	0,0	1,4	5,7	0,0	0,0	5,2
Tamat SMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	3,4	0,0	0,0	2,5
Tamat PT	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5	0,0	0,0	3,5
<b>Pekerjaan</b>									
Tidak bekerja	0,7	2,6	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	3,0
Sekolah		0,2	0,5	0,0	0,2	3,7	0,0	0,0	2,5
Mengurus RT	0,3	2,5	0,0	0,0	1,3	4,4	0,0	0,3	3,8
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	1,2	1,2	0,0	0,0	1,2	4,7	1,2	0,0	3,6
Wiraswasta	0,7	1,3	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	2,9
Petani/Nelayan/ Buruh	1,5	2,3	0,3	0,2	0,6	1,7	0,0	0,0	6,2
Lainnya	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	2,8
<b>Tipe daerah</b>									
Perkotaan	0,4	1,3	0,0	0,1	0,6	3,0	0,1	0,0	2,8
Perdesaan	0,8	1,3	0,2	0,3	0,2	3,2	0,0	0,1	4,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>									
Kuintil 1	1,1	2,4	0,3	0,8	0,6	2,7	0,0	0,0	3,5
Kuintil 2	0,3	0,5	0,3	0,2	0,3	4,1	0,0	0,0	2,5
Kuintil 3	0,3	1,7	0,0	0,2	0,3	2,2	0,3	0,0	6,6
Kuintil 4	0,9	1,6	0,0	0,0	0,7	3,2	0,0	0,0	2,7
Kuintil 5	0,7	0,0	0,0	0,0	0,4	3,3	0,0	0,2	1,5

Pada Tabel 3.6.1.1 (1) dan Tabel 3.6.1.2 (2) terlihat prevalensi cedera (oleh karena berbagai sebab) tertinggi pada kelompok umur muda dan aktif, yaitu: 1-4 tahun (19,2%), 5-14 tahun (14,3%), dan 15-24 tahun (12,9%). Golongan umur yang paling banyak mengalami cedera karena jatuh adalah kelompok umur muda, yaitu kurang dari 14 tahun (>82,7%). Sebanding



dengan cedera, prevalensi golongan umur paling tua mengalami cedera karena jatuh juga cukup tinggi, yaitu 62,2% (65-74 th) dan 63,6% (75+ th). Untuk penyebab cedera terluka oleh benda tajam/tumpul, tertinggi pada umur produktif, yaitu 25-34 th (40,9%), 35-44 th (34,5%), 45-54 th (33,6%), dan 55-64 th (33,1%). Sedangkan untuk penyebab cedera kecelakaan transportasi di darat, proporsi tertinggi dialami oleh golongan umur remaja dan produktif muda. Hal ini sedikit berbeda dengan data internasional, yaitu pada golongan usia 15-44 th penyebab cedera yang fatal adalah terutama disebabkan oleh kecelakaan transportasi di darat. Tetapi di Provinsi Kalimantan Selatan golongan umur 45-54 th mempunyai proporsi cedera karena kecelakaan transportasi di darat sedikit lebih besar dari pada golongan umur 35-44 th.

Prevalensi cedera antara laki-laki dan perempuan tidak banyak berbeda. Proporsi cedera karena jatuh dialami oleh perempuan sedikit lebih besar dari pria. Sementara untuk cedera karena terluka oleh benda tajam/tumpul, proporsi lebih tinggi dialami oleh perempuan (28,2%) dibandingkan dengan laki-laki (19,3%). Sedangkan untuk cedera karena kecelakaan transportasi di darat, proporsi lebih tinggi dialami oleh laki-laki (22,1%) dibandingkan dengan perempuan (13,2%).

Tingkat pendidikan di bawah tamat Perguruan Tinggi (PT) memiliki prevalensi cedera yang tertinggi dan tidak berbeda jauh dengan tingkat pendidikan tamat Perguruan Tinggi. Cedera karena jatuh tidak banyak berbeda pada berbagai tingkat pendidikan. Untuk cedera disebabkan terluka oleh benda tajam/tumpul, proporsi tertinggi dialami oleh tingkat pendidikan dasar dan menengah, yaitu tamat SD (33,8%), tamat SMA (30,1%), dan tamat SMP (29,3%). Demikian juga untuk cedera disebabkan kecelakaan transportasi di darat, prevalensi tertinggi dialami oleh tingkat pendidikan dasar dan menengah, yaitu tamat SMA (33,4%), tamat SMP (29,3%), dan tamat SD (22,9%).

Prevalensi cedera yang tertinggi dialami oleh responden yang tidak bekerja (13,4%), responden yang bersekolah (12,8%), dan responden dengan jenis pekerjaan lainnya (12,3%). Proporsi cedera karena jatuh yang tertinggi dialami oleh responden yang bersekolah (64,3%), yang tidak bekerja (54,5%), dan responden dengan jenis pekerjaan lainnya (47,2%). Untuk cedera karena terluka oleh benda tajam/tumpul, prevalensi tertinggi dialami oleh responden yang mengurus Rumah Tangga (42,3%), petani/nelayan/buruh (34,8%), dan wiraswasta (31,0%). Sedangkan cedera karena kecelakaan transportasi di darat, prevalensi tertinggi dialami oleh responden dengan jenis pekerjaan lainnya (40,3%), pegawai negeri/swasta/POLRI (32,5%), dan wiraswasta (29,1%).

Prevalensi cedera yang dialami responden yang tinggal di perkotaan lebih tinggi (63,4%) dibandingkan dengan Perdesaan (58,8%).

Prevalensi cedera yang tertinggi dialami oleh responden dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah. Hal yang sama terlihat pada proporsi cedera karena jatuh. Sebaliknya untuk cedera karena kecelakaan transportasi di darat tidak terlihat adanya pola tertentu.

### **Jenis Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera**

Pembagian katagori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasidari ICD-10 (*International Classification Diseases*) yang mana dikelompokkan ke dalam 10 kelompok yaitu bagian kepala; leher; dada; perut dan sekitarnya (perut,punggung, panggul); bahu dan sekitarnya (bahu dan lengan atas); siku dan sekitarnya (siku dan lengan bawah); pergelangan tangan dan tangan; lutut dan tungkai bawah; tumit dan kaki. Responden pada umumnya mengalami cedera di beberapa bagian tubuh (*multiple injury*).

**Tabel 3.6.1.5**  
**Proporsi Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera Berdasarkan**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (1)**

Kabupaten/ Kota	Bagian tubuh yang terkena cedera				
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas
Tanah Laut	17,5	2,9	2,9	2,9	10,7
Kota Baru	11,1	0,0	0,0	19,6	13,3
Banjarnegara	9,6	3,7	5,8	17,1	18,0
Barito Kuala	10,2	2,9	3,3	13,9	8,2
Tapin	5,9	2,0	2,0	8,9	12,9
Hulu Sungai Selatan	5,6	0,9	0,4	2,6	6,1
Hulu Sungai Tengah	9,5	2,7	2,7	10,2	10,9
Hulu Sungai Utara	8,1	0,9	1,8	4,5	12,5
Tabalong	29,6	7,4	3,7	7,4	3,7
Tanah Bumbu	11,7	2,7	1,8	8,1	13,6
Balangan	11,5	0,0	0,0	7,4	18,5
Banjarmasin	8,7	1,8	1,4	9,6	9,5
Banjarnegara	9,7	0,7	1,4	6,9	11,8
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>9,4</b>	<b>2,3</b>	<b>2,6</b>	<b>10,6</b>	<b>11,7</b>

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

Tabel 3.6.1.6

**Proporsi Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (2)**

Kabupaten/ Kota	Bagian tubuh yang terkena cedera				
	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Tanah Laut	19,4	32,0	5,8	36,9	24,3
Kota Baru	0,0	26,7	19,6	6,7	13,3
Banjar	13,4	39,8	26,2	20,7	29,3
Barito Kuala	11,1	25,8	9,4	30,7	26,8
Tapin	14,9	24,8	4,0	29,7	26,7
Hulu Sungai Selatan	15,2	35,7	3,9	35,9	21,6
Hulu Sungai Tengah	11,6	21,8	6,8	34,0	12,8
Hulu Sungai Utara	25,2	32,4	8,0	29,7	21,4
Tabalong	15,4	30,8	7,4	29,6	15,4
Tanah Bumbu	19,1	23,4	7,3	35,1	23,4
Balangan	18,5	18,5	7,4	40,7	22,2
Banjarmasin	11,2	28,7	7,6	36,1	27,0
Banjar Baru	19,6	49,3	7,0	38,2	22,2
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>13,5</b>	<b>31,9</b>	<b>11,5</b>	<b>31,4</b>	<b>25,4</b>

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

Tabel 3.6.1.5 (1) dan Tabel 3.6.1.6 (2) adalah proporsi cedera menurut bagian tubuh terkena cedera berdasarkan kabupaten/ kota di Provinsi Kalimantan Selatan. Proporsi tertinggi terdapat pada cedera di bagian tubuh pergelangan tangan dan tangan (31,9%), di lutut dan tungkai bawah (31,4%), serta di bagian tumit dan kaki (25,4%). Proporsi cedera pada bagian pergelangan tangan dan tangan tertinggi terdapat di kabupaten Banjar Baru (49,3%), Banjar (39,8%), dan Hulu Sungai Selatan (35,7%). Selanjutnya, proporsi cedera pada bagian lutut dan tungkai bawah tertinggi terdapat di kabupaten Balangan (40,7%), Banjar Baru (38,2%), dan Tanah Laut (36,9%). Sedangkan proporsi cedera pada bagian tumit dan kaki tertinggi terdapat di kabupaten Banjar (29,3%), Banjarmasin (27,0%), dan Barito Kuala (26,8%).

**Tabel 3.6.1.7**  
**Proporsi Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera Berdasarkan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007 (1)**

Karakteristik	Bagian tubuh yang terkena cedera				
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas
<b>Kelompok umur (tahun)</b>					
< 1	5,4	0,0	5,4	45,9	32,4
1—4	15,3	3,8	3,2	21,0	21,8
5 – 14	7,9	2,1	1,5	7,2	9,0
15 – 24	9,2	2,2	0,7	7,8	7,6
25 – 34	9,8	0,9	2,7	8,4	8,4
35 – 44	7,7	3,0	2,8	8,2	14,0
45 – 54	7,0	2,2	4,4	8,5	13,3
55 – 64	13,4	3,7	6,0	13,5	10,4
65 – 74	9,4	3,1	5,2	18,8	11,6
75+	12,5	0,0	9,1	18,8	12,1
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	11,3	2,0	2,6	9,2	11,9
Perempuan	7,5	2,6	2,6	12,2	11,4
<b>Pendidikan</b>					
Tidak sekolah	4,7	0,0	4,7	20,5	15,0
Tidak tamat SD	10,8	3,5	4,2	11,0	10,5
Tamat SD	7,5	2,6	2,1	8,4	10,9
Tamat SMP	8,9	1,7	2,3	6,0	7,8
Tamat SMA	10,7	0,3	1,4	6,2	8,2
Tamat PT	1,8	0,0	0,0	1,8	3,5
<b>Pekerjaan</b>					
Tidak bekerja	10,4	1,5	3,4	9,7	10,1
Sekolah	9,7	3,2	1,6	6,5	7,4
Mengurus RT	9,1	2,5	2,8	11,9	10,1
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	7,7	1,8	3,0	8,9	9,5
Wiraswasta	5,9	1,3	2,0	5,3	13,1
Petani/Nelayan/ Buruh	8,8	2,1	3,0	10,6	10,3
Lainnya	15,3	0,0	5,6	5,6	6,9
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	2,8	1,6	1,4	8,4	10,4
Perdesaan	4,0	3,0	3,9	13,0	13,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil 1	10,0	3,0	3,2	12,0	11,7
Kuintil 2	7,3	2,0	2,2	11,5	13,0
Kuintil 3	9,4	3,1	3,9	14,2	12,3
Kuintil 4	7,8	1,8	2,1	8,0	10,3
Kuintil 5	13,7	1,1	1,1	6,8	7,9

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

**Tabel 3.6.1.8**  
**Proporsi Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera Berdasarkan**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesmas 2007 (2)**

Karakteristik	Bagian tubuh yang terkena cedera				
	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
<b>Kelompok umur (tahun)</b>					
< 1	2,6	23,7	32,4	10,8	0,0
1—4	11,6	23,7	13,1	37,0	18,8
5 – 14	17,1	23,5	10,8	43,6	25,5
15 – 24	16,5	30,3	9,9	29,3	28,1
25 – 34	9,6	46,9	9,4	24,0	27,6
35 – 44	12,9	41,6	11,0	23,1	27,3
45 – 54	11,8	35,8	12,2	26,2	27,7
55 – 64	7,5	30,8	9,0	21,1	27,1
65 – 74	12,6	30,2	18,8	27,1	20,6
75+	12,5	30,3	25,0	28,1	15,2
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	14,8	27,7	8,6	31,4	28,6
Perempuan	12,2	36,4	14,6	31,5	21,9
<b>Pendidikan</b>					
Tidak sekolah	11,0	28,3	12,6	25,2	24,4
Tidak tamat SD	13,0	30,3	14,2	28,7	27,2
Tamat SD	12,6	37,9	10,9	27,9	29,1
Tamat SMP	12,4	38,8	9,8	28,7	25,6
Tamat SMA	16,4	38,3	6,2	22,8	28,6
Tamat PT	5,3	31,6	12,3	38,6	31,0
<b>Pekerjaan</b>					
Tidak bekerja	13,1	36,6	11,9	25,7	20,9
Sekolah	18,4	26,0	10,8	36,9	30,6
Mengurus RT	10,4	50,0	14,2	23,0	19,2
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	16,7	33,9	6,5	33,9	29,6
Wiraswasta	11,5	41,4	9,2	24,7	24,3
Petani/Nelayan/ Buruh	10,0	32,3	11,1	23,0	32,8
Lainnya	15,3	26,4	12,5	36,1	34,7
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	13,3	30,4	8,8	35,4	25,3
Perdesaan	13,8	33,4	14,4	27,2	25,4
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil 1	13,5	30,6	12,1	30,4	28,0
Kuintil 2	14,7	30,5	11,0	30,1	26,7
Kuintil 3	11,8	33,2	12,8	28,7	22,6
Kuintil 4	15,7	32,7	12,7	31,4	23,9
Kuintil 5	12,0	33,4	7,9	35,1	24,7

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

Tabel 3.6.1.7 (1) dan Tabel 3.6.1.8 (2) menggambarkan proporsi cedera menurut bagian tubuh yang terkena cedera berdasarkan golongan umur di Provinsi Kalimantan Selatan. Kelompok umur dengan proporsi cedera pada bagian pergelangan tangan dan tangan tertinggi pada umur muda dan aktif, yaitu: 25-34 th (46,9%) dan 35-44 th (41,6%) Selanjutnya, proporsi cedera pada bagian lutut dan tungkai bawah yang tertinggi terdapat pada 5-14 th (43,6%) dan 1-4 th (37,0%), sedangkan proporsi cedera pada bagian tumit dan kaki merata pada kelompok umur.

Hal yang perlu diperhatikan juga adalah bayi <1 th yang memiliki proporsi yang tertinggi dibandingkan kelompok umur lainnya untuk cedera pada bagian perut, punggung, dan panggul (45,9%), bahu dan lengan atas (32,4%), serta pinggul dan tungkai atas (32,4%).

proporsi cedera pada bagian pergelangan tangan dan tangan lebih tinggi terdapat pada perempuan (36,4%) dibandingkan pada laki-laki (27,7%). Selanjutnya, proporsi cedera pada bagian lutut dan tungkai bawah pada laki-laki dan perempuan hampir sama, yaitu 31,4% dan 31,5%. Sedangkan proporsi cedera pada bagian tumit dan kaki lebih tinggi terjadi laki-laki (28,6%) dibandingkan dengan perempuan (21,9%).

Proporsi cedera pada bagian pergelangan tangan dan tangan yang tertinggi terjadi pada responden tamat tingkat pendidikan dasar dan menengah, yaitu: tamat SMP (38,8%), tamat SMA (38,3%), dan tamat SD (37,9%). Proporsi cedera pada bahu, lengan atas, perut, punggung dan panggul cenderung lebih tinggi pada semakin rendahnya tingkat pendidikan.

Selanjutnya, proporsi cedera pada bagian tumit dan kaki yang tertinggi terjadi pada responden tamat PT (31,0%), tamat SD (29,1%), dan tamat SMA (28,6%). Sedangkan proporsi cedera pada bagian lutut dan tungkai bawah yang tertinggi terjadi pada responden tamat PT (38,6%), serta tamat SMP dan tidak tamat SD (28,7%).

Pada cedera di pergelangan tangan dan tangan, proporsi tertinggi terdapat pada responden yang bekerja mengurus Rumah Tangga (50,0%), wiraswasta (41,4%), dan yang tidak bekerja (36,6%). Selanjutnya, proporsi yang tertinggi untuk cedera di tumit dan kaki terdapat pada responden yang bekerja di bidang lainnya (34,7%), petani/nelayan/buruh (32,8%), dan yang bersekolah (30,6%). Sedangkan proporsi cedera di lutut dan tungkai bawah yang tertinggi terdapat pada responden yang bersekolah (36,9%), bekerja di bidang lainnya (36,1%), dan pegawai negeri/swasta/POLRI (33,9%).

Proporsi cedera pada bagian pergelangan tangan dan tangan di daerah perdesaan (33,4%) lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan (30,4%). Selanjutnya, proporsi cedera pada bagian lutut dan tungkai bawah di daerah perkotaan (35,4%) lebih tinggi dibandingkan dengan daerah perdesaan (27,2%). Sedangkan proporsi cedera pada bagian tumit dan kaki hampir sama antara daerah perkotaan dan perdesaan, yaitu 25,3% dan 25,4%.

Prevalensi cedera pada masing-masing bagian tubuh tidak berbeda jauh di antara tingkat pengeluaran per kapita.

**Tabel 3.6.1.9**  
**Proporsi Jenis Cedera Menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Benturan	Luka Lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Tanah Laut	45,6	40,4	20,2	2,9	26,0	4,9	1,0	1,0	2,9
Kota Baru***	15,6	15,6	2,2	2,2	66,7	6,7	0,0	0,0	0,0
Banjar	22,1	27,9	30,8	7,5	47,3	2,2	0,3	0,0	1,8
Barito Kuala	43,2	39,1	13,6	1,2	44,3	2,5	0,4	0,4	0,4
Tapin	32,0	45,5	16,0	2,0	48,5	5,0	0,0	1,0	3,0
Hulu Sungai Selatan	35,9	35,3	26,7	1,3	19,0	2,6	0,9	0,0	0,9
Hulu Sungai Tengah	11,5	29,7	35,1	0,7	28,4	5,4	0,0	0,7	1,4
Hulu Sungai Utara	43,8	58,6	15,2	0,9	31,5	1,8	0,0	0,0	0,0
Tabalong	33,3	37,0	29,6		15,4	3,7	0,0	3,7	11,1
Tanah Bumbu	40,9	48,2	23,4	2,7	26,1	1,8	1,8	0,0	0,9
Balangan	37,0	51,9	25,9		37,0	7,4	0,0	0,0	0,0
Banjarmasin	25,0	46,8	21,7	2,5	34,5	0,5	0,0	1,3	1,2
Banjar Baru	31,9	59,0	21,5	1,4	32,6	2,1	0,0	0,0	1,4
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>28,5</b>	<b>40,7</b>	<b>23,5</b>	<b>3,2</b>	<b>36,6</b>	<b>2,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>1,4</b>

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

Proporsi jenis cedera menurut kabupaten yang tertinggi terdapat pada luka lecet (40,7%), terkilir dan teregang (36,6%), serta benturan (28,5%). Kabupaten/kota dengan proporsi luka lecet tertinggi adalah Banjar Baru (59,0%), Hulu Sungai Utara (58,6%), dan Balangan (51,9%). Kabupaten dengan proporsi terkilir dan teregang tertinggi adalah Kota Baru (66,7%), Tapin (48,5%), dan Banjar (47,3%). Kabupaten dengan proporsi benturan tertinggi adalah Tanah Laut (45,6%), Hulu Sungai Utara (43,8%), dan Barito Kuala (43,2%).

**Tabel 3.6.1.10**  
**Proporsi Jenis Cedera Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Benturan	Luka Lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
< 1	5,3	5,3	0,0	0,0	89,7	0,0	0,0	0,0	0,0
1- 4	22,0	39,8	12,1	0,5	53,4	0,3	0,0	0,0	1,6
5 – 14	28,0	50,4	13,8	2,4	35,6	2,4	0,1	0,5	0,9
15 – 24	32,0	46,9	27,3	3,8	30,6	2,4	0,0	0,5	0,5
25 – 34	31,1	34,0	39,4	4,8	33,3	0,9	0,2	0,9	0,9
35 – 44	29,2	35,3	28,7	5,0	34,2	3,0	0,5	0,8	2,5
45 – 54	27,1	35,7	32,7	3,0	33,9	3,0	1,1	0,7	1,1
55 – 64	30,6	26,1	25,6	3,7	30,6	1,5	0,7	1,5	2,2
65 – 74	29,5	28,1	17,7	4,2	34,7	5,3	0,0	3,1	4,2
75+	43,8	36,4	9,4	0,0	33,3	6,1	0,0	0,0	6,1
<b>Jenis kelamin</b>									
Laki-laki	31,1	43,5	23,3	1,8	36,2	3,1	0,3	0,5	0,9
Perempuan	25,8	37,5	23,7	4,6	37,1	1,1	0,1	0,8	1,8
<b>Pendidikan</b>									
Tidak sekolah	28,3	31,5	17,3	3,9	39,4	6,3	0,8	0,0	3,1
Tidak tamat SD	34,4	36,1	25,3	2,7	35,4	3,2	0,3	1,0	1,0
Tamat SD	26,8	39,6	32,2	4,2	31,2	1,7	0,4	0,8	2,1
Tamat SMP	29,9	41,7	29,9	6,0	32,7	1,1	0,0	0,6	0,9
Tamat SMA	31,3	42,1	31,0	4,8	26,6	3,1	0,3	0,0	0,6
Tamat PT	24,6	36,8	15,8	3,5	45,6	0,0	0,0	3,5	0,0
<b>Pekerjaan</b>									
Tidak bekerja	35,4	38,2	23,9	4,1	31,3	3,4	0,7	1,5	2,2
Sekolah	27,9	51,8	16,8	3,7	32,9	3,0	0,2	0,2	0,7
Mengurus RT	24,8	31,8	37,1	7,9	28,9	1,9	0,0	1,6	2,5
Pegawai (negeri, swasta, Polri)	33,3	41,7	25,0	3,6	37,9	1,2	0,0	1,2	1,2
Wiraswasta	29,8	38,0	32,1	5,6	31,1	2,0	0,7	1,0	0,3
Petani/Nelayan/ Buruh	30,2	32,9	32,9	2,1	34,2	2,3	0,3	0,3	1,4
Lainnya	40,3	43,7	30,6	4,2	33,3	2,8	0,0	0,0	0,0
<b>Tipe daerah</b>									
Perkotaan	26,2	46,0	20,6	3,2	35,1	1,2	0,2	0,9	1,1
Perdesaan	31,1	34,8	26,6	3,2	38,4	3,2	0,3	0,3	1,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>									
Kuintil 1	31,1	39,1	23,2	2,3	38,4	1,5	0,3	0,9	1,1
Kuintil 2	27,6	44,7	25,4	3,4	34,6	1,9	0,3	0,2	1,9
Kuintil 3	27,5	36,2	20,2	1,4	39,5	3,1	0,2	0,9	1,7
Kuintil 4	29,8	42,1	22,5	4,5	35,4	2,0	0,2	1,4	1,6
Kuintil 5	27,0	41,4	25,3	4,4	33,1	3,0	0,4	0,0	0,6

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

Proporsi luka lecet tertinggi terjadi golongan muda aktif, yaitu 5-14 th (50,4%), 15-24 th (46,9%), dan 1-4 th (39,8%). Proporsi terkilir dan teregang tertinggi terjadi pada golongan umur termuda, yaitu <1 th (89,7%), 1-4 th (53,4%), dan 5-14 th (35,6%). Proporsi benturan yang tertinggi terjadi pada golongan umur tertua diikuti usia produktif, yaitu 75+ th (43,8%), lalu 15-24 th (32,0%) dan 25-34 th (31,1%). Dari data yang diperoleh terlihat adanya bervariasi antara laki-laki dan perempuan.

Proporsi luka lecet tertinggi terdapat pada responden dengan tingkat pendidikan dasar dan menengah, yaitu tamat SMA (42,1%), tamat SMP (41,7%), dan tamat SD (39,6%).



Selanjutnya, proporsi terkilir dan teregang tertinggi terdapat pada responden di tingkat pendidikan tertinggi dan terendah, yaitu Tamat PT (45,6%), tidak sekolah (39,4%), dan tidak tamat SD (35,4%). Proporsi benturan yang tertinggi terdapat pada orang yang tidak tamat SD (34,4%), tamat SMA (31,3%), lalu tamat SMP (29,9%).

Proporsi luka lecet tertinggi terdapat pada responden sedang bersekolah (51,8%), responden dengan jenis pekerjaan lainnya (43,7%), dan pegawai negeri/swasta/POLRI (41,7%). Proporsi terkilir dan teregang tertinggi terdapat pada pegawai negeri/swasta/POLRI (37,9%), petani/nelayan/buruh (34,2%), dan jenis pekerjaan lainnya (33,3%). Proporsi benturan yang tertinggi terdapat pada responden yang bekerja di bidang kerja lainnya (40,3%), tidak bekerja (35,4%), dan pegawai negeri/swasta/POLRI (33,3%).

Proporsi luka lecet di daerah perkotaan (46,0%) lebih tinggi dari pada pedesaan (34,8%). Proporsi terkilir dan teregang lebih tinggi di pedesaan (38,4%) dari pada di perkotaan (35,1%). Demikian juga proporsi benturan di pedesaan (31,1%) lebih tinggi dari pada di perkotaan (26,2%). Proporsi luka terbuka di pedesaan (26,6%) juga lebih besar dari pada di perkotaan (20,6%). Proporsi luka lecet tidak memperlihatkan pola tertentu pada tingkat pengeluaran per kapita.

### **3.6.2 Status Disabilitas/ Ketidakmampuan**

Di Provinsi Kalimantan Selatan rata-rata status disabilitas dengan kriteria "Sangat bermasalah" adalah 2,4%, tertinggi di Banjarmasin. Prevalensi disabilitas "Bermasalah" adalah 31%, tertinggi di Kabupaten Banjar dan Tanah Bumbu.

Prevalensi penduduk yang memiliki status disabilitas "Sangat bermasalah" dan "Masalah" meningkat dengan bertambahnya umur, lebih banyak pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki, cenderung meningkat dengan makin rendahnya pendidikan, dan tertinggi pada kelompok tidak bekerja. Prevalensi disabilitas "Sangat bermasalah" paling banyak pada tingkat pengeluaran per kapita yang terendah.

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 pertanyaan ini adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kesulitan/ketidakmampuan yang dihadapi oleh penduduk terkait dengan fungsi tubuh, individu dan sosial.

Responden diajak 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 ke dua puluh pertanyaan dimaksud.

**Tabel 3.6.2.1**  
**Persentase Penduduk Umur 15 tahun ke Atas yang Bermasalah dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

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

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

Berdasarkan tabel 3.6.2.1 tentang status disabilitas penduduk Provinsi Kalimantan Selatan yang berumur 15 tahun ke atas, tampak bahwa persentase bermasalah yang agak menonjol dalam hal masalah nyeri/rasa tidak nyaman, mengalami gangguan tidur, melihat jarak jauh (20 m), napas pendek setelah latihan ringan, melihat jarak dekat (30 cm), dan kesulitan berjalan jauh, sedangkan dalam hal membersihkan seluruh tubuh, memelihara persahabatan, dan mengenakan pakaian merupakan permasalahan yang kecil.

**Tabel 3.6.2.2**  
**Persentase Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun ke Atas menurut Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Sangat masalah</b>	<b>Masalah</b>
Tanah Laut	1,5	25,9
Kota Baru	1,3	9,3
Banjar	3,0	43,6
Barito Kuala	3,0	29,6
Tapin	1,7	31,8
Hulu Sungai Selatan	2,6	34,9
Hulu Sungai Tengah	1,9	25,8
Hulu Sungai Utara	1,8	30,7
Tabalong	1,8	13,5
Tanah Bumbu	2,3	42,9
Balangan	2,5	37,9
Banjarmasin	3,4	36,2
Banjar Baru	1,3	25,2
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>2,4</b>	<b>31,0</b>

Dalam menilai status disabilitas kriteria “Bermasalah” dirinci menjadi “Bermasalah” dan “Sangat bermasalah”. Kriteria “Sangat bermasalah” apabila responden menjawab ya untuk salah satu dari tiga pertanyaan tambahan. Pada tabel 3.93 menunjukkan di Provinsi Kalimantan Selatan rata-rata status disabilitas dengan kriteria “Sangat bermasalah” adalah 2,4% dan “Bermasalah” 31,0%.

Prevalensi disabilitas “Sangat Bermasalah” tertinggi terdapat kota Banjarmasin (3,4%), sedangkan prevalensi disabilitas “Bermasalah” tertinggi di Kabupaten Banjar (43,6%) dan Tanah Bumbu (42,9%). Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” terendah di Kabupaten Kota Baru dan Banjar Baru, sedangkan “Bermasalah” terendah di Kabupaten Kota Baru dan Tabalong.

**Tabel 3.6.2.3**  
**Persentase Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun ke Atas Menurut Status dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Sangat masalah	Masalah
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
15-24	0,9	16,0
25-34	1,2	21,0
35-44	1,0	29,7
45-54	1,8	43,4
55-64	4,7	59,5
65-74	12,8	69,3
>75	25,8	64,1
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	2,1	27,9
Perempuan	2,7	33,9
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	9,8	56,3
Tidak tamat SD	3,2	42,2
Tamat SD	1,9	30,5
Tamat SMP	1,1	21,2
Tamat SMA	1,3	23,3
Tamat PT	1,3	21,3
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	11,5	39,7
Sekolah	0,6	12,7
Ibu RT	1,5	32,5
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	1,1	23,2
Wiraswasta	1,6	31,0
Petani/Nelayan/Buruh	1,3	33,1
Lainnya	3,5	37,1
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	2,3	30,8
Perdesaan	2,4	31,2
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil 1	3,6	30,6
Kuintil 2	2,2	31,5
Kuintil 3	1,9	32,7
Kuintil 4	2,3	30,7
Kuintil 5	1,9	29,4

Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa prevalensi disabilitas menunjukkan variabilitas menurut karakteristik responden, yang terlihat pada Tabel 3.6.2.3

Prevalensi penduduk yang memiliki status disabilitas “Sangat bermasalah” dan “Masalah” meningkat dengan bertambahnya umur. Ditinjau dari jenis kelamin, persentase status disabilitas “Sangat bermasalah” dan “Masalah” lebih banyak ditemui pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki, dan cenderung meningkat dengan makin rendahnya pendidikan.

Berdasarkan jenis pekerjaan, prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” dan “Bermasalah” paling tinggi ditemukan pada kelompok tidak bekerja, dan penduduk yang tinggal di perdesaan hampir serupa dengan perkotaan. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” paling banyak pada tingkat pengeluaran per kapita yang terendah, namun prevalensi disabilitas “Masalah” tidak berbeda pada tingkat pengeluaran per kapita.

### **3.7 Pengetahuan, Sikap dan Prilaku**

Persentase penduduk umur 10 tahun ke atas di Provinsi Kalsel yang perokok saat ini terdiri dari perokok setiap hari mencapai 20% (rentang: 15,8-23,6%) dan perokok kadang-kadang mencapai 4,1% (rentang: 15,9-23,6%). Perokok setiap hari tertinggi di Kabupaten Tanah Laut, Tanah Bumbu, dan Banjar, terendah di Kabupaten Tabalong, Hulu Sungai Utara, dan Hulu Sungai Selatan.

Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang perokok setiap hari cenderung meningkat dengan bertambahnya usia, pada usia 10-14 tahun sudah mencapai 0,7%, tertinggi pada kelompok usia 25-34 tahun (26%). Pria yang perokok saat ini jauh lebih tinggi dibandingkan wanita (40,2:1,5), cenderung sama tingginya pada semua tingkat pendidikan, kecuali pada pendidikan tamat perguruan tinggi, paling tinggi pada pekerjaan utama sebagai petani/nelayan/buruh (33,4%), tidak banyak berbeda menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran per kapita.

Rerata jumlah batang rokok yang dihisap di Provinsi Kalimantan Selatan mencapai 13,31 batang sehari (11,78-15,38), paling banyak di kabupaten Tapin, Hulu Sungai Utara, dan Tabalong.

Rerata jumlah batang rokok yang dihisap paling banyak pada usia 45-54 tahun yaitu 14,9 batang sehari, dan cenderung menurun pada usia yang lebih tua. Walaupun perokok saat ini pada laki-laki jauh lebih tinggi dibandingkan perempuan, namun jumlah batang rokok yang dihisap per hari tidak berbeda. Selain itu, rerata jumlah batang rokok yang dihisap per hari tidak banyak berbeda di antara tingkat pengeluaran per kapita.

Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan usia 10 tahun ke atas yang pertama kali merokok setiap hari paling tinggi pada saat berusia 15-19 tahun (36,8%), tertinggi di Banjar Baru, Tanah Laut, Banjarmasin, dan Hulu Sungai Utara. Penduduk yang pertama kali merokok setiap hari pada saat usia yang sangat muda (5-9 tahun) mencapai 1,4%, tertinggi di Hulu Sungai Tengah, Tapin, dan Banjar.

Penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari cenderung paling tinggi mulai usia 15-19 tahun diikuti usia 20-24 tahun. Namun perlu mendapat perhatian, bahwa pada kelompok usia paling muda 10-14 tahun, sebagian besar mulai merokok pada usia 5-9 tahun.

Proporsi penduduk perkotaan cenderung lebih muda dalam usia mulai merokok setiap hari dibandingkan perdesaan.

Proporsi penduduk Provinsi Kalimantan Selatan dengan usia pertama kali merokok paling tinggi pada usia 15-19 tahun (34,6%), tertinggi di Banjarbaru, Banjarmasin, dan Tanah Bumbu. Namun penduduk yang mulai merokok pertama kali pada usia sangat

muda (5-9 tahun) mencapai 1,3%, tertinggi di Tabalong, Banjar, Tanah Laut dan Kota Baru.

Pada daerah perkotaan usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau cenderung lebih muda dibandingkan daerah perdesaan.

Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan yang merokok, sebagian besar merokok di dalam rumah (85,4% rentang: 65-94,1%), tertinggi di Tanah Bumbu, Tanah Laut, dan Tapin.

Persentase penduduk 10 tahun ke atas yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap, cenderung memilih rokok kretek dengan filter (85,3%), diikuti rokok kretek tanpa filter (20,9%). Penduduk yang mengunyah tembakau di Provinsi Kalsel 1,4%, tertinggi di Tanah Bumbu (3,2%).

Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap, semua karakteristik responden cenderung memilih rokok kretek dengan filter. Walaupun demikian, bila ditinjau pada tingkat pendidikan, persentase penduduk yang berpendidikan tidak sekolah cenderung lebih memilih rokok kretek tanpa filter dibandingkan tingkat pendidikan yang lebih tinggi. Untuk jenis tembakau yang dikunyah, perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki, lebih tinggi di perdesaan dari pada perkotaan, cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah, dan pada ibu rumah tangga.

### **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 Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Tanah Laut	23,6	3,7	2,5	70,2
Kota Baru***	21,0	1,9	1,7	75,4
Banjar	21,0	4,8	3,6	70,6
Barito Kuala	20,9	4,3	2,2	72,5
Tapin	19,8	3,6	4,4	72,2
Hulu Sungai Selatan	16,7	4,5	2,7	76,1
Hulu Sungai Tengah	20,6	3,9	4,2	71,2
Hulu Sungai Utara	16,6	2,6	2,7	78,1
Tabalong	15,9	2,8	1,1	80,3
Tanah Bumbu	22,7	3,7	1,6	72,0
Balangan	20,6	3,5	5,6	70,3
Banjarmasin	19,8	5,5	5,1	69,6
Banjar Baru	18,6	6,1	4,5	70,8
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>20,0</b>	<b>4,1</b>	<b>3,3</b>	<b>72,5</b>

Tabel 3.7.1.1 menunjukkan bahwa persentase penduduk umur 10 tahun ke atas di Provinsi Kalsel yang perokok saat ini terdiri dari perokok setiap hari mencapai 20% (rentang: 15,9-23,6%) dan perokok kadang-kadang mencapai 4,1% (rentang: 1,9-6,1%). Perokok setiap hari tertinggi di Tanah Laut (23,6%), Tanah Bumbu (22,7%) dan Banjar 21,0%, terendah di Kabupaten Tabalong 15,8%, Hulu Sungai Utara 16,6%, dan Hulu Sungai Selatan 16,7%.

**Tabel 3.7.1.2**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Perokok Saat Ini		Tidak Merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
<b>Kelompok umur (tahun)</b>				
10-14	0,7	1,0	0,4	97,9
15-24	16,6	5,8	1,8	75,7
25-34	26,1	4,9	2,1	67,0
35-44	24,7	4,0	3,4	67,9
45-54	24,2	4,0	5,2	66,7
55-64	25,6	3,3	7,6	63,5
65-74	20,7	4,3	11,2	63,8
75+	24,1	4,8	12,2	58,8
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	40,2	8,1	6,2	45,4
Perempuan	1,5	0,5	0,7	97,4
<b>Pendidikan</b>				
Tidak Sekolah	21,2	3,4	4,1	71,3
Tidak Tamat SD	18,3	2,9	3,1	75,7
Tamat SD	20,4	3,6	2,6	73,5
Tamat SMP	21,2	5,4	3,5	69,9
Tamat SMA	22,6	6,0	4,4	67,0
Tamat PT	13,1	4,7	4,9	77,2
<b>Pekerjaan</b>				
Tidak bekerja	15,5	4,3	4,2	76,0
Sekolah	1,6	2,3	1,1	95,0
Ibu RT	0,8	0,5	0,8	97,9
Pegawai	29,9	6,9	6,3	56,9
Wiraswasta	28,4	5,8	5,0	60,8
Petani/Nelayan/Buruh	33,4	5,2	3,9	57,6
Lainnya	31,3	6,8	4,1	57,8
<b>Daerah</b>				
Perkotaan	19,6	4,9	3,9	71,5
Perdesaan	20,3	3,7	3,0	73,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil-1	19,0	3,9	3,2	74,0
Kuintil-2	19,3	4,0	2,9	73,7
Kuintil-3	21,3	4,5	3,3	70,8
Kuintil-4	19,6	4,2	3,4	72,8
Kuintil-5	20,7	3,8	3,8	71,7

Tabel 3.7.1.2 menunjukkan persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang perokok setiap hari berdasarkan pengelompokan umur, cenderung meningkat dengan bertambahnya usia, pada usia 10-14 tahun sudah mencapai 0.7%, tertinggi pada kelompok usia 25-34 tahun (26%). Pria yang perokok saat ini jauh lebih tinggi dibandingkan wanita (40,2:1,5). Penduduk perokok tiap hari cenderung sama tingginya pada semua tingkat pendidikan, kecuali pada pendidikan tamat perguruan tinggi. Penduduk perokok tiap hari paling tinggi pada pekerjaan utama sebagai



petani/nelayan/buruh (33,4%), dan tidak banyak berbeda menurut tipe daerah di perkotaan atau di perdesaan, dan tingkat pengeluaran per kapita.

**Tabel 3.7.1.3**  
**Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap**  
**Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi**  
**Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini	Rerata jumlah batang rokok /hari
Tanah Laut	27,3	12,45
Kota Baru***	22,9	13,16
Banjar	25,8	13,70
Barito Kuala	25,2	14,16
Tapin	23,4	15,38
Hulu Sungai Selatan	21,3	13,54
Hulu Sungai Tengah	24,6	13,19
Hulu Sungai Utara	19,3	14,38
Tabalong	18,7	14,25
Tanah Bumbu	26,3	11,78
Balangan	23,9	13,68
Banjarmasin	25,3	12,65
Banjar Baru	24,7	13,15
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>24,2</b>	<b>13,31</b>

Pada tabel 3.7.1.3 terlihat bahwa rerata jumlah batang rokok yang dihisap di Provinsi Kalsel mencapai 13,31 batang sehari (rentang: 11,78-15,38), paling banyak di kabupaten Tapin (15,38), Hulu Sungai Utara (14,38) dan Tabalong (14,25). Di Kabupaten Tanah Laut dan Tanah Bumbu walaupun perokok saat ini termasuk yang tertinggi namun rerata jumlah batang rokok per hari lebih sedikit dibandingkan angka rerata provinsi.

**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 Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini	Rerata jumlah batang rokok /hari
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
10-14	1,7	9,53
15-24	22,5	11,24
25-34	30,9	13,91
35-44	28,7	14,07
45-54	28,1	14,93
55-64	28,9	13,77
65-74	25,0	10,49
75+	28,9	8,81
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	48,3	13,31
Perempuan	2,0	13,33
<b>Pendidikan</b>		
Tidak Sekolah	24,6	12,75
Tidak Tamat SD	21,2	14,46
Tamat SD	23,9	13,28
Tamat SMP	26,6	12,81
Tamat SMA	28,6	12,76
Tamat Pt	17,8	12,77
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	19,7	10,50
Sekolah	3,9	9,25
Ibu RT	1,3	15,32
Pegawai	36,8	13,01
Wiraswasta	34,2	13,66
Petani/Nelayan/Buruh	38,5	13,90
Lainnya	38,1	13,35
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	24,5	12,98
Perdesaan	24,0	13,52
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	22,9	12,81
Kuintil-2	23,4	13,24
Kuintil-3	25,9	13,53
Kuintil-4	23,9	13,19
Kuintil-5	24,5	13,98

Pada tabel 3.7.1.4 terlihat bahwa rerata jumlah batang rokok yang dihisap paling banyak pada usia 45-54 tahun yaitu 14,9 batang sehari, dan cenderung menurun pada usia yang lebih tua. Walaupun perokok saat ini pada laki-laki jauh lebih tinggi dibandingkan perempuan, namun jumlah batang rokok yang dihisap per hari tidak berbeda. Selain itu, rerata jumlah batang rokok yang dihisap per hari tidak banyak berbeda pada ke lima kuintil tingkat pengeluaran per kapita.

**Tabel 3.7.1.5**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia**  
**Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kotadi Provinsi Kalimantan**  
**Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Usia mulai merokok tiap hari (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	
Tanah Laut	1,0	9,4	43,3	17,2	4,7	0,8	23,5
Kota Baru***	1,2	33,8	28,3	3,5	1,2	5,0	27,1
Banjar	2,0	13,7	39,9	20,0	6,1	4,6	13,7
Barito Kuala	0,9	12,2	31,8	17,6	3,9	3,6	30,1
Tapin	2,6	10,6	35,4	14,3	2,6	2,1	32,3
Hulu Sungai Selatan	0,9	8,5	33,0	8,5	2,4	1,4	45,3
Hulu Sungai Tengah	2,9	14,3	30,8	12,7	1,6	1,0	36,8
Hulu Sungai Utara	1,9	6,9	40,3	19,0	5,6	3,2	23,1
Tabalong	0,5	6,3	30,7	18,5	9,0	5,8	29,1
Tanah Bumbu	1,7	8,4	37,6	21,8	5,4	2,0	23,2
Balangan	0,8	14,5	28,2	13,7	2,4	4,0	36,3
Banjarmasin	0,8	11,8	40,3	25,7	8,8	5,1	7,5
Banjar Baru	0,5	7,6	46,2	15,8	4,3	2,7	22,8
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>1,4</b>	<b>12,8</b>	<b>36,8</b>	<b>17,4</b>	<b>5,0</b>	<b>3,4</b>	<b>23,1</b>

Tabel 3.7.1.5 menunjukkan bahwa penduduk Kalsel usia 10 tahun ke atas yang pertama kali merokok setiap hari paling tinggi pada saat berusia 15-19 tahun (36,8%). Di kabupaten/kota yang pertama kali merokok setiap hari usia 15-19 tahun tertinggi di Banjar Baru (46,2%), Tanah Laut (43,3%), dan Banjarmasin / Hulu Sungai Utara (40,3%).

Namun yang perlu mendapatkan perhatian adalah penduduk yang pertama kali merokok setiap hari pada saat usia yang sangat muda (5-9 tahun) mencapai 1,4%, tertinggi di Hulu Sungai Tengah (2,9%), Tapin (2,6%) dan Banjar (2%).

**Tabel 3.7.1.6**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia**  
**Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi**  
**Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Usia mulai merokok tiap hari (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
10-14	29,7	29,7	0,0	0,0	0,0	0,0	40,5
15-24	1,4	21,9	58,7	6,3	0,0	0,0	11,7
25-34	1,2	12,8	44,7	19,5	3,4	1,0	17,6
35-44	0,7	11,5	32,0	21,4	7,7	3,5	23,2
45-54	0,6	7,5	27,2	21,8	8,2	6,4	28,2
55-64	1,9	10,1	18,3	19,4	7,1	4,6	38,5
65-74	1,3	7,5	14,5	14,5	3,8	18,9	39,6
75+	1,4	5,7	14,3	10,0	8,6	8,6	51,4
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki-laki	1,1	13,2	37,7	17,6	4,9	3,1	22,3
Perempuan	5,6	5,6	17,9	14,0	7,8	10,1	39,1
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	2,4	12,4	20,8	10,8	5,2	9,6	38,8
Tidak tamat SD	2,2	12,8	31,5	15,4	4,6	3,9	29,6
Tamat SD	1,0	15,0	38,2	16,3	3,8	2,1	23,6
Tamat SMP	0,8	13,6	40,5	20,5	4,6	2,8	17,3
Tamat SMA	0,9	9,9	42,4	20,9	7,2	3,4	15,4
Tamat PT	1,7	3,4	42,7	22,2	11,1	4,3	14,5
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak bekerja	3,4	12,2	38,1	9,7	4,4	3,1	29,1
Sekolah	14,3	18,6	47,1	1,4			18,6
Ibu RT	9,4	6,3	3,1	25,0	18,8	15,6	21,9
Pegawai	0,9	8,2	39,7	21,7	7,9	3,1	18,5
Wiraswasta	0,9	13,2	38,4	22,5	3,9	3,6	17,5
Petani/Nelayan/Buruh	0,9	14,1	35,0	15,8	4,7	3,4	26,1
Lainnya	0,5	11,4	41,6	19,5	5,9	3,8	17,3
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	1,0	13,2	40,2	22,1	6,2	3,6	13,8
Perdesaan	1,6	12,6	34,8	14,8	4,3	3,3	28,6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil-1	1,3	13,8	34,3	13,6	3,6	3,6	29,8
Kuintil-2	1,4	14,5	34,7	17,5	4,0	3,4	24,5
Kuintil-3	1,5	14,8	35,2	18,3	5,1	3,6	21,5
Kuintil-4	1,6	11,9	37,8	16,3	6,2	3,6	22,6
Kuintil-5	0,9	9,5	39,7	21,0	6,3	3,1	19,5

Tabel 3.7.1.6 menunjukkan bahwa penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut usia mulai merokok tiap hari pada setiap kelompok umur cenderung paling tinggi mulai usia 15-19 tahun diikuti usia 20-24 tahun. Namun perlu mendapat perhatian, bahwa pada kelompok usia paling muda 10-14 tahun, sebagai besar mulai merokok pada usia 5-9 tahun

Proporsi penduduk perkotaan cenderung lebih muda dalam usia mulai merokok setiap hari dibandingkan perdesaan.

**Tabel 3.7.1.7**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut Usia Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Usia pertama kali merokok/kunyah tembakau (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	
Tanah Laut	1,5	11,2	39,0	13,7	3,9	1,2	29,5
Kota Baru***	1,5	12,8	21,3	6,3	0,5	2,8	55,0
Banjar	1,8	17,5	35,9	13,8	4,2	5,1	21,8
Barito Kuala	1,1	11,1	27,9	15,9	4,8	3,2	36,1
Tapin	1,1	13,3	28,1	6,1	0,8	1,1	49,4
Hulu Sungai Selatan	0,3	8,6	25,7	7,9	2,0	1,3	54,3
Hulu Sungai Tengah	0,9	14,0	25,9	10,8	2,3	0,9	45,2
Hulu Sungai Utara	0,4	9,6	39,4	12,4	5,0	2,5	30,9
Tabalong	2,2	4,3	34,1	15,9	3,9	3,9	35,8
Tanah Bumbu	1,4	7,4	41,1	19,6	5,2	2,2	23,2
Balangan	1,1	13,8	26,0	14,4	2,8	4,4	37,6
Banjarmasin	1,3	17,5	41,9	17,5	3,8	2,8	15,1
Banjar Baru	0,7	7,3	44,1	9,4	2,8	0,7	35,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>1,3</b>	<b>13,0</b>	<b>34,6</b>	<b>13,5</b>	<b>3,4</b>	<b>2,7</b>	<b>31,7</b>

Tabel 3.7.1.7 menunjukkan bahwa proporsi penduduk Provinsi Kalsel dengan usia pertama kali merokok paling tinggi pada usia 15-19 tahun (34,6%), tertinggi di Banjarbaru (44,1%), Banjarmasin (41,9%) dan Tanah Bumbu (41,1%). Namun penduduk yang mulai merokok pertama kali pada usia sangat muda (5-9 tahun) mencapai 1,3%, tertinggi di Tabalong (2,2%), Banjar (1,8%) dan Tanah Laut/Kota Baru (1,5%).

**Tabel 3.7.1.8**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia**  
**Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik responden	Usia pertama kali merokok/kunyah tembakau (tahun)						
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	Tidak tahu
<b>Kelompok umur (tahun)</b>							
10-14	6,9	55,6	0,0	0,0	0,0	0,0	37,5
15-24	1,3	23,5	50,0	4,8	0,0	0,0	20,3
25-34	1,0	12,4	42,1	15,6	2,4	0,6	26,0
35-44	1,4	11,5	33,4	15,5	4,8	2,4	31,1
45-54	1,0	6,8	25,7	18,3	6,4	4,6	37,2
55-64	1,1	7,2	19,4	14,4	4,9	5,7	47,1
65-74	1,1	7,3	13,1	13,8	2,9	12,4	49,5
75+	0,8	4,2	25,2	8,4	3,4	5,9	52,1
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki-laki	1,2	13,4	35,2	13,7	3,3	2,3	30,9
Perempuan	1,3	6,1	22,9	9,8	5,4	9,4	45,1
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	1,5	8,7	21,5	8,4	3,9	8,4	47,8
Tidak tamat SD	1,6	12,2	26,5	12,5	4,5	3,4	39,3
Tamat SD	1,2	16,1	34,9	11,3	2,5	2,4	31,6
Tamat SMP	1,2	13,3	37,7	15,7	2,7	1,8	27,7
Tamat SMA	0,8	10,7	44,2	15,6	4,0	1,4	23,2
Tamat PT	1,5	8,9	37,1	23,3	3,5	3,0	22,8
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak bekerja	4,3	13,6	34,0	6,8	2,9	4,1	34,2
Sekolah	2,2	30,6	37,2	3,8			26,2
Ibu RT		5,6	33,8	12,7	7,0	8,5	32,4
Pegawai	0,4	10,8	38,9	18,8	4,5	2,4	24,3
Wiraswasta	0,9	11,9	35,9	14,5	4,3	2,2	30,3
Petani/Nelayan/Buruh	1,1	12,9	32,2	13,1	2,9	2,7	35,0
Lainnya	0,0	14,6	38,9	14,6	3,6	3,6	24,7
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	1,2	14,5	39,3	15,2	3,5	2,4	24,0
Perdesaan	1,3	12,0	31,5	12,3	3,3	2,9	36,6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil-1	1,6	15,5	32,1	11,7	2,7	2,3	34,0
Kuintil-2	1,0	14,9	33,4	13,0	3,0	2,5	32,3
Kuintil-3	1,9	11,5	33,4	13,8	3,3	3,4	32,7
Kuintil-4	1,1	13,3	33,9	12,6	3,6	2,7	32,9
Kuintil-5	0,8	10,1	38,3	15,5	4,3	2,4	28,5

Berdasarkan Tabel 3.7.1.8 dapat diketahui bahwa persentase pertama kali merokok/mengunyah tembakau tertinggi hampir semua kelompok umur pada umur 15-19 tahun, kecuali pada kelompok umur 10-14 tahun. Pada kelompok umur 10-14 tahun 6,9% pertama kali merokok pada umur 5-9 tahun. Pada daerah perkotaan usia pertama kali merokok/mengunyah tembakau cenderung lebih muda dibandingkan daerah perdesaan.

**Tabel 3.7.1.9**  
**Prevalensi Perokok dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga**  
**Menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perokok merokok di dalam rumah ketika bersama ART
Tanah Laut	94,1
Kota Baru***	90,0
Banjar	86,8
Barito Kuala	88,8
Tapin	92,8
Hulu Sungai Selatan	83,5
Hulu Sungai Tengah	90,7
Hulu Sungai Utara	85,5
Tabalong	92,1
Tanah Bumbu	97,7
Balangan	90,3
Banjarmasin	65,0
Banjar Baru	92,6
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>85,4</b>

Dari tabel 3.7.1.9 dapat diketahui bahwa dari penduduk Provinsi Kalimantan Selatan yang merokok, sebagian besar merokok di dalam rumah (85,4% rentang 65-94,1%), tertinggi di Tanah Bumbu (97,7%), Tanah Laut (94,1%) dan Tapin (92,8%). Hal ini akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain menjadi perokok pasif.

**Tabel 3.7.1.10**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut**  
**Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan**  
**Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Tanah Laut	78,3	21,2	1,4	5,1	0,0	0,0	0,9	0,0
Kota Baru***	84,2	25,5	3,1	1,1	1,1	0,6	2,3	0,3
Banjar	85,9	21,9	4,2	2,0	0,3	0,3	2,8	0,3
Barito Kuala	78,2	25,6	0,7	3,5	0,2	0,2	2,2	0,0
Tapin	80,8	15,5	1,4	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0
Hulu Sungai Selatan	91,0	36,3	2,6	0,7	0,0	0,0	1,1	0,0
Hulu Sungai Tengah	87,9	13,1	0,3	0,5	0,0	0,0	0,8	0,0
Hulu Sungai Utara	89,2	14,5	10,0	0,4	0,4	0,8	0,4	0,0
Tabalong	87,5	11,6	1,4	1,9	0,5	0,5	1,4	0,0
Tanah Bumbu	88,7	18,0	2,6	7,8	0,3	1,5	3,2	0,6
Balangan	87,6	22,1	7,6	2,8	0,0	1,4	0,7	0,0
Banjarmasin	85,4	21,4	7,2	0,9	0,0	0,6	0,4	0,0
Banjar Baru	90,1	19,3	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>85,3</b>	<b>20,9</b>	<b>3,9</b>	<b>2,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,4</b>	<b>1,4</b>	<b>0,1</b>

Tabel 3.7.1.10 terlihat bahwa persentase penduduk 10 tahun ke atas yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap, cenderung memilih rokok kretek dengan filter (85,3%), diikuti rokok kretek tanpa filter (20,9%). Penduduk yang mengunyah tembakau di Provinsi Kalsel 1,4%, tertinggi di Tanah Bumbu (3,2%).



Tabel 3.7.1.11

**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok Menurut  
Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di  
Provinsi Kalimantan Selatan, Riskedas 2007**

Karakteristik	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
<b>Kelompok umur (tahun)</b>								
10-14	93,3	8,9	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-24	93,7	13,9	5,8	0,6	0,0	0,5	0,0	0,0
25-34	91,9	14,9	5,2	1,3	0,1	0,5	0,2	0,2
35-44	87,1	22,2	3,6	1,3	0,3	0,3	0,3	0,0
45-54	79,2	27,1	1,6	2,8	0,3	0,3	1,5	0,3
55-64	69,3	34,4	1,7	5,6	0,0	0,0	5,1	0,2
65-74	60,2	31,3	1,6	8,9	2,1	0,0	8,4	0,0
75+	44,0	41,7	0,0	6,0	0,0	0,0	16,7	0,0
<b>Jenis Kelamin</b>								
Laki-laki	86,5	21,0	4,0	2,1	0,2	0,4	0,3	0,1
Perempuan	56,3	19,6	1,5	3,0	0,0	0,0	28,1	0,0
<b>Pendidikan</b>								
Tidak sekolah	59,9	33,7	1,8	6,1	0,0	0,0	13,6	0,0
Tidak tamat SD	80,5	22,5	1,9	2,8	0,6	0,5	1,8	0,2
Tamat SD	86,7	22,1	3,6	2,3	0,2	0,6	0,5	0,1
Tamat SMP	90,3	17,8	4,5	0,9	0,1	0,4	0,2	0,1
Tamat SMA	90,6	16,7	6,0	1,1	0,0	0,1	0,2	0,0
Tamat PT	89,7	18,6	9,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Pekerjaan</b>								
Tidak bekerja	76,5	21,2	4,7	2,3	0,0	0,8	7,8	0,0
Sekolah	96,9	13,8	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ibu RT	63,4	17,1	5,0	4,9	0,0	0,0	20,0	0,0
Pegawai	90,1	15,0	5,9	1,7	0,0	0,1	0,3	0,0
Wiraswasta	88,6	18,4	5,0	0,7	0,0	0,4	0,3	0,1
Petani/Nelayan/Buruh	83,6	24,0	2,4	2,9	0,4	0,4	1,1	0,1
Lainnya	86,0	22,1	5,9	1,4	0,0	0,9	0,5	0,0
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	87,8	21,2	6,2	0,7	0,0	0,6	0,4	0,1
Perdesaan	83,7	20,8	2,5	3,0	0,3	0,3	2,1	0,1
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil-1	86,6	20,9	3,2	1,9	0,0	0,5	1,4	0,0
Kuintil-2	85,4	20,0	3,6	3,0	0,2	0,6	1,9	0,2
Kuintil-3	83,7	25,0	3,9	3,2	0,3	0,6	1,5	0,0
Kuintil-4	85,0	20,3	3,5	1,8	0,4	0,2	0,9	0,2
Kuintil-5	85,3	19,8	4,9	0,8	0,0	0,3	1,0	0,1

Tabel 3.7.1.11 menyajikan persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap, terlihat semua karakteristik responden cenderung memilih rokok kretek dengan filter. Walaupun demikian, bila ditinjau pada tingkat pendidikan, persentase penduduk yang berpendidikan tidak sekolah cenderung lebih memilih rokok kretek tanpa filter dibandingkan tingkat pendidikan yang lebih tinggi.

Untuk jenis tembakau yang dikunyah terlihat bahwa perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki, penduduk perdesaan lebih tinggi dari pada penduduk perkotaan, cenderung pada tingkat pendidikan yang lebih rendah, dan pada ibu rumah tangga.

### 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.

Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan secara keseluruhan seluruh penduduk Provinsi Kalimantan Selatan (92,3%) kurang mengkonsumsi sayur dan buah. (Tabel 3.7.2.1).

**Tabel 3.7.2.1**  
**Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kurang makan buah dan sayur *)
Tanah Laut	95,9
Kota Baru***	96,9
Banjar	94,2
Barito Kuala	97,3
Tapin	95,8
Hulu Sungai Selatan	96,4
Hulu Sungai Tengah	95,5
Hulu Sungai Utara	96,4
Tabalong	97,1
Tanah Bumbu	99,1
Balangan	97,3
Banjarmasin	92,3
Banjar Baru	98,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>95,7</b>

**Tabel 3.7.2.2**  
**Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas**  
**Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesmas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Kurang makan buah dan sayur *)</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>	
10-14	96,0
15-24	94,9
25-34	96,0
35-44	95,0
45-54	95,9
55-64	96,4
65-74	97,4
75+	99,3
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki-laki	95,8
Perempuan	95,6
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	97,1
Tidak tamat SD	96,5
Tamat SD	96,0
Tamat SMP	95,5
Tamat SMA	93,9
Tamat PT	94,6
<b>Pekerjaan</b>	
Tidak bekerja	96,1
Sekolah	95,5
Ibu RT	94,8
Pegawai	94,3
Wiraswasta	96,0
Petani/Nelayan/Buruh	96,5
Lainnya	96,2
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	95,0
Perdesaan	96,1
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil-1	95,9
Kuintil-2	96,4
Kuintil-3	95,7
Kuintil-4	95,1
Kuintil-5	95,5

Dari tabel 3.7.2.2 dapat diketahui bahwa secara garis besar prevalensi penduduk usia 10 tahun ke atas berdasarkan karakteristik responden sangat kurang kecukupan sayur dan buah. Prevalensi responden yang kurang kecukupan sayur dan buah cenderung lebih tinggi pada responden dengan usia tua (di atas 65 tahun), tidak banyak berbeda di antara laki-laki dan perempuan, cenderung meningkat pada tingkat pendidikan yang lebih rendah, dan hampir serupa pada berbagai tingkat pengeluaran per kapita.

### 3.7.3 Perilaku Minum-Minuman Beralkohol

Prevalensi penduduk usia 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir di Provinsi Kalsel 1,2% (rentang: 0,1-3,2%), kabupaten/ kota dengan prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi adalah Banjarmasin, Balangan, dan Banjar. Penduduk usia 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan 0,5% (rentang: 0,1-1,6%), tertinggi di kota Banjarmasin.

Prevalensi terbesar penduduk yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir dan yang mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir paling tinggi pada umur 15-34 tahun, lebih tinggi pada laki-laki, cenderung meninggi dengan meningkatnya pendidikan, lebih tinggi pada pekerjaan utama sebagai pegawai, lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan, dan hampir sama pada semua tingkat pengeluaran per kapita.

Salah satu faktor risiko kesehatan adalah kebiasaan minum alkohol. Informasi perilaku minum alkohol didapat dengan menanyakan kepada responden umur 10 tahun ke atas. Karena perilaku minum alkohol seringkali periodik maka ditanyakan perilaku minum alkohol dalam periode 12 bulan dan satu bulan terakhir. Wawancara diawali dengan pertanyaan apakah minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir. Untuk penduduk yang menjawab "ya" ditanyakan dalam 1 bulan terakhir, termasuk frekuensi, jenis minuman dan rata-rata satuan minuman standar. Dilakukan kalibrasi terhadap berbagai persepsi ukuran yang digunakan responden, sehingga didapatkan ukuran standar, yaitu satu minuman standar setara dengan bir volume 285 mililiter.

**Tabel 3.7.3.1**  
**Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Konsumsi alkohol 12 bulan terakhir</b>	<b>Konsumsi alkohol 1 bulan terakhir</b>
Tanah Laut	0,5	0,1
Kota Baru***	0,4	0,1
Banjar	1,5	0,2
Barito Kuala	1,2	0,4
Tapin	0,2	0,1
Hulu Sungai Selatan	0,1	0,1
Hulu Sungai Tengah	0,7	0,3
Hulu Sungai Utara	0,6	0,2
Tabalong	0,3	0,1
Tanah Bumbu	0,5	0,3
Balangan	1,7	0,5
Banjarmasin	3,2	1,6
Banjar Baru	0,6	0,5
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>1,2</b>	<b>0,5</b>

Tabel 3.7.3.1 menunjukkan bahwa prevalensi penduduk usia 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir di Provinsi Kalsel 1,2% (rentang 0,1-3,2%), kabupaten/ kota dengan prevalensi lebih tinggi dari angka prevalensi provinsi adalah

Banjarmasin (3,2%), Balangan (1,7%), dan Banjar (1,5%). Penduduk usia 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir di Provinsi Kalimantan Selatan 0,5%, di kabupaten antara 0,1-1,6%, tertinggi di kota Banjarmasin.

**Tabel 3.7.3.2**  
**Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir Menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir</b>	<b>Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
10-14	0,1	0,1
15-24	2,2	0,8
25-34	2,1	0,8
35-44	1,1	0,4
45-54	0,2	0,1
55-64	0,3	0,2
65-74	0,3	0,0
75+	0,0	0,0
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	2,4	0,9
Perempuan	0,1	0,0
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	0,4	0,3
Tidak tamat SD	1,0	0,3
Tamat SD	1,0	0,4
Tamat SMP	1,6	0,6
Tamat SMA	1,8	0,9
Tamat PT	0,8	0,0
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	1,3	0,5
Sekolah	0,2	0,2
Ibu RT	0,2	0,1
Pegawai	2,1	0,7
Wiraswasta	1,5	0,5
Petani/Nelayan/Buruh	1,6	0,6
Lainnya	3,2	1,4
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	1,9	1,0
Perdesaan	0,8	0,2
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	1,6	0,6
Kuintil-2	1,1	0,6
Kuintil-3	1,0	0,2
Kuintil-4	1,0	0,4
Kuintil-5	1,2	0,5

Dari tabel 3.7.3.2 dapat diketahui bahwa prevalensi terbesar penduduk yang mengkonsumsi alkohol 12 bulan terakhir dan yang mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir paling tinggi pada kelompok umur 15-24 tahun dan usia 25-34 tahun, pada laki-laki lebih tinggi dari pada perempuan, cenderung meninggi dengan meningkatnya pendidikan, cenderung lebih tinggi pada pekerjaan utama sebagai pegawai, lebih tinggi diperkotaan, dan hampir sama pada tingkat pengeluaran per kapita.

### 3.7.4 Aktifitas Fisik

Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan kurang aktifitas fisik sebanyak 49,1% (rentang 35,7-68,1%), tertinggi di kabupaten Kota Baru, Banjarbaru, dan Tapin. Prevalensi penduduk yang kurang aktifitas fisik tertinggi pada umur 65 tahun ke atas (usia 75 tahun ke atas mencapai 86,1%), lebih tinggi pada perempuan, tinggi pada tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi, tinggi pada penduduk yang tidak bekerja, lebih tinggi pada penduduk di perkotaan dibandingkan perdesaan, dan cenderung meningkat dengan makin tingginya tingkat pengeluaran per kapita.

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 aktivitas fisik dikategorikan 'cukup' apabila kegiatan dilakukan terus-menerus sekurangnya 10 menit dalam satu kegiatan tanpa henti dan secara kumulatif 150 menit selama lima hari dalam satu minggu. Selain frekuensi, dilakukan pula pengumpulan data intensitas, yaitu jumlah hari melakukan aktivitas 'berat', 'sedang' dan 'berjalan'. Perhitungan jumlah menit aktivitas fisik dalam seminggu mempertimbangkan pula jenis aktivitas yang dilakukan, di mana aktivitas diberi pembobotan, masing-masing untuk aktivitas 'berat' empat kali, aktivitas 'sedang' dua kali terhadap aktivitas 'ringan' atau jalan santai.

**Tabel 3.7.4.1**  
**Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kurang aktivitas fisik
Tanah Laut	39,6
Kota Baru***	68,1
Banjar	50,8
Barito Kuala	35,7
Tapin	66,8
Hulu Sungai Selatan	51,5
Hulu Sungai Tengah	40,6
Hulu Sungai Utara	50,5
Tabalong	62,8
Tanah Bumbu	37,6
Balangan	46,1
Banjarmasin	42,4
Banjar Baru	67,3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>49,1</b>

\*) Kurang aktivitas fisik adalah kegiatan kumulatif kurang dari 150 menit dalam seminggu

Tabel 3.7.4.1 menunjukkan prevalensi penduduk Kalimantan Selatan yang kurang aktifitas fisik 49,1% (rentang 35,7-68,1%). Kurang aktivitas fisik paling tinggi di kabupaten Kota Baru (68,1%), Banjarbaru (67,3%), Tapin (66,8%), terendah di kabupaten Barito Kuala (35,7%), Tanah Bumbu (37,6%), dan Tanah Laut (39,6%)

**Tabel 3.7.4.2**  
**Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas**  
**menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesmas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Kurang Aktivitas Fisik</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>	
10-14	64,6
15-24	49,8
25-34	44,1
35-44	41,8
45-54	41,9
55-64	50,1
65-74	66,8
75+	86,1
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki-laki	42,8
Perempuan	54,8
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	55,6
Tidak tamat SD	49,1
Tamat SD	43,9
Tamat SMP	48,3
Tamat SMA	53,1
Tamat PT	66,8
<b>Pekerjaan</b>	
Tidak bekerja	68,5
Sekolah	63,8
Ibu RT	56,5
Pegawai	57,6
Wiraswasta	51,6
Petani/Nelayan/Buruh	27,6
Lainnya	48,6
<b>Tipe Daerah</b>	
Perkotaan	53,2
Perdesaan	46,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil-1	43,8
Kuintil-2	44,3
Kuintil-3	48,1
Kuintil-4	49,8
Kuintil-5	58,2

Tabel 3.7.4.2 menunjukkan bahwa prevalensi penduduk Provinsi Kalsel yang kurang aktifitas fisik tertinggi : pada kelompok umur 65 tahun ke atas (usia 75 tahun ke atas mencapai 86,1%), pada perempuan (54,8%), pada tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi (66,8%), pada penduduk yang tidak bekerja (68,5%), lebih tinggi pada penduduk di perkotaan (53,2%), dan cenderung meningkat dengan makin tingginya tingkat pengeluaran per kapita (58,2%).

### **3.7.5 Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS**

#### **3.7.5.1 Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung**

Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang pernah mendengar tentang flu burung mencapai 69,3% (rentang: 48,8-91,7%), 9 kabupaten dengan persentase lebih rendah dari angka persentase provinsi adalah Tanah Bumbu, Kota Baru, Tabalong, Hulu Sungai Selatan, Tapin, Balangan, Hulu Sungai Tengah, Banjar, Barito Kuala,

Persentase penduduk usia 10 tahun ke atas yang bersikap benar tentang flu burung di Provinsi Kalsel 74,6% (rentang: 56,2-94,9%), terendah di kabupaten Barito Kuala, Banjar, dan Banjarmasin.

Penduduk usia 10 tahun ke atas di Provinsi Kalsel yang pernah mendengar tentang flu burung, mempunyai pengetahuan dan sikap yang benar terhadap flu burung, lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan pendidikan dan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita. Penduduk dari perkotaan yang pernah mendengar flu burung dan bersikap benar terhadap flu burung lebih tinggi dari perdesaan. Pegawai lebih banyak yang pernah mendengar tentang flu burung, berpengetahuan dan bersikap benar terhadap flu burung dibandingkan penduduk dengan pekerjaan utama lainnya.

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

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



**Tabel 3.7.5.1.1**  
**Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap tentang Flu Burung dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/kota</b>	<b>Pernah mendengar</b>	<b>Berpengetahuan benar*</b>	<b>Bersikap benar**</b>
Tanah Laut	82,9	81,6	89,2
Kota Baru***	56,0	94,7	89,3
Banjar	66,3	56,0	56,8
Barito Kuala	67,1	70,3	56,2
Tapin	60,1	84,4	88,3
Hulu Sungai Selatan	58,9	79,2	87,0
Hulu Sungai Tengah	61,1	71,8	81,6
Hulu Sungai Utara	68,0	94,0	67,4
Tabalong	56,8	86,7	84,1
Tanah Bumbu	48,8	86,0	88,2
Balangan	60,7	71,5	73,1
Banjarmasin	91,7	49,4	66,9
Banjar Baru	80,3	90,4	94,9
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>69,3</b>	<b>71,1</b>	<b>74,6</b>

\*) 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.

Dari tabel 3.7.5.1.1 terlihat persentase penduduk yang pernah mendengar tentang flu burung mencapai 69,3%, tertinggi di Banjarmasin (91,7%), Tanah Laut (82,9%) dan Banjar Baru (80,3%), sedangkan kabupaten lainnya dengan persentase lebih rendah dari angka persentase provinsi adalah Tanah Bumbu (48,8%), Kota Baru (56,0%), Tabalong (56,8%), Hulu Sungai Selatan (58,9%), Tapin (60,1%), Balangan (60,7%), Hulu Sungai Tengah (61,1%), Banjar (66,0%), Barito Kuala (66%),

Persentase penduduk yang berpengetahuan benar tentang flu burung di Provinsi Kalsel mencapai 71,1%, terendah di Banjarmasin (49,4%) dan Banjar (56%), tertinggi di Kota Baru (94,7%), HSU (94%) dan Banjarbaru (90,4%).

Persentase penduduk yang bersikap benar tentang flu burung di Provinsi Kalsel 74,6%, terendah di kabupaten Barito Kuala (56,2%), Banjar (56,8%), dan Banjarmasin (66,9%), tertinggi di Banjarbaru (94,9%), Kota Baru (89,3%) dan Tanah Laut (89,2%).

Pada penduduk di kota Banjarmasin, walaupun pernah mendengar tentang flu burung paling tinggi di antara kabupaten/kota lain di Provinsi Kalimantan Selatan, namun pengetahuan dan sikap yang benar tentang flu burung termasuk yang terendah. Pada penduduk di kota Banjarbaru termasuk kabupaten yang tertinggi baik pernah mendengar tentang flu burung, maupun pengetahuan dan sikap yang benar.

**Tabel 3.7.5.1.2**  
**Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan dan Sikap tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Pernah mendengar</b>	<b>Berpengetahuan benar</b>	<b>Bersikap benar**</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>			
10-14	57,4	67,8	68,3
15-24	80,2	76,1	75,4
25-34	78,9	74,6	77,2
35-44	75,4	69,9	76,0
45-54	64,3	67,0	73,5
55-64	50,5	63,2	73,0
65-74	36,8	50,7	67,0
75+	18,0	44,4	56,6
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	73,3	74,6	76,8
Perempuan	65,7	67,5	72,4
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	33,4	53,5	61,1
Tidak tamat SD	51,5	61,2	62,9
Tamat SD	68,8	69,0	71,0
Tamat SMP	82,2	75,1	78,7
Tamat SMA	90,9	77,6	84,0
Tamat PT	96,2	86,2	90,4
<b>Pekerjaan</b>			
Tidak bekerja	55,9	66,1	70,1
Sekolah	67,1	74,5	74,3
Ibu RT	76,5	66,4	74,7
Pegawai	89,0	81,2	88,2
Wiraswasta	77,5	71,2	75,3
Petani/Nelayan/Buruh	60,2	68,4	69,2
Lainnya	81,7	76,4	77,2
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	83,1	66,8	76,7
Perdesaan	60,9	74,8	72,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	61,2	65,3	68,1
Kuintil-2	65,6	66,9	69,9
Kuintil-3	67,7	70,9	74,2
Kuintil-4	72,2	72,7	77,0
Kuintil-5	78,2	78,6	82,0

\*) 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 3.7.5.1.2 menunjukkan bahwa penduduk usia 10 tahun ke atas di Provinsi Kalsel yang pernah mendengar tentang flu burung, mempunyai pengetahuan dan sikap yang

benar terhadap flu burung, lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, dan cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan pendidikan dan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita. Penduduk dari perkotaan yang pernah mendengar flu burung dan bersikap benar terhadap flu burung lebih tinggi dari perdesaan.

Pegawai lebih banyak yang pernah mendengar tentang flu burung, berpengetahuan dan bersikap benar terhadap flu burung dibandingkan penduduk dengan pekerjaan utama lainnya.

### **3.7.5.2 Pengetahuan dan Sikap terhadap HIV/AIDS**

Persentase penduduk yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS di Provinsi Kalimantan hanya mencapai 44,3% (rentang: 27,7-64%), yang berpengetahuan benar tentang HIV/AIDS hanya mencapai 44,1% (rentang: 27,6-63,9%), dan bersikap benar tentang pencegahannya hanya 20,5% (rentang: 7,4-45%), terendah di kabupaten Hulu Sungai Tengah, Tanah Bumbu dan Hulu Sungai Selatan.

Persentase penduduk yang berumur antara 15–44 tahun lebih tinggi dalam hal pernah mendengar tentang HIV, berpengetahuan yang benar tentang penularannya dan berpengetahuan benar tentang pencegahannya di bandingkan usia lainnya.

Persentase penduduk yang pernah mendengar, berpengetahuan yang benar tentang penularan dan tentang pencegahan HIV/AIDS; lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, meningkat dengan bertambah tingginya pendidikan, lebih tinggi pada penduduk di perkotaan, dan meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

Sikap yang paling dipilih oleh penduduk di Provinsi Kalsel andaikata ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS tertinggi adalah melakukan konseling dan pengobatan 89,9% (rentang: 77,8-95,3%), diikuti dengan membicarakan dengan anggota keluarga lain (63%), namun sikap mencari alternatif juga cukup tinggi (60,5%). Hanya sebagian kecil yang bersikap mengucilkan penderita HIV/AIDS dan merahasiakannya (6,2%).

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

**Tabel 3.7.5.2.1**  
**Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten /Kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar tentang penularan*	Berpengetahuan benar tentang pencegahan**
Tanah Laut	50,9	6,3	38,5
Kota Baru***	45,9	25,5	33,8
Banjar	43,7	2,7	45,2
Barito Kuala	36,4	20,9	34,7
Tapin	36,6	9,3	28,2
Hulu Sungai Selatan	32,6	13,6	36,5
Hulu Sungai Tengah	27,7	10,3	26,7
Hulu Sungai Utara	35,4	4,0	54,0
Tabalong	41,5	4,8	21,6
Tanah Bumbu	29,0	10,3	45,8
Balangan	33,3	5,0	55,0
Banjarmasin	63,1	2,4	71,8
Banjar Baru	64,0	5,7	30,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>44,3</b>	<b>7,8</b>	<b>46,3</b>

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

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

Dari tabel 3.7.5.2.1 terlihat Persentase penduduk yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS di Provinsi Kalimantan hanya mencapai 44,3% (rentang: 27,7-64%), yang berpengetahuan benar tentang HIV/AIDS hanya mencapai 7,8% (rentang: 2,4-25,5%), dan bersikap benar tentang pencegahannya hanya 46,3% (rentang: 21,6-71,8%), terendah di kabupaten Tabalong, Hulu Sungai Tengah, dan Tapin.

**Tabel 3.7.5.2.2**  
**Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Pernah mendengar</b>	<b>Berpengetahuan benar tentang penularan*</b>	<b>Berpengetahuan benar tentang pencegahan**</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>			
10-14	17,8	4,9	29,4
15-24	61,4	6,7	47,8
25-34	58,1	8,4	48,7
35-44	50,6	10,2	48,0
45-54	35,7	7,6	44,1
55-64	22,9	2,7	39,9
65-74	14,7	8,9	36,3
75+	4,1	0,0	54,5
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	49,3	7,2	47,0
Perempuan	39,7	8,6	45,6
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	8,1	27,7	41,5
Tidak tamat SD	19,0	4,2	32,3
Tamat SD	35,9	3,8	33,8
Tamat SMP	63,6	5,2	45,8
Tamat SMA	81,4	9,6	57,0
Tamat PT	92,0	22,6	66,9
<b>Pekerjaan</b>			
Tidak bekerja	33,8	5,7	44,3
Sekolah	36,5	7,1	43,1
Ibu RT	50,7	9,7	49,0
Pegawai	81,0	15,4	62,0
Wiraswasta	54,1	4,2	46,1
Petani/Nelayan/Buruh	31,3	5,1	32,8
Lainnya	60,2	4,0	56,1
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	60,9	6,3	55,4
Perdesaan	34,2	9,5	36,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	31,0	4,1	36,0
Kuintil-2	37,1	4,0	41,3
Kuintil-3	41,7	6,4	44,2
Kuintil-4	48,3	8,2	48,3
Kuintil-5	60,9	12,8	53,0

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

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

Dari tabel ini dapat diketahui bahwa penduduk yang berumur antara 15 – 44 tahun lebih tinggi dalam hal pernah mendengar tentang HIV, berpengetahuan yang benar tentang penularannya dan berpengetahuan benar tentang pencegahannya di bandingkan usia yang lebih muda atau yang lebih tua.

Persentase penduduk yang pernah mendengar, berpengetahuan yang benar tentang penularan dan tentang pencegahan HIV/AIDS; lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, meningkat dengan bertambah tingginya pendidikan, lebih tinggi pada penduduk yang bertempat tinggal perkotaan, dan meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

**Tabel 3.7.5.2.3**  
**Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	Merahasiakan	Bicarakan dengan ART lain	Konseling dan pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucilkan
Tanah Laut	10,5	61,5	93,6	67,5	3,1
Kota Baru***	42,1	9,7	90,7	32,1	1,1
Banjar	57,2	67,5	94,4	66,7	9,3
Barito Kuala	16,0	44,4	77,8	64,0	6,2
Tapin	29,4	43,1	84,5	52,3	2,0
Hulu Sungai Selatan	49,3	56,2	74,9	56,7	2,9
Hulu Sungai Tengah	14,2	49,8	81,4	51,0	2,7
Hulu Sungai Utara	43,9	75,7	95,1	84,6	10,9
Tabalong	24,9	71,2	86,8	38,6	2,5
Tanah Bumbu	36,0	55,7	83,9	65,3	6,9
Balangan	21,5	79,6	88,6	72,6	11,4
Banjarmasin	24,8	86,5	95,3	64,4	9,0
Banjar Baru	19,9	55,1	87,3	60,9	4,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>30,7</b>	<b>63,0</b>	<b>89,9</b>	<b>60,5</b>	<b>6,2</b>

Pada tabel 3.7.5.2.3 terlihat sikap yang paling dipilih oleh penduduk di Provinsi Kalsel andaikata ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS tertinggi adalah melakukan konseling dan pengobatan 89,9% (rentang: 77,8-95,3%), diikuti dengan membicarakan dengan anggota keluarga lain (63%), namun sikap mencari alternatif juga cukup tinggi (60,5%). Hanya sebagian kecil yang bersikap mengucilkan penderita HIV/AIDS dan merahasiakannya (6,2%).

**Tabel 3.7.5.2.4**  
**Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas Menurut Sikap Andaikata Ada**  
**Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Merahasiakan	Bicarakan dengan ART lain	Konseling dan pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucilkan
<b>Kelompok umur (tahun)</b>					
10-14	29,3	47,9	78,8	47,8	6,0
15-24	33,5	62,9	89,5	61,7	5,7
25-34	32,3	63,0	90,5	61,7	5,9
35-44	28,1	64,6	91,7	60,9	6,1
45-54	27,3	66,6	91,8	60,6	7,3
55-64	24,1	62,2	88,7	56,8	7,3
65-74	30,1	63,7	87,5	64,3	16,1
75+	16,7	91,7	91,7	50,0	
<b>Jenis Kelamin</b>					
Laki-laki	29,2	61,0	90,5	59,5	5,8
Perempuan	32,4	65,3	89,2	61,8	6,7
<b>Pendidikan</b>					
Tidak sekolah	36,2	43,0	87,2	59,6	5,4
Tidak tamat SD	30,7	57,5	83,7	56,8	6,8
Tamat SD	31,8	58,4	85,8	57,9	7,1
Tamat SMP	32,0	63,6	90,5	61,3	6,4
Tamat SMA	28,4	69,2	93,8	62,1	5,0
Tamat PT	30,9	63,1	95,2	65,6	6,5
<b>Pekerjaan</b>					
Tidak bekerja	30,8	61,0	86,5	60,1	7,4
Sekolah	35,1	58,4	88,3	56,4	4,9
Ibu RT	31,8	67,0	89,8	62,2	6,9
Pegawai	26,4	68,6	95,5	63,7	6,0
Wiraswasta	32,4	63,2	91,2	58,7	6,0
Petani/Nelayan/Buruh	29,7	55,8	85,9	59,6	6,4
Lainnya	26,9	77,4	94,6	67,1	6,3
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	27,6	69,6	92,5	60,4	6,5
Perdesaan	34,1	55,7	87,1	60,7	5,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil-1	30,1	58,3	86,4	60,1	4,8
Kuintil-2	29,9	61,0	87,7	59,9	7,9
Kuintil-3	28,7	62,3	89,5	57,7	6,4
Kuintil-4	32,3	63,9	90,2	61,0	7,3
Kuintil-5	31,0	65,2	92,4	62,3	4,8

Tabel 3.7.5.2.4 terlihat sikap yang paling dipilih oleh penduduk di Provinsi Kalsel andaikata ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS, pada semua karakteristik responden tertinggi adalah melakukan konseling dan pengobatan, membicarakan dengan anggota rumah tangga yang lain dan mencari pengobatan alternatif.

### 3.7.6 Perilaku Higienis

Proporsi penduduk usia 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB yaitu BAB di jamban di Provinsi Kalsel mencapai 69,9% (rentang: 33,5-88,1%), sedangkan berperilaku benar dengan cuci tangan dengan sabun 17,9% (rentang: 4,3-40,8%). Kabupaten/kota dengan penduduk berperilaku benar dalam hal BAB terendah di Barito Kuala, HSU, dan Hulu Sungai Selatan. Kabupaten/kota dengan penduduk berperilaku benar cuci tangan dengan sabun terendah di Tapin, HSU dan Hulu Sungai Tengah.

Penduduk di Provinsi Kalsel yang memiliki perilaku benar dalam BAB (BAB di jamban) dan perilaku benar cuci tangan dengan sabun lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki, cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya jenjang pendidikan, tertinggi pada pekerjaan utama sebagai pegawai, lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan, cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

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**  
**Proporsi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar dalam hal BAB*	Berperilaku benar dalam hal cuci tangan**
Tanah Laut	65,9	16,1
Kota Baru***	88,1	22,7
Banjar	74,1	13,3
Barito Kuala	33,5	18,6
Tapin	74,5	4,3
Hulu Sungai Selatan	53,3	16,4
Hulu Sungai Tengah	67,5	8,0
Hulu Sungai Utara	50,4	7,3
Tabalong	74,8	10,6
Tanah Bumbu	79,1	40,8
Balangan	59,5	11,0
Banjarmasin	77,7	26,9
Banjar Baru	98,9	17,1
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>69,9</b>	<b>17,9</b>

\*) 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.



Proporsi penduduk usia 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB yaitu BAB di jamban di Provinsi Kalsel hanya mencapai 69,9% (rentang: 33,5-88,1%), sedangkan berperilaku benar dengan cuci tangan dengan sabun hanya 17,9% (rentang: 4,3-40,8%). Kabupaten/kota dengan perilaku benar dalam hal BAB tertinggi di Banjarbaru (98,9), Kota Baru (88,1%), dan Tanah Bumbu (79,1%), terendah di Barito Kuala (33,5%), HSU (50,4%) dan Hulu Sungai Selatan (53,3%). Kabupaten/kota yang berperilaku benar cuci tangan dengan sabun tertinggi di Tanah Bumbu (40,8%), Banjarmasin(26,9%) dan Kota Baru (22,7%), sedangkan yang terendah adalah Tapin (4,3%), HSU (7,3%) dan Hulu Sungai Tengah (8%).

**Tabel 3.7.6.2**

**Proporsi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Berperilaku benar dalam hal BAB*</b>	<b>Berperilaku benar dalam hal cuci tangan**</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
10-14	67,6	13,9
15-24	69,5	17,1
25-34	71,0	20,2
35-44	71,3	21,3
45-54	71,0	17,6
55-64	68,5	14,8
65-74	68,0	15,0
75+	64,0	8,8
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	69,6	12,7
Perempuan	70,2	22,7
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	49,8	16,5
Tidak tamat SD	59,4	15,0
Tamat SD	65,9	16,2
Tamat SMP	77,6	17,8
Tamat SMA	87,2	21,9
Tamat PT	94,5	33,9
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	66,1	14,7
Sekolah	73,3	15,3
Ibu RT	77,7	27,3
Pegawai	90,3	28,2
Wiraswasta	77,8	16,2
Petani/Nelayan/Buruh	55,5	13,2
Lainnya	70,6	15,7
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	84,2	20,5
Perdesaan	61,2	16,3
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil-1	54,1	14,1
Kuintil-2	63,7	16,8
Kuintil-3	67,3	18,0
Kuintil-4	76,3	19,3
Kuintil-5	86,2	21,1

\*) 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.

Penduduk di Provinsi Kalsel yang memiliki perilaku benar dalam BAB (BAB di jamban) dan perilaku benar cuci tangan dengan sabun lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki, cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya jenjang pendidikan, pekerjaan utama sebagai pegawai lebih tinggi dibandingkan dengan pekerjaan utama lainnya, yang bertempat tinggal di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan, cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

### 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 Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskeddas 2007**

Kabupaten/kota	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Tanah Laut	89,1	10,0	3,6	1,0	0,9	1,8	31,4	96,3
Kota Baru***	70,8	24,9	5,0	2,2	1,7	5,4	26,9	58,9
Banjar	76,9	30,2	6,1	1,4	9,8	10,2	39,2	86,1
Barito Kuala	91,1	24,8	7,1	1,8	4,1	3,4	19,8	91,5
Tapin	89,3	19,9	10,6	1,1	3,1	2,2	12,2	74,4
Hulu Sungai Selatan	93,6	30,0	14,5	1,0	4,0	3,5	12,2	82,6
Hulu Sungai Tengah	95,9	19,8	3,7	0,7	2,6	6,6	9,7	97,6
Hulu Sungai Utara	83,3	19,0	6,2	2,7	3,9	5,0	10,1	75,0
Tabalong	89,3	16,5	7,5	1,3	1,6	3,5	16,1	76,1
Tanah Bumbu	71,1	22,7	7,7	2,5	5,6	3,4	19,9	77,5
Balangan	93,7	22,6	5,0	1,0	1,5	11,3	19,1	97,7
Banjarmasin	82,5	11,0	16,2	2,0	6,0	13,0	18,9	93,3
Banjar Baru	71,0	7,9	4,0	0,8	1,8	11,5	27,5	76,3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>83,5</b>	<b>19,8</b>	<b>8,3</b>	<b>1,6</b>	<b>4,4</b>	<b>7,1</b>	<b>21,8</b>	<b>84,7</b>

Prevalensi penduduk dengan umur 10 tahun ke atas di Provinsi Kalimantan Selatan dengan konsumsi makanan berisiko, tertinggi dalam mengonsumsi makanan yang manis 83,5% (rentang: 70,8-95,9%) dan penyedap (84,7%). Tujuh kabupaten dengan prevalensi penduduk mengonsumsi makanan manis melebihi angka prevalensi provinsi yaitu Hulu Sungai Tengah, Balangan, Hulu Sungai Selatan, Barito Kuala, Tabalong, Tapin, dan Tanah Laut.

Prevalensi penduduk umur 10 tahun ke atas yang sering mengonsumsi makanan yang asin di Provinsi Kalimantan Selatan 19,8% (rentang: 7,9-30,2%). Delapan

kabupaten/kota dengan prevalensi melebihi angka prevalensi provinsi yaitu Banjar, Hulu Sungai Selatan, Kota Baru, Barito Kuala, Tanah Bumbu, Balangan, Tapin, dan Hulu Sungai Tengah. Untuk kebiasaan mengkonsumsi makanan berlemak di Provinsi Kalimantan Selatan prevalensi 8,3% (rentang: 3,6-16,2%), tiga kabupaten/kota dengan prevalensi melebihi angka prevalensi provinsi yaitu Tapin, Hulu Sungai Selatan, dan Banjarmasin.

Perilaku mengkonsumsi makanan manis dan makanan yang berkafein lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, sebaliknya perilaku mengkonsumsi penyedap lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki.

Perilaku mengkonsumsi makanan manis cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya pendidikan, sebaliknya perilaku mengkonsumsi makanan asin cenderung meningkat pada pendidikan yang lebih rendah.

Perilaku mengkonsumsi; makanan manis, makanan asin, dan makanan berkafein lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan, sedangkan perilaku mengkonsumsi makanan berlemak dan makanan yang diawetkan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan. Perilaku mengkonsumsi makanan manis relatif lebih tinggi pada status ekonomi yang lebih tinggi, sebaliknya perilaku mengkonsumsi makanan asin dan penyedap cenderung lebih tinggi pada status ekonomi yang lebih rendah. Perilaku makanan berlemak cenderung tinggi pada responden dengan status ekonomi di kuintil 4 dan 5.

**Tabel 3.7.7.2**  
**Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan**  
**Berisiko Menurut Karakteristik Responden, Di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesmas 2007**

Karakteristik	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
<b>Kelompok umur (tahun)</b>								
10-14	81,1	22,0	10,4	1,8	4,4	10,9	8,0	85,2
15-24	82,0	21,1	9,4	1,6	4,6	9,2	16,3	85,9
25-34	84,4	18,8	7,9	1,6	4,0	6,9	24,4	85,9
35-44	85,7	18,8	8,3	1,7	4,6	5,6	27,0	84,4
45-54	84,8	19,7	7,7	1,5	4,9	5,6	27,5	85,0
55-64	82,0	19,6	5,9	0,9	3,6	2,9	27,8	80,2
65-74	81,5	16,4	5,6	1,4	3,4	3,8	25,3	80,2
75+	79,9	20,4	7,8	2,4	6,8	6,1	27,8	80,2
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-Laki	84,0	19,9	8,8	1,7	4,2	7,7	30,8	82,2
Perempuan	82,9	19,6	8,0	1,5	4,6	6,4	13,6	87,1
<b>Pendidikan</b>								
Tidak Sekolah	81,6	24,1	6,7	1,8	4,5	4,7	27,4	81,5
Tidak Tamat SD	83,7	23,2	7,5	1,7	4,5	7,6	22,1	85,0
Tamat SD	82,7	20,4	7,5	1,2	4,2	6,7	21,1	85,9
Tamat SMP	83,6	18,0	8,9	1,8	4,1	7,8	21,3	85,8
Tamat SMA	84,6	15,4	11,6	1,8	5,0	7,5	21,8	84,4
Tamat PT	85,5	12,3	8,3	1,6	4,5	4,9	20,6	75,5
<b>Pekerjaan</b>								
Tidak bekerja	81,2	20,0	9,1	1,9	4,4	7,0	18,6	83,2
Sekolah	82,0	20,7	10,5	1,9	4,5	10,8	8,9	85,6
Ibu RT	82,9	16,5	8,0	1,7	4,5	5,4	13,4	87,0
Pegawai	84,6	15,3	9,6	1,5	4,7	5,7	26,5	80,7
Wiraswasta	84,4	17,6	8,9	1,9	4,8	7,9	27,9	82,7
Petani/Nelayan/Buruh	84,8	23,7	6,4	1,3	4,1	6,4	29,7	85,5
Lainnya	79,3	14,3	8,8	0,9	4,0	3,5	23,5	86,0
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	81,7	14,6	11,2	1,8	4,7	9,1	20,7	84,4
Perdesaan	84,5	22,9	6,6	1,4	4,2	5,8	22,5	84,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil-1	82,8	21,2	7,8	1,6	3,6	8,0	23,1	87,6
Kuintil-2	83,2	21,5	7,6	1,5	4,0	6,6	23,1	85,4
Kuintil-3	83,6	20,8	7,5	1,3	4,8	8,1	22,7	86,6
Kuintil-4	83,3	18,5	9,1	1,5	4,3	6,8	20,3	82,6
Kuintil-5	84,7	16,8	9,5	1,9	4,7	5,3	20,0	81,2

Tabel 3.7.7.2 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut karakteristik responden. Menurut umur, perilaku sering mengkonsumsi makanan manis tertinggi pada usia 25-54 tahun, sedangkan perilaku

sering mengkonsumsi penyedap tertinggi cenderung tinggi pada usia yang lebih muda, sedangkan untuk makanan berkafein cenderung meningkat dengan bertambahnya umur.

Menurut jenis kelamin, perilaku mengkonsumsi makanan manis dan makanan yang berkafein lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, sebaliknya perilaku mengkonsumsi penyedap lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki.

Menurut pendidikan, perilaku mengkonsumsi makanan manis cenderung meningkat sesuai dengan meningkatnya pendidikan dan perilaku mengkonsumsi makanan asin cenderung meningkat pada pendidikan yang lebih rendah. Konsumsi makanan berkafein tinggi pada pendidikan tidak sekolah.

Perilaku mengkonsumsi makanan asin tinggi pada responden dengan pekerjaan sebagai petani/nelayan/buruh, sedangkan perilaku makanan dengan penyedap tinggi pada ibu rumah tinggi.

Menurut tipe daerah, perilaku mengkonsumsi; makanan manis, makanan asin, dan makanan berkafein lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan, sedangkan perilaku mengkonsumsi makanan berlemak dan makanan yang diawetkan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita, perilaku mengkonsumsi makanan manis relatif lebih tinggi pada status ekonomi yang lebih tinggi, sebaliknya perilaku mengkonsumsi makanan asin dan penyedap cenderung lebih tinggi pada status ekonomi yang lebih rendah. Perilaku makanan berlemak cenderung tinggi pada responden dengan status ekonomi di kuintil 4 dan 5.

### **3.7.8 Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat**

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

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

---

<sup>1</sup> 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.

Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan proporsi rumah tangga dengan PHBS dengan klasifikasi baik di Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 41,2%. PHBS terbaik adalah Kabupaten Banjar Baru (61,6%) dan yang lebih rendah dari persentase provinsi adalah Kabupaten Barito Kuala (26,8%), Tanah Bumbu (29,5%), Kota Baru (31,4%), Tanah Laut dan Hulu Sungai Utara (32,7%), Tapin (34,4%), Banjar (35,2%), dan Balangan (35,8%).

**Tabel 3.7.8.1**  
**Persentase Rumah Tangga yang memenuhi kriteria Perilaku**  
**Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>RT dengan PHBS</b>
Tanah Laut	32,7
Kota Baru***	31,4
Banjar	35,2
Barito Kuala	26,8
Tapin	34,4
Hulu Sungai Selatan	45,4
Hulu Sungai Tengah	44,3
Hulu Sungai Utara	32,7
Tabalong	53,0
Tanah Bumbu	29,5
Balangan	35,8
Banjarmasin	59,0
Banjar Baru	61,6
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>41,2</b>

Tabel 3.7.8.3 dan tabel 3.7.8.4 di bawah ini merupakan gabungan dari beberapa perilaku yang menjadi faktor risiko untuk penyakit tidak menular utama (penyakit kardiovaskuler, 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 PTM Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 15 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kurang konsumsi sayur Buah*	Kurang aktifitas Fisik**	Merokok***
Tanah Laut	95,5	17,5	27,0
Kota Baru***	97,0	47,1	23,6
Banjar	93,3	20,0	24,0
Barito Kuala	97,1	12,2	23,8
Tapin	95,6	29,4	22,2
Hulu Sungai Selatan	96,2	19,8	19,1
Hulu Sungai Tengah	95,1	19,6	23,4
Hulu Sungai Utara	95,8	32,1	19,5
Tabalong	97,3	18,2	18,1
Tanah Bumbu	99,0	15,0	26,7
Balangan	97,4	22,9	23,6
Banjarmasin	90,8	15,8	22,6
Banjar Baru	99,0	22,4	20,5
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>95,2</b>	<b>21,5</b>	<b>22,9</b>

\*) Penduduk umur 15 tahun ke atas yang makan buah dan/atau buah < 5 porsi /hari

\*\*) Penduduk umur 15 tahun ke atas yang melakukan kegiatan kumulatif <150 menit/minggu

\*\*\*) Penduduk umur 15 tahun ke atas yang merokok setiap hari Nasional 49,4 dan 20,1

Prevalensi faktor risiko PTM utama kurang konsumsi sayur buah di Provinsi Kalsel pada penduduk  $\geq 15$  tahun mencapai 95,2%, yang kurang aktifitas fisik hanya 21,5%, dan yang merokok mencapai 22,9%. Semua penduduk di kabupaten /kota di Provinsi Kalsel kurang konsumsi sayur lebih dari 90%. Kabupaten/kota yang kurang aktifitas fisik paling tinggi di Kota Baru (47%), HSU 32,1% dan Tapin (29,4%). Kabupaten yang penduduknya merokok paling tinggi di Tanah Laut (27%), Tanah Bumbu (26,7%), dan Banjar (24%).

**Tabel 3.7.8.3**  
**Prevalensi Faktor Risiko PTM Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik dan Merokok) pada Penduduk 15 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskeddas 2007**

Karakteristik responden	Kurang konsumsi sayur buah*	Kurang aktifitas fisik**	Merokok***
<b>Kelompok umur (tahun)</b>			
15-24	94,4	24,9	16,6
25-34	95,7	14,8	26,0
35-44	94,7	15,6	24,7
45-54	95,5	16,9	24,1
55-64	95,9	29,6	25,5
65-74	96,9	51,4	20,7
75+	99,1	73,2	24,1
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-Laki	95,4	20,7	46,0
Perempuan	95,1	22,2	1,7
<b>Pendidikan</b>			
Tidak Sekolah	96,6	37,1	21,5
Tidak Tamat SD	96,5	20,7	25,1
Tamat SD	95,4	17,7	24,5
Tamat SMP	95,2	22,0	21,2
Tamat SMA	93,5	20,3	22,5
Tamat PT	94,5	29,4	13,1
<b>Pekerjaan</b>			
Tidak Kerja	95,1	48,2	17,5
Sekolah	94,3	39,0	4,2
Ibu RT	94,5	18,7	0,8
Pegawai	93,9	24,4	30,0
Wiraswasta	95,6	18,4	28,7
Petani/Nelayan/Buruh	96,1	12,8	33,6
Lainnya	95,8	23,6	31,5
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	94,4	21,3	22,2
Perdesaan	95,7	21,6	23,3
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	95,2	20,3	22,7
Kuintil-2	95,7	18,5	22,3
Kuintil-3	95,3	19,8	24,2
Kuintil-4	95,0	22,5	22,0
Kuintil-5	95,2	25,2	22,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>95,3</b>	<b>21,4</b>	<b>22,8</b>

\*) Penduduk umur 15 tahun ke atas yang makan buah dan/atau buah < 5 porsi /hari

\*\*\*) Penduduk umur 15 tahun ke atas yang melakukan kegiatan kumulatif <150 menit/ minggu

\*\*\*\*) Penduduk umur 15 tahun ke atas yang merokok setiap hari

Prevalensi faktor risiko PTM utama kurang konsumsi sayur buah mencapai lebih dari 93% di semua karakteristik, baik kelompok umur, jenis kelamin, klasifikasi desa, pendidikan, pekerjaan dan status ekonomi. Kurang aktifitas fisik cenderung meningkat dengan bertambahnya umur dan secara menyolok pada usia di atas 65 tahun, perempuan lebih kurang beraktifitas fisik dibandingkan laki-laki, tertinggi pada yang tidak sekolah, dan meningkat sesuai dengan meningkatnya status ekonomi. Faktor risiko



merokok paling tinggi pada usia 25-34 tahun, laki-laki lebih tinggi secara menyolok dibandingkan perempuan, menurun pada pendidikan tamat perguruan tinggi, paling tinggi pada penduduk dengan pekerjaan petani/buruh dan nelayan, hampir sama di perkotaan dan perdesaan dan tidak berbeda pada status ekonomi.

Prevalensi faktor risiko PTM utama kurang konsumsi sayur buah di Provinsi Kalsel pada penduduk 15 tahun ke atas mencapai 95,2%, yang kurang aktifitas fisik hanya 21,5%, dan yang merokok mencapai 22,9%. Semua penduduk di kabupaten /kota di Provinsi Kalsel kurang konsumsi sayur lebih dari 90%. Kabupaten/kota yang penduduknya kurang aktivitas fisik paling tinggi di Kota Baru (47%), HSU 32,1% dan Tapin (29,4%). Kabupaten yang penduduknya merokok paling tinggi di Tanah Laut (27%), Tanah Bumbu (26,7%), dan Banjar (24%).

### **3.8 Akses Dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

#### **3.8.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan**

Rumah tangga (RT) berjarak kurang dari 1 km dari fasilitas kesehatan sebesar 50,6% dan berjarak 1-5 km 44,2%. Daerah dengan jarak lebih dari 5 km ke fasilitas kesehatan terbanyak berada di kabupaten Tanah Laut, Tanah Bumbu, dan Balangan.

Dari segi Waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan, 70,4% penduduk dapat mencapai ke fasilitas yankes kurang dari atau sama dengan 15 menit, 23,4% antara 16-30 menit. Hal ini dapat dikatakan 93,8% RT di Provinsi Kalimantan Selatan, dapat mencapai fasilitas kesehatan dalam waktu 30 menit, sisanya 6,2% memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan. Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas kesehatan tertinggi di Kabupaten Barito Kuala, Tanah Bumbu, dan Kabupaten Tabalong.

Akses menuju pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) menurut jarak dan di perkotaan lebih dekat dan lebih singkat dibandingkan perdesaan. Ada kecenderungan makin mampu RT makin mudah untuk akses ke pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) baik menurut jarak atau waktu tempuh.

Rumah tangga berjarak kurang dari 1 km sebanyak 75,7% dan berjarak 1-5 km sebanyak 23,1%. Daerah dengan jumlah rumah tangga lebih dari 5 km ke fasilitas UKBM terbanyak adalah di Kabupaten Tapin (4%).

Dari segi *Waktu tempuh ke fasilitas UKB* 87,4% rumah tangga dapat mencapai ke fasilitas UKBM kurang dari atau sama dengan 15 menit, 9,9% antara 16-30 menit. Hal dapat ini dapat dikatakan 97,3% rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan dapat mencapai fasilitas UKBM dalam waktu  $\leq 30$  menit, sisanya 2,7% memerlukan waktu lebih dari itu. Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas UKBM tertinggi di Kabupaten Tabalong 11,2%.

Akses menuju pelayanan UKBM, berdasarkan jarak dan waktu tempuh, di perkotaan lebih dekat dan lebih singkat dibandingkan perdesaan.

Ada kecenderungan makin kurang mampu RT secara ekonomi, akses ke posyandu/poskesdes/polindes makin tidak mudah (makin jauh jarak dan makin lama waktu tempuh).

Rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan telah memanfaatkan posyandu/poskesdes sebanyak 25,2%, terendah di Kabupaten Barito Kuala (19,2%). Di Provinsi Kalimantan Selatan 7,2% rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan tersebut, tertinggi (lebih 10%) di Barito Kuala, Kota Baru, Tapin, Banjar Baru, Tabalong. RT di perdesaan cenderung lebih banyak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes

dibanding perkotaan. Ada kecenderungan makin mampu secara ekonomis RT maka cenderung untuk makin tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes.

Persentase terbesar layanan yang pernah diterima RT adalah penimbangan (71,4%), imunisasi (60,8%), suplemen gizi (50,1%), pengobatan (36,7%), PMT (35%), KB (33,6%), KIA (27,5%), penyuluhan (24,9%), dan konsultasi risiko penyakit (12,2%).

Alasan RT tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/ poskesdes terbanyak adalah pelayanan tidak lengkap (43,1%). Kabupaten dengan lebih separuh RT beralasan letak posyandu/poskesdes jauh adalah Balangan, Tabalong, dan Tanah Laut. Kabupaten dengan lebih separuh RT yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes dengan alasan tidak ada posyandu adalah Hulu Sungai Utara dan Kota Baru

Alasan letak jauh dan tidak ada Posyandu/Poskesdes lebih banyak ditemukan pada RT yang tinggal di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Sedangkan alasan layanan tidak lengkap cenderung lebih banyak ditemukan pada RT yang tinggal di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Ada kecenderungan semakin mampu secara ekonomi semakin banyak RT tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dengan alasan pelayanan tidak lengkap dan sebaliknya semakin kurang mampu semakin banyak beralasan letak posyandu/ poskesdes jauh.

Sebanyak 19,3% rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan telah memanfaatkan keberadaan polindes/bidan, 17,3% tidak memanfaatkan dan 63,3% merasa tidak membutuhkannya. Kabupaten yang relatif banyak rumah tangganya tidak memanfaatkan keberadaan polindes/bidan desa adalah Hulu Sungai Tengah dan Hulu Sungai Utara. Sedangkan RT yang merasa tidak membutuhkan keberadaan Polindes/Bidan desa terbanyak di Banjarbaru, Banjar, dan Tanah Bumbu.

Rumah tangga di perdesaan cenderung lebih banyak tidak memanfaatkan Polindes//Bidan desa dibandingkan di perkotaan, namun sebaliknya RT di perkotaan yang merasa tidak membutuhkan Polindes/bidan lebih banyak dibandingkan di perdesaan, dan cenderung meningkat pada tingkat pengeluaran yang lebih rendah.

Di Provinsi Kalimantan Selatan proporsi RT yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan jauh lebih tinggi (80,4%) dibanding dengan RT yang pernah memperoleh jenis pelayanan bidang KIA lainnya. Jenis pelayanan KIA yang diterima RT yang memanfaatkan polindes/bidan desa tertinggi berturut turut adalah pemeriksaan kehamilan (21,3%), pemeriksaan bayi/balita (20,6%), persalinan (8,2%), pemeriksaan ibu nifas (6,7%), dan pemeriksaan neonatus (5,7%). Proporsi RT yang memanfaatkan polindes/bidan desa dan mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilan tertinggi di Hulu Sungai Utara, terendah di Banjar dan Tabalong.

Untuk pelayanan persalinan tertinggi di Balangan dan terendah di Hulu Sungai Selatan, pelayanan pemeriksaan nifas terbanyak di Balangan dan terendah di Banjar Baru (0%), Untuk pelayanan pemeriksaan neonatus terendah di Kabupaten Banjar, Tanah Bumbu, dan Banjar Baru. Untuk pelayanan pemeriksaan bayi/balita, tertinggi di Kota Baru, terendah di Hulu Sungai Selatan. Untuk pelayanan pengobatan tertinggi di Tanah Laut dan terendah di Kota Baru dan Tabalong.

Rumah tangga yang tinggal perdesaan memanfaatkan pelayanan polindes/bidan desa lebih tinggi dibanding proporsi RT yang tinggal perkotaan, kecuali untuk pemeriksaan kehamilan.

Makin miskin rumah tangga cenderung makin banyak yang beralasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan Desa karena letak jauh dan makin kaya rumah tangga cenderung makin banyak yang beralasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan desa karena layanan tidak lengkap.

Provinsi Kalimantan Selatan 80,5% rumah tangga responden tidak memanfaatkan POD/WOD, terutama di Hulu Sungai Tengah, dan Balangan, dan yang merasa tidak membutuhkan POD/WOD tertinggi di Tabalong. Rumah tangga di perkotaan cenderung tidak memanfaatkan dan tidak membutuhkan POD/WOD dibandingkan di perdesaan, dan makin kaya rumah tangga cenderung makin merasa tidak membutuhkan POD/WOD. Di provinsi Kalimantan Selatan 97,2% rumah tangga responden yang menyatakan alasan tidak memanfaatkan POD/WOD dikarenakan tidak ada POD/WOD, tertinggi di Tanah Laut, Barito Kuala, Tapin, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Utara, Balangan, dan Banjar Baru.

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

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

Untuk masing-masing kelompok pelayanan kesehatan tersebut dikaji akses rumah tangga ke sarana pelayanan kesehatan tersebut. Selanjutnya untuk UKBM dikaji tentang pemanfaatan dan jenis pelayanan yang diberikan/diterima oleh rumah tangga/RT (masyarakat), termasuk alasan apabila responden tidak memanfaatkan UKBM dimaksud.

**Tabel 3.8.1.1**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan\*) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1-5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tanah Laut	28,3	59,1	12,6	65,6	29,3	4,4	0,7
Kota Baru***	38,4	56,0	5,7	61,0	34,2	4,8	0,0
Banjar	43,3	54,5	2,3	63,7	31,6	4,2	0,5
Barito Kuala	39,9	50,6	9,5	45,1	36,4	15,5	3,1
Tapin	25,2	67,9	6,9	65,0	30,7	3,3	0,9
Hulu Sungai Selatan	55,5	43,5	1,1	83,8	14,7	1,1	0,4
Hulu Sungai Tengah	57,2	40,0	2,7	81,9	16,5	1,1	0,5
Hulu Sungai Utara	72,6	25,3	2,0	72,4	18,6	8,1	0,9
Tabalong	35,9	58,1	6,0	71,1	14,7	12,6	1,6
Tanah Bumbu	32,6	55,4	12,0	59,5	25,8	13,6	1,1
Balangan	41,3	46,8	11,9	77,9	18,7	2,1	1,3
Banjarmasin	89,7	9,8	0,6	87,2	11,4	1,2	0,2
Banjar Baru	29,1	62,5	8,4	69,9	24,9	5,2	0,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>50,6</b>	<b>44,2</b>	<b>5,2</b>	<b>70,4</b>	<b>23,4</b>	<b>5,4</b>	<b>0,8</b>

\*) Sarana Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Tabel 3.8.1.1 menunjukkan bahwa dari segi *jarak* tampak bahwa 50,6% rumah tangga (RT) berjarak kurang dari 1 km dan 44,2% RT berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa 94,8% RT di Provinsi Kalimantan Selatan berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas kesehatan dan 5,2% berada lebih dari jarak tersebut. Daerah dengan jarak lebih dari 5 km ke fasilitas kesehatan terbanyak berada di kabupaten Tanah Laut (12,6%), Tanah Bumbu (12,0%) dan Balangan (11,9%).

Dari segi waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan nampak bahwa 70,4% penduduk dapat mencapai ke fasilitas yankes kurang dari atau sama dengan 15 menit, 23,4% antara 16-30 menit. Hal ini dapat dikatakan 93,8% RT di Provinsi Kalimantan Selatan, dapat mencapai fasilitas kesehatan dalam waktu 30 menit, sisanya 6,2% memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan. Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas kesehatan tertinggi di Kabupaten Barito Kuala sebanyak 18,6%, berikutnya Kabupaten Tanah Bumbu 14,7%, dan Kabupaten Tabalong 14,2%.

Secara keseluruhan di Provinsi Kalimantan Selatan sebagian besar kabupaten/kota relatif sangat baik didasarkan pada jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan (lebih 90% RT berjarak ≤ 5 km atau waktu tempuh ≤ 30 menit). Kabupaten yang masih perlu perhatian yaitu yang lebih dari 10% RT-nya berjarak tempuh ke fasilitas kesehatan >5 km (3 Kabupaten) atau waktu tempuh lebih dari 30 menit (3 Kabupaten).

Tabel 3.8.1.2 menyajikan informasi tentang jarak dan waktu tempuh rumahtangga terhadap sarana pelayanan kesehatan menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tipe daerah, proporsi rumahtangga dengan jarak ke sarana pelayanan kesehatan >5 kilometer, di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan. Begitu pula proporsi rumah tangga dengan waktu tempuh >30 menit, di perkotaan lebih rendah dibandingkan di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin dekat jarak, dan semakin singkat waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan.

**Tabel 3.8.1.2**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Pelayanan Kesehatan\*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jarak ke yankes (km)			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1	1 - 5	> 5	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	66,3	31,8	1,9	81,2	16,1	2,7	0,1
Perdesaan	41,2	51,6	7,2	64,0	27,7	7,1	1,2
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil-1	48,7	44,8	6,4	62,8	29,2	7,0	1,0
Kuintil-2	47,3	47,0	5,7	66,9	25,9	6,2	1,0
Kuintil-3	49,4	45,1	5,5	71,6	22,3	5,4	0,8
Kuintil-4	51,3	44,2	4,5	71,8	21,9	5,5	0,8
Kuintil-5	56,5	39,8	3,7	79,5	17,2	3,0	0,3

\*) Sarana Pelayanan Kesehatan: Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Dokter Praktek dan Bidan Praktek

Apabila dilihat berdasarkan tipe daerah yaitu perkotaan atau perdesaan, nampak bahwa akses menuju pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) menurut jarak di lebih dekat dibandingkan perdesaan, demikian juga menurut waktu akses diperkotaan lebih singkat dibandingkan di perdesaan.

Apabila dilihat berdasarkan keadaan ekonomi keluarga, ada kecenderungan makin mampu RT makin mudah untuk akses ke pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) baik menurut jarak atau waktu tempuh.

Tabel 3.8.1.3 menjelaskan akses rumah tangga ke UKBM, meliputi Posyandu, Poskesdes, dan Polindes.

**Tabel 3.8.1.3**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat<sup>\*)</sup> dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tanah Laut	65,5	33,6	0,9	92,7	6,5	0,4	0,4
Kota Baru***	57,2	40,9	1,9	74,7	21,4	3,2	0,7
Banjar	67,3	32,5	0,2	85,1	13,2	1,8	0,0
Barito Kuala	69,1	30,1	0,8	72,2	21,1	6,0	0,7
Tapin	65,5	30,5	4,0	86,8	10,3	2,5	0,3
Hulu Sungai Selatan	89,2	10,4	0,4	97,5	1,9	0,4	0,2
Hulu Sungai Tengah	83,2	15,4	1,5	95,2	3,7	0,9	0,2
Hulu Sungai Utara	94,3	5,2	0,5	90,5	7,5	0,9	1,1
Tabalong	53,6	43,7	2,7	81,8	7,0	9,9	1,3
Tanah Bumbu	64,5	32,5	3,1	78,4	16,4	4,8	0,4
Balangan	82,9	14,1	3,0	94,8	2,6	1,3	1,3
Banjarmasin	96,8	3,2	0,1	94,0	5,8	0,1	0,2
Banjar Baru	72,9	26,2	0,9	92,9	5,9	1,2	0,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>75,7</b>	<b>23,1</b>	<b>1,2</b>	<b>87,4</b>	<b>9,9</b>	<b>2,2</b>	<b>0,4</b>

**\*) UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes**

Tabel ini menggambarkan akses masyarakat ke fasilitas Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). Dari segi *jarak* nampak bahwa 75,7% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 23,1% berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa hampir 100 % penduduk Kalimantan Selatan berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas UKBM. Daerah dengan jumlah rumah tangga lebih dari 5 km ke fasilitas UKBM terbanyak adalah di Kabupaten Tapin (4%).

Dari segi waktu tempuh ke fasilitas UKBM tampak bahwa 87,4% rumah tangga dapat mencapai ke fasilitas UKBM kurang dari atau sama dengan 15 menit, 9,9% antara 16-30 menit. Hal dapat ini dapat dikatakan 97,3% rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan dapat mencapai fasilitas UKBM dalam waktu ≤30 menit, sisanya 2,7% memerlukan waktu lebih dari itu. Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke fasilitas UKBM tertinggi di Kabupaten Tabalong 11,2%.

**Tabel 3.8.1.4**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat<sup>\*)</sup> dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	83,1	16,5	0,3	90,0	8,3	1,6	0,1
Perdesaan	71,3	27,0	1,6	85,9	10,9	2,6	0,6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil-1	73,3	24,8	1,9	81,6	14,6	3,1	0,7
Kuintil-2	74,1	25,1	0,8	87,3	9,9	2,2	0,6
Kuintil-3	74,0	24,7	1,2	88,6	9,0	2,1	0,3
Kuintil-4	78,8	20,1	1,1	88,8	8,9	2,1	0,1
Kuintil-5	78,7	20,6	0,7	91,3	7,1	1,4	0,2

\*) UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Gambaran berdasarkan tipe daerah tampak bahwa akses menuju pelayanan UKBM, berdasarkan jarak, di perkotaan lebih dekat dibandingkan perdesaan, demikian juga menurut waktu tempuh di perkotaan lebih singkat dibandingkan di perdesaan. Dengan demikian akses RT ke posyandu/polindes/poskesdes di perkotaan lebih mudah dibandingkan di perdesaan, baik menurut jarak atau waktunya

Gambaran akses ke UKBM berdasarkan kemampuan ekonomi rumah tangga (rata-rata pengeluaran RT perkapita), pada tabel ini nampak bahwa ada kecenderungan makin kurang mampu RT secara ekonomi, akses ke posyandu/ poskesdes/polindes makin tidak mudah (makin jauh jarak dan makin lama waktu tempuh).

Tabel 3.8.1.5 memberikan gambaran persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu atau poskesdes di tiap provinsi selama tiga bulan terakhir.

**Tabel 3.8.1.5**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes**  
**Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tanah Laut	38,8	59,2	2,0
Kota Baru***	24,0	59,1	17,0
Banjar	30,6	65,3	4,0
Barito Kuala	19,2	59,2	21,6
Tapin	20,7	65,3	14,1
Hulu Sungai Selatan	31,2	64,2	4,6
Hulu Sungai Tengah	23,2	76,2	0,5
Hulu Sungai Utara	29,6	69,7	0,7
Tabalong	19,8	69,8	10,3
Tanah Bumbu	27,7	66,8	5,5
Balangan	22,0	73,7	4,2
Banjarmasin	19,4	76,2	4,5
Banjar Baru	19,5	68,7	11,8
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>25,2</b>	<b>67,5</b>	<b>7,2</b>

Pada tabel ini nampak bahwa 25,2% rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan telah memanfaatkan posyandu/poskesdes, tertinggi di Kabupaten Tanah Laut (38,8%) dan terendah di Kabupaten Barito Kuala (19,2%). Di Provinsi Kalimantan Selatan sebanyak 7,2% rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan tersebut karena alasan lain dan tidak membutuhkan sebanyak 67,5%.

UKBM adalah: Barito Kuala, Kota Baru, Tapin, Banjarbaru, dan Tabalong. Sebanyak 67,5% rumah tangga merasa tidak membutuhkan UKBM, sedangkan yang tidak memanfaatkan karena alasan lainnya sebesar 7,2%.

Tabel 3.8.1.6 menggambarkan pemanfaatan posyandu/poskesdes berdasarkan karakteristik rumah tangga.



**Tabel 3.8.1.6**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes**  
**Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskedas 2007**

Provinsi	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	21,7	72,2	6,2
Perdesaan	27,4	64,8	7,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	32,7	61,3	6,0
Kuintil-2	30,6	62,7	6,6
Kuintil-3	24,4	68,2	7,4
Kuintil-4	22,7	67,9	9,4
Kuintil-5	15,2	77,9	6,9

Bila data pemanfaatan posyandu/poskesdes dikaji berdasarkan tipe daerah maka nampak bahwa RT di perdesaan cenderung lebih banyak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dibandingkan perkotaan. Bila dikaji berdasarkan kuintil kemampuan ekonomi rumah tangga tampak ada kecenderungan makin mampu secara ekonomi RT maka cenderung untuk makin tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes.

Tabel 3.8.1.7 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir.

**Tabel 3.8.1.7**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes**  
**Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan**  
**Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Tanah Laut	52,5	24,7	52,3	36,8	48,2	72,6	10,6	26,6	12,4
Kota Baru***	82,9	48,6	67,6	41,4	64,0	36,7	45,0	65,7	3,6
Banjar	42,3	6,4	43,4	15,4	46,0	30,7	10,9	31,7	6,1
Barito Kuala	52,3	14,7	38,5	25,0	25,2	49,6	24,8	36,4	8,2
Tapin	76,8	30,4	60,0	34,3	33,3	29,0	48,6	60,9	5,8
Hulu Sungai Selatan	61,2	6,1	53,7	7,6	4,8	42,5	20,7	31,5	1,4
Hulu Sungai Tengah	93,3	53,3	88,2	63,3	53,2	54,2	78,4	83,9	36,0
Hulu Sungai Utara	87,4	2,4	76,0	34,5	11,6	14,0	30,2	70,3	3,8
Tabalong	92,1	52,6	52,6	22,7	17,1	21,1	55,8	31,6	1,3
Tanah Bumbu	78,1	40,2	77,3	33,6	29,9	45,3	47,2	59,1	22,0
Balangan	96,2	42,3	79,2	48,1	37,7	50,0	63,5	69,8	28,3
Banjarmasin	93,5	28,2	69,2	9,5	18,6	8,9	56,3	67,2	2,8
Banjar Baru	84,8	19,7	63,6	35,8	28,4	26,5	27,3	59,1	6,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>71,4</b>	<b>24,9</b>	<b>60,8</b>	<b>27,5</b>	<b>33,6</b>	<b>36,7</b>	<b>35,0</b>	<b>50,1</b>	<b>9,2</b>

Pada tabel ini diidentifikasi 9 jenis pelayanan yang diterima rumah tangga di Posyandu/Poskesdes. Dari 9 jenis pelayanan tersebut, penimbangan menempati urutan yang pertama RT yang memanfaatkan pelayanan mendapatkan pelayanan penimbangan Balita, sedangkan konsultasi risiko penyakit menempati urutan yang terakhir. Bila diurutkan berdasarkan persentase terbesar layanan yang pernah diterima RT adalah sebagai berikut : Penimbangan (71,4%), Imunisasi (60,8%), Suplemen Gizi (50,1%), Pengobatan (36,7%), PMT (35%), KB (33,6%), KIA (27,5%), Penyuluhan (24,9%), dan konsultasi risiko penyakit (12,2%).

Tabel 3.8.1.8 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga.

**Tabel 3.8.1.8**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes**  
**Menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi**  
**Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
<b>Tipe daerah</b>									
Perkotaan	52,5	24,7	52,3	36,8	48,2	72,6	10,6	26,6	12,4
Perdesaan	82,9	48,6	67,6	41,4	64,0	36,7	45,0	65,7	3,6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>									
Kuintil-1	72,9	25,9	60,5	28,3	32,4	36,2	35,3	53,9	6,9
Kuintil-2	71,8	26,1	62,5	26,7	35,2	38,3	37,5	49,3	7,4
Kuintil-3	73,3	25,6	61,2	24,5	32,0	40,3	38,2	50,9	11,5
Kuintil-4	68,7	21,8	61,7	28,9	33,9	29,4	29,6	51,2	11,6
Kuintil-5	68,5	22,7	56,4	29,7	35,4	39,6	31,8	40,1	11,7

Secara menyeluruh jenis pelayanan Posyandu/Poskesdes yang diterima RT di perdesaan cenderung lebih tinggi dibandingkan perkotaan, kecuali untuk layanan pengobatan dan konsultasi risiko penyakit.

Pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh RT menurut status ekonomi (berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita) kurang nampak ada pola yang berbeda antara status ekonomi rendah dan tinggi untuk semua jenis pelayanan yang diberikan.

Tabel 3.8.1.9 menggambarkan alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir (di luar yang tidak membutuhkan).

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

Kabupaten/Kota	Alasan utama tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tidak lengkap
Tanah Laut	54,5	9,1	36,4
Kota Baru***	3,0	57,0	40,0
Banjar	29,3	9,8	61,0
Barito Kuala	25,2	14,2	60,6
Tapin	46,8	17,0	36,2
Hulu Sungai Selatan	17,4	39,1	43,5
Hulu Sungai Tengah	33,3	33,3	33,3
Hulu Sungai Utara	33,3	66,7	0,0
Tabalong	56,4	5,1	38,5
Tanah Bumbu	40,0	12,0	48,0
Balangan	66,7	33,3	0,0
Banjarmasin	41,4	36,2	22,4
Banjar Baru	26,8	41,5	31,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>29,2</b>	<b>27,7</b>	<b>43,1</b>

Distribusi alasan RT yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menunjukkan bahwa pada tiap kabupaten sangat bervariasi. Di Provinsi Kalimantan Selatan dari tiga alasan RT tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/ poskesdes (layanan tidak lengkap, letak jauh dan tidak ada posyandu/poskesdes), terbanyak RT beralasan pelayanan tidak lengkap (43,1%).

Kabupaten dengan lebih dari 50% RT beralasan letak posyandu/poskesdes jauh adalah sebagai berikut: Kabupaten Balangan (66,7%), Kabupaten Tabalong (56,4%), Kabupaten Tanah Laut (54,5%).

Kabupaten dengan lebih dari 50% RT yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes beralasan tidak ada posyandu adalah sebagai berikut: Kabupaten Hulu Sungai Utara (66,7%), Kabupaten Kota Baru (57,0%).

**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 Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tidak lengkap
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	31,4	35,5	33,1
Perdesaan	27,9	24,3	47,8
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	39,3	29,2	31,5
Kuintil-2	35,1	37,1	27,8
Kuintil-3	29,9	28,0	42,1
Kuintil-4	24,8	27,0	48,2
Kuintil-5	18,8	18,8	62,5

Tabel 3.8.1.10 menggambarkan alasan utama (di luar tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menurut karakteristik rumah tangga.

Alasan letak jauh dan tidak ada Posyandu/Poskesdes lebih banyak ditemukan pada RT yang tinggal diperkotaan dibandingkan di perdesaan. Sedangkan alasan layanan tidak lengkap cenderung lebih banyak ditemukan pada RT yang tinggal di perdesaan dibandingkan diperkotaan.

Dikaji menurut keadaan ekonomi RT, ada kecenderungan semakin mampu secara ekonomi semakin banyak RT tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dengan alasan pelayanan tidak lengkap dan sebaliknya semakin kurang mampu semakin banyak beralasan letak posyandu/ poskesdes jauh.

Tabel 3.8.1.11 di bawah ini menggambarkan pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir.

**Tabel 3.8.1.11**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Desa**  
**Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tanah Laut	33,8	63,7	2,5
Kota Baru***	15,2	56,5	28,3
Banjar	18,8	74,0	7,2
Barito Kuala	16,5	60,8	22,8
Tapin	14,0	61,8	24,2
Hulu Sungai Selatan	21,2	70,4	8,4
Hulu Sungai Tengah	20,7	30,8	48,5
Hulu Sungai Utara	10,4	46,4	43,2
Tabalong	12,1	69,6	18,3
Tanah Bumbu	17,2	72,9	9,8
Balangan	18,6	58,1	23,3
Banjarmasin	25,1	69,1	5,8
Banjar Baru	10,6	74,7	14,7
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>19,3</b>	<b>63,3</b>	<b>17,3</b>

Sebanyak 19,3% rumah tangga di Provinsi Kalimantan Selatan telah memanfaatkan keberadaan polindes/bidan, 17,3% tidak memanfaatkan karena alasan lainnya dan 63,3% merasa tidak membutuhkan keberadaan polindes/bidan desa. Kabupaten yang relatif banyak rumah tangganya tidak memanfaatkan keberadaan polindes/bidan desa adalah Kabupaten Hulu Sungai Tengah (48,5%) dan Kabupaten Hulu Sungai Utara (43,2%). Sedangkan RT yang merasa tidak membutuhkan keberadaan Polindes/Bidan desa terbanyak di Kota Banjarbaru (74,7%), diikuti Kabupaten Banjar (74,0%), dan Kabupaten Tanah Bumbu (72,9%).

Rumah tangga di perdesaan cenderung lebih banyak tidak memanfaatkan Polindes//Bidan desa dibandingkan di perkotaan, namun sebaliknya RT di perkotaan yang merasa tidak membutuhkan Polindes/bidan lebih banyak dibandingkan di perdesaan.

Nampak ada kecenderungan semakin kaya RT semakin berkurang yang memanfaatkan polindes/bidan desa, dan semakin kaya RT semakin banyak yang merasa tidak membutuhkan polindes/bidan desa.

**Tabel 3.8.1.12**  
**Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan**  
**Desa Menurut Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	18,7	69,0	12,3
Perdesaan	19,7	59,9	20,3
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	20,4	63,5	16,0
Kuintil-2	21,7	61,2	17,1
Kuintil-3	19,9	63,0	17,1
Kuintil-4	19,2	61,9	18,8
Kuintil-5	15,2	67,1	17,7

Tabel 3.8.1.12 menggambarkan pemanfaatan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Pemanfaatan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir sedikit lebih tinggi pada rumah tangga di perdesaan dibandingkan perkotaan dan cenderung meningkat pada tingkat pengeluaran yang lebih rendah.

**Tabel 3.8.1.13**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa**  
**Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi**  
**Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Tanah Laut	20,9	10,5	4,7	3,1	12,6	89,0
Kota Baru***	20,5	6,4	6,4	5,1	51,2	64,4
Banjar	13,3	4,8	2,1	2,7	16,8	78,4
Barito Kuala	25,4	4,5	3,0	4,5	21,7	83,7
Tapin	21,7	13,0	11,1	8,7	26,7	74,5
Hulu Sungai Selatan	15,4	4,4	5,5	5,5	8,4	86,1
Hulu Sungai Tengah	28,3	18,2	18,5	14,5	42,0	86,8
Hulu Sungai Utara	41,4	16,7	20,0	20,0	30,0	78,3
Tabalong	13,3	4,7	9,1	6,8	40,9	64,4
Tanah Bumbu	21,6	6,8	4,1	2,7	17,3	78,5
Balangan	29,4	18,8	21,2	15,6	24,2	84,1
Banjarmasin	24,6	7,8	7,5	6,0	14,6	80,3
Banjar Baru	21,6	5,4	0	2,7	16,7	73,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>21,3</b>	<b>8,2</b>	<b>6,7</b>	<b>5,7</b>	<b>20,6</b>	<b>80,4</b>

Tabel 3.8.1.13 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan provinsi. Pelayanan polindes/bidan desa dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu pelayanan di bidang KIA (pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus pemeriksaan bayi/balita) dan pengobatan. Idealnya pelayanan polindes/bidan desa lebih banyak pada pelayanan bidang KIA dari pada pengobatan. Secara keseluruhan di Provinsi Kalimantan Selatan proporsi RT yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan jauh lebih tinggi (80,4%) dibanding dengan RT yang pernah memperoleh masing-masing jenis pelayanan bidang KIA (<30%).

Jenis pelayanan KIA yang diterima RT yang memanfaatkan polindes/bidan desa tertinggi berturut turut adalah Pemeriksaan kehamilan (21,3%), Pemeriksaan bayi/balita (20,6%), Persalinan (8,2%), Pemeriksaan ibu nifas (6,7%), dan pemeriksaan neonatus (5,7%). Proporsi RT menurut jenis pelayanan polindes/bidan desa yang pernah diterima bervariasi antar kabupaten/kota. Proporsi RT yang memanfaatkan polindes/bidan desa dan mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilan tertinggi di Kabupaten Hulu Sungai Utara (41,4%), terendah di Kabupaten Banjar dan Tabalong (13,3%)

Untuk pelayanan persalinan tertinggi di Kabupaten Balangan (18,8%), terendah di Kabupaten Hulu Sungai Selatan (4,4%), untuk pelayanan pemeriksaan nifas terbanyak di Kabupaten Balangan (21,2%), terendah di Kota Banjar Baru (0%). Untuk pelayanan pemeriksaan neonatus tertinggi di Kabupaten Hulu Sungai Utara (20,0%), terendah di Kabupaten Banjar, Tanah Bumbu, dan Kota Banjar Baru masing-masing 2,7%. Untuk pelayanan pemeriksaan bayi/balita, tertinggi di Kabupaten Kota Baru (51,2%), terendah



di Kabupaten Hulu Sungai Selatan (8,4%). Untuk pelayanan pengobatan tertinggi di Kabupaten Tanah Laut (89,0%), terendah di Kabupaten Kota Baru dan Tabalong, masing-masing (64,4%).

Tabel 3.8.1.14 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan karakteristik rumah tangga.

**Tabel 3.8.1.14**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Provinsi	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	22,6	7,5	6,0	5,0	18,3	75,9
Perdesaan	20,4	8,5	7,0	6,1	22,1	83,1
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil-1	14,5	6,8	5,2	2,8	26,5	80,7
Kuintil-2	15,0	6,0	5,3	6,0	22,0	82,2
Kuintil-3	22,4	8,6	6,6	3,7	17,1	80,1
Kuintil-4	28,8	11,3	11,7	10,8	19,0	80,5
Kuintil-5	27,9	8,6	4,4	4,4	17,3	77,8

Bila dibedakan antara daerah perdesaan dan perkotaan maka nampak bahwa di Provinsi Kalimantan Selatan proporsi RT yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan dari polindes/bidan desa lebih tinggi dibanding dengan proporsi RT yang pernah memperoleh pelayanan dari masing-masing jenis pelayanan KIA (pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus dan pemeriksaan bayi/balita).

Rumah tangga yang tinggal perdesaan memanfaatkan pelayanan polindes/bidan desa proporsi untuk masing-masing jenis pelayanan lebih tinggi dibanding proporsi RT yang tinggal perkotaan, kecuali untuk pemeriksaan kehamilan RT yang tinggal di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan.

Secara umum tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti terhadap jenis pelayanan polindes/bidan perdesaan yang diterima keluarga miskin maupun kaya. Proporsi rumah tangga termiskin yang pernah mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilan nampak lebih rendah dari pada keluarga terkaya. Namun tidak nampak adanya pola yang menunjukkan makin kaya RT makin banyak RT yang pernah memperoleh, atau sebaliknya.

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

Kabupaten/kota	Alasan Lain Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan	Layanan tdk lengkap	Lainnya
Tanah Laut	7,1	14,3	7,1	71,4
Kota Baru***	0,0	67,3	15,8	17,0
Banjar	6,8	24,7	9,6	58,9
Barito Kuala	20,1	25,4	38,8	15,7
Tapin	22,2	24,7	7,4	45,7
Hulu Sungai Selatan	5,0	32,5	2,5	60,0
Hulu Sungai Tengah	1,1	0,0	0,0	98,9
Hulu Sungai Utara	1,6	27,7	2,6	68,1
Tabalong	24,3	12,9	2,9	60,0
Tanah Bumbu	13,3	13,3	13,3	60,0
Balangan	12,5	46,4	0,0	41,1
Banjarmasin	0,0	14,9	2,7	82,4
Banjar Baru	11,8	37,3	15,7	35,3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>7,5</b>	<b>25,6</b>	<b>9,2</b>	<b>57,7</b>

Tabel 3.8.1.15 menggambarkan alasan utama rumah tangga (di luar yang tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan polindes/bidan di perdesaan menurut provinsi. Pada tabel di atas, di provinsi Kalimantan Selatan sebanyak 57,7% rumah tangga responden yang menyatakan alasan lainnya (di luar alasan “jauh”, “layanan tidak lengkap”, dan “tidak ada Polindes/Bidan Desa”) dalam memanfaatkan Polindes/Bidan Desa, sedangkan untuk kabupaten/kota, tertinggi adalah kabupaten Hulu Sungai Selatan sebanyak 98,9%.

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

Karakteristik	Alasan Utama tidak memanfaatkan polindes/bidan desa			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan desa	Layanan tidak lengkap	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	3,9	23,6	6,6	66,0
Perdesaan	9,0	26,1	10,3	54,6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil-1	11,0	21,6	7,2	60,2
Kuintil-2	8,8	35,3	4,4	51,4
Kuintil-3	8,9	28,7	7,7	54,7
Kuintil-4	5,5	25,5	14,2	54,7
Kuintil-5	4,0	15,6	12,4	68,0

Tabel 3.8.1.16 menggambarkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan utama (di luar yang tidak membutuhkan) menurut karakteristik rumah tangga.

Alasan rumah tangga tidak memanfaatkan Polindes/Bidan desa terbanyak karena alasan lain (57,6%) yaitu di luar alasan letak jauh, tidak ada Polindes/Bidan desa, dan layanan tidak lengkap dan cenderung lebih banyak di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Makin miskin rumah tangga cenderung makin banyak yang beralasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan Desa karena letak jauh dan makin kaya rumah tangga cenderung makin banyak yang beralasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan desa karena layanan tidak lengkap.

**Tabel 3.8.1.17**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung**  
**Obat Desa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tanah Laut	2.42	11.07	86.51
Kota Baru***	1.73	4.34	93.92
Banjar	64.83	14.16	21.02
Barito Kuala	4.50	6.66	88.84
Tapin	1.75	4.20	94.05
Hulu Sungai Selatan	3.77	5.41	90.82
Hulu Sungai Tengah		0.51	99.49
Hulu Sungai Utara		2.26	97.74
Tabalong	9.03	28.00	62.97
Tanah Bumbu	15.00	17.86	67.14
Balangan	0.17	1.05	98.77
Banjarmasin	0.35	1.15	98.50
Banjar Baru	6.37	5.71	87.91
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>11.91</b>	<b>7.60</b>	<b>80.49</b>

Tabel 3.8.1.17 menyajikan informasi tentang pemanfaatan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) dalam tiga bulan terakhir. Di Provinsi Kalimantan Selatan 11,9% memanfaatkan POD/WOD. Di Provinsi Kalimantan Selatan tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan tidak membutuhkan sebanyak 7,6 % rumah tangga dan sebanyak 80,49% karena alasan lain.

**Tabel 3.8.1.18**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/**  
**Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	8,7	83,0	8,3
Perdesaan	13,8	79,0	7,1
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil-1	9,7	83,6	6,7
Kuintil-2	11,9	81,4	6,7
Kuintil-3	11,4	82,3	6,3
Kuintil-4	13,5	78,7	7,8
Kuintil-5	13,0	76,3	10,6

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

Di Provinsi Kalimantan Selatan di perkotaan cenderung tidak memanfaatkan, dan tidak membutuhkan POD/WOD dibandingkan di perdesaan. Di Provinsi Kalimantan Selatan makin kaya rumah tangga cenderung makin merasa tidak membutuhkan 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 Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi	Tidak ada	Obat tidak	Lainnya
Tanah Laut	0,0	99,6	0,0	0,4
Kota Baru***	0,0	90,9	0,0	9,1
Banjar	1,9	80,8	10,7	6,5
Barito Kuala	0,2	99,2	0,6	0,0
Tapin	0,0	99,4	0,0	0,6
Hulu Sungai Selatan	0,0	98,8	0,2	0,9
Hulu Sungai Tengah	0,0	99,6	0,0	0,4
Hulu Sungai Utara	0,0	100,0	0,0	0,0
Tabalong	1,6	96,7	0,4	1,2
Tanah Bumbu	5,2	89,0	3,9	1,9
Balangan	0,0	100,0	0,0	0,0
Banjarmasin	0,2	98,6	0,2	1,0
Banjar Baru	0,0	99,7	0,3	0,0
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>0,5</b>	<b>97,2</b>	<b>0,7</b>	<b>1,6</b>

Di Provinsi Kalimantan Selatan 97,2% rumah tangga responden yang menyatakan alasan tidak memanfaatkan POD/WOD dikarenakan tidak ada POD/WOD. Untuk kabupaten/kota, kabupaten Tanah Laut, Barito Kuala, Tapin, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Utara, Balangan, dan Banjar Baru di atas 99% rumah tangga responden yang menyatakan alasan tidak memanfaatkan POD/WOD dikarenakan tidak ada POD/WOD.

**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 Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Alasan utama tidak memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi	Tidak ada	Obat tidak	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	0,1	98,0	0,5	1,4
Perdesaan	0,7	96,6	0,9	1,8
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil-1	0,9	96,9	0,7	1,5
Kuintil-2	0,3	96,6	0,8	2,2
Kuintil-3	0,4	96,8	0,7	2,1
Kuintil-4	0,3	97,9	0,3	1,5
Kuintil-5	0,3	97,6	1,1	1,0

Tabel 3.8.1.20 menyajikan informasi tentang alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga. Pada tabel di atas tampak untuk daerah perdesaan rumah tangga responden yang beralasan tidak memanfaatkan POD/WOD lebih tinggi dibanding dengan daerah perkotaan. Tampak tidak ada perbedaan yang mencolok dari rumah tangga responden dari masing-masing kuintil untuk alasan tidak memanfaatkan POD/WOD..

### **3.8.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan**

Responden di Provinsi Kalimantan Selatan yang pernah dirawat inap dalam 5 tahun terakhir, sebagian besar (60,2%) menggunakan RS Pemerintah untuk tempat berobat rawat inap, diikuti RS swasta (25,5%). Kabupaten yang tertinggi menggunakan RS pemerintah sebagai tempat berobat rawat inap adalah Hulu Sungai Utara, Hulu Sungai Tengah, dan Tapin, sedangkan yang terendah adalah Tanah Bumbu, Banjarmasin, dan Barito Kuala. Penduduk Banjarmasin lebih banyak memilih RS swasta dari pada RS pemerintah. Di Kabupaten Tanah Bumbu, persentase penduduk yang memilih tempat berobat rawat inap di RS pemerintah sama banyaknya dengan yang memilih Puskesmas.

Penduduk perdesaan lebih banyak memilih RS Pemerintah sebagai tempat berobat inap dibandingkan penduduk di perkotaan, sebaliknya penduduk perkotaan lebih banyak yang memilih RS swasta dibandingkan perdesaan. Persentase penduduk di perdesaan lebih banyak memilih Puskesmas sebagai tempat rawat inap lebih tinggi dibandingkan perkotaan, Penduduk yang memilih RS swasta cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi, sbaliknya penduduk yang memilih Puskesmas sebagai tempat rawat inap cenderung meningkat pada status ekonomi yang semakin rendah.

Sebagian besar (67,3%) penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan yang dirawat inap dalam 5 tahun terakhir, membayar pembiayaan yankes rawat inap dari sumber pembiayaan sendiri/keluarga, yang bersumber dari Askes/Jamsostek sebesar 20%, yang bersumber dana Askeskin/SKTM sebesar 11,4%. Penduduk yang menggunakan dana Askeskin/SKTM tertinggi di Tabalong, Tanah Laut dan Banjarmasin. Sumber pembiayaan responden untuk yankes rawat inap yang bersumber dari sendiri/keluarga tidak jauh berbeda baik di perkotaan maupun perdesaan.

Penduduk dari daerah perdesaan lebih banyak membiayai rawat inap dengan sumber Askes/Jamsostek dan Askeskin/SKTM dibandingkan daerah perkotaan. Penggunaan sumber biaya untuk rawat inap yang berasal dari Askes/Jamsostek cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi, sebaliknya penggunaan sumber biaya dari Askeskin/SKTM meningkat sesuai dengan menurunnya status ekonomi, tertinggi di kuintil 1 dan 2. Penduduk dari tingkat status ekonomi tinggi sebanyak 4,2% masih menggunakan sumber pembiayaan dari Askeskin.

Penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan yang pernah berobat jalan dalam satu tahun terakhir, persentase yang memilih tempat rawat jalan paling tinggi pada Tenaga kesehatan (43%) dan di RS bersalin (38,7%). Di Kabupaten/ kota, sebagian besar penduduk memilih tempat berobat jalan pada Tenaga kesehatan dibandingkan RSB. Penduduk Kabupaten Hulu Sungai Utara memilih tempat berobat jalan ke RS pemerintah paling tinggi dibandingkan kabupaten/ kota lainnya. Penduduk perkotaan lebih banyak memilih RS pemerintah, RS swasta, dan RS Bersalin sebagai tempat berobat rawat jalan dibandingkan di perdesaan.

Penduduk yang memilih Tenaga kesehatan sebagai tempat berobat jalan tidak banyak berbeda di perkotaan dan perdesaan. Penduduk yang memilih Tenaga kesehatan sebagai tempat berobat cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi, sedangkan yang memilih RS bersalin sebagai tempat berobat jalan cenderung meninggi dengan semakin rendahnya status ekonomi.

Sebagian besar penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan menyatakan bahwa sumber pembiayaan berobat rawat jalan sebagian besar berasal dari biaya sendiri/keluarga (67,7%) dan Askes/Jamsostek (19,1%). Sumber biaya dari Askeskin hanya berkisar antara 1,1-8,9%, tertinggi di Tanah Bumbu, Barito Kuala dan Hulu Sungai Selatan.

Persentase responden yang sumber pembiayaan rawat jalan yang berasal dari Askes/Jamsostek dan Askeskin/SKTM lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan. Penduduk dengan sumber pembiayaan rawat jalan yang berasal dari Askes/Jamsostek meningkat dengan meningkatnya status ekonomi, sebaliknya penduduk yang menggunakan Askeskin/SKTM meningkat dengan menurunnya status ekonomi. Sekitar 1,9% penduduk pada status ekonomi yang tertinggi masih menggunakan sumber pembiayaan dari Askeskin/SKTM

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi tentang jenis sarana dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan oleh responden.

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri/keluarga, Asuransi (Askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Swasta, dan JPK Pemerintah Daerah), Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Dana Sehat, dan lainnya. Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase rumah tangga yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan, termasuk penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Seluruh penduduk diminta untuk memberikan informasi tentang apakah yang bersangkutan pernah menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Mereka yang pernah rawat jalan maupun rawat inap diminta untuk menjelaskan dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan, serta dari mana sumber biaya perawatan kesehatan tersebut. Pihak-pihak yang menanggung biaya perawatan kesehatan tersebut bisa lebih dari satu.

**Tabel 3.8.2.1**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat berobat rawat inap								
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RSLN	RSB	Puskes- mas	Nakes	Batra	Lain- nya	Tidak Rawat inap
Tanah Laut	2.9	0.4		0.1	0.5	0.1		0.1	95.9
Kota Baru***	3.5	0.8			0.1	0.1		0.2	95.3
Banjar	3.1	0.6	0.0	0.0	0.2	0.3			95.7
Barito Kuala	2.3	1.0			0.3	0.4		0.1	95.8
Tapin	3.3	0.2		0.1	0.2	0.1			96.1
Hulu Sungai Selatan	4.3	0.9		0.1	0.5				94.3
Hulu Sungai Tengah	3.3	0.1			0.1			0.0	96.4
Hulu Sungai Utara	2.3	0.1		0.0			0.0		97.5
Tabalong	2.2	0.5		0.1	0.1	0.1		0.0	97.0
Tanah Bumbu	1.5	0.7		0.1	1.4	0.4		0.1	95.8
Balangan	2.2	0.2			0.6	0.1		0.0	96.9
Banjarmasin	3.9	4.4	0.1	0.1		0.4	0.0	0.3	90.9
Banjar	4.5	1.1		0.5	0.2	0.2			93.5
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>3.0</b>	<b>0.9</b>	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>0.3</b>	<b>0.2</b>	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>95.4</b>

Tabel 3.8.2.1 memperlihatkan bahwa dari responden di Provinsi Kalimantan Selatan yang pernah dirawat inap dalam 5 tahun terakhir, sebagian besar menggunakan RS Pemerintah untuk tempat berobat rawat inap (3,0%), diikuti RS swasta (0,9%). Kabupaten yang tertinggi menggunakan RS pemerintah sebagai tempat berobat rawat inap adalah kabupaten Hulu Banjar (4,5%) dan tere dah di Kabupaten Tanah Bumbu (1,5%).

Penduduk di Kota Banjarmasin lebih banyak memilih RS swasta dari pada RS pemerintah. Di Kabupaten Tanah Bumbu, persentase penduduk yang memilih tempat berobat rawat inap di RS pemerintah sama banyaknya dengan yang memilih Puskesmas.



**Tabel 3.8.1.2**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Tempat dan Karakteristik**  
**Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat berobat rawat inap								
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RSLN	RSB	Puskes- mas	Nakes	Batra	Lain- nya	Tidak Rawat inap
<b>Tipe daerah</b>									
Perkotaan	6,0	1,8	0,0	0,2	0,4	0,3	0,0	0,1	91,2
Perdesaan	2,1	0,5	0,0	0,1	0,6	0,2	0,1	0,1	96,4
<b>Pengeluaran perkapita perbulan</b>									
Kuintil1	2,0	0,3	0,0	0,1	0,6	0,1	0,0	0,1	97,0
Kuintil2	2,1	0,6	0,0	0,1	0,5	0,2	0,0	0,1	96,5
Kuintil3	2,5	0,6	0,0	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	96,1
Kuintil4	3,5	0,9	0,0	0,1	1,0	0,3	0,0	0,1	94,1
Kuintil5	4,8	1,7	0,1	0,3	0,4	0,4	0,1	0,1	92,3

Pada tabel 3.8.1.2 tampak bahwa penduduk perdesaan lebih banyak memilih RS Pemerintah sebagai tempat berobat inap dibandingkan penduduk di perkotaan, sebaliknya terlihat bahwa penduduk perkotaan lebih banyak yang memilih RS swasta dibandingkan perdesaan. Persentase penduduk di perdesaan lebih banyak memilih Puskesmas sebagai tempat rawat inap lebih tinggi dibandingkan perkotaan.

Penduduk yang memilih RS swasta sebagai tempat berobat rawat inap tidak banyak berbeda di antara tingkat status ekonomi, tetapi penduduk yang memilih RS swasta cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi yang diukur berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita. Penduduk yang memilih Puskesmas sebagai tempat rawat inap cenderung meningkat pada status ekonomi yang semakin rendah.

**Tabel 3.8.1.3**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Sumber pembiayaan pelayanan kesehatan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain- lain
Tanah Laut	75.3	11.2	12.4		11.2
Kota Baru***	40.5	31.0	14.3	2.4	11.9
Banjar	75.5	10.6	13.9	2.1	6.4
Barito Kuala	72.8	18.5	8.6	1.2	
Tapin	68.3	27.0	3.2	1.6	1.6
Hulu Sungai Selatan	71.8	17.1	7.7	10.3	1.7
Hulu Sungai Tengah	56.2	20.5	15.1	11.0	9.6
Hulu Sungai Utara	67.3	18.2	14.5		12.7
Tabalong	50.0	17.2	21.9	3.1	9.4
Tanah Bumbu	69.5	9.5	7.4	3.2	14.7
Balangan	65.1	14.3	9.5	4.8	19.0
Banjarmasin	70.3	16.4	11.9	1.8	6.4
Banjar Baru	78.9	18.3	1.8		12.8
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>68.6</b>	<b>16.8</b>	<b>10.6</b>	<b>3.2</b>	<b>8.4</b>

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 3.8.1.3 memperlihatkan bahwa sebagian besar (68,6%) penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan yang dirawat inap dalam 5 tahun terakhir, membayar pembiayaan yankes rawat inap dari sumber pembiayaan sendiri/keluarga, sedangkan yang bersumber dari Askes/Jamsostek sebesar 16,8%. Sumber biaya untuk membayar rawat inap yang bersumber dari dana Askeskin/SKTM sebesar 10,6%. Penduduk yang menggunakan dana Askeskin/SKTM tertinggi di Tabalong, Tanah Laut dan Banjarmasin,

**Tabel 3.8.1.4**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas**  
**2007**

Karakteristik	Sumber pembiayaan				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain- lain
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	69.9	21.2	9.1	1.6	7.1
Perdesaan	67.4	12.8	11.9	4.5	9.6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil1	55.0	6.3	24.4	7.5	8.8
Kuintil2	67.6	10.4	15.0	4.6	11.6
Kuintil3	69.7	13.2	13.2	3.9	6.6
Kuintil4	76.8	16.0	5.6	2.8	7.2
Kuintil5	68.6	27.5	4.0	0.3	8.8

Tabel 3.8.1.4 memperlihatkan, sumber pembiayaan responden untuk yankes rawat inap yang bersumber dari sendiri/keluarga tidak jauh berbeda baik di perkotaan maupun perdesaan. Penduduk dari daerah perdesaan lebih banyak membiayai rawat inap dengan sumber Askes/Jamsostek dan Askeskin/SKTM dibandingkan daerah perkotaan. Penggunaan sumber biaya untuk rawat inap yang berasal dari Askes/Jamsostek cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi, sebaliknya penggunaan sumber biaya dari Askeskin/SKTM meningkat sesuai dengan menurunnya status ekonomi, tertinggi di kuintil 1 dan 2. Tampaknya penduduk dari tingkat status ekonomi tinggi sebanyak 4,0% masih menggunakan sumber pembiayaan dari Askeskin.

**Tabel 3.8.1.5**  
**Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir Menurut**  
**Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas**  
**2007**

Kabupaten/Kota	Tempat berobat rawat jalan									
	RS. Pemerintah	RS. Swasta	RS LN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Di rumah	Tidak rawat jalan
Tanah Laut	1.0	0.2		7.6	0.5	14.6	0.1		0.5	75.5
Kota Baru***	0.7	0.2	0.2	9.4	2.2	5.8		3.5		78.0
Banjar	1.1	0.2		14.0	0.4	16.4	1.2	0.0	1.1	65.5
Barito Kuala	1.3	0.7		13.9	1.4	15.8	4.2	0.3	1.6	60.8
Tapin	0.7	0.4		20.3	0.1	16.6	0.8	0.6	1.4	59.2
Hulu Sungai Selatan	1.9	0.3		17.2	0.2	18.6	0.4	0.3	0.7	60.5
Hulu Sungai Tengah	1.1	0.1		8.7	0.1	12.9	3.0	0.9	0.4	72.7
Hulu Sungai Utara	0.6			0.9		1.8				96.7
Tabalong	1.1	0.4		5.8	0.2	9.1		0.2	3.5	79.7
Tanah Bumbu	0.6	0.3	0.0	11.7	1.2	8.4	0.6	0.2	0.2	76.8
Balangan	0.6	0.0	0.0	9.5	0.2	15.6	0.1	0.1	0.6	73.1
Banjarmasin	1.9	1.1	0.1	16.8	2.1	16.8	2.0	1.4	1.0	56.7
Banjar Baru	1.7	0.7		6.4	0.2	11.8	0.4	0.5	0.3	77.9
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>1.1</b>	<b>0.4</b>	<b>0.0</b>	<b>10.9</b>	<b>0.6</b>	<b>12.8</b>	<b>1.0</b>	<b>0.5</b>	<b>0.9</b>	<b>71.7</b>

Pada Tabel 3.8.1.5 terlihat, dari penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan yang pernah berobat jalan dalam satu tahun terakhir, persentase yang memilih tempat rawat jalan paling tinggi pada tenaga kesehatan (12,8%) dan di RS bersalin (10,9%). Di Kabupaten/kota, sebagian besar penduduk memilih tempat berobat jalan pada tenaga kesehatan dibandingkan RSB, kecuali di Kota Baru, Tapin, dan Tanah Bumbu. Penduduk Kabupaten Hulu Sungai Utara memilih tempat berobat jalan ke RS pemerintah paling tinggi dibandingkan dengan kabupaten/kota lainnya.

**Tabel 3.8.1.6**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Tempat dan Karakteristik**  
**Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat berobat rawat jalan									
	RS. Pemerintah	RS. Swasta	RS LN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Di rumah	Tidak rawat jalan
<b>Tipe daerah</b>										
Perkotaan	1.9	0.7	0.0	9.8	1.1	13.5	0.9	0.7	0.7	70.7
Perdesaan	0.8	0.2	0.0	11.4	0.4	12.5	1.1	0.4	1.0	72.2
<b>Pengeluaran Per kapita per bulan</b>										
Kuintil 1	0.7	0.1	0.0	12.5	0.3	9.6	1.1	0.3	0.8	74.7
Kuintil 2	0.7	0.3	0.0	11.1	0.4	10.8	1.1	0.3	0.8	74.4
Kuintil 3	1.0	0.4	0.0	11.2	0.6	12.9	1.0	0.4	1.1	71.3
Kuintil 4	1.3	0.3	0.0	10.6	0.7	14.6	1.0	0.7	1.0	69.7
Kuintil 5	1.8	0.7	0.0	9.0	1.2	16.3	1.0	0.6	1.0	68.3

Pada Tabel 3.8.1.6 menunjukkan bahwa penduduk perkotaan lebih banyak memilih RS pemerintah, RS swasta dan RS Bersalin sebagai tempat berobat rawat jalan dibandingkan penduduk di perdesaan. Penduduk yang memilih Tenaga kesehatan sebagai tempat berobat jalan tidak banyak berbeda di perkotaan dan perdesaan. Penduduk yang memilih tenaga kesehatan sebagai tempat berobat cenderung meningkat dengan meningkatnya status ekonomi, sedangkan yang memilih RS bersalin sebagai tempat berobat jalan cenderung meninggi dengan semakin rendahnya status ekonomi.

**Tabel 3.8.1.7**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Sumber Biaya dan**  
**Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Sumber pembiayaan rawat jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain- lain
Tanah Laut	78.8	4.5	3.8	2.1	11.4
Kota Baru***	45.2	44.2	5.5	1.5	5.5
Banjar	66.8	25.9	1.1	0.7	5.8
Barito Kuala	80.2	8.0	6.1	2.8	3.8
Tapin	64.3	31.6	1.2	0.5	4.0
Hulu Sungai Selatan	79.3	8.2	6.1	5.9	1.0
Hulu Sungai Tengah	81.2	4.6	2.4	6.6	5.2
Hulu Sungai Utara	83.9	2.7	6.8	6.8	5.5
Tabalong	81.1	7.3	5.1		6.8
Tanah Bumbu	55.9	7.7	8.6	4.0	23.8
Balangan	75.1	7.6	3.3	7.0	7.7
Banjarmasin	59.7	26.4	7.0	1.2	4.6
Banjar Baru	71.0	15.4	1.6	2.4	11.4
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>70.9</b>	<b>15.3</b>	<b>4.5</b>	<b>2.9</b>	<b>6.9</b>

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.

Pada Tabel 3.8.1.7 terlihat bahwa sebagian besar penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan menyatakan bahwa sumber pembiayaan berobat rawat jalan sebagian besar berasal dari biaya sendiri/keluarga (70,9%) dan Askes/Jamsostek (15,3%). Sumber biaya dari Askeskin sebesar 4,5%, dana sehat 2,9% dan lain-lain sebesar 6,9%.

**Tabel 3.8.1.8**  
**Persentase Responden Rawat Jalan Menurut Sumber Biaya dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas**  
**2007**

Karakteristik	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	64.7	20.9	5.5	1.9	7.1
Perdesaan	74.0	12.5	4.0	3.4	6.8
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil1	66.5	11.4	9.5	6.0	6.9
Kuintil2	69.9	13.9	5.4	2.7	8.2
Kuintil3	71.6	14.2	4.4	2.6	7.7
Kuintil4	72.6	16.3	2.5	2.4	6.6
Kuintil5	72.8	19.6	1.8	1.5	5.4

Pada Tabel 3.8.1.8 menunjukkan bahwa persentase responden yang sumber pembiayaan rawat jalan yang berasal dari Askes/Jamsostek dan Askeskin/SKTM lebih tinggi di perkotaan dibandingkan perdesaan. Penduduk dengan sumber pembiayaan rawat jalan yang berasal dari Askes/Jamsostek meningkat dengan meningkatnya status ekonomi, sebaliknya penduduk yang menggunakan Askeskin/SKTM meningkat dengan menurunnya status ekonomi. Sekitar 1,9% penduduk pada status ekonomi yang tertinggi masih menggunakan sumber pembiayaan dari Askeskin/SKTM.

### **3.8.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan**

Di Provinsi Kalimantan Selatan alasan responden dalam hal ketanggapan terhadap yankes rawat inap umumnya menyatakan bahwa faktor keramahan dan mudah dikunjungi merupakan alasan yang terbanyak. Alasan responden dalam hal ketanggapan terhadap yankes rawat jalan umumnya menyatakan bahwa faktor keramahan dan kerahasiaan merupakan alasan yang terbanyak (91,8% dan 87,7%).

Persepsi masyarakat pengguna pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan non-medis dapat digunakan sebagai salah satu indikator ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan. Ada 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Penilaian untuk masing-masing domain ditanyakan kepada responden, berdasarkan pengalamannya waktu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan untuk rawat inap dan rawat jalan.

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

1. Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
2. Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
3. Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita
4. Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
5. Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien

6. Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
7. Keberhasilan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
8. Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

Tujuh domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan sama dengan domain rawat inap, kecuali domain ke delapan (kemudahan dikunjungi keluarga/teman). Penduduk diminta untuk menilai setiap aspek ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan di luar medis selama menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Masing-masing domain ketanggapan dinilai dalam 5 (lima) skala yaitu: sangat baik, baik, cukup, buruk, sangat buruk. Untuk memudahkan penilaian aspek ketanggapan rawat jalan dan rawat inap pada sistem pelayanan kesehatan tersebut, WHO membagi menjadi dua bagian besar yaitu 'baik' (sangat baik dan baik) dan 'kurang baik' (cukup, buruk dan sangat buruk). Penyajian hasil analisis/tabel selanjutnya hanya mencantumkan persentase yang 'baik' saja.

Tabel.3.8.3.1 menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut provinsi.

**Tabel 3.8.3.1**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudah dikunjungi
Tanah Laut	88.9	88.9	86.7	85.6	88.9	86.7	80.0	86.7
Kota Baru***	95.2	100.0	83.3	83.3	88.1	90.5	88.1	95.2
Banjar	71.6	80.0	81.1	80.0	78.9	74.7	73.7	81.1
Barito Kuala	85.2	88.9	86.4	85.2	87.7	87.7	80.2	87.7
Tapin	62.9	77.4	67.7	53.2	54.8	53.2	48.4	61.3
Hulu Sungai Selatan	77.8	83.8	72.6	70.9	75.2	70.9	74.4	73.5
Hulu Sungai Tengah	93.2	93.2	91.8	94.5	93.2	94.5	93.2	93.2
Hulu Sungai Utara	98.2	98.2	94.5	98.2	94.5	94.5	94.5	96.4
Tabalong	95.2	92.1	90.5	92.1	95.2	93.7	90.5	96.8
Tanah Bumbu	76.8	86.3	74.7	74.7	77.9	74.7	87.4	78.9
Balangan	78.1	87.5	76.6	78.1	85.9	84.4	79.7	82.8
Banjarmasin	84.3	93.5	88.5	89.9	93.1	90.3	85.7	93.5
Banjar Baru	85.3	83.5	85.3	84.4	85.3	84.4	67.0	85.3
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>83.2</b>	<b>88.4</b>	<b>83.2</b>	<b>82.7</b>	<b>85.0</b>	<b>83.1</b>	<b>80.1</b>	<b>85.6</b>

Di Provinsi Kalimantan Selatan alasan responden dalam hal ketanggapan terhadap yankes rawat inap umumnya menyatakan bahwa faktor keramahan dan mudah dikunjungi merupakan alasan yang terbanyak, meskipun alasan lainnya (waktu tunggu, kejelasan informasi, ikut ambil keputusan, kerahasiaan, kebebasan memilih fasilitas dan kebersihan ruangan) juga merupakan alasan yang dipilih responden.

Tabel.3.8.3.2 menyajikan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut karakteristik rumah tangga.

**Tabel 3.8.3.2**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas**  
**2007**

Karakteristik	Waktu tunggu	Keramah-an	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudah Dikunjungi
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	85.5	89.9	86.4	86.2	88.1	86.6	81.3	88.4
Perdesaan	81.3	87.1	80.5	79.6	82.4	80.1	79.0	83.2
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil1	85.0	89.4	81.3	81.3	83.8	81.9	84.4	81.9
Kuintil2	72.3	85.0	77.5	75.1	79.2	75.7	71.7	79.8
Kuintil3	85.5	89.9	85.5	87.2	86.3	84.1	81.9	86.3
Kuintil4	84.3	87.9	82.7	80.6	85.1	83.5	78.6	85.9
Kuintil5	85.6	89.0	85.9	85.6	87.6	86.5	82.0	89.6

Pada tabel 3.8.3.2 tampak persentase alasan responden dalam hal menilai ketanggapan terhadap yankes rawat inap baik di perdesaan maupun perkotaan tidak jauh berbeda. Pada tabel di atas, tampak persentase alasan responden dalam hal menilai ketanggapan terhadap yankes rawat inap baik pada setiap kuintil tidak banyak jauh berbeda.



**Tabel 3.8.3.3**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan,**  
**Riskesmas 2007**

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan
Tanah Laut	87.2	93.6	85.1	82.1	86.8	82.9	85.7
Kota Baru***	94.3	98.4	95.3	93.3	96.4	97.4	95.3
Banjar	80.3	94.5	92.3	86.8	88.4	88.1	93.3
Barito Kuala	88.9	90.7	87.6	87.3	89.3	89.2	86.2
Tapin	75.7	77.2	69.6	59.8	67.9	64.3	63.6
Hulu Sungai Selatan	79.2	88.8	76.3	74.2	79.2	75.2	70.9
Hulu Sungai Tengah	97.8	98.5	97.2	97.8	98.1	97.6	97.5
Hulu Sungai Utara	94.5	95.9	89.0	90.4	95.9	97.3	94.7
Tabalong	96.5	97.2	96.7	96.9	97.4	97.2	92.2
Tanah Bumbu	77.6	91.6	81.4	76.4	79.9	81.4	83.4
Balangan	77.4	82.2	76.8	77.6	81.4	79.2	80.0
Banjarmasin	84.5	92.7	88.3	88.7	91.0	86.6	82.6
Banjar Baru	82.7	87.0	85.6	84.6	84.0	84.6	77.8
<b>Kalimantan Selatan</b>	<b>84.3</b>	<b>90.6</b>	<b>85.2</b>	<b>83.0</b>	<b>86.0</b>	<b>84.3</b>	<b>83.2</b>

Pada tabel 3.8.3.3 terlihat bahwa di Provinsi Kalimantan Selatan alasan responden dalam hal ketanggapan terhadap yankes rawat jalan umumnya menyatakan bahwa faktor keramahan dan kerahasiaan merupakan alasan yang terbanyak (90,6% dan 86,0%), meskipun alasan lainnya (waktu tunggu, kejelasan informasi, ikut ambil keputusan, kebebasan memilih fasilitas dan kebersihan ruangan) juga merupakan alasan yang dipilih responden.

**Tabel 3.8.3.4**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Selatan, Riskesdas**  
**2007**

Karakteristik	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan Informasi	Ikut Ambil Keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih Fasilitas	Kebersihan Ruangan
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	84.1	91.5	88.0	85.9	88.1	85.6	83.6
Perdesaan	84.4	90.2	83.9	81.5	85.0	83.6	82.9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil1	82.9	89.8	82.9	79.8	83.9	81.4	80.2
Kuintil2	82.2	86.8	80.3	80.2	82.6	80.2	79.4
Kuintil3	86.1	91.6	85.8	83.8	87.7	86.9	84.5
Kuintil4	84.4	91.6	87.0	83.3	86.0	83.6	83.4
Kuintil5	85.2	92.5	88.8	86.8	89.1	88.1	87.1

Pada tabel 3.8.3.4 menunjukkan bahwa persentase alasan responden dalam hal menilai ketanggapan terhadap yankes rawat jalan baik di perdesaan maupun perkotaan tidak jauh berbeda. Pada tabel di atas, tampak persentase alasan responden dalam hal menilai ketanggapan terhadap yankes rawat jalan baik pada setiap kuintil tidak banyak jauh berbeda.

### 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 ' $\geq$  100 liter/orang/hari'. Berdasarkan tingkat pelayanan, kategori tersebut dinyatakan sebagai 'tidak akses', 'akses kurang', 'akses dasar', 'akses menengah', dan 'akses optimal'. Risiko kesehatan masyarakat pada kelompok yang akses terhadap air bersih rendah ('tidak akses' dan 'akses kurang') dikategorikan sebagai mempunyai risiko tinggi.

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

Tabel 3.9.1.1 menunjukkan bahwa di seluruh Provinsi Kalimantan Timur terdapat 3,4% rumah tangga yang pemakaian air bersihnya masih rendah (0,6% tidak akses dan 2,8% akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebesar 16,2% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 41,2% akses menengah dan 39,2% akses optimal.

Kabupaten/kota yang akses terhadap air bersih masih rendah (< 3,4%) hanya empat kabupaten, berturut-turut adalah Kutai Barat, Kutai Kartanegara, Bulungan dan Nunukan, sedangkan sisanya yang sembilan kabupaten/kota telah memiliki akses air bersih yang optimal (> 3,4%).

Bila mengacu pada kriteria *Joint Monitoring Program WHO-Unicef*, di mana batasan minimal akses untuk konsumsi air bersih adalah 20 liter/orang/hari, maka untuk Provinsi Kalimantan Timur, akses terhadap air bersih menurut jumlah pemakaian air per orang per hari adalah 96,6%. Kabupaten/kota yang tertinggi persentasenya adalah Kutai Timur (99,5 %) dan terendah Kutai Barat (85,6%).

Tabel 3.9.1.1

**Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	< 5	5 – 19,9	20 – 49,9	50 – 99,9	≥ 100
Pasir	0,0	1,0	10,4	36,1	52,5
Kutai Barat	2,7	11,7	29,5	35,5	20,5
Kutai Kertanegara	1,0	5,3	23,0	28,6	42,1
Kutai Timur	0,0	0,5	11,4	43,1	45,0
Berau	0,0	0,9	9,0	38,4	51,7
Malinau	0,0	2,6	34,5	31,9	31,0
Bulungan	0,0	4,0	19,9	54,4	21,7
Nunukan	0,0	8,1	34,4	34,4	23,2
Penajam Pasir Utara	0,0	2,2	18,8	54,3	24,6
Kota Balikpapan	0,5	0,9	14,0	45,2	39,5
Kota Samarinda	0,8	0,9	7,8	43,9	46,5
Kota Tarakan	0,3	2,0	21,3	52,6	23,9
Kota Bontang	0,3	1,4	10,5	50,7	37,1
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>0,6</b>	<b>2,8</b>	<b>16,2</b>	<b>41,2</b>	<b>39,2</b>

Dilihat dari karakteristik rumah tangga (Tabel 3.9.1.2), persentase rumah tangga yang menggunakan air per orang per hari sampai dengan 50 liter lebih tinggi di perdesaan dibandingkan di perkotaan sebaliknya rumah tangga yang menggunakan air per orang per hari lebih dari 50 liter ternyata di perkotaan lebih besar daripada di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran perkapita terlihat bahwa penggunaan air per orang perhari lebih dari 100 liter akan semakin meningkat dengan semakin tinggi status ekonominya, sebaliknya pada penggunaan kurang dari 100 liter terlihat semakin tinggi status ekonominya maka akan semakin rendah penggunaan airnya.

**Tabel 3.9.1.2**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang**  
**Per Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur,**  
**Riskesdas 2007**

Karakteristik	Persentase menurut rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥100
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	0,3	1,2	11,7	43,8	42,9
Perdesaan	0,9	4,6	21,6	38,0	34,8
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>					
Kuintil-1	1,0	4,6	26,7	42,3	25,5
Kuintil-2	0,7	3,1	19,6	42,3	34,2
Kuintil-3	0,5	2,3	15,6	44,9	36,6
Kuintil-4	0,2	2,1	12,7	40,0	45,0
Kuintil-5	0,5	1,8	6,5	36,3	55,0

Di samping jumlah pemakaian air bersih untuk keperluan rumah tangga, ditanyakan juga tentang jarak dan waktu tempuh ke sumber air, serta tentang ketersediaan sumber air. Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menjangkau sumber air bersih pulang pergi, berapa jarak antara rumah dengan sumber air dan bagaimana kemudahan dalam memperoleh air bersih.

Terlihat bahwa hampir seluruh rumah tangga di provinsi itu dapat dengan mudah menjangkau air bersih, di mana pada 95,5% rumah tangga hanya membutuhkan waktu tempuh  $\leq 30$  menit dan pada 95,6% hanya berjarak  $\leq 1$  km dari rumah ke sumber air (Tabel 3.91.3.). Persentase rumah tangga yang mudah memperoleh air sepanjang tahun sebesar 71,5% (51,5 – 87,8%), sedangkan ada 26,4% yang sulit di musim kemarau dan hanya 2,1 % masih sulit memperoleh sepanjang tahun.

**Tabel 3.9.1.3**

**Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskeddas 2007**

Kabupaten/Kota	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan		
	Waktu (menit)		Jarak (km)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤ 1			
Pasir	0,7	99,3	5,6	94,4	52,3	42,6	5,1
Kutai Barat	0,0	100,0	0,0	100,0	68,9	30,9	0,3
Kutai Kertanegara	0,7	99,3	1,3	98,7	77,6	21,3	1,1
Kutai Timur	1,0	99,0	5,0	95,0	62,9	36,4	0,7
Berau	1,4	98,6	2,0	98,0	71,0	28,7	0,3
Malinau	0,9	99,1	1,7	98,3	86,0	7,9	6,1
Bulungan	0,4	99,6	0,4	99,6	64,6	30,0	5,4
Nunukan	7,3	92,7	11,2	88,8	54,9	32,2	12,9
Penajam Pasir Utara	1,1	98,9	8,7	91,3	51,5	45,6	2,9
Kota Balikpapan	0,5	99,5	2,3	97,7	64,6	34,6	0,8
Kota Samarinda	17,8	82,2	9,7	90,3	87,8	11,2	1,0
Kota Tarakan	0,6	99,4	2,6	97,4	73,1	26,3	0,6
Kota Bontang	0,0	100,0	0,3	99,7	71,7	23,4	4,9
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>4,5</b>	<b>95,5</b>	<b>4,4</b>	<b>95,6</b>	<b>71,5</b>	<b>26,4</b>	<b>2,1</b>

Akses air bersih menurut waktu, jarak dan ketersediaan air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. (Tabel 3.9.1.4). Persentase rumah tangga yang membutuhkan waktu 30 menit atau kurang untuk menjangkau sumber air, lebih besar di perkotaan daripada di perdesaan, sedangkan untuk jarak  $\geq 1$  km lebih tinggi di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Status ekonomi tidak menunjukkan pola yang jelas dalam hal waktu tempuh dan jarak terhadap sumber air tersebut. Di perkotaan juga lebih besar persentase rumah tangga yang mudah memperoleh air bersih sepanjang tahun, sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, makin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, makin mudah memperoleh air bersih tersebut sepanjang tahun.

**Tabel 3.9.1.4**

**Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air dan Ketersediaan Air Bersih menurut Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskedas 2007**

Karakteristik	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan		
	Waktu (menit)		Jarak (km)		Mudah	Sulit di	Sulit
	>30	≤30	>1	≤ 1	sepanjang tahun	musim kemarau	sepanjang tahun
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	6,6	93,4	4,2	95,8	77,5	21,1	1,4
Perdesaan	2,0	98,0	4,6	95,4	64,3	32,8	2,9
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>							
Kuintil-1	5,3	94,7	7,6	92,4	61,5	35,4	3,1
Kuintil-2	4,4	95,6	4,2	95,8	67,4	29,9	2,7
Kuintil-3	4,9	95,1	4,2	95,8	70,8	27,6	1,6
Kuintil-4	3,8	96,2	3,1	96,9	75,4	22,7	1,9
Kuintil-5	4,1	95,9	2,6	97,4	82,7	16,3	1,0

Dalam rangka memperoleh air untuk keperluan rumah tangga bila sumbernya berada di luar pekarangan, ditanyakan siapa yang biasanya mengambil air dalam rumah tangga tersebut, sebagai upaya untuk melihat aspek gender dan perlindungan anak. Aspek gender dalam pengambilan air bersih dapat dilihat pada (Tabel 3.9.1.5).

Persentase rumah tangga yang biasa mengambil air bersih di luar pekarangan di Kalimantan Timur terlihat sebagian besar beban itu dikerjakan oleh orang dewasa (95,9%), dimana laki-laki dewasa (72,0%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (23,9%). Namun demikian masih ada anak-anak yang masih terlibat dalam pengambilan air bersih di luar pekarangan, dimana persentase anak laki-laki (3,7%) lebih tinggi dibandingkan anak perempuan (0,5%). Persentase keterlibatan anak-anak dalam mengambil air bersih paling tinggi di kota Balikpapan (10,6%) dan paling rendah di kabupaten Kutai Kartanegara (0,6%).

**Tabel 3.9.1.5**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air**  
**Dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur,**  
**Risikesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak	Dewasa	Anak
		(< 12 th)		(< 12 th)
Pasir	17,9	1,0	77,6	3,5
Kutai Barat	16,7	0,0	76,5	6,8
Kutai Kertanegara	9,7	0,0	89,7	0,6
Kutai Timur	11,2	0,0	85,4	3,4
Berau	40,4	0,0	55,3	4,4
Malinau	40,0	0,0	54,3	5,7
Bulungan	32,9	0,0	57,5	9,6
Nunukan	58,0	0,0	40,1	1,9
Penajam Pasir Utara	25,2	0,9	70,1	3,7
Kota Balikpapan	35,1	3,3	54,3	7,3
Kota Samarinda	29,6	0,0	67,6	2,8
Kota Tarakan	8,8	1,3	86,3	3,8
Kota Bontang	24,3	0,0	73,0	2,7
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>23,9</b>	<b>0,5</b>	<b>72,0</b>	<b>3,7</b>

Menurut tipe daerah terlihat di daerah perkotaan yang lebih banyak mengambil air bersih di luar pekarangan adalah perempuan dewasa, anak perempuan dan anak laki-laki, sebaliknya di daerah perdesaan lebih banyak laki-laki dewasa yang mengambil air bersih di luar pekarangan. Menurut tingkat pengeluaran perkapita tidak terlihat ada perbedaan individu yang mengambil air di luar pekarangan (Tabel 3.9.1.6).



**Tabel 3.9.1.6****Persentase Rumah Tangga menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (< 12 tahun)	Dewasa	Anak (< 12 tahun)
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	28,9	1,3	65,0	4,7
Perdesaan	22,2	0,2	74,3	3,2
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>				
Kuintil-1	25,6	0,6	69,4	4,5
Kuintil-2	23,9	0,9	70,1	5,1
Kuintil-3	21,8	0,6	76,0	1,7
Kuintil-4	22,6	0,0	74,8	2,6
Kuintil-5	24,3	0,5	72,0	3,2

Data kualitas fisik air untuk keperluan minum rumah tangga dikumpulkan dengan cara wawancara dan pengamatan, meliputi kekeruhan, bau, rasa, warna dan busa. Kategori kualitas fisik air minum baik bila air tersebut tidak keruh, tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak berbusa.

Sebagian besar (79,2%) air minum yang digunakan rumah tangga telah berkualitas baik, dengan kisaran antara 55,6% di Bulungan hingga 94,2% di Kota Samarinda (Tabel 3.9.1.7). Di antara lima komponen kualitas air minum yang digunakan sebagai indikator, indikator yang persentase buruknya dari yang tinggi ke yang rendah adalah indikator keruh, berwarna, berasa, berbau dan paling kecil adalah berbusa. Di Kabupaten Bulungan, kabupaten/kota yang terendah kualitasnya, ternyata komponen kualitas yang juga tertinggi persentasenya adalah komponen "keruh".

**Tabel 3.9.1.7**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kualitas fisik air minum					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*
Pasir	20,9	15,6	8,8	4,6	5,4	69,9
Kutai Barat	10,9	6,8	3,3	0,8	2,5	84,2
Kutai Kertanegara	20,6	17,3	10,7	0,4	5,2	74,1
Kutai Timur	35,7	14,3	2,1	0,7	7,4	62,5
Berau	22,6	11,4	7,0	0,6	2,1	68,6
Malinau	15,7	6,1	5,3	0,9	0,9	79,8
Bulungan	41,7	37,2	9,9	7,2	12,6	55,6
Nunukan	19,5	18,0	13,3	2,3	10,2	73,8
Penajam Pasir Utara	14,2	7,6	8,8	1,1	5,5	77,7
Kota Balikpapan	8,4	6,6	3,4	1,2	3,7	87,9
Kota Samarinda	4,4	2,1	2,2	0,1	1,5	94,2
Kota Tarakan	13,1	6,3	9,1	1,7	16,2	75,2
Kota Bontang	26,6	28,3	22,8	12,9	23,5	65,8
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>16,0</b>	<b>11,2</b>	<b>6,8</b>	<b>1,7</b>	<b>5,8</b>	<b>79,2</b>

Catatan: \*Tidak –keruh, -berwarna, -berasa, -berbusa dan -berbau

Persentase air minum berkualitas baik lebih besar di perkotaan daripada di perdesaan, demikian juga jika dilihat dari masing-masing komponen persentase kualitas fisik air minum kurang ternyata semuanya lebih kecil di perkotaan dibandingkan perdesaan (Tabel 3.9.1.8). Dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita terlihat makin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita maka persentase air minum berkualitas baik makin tinggi.

**Tabel 3.9.1.8**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Persentase menurut kualitas fisik air minum					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	9,1	6,0	4,3	1,5	4,8	87,5
Perdesaan	24,1	17,4	9,8	2,0	6,9	69,1
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>						
Kuintil-1	21,0	16,2	10,0	2,6	7,4	72,4
Kuintil-2	15,7	12,4	8,1	1,9	5,9	77,8
Kuintil-3	16,6	11,9	5,9	1,5	5,3	78,7
Kuintil-4	14,3	8,4	5,6	1,5	5,6	81,4
Kuintil-5	11,9	7,2	4,5	1,1	4,6	85,4

Catatan: \*Tidak -keruh, -berwarna, -berasa, -berbusa dan -berbau,

Data jenis sumber air minum utama yang digunakan rumah tangga diambil dari data Kor Susenas 2007.

Pada Tabel 3.9.1.9 terlihat bahwa sumber air minum di Provinsi Kalimantan Timur cukup beragam dan sebagian besar (40,5%) bersumber dari ledeng eceran, dengan persentase terbesar di Kota Balikpapan (68,0%) dan terkecil di Nunukan (9,2%). Pengaruh industri air minum mulai terlihat dengan ditemukannya 8,9% rumah tangga yang menggunakan air kemasan. Dibandingkan dengan angka provinsi tahun 2005 di mana persentase sumber air ledeng (eceran dan meteran) adalah 43,11%, maka hasil yang diperoleh Riskesdas ini (48,0%) sedikit lebih tinggi, demikian juga bila dibandingkan dengan angka nasional tahun 2005 tersebut yang besarnya 18%, maka hasil Riskesdas ini lebih besar.

**Tabel 3.9.1.9**  
**Sebaran Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air berdasarkan**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Persentase menurut jenis sumber air minum										
	Air kemasan	Ledeng eceran	Ledeng meteran	Sumur bor/ noma	Sumur terlindung	Sumur tak terlindung	Mata air terlindung	Mata air tak terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Pasir	6,0	33,8	3,3	0,3	13,8	27,1	0,25	0,3	5,5	9,3	0,5
Kutai Barat	1,9	17,2	4,4	9,0	6,3	11,2	7,63	1,9	40,3	0,0	0,3
Kutai Kertanegara	12,6	28,1	3,1	8,0	11,4	7,1	4,2	4,7	13,7	4,5	2,7
Kutai Timur	10,7	17,6	0,2	1,0	11,4	24,8	0,95	1,7	26,2	5,5	0,0
Berau	3,2	33,6	4,6	2,0	8,1	11,3	1,45	1,2	29,9	3,8	0,9
Malinau	2,6	24,8	7,7	1,7	2,6	0,9	1,71	23,1	23,9	11,1	0,0
Bulungan	0,9	18,6	0,4	0,0	5,3	1,3	0,88	0,9	40,3	31,4	0,0
Nunukan	6,2	9,2	3,1	5,4	3,8	1,9	0,38	1,2	26,5	42,3	0,0
Penajam Pasir Utara	3,3	11,7	4,8	12,8	32,6	27,1	1,83	0,4	0,4	4,0	1,1
Kota Balikpapan	7,5	68,0	8,8	5,7	4,6	1,6	0,18	0,5	0,0	2,1	1,2
Kota Samarinda	14,3	57,6	17,4	3,0	3,1	1,6	0,29	0,3	1,8	0,3	0,3
Kota Tarakan	7,4	41,5	3,1	6,5	4,3	0,6	2,56	0,3	0,3	33,5	0,0
Kota Bontang	9,8	60,8	14,0	8,7	2,8	2,4	0,0	0,0	0,0	0,3	1,0
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>8,9</b>	<b>40,5</b>	<b>7,5</b>	<b>5,1</b>	<b>7,7</b>	<b>7,6</b>	<b>1,66</b>	<b>1,7</b>	<b>11,3</b>	<b>7,1</b>	<b>0,9</b>

Sebagaimana diperlihatkan pada Tabel 3.9.1.10, di antara 11 jenis sumber air, ternyata ada 3 jenis yang persentasenya di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan yaitu air kemasan, ledeng eceran dan ledeng meteran, sedangkan jenis sumber air lainnya cenderung lebih tinggi di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Makin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, makin tinggi persentase penggunaan ledeng eceran, sebaliknya untuk sumber air yang lain terlihat makin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, makin rendah persentase penggunaan sumber air minum tersebut.

Tabel 3.9.1.10

**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Persentase menurut jenis sumber air minum										
	Air ke- masan	Ledeng eceran	Ledeng meteran	Sumur bor/ pompa	Sumur terlindung	Sumur tak terlindung	Mata air terlindung	Mata air tak terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>											
Perkotaan	11,5	58,7	10,7	4,8	4,4	1,6	0,58	0,4	2,2	4,5	0,7
Perdesaan	5,9	18,9	3,7	5,5	11,6	14,8	2,93	3,4	22,1	10,2	1,1
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>											
Kuintil-1	4,3	26,5	10,4	4,8	10,7	13,8	1,72	2,9	14,5	9,5	0,9
Kuintil-2	5,5	34,1	8,3	4,6	11,2	7,8	2,17	2,4	14,1	9,3	0,6
Kuintil-3	6,7	41,1	7,7	5,4	7,7	7,7	2,01	1,9	12,1	7,1	0,7
Kuintil-4	10,4	46,8	7,2	6,3	5,1	6,0	0,97	0,7	9,5	5,7	1,4
Kuintil-5	17,8	54,6	3,9	4,5	3,8	2,6	1,28	0,7	6,2	3,9	0,7

Tabel 3.9.1.11 menggambarkan jenis tempat penampungan air untuk keperluan minum yang digunakan rumah tangga dan jenis pengolahan air minum yang dilakukan rumah tangga sebelum air tersebut dikonsumsi.

Sebelum digunakan, air minum di Provinsi Kalimantan Timur lebih dahulu ditampung dalam wadah tertutup pada 81,3% (52,6% di Nunukan hingga 90,3% di Berau). Pengolahan air sebelum diminum ternyata sebagian besar lebih dahulu dimasak pada 92,8% (79,3% di Bontang hingga 99,7% di Berau). Sedangkan pengolahan air dengan cara disaring sebesar 8,9%, diberi bahan kimia 8,5% dan 7,1% langsung diminum.

Tabel 3.9.1.11

**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat penampungan			Pengolahan sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tanpa Wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Pasir	15,7	79,1	5,2	2,4	96,1	6,3	18,0	1,5
Kutai Barat	15,8	80,6	3,6	1,6	98,4	1,9	3,8	2,7
Kutai Kertanegara	13,7	82,8	3,5	9,0	94,1	11,1	15,4	7,3
Kutai Timur	17,3	71,2	11,5	3,6	94,8	24,8	29,5	9,5
Berau	7,6	90,3	2,1	0,3	99,7	2,1	16,8	0,9
Malinau	25,5	70,9	3,6	1,7	98,3	0,9	0,9	0,0
Bulungan	17,1	78,8	4,1	1,8	98,2	19,8	0,9	0,0
Nunukan	39,3	52,6	8,1	0,4	97,3	7,5	4,3	3,1
Penajam Pasir Utara	34,1	57,1	8,8	8,3	90,9	10,2	10,5	0,7
Kota Balikpapan	6,6	88,5	4,9	2,0	93,9	8,0	1,6	2,8
Kota Samarinda	4,5	88,7	6,8	13,0	87,3	5,6	3,2	0,9
Kota Tarakan	8,4	88,7	2,9	6,8	92,0	9,1	0,6	0,6
Kota Bontang	11,6	66,8	21,7	28,1	79,3	10,5	3,9	5,7
<b>Kalimantan Timur</b>	12,6	81,3	6,1	7,1	92,8	8,9	8,5	3,2

Proporsi penggunaan tempat penampungan air dan pengolahan air sebelum dikonsumsi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. (Tabel 3.9.1.12).

Persentase rumah tangga yang menggunakan tempat penampungan air dengan wadah tertutup dan tanpa wadah lebih banyak di perkotaan dibandingkan di perdesaan, sebaliknya penggunaan wadah terbuka lebih banyak di perdesaan dibandingkan di perkotaan. Dalam hal pengolahan air sebelum dikonsumsi, tampak cara memasak, disaring dan penggunaan bahan kimia lebih tinggi di perdesaan, sedangkan yang langsung diminum (tanpa pengolahan) lebih tinggi di perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin kecil persentase yang menggunakan wadah terbuka, sedangkan penggunaan wadah tertutup cenderung lebih besar dengan semakin tingginya tingkat pengeluaran per kapita. Persentase pengolahan air sebelum digunakan dengan cara langsung diminum dan diberi bahan kimia cenderung lebih tinggi dengan semakin meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita, sedangkan pengolahan dengan cara dimasak dan diberi bahan kimia akan cenderung lebih kecil dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita.

Tabel 3.9.1.12

**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Tempat penampungan			Pengolahan sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tanpa wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	8,4	84,2	7,4	8,3	90,0	8,2	3,5	3,6
Perdesaan	17,5	77,9	4,6	5,7	96,1	9,7	14,3	2,7
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil-1	14,5	79,9	5,6	4,2	94,7	8,0	10,0	1,3
Kuintil-2	14,0	80,8	5,2	6,1	93,6	6,9	8,5	2,7
Kuintil-3	14,0	80,1	5,9	5,9	93,7	9,0	9,0	3,3
Kuintil-4	10,4	83,1	6,5	9,9	92,0	9,6	7,4	3,3
Kuintil 5	9,8	82,8	7,4	9,5	89,9	11,0	7,3	5,4

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses terhadap air bersih adalah 'baik' apabila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana sumber air yang digunakan *improved*, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Data konsumsi air dan jarak ke sumber air berasal dari Riskesdas 2007, sedangkan data jenis sarana air minum berasal dari Kor Susenas 2007. Sarana sumber air yang *improved* menurut WHO/Unicef adalah sumber air jenis perpipaan/ledeng, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan; selain dari itu dikategorikan *not improved*.

Berdasarkan kriteria tersebut, di seluruh Provinsi Kalimantan Timur terdapat 65,2% yang mempunyai akses baik terhadap air bersih. Angka tersebut berada di bawah angka nasional sebesar 57,7%. Kisaran menurut kabupaten/kota belum dapat diketahui karena terbatasnya data yang diperoleh.

### 3.9.2 Fasilitas Buang Air Besar

Data fasilitas buang air besar meliputi penggunaan atau pemilikan fasilitas buang air besar dan jenis jamban yang digunakan. Data ini diambil dari data rumah tangga Kor Susenas 2007.

Pada tabel 3.9.2.1 di bawah ini terlihat rumah tangga yang sudah menggunakan fasilitas BAB di Provinsi Kalimantan Timur sebesar 91,1%, dimana yang menggunakan sendiri sebesar 76,4%, menggunakan bersama sebesar 9,5% dan 5,2% yang menggunakan fasilitas BAB umum. Persentase rumah tangga yang fasilitas BAB sendiri paling tinggi di Bontang (87,4%) dan terendah di Malinau (56,9%). Sedangkan rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas BAB sebesar 8,9%, tertinggi di Malinau (35,3%) dan terendah di Tarakan (0,6%).

**Tabel 3.9.2.1****Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Persentase menurut penggunaan</b>			
	<b>Sendiri</b>	<b>Bersama</b>	<b>Umum</b>	<b>Tidak Pakai</b>
Pasir	84,5	5,3	0,8	9,5
Kutai Barat	57,4	12,3	13,1	17,2
Kutai Kertanegara	68,9	14,0	3,6	13,5
Kutai Timur	64,3	3,1	20,2	12,4
Berau	66,8	5,8	6,9	20,5
Malinau	56,9	5,2	2,6	35,3
Bulungan	62,4	19,0	12,8	5,8
Nunukan	64,6	6,5	2,7	26,2
Penajam Paser Utara	82,5	6,2	1,5	9,8
Kota Balikpapan	86,4	9,7	1,7	2,3
Kota Samarinda	84,7	8,0	4,9	2,4
Kota Tarakan	81,5	13,4	4,6	0,6
Kota Bontang	87,4	8,7	1,4	2,4
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>76,4</b>	<b>9,5</b>	<b>5,2</b>	<b>8,9</b>

Rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB bersama, umum dan tidak menggunakan fasilitas BAB lebih besar di perdesaan dibandingkan dengan perkotaan, sedangkan yang menggunakan fasilitas BAB sendiri lebih besar di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran per kapita terlihat penggunaan fasilitas BAB sendiri cenderung meningkat dengan makin tingginya tingkat pengeluaran per kapita, sebaliknya penggunaan fasilitas BAB bersama, umum dan tidak menggunakan semakin kecil dengan meningkatnya tingkat tinggi pengeluaran per kapita (Tabel 3.9.2.2).



**Tabel 3.9.2.2****Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Responden di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007**

Karakteristik	Persentase menurut jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak Pakai
<b>Tempat tinggal</b>				
Perkotaan	85,5	8,8	3,3	2,4
Perdesaan	65,5	10,2	7,6	16,7
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>				
Kuintil-1	64,6	11,7	7,5	16,3
Kuintil-2	71,5	11,2	6,2	11,1
Kuintil-3	78,6	7,5	5,7	8,1
Kuintil-4	82,6	7,5	3,7	6,2
Kuintil 5	84,8	9,3	3,1	2,9

Di Provinsi Kalimantan Timur masih terdapat 3,4% rumah tangga (0% di Bontang hingga 17,5% di Bulungan) yang tidak memakai tempat BAB. Jenis tempat BAB yang digunakan paling banyak adalah leher angsa sebesar 70,5% dengan persentase tertinggi di Bontang (93,5%) dan terendah di Kutai Barat (61,1%) (Tabel 3.9.2.3).

**Tabel 3.9.2.3****Sebaran Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Susernas 2007**

Kabupaten/Kota	Persentase menurut jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng- sengan	Cemplung/ cubluk	Tidak pakai
Pasir	63,8	11,9	20,4	3,9
Kutai Barat	61,1	3,0	23,4	12,5
Kutai Kertanegara	71,2	3,7	22,4	2,7
Kutai Timur	61,3	7,1	30,5	1,1
Berau	72,7	8,7	15,3	3,3
Malinau	90,7	2,7	4,0	2,7
Bulungan	64,2	1,9	16,5	17,5
Nunukan	63,0	12,0	16,1	8,9
Penajam Pasir Utara	61,3	9,3	28,2	1,2
Kota Balikpapan	82,8	13,2	3,2	0,7
Kota Samarinda	64,7	27,8	4,4	3,1
Kota Tarakan	68,8	13,2	16,0	2,0
Kota Bontang	93,5	1,4	5,0	0,0
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>70,5</b>	<b>12,5</b>	<b>13,5</b>	<b>3,4</b>

Persentase rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas BAB ternyata lebih tinggi di perdesaan. Sedangkan yang menggunakan fasilitas BAB leher angsa dan plengsengan lebih tinggi di perkotaan (Tabel 3.9.2.4). Menurut tingkat pengeluaran per kapita terlihat penggunaan fasilitas BAB sendiri semakin tinggi dengan semakin tingginya tingkat pengeluaran per kapita dan sebaliknya semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita maka semakin rendah persentase penggunaan fasilitas BAB plengsengan, cemplung/cubluk dan yang tidak menggunakan.

**Tabel 3.9.2.4**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan**  
**Karakteristik di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007**

Karakteristik	Persentase menurut jenis tempat buang air besar			
	Leher Angsa	Plengsengan	Cemplung/ cubluk	Tidak Pakai
<b>Tempat tinggal</b>				
Perkotaan	76,5	15,5	6,0	2,0
Perdesaan	62,1	8,3	24,1	5,5
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>				
Kuintil-1	52,1	18,1	22,5	7,2
Kuintil-2	64,2	14,4	16,5	4,9
Kuintil-3	71,8	11,9	14,3	2,0
Kuintil-4	77,0	10,3	10,5	2,2
Kuintil 5	84,7	8,8	5,2	1,3

Untuk pembuangan akhir tinja, data diambil dari Kor Susenas 2007. Tempat pembuangan akhir tinja dikategorikan saniter adalah bila menggunakan jenis tangki/sarana pembuangan air limbah (SPAL). Di Provinsi Kalimantan Timur persentase rumah tangga dengan tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki/SPAL (saniter) sebesar 57,8%, sisanya dibuang ke kolam/sawah (0,9%), sungai/laut (15,5%), lobang tanah (22,6%), pantai/tanah/kebun (2,3%) dan lainnya (0,9%) (Tabel 3.9.2.5). Persentase penggunaan sarana pembuangan akhir tinja saniter tertinggi ditemukan di Balikpapan (91,0%) dan terendah di Nunukan (21,8%). Ini berarti bahwa hampir separuh tinja menjadi sumber pencemaran ke lingkungan sekitarnya.

**Tabel 3.9.2.5****Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007**

Kabupaten/Kota	Persentase menurut tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai /Danau /Laut	Lobang Tanah	Pantai/ Tanah/ Kebun	Lainnya
Pasir	36,3	0,8	6,3	47,6	8,5	0,5
Kutai Barat	29,2	0,3	40,2	27,9	1,9	0,5
Kutai Kertanegara	41,8	0,9	25,2	29,9	1,7	0,4
Kutai Timur	33,3	1,2	20,7	41,2	2,9	0,7
Berau	56,1	0,3	18,5	17,1	3,8	4,3
Malinau	28,1	0,0	31,6	40,4	0,0	0,0
Bulungan	47,3	0,0	22,6	29,6	0,0	0,4
Nunukan	21,8	2,3	33,0	33,7	4,6	4,6
Penajam Pasir Utara	31,2	1,1	4,7	56,2	6,2	0,7
Kota Balikpapan	91,0	0,7	3,2	1,5	2,3	1,3
Kota Samarinda	74,6	1,6	9,2	14,5	0,0	0,1
Kota Tarakan	62,3	0,6	14,7	19,3	2,8	0,3
Kota Bontang	88,2	0,3	8,0	1,7	1,4	0,3
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>57,8</b>	<b>0,9</b>	<b>15,5</b>	<b>22,6</b>	<b>2,3</b>	<b>0,9</b>

Penggunaan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan tinja di perkotaan lebih besar persentasenya dibandingkan dengan perdesaan, namun sebaliknya untuk tempat pembuangan lainnya (Tabel 3.9.2.6). Makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi persentase penggunaan tangki/SPAL, namun sebaliknya untuk tempat pembuangan lainnya.

**Tabel 3.9.2.6****Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007**

Karakteristik	Persentase menurut tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ Sawah	Sungai /Danau /Laut	Lobang Tanah	Pantai/ Tanah/ Kebun	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	77,3	0,8	9,0	11,2	1,0	0,5
Perdesaan	34,4	1,0	23,2	36,3	3,9	1,2
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>						
Kuintil-1	42,9	1,0	23,3	26,5	4,3	2,0
Kuintil-2	51,3	1,1	19,9	24,7	2,4	0,6
Kuintil-3	57,9	0,8	14,7	23,2	2,4	1,0
Kuintil-4	63,1	0,7	12,5	21,6	1,5	0,6
Kuintil 5	73,9	1,0	6,8	17,1	1,1	0,2

**3.9.3 Sarana pembuangan air limbah**

Data penggunaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) rumah tangga didapatkan dengan cara wawancara dan pengamatan. Pada Tabel 3.9.3.1 terlihat bahwa 44,3% rumah tangga di provinsi itu tidak mempunyai saluran pembuangan air limbah, di mana persentase tertinggi terdapat di Kutai Barat (80,9%) dan terendah di Balikpapan (18,5%). Persentase rumah tangga yang memiliki saluran air limbah sebesar 55,6% dimana yang terbuka sebesar 34,3% dan tertutup sebesar 21,3%.

**Tabel 3.9.3.1****Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Persentase menurut saluran pembuangan air limbah</b>		
	<b>Terbuka</b>	<b>Tertutup</b>	<b>Tidak Ada</b>
Pasir	33,4	12,8	53,8
Kutai Barat	13,7	5,5	80,9
Kutai Kertanegara	24,3	10,5	65,1
Kutai Timur	26,1	7,4	66,4
Berau	64,7	13,1	22,2
Malinau	25,7	4,4	69,9
Bulungan	36,3	17,0	46,6
Nunukan	22,2	16,0	61,7
Penajam Pasir Utara	46,2	10,3	43,6
Kota Balikpapan	41,8	39,6	18,5
Kota Samarinda	33,0	29,7	37,2
Kota Tarakan	50,0	24,3	25,7
Kota Bontang	37,3	39,4	23,3
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>34,3</b>	<b>21,3</b>	<b>44,3</b>

Menurut tipe daerah terlihat bahwa persentase rumah tangga yang tidak memiliki saluran pembuangan air limbah lebih banyak di perdesaan dan sebaliknya yang memiliki saluran pembuangan air limbah lebih banyak di perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran per kapita terlihat persentase rumah tangga yang memiliki saluran pembuangan air limbah semakin tinggi dengan semakin meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita dan sebaliknya semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita maka semakin rendah persentase rumah tangga yang tidak memiliki saluran pembuangan air limbah (Tabel 3.9.3.2).

**Tabel 3.9.3.2**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah**  
**dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur,**  
**Riskedas 2007**

Karakteristik	Persentase menurut saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak Ada
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	37,6	32,2	30,2
Perdesaan	30,6	8,4	61,1
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>			
Kuintil-1	32,4	12,9	54,7
Kuintil-2	36,5	14,0	49,5
Kuintil-3	34,5	18,4	47,1
Kuintil-4	34,5	26,3	39,2
Kuintil 5	34,1	35,6	30,4

Di Provinsi Kalimantan Timur sebanyak 65,2% (33,1% di Kutai Timur hingga 88,0% di Tarakan) rumah tangga mempunyai akses yang baik untuk memperoleh air bersih, sedangkan yang kurang baik sebesar 34,8% (12,0% di Tarakan hingga 66,9% di Kutai Timur) (Tabel 3.9.3.3). Akses rumah tangga terhadap sanitasi yang baik sebesar 57,4% (41,9% di Nunukan hingga 82,5% di Bontang), sedangkan yang kurang baik sebesar 42,6% (17,5% di Bontang hingga 58,1% di Nunukan).

**Tabel 3.9.3.3****Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih Dan Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Air Bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
Pasir	44,1	55,9	47,0	53,0
Kutai Barat	59,0	41,0	51,1	48,9
Kutai Kertanegara	43,7	56,3	46,0	54,0
Kutai Timur	66,9	33,1	53,8	46,2
Berau	47,2	52,8	47,5	52,5
Malinau	52,6	47,4	46,6	53,4
Bulungan	46,2	53,8	52,0	48,0
Nunukan	49,2	50,8	58,1	41,9
Penajam Paser Utara	38,0	62,0	51,4	48,6
Kota Balikpapan	13,1	86,9	28,1	71,9
Kota Samarinda	25,9	74,1	42,5	57,5
Kota Tarakan	12,0	88,0	40,2	59,8
Kota Bontang	14,7	85,3	17,5	82,5
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>34,8</b>	<b>65,2</b>	<b>42,6</b>	<b>57,4</b>

Catatan: \*) 20 ltr/orang/hari dari sumber terlindung dalam hari dari sumber terlindung dalam jarak KM atau waktu tempuh kurang dari 30 menit,

\*\*) Memiliki jamban jenis latrine + tangki septic,

Akses untuk memperoleh air bersih maupun sanitasi yang baik di perkotaan lebih besar persentasenya daripada di perdesaan sehingga persentase rumah tangga yang memperoleh air bersih berkualitas kurang dan lingkungan yang kualitas sanitasinya kurang menjadi lebih kecil di perkotaan (Tabel 3.9.3.4). Makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, makin tinggi persentase akses terhadap air bersih dan sanitasi berkualitas baik, sebaliknya makin rendah persentase memperoleh air bersih dan sanitasi baik.



**Tabel 3.9.3.4**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih Dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Air Bersih		Sanitasi	
	Kurang	Akses*)	Kurang	Akses**)
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	20,4	79,6	32,5	67,5
Perdesaan	51,9	48,1	54,7	45,3
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>				
Kuintil-1	43,3	56,7	62,9	37,1
Kuintil-2	35,0	65,0	49,6	50,4
Kuintil-3	33,0	67,0	40,2	59,8
Kuintil-4	30,8	69,2	33,7	66,3
Kuintil 5	31,0	69,0	26,0	74,0

Catatan: \*) 20 ltr/orang/hari dari sumber terlindung dalam hari dari sumber terlindung dalam jarak KM atau waktu tempuh kurang dari 30 menit, \*\*) Memiliki jambatn jenis latrine + tangki septic,

#### **3.9.4. Pembuangan sampah**

Data pembuangan sampah meliputi ketersediaan tempat penampungan/pembuangan sampah di dalam dan di luar rumah. Sebagian besar rumah tangga di provinsi ini belum mempunyai tempat penampungan sampah, baik di dalam rumah (60,0%) maupun di luar rumah (58,8%), sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 3.9.4.1. Pada rumah tangga yang mempunyai tempat penampungan di dalam rumah yang tertutup lebih banyak persentasenya daripada terbuka. Sedangkan tempat penampungan sampah luar rumah lebih banyak yang terbuka dibandingkan tertutup.

**Tabel 3.9.4.1**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Penampungan sampah di dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Pasir	7,5	14,8	77,6	5,2	26,6	68,2
Kutai Barat	3,0	4,9	92,1	1,6	21,5	76,8
Kutai Kertanegara	8,2	26,3	65,5	3,3	32,5	64,2
Kutai Timur	4,8	28,9	66,3	10,0	28,7	61,2
Berau	13,5	32,8	53,7	1,8	35,3	62,9
Malinau	5,2	27,0	67,8	3,5	25,2	71,3
Bulungan	10,4	12,6	77,0	5,4	36,2	58,4
Nunukan	1,2	7,1	91,7	4,0	25,3	70,8
Penajam Pasir Utara	9,1	17,1	73,8	5,1	33,5	61,5
Kota Balikpapan	41,0	8,9	50,0	22,5	21,0	56,5
Kota Samarinda	44,3	13,9	41,8	25,8	28,6	45,6
Kota Tarakan	16,2	27,9	55,8	8,8	26,4	64,8
Kota Bontang	37,0	20,1	43,0	23,9	36,8	39,3
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>22,2</b>	<b>17,8</b>	<b>60,0</b>	<b>12,8</b>	<b>28,4</b>	<b>58,8</b>

Persentase tidak memiliki tempat penampungan sampah (baik di dalam rumah maupun di luar rumah), lebih kecil di perkotaan dibandingkan dengan perdesaan (Tabel 3.9.4.2). Makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, ada kecenderungan makin rendah persentase yang tidak memiliki penampungan sampah baik di dalam rumah maupun di luar rumah.

**Tabel 3.9.4.2****Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Penampungan sampah di dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	36,2	16,3	47,4	20,0	27,2	52,8
Perdesaan	5,5	19,5	75,0	4,3	29,9	65,9
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil-1	15,3	16,6	68,1	8,6	26,7	64,7
Kuintil-2	18,9	17,6	63,5	10,0	24,8	65,2
Kuintil-3	20,3	20,1	59,6	10,7	29,5	59,8
Kuintil-4	24,2	18,2	57,6	14,1	30,5	55,4
Kuintil 5	32,8	16,3	50,9	20,7	30,8	48,5

**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  $\geq 8$  m<sup>2</sup>/kapita (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila  $< 8$  m<sup>2</sup>/kapita (padat).

Di seluruh Provinsi Kalimantan Timur masih terdapat 4,2% rumah tangga dengan jenis lantai rumah tanah dan 16,2% dengan tingkat hunian padat.

Tabel 3.9.5.1 menunjukkan bahwa 49,9% rumah tangga di provinsi ini menggunakan minyak tanah sebagai bahan bakar rumah tangga, lalu disusul dengan kayu bakar (29,6%), gas/elpiji (17,6%), listrik (1,7%), arang/briket (0,7%) dan lainnya (0,6%) (Tabel 4.7.5.1). Tarakan merupakan kabupaten/kota paling tinggi persentase pemakaian minyak tanah (86,5%) dan Nunukan dengan persentase terendah (22,4%).

**Tabel 3.9.5.1****Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis bahan bakar utama memasak					
	Listrik	Gas/elpiji	Minyak tanah	Arang/briket	Kayu bakar	Lainnya
Pasir	2,2	15,0	36,1	0,4	46,2	0,0
Kutai Barat	0,9	9,5	33,8	0,4	55,1	0,2
Kutai Kertanegara	1,6	17,1	52,0	2,0	27,2	0,1
Kutai Timur	0,2	9,6	46,9	0,6	41,3	1,3
Berau	1,7	7,1	52,5	1,5	36,9	0,4
Malinau	0,7	4,0	32,1	0,5	62,5	0,2
Bulungan	0,8	7,8	33,7	0,8	56,7	0,3
Nunukan	0,8	22,1	22,4	2,7	50,4	1,6
Penajam Pasir Utara	0,5	13,0	53,1	0,5	32,3	0,5
Kota Balikpapan	2,3	32,3	61,6	0,0	2,0	1,8
Kota Samarinda	3,7	25,6	65,2	0,0	5,3	0,3
Kota Tarakan	0,9	5,4	86,5	0,0	7,2	0,0
Kota Bontang	3,5	44,4	44,6	0,2	6,6	0,8
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>1,7</b>	<b>17,6</b>	<b>49,9</b>	<b>0,7</b>	<b>29,6</b>	<b>0,6</b>

**Tabel 3.9.5.2****Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis bahan bakar utama memasak					
	Listrik	Gas/elpiji	Minyak tanah	Arang/briket	Kayu bakar	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	2,6	26,7	63,5	0,2	6,2	0,9
Perdesaan	0,8	8,9	36,9	1,2	51,9	0,4
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>						
Kuintil-1	1,1	3,7	44,2	1,3	49,3	0,3
Kuintil-2	1,2	8,2	50,0	1,0	39,5	0,1
Kuintil-3	1,2	14,8	52,8	0,7	30,1	0,5
Kuintil-4	1,5	22,9	54,0	0,4	20,6	0,5
Kuintil 5	3,1	37,3	48,4	0,1	9,4	1,6

Pemakaian minyak tanah, gas/elpiji dan listrik lebih tinggi persentasenya di perkotaan dibandingkan perdesaan dan sebaliknya untuk jenis bahan bakar lainnya lebih tinggi di perdesaan (Tabel 3.9.5.2). Makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita maka makin tinggi pemakaian listrik dan gas/elpiji, namun makin rendah pemakaian kayu bakar, sedangkan terhadap bahan bakar lainnya kurang jelas polanya.

Pada Tabel 3.9.5.3 terlihat masih ada rumah di Provinsi Kalimantan Timur yang kurang memenuhi syarat sebagai rumah sehat, yaitu 4,2% berlantai tanah dan 16,2% dengan kepadatan hunian < 8 m<sup>2</sup>/kapita. Kabupaten/kota yang paling tinggi persentase rumah yang berjenis lantai tanah yaitu Tarakan (10,0%) dan terendah di Berau (1,2%). Sedangkan dilihat dari kepadatan hunian tinggi, yang tertinggi di Tarakan (22,5%) dan terendah di Malinau (11,3%).

**Tabel 3.9.5.3**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah , Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	≥ 8 m <sup>2</sup> /kapita	< 8 m <sup>2</sup> /kapita
Pasir	93,0	7,0	84,0	16,0
Kutai Barat	95,9	4,1	85,2	14,8
Kutai Kertanegara	96,4	3,6	87,6	12,4
Kutai Timur	98,6	1,4	87,1	12,9
Berau	98,8	1,2	86,1	13,9
Malinau	96,6	3,4	88,7	11,3
Bulungan	98,2	1,8	81,8	18,2
Nunukan	93,5	6,5	84,2	15,8
Penajam Pasir Utara	96,4	3,6	82,6	17,4
Kota Balikpapan	96,4	3,6	84,5	15,5
Kota Samarinda	94,8	5,2	80,7	19,3
Kota Tarakan	90,0	10,0	77,5	22,5
Kota Bontang	97,5	2,5	79,6	20,4
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>95,8</b>	<b>4,2</b>	<b>83,8</b>	<b>16,2</b>

Persentase rumah sehat dan tidak sehat di perkotaan dan perdesaan tidak menunjukkan perbedaan yang menyolok (Tabel 3.9.5.4). Menurut tingkat pengeluaran perkapita terlihat semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita maka semakin rendah tingkat kepadatan huniannya, sedangkan menurut jenis lantai rumah menunjukkan tidak ada pola.

Tabel 3.9.5.4

**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah , Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Susenas 2007**

Karakteristik	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	$\geq 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$	$< 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	95,9	4,1	82,4	17,6
Perdesaan	95,6	4,2	85,5	14,5
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>				
Kuintil-1	96,0	4,0	63,5	36,5
Kuintil-2	95,8	4,2	79,3	20,7
Kuintil-3	95,6	4,4	88,1	11,9
Kuintil-4	95,6	4,4	92,2	7,8
Kuintil 5	95,8	4,2	96,0	4,0

Tabel 3.9.5.5

**Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Persentase menurut jenis bahan beracun berbahaya					
	Pengharum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
Pasir	24,5	22,6	13,4	38,0	3,9	71,8
Kutai Barat	7,1	21,3	14,2	14,8	8,2	4,9
Kutai Kertanegara	17,6	24,4	17,3	49,8	10,5	68,5
Kutai Timur	15,0	34,5	16,4	40,7	11,7	56,2
Berau	17,1	24,0	17,9	81,2	7,0	78,9
Malinau	11,4	6,0	11,2	25,2	4,3	32,8
Bulungan	22,6	26,8	29,8	50,9	4,0	73,2
Nunukan	10,5	13,3	12,2	45,5	9,1	33,7
Penajam Pasir Utara	20,9	28,7	21,8	74,5	7,3	77,9
Kota Balikpapan	37,7	49,2	53,5	79,3	29,1	59,7
Kota Samarinda	30,2	25,1	35,5	72,4	16,8	68,8
Kota Tarakan	33,0	18,8	36,6	68,9	18,2	75,9
Kota Bontang	37,6	21,4	51,9	68,8	35,0	75,2
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>23,0</b>	<b>28,1</b>	<b>29,4</b>	<b>60,1</b>	<b>15,2</b>	<b>62,9</b>

Di antara enam jenis bahan beracun yang biasa digunakan di rumah tangga, jenis yang paling banyak digunakan di Provinsi Kalimantan Timur adalah racun serangga (62,9%) dan terendah, pengkilap kayu/kaca (15,2%), sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 3.9.5.5. Kabupaten/kota yang tertinggi menggunakan racun serangga adalah Berau (78,9%) dan terendah adalah Kutai Barat (4,9%).

Penggunaan bahan-bahan beracun tersebut jauh lebih banyak di perkotaan dibandingkan perdesaan pada setiap jenis bahan beracun, kecuali pada racun serangga, perbedaannya relatif kecil (Tabel 3.9.5.6). Makin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, makin tinggi penggunaan setiap jenis racun, kecuali penggunaan racun serangga.

**Tabel 3.9.5.6**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Persentase menurut jenis bahan beracun berbahaya					
	Pengharum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	33,4	32,3	41,0	73,2	21,6	65,1
Perdesaan	14,1	23,0	15,4	44,4	7,4	60,1
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>						
Kuintil-1	11,1	21,1	13,2	53,0	5,5	64,2
Kuintil-2	16,6	23,4	19,8	59,5	9,1	62,2
Kuintil-3	24,0	28,2	29,8	62,5	14,3	62,4
Kuintil-4	31,1	30,7	37,4	61,6	20,7	63,8
Kuintil 5	40,6	37,3	47,0	64,0	26,3	61,4

Dalam hal pemeliharaan ternak, data dikumpulkan dengan menanyakan kepada seluruh kepala rumah tangga apakah memelihara binatang jenis unggas, ternak sedang (kambing, domba, babi, dll), ternak besar (sapi, kuda, kerbau, dll) atau binatang peliharaan seperti anjing, kucing dan kelinci. Bila di rumah tangga memelihara ternak, kemudian ditanyakan dan diamati apakah dipelihara di dalam rumah.

Pada Tabel 3.9.5.7 tampak bahwa sebagian besar rumah tangga di Provinsi Kalimantan Timur tidak memelihara ternak dengan persentase 68,8% tidak memelihara unggas; 93,8% tidak memelihara ternak sedang dan 97,0% tidak memelihara ternak besar dan 95,6% tidak memelihara anjing/kucing/kelinci. Kabupaten/kota yang paling tinggi persentase tidak memelihara ternak unggas adalah Samarinda (89,9%) dan paling rendah Bulungan (20,1%). Kabupaten/kota malah tidak memelihara ternak tertentu sama sekali, misalnya Bontang untuk ternak sedang dan Malinau, Balikpapan serta Samarinda untuk ternak besar. Bagi rumah tangga yang memelihara ternak, sebagian kecil masih membangun kandangnya di dalam atau bersinggungan langsung dengan rumah, yaitu 1,8% ternak unggas, 0,1% ternak sedang dan 2,0% anjing/kucing/kelinci.

Untuk tiap jenis ternak, persentasenya rumah tangga yang tidak memelihara di perkotaan selalu lebih tinggi daripada di perdesaan, sedangkan bagi yang memelihara ternak, baik kandang di luar rumah maupun dalam rumah lebih tinggi di perdesaan dibandingkan perkotaan (Tabel 3.9.5.8). Menurut tingkat pengeluaran per kapita menunjukkan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita maka semakin tinggi yang tidak memelihara ternak.

Pada Tabel 3.9.5.9 tampak sebagian besar (64,2 - 97,4%) pemukiman penduduk provinsi itu berjarak > 200 meter dari sumber-sumber pencemaran, baik pencemaran melalui darat, udara, penginderaan suara maupun listrik. Sumber pencemaran berjarak paling pendek (< 10 meter) dengan persentase terbesar adalah jalan raya/kereta api, di mana tertinggi di Berau (25,5%) dan terendah di Nunukan (0,4%). Samarinda merupakan kabupaten/kota dengan persentase terbesar berjarak paling dekat dengan SUTT/SUTET.

Sampai dengan jarak < 200 meter, persentase di perkotaan adalah lebih besar daripada perdesaan untuk pencemaran jalan raya/kereta api, pembuangan sampah dan SUTT/SUTET, sedangkan untuk yang lainnya adalah sebaliknya (Tabel 3.9.5.10). Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita kelihatannya tidak menunjukkan pola yang jelas dalam kaitannya dengan sumber pencemaran.



**Tabel 3.9.5.7**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Ternak Unggas			Ternak Sedang			Ternak Besar			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
Pasir	3,2	47,3	49,5	0,2	2,9	96,9	0,2	4,1	95,6	0,2	1,9	94,4
Kutai Barat	2,7	63,5	33,8	0,8	26,0	73,2	0,0	5,7	94,3	0,0	6,4	88,2
Kutai Kertanegara	1,4	33,2	65,4	0,0	4,5	95,5	0,0	3,5	96,5	0,0	1,6	97,1
Kutai Timur	1,4	52,7	45,8	0,0	18,3	81,7	0,0	15,5	84,5	0,0	5,8	87,9
Berau	1,8	45,6	52,7	0,0	11,2	88,8	0,3	6,5	93,2	0,3	4,3	90,7
Malinau	2,6	52,2	45,2	0,0	32,8	67,2	0,0	0,9	99,1	0,0	5,0	91,7
Bulungan	1,3	78,6	20,1	0,4	22,2	77,3	0,4	3,1	96,4	0,4	14,3	78,9
Nunukan	6,3	27,5	66,3	0,4	6,6	93,0	0,0	1,9	98,1	0,0	3,2	92,7
Penajam Pasir Utara	2,2	49,5	48,4	0,0	5,1	94,9	0,0	5,5	94,5	0,0	2,7	92,9
Kota Balikpapan	1,6	11,0	87,4	0,0	0,3	99,7	0,0	0,0	100,0	0,0	1,4	98,5
Kota Samarinda	0,8	9,3	89,9	0,0	0,6	99,4	0,0	0,0	100,0	0,0	1,0	98,9
Kota Tarakan	1,1	14,6	84,3	0,0	0,6	99,4	0,0	0,3	99,7	0,0	1,8	97,3
Kota Bontang	2,4	10,8	86,7	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1,8	96,7
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>1,8</b>	<b>29,5</b>	<b>68,8</b>	<b>0,1</b>	<b>6,1</b>	<b>93,8</b>	<b>0,0</b>	<b>2,9</b>	<b>97,0</b>	<b>2,0</b>	<b>2,4</b>	<b>95,6</b>

**Tabel 3.9.5.8**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga di**  
**Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang			Ternak Besar			Anjing/kucing/kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dlm rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dlm rumah	Luar rumah	Tidak pelihara
<b>Tipe daerah</b>												
Perkotaan	1,3	11,8	86,8	0,0	0,5	99,5	0,0	0,1	99,9	0,0	1,4	98,0
Perdesaan	2,4	50,3	47,3	0,2	12,7	87,1	0,1	6,3	93,7	0,1	3,9	92,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>												
Kuintil-1	2,1	37,6	60,3	0,2	8,1	91,7	0,0	4,5	95,5	3,1	3,8	93,1
Kuintil-2	1,9	32,3	65,8	0,2	7,2	92,7	0,1	3,1	96,8	4,1	3,5	92,4
Kuintil-3	2,1	31,7	66,2	0,0	6,2	93,8	0,1	2,9	97,1	1,7	2,6	95,7
Kuintil-4	1,7	26,6	71,7	0,2	5,6	94,2	0,0	2,6	97,4	1,3	1,3	97,4
Kuintil 5	1,1	18,6	80,2	0,0	3,4	96,6	0,1	1,5	98,5	0,2	1,0	98,9

**Tabel 3.9.5.9**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jalan raya/rel kereta api (dalam meter)				Tempat pembuangan sampah (dalam meter)				Industri/pabrik (dalam meter)				Jaringan listrik SUTT/SUTET (dalam 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
Pasir	1,9	23,2	4,8	70,0	0,0	3,6	1,2	95,1	0,2	1,0	0,7	98,1	0,2	0,0	0,0	99,8
Kutai Barat	2,7	12,8	0,5	83,9	0,5	0,8	0,0	98,6	0,0	0,5	0,3	99,2	0,0	0,0	0,0	100,0
Kutai Kertanegara	16,2	27,6	4,3	51,9	3,4	2,5	0,2	93,9	0,0	3,5	0,4	96,1	0,0	0,7	0,2	99,1
Kutai Timur	1,4	9,8	0,0	88,8	0,2	1,0	1,2	97,6	0,0	3,3	1,7	95,0	0,0	0,2	0,0	99,8
Berau	25,5	25,8	10,1	38,6	0,3	2,9	0,9	95,9	0,0	0,3	0,3	99,4	0,0	0,0	0,0	100,0
Malinau	5,2	19,0	2,6	73,3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Bulungan	2,7	5,3	1,8	90,2	0,0	0,4	0,0	99,6	0,0	0,4	0,0	99,6	0,4	0,0	0,0	99,6
Nunukan	0,4	6,2	0,8	92,7	0,4	2,3	0,0	97,3	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,4	0,0	99,6
Penajam Pasir Utara	7,3	25,8	4,0	62,9	0,7	1,8	1,1	96,4	0,4	1,5	1,1	97,1	0,0	0,0	0,0	100,0
Kota Balikpapan	11,2	17,6	6,1	65,1	3,8	12,6	4,5	79,1	0,3	1,9	1,0	96,8	0,2	0,0	0,0	99,8
Kota Samarinda	6,4	25,0	5,2	63,3	0,4	8,0	4,7	86,9	0,0	0,9	0,3	98,8	4,1	10,5	1,6	83,8
Kota Tarakan	8,2	35,2	10,2	46,3	6,8	10,0	1,4	81,8	0,3	2,6	0,6	96,6	0,3	0,3	0,0	99,4
Kota Bontang	10,9	27,7	11,6	49,8	17,5	17,2	4,2	61,1	0,0	6,3	1,4	92,3	0,0	0,4	0,0	99,6
<b>Kalimantan Timur</b>	<b>9,0</b>	<b>21,7</b>	<b>5,0</b>	<b>64,2</b>	<b>2,5</b>	<b>6,1</b>	<b>2,2</b>	<b>89,2</b>	<b>0,1</b>	<b>1,9</b>	<b>0,6</b>	<b>97,4</b>	<b>0,9</b>	<b>2,4</b>	<b>0,4</b>	<b>96,3</b>

Tabel 3.9.5.10

Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Kalimantan Timur, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jalan raya/rel kereta api (dalam meter)				Tempat pembuangan sampah (dalam meter)				Industri/pabrik (dalam meter)				Jaringan listrik SUTT/SUTET (dalam 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
<b>Tempat tinggal</b>																
Perkotaan	10,5	25,0	7,3	57,2	3,3	9,5	3,8	83,3	0,1	1,8	0,6	97,5	1,6	3,9	0,6	93,8
Perdesaan	7,1	17,9	2,4	72,6	1,6	2,1	0,4	96,0	0,0	2,0	0,6	97,3	0,1	0,5	0,1	99,4
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>																
Kuintil-1	7,1	19,0	5,6	68,2	4,0	5,3	1,3	89,4	0,1	1,8	0,5	97,6	0,1	0,1	0,0	99,8
Kuintil-2	7,9	23,1	5,5	63,4	2,1	4,2	0,8	93,0	0,2	1,1	0,5	98,2	0,2	0,1	0,0	99,8
Kuintil-3	11,8	20,4	5,1	62,7	2,6	7,9	3,3	86,2	0,2	1,9	0,9	97,0	0,1	0,2	0,0	99,7
Kuintil-4	11,8	21,4	3,1	63,8	4,0	3,7	0,0	92,3	0,0	4,6	0,8	94,7	0,0	0,8	0,2	99,0
Kuintil 5	6,4	25,0	5,2	63,3	0,4	8,0	4,7	86,9	0,0	0,9	0,3	98,8	4,1	10,5	1,6	83,8

## DAFTAR PUSTAKA

1. Tim Riset Kesehatan Dasar Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2007. Pedoman Pengisian Kuesioner. Jakarta 2007.
2. Tim Riset Kesehatan Dasar Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar 2007. Pedoman Pengukuran dan Pemeriksaan. Jakarta 2007.
3. Tim survei Depkes RI. Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996. Depkes RI. Jakarta;1997.
4. WHO. Prevention of blindness and deafness. Global Initiative for the elimination of avoidable blindness. Geneva:WHO;2000. *Bulletin of WHO*, WHO document WHO/PBL/ 97.61.Rev2.
5. Tim Surkesnas. Survei Kesehatan Nasional, Laporan Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001: Studi Morbiditas dan disabilitas. Balitbangkes Depkes Jakarta, 2002.
6. 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.
7. WHO. Revised International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD) 10. Geneva:WHO;2000.
8. 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.
9. Badan Litbang Kesehatan. Status Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan: Susenas 2004 – Substansi Kesehatan. Jakarta, Badan Litbangkes, 2005.
10. Badan Litbang Kesehatan. Status Kesehatan Masyarakat Indonesia: SKRT 2004 – volume 2. Jakarta, Badan Litbangkes, 2005.
11. Badan Litbang Kesehatan. Rencana Strategis Badan Litbang Kesehatan 2003-2006. Jakarta, Badan Litbangkes, 2003.
12. Badan Litbang Kesehatan. Panduan Penyusunan Proposal – Protokol, Penilaian Proposal dan Laporan Akhir Penelitian. Jakarta, Badan Litbangkes, 2005.
13. Badan Pusat Statistik. Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003. Jakarta, BPS, 2003.
14. Departemen Kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta, Depkes, 2004.
15. Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2005. Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Banjarmasin, 2006.

# LAMPIRAN

## DAFTAR SUSUNAN

### TIM PELAKSANA RISKESDAS PROVINSI KALIMANTAN SELATAN

#### TAHUN 2007

Sesuai dengan SK Kepala Badan Litbangkes No. HK.00.07/I/1001/2007, tanggal 22 Maret 2007

Provinsi Kalimantan Selatan	
Pengarah	: Drs. H. Muchlis Gafuri.
Koordinator	: drg. H. Rosehan Adhani, M.Sc (PH).
Penanggung Jawab Operasional	: Dra. Annie.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Syarifudin, SE, MS.
Penanggung Jawab Teknis	: dr. Lusianawaty Tana, MS.
Wakil Penanggung Jawab Teknis	: Anorital, SKM, M.Kes.
Anggota 1	: Ir. Aksan Juzaimah.
Anggota 2	: Maharso, SKM, M.Kes.
Urusan Logistik	: Uripto.
Urusan Keuangan	: Nurdin.
Koordinator Administrasi & Keuangan	: Irwan Fazar Wibowo, S.Kom.
Wakil Koordinator Administrasi & Keuangan	: Purniawaty.
Kota Banjarmasin	
Pengarah	: Drs. H. Didit Wahyuni.
Koordinator	: dr. Hj. Rosally Gunawan.
Penanggung Jawab Operasional	: Dra. Roosmarini Isfianti, Apt. M.Kes.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Achmad Alfian, SKM.
Penanggung Jawab Teknis	: dr. Roselinda, M.Epid.
Penanggung Jawab Spesimen	: dr. H. Sri Yanto, M.Kes.
Urusan Logistik & Instrumen	: Suhartati, SKM.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Anni Yolanda, SKM.
Kota Banjarbaru	
Pengarah	: Drs. Budi Yamin.
Koordinator	: dr. Hj. Nurlenny Saleh.
Penanggung Jawab Operasional	: Djurdjiannor, BE, S.Pd.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Drs. Badaruddin.
Penanggung Jawab Teknis	: Imam Santoso, SKM, M.Kes.
Penanggung Jawab Spesimen	: drg. Agus Widjaja, MHA.
Urusan Logistik & Instrumen	: M. Syaukani, SKM.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Marlina.
Kabupaten Banjar	
Pengarah	: Ir. H. Yusni Anani.
Koordinator	: drg. H. Toto Medyanto, M.Kes.
Penanggung Jawab Operasional	: Hasbi Rivani
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Nuraini Budi Utami, SKM.
Penanggung Jawab Teknis	: drh. Rabea Pangerti Yekti, M.Epid.
Penanggung Jawab Spesimen	: Sugian Noor, SKM, M.Kes.
Urusan Logistik & Instrumen	: H. Akhmad Mahmud.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Sukini.

Kabupaten Tanah Laut	
Pengarah	: Drs. H. Atmari.
Koordinator	: dr. H. Gusti Rifaniansyah.
Penanggung Jawab Operasional	: Antonius Jaka, SKM, M.Kes.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Drs. H. Zainal Abidin, MAP.
Penanggung Jawab Teknis	: Luxi R. Pasaribu, S.Si, M.Sc (PH).
Penanggung Jawab Spesimen	: H. Abdullah, SKM.
Urusan Logistik & Instrumen	: Ilyasa Khalik, SKM.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Dini Irma Irliani, SKM.
Kabupaten Tanah Bumbu	
Pengarah	: Drs. H. Zulfadli Gazali, M.Si.
Koordinator	: dr. H. Annwariso.
Penanggung Jawab Operasional	: Narni, SKM.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Arifin, SP.
Penanggung Jawab Teknis	: Nita Rahayu, SKM.
Penanggung Jawab Spesimen	: drg. Harry Dharmawan, M.Kes.
Urusan Logistik & Instrumen	: M. Yamin Badroen, S.Sos.
Urusan Keuangan & Administrasi	: H. Damrah, S.Sos, M.Si.
Kabupaten Kotabaru	
Pengarah	: Drs. H. Masran Arifani.
Koordinator	: drg. Cipta Waspada, M.Kes.
Penanggung Jawab Operasional	: Erawati, S.Sos, M.Si.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: M. Mahmud, SKM, M.Kes.
Penanggung Jawab Teknis	: Mardiman Ambarita, SKM, M.Kes.
Penanggung Jawab Spesimen	: dr. Hasanuddin, Sp.PD.
Urusan Logistik & Instrumen	: M. Jahri, S.Sos, M.Si.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Nursalam Simanjuntak.
Kabupaten Barito Kuala	
Pengarah	: Drs. H. M. Aflus Gunawan, M.Si.
Koordinator	: H. Aus Al Anhar, SKM, MS.
Penanggung Jawab Operasional	: Zulfikar, SKM, M.Kes.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Susana Hikmawati, SKM, M.Kes.
Penanggung Jawab Teknis	: Amalia Safitri, SKM.
Penanggung Jawab Spesimen	: M. Choirul Hidajat, SKM, M.Kes.
Urusan Logistik & Instrumen	: Akhyar Noor Rakhmani, S.Si, Apt.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Hj. Magdalena, SIP.
Kabupaten Tapin	
Pengarah	: Drs. H. Chairil Muchlis, MAP.
Koordinator	: drg. H. Kussudiarto, MAP.
Penanggung Jawab Operasional	: Human Arifin, SKM, M.Kes.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Khaerudin, SKM, M.Kes.
Penanggung Jawab Teknis	: dr. Lutfah Rif'ati, Sp.M.
Penanggung Jawab Spesimen	: dr. H. Milhan, MM.
Urusan Logistik & Instrumen	: Najjamudin, SKM.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Suaidah.
Kabupaten Hulu Sungai Selatan	
Pengarah	: Drs. H. Achmad Fikri, MAP.
Koordinator	: drg. H. Garsmedi, M.Kes.
Penanggung Jawab Operasional	: Drs. Sudiwaskito.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Najma Sofie, SKM, M.Repro.
Penanggung Jawab Teknis	: Drs. Sa'roni, M.Kes.
Penanggung Jawab Spesimen	: drg. Happy Tana.

Urusan Logistik & Instrumen	: H. Mursidi, SKM, M.Kes.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Daru Priyanto, SKM.
<b>Kabupaten Hulu Sungai Tengah</b>	
Pengarah	: Drs. H. Syamsul Muchjar.
Koordinator	: dr. IBG Dharma Putra, MKM.
Penanggung Jawab Operasional	: H. Sirajudin S, BA.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Ehwan Kusnadi, SKM
Penanggung Jawab Teknis	: dr. Hadi Siswoyo.
Penanggung Jawab Spesimen	: dr. Hardi Basuki, M.Kes.
Urusan Logistik & Instrumen	: Wahyuni, SIP, M.Kes.
Urusan Keuangan & Administrasi	: M. Yuseri.
<b>Kabupaten Hulu Sungai Utara</b>	
Pengarah	: Drs. H. Risnady Baharuddin.
Koordinator	: drg. Isnur Hatta.
Penanggung Jawab Operasional	: H. Ahmad Syaibani, S.Sos.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: H. Efdi Rijani, SKM
Penanggung Jawab Teknis	: dr. Ketut Susilarini.
Penanggung Jawab Spesimen	: dr. I Nyoman Gde Anom, M.Kes.
Urusan Logistik & Instrumen	: Syahminor Adhari.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Murniyati, SKM.
<b>Kabupaten Balangan</b>	
Pengarah	: Drs. H. Syarifullah.
Koordinator	: dr. Hj. Rita M. Iriani, M.Kes.
Penanggung Jawab Operasional	: Ainun Faridah, SKM, M.Kes.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Agus Syarkani, SKM
Penanggung Jawab Teknis	: Annida, SKM.
Penanggung Jawab Spesimen	: Nurhilaliah.
Urusan Logistik & Instrumen	: Rusmilawati, S.Si, Apt.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Mis Puana Olfa, SKM.
<b>Kabupaten Tabalong</b>	
Pengarah	: Drs. H. Akhmad Bakhit.
Koordinator	: dr. H.M. Rusli Thamrin, MHA.
Penanggung Jawab Operasional	: Aliansyah Lestaluhu, SKM.
Wakil Penanggung Jawab Operasional	: Lutfi, SE.
Penanggung Jawab Teknis	: M. Aris, SKM, M.Kes.
Penanggung Jawab Spesimen	: drg. Rukiah.
Urusan Logistik & Instrumen	: Zainal Hakim, S.Sos.
Urusan Keuangan & Administrasi	: Anna Mariana.