

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

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

TAHUN 2009

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

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

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

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

Instrumen penelitian meliputi:

1. Kuesioner:
 - 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 dosen Poltekkes, Jajaran Pemda khususnya Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Labkesda dan Rumah Sakit serta Perguruan Tinggi. Untuk kesehatan masyarakat, kami berhasil menghimpun data dasar kesehatan dari 33 provinsi, 440 kabupaten/kota, blok sensus, rumah tangga dan individu. Untuk biomedis, kami berhasil menghimpun khusus daerah urban dari 33 provinsi 352 kabupaten/kota, 856 blok sensus, 15.536 rumahtangga dan 34.537 spesimen.

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

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu’alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

SAMBUTAN

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

Puji syukur kehadirat 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/mechanisme pengukurannya menjadi lebih jelas dalam mempercepat upaya peningkatan derajat kesehatan secara nasional dan daerah.

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

Menteri Kesehatan Republik Indonesia



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

RINGKASAN EKSEKUTIF

Pelaksanaan Riskesdas di Provinsi Sulawesi Barat merupakan bagian dari Riskesdas nasional, karena itu semua prosedur cara pelaksanaan persis sama dengan pelaksanaan Riskesdas di daerah lain. Sesuai dengan jumlah penduduk dalam hal sampling SUSENAS di lima kabupaten di Sulawesi Barat 3 Kabupaten dengan jumlah blok sensus 40 dan 2 kabupaten dengan 38 blok sensus.

1. GIZI

Masalah gizi pada Balita di Sulawesi Barat didominasi masalah gizi kurang dan buruk. Namun karena tingginya prevalensi anak pendek, maka selain tingginya masalah balita kurus (16,8%) juga balita yang gemuk tapi pendek (12,4%). Masalah yang sama juga pada anak usia 6-14 tahun. Masalah gizi ganda juga ditemukan pada kelompok dewasa. Prevalensi obesitas sentral cukup tinggi 15,9%. Prevalensi Kurang energi kronis pada wanita usia subur mencapai 12,5%. Rata-rata konsumsi energi dan protein perkapita rumah tangga Sulawesi Barat jauh di bawah rata-rata nasional. Sebanyak 80,0% rumah tangga mengkonsumsi energi di bawah rata-rata nasional dan 60% di bawah rata-rata konsumsi protein nasional. Diperlukan upaya peningkatan daya beli.

Untuk penanggulangan masalah gizi diperlukan upaya mendasar mengurangi infeksi dan investasi cacing berupa pengobatan dan perbaikan lingkungan. Perlu dilakukan perbaikan ekonomi, serta penyuluhan perbaikan gizi dan kesehatan. Perbaikan kemampuan daya beli serta akses untuk mendapatkan makanan sehat dan bergizi.

Sebanyak 34,2% rumah tangga di Sulawesi Barat menggunakan garam dengan kadar iodium cukup. Perlu upaya penyuluhan penggunaan garam beriodium serta memastikan bahwa garam konsumsi di Sulawesi Barat mengandung iodium cukup.

2. KIA

Cakupan imunisasi anak balita umur 12-59 bulan di Sulawesi Barat masih di bawah 80%. Cakupan imunisasi dasar BCG 73,8%, polio3 52,7%, DPT3 49,0%, HB3 46,7%, dan campak 79,0%. Cakupan imunisasi tertinggi adalah imunisasi campak di Mamuju (91,5%) dan terendah adalah imunisasi HB3 di Mamuju Utara (20,9%). Cakupan imunisasi lengkap baru mencapai 14,8%, tertinggi di Polewali Mandar, terendah di Majene (5,0%). Masih ada 16,8% anak balita usia 12 – 59 bulan yang sama sekali tidak diimunisasi, bahan di Mamuju Utara mencapai 34,9% anak balita sama sekali tidak diimunisasi. Cakupan imunisasi di perkotaan relatif lebih tinggi daripada di perdesaan. Ada kecenderungan semakin rendah tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita persentase balita yang sama sekali tidak diimunisasi semakin tinggi.

Cakupan penimbangan dalam 6 bulan terakhir masih rendah hal ini tampak dari data hanya 29,8% yang menimbang berat badan ≥ 4 kali dalam 6 bulan terakhir. Cakupan kepemilikan KMS yang dapat menunjukkan hanya 10,9% dan kepemilikan buku KIA jauh lebih rendah lagi yaitu 7,7% yang menyatakan mempunyai dan dapat menunjukkan. Cakupan kepemilikan KMS dan buku KIA lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Cakupan pemberian kapsul vitamin A baru mencapai 65,6%, tertinggi di Mamuju (76,5%) dan terendah di Mamasa (27,9%).

Persentase ibu yang mempunyai persepsi ukuran bayinya kecil adalah 16,4%, tertinggi di Mamuju dan terendah di Mamuju Utara. Cakupan pemeriksaan kehamilan di Sulawesi Barat 79,6% tertinggi di Mamuju (91,3%) terendah di Mamasa (28,6%). Jenis pelayanan pemeriksaan kehamilan yang paling banyak diterima ibu hamil adalah pengukuran

tekanan darah dan penimbangan berat badan. Cakupan pemeriksaan neonatus 0 – 7 hari (KN1) dan 8 – 28 hari (KN2) masing-masing adalah 47,3% dan 30,5%. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita cakupan penimbangan dalam 6 bulan terakhir, pemberian vitamin A, pemeriksaan kehamilan, dan pemeriksaan neonatus semakin tinggi.

3. Penyakit

Prevalensi DBD klinis di Sulawesi Barat 0,7% lebih tinggi dari angka nasional (0,6%). Prevalensi diare masih dibawah prevalensi nasional, namun yang mengonsumsi oralit 41,4% mendekati angka nasional 42,2%.

Keadaan diatas dapat ditanggulangi dengan perbaikan lingkungan.

Prevalensi hipertensi dengan pengukuran sangat tinggi mencapai 33,9%, bahkan di Mamasa mencapai 50,5%. Deteksi penyakit jantung, asma dan DM baru mencapai sepertiga dari kasus yang ada. Keadaan ini dapat ditanggulangi dengan pola hidup sehat.

Low vision di Sulawesi Barat 5,2% lebih tinggi dari angka nasional 5,2%. Namun prevalensi kebutaan 0,6% lebih rendah dari angka nasional 0,9%. Diagnosis katarak jauh lebih rendah dari total kasus katarak yang ada. Penduduk yang mempunyai masalah gigi dan mulut 24,5%, namun yang telah menerima perawatan baru 20,2% dari kasus yang ada. Indeks yang membutuhkan perawatan 32,2 sedangkan yang menerima baru 1,0. Sangat jauh antara yang memerlukan dan yang mendapat perawatan.

Perlu upaya penanggulangan dengan penyediaan pelayanan kesehatan mata disatu pihak dan kesadaran masyarakat untuk memelihara kesehatan matanya.

Penduduk yang mempunyai masalah gigi dan mulut 24,5%, namun yang telah menerima perawatan baru 20,2% dari kasus yang ada. Indeks yang membutuhkan perawatan 32,2 sedangkan yang menerima baru 1,0. Sangat jauh antara yang memerlukan dan yang mendapat perawatan.

4. Pengetahuan Sikap Dan Perilaku

Perokok aktif setiap hari 19,9% dan perokok kadang-kadang 5,2% dan rata-rata merokok 14 batang perhari. Umur mulai merokok paling banyak pada umur 15-19 tahun, tetapi sudah ada yang mulai merokok pada umur 10-14 tahun. Masalah yang serius adalah hampir semua perokok (91,4%) merokok dalam ruangan saat ada anggota rumahtangga lain. Jenis rokok yang paling digemari adalah kretek dengan filter (85,9%)

Hanya empat persen responden yang menyatakan minum alkohol 12 bulan yang lalu dan 2,7% yang menyatakan minum minuman beralkohol sebulan yang lalu. Sebanyak 36,2% diantaranya mengonsumsi minuman beralkohol 1-4 hari perminggu dan 76,4% mengonsumsi minuman tradisional yang umumnya masih mengandung metanol. Sebagian besar peminum berat (71,0%) mengonsumsi alkohol 11-80 satuan ukuran perhari.

Perilaku makan buah dan sayur sangat kurang, sebanyak 96,4% mempunyai kebiasaan kurang konsumsi sayur dan buah yang selain memasok vitamin dan mineral juga serat. Sebanyak 42,0% penduduk umur 10 tahun keatas aktifitas fisiknya kurang.

Pengetahuan tentang Flu burung cukup baik, tetapi HIV/AIDS hanya 29,3% yang menyatakan pernah mendengar dan hanya 16,1% yang tahu benar tentang penularannya dan hanya 28,9% yang tahu benar cara pencegahannya. Masih perlu upaya promosi kesehatan terutama tentang HIV/AIDS.

Sebanyak 57,4% berperilaku benar dalam BAB namun hanya 18,5% yang berperilaku benar dalam mencuci tangan dengan sabun.

Dari tampilan pengetahuan, sikap, dan perilaku, maka di provinsi Sulawesi Barat, dapat diringkas dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), didapat hanya 28,8% penduduk yang memiliki PHBS yang baik.

5. Akses dan Penggunaan Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan kesehatan menggambarkan kemampuan potensial masyarakat untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Akses sangat dipengaruhi oleh jarak dan fasilitas transportasi. Dari segi jarak 37,9% rumah tangga di Sulawesi Barat tinggal <1 km dari tempat pelayanan kesehatan. Bahkan di Kabupaten Polewali Mandar dan Mamuju Utara 100,0% rumah tangga tinggal <1 km dari tempat pelayanan kesehatan. Namun dari segi jarak tempuh 44,4% rumah tangga sampel memerlukan waktu \leq 15 menit untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan dibandingkan dengan angka nasional sebesar (67,2%).

Dari segi waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan nampak bahwa 44,4% rumah tangga dapat mencapai ke sarana pelayanan kesehatan kurang atau sama dengan 15 menit dan sebanyak 37,8% penduduk dapat mencapai sarana pelayanan kesehatan berkisar antara 16-30 menit. Dengan demikian di Provinsi Sulawesi Barat, masih ada sekitar 17,9% rumah tangga yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan.

6. Air dan Sanitasi

Akses terhadap air cukup baik. Sebagian besar air jernih dan baik (86,8%). Pengambil air paling sering wanita dewasa dan anak-anak <12 tahun (50,4%). Sebagian sumber air minum sumur 34,2% dan ledeng baru 7,1%. Tampaknya sumber air bersih tidak terlalu masalah namun air minum ledeng masih rendah.

Kebiasaan BAB, pembuangan air sisa domestik, serta sampah masih kurang, perlu penyuluhan tentang pentingnya semua dilakukan dengan benar.

Pada pelayanan malaria, diabetes melitus serta beberapa penyakit lainnya perlu upaya meningkatkan cakupan dengan mendekati sasaran serta penyadaran kepada masyarakat untuk mencegah serta menggunakan pelayanan kesehatan bila merasakan gejala penyakit yang bersangkutan.

Untuk meningkatkan keadaan kesehatan dan gizi masyarakat Sulawesi Barat perlu promosi kesehatan, penyuluhan dan memfasilitasi agar masyarakat dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan. Secara garis besar perlu ada upaya komunikasi perubahan perilaku (Behavior Change Communication) yang dalam pelaksanaannya melibatkan berbagai sektor misalnya pertanian untuk penyediaan pangan dan peningkatan ekonomi keluarga. Perlu kerjasama dengan perusahaan.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	ii
Sambutan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia	iv
Ringkasan Eksekutif	vi
Daftra Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xxiii
Daftar Singkatan	xxiv
Daftar Lampiran	xxvii
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Ruang Lingkup Riskesdas	1
1.3. Pertanyaan Penelitian	2
1.4. Tujuan Riskesdas	2
1.5. Kerangka Pikir	3
1.6. Alur Pikir Riskesdas 2007	5
1.7. Pengorganisasian Riskesdas	5
1.8. Manfaat Riskesdas	6
1.9. Keterbatasan Riskesdas	6
1.10. Persetujuan Etik Riskesdas	6
BAB 2 Metodologi Riskesdas	7
2.1. Desain	7
2.2. Lokasi	7
2.3. Populasi Sampel	7
2.3.1. Penarikan Sampel Blok Sensus	7
2.3.2. Penarikan Sampel Rumah Tangga	8
2.3.3. Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	8
2.3.4. Penarikan Sampel Biomedis	8
2.3.5. Penarikan Sampel Yodium	8
2.4. Variabel	8
2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpul Data	10
2.6. Manajemen Data	12
2.6.1. Editing	13
2.6.2. Entry	13
2.6.3. Cleaning	13
2.6.4. Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data	13
2.7. Keterbatasan Riskesdas	15
2.8. Pengolahan dan Analisis Data	18
BAB 3 3. Hasil Riskesdas	20
3.1. Gambaran Umum	20
3.1.1. Profil Provinsi Sulawesi Barat	20
3.2. Gizi	20
3.2.1. Status Gizi Balita	20
3.2.2. Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)	30
3.2.3. Status Gizi Penduduk Umur 15 tahun keatas	31
3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein	34
3.2.5. Konsumsi Garam beriodium	36
3.3. Kesehatan Ibu dan Anak	38
3.3.1. Status Imunisasi	38

3.3.2. Pemantauan Perumbuhan Balita	43
3.3.3. Distribusi Kapsul Vitamin A	51
3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	53
3.3.5. Pemeriksaan Kehamilan	54
3.4. Penyakit Menular	59
3.4.1. Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	59
3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak	63
3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare	66
3.4.4. Karakteristik Responden dengan Tifoid, Hepatitis, dan Diare	67
3.5. Penyakit Tidak Menular	69
3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan	69
3.5.2. Gangguan Mental Emosional	76
3.5.3. Penyakit Mata	78
3.5.4. Kesehatan Gigi	85
3.6. Cedera dan Disabilitas	99
3.6.1. Cedera	99
3.6.2. Status Disabilitas/Ketidakmampuan	117
3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	122
3.7.1. Perilaku Merokok	122
3.7.2. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	133
3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol	134
3.7.4. Perilaku Aktivitas Fisik	141
3.7.5. Pengetahuan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	143
3.7.6. Perilaku Higienis	149
3.8. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	151
3.8.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	151
3.8.2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	163
3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	168
3.9. Kesehatan Lingkungan	172
3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga	172
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar	181
3.9.3. Perumahan	187
BAB 4 Ringkasan Temuan	191
Daftar Pustaka	204
Lampiran	209

DAFTAR TABEL

Tabel 1.2	Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi	2
Tabel 1.7.1	Jumlah Blok Sensus (BS) menurut Susenas dan Riskesdas	16
Tabel 1.7.1	Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Provinsi menurut Susenas dan Riskesdas, 2007	17
Tabel 1.7.2	Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Provinsi menurut Susenas dan Riskesdas, 2007	18
Tabel 1.2.1.1	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	22
Tabel 1.2.1.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, 2007	22
Tabel 1.2.1.3	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	23
Tabel 1.2.1.4	Prevalensi Balita menurut Status Gizi BB/U dan Karakteristik Responden di Sulawesi Barat, Riskesdas, 2007	25
Tabel 1.2.1.5	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	27
Tabel 1.2.1.6	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	29
Tabel 1.2.1.7	Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	30
Tabel 1.2.2.1	Prevalensi Kekurangan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis Kelamin Dan Provinsi, Riskesdas 2007	30
Tabel 1.2.2.2	Persentase Kurus dan BB Lebih Anak Usia 6-14 Tahun menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	31
Tabel 1.2.3.1	Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut IMT dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	32
Tabel 1.2.3.2	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	32
Tabel 1.8	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut IMT dan Karakteristik Respoden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	33
Tabel 1.2.3.4	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	33
Tabel 1.2.3.5	Prevalensi Obesitas Sentral Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	34
Tabel 1.2.3.6	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	34

Tabel 1.2.4.1	Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	35
Tabel 1.2.4.2	Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional di Indonesia, Riskesdas 2007	35
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 Indonesia, Riskesdas 2007	36
Tabel 1.9	Persentase Rumah-Tangga yang Mempunyai Garam Cukup Iodium menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	37
Tabel 1.2.5.2	Persentase Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Yodium menurut Karakteristik Responden di Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	37
Tabel 1.3.1.1	Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	39
Tabel 1.3.1.2	Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	40
Tabel 1.3.1.3	Sebaran Anak Balita menurut Kelengkapan Imunisasi Dasar dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	41
Tabel 1.3.1.4	Sebaran Anak Balita menurut Kelengkapan Imunisasi Dasar dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	42
Tabel 1.3.2.1	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	43
Tabel 1.3.2.2	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	44
Tabel 1.3.2.3	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	45
Tabel 1.3.2.4	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	46
Tabel 1.3.2.5	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	47
Tabel 1.3.2.6	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat Riskesdas 2007	48
Tabel 1.3.2.7	Persentase Kepemilikan Buku KIA menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	49
Tabel 1.3.2.8	Persentase Balita menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	50

Tabel 1.3.3.1	Persentase Balita yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat Riskesdas 2007	51
Tabel 1.3.3.2	Persentase Balita yang menerima Kapsul Viatamin A menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	52
Tabel 1.3.4.1	Persentase Ibu menurut Persepsi Ukuran Bayi Saat Lahir dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	53
Tabel 1.3.4.2	Persentase Ibu menurut Persepsi Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	54
Tabel 1.3.5.1	Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Kabupaten, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	55
Tabel 1.3.5.2	Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Wilayah Tempat Tinggal Responden, di provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	55
Tabel 1.3.5.3	Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	56
Tabel 1.3.5.4	Persentase Jenis Pelayanan pada Pemeriksaan Kehamilan menurut Wilayah/Daerah di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	57
Tabel 1.3.5.5	Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	58
Tabel 1.3.5.6	Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas, 2007	59
Tabel 1.4.1.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	60
Tabel 1.4.1.2	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	62
Tabel 1.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak berdasarkan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	64
Tabel 1.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak menurut Karakteristik Responden di Provisi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	65
Tabel 1.4.3	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare berdasarkan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	67
Tabel 1.4.4	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di Indonesia, Riskesdas 2007	68
Tabel 1.5.1.1	Prevalensi Penyakit Kronis Dalam 1 Tahun Terakhir Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	70
Tabel 1.5.1.2	Prevalensi Penyakit Kronis dalam 1 Tahun Terakhir menurut Diagnosis atau Gejala dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	71

Tabel 1.5.1.3	Prevalensi penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor** Menurut kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	72
Tabel 1.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor** menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat Riskesdas 2007	74
Tabel 1.5.1.5	Prevalensi Penyakit Keturunan* Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	75
Tabel 1.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	76
Tabel 1.5.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas2007	77
Tabel 1.5.3.1	Persentase Penduduk Usia >5 Tahun Dengan <i>Low Vision</i> Dan Kebutaan Dengan Koreksi Kacamata Maksimal Atau Tidak Menurut Provinsi	79
Tabel 1.5.3.2	Persentase Penduduk Usia 6 Tahun Ke Atas dengan <i>Low Vision</i> dan Kebutaan dengan Koreksi Kacamata Maksimal atau Tidak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	80
Tabel 1.5.3.3	Persentase Penduduk Usia ≥ 30 Tahun yang Pernah Didiagnosis Katarak oleh Tenaga Kesehatan atau Dengan Gejala/ Masalah Penglihatandalam 12 Bulan Terakhir menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	81
Tabel 1.5.3.4	Persentase Penduduk Usia ≥ 30 Tahun Yang Pernah Didiagnosis Katarak oleh Tenaga Kesehatan atau Dengan Gejala/Masalah Penglihatan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Respondendi Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	82
Tabel 1.5.3.5	Persentase Penduduk Usia ≥ 30 Tahun dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak atau Mamakai Kacamata Setelah Operasi Katarak Selama 12 Bulan Terakhir menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	83
Tabel 1.5.3.6	Persentase Penduduk Usia ≥ 30 Tahun dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak atau Memakai Kacamata Setelah Operasi atarak dalam 12 Bulan Terakhir menurut Karakteristik di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	84
Tabel 1.5.4.1	Proporsi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	86
Tabel 1.5.4.2	Proporsi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Dalam 12 Bulan Terakhir, Menurut Karakteristik di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	87
Tabel 1.5.4.3	Proporsi Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk Untuk Masalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	87

Tabel 1.5.4.4	Proporsi Jenis Perawatan yang Diterima Penduduk untuk Masalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	88
Tabel 1.5.4.5	Proporsi Penduduk 10 Tahun Ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	89
Tabel 1.5.4.6	Proporsi Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	90
Tabel 1.5.4.7	Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk 10 Tahun Ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	91
Tabel 1.5.4.8	Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk 10 Tahun Ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	92
Tabel 1.5.4.9	Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	93
Tabel 1.5.4.10	Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	93
Tabel 1.5.4.11	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	94
Tabel 1.5.4.12	Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik, Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	95
Tabel 1.5.4.13	<i>Required Treatment Index</i> (RTI dan <i>Perform Tretment Index</i> (PTI) menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	96
Tabel 1.5.4.14	<i>Required Treatment Index</i> (RTI dan <i>Perform Tretment Index</i> (PTI) menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	97
Tabel 1.5.4.15	Proporsi penduduk dengan Fungsi normal gigi dan penduduk edentulous menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	98
Tabel 1.6.1.1	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	100
Tabel 1.6.1.2	Prevalensi cedera dan penyebab cedera menurut pendidikan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	101
Tabel 1.6.1.3	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Pekerjaan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	102
Tabel 1.6.1.4	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	103
Tabel 1.6.1.5	Prevalensi cedera dan penyebab cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	104

Tabel 1.6.1.6	Prevalensi Cedera Dan Penyebab Cedera Menurut Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	105
Tabel 1.6.1.7	Prevalensi Cedera menurut bagian tubuh yang cedera dan Kabupaten di di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	106
Tabel 1.6.1.8	Prevalensi-Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Kelompok Umur di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	107
Tabel 1.6.1.9	Prevalensi-Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan tingkat Pendidikan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	108
Tabel 1.6.1.10	Prevalensi-Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Pekerjaan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	109
Tabel 1.6.1.11	Prevalensicedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	110
Tabel 1.6.1.12	Prevalensi-cedera menurut Jenis cedera dan kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	111
Tabel 1.6.1.13	Prevalensi Jenis Cedera Menurut Kelompok Umur di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	112
Tabel 1.6.1.14	Prevalensi jenis cedera menurut tingkat pendidikan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	113
Tabel 1.6.1.15	Prevalensi Jenis Cedera Menurut Pekerjaan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	104
Tabel 1.6.1.16	Prevalensi Jenis Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	115
Tabel 1.6.1.17	Prevalensi Jenis Cedera Menurut Kabupaten	116
Tabel 1.6.2.1	Distribusi Penduduk ≥ 15 tahun Menurut Status Disabilitas dalam 1 bulan terakhir di Provinsi Sulawesi Barat Riskesdas 2007	118
Tabel 1.6.2.2	Distribusi Penduduk ≥ 15 tahun Berdasarkan Tingkat Disabilitas dalam 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	118
Tabel 1.6.2.3	Sebaran Penduduk ≥ 15 tahun Berdasarkan Tingkat Disabilitas dalam 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	119
Tabel 1.6.2.4	Proporsi Penduduk ≥ 15 tahun menurut jenis bantuan dan Karakteristik Responden Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	121
Tabel 1.6.2.5	Prevalensi Status Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	122
Tabel 1.7.1.1	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	123
Tabel 1.7.1.2	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	124

Tabel 1.7.1.3	Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	125
Tabel 1.7.1.4	Prevalensi perokok laki-laki umur ≥ 10 tahun berdasarkan jumlah rokok yang dihisap per hari menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	125
Tabel 1.7.1.5	Prevalensi perokok laki-laki umur ≥ 10 tahun berdasarkan jumlah rokok yang dihisap per hari menurut Karakteristik responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	126
Tabel 1.7.1.6	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Umur Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	127
Tabel 1.7.1.7	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Umur Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	128
Tabel 1.7.1.8	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	129
Tabel 1.7.1.9	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	130
Tabel 1.7.1.10	Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	131
Tabel 1.7.1.11	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	131
Tabel 1.7.1.12	Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	132
Tabel 1.7.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	133
Tabel 1.7.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	134
Tabel 1.7.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	135
Tabel.3.7.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	136
Tabel 1.7.3.3	Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Kabupaten, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	137

Tabel 1.7.3.4	Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	138
Tabel 1.7.3.5	Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	139
Tabel 1.7.3.6	Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	140
Tabel 1.7.4.1	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	141
Tabel 1.7.4.2	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	142
Tabel 1.7.5.1	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007	143
Tabel 1.7.5.2	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	144
Tabel 1.7.5.3	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007	145
Tabel 1.7.5.4	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden, Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	146
Tabel 1.7.5.5	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten di Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	147
Tabel 1.7.5.6	Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	148
Tabel 1.7.6.1	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten di Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	149
Tabel 1.7.6.2	Prevalensi Penduduk 10 tahun Ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Hal Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	150
Tabel 1.7.6.3	Prevalensi Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat, Menurut Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007	151
Tabel 1.8.1.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) Menurut Kabupaten, Riskesdas 2007	152
Tabel 1.8.1.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) Menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	152

Tabel 1.8.1.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* dan Kabupaten di provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	153
Tabel 1.8.1.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	153
Tabel 1.8.1.5	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	154
Tabel 1.8.1.6	Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	155
Tabel 1.8.1.7	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten, Riskesdas 2007	155
Tabel 1.8.1.8	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	156
Tabel 1.8.1.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	157
Tabel 1.8.1.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	157
Tabel 1.8.1.11	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Kabupaten, Riskesdas 2007	158
Tabel 1.8.1.12	Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	158
Tabel 1.8.1.13	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten, Riskesdas 2007	159
Tabel 1.8.1.14	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	160
Tabel 1.8.1.15	Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa Menurut Alasan Lain dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	160
Tabel 1.8.1.16	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	161
Tabel 1.8.1.17	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/ Warung Obat Desa dan Kabupaten, Riskesdas 2007	161

Tabel 1.8.1.18	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/ Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	162
Tabel 1.8.1.19	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten, Riskesdas 2007	162
Tabel 1.8.1.20	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	163
Tabel 1.8.2.1	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat Berobat rawat Inap dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	164
Tabel 1.8.2.2	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat Berobat Rawat Inap dan Karakteristik Rumah Tangga, Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	164
Tabel 1.8.2.3	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	165
Tabel 1.8.2.4	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	165
Tabel 1.8.2.5	Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu tahun terakhir Menurut Tempat dan Provinsi, Riskesdas 2007	166
Tabel 1.8.2.6	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	166
Tabel 1.8.2.7	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	167
Tabel 1.8.2.8	Persentase Responden Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	168
Tabel 1.8.3.1	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Provinsi, Riskesdas 2007	169
Tabel 1.8.3.2	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	170
Tabel 1.8.3.3	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	171
Tabel 1.8.3.4	Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	171
Tabel 1.9.1.1	Persentase Rumah tangga Rata-Rata Pemakaian Air Per Orang Per Hari Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas, 2007	172
Tabel 1.9.1.2	Persentase Rumah tangga menurut Rata-Rata Pemakaian Air Per Orang Per Hari Dan Kuintil, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	173

Tabel 1.9.1.3	Persentase Rumah tangga menurut Waktu, Jarak, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	174
Tabel 1.9.1.4	Persentase Rumah tangga menurut Waktu, Jarak, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	174
Tabel 1.9.1.5	Persentase Rumah tangga Menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah tangga dan Kabupaten, Riskesdas 2007	175
Tabel 1.9.1.6	Persentase Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	176
Tabel 1.9.1.7	Persentase Rumah tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	176
Tabel 1.9.1.8	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	177
Tabel 1.9.1.9	Persentase Rumah tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Susenas 2007	177
Tabel 1.9.1.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	178
Tabel 1.9.1.11	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum, Riskesdas 2007	179
Tabel 1.9.1.12	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan, Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	179
Tabel 1.9.1.13	Persentase RumahTangga menurut Akses Air Bersih dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	180
Tabel 1.9.1.14	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	180
Tabel 1.9.2.1	Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten, di Provinsi Sulawesi Barat, Susenas 2007	181
Tabel 1.9.2.2	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Susenas 2007	181
Tabel 1.9.2.3	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	182
Tabel 1.9.2.4	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	182

Tabel 1.9.2.5	Persentase RumahTangga menurut Akses Air Bersih, Sanitasi dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	183
Tabel 1.9.2.6	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Air Bersih, Sanitasi dan Karakterisitk Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	183
Tabel 1.9.2.7	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinjanaan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	184
Tabel 1.9.2.8	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakterisitk Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	184
Tabel 1.9.2.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	185
Tabel 1.9.2.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik ruah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	185
Tabel 1.9.2.11	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	186
Tabel 1.9.2.12	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	186
Tabel 1.9.3.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah, Kepadatan Hunian dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	187
Tabel 1.9.3.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah, Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	188
Tabel 1.9.3.3	Persentase Rumah Tangga yang Memelihara Ternak/Hewan Peliharaan menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007	188
Tabel 1.9.3.4	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Provinsi, Riskesdas 2007	190
Tabel 1.9.3.5	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007	190

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Hal
Gambar 1.1.	Kerangka Pikir	3
Gambar 1.2.	Mekanisme Kerja Riskesdas	6

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
BURKRU	
BCG	Bacilius Calmette Guirene
BBLR	Berat Bayi Lahir Rendah
BATRA	Pengobatan Tradisional
CPITN	Community Periodental Index Treatment Needs
D	Diagnosa
DG	Diagnosa Gejala
DO	Di Obati
DM	Diabetes Melitus
DDM	
DLL	Dan lain-lain
DLM	Dalam
D-T	Decay - Reth
DKI	Daerah Khusus ibukota
DI	Daerah Istimewa
DPT	Diptheri Pertusis Tetanus
DMF-T	Decay missing Filling Teeth
DEPKES	Departemen Kesehatann
FC	
F-T	Filling Teeth
G	Gejala
HB	Haemoglobin
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	
KK	Kepala Keluarga
KG	Kilogram
KEK	Kurang Energi Kalori
KKAL	Kilo Kalori
KMS	Kartu Menuju Sehat
KIA	Kartu Ibu dan Anak

KLB	Kejadian Luar Biasa
LP	Lingkar Perut
LKA	
L	Laki Laki
mmHg	Milimeter Hidragyrum
mL	Mili Liter
MI	
M-T	Missing Teeth
MTI	
MDG	Millenium Development Goal
M	Meter
Tenaga kesehatan	Tenaga Kesehatan
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa
Polindes	Pondok Bersalin Desa
Pustu	Puskesmas Pembantu
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
PTI	Performed Treatment Index
POLRI	Polisi Republik Indonesia
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
Riskedas	Riset Kesehatan Dasar
RTI	Rumah Tangga
SRQ	Self Reporting Questionarre
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu
SPAL	Saluran Pembuangan Air Limbah
SD	Standar Deviasi
SD	Sekolah Dasar
SLTP	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTA	Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
TB	Tinggi Badan
TB/U	Tinggi Badan Menurut Umur
TT	Tetanus Toxoid
Tdk	Tidak
TDM	
TGT	
Tkt	Tingkat

UNHCR
UNICEF
UCI
U
UDDM

United Nations High Commissioner for Refugees
United Nations International Children's Emergency Fund
Universal Child Immunization
Umur

WHO
WUS
μl

World Health Organization
Wanita Usia Subur
Mikro Liter

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Kepmenkes Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar
- Lampiran 2. Naskah Peretujuan Setelah Penjelasan (Informed Consented)
- Lampiran 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 2007

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	Susenas 2007	Riskesdas 2007
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 perkotaan

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

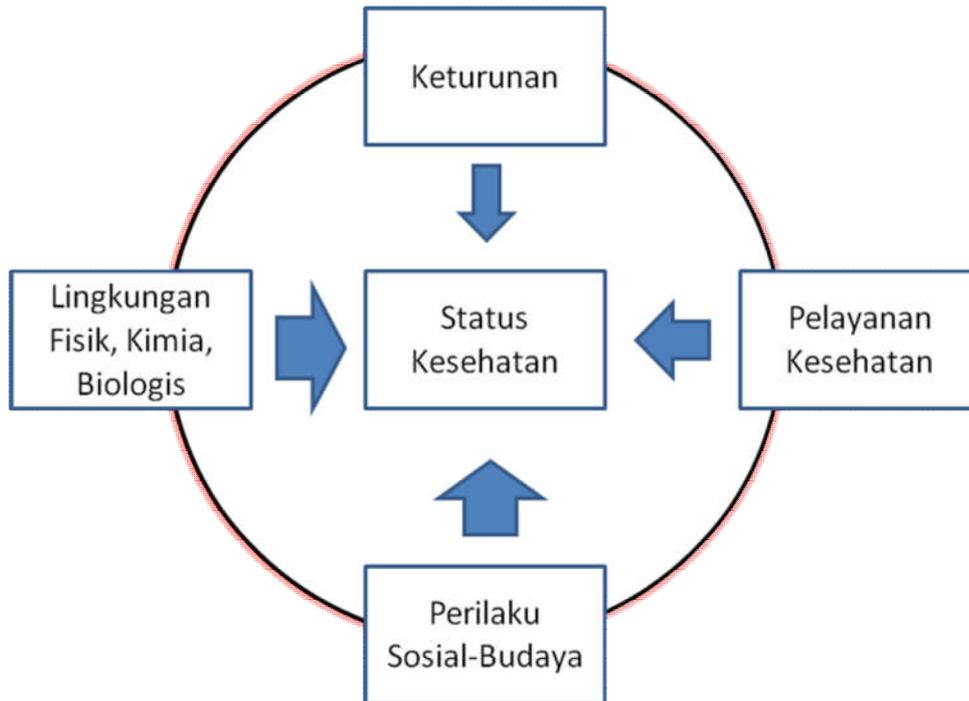
Tujuan Riskesdas adalah sebagai berikut:

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

1.5 Kerangka Pikir

Kerangka pikir Riskesdas didasari oleh kerangka pikir Henrik 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 1.1
Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)



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 :

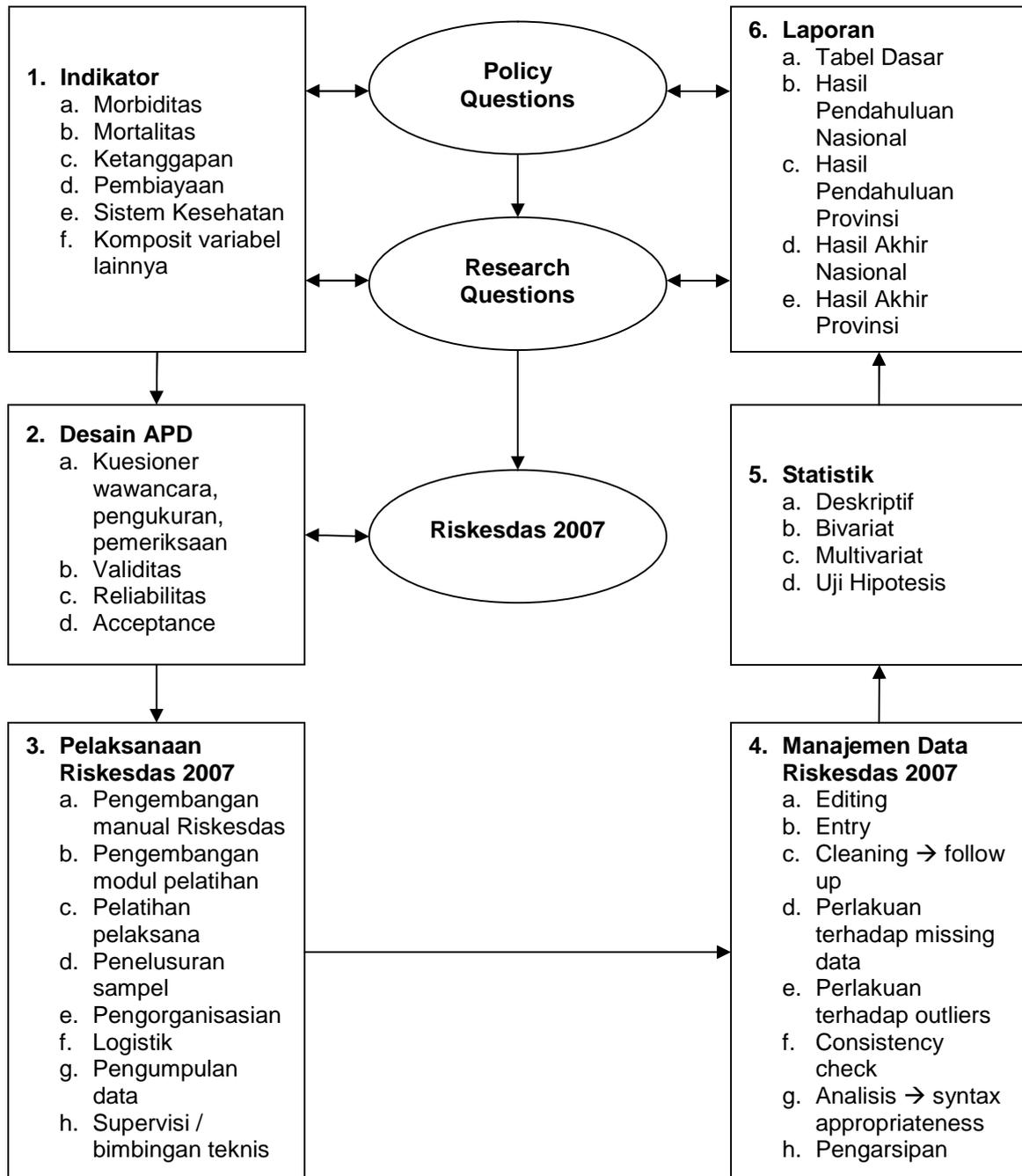
- Perilaku merokok/konsumsi tembakau dan alkohol.
- Perilaku konsumsi sayur dan buah.
- Perilaku aktivitas fisik.
- Perilaku gosok gigi.
- Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar).
- Pengetahuan, sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS.

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 Mekanisme Kerja Riskedas

Gambar 1.2
Mekanisme Kerja Riskedas 2007



1.7 Pengorganisasian Riskedas

Riskedas 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 Riskedas dibagi menjadi berbagai tingkat sebagai berikut:

- Organisasi tingkat pusat
- Organisasi tingkat wilayah (empat wilayah)
- Organisasi tingkat provinsi
- Organisasi tingkat kabupaten
- Tim pengumpul data

1.8 Manfaat Riskesdas

Riskesdas memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa :

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

1.9 Keterbatasan Riskesdas

Riskesdas merupakan riset berbasis komunitas dengan skala besar dan dilaksanakan secara swakelola. Sebagai pengalaman pertama tentu ada beberapa kelemahan atau kekurangan yang masih terjadi meski sudah diupayakan sebaik mungkin.

Beberapa keterbatasan Riskesdas adalah sebagai berikut :

1. Meski Riskesdas dirancang untuk keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota, tetapi tidak semua informasi bisa mewakili kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang jarang hanya bisa mewakili tingkat provinsi atau bahkan hanya tingkat nasional.
2. Khusus untuk data biomedis, keterwakilan hanya di tingkat perkotaan nasional.
3. Terbatasnya dana dan waktu realisasi pencairan anggaran yang tidak lancar, menyebabkan pelaksanaan Riskesdas tidak serentak; ada yang dimulai pada bulan Juli 2007, tetapi ada pula yang dilakukan pada bulan Februari tahun 2008, bahkan lima provinsi (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan NTT) baru melaksanakan pada bulan Agustus-September 2008.
4. Pengumpulan data yang tidak serentak, membuat perbandingan antar provinsi harus dilakukan dengan hati-hati, khususnya untuk penyakit yang bersifat musiman (*seasonal*).

1.10 Persetujuan Etik Riskesdas

Riskesdas 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 didalamnya *standard error*, *relative standard error*, *confidence interval*, *design effect* dan jumlah sampel tertimbang akan menyertai setiap estimasi variabel. Dengan desain ini, maka setiap pengguna informasi Riskesdas dapat memperoleh gambaran yang utuh dan rinci mengenai berbagai masalah kesehatan yang ditanyakan, diukur atau diperiksa. Laporan Hasil Riskesdas 2007 akan menggambarkan berbagai masalah kesehatan di tingkat nasional dan variabilitas antar provinsi, sedangkan di tingkat provinsi, dapat menggambarkan masalah kesehatan di tingkat provinsi dan variabilitas antar kabupaten/kota.

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

2.2 Lokasi

Sampel Riskesdas 2007 di tingkat kabupaten berasal dari 5 kabupaten (dari jumlah keseluruhan sebanyak 5 kabupaten) yang tersebar di Provinsi Sulawesi Barat.

2.3 Populasi dan Sampel

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

2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus

Seperti yang telah diuraikan sebelumnya, Riskesdas menggunakan sepenuhnya sampel yang terpilih dari Susenas 2007. Dari setiap kabupaten/kota yang masuk dalam kerangka sampel kabupaten/kota diambil sejumlah blok sensus yang proporsional terhadap jumlah rumah tangga di kabupaten/kota tersebut. Kemungkinan sebuah blok sensus masuk kedalam sampel blok sensus pada sebuah kabupaten/kota bersifat

proporsional terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 (seratus lima puluh) rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-blok sensus. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 196 sampel blok sensus, Riskesdas berhasil mengunjungi 191 blok sensus yang tersebar di 5 kabupaten. Ada 5 blok sensus di Sulawesi Barat yang tidak dapat dikunjungi.

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 5 kabupaten Susenas 2007 adalah 3134, dimana Riskesdas berhasil mengumpulkan 2664 rumah tangga.

2.3.3 Penarikan Sampel Anggota Rumahtangga

Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut diatas maka diambil sebagai sampel individu. Dari 5 kabupaten pada Susenas 2007 terdapat 14.156 sampel anggota rumah tangga. Riskesdas berhasil mengumpulkan 10.349 individu yang sama dengan Susenas.

2.3.4 Penarikan Sampel Biomedis

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan. Di Sulawesi Barat, terpilih sampel anggota rumah tangga berasal dari 5 blok sensus perkotaan yang terpilih dari 3 kabupaten dalam Susenas 2007. Riskesdas 2007 berhasil mengumpulkan 163 sampel biomedis.

2.3.5 Penarikan Sampel Yodium

Ada 2 (dua) pengukuran yodium. Pertama, adalah pengukuran kadar yodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran yodium dalam urin. Pengukuran kadar yodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beryodium. Sedangkan pengukuran yodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam yodium pada penduduk. Pengukuran kadar yodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan "*iodina*" dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga. Dalam Riskesdas 2007 dilakukan test cepat yodium dalam garam pada 2664 sampel rumah tangga dari 5 kabupaten.

Ada 2 (dua) pengukuran yodium. Pertama, adalah pengukuran kadar yodium dalam garam yang dikonsumsi rumah tangga, dan kedua adalah pengukuran yodium dalam urin. Pengukuran kadar yodium dalam garam dimaksudkan untuk mengetahui jumlah rumah tangga yang menggunakan garam beryodium. Sedangkan pengukuran yodium dalam urin adalah untuk menilai kemungkinan kelebihan konsumsi garam yodium pada penduduk. Pengukuran kadar yodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan "*iodina*" dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga. Dalam Riskesdas 2007 dilakukan test cepat yodium dalam garam pada 2664 sampel rumah tangga dari 5 kabupaten.

2.4 Variabel

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

- a. Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT) yang terdiri dari:
 - Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
 - Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
 - Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
 - Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
 - Blok V tentang mortalitas (10 variabel);
 - Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
 - Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel);
- b. Kuesioner gizi (RKD07.GIZI), yang terdiri dari:
 - Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu;
- c. Kuesioner individu (RKD07.IND), yang terdiri dari:
 - Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
 - Blok X tentang keterangan individu dikelompokkan menjadi:
 - 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
 - Pelayanan Rawat Inap (11 variabel)
 - Pelayanan Berobat Jalan (10 variabel);
 - Blok X-D tentang pengetahuan, sikap dan perilaku untuk semua anggota rumah tangga umur ≥ 10 tahun (35 variabel);
 - Blok X-E tentang disabilitas/ketidakmampuan untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (23 variabel);
 - Blok X-F tentang kesehatan mental untuk semua anggota rumah tangga ≥ 15 tahun (20 variabel);
 - Blok X-G tentang imunisasi dan pemantauan pertumbuhan untuk semua anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan (11 variabel);
 - Blok X-H tentang kesehatan bayi (khusus untuk bayi berumur < 12 bulan (7 variabel);
 - Blok X-I tentang kesehatan reproduksi – pertanyaan tambahan untuk 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua (6 variabel);
 - Blok XI tentang pengukuran dan pemeriksaan (14 variabel);
- d. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1), yang terdiri dari:
 - Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (6 variabel);
 - Blok III tentang karakteristik ibu neonatal (5 variabel);
 - Blok IVA tentang keadaan bayi ketika lahir (6 variabel);
 - Blok IVB tentang keadaan bayi ketika sakit (12 variabel);
 - Blok V tentang autopsi verbal kesehatan ibu neonatal ketika hamil dan bersalin (2 variabel);
 - Blok VIA tentang bayi usia 0-28 hari termasuk lahir mati (4 variabel);
 - Blok VIB tentang keadaan ibu (8 variabel);
- e. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari - < 5 tahun (RKDo7.AV2), yang terdiri dari:
 - Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - Blok III tentang autopsi verbal riwayat sakit bayi/balita berumur 29 hari - < 5 tahun (35 variabel);

- Blok IV tentang resume riwayat sakit bayi/balita (6 variabel)
- f. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3), yang terdiri dari:
- Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - Blok IIIA tentang autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (44 variabel);
 - Blok IIIB tentang autopsi verbal untuk perempuan umur 10 tahun keatas (4 variabel);
 - Blok IIIC tentang autopsi verbal untuk perempuan pernah kawin umur 10-54 tahun (19 variabel);
 - Blok IIID tentang autopsi verbal untuk laki-laki atau perempuan yang berumur 15 tahun keatas (1 variabel);
 - Blok IV tentang resume riwayat sakit untuk umur 5 tahun keatas (5 variabel).

Catatan

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

2.5 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

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

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

pengukuran lingkar perut, serta pengukuran lingkar lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);

- Anggota rumah tangga berumur ≥ 30 tahun menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
 - Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan pertumbuhan;
 - Anggota rumah tangga berumur ≥ 10 tahun menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan Penyakit Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar;
 - Anggota rumah tangga berumur < 12 bulan menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
 - Anggota rumah tangga berumur > 5 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
 - Anggota rumah tangga berumur ≥ 12 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
 - Anggota rumah tangga berumur 6-12 tahun menjadi unit analisis untuk pemeriksaan urin.
- c. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;
- d. Pengumpulan data biomedis berupa spesimen darah dilakukan di 33 provinsi di Indonesia dengan populasi penduduk di blok sensus perkotaan di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas 2007. Rangkaian pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut:
- Blok sensus perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total blok sensus perkotaan.
 - Jumlah blok sensus di daerah perkotaan yang terpilih berjumlah 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 ≥ 15 tahun, kecuali wanita hamil (alasan etika). Responden terpilih memperoleh pembebanan sebanyak 75 gram glukosa oral setelah puasa 10–14 jam. Khusus untuk responden yang sudah diketahui positif menderita Diabetes Mellitus (berdasarkan konfirmasi dokter), maka hanya diberi pembebanan sebanyak 300 kalori (alasan medis dan etika). Pengambilan darah vena dilakukan setelah 2 jam pembebanan. Darah didiamkan selama 20–30 menit, disentrifus sesegera mungkin dan kemudian dijadikan serum. Serum segera diperiksa dengan menggunakan alat kimia klinis otomatis. Nilai rujukan (WHO, 1999) yang digunakan adalah sebagai berikut:
- Normal (Non DM) < 140 mg/dl
 - Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) $140 - < 200$ mg/dl
 - Diabetes Mellitus (DM) ≥ 200 mg/dl.
- e. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas 2007 dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan "iodina test".

- f. Pengamatan tingkat nasional pada dampak konsumsi garam beryodium yang dinilai berdasarkan kadar yodium dalam urin, dengan melakukan pengumpulan garam beryodium pada rumah tangga bersamaan dengan pemeriksaan kadar yodium dalam urin pada anggota rumah tangga yang sama. Sampel 30 kabupaten/kota dipilih untuk pengamatan ini berdasarkan tingkat konsumsi garam yodium 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 Jenepono;
 - 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 2007 tidak dapat dilakukan serentak pada pertengahan 2007, sehingga dalam analisis perlu beberapa penyesuaian agar komparabilitas data dari satu periode pengumpulan data yang satu dengan periode pengumpulan data lainnya dapat terjaga dengan baik. Situasi ini disebabkan oleh beberapa hal berikut ini:

- a. Perubahan kebijakan anggaran internal Departemen Kesehatan pada tahun anggaran 2007 menyebabkan gangguan ketersediaan dana operasional untuk pengumpulan data. Koordinator Wilayah I dan II bisa mencairkan anggaran sebelum terjadinya perubahan kebijakan anggaran dimaksud, sehingga bisa melaksanakan pengumpulan data lebih awal (akhir Juli 2007). Sedangkan Koordinator Wilayah III dan IV lebih lambat, sehingga waktu pengumpulan data pada provinsi di wilayah III dan sangat bervariasi (akhir Juli 2007 - January 2008). Bahkan 5 provinsi daerah sulit (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan Nusa Tenggara Timur), pengumpulan data baru dapat dilaksanakan pada Agustus-September 2008.
- b. Kesiapan daerah untuk berperanserta dalam pelaksanaan Riskesdas 2007 amat bervariasi, sehingga pelaksanaan dari satu lokasi pengumpulan data ke lokasi lainnya memerlukan koordinasi dan manajemen logistik yang rumit;
- c. Kondisi geografis dari sampel blok sensus terpilih amat bervariasi. Di daerah kepulauan dan daerah terpencil di seluruh wilayah Indonesia, pelaksanaan pengumpulan data dalam berbagai situasi amat tergantung pada ketersediaan alat transpor, ketersediaan tenaga pendamping dan ketersediaan biaya operasional yang memadai tepat pada waktunya.
- d. Untuk pengumpulan data biomedis, perlu dilakukan pelatihan yang intensif untuk petugas pengambil spesimen dan manajemen spesimen. Petugas dimaksud adalah para analis atau petugas laboratorium dari rumah sakit atau laboratorium daerah. Pelatihan dilakukan oleh peneliti dari Puslitbang Biomedis dan petugas Labkesda setempat. Pelatihan dilaksanakan di tiap provinsi.

2.6 Manajemen Data

Manajemen data Riskesdas dilaksanakan oleh tim manajemen data pusat yang mengkoordinir tim manajemen data dari Korwil I – IV. Urutan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut.

2.6.1 Editing

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

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

2.6.2 Entry

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

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

2.6.3 Cleaning

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

2.6.4 Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data

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

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

Jadual pengumpulan data yang diharapkan adalah segera setelah Susenas 2007 dikumpulkan, yaitu bulan Juli 2007. Untuk Riskesdas, pelaksanaan pengumpulan data bervariasi mulai dari Juli 2007 – Januari 2008 untuk Kabupaten/Kota di 28 Provinsi; dan Agustus – September 2008 untuk Kabupaten/Kota di 5 Provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, PapuaBarat, dan Papua.

2.7 Keterbatasan Riskesdas

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

- a. Pembentukan kabupaten/kota baru hasil pemekaran suatu kabupaten/kota yang terjadi setelah penetapan blok sensus Riskesdas dari Susenas 2007, sehingga tidak menjadi bagian sampel kabupaten/kota Riskesdas (Lihat Sub Bab 2.2.)
- b. Blok sensus tidak terjangkau, karena ketidak-tersediaan alat transportasi menuju lokasi dimaksud, atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar. Riskesdas tidak berhasil mengumpulkan 207 blok sensus yang terpilih dalam sampel Susenas 2007, seperti terlihat pada Tabel 2.1.
- c. Rumah tangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007. Total rumah tangga yang tidak berhasil dikunjungi Riskesdas adalah sebanyak 19.346, tersebar di seluruh kabupaten/kota (Lihat Tabel 2.2)
- d. Bisa juga terjadi anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas, pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat. Tercatat sebanyak 159.566 anggota rumah tangga yang tidak bisa dikumpulkan datanya (Lihat Tabel 2.3).
- e. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga ada kemungkinan beberapa estimasi penyakit menular yang bersifat *seasonal* pada beberapa provinsi atau kabupaten/kota menjadi under-estimate atau over-estimate;
- f. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula. Pada Riskesdas, variabel tanggal pengumpulan data bisa digunakan pada saat melakukan analisis.

Tabel 2.7.1
Jumlah Blok Sensus (BS) menurut Susenas dan Riskesdas

Provinsi	Jumlah BS- Susenas	Jumlah BS- Riskesdas	Jml BS yang tidak ada
N A D	687	683	4
Sumatra Utara	1054	1045	9
Sumatra Barat	692	689	3
Riau	434	426	8
Jambi	380	379	1
Sumatra Selatan	540	538	2
Bengkulu	342	337	5
Lampung	438	424	14
Bangka Belitung	230	230	0
Kepulauan Riau	230	230	0
DKI Jakarta	427	409	18
Jawa Barat	1282	1267	15
Jawa Tengah	1578	1576	2
DI Yogyakarta	216	215	1
Jawa Timur	1872	1872	0
Banten	304	303	1
Bali	358	357	1
Nusa Tenggara Barat	360	360	0
Nusa Tenggara Timur	608	605	3
Kalimantan Barat	456	455	1
Kalimantan Tengah	534	533	1
Kalimantan Selatan	494	471	23
Kalimantan Timur	474	461	13
Sulawesi Utara	354	325	29
Sulawesi Tengah	388	376	12
Sulawesi Selatan	918	909	9
Sulawesi Tenggara	416	416	0
Gorontalo	210	200	10
Sulawesi Barat	196	191	5
Maluku	215	215	0
Maluku Utara	209	208	1
Papua Barat	146	144	2
Papua*)	315	301	14
Indonesia	17357	17150	207

*) Data dari 2 Kabupaten di Papua tidak dikumpulkan dalam Susenas 2007, namun dikumpulkan Riskesdas (Kabupaten Puncak Jaya, dan Peg.Bintang dengan total 15 BS)

Tabel 2.7.1
Jumlah Sampel Rumah tangga (RT) per Provinsi menurut
Susenas dan Riskesdas, 2007

Provinsi	Jumlah Sampel RT-Susenas	Jumlah Sampel RT-Riskesdas	% Sampel RT Riskesdas /Susenas
N A D	10,981	10,418	94.9
Sumatra Utara	16,861	16,386	97.2
Sumatra Barat	11,072	10,634	96.0
Riau	6,933	6,420	92.6
Jambi	6,078	5,806	95.5
Sumatra Selatan	8,640	8,421	97.5
Bengkulu	5,472	5,064	92.5
Lampung	7,008	6,490	92.6
Bangka Belitung	3,680	3,498	95.1
Kepulauan Riau	3,680	3,402	92.4
DKI Jakarta	6,832	4,890	71.6
Jawa Barat	20,512	19,469	94.9
Jawa Tengah	25,248	24,578	97.3
DI Yogyakarta	3,456	3,241	93.8
Jawa Timur	29,952	28,563	95.4
Banten	4,864	4,431	91.1
Bali	5,728	5,430	94.8
Nusa Tenggara Barat	5,760	5,647	98.0
Nusa Tenggara Timur	9,728	9,206	94.6
Kalimantan Barat	7,294	6,769	92.8
Kalimantan Tengah	8,543	7,792	91.2
Kalimantan Selatan	7,904	7,263	91.9
Kalimantan Timur	7,578	6,705	88.5
Sulawesi Utara	5,664	4,585	80.9
Sulawesi Tengah	6,208	5,447	87.7
Sulawesi Selatan	14,687	13,831	94.2
Sulawesi Tenggara	6,656	6,375	95.8
Gorontalo	3,359	3,090	92.0
Sulawesi Barat	3,134	2,664	85.0
Maluku	3,424	2,959	86.4
Maluku Utara	3,344	2,915	87.2
Papua Barat	2,329	1,821	78.2
Papua*)	5,021	4,074	81.1
Indonesia	277,630	258,284	93.0

*) Data dari 2 Kabupaten di Papua tidak dikumpulkan dalam Susenas 2007, namun ikumpulkan Riskesdas (Kabupaten Puncak Jaya, dan Peg. Bintang dengan 182 RT).

Tabel 2.7.2
Jumlah Sampel Anggota Rumah tangga (ART) per Provinsi menurut
Susenas dan Riskesdas, 2007

Provinsi	Jumlah Sampel ART-Susenas	Jumlah Sampel ART-Riskesdas	%Sampel ART Riskesdas /Susenas
N A D	46,046	40,892	88.8
Sumatra Utara	74,648	69,256	92.8
Sumatra Barat	47,048	42,021	89.3
Riau	29,966	25,530	85.2
Jambi	24,856	22,435	90.3
Sumatra Selatan	36,056	33,358	92.5
Bengkulu	22,557	19,044	84.4
Lampung	28,637	23,833	83.2
Bangka Belitung	14,687	13,645	92.9
Kepulauan Riau	14,870	12,514	84.2
DKI Jakarta	27,519	16,970	61.7
Jawa Barat	78,521	68,460	87.2
Jawa Tengah	95,269	87,119	91.4
DI Yogyakarta	11,465	10,164	88.7
Jawa Timur	110,412	100,966	91.4
Banten	20,848	17,276	82.9
Bali	22,064	20,603	93.4
Nusa Tenggara Barat	22,548	21,297	94.5
Nusa Tenggara Timur	45,591	38,002	83.4
Kalimantan Barat	45,954	39,250	85.4
Kalimantan Tengah	33,624	28,015	83.3
Kalimantan Selatan	29,756	25,706	86.4
Kalimantan Timur	31,754	25,928	81.7
Sulawesi Utara	21,410	14,397	67.2
Sulawesi Tengah	26,553	21,512	81.0
Sulawesi Selatan	63,646	54,570	85.7
Sulawesi Tenggara	29,661	26,642	89.8
Gorontalo	13,570	11,245	82.9
Sulawesi Barat	14,156	10,349	73.1
Maluku	17,136	10,361	60.5
Maluku Utara	16,152	13,189	81.7
Papua Barat	9,952	6,898	69.3
Papua*)	21,486	15,085	70.2
Indonesia	1,148,418	986,532	85.9

*) Kabupaten di Papua dikeluarkan dari Susenas, akan tetapi dikumpulkan Riskesdas (Kabupaten Puncak Jaya, dan Peg.,Bintang dengan total 673 ART)

2.8 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

Isyu terpenting dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2007 adalah sampel Riskesdas 2007 yang identik dengan sampel Susenas 2007. Desain penarikan sampel Susenas 2007 adalah *two stage sampling*. Hasil pengukuran yang diperoleh dari *two stage sampling design* memerlukan perlakuan khusus yang pengolahannya menggunakan paket perangkat lunak statistik konvensional seperti SPSS. Aplikasi statistik yang tersedia didalam SPSS untuk mengolah dan menganalisis data seperti Riskesdas 2007 adalah SPSS Complex Samples. Aplikasi statistik ini memungkinkan penggunaan *two stage sampling design* seperti yang diimplementasikan di dalam

Susenas 2007. Dengan penggunaan SPSS Complex Sample dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas 2007, maka validitas hasil analisis data dapat dioptimalkan.

Pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab Hasil Riskesdas. Riskesdas yang terdiri dari 6 Kuesioner dan 11 Blok Topik Analisis perlu menghitung jumlah sampel yang dipergunakan untuk mendapatkan hasil analisis baik secara nasional, provinsi, kabupaten/kota, serta karakteristik penduduk. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas yang terkumpul seperti tercantum pada tabel 2.2, dan tabel 2.3 perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas yang terkumpul pada akhirnya akan berkurang untuk analisis masing-masing variabel yang dikumpulkan.

Berikut ini rincian jumlah sampel yang dipergunakan untuk analisis data, terutama dari hasil pengukuran dan pemeriksaan dan kelompok umur.

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

BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. GAMBARAN UMUM

3.1.1. Profil Provinsi Sulawesi Barat

Provinsi Sulawesi Barat adalah provinsi pemekaran dari Sulawesi Selatan, yang dibentuk pada tanggal 5 Oktober 2004 berdasarkan Undang-Undang nomor 26 tahun 2004. Pada awalnya, Sulawesi Barat merupakan bagian dari Provinsi Sulawesi Selatan. Provinsi ini memiliki luas wilayah 16.796,19 km² yang terdiri dari 5 kabupaten, 58 Kecamatan, 507 desa. Kelima kabupaten tersebut adalah Kabupaten Majene, Polewali Mandar, Mamasa, Mamuju, dan Mamuju Utara.



Di sebelah timur Provinsi Sulawesi Barat berbatasan langsung dengan Provinsi Sulawesi Selatan, sebelah barat berbatasan dengan Selat Makasar, sebelah utara berbatasan dengan Sulawesi Tengah dan sebelah selatan berbatasan langsung dengan Sulawesi Selatan.

Permukaan tanah di Sulawesi Barat sebagian besar adalah perbukitan. Oleh karenanya, Sulawesi Barat memiliki banyak gunung dengan ketinggian yang berbeda. Empat kabupaten berbatasan langsung dengan Selat Makasar, sedangkan Kabupaten Mamasa merupakan daerah pegunungan dan tidak memiliki daerah yang berbatasan langsung dengan laut.

Jumlah penduduk Provinsi Sulawesi Barat adalah 996,843 jiwa, yang tersebar di lima kabupaten. Jumlah penduduk di setiap kabupaten pada tahun 2005 adalah sebagai berikut : Kabupaten Majene 131.717 jiwa, Polewali Mandar 363.418 jiwa, Mamasa 121.448 jiwa, Mamuju 283.528 jiwa, dan

Kabupaten Mamuju Utara 96.732 jiwa. Penduduk Sulawesi Barat terdiri dari beberapa suku bangsa, meliputi : Suku Mandar (49,15%), Toraja (13,95%), Bugis (10,79%), Jawa (5,38%), Makasar 1,59%), dan suku lain-lain 19,15%).

Sulawesi Barat termasuk daerah wisata, terutama wisata pantai dan alam pegunungan. Di Sulawesi Barat terdapat beberapa komoditi unggulan, sektor pertanian antara lain komoditi kakao, kopi robusta, kopi arabika, kelapa dan cengkeh. Di sektor pertambangan terdapat kandungan emas, batubara, dan minyak bumi.

3.2 Gizi

3.2.1 Status Gizi Balita

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak ditimbang dengan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang badan diukur dengan length-board dengan presisi 0,1 cm, dan tinggi badan

diukur dengan menggunakan microtoise dengan presisi 0,1 cm. Variabel BB dan TB anak ini disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

Untuk menilai status gizi anak, maka angka berat badan dan tinggi badan setiap balita dikonversikan ke dalam bentuk nilai terstandar (Z-score) dengan menggunakan baku antropometri WHO 2006. Selanjutnya berdasarkan nilai Z-score masing-masing indikator tersebut ditentukan status gizi balita dengan batasan sebagai berikut :

- a. Berdasarkan indikator BB/U :

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

- b. Berdasarkan indikator TB/U:

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

- c. Berdasarkan indikator BB/TB:

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

Perhitungan angka prevalensi dilakukan sebagai berikut:

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

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

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

Prevalensi 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. Secara umum prevalensi gizi buruk di Sulawesi Barat adalah 10,0% dan gizi kurang 15,4%. Seluruh kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat masih memiliki prevalensi gizi buruk di atas prevalensi nasional. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju Utara. Prevalensi nasional untuk gizi buruk dan kurang adalah 18,4%. Bila dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi (RPJM) tahun 2015 sebesar 20% dan target MDG untuk Indonesia sebesar 18,5%, maka di Provinsi Sulawesi Barat target-target tersebut belum terlampaui. Prevalensi gizi lebih secara nasional adalah 4,3%. Prevalensi gizi lebih di Provinsi Sulawesi Barat adalah 2,4% masih di bawah prevalensi nasional. Seluruh kabupaten di Sulawesi Barat memiliki prevalensi gizi lebih di bawah angka nasional dan prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju, yaitu sebesar 3,4%.

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

Kabupaten	Status Gizi			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Normal	Gizi Lebih
Majene	4,6	15,0	78,0	2,4
Polewali Mandar	6,7	14,5	76,7	2,2
Mamasa	11,1	25,9	61,0	2,0
Mamuju	7,3	15,2	74,0	3,4
Mamuju Utara	12,4	26,7	59,3	1,6
Sulawesi Barat	10,0	15,4	72,1	2,4

*)BB/U= Berat Badan menurut Umur

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. Prevalensi masalah pendek pada balita di Provinsi Sulawesi Barat masih tinggi yaitu sebesar 44,5%, masih di atas prevalensi nasional yaitu 36,8%. Seluruh kabupaten di Sulawesi Barat memiliki prevalensi masalah pendek di atas angka nasional. Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju, yaitu sebesar 49,5%.

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

Kabupaten	Status gizi		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Majene	20,0	20,7	59,3
Polewali Mandar	24,0	17,8	58,2
Mamasa	31,6	15,8	52,6
Mamuju	33,2	16,3	50,5
Mamuju Utara	26,8	16,1	57,1
Sulawesi Barat	27,1	17,4	55,5

*) TB/U = Tinggi Badan menurut Umur

Masalah pendek pada balita merupakan masalah serius di seluruh kabupaten di Sulawesi Barat karena mempunyai prevalensi masalah pendek di atas angka nasional.

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 kekurusan dan kegemukan pada usia dini dapat berakibat pada rentannya terhadap berbagai penyakit degeneratif pada usia dewasa (Teori *Barker*).

Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah indikator sangat kurus yaitu anak dengan nilai Z-score <-3,0 SD. Prevalensi balita sangat kurus di Provinsi Sulawesi Barat masih tinggi yaitu 8,7%. Angka tersebut masih lebih tinggi daripada angka nasional, yaitu sebesar 6,2%. Dari lima kabupaten ada satu kabupaten yang memiliki prevalensi balita sangat kurus di bawah angka nasional, yaitu Kabupaten Majene dengan prevalensi sebesar 5,0%.

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

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

Kabupaten	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Majene	5,0	9,0	74,3	11,6
Polewali Mandar	7,2	10,9	69,9	12,0
Mamasa	8,3	10,2	67,1	14,3
Mamuju	7,9	5,3	74,6	12,2
Mamuju Utara	9,7	12,7	64,3	13,3
Sulawesi Barat	8,7	8,1	70,8	12,4

*) BB/TB= Berat Badan menurut Tinggi Badan

Angka nasional prevalensi kekurusan pada balita adalah 13,6% dan prevalensi di Provinsi Sulawesi Barat adalah 16,8%. Hal ini berarti bahwa masalah kekurusan di Indonesia dan Sulawesi Barat masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Jika dilihat di setiap kabupaten, maka prevalensi kekurusan di seluruh kabupaten masih berada di atas 5%, yang berarti masalah kekurusan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di setiap kabupaten. Dari 5 kabupaten, 2 kabupaten di antaranya termasuk dalam kategori serius dan 3 kabupaten termasuk dalam kategori kritis.

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi kegemukan di kalangan balita. Prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB di Provinsi Sulawesi Barat adalah sebesar 12,4%, sedikit di atas angka nasional, yaitu 12,2%. Dua kabupaten memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka nasional.

d. Status Gizi Balita Menurut Karakteristik Responden

Untuk mempelajari kaitan antara status gizi balita yang didasarkan pada indikator BB/U, TB/U dan BB/TB (sebagai variabel terikat) dengan karakteristik responden meliputi kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan KK, pekerjaan KK, tempat tinggal dan pendapatan per kapita (sebagai variabel bebas), telah dilakukan tabulasi silang antara variabel bebas dan terikat tersebut. Tabel 3.2.1.4. menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi BB/U balita dengan variabel-variabel karakteristik responden.

Pada tabel 3.2.1.4. dapat dilihat bahwa secara umum ada kecenderungan arah yang mengaitkan antara status gizi BB/U dengan karakteristik responden, yaitu:

- a. Semakin bertambah umur, prevalensi buruk dan gizi kurang cenderung meningkat, sedangkan untuk gizi lebih cenderung menurun.
- b. Tidak nampak adanya perbedaan yang mencolok pada prevalensi gizi buruk, kurang, baik maupun lebih antara balita laki-laki dan perempuan.
- c. Semakin tinggi pendidikan KK semakin rendah prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balita, sebaliknya terjadi peningkatan gizi baik dan gizi lebih.
- d. Kelompok dengan KK berpenghasilan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN dan Pegawai Swasta) memiliki prevalensi gizi buruk dan gizi kurang yang relatif rendah.
- e. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang daerah perkotaan relatif lebih rendah daripada daerah perdesaan.
- f. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan semakin rendah prevalensi gizi buruk dan gizi kurang pada balitanya, dan sebaliknya, untuk gizi baik dan gizi lebih semakin meningkat.

Tabel 3.2.1.2
Prevalensi Balita menurut Status Gizi BB/U dan Karakteristik
Responden di Sulawesi Barat, Riskesdas, 2007

Karakteristik	Status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Normal	Gizi lebih
Kelompok umur (bulan)				
0 – 5	3,0	12,8	79,6	4,6
6 – 11	9,9	14,4	71,1	4,6
12 – 23	6,8	16,6	73,3	3,3
24 – 35	10,4	14,8	73,7	1,1
36 – 47	9,6	18,5	67,6	4,3
48 – 60	11,1	15,3	72,1	1,5
Wilayah/daerah				
Perkotaan	7,4	11,9	77,7	2,9
Perdesaan	10,4	16,0	71,3	2,4
Jenis kelamin				
Laki-laki	11,5	14,9	71,2	2,4
Perempuan	8,3	16,0	73,2	2,5
Pendidikan KK				
Tdk tamat SD & tdk sekolah	13,1	20,4	64,9	1,6
Tamat SD	11,4	16,2	69,8	2,5
Tamal SLTP	10,3	15,2	71,9	2,6
Tamat SLTA	5,7	11,9	79,2	3,2
Tamat PT	6,8	11,1	80,3	1,8
Pekerjaan utama KK				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	9,8	23,4	65,2	1,7
TNI/POLRI/PNS/BUMN	4,9	11,7	78,8	4,6
Pegawai swasta	11,1	27,3	61,6	,0
Wiraswasta/dagang/jasa	5,4	12,3	79,8	2,6
Petani/nelayan	12,2	16,5	68,7	2,7
Buruh & lainnya	7,3	15,8	77,0	,0
Tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita				
Kuintil 1	12,7	13,3	72,2	1,8
Kuintil 2	11,3	15,0	71,6	2,0
Kuintil 3	10,4	18,8	67,5	3,3
Kuintil 4	7,4	17,0	73,2	2,3
Kuintil 5	4,2	13,5	79,0	3,2

*)BB/U= Berat Badan menurut Umur

Tabel 3.2.1.5. menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U dengan karakteristik responden. Seperti halnya dengan status gizi BB/U, kaitan antara status gizi TB/U dan karakteristik responden menunjukkan kecenderungan yang serupa :

- a. Menurut umur, tidak tampak adanya pola masalah kependekan pada balita.
- b. Menurut jenis kelamin, tidak tampak adanya perbedaan masalah kependekan yang mencolok pada balita.
- c. Makin tinggi pendidikan KK prevalensi kependekan pada balita cenderung makin rendah.
- d. Pada kelompok keluarga yang memiliki pekerjaan berpenghasilan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN dan Swasta), prevalensi kependekan relatif lebih rendah dari keluarga dengan pekerjaan berpenghasilan tidak tetap.
- e. Prevalensi kependekan di daerah perdesaan relatif lebih tinggi dibanding daerah perkotaan.
- f. Prevalensi kependekan cenderung lebih rendah seiring dengan meningkatnya tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan.

Tabel 3.2.1.3
Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik
Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Status gizi TB/U			Jumlah
	Sangat pendek	Pendek	Normal	
Kelompok umur (bulan)				
0 – 5	27,7	4,8	67,4	16
6 – 11	31,5	19,7	48,8	36
12 – 23	29,9	18,6	51,6	72
24 – 35	29,9	14,7	55,5	90
36 – 47	26,7	20,6	52,6	95
48 – 60	24,8	17,5	57,7	183
Tempat tinggal				
Kota	21,6	15,6	62,7	71
Desa	28,0	17,6	54,4	453
Jenis kelamin				
Laki-laki	29,4	16,4	54,2	277
Perempuan	24,5	18,4	57,1	247
Pendidikan KK				
Tdk tamat SD & tdk sekolah	31,7	18,6	49,7	95
Tamat SD	27,3	19,7	53,0	178
Tamat SLTP	24,2	18,5	57,2	93
Tamat SLTA	20,4	12,6	67,0	73
Tamat PT	28,9	20,2	51,0	26
Pekerjaan utama KK				
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	18,8	17,4	63,8	12
TNI/POLRI/PNS/BUMN	26,5	15,1	58,4	34
Pegawai swasta	3,9	20,3	75,8	5
Wiraswasta/dagang/jasa	25,7	9,8	64,5	54
Petani/nelayan	27,5	19,1	53,4	333
Buruh & lainnya	23,6	26,1	50,3	28
Tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita				
Kuintil 1	28,8	17,0	54,2	142
Kuintil 2	26,9	20,7	52,4	121
Kuintil 3	28,8	14,4	56,8	108
Kuintil 4	25,9	22,4	51,7	82
Kuintil 5	22,8	11,2	65,9	72

*)TB/U= Tinggi Badan menurut Umur

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:

- a. Masalah kekurusan cenderung semakin meningkat setelah bayi berusia 6 bulan, namun cenderung semakin rendah seiring dengan bertambahnya umur.
- b. Tidak tampak adanya perbedaan masalah kekurusan yang mencolok antara balita laki-laki dan perempuan.
- c. Tidak ada pola yang jelas pada masalah kekurusan menurut tingkat pendidikan KK, tetapi pada keluarga dengan KK berpendidikan tamat PT, prevalensi kekurusan relatif lebih rendah
- d. Tidak ada pola yang jelas pada Prevalensi kekurusan balita menurut jenis pekerjaan KK, meskipun ada kecenderungan pada kelompok dengan KK yang mempunyai pekerjaan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN dan Pegawai Swasta) prevalensi kekurusan relatif lebih rendah dan kegemukan relatif lebih tinggi.
- e. Tidak ada perbedaan mencolok antara masalah kekurusan di daerah perdesaan dibandingkan dengan daerah perkotaan.
- f. Tidak ada pola pada masalah kekurusan menurut tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan.

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

Karakteristik	Kategori status gizi BB/TB				Jumlah
	Sangat	Kurus	Normal	Gemuk	
Kelompok umur (bulan)					
0 – 5	2,0	7,7	72,2	18,1	23
6 – 11	11,4	6,3	48,5	33,8	38
12 – 23	11,7	4,4	71,6	12,2	73
24 – 35	7,5	8,1	75,1	9,3	90
36 – 47	9,5	6,9	71,8	11,8	93
48 – 60	6,9	10,0	73,0	10,2	170
Tempat tinggal					
Kota	6,3	10,2	71,5	12,0	70
Desa	9,1	7,7	70,7	12,5	449
Jenis kelamin					
Laki-laki	8,7	8,6	70,5	12,3	271
Perempuan	8,7	7,5	71,2	12,5	248
Pendidikan KK					
Tdk tamat SD & tdk sekolah	9,0	9,5	69,0	12,6	95
Tamat SD	9,4	6,3	71,9	12,4	177
Tamat SLTP	8,9	7,1	72,2	11,8	90
Tamat SLTA	11,2	13,2	60,7	14,9	72
Tamat PT	1,7	4,4	79,3	14,7	28
Pekerjaan KK					
Tdk kerja/sekolah/ibu RT	22,8	11,2	54,8	11,2	13
TNI/POLRI/PNS/BUMN	6,0	6,8	71,9	15,3	36
Pegawai swasta	22,7	17,2	52,4	7,7	5
Wiraswasta/dagang/jasa	6,3	10,7	68,2	14,8	53
Petani/nelayan	9,6	7,4	70,7	12,2	326
Buruh & lainnya	2,5	10,2	77,8	9,5	28
Tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita					
Kuintil 1	8,8	7,3	70,8	13,1	140
Kuintil 2	13,0	7,5	67,2	12,4	122
Kuintil 3	6,5	8,2	74,9	10,4	108
Kuintil 4	5,4	9,8	70,9	14,0	78
Kuintil 5	7,9	8,6	71,0	12,4	71

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 3.2.1.5
Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	BB/U	TB/U: Kronis	BB/TB: Akut	Akut*	Kronis**
Majene	19,6	40,7	14,0	√	√
Polewali Mandar	21,2	41,8	18,1	√	√
Mamasa	37,0	47,4	18,5	√	√
Mamuju	22,5	49,5	13,2	√	√
Mamuju Utara	39,1	42,9	22,4	√	√
Sulawesi Barat	25,4	44,5	16,7	√	√

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

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

Seluruh kabupaten di Sulawesi Barat masih menghadapi masalah gizi akut dan kronis.

3.2.2 Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)

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

Menurut kabupaten, Kabupaten Mamuju Utara mempunyai prevalensi kurus tertinggi pada anak laki-laki (26,1%) sedangkan Kabupaten Mamasa mempunyai prevalensi kurus tertinggi pada anak perempuan (16,9%). Sedangkan Kabupaten Majene mempunyai prevalensi kurus terendah pada anak laki-laki (7,6%) maupun anak perempuan (3,2%). (Tabel 3.8)

Tabel 3.2.2.1. menyajikan data proporsi IMT anak laki-laki dan perempuan usia 6 – 14 tahun menurut jenis kelamin hasil Riskesdas di Sulawesi Barat.

Tabel 3.2.2.1
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis
Kelamin Dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jenis Kelamin/Kategori IMT			
	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Majene	7,6	5,4	10,9	3,2
Polewali Mandar	13,5	6,1	10,4	6,7
Mamasa	12,2	4,4	16,9	3,8
Mamuju	8,0	11,9	10,5	8,0
Mamuju Utara	26,1	5,8	15,6	5,8
Sulawesi Barat	12,2	7,5	11,9	6,2

*) IMT = Indeks Massa Tubuh

Pada tabel 3.2.2.1. tampak bahwa prevalensi kurus pada anak laki-laki dan perempuan usia 6 – 14 tahun di Sulawesi Barat masing-masing adalah 12,2% dan 11,9%. Prevalensi kurus pada anak usia 6 – 12 tahun yang tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju Utara.

Tabel 3.2.2.2 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi anak usia 6-14 tahun menurut IMT dengan karakteristik responden: tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.2.2.2
Persentase Kurus dan BB Lebih Anak Usia 6-14 Tahun menurut
Karakteristik Responden, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jenis Kelamin			
	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Wilayah/Daerah				
Perkotaan	10,7	6,0	9,5	4,2
Perdesaan	12,5	7,7	12,2	6,4
Tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita				
Kuinti-1	11,3	8,5	15,2	6,8
Kuinti-2	14,9	6,9	8,1	4,9
Kuinti-3	13,3	5,1	9,0	8,0
Kuinti-4	5,5	7,7	12,8	7,7
Kuinti-5	17,2	9,6	14,9	2,7

Pada tabel terlihat bahwa:

- Prevalensi anak kurus dan berat badan lebih, baik pada laki-laki maupun perempuan cenderung lebih tinggi di perdesaan daripada di perkotaan.
- Tidak tampak adanya kecenderungan prevalensi anak kurus dan berat badan lebih menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita baik pada laki-laki maupun perempuan.

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 :

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

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

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

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

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

Status gizi penduduk umur 6-14 tahun dapat dinilai berdasarkan IMT yang dibedakan berdasarkan umur dan jenis kelamin. Nilai rata-rata IMT ini kemudian dibandingkan dengan standard WHO 2007 menurut umur dan jenis kelamin.

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

Tabel 3.2.3.1 menyajikan prevalensi penduduk menurut status IMT di masing-masing kabupaten. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih

(BB lebih) dan obese. Prevalensi obesitas umum Provinsi Sulawesi Barat adalah 13,5% (6,9% BB lebih dan 6,6% obese). Angka obesitas umum tersebut masih lebih rendah daripada angka nasional yang mencapai 19,1% (8,8% BB lebih dan 10,3% obese). Seluruh kabupaten di Sulawesi Barat memiliki prevalensi obesitas umum di bawah angka nasional.

Tabel 3.2.3.1
Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas)
menurut IMT dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat,
Riskesdas 2007

Kabupaten	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB lebih	Obese
Majene	12.5	74.2	6.8	6.6
Polewali Mandar	17.3	66.5	7.9	8.3
Mamasa	9.8	79.1	6.4	4.8
Mamuju	14.0	71.2	7.3	7.4
Mamuju Utara	16.0	71.6	6.2	6.1
Sulawesi Barat	13.9	72.5	6.9	6.6

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

Prevalensi obesitas umum menurut jenis kelamin disajikan pada tabel 3.2.3.2. Di Provinsi Sulawesi Barat prevalensi obesitas umum pada laki-laki lebih rendah daripada perempuan, masing-masing adalah 11,5% dan 15,78%. Prevalensi obesitas umum tertinggi terdapat di Kabupaten Polewali Mandar.

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

Kabupaten	Obesitas umum		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki dan
Majene	12,1	14,6	13,4
Polewali Mandar	13,1	18,7	16,2
Mamasa	9,2	13,0	11,2
Mamuju	12,1	17,4	14,7
Mamuju Utara	10,6	14,3	12,3
Sulawesi Barat	11,5	15,7	13,5

Tabel 3.2.3.3. menyajikan hasil tabulasi silang status gizi penduduk dewasa menurut IMT dengan beberapa variabel karakteristik responden. Berdasarkan data pada tabel tersebut tampak bahwa :

- a. Prevalensi obesitas umum di daerah perkotaan lebih tinggi daripada di daerah perdesaan.
- b. Semakin tinggi tingkat pendidikan cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas umum.
- c. Prevalensi obesitas umum menurut tingkat pengeluaran tidak menunjukkan pola yang jelas, karena tidak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran prevalensi obesitas umum semakin meningkat.

Tabel 3.6
Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut IMT dan
Karakteristik Respoden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori status gizi			
	Kurus	Normal	BB lebih	Obese
Wilayah/Daerah				
Kota	16.0	66.2	9.3	8.6
Desa	13.5	73.9	6.4	6.2
Tingkat pendidikan				
Tidak sekolah	21.6	67.5	5.4	5.6
Tidak tamat SD	14.4	73.4	7.2	5.0
Tamat SD	13.0	73.6	6.7	6.7
Tamat SMP	14.0	74.9	6.5	4.6
Tamat SMA	8.5	74.2	7.8	9.4
Tamat perguruan tinggi	9.4	64.6	11.2	14.8
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	12.5	74.2	6.8	6.6
Kuintil-2	17.3	66.5	7.9	8.3
Kuintil-3	9.8	79.1	6.4	4.8
Kuintil-4	14.0	71.2	7.3	7.4
Kuintil-5	16.0	71.6	6.2	6.1

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

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

Tabel 3.2.3.4 dan Tabel 3.2.3.5 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut kabupaten, jenis kelamin dan karakteristik lain penduduk. 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 82 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral (WHO Asia-Pasifik, 2005).

Prevalensi obesitas sentral di Sulawesi Barat adalah 15,9. Dari 5 kabupaten, hanya satu di antaranya memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi nasional

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

Kabupaten	Obesitas Sentral (LP : L>90, P>80) *
Majene	16,8
Polewali Mandar	20,7
Mamasa	7,0
Mamuju	12,8
Mamuju Utara	11,5
Sulawesi Barat	15,9

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

Menurut jenis kelamin perempuan mempunyai prevalensi obesitas sentral lebih tinggi dari laki-laki, demikian pula penduduk perkotaan mempunyai prevalensi obesitas lebih tinggi daripada saudaranya di pedesaan.

Tabel 3.2.3.5
Prevalensi Obesitas Sentral Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Obesitas Sentral (LP : L>90, P>80) *
Jenis Kelamin	
Laki-Laki	11,7
Perempuan	16,6
Wilayah/Daerah	
Perkotaan	20,5
Perdesaan	12,6

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

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

Tabel 3.2.3.6, menyajikan gambaran masalah gizi pada WUS yang diukur dengan LILA. Hasil pengukuran LILA ini disajikan menurut provinsi 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 3.2.3.6 menunjukkan prevalensi risiko KEK pada wanita usia subur di Sulawesi Barat. Ada dua kabupaten dengan prevalensi risiko KEK di atas angka nasional (13,6%), yaitu Kabupaten Majene (17,6%) dan Polewali Mandar 15,1%. Kabupaten Mamuju Utara memiliki prevalensi terendah risiko KEK pada WUS yaitu sebesar 4,5%.

Tabel 3.2.3.6
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Risiko KEK*
Majene	17,6
Polewali Mandar	15,1
Mamas	7,9
Mamuju	12,0
Mamuju Utara	4,5
Sulawesi Barat	12,5

3.2.4 Konsumsi Energi dan Protein

Konsumsi energi dan protein tingkat rumah tangga pada Riskesdas 2007 diperoleh berdasarkan jawaban responden untuk makanan yang dikonsumsi 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. Penetapan rumah tangga (RT) defisit energi berdasarkan angka rerata konsumsi energi per kapita per hari dari data Riskesdas 2007. Angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari yang diperoleh dari data konsumsi rumahtangga

dibagi jumlah anggota rumah tangga yang telah di standarisasi menurut umur dan jenis kelamin, serta sudah dikoreksi dengan tamu yang ikut makan.

Rumah tangga defisit energi adalah rumah tangga dengan konsumsi "energi rendah" yaitu bila konsumsi energi lebih rendah dari angka rerata konsumsi energi nasional dari data Riskesdas 2007, sedangkan RT defisit protein adalah RT dengan konsumsi "protein rendah" yaitu bila konsumsi protein lebih rendah dari angka rerata konsumsi protein nasional dari data Riskesdas 2007.

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

Tabel 3.2.4.1
Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Majene	1180,4	502,7	45,7	23,0
Polewali Mandar	1369,3	487,9	55,4	22,6
Mamasa	1461,0	583,9	55,7	29,5
Mamuju	1484,9	531,2	57,2	24,9
Mamuju Utara	1412,6	509,1	50,1	21,7
Sulawesi Barat	1385,6	506,8	53,4	22,5

Data pada Tabel 3.2.4.2 menunjukkan bahwa rerata konsumsi per kapita per hari penduduk Sulawesi Barat adalah 1386 kkal untuk energi dan 53,4 gram untuk protein. Rerata konsumsi energi dan protein di tingkat provinsi dan semua kabupaten di Sulawesi Barat lebih rendah dari rerata nasional 1735,5 kkal dan 55,5 gram.

Tabel 3.2.4.2
Prevalensi RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional di Indonesia, Riskesdas 2007

Kabupaten	< Rerata nasional	
	Energi	Protein
Majene	89,1	77,6
Polewali Mandar	83,3	60,8
Mamasa	75,6	58,8
Mamuju	74,1	56,7
Mamuju Utara	82,1	69,1
Sulawesi Barat	80,3	62,3

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

Tabel 3.2.4.2 di atas memperlihatkan prevalensi RT dengan konsumsi "energi rendah" dan "protein rendah" yang berarti di bawah angka rerata nasional (1735,5 kkal dan 55,5 gram). Di Sulawesi Barat, prevalensi RT dengan konsumsi "energi rendah" adalah 80,3% dan konsumsi "protein rendah" sebesar 62,3%. Seluruh kabupaten di Sulawesi

Barat prevalensi rumah tangga dengan konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah” di atas angka nasional 59,0 % untuk energi rendah dan 58,5% untuk protein rendah.

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 Indonesia, Riskesdas 2007.

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Wilayah/Daerah		
Perkotaan	82,6	64,1
Perdesaan	79,9	61,9
Tingkat Pengeluaran per Kapita		
Kuintil – 1	87,2	69,8
Kuintil – 2	84,3	65,3
Kuintil – 3	77,5	61,7
Kuintil – 4	76,2	62,1
Kuintil – 5	75,9	52,1

Catatan: Berdasarkan angka rerata konsumsi energi (1789,9 kkal) dan Protein (62,5 gram) dari data Riskesdas 2007

Tabel 3.2.4.3 di atas menunjukkan bahwa prevalensi RT di perkotaan dengan konsumsi “energi rendah” lebih tinggi dari RT di perdesaan. Hal yang sama tampak pula bahwa prevalensi RT di perkotaan dengan konsumsi “protein rendah” lebih tinggi dari RT di perdesaan. Prevalensi RT dengan konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah” menurut tingkat pengeluaran RT per kapita menunjukkan pola yang spesifik, yaitu semakin tinggi tingkat pengeluaran RT per kapita, semakin rendah prevalensi RT dengan konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah”..

3.2.5 Konsumsi Garam Beriodium

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

Pada penulisan laporan ini yang disajikan hanya yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3). Tabel 3.1.5.1 memperlihatkan persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3) menurut provinsi. Secara nasional, baru sebanyak 62,3% rumah tangga Indonesia mempunyai garam cukup iodium. Pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO *Universal Salt Iodization* (USI) atau “garam beriodium untuk semua” yaitu minimal 90% rumah tangga menggunakan garam cukup iodium.

Tabel 3.7
Persentase Rumah-Tangga yang Mempunyai Garam Cukup Iodium
menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat,
Riskesmas 2007

Kabupaten	Rumah-tangga mempunyai garam cukup iodium (%)
Majene	35,1
Polewali Mamasa	30,6
Mamasa	30,1
Mamuju	28,5
Mamuju utara	64,7
Sulawesi Barat	34,2

Persentase rumah tangga mengkonsumsi garam cukup iodium pada tingkat Provinsi Sulawesi Barat sebesar 34,2%, lebih rendah dari rata-rata nasional dan masih jauh dari target USI. Persentase tertinggi rumah tangga mengkonsumsi garam cukup iodium berada di Mamuju Utara (64,7%).

Tabel 3.2.5.2
Persentase Rumah Tangga Mempunyai Garam Cukup Yodium menurut
Karakteristik Responden di Sulawesi Barat, Riskesmas 2007

Karakteristik	Rumah-tangga mempunyai garam cukup iodium
Tipe daerah	
Perkotaan	64,7
Perdesaan	53,9
Pendidikan KK	
Tidak sekolah	64,4
Tidak tamat SD	64,6
Tamat SD	64,0
Tamat SMP	61,8
Tamat SMA	60,7
Tamat perguruan tinggi	61,7
Pekerjaan KK	
Tidak bekerja	64,8
Sekolah	57,1
Ibu rumah tangga	63,8
Pegawai negeri/ swasta	61,5
Petani/ buruh/ nelayan	63,9
Lainnya	61,7
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil-1	52,3
Kuintil-2	57,1
Kuintil-3	61,8
Kuintil-4	67,0
Kuintil-5	73,2

Persentase rumah tangga mengkonsumsi garam cukup iodium lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan. Persentase rumah tangga pengguna garam cukup iodium hampir merata di semua rumah tangga dengan kepala rumah tangga berpendidikan rendah sampai berpendidikan tinggi, walaupun terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin kecil persentase rumah tangga dengan garam berkadar iodium cukup. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran per kapita terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin besar persentase rumah tangga menggunakan garam cukup iodium.

3.3 Kesehatan Ibu dan Anak

3.3.1 Status imunisasi

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

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

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

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

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

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

Cakupan imunisasi pada anak umur 12 – 59 bulan dapat dilihat pada tabel 3.3.1.1. Tabel tersebut menyajikan informasi cakupan setiap jenis imunisasi yaitu BCG, tiga kali polio, tiga kali DPT, tiga kali HB, dan campak menurut kabupaten.

Tabel 3.3.1.1
Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Majene	44,4	52,3	45,9	32,9	82,2
Polewali Mandar	84,0	44,5	44,3	42,3	78,9
Mamasa	64,6	42,6	40,3	34,8	77,8
Mamuju	83,3	80,1	75,5	75,9	91,5
Mamuju Utara	61,3	27,7	22,3	20,9	53,6
Sulawesi Barat	73,8	52,7	49,0	46,7	79,0

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

* Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi Sulawesi Barat BCG 73,2%, polio3 47,9%, DPT3 47,9%, HB3 42,4%, campak 78,5%

Imunisasi campak merupakan imunisasi yang mempunyai cakupan lebih tinggi dibandingkan dengan imunisasi lainnya (tabel 3.3.1.1). Di Kabupaten Majene cakupan BCG paling rendah dibandingkan dengan cakupan jenis imunisasi lainnya. Cakupan imunisasi campak cukup beragam diantara kabupaten. Cakupan terendah adalah 53,6% di Kabupaten Mamuju Utara dan tertinggi 91,5% di Kabupaten Mamuju.

Secara keseluruhan, cakupan imunisasi menurut jenisnya yang tertinggi sampai terendah adalah untuk campak (79,0%), BCG (73,8%), polio3 (52,7%), DPT3 (49,0%) dan terendah HB3 (46,7%). Bila dilihat masing-masing imunisasi menurut kabupaten, untuk imunisasi HB3 yang terendah di Kabupaten Mamuju Utara (20,9%) dan tertinggi di Kabupaten Mamuju (75,5%).

Tabel 3.3.1.2
Cakupan Imunisasi Dasar Anak Umur 12-59 Bulan menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Kelompok umur (bulan)					
12 – 23	73,2	47,9	47,9	42,4	78,5
24 – 35	69,6	47,3	39,0	37,7	76,6
36 – 47	64,5	49,7	47,2	43,3	70,2
48 – 59	57,6	42,7	37,5	27,7	71,9
Wilayah/Daerah					
Kota	88,2	60,4	68,3	59,2	90,2
Desa	71,7	51,4	46,1	44,9	77,2
Jenis Kelamin					
Laki-Laki	70,3	48,2	43,7	41,6	75,6
Perempuan	77,8	57,5	54,6	51,9	82,8
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	66,7	21,4	27,3	30,0	63,6
Tidak tamat SD	76,2	51,0	44,4	45,7	69,8
Tamat SD	70,6	51,8	49,3	45,6	80,4
Tamat SMP	70,5	48,8	44,2	40,7	73,9
Tamat SMA	81,8	59,6	57,0	56,8	85,3
Tamat PT	77,8	75,0	60,6	56,8	92,1
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	71,4	50,0	35,3	38,9	72,2
Ibu rumah tangga	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0
PNS/POLRI/TNI	85,7	67,9	60,0	59,6	89,1
Wiraswas/swasta	84,4	65,6	66,0	56,0	86,8
Petani/buruh/nelayan	71,9	51,3	46,9	45,3	77,0
Lainnya	56,3	20,0	20,0	25,0	58,8
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	66,3	39,4	36,7	32,2	66,2
Kuintil-2	72,4	50,0	40,5	35,1	79,5
Kuintil-3	79,6	59,4	55,5	55,0	78,3
Kuintil-4	76,1	58,9	61,0	61,9	86,5
Kuintil-5	78,7	65,2	60,2	60,9	91,5

Pada tabel 3.3.1.2 di atas tampak bahwa cakupan untuk seluruh jenis imunisasi balita menurut kelompok umur, tingkat pendidikan, dan tingkat pengeluaran menunjukkan adanya kecenderungan makin tinggi kelompok umur, tingkat pendidikan, dan tingkat pengeluaran makin tinggi cakupan imunisasi. Cakupan imunisasi di perkotaan lebih tinggi daripada diperdesaan.

Tabel 3.3.1.3
Sebaran Anak Balita menurut Kelengkapan Imunisasi Dasar dan
Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Imunisasi dasar		
	Lengkap	Tdk lengkap	Tidak pernah
Majene	5,0	84,2	10,9
Polewali Mandar	18,3	65,1	16,5
Mamasa	16,9	56,6	26,5
Mamuju	16,3	77,2	6,4
Mamuju Utara	11,0	54,1	34,9
Sulawesi Barat	14,8	68,4	16,8

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 Sulawesi Barat untuk lengkap 17,3%, tidak lengkap 65,4% dan tidak sama sekali 17,3%.

Cakupan imunisasi lengkap yaitu semua jenis imunisasi yang sudah didapatkan anak umur 12-59 bulan dapat dilihat pada Tabel 3.3.1.3. Terlihat bahwa pada tingkat provinsi cakupan imunisasi dasar lengkap adalah 14,8%, dengan kisaran 5,0% sampai 18,3%. Cakupan terendah terdapat di Kabupaten Majene (5,0%) dan tertinggi di Kabupaten Polewali Mandar (18,3%).

Tabel 3.3.1.4
Sebaran Anak Balita menurut Kelengkapan Imunisasi Dasar dan
Karakteristik Responen di Provinsi Sulawesi Barat,
Riskedas 2007

Karakteristik	Status imunisasi		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak pernah
Jenis kelamin			
Laki-Laki	14,1	64,8	21,1
Perempuan	15,4	72,1	12,5
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	11,1	63,0	25,9
Tidak tamat SD	14,6	65,0	20,3
Tamat SD	14,7	66,3	19,0
Tamat SMP	13,7	68,0	18,3
Tamat SMA	20,5	70,1	9,4
Tamat PT	9,8	87,8	2,4
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	10,0	55,0	35,0
Ibu rumah tangga	33,3	66,7	0,0
PNS/POLRI/TNI	17,7	75,8	6,5
Wiraswas/swasta	20,6	72,1	7,4
Petani/buruh/nelayan	14,1	67,7	18,2
Lainnya	3,4	72,4	24,1
Wilayah/Daerah			
Kota	18,7	73,8	7,5
Desa	14,2	67,4	18,4
Tingkat pengeluaran			
Kuintil-1	7,2	66,8	26,0
Kuintil-2	13,9	69,9	16,2
Kuintil-3	21,6	61,7	16,7
Kuintil-4	19,2	69,2	11,5
Kuintil-5	16,0	78,3	5,7

Tabel 3.3.1.4 menunjukkan cakupan imunisasi lengkap menurut karakteristik anak, keluarga dan daerah. Cakupan imunisasi lengkap di perkotaan lebih tinggi (18,7%) dibanding di perdesaan (14,2%) dan masih terdapat 18,4% persen anak 12-59 bulan di perdesaan yang tidak diimunisasi sama sekali.

Terdapat hubungan positif antara tingkat pendidikan kepala keluarga atau tingkat pengeluaran per kapita dengan cakupan imunisasi lengkap. Makin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga dengan cakupan imunisasi, demikian juga makin tinggi pengeluaran per kapita, makin tinggi cakupan imunisasi lengkap. Menurut pekerjaan kepala keluarga, cakupan imunisasi lengkap tertinggi terdapat pada kepala keluarga sebagai ibu rumah tangga (33,3%) dan terendah pada kelompok pekerjaan lain-lain (3,4%).

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

3.3.2. Pemantauan Pertumbuhan Balita

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

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

Tabel 3.3.2.1. menyajikan proporsi pemantauan pertumbuhan dalam 6 bulan terakhir di Provinsi Sulawesi Barat. Proporsi anak balita yang dalam 6 bulan terakhir tidak pernah ditimbang mencapai 36,5%. Anak balita yang ditimbang lebih dari 3 kali dalam 6 bulan hanya 29,8%.

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

Kabupaten	Frekuensi penimbangan (kali)		
	Tdk pernah	1-3 kali	≥4 kali
Majene	34.3	34.3	31.4
Polewali Mandar	38.3	24.2	37.5
Mamasa	55.2	37.9	6.9
Mamuju	25.3	37.3	37.3
Mamuju Utara	26.0	72.0	9.0
Sulawesi Barat	36,5	33,7	29,8

Kabupaten Mamasa dan Kabupaten Mamuju Utara mempunyai keteraturan penimbangan yang rendah. Proporsi balita yang tidak pernah ditimbang tertinggi (55,2%) di Kabupaten Mamasa dan terendah (25,3%) di Kabupaten Mamuju. Sedangkan proporsi balita yang ditimbang relatif teratur (≥4 kali) tertinggi (37,5%) di Kabupaten Polewali Mandar dan terendah (6,9%) di Kabupaten Mamasa. Hal ini menunjukkan bahwa cakupan penimbangan di Provinsi Sulawesi Barat masih rendah.

Tabel 3.3.2.2. menyajikan proporsi frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir menurut umur balita, jenis kelamin, pendidikan KK, pekerjaan KK, tempat tinggal, dan tingkat pengeluaran.

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

Karakteristik	Frekuensi penimbangan (kali)		
	Tdk pernah	1-3 kali	≥4 kali
Kelompok umur (bulan)			
0 -- 5	35,0	45,0	20,0
6 – 11	17,3	36,5	46,2
12 – 23	27,5	41,2	31,4
24 – 35	35,7	38,6	25,7
36 – 47	50,0	25,8	24,2
48 – 59	59,3	16,7	24,1
Jenis kelamin			
Laki-Laki	39,3	30,1	30,6
Perempuan	37,3	35,2	27,5
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	52,9	23,5	23,5
Tidak tamat SD	46,4	30,4	23,2
Tamat SD	41,4	31,5	27,0
Tamat SMP	32,7	38,5	28,8
Tamat SMA	29,5	36,4	34,1
Tamat perguruan tinggi	15,8	32,8	52,6
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	57,1	28,6	14,3
Ibu rumah tangga	50,0	50,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	22,7	31,8	45,5
Wiraswas/swasta	32,4	38,2	29,4
Petani/buruh/nelayan	38,6	32,3	29,1
Lainnya	54,5	27,3	18,2
Wilayah/daerah			
Kota	31,8	29,5	38,6
Desa	31,8	29,5	38,6
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil-1	51,9	27,3	20,8
Kuintil-2	34,6	34,6	30,8
Kuintil-3	35,3	29,4	35,3
Kuintil-4	37,0	35,2	27,8
Kuintil-5	26,3	39,5	34,2

Pada tabel 3.3.2.4. tampak adanya keterkaitan antara frekuensi penimbangan balita dalam 6 bulan terakhir dengan karakteristik responden sebagai berikut :

- a. Ada kecenderungan semakin bertambah umur semakin jarang balita ditimbang, dan balita yang tidak pernah ditimbang juga semakin besar.
- b. Tidak ada perbedaan yang mencolok frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir antara balita laki-laki dengan perempuan.
- c. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah proporsi balita yang tidak pernah ditimbang dan semakin tinggi anak balita ditimbang.

- d. Kelompok dengan KK berpenghasilan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN dan Pegawai Swasta) memiliki proporsi balita yang ditimbang tertinggi.
- e. Tidak ada perbedaan frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir antara daerah kota dengan desa.
- f. Tidak ada pola kecenderungan frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan, tetapi proporsi terbesar balita yang tidak pernah ditimbang terdapat pada tingkat pengeluaran terendah.

Tabel 3.3.2.3. menyajikan hasil tabulasi silang tempat penimbangan balita yang paling sering dalam 6 bulan terakhir menurut kabupaten.

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

Kabupaten	Tempat penimbangan anak balita				
	RS	Puskes	Polindes	Posyandu	Lainnya
Majene	0,1	5,3	1,3	93,3	0,0
Polewali Mandar	1,0	10,2	0,0	87,8	1,0
Mamasa	0,1	52,9	0,0	44,1	2,9
Mamuju	5,3	20,6	0,0	70,6	3,5
Mamuju Utara	3,3	26,0	0,2	62,0	8,5
Sulawesi Barat	2,1	16,9	0,4	78,1	2,5

Pada tabel 3.3.2.3 terlihat bahwa posyandu secara keseluruhan merupakan tempat yang paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita yaitu sebesar 78,1%. Posyandu sebagai sarana penimbangan balita paling banyak terdapat di Kabupaten Majene (93,3%) dan terendah di Mamasa (44,1%). Tempat penimbangan selain posyandu yang cukup tinggi adalah Puskesmas seperti yang terdapat di Mamasa sebesar 52,9%.

Tabel 3.3.2.4 menunjukkan tempat penimbangan balita menurut karakteristik anak, rumah tangga, dan tipe daerah. Pada tabel tersebut terlihat bahwa untuk setiap jenis tempat penimbangan balita tidak ada pola kecenderungan baik menurut umur maupun jenis kelamin.

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

Karakteristik	Tempat penimbangan balita				
	RS	Puskes	Polindes	Posyandu	Lainnya
Jenis kelamin					
Laki-Laki	1,2	13,6	0,0	84,0	1,2
Perempuan	2,8	20,7	0,5	73,3	2,8
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	0,0	36,8	0,0	52,6	10,5
Tidak tamat SD	0,0	16,9	0,0	77,9	5,2
Tamat SD	3,1	18,0	0,6	77,6	0,6
Tamat SMP	3,9	13,0	0,0	80,5	2,6
Tamat SLTA	2,7	14,7	1,3	81,3	0,0
Tamat PT	0,0	21,2	0,0	78,8	0,0
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	0,0	33,3	0,0	66,7	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	4,4	20,0	0,0	75,6	0,0
Wiraswas/swasta	0,0	9,4	0,0	90,6	0,0
Petani/buruh/nelayan	2,2	18,2	0,6	76,7	2,2
Lainnya	0,0	15,4	0,0	69,2	15,4
Wilayah/daerah					
Kota	2,5	7,6	0,0	84,8	5,1
Desa	1,8	19,0	0,5	77,1	1,6
Tingkat pengeluaran					
Kuintil-1	0,0	16,8	0,0	81,2	2,0
Kuintil-2	2,6	12,1	0,9	80,2	4,3
Kuintil-3	3,1	21,4	0,0	75,5	0,0
Kuintil-4	2,2	19,1	0,0	76,4	2,2
Kuintil-5	3,3	16,7	1,7	78,3	0,0

Tempat penimbangan anak balita menurut kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan KK, dan pekerjaan KK tidak menunjukkan pola kecenderungan yang jelas. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan semakin kecil proporsi balita yang ditimbang di Posyandu. Namun, Posyandu merupakan tempat yang paling banyak di manfaatkan sebagai tempat menimbang balita.

Kartu Menuju Sehat (KMS) merupakan kartu untuk mencatat hasil penimbangan, imunisasi dan lainnya. Karena itu KMS harus dimiliki semua balita. Selain untuk memantau tumbuh kembang balita kartu ini juga diharapkan dapat memberikan motivasi kepada ibu untuk melaksanakan penimbangan dan imunisasi serta tindak lanjut dari hasil penimbangan. KMS hanya dimiliki 10,9% dari anak balita di Sulawesi Barat, 43,4% mengaku punya tetapi tidak dapat menunjukkan dan 45,6% mengaku tidak memiliki KMS.

Tabel 3.3.2.5
Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Majene	10,4	41,7	47,9
Polewali Mandar	16,2	44,3	39,5
Mamasa	4,1	24,5	71,4
Mamuju	12,6	63,1	24,3
Mamuju Utara	5,2	19,0	75,9
Sulawesi Barat	10,9	43,4	45,6

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

Di atas telah disajikan bahwa balita yang tidak memiliki KMS proporsinya sangat besar yaitu mencapai 45,6%. Proporsi mereka yang memiliki KMS dan dapat menunjukkan tertinggi (26,7%) pada umur yang paling muda, sedangkan terendah 5,2% pada kelompok umur tertua (48-59 bulan). Tidak ada perbedaan tingkat kepemilikan KMS pada Balita laki-laki dan perempuan. Proporsi balita yang memiliki dan dapat menunjukkan KMS hampir merata pada semua kelompok umur, walaupun terdapat sedikit kecenderungan semakin tua proporsi balita yang dapat menunjukkan KMS semakin besar. Semakin tinggi pendidikan orang tua semakin kecil proporsi balita yang tidak memiliki KMS.

Tabel 3.3.2.6
Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik
Responden di Provinsi Sulawesi Barat Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kelompok Umur (bulan)			
6 – 11	26,7	31,7	41,7
12 – 23	11,3	45,1	43,7
24 – 35	6,8	51,5	41,7
36 – 47	11,8	41,2	47,1
48 – 59	5,2	48,1	46,7
Jenis kelamin			
Laki-laki	12,2	43,9	43,9
Perempuan	11,3	42,6	46,1
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	6,3	25,0	68,8
Tidak tamat SD	12,0	44,0	44,0
Tamat SD	12,6	38,4	49,0
Tamat SMP	12,5	43,8	43,8
Tamat SLTA	12,3	53,8	33,8
Tamat PT	13,0	60,9	26,1
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	0,0	37,5	62,5
Ibu rumah tangga	33,3	33,3	33,3
PNS/POLRI/TNI	16,1	61,3	22,6
Wiraswas/swasta	12,2	55,1	32,7
Petani/buruh/nelayan	10,8	40,7	48,5
Lainnya	20,0	40,0	40,0
Wilayah/daerah			
Kota	15,3	52,5	32,2
Desa	11,2	41,9	46,9
Tingkat pengeluaran			
Kuintil-1	8,7	42,6	48,7
Kuintil-2	10,7	42,7	46,6
Kuintil-3	15,9	39,8	44,3
Kuintil-4	12,9	45,7	41,4
Kuintil-5	12,3	47,4	40,4

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

Kepemilikan KMS paling buruk terdapat pada balita dengan orang tua tidak bekerja. Pada kelompok ini tidak ada orang tua balita yang dapat menunjukkan KMS. Proporsi balita yang mempunyai KMS dan dapat menunjukkan tertinggi ada pada balita yang pekerjaan utama orang tuanya ibu rumah tangga. Sedangkan proporsi balita tertinggi

yang tidak mempunyai KMS adalah balita yang orang tuanya tidak bekerja. Kepemilikan KMS lebih baik di kota daripada desa. Tidak terlihat jelas hubungan antara tingkat ekonomi rumah tangga dengan kepemilikan KMS.

Buku KIA merupakan buku catatan tentang keadaan kesehatan dan gizi sejak ibu hamil, bayi sejak dilahirkan sampai saat pengukuran. Buku ini juga mempunyai KMS walaupun dalam ukuran yang kecil. Pada tingkat provinsi hanya 7,7% yang menyatakan punya buku KIA dan dapat menunjukkan. Sedangkan yang menyatakan punya tetapi tidak dapat menunjukkan mencapai 34,9%. Mereka yang menyatakan tidak memiliki buku KIA mencapai 57,4% (tabel 3.3.2.7). Sebaran kepemilikan buku KIA beragam antar kabupaten.

Tabel 3.3.2.7
Persentase Kepemilikan Buku KIA menurut Kabupaten di
Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Majene	10,6	38,3	51,1
Polewali Mandar	12,9	33,1	54,0
Mamasa	8,0	32,0	60,0
Mamuju	3,6	49,5	46,8
Mamuju Utara	1,8	8,8	89,5
Sulawesi Barat	7,7	34,9	57,4

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

Proporsi kepemilikan buku KIA yang dapat menunjukkan tertinggi (12,9%) di Kabupaten Polewali Mandar dan terendah (1,8%) di Kabupaten Mamuju Utara. Di kabupaten ini proporsi balita yang jelas menyatakan tidak memiliki buku KIA mencapai 89,5%.

Kepemilikan buku KIA tertinggi pada bayi usia 6-11 bulan. Pada usia ini 18,6% bayi memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan. Terdapat kecenderungan semakin tua semakin rendah proporsi balita yang memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan. Pada kelompok usia 48-59 bulan proporsi anak yang memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan hanya 2,7%. Kemungkinan semakin bertambah usia anak dan imunisasi sudah lengkap, buku jarang digunakan, sehingga tidak terpelihara dan lupa menyimpannya. Hal ini terlihat dari ibu balita yang menyatakan punya buku KIA tetapi tidak dapat menunjukkan dengan proporsi cukup besar. Sebaliknya semakin tua usia semakin banyak yang menyatakan tidak memiliki buku KIA. Tidak ada perbedaan kepemilikan buku KIA antara anak laki-laki dengan anak perempuan. Tidak ada perbedaan yang jelas tentang kepemilikan buku KIA diantara tingkat pendidikan orang tua balita.

Balita anak pegawai mempunyai tingkat kepemilikan buku KIA yang relatif baik dibandingkan dengan balita lainnya. Balita kota mempunyai tingkat kepemilikan buku KIA lebih baik dari balita desa. Tidak terdapat pola hubungan antara tingkat ekonomi rumah tangga dan kepemilikan buku KIA. Walaupun kepemilikan buku KIA terendah berada pada kuintil pertama dan tertinggi pada kuintil ke 5. Sebaliknya ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin kecil proporsi balita yang tidak memiliki buku KIA. Sedangkan yang mengaku punya buku KIA tetapi tidak dapat menunjukkan tertinggi justru pada kuintil tertinggi. Pertanyaan yang kemudian muncul adalah dimana buku disimpan. Di beberapa wilayah alat bantu seperti ini disimpan oleh

kader atau oleh bidan agar tidak rusak. Selalu jadi pertanyaan fungsi buku sebagai catatan informasi kesehatan ibu dan anak apakah berfungsi bila tidak disimpan sendiri.

Tabel 3.3.2.8
Persentase Balita menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskedas 2007

Karakteristik	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Kelompok Umur (bulan)			
6 – 11	18,6	30,5	50,8
12 – 23	8,5	35,2	56,3
24 – 35	6,9	35,3	57,8
36 – 47	7,0	35,0	58,0
48 – 59	2,7	37,8	59,5
Jenis Kelamin			
Laki-laki	8,8	34,6	56,6
Perempuan	8,0	34,5	57,5
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	14,3	22,6	63,1
Tidak tamat SD	14,3	21,5	64,2
Tamat SD	13,8	22,2	64,0
Tamat SLTP	12,8	24,4	62,8
Tamat SLTA	12,4	25,0	62,6
Tamat PT	13,0	29,7	57,2
Pekerjaan KK			
Tidak bekarja	0,0	25,0	75,0
Ibu rumah tangga	33,3	33,3	33,3
PNS/POLRI/TNI	20,7	51,7	27,6
Wiraswas/swasta	10,2	42,9	46,9
Petani/buruh/nelayan	6,6	32,3	61,1
Lainnya	7,1	28,6	64,3
Wilayah/daerah			
Kota	16,4	45,5	38,2
Desa	7,0	33,0	60,1
Tingkat pengeluaran			
Kuintil-1	3,5	33,0	63,5
Kuintil-2	10,6	31,7	57,7
Kuintil-3	8,1	33,7	58,1
Kuintil-4	9,0	35,8	55,2
Kuintil-5	14,0	42,1	43,9
Sulawesi Barat	8,4	34,5	57,1

* 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. Manfaat kapsul vitamin A terbukti menurunkan risiko kematian anak balita dan meningkatkan imunitas tubuh. Tabel 3.2.3.1 menyajikan proporsi anak balita yang menerima vitamin A menurut kabupaten dalam 6 bulan terakhir.

Tabel 3.3.3.1
Persentase Balita yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat Riskesdas 2007

Kabupaten	Menerima kapsul vitamin A	Tidak menerima kapsul vitamin A
Majene	75,0	25,0
Polewali Mandar	72,2	27,8
Mamasa	27,9	72,1
Mamuju	76,5	23,5
Mamuju Utara	50,0	50,0
Sulawesi Barat	65,6	34,4

Proporsi anak balita yang menerima kapsul vitamin A dalam 6 bulan terakhir di Provinsi Sulawesi Barat adalah 65,6%. Proporsi terendah terdapat di Kabupaten Mamasa (27,9%) dan tertinggi di Kabupaten Mamuju (76,5%).

Proporsi tertinggi penerima kapsul adalah balita usia 12-23 bulan, sedangkan yang terendah adalah usia tertua 48-59 bulan. Di atas usia 11 bulan terdapat kecenderungan semakin tua kelompok umur semakin rendah proporsi balita yang menerima kapsul vitamin A. Proporsi balita yang menerima kapsul vitamin A relatif lebih tinggi di kota daripada desa (tabel 3.3.3.1.). Tidak ada perbedaan proporsi penerima kapsul vitamin A antara balita laki-laki dan perempuan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan orang tua semakin besar proporsi penerima kapsul vitamin A. Proporsi balita penerima kapsul vitamin A tertinggi (80,4%) berasal dari rumah tangga dengan pekerjaan utama sebagai ibu rumah tangga.

Balita di perkotaan lebih banyak yang menerima kapsul vitamin A dosis tinggi daripada balita di perdesaan. Apabila ditinjau dari sudut ekonomi proporsi balita penerima kapsul vitamin A tertinggi adalah balita pada kuintil 5, sedangkan yang terendah berasal dari rumah tangga kuintil 1.

Tabel 3.3.3.2
Persentase Balita yang menerima Kapsul Vitamin A menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Menerima kapsul vitamin A	Tidak menerima kapsul vitamin A
Kelompok Umur (bulan)		
6 – 11	67,2	32,8
12 – 23	72,5	27,5
24 – 35	65,7	34,3
36 – 47	64,5	35,5
48 – 59	58,9	41,1
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	62,4	37,6
Perempuan	69,2	30,8
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	69,0	31,0
Tidak tamat SD	69,4	30,6
Tamat SD	73,7	26,3
Tamat SMP	74,5	25,5
Tamat SLTA	76,0	24,0
Tamat PT	78,9	21,1
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	73,8	26,2
Ibu rumah tangga	80,4	19,6
PNS/POLRI/TNI	77,9	22,1
Wiraswas/swasta	75,6	24,4
Petani/buruh/nelayan	71,5	28,5
Lainnya	76,7	23,3
Wilayah/daerah		
Kota	71,2	28,8
Desa	64,8	35,2
Tingkat pengeluaran		
Kuintil-1	57,7	42,3
Kuintil-2	68,8	31,2
Kuintil-3	63,0	37,0
Kuintil-4	69,8	30,2
Kuintil-5	76,0	24,0

3.2.4 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

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.

Di Sulawesi Barat hanya ada 56 bayi yang terliput dalam sampel karena itu distribusinya menurut kabupaten tidak layak dianalisis karena jumlah sampel terlalu kecil. Tabel 3.3.4.1 memperlihatkan persepsi ibu tentang ukuran bayi saat dilahirkan, walaupun berat badan bayi lahir tidak diketahui. Secara keseluruhan terdapat 16,4% ibu yang mempunyai persepsi bahwa bayi yang dilahirkan berukuran kecil, 71,8% mempunyai persepsi ukuran bayi normal dan 11,8% mempunyai persepsi ukuran bayinya besar. Persentase ukuran bayi kecil bervariasi antar kabupaten, terendah di Mamuju Utara 5,3% dan tertinggi di Mamuju 23,4%.

Tabel 3.3.4.1
Persentase Ibu menurut Persepsi Ukuran Bayi Saat Lahir dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Majene	14,3	61,9	23,8
Polewali Mandar	14,3	75,5	10,2
Mamasa	15,4	84,6	0,0
Mamuju	23,4	66,0	10,6
Mamuju Utara	5,3	84,2	10,5
Sulawesi Barat	16,4	71,8	11,8

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

Persentase ibu menurut persepsi terhadap ukuran bayi lahir dan karakteristik responden hanya disajikan berdasarkan wilayah/daerah dan jenis kelamin.

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

Karakteristik	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Wilayah/daerah			
Kota	18,8	69,2	12,0
Desa	17,0	71,2	11,8
Jenis kelamin			
Laki-laki	14,7	74,7	10,7
Perempuan	18,2	68,8	13,0
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	14,3	85,7	0,0
Tidak tamat SD	20,7	72,4	6,9
Tamat SD	27,5	56,9	15,7
Tamat SMP	7,4	81,5	11,1
Tamat SLTA	0,0	86,4	13,6
Tamat PT	0,0	80,0	20,0
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	0,0	100,0	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	0,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	0,0	100,0	0,0
Wiraswas/swasta	8,7	69,6	21,7
Petani/buruh/nelayan	18,8	68,3	12,9
Lainnya	28,6	71,4	0,0
Tingkat pengeluaran			
Kuintil-1	24,4	68,9	6,7
Kuintil-2	21,2	66,7	12,1
Kuintil-3	11,1	74,1	14,8
Kuintil-4	16,0	72,0	12,0
Kuintil-5	0,0	85,0	15,0

Proporsi persepsi bayi lebih kecil saat dilahirkan, sedikit lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Persepsi bayi yang kecil saat dilahirkan juga lebih banyak pada bayi perempuan daripada bayi laki-laki. Ada kecenderungan makin rendah tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita persentase bayi ukuran kecil semakin besar.

3.3.5. Pemeriksaan kehamilan

Pemeriksaan kehamilan (ANC) sangat penting dilakukan untuk menjaga kesehatan ibu selama hamil dan saat melahirkan serta kesehatan bayinya. Pada tingkat provinsi 79,6% ibu melakukan pemeriksaan kehamilan.

Tabel 3.3.5.1
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Kabupaten, di
Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Periksa hamil	Tidak periksa hamil
Majene	90,9	9,1
Polewali Mandar	86,5	13,5
Mamasa	28,6	71,4
Mamuju	91,3	8,7
Mamuju Utara	55,0	45,0
Sulawesi Barat	79,6	20,4

Proporsi ibu hamil yang melaksanakan pemeriksaan kehamilan di daerah kota lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Proporsi ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilan tertinggi di Kabupaten Mamasa dan terendah di Mamuju.

Tabel 3.3.5.2
Persentase Cakupan Pemeriksaan Kehamilan menurut Wilayah Tempat
Tinggal Responden, di provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Periksa hamil	
	Periksa hamil	Tidak periksa hamil
Wilayah/daerah		
Kota	100,0	0,0
Desa	78,0	22,0
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	50,0	50,0
Tidak tamat SD	86,7	13,3
Tamat SD	75,5	24,5
Tamat SMP	73,1	26,9
Tamat SLTA	91,7	8,3
Tamat PT	83,3	16,7
Pekerjaan KK		
Tidak bekarja	100,0	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	100,0	0,0
Wiraswas/swasta	92,0	8,0
Petani/buruh/nelayan	73,7	26,3
Lainnya	87,5	12,5
Tingkat pengeluaran		
Kuintil-1	76,7	23,3
Kuintil-2	67,6	32,4
Kuintil-3	90,0	10,0
Kuintil-4	84,0	16,0
Kuintil-5	81,8	18,2

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

Pada tingkat provinsi jenis pelayanan yang paling banyak diberikan adalah tekanan darah, imunisasi TT dan penimbangan berat badan. Sedangkan pemeriksaan yang paling jarang diterima adalah pemeriksaan hemoglobin (Hb) dan urine.

Tabel 3.3.5.3
Persentase Jenis Pelayanan Pada Pemeriksaan Kehamilan menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jenis pemeriksaan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Majene	73,3	100,0	87,5	93,3	100,0	100,0	50,0	20,0
Polewali Mandar	78,3	100,0	95,8	91,7	87,5	100,0	31,8	40,9
Mamasa*	-	-	-	-	-	-	-	-
Mamuju	50,0	92,9	61,1	88,2	88,9	86,6	38,9	38,9
Mamuju Utara	50,0	85,7	75,0	75,0	75,0	100,0	62,5	12,5
Sulawesi Barat	69,3	95,6	82,3	88,2	91,9	95,6	39,8	33,0

*Mamasa sampel hanya sedikit tidak bisa dianalisis

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

Perbedaan jenis pemeriksaan kehamilan yang diterima ibu hamil di kota dan desa adalah pengukuran tinggi badan, pemeriksaan Hb dan pemeriksaan urine (tabel 3.3.5.4).

Tabel 3.3.5.4
Persentase Jenis Pelayanan pada Pemeriksaan Kehamilan menurut
Wilayah/Daerah di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis pemeriksaan*							
	A	B	C	D	E	F	G	H
Wilayah/Daerah								
Kota	87.5	88.9	88.9	88.9	90.0	100.0	66.7	66.7
Desa	70.3	86.5	81.1	86.5	91.7	94.6	37.1	27.8
Pendidikan KK								
Tidak sekolah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Tidak tamat SD	46,7	100,0	71,4	85,7	100,0	100,0	20,0	13,3
Tamat SD	60,9	100,0	78,3	85,7	78,3	100,0	40,9	27,3
Tamat SMP	71,4	100,0	71,4	100,0	85,7	100,0	16,7	28,6
Tamat SLTA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	84,6	64,3
Tamat PT	66,7	100,0	100,0	66,7	100,0	100,0	50,0	33,3
Pekerjaan KK								
Tidak bekerja	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	66,7
Wiraswas/swasta	83,3	100,0	91,7	92,3	100,0	100,0	70,0	58,3
Petani/buruh/nelayan	61,0	97,6	78,0	89,7	85,4	100,0	38,5	21,1
Lainnya	33,3	100,0	33,3	33,3	100,0	100,0	0,0	0,0
Tingkat pengeluaran								
Kuintil-1	54,2	100,0	72,0	95,7	91,7	100,0	30,4	54,2
Kuintil-2	45,5	100,0	63,6	60,0	63,6	100,0	45,5	45,5
Kuintil-3	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	91,7
Kuintil-4	66,7	90,0	80,0	100,0	100,0	100,0	33,3	66,7
Kuintil-5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	100,0

Jenis pelayanan kesehatan:

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

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

Pada tingkat provinsi pelayanan neonatal KN-1 pada usia 0-7 hari diterima 47,3% bayi dan KN-2 pada usia 8-28 hari hanya 30,5%. Namun KN-2 yang di sajikan tidak berarti yang bersangkutan sudah menerima KN-1, karena data tersebut termasuk yang hanya mendapat pelayanan pada saat bayi berusia 8-28 hari.

Tabel 3.3.5.5
Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal menurut Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Pemeriksaan neonatus (KN)	
	KN-1 (0-7 hari)	KN-2 (8-28 hari)
Majene	75.0	25,0
Polewali Mandar	60.0	27,8
Mamasa	16.7	20,0
Mamuju	43.8	53,3
Mamuju Utara	33.3	11,1
Sulawesi Barat	47,3	30,5

Berdasarkan jenis kelamin lebih banyak bayi laki-laki yang mendapat pelayanan KN-1 dan KN-2, dan di daerah perkotaan cakupan pemeriksaan neonatus lebih tinggi daripada di perdesaan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita cakupan pemeriksaan neonatus semakin tinggi.

Tabel 3.3.5.6
Persentase Cakupan Pelayanan Neonatal menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas, 2007

Karakteristik	Pemeriksaan neonatus (KN)	
	KN-1 (0-7 hari)	KN-2 (8-28 hari)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	59,7	39,2
Perempuan	37,0	23,6
Wilayah/daerah		
Kota	81,8	57,9
Desa	42,2	27,0
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	25,00	0,00
Tidak tamat SD	53,33	31,03
Tamat SD	39,22	22,00
Tamat SMP	46,15	15,38
Tamat SLTA	62,50	72,73
Tamat PT	100,00	66,67
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	100,0	66,7
Ibu rumah tangga	0,0	0,0
PNS/POLRI/TNI	80,0	80,0
Wiraswas/swasta	75,0	43,5
Petani/buruh/nelayan	36,5	23,4
Lainnya	66,7	28,6
Tingkat pengeluaran		
Kuintil-1	38,6	16,7
Kuintil-2	29,4	25,8
Kuintil-3	74,1	33,3
Kuintil-4	56,0	33,3
Kuintil-5	57,1	61,9

3.3 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 menderita sakit (O). Demikian pula diare, dinilai proporsi kasus diare yang mendapat pengobatan oralit (O).

3.3.1 Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria

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

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. Pada 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
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Majene	0,07	0,07	0,15	0,37	0,37	0,59	37,50
Polewali Mandar	0,00	0,00	0,08	0,33	0,19	0,79	31,03
Mamasa	0,00	0,08	0,08	0,48	0,08	0,72	10,00
Mamuju	0,00	0,00	0,00	0,66	1,76	3,38	42,42
Mamuju Utara	0,00	0,00	0,39	2,80	2,22	5,80	32,20
Sulawesi Barat	0,01	0,02	0,10	0,70	0,86	2,01	36,10

Data Riskesdas 2007 menunjukkan dalam 12 bulan terakhir filariasis terdapat di Kabupaten Majene dan Mamasa dengan prevalensi berdasarkan gejala klinis (DG) sebesar 0,1‰. Di tingkat provinsi prevalensi filariasis (DG) 0,2‰ dan lebih rendah dari angka prevalensi nasional sebesar 1,1‰.

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, kasus DBD klinis tersebar di seluruh kabupaten dengan prevalensi (DG) tingkat provinsi 0,7% (rentang : 0,3 - 2,8%). Prevalensi DBD klinis di Sulawesi Barat lebih tinggi dari angka nasional (0,6%).

Di Provinsi Sulawesi Barat kasus DBD klinis lebih banyak didapatkan berdasarkan gejala klinis yang disampaikan oleh responden bukan berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan.

Penyakit malaria tersebar di seluruh kabupaten dengan angka prevalensi yang beragam dan prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju Utara. Semua kabupaten, kasus malaria lebih banyak terdeteksi berdasarkan gejala klinis yang disampaikan oleh responden bukan berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan.

Dalam kurun waktu satu bulan terakhir, prevalensi malaria klinis nasional adalah 2,9% (rentang : 0,2 - 26,1%). Ada dua kabupaten mempunyai prevalensi malaria klinis di atas angka nasional, yaitu Kabupaten Mamuju dan Mamuju Utara. Responden yang terdiagnosis sebagai malaria klinis dan mendapat pengobatan dengan obat malaria program dalam 24 jam menderita sakit hanya 36,1%. Di Kabupaten Mamuju proporsi pengobatan dengan obat malaria program cukup tinggi, yaitu sebesar 42,4%.

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

Karakteristik	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok umur							
<1	0,00	0,00	0,00	0,44	0,00	0,87	0,00
1-4	0,00	0,00	0,10	0,30	0,60	1,30	36,36
5-14	0,04	0,04	0,08	0,69	0,61	1,45	52,63
15-24	0,00	0,06	0,18	0,65	1,12	2,30	30,77
25-34	0,00	0,00	0,13	0,83	0,57	1,91	26,67
35-44	0,07	0,07	0,00	1,18	1,54	2,79	37,84
45-54	0,00	0,00	0,00	0,47	0,94	2,59	31,82
55-64	0,00	0,17	0,17	0,70	1,05	2,79	33,33
65-74	0,00	0,00	0,32	0,64	0,00	0,96	25,00
>75	0,00	0,00	0,00	0,00	2,99	5,22	28,57
Jenis Kelamin							
Laki-laki	0,02	0,04	0,14	0,82	1,03	2,26	34,51
Perempuan	0,02	0,02	0,06	0,58	0,69	1,78	37,36
Wilayah/daerah							
Kota	0,06	0,06	0,19	0,51	1,09	1,47	75,00
Desa	0,01	0,02	0,08	0,73	0,82	2,12	30,94
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,00	0,17	0,00	1,00	1,32	3,81	26,09
Tidak tamat SD	0,06	0,06	0,06	0,89	0,47	1,90	12,90
Tamat SD	0,04	0,04	0,14	0,78	0,74	1,77	34,69
Tamat SMP	0,00	0,08	0,08	0,55	1,73	3,14	47,37
Tamat SMA	0,00	0,00	0,23	0,79	1,12	2,13	44,44
Tamat PT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,00	0,00	0,10	0,39	1,08	1,96	35,00
Sekolah	0,07	0,07	0,14	1,20	0,92	1,34	55,56
Ibu RT	0,00	0,00	0,07	0,48	1,09	2,52	40,54
Pegawai	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,29	0,00
Wiraswasta	0,00	0,00	0,21	1,03	0,62	1,03	60,00
Petani/Nelayan/	0,04	0,08	0,00	1,01	0,93	2,95	19,18
Lainnya	0,00	0,00	0,36	1,08	1,41	2,83	75,00
Tingkat pengeluaran							
Kuintil_1	0,05	0,10	0,10	0,92	0,53	1,84	29,73
Kuintil_2	0,00	0,00	0,05	0,63	0,63	1,84	28,95
Kuintil_3	0,00	0,00	0,19	0,88	0,73	1,60	40,63
Kuintil_4	0,00	0,05	0,00	0,68	0,77	2,22	29,55
Kuintil_5	0,05	0,05	0,10	0,39	1,64	2,61	47,06

Filariasis klinis dijumpai pada kelompok umur ≥ 5 tahun, prevalensi lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, dan tidak ada perbedaan prevalensi antara status sosial-

ekonomi tinggi dan rendah. Filariasis klinis lebih tinggi didapati pada responden di perdesaan dan responden yang tidak sekolah, dan pada petani/nelayan/buruh.

DBD dahulu dikenal hanya sebagai penyakit pada anak-anak, kini cukup banyak ditemukan penderita dewasa. Prevalensi tertinggi ditemukan pada kelompok umur 35 - 44 tahun (1,18%) dan terendah pada >75 tahun (0,00%). Prevalensi DBD pada laki-laki sedikit lebih tinggi dibandingkan perempuan. DBD klinis relatif lebih tinggi di perdesaan.

Temuan yang juga perlu menjadi perhatian adalah DBD klinis relatif lebih banyak ditemukan pada responden dengan tingkat pendidikan rendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD), responden (anak) sekolah. Prevalensi DBD klinis juga cenderung meningkat pada status ekonomi yang lebih rendah.

Malaria tersebar merata di semua kelompok umur, relatif lebih rendah pada bayi, dan relatif meningkat pada kelompok umur produktif (25 - 54 tahun). Prevalensi penyakit ini juga relatif lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Hal ini mungkin disebabkan kelompok tersebut lebih banyak terpapar (*exposed*) dengan nyamuk malaria, sehingga risiko terkena infeksi relatif lebih besar. Prevalensi malaria klinis di perdesaan dua kali lebih besar dari prevalensi di perkotaan, dan cenderung tinggi pada responden dengan pendidikan rendah, kelompok petani/nelayan/buruh.

Walaupun prevalensi malaria klinis pada anak (<15 tahun) relatif lebih rendah dari orang dewasa, tetapi proporsi pengobatan dengan obat malaria program cenderung lebih baik pada anak dibandingkan orang dewasa. Keadaan ini menunjukkan kewaspadaan dan kepedulian penanganan penyakit malaria pada anak 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 ($\geq 50,0\%$) di daerah perkotaan, anak sekolah dan wiraswasta. Oleh sebab itu program pengendalian malaria pada kelompok yang berisiko perlu ditingkatkan.

3.3.2 Prevalensi ISPA, Pnemonia, Tuberkulosis (TB), dan Campak

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

Tuberkulosis paru merupakan salah satu penyakit menular kronis yang menjadi isu global. Di Indonesia penyakit ini termasuk salah satu prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit karena berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta sering mengakibatkan kematian. Walaupun diagnosis pasti TB berdasarkan pemeriksaan sputum BTA positif, diagnosis klinis sangat menunjang untuk diagnosis dini terutama pada penderita TB anak. Kepada responden ditanyakan apakah dalam 12 bulan terakhir pernah didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan, dan bila tidak, ditanyakan apakah menderita gejala batuk lebih dari dua minggu atau batuk 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 demam tinggi dengan mata merah dan penuh kotoran, serta ruam pada kulit terutama di leher dan dada. Tabel 3.4.2.1. menyajikan data prevalensi penyakit ISPA, pnemonia, TBC, dan campak di Sulawesi Barat menurut kabupaten.

Tabel 3.4.2.1
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak berdasarkan Kabupaten di
Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	ISPA		Pneumonia		TBC		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Majene	7,3	24,0	0,1	0,9	0,1	0,5	0,1	0,3
Polman	8,2	32,0	0,3	1,1	0,4	0,7	0,3	0,6
Mamasa	0,5	8,7	0,0	1,0	0,1	0,6	0,0	0,3
Mamuju	1,3	18,3	0,2	2,0	0,2	0,5	0,1	0,3
Mamuju Utara	1,4	15,9	0,4	1,4	0,2	0,4	0,4	1,2
Sulawesi Barat	4,4	22,5	0,2	1,4	0,2	0,6	0,2	0,5

Prevalensi ISPA satu bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah 22,5% (rentang 8,7% - 31,9%) dan prevalensi di Kabupaten Polewali Mandar di atas angka nasional (25,5%). Kasus ISPA pada umumnya terdeteksi berdasarkan gejala penyakit. Prevalensi pneumonia satu bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah 1,4% (rentang :0,9% - 2,0%). Seluruh kabupaten mempunyai prevalensi di bawah angka nasional (2,13%). Kasus pneumonia pada umumnya terdeteksi berdasarkan diagnosis gejala penyakit.

Tuberkulosis paru klinis tersebar di seluruh kabupaten di Sulawesi Barat dengan prevalensi dalam 12 bulan terakhir adalah 0,6%. Prevalensi TB di Sulawesi Barat masih di bawah angka prevalensi nasional (1,0%). Prevalensi TB tertinggi terdapat di Kabupaten Polewali Mandar, yaitu 0,7%. Proporsi kasus TB yang terdeteksi berdasarkan gejala penyakit lebih besar daripada berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan.

Prevalensi campak klinis 12 bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah 0,5%, prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju Utara yaitu 1,2%. Angka tersebut sama dengan angka nasional sedangkan empat kabupaten lainnya prevalensinya di bawah angka nasional. Kasus campak lebih banyak terdeteksi berdasarkan gejala klinis yang disampaikan responden daripada diagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi penyakit ISPA, pnemonia, TB, dan campak menurut karakteristik penduduk di Sulawesi Barat disajikan pada tabel 3.4.2.1.

Tabel 3.4.2.2
Prevalensi ISPA, Pneumonia, TBC, Campak menurut Karakteristik
Responden di Provisi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok umur (tahun)								
<1	12,0	31,2	0,8	1,0	0,0	0,0	0,0	0,5
1-4	11,7	36,7	0,4	1,2	0,2	0,2	0,4	0,9
5-14	4,2	25,3	0,3	0,9	0,0	0,0	0,1	0,5
15-24	2,2	14,7	0,2	0,9	0,1	0,4	0,4	0,6
25-34	3,5	17,1	0,0	1,3	0,2	0,4	0,0	0,5
35-44	3,0	18,7	0,0	1,3	0,2	0,6	0,1	0,4
45-54	2,9	18,9	0,2	2,1	0,1	0,9	0,2	0,3
55-64	3,2	24,3	0,0	1,4	1,2	2,5	0,3	0,3
65-74	6,0	36,7	0,2	5,6	1,7	2,9	0,0	0,2
>75	4,6	29,0	1,8	8,5	1,4	4,3	0,0	0,0
Jenis Kelamin								
Laki-laki	4,6	23,0	0,2	1,5	0,3	0,6	0,2	0,5
Perempuan	4,2	22,0	0,2	1,4	0,2	0,6	0,1	0,5
Wilayah/daerah								
Kota	9,2	18,3	0,5	0,9	0,4	0,6	0,3	0,5
Desa	3,6	23,2	0,2	1,5	0,2	0,6	0,2	0,6
Pendidikan								
Tidak sekolah	2,2	26,5	0,5	5,3	0,4	1,7	0,0	0,2
Tidak tamat SD	3,8	24,5	0,1	1,5	0,2	0,9	0,1	0,6
Tamat SD	2,4	16,8	0,1	1,2	0,2	0,5	0,2	0,4
Tamat SMP	2,8	16,1	0,2	0,7	0,2	0,7	0,3	0,6
Tamat SMA	4,6	16,6	0,1	1,0	0,2	0,4	0,0	0,3
Tamat PT	2,4	14,1	0,4	0,5	0,5	0,5	0,0	0,0
Pekerjaan								
Tidak kerja	2,7	21,1	0,2	2,5	0,1	0,4	0,1	0,4
Sekolah	2,6	18,1	0,3	0,6	0,0	0,1	0,4	0,8
Ibu RT	3,5	18,9	0,1	1,2	0,4	0,9	0,0	0,3
Pegawai	5,0	18,8		0,8	0,4	0,8	0,0	0,0
Wiraswasta	5,5	14,9	0,0	1,4	0,0	0,3	0,0	0,0
Petani/nelayan/buruh	2,1	19,5	0,0	1,9	0,4	1,1	1,0	0,3
Lainnya	4,7	18,4	0,7	1,0	0,0	1,0	1,0	2,4
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil_1	3,96	21,2	0,2	1,0	0,1	0,3	0,3	0,9
Kuintil_2	4,25	26,1	0,0	1,5	0,2	0,8	0,3	0,7
Kuintil_3	4,41	23,0	0,3	1,6	0,3	0,6	0,2	0,5
Kuintil_4	4,88	22,2	0,1	1,9	0,3	0,6	0,0	0,2
Kuintil_5	4,68	19,9	0,5	1,1	0,2	0,5	0,1	0,3

Pada tabel 3.4.2.2. tampak bahwa prevalensi ISPA tertinggi pada balita (>35%), sedangkan terendah pada kelompok umur 15 - 24 tahun. Prevalensi cenderung meningkat lagi sesuai dengan meningkatnya umur. Prevalensi antara laki-laki dan perempuan relatif sama. ISPA berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan lebih tinggi di perkotaan sedangkan diagnosis berdasarkan gejala klinis lebih tinggi di perdesaan.

Prevalensi ISPA cenderung lebih tinggi pada kelompok tidak bekerja, pendidikan rendah, dan tingkat pengeluaran perkapita rendah.

Kasus pneumonia lebih tinggi ditemukan pada kelompok umur tinggi terutama pada kelompok umur 65 tahun ke atas. Prevalensi antara laki-laki dan perempuan relatif sama. Pneumonia berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan lebih tinggi di perkotaan sedangkan diagnosis berdasarkan gejala klinis lebih tinggi di perdesaan. Prevalensi pneumonia cenderung lebih tinggi pada kelompok tidak bekerja dan pendidikan rendah.

Prevalensi TB paru cenderung meningkat sesuai bertambahnya umur dan prevalensi tertinggi pada usia lebih dari 65 tahun. Prevalensi TB paru pada laki-laki dan perempuan serta di perkotaan dan perdesaan relatif sama. Prevalensi TB tertinggi terdapat pada kelompok tidak sekolah, bekerja sebagai petani/ nelayan/buruh tinggi. Menurut status ekonomi terdapat kecenderungan semakin tinggi status ekonomi semakin rendah prevalensi TB paru.

Prevalensi campak tertinggi terdapat pada kelompok usia balita (0,9). Prevalensi pada laki-laki dan perempuan serta di perdesaan dan di perkotaan relatif sama. Prevalensi campak lebih tinggi pada kelompok pendidikan rendah dan jenis pekerjaan dengan penghasilan tidak tetap atau tidak bekerja. Menurut status ekonomi terdapat kecenderungan semakin tinggi status ekonomi prevalensi campak semakin rendah.

3.3.3 Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare

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

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

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

Tabel 3.4.3
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare berdasarkan Kabupaten di
Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Majene	1,0	1,5	0,2	0,3	3,1	5,7	39,6
Polman	0,4	0,8	0,0	0,2	4,8	11,8	47,8
Mamasa	0,2	0,8	0,1	0,4	0,8	8,0	11,9
Mamuju	0,6	1,2	0,2	0,4	2,6	5,0	40,5
Mamuju Utara	0,5	1,1	0,2	1,1	1,6	5,0	50,5
Sulawesi Barat	0,5	1,0	0,1	0,4	3,1	7,7	41,4

Prevalensi tifoid klinis di Sulawesi Barat adalah 1,0% masih di bawah angka nasional sebesar 1,6%. Seluruh kabupaten di Sulawesi Barat mempunyai prevalensi tifoid di bawah angka nasional. Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Majene. Kasus tifoid sebagian besar terdeteksi berdasarkan gejala klinis bukan diagnosis oleh tenaga kesehatan.

Hepatitis klinis terdeteksi di seluruh kabupaten di Sulawesi Barat dengan prevalensi sebesar 0,4% (rentang 0,2% - 1,1%). Kabupaten Mamuju Utara mempunyai prevalensi tertinggi dan di atas angka nasional (0,6%). Kasus hepatitis ini umumnya terdeteksi berdasarkan gejala klinis, bukan diagnosis oleh tenaga kesehatan.

Prevalensi diare klinis di Sulawesi Barat adalah 7,7% (rentang 5,0% - 11,8%). Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Polewali Mandar dan di atas angka nasional (9,0%). Kasus diare lebih besar terdeteksi berdasarkan gejala klinis.

Dehidrasi merupakan salah satu komplikasi penyakit diare yang dapat menyebabkan kematian. Di Sulawesi Barat proporsi diare klinis yang mendapat oralit adalah 41,4%. Tiga kabupaten mempunyai proporsi pemberian oralit lebih rendah dari proporsi nasional (42,2%), terendah terdapat di Kabupaten Mamasa (11,9%).

3.4.4 Karakteristik Responden dengan Tifoid, Hepatitis, dan Diare

Prevalensi penyakit tifoid, hepatitis, dan diare menurut karakteristik penduduk di Sulawesi Barat disajikan pada tabel 3.4.4

Tifoid klinis tersebar di seluruh kelompok umur dan tidak tampak adanya kecenderungan yang jelas. Prevalensi tifoid klinis banyak ditemukan pada kelompok umur sekolah (1 - 4 tahun) yaitu 1,6%, terendah pada bayi dan kelompok umur 25 - 34 tahun (0,6%). Prevalensi tifoid berdasarkan gejala klinis pada laki-laki dan perempuan serta di daerah perdesaan dan perkotaan relatif sama. Prevalensi tifoid ditemukan cenderung lebih tinggi pada kelompok dengan status ekonomi rendah.

Prevalensi hepatitis klinis paling tinggi terdeteksi pada kelompok umur 35 - 44 tahun. Prevalensi pada laki-laki dan perempuan serta antara daerah perdesaan dan perkotaan relatif sama. Hepatitis cenderung lebih banyak terdapat yang berpendidikan rendah dan yang bekerja dengan pendapat tidak tetap. Prevalensi hepatitis klinis merata di semua strata ekonomi tetapi ada kecenderungan semakin rendah pada status ekonomi tinggi.

Tabel 3.4.4
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di
Indonesia, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok umur (tahun)							
<1	0,0	0,9	0,0	0,0	6,9	14,7	41,4
1-4	1,0	1,7	0,0	0,0	8,1	15,1	52,7
5-14	0,7	1,1	0,1	0,3	2,9	8,0	41,7
15-24	1,0	1,1	0,1	0,2	2,0	5,1	46,5
25-34	0,1	0,6	0,1	0,5	2,3	5,6	38,1
35-44	0,3	0,9	0,4	0,8	2,1	6,8	36,3
45-54	0,4	1,3	0,0	0,2	2,8	6,5	34,6
55-64	0,2	0,7	0,2	0,5	2,6	7,2	27,5
65-74	0,3	1,3	0,0	0,0	4,2	10,6	35,3
>75	0,0	0,8	1,5	1,5	3,0	8,2	9,1
Jenis Kelamin							
Laki – laki	0,6	1,1	0,1	0,4	3,0	7,9	41,8
Perempuan	0,5	0,9	0,1	0,3	3,3	7,6	40,9
Tempat Tinggal							
Kota	0,7	1,0	0,1	0,2	3,6	4,9	50,0
Desa	0,5	1,0	0,1	0,4	3,1	8,2	40,5
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,5	1,5	0,2	0,3	3,5	7,3	41,5
Tidak tamat SD	0,5	0,9	0,2	0,5	3,1	9,3	35,5
Tamat SD	0,2	0,6	0,2	0,5	1,9	5,8	34,0
Tamat SMP	0,6	1,2	0,0	0,2	2,1	6,0	41,1
Tamat SMA	0,7	0,9	0,3	0,6	2,0	4,5	40,0
Tamat PT	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	4,6	71,4
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,6	0,6	0,4	0,5	3,6	7,6	28,6
Sekolah	1,1	1,3	0,0	0,3	2,3	7,1	53,6
Ibu RT	0,0	0,4	0,1	0,5	2,2	6,3	35,5
Pegawai	0,0	0,0	0,6	0,6	2,0	3,5	58,3
Wiraswasta	0,2	0,4	0,2	0,4	0,8	3,3	64,7
Petani/nelayan/buruh	0,4	1,2	0,0	0,4	2,3	6,9	28,4
Lainnya	0,4	0,7	0,7	1,4	3,2	6,4	50,0
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil -1	0,5	1,0	0,0	0,2	3,2	8,1	38,7
Kuintil -2	0,8	1,3	0,1	0,3	3,0	8,2	37,5
Kuintil -3	0,5	1,3	0,2	0,4	4,0	8,4	44,1
Kuintil -4	0,1	0,6	0,1	0,5	2,9	7,5	45,7
Kuintil -5	0,7	1,0	0,2	0,3	2,7	6,4	41,5

Diare tersebar di semua kelompok umur dengan prevalensi tertinggi terdeteksi pada balita (15,1%). Prevalensi diare lebih banyak terdapat di perdesaan daripada di perkotaan, cenderung lebih tinggi pada kelompok pendidikan rendah dan status ekonomi rendah. Proporsi kasus diare pada bayi dan balita yang diberi oralit masing-masing adalah 41,4% pada bayi dan 52,7% pada balita.

3.4 Penyakit Tidak Menular

3.4.1 Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan

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

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

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

Data hipertensi didapat dengan metode wawancara dan pengukuran. Hipertensi berdasarkan hasil pengukuran/pemeriksaan tekanan darah/tensi, ditetapkan menggunakan alat pengukur tensimeter digital. Tensimeter digital divalidasi dengan menggunakan standar baku pengukuran tekanan darah (sfigmomanometer air raksa manual). Pengukuran tensi dilakukan pada responden umur 15 tahun ke atas. Setiap responden diukur tensinya minimal 2 kali, jika hasil pengukuran ke dua berbeda lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi. Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.

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

Tabel 3.5.1.1
Prevalensi Penyakit Kronis Dalam 1 Tahun Terakhir Menurut Kabupaten di
Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	DG	D	D/O	U	D	DG
Majene	7,5	14,2	6,4	6,4	32,3	5,8	7,0
Polewali Mandar	8,2	27,2	4,7	4,9	28,0	1,7	1,7
Mamasa	1,4	21,6	2,3	2,6	50,5	1,3	9,3
Mamuju	10,0	29,0	4,5	6,3	39,1	3,7	8,0
Mamuju Utara	3,7	21,0	3,9	4,1	23,3	1,6	1,6
Sulawesi Barat	7,5	24,8	4,5	5,2	33,9	2,8	5,1

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala
D/O = Kasus minum obat atau didiagnosis oleh nakes
U = Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah
*) Penyakit Hipertensi dinilai pada penduduk berumur >=18 tahun

Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, Hipertensi, dan Stroke disajikan pada tabel 3.5.1.1. Sebanyak 7,5% responden melaporkan telah dinyatakan oleh tenaga kesehatan menderita penyakit sendi. Namun prevalensi total lebih dari 3 kali lipat. Hal ini menunjukkan bahwa mereka yang merasakan gejala tetapi tidak dinyatakan oleh petugas kesehatan sangat tinggi. Hipertensi berdasarkan wawancara hanya 4,5%, tetapi berdasarkan pengukuran prevalensinya 33,9%. Hasil pengukuran tekanan darah prevalensinya beragam antar kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat. Prevalensi tertinggi di Kabupaten Mamasa mencapai 50,5%.

Prevalensi stroke yaitu 2,8‰ berdasarkan identifikasi oleh tenaga kesehatan. Sedangkan berdasarkan gejala yang dialami responden proporsinya relatif sama.

Prevalensi penyakit sendi di Sulawesi Barat (tabel 3.5.1.1) sebesar 24,8% dan prevalensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 7,5%. Menurut kabupaten, prevalensi penyakit sendi berdasarkan gejala klinis tertinggi dijumpai di Kabupaten Mamuju (29,0%) dan terendah di Majene (14,2%). Cakupan diagnosis penyakit sendi oleh tenaga kesehatan di setiap kabupaten umumnya sekitar sepertiga dari seluruh kasus yang ditemukan. Prevalensi di Sulawesi Barat lebih rendah daripada angka nasional (30,3%).

Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas di Sulawesi Barat adalah sebesar 33,9% dan lebih tinggi dari angka nasional yaitu 31,7%. Menurut kabupaten, prevalensi hipertensi tertinggi terdapat di Kabupaten Mamasa (50,0%) dan terendah di Mamuju Utara (23,3%). Kabupaten Majene, Mamasa, dan Mamuju, merupakan kabupaten yang mempunyai prevalensi hipertensi lebih tinggi dari angka nasional. Sedangkan prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 4,5%, ditambah kasus yang minum obat hipertensi prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara ini adalah 5,2%. Dengan demikian cakupan diagnosis hipertensi oleh nakes hanya mencapai 15,3%, ($5,2\% / 33,9\% = 15,3\%$) atau dengan kata lain sebanyak 84,7% kasus hipertensi dalam masyarakat belum terdiagnosis.

Prevalensi stroke di Sulawesi Barat ditemukan sebesar 5,1‰ atau 5 orang per 1000 penduduk, dan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 2,8‰ atau 3 orang per 1000 penduduk. Hal ini menunjukkan sekitar 60% kasus stroke di masyarakat telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi stroke tertinggi terdapat di Kabupaten

Mamasa (9,3‰) dan terendah di Kabupaten Mamuju Utara dan Polewali Mandar (1,6‰ dan 1,7‰). Prevalensi stroke di Sulawesi Barat lebih rendah daripada angka nasional (8,3‰).

Tabel 3.5.1.2. menyajikan data prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke menurut karakteristik responden di Sulawesi Barat.

Tabel 3.5.1.2
Prevalensi Penyakit Kronis dalam 1 Tahun Terakhir menurut
Diagnosis atau Gejala dan Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007.

Karakteristik	Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Umur (tahun)							
15-24	1,7	4,2	0,7	0,7	18,4	0,0	0,0
25-34	2,4	13,0	1,0	1,0	25,5	0,0	1,9
35-44	8,0	27,7	4,2	5,3	32,4	2,9	4,4
45-54	13,3	38,9	8,6	10,2	45,3	10,6	10,7
55-64	17,5	55,4	9,5	10,1	49,9	5,3	8,8
65-74	18,9	67,5	13,0	15,7	62,6	6,4	25,8
75+	23,7	66,9	10,7	10,7	70,4	14,9	15,2
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	7,4	24,2	3,8	4,4	35,5	2,9	5,8
Perempuan	7,4	25,2	5,1	5,9	32,5	3,0	4,8
Pendidikan							
Tidak Sekolah	11,7	47,3	7,1	8,4	46,6	7,3	9,2
Tidak tamat SD	9,3	36,2	5,3	6,3	35,9	0,9	5,4
Tamat SD	7,4	23,8	4,5	5,2	35,4	3,5	6,5
Tamat SLTP	4,3	13,7	2,9	3,4	28,2	0,8	1,7
Tamat SLTA	5,8	15,1	3,8	4,0	28,6	6,8	6,8
Tamat PT	10,6	20,4	4,2	4,3	28,5		
Pekerjaan							
Tidak Kerja	5,7	24,0	6,3	7,4	35,7	4,0	7,9
Sekolah	1,4	3,3	1,0	2,1	21,4	0,0	0,0
Ibu Rt	7,2	26,4	5,2	5,5	30,8	3,4	4,1
Pegawai	8,6	20,4	5,6	5,7	32,1	8,7	8,7
Wiraswasta	11,4	23,1	5,6	6,0	29,2	0,0	0,0
Petani/Nelayan/Buruh	8,1	29,5	3,7	4,7	38,6	2,8	6,7
Lainnya	10,1	24,7	3,1	3,1	23,8	3,8	3,8
Wilayah/daerah							
Kota	10,5	18,1	5,8	6,0	28,1	3,9	3,9
Desa	6,8	26,0	4,2	5,0	35,0	2,8	5,6
Tingkat Pengeluaran							
Kuintil 1	5,6	23,0	4,6	5,4	34,9	1,8	4,6
Kuintil 2	5,1	24,2	2,9	3,4	33,3	1,6	3,3
Kuintil 3	7,7	27,2	3,7	4,4	33,0	3,9	7,8
Kuintil 4	7,8	25,5	5,2	6,2	35,3	2,2	2,9
Kuintil 5	10,4	23,8	5,7	6,3	33,1	4,8	7,5

Menurut karakteristik responden, prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke tampak meningkat sesuai peningkatan umur responden. Menurut jenis kelamin, prevalensi penyakit sendi cenderung lebih tinggi pada perempuan, demikian pula prevalensi hipertensi terutama yang didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Sedangkan pola prevalensi stroke menurut jenis kelamin tidak menunjukkan perbedaan mencolok.

Pada Tabel 3.5.1.2 juga dapat dilihat bahwa prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan rendah dan menurun sesuai dengan peningkatan tingkat pendidikan, namun meningkat kembali pada kelompok pendidikan tamat perguruan tinggi. Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada petani/buruh/nelayan ditemukan lebih tinggi daripada kelompok pekerjaan lainnya. Sedangkan untuk hipertensi dan stroke, prevalensi ditemukan lebih tinggi pada kelompok tidak bekerja. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, baik pola prevalensi penyakit sendi maupun hipertensi dan stroke tampak tidak ada perbedaan yang mencolok, tidak tampak jelas kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan tingkat pengeluaran rumah tangga.

Berdasarkan hasil wawancara prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes, dan tumor disajikan pada tabel 3.5.1.3.

Tabel 3.5.1.3
Prevalensi penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Menurut kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007**

Kabupaten	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
	Majene	2,4	3,6	0,4	4,5	0,2	0,4
Polewali Mandar	1,4	4,2	0,3	8,2	0,3	0,5	3,8
Mamasa	0,3	5,8	0,1	9,1	0,1	0,7	0,8
Mamuju	1,2	3,5	0,5	10,1	0,4	1,5	1,3
Mamuju Utara	0,7	3,4	0,3	2,7	0,1	0,2	1,9
Sulawesi Barat	1,3	4,0	0,4	7,8	0,3	0,8	2,5

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes

O = Minum obat

D/G= Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala U = Hasil Pengukuran

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

Prevalensi penyakit asma di Sulawesi Barat adalah 4,0% lebih tinggi dari angka nasional 3,5%. Prevalensi asma berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 1,3%. Data tersebut menunjukkan bahwa cakupan diagnosis asma oleh tenaga kesehatan adalah 32,5% ($1,3\% / 4,0\% = 32,5\%$). Menurut kabupaten, prevalensi asma berkisar antara 3,4% di Kabupaten Mamuju Utara sampai 5,8% di Kabupaten Mamasa. Ada 3 kabupaten yang memiliki prevalensi di atas angka nasional (3,5%), yaitu Kabupaten Majene, Polewali Mandar, dan Mamasa.

Prevalensi penyakit jantung di Sulawesi Barat adalah 7,8% angka tersebut di atas angka nasional (7,2%) berdasarkan wawancara, sedangkan berdasarkan riwayat didiagnosis oleh tenaga kesehatan ditemukan sebesar 0,4%. Cakupan kasus jantung yang sudah didiagnosis oleh tenaga kesehatan sebesar 5,1% ($0,4\% / 7,8\% = 5,1\%$) dari semua responden yang mempunyai gejala subjektif menyerupai gejala penyakit jantung. Prevalensi penyakit jantung menurut kabupaten, berkisar antara 2,7% di Mamuju Utara sampai 10,1% di Mamuju. Kabupaten yang memiliki prevalensi penyakit jantung di atas angka nasional adalah Polewali Mandar, Mamasa, dan Mamuju.

Prevalensi penyakit diabetes melitus (DM) di Sulawesi Barat berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 0,3% sedangkan prevalensi DM (D/G) sebesar 0,8%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosis DM oleh tenaga kesehatan adalah 37,5%, lebih tinggi dibandingkan cakupan penyakit asma maupun penyakit jantung. Prevalensi DM menurut kabupaten, berkisar antara 0,2% di Mamuju Utara hingga 1,5% di Mamuju. Kabupaten Mamuju mempunyai prevalensi DM lebih tinggi dari angka nasional.

Prevalensi penyakit tumor berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan di Sulawesi Barat adalah 2,5‰. Prevalensi menurut kabupaten, berkisar antara 0,8‰ di Mamasa hingga 3,8‰ di Polewali Mandar. Prevalensi penyakit tumor di Sulawesi Barat di bawah angka nasional.

Tabel 3.5.1.4
Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor menurut**
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat Riskedas 2007

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	DG	D	DG	D	DG	D
Kelompok umur (th)							
<1	0,0	0,2	0,0	1,9	0,0	0,3	0,0
1-4	0,2	1,1	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0
5-14	0,7	0,9	0,1	1,1	0,0	0,0	0,8
15-24	0,4	1,1	0,2	3,9	0,1	0,2	3,0
25-34	0,6	2,6	0,1	7,0	0,0	0,5	5,1
35-44	1,1	4,4	0,7	11,1	0,4	1,1	6,6
45-54	2,2	6,6	0,6	16,1	1,4	2,5	1,2
55-64	5,1	17,2	1,7	26,9	1,4	3,3	0,0
65-74	6,3	21,1	1,2	30,8	0,0	1,4	0,0
75+	7,3	33,4	1,8	35,8	0,0	4,7	0,0
Jenis Kelamin							
Laki-Laki	1,4	4,3	0,3	6,8	0,3	0,6	1,8
Perempuan	1,1	3,8	0,4	8,8	0,3	0,9	3,1
Pendidikan							
Tidak Sekolah	2,9	13,6	0,4	21,5	0,4	1,0	5,0
Tak Tamat Sd	1,7	6,4	0,5	12,9	0,1	0,9	1,8
Tamat Sd	1,4	4,7	0,4	8,8	0,4	1,4	2,5
Tamat SLTP	1,0	2,4	0,1	7,3	0,3	0,6	3,9
Tamat SLTA	0,7	2,2	0,8	6,0	0,7	0,9	5,6
Tamat PT	1,9	2,9	0,4	6,2	0,6	1,1	3,5
Pekerjaan							
Tidak Kerja	2,0	7,3	0,5	10,8	0,1	0,5	1,0
Sekolah	0,5	0,9	0,2	2,2	0,0	0,0	1,4
Ibu Rt	0,9	4,6	0,5	12,1	0,4	0,7	2,0
Pegawai	2,3	4,4	1,6	7,4	1,2	1,7	2,9
Wiraswasta	2,7	4,8	0,0	7,2	1,2	1,8	4,1
Petani/Nelaya	1,7	6,8	0,4	13,6	0,4	1,7	4,3
Lainnya	1,7	4,7	0,9	11,4	0,0	0,4	14,1
Tempat Tinggal							
Kota	1,8	3,1	0,6	4,2	0,3	0,6	1,9
Desa	1,2	4,2	0,3	8,5	0,3	0,8	2,5
Tingkat Pengeluaran							
Kuintil 1	1,2	4,5	0,3	9,5	0,4	0,7	1,9
Kuintil 2	1,4	5,2	0,7	10,4	0,0	0,6	3,8
Kuintil 3	2,0	5,0	0,5	12,2	0,2	1,1	1,4
Kuintil 4	1,2	5,5	0,5	10,9	0,2	0,9	2,0
Kuintil 5	1,7	5,1	0,3	7,1	0,9	1,7	3,0

Prevalensi penyakit asma, jantung, dan DM, semakin meningkat dengan makin bertambahnya umur. Prevalensi asma relatif lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan, sedangkan prevalensi jantung, DM dan tumor relatif lebih tinggi perempuan daripada laki-laki. Menurut tingkat pendidikan, prevalensi asma dan jantung paling tinggi pada kelompok tidak sekolah.

Menurut jenis pekerjaan utama, prevalensi penyakit asma tertinggi terdapat pada kelompok tidak bekerja, kemudian kelompok petani/nelayan/buruh. Prevalensi penyakit jantung paling tinggi ditemukan pada kelompok petani/nelayan/buruh, diikuti kelompok ibu rumah tangga dan tidak bekerja. Prevalensi DM paling banyak terdapat pada

kelompok wiraswasta. Prevalensi penyakit tumor tertinggi pada kelompok dengan pekerjaan lain-lain. Prevalensi penyakit asma, jantung, DM, dan tumor terendah pada kelompok responden yang masih sekolah.

Prevalensi penyakit asma, jantung, dan DM lebih tinggi di daerah perdesaan, sedangkan tumor lebih tinggi di daerah perkotaan. Prevalensi penyakit asma, jantung, DM, dan tumor tidak tampak adanya pola kecenderungan yang jelas bila dikaitkan dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan.

Penyakit Keturunan

Data penyakit keturunan yang dikumpulkan dalam Riskesdas 2007 meliputi penyakit : jiwa, buta warna, glaukoma, bibir sumbing, dermatitis, rinitis, talasemia, dan hemofilia. Data prevalensi penyakit tersebut disajikan pada tabel 3.5.1.5.

Tabel 3.5.1.5
Prevalensi Penyakit Keturunan* Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jiwa (%)	Buta warna (%)	Glaukoma (%)	Sumbing (%)	Dermatitis (%)	Rinitis (%)	Talasemia (%)	Hemofilia (%)
Majene	3,0	21,1	2,3	1,5	14,3	1,5	0,0	0,0
Polewali Mandar	2,0	4,6	0,3	0,3	37,5	9,8	0,3	0,3
Mamasa	0,8	4,0	0,8	0,8	4,0	1,6	0,0	0,8
Mamuju	0,7	2,5	1,8	0,0	20,9	7,8	0,0	0,0
Mamuju Utara	1,0	3,0	0,0	0,0	39,6	7,9	0,0	0,0
Sulawesi Barat	1,5	6,0	1,0	0,4	25,7	6,9	0,1	0,2

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

Tabel 3.5.1.5 memperlihatkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat di Sulawesi Barat adalah sebesar 1,5‰. Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Majene (3,0‰). Prevalensi penyakit jiwa di seluruh kabupaten di Sulawesi Barat masih di bawah angka nasional (4,6‰).

Prevalensi buta warna di Sulawesi Barat adalah 6,1‰, tertinggi terdapat di Kabupaten Majene (21,1‰). Angka tersebut cukup jauh di atas angka nasional sebesar 7,4‰. Empat kabupaten lain prevalensi buta warna lebih rendah daripada angka nasional.

Prevalensi glaukoma di Sulawesi Barat adalah 1,0‰, prevalensi lebih tinggi terdapat di Kabupaten Majene dan Mamuju (2,3‰ dan 1,8‰).

Prevalensi bibir sumbing terdapat di Kabupaten Majene (1,5‰) dan Mamasa (0,8‰). Pada tingkat provinsi prevalensi bibir sumbing adalah 0,4‰.

Prevalensi dermatitis di Sulawesi Barat adalah 25,7‰, tertinggi di Kabupaten Mamuju Utara (39,6‰). Prevalensi di seluruh kabupaten lebih rendah daripada angka nasional yaitu 67,8‰.

Prevalensi rinitis di Sulawesi Barat adalah 6,9‰, tertinggi terdapat di Kabupaten Polewali Mandar yaitu sebesar 9,8‰. Prevalensi di seluruh kabupaten di Sulawesi Barat lebih rendah daripada angka nasional, yaitu sebesar 24,3‰. Untuk penyakit talasemia prevalensi di Sulawesi Barat sangat kecil yaitu 0,1‰.

Prevalensi penyakit hemofilia di Sulawesi Barat adalah 0,2‰ yang tersebar di dua kabupaten, yaitu Kabupaten Polewali Mandar dan Mamasa. Prevalensi tersebut di bawah angka nasional, yaitu sebesar 1,3‰.

3.4.2 Gangguan Mental Emosional

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

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

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

Tabel 3.5.2.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Gangguan mental emosional (%)
Majene	9.3
Polewali Mandar	7.6
Mamasa	10.2
Mamuju	6.2
Mamuju Utara	7,1
Sulawesi barat	7.7

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

Pada tabel di atas tampak bahwa di Sulawesi Barat prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur ≥ 15 tahun adalah 7,7%, angka tersebut lebih rendah dari angka nasional yaitu 11,6%. Prevalensi ini bervariasi antar kabupaten dengan kisaran antara 6,2% sampai dengan 10,2%. Prevalensi tertinggi di Kabupaten Mamasa, yaitu 10,2% dan terendah di Kabupaten Mamuju yaitu 6,2%. Hasil SKRT yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes tahun 1995, menunjukkan 140 dari 1000 Anggota Rumah Tangga yang berusia ≥ 15 tahun mengalami gangguan mental emosional dan pada SKRT 1995 juga menggunakan SRQ sebagai alat ukur.

Prevalensi gangguan mental emosional menurut karakteristik responden disajikan pada tabel 3.5.2.2

Tabel 3.5.2.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Karakteristik Responden, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas2007

Karakteristik	Gangguan mental emosional (%)
Kelompok umur (tahun)	
15-24	4.0
25-34	4.1
35-44	4.6
45-54	7.0
55-64	14.9
65-74	30.6
75+	47.4
Jenis kelamin	
Laki-laki	5.8
Perempuan	9.4
Pendidikan	
Tidak sekolah	15.1
Tidak tamat SD	10.7
Tamat SD	7.8
Tamat SD	4.9
Tamat SMA	4.0
Tamat PT	2.5
Pekerjaan	
Tidak kerja	19.1
Sekolah	3.6
Ibu RT	7.2
Pegawai	4.3
Wiraswasta	4.0
Petani/nelayan/buruh	6.2
Lainnya	9.3
Tipe daerah	
Perkotaan	7.3
Perdesaan	7.7
Tingkat pengeluaran perkapita	
Kuintil1	8.4
Kuintil 2	7.5
Kuintil 3	8.6
Kuintil 4	6.6
Kuintil 5	7,6

*Nilai Batas Pisah (Cut off Point) ≥ 6

Pada tabel di atas terlihat prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan pertambahan usia. Terdapat kecenderungan semakin tinggi umur semakin tinggi

prevalensi gangguan jiwa (tabel 3.5.3.2). Gangguan jiwa terendah 4,0% pada kelompok umur 15 – 24 tahun dan tertinggi 47,4% pada kelompok umur ≥ 75 tahun. Perempuan mempunyai prevalensi gangguan mental emosional lebih tinggi dari laki-laki. Semakin tinggi pendidikan semakin rendah prevalensi gangguan mental emosional. Tertinggi 15,1% pada mereka yang tidak sekolah dan terendah 2,7% pada pendidikan tamat perguruan tinggi. Prevalensi tertinggi 19,1% berada pada kelompok yang tidak bekerja. Tidak ada perbedaan prevalensi gangguan mental emosional antara mereka yang tinggal di kota dan desa. Tidak ada hubungan antara tingkat ekonomi dan gangguan mental emosional.

Berdasarkan umur, tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas sebesar 47,4%. Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional adalah kelompok dengan jenis kelamin perempuan (9,4%), kelompok yang memiliki pendidikan rendah (tertinggi pada kelompok tidak sekolah, yaitu 15,1%, kelompok yang tidak bekerja (19,1%), tinggal di desa (7,7%). Ada kecenderungan semakin rendah tingkat pendidikan dan semakin tinggi kelompok umur prevalensi gangguan mental emosional semakin tinggi.

3.4.3 Penyakit Mata

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

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia 6 tahun ke atas. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 3.5.3.3 dan 3.5.3.4 adalah Persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah Persentase D ditambah Persentase responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Persentase riwayat operasi katarak didapatkan dari responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak dan pernah menjalani operasi katarak dalam 12 bulan terakhir.

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

Tabel 3.5.3.1
Persentase Penduduk Usia >5 Tahun Dengan *Low Vision* Dan Kebutaan Dengan Koreksi Kacamata Maksimal Atau Tidak Menurut Provinsi

Kabupaten	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
Majene	8.7	0.7
Polewali Mamasa	9.1	0,1
Mamasa	4.7	0.8
Mamuju	6.5	0.5
Mamuju Utara	2.2	0.6
Sulawesi Barat	5,2	0,6

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

**Kisaran visus $< 3/60$

Tabel 3.5.3.1 menunjukkan bahwa Persentase *low vision* di Sulawesi Barat adalah 5,2% dengan kisaran antara 2,2% (di Kabupaten Mamuju Utara) hingga 9,1% (di Kabupaten Polewali Mandar). Persentase *low vision* di Sulawesi Barat lebih tinggi daripada angka nasional sebesar 4,8%. Tiga kabupaten yang mempunyai Persentase *low vision* lebih tinggi dari angka nasional adalah Majene, Polewali Mandar, dan Mamuju.

Persentase kebutaan di Sulawesi Barat adalah 0,6%, lebih rendah dari angka nasional yaitu 0,9%. Kisaran angka prevalensi kebutaan di Sulawesi Barat adalah 0,1% sampai 0,8%. Persentase kebutaan tertinggi terdapat di Kabuapten Mamasa (0,8%).

Tabel 3.5.3.2
Persentase Penduduk Usia 6 Tahun Ke Atas dengan *Low Vision* dan
Kebutaan dengan Koreksi Kacamata Maksimal atau Tidak menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
Kelompok umur (tahun)		
6– 14	0,8	0.3
15 – 24	0,9	0.3
25 – 34	1,1	0.0
35 – 44	3,1	0.3
45 – 54	9,1	0.7
55 – 64	20,0	1.0
65 – 74	37,4	4.1
75+	52,0	9.5
Jenis kelamin		
Laki-laki	2,8	0,6
Perempuan	8,0	1,6
Tingkat pendidikan		
Tidak sekolah	22.5	4.8
Tidak tamat SD	15.9	1.3
Tamat SD	10.9	0.3
Tamat SMP	5.7	0.8
Tamat SMA	3.6	0.1
Perguruan tinggi	4.6	0.0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	37.7	5.4
Sekolah	13.8	0.0
Mengurus rumah tangga	9.9	1.0
Pegawai (negeri, swasta, polri)	5.1	0.5
Wiraswasta	8.6	0.4
Petani/nelayan/buruh	8.5	0.5
Lainnya	14.5	1.1
Wilayah/daerah		
Perkotaan	6,4	1,6
Perdesaan	4,4	1,0
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil 1	4,6	0,1
Kuintil 2	7,8	0,3
Kuintil 3	7,3	1,2
Kuintil 4	9,1	0,8
Kuintil 5	5,2	1,1

*)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 Persentase *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan umur dan meningkat tajam pada kisaran umur 45 tahun ke atas, diikuti peningkatan Persentase kebutaan, dua kali lipat lebih dibanding kelompok umur 35-44 tahun. Persentase *low vision* dan kebutaan pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki. Persentase *low vision* dan kebutaan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi Persentasenya. Sementara itu Persentase terbesar juga berada pada kelompok penduduk yang tidak bekerja, diikuti kelompok lain-lain. Persentase *low vision* dan kebutaan cenderung lebih tinggi di daerah perkotaan daripada di pedesaan perkotaan, tetapi terdistribusi hampir merata di semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.3.3

Persentase Penduduk Usia ≥ 30 Tahun yang Pernah Didiagnosis Katarak oleh Tenaga Kesehatan atau Dengan Gejala/ Masalah Penglihatan dalam 12 Bulan Terakhir menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	D	DG
Majene	1.2	20.8
Polewali Mandar	1.3	17.1
Mamasa	0.7	9.0
Mamuju	1.0	24.1
Mamuju Utara	0.4	27.1
Sulawesi Barat	1.1	20,3

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

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

Secara keseluruhan, tabel 3.5.3.4 memperlihatkan bahwa Persentase penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak sebesar 1,1%, dengan kisaran 0,4% di Kabupaten Mamuju Utara hingga 1,3% di Kabupaten Polewali Mandar. Sedangkan Persentase penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) ditambah dengan yang pernah didiagnosis dalam 12 bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah 20,3%, dengan kisaran 9,0% di Mamasa 27,1% di Mamuju Utara. Data ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan di Sulawesi Barat ($1,1\% / 19,4\% = 5,7\%$).

Tabel 3.5.3.4
Persentase Penduduk Usia ≥ 30 Tahun Yang Pernah Didiagnosis Katarak
oleh Tenaga Kesehatan atau Dengan Gejala/Masalah Penglihatan
dalam 12 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Diagnosis oleh nakes	Diagnosis atau gejala
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	0.3	2.2
35 – 44	0.3	8.5
45 – 54	1.1	22.9
55 – 64	1.9	38.5
65 – 74	3.6	51.7
75+	3.3	53.1
Jenis kelamin		
Laki-laki	1.2	16.4
Perempuan	0.9	22.3
Lama pendidikan		
≤ 6 tahun	1.4	24.1
7-12 tahun	0.4	9.0
>12 tahun	0.6	6.5
Pekerjaan		
Tidak bekerja	0.8	49.3
Sekolah	0,0	16.9
Mengurus rumah tangga	0.9	18.9
Pegawai (negeri, swasta, polri)	0.8	10.2
Wiraswasta	0.2	9.8
Petani/nelayan/buruh	1.5	18.2
Lainnya	0,0	16.8
Wilayah/daerah		
kota	1.8	14.7
desa	0.9	20.3
Tingkat pengeluaran perkapita		
Kuintil 1	0.9	18.6
Kuintil 2	0.7	20.5
Kuintil 3	0.9	21.7
Kuintil 4	2.0	19.7
Kuintil 5	0.8	17.0

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

Persentase katarak berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan cenderung lebih besar pada laki-laki (1,2%) dan lebih besar di daerah perkotaan (1,8%). Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan lebih besar pada penduduk dengan lama pendidikan lebih dari enam tahun. Dari aspek pekerjaan, Persentase katarak yang didiagnosis tenaga kesehatan tertinggi terdapat pada kelompok penduduk yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh.

Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan hampir merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, tetapi Persentase tertinggi ditemukan pada tingkat pengeluaran kuintil-4 (2,0%).

Tabel 3.5.3.5
Persentase Penduduk Usia ≥ 30 Tahun dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak atau Mamakai Kacamata Setelah Operasi Katarak Selama 12 Bulan Terakhir menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Operasi katarak	Pakai kacamata pasca operasi
Majene	27,4	33,1
Polewali Mandar	6,3	60,0
Mamasa	0,0	0,0
Mamuju	16,7	100,0
Mamuju Utara	0,0	0,0
Sulawesi Barat	11,9	50,0

CATATAN: *)Responden yang pernah didiagnosis Katarak oleh nakes

Tabel 3.5.3.5 menggambarkan Persentase operasi katarak dan pemakaian kacamata pasca operasi pada penduduk umur 30 tahun ke atas. Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah sebesar 11,5% dari penduduk yang pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan. Persentase terendah ditemukan di Kabupaten Mamasa dan Mamuju Utara (0,0%) tertinggi di Kabupaten Majene. Cakupan operasi katarak di Sulawesi Barat masih sangat rendah karena hanya 11,5% kasus katarak yang dioperasi, sehingga terjadi penumpukan kasus katarak pada tahun tersebut (2007) sebesar 88,5%. Angka tersebut lebih rendah dibandingkan angka cakupan nasional sebesar 18,0% dan angka penumpukan kasus 82,0%.

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di Sulawesi Barat adalah 50,0% dengan kisaran 0,0% sampai 100%. Angka terendah terdapat di Kabupaten Polewali Mamasa dan tertinggi di Kabupaten Mamuju. Pemberian kacamata pasca operasi katarak bertujuan mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat, sehingga tidak semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemungkinan lain adalah hasil operasi katarak yang cukup baik, sehingga visus pasca operasi mendekati normal dan hanya sedikit penderita yang memerlukan kacamata pasca operasi.

Tabel 3.5.3.6
Persentase Penduduk Usia ≥ 30 Tahun dengan Katarak yang Pernah
Menjalani Operasi Katarak atau Memakai Kacamata Setelah Operasi atarak
dalam 12 Bulan Terakhir menurut Karakteristik di
Provinsi Sulawesi Barat, Riskedas 2007

Karakteristik	Operasi katarak	Pakai kacamata pasca operasi
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	0.1	0,0
35 – 44	0.3	0,0
45 – 54	0.3	0,0
55 – 64	0.5	23,9
65 – 74	0,0	59,7
75+	2.4	0,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	0.3	56.9
Perempuan	0.4	0,0
Lama pendidikan		
≤ 6 tahun	0.5	31,0
7-12 tahun	0,0	0,0
>12 tahun	0,0	0,0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	0.8	0,0
Sekolah	0,0	0,0
Mengurus rumah tangga	0.1	0,0
Pegawai (negeri, swasta, polri)	0,0	0,0
Wiraswasta	0.2	0,0
Petani/ nelayan/ buruh	0.5	56,9
Lainnya	0,0	0,0
Klasifikasi desa		
Kota	11,2	0,0
Desa	11,6	59,6
Kuintil		
Kuintil-1	17,7	50,0
Kuintil-2	0,0	0,0
Kuintil-3	0,0	0,0
Kuintil-4	22,1	37,4
Kuintil-5	0,0	0,0

CATATAN: *) Responden yang pernah didiagnosis katarak oleh nakes

Tabel 3.5.3.6 di atas menunjukkan bahwa Persentase operasi katarak makin meningkat sejalan dengan meningkatnya umur. Persentase operasi katarak pada laki-laki relatif lebih rendah daripada perempuan, tetapi penggunaan kacamata pasca operasi katarak lebih tinggi pada laki-laki.

Persentase operasi katarak di daerah perdesaan relatif lebih tinggi daripada di perkotaan dan penggunaan kacamata pasca operasi juga lebih tinggi di perdesaan.

3.4.4 Kesehatan Gigi

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

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

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

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

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

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

Tabel 3.5.4.1
Proporsi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Bermasalah gimul	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Majene	31,5	22,7	3,7
Polewali Mandar	25,7	28,6	4,1
Mamasa	9,7	15,8	2,3
Mamuju	20,7	10,9	1,6
Mamuju Utara	40,0	13,3	2,0
Sulawesi Barat	24,5	20,5	2,9

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

Prevalensi penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir adalah 24,5%, dan terdapat 2,9% penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya. Dari penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut terdapat 20,5% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi.

Kabupaten dengan prevalensi masalah gigi-mulut tertinggi adalah Mamuju Utara (40,0%) dan terendah Kabupaten Mamasa (9,7%).

Dari yang mengalami masalah gigi-mulut, kabupaten dengan persentase yang menerima perawatan/pengobatan gigi dari tenaga kesehatan gigi tertinggi adalah Kabupaten Polewali Mandar (28,6%) dan terendah Kabupaten Mamuju (10,9%).

Prevalensi masalah gigi-mulut bervariasi menurut karakteristik responden. Prevalensi masalah gigi-mulut dan kehilangan gigi asli menunjukkan kecenderungan menurun menurut umur. Semakin tinggi umur, semakin meningkat prevalensi masalah gigi-mulut, tetapi mulai kelompok umur 55 tahun prevalensi masalah gigi-mulut menurun kembali. Pada kelompok umur 45-54 tahun sudah ditemukan 4,8% hilang seluruh gigi asli, dan pada kelompok umur 65 tahun keatas hilangnya seluruh gigi mencapai 35,2%, jauh di atas target WHO 2010. Sedangkan yang menerima perawatan/pengobatan gigi tidak menunjukkan pola yang jelas menurut umur.

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

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

Tabel 3.5.4.2
Proporsi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Dalam 12 Bulan Terakhir,
Menurut Karakteristik di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Bermasalah gimul	Menerima perawatan tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Umur			
<1	2,3	0,0	0,0
1 - 4	3,8	14,9	0,0
5 - 9	15,2	15,0	0,0
10 - 14	19,2	15,3	0,1
15 - 24	26,5	19,9	0,0
25 - 34	32,0	18,9	0,2
35 - 44	36,5	23,0	0,8
45 - 54	37,2	23,0	4,8
55 - 64	29,7	22,1	14,6
65+	23,0	23,8	35,2
Jenis kelamin			
Laki-laki	23,2	18,1	2,3
Perempuan	25,7	21,7	3,5
Daerah			
Kota	22,2	30,2	3,3
Desa	24,9	18,5	2,8
Status ekonomi			
Kuintil-1	30,2	14,5	2,9
Kuintil-2	31,9	16,0	3,6
Kuintil-3	28,8	21,8	3,1
Kuintil-4	30,7	21,0	4,5
Kuintil-5	25,4	31,9	5,0

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

Tabel 3.5.4.3
Proporsi Jenis Perawatan Yang Diterima Penduduk Untuk
Masalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah gigi	Pemasangan gigi palsu lepasan / gigi palsu cekat	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lain nya
Majene	88,1	44,8	9,7	25,2	1,2
Polewali Mandar	93,1	51,6	8,9	25,3	1,3
Mamasa	74,3	40,0	8,6	5,7	0,0
Mamuju	44,9	20,4	18,4	2,1	0,0
Mamuju Utara	75,0	45,8	5,0	13,3	0,0
Sulawesi	89,8	48,6	11,2	21,4	1,0

Tabel di atas menunjukkan jenis perawatan yang paling banyak diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut, yaitu 'pengobatan' (89,8%), disusul 'penambalan/pencabutan/bedah gigi' (48,6%). Konseling perawatan/ kebersihan gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan atau gigi tiruan cekat relatif kecil, masing-masing sebesar 21,4% dan 11,2%.

Menurut kabupaten, pengobatan paling tinggi terdapat di Kabupaten Polewali Mandar (93,1%) dan terendah di Mamuju (44,9%). Penambalan/pencabutan/ bedah gigi tertinggi di Polewali Mandar (51,6%) dan terendah di Mamuju (20,4%). Pemasangan gigi tiruan lepas/cekat terlihat tinggi di Kabupaten Mamuju (18,4%) dan terendah Mamuju Urata (5,0%). Kesadaran untuk melakukan konseling tertinggi di Polewali Mandar dan terendah di Mamuju (2,1%).

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

Tabel 3.5.4.4
Proporsi Jenis Perawatan yang Diterima Penduduk untuk
Masalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik Kabupaten di Provinsi
Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah gigi	Pemasangan gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lain- nya
Umur (tahun)					
<1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1 - 4	77,3	0,0	0,0	22,7	0,0
5 - 9	80,2	36,1	1,4	27,2	0,0
12 - 14	65,4	35,5	0,0	13,3	0,0
15 - 24	92,2	41,1	0,6	15,8	2,0
25 - 34	84,7	47,3	2,4	18,4	0,6
35 - 44	86,6	50,9	12,3	26,6	1,6
45 - 54	81,4	39,5	21,1	17,1	0,0
55 - 64	72,9	53,1	30,9	11,0	0,0
65 +	74,0	53,3	28,6	22,1	2,3
Jenis kelamin					
Laki-laki	83,0	41,4	10,2	19,3	1,8
Perempuan	80,3	45,3	9,3	19,3	0,2
Wilayah/daerah					
Kota	84,1	60,4	8,3	20,9	0,0
Desa	81,1	40,0	10,7	19,1	1,1
Status ekonomi					
Kuintil-1	79,7	40,3	10,9	25,6	0,0
Kuintil-2	82,3	30,3	9,3	12,1	2,2
Kuintil-3	86,1	47,2	7,2	23,5	1,8
Kuintil-4	79,2	60,2	14,6	18,2	0,0
Kuintil-5	85,3	45,2	11,2	16,2	0,9

Tabel di atas menunjukkan tidak ada pola yang jelas jenis perawatan gigi yang diterima menurut kelompok umur. Tetapi ada kecenderungan, semakin meningkat umur, semakin besar persentase yang melakukan penambalan/pencabutan/bedah gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat. Pemasangan gigi tiruan sudah ditemui pada kelompok umur anak sekolah, dan ada kecenderungan semakin tinggi kelompok umur semakin besar yang melakukan penambalan/pencabutan gigi. Menurut jenis kelamin, tidak ada perbedaan persentase pemanfaatan jenis perawatan gigi antara laki-laki dan perempuan. Menurut tipe daerah, jenis perawatan penambalan/pencabutan gigi, pengobatan, dan konseling perawatan gigi lebih tinggi di perkotaan, sedangkan pemasangan gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat lebih tinggi di perdesaan. Tidak ada kecenderungan yang jelas antara semua jenis perawatan gigi dengan tingkat pengeluaran rumah tangga.

Tabel 3.5.4.5 di bawah menggambarkan perilaku penduduk umur 10 tahun ke atas yang berkaitan dengan kebiasaan menggosok gigi, dan perilaku yang benar dalam menggosok gigi. Berperilaku benar menyikat gigi adalah orang yang menyikat gigi setiap hari dengan cara yang benar (sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam).

Tabel 3.5.4.5
Proporsi Penduduk 10 Tahun Ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Perilaku menggosok gigi			
	Mengosok gigi		Berperilaku benar	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Majene	81,4	18,6	5,9	95,6
Polewali Mandar	94,5	5,5	17,6	86,6
Mamasa	76,3	23,6	2,2	98,4
Mamuju	87,5	12,3	1,5	98,9
Mamuju utara	93,2	6,8	4,3	96,9
Sulawesi Barat	88,5	12,2	8,2	93,8

Catatan :

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

Di Sulawesi Barat proporsi penduduk usia 10 tahun ke atas yang menggosok gigi setiap hari sebesar 88,5% tetapi yang melakukan dengan benar hanya 8,2%. Proporsi terbesar penduduk usia 10 tahun ke atas yang menggosok gigi setiap hari (94,5%) dan yang melakukan dengan benar (17,6%) adalah Kabupaten Polewali Mandar.

Tabel 3.5.4.6
Proporsi Penduduk 10 Th > yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perilaku menggosok gigi			
	Menggosok gigi		Berperilaku benar	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Umur (tahun)				
10 – 14	91.5	6.3	0,0	100.0
15 – 24	96.6	2.9	0,0	100.0
25 – 34	95.0	4.7	0,0	100.0
35 – 44	90.8	8.8	7.6	92.4
45 – 54	81.6	17.9	9.6	90.4
55 – 64	66.4	33.4	8.2	91.8
65+	48.7	50.2	7.9	92.1
Jenis kelamin				
Laki-laki	87.8	11.7	5.6	94.4
Perempuan	87.8	11.3	6.7	93.3
Daerah				
Kota	92.4	7.3	17.7	82.3
Desa	87.0	12.3	4.1	95.9
Status ekonomi				
Kuintil-1	85.7	13.4	4.2	95.8
Kuintil-2	86.4	12.8	5.7	94.3
Kuintil-3	86.8	12.5	7.3	92.7
Kuintil-4	88.8	10.3	8.3	91.7
Kuintil-5	91.3	8.3	15.7	84.3

Menurut kelompok umur, semakin tinggi kelompok umur semakin rendah proporsi yang menggosok gigi setiap hari, tetapi cenderung semakin tinggi proporsi yang melakukan dengan benar. Proporsi menggosok gigi setiap hari dan yang melakukan dengan benar menurut jenis kelamin tidak berbeda. Di daerah perkotaan proporsi yang menggosok gigi setiap hari dan melakukan dengan benar lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita semakin besar proporsi yang menggosok gigi setiap hari dan yang melakukan dengan benar.

Tabel 3.5.4.7
Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk 10 Tahun Ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Menggosok gigi setiap hari				
	Mandi pagi dan atau sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lainnya
Majene	93.2	13.5	34.3	22.1	0.5
Polewali Mandar	93.2	22.2	9.0	50.0	2.3
Mamasa	90.8	10.1	11.9	15.4	2.5
Mamuju	87.4	3.2	10.2	17.8	1.0
Mamuju Utara	93.7	8.9	18.9	27.0	0.6
Sulawesi Barat	91,9	13.0	13.7	31.4	1.6

Di Sulawesi Barat kebiasaan menggosok gigi pada saat mandi pagi dan mandi sore merupakan proporsi yang tertinggi perilaku menggosok gigi setiap hari menurut waktu menggosok gigi (91,9%). Proporsi yang menggosok gigi sebelum tidur hanya dilakukan oleh 31,4% penduduk dan proporsi tertinggi terdapat di Kabupaten Polewali Mandar.

Tabel 3.5.4.8
Persentase Waktu Menyikat Gigi Pada Penduduk 10 Tahun Ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Mengosok gigi setiap hari				
	Saat mandi pagi dan atau sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lainnya
Umur (tahun)					
10 – 14	93.8	12.1	11.9	27.3	0.6
15 – 24	93.8	12.4	16.2	37.1	1.5
25 – 34	93.3	12.3	12.8	32.4	1.9
35 – 44	91.5	12.6	13.5	28.7	1.9
45 – 54	89.1	14.2	13.8	27.6	2.4
55 – 64	84.9	18.6	13.4	30.9	1.5
65+	81.3	16.7	13.4	31.2	2.1
Jenis kelamin					
Laki-laki	91.0	12.6	14.6	14.6	1.4
Perempuan	92.8	13.5	12.9	12.9	1.8
Daerah					
Kota	90.1	28.0	28.0	61.6	3.1
Desa	92.3	10.1	10.1	25.4	1.3
Status ekonomi					
Kuintil-1	92.6	8.0	13.8	21.2	0.9
Kuintil-2	92.2	10.8	12.5	26.2	1.7
Kuintil-3	91.1	11.6	13.5	29.4	1.4
Kuintil-4	91.8	13.4	13.6	32.7	2.0
Kuintil-5	91.9	20.9	15.3	46.6	2.0

Perilaku menggosok gigi pada saat mandi pagi dan atau sore lebih banyak dilakukan oleh kelompok umur yang lebih muda, semakin tinggi kelompok umur semakin tinggi yang menggosok gigi setelah makan pagi. Sedangkan menggosok gigi sebelum tidur tersebar merata di semua kelompok umur.

Perilaku menggosok gigi menurut jenis kelamin tidak menunjukkan adanya perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Namun perilaku menggosok gigi menurut semua waktu menggosok gigi lebih tinggi dilakukan di perkotaan daripada di pedesaan, kecuali pada saat mandi pagi dan atau sore paling banyak di pedesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi pengeluaran rumah tangga semakin besar proporsi menggosok gigi menurut semua waktu menggosok gigi.

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

Dari tabel berikut menunjukkan indeks DMF-T di Propinsi Sulawesi Barat sebesar 4,43. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk Sulawesi Barat adalah 5 buah gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah gigi dicabut/M-T sebesar 3,70 dapat dikatakan

rata-rata penduduk Sulawesi Barat mempunyai 4 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan.

Tabel 3.5.4.9
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Kabupaten di
Provinsi Sulawesi Barat, Riskedas 2007

Kabupaten	D-T (x)	M-T (x)	F-T (x)	Index dDMF-T
Majene	1.39	4.17	0.01	5.61
Polewali Mandar	1.33	4.63	0.07	4.30
Mamasa	0.99	4.10	0.00	5.13
Mamuju	1.76	2.44	0.02	4.55
Mamuju Utara	1.43	2.87	0.11	3.02
Sulawesi Barat	1.43	3.70	0.04	4.43

DMF-T di dua kabupaten sangat tinggi, yaitu Majene (5,61) dan Mamasa (5,13). Angka tersebut lebih tinggi dari angka nasional sebesar 4,85. Menurut karakteristik responden semakin tinggi kelompok umur semakin besar indeks DMF-T. Pada kelompok umur 65 tahun ke atas penduduk di Sulawesi Barat terdapat 20 gigi yang sudah dicabut atau diindikasikan dicabut.

Tabel 3.5.4.10
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Sulawesi Barat, Riskedas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T
Umur				
12	0.45	0.17	0.00	0.75
15	0.71	0.12	0.00	0.84
18	0.88	0.25	0.00	1.16
35 – 44	1.93	2.78	0.11	4.89
65 +	0.79	17.74	0.04	19.39
Jenis kelamin				
Laki-laki	1.47	3.34	0.03	1.47
Perempuan	1.39	4.04	0.05	4.75
Daerah				
Kota	1.01	4.16	0.01	4.51
Desa	1.51	3.61	0.05	1.51
Status ekonomi				
Kuintil-1	1.64	3.30	0.05	4.88
Kuintil-2	1.48	3.62	0.01	4.98
Kuintil-3	1.36	3.51	0.06	4.84
Kuintil-4	1.35	4.01	0.06	5.39
Kuintil-5	1.34	4.01	0.03	5.49

Catatan

D-T : Rata2 jumlah gigi gigi berlubang per orang,

M-T : Rata2 jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan,

F-T : Rata2 jumlah gigi ditumpat,

DMF-T : Rata2 jumlah kerusakan gigi per orang (baik yg masih berupa decay, dicabut maupun ditumpat),

Indeks DMF-T pada penduduk perempuan lebih tinggi daripada laki-laki dan lebih tinggi di daerah perkotaan daripada di perdesaan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin besar jumlah gigi yang dicabut atau yang diindikasikan di cabut.

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

Tabel 3.5.4.11
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Tanpa Lubang	Karies aktif	Tanpa pengalaman karies	Pengalaman karies
Majene	49.8	50.2	29.2	70.8
Polewali Mandar	62.5	37.5	44.3	55.7
Mamasa	57.2	42.8	33.3	66.7
Mamuju	45.8	54.2	30.9	69.1
Mamuju Utara	66.8	33.2	51.7	48.3
Sulawesi Barat	57.1	42,9	39.3	60.8

Catatan :

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

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

Dari tabel di atas menunjukkan prevalensi karies sebesar 42,9% dan yang mempunyai pengalaman karies sebesar 60,8%. Menurut kabupaten, terdapat dua kabupaten dengan prevalensi pengalaman karies tinggi, yaitu Kabupaten Majene (70,8%) dan Mamuju (69,1%%). Prevalensi karies aktif ditemukan tinggi (lebih dari 50), yaitu di Mamuju (54,2%) dan Majene (50,2%).

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

Tabel 3.5.4.12
Prevalensi Bebas Karies, Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik, Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tanpa lubang	Karies aktif	Tanpa pengalaman karies	Pengalaman karies
Umur				
12	73.3	26.7	67.2	32.8
15	56.0	44.0	51.5	48.5
18	53.6	46.4	46.6	53.4
35 – 44	39.0	61.0	15.8	84.2
65 +	75.9	24.1	15.1	84.9
Jenis kelamin				
Laki-laki	56.8	43.2	40.2	59.8
Perempuan	57.2	42.8	38.1	61.9
Daerah				
Kota	61.6	38.4	38.4	61.6
Desa	56.2	43.8	39.3	60.7
Status ekonomi				
Kuintil-1	46.7	53,3	27.4	72.6
Kuintil-2	49.1	50,9	31.0	69.0
Kuintil-3	50.1	49,9	30.6	69.4
Kuintil-4	53.9	46,1	30.3	69.7
Kuintil-5	51.6	48,4	28.9	71.1

Catatan :

TANPA KARIES : orang yang memiliki memiliki D=0

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

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

Orang TANPA pengalaman karies= orang yang memiliki memiliki DMFT =0

Dari tabel di atas menunjukkan prevalensi pengalaman karies (DMF-T>0) sedikit lebih tinggi pada kelompok perempuan dan di perkotaan. Menurut umur, ada kecenderungan semakin meningkat umur, semakin meningkat yang mempunyai pengalaman karies. Sedangkan prevalensi karies, meningkat sampai umur 35-44 tahun dan menurun kembali pada umur 65 tahun ke atas.

Sedangkan prevalensi karies tidak menunjukkan perbedaan antara laki-laki dan perempuan, tetapi di pedesaan sedikit lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin besar yang mempunyai pengalaman karies dan karies aktif, meskipun pengalaman karies dan karies tertinggi terdapat pada kelompok dengan tingkat pengeluaran terendah.

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

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

Kabupaten	RTI=(D/DMF-T) x100%	PTI=(F/DMF-T) x100%	(M/DMF-T) x100%
Majene	24.7	0.1	74.3
Polewali Mandar	30.9	1.6	107.6
Mamasa	19.2	0.0	79.9
Mamuju	38.6	0.5	53.6
Mamuju Utara	47.3	3.7	95.0
Sulawesi Barat	32.4	1.0	83.6

Dari tabel di atas tampak PTI (motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap) sangat rendah hanya 1,0%, sedangkan RTI (besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan) sebesar 32,4%. Terdapat tiga kabupaten yang angka RTI-nya di atas rerata nasional (25,5%) yaitu Kabupaten Mamuju Utara (47,3%), Mamuju (38,6%) dan Polewali Mandar (30,9%), serta terdapat tiga kabupaten yang mempunyai nilai PTI di bawah rerata nasional (1,6%), yaitu Kabupaten Mamasa (0,0%), Majene (0,1%) dan Mamuju (0,5%).

Performed Treatment Index (PTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi dari seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap

Required Treatment Index (RTI) merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang karies terhadap angka DMF-T. RTI menggambarkan besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan.

Persentase PTI dan RTI menunjukkan variasi menurut karakteristik responden (Tabel 3.5.4.14). Menurut umur, mulai umur 18 tahun nilai RTI cenderung menurun seiring meningkatnya umur, sedangkan nilai PTI tinggi pada umur 35 – 44 tahun, untuk selanjutnya menurun. Sedangkan menurut jenis kelamin, RTI dan PTI pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan.

Tabel 3.5.4.14
Required Treatment Index (RTI dan Perform Treatment Index (PTI)
menurut Karakteristik Responden di Provinsi
Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	RTI=(D/DMF-T) x100%	PTI=(F/DMF-T) x100%	(M/DMF-T) x100%
Umur			
12	60,0	0	22.6
15	84.5	0	14.2
18	75.8	0	21.5
35 – 44	39.4	2.2	56.8
65 +	4.0	0.2	91.4
Jenis kelamin			
Laki-laki	100,0	2.0	227.2
Perempuan	29.2	1.0	85.0
Daerah			
Kota	22.3	0.2	92.2
Desa	100	3.3	239.0
Status ekonomi			
Kuintil-1	33.6	1.0	67.6
Kuintil-2	29.7	0.2	72.6
Kuintil-3	28.0	1.2	72.5
Kuintil-4	25.0	1.1	74.3
Kuintil-5	24.4	0.5	73.0

Nilai RTI dan PTI di perdesaan lebih tinggi daripada di perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada tidak ada kecenderungan yang jelas untuk nilai PTI, tetapi semakin menurun nilai RTI-nya. Berarti tidak ada kecenderungan yang nyata bahwa semakin tinggi status ekonomi semakin baik motivasi penduduk untuk merawat kesehatan giginya.

Tabel 3.5.4.15
Proporsi penduduk dengan Fungsi normal gigi dan penduduk edentulous menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Fungsi Normal	Edentulous	Protosa
Kelompok umur (tahun)			
12	99,9	0,0	0,5
15	99,9	0,0	1,7
18	99,9	0,1	1,9
35 – 44	95,9	0,4	4,6
65 +	41,2	17,6	14,5
Jenis kelamin			
Laki – laki	91,3	1,9	5,0
Perempuan	89,4	2,3	5,6
Tipe daerah			
Perkotaan	91,9	1,7	5,9
Perdesaan	89,3	2,4	5,0
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita			
Kuintil-1	90,0	2,1	4,2
Kuintil-2	90,1	2,2	4,4
Kuintil-3	90,2	2,1	5,1
Kuintil-4	90,3	2,2	5,3
Kuintil-5	91,0	2,0	6,9

Dari tabel di atas tampak persentase responden umur 35 – 44 tahun dengan fungsi gigi normal sebesar 95,9, lebih tinggi dari target WHO 2010 (90,0%) dan SKRT 2001 (91,2%). Sedangkan pada usia 65 tahun ke atas hanya 41,2%, masih jauh di bawah target WHO (75,0%) namun masih lebih tinggi daripada hasil SKRT 2001 (30,4%).

Persentase edentulous penduduk umur 65 tahun ke atas sebesar 17,6%, jauh lebih tinggi dari target WHO (5). Edentulous lebih banyak dijumpai pada perempuan dan lebih tinggi di perdesaan. Tetapi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, fungsi normal gigi dan edentulous tersebar merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga.

3.5 Cedera dan Disabilitas

3.5.1 Cedera

Data cedera diperoleh berdasarkan wawancara kepada responden semua umur tentang riwayat cedera dalam 12 bulan terakhir. Cedera didefinisikan sebagai luka atau trauma akibat faktor internal (dari diri sendiri) maupun eksternal (kecelakaan dan peristiwa lain yang menimbulkan rasa nyeri/sakit), baik disengaja ataupun tidak.

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

Pada tingkat provinsi cedera diderita oleh 4,1% (tabel 3.6.1.1) Yang terbanyak akibat jatuh (61,8%) dan berikutnya luka karena benda tumpul/tajam (18,9%) dan kecelakaan transportasi didarat (18,7%). Prevalensi cedera yang tinggi di Kabupaten Mamuju Utara 7,1% dan Kabupaten Polewali Mandar yang mencapai 6,9%. Ada 3 kabupaten dimana jatuh sebagai penyebab cedera diatas rata-rata provinsi yaitu tertinggi 71,6% di Kabupaten Mamasa dan terendah tetapi diatas rata-rata provinsi adalah 64,1% di Kabupaten Majene. Cedera yang diakibatkan oleh kecelakaan transportasi darat tertinggi 38,3% di Kabupaten Mamuju dan yang tinggi 21,8% di Kabupaten Majene.

Cedera terkena benda tumpul/tajam tertinggi 43,4% dari Cedera di Kabupaten Mamasa dan menyusul 33,5% di Kabupaten Mamuju. Cedera akibat penyerangan tertinggi di Kabupaten Majene (4,3%). Cedera karena mesin terjadi di Kabupaten Majene namun cukup jarang (3,2%). Cedera karena penyebab lain sangat jarang.

Tabel 3.6.1.1
Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Majene	3,9	21,8	3,2	1,1	64,1	12,0	4,3	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	3,2	2,1	1,1	1,1	3,2
Polewali	6,9	0,8	0,0	0,0	68,6	14,1	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,5	0,0	0,0	2,2
Mamasa	2,9	11,3	0,0	0,0	71,7	43,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	1,9	3,8
Mamuju	1,6	38,3	0,0	0,0	46,3	11,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4
Mamuju Utara	7,1	1,7	0,0	0,0	41,9	33,5	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	0,0	0,0	0,7
Sulawesi Barat	4,1	17,8	0,0	0,1	61,8	18,9	2,5	0,1	0,2	0,1	0,1	0,4	1,0	0,9	0,1	0,3	2,4

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

Prevalensi cedera mempunyai kecenderungan menurun seiring dengan semakin tingginya tingkat pendidikan (tabel 3.81). Cedera karena kecelakaan transportasi darat mempunyai kecenderungan yang sama. Mulai dari tingkat pendidikan tidak tamat SD prevalensi cedera karena kecelakaan transportasi darat meningkat sampai pendidikan lulus SLTA (56,5%), kemudian menurun lagi menjadi 24,4% pada tingkat pendidikan lulus perguruan tinggi. Cedera karena jatuh sangat tinggi (>30,0%) pada seluruh tingkat pendidikan. Terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah proporsi cedera karena jatuh. Sebaliknya ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin tinggi pula proporsi yang cedera karena luka kena benda tumpul/tajam. Kecuali pada tingkat pendidikan tidak pernah sekolah yang proporsinya 34,4% jauh diatas yang tidak tamat SD (12,4%).

Tabel 3.6.1.2
Prevalensi cedera dan penyebab cedera menurut pendidikan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Tingkat Pendidikan	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Tidak sekolah	5,7	14,1	1,6	1,6	54,1	34,4	3,0	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	3,2	1,6	1,6	1,6	1,7
Tidak tamat SD	4,6	9,4	0,7		63,4	12,4	3,7							1,2			6,6
Tamat SD	4,0	25,1	0,5		52,8	24,2	2,6						0,5	1,1		0,6	2,2
Tamat SMP	5,3	30,1			44,7	23,2	2,7						2,5				3,5
Tamat SMA	3,1	56,5			30,9	24,9	1,7										
Tamat SMA+	3,0	24,4			39,8	46,7											
Total	4,3	23,9	0,5	0,2	51,6	22,9	2,8	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,0	0,8	0,2	0,4	3,2

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

Berdasarkan pekerjaan KK proporsi cedera terendah pada PNS/POLRI/TNI (1,6%), dan yang tertinggi 7,8% pada yang bekerja lainya. Proporsi cedera tinggi lainya >5%, adalah pada pekerjaan petani/nelayan/buruh dan yang tidak bekerja.

Tabel 3.6.1.3
Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Pekerjaan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Pekerjaan	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Tidak bekerja	5,4	21,6	1,0	1,0	61,3	20,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	3,3	1,0	1,0	1,1
Sekolah	4,7	21,3	0,8		68,6	9,9	,7							,7			3,6
Mengurus RT	2,0	11,4			64,4	14,0	3,6										8,6
Pegawai (negeri, POLRI)	1,6	81,0			31,3												
Wiraswasta	2,4	32,4			44,5	10,0	15,9						8,9				4,1
Petani/Nelayan/Buruh	5,3	22,1	0,4		41,3	34,3	3,5						0,4	0,3		0,5	1,9
Lainnya	7,8	41,0			37,3	21,8	2,5						5,6				8,3
Total	4,3	23,5	0,5	0,2	52,1	22,8	2,8	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,0	0,8	0,2	0,4	3,2

Dari 1,6% yang cedera di PNS/TNI/POLRI, 81,0% di antaranya adalah karena kecelakaan transportasi darat. Dari 2,4% cedera pada mereka yang bekerja sebagai wiraswasta 32,4% diantaranya karena kecelakaan transportasi darat. Kecelakaan karena jatuh yang sangat tinggi dari cedera yang dialami adalah pada keluarga dengan KK tidak bekerja, sekolah dan yang mengurus rumah tangga. Cedera pada Petani/nelayan (5,3%) cukup banyak (34,3%) terjadi karena terluka benda tumpul/tajam. Sebesar 15,9% dari cedera pada KK yang bekerja sebagai wiraswasta adalah karena serangan.

Tabel 3.6.1.4

Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Jenis kelamin																	
Laki-laki	5.8	22.5	.6	.2	54.5	21.2	2.7	.2	.3	.2	.2	.2	1.6	.6	.2	.4	2.5
Perempuan	3.2	9.3			75.5	14.1	2.1					.8		1.4			2.2
	4.5	17.8	.4	.1	61.9	18.7	2.5	.1	.2	.1	.1	.4	1.0	.9	.1	.3	2.4
Wilayah/daerah																	
Perkotaan	3,1	18,9	3,8	1,9	62,3	11,3	3,8	1,9	1,9	1,9	1,9	3,8	7,5	1,9	1,9	1,9	1,9
Perdesaan	4,9	19,3	0,2	0,0	57,4	24,5	2,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,2	3,5
Sulawesi Barat	4,6	19,2	0,6	0,2	57,9	23,0	2,5	0,2	0,4	0,2	0,2	0,4	1,3	1,3	0,2	0,4	3,3

Cedera lebih tinggi pada laki-laki daripada perempuan.(Tabel 3.6.1.4). Proporsi jatuh sebagai penyebab cedera lebih tinggi pada perempuan (75,5%) daripada laki-laki (54,5%). Sedangkan terluka karena benda tumpul/tajam lebih banyak pada laki-laki daripada perempuan.

Cedera karena transportasi darat cukup tinggi pada kelompok umur produktif atau mobilitas yang tinggi yaitu antara umur >14 tahun sampai umur 54 tahun. Prevalensinya berkisar antara 16,6% pada kelompok umur 45 – 54 tahun dan 36,2% pada kelompok umur 35 – 44 tahun. Cedera karena jatuh prevalensinya tinggi di semua kelompok umur, tetapi yang tertinggi pada usia sangat muda antara 0-14 tahun dan pada kelompok umur tua >54 tahun. Pada umur muda prevalensinya berkisar antara 84,7% sampai 100,0%. Pada kelompok umur tua prevalensinya berkisar antara 53,1% sampai 100,0%. Terluka karena benda tajam/tumpul mulai tinggi prevalensinya pada umur 25 tahun sampai 64 tahun. Pada umur ini prevalensinya >25,0%. Prevalensi cedera karena penyerangan tertinggi pada kelompok umur 65 – 74 tahun.

Tabel 3.6.1.5
Prevalensi cedera dan penyebab cedera menurut Kelompok Umur di Provinsi Sulawesi Barat, Riskedas 2007

Kelompok umur (tahun)	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
<1	1,0				100,0												
1 – 4	4,7	3,9			92,8	4,9	1,0										1,2
5 – 14	5,3	4,8	0,4		84,7	10,6			0,3			0,9	0,9	1,3			1,8
15 – 24	5,4	36,1			55,9	12,4											2,0
25 – 34	3,4	28,0	1,1		29,8	26,4	7,9						0,9				0,9
35 – 44	3,9	36,2			37,4	34,9							3,4			1,3	3,6
45 – 54	3,6	16,6			30,9	48,2	12,6							1,6			2,2
55 – 64	5,3	3,8			53,1	29,2	1,9						1,8	4,1			8,3
65 – 74	4,2	4,3	4,3	4,3	55,2	18,3	18,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3
75+	4,2				100,0												
Total	4,5	17,8	0,4	0,1	61,9	18,7	2,5	0,1	0,2	0,1	0,1	0,4	1,0	,9	0,1	0,3	2,4

Tabel 3.6.1.6
Prevalensi Cedera Dan Penyebab Cedera Menurut Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita	Penyebab cedera																
	Cedera	Kecelakaan transportasi darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Usaha Bunuh diri	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Kuintil 1	4,2	12,2			71,3	21,2	0,7										0,8
Kuintil 2	5,6	26,4	0,7		56,5	17,6	0,5						0,5	1,1		0,8	2,8
Kuintil 3	4,2	24,9	1,7	0,9	44,0	25,0	11,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,8	2,8	0,9	0,9	2,0
Kuintil 4	4,0	22,2			49,2	26,3							2,0				2,9
Kuintil 5	3,8	31,3			32,5	24,2	4,1						1,0				7,4
Total	4,3	23,4	0,5	0,2	51,5	22,5	3,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,0	0,8	0,2	0,4	3,1

Semakin tinggi tingkat ekonomi semakin rendah kasus proporsi yang cedera. Namun penyebab cedera karena kecelakaan transportasi lebih tinggi semakin tingginya tingkat ekonomi rumahtangga. Namun karena jatuh semakin rendah proporsinya dengan semakin tingkat ekonomi rumahtangga. Tidak ada pola hubungan antara terluka karena benda tumpul/tajam dengan tingkat ekonomi rumahtangga. Namun karena penyerangan teringgi pada kuintil 3.

Tabel 3.6.1.7

Prevalensi Cedera menurut bagian tubuh yang cedera dan Kabupaten di di Provinsi Sulawesi Barat, Riskedas 2007

Kabupaten	Bagian tubuh yang cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan & tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut, tungkai bawah	Tumit dan kaki
Majene	21,7		1,1	11,9	5,4	29,3	14,1	4,3	23,0	13,9
Polewali	7,0		2,2	4,1	5,3	17,0	23,5	3,1	46,7	11,9
Mamasa	21,1	5,8	25,0	19,2	23,1	38,5	44,2	1,9	44,2	26,8
Mamuju	11,1		7,4	7,4		29,5	29,6		25,9	24,1
Mamuju Utara	10,3	0,6	1,3	3,8	7,1	17,4	43,6	3,8	29,5	15,4
Sulawesi Barat	10,7	0,5	4,2	6,4	6,4	21,4	27,8	3,0	38,9	15,2

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

Bagian tubuh yang paling banyak cedera secara berurutan dari yang paling sering adalah, lutut dan tungkai bawah (38,9%), pergelangan tangan dan tangan (27,8%), menyusul kemudian bagian siku dan lengan bawah (21,4%), tumit dan kaki (15,2%) dan kepala (10,7%). Cedera kepala diatas 20% terjadi di Kabupaten Majene dan Mamasa. Kejadian cedera lutut di semua kabupaten lebih tinggi dari 20,0%. Proporsi tertinggi 46,7% di Polewali Mandar dan 44,2% di Kabupaten Mamas Cedera pergelangan tangan dan tangan tertinggi di 44,2% di Kabupaten Mamasa dan 43,6% di Kabupaten Mamuju Utara. Cedera siku dan lengan bawah tertinggi 38,5% di Kabupaten Mamasa. Prevalensinya di Kabupaten Mamuju 29,5% dan di Majene 29,3%. Sedangkan cedera kepala tertinggi 21,7% di Kabupaten Majene. Proporsi diatas 20,0% lainnya adalah Kabuapten Mamasa.

cedera kepala Paling tinggi (20,1%) terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun. Cedera kepala lebih dari 10% terjadi pada kelompok umur 5-14 tahun, 25 – 34 tahun dan 35 – 44 tahun. Cedera leher hanya ditemui pada kelompok umur 5-14 tahun dan 15 – 24 tahun.

Tabel 3.6.1.8
Prevalensi-Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Kelompok Umur di Provinsi Sulawesi Barat,
Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Bagian tubuh yang cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan & tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut tungkai bawah	Tumit dan kaki
<1						100,0			76,1	
1 – 4	20,1		1,0	1,2	1,0	12,6	28,7		54,6	1,2
5 – 14	12,8	0,8	4,0	0,9	4,3	22,6	25,2	0,8	44,1	16,3
15 – 24	8,5	1,5	1,3	7,2	10,0	31,4	20,3	3,6	46,9	17,4
25 – 34	10,0		6,0	17,8	6,8	12,1	30,5	6,5	27,9	23,5
35 – 44	15,0		11,9	11,6	3,6	18,1	40,0	3,4	24,3	14,8
45 – 54	1,5		6,6	5,6	5,9	31,4	30,9	7,4	29,1	11,1
55 – 64			2,3	1,9	16,6	10,8	46,7		23,1	15,9
65 – 74	9,5			9,5	13,8		3,6	4,4	46,6	25,9
75+				44,0		33,3		22,7		
Total	10,7	0,5	4,2	6,5	6,4	21,3	27,6	3,0	39,0	15,3

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

Cedera dada tertinggi 11,9% terjadi pada kelompok usia 35 – 44 tahun. Sedangkan cedera, perut, punggung dan panggul tertinggi (44,0%) pada kelompok umur 75 tahun keatas. Cedera bahu dan lengan atas diatas 10,0% terjadi pada kelompok usia diatas 54 tahun. Dari urutan tertinggi 33,3% cedera siku, lengan atas pada kelompok umur diatas 75 tahun. Prevalensi tertinggi berikutnya 45 -54 tahun, 15-24 tahun dan 5 – 14 tahun. Cedera pergelangan dapat terjadi pada semua kelompok umur dan merata >30,0%, kecuali umur >64 tahun. Cedera pinggul dan tungkai atas tertinggi 24,7% pada usia >74 tahun. Cedera lutut sangat tinggi pada semua kelompok umur. Sedangkan Cedera tumit merata diatas usia 4 tahun.

Tabel 3.6.1.9
Prevalensi-Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan tingkat Pendidikan di Provinsi Sulawesi Barat,
Riskesdas 2007

Tingkat pendidikan	Bagian tubuh yang cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan & tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut, tungkai bawah	Tumit dan kaki
Tidak sekolah						100,0			76,1	
Tidak tamat SD	20,1		1,0	1,2	1,0	12,6	28,7		54,6	1,2
Tamat SD	12,8	0,8	4,0	0,9	4,3	22,6	25,2	0,8	44,1	16,3
Tamat SMP	8,5	1,5	1,3	7,2	10,0	31,4	20,3	3,6	46,9	17,4
Tamat SMA	10,0		6,0	17,8	6,8	12,1	30,5	6,5	27,9	23,5
Tamat SMA Plus	15,0		11,9	11,6	3,6	18,1	40,0	3,4	24,3	14,8
Total	1,5		6,6	5,6	5,9	31,4	30,9	7,4	29,1	11,1

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

Berdasarkan pendidikan, cedera kepala tertinggi 18,1% pada rumahtangga tamat SMA. Cedera dada pada rumahtangga dengan pendidikan tamat SMA. Sedangkan cedera perut, punggung dan pinggul pada yang tamat SMP. Cedera bahu dan lengan atas pada yang tidak sekolah. Cedera siku merata disemua kelompok pendidikan tertinggi pada pendidikan tamat SMP dan tamat SMA. Cedera pergelangan tangan merata pada semua kelompok pendidikan. Cedera lutut dan tungkai bawah merata tinggi pada semua kelompok pendidikan, kecuali pada pendidikan yang tidak pernah sekolah. Demikian pula cedera tumit dan kaki merata pada semua tingkat pendidikan.

Tabel 3.6.1.10

Prevalensi-Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Pekerjaan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Pekerjaan	Bagian tubuh yang cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan & tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut, tungkai bawah	Tumit dan kaki
Tidak bekerja	10,9	0,9	2,1	12,4	14,8	26,2	33,9	2,1	35,8	16,4
Sekolah	11,1	1,0	1,9	3,6	5,8	35,6	22,6	2,7	47,2	8,5
Mengurus RT	2,0		2,3	5,9	4,3	22,6	40,3	7,9	17,0	27,3
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	8,6		32,7			8,6	8,6	8,6	50,3	17,1
Wiraswasta	21,0		5,9	15,1	5,9	36,9	20,7	15,0	27,8	8,7
Petani/Nelayan/ Buruh	7,7	0,5	6,7	9,8	8,6	16,1	29,3	3,9	29,7	18,2
Lainnya	7,8			4,6	8,3	19,7	13,6	2,1	49,3	33,1
Total	8,9	0,6	4,5	8,3	8,4	23,2	28,0	4,1	34,8	17,3

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

Menurut pekerjaan utama, cedera kepala tertinggi 21,0% terjadi pada responden yang bekerja sebagai wiraswasta. Kelompok lain dengan prevalensi cedera kepala >10,0% adalah pada yang tidak bekerja, dan sedang sekolah. Cedera dada tertinggi 32,7% terjadi pada pekerjaan utama PNS/TNI/POLRI. Cedera perut punggung dan pinggul cukup prevalen pada yang tidak bekerja dan wiraswasta. Cedera bahu dan lengan cukup tinggi pada responden yang tidak bekerja. Cedera siku, lengan bawah prevalen pada responden tidak bekerja, sekolah, mengurus rumahtangga dan wiraswasta. Demikian pula cedera pada pergelangan tangan. Cedera pinggul dan tungkai atas tertinggi 15,0% pada responden Wiraswasta. Cedera lutut dan tungkai bawah sangat tinggi pada semua kelompok, namun yang terendah 17,0% pada ibu rumah tangga, dan tertinggi 50,3% pada yang bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI. Cedera tumit dan kaki cukup tinggi pada petani/nelayan/ buruh dan yang tidak bekerja.

Tabel 3.6.1.11
Prevalensi cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita	Bagian tubuh yang cedera									
	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan & tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut, tungkai bawah	Tumit dan kaki
Kuintil 1	13.1	1.8	4.8	7.1	6.7	28.0	27.1	2.2	32.0	12.9
Kuintil 2	2.1		4.5	6.7	5.3	22.6	27.0	2.1	48.2	15.1
Kuintil 3	11.5		4.9	12.1	8.0	19.7	25.1	6.5	26.7	18.0
Kuintil 4	7.4		2.2	9.1	10.7	21.1	31.5	3.7	35.2	13.1
Kuintil 5	11.4	1.2	5.4	8.4	11.4	25.9	31.6	5.9	23.9	26.2
Total	8.6	.5	4.4	8.5	8.1	23.4	28.3	3.9	34.3	16.8

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

Tidak tampak hubungan antara cedera kepala, leher, dada dan perut dengan tingkat pengeluaran rumah tangga. Namun terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin tinggi prevalensi cedera bahu lengan atas dan pergelangan tangan. Sebaliknya terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin rendah prevalensi cedera pada lutut dan tungkai bawah.

Tabel 3.6.1.12
Prevalensi-cedera menurut Jenis cedera dan kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jenis cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Majene	36,0	41,5	21,8	4,3	14,6	3,2		1,1	2,1
Polewali	31,4	61,8	15,7	0,5	5,5	1,4		0,7	1,7
Mamasa	52,8	56,6	43,4	1,9	48,2	7,5		3,8	
Mamuju	40,7	48,1	11,1		13,8	3,7	3,7	3,7	
Mamuju Utara	44,5	50,3	25,8	2,0	9,0	2,6	2,0	1,3	2,0
Sulawesi Barat	36,7	55,8	19,6	1,2	11,4	2,5	0,7	1,4	1,5

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

Pada tingkat provinsi cedera karena benturan mencapai 36,7%, luka lecet 55,8%, luka terbuka 19,6%, terkilir 11,4% dan yang lain prevalensinya cukup rendah (tabel 4.6.16). Prevalensi benturan hampir merata pada semua kabupaten dengan prevalensi tertinggi 52,8% di Kabupaten Mamasa dan terendah 31,4% di Kabupaten Polewali Mandar. Luka lecet juga sangat tinggi pada semua kabupaten demikian pula luka terbuka. Terkilir tertinggi 48,2% di Kabupaten Mamasa dan terendah 5,5% di Kabupaten Polewali Mandar.

Berdasarkan kelompok umur benturan relatif rendah pada usia muda 23,9%, kemudian meningkat seiring dengan semakin tua, mencapai puncak 57,2% pada kelompok umur 35 – 44 tahun turun dan meningkat lagi 56,0% pada kelompok umur 65 – 74 tahun. Luka lecet sangat tinggi 78,1% pada kelompok umur muda.

Tabel 3.6.1.13
Prevalensi Jenis Cedera Menurut Kelompok Umur di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kelompok umur (tahun)	Bagian tubuh yang cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
<1	23,9	76,1							
1 – 4	37,9	78,1	2,4	1,3	1,2				
5 – 14	27,7	72,4	12,7	1,7	4,7	3,5	0,7	2,6	0,4
15 – 24	37,8	56,3	20,3		9,2	1,0	0,5	1,0	4,0
25 – 34	34,5	39,6	28,4	0,9	16,8	6,0	3,6	3,7	2,1
35 – 44	57,2	46,1	29,8		22,1	1,3			
45 – 54	31,7	30,2	43,8	1,6	16,8	1,6			4,1
55 – 64	41,6	26,4	24,2	6,0	14,6	6,1			1,9
65 – 74	56,0	32,5	14,1		35,6				
75+	10,5	33,3			56,2				
Total	36,6	55,8	19,5	1,2	11,5	2,6	,7	1,4	1,5

Terdapat kecenderungan semakin tua semakin rendah prevalensi luka/lecet mencapai 26,4% pada kelompok umur 55-64 tahun. Luka terbuka meningkat seiring dengan semakin tuanya kelompok umur. Mencapai prevalensi tertinggi 43,8% pada usia 45-54 tahun dan menurun lagi pada usia yang lebih tua. Terkilir dan teregang punya pola yang sama tinggi 22,1% pada kelompok umur 35-44 tahun menurun namun melonjak lagi mencapai 56,2% pada usia ≥ 75 tahun.

Tabel 3.6.1.14
Prevalensi jenis cedera menurut tingkat pendidikan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Tingkat pendidikan	Jenis cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Tidak sekolah	40,8	31,9	28,5	1,6	22,9				1,8
Tidak tamat SD	41,1	47,3	17,0	2,0	15,4	3,0	0,6	0,6	0,6
Tamat SD	37,9	57,1	21,7	1,1	12,9	0,9	2,1	,5	2,2
Tamat SMP	36,3	44,8	24,2	0,7	13,1	3,4		1,7	0,7
Tamat SMA	46,2	55,6	28,6		14,6	4,9		2,4	4,5
Tamat SMA+	45,6	51,1	47,9		13,1				14,5
Total	39,5	49,3	23,1	1,2	14,7	2,1	0,9	0,9	2,0

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

Prevalensi benturan merata tinggi pada semua tingkat pendidikan, tertinggi 46,2% tamat SLTA dan terendah 36,3% pada mereka tamat SLTP (tabel 3.6.1.14). Luka lecet juga tinggi pada semua kelompok umur, terendah 31,9% pada mereka tidak sekolah dan tertinggi 57,1% pada yang tamat SD. Terdapat kecenderungan semakin tinggi pendidikan semakin tinggi prevalensi luka terbuka, kecuali prevalensi cukup tinggi 28,5% pada mereka yang tidak sekolah. Terkilir/teregang tidak mempunyai pola, tertinggi 22,9% pada yang tidak sekolah, terendah 12,9% pada tamat SD.

Tabel 3.6.1.15
Prevalensi Jenis Cedera Menurut Pekerjaan di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Pekerjaan	Jenis cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Tidak bekerja	46,4	51,2	13,5	2,3	14,2	4,6	0,9	3,3	3,5
Sekolah	22,9	67,1	15,8	1,6	3,9				
Mengurus RT	34,5	57,1	10,1		18,4	6,3			
Pegawai (negeri, swasta, POLRI)	81,0	56,9	12,3		8,6				
Wiraswasta	52,9	35,9	14,2	8,9	25,6	10,0			
Petani/Nelayan/ Buruh	43,3	36,4	35,3	0,3	20,9	,8	1,4	0,4	0,4
Lainnya	35,1	66,7	20,9		2,5	2,3	2,3	2,3	14,1
Total	39,3	49,4	23,2	1,2	14,8	2,2	0,9	0,9	1,6

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

Berdasarkan pekerjaan prevalensi benturan tertinggi 81,0% pada pegawai, TNI, POLRI, dan terendah 22,9% pada yang sedang sekolah (tabel 3.6.1.15). Prevalensi yang tinggi 52,9% juaa terjadi pada responden sebagai wiraswasta. Luka lecet prevalensinya sangat tinggi pada semua kelompok pekerjaan. Luka terbuka tertinggi 35,3% pada Petani/Nelayan/ Buruh. Pada kelompok lain prevalensinya diatas 10,0%. Terkilir/teregang berdasarkan pekerjaan sangat beragam Prevalensi diatas 15% pada yang mengurus rumah tangga, Wiraswasta, petani/nelayan/buruh.

Tabel 3.6.1.16
Prevalensi Jenis Cedera menurut Tingkat Pengeluaran Rumah Tangga Per Kapita di Provinsi Sulawesi Barat,
Riskesdas 2007

Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita	Bagian tubuh yang cedera								
	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Kuintil 1	49,5	52,0	17,6		13,1	1,5	0,7	0,7	0,8
Kuintil 2	32,5	55,9	22,8	2,4	7,7	2,7		0,6	3,4
Kuintil 3	37,1	47,0	21,1	1,9	14,2	1,1	0,7		
Kuintil 4	36,2	38,0	25,3		29,2	4,9	2,9	3,8	
Kuintil 5	43,0	49,5	29,1	1,0	9,5	3,1		2,3	5,4
Total	39,2	49,0	23,0	1,1	14,3	2,6	0,8	1,4	2,0

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

Menurut tingka ekonomi rumahtangga prevalensi benturan terjadi pada semua kuintil dengan prevalensi terendah 32,5% pada kuintil 2 (tabel 3.6.1.16). Keadaan ini serupa dengan luka/lecet. Terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat ekonomi semakin tinggi prevalensi luka terbuka. Terkilir/teregang diatas 10,0% terjadi pada kuintil 1. kuintil 3, dan kuintil 4.

Tabel 3.6.1.17
Prevalensi Jenis Cedera Menurut Kabupaten

Kabupaten	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	keracunan	Lainnya	N tertimbang
Majene	36.0%	41.5%	21.8%	4.3%	14.6%	3.2%		1.1%	2.1%	
Polewali	31.4%	61.8%	15.7%	.5%	5.5%	1.4%		.7%	1.7%	
Mamasa	52.8%	56.6%	43.4%	1.9%	48.2%	7.5%		3.8%		
Mamuju	40.7%	48.1%	11.1%		13.8%	3.7%	3.7%	3.7%		
Mamuju Utara	44.5%	50.3%	25.8%	2.0%	9.0%	2.6%	2.0%	1.3%	2.0%	
Total	36.7%	55.8%	19.6%	1.2%	11.4%	2.5%	0.7%	1.4%	1.5%	

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

Pada tingkat provinsi jenis cedera tertinggi adalah luka lecet yaitu 55,8%. Jenis cedera yang tinggi juga adalah benturan (36,7%) dan luka terbuka 19,6%. Terkilir merupakan cedera yang relative sering dengan preivalensi 11,4%. Cedera lecet preivalensinya merata tinggi di semua kabupaten dengan rentang nilai 41,5% di kabupaten Majene dan 61,8% di kabupaten Polelawi Mandar. Cedera benturan sebarannya relative beragam antar kabupaten. Terendah 31,45 di Polewali Mandar dan tertinggi 52,8% di kabupaten Mamasa.

Kejadian Cedera di Provinsi Sulawesi Barat tidak berhubungan dengan umur (tabel 3.6.1.2). Cedera karena transportasi darat cukup tinggi pada kelompok umur produktif atau mobilitas yang tinggi yaitu antara umur >14 tahun sampai umur 54 tahun.

Prevalensinya berkisar antara 16,6% pada kelompok umur 45 – 54 tahun dan 36,2% pada kelompok umur 35 – 44 tahun. Cedera karena jatuh prevalensinya tinggi di semua kelompok umur, tetapi yang tertinggi pada usia sangat muda antara 0-14 tahun dan pada kelompok umur tua >54 tahun. Pada umur muda prevalensinya berkisar antara 84,7% sampai 100,0%. Pada kelompok umur tua prevalensinya berkisar antara 53,1% sampai 100,0%. Terluka karena benda tajam/tumpul mulai tinggi prevalensinya pada umur 25 tahun sampai 64 tahun. Pada umur ini prevalensinya >25,0%. Prevalensi cedera karena penyerangan tertinggi pada kelompok umur 65 – 74 tahun.

3.6.2. Status Disabilitas/ketidakmampuan

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

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

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

Masalah disabilitas yang berkaitan dengan penglihatan jauh diderita 6,1%, dan penglihatan jarak dekat diderita 4,8% penduduk Provinsi Sulawesi Barat.≥15 tahun (tabel 3.6.2.1).

Tabel 3.6.2.1
Distribusi Penduduk ≥15 tahun Menurut Status Disabilitas dalam 1 bulan terakhir di Provinsi Sulawesi Barat Riskesdas 2007

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah*
Melihat jarak jauh (20 m)	19.7
Melihat jarak dekat (30 cm)	18.8
Mendengar suara normal dalam ruangan	13.2
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	12.6
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	16.4
Nafas pendek setelah latihan ringan	16.1
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	12.1
Mengalami gangguan tidur	13.7
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	12.4
Kesulitan berdiri selama 30 menit	15.6
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	23.5
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	14.3
Membersihkan seluruh tubuh	7.3
Mengenakan pakaian	6.4
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	14.2
Paham pembicaraan orang lain	10.4
Bergaul dengan orang asing	13.7
Memelihara persahabatan	12.9
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	17.2
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	22.0

Pada tabel di atas tampak bahwa penduduk umur 15 tahun ke atas yang bermasalah dalam hal penglihatan jarak jauh, penglihatan jarak dekat, berjalan jauh, merasa nyeri/merasa tidak nyaman, napas pendek setelah latihan ringan, dan berperan dalam kegiatan kemasyarakatan merupakan disabilitas yang menonjol. Sedangkan yang bermasalah dalam hal membersihkan seluruh tubuh (7,3%) dan mengenakan pakaian (6,4%).

Pada tingkat provinsi penduduk ≥15 tahun dengan tingkat disabilitas sangat bermasalah mencapai 3,0%, sedangkan pada tingkat bermasalah 37,6%. Disabilitas sudah merupakan masalah kesehatan masyarakat di Provinsi Sulawesi Barat, dan tersebar disemua kabupaten.

Tabel 3.6.2.2
Distribusi Penduduk ≥15 tahun Berdasarkan Tingkat Disabilitas dalam 1 Bulan Terakhir Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Sangat masalah	Masalah
Majene	2.6	38.4
Polewali Mandar	2.4	50.1
Mamasa	4.5	35.5
Mamuju	3.9	24.0
Mamuju Utara	1.6	34.0
Sulawesi Barat	3.0	37.6

Menurut kelompok umur semakin tua kelompok umur semakin tinggi proporsi penduduk umur ≥15 tahun yang sangat bermasalah (tabel 3.6.2.3).

Tabel 3.6.2.3
Sebaran Penduduk ≥15 tahun Berdasarkan Tingkat Disabilitas
dalam 1 Bulan Terakhir Menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sangat masalah	Masalah
Kelompok umur (tahun)		
15-24	0.6	19.0
25-34	1.5	26.2
35-44	1.9	35.9
45-54	2.5	57.8
55-64	5.0	72.4
65-74	12.3	77.2
>75	36.6	57.8
Jenis kelamin:		
Laki-laki	2.9	35.3
Perempuan	3.2	39.8
Pendidikan:		
Tidak sekolah	10.5	52.8
Tidak tamat SD	4.0	46.2
Tamat SD	2.5	37.2
Tamat SMP	0.8	32.9
Tamat SMA	1.9	26.2
Tamat SMA+	2.8	30.3
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	9.3	40.2
Sekolah	0.5	17.9
Mengurus RT	1.9	41.6
Pegawai (PNS, Swasta, Polri)	3.0	30.3
Wiraswasta	3.0	34.1
Petani/Nelayan/Buruh	2.4	40.1
Lainnya	3.1	37.6
Wilayah/Daerah		
Perkotaan	3.4	30.1
Perdesaan	3.0	39.1
Tingkat Pengeluaran perkapita		
Kuintil 1	2.4	41.3
Kuintil 2	3.8	38.0
Kuintil 3	2.7	39.9
Kuintil 4	3.1	35.4
Kuintil 5	3.2	34.1
Sulawesi Barat	3.0	37.6

Hubungan yang serupa juga terjadi pada hubungan kelompok umur dan proporsi penduduk yang bermasalah, kecuali pada kelompok umur tertua. Masalah disabilitas sudah menjadi masalah kesehatan masyarakat (>10,0%) pada kelompok umur >64 tahun. Terdapat kecenderungan proporsi penduduk perempuan ≥ 15 tahun yang sangat bermasalah dan bermasalah disabilitas lebih tinggi daripada penduduk laki-laki.

Tidak ada hubungan tingkat pendidikan dengan proporsi penduduk sangat bermasalah dan bermasalah. Namun proporsi penduduk sangat bermasalah dan bermasalah paling tinggi terdapat pada mereka yang tidak pernah sekolah. Mereka yang berasal dari rumahtangga dengan pekerjaan utama KK tidak bekerja mempunyai proporsi tertinggi baik yang sangat bermasalah maupun yang bermasalah.

Penduduk umur ≥ 15 tahun yang sangat bermasalah relatif lebih tinggi di perkotaan, sedangkan yang bermasalah lebih tinggi di perdesaan. Lebih tinggi proporsi penduduk laki-laki yang tidak bermasalah daripada penduduk perempuan. Tidak tampak pola hubungan yang jelas antara tingkat disabilitas dengan tingkat ekonomi rumahtangga.

Para penduduk yang mengalami disabilitas dibagi menurut bantuan yang diperlukan dalam kehidupannya. Pada tingkat provinsi sebanyak masing-masing 3,4% penduduk usia ≥ 15 tahun membutuhkan bantuan dalam hal merawat diri, melakukan kegiatan dan berkomunikasi.

Semakin tinggi umur semakin besar proporsi penduduk ≥ 15 tahun yang memerlukan bantuan baik untuk merawat diri, melakukan kegiatan sehari-hari maupun untuk berkomunikasi. Proporsinya melonjak diatas 20,0% setelah umur 74 tahun. Proporsinya relatif merata antara laki-laki dan perempuan pada semua jenis bantuan yaitu berkisar antara 3,3% sampai 3,6% pada laki-laki dan yang terendah 3,21% sampai 3,5%. Namun Laki-laki lebih banyak membutuhkan bantuan pada memakai pakaian (3,6%) dan melaksanakan kegiatan, sedangkan pada perempuan berupa bantuan komunikasi., (3,5%)

Tidak ada pola hubungan antara tingkat pendidikan dan proporsi jenis bantuan. Namun proporsi penduduk yang membutuhkan bantuan paling tinggi pada kelompok dimana KK tidak sekolah. Dengan proporsi yang membutuhkan bantuan diatas lima persen. Yang tertinggi delapan persen yang membutuhkan bantuan dalam komunikasi. Penduduk dari rumahtangga dimana pekerjaan utama KK tidak bekerja juga membutuhkan dalam ketiga jenis bantuan dalam proporsi yang hampir sama sekitar 7,0%. Relatif lebih tinggi proporsi penduduk perkotaan yang memerlukan bantuan untuk merawat diri, kegiatan sehari-hari maupun dalam hal bantuan komunikasi dibandingkan dengan saudaranya di pedesaan. Terutama dalam hal merawat diri dimana 4,2% pada penduduk perkotaan dan 3,2% pada penduduk perdesaan.

Tidak ada hubungan antara tingkat ekonomi rumahtangga dengan proporsi penduduk yang membutuhkan untuk semua jenis bantuan.

Secara umum mereka yang membutuhkan bantuan paling banyak berasal dari kelompok sosial ekonomi yang rendah, baik berupa tingkat pendidikan tidak sekolah dan pada pekerjaan KK yang tidak bekerja.

Tabel 3.6.2.4
Proporsi Penduduk ≥15 tahun menurut jenis bantuan dan Karakteristik
Responden Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis bantuan yang dibutuhkan dalam hal		
	Merawat diri	Melakukan	Berkomunikasi
Kelompok umur (tahun)			
15-24	1.6	1.7	1.9
25-34	2.3	2.3	2.2
35-44	3.7	3.6	3.6
45-54	3.3	3.0	2.8
55-64	3.5	3.7	4.8
65-74	9.0	9.0	7.9
>75	22.0	26.6	25.0
Jenis kelamin:			
Laki-laki	3.6	3.6	3.3
Perempuan	3.1	3.2	3.5
Pendidikan:			
Tidak sekolah	5.9	6.5	8.1
Tidak tamat SD	3.4	3.4	2.9
Tamat SD	3.3	3.2	3.4
Tamat SMP	2.2	2.6	2.2
Tamat SMA	3.8	3.8	3.5
Tamat SMA+	2.8	2.8	2.1
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	6.4	6.7	7.3
Sekolah	1.8	2.2	2.3
Mengurus RT	2.3	2.4	2.3
Pegawai (PNS, Swasta,	3.0	3.0	1.9
Wiraswasta	4.5	3.6	4.0
Petani/Nelayan/Buruh	3.2	3.3	3.3
Lainnya	3.7	3.7	3.2
Wilayah/Daerah			
Perkotaan	4.2	3.9	3.8
Perdesaan	3.2	3.3	3.4
Tingkat Pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	1.7	1.7	1.0
Kuintil 2	4.7	4.4	4.1
Kuintil 3	3.0	3.3	3.3
Kuintil 4	3.7	3.7	4.5
Kuintil 5	3.7	3.9	4.0
Sulawesi Barat	3.4	3.4	3.4

Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa prevalensi disabilitas menunjukkan variabilitas menurut karakteristik responden. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” semakin meningkat dengan bertambahnya umur. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” pada perempuan sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan prevalensi disabilitas pada laki-laki. Semakin rendah tingkat pendidikan penduduk ternyata diikuti dengan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” yang semakin tinggi. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” ternyata bervariasi menurut pekerjaan responden. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat pada responden yang tidak bekerja, sedangkan yang terendah pada responden yang sekolah. Prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tidak berbeda menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran perkapita per bulan. (Tabel 3.6.2.5).

Tabel 3.6.2.5
Prevalensi Status Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Status Disabilitas	
	Sangat	Bermasalah
Majene	2.6	38.4
Polewali Mandar	2.4	50.1
Mamasa	4.5	35.5
Mamuju	3.9	24.0
Mamuju Utara	1.6	34.0
Sulawesi Barat	3.0	37.6

3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

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

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

3.7.1. Perilaku Merokok

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

Tabel 3.7.1.1
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Majene	19,0	3,2	3,2	74,5
Polewali Mandar	16,3	7,0	3,5	73,2
Mamasa	19,7	5,4	5,6	69,3
Mamuju	23,2	4,6	3,8	68,4
Mamuju Utara	24,9	2,9	3,1	69,1
Sulawesi Barat	19,9	5,2	3,7	71,1

Tabel 3.7.1.1. menunjukkan bahwa secara nasional prevalensi penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari. Pada tingkat provinsi prevalensi penduduk perokok tiap hari 20,1%, kadang-kadang 5,3%, dan mantan perokok 3,1%.

Prevalensi perokok setiap hari hampir sama antar kabupten di Provinsi Sulawesi Barat. Prevalensi perokok tiap hari tertinggi kabupaten Mamuju Utara (24,9%), dan terendah di kabupaten Polewali Mandar (16,3%)

Perilaku sangat penting pengaruhnya terhadap kesehatan. Perilaku yang dimaksudkan dalam survey ini adalah perilaku yang negatif dan positif dampaknya terhadap kesehatan. Prevalensi penduduk umur ≥ 10 tahun menurut status perokok dan karakteristik responden disajikan pada tabel 3.7.1.2.

Tabel 3.7.1.2
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Kelompok umur (tahun)				
10-14	0,4	1,4	2,1	96,1
15-24	14,6	7,3	1,2	77,0
25-34	27,4	5,8	2,7	64,1
35-44	30,3	5,8	3,7	60,4
45-54	26,7	5,2	5,3	62,9
55-64	26,4	5,1	7,9	60,7
65-74	15,4	4,5	11,5	68,6
>75	17,9	5,2	19,4	57,5
Jenis kelamin:				
Laki-laki	39,4	9,9	6,2	44,5
Perempuan	1,4	0,8	1,4	96,4
Tingkat pendidikan				
Tidak sekolah	18,0	4,4	5,6	72,0
Tidak tamat SD	17,2	3,0	4,0	75,9
Tamat SD	20,3	4,8	3,5	71,3
Tamat SMP	20,7	8,3	2,5	68,6
Tamat SMA	24,1	5,9	3,6	66,4
Tamat PT	21,1	9,2	5,6	64,1
Wilayah/Daerah				
Perkotaan	15,6	4,8	4,1	75,5
Perdesaan	20,7	5,3	3,7	70,3
Tingkat Pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	18,3	5,1	2,4	74,1
Kuintil 2	20,2	5,6	3,6	70,6
Kuintil 3	19,5	6,1	3,2	71,2
Kuintil 4	21,2	5,2	3,0	70,6
Kuintil 5	21,3	4,2	3,1	71,4

Prevalensi perokok setiap hari meningkat seiring dengan meningkatnya umur mencapai prevalensi tertinggi 30,3% pada umur 35-44 tahun, setelah itu menurun pada kelompok umur semakin tua, kecuali pada kelompok umur tertua yang sedikit meningkat lagi sampai 17,9%. Perokok kadang-kadang, rendah pada umur 10-14 tahun setelah itu meningkat hampir lima kali pada kelompok umur 15-24 tahun, kemudian cenderung tetap prevalensinya pada semua kelompok umur. Mantan rokok prevalensinya semakin meningkat seiring dengan meningkatnya umur. Bukan perokok cenderung tetap pada semua kelompok umur, kecuali pada dua kelompok termuda.

Prevalensi penduduk laki-laki yang merokok baik tiap hari maupun kadang-kadang lebih tinggi daripada penduduk perempuan. Perokok tiap hari pada laki-laki 39,4% sedangkan perempuan 1,4%. Sebagian besar perempuan 96,4% bukan perokok.

Prevalensi penduduk yang merokok merata di seluruh kelompok tingkat pendidikan, walaupun ada sedikit kecenderungan prevalensi perokok semakin tinggi dengan semakin tingginya tingkat pendidikan. Dalam prevalensi yang lebih kecil, hubungan yang sama juga pada prevalensi perokok kadang-kadang. Sebaliknya ada kecenderungan semakin rendah tingkat pendidikan semakin tinggi prevalensi bukan perokok. Penduduk pedesaan lebih banyak yang merokok daripada penduduk perkotaan. Tidak tampak pola hubungan antara perokok dengan tingkat ekonomi rumah tangga.

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

Kabupaten	Perokok saat ini	Rerata jumlah batang rokok /hari
Majene	22,4	11,5
Polewali Mandar	23,0	11,1
Mamasa	25,1	14,9
Mamuju	28,2	15,9
Mamuju Utara	27,9	14,9
Sulawesi Barat	25,1	14,3

Prevalensi perokok dan rata-rata banyaknya rokok yang dihisap setiap hari disajikan pada tabel 3.7.1.3. Tabel tersebut menunjukkan bahwa di provinsi Sulawesi Barat prevalensi perokok saat ini 25,1% , tertinggi di kabupaten Mamuju (28,2%), terendah di kabupaten Majene (22,4%). Rata-rata jumlah rokok yang merokok setiap hari 14,3 batang. Dengan rata-rata perhari terendah 11,1 batang di kabupaten Polewali Mandar dan tertinggi 15,9 batang perhari di kabupaten Mamuju.

Tabel 3.7.1.4
Prevalensi perokok laki-laki umur ≥ 10 tahun berdasarkan
jumlah rokok yang dihisap per hari menurut Kabupaten di Provinsi
Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Rata-rata batang rokok perhari				
	≥ 49	37-48	25-36	13-24	1-12
Majene	0,4	0,0	1,3	43,2	55,1
Polewali Mandar	1,8	0,3	1,8	23,8	72,2
Mamasa	6,1	0,0	1,3	40,8	51,8
Mamuju	3,1	0,6	5,8	58,2	32,2
Mamuju Utara	0,0	1,4	5,3	61,5	31,7
Sulawesi Barat	2,4	0,5	3,4	43,3	50,4

Prevalensi perokok laki-laki menurut jumlah batang rokok yang dihisap perhari tidak begitu berbeda antar kabupaten di provinsi Sulawesi Barat (tabel 3.105). Prevalensi terbesar berada pada perokok dengan konsumsi rokok perhari <25 batang perhari, yaitu di kabupaten Mamuju Utara (61,5%) sebanyak 13-24 batang, dan kabupaten Polewali Mandar (72,2%) sebanyak 1-12 batang

Tabel 3.7.1.5
Prevalensi perokok laki-laki umur ≥10 tahun berdasarkan
jumlah rokok yang dihisap per hari menurut Karakteristik responden
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rata-rata batang rokok perhari				
	≥ 49	37-48	25-36	13-24	1-12
Kelompok umur (tahun)					
10-14	39.3	0,0	0,0	12.9	47.8
15-24	2.1	0,0	2.3	36.4	59.2
25-34	2.3	0.6	2.2	44.2	50.7
35-44	1.9	0,8	4.6	47.0	45.7
45-54	0.5	0.6	5.3	50.2	43.4
55-64	4.5	0,0	3.7	39.0	52.9
65-74	15.4	0,0	0,0	34.7	49.9
>75	4.4	1.5	5.9	23.5	64.6
Tingkat pendidikan					
Tidak sekolah	7.1	0.3	2.9	42.2	47.6
Tidak tamat SD	3.7	0.1	3.2	45.3	47.6
Tamat SD	2.8	0.5	3.2	47.0	46.6
Tamat SMP	3.2	0.1	4.0	35.2	57.4
Tamat SMA	0,9	1.8	3.6	40.8	52.9
Tamat SMA+	1.4	0,0	2.8	37.0	58.8
Wilayah/Daerah					
Perkotaan	1.9	1.0	3.5	35.6	58.0
Perdesaan	3.5	0.4	3.3	43.5	49.3
Tingkat Pengeluaran perkapita					
Kuintil 1	2,1	0,0	2,9	35,9	59,1
Kuintil 2	3,2	0,0	2,2	40,8	53,7
Kuintil 3	1,4	1,4	3,5	44,4	49,3
Kuintil 4	3,9	0,5	2,9	49,8	42,9
Kuintil 5	1,6	0,6	5,6	45,2	47,0

Tabel 3.7.1.5, menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga anak laki-laki (39,3%) umur 10-14 tahun sudah mulai merokok ≥ 49 batang per hari, bahkan hingga umur tua >75 tahun, sebanyak 64,6% kebiasaan merokok masih terjadi hingga 1-12 batang per hari. Semakin tinggi tingkat pendidikan, cenderung menurunkan jumlah rokok yang dihisap per hari. Laki-laki di perdesaan cenderung lebih banyak mengisap rokok per hari dibandingkan di perkotaan, Sementara perbedaan tingkat pengeluaran per kapita cenderung tidak berpengaruh terhadap jumlah rokok yang dihisap per hari, terutama yang menghisap < 25 batang per hari.

Tabel 3.7.1.6
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Umur Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten di Provinsi
Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Umur mulai merokok tiap hari (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	
Majene	0,0	4,6	27,9	7,2	3,6	1,0	55,7
Polewali Mandar	0,0	3,7	16,1	6,2	2,6	0,9	70,5
Mamasa	0,0	5,1	45,1	14,2	3,4	2,2	30
Mamuju	0,0	5,8	30,1	4,8	2,8	0,4	56,1
Mamuju Utara	0,0	19,3	43,9	13,4	2,7	2,7	18
Sulawesi Barat	0,0	6,6	29,1	7,7	2,9	1,1	52,6

Tabel 3.7.1.6, menunjukkan bahwa pada tingkat provinsi prevalensi perokok yang mulai merokok teratur pada umur 15-19 tahun sebesar 30,1%, tertinggi di kabupaten Mamasa (46,1%, terendah di kabupaten Polewali Mandar (17,1%), namun sebagian besar penduduk (50,6%) tidak tahu kapan mulai merokok setiap hari.

Tabel 3.7.1.7
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Umur Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Umur mulai merokok tiap hari (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	
Kelompok umur (tahun)							
10-14	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50
15-24	0,0	11,8	54.3	3.1	0,0	0,0	30.8
25-34	0,0	6,5	33.7	7.6	1,9		50.1
35-44	0,0	6,6	25.9	9.7	3,4	1,2	53.2
45-54	0,0	3,5	20.2	9.6	7,1	1,8	57.8
55-64	0,0	2,7	7.7	7.7	4,7	1,3	75.9
65-74	0,0	2,1	7.5	7.5	0,0	2,1	80.8
>75	0,0	8,3	3.2	3.2	0,0	12,5	72.8
Jenis kelamin:							
Laki-laki	0,0	6,8	29.5	7.8	2,8	0,9	52.2
Perempuan	0,0	1,8	16.5	4.3	7,0	5,3	65.1
Tingkat pendidikan							
Tidak sekolah	5,2	5,1	19.9	5.4	,4	3,1	60.9
Tidak tamat SD	3,1	5,5	21.5	5.6	2,7	,7	60.9
Tamat SD	2,4	9,9	28	7.1	2,6	,6	49.4
Tamat SMP	,2	6,5	32.9	8.2	3,9	,9	47.4
Tamat SMA	2,5	3,5	40.8	6.8	2,0	1,6	42.8
Tamat PT		2,8	37.5	14.2	6,0	1,0	38.5
Wilayah/Daerah							
Perkotaan	1,5	5,5	35.2	13.7	2,6	1,8	39.7
Perdesaan	2,4	7,0	27.7	6.1	2,7	,9	53.2
Tingkat Pengeluaran perkapita							
Kuintil 1	1,2	8,8	18.8	4.8	2,5	2,3	61.6
Kuintil 2	1,0	7,3	20.5	4.4	2,5		63.3
Kuintil 3	0,4	6,7	24.2	5.1	1,6		59.2
Kuintil 4	1,1	5,4	23.2	5.4	1,3	2,8	60.8
Kuintil 5	0,8	3,3	31.9	7.4	1,9	4,1	50.6

Tabel 3.7.1.7 menunjukkan bahwa, prevalensi yang tidak tahu umur mulai merokok tiap hari cenderung semakin tinggi dengan semakin tuanya umur perokok. Kecuali pada kelompok umur termuda dimana 50,0% lupa kapan mulai merokok tiap hari. Prevalensi yang mulai merokok tiap hari pada umur 15-19 tahun semakin rendah seiring dengan semakin tingginya kelompok umur. Prevalensi kelompok yang mulai merokok tiap hari pada umur 15-19 tahun lebih tinggi pada laki-laki (30,5%) daripada perempuan (17,5%). Semakin tinggi pendidikan semakin tinggi prevalensi perokok yang mulai merokok tiap hari pada umur 15-19 tahun, kecuali pada yang tamat perguruan tinggi. Tidak ada pola hubungan antara umur mulai merokok tiap hari dengan tingkat ekonomi rumah tangga.

Tabel 3.7.1.8
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Umur pertama kali merokok/kunyah tembakau (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	
Majene	0.8	4.6	22.0	7.7	2.7	1,3	60.9
Polewali Mandar	0.5	4.0	16.3	4.4	1.2	,6	73
Mamasa	0.4	2.5	37.4	11.5	2.2	2,0	44
Mamuju	1.2	7.1	24.1	3.6	2.2	0,3	61.5
Mamuju Utara	1.7	18.5	39.1	12.9	2.6	2,0	23.2
Sulawesi Barat	0.9	6.4	24.5	6.3	2.0	1,1	58.8

Tabel 3.7.1.8 menunjukkan bahwa lebih dari satu diantara empat penduduk umur 15-19 tahun di provinsi Sulawesi Barat pertama kali merokok atau mengunyah tembakau. Prevalensi tertinggi di kabupaten Mamuju Utara (39,1%), terendah kabupaten Polewali Mandar (16,3%), Namun sebagian dari penduduk (58,8%) tidak tahu umur pertama kali merokok/mengunyah tembakau.

Tabel 3.7.1.9
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Karakteristik
Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Umur pertama kali merokok/kunyah tembakau (tahun)						
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	Tdk tahu
Kelompok umur (tahun)							
10-14	4,1	10,2	0,0	0,0	0,0	0,0	85,7
15-24	0,3	14,3	41,9	1,5	0,0	0,0	42
25-34	1,1	6,4	30,2	7,6	2,3	0,2	52,2
35-44	0,6	5,4	23,7	6,8	1,3	1,2	61,0
45-54	1,9	3,5	18,4	7,3	4,1	0,5	64,3
55-64	0,4	1,8	8,4	9,7	5,3	1,9	72,5
65-74	1,0	3,1	5,1	7,1	0,0	4,1	79,6
>75	0,0	0,0	5,4	5,4	0,0	4,1	85,1
Jenis kelamin:							
Laki-laki	0,9	6,8	25,4	6,6	1,9	0,8	57,6
Perempuan	1,4	0,7	10,0	1,4	2,9	2,7	80,9
Tingkat pendidikan							
Tidak sekolah	1,8	3,5	18,1	4,7	0,6	2,4	68,9
Tidak tamat SD	0,9	4,5	17,7	5,0	3,1	0,8	68
Tamat SD	0,9	8,8	23,6	7,0	1,2	0,8	57,7
Tamat SMP	1,5	7,2	29,2	7,2	2,7	0,7	51,5
Tamat SMA	0,0	5,0	34,9	5,3	1,7	0,5	52,6
Tamat PT	1,0	1,9	25,2	7,8	4,9	1,8	57,4
Wilayah/Daerah							
Perkotaan	0,7	4,7	26,9	8,6	1,3	1,4	56,4
Perdesaan	0,9	6,7	24,0	5,9	2,1	0,8	59,6
Tingkat Pengeluaran perkapita							
Kuintil 1	1,2	8,8	19,8	5,8	2,5	2,3	59,6
Kuintil 2	1,0	7,3	21,5	5,4	2,5	1,0	61,3
Kuintil 3	0,4	6,7	25,2	6,1	1,6	2,8	57,2
Kuintil 4	1,1	5,4	24,2	6,4	1,3	2,8	58,8
Kuintil 5	0,8	3,3	32,9	8,4	1,9	4,1	48,6

Tabel 3.7.1.9 menggambarkan prevalensi penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok menurut umur pertama kali merokok/mengunyah tembakau dan karakteristik reponden. Perokok umur 10-14 tahun sudah mulai merokok pertama kali pada umur 5-9 tahun (4,1%). Prevalensi mulai merokok tertinggi dijumpai pada kelompok umur 15-19 tahun. Menurut jenis kelamin, pendidikan, tipe daerah, dan tingkat pengeluaran per kapita tidak menunjukkan pola yang spesifik.

Hampir semua perokok merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumahtangga yang lain (tabel 3.7.1.10), Hal ini dapat meningkatkan risiko perokok pasif

Tabel 3.7.1.10
Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga
menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Perokok merokok dalam rumah ketika bersama ART
Majene	88.4
Polewali Mandar	91.6
Mamasa	96.3
Mamuju	88.7
Mamuju Utara	97.0
Sulawesi Barat	91.4

Tabel 3.7.1.10 menunjukkan prevalensi perokok yang merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga menurut kabupaten, Pada tingkat provinsi 92,0% perokok merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain, Secara umum di semua kabupaten prevalensi perokok yang merokok dalam rumah saat ada anggota rumah tangga lain prevalensinya berkisar sekitar 90%, tertinggi di kabupaten Mamuju Utara (97,4%), terendah di kabupaten Majene (89,0%)

Tabel 3.7.1.11
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis
Rokok yang Dihisap dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat,
Riskesdas 2007

Kabupaten	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cang-klong	Cerutu	Temba -kau diku-nyah	Lain-nya
Majene	85,9	36,6	49,4	9,9	5,2	5,0	3,4	0,0
Polewali Mandar	83,1	18,0	24,4	4,3	0,0	0,0	0,0	0,3
Mamasa	80,9	54,0	18,2	12,3	0,3	0,0	3,7	0,0
Mamuju	89,2	21,6	9,6	2,7	0,0	0,0	0,0	0,4
Mamuju Utara	90,3	27,4	19,8	6,5	0,2	0,0	0,2	0,0
Sulawesi Barat	85,9	26,5	21,4	5,6	0,7	0,6	0,9	0,2

Tabel 3.7.1.11, secara umum jenis rokok yang paling banyak diminati adalah rokok kretek dengan filter rata-rata (85,9%) terutama di kabupaten Mamuju Utara (90,3%) , kemudian kretek tanpa filter rata-rata (26,5%) terutama di kabupaten Mamasa (54,0%) , dan rokok putih rata-rata (21,4%), terutama di kabupaten Majene (49,4%)

Tabel 3.7.1.12
Prevalensi Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis
Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Sulawesi Barat,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
Kelompok umur								
10-14	63,6	13,6	27,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-24	88,9	16,2	28,4	1,1	0,3	0,3	0,3	0,5
25-34	87,6	22,8	22,5	1,9	0,6	0,4	0,4	0,0
35-44	82,9	28,2	20,6	3,7	0,6	0,6	0,6	0,0
45-54	81,1	29,5	15,9	8,5	1,9	1,1	0,4	0,7
55-64	78,3	35,0	12,8	15,0	0,6	0,6	1,7	0,0
65-74	64,5	30,6	6,5	22,2	1,6	1,6	8,1	0,0
>75	45,2	51,6	3,3	32,3	0,0	0,0	3,2	0,0
Jenis kelamin:								
Laki-laki	83,8	25,8	20,9	5,3	0,6	0,5	0,6	0,2
Perempuan	69,4	22,1	14,0	9,3	1,2	1,2	5,9	0,0
Tingkat pendidikan								
Tidak sekolah	74,5	27,7	17,5	13,9	2,2	1,5	4,4	0,0
Tidak tamat SD	81,0	30,9	20,7	7,7	0,6	0,6	1,1	0,0
Tamat SD	83,1	26,7	18,7	6,5	0,7	0,7	0,7	0,6
Tamat SMP	86,8	23,7	22,6	1,9	0,3	0,5	0,0	0,0
Tamat SMA	85,1	22,7	25,4	1,5	0,4	0,4	0,0	0,0
Tamat PT	83,5	11,8	21,2	2,3	1,2	1,2	0,0	0,0
Wilayah/Daerah								
Perkotaan	83,3	25,1	27,9	4,0	0,0	0,0	0,4	0,0
Perdesaan	83,1	25,7	19,6	5,7	0,8	0,6	0,9	0,2
Tingkat Pengeluaran								
Kuintil 1	81,6	29,3	24,7	7,8	1,8	1,6	1,3	0,0
Kuintil 2	83,2	26,0	23,0	4,7	1,0	0,7	1,5	1,0
Kuintil 3	85,8	25,6	16,0	6,3	0,2	0,2	0,7	0,0
Kuintil 4	83,1	21,6	19,6	4,2	0,2	0,0	0,7	0,0
Kuintil 5	81,6	25,9	20,0	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Pada tabel 3.7.1.12, terlihat bahwa menurut kelompok umur, pada umumnya jenis rokok yang diminati adalah kretek dengan filter, kecuali pada kelompok umur 75 tahun ke atas kretek tanpa filter merupakan pilihannya, menyusul kemudian linting, Tidak ada perbedaan selera konsumsi rokok antara laki-laki dan perempuan, yaitu terbanyak menyukai rokok kretek dengan filter. Demikian juga menurut pendidikan, yang tidak sekolah lebih banyak menyukai rokok linting atau tembakau kunyah dibandingkan dengan penduduk bertingkat pendidikan lebih tinggi. Selera konsumsi rokok menurut karakter wilayah cenderung sama antara perkotaan dan perdesaan, kecuali penggemar rokok putih lebih banyak di perkotaan, Selera konsumsi kretek dengan filter cenderung sama di berbagai tingkat pengeluaran per kapita

3.7.2. Perilaku Konsumsi Buah Dan Sayur

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

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

Kabupaten	Kurang makan buah dan sayur*)	Cukup makan buah dan sayur*)
Majene	96.7	3.3
Polewali Mandar	96	3
Mamasa	93.8	5.2
Mamuju	97	3
Mamuju Utara	93.3	6.7
Sulawesi Barat	96.4	3.6

Dari tabel 3.7.2.1, nampak bahwa secara keseluruhan, penduduk umur 10 tahun ke atas kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 96,4%. Kebiasaan ini merata diseluruh kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat,

Tabel 3.7.2.2
Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat,
Riskesmas 2007

Kabupaten	Kurang makan buah dan sayur*)	Cukup makan buah dan sayur*)
Kelompok umur (tahun)		
10-14	96.7	3.3
15-24	96.2	3.8
25-34	96.3	3.7
35-44	96.1	3.9
45-54	96.2	3.8
55-64	96.3	2.7
65-74	97.2	2.8
>75	97.1	2.9
Jenis kelamin:		
Laki-laki	96.5	3.5
Perempuan	96.3	3.7
Tingkat pendidikan		
Tidak sekolah	96.6	3.4
Tidak tamat SD	96.9	3.1
Tamat SD	96.4	3.6
Tamat SMP	96.4	3.6
Tamat SMA	95.4	4.6
Tamat PT	96.8	3.2
Wilayah/Daerah		
Perkotaan	96.3	3.7
Perdesaan	96.5	3.5
Tingkat Pengeluaran perkapita		
-2.1	-2.1	2.1
Kuintil 1	96.6	3.4
Kuintil 2	96.7	3.3
Kuintil 3	96.7	3.3
Kuintil 4	96.1	3.9
Kuintil 5	96	4

Pada tabel 3,7.2.2 tampak bahwa berdasarkan seluruh karakter yang diamati bahwa hampir seluruh penduduk kurang makan buah dan sayur, kelompok umur yang paling kurang konsumsi buah dan sayur adalah 65 tahun ke atas (97,1%), Tidak ada perbedaan konsumsi buah dan sayur antara laki-laki dan perempuan, di berbagai tingkat pendidikan, wilayah tempat tinggal, dan tingkat pengeluaran per kapita,

3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol

Salah satu faktor risiko kesehatan adalah kebiasaan minum alkohol, Informasi perilaku minum alkohol didapat dengan menanyakan kepada responden umur 10 tahun ke atas, Karena perilaku minum alkohol seringkali periodik maka ditanyakan perilaku minum alkohol dalam periode 12 bulan dan satu bulan terakhir, Wawancara diawali dengan pertanyaan apakah minum minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir, Untuk

penduduk yang menjawab “ya” ditanyakan dalam 1 bulan terakhir, termasuk frekuensi, jenis minuman dan rata-rata satuan minuman standar,

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

Pada umumnya provinsi dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam 12 bulan terakhir di atas angka nasional, juga diikuti dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam satu bulan terakhir di atas angka nasional,

Tabel 3.7.3.1
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Provinsi	Konsumsi alkohol 12 Bulan	Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
Majene	0,7	0,2
Polewali Mandar	1,1	0,6
Mamasa	13,9	9,3
Mamuju	5,4	4,0
Mamuju Utara	2,5	1,6
Sulawesi Barat	4,0	2,7

Tabel 3.7.3.1 menunjukkan bahwa di provinsi Sulawesi Barat prevalensi peminum minuman beralkohol selama 12 bulan terakhir rata-rata 4,0%, yang tertinggi di kabupaten Mamasa 13,9%, terendah di kabupaten Majene 0,7%. Sedangkan prevalensinya selama 1 bulan terakhir rata-rata 2,7%, tertinggi di kabupaten Mamasa 9,3%, terendah di kabupaten Majene 0,2%

Tabel.3.7.3.2
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah minum alkohol 12 bulan terakhir	Masih minum alkohol dalam 1 bulan terakhir
Kelompok umur (tahun)		
10-14	0,5	0,2
15-24	4,3	3,0
25-34	5,9	4,2
35-44	5,2	3,7
45-54	2,9	2,0
55-64	4,4	2,8
65-74	2,9	1,6
>75	4,5	2,2
Jenis kelamin:		
Laki-laki	7,5	5,2
Perempuan	0,6	0,4
Tingkat pendidikan		
Tidak sekolah	2,0	1,3
Tidak tamat SD	2,9	1,9
Tamat SD	4,2	2,8
Tamat SMP	5,3	3,7
Tamat SMA	5,9	4,1
Tamat PT	2,5	1,8
Wilayah/Daerah		
Perkotaan	1,1	0,8
Perdesaan	4,5	3,1
Tingkat Pengeluaran perkapita		
Kuintil 1	3,1	2,1
Kuintil 2	3,4	2,1
Kuintil 3	3,3	2,3
Kuintil 4	5,6	4,0
Kuintil 5	5,0	3,2

Pada tabel 3,7.3.2 dapat dilihat bahwa prevalensi peminum alkohol 12 bulan dan satu bulan terakhir tertinggi pada umur 25-34 tahun, kemudian turun dengan bertambahnya umur.

Menurut jenis kelamin, prevalensi peminum alkohol lebih besar pada laki-laki dibanding perempuan, Sedangkan menurut pendidikan, prevalensi minum alkohol tinggi tampak pada yang berpendidikan tamat SMP dan tamat SMA, Prevalensi peminum alkohol di perdesaan lebih tinggi dari perkotaan, Semakin tinggi kuintil tingkat pengeluaran per kapita, cenderung semakin meningkatkan prevalensi peminum alkohol selama 12 bulan terakhir dan satu bulan terakhir

Tabel 3.7.3.3
Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Kabupaten,
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi				Jenis Minuman			
	≥ 5 hr/ mg	1-4 hr/ mg	1-3 hr/ bln	<1x/ bln	Bir	Whiskey /vodka	Anggur/ wine	Minuman tradisional
Majene	0,0	0,0	32,9	66,7	0,0	0,0	33,3	66,7
Polewali Mandar	22,2	5,6	26,0	50,0	33,3	0,0	27,8	38,9
Mamasa	11,8	61,2	24,2	3,5	3,5	0,0	8,2	88,2
Mamuju	47,8	23,9	14,9	14,1	12,1	4,4	5,5	78,0
Mamuju Utara	0,0	8,3	58,3	33,3	27,3	9,1	27,3	36,4
Sulawesi Barat	27,6	36,2	21,4	14,8	11,1	2,4	10,1	76,4

Tabel 3,7.3.3 menggambarkan prevalensi penduduk umur 10 tahun ke atas yang minum alkohol menurut frekuensi minum serta jenis minuman berdasarkan kabupaten, Tampak bahwa minuman tradisional terbanyak dikonsumsi dalam 1 bulan terakhir, terutama di Kabupaten Mamasa (88,2%) dan Mamuju (78,0%), Peminum minuman beralkohol rata-rata 36,2% yang terbiasa minum 1-4 hari per minggu, tertinggi di kabupaten Mamasa (61,2%).

Tabel 3.7.3.4
Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Karakteristik Responden,
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Frekuensi				Jenis Minuman			
	≥ 5 hr/ mg	1-4 hr/ mg	1-3 hr/ bln	<1x/ bln	Bir	Whiskey /vodka	Anggur/ wine	Minuman tradisional
Kelompok umur								
10-14	0,0	33,3	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	100,0
15-24	24,0	30,0	26,0	20,0	14,0	6,0	14,0	66,0
25-34	30,3	31,8	28,8	9,1	12,3	0,0	10,8	76,9
35-44	37,3	35,3	9,8	17,6	15,7	3,9	11,8	68,6
45-54	5,9	52,9	29,4	11,8	0,0	0,0	5,6	94,4
55-64	25,0	50,0	18,8	6,3	0,0	0,0	6,7	93,3
65-74	80,0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
>75	0,0	75,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Jenis kelamin:								
Laki-laki	27,7	36,9	19,5	15,9	11,8	2,6	9,7	75,9
Perempuan	28,6	28,6	42,9	0,0	0,0	0,0	14,3	85,7
Tingkat pendidikan								
Tidak sekolah	0,0	62,5	37,5	0,0	0,0	0,0	12,5	87,5
Tidak tamat SD	47,1	23,5	17,6	11,8	12,1	3,0	6,1	78,8
Tamat SD	25,3	36,7	19,0	19,0	5,1	2,6	6,4	85,9
Tamat SMP	27,1	37,5	25,0	10,4	10,4	4,2	12,5	72,9
Tamat SMA	19,4	38,9	25,0	16,7	24,3	0,0	16,2	59,5
Tamat PT	40,0	60,0	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0	60,0
Wilayah/Daerah								
Perkotaan	40,0	10,0	30,0	20,0	20,0	0,0	70,0	10,0
Perdesaan	27,6	37,7	20,6	14,1	10,6	2,5	7,0	79,9
Tingkat Pengeluaran								
Kuintil 1	14,7	38,2	32,4	14,7	8,6	2,9	5,7	82,9
Kuintil 2	35,3	26,5	17,6	20,6	6,1	6,1	3,0	84,8
Kuintil 3	33,3	30,8	20,5	15,4	13,2	0,0	0,0	86,8
Kuintil 4	41,0	39,3	11,5	8,2	4,9	0,0	6,6	88,5
Kuintil 5	7,5	45,0	27,5	20,0	24,4	4,9	31,7	39,0

Tabel 3,7.3.4 menggambarkan prevalensi penduduk umur 10 tahun ke atas yang minum alkohol menurut frekuensi minum serta jenis minuman berdasarkan berbagai karakteristik responden, Peminum alkohol yang minum dengan frekuensi ≥5 hari tiap minggu (hampir tiap hari) banyak terdapat pada kelompok umur 65-74 tahun (80,0%) kecuali pada kelompok umur 10-14 tahun (0,0%) Laki-laki cenderung lebih tinggi frekuensi minum minuman beralkohol dibandingkan perempuan, kecuali pada konsumen minuman tradisional . Pada tingkat pengeluaran per kapita tertinggi (kuintil 5) terjadi penurunan yang drastis prevalensi minum minuman beralkohol Jenis minuman yang banyak disukai adalah minuman tradisional

Tabel 3.7.3.5
Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Satuan Standard Minuman menurut Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Satuan standar minuman dalam sehari*				
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-87
Majene	33,3	0,0	0,0	0,0	66,7
Polewali Mandar	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Mamasa	8,2	1,2	1,2	1,2	88,2
Mamuju	35,9	12,0	0,0	0,0	52,2
Mamuju Utara	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0
Sulawesi Barat	22,4	5,7	0,5	0,5	71,0

*1 satuan minuman standar yang mengandung 8 – 13 g etanol, misalnya terdapat dalam:
1 gelas/ botol kecil/ kaleng (285 – 330 ml) bir
1 gelas kerucut (60 ml) aperitif
1 sloki (30 ml) whiskey
1 gelas kerucut (120 ml) anggur

Tabel 3.7.3.5. menggambarkan prevalensi peminum minuman beralkohol satu bulan terakhir berdasarkan satuan standar minuman menurut kabupaten, Hampir 3 di antara 4 penduduk provinsi Sulawesi Barat adalah peminum minuman beralkohol 9-87 satuan per hari, prevalensi tertinggi di kabupaten Polewali (100,0%)

Tabel 3.7.3.6
Prevalensi Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan
Satuan Standard Minuman menurut Kabupaten di Provinsi
Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Satuan standar minuman dalam sehari*				
	1-2	3-4	5-6	7-8	9-87
Kelompok umur					
10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
15-24	28,0	8,0	0,0	2,0	62,0
25-34	23,1	10,8	0,0	0,0	66,2
35-44	20,0	4,0	0,0	0,0	76,0
45-54	11,1	0,0	5,6	0,0	83,3
55-64	25,0	0,0	0,0	0,0	75,0
65-74	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
>75	66,7	0,0	0,0	0,0	33,3
Jenis kelamin					
Laki-laki	21,3	5,6	0,5	0,5	72,1
Perempuan	35,7	14,3	0,0	0,0	50,0
Tingkat pendidikan					
Tidak sekolah	25,0	0,0	0,0	0,0	75,0
Tidak tamat SD	23,5	5,9	0,0	0,0	70,6
Tamat SD	17,9	7,7	0,0	1,3	73,1
Tamat SMP	14,6	8,3	2,1	0,0	75,0
Tamat SMA	44,4	0,0	0,0	0,0	55,6
Tamat PT	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Wilayah/Daerah					
Perkotaan	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Perdesaan	23,6	6,0	0,5	0,5	100,0
Tingkat Pengeluaran perkapita					
Kuintil 1	14,3	0,0	0,0	0,0	85,7
Kuintil 2	17,6	20,6	0,0	0,0	61,8
Kuintil 3	17,9	12,8	0,0	0,0	69,2
Kuintil 4	31,1	0,0	0,0	0,0	68,2
Kuintil 5	22,0	0,0	2,4	2,4	73,2

*1 satuan minuman standar yang mengandung 8 – 13 g etanol, misalnya terdapat dalam:
1 gelas/ botol kecil/ kaleng (285 – 330 ml) bir
1 gelas kerucut (60 ml) aperitif
1 sloki (30 ml) whiskey
1 gelas kerucut (120 ml) anggur

Pada tabel 3.7.3.6 tampak bahwa prevalensi tertinggi peminum minuman beralkohol 9-87 satuan standar tiap hari, Untuk setiap kelompok ukuran minum minuman alkohol, prevalensi perempuan selalu lebih rendah dari laki-laki, kecuali untuk ukuran 1-4 satuan standar minuman per hari, Demikian pula dengan tipe daerah, perdesaan selalu lebih tinggi dari perkotaan, kecuali pada peminum 9-87 satuan standar minuman per hari Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, khusus untuk ukuran 9 - 87 satuan standar minuman, tampak adanya kecenderungan prevalensi peminum sejalan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga perbulan, kecuali pada kuintil satu (status ekonomi rendah), khusus pada konsumsi 9-87 standar satuan tiap hari,

3.7.4. Perilaku Aktifitas Fisik

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

Pada tabel 3,7.4.1 tampak bahwa secara provinsi hampir separuh penduduk (44,1%) kurang melakukan aktivitas fisik, Kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat di kabupaten Polewali Mandar (50,1) dan Majene (48,2)

Tabel 3.7.4.1
Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas
menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Kurang Aktivitas Fisik
Majene	46,9
Polewali Mandar	55,4
Mamasa	24,1
Mamuju	31,9
Mamuju Utara	34,9
Sulawesi Barat	42,0

*) Kurang aktivitas fisik adalah kegiatan kumulatif kurang dari 150 menit dalam Seminggu atau < 600 MET.

Pada tabel 3.7.4.1 tampak bahwa secara umum di provinsi Sulawesi Barat kurang dari separuh penduduk (42,0%) kurang melakukan aktivitas fisik, Kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat di kabupaten Polewali Mandar (55,4%), dan terendah di kabupaten Mamasa (24,1%)

Tabel 3.7.4.2
Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang aktivitas fisik
Kelompok umur (tahun)	
10-14	61,7
15-24	42,6
25-34	31,3
35-44	30,6
45-54	35,3
55-64	41,0
65-74	64,5
>75	62,7
Jenis kelamin:	
Laki-laki	27,4
Perempuan	55,8
Tingkat pendidikan	
Tidak sekolah	43,0
Tidak tamat SD	46,7
Tamat SD	36,5
Tamat SMP	39,2
Tamat SMA	46,5
Tamat PT	58,1
Wilayah/Daerah	
Perkotaan	65,7
Perdesaan	37,5
Tingkat Pengeluaran perkapita	
Kuintil 1	40,4
Kuintil 2	39,5
Kuintil 3	40,8
Kuintil 4	40,1
Kuintil 5	51,0

Pada tabel 3.7.4.2 terlihat bahwa menurut kelompok umur, kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat pada kelompok 65 tahun ke atas (64,5%) dan umur 10-14 tahun (61,7%), dan perempuan dua kali lebih tinggi (55,8%) dibanding laki-laki (27,4%). Berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi pendidikan semakin tinggi prevalensi kurang aktivitas fisik, terutama lebih dari separuh (58,1%) tamatan Perguruan Tinggi kurang aktivitas fisik. Prevalensi kurang aktivitas fisik penduduk perkotaan (65,7%) lebih tinggi di banding perdesaan (37,5%), dan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan semakin meningkat prevalensi kurang aktivitas fisik,

3.7.5. Pengetahuan Dan Sikap Terhadap Flu Burung Dan HIH/AIDS

a. Flu Burung

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

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

Tabel 3.7.5.1
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah	Berpengetahuan	Bersikap benar**
Majene	61,3	69,9	86,3
Polewali Mandar	63,3	67,9	88,4
Mamasa	48,1	70,1	90,4
Mamuju	53,8	61,7	76,0
Mamuju Utara	43,3	62,0	83,7
Sulawesi Barat	56,5	66,2	84,5

*) 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. menunjukkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan kabupaten, Pada tingkat provinsi, 56,5% penduduk pernah mendengar tentang flu burung, Di antara mereka, 66,2% memiliki pengetahuan yang benar, tertinggi di kabupaten Polewali Barat (63,3%), terendah di kabupaten Mamuju Barat (43,3%), dan 84,5% memiliki sikap yang benar, tertinggi di kabupaten Mamasa (90,4%), terendah di kabupaten Mamuju (76,0%).

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

Karakteristik .	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar*	Bersikap benar**
Kelompok umur (tahun)			
10-14	41,2	63,6	81,0
15-24	71,2	70,6	86,6
25-34	66,3	67,0	87,3
35-44	64,0	64,6	84,0
45-54	51,8	63,2	81,6
55-64	34,4	62,9	82,2
65-74	23,6	57,3	74,3
>75	23,1	41,9	61,3
Jenis kelamin:			
Laki-laki	61,7	68,6	85,3
Perempuan	51,6	63,6	83,6
Tingkat pendidikan			
Tidak sekolah	25,1	51,0	73,0
Tidak tamat SD	40,1	54,3	77,9
Tamat SD	52,0	62,2	82,4
Tamat SMP	74,6	69,4	85,6
Tamat SMA	86,5	78,0	92,6
Tamat PT	93,0	86,4	94,7
Wilayah/Daerah			
Perkotaan	72,9	75,1	89,3
Perdesaan	53,4	64,0	83,3
Tingkat Pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	47,8	64,7	81,6
Kuintil 2	53,9	64,3	80,9
Kuintil 3	54,0	60,7	85,2
Kuintil 4	59,0	65,2	84,0
Kuintil 5	71,4	76,0	90,5

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

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

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

b. HIV/AIDS

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

Tabel 3.7.5.3
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007

Provinsi	Pernah mendengar	Berpengetahuan	Berpengetahuan
Majene	27,4	15,1	33,5
Polewali Mandar	32,8	12,0	24,0
Mamasa	34,0	42,7	41,4
Mamuju	28,1	11,7	30,1
Mamuju Utara	16,4	4,9	17,9
Sulawesi Barat	29,3	16,1	28,9

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

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

Tabel 3.7.5.3 menggambarkan prevalensi penduduk berumur 10 tahun keatas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS dan kabupaten, Secara umum di provinsi, 29,3% penduduk sudah pernah mendengar tentang HIV/AIDS; 16,1% di antaranya berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS dan 28,9% berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS, Pada ketiga variabel (mendengar,berpengetahuan benar tentang penularan, pencegahan) terhadap HIV/AIDS terlihat bahwa prevalensi tertinggi di kabupaten Mamasa, terendah di kabupaten Mamuju Utara

Tabel 3.7.5.4
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang
HIV/AIDS dan Karakteristik Responden, Provinsi Sulawesi Barat,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Pernah	Berpengetahuan	Bersikap
Kelompok umur (tahun)			
10-14	13,4	7,9	22,4
15-24	44,7	15,7	28,7
25-34	38,0	18,5	30,1
35-44	32,3	18,3	32,1
45-54	22,7	13,5	27,6
55-64	13,1	16,2	29,3
65-74	7,5	13,0	17,4
>75	9,7	7,7	7,7
Jenis kelamin:			
Laki-laki	33,0	15,1	29,9
Perempuan	25,7	17,4	27,8
Tingkat pendidikan			
Tidak sekolah	8,1	8,0	,9
Tidak tamat SD	12,9	12,8	2,5
Tamat SD	20,7	20,4	3,7
Tamat SMP	41,3	41,0	12,1
Tamat SMA	67,1	66,4	24,1
Tamat PT	83,0	81,8	36,4
Wilayah/Daerah			
Perkotaan	52,2	51,8	18,0
Perdesaan	24,9	24,6	6,4
Tingkat Pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	19,6	19,4	5,1
Kuintil 2	21,8	21,5	5,7
Kuintil 3	26,7	26,4	6,8
Kuintil 4	30,0	29,8	7,5
Kuintil 5	48,1	47,2	16,2

Tabel 3.7.5.4 memperlihatkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan tentang HIV/AIDS dan karakteristik responden, Pada umumnya, penduduk umur sekolah dan produktif (15-45 tahun) paling banyak mendengar dan berpengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS, Menurut jenis kelamin, laki-laki umumnya lebih banyak mendengar dan berpengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS dibandingkan perempuan, Secara umum, tampak adanya peningkatan pengetahuan tentang HIV/AIDS seiring dengan peningkatan pendidikan, Dari segi pekerjaan, penduduk yang berpenghasilan tetap lebih banyak yang berpengetahuan benar tentang HIV/AIDS, Sedangkan dari segi tipe daerah, penduduk perkotaan lebih banyak yang sudah mendengar tentang HIV/AIDS dan berpengetahuan benar tentang pencegahan, Selanjutnya semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin baik pengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS,

Tabel 3.7.5.5
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten di Sulawesi Barat,
Riskesdas 2007

Provinsi	Merahasiakan	Bicarakan dengan ART lain	Konseling dan pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucilkan
Majene	14,1	71,1	93,5	54,0	2,2
Polewali Mandar	11,9	74,3	88,9	68,7	2,3
Mamasa	5,2	88,6	92,2	85,7	1,0
Mamuju	5,8	36,7	83,1	53,0	2,9
Mamuju Utara	13,1	73,8	83,5	55,7	4,9
Sulawesi Barat	9,6	65,3	88,0	64,1	2,4

Tabel 3.7.5.5 memperlihatkan bahwa di provinsi Sulawesi Barat sebagian besar penduduk (88,0%) melakukan konseling dan pengobatan, bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS , dengan angka prevalensi yang hampir merata di semua kabupaten/kota

Tabel 3.7.5.6
Prevalensi Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada
Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Merahasiakan	Bicarakan dengan ART lain	Konseling dan pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucilkan
Kelompok umur (tahun)					
10-14	9,3	48,5	76,5	53,1	1,3
15-24	9,8	63,2	89,0	63,6	3,4
25-34	8,3	69,5	89,2	70,5	2,1
35-44	9,9	66,3	89,7	63,5	2,1
45-54	14,1	64,9	85,3	57,8	1,1
55-64	6,7	78,7	91,9	61,3	4,0
65-74	13,0	73,9	83,3	69,6	0,0
>75	0,0	69,2	84,6	53,6	0,0
Jenis kelamin:					
Laki-laki	9,4	64,9	87,5	64,2	2,4
Perempuan	9,9	65,7	88,7	63,9	2,4
Tingkat pendidikan					
Tidak sekolah	18,8	49,0	87,8	50,0	4,3
Tidak tamat SD	10,0	46,1	82,6	57,6	2,2
Tamat SD	9,4	62,0	84,9	64,1	2,0
Tamat SMP	9,8	68,4	89,4	67,5	2,9
Tamat SMA	8,8	71,5	90,5	62,4	1,0
Tamat PT	8,5	74,4	93,6	69,1	4,8
Wilayah/Daerah					
Perkotaan	9,1	78,0	93,2	65,8	2,1
Perdesaan	9,8	60,2	85,9	63,4	2,5
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan					
Kuintil-1	8,4	64,2	81,9	61,8	1,0
Kuintil-2	14,4	58,8	86,4	63,1	2,3
Kuintil-3	8,6	59,9	85,6	62,5	2,3
Kuintil-4	8,1	64,8	91,0	69,1	4,0
Kuintil-5	9,0	73,6	91,4	63,4	2,0

Tabel 3.7.5.6 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan karakteristik responden, Semakin tua umur cenderung semakin bijak dalam bersikap terutama melakukan pengobatan dan konseling. Tidak ada perbedaan sikap antara laki-laki dan perempuan, Menurut pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin sedikit sikap merahasiakan dan mengucilkan keluarganya yang menderita HIV/AIDS, demikian pula dengan penduduk perkotaan, Semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, cenderung semakin tinggi prevalensi untuk melakukan pengobatan dan konseling.

3.7.6. Perilaku Higienis

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

Tabel 3.7.6.1
Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten di Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Berperilaku benar dalam hal BAB*	Berperilaku benar dalam hal cuci tangan**
Majene	47,3	36,5
Polewali Mandar	63,8	21,7
Mamasa	71,5	17,1
Mamuju	51,0	3,7
Mamuju Utara	49,9	28,6
Sulawesi Barat	57,4	18,5

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

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

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

Tabel 3.7.6.1 memperlihatkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan. Di Provinsi Sulawesi Barat rata-rata sebagian besar penduduk (57,4%) sudah berperilaku benar dalam hal BAB, tertinggi di kabupaten Mamasa (71,5%), dan terendah di kabupaten Majene (47,3%). Sedangkan dalam hal cuci tangan yang benar masih rendah (18,5%), tertinggi di kabupaten Majene (36,5%), terendah di kabupaten Mamuju (3,7%)

Tabel 3.7.6.2
Prevalensi Penduduk 10 tahun Ke Atas yang Berperilaku Benar dalam Hal
Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden,
Riskesmas 2007

Karakteristik	Berperilaku benar dalam hal BAB*	Berperilaku benar dalam hal cuci tangan**
Umur		
10-14 tahun	55,6	14,8
15-24 tahun	58,4	21,0
25-34 tahun	56,5	19,0
35-44 tahun	59,8	19,5
45-54 tahun	59,0	19,4
55-64 tahun	53,4	16,4
65-74 tahun	56,8	15,0
75+ tahun	55,4	14,2
Jenis Kelamin		
Laki-laki	57,2	15,8
Perempuan	57,6	21,0
Pendidikan		
Tidak sekolah	40,3	11,0
Tidak tamat SD	51,0	11,8
Tamat SD	51,7	16,0
Tamat SMP	64,1	22,7
Tamat SMA	79,8	31,2
Tamat PT	87,9	42,3
Pekerjaan		
Tidak kerja	54,7	15,7
Sekolah	64,0	20,6
Ibu RT	56,9	20,0
PNS/Polri/TNI/BUMN	88,6	43,6
Wiraswasta	80,8	34,4
Petani/nelayan/buruh	46,6	10,9
Lainnya	57,2	19,1
Tipe daerah		
Perkotaan	79,1	20,9
Perdesaan	53,3	46,7
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan		
Kuintil 1	47,9	13,1
Kuintil 2	46,3	16,0
Kuintil 3	56,8	16,3
Kuintil 4	59,8	20,3
Kuintil 5	81,9	29,2

*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

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

Tabel 3.7.6.2 memperlihatkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut karakteristik, Semakin tinggi umur semakin berperilaku benar dalam BAB dan cuci, tetapi tampak menurun lagi pada umur 55 tahun ke atas, Prevalensi berperilaku benar dalam hal BAB cenderung sama antara laki-laki dan perempuan, sedangkan dalam hal berperilaku benar dalam hal cuci tangan perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Semakin tinggi pendidikan, prevalensi perilaku baik dalam BAB dan cuci tangan semakin tinggi, Penduduk yang bekerja cenderung memiliki prevalensi yang lebih tinggi dalam hal perilaku benar BAB dibandingkan yang tidak bekerja. Hal yang sama juga untuk prevalensi berperilaku benar dalam cuci tangan, kecuali petani, nelayan, buruh memiliki prevalensi terendah. Penduduk perkotaan berperilaku baik dalam hal BAB dan cuci tangan lebih tinggi dari perdesaan, Sedangkan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi prevalensi perilaku baik dalam BAB dan cuci tangan,

Tabel 3.7.6.3
Prevalensi Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat,
Menurut Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Baik	Buruk
Majene	26.6	73.4
Polewali Mandar	24	76
Mamasa	10.6	89.4
Mamuju	17.4	82.6
Mamuju Utara	24.2	75.8
Sulawesi Barat	28.8	71.2

Tabel 3.7.6.3, menunjukkan bahwa di provinsi Sulawesi Barat hampir sepertiga penduduknya (28,8%) yang memiliki rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat, prevalensi tertinggi di kabupaten Majene (26,6%), terendah di kabupaten Mamasa (10,6%).

3.8 Akses Dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

3.8.1 Akses Dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

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

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

Untuk masing-masing kelompok pelayanan kesehatan tersebut dikaji akses rumah tangga ke sarana pelayanan kesehatan tersebut. Selanjutnya untuk UKBM dikaji tentang pemanfaatan dan jenis pelayanan yang diberikan/diterima oleh rumah tangga/RT (masyarakat), termasuk alasan apabila responden tidak memanfaatkan UKBM dimaksud.

Akses pelayanan kesehatan menggambarkan kemampuan potensial masyarakat untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Akses sangat dipengaruhi oleh jarak dan fasilitas transportasi. Dari segi jarak 37,9% rumah tangga di Sulawesi Barat tinggal <1 km dari tempat pelayanan kesehatan. Bahkan di Kabupaten Polewali Mandar dan Mamuju Utara 100,0% rumah tangga tinggal <1 km dari tempat pelayanan kesehatan.

Namun dari segi jarak tempuh 44,4% rumah tangga sampel memerlukan waktu ≤ 15 menit untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan dibandingkan dengan angka nasional sebesar (67,2%).

Dari segi waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan nampak bahwa 44,4% rumah tangga dapat mencapai ke sarana pelayanan kesehatan kurang atau sama dengan 15 menit dan sebanyak 37,8% penduduk dapat mencapai sarana pelayanan kesehatan berkisar antara 16-30 menit. Dengan demikian di Provinsi Sulawesi Barat, masih ada sekitar 17,9% rumah tangga yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan.

Tabel 3.8.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh
Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) Menurut Kabupaten, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	<1 km	1 - 5 km	>5 km	$\leq 15'$	16'-30'	31'-60'	>60'
Majene	39.7	51.7	8.6	78.8	12.7	3.4	5.0
Polewali Mandar	44.4	45.1	10.5	41.7	49.1	8.7	0.6
Mamasa	15.1	66.5	18.4	20.8	32.4	17.7	29.1
Mamuju	39.7	42.6	17.7	44.6	33.2	15.3	6.9
Mamuju Utara	35.2	43.1	21.7	42.8	45.5	7.4	4.3
Sulawesi Barat	37.9	47.6	14.5	44.4	37.8	10.9	6.8

Catatan:

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

Tabel 3.8.1.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke
Fasilitas Pelayanan Kesehatan*) Menurut Karakteristik Responden, di
Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	<1 km	1 - 5 km	>5 km	$\leq 15'$	16'-30'	31'-60'	>60'
Wilayah/Daerah							
Perkotaan	53.9	42.4	3.7	69.8	28.2	1.5	0.4
Perdesaan	35.1	48.5	16.4	40.1	39.5	12.5	7.9
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil 1	37.1	46.2	16.7	37.6	43.2	11.0	8.2
Kuintil 2	29.2	49.1	21.6	35.4	41.2	13.6	9.8
Kuintil 3	38.6	48.3	13.1	46.5	36.4	10.0	7.1
Kuintil 4	38.6	48.0	13.5	44.4	39.0	10.6	5.9
Kuintil 5	45.9	46.5	7.6	58.3	29.2	9.3	3.1

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

Tabel 3.8.1.2 Jarak ke tempat pelayanan kesehatan di daerah perkotaan relatif lebih dekat daripada di perdesaan. Proporsi rumah tangga di perkotaan dengan jarak ke tempat pelayanan kesehatan kurang 1 sebesar 53,9%. Sebagaimana waktu tempuh di perkotaan kurang dari 15 menit sebesar 69,8%. 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 3.8.1.5. menyajikan akses rumah tangga ke UKBM, meliputi Posyandu, Poskesdes, dan Polindes. Dari segi jarak, nampak bahwa 68,3% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 28,2% berjarak 1-5 km dari UKBM. Kabupaten dengan proporsi rumah tangga berjarak lebih dari 5 km ke UKBM adalah Kabupaten Mamasa (10,8%).

Tabel 3.8.1.3
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke
Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* dan Kabupaten
di provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	<1 km	1 - 5 km	>5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Majene	83.2	13.3	3.6	90.0	2.6	2.9	4.5
Polewali Mandar	100.0	0.0	0.0	72.9	23.9	2.7	0.4
Mamasa	32.5	56.7	10.8	35.9	37.8	10.6	15.7
Mamuju	81.8	17.4	0.8	70.1	25.5	4.2	0.3
Mamuju Utara	100.0	0.0	0.0	57.7	33.1	5.3	3.9
Sulawesi Barat	68,3	28,2	3,4	68,1	24,5	4,4	3,0

*) UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Berdasarkan waktu tempuh ke UKBM nampak bahwa 68,1% rumah tangga di Sulawesi Barat dapat mencapai UKBM dalam waktu kurang dari atau sama dengan 15 menit. Sebanyak 24,5% rumah tangga memerlukan waktu antara 16-30 menit, dan 7,4% rumah tangga yang tersisa memerlukan waktu lebih dari 30 menit. Kabupaten dengan proporsi rumah tangga dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke UKBM tertinggi adalah Kabupaten Mamasa (26,3%).

Tabel 3.8.1.4
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke
Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* dan Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke yankes			Waktu tempuh ke yankes			
	<1 km	1 - 5 km	>5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Wilayah/Daerah							
Perkotaan	96.3	3.4	0.3	82.5	16.2	0.8	0.5
Perdesaan	83.1	14.6	2.2	65.6	26.0	5.0	3.5
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil 1	83.4	13.7	2.9	66.2	25.3	4.0	4.4
Kuintil 2	83.5	14.2	2.3	61.4	27.4	7.0	4.2
Kuintil 3	85.0	12.7	2.3	69.5	22.5	5.3	2.7
Kuintil 4	85.1	13.0	1.9	66.0	28.0	3.5	2.5
Kuintil 5	88.4	11.4	0.2	77.3	19.3	2.1	1.3

*) UKBM meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes

Berdasarkan daerah tempat tinggal, proporsi rumah tangga dengan jarak ke UKBM >5 kilometer, di perkotaan lebih rendah daripada 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 UKBM.

Tabel 3.8.1.5. memberikan gambaran persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu atau poskesdes di tiap kabupaten selama tiga bulan terakhir. Secara keseluruhan, di Sulawesi Barat 27,9% rumah tangga memanfaatkan pelayanan di posyandu atau poskesdes. Sebanyak 54,4% rumah tangga menyatakan tidak membutuhkan pelayanan di posyandu atau poskesdes karena berbagai alasan, seperti tidak ada anggota rumah tangga (ART) yang sakit, tidak ada yang hamil atau tidak mempunyai bayi/balita. Sedangkan rumah tangga yang sebetulnya membutuhkan tetapi tidak memanfaatkan posyandu atau poskesdes adalah 17,8%.

Tabel 3.8.1.5
Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskedas 2007

Kabupaten	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Majene	32.0	44.0	23.9
Polewali Mandar	32.6	47.3	20.1
Mamasa	15.1	58.3	26.6
Mamuju	28.6	59.2	12.1
Mamuju Utara	20.0	71.9	8.1
Sulawesi Barat	27.9	54.4	17.8

Kabupaten dengan persentase rumah tangga memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes tertinggi adalah Kabupaten Majene (37,9%) dan terendah adalah Kabupaten Mamasa (15,1%). Provinsi dengan persentase rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes tertinggi adalah Kabupaten Mamasa (26,6%). Angka tersebut lebih tinggi dari angka nasional sebesar 10,3%.

Tabel 3.8.1.6
Persentase Rumah Tangga Menurut Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Wilayah/Daerah			
Perkotaan	31.6	42.2	26.2
Perdesaan	27.3	56.4	16.3
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	35.8	50.7	13.5
Kuintil 2	30.2	50.6	19.2
Kuintil 3	27.7	54.8	17.5
Kuintil 4	24.6	57.3	18.1
Kuintil 5	21.1	58.5	20.5

Tabel 3.8.1.6. menggambarkan pemanfaatan posyandu/poskesdes berdasarkan karakteristik rumah tangga. Tampak bahwa persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes di perdesaan lebih besar dibandingkan dengan perkotaan. Bila ditinjau dari tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, nampak ada kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin kurang memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes.

Tabel 3.8.1.7. menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir. Secara keseluruhan tampak bahwa di Provinsi Sulawesi Barat jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (78,2%), imunisasi (56,2%) dan pengobatan (46,5%). Proporsi paling sedikit adalah rumah tangga yang memanfaatkan posyandu/poskesdes untuk konsultasi risiko penyakit (23,0%) dan pelayanan KB (24,0%).

Tabel 3.8.1.7
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten, Riskesdas 2007

Kabupaten	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Pengo- batan	PMT	Suple men	Konsultasi Risiko
Majene	89.2	32.0	73.3	33.7	29.0	43.6	47.1	42.2	20.6
Polewali Mandar	75.8	42.4	49.8	25.6	20.1	62.9	34.3	46.2	38.0
Mamasa	84.0	16.3	71.4	52.1	36.7	41.7	24.5	26.0	10.6
Mamuju	78.6	14.2	51.1	22.7	28.3	30.6	28.0	30.0	10.1
Mamuju Utara	64.4	15.5	66.1	24.1	8.6	27.1	10.3	16.9	5.2
Sulawesi Barat	78,2	28,7	56,2	27,5	24,0	46,4	31,6	37,1	23,0

Tabel 3.8.1.8. menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Menurut daerah tempat tinggal, semua jenis pelayanan yang meliputi : penimbangan, penyuluhan, imunisasi, KIA, KB, pengobatan, PMT, suplemen gizi dan

konsultasi risiko penyakit, lebih banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga di perkotaan daripada di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin sedikit yang memanfaatkan pelayanan penimbangan, imunisasi, KIA, KB, PMT, dan suplemen gizi. Sebaliknya untuk pelayanan pengobatan dan konsultasi risiko penyakit lebih banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga dengan tingkat pengeluaran yang tertinggi dan ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin banyak yang menerima pelayanan tersebut.

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

Karakteristik	Jenis pelayanan yang dimanfaatkan								
	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Pengo- batan	PMT	Suple- men Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Wilayah/daerah									
Perkotaan	84.5	52.1	68.4	38.5	30.4	47.5	38.8	55.7	36.6
Perdesaan	77.1	24.1	53.9	25.5	22.9	46.2	30.3	33.2	20.2
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil 1	85.9	30.5	59.2	30.9	23.4	46.4	40.8	41.4	18.4
Kuintil 2	77.6	30.6	56.9	24.8	24.4	41.9	29.1	34.8	22.3
Kuintil 3	76.6	21.9	57.2	29.5	22.8	45.9	28.1	35.6	26.4
Kuintil 4	74.2	28.2	55.6	22.6	25.0	49.6	25.8	35.4	19.8
Kuintil 5	71.7	32.1	50.0	29.2	24.8	50.5	30.5	36.8	30.6

Tabel 3.8.1.9. menggambarkan alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir (di luar yang tidak membutuhkan).

Pada rumah tangga yang sebetulnya membutuhkan pelayanan posyandu/poskesdes dalam tiga bulan terakhir tetapi tidak memanfaatkan diminta untuk menyebutkan alasannya. Alasan tidak memanfaatkan pelayanan karena jauh (38,7%), tidak lengkap (34,6%) dan tidak ada fasilitasnya (26,7%).

Kabupaten dengan persentase tertinggi rumah tangga yang beralasan 'letaknya jauh' adalah Kabupaten Mamasa (48,1%), 'tidak ada fasilitasnya, Kabupaten Mamuju (39,3%) dan 'layanan tidak lengkap adalah Kabupaten Polewali Mandar (53,7%).

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

Kabupaten	Alasan utama tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tdk lengkap
Majene	44.0	34.0	22.0
Polewali Mandar	31.9	14.4	53.7
Mamasa	47.7	37.7	14.6
Mamuju	41.1	39.3	19.6
Mamuju Utara	39.5	18.6	41.9
Sulawesi Barat	38.7	26.7	34.6

Tabel 3.8.1.9 menggambarkan alasan utama (di luar tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan wilayah/daerah, alasan 'jenis layanan tidak lengkap' lebih banyak di perkotaan, sedangkan alasan 'letak jauh' dan 'tidak ada fasilitas pelayanan' lebih banyak di perdesaan.

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

Karakteristik	Alasan utama tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tdk lengkap
Wilayah/Daerah			
Perkotaan	6.8	5.2	88.0
Perdesaan	45.5	31.2	23.3
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	51.8	29.6	18.7
Kuintil 2	58.3	23.7	18.0
Kuintil 3	34.3	35.0	30.7
Kuintil 4	35.8	22.8	41.4
Kuintil 5	15.1	23.7	61.2

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, nampak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin banyak yang menjawab alasan 'pelayanan tidak lengkap' dan semakin kecil yang menjawab alasan 'letak jauh'. Sebaliknya semakin rendah tingkat pengeluaran rumah tangga semakin banyak yang beralasan 'letak jauh', dan semakin sedikit yang beralasan 'layanan tidak lengkap'.

Tabel 3.8.1.11 di bawah ini menggambarkan pemanfaatan fasilitas pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir. Sebanyak 19,0% rumah tangga memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa; 18,8% tidak memanfaatkan dan 62,2% menyatakan tidak membutuhkan.

Tabel 3.8.1.11
Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Kabupaten, Riskesdas 2007

Kabupaten	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Majene	8.9	58.2	33.0
Polewali Mandar	31.8	50.7	17.5
Mamasa	4.1	72.6	23.2
Mamuju	16.6	70.3	13.1
Mamuju Utara	10.9	71.5	17.6
Sulawesi Barat	19.0	62.2	18.8

Kabupaten dengan persentase rumah tangga tertinggi yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa adalah Kabupaten Polewali Mandar (31,8%) dan terendah Kabupaten Mamasa (4,1%).

Tabel 3.8.1.12
Persentase Rumah Tangga yang memanfaatkan Polindes/Bidan Di Desa Menurut Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Wilayah/Daerah			
Perkotaan	20.7	49.9	29.4
Perdesaan	18.7	64.3	17.0
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	19.2	62.1	18.7
Kuintil 2	20.6	58.5	20.9
Kuintil 3	20.2	61.8	17.9
Kuintil 4	20.0	61.8	18.2
Kuintil 5	14.8	66.9	18.2

Tabel 3.8.1.12 menggambarkan pemanfaatan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir menurut karakteristik rumah tangga. Secara keseluruhan lebih dari separuh rumah tangga, baik yang tinggal di daerah perdesaan maupun perkotaan, tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan di desa. Sedangkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa di perkotaan (20,7%) lebih tinggi daripada di perdesaan (18,7%).

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin sedikit yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dan semakin banyak yang tidak membutuhkan pelayanan polindes/bidan desa.

Dari rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir, jenis pelayanan yang diterima dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu pelayanan KIA dan pengobatan. Pelayanan KIA meliputi pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus, dan pemeriksaan bayi/balita.

Tabel 3.8.1.13
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten, Riskesdas 2007

Kabupaten	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengobatan
Majene	29.2	13.0	13.0	8.7	20.0	69.0
Polewali Mandar	14.6	3.7	2.2	1.5	29.9	86.6
Mamasa	7.7	23.1	7.7	7.7	78.6	46.2
Mamuju	24.4	9.1	7.4	6.6	31.1	66.1
Mamuju Utara	36.7	10.0	3.3	3.3	19.4	68.8
Sulawesi Barat	19.9	6.6	4.6	3.5	30.4	78.5

Tabel 3.8.1.13 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan provinsi. Jenis pelayanan yang paling banyak dimanfaatkan adalah pengobatan (78,5%). Adapun pelayanan KIA yang terbanyak dimanfaatkan adalah pemeriksaan bayi/balita (30,4%), disusul pemeriksaan kehamilan (19,9%). Persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan persalinan, pemeriksaan ibu nifas dan pemeriksaan neonatus masing-masing di bawah 10,0%.

Menurut kabupaten, pemanfaatan polindes/bidan di desa sebagai tempat pengobatan paling tinggi di Kabupaten Polewali Mandar (86,6%) dan terendah di Mamasa (46,2%). Untuk pelayanan KIA, pemeriksaan bayi/balita terbanyak dimanfaatkan di Kabupaten Mamasa (78,6%) dan terendah Mamuju Utara (19,4%). Pemeriksaan kehamilan tertinggi dimanfaatkan di Kabupaten Mamuju Utara (36,7%) terendah di Mamasa (7,7%). Pertolongan persalinan terbanyak dimanfaatkan di Kabupaten Mamasa (23,1%) dan terendah di Polewali Mandar (3,7%).

Tabel 3.8.1.14 menggambarkan persentase rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut jenis pelayanan dan karakteristik rumah tangga. Menurut wilayah/daerah, tampak bahwa rumah tangga di perkotaan lebih banyak memanfaatkan polindes/bidan di desa untuk pelayanan KIA, sedangkan di perdesaan lebih banyak yang memanfaatkan untuk pelayanan pengobatan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita tampak kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin sedikit yang memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa untuk pemeriksaan bayi/balita.

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

Karakteristik	Pemeriksaan Persa-		Pemeriksaan Ibu Nifas	Pemeriksaan Neonatus	Pemeriksaan Bayi/Balita	Pengo- batan
	Kehamilan	linan				
Wilayah/Daerah						
Perkotaan	29.9	19.7	7.6	1.5	46.3	76.3
Perdesaan	17.5	4.3	4.1	3.8	27.8	78.8
Tingkat pengeluaran perkapita						
Kuintil 1	19.4	6.2	3.1	4.2	35.1	77.0
Kuintil 2	17.8	8.5	4.7	5.7	31.1	70.3
Kuintil 3	22.0	5.5	3.3	2.2	32.6	85.6
Kuintil 4	21.9	5.2	5.3	1.0	28.0	76.0
Kuintil 5	14.3	7.1	5.6	2.8	24.3	87.0

Tabel 3.8.1.15 menggambarkan alasan utama rumah tangga (di luar yang tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut provinsi. Rumah tangga yang tidak memanfaatkan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir diminta untuk menyampaikan alasannya. Alasan utama tidak memanfaatkan fasilitas tersebut adalah 'tidak ada polindes/bidan di desa' (31,5%), 'letak jauh' (23,8%), dan 'layanan tidak lengkap' (15,0%).

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

Kabupaten	Alasan Lain Tidak Memanfaatkan Poslindes/Bidan			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan	Layanan tdk lengkap	Lainnya
Majene	11.8	62.7	5.9	19.6
Polewali Mandar	25.0	8.8	23.1	43.1
Mamasa	32.9	46.1	7.9	13.2
Mamuju	29.5	21.1	16.8	32.6
Mamuju Utara	11.5	69.2	5.8	13.5
Sulawesi Barat	23.8	31.5	15.0	29.7

Persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'tidak ada polindes/bidan desa' tertinggi ditemukan di Kabupaten Mamuju Utara (69,2%) dan terkecil di Polewali Mandar (8,8%). Proporsi tertinggi dengan alasan 'letak jauh' adalah Kabupaten Mamasa (32,9%). Sedangkan untuk alasan 'layanan tidak lengkap' persentase tertinggi adalah Kabupaten Polewali Mandar (23,1%).

Tabel 3.8.1.16 menggambarkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan utama (di luar yang tidak membutuhkan) menurut karakteristik rumah tangga.

Menurut wilayah/daerah, persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'letak jauh' dan 'tidak ada fasilitas layanan' lebih

tinggi di perdesaan daripada di perkotaan. Sedangkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'layanan tidak lengkap' lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita nampak kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, persentase yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan 'letak jauh', semakin kecil dan semakin besar persentase rumah tangga yang mempunyai alasan 'pelayanan tidak lengkap'.

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

Karakteristik	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/BDD			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/bidan	Layanan tdk lengkap	Lainnya
Wilayah/Daerah				
Perkotaan	8.8	21.3	42.5	27.5
Perdesaan	27.7	33.9	8.8	29.7
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	27.0	32.6	7.9	32.6
Kuintil 2	34.3	26.5	15.7	23.5
Kuintil 3	24.0	37.3	6.7	32.0
Kuintil 4	24.4	30.5	15.9	29.3
Kuintil 5	8.3	33.3	28.6	29.8

Tabel 3.8.1.17. menyajikan informasi tentang pemanfaatan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) dalam tiga bulan terakhir. Di Provinsi Sulawesi Barat 89,6% rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD.

Tabel 3.8.1.17
Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/ Warung Obat Desa dan Kabupaten, Riskesdas 2007

Kabupaten	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Majene	2.5	5.4	92.1
Polewali Mandar	2.1	3.0	94.9
Mamasa	1.5	8.2	90.3
Mamuju	5.3	10.0	84.8
Mamuju Utara	2.4	16.3	81.3
Sulawesi Barat	3.0	7.4	89.6

Persentase tertinggi rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD di Provinsi Sulawesi Barat adalah Kabupaten Mamuju (5,3%) dan terendah di Kabupaten Mamasa (1,5%). Sedangkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD karena tidak membutuhkan tertinggi di Kabupaten Mamuju Utara (16,3%) dan terendah di Kabupaten Polewali Mandar (3,0%). Persentase tertinggi rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD di Sulawesi Barat adalah Kabupaten Polewali Mandar (94,9%) dan terendah Kabupaten Mamuju Utara (81,3%).

Data pemanfaatan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga tersaji pada Tabel 3.8.1.18 Persentase rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD lebih banyak di perkotaan (5,2%) daripada di perdesaan (2,7%), sebaliknya untuk rumah tangga yang tidak membutuhkan relatif lebih tinggi di perkotaan (8,3%) daripada di perdesaan (7,3%)

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan bahwa ada kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin tinggi persentase rumah tangga yang tidak membutuhkan POD/WOD.

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

Karakteristik	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Wilayah/Daerah			
Perkotaan	5.2	8.3	86.5
Perdesaan	2.7	7.3	90.1
Tingkat pengeluaran perkapita			
Kuintil 1	2.8	5.9	91.3
Kuintil 2	1.7	6.5	91.8
Kuintil 3	3.1	6.9	90.1
Kuintil 4	3.9	8.3	87.8
Kuintil 5	3.9	9.3	86.8

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD diminta untuk menyebutkan alasannya. Sebagian besar rumah tangga (98,0%) tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan utama 'tidak ada POD/WOD'.

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

Kabupaten	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi jauh	Tidak ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Majene	0.3	99.7	0.0	0.0
Polewali Mandar	0.2	99.0	0.3	0.4
Mamasa	5.4	93.6	0.7	0.3
Mamuju	0.9	97.3	0.0	1.7
Mamuju Utara	0.4	99.2	0.0	0.4
Sulawesi Barat	1.1	98.0	0.2	0.7

Rumah tangga yang tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan 'letak jauh' tertinggi di Kabupaten Mamasa (5,4%) dan terendah di Polewali Mnadar (0,2%). Sedangkan untuk alasan 'obat tidak lengkap', tertinggi di Kabupaten Mamasa (0,7%).

Tabel 3.8.1.20 menyajikan informasi tentang alasan utama rumah tangga tidak memanfaatkan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga. Alasan utama terbanyak yang dikemukakan adalah tidak adanya POD/WOD. Menurut wilayah/daerah

tidak tampak perbedaan antara daerah perdesaan dan perkotaan dalam hal alasan utama tidak memanfaatkan POD/WOD, begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

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

Karakteristik	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi jauh	Tidak ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Wilayah/Daerah				
Perkotaan	0.3	97.3	0.9	1.5
Perdesaan	1.2	98.1	0.1	0.6
Tingkat pengeluaran perkapita				
Kuintil 1	0.8	98.6	0.2	0.4
Kuintil 2	0.8	99.0	0.0	0.2
Kuintil 3	1.1	98.3	0.0	0.6
Kuintil 4	2.0	97.0	0.4	0.7
Kuintil 5	0.6	97.2	0.4	1.7

3.8.2 Sarana Dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi tentang jenis sarana dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan oleh responden

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri/keluarga, Asuransi (Askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Swasta, dan JPK Pemerintah Daerah), Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Dana Sehat, dan lainnya. Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase rumah tangga yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan, termasuk penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Seluruh responden 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 Berobat rawat Inap dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Tempat berobat rawat inap								Tidak Rawat Inap
	RS Pemerintah	RS Swasta	RSLN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	
Majene	2.0	0.1	0.0	0.1	0.4	0.1	0.0	0.0	97.4
Polewali Mandar	1.8	0.1	0.0	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0	97.7
Mamasa	0.6	0.1	0.0	0.1	1.1	0.1	0.1	0.6	97.5
Mamuju	1.6	0.2	0.0	0.0	1.0	0.1	0.1	0.1	96.7
Mamuju Utara	1.0	1.3	0.0	0.0	1.8	0.1	0.4	0.5	95.0
Sulawesi Barat	1.5	0.2	0.0	0.0	0.8	0.1	0.1	0.2	97.1

Tabel 3.8.2.1 untuk rawat inap paling banyak masyarakat masih memanfaatkan RS Pemerintah (1,5%) kemudian disusul RS Swasta (0,2%).

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

Karakteristik	Tempat berobat rawat inap								Tidak Rawat Inap
	RS Pemerintah	RS Swasta	RSLN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	
Wilayah/Daerah									
Perkotaan	3.5	0.3	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.1	95.8
Perdesaan	1.2	0.2	0.0	0.0	0.8	0.1	0.1	0.2	97.3
Tingkat pengeluaran perkapita									
Kuintil 1	0.5	0.2	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.1	98.6
Kuintil 2	1.3	0.1	0.0	0.0	1.0	0.0	0.1	0.3	97.1
Kuintil 3	1.4	0.1	0.0	0.0	0.7	0.1	0.0	0.2	97.4
Kuintil 4	1.4	0.2	0.0	0.0	0.7	0.1	0.1	0.1	97.3
Kuintil 5	3.1	0.6	0.0	0.1	0.9	0.3	0.1	0.1	95.1

Menurut tipe daerah, terlihat bahwa RS Pemerintah, RS Swasta, RS lain, RS Bersalin, dan tempat praktek tenaga kesehatan lebih banyak dimanfaatkan oleh masyarakat perkotaan, sedangkan puskesmas lebih banyak dimanfaatkan masyarakat perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tampak kecenderungan bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan RS Pemerintah dan RS Swasta. Pemanfaatan sarana lain tersebar hampir merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga.

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

Kabupaten	Sumber pembiayaan				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- lain
Majene	55.0	18.3	30.0	3.3	6.7
Polewali Mandar	46.4	21.4	25.0		18.2
Mamasa	80.0	11.1	20.0	8.9	4.5
Mamuju	50.0	32.7	23.1	5.8	12.8
Mamuju Utara	75.9	15.2	7.1	2.7	3.6
Sulawesi Barat	63.4	19.1	18.8	3.7	8.2

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 3.8.2.3 memperlihatkan bahwa sumber pembiayaan rawat inap secara keseluruhan untuk Indonesia masih didominasi pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (63,4%), kemudian berturut-turut disusul oleh pembiayaan oleh Askes/Jamsostek (19,1), Askeskin/SKTM (18,8), dan Dana Sehat (3,7). Kalau pembiayaan oleh Askeskin/Jamsostek, Askeskin/SKTM dan Dana Sehat diperhitungkan sebagai 'sejenis asuransi kesehatan', maka sekitar 30 responden yang pernah rawat inap dalam kurun waktu 5 tahun terakhir telah mempunyai 'sejenis asuransi kesehatan'.

Tabel 3.8.2.4
Persentase Penduduk Rawat Inap
Menurut Sumber Pembiayaan dan Karakteristik Rumah Tangga,
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sumber pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Wilayah/Daerah					
Perkotaan	50.0	25.0	16.7	3.3	20.3
Perdesaan	66.4	17.7	19.2	3.8	5.4
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil 1	67.6	5.4	24.3	5.4	2.8
Kuintil 2	69.4	14.5	24.2	1.6	3.2
Kuintil 3	61.0	18.6	18.6	5.1	8.8
Kuintil 4	66.7	14.5	17.4	5.8	4.5
Kuintil 5	57.1	30.6	14.3	2.0	15.5

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 3.8.2.4 memperlihatkan bahwa menurut tipe daerah, pembiayaan rawat inap oleh Askes/Jamsostek lebih banyak dimanfaatkan di perkotaan. Sedangkan untuk pembiayaan rawat inap dengan memanfaatkan Askeskin/SKTM lebih banyak ditemukan di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terlihat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak perawatan inap yang dibiayai Askes/Jamsostek. Sebaliknya, semakin rendah tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan Askeskin/SKTM dan Dana Sehat. Namun apabila dicermati masih ada sekitar 10 masyarakat yang mampu secara ekonomi (kuintil 5 dan 4) masih menggunakan Askeskin/SKTM.

Tabel 3.8.2.5
Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu tahun terakhir Menurut Tempat dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten	Tempat berobat rawat jalan									
	RS Peme rintah	RS Swas ta	RS LN	RSB	Pus kes mas	Na kes	Ba tra	Di Ru mah	Lain- nya	Tidak Rawat jalan
Majene	2.1		0.0	12.7	0.0	3.8	0.2	0.3	0.3	80.5
Polewali Mandar	1.5	0.1	0.1	21.5	0.1	10.5	0.2	0.2	0.9	64.9
Mamasa	1.1	0.4		2.6	0.1	0.2		0.3	0.6	94.7
Mamuju	0.8	0.2	0.1	9.6	0.1	2.2	0.5	0.5	1.5	84.6
Mamuju Utara	0.6	0.7		13.9	0.2	3.1	0.3	0.5	0.6	80.2
Sulawesi Barat	1.3	0.3	0.0	12.6	0.1	4.2	0.2	0.3	0.7	80.3

Tabel 3.8.2.5 menunjukkan bahwa secara nasional RS Bersalin/RSB (12,6%) dan Tenaga Kesehatan (4,2%) merupakan sarana kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan untuk rawat jalan. Pemanfaatan Puskesmas (0,1%) menempati urutan keempat setelah RS Pemerintah (1,3%) pada urutan ketiga.

Tabel 3.8.2.6
Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakterisitk	Tempat berobat rawat jalan									
	RS Peme rintah	RS Swas ta	RS LN	RSB	Pus kes mas	Na kes	Ba tra	Di Ru mah	Lain- nya	Tidak Rawat jalan
Wilayah/Daerah										
Perkotaan	3.5	0.1	0.1	12.4	0.2	8.4	0.2	0.5	0.8	73.7
Perdesaan	0.8	0.3	0.0	12.6	0.1	3.3	0.2	0.3	0.7	81.6
Tingkat pengeluaran perkapita										
Kuintil 1	0.4	0.2		12.9	0.0	2.4	0.2	0.0	0.7	83.1
Kuintil 2	0.9	0.1	0.0	13.3	0.1	2.8	0.1	0.2	0.7	81.6
Kuintil 3	1.0	0.2		13.3	0.1	4.1	0.3	0.7	0.8	79.5
Kuintil 4	1.3	0.2	0.0	11.9		5.2	0.2	0.4	0.4	80.3
Kuintil 5	2.9	0.6	0.1	11.4	0.2	6.3	0.2	0.3	1.1	76.9

Menurut tipe daerah (Tabel 3.8.2.6), tampak kecenderungan responden di perkotaan lebih banyak memanfaatkan RS Pemerintah, RS Swasta, dan Puskesmas. Sedangkan responden di perdesaan lebih memanfaatkan RSB, Tenaga Kesehatan, dan pengobat tradisional untuk rawat jalan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tampak adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan RS Pemerintah, RS Swasta, Puskesmas, dan Tenaga Kesehatan, tetapi semakin sedikit yang memanfaatkan RSB untuk rawat jalan.

Tabel 3.8.2.7
Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Sumber pembiayaan				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- lain
Majene	36.5	10.8	17.5	28.5	2.8
Polewali Mandar	34.9	35.2	20.7	0.3	12.3
Mamasa	75.8	10.5	23.2	4.2	1.1
Mamuju	43.8	36.9	18.1	1.2	9.3
Mamuju Utara	85.7	6.1	6.1	0.5	4.0
Sulawesi Barat	49.0	22.5	16.7	7.1	7.4

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 3.8.2.7 menjelaskan bahwa biaya berobat rawat jalan oleh sendiri/keluarga sebesar 49,0%, kemudian disusul dengan askes/jamsostek (22,5%) dan askeskin/SKTM (16,7%). Masih juga penggunaan biaya dari dana sehat (7,1%).

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

Karakteristik	Sumber pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Wilayah/Daerah					
Perkotaan	44.8	25.3	12.2	9.9	6.6
Perdesaan	50.3	21.7	17.9	6.3	7.7
Tingkat pengeluaran perkapita					
Kuintil 1	49.0	19.8	20.7	7.0	12.0
Kuintil 2	47.1	17.9	23.2	7.2	4.0
Kuintil 3	45.1	22.4	17.2	8.8	6.5
Kuintil 4	54.8	19.6	16.5	5.7	5.5
Kuintil 5	49.2	30.8	8.0	6.8	9.3

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Sumber biaya rawat jalan menurut tipe daerah (Tabel 3.8.2.8), tidak tampak berbeda antara daerah perkotaan dan perdesaan, terbanyak dari biaya sendiri/keluarga. Pembiayaan dari Askes/Jamsostek tampak lebih banyak dimanfaatkan di perkotaan (25,3%), sebaliknya pembiayaan dari Askeskin/ SKTM lebih banyak ditemukan di perdesaan (17,9%).

Gambaran sumber biaya rawat jalan dikaitkan dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin banyak yang memanfaatkan Askes/Jamsostek dan Askeskin/SKTM untuk pembiayaan rawat jalan. Tampaknya Askeskin/SKTM belum sepenuhnya diperuntukkan bagi masyarakat tidak/kurang mampu. Pembiayaan dari Dana Sehat semakin sedikit dimanfaatkan responden dengan tingkat pengeluaran yang makin tinggi.

3.8.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Persepsi masyarakat pengguna pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan non-medis dapat digunakan sebagai salah satu indikator ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan. Ada 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Penilaian untuk masing-masing domain ditanyakan kepada responden, berdasarkan pengalamannya waktu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan untuk rawat inap dan rawat jalan.

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

- Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
- Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
- Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita
- Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
- Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien

- Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
- Keberhasilan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
- Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

Tujuh domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan sama dengan domain rawat inap, kecuali domain ke delapan (kemudahan dikunjungi keluarga/teman).

Penduduk diminta untuk menilai setiap aspek ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan di luar medis selama menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Masing-masing domain ketanggapan dinilai dalam 5 (lima) skala yaitu: sangat baik, baik, cukup, buruk, sangat buruk. Untuk memudahkan penilaian aspek ketanggapan rawat jalan dan rawat inap pada sistem pelayanan kesehatan tersebut, WHO membagi menjadi dua bagian besar yaitu 'baik' (sangat baik dan baik) dan 'kurang baik' (cukup, buruk dan sangat buruk). Penyajian hasil analisis/tabel selanjutnya hanya mencantumkan persentase yang 'baik' saja.

Tabel 3.8.3.1
Persentase Penduduk Rawat Inap
Menurut Aspek Ketanggapan dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih sarana	Kebersihan ruangan	Kemudahan dikunjungi
Majene	84.5	87.9	86.2	87.9	87.9	86.2	86.2	87.9
Polewali Mandar	83.9	83.9	87.5	83.9	87.5	76.8	71.4	85.7
Mamasa	69.2	69.2	66.7	64.1	74.4	64.1	66.7	71.8
Mamuju	79.2	77.1	75.0	70.8	79.2	72.9	72.9	81.3
Mamuju Utara	91.8	97.3	93.6	90.9	94.5	91.8	90.9	92.7
Sulawesi Barat	84.2	86.5	84.9	82.6	87.1	81.7	80.7	86.2

Tabel 3.8.3.1 menjelaskan bahwa yang paling tinggi tentang baik pada pelayanan rawat inap adalah kerahasiaan (87,1%) dan yang paling rendah pada kebersihan ruangan (80,7%). Semua kabupaten di provinsi Sulawesi Barat menjawab diatas 80%.

Tabel 3.8.3.2
Persentase Penduduk Rawat Inap
Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih sarana	Kebersihan ruangan	Kemudahan dikunjungi
Wilayah/Daerah								
Perkotaan	88.1	88.1	89.8	86.4	89.8	83.1	83.1	91.5
Perdesaan	83.3	86.1	83.7	81.7	86.5	81.3	80.2	84.9
Tingkat pengeluaran perkapita								
Kuintil 1	88.6	88.6	74.3	74.3	82.9	80.0	85.7	88.6
Kuintil 2	76.3	81.4	79.7	79.7	83.1	76.3	71.2	79.7
Kuintil 3	93.0	91.2	91.2	89.5	93.0	87.7	86.0	91.2
Kuintil 4	85.9	92.2	92.2	84.4	90.6	85.9	84.4	89.1
Kuintil 5	81.3	82.3	83.3	82.3	85.4	79.2	79.2	84.4

Tabel.3.8.3.2 menyajikan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut karakteristik rumah tangga.

Menurut tipe daerah, tidak terdapat perbedaan mencolok persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap seluruh aspek ketanggapan antara di perkotaan dan perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, nampak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin banyak yang menyatakan keanggapan pelayanan kesehatan 'baik' pada aspek: kebersihan ruangan pelayanan, kebebasan memilih fasilitas pelayanan, dan kemudahan dikunjungi keluarga/teman.

Tabel 3.8.3.3
Persentase Penduduk Rawat Jalan
Menurut Aspek Ketanggapan dan Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih sarana	Kebersihan ruangan
Majene	95.2	96.9	96.7	96.9	97.4	97.4	95.6
Polewali Mandar	91.6	91.7	89.3	89.1	87.2	84.7	84.3
Mamasa	85.1	90.8	82.6	77.0	81.6	81.6	78.5
Mamuju	89.5	89.5	89.1	87.7	90.0	88.6	87.3
Mamuju Utara	91.8	95.1	93.4	92.5	93.9	89.0	89.4
Sulawesi Barat	92.0	93.4	91.6	91.0	91.1	88.9	88.1

Tabel 3.8.3.3 menunjukkan aspek ketanggapan terhadap pelayanan rawat jalan dengan persentase nilai 'baik' tertinggi adalah keramahan petugas (93,4%), sedangkan persentase terendah adalah aspek kebersihan ruangan (88,1%).

Tabel 3.8.3.4
Persentase Penduduk Rawat Jalan
Menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih sarana	Kebersihan ruangan
Wilayah/Daerah							
Perkotaan	93.0	94.3	91.8	91.6	90.9	88.6	88.7
Perdesaan	91.7	93.1	91.6	90.8	91.2	89.0	87.9
Tingkat pengeluaran perkapita							
Kuintil 1	91.0	94.0	92.2	91.0	92.2	90.4	90.9
Kuintil 2	89.0	89.9	86.8	86.8	85.8	83.6	82.2
Kuintil 3	90.6	91.8	90.3	90.1	90.3	87.6	87.3
Kuintil 4	95.4	95.9	95.4	94.9	95.7	92.9	92.6
Kuintil 5	93.2	95.0	93.0	91.7	91.4	89.9	87.6

Pada tabel 3.8.3.4 keramahan pelayanan rawat jalan di perkotaan sebesar 94,3% dan di perdesaan sebesar 93,1%. Waktu tunggu di perkotaan sebesar 93,0% dan perdesaan sebesar 91,7%

3.9 Kesehatan Lingkungan

Data kesehatan lingkungan diambil dari dua sumber data, yaitu Riskesdas 2007 dan Kor Susenas 2007. Dengan demikian penyajian beberapa variabel kesehatan lingkungan merupakan gabungan data Riskesdas dan Kor Susenas.

Data yang dikumpulkan dalam survei ini meliputi data air bersih keperluan rumah tangga, sarana pembuangan kotoran manusia, sarana pembuangan air limbah (SPAL), pembuangan sampah, dan perumahan. Data tersebut bersifat fisik dalam rumah tangga, sehingga pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terhadap kepala rumah tangga dan pengamatan.

3.9.1 Air Keperluan Rumah Tangga

Menurut WHO, jumlah pemakaian air bersih rumah tangga per kapita sangat terkait dengan risiko kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan higiene. Rerata pemakaian air bersih individu adalah rerata jumlah pemakaian air bersih rumah tangga dalam sehari dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga. Rerata pemakaian individu ini kemudian dikelompokkan menjadi : <5 liter/orang/ hari; 5-19,9 liter/orang/hari; 20-49,9 liter/orang/hari; 50-99,9 liter/orang/hari; dan ≥ 100 liter/orang/hari. Berdasarkan tingkat pelayanan, kategori tersebut dinyatakan sebagai 'tidak akses', 'akses kurang', 'akses dasar', 'akses menengah', dan 'akses optimal'. Risiko kesehatan masyarakat pada kelompok yang akses terhadap air bersih rendah ('tidak akses' dan 'akses kurang') dikategorikan sebagai mempunyai risiko tinggi.

Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa rata-rata jumlah pemakaian air untuk seluruh kebutuhan rumah tangga dalam sehari semalam. Gambaran penggunaan air rumah tangga sampel di Provinsi Sulawesi Barat disajikan dalam tabel 3.9.1.1 dibawah ini.

Tabel 3.9.1.1
Persentase Rumah tangga Rata-Rata Pemakaian Air Per Orang Per Hari Menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas, 2007

Kabupaten	Jumlah rata-rata pemakaian air bersih per orang per				
	≤ 5	5 – 19,9	20 – 49,9	50 – 99,9	≥ 100
Majene	16.6	8.0	7.0	6.1	62.3
Polewali Mandar	14.0	14.8	28.7	29.8	12.7
Mamasa	12.2	61.8	22.9	2.1	0.9
Mamuju	17.8	60.4	17.2	1.6	3.0
Mamuju utara	0.3	5.5	2.4	47.9	43.8
Sulawesi barat	13.7	31.9	19.3	17.5	17.7

Secara nasional rumah tangga yang mengonsumsi air ≥ 20 liter/orang/hari adalah 87,7%, sedangkan di Provinsi Sulawesi Barat adalah 54,5%. Hanya Kabupaten Mamuju Utara dimana lebih dari 90% rumah tangga telah mengonsumsi air perkapita/hari lebih dari 20 liter. Suatu kondisi diatas rata-rata nasional. Sedangkan di kabupaten lain proporsinya masih rendah (25,9% di Kabupaten Mamasa, 21,8% di Kabupaten Mamuju).

Di Provinsi Sulawesi Barat, terdapat 45,6% rumah tangga yang pemakaian air bersihnya masih rendah (13,7% tidak akses dan 31,9% akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebesar 19,3% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 17,5% akses menengah, dan 17,7% akses optimal. Empat kabupaten memiliki akses terhadap air bersih masih rendah berturut-turut adalah Mamuju, Mamasa, Polewali Mandar, dan Majene. Sedangkan kabupaten yang proporsi akses air bersih optimalnya tinggi adalah Mamuju Utara.

Dilihat dari karakteristik rumah tangga, rerata pemakaian air bersih per orang per hari menunjukkan perbedaan, baik menurut tipe daerah maupun menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.2
Persentase Rumah tangga menurut Rata-Rata Pemakaian Air Per Orang Per Hari Dan Kuintil, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Rerata pemakaian air bersih				
	<5	5 – 19,9	20 - 49,9	50 - 99,9	≥100
Wilayah/daerah					
Perkotaan	23.9	27.0	18.4	9.6	21.0
Perdesaan	11.9	32.7	19.4	18.9	17.1
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil-1	19.6	33.0	14.3	18.6	14.5
Kuintil-2	12.7	30.5	20.2	21.0	15.5
Kuintil-3	13.7	34.2	17.1	17.9	17.1
Kuintil-4	10.8	29.7	23.9	15.0	20.6
Kuintil-5	11.2	32.1	20.8	15.1	20.8

Sebaran rumah tangga menurut kelompok konsumsi air dan wilayah desa dan kota disajikan dalam tabel 3.9.1.2. Proporsi rumah tangga kelompok konsumsi air ≥ 20 liter/orang/hari di kota di Sulawesi Barat baru mencapai 49%, dan di desa 55,4% jauh dibawah angka 28 Provinsi yang mencapai 86.2%.

Konsumsi air menurut tingkat ekonomi rumah tangga disajikan dalam tabel 3.166 diatas. Hampir tidak ada pola hubungan proporsi rumah tangga yang mengonsumsi air memenuhi kebutuhan minimal dengan kuintil.

Proporsi rumah tangga yang aksesnya rendah terhadap air bersih lebih rendah di perdesaan (44,4%) dibandingkan dengan di perkotaan (50,9%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi akses terhadap air bersih optimal.

Di samping jumlah pemakaian air bersih untuk keperluan rumah tangga, ditanyakan juga tentang jarak dan waktu tempuh ke sumber air, serta persepsi tentang ketersediaan sumber air. Kepada kepala rumah tangga ditanyakan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk menjangkau sumber air bersih pulang pergi, berapa jarak antara rumah dengan sumber air, dan bagaimana kemudahan dalam memperoleh air bersih. Gambaran kemudahan untuk mendapatkan air di Provinsi Sulawesi Barat disajikan dalam tabel 3.9.1.3 di bawah ini.

Tabel 3.9.1.3
Persentase Rumah tangga menurut Waktu, Jarak, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Lama waktu dan jarak				Ketersediaan air		
	Waktu		Jarak		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	≤30	>30	≤ 1	>1			
Majene	93.6	6.4	91.1	8.9	76.4	23.2	0.3
Polewali mandar	91.8	8.2	91.9	8.1	66.8	32.0	1.2
Mamasa	99.1	0.9	98.2	1.8	88.0	12.0	0.0
Mamuju	92.1	7.9	82.3	17.7	68.2	30.6	1.2
Mamuju utara	99.3	0.7	78.8	21.2	84.7	15.3	0.0
Sulawesi barat	93.8	6.2	88.4	11.6	72.9	26.3	0.8

Sebagian besar rumah tangga (>90,0%) memerlukan waktu kurang dari 30 menit untuk mengambil air. Kondisi ini merata di seluruh kabupaten dengan rentang proporsi antara yang terendah 91,8% di Kabupaten Polewali Mandar dan tertinggi 99,3% di Kabupaten Mamuju Utara.

Sebagian besar rumah tangga (88,4%) berjarak kurang dari 1 km dari rumah. Proporsinya berkisar antara yang terendah 78,8% di Kabupaten Mamuju Utara dan tertinggi 98,2% di Kabupaten Mamasa. Sebagian besar rumah tangga mudah mendapatkan air sepanjang tahun, namun dalam proporsi yang cukup besar (26,3%) mengalami kesulitan untuk mendapatkan air pada musim kemarau.

Akses air bersih menurut waktu, jarak dan ketersediaan air bersih bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.4
Persentase Rumah tangga menurut Waktu, Jarak, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Lama waktu dan jarak				Ketersediaan air		
	Waktu		Jarak		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤1			
Wilayah/daerah							
Perkotaan	3.9	96.1	6.2	93.8	77.9	21.6	0.5
Perdesaan	6.6	93.4	12.5	87.5	72.0	27.1	0.8
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	4.5	95.5	10.3	89.7	66.9	32.6	0.6
Kuintil-2	5.1	94.9	11.0	89.0	70.4	28.3	1.3
Kuintil-3	5.6	94.4	10.5	89.5	72.5	27.1	0.4
Kuintil-4	7.1	92.9	13.5	86.5	72.6	26.2	1.1
Kuintil-5	8.7	91.3	12.7	87.3	82.2	17.5	0.4

Tidak ada perbedaan proporsi rumah tangga di desa dan kota dalam kemudahan untuk mendapatkan air bersih, baik dari segi waktu tempuh yang dibutuhkan, jarak, dan kemudahan mendapatkan air menurut musim.

Terdapat kecenderungan semakin tinggi kuintil semakin besar proporsi rumah tangga yang memerlukan waktu lebih dari 30 menit untuk mengambil air bersih. Tidak ada pola

hubungan antara kuintil dengan jarak ke sumber air. Namun terdapat kecenderungan semakin kaya rumah tangga semakin baik pemenuhan kebutuhan minimal air bersihnya.

Proporsi rumah tangga yang waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit lebih tinggi di perdesaan (6,6%) dibandingkan dengan di perkotaan (3,9%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan proporsi waktu tempuh mengalami penurunan sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan proporsi jarak tempuh mengalami penurunan sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita. Proporsi rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang tahun relatif lebih tinggi di perkotaan (77,9%) dibandingkan dengan di perdesaan (72,0%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan proporsi rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang waktu, mengalami peningkatan sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Dalam rangka memperoleh air untuk keperluan rumah tangga bila sumbernya berada di luar pekarangan, ditanyakan siapa yang biasanya mengambil air dalam rumah tangga tersebut, sebagai upaya untuk melihat aspek gender dan perlindungan anak. Aspek gender dalam pengambilan air bersih dapat dilihat pada Tabel 3.9.1.5

Tabel 3.9.1.5
Persentase Rumah tangga Menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air
Dalam Rumah tangga dan Kabupaten,
Riskesdas 2007

Kabupaten	Yang biasa mengambil air dalam rumah tangga			
	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 th)	Dewasa	Anak (<12 th)
Majene	63.7	3.5	31.4	1.3
Polewali mandar	52.2	4.6	38.8	4.3
Mamasa	25.0	4.4	61.8	8.8
Mamuju	26.4	2.2	59.9	11.5
Mamuju utara	73.6	1.9	23.3	1.3
Sulawesi barat	46.9	3.2	43.8	6.0

Pada tabel 3.9.1.5 tampak adanya bias gender dalam kegiatan mengambil air, dimana lebih banyak perempuan dewasa (46,9%) daripada laki-laki dewasa (43,8%). Kondisi ini merata diseluruh kabupaten. Anak-anak sudah diberi beban untuk menyediakan air untuk rumah tangga.

Tidak ada perbedaan individu yang biasa mengambil air antara daerah kota dan desa (tabel 3.9.1.6).

Tabel 3.9.1.6
Persentase Rumah Tangga menurut Anggota Rumah Tangga yang Biasa
Mengambil Air dan Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak-anak	Dewasa	Anak-anak
Wilayah/daerah				
Perkotaan	55.7	2.5	37.3	4.4
Perdesaan	45.4	3.4	44.7	6.5
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	50.2	2.9	40.3	6.6
Kuintil-2	45.9	4.3	42.3	7.5
Kuintil-3	41.4	5.3	47.1	6.1
Kuintil-4	47.0	3.0	44.9	5.1
Kuintil-5	49.4	0.6	44.4	5.6

Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan, semakin rendah proporsi perempuan dewasa dan anak-anak yang biasa mengambil air (tabel 3.9.1.6). Hubungan yang mirip juga untuk anggota rumah tangga lainnya. Proporsi anggota rumah tangga pengambil air terendah berada pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran tertinggi.

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. Kualitas air minum utama rumah tangga sampel di Provinsi Sulawesi Barat disajikan dalam tabel 3.9.1.7 dibawah ini.

Tabel 3.9.1.7
Persentase Rumah tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Majene	1.9	0.3	5.4	0,0	0.6	93.3
Polewali Mandar	1.4	1.4	0.6	0.2	0.3	97.4
Mamasa	5.2	2.2	2.2	0.9	0.9	93.5
Mamuju	20.1	9.5	4.1	5.0	2.8	76.6
Mamuju Utara	22.5	29.8	6.2	1.0	5.6	64.2
Sulawesi barat	9.6	6.8	3.0	1.7	1.7	86.8

* baik = tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa dan tidak berbau

Sebagian besar rumah tangga sampel mempunyai air minum dengan kualitas yang baik (86,8%). Masalah yang terbanyak dalam kualitas fisik air adalah keruh dan berwarna. Dalam proporsi yang cukup besar kedua masalah ini ditemukan di Kabupaten Mamuju dan Mamuju Utara.

Secara umum kualitas fisik air minum yang baik lebih banyak ditemui pada rumah tangga di kota dibandingkan dengan rumah tangga di desa. Proporsi rumah tangga yang menggunakan air minum keruh dan berwarna lebih tinggi di perdesaan daripada perkotaan (tabel 3.9.1.8).

Tabel 3.9.1.8
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kualitas fisik air minum					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Wilayah/daerah						
Perkotaan	2.3	0.8	1.8	3.7	0,0	92.6
Perdesaan	10.8	1.9	7.6	2.8	2.0	85.8
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	8.9	1.1	6.0	2.1	1.1	88.2
Kuintil-2	11.2	2.8	6.9	3.0	2.4	85.4
Kuintil-3	8.2	1.1	6.3	3.1	1.9	87.6
Kuintil-4	9.9	1.3	6.6	3.4	1.5	86.5
Kuintil-5	9.7	2.1	8.0	3.2	1.7	86.1

* baik = tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa dan tidak berbau

Sumber air minum yang digunakan rumah tangga sampel di Provinsi Sulawesi Barat sangat beragam, namun proporsi terbesar adalah sumur, baik terlindung maupun sumur tidak terlindung (tabel 3.9.1.9).

Tidak ada perbedaan yang mencolok antara proporsi kualitas fisik air minum di perkotaan dan di perdesaan, kecuali dalam hal kekeruhan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin rendah proporsi yang kualitas fisik air minumnya baik.

Data jenis sumber air minum utama yang digunakan rumah tangga diambil dari data Kor Susenas 2007.

Tabel 3.9.1.9
Persentase Rumah tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Susenas 2007

Kabupaten	Jenis sumber air minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Majene	2.2	18.7	6.3	14.0	27.6	7.6	14	2.5	7.0	0,0	0,0
Polewali Mandar	0.9	7.8	4.9	9.9	45.7	4.9	13.4	4.9	7.7	0,0	0,0
Mamasa	0,0	5.5	0,0	0,0	0.9	3.1	20.6	50.6	19.3	0,0	0,0
Mamuju	0.4	4.7	2.2	6.3	31.7	26.6	9.52	9.5	8.0	0.8	0.4
Mamuju Utara	0,0	0.7	0.3	7.6	47.4	29.2	2.41	3.1	7.2	0.7	1.4
Sulawesi barat	0.7	7.1	3.2	7.9	34.2	13.9	12	11.3	9.0	0.3	0.3

Air kemasan masih jarang digunakan di provinsi ini. Air leding eceran baru digunakan 7,1% rumah tangga sampel Provinsi Sulawesi Barat jauh lebih rendah dari rata-rata nasional 16,2%. Kabupaten Majene merupakan daerah dengan proporsi rumah tangga pengguna leding tertinggi yaitu 18,7%. Namun inipun masih jauh dari MDG yang mematok 57,4%. Dalam proporsi yang lumayan besar (9,0%) masih ada rumah tangga yang menggunakan air sungai.

Tabel 3.9.1.10 menyajikan bahwa penggunaan leding lebih banyak dilakukan rumah tangga daerah kota (37,0%), dibandingkan dengan daerah desa (2,0%). Di kotapun masih jauh dari sasaran MDG.

Sebaran proporsi penggunaan jenis sumber air minum bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.10
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis sumber air minum										
	Air kemasan	Ledeng eceran	Ledeng meteran	Sumur bor/ Pomba	Sumur Terlindung	Sumur tak terlindung	Mata air terlindung	Mata air tak terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Wilayah/daerah											
Perkotaan	3.6	37.0	7.5	16.8	27.2	3.6	3.9	0.3	0,0	0,0	0,0
Perdesaan	0.2	2.0	2.5	6.4	35.4	15.7	13.4	13.2	10.6	0.4	0.3
Tingkat pengeluaran per kapita											
Kuintil-1	0,0	1.1	4.3	4.1	35.0	19.0	14.5	10.7	10.7	0.4	0.2
Kuintil-2	0,0	2.2	2.4	4.3	34.6	15.3	14.4	12.3	14.0	0.4	0,0
Kuintil-3	0.4	4.7	2.8	8.1	34.7	13.3	12.9	13.7	8.6	0.2	0.6
Kuintil-4	0.2	8.6	3.9	9.6	32.8	13.7	12.5	13.1	5.4	0.2	0.0
Kuintil-5	3.0	18.7	2.3	13.4	34.0	8.3	5.7	6.8	6.4	0.8	0.8

Semakin tinggi tingkat ekonomi rumah tangga (kuintil) semakin tinggi proporsi rumah tangga yang menggunakan leding dan sumur pompa (tabel 3.9.1.10). Namun pada kuintil 5 pun pencapaian baru 18,8% rumah tangga yang menggunakan air pipa. Masih sangat jauh dari sasaran MDG.

Gambaran tempat penyimpanan dan pengolahan air dalam rumah disajikan pada tabel 3.9.1.11. Sebagian besar rumah tangga sampel (79,1%) menggunakan wadah tertutup sebagai tempat penyimpanan air minum. Proporsinya beragam dari yang terendah 59,5% di Kabupaten Majene dan tertinggi 90,9% di Kabupaten Mamuju Utara. Sedangkan penggunaan wadah terbuka tertinggi (30,8%) terdapat di Kabupaten Mamasa.

Penggunaan air kemasan, ledeng eceran, ledeng meteran, dan sumur bor lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Di daerah perdesaan sumber air minum yang menonjol digunakan dibandingkan di perkotaan adalah jenis sumur (terlindung dan tidak terlindung), mata air, air sungai dan air hujan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi proporsi yang menggunakan air kemasan, ledeng eceran, dan sumur pompa. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin menurun proporsi rumah tangga yang menggunakan sumber air tidak terlindung.

Tabel 3.9.1.11 menggambarkan jenis tempat penampungan air untuk keperluan minum yang digunakan rumah tangga dan jenis pengolahan air minum yang dilakukan sebelum air tersebut dikonsumsi.

Tabel 3.9.1.11
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum,
Riskesdas 2007

Kabupaten	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Majene	28.6	59.5	11.9	20.1	86.6	4.2	1.3	1.3
Polewali Mandar	7.3	89.8	2.9	2.0	97.7	0.8	0.5	0.2
Mamasa	30.8	64.0	5.2	1.8	96.9	4.6	0.9	0.3
Mamuju	16.9	75.4	7.7	7.6	95.4	3.0	1.9	2.0
Mamuju Utara	8.3	90.9	0.8	0.7	98.3	17.6	0.7	1.1
Sulawesi Barat	15.5	79.1	5.4	5.6	95.7	4.2	1.1	0.9

Hampir semua rumah tangga (95.7%) memasak air minum sebelum digunakan, namun masih ada rumah tangga yang langsung minum air tanpa dimasak, bahkan di Kabupaten Majene proposinya masih tinggi (20,1%). Dalam pengolahan ada yang menambahkan bahan kimia walaupun proporsinya kecil.

Proporsi penggunaan tempat penampungan air dan pengolahan air sebelum dikonsumsi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Informasi hubungan tingkat ekonomi dengan tempat penyimpanan air minum dan pengolahan air disajikan pada tabel 3.9.1.12 dibawah ini.

Tabel 3.9.1.12
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan,
Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik rumah tangga	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Wilayah/daerah								
Perkotaan	15.3	79.7	5.0	6.5	94.3	3.1	1.3	0.5
Perdesaan	15.5	78.9	5.6	5.4	96.0	4.4	1.0	0.9
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil-1	15.0	77.7	7.3	9.2	95.1	3.0	0.8	0.4
Kuintil-2	16.8	77.1	6.1	6.2	95.1	4.9	2.2	1.0
Kuintil-3	16.5	78.8	4.7	6.5	94.7	3.4	1.0	0.9
Kuintil-4	16.3	79.7	4.0	4.1	96.6	4.5	0.4	1.0
Kuintil-5	12.9	82.1	5.0	2.1	97.0	4.9	1.0	1.0

Terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat ekonomi semakin besar proporsi rumah tangga yang menampung air minum dalam wadah tertutup. Sebaliknya semakin rendah kuintil semakin kecil proporsi.

Proporsi yang menggunakan wadah terbuka di perdesaan dan perkotaan relatif sama. Dalam hal pengolahan air sebelum dikonsumsi tidak ada perbedaan yang mencolok antara perkotaan dan perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin kecil proporsi yang

menggunakan wadah terbuka, dan semakin meningkat yang menggunakan tempat penampungan air dengan wadah tertutup.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses terhadap air bersih 'baik' apabila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana sumber air yang digunakan *improved*, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Data konsumsi air dan jarak ke sumber air berasal dari Riskesdas 2007, sedangkan data jenis sarana air minum berasal dari Kor Susenas 2007. Sarana sumber air yang *improved* menurut WHO/Unicef adalah sumber air jenis perpipaan/ledeng, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan; selain dari itu dikategorikan *not improved*.

Tabel 3.9.1.13 menyajikan data akses rumah tangga terhadap air bersih dan sanitasi menurut kabupaten.

Tabel 3.9.1.13
Persentase RumahTangga menurut Akses Air Bersih dan Kabupaten
di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Akses air bersih	
	Kurang	Baik
Majene	46.3	53.7
Polewali mandar	50.5	49.5
Mamasa	92.9	7.1
Mamuju	90.4	9.6
Mamuju utara	54.0	46.0
Sulawesi Barat	67.1	32.9

Catatan : *) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

Dengan memperhatikan volume konsumsi, jenis sarana, dan jarak atau waktu tempuh ke sumber air, maka tingkat akses masyarakat terhadap air bersih masih rendah, yaitu 32,9%. Angka tersebut bervariasi menurut kabupaten, dimana yang paling tinggi cakupannya adalah di Majene dan terendah adalah Mamasa. Akses terhadap air bersih tidak menunjukkan variasi yang jelas menurut kualifikasi desa dan quintil pendapatan (tabel 3.9.1.14).

Tabel 3.9.1.14
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Air Bersih dan Karakteristik
Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Akses air bersih	
	Kurang	Baik
Wilayah/daerah		
Perkotaan	60.4	39.6
Perdesaan	68.2	31.8
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	71.6	28.4
Kuintil-2	67.2	32.8
Kuintil-3	66.6	33.4
Kuintil-4	64.4	35.6
Kuintil-5	65.3	34.7

Catatan : *) 20 ltr/org/hari dari sumber terlindung dlm jarak 1 km atau waktu tempuh kurang dari 30 menit

Tabel di atas menunjukkan di perkotaan akses baik terhadap air bersih relatif lebih tinggi (39,6) daripada di perdesaan (31,8%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tidak menunjukkan pola kecenderungan yang jelas dalam hal akses terhadap air bersih.

3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar

Data fasilitas buang air besar meliputi jenis penggunaan fasilitas buang air besar dan jenis fasilitas buang air besar. Data ini diambil dari data rumah tangga Kor Susenas 2007. Gambaran sebaran rumah tangga di masing-masing kabupaten berdasarkan penggunaan fasilitas buang air besar disajikan dalam tabel 3.9.2.1 di bawah ini.

Tabel 3.9.2.1
Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten, di Provinsi Sulawesi Barat, Susenas 2007

Kabupaten	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tdk pakai
Majene	35.9	4.8	4.1	55.2
Polewali Mandar	44.4	8.3	2.8	44.4
Mamasa	34.7	10.4	8.3	46.6
Mamuju	44.3	4.9	2.0	48.8
Mamuju Utara	42.5	6.8	0.7	50.0
Sulawesi Barat	42.0	7.0	3.2	47.9

Pengguna fasilitas BAB di Provinsi Sulawesi Barat 42,0%, lebih rendah dari tingkat nasional (60,5%). Distribusinya di masing-masing kabupaten relatif merata. Kecuali di Kabupaten Majene dan Mamasa dimana pengguna fasilitas BAB sendiri masih kurang dari 40%.

Proporsi rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB sendiri lebih tinggi di kota daripada di desa, yaitu 63,5% dan 38,3% (tabel 3.9.2.2). Namun rumah tangga yang tidak memakai fasilitas BAB lebih tinggi di desa dibandingkan dengan kota. Cakupan penggunaan jamban sendiri menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.2.2
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Susenas 2007

Karakteristik rumah tangga	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak pakai
Wilayah/daerah				
Perkotaan	63.5	9.6	2.3	24.6
Perdesaan	38.3	6.5	3.2	51.9
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	28.8	8.3	2.4	60.5
Kuintil-2	28.5	6.6	3.8	61.2
Kuintil-3	40.0	6.4	3.9	49.7
Kuintil-4	45.2	6.2	3.0	45.6
Kuintil-5	67.5	7.5	2.5	22.5

Cakupan penggunaan jamban sendiri menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Proporsi rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri lebih besar di daerah kota daripada di desa

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi proporsi yang menggunakan jamban sendiri.

Tabel 3.9.2.3 menggambarkan berbagai jenis sarana pembuangan kotoran. Jenis sarana pembuangan kotoran dianggap 'saniter' bila menggunakan jenis leher angsa.

Secara umum 90,1% dari rumah tangga sampel di Provinsi Sulawesi Barat menggunakan fasilitas BAB leher angsa, masih lebih rendah dari tingkat nasional yang mencapai 72,8%. Dari lima kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat dua kabupaten yaitu Mamasa dan Mamuju yang penggunaan leher angsa lebih rendah dari tingkat nasional.

Tabel 3.9.2.3
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/ cubluk	Tidak pakai
Majene	90.1	5.0	0.7	4.3
Polewali Mandar	76.9	10.4	10.3	2.4
Mamasa	48.3	6.3	28.2	17.2
Mamuju	55.2	8.1	33.8	2.8
Mamuju Utara	78.6	2.8	15.9	2.8
Sulawesi Barat	90.1	5.0	0.7	4.3

Rumah tangga yang menggunakan tempat BAB leher angsa di perkotaan adalah 89,7% sedangkan di perdesaan 63,1%.

Tabel 3.9.2.4
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/ cubluk	Tidak pakai
Wilayah/daerah				
Perkotaan	89.7	4.5	3.8	2.1
Perdesaan	63.1	8.8	22.8	5.3
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	52.9	14.8	26.2	6.2
Kuintil-2	51.0	8.7	32.7	7.7
Kuintil-3	66.7	9.7	19.1	4.5
Kuintil-4	71.1	5.8	19.6	3.4
Kuintil-5	85.6	4.1	7.3	2.9

Menurut tingkat pengeluaran per kapita tampak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita semakin besar proporsi rumah tangga yang menggunakan tempat BAB leher angsa.

Menurut *Joint Monitoring Program* WHO/Unicef, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa.

Tabel 3.9.2.5
Persentase RumahTangga menurut Akses Sanitasi dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Akses sanitasi	
	Kurang	Baik
Majene	65.7	34.3
Polewali mandar	63.8	36.2
Mamasa	82.0	18.0
Mamuju	75.9	24.1
Mamuju utara	66.7	33.3
Sulawesi Barat	70.0	30.0

Catatan : **) memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Berdasarkan kriteria tersebut, di Provinsi Sulawesi Barat rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 30,0%. Angka tersebut masih di bawah angka nasional sebesar 46,0%. Semua kabupaten di Sulawesi Barat memiliki akses sanitasi di bawah angka nasional.

Proporsi rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi bervariasi menurut daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.2.6
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Air Bersih, Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Akses sanitasi	
	Kurang	Baik
Wilayah/daerah		
Perkotaan	41.2	58.8
Perdesaan	74.9	25.1
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	83.3	16.7
Kuintil-2	85.0	15.0
Kuintil-3	73.4	26.6
Kuintil-4	67.7	32.3
Kuintil-5	40.6	59.4

Catatan : **) memiliki jamban jenis latrin + tangki septik

Tabel di atas menunjukkan di perkotaan akses baik terhadap sanitasi lebih tinggi di perkotaan (58,8%) daripada di perdesaan (25,1%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan dalam hal akses sanitasi, yaitu semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita semakin besar proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi baik.

Tempat pembuangan akhir tinja sangat menentukan pencemaran lingkungan. Sebesar 33,4% rumah tangga sampel di Provinsi Sulawesi Barat menggunakan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja. (tabel 3.9.2.7).

Tabel 3.9.2.7
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja nan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lain
Majene	32.3	0.3	23.0	11.5	31.6	1.3
Polewali Mandar	44.2	1.6	19.9	17.6	16.1	0.6
Mamasa	19.6	0,0	44.2	27.0	5.8	3.4
Mamuju	25.1	0.7	19.4	31.0	21.6	2.2
Mamuju Utara	36.0	1.0	15.8	11.6	34.2	1.4
Sulawesi Barat	33.4	0.9	22.6	21.3	20.2	1.6

Pada tingkat kabupaten proporsi rumah tangga yang menggunakan tangki sebagai tempat pembuangan akhir tinja tertinggi (44,2%) di Kabupaten Polewali Mandar sedangkan yang terendah (19,6%) di Kabupaten Mamasa. Lebih banyak rumah tangga kota yang menggunakan tangki sebagai tempat pembuangan akhir tinja (tabel 3.186). Secara umum proporsi rumah tangga yang melakukan pembuangan akhir tinja ke tempat yang tidak memenuhi syarat masih tinggi (76,6%).

Semakin tinggi tingkat ekonomi semakin banyak yang mampu menggunakan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja (tabel 3.9.2.8).

Tabel 3.9.2.8
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai/ tanah	Lainnya
Wilayah/daerah						
Perkotaan	61.9	1.3	6.0	13.0	17.6	0.3
Perdesaan	28.5	0.8	25.5	22.7	20.7	1.8
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	22.1	1.1	26.6	20.6	28.1	1.5
Kuintil-2	19.3	0.4	29.9	23.2	25.4	1.9
Kuintil-3	32.2	1.5	22.7	22.1	20.4	1.1
Kuintil-4	33.8	0.9	20.6	23.4	18.7	2.6
Kuintil-5	59.6	0.6	13.4	17.0	8.5	0.9

Di Provinsi Sulawesi Barat masih banyak rumah tangga (52,5%) yang tidak mempunyai sarana pembuangan air limbah (tabel 3.187). Angka ini jauh lebih tinggi dari angka nasional pada tahun 2007, yaitu 22,9%. Proporsi rumah tangga yang tidak mempunyai SPAL tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju (79,5%) dan terendah di Kabupaten Mamuju Utara (26,7%).

Tabel 3.9.2.9
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak ada
Majene	42.3	11.9	45.8
Polewali Mandar	43.3	10.2	46.5
Mamasa	54.8	9.4	35.8
Mamuju	16.0	4.5	79.5
Mamuju Utara	67.6	5.7	26.7
Sulawesi Barat	39.4	8.1	52.5

Proporsi rumah tangga yang mempunyai SPAL lebih tinggi di kota daripada desa (tabel 3.9.2.10). Di Sulawesi Barat persentase rumah tangga yang mempunyai SPAL tertutup dan terbuka lebih besar di perkotaan daripada di perdesaan.

Tabel 3.9.2.10
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak ada
Wilayah/daerah			
Perkotaan	55.6	12.8	31.6
Perdesaan	36.6	7.3	56.1
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	34.6	6.9	58.5
Kuintil-2	36.0	6.0	58.0
Kuintil-3	39.3	4.5	56.2
Kuintil-4	40.6	6.5	53.0
Kuintil-5	46.5	16.6	36.9

Persentase rumah tangga di perdesaan yang tidak mempunyai SPAL adalah 56,1%. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan, semakin tinggi persentase rumah tangga yang mempunyai SPAL terbuka ataupun tertutup.

Penampungan sampah sangat berpengaruh terhadap kesehatan lingkungan. Namun sebagian besar (80,6%) rumah tangga di Provinsi Sulawesi Barat tidak mempunyai tempat penampungan sampah di dalam rumah (tabel 3.9.2.11). Apalagi yang memiliki tempat penampungan sampah dalam rumah yang memenuhi syarat (tertutup) hampir tidak ada (3,9%). Kondisi ini merata diseluruh kabupaten di Sulawesi Barat, kecuali di Kabupaten Polewali Mandar.

Tabel 3.9.2.11
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Penampungan Sampah Dalam Rumah			Penampungan Sampah Di Luar Rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada	Tertutup	Terbuka	Tidak Ada
Majene	1.3	11.1	87.6	0.6	9.9	89.5
Polewali Mandar	8.4	26.7	64.8	4.8	39.5	55.7
Mamasa	0.3	0.9	98.8	1.8	7.1	91.1
Mamuju	2.1	11.2	86.7	1.9	19.4	78.7
Mamuju Utara	1.0	13.1	85.8	0.0	13.4	86.6
Sulawesi Barat	3.9	15.5	80.6	2.5	23.0	74.5

Rumah tangga yang memiliki tempat penampungan sampah relatif lebih banyak di kota daripada di desa (tabel 3.9.2.12).

Tingkat ekonomi tidak tampak berhubungan erat dengan pemilihan tempat pembuangan sampah. Kalaupun ada polanya lebih terlihat pada penampungan sampah terbuka baik dalam maupun luar rumah (3.9.2.12).

Tabel 3.9.2.12
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan di Luar Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Wilayah/daerah						
Perkotaan	9.3	30.5	60.2	7.1	36.7	56.2
Perdesaan	3.0	13.1	83.9	1.8	20.7	77.5
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	5.2	11.9	82.9	1.5	18.9	79.6
Kuintil-2	1.4	12.0	86.6	1.0	21.1	77.9
Kuintil-3	1.6	14.8	83.6	2.4	22.0	75.6
Kuintil-4	4.6	17.9	77.6	2.7	22.9	74.4
Kuintil-5	6.9	20.8	72.4	4.9	30.4	64.7

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin banyak yang memiliki tempat sampah, baik di dalam maupun di luar rumah.

3.9.3 Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dan menjadi bagian dari persyaratan rumah sehat adalah jenis lantai rumah, kepadatan hunian, dan keberadaan hewan ternak dalam rumah. Data jenis lantai, luas lantai rumah dan jumlah anggota rumah tangga diambil dari Kor Susenas 2007, sedangkan data pemeliharaan ternak diambil dari Riskesdas 2007. Kepadatan hunian diperoleh dengan cara membagi jumlah anggota rumah tangga dengan luas lantai rumah dalam meter persegi. Hasil perhitungan dikategorikan sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, yaitu memenuhi syarat bila $\geq 8\text{m}^2/\text{kapita}$ (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila $< 8\text{m}^2/\text{kapita}$ (padat).

Lantai tanah menyebabkan udara dalam ruangan menjadi lembab dan berdebu, merupakan faktor risiko ISPA. Di Sulawesi Barat masih ada rumah dengan lantai tanah walaupun relatif kecil (tabel 3.9.3.1). Namun rumah tangga dengan kepadatan hunian yang tinggi $< 8\text{m}^2/\text{per kapita}$ cukup tinggi (27,9%). Proporsi rumah dengan lantai tanah di kota dan desa ternyata relatif sama, namun proporsi rumah dengan kepadatan tinggi lebih banyak di desa (tabel 3.9.3.2).

Tabel 3.9.3.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah, Kepadatan Hunian dan Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	$\geq 8\text{ m}^2/\text{kapita}$	$< 8\text{ m}^2/\text{kapita}$
Majene	91.1	8.9	79.4	20.6
Polewali Mandar	95.7	4.3	83.0	17.0
Mamasa	91.1	8.9	44.2	55.8
Mamuju	88.7	11.3	67.8	32.2
Mamuju Utara	88.0	12.0	70.5	29.5
Sulawesi Barat	91.7	8.3	72.1	27.9

Tabel 3.9.3.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah, Kepadatan Hunian dan Karakteristik Rumah Tangga, di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	$\geq 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$	$< 8 \text{ m}^2/\text{kapita}$
Wilayah/daerah				
Perkotaan	93.3	6.7	81.3	18.7
Perdesaan	91.4	8.6	70.5	29.5
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	92.7	7.3	48.6	51.4
Kuintil 2	91.0	9.0	63.7	36.3
Kuintil 3	92.3	7.7	73.2	26.8
Kuintil 4	91.4	8.6	85.0	15.0
Kuintil 5	91.1	8.9	90.0	10.0

Tabel di atas memperlihatkan proporsi rumah tangga dengan lantai tanah di perdesaan sedikit lebih tinggi (8,6%) dibandingkan dengan di perkotaan (6,7%), sedangkan proporsi rumah dengan kepadatan hunian tinggi di perdesaan lebih tinggi (29,5%) dibandingkan dengan di perkotaan (18,7%).

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 3.9.3.3 tampak bahwa di Sulawesi Barat 52,8% rumah tangga memelihara unggas, 19,7% memelihara ternak sedang, 6,9% memelihara ternak besar dan 15,7% memelihara binatang jenis anjing, kucing atau kelinci.

Tabel 3.9.3.3
Persentase Rumah Tangga yang Memelihara Ternak/Hewan Peliharaan menurut Kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Riskesdas 2007

Kabupaten	Ternak unggas	Ternak sedang (kambing/babi)	Ternak besar (sapi/kerbau)	Anjing/kucing/kelinci
Majene	43,2	22,7	5,7	11,8
Polewali Mandar	54,7	13,9	4,9	2,6
Mamasa	65,2	66,5	16,0	57,5
Mamuju	53,9	11,6	8,4	20,1
Mamuju Utara	49,2	4,2	0,3	4,5
Sulawesi Barat	52,8	19,7	6,9	15,7

Dari rumah tangga yang memelihara ternak atau hewan (anjing, kucing, kelinci) sekitar 0,3% - 8,9% memeliharanya di dalam rumah. Kabupaten yang cukup tinggi memelihara ternak di dalam rumah adalah Kabupaten Majene dan Polewali Mandar.

Proporsi rumah tangga yang memelihara ternak bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita (Tabel 3.9.3.5) Proporsi rumah tangga yang memelihara ternak unggas di dalam rumah di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, tidak ada kecenderungan yang jelas dalam hal tempat pemeliharaan ternak, baik jenis unggas, ternak sedang, ternak besar, maupun binatang kucing, anjing atau kelinci.

Tabel 3.9.3.4
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Provinsi, Riskesdas 2007

Kabupaten	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/domba/babi dll)			Ternak Besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dlm rmh	Luar rmh	Tdk dipelihara	Dlm rmh	Luar rmh	Tdk dipelihara	Dlm rmh	Luar rmh	Tdk dipelihara	Dlm rmh	Luar rmh	Tdk dipelihara
Majene	5.1	38.1	56.7	1.0	21.7	77.3	0.3	5.4	94.3	8.6	3.2	88.2
Polewali Mandar	4.3	50.4	45.3	1.6	12.3	86.2	0.4	4.5	95.1	2.0	0.6	97.4
Mamasa	1.5	63.7	34.8	0.9	65.6	33.4	0.0	16.0	84.0	5.6	51.9	42.6
Mamuju	0.4	49.9	49.7	0.3	11.3	88.5	0.0	8.4	91.6	8.9	11.2	79.9
Mamuju Utara	2.1	47.1	50.9	0.0	4.2	95.8	0.0	0.3	99.7	0.3	4.2	95.5
Sulawesi Barat	2.7	50.1	47.2	0.9	18.8	80.3	0.2	6.7	93.1	5.0	10.7	84.3

Tabel 3.9.3.5
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ternak Unggas			Ternak Sedang (kambing/domba/babi dll)			Ternak Besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dlm rmh	Luar rmh	Tdk plihara	Dlm rmh	Luar rmh	Tdk plihara	Dlm rmh	Luar rmh	Tdk plihara	Dlm rmh	Luar rmh	Tdk plihara
Wilayah/daerah												
Perkotaan	4.2	24.7	71.1	0.3	8.7	91.1	0.3	0.3	99.5	3.4	2.1	94.5
Perdesaan	2.5	54.4	43.2	0.9	20.6	78.5	0.2	7.7	92.1	5.3	12.1	82.6
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita												
Kuintil-1	4.6	53.4	42.0	1.7	21.9	76.4	0.4	8.6	91.1	4.2	11.2	84.6
Kuintil-2	1.7	58.0	40.3	0.8	22.8	76.5	0.2	8.5	91.3	2.8	11.3	85.8
Kuintil-3	2.5	48.7	48.9	0.4	19.4	80.2	0.0	5.9	94.1	6.4	9.8	83.8
Kuintil-4	2.3	49.0	48.7	1.5	18.2	80.3	0.4	6.1	93.6	6.1	12.0	82.0
Kuintil-5	2.5	41.3	56.2	0.0	12.0	88.0	0.0	4.2	95.8	5.7	9.0	85.3

BAB 4. RINGKASAN TEMUAN

Ringkasan temuan Riskesdas 2007 per indikator kesehatan adalah sebagai berikut.

4.1. Status gizi

4.1.1 status Gizi Balita

- Secara umum prevalensi gizi buruk di Sulawesi Barat adalah 10,0% dan gizi kurang 15,4%. Seluruh kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat masih memiliki prevalensi gizi buruk di atas prevalensi nasional. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju Utara, masing-masing 12,4% dan 26,7%.
- Prevalensi gizi buruk dan kurang di Sulawesi Barat adalah 25,4% angka tersebut lebih tinggi dari angka nasional 18,4%. Prevalensi gizi buruk dan gizi kurang tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju Utara yaitu 39,1%.
- Prevalensi gizi lebih di Sulawesi Barat adalah 2,4%. Di tingkat propinsi maupun kabupaten angka gizi lebih di Sulawesi Barat masih di bawah angka nasional 4,3%.
- Prevalensi masalah pendek pada balita di Sulawesi Barat masih tinggi yaitu sebesar 44,5%. Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju yaitu 49,5%. Prevalensi masalah pendek di tingkat propinsi maupun kabupaten masih lebih tinggi dari angka nasional 36,8%.
- Di Sulawesi Barat masalah kekurusan masih tinggi yaitu 16,8%, angka tersebut masih di atas angka nasional 13,6% baik di tingkat nasional maupun propinsi masalah kurus masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Prevalensi kekurusan di seluruh provinsi masih berada di atas 5%, yang berarti masalah kekurusan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di setiap provinsi di Indonesia maupun di setiap kabupaten di Sulawesi Barat. Propinsi Sulawesi Barat termasuk diantara 18 propinsi dengan kategori kritis dan seluruh kabupaten di Sulawesi Barat termasuk kategori kritis.
- Prevalensi balita sangat kurus di Sulawesi Barat masih tinggi yaitu 8,7%. Angka tersebut masih lebih tinggi dibandingkan dengan angka nasional sebesar 6,2%. Hanya satu kabupaten yang memiliki prevalensi sangat kurus di bawah angka nasional, yaitu Kabupaten Majene (5,0%).
- Prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB di Sulawesi Barat adalah sebesar 12,4%, angka tersebut sedikit lebih tinggi daripada angka nasional sebesar 12,2%. Ada dua kabupaten yang memiliki angka kegemukan di bawah angka nasional, yaitu Kabupaten Majene dan Polewali Mandar.

4.1.2 Status Gizi Penduduk Usia Sekolah (umur 6-14 Tahun)

- Prevalensi kekurusan berdasarkan IMT standar WHO di Sulawesi Barat adalah 12,2% pada laki-laki dan 11,9% pada perempuan. Sedangkan prevalensi berat badan lebih pada laki-laki 7,5% dan perempuan 6,2%. Menurut kabupaten, Mamuju Utara mempunyai prevalensi kekurusan tertinggi diantara lima kabupaten lainnya.

4.1.3. Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas

- Prevalensi obesitas umum Provinsi Sulawesi Barat adalah 14,3% (7,3% BB lebih

dan 7,0% obese). Angka obesitas umum tersebut masih lebih rendah daripada angka nasional yang mencapai 19,1% (8,8% BB lebih dan 10,3% obese). Seluruh kabupaten di Sulawesi Barat memiliki prevalensi obesitas umum di bawah angka nasional.

- Prevalensi obesitas sentral di Sulawesi Barat adalah 15,9%. Dari 5 kabupaten, satu diantaranya, yaitu Kabupaten Polewali Mandar memiliki prevalensi obesitas sentral (19,8%) di atas angka prevalensi nasional (18,8%). Prevalensi obesitas sentral pada perempuan (25,3%) lebih tinggi dibanding laki-laki (5,9%). Menurut wilayah/daerah tampak lebih tinggi di daerah perkotaan (21,6%) dibandingkan daerah perdesaan (14,9%). Demikian juga semakin meningkat tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, semakin tinggi prevalensi obesitas sentral.

4.1.4 Status gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 tahun

- Prevalensi risiko KEK pada wanita usia subur di Sulawesi Barat adalah 12,5%. Ada dua kabupaten dengan prevalensi risiko KEK di atas angka nasional (13,6%), yaitu Kabupaten Majene (17,6%) dan Polewali Mandar 15,1%. Kabupaten Mamuju Utara memiliki prevalensi terendah risiko KEK pada WUS yaitu sebesar 4,5%..

4.1.5 Konsumsi Energi Dan Protein

- Rerata konsumsi per kapita per hari penduduk Sulawesi Barat adalah 1385,6 kkal untuk energi dan 53,4 gram untuk protein. Rerata konsumsi energi dan protein di tingkat provinsi dan semua kabupaten di Sulawesi Barat lebih rendah dari rerata nasional 1735,5 kkal dan 55,5 gram.

Persentase RT dengan konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah” yang berarti di bawah angka rerata nasional (1735,5 kkal dan 55,5 gram). Di Sulawesi Barat, persentase RT dengan konsumsi “energi rendah” adalah 80,3% dan konsumsi “protein rendah” sebesar 62,3%. Seluruh kabupaten di Sulawesi Barat persentase rumah tangga dengan konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah” di atas angka nasional 57,9% untuk energi rendah dan 55,5% untuk protein rendah.

4.1.6 Konsumsi garam beriodium

- Prevalensi rumah tangga dengan kadar iodium dalam garam cukup pada tingkat Provinsi Sulawesi Barat sebesar 34,2%, lebih rendah dari rata-rata nasional yang saat ini mencapai 62,3%. Pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO Universal Salt Iodization (USI) atau “garam beriodium untuk semua” yaitu minimal 90% rumah-tangga menggunakan garam cukup iodium.

4.2. Kesehatan Ibu dan Anak

4.2.1 Status Imunisasi

- Secara keseluruhan, cakupan imunisasi menurut jenisnya yang tertinggi sampai terendah adalah untuk campak (65,8%), BCG (64,5%), polio tiga kali (36,5%), DPT tiga kali (26,7%) dan terendah hepatitis B (26,0%). Bila dilihat masing-masing imunisasi menurut kabupaten, untuk imunisasi BCG yang terendah di Kabupaten Majene (35,1%) dan tertinggi di Kabupaten Mamuju (81,8%).
- Di Kabupaten Majene cakupan BCG paling rendah dibandingkan dengan cakupan jenis imunisasi lainnya. Cakupan imunisasi campak cukup beragam diantara kabupaten. Cakupan terendah adalah 47,6% di Kabupaten Mamuju Utara dan tertinggi 83,3% di Kabupaten Mamuju. Cakupan terendah imunisasi DPT 3 dan HB 3 yaitu sebesar 12,5% terdapat di Kabupaten Polewali Mandar.

- Cakupan imunisasi dasar lengkap yaitu semua jenis imunisasi yang sudah didapatkan anak umur 12-59 bulan, di Sulawesi Barat adalah 13,0%, dengan kisaran 6,7% sampai 19,3%. Cakupan terendah terdapat di Kabupaten Majene (6,7%) dan tertinggi di Kabupaten Polewali Mandar

4.2.2. Pemantauan Pertumbuhan Balita

- 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 29,8%, 33,7%, dan 36,5%.
- Kabupaten Mamasa dan Kabupaten Mamuju Utara mempunyai keteraturan penimbangan yang rendah. Proporsi balita yang tidak pernah ditimbang tertinggi (55,2%) di Kabupaten Mamasa dan terendah (26,0%) di Kabupaten Mamuju Utara. Sedangkan proporsi balita yang ditimbang relatif teratur (≥ 4 kali) tertinggi (37,5%) di Kabupaten Polewali Mandar dan terendah (2,0%) di Kabupaten Mamuju Utara. Proporsi yang rendah juga terdapat di Kabupaten Mamasa (6,9%). Hal ini menunjukkan bahwa cakupan penimbangan di Provinsi Sulawesi Barat masih rendah.
- Posyandu secara keseluruhan merupakan tempat yang paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita yaitu sebesar 80,3%. Posyandu sebagai sarana penimbangan balita paling banyak terdapat di Kabupaten Majene (95,8%) dan terendah di Mamasa (46,2%). Tempat penimbangan selain posyandu yang cukup tinggi adalah Puskesmas seperti yang terdapat di Mamasa sebesar 53,8%. Di Provinsi Sulawesi Barat tidak ada anak balita yang ditimbang di Polindes.
- KMS hanya dimiliki 10,9% dari anak balita di Sulawesi Barat, 43,4% mengaku punya tetapi tidak dapat menunjukkan dan 45,6% mengaku tidak memiliki KMS. Proporsi mereka yang memiliki KMS dan dapat menunjukkan tertinggi (26,7%) pada umur yang paling muda, sedangkan terendah 5,2% pada kelompok umur tertua (48-59 bulan).

Pada tingkat provinsi hanya 7,7% yang menyatakan punya buku KIA dan dapat menunjukkan. Sedangkan yang menyatakan punya tetapi tidak dapat menunjukkan mencapai 34,9%. Mereka yang menyatakan tidak memiliki buku KIA mencapai 57,4%. Proporsi kepemilikan buku KIA yang dapat menunjukkan tertinggi (12,9%) di Kabupaten Polewali Mandar dan terendah (1,8%) di Kabupaten Mamuju Utara. Di kabupaten ini proporsi balita yang jelas menyatakan tidak memiliki buku KIA mencapai 89,5%.

4.2.3 Distribusi Kapsul Vitamin A

Proporsi anak balita yang menerima kapsul vitamin A dalam 6 bulan terakhir di Provinsi Sulawesi Barat adalah 65,6%. Proporsi terendah terdapat di Kabupaten Mamasa yaitu 27,9% dan tertinggi di Kabupaten Mamuju 76,5%. Proporsi tertinggi penerima kapsul adalah balita usia 12-23 bulan, sedangkan yang terendah adalah usia tertua 48-59 bulan. Di atas usia 11 bulan terdapat kecenderungan semakin tua kelompok umur semakin rendah proporsi balita yang menerima kapsul vitamin A. Proporsi balita yang menerima kapsul vitamin A relatif lebih tinggi di kota daripada desa.

4.2.4 Cakupan Pelayanan Ibu dan Anak

- Secara keseluruhan terdapat 15,0% ibu yang mempunyai persepsi bahwa bayi yang dilahirkan berukuran kecil, 73,3% mempunyai persepsi ukuran bayi normal dan 11,7% mempunyai persepsi ukuran bayinya besar. Persentase ukuran bayi kecil bervariasi antar kabupaten, terendah di Mamuju Utara 11,1% dan tertinggi di Mamuju 18,8%.

- Cakupan penimbangan bayi lahir di Sulawesi Barat adalah 57,6, cakupan terendah terdapat di Kabupaten Mamasa (20,0%) dan tertinggi di Kabupaten Majene (75,0%). Proporsi bayi yang ditimbang pada saat baru lahir adalah 57,6%. Proporsi bayi yang ditimbang lebih tinggi di kota daripada desa.
- Pemeriksaan kehamilan (ANC) sangat penting dilakukan untuk menjaga kesehatan ibu selama hamil dan saat melahirkan serta kesehatan bayinya. Pada tingkat provinsi 79,6% ibu melakukan pemeriksaan kehamilan. Proporsi ibu hamil yang melaksanakan pemeriksaan kehamilan di daerah kota lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Proporsi ibu hamil yang tidak memeriksakan kehamilan tertinggi di Kabupaten Mamasa dan terendah di Mamuju.
- Pada tingkat provinsi jenis pelayanan yang paling banyak diberikan adalah tekanan darah, imunisasi TT dan penimbangan berat badan. Sedangkan pemeriksaan yang paling jarang diterima adalah pemeriksaan hemoglobin (Hb) dan urine.
- Pada tingkat provinsi pelayanan neonatal KN-1 pada usia 0-7 hari diterima 47,3% bayi dan KN-2 pada usia 8-28 hari hanya 30,5%. Namun KN-2 yang di sajikan tidak berarti yang bersangkutan sudah menerima KN-1, karena data tersebut termasuk yang hanya mendapat pelayanan pada saat bayi berusia 8-28 hari.

4.3. Penyakit Menular

4.3.1. Filariasis, Demam Berdarah Dengue, dan Malaria

- Data Riskesdas 2007 menunjukkan dalam 12 bulan terakhir filariasis terdapat di Kabupaten Majene dan Mamasa dengan prevalensi berdasarkan gejala klinis (DG) sebesar 0,1‰. Di tingkat provinsi prevalensi filariasis (DG) 0,2‰ dan lebih rendah dari angka prevalensi nasional sebesar 1,1‰.
- Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, kasus DBD klinis tersebar di seluruh kabupaten dengan prevalensi (DG) tingkat provinsi 0,7% (rentang : 0,3 - 2,8%). Prevalensi DBD klinis di Sulawesi Barat lebih tinggi dari angka nasional (0,6%).
- Di Provinsi Sulawesi Barat kasus DBD klinis lebih banyak didapatkan berdasarkan gejala klinis yang disampaikan oleh responden bukan berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan.
- Dalam kurun waktu satu bulan terakhir, prevalensi malaria klinis nasional adalah 2,9% (rentang : 0,2 - 26,1%). Ada dua kabupaten mempunyai prevalensi malaria klinis di atas angka nasional, yaitu Kabupaten Mamuju dan Mamuju Utara. Responden yang terdiagnosis sebagai malaria klinis dan mendapat pengobatan dengan obat malaria program dalam 24 jam menderita sakit hanya 36,1%. Di Kabupaten Mamuju proporsi pengobatan dengan obat malaria program cukup tinggi, yaitu sebesar 42,5%.

4.3.2. ISPA, Pneumonia, TBC, dan Campak

- Prevalensi ISPA satu bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah 22,5% (rentang 8,7% - 31,9%) dan prevalensi di Kabupaten Polewali Mandar di atas angka nasional (25,5%). Kasus ISPA pada umumnya terdeteksi berdasarkan gejala penyakit.
- Prevalensi pneumonia satu bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah 1,4% (rentang :0,9% - 2,0%). Seluruh kabupaten mempunyai prevalensi di bawah angka nasional (2,13%). Kasus pneumonia pada umumnya terdeteksi berdasarkan diagnosis gejala penyakit.
- Tuberkulosis paru klinis tersebar di seluruh kabupaten di Sulawesi Barat dengan prevalensi dalam 12 bulan terakhir adalah 0,6%. Prevalensi TB di Sulawesi Barat masih di bawah angka prevalensi nasional (1,0%). Prevalensi TB tertinggi terdapat

di Kabupaten Polewali Mandar, yaitu 0,7%. Proporsi kasus TB yang terdeteksi berdasarkan gejala penyakit lebih besar daripada berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan.

- Prevalensi campak klinis 12 bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah 0,5%, prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju Utara yaitu 1,2%. Angka tersebut sama dengan angka nasional sedangkan empat kabupaten lainnya prevalensinya di bawah angka nasional. Kasus campak lebih banyak terdeteksi berdasarkan gejala klinis yang disampaikan responden daripada diagnosis oleh tenaga kesehatan.

4.3.3 Tifoid, Hepatitis dan Diare

- Prevalensi tifoid klinis di Sulawesi Barat adalah 1,0% masih di bawah angka nasional sebesar 1,6%. Seluruh kabupaten di Sulawesi Barat mempunyai prevalensi tifoid di bawah angka nasional. Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Majene. Kasus tifoid sebagian besar terdeteksi berdasarkan gejala klinis bukan diagnosis oleh tenaga kesehatan.
- Hepatitis klinis terdeteksi di seluruh kabupaten di Sulawesi Barat dengan prevalensi sebesar 0,4% (rentang 0,2% - 1,1%). Kabupaten Mamuju Utara mempunyai prevalensi tertinggi dan di atas angka nasional (0,6%). Kasus hepatitis ini umumnya terdeteksi berdasarkan gejala klinis, bukan diagnosis oleh tenaga kesehatan.
- Prevalensi diare klinis di Sulawesi Barat adalah 7,7% (rentang 5,0% - 11,8%). Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Polewali Mandar dan di atas angka nasional (9,0%). Kasus diare lebih besar terdeteksi berdasarkan gejala klinis.
- Dehidrasi merupakan salah satu komplikasi penyakit diare yang dapat menyebabkan kematian. Di Sulawesi Barat proporsi diare klinis yang mendapat oralit adalah 41,4%. Tiga kabupaten mempunyai proporsi pemberian oralit lebih rendah dari proporsi nasional (42,2%), terendah terdapat di Kabupaten Mamasa (11,9%). Pemberian oralit pada penderita diare masih perlu digalakkan untuk mencegah komplikasi dan menekan angka kematian.

4.4. Penyakit Tidak Menular

4.4.1 Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan

- Sebanyak 7,5% responden melaporkan telah dinyatakan oleh tenaga kesehatan menderita penyakit sendi. Namun prevalensi total lebih dari 3 kali lipat. Hal ini menunjukkan bahwa mereka yang merasakan gejala tetapi tidak dinyatakan oleh petugas kesehatan sangat tinggi.
- Prevalensi penyakit sendi di Sulawesi Barat (tabel 3.51) sebesar 24,8% dan prevalensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 7,5%. Menurut kabupaten, prevalensi penyakit sendi berdasarkan gejala klinis tertinggi dijumpai di Kabupaten Mamuju (29,0%) dan terendah di Majene (14,2%). Cakupan diagnosis penyakit sendi oleh tenaga kesehatan di setiap kabupaten umumnya sekitar sepertiga dari seluruh kasus yang ditemukan. Prevalensi di Sulawesi Barat lebih rendah daripada angka nasional (30,3%).
- Hipertensi berdasarkan wawancara hanya 5,2%, tetapi berdasarkan pengukuran prevalensinya 33,9%. Hasil pengukuran tekanan darah prevalensinya beragam antar kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat. Prevalensi tertinggi di Kabupaten Mamasa mencapai 50,5%.
- Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas di Sulawesi Barat adalah sebesar 33,9% dan

lebih tinggi dari angka nasional yaitu 31,7%. Menurut kabupaten, prevalensi hipertensi tertinggi terdapat di Kabupaten Mamasa (50,0%) dan terendah di Mamuju Utara (23,3%). Kabupaten Majene, Mamasa, dan Mamuju, merupakan kabupaten yang mempunyai prevalensi hipertensi lebih tinggi dari angka nasional. Sedangkan prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 4,5%, ditambah kasus yang minum obat hipertensi prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara ini adalah 5,2%. Dengan demikian cakupan diagnosis hipertensi oleh nakes hanya mencapai 15,3%, ($5,2\% / 33,9\% = 15,3\%$) atau dengan kata lain sebanyak 84,7% kasus hipertensi dalam masyarakat belum terdiagnosis.

- Prevalensi stroke yaitu 2,8‰ berdasarkan identifikasi oleh tenaga kesehatan. Sedangkan berdasarkan gejala yang dialami responden proporsinya relatif sama.
- Prevalensi stroke di Sulawesi Barat ditemukan sebesar 5,1‰ atau 5 orang per 1000 penduduk, dan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 2,8‰ atau 3 orang per 1000 penduduk. Hal ini menunjukkan sekitar 60% kasus stroke di masyarakat telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi stroke tertinggi terdapat di Kabupaten Mamasa (9,3‰) dan terendah di Kabupaten Mamuju Utara dan Polewali Mandar (1,6‰ dan 1,7‰). Prevalensi stroke di Sulawesi Barat lebih rendah daripada angka nasional (8,3‰).
- Penyakit penyakit asma di Sulawesi Barat adalah 4,0% lebih tinggi dari angka nasional 3,5%. Prevalensi asma berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah 1,3%. Data tersebut menunjukkan bahwa cakupan diagnosis asma oleh tenaga kesehatan adalah 32,5% ($1,3\% / 4,0\% = 32,5\%$). Menurut kabupaten, prevalensi asma berkisar antara 3,4% di Kabupaten Mamuju Utara sampai 5,8% di Kabupaten Mamasa. Ada 3 kabupaten yang memiliki prevalensi di atas angka nasional (3,5%), yaitu Kabupaten Majene, Polewali Mandar, dan Mamasa
- Prevalensi penyakit jantung di Sulawesi Barat adalah 7,8% angka tersebut di atas angka nasional (7,2%) berdasarkan wawancara, sedangkan berdasarkan riwayat didiagnosis oleh tenaga kesehatan ditemukan sebesar 0,4%. Cakupan kasus jantung yang sudah didiagnosis oleh tenaga kesehatan sebesar 5,1% ($0,4\% / 7,8\% = 5,1\%$) dari semua responden yang mempunyai gejala subjektif menyerupai gejala penyakit jantung. Prevalensi penyakit jantung menurut kabupaten, berkisar antara 2,7% di Mamuju Utara sampai 10,1% di Mamuju. Kabupaten yang memiliki prevalensi penyakit jantung di atas angka nasional adalah Polewali Mandar, Mamasa, dan Mamuju.
- Prevalensi penyakit diabetes melitus (DM) di Sulawesi Barat berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 0,3% sedangkan prevalensi DM (D/G) sebesar 0,8%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosis DM oleh tenaga kesehatan adalah 37,5%, lebih tinggi dibandingkan cakupan penyakit asma maupun penyakit jantung. Prevalensi DM menurut kabupaten, berkisar antara 0,2% di Mamuju Utara hingga 1,5% di Mamuju. Kabupaten Mamuju mempunyai prevalensi DM lebih tinggi dari angka nasional.
- Prevalensi penyakit tumor berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan di Sulawesi Barat adalah 2,5‰. Prevalensi menurut kabupaten, berkisar antara 0,8‰ di Mamasa hingga 3,8‰ di Polewali Mandar. Prevalensi penyakit tumor di Sulawesi Barat di bawah angka nasional.
- Prevalensi gangguan jiwa berat di Sulawesi Barat adalah sebesar 1,5‰. Prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Majene (3,0‰). Prevalensi penyakit jiwa di seluruh kabupaten di Sulawesi Barat masih di bawah angka nasional (4,6‰).
- Prevalensi buta warna di Sulawesi Barat adalah 6,1‰, tertinggi terdapat di Kabupaten Majene (21,1‰). Angka tersebut cukup jauh di atas angka nasional

sebesar 7,4‰. Empat kabupaten lain prevalensi buta warna lebih rendah daripada angka nasional.

- Prevalensi glaukoma di Sulawesi Barat adalah 1,0‰, prevalensi lebih tinggi terdapat di Kabupaten Majene dan Mamuju (2,3‰ dan 1,8‰).
- Prevalensi bibir sumbing terdapat di Kabupaten Majene (1,5‰) dan Mamasa (0,8‰). Pada tingkat provinsi prevalensi bibir sumbing adalah 0,4‰.
- Prevalensi dermatitis di Sulawesi Barat adalah 25,7‰, tertinggi di Kabupaten Mamuju Utara (39,6‰). Prevalensi di seluruh kabupaten lebih rendah daripada angka nasional yaitu 67,8‰.
- Prevalensi rinitis di Sulawesi Barat adalah 6,9‰, tertinggi terdapat di Kabupaten Polewali Mandar yaitu sebesar 9,8‰. Prevalensi di seluruh kabupaten di Sulawesi Barat lebih rendah daripada angka nasional, yaitu sebesar 24,3‰. Untuk penyakit talasemia prevalensi di Sulawesi Barat sangat kecil yaitu 0,1‰.
- Prevalensi penyakit hemofilia di Sulawesi Barat adalah 0,2‰ yang tersebar di dua kabupaten, yaitu Kabupaten Polewali Mandar dan Mamasa. Prevalensi tersebut di bawah angka nasional, yaitu sebesar 1,3‰

4.4.2 Gangguan Mental Emosional

- Di Sulawesi Barat prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur ≥ 15 tahun adalah 7,7%, angka tersebut lebih rendah dari angka nasional yaitu 11,6%. Prevalensi ini bervariasi antar kabupaten dengan kisaran antara 6,5% sampai dengan 10,2%. Prevalensi tertinggi di Kabupaten Mamasa, yaitu 10,2% dan terendah di Kabupaten Mamuju yaitu 6,2%.

4.4.3 Penyakit Mata

- Tabel 3.58 menunjukkan bahwa proporsi *low vision* di Sulawesi Barat adalah 5,2% dengan kisaran antara 2,2% (di Kabupaten Mamuju Utara) hingga 9,1% (di Kabupaten Polewali Mandar). Proporsi *low vision* di Sulawesi Barat lebih tinggi daripada angka nasional sebesar 4,8%. Tiga kabupaten yang mempunyai proporsi *low vision* lebih tinggi dari angka nasional adalah Majene, Polewali Mandar, dan Mamuju.
- Proporsi kebutaan di Sulawesi Barat adalah 0,6%, lebih rendah dari angka nasional yaitu 0,9%. Kisaran angka prevalensi kebutaan di Sulawesi Barat adalah 0,1% sampai 0,8%. Proporsi kebutaan tertinggi terdapat di Kabupaten Mamasa (0,8%).
- Secara keseluruhan, di Sulawesi Barat memperlihatkan bahwa proporsi penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak sebesar 1,1%, dengan kisaran 0,4% di Kabupaten Mamuju Utara hingga 1,3% di Kabupaten Polewali Mandar. Sedangkan proporsi penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) ditambah dengan yang pernah didiagnosis dalam 12 bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah 19,4%, dengan kisaran 9,0% di Mamasa 27,1% di Mamuju Utara. Data ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan di Sulawesi Barat (1,1% / 19,4% = 5,7%).

4.4.4 Kesehatan Gigi

- Prevalensi penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir adalah 24,5%, dan terdapat 2,9% penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya. Dari penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut terdapat 20,5% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi. Kabupaten

dengan prevalensi masalah gigi-mulut tertinggi adalah Mamuju Utara (40,0%) dan terendah Kabupaten Mamasa (9,7%).

- Dari yang mengalami masalah gigi-mulut, kabupaten dengan persentase yang menerima perawatan/pengobatan gigi dari tenaga kesehatan gigi tertinggi adalah Kabupaten Polewali Mandar (28,6%) dan terendah Kabupaten Mamuju (10,9%).
- Jenis perawatan yang paling banyak diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut, yaitu 'pengobatan' (89,8%), disusul 'penambalan/ pencabutan/bedah gigi' (48,6%). Konseling perawatan/ kebersihan gigi dan pemasangan gigi tiruan lepasan atau gigi tiruan cekat relatif kecil, masing-masing sebesar 21,4% dan 11,2%.
- Di Sulawesi Barat proporsi penduduk usia 10 tahun ke atas yang menggosok gigi setiap hari sebesar 88,4% tetapi yang melakukan dengan benar hanya 8,2%. Proporsi terbesar penduduk usia 10 tahun ke atas yang menggosok gigi setiap hari (93,8%) dan yang melakukan dengan benar (13,4%) adalah Kabupaten Polewali Mandar.
- Indeks DMF-T di Propinsi Sulawesi Barat sebesar 4,43. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk Sulawesi Barat adalah 5 buah gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah gigi dicabut/M-T sebesar 3,70 dapat dikatakan rata-rata penduduk Sulawesi Barat mempunyai 4 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan.
- Prevalensi karies sebesar 42,9% dan yang mempunyai pengalaman karies sebesar 60,8%. Menurut kabupaten, terdapat dua kabupaten dengan prevalensi pengalaman karies tinggi, yaitu Kabupaten Majene (70,8%) dan Mamuju (69,1%). Prevalensi karies aktif ditemukan tinggi (lebih dari 50%), yaitu di Mamuju (54,2%) dan Majene (50,2%).

4.5 Cedera dan Disabilitas

4.5.1 Cedera

- Pada tingkat provinsi cedera diderita oleh 4,1%, terbanyak akibat jatuh (61,8%) dan berikutnya luka karena benda tumpul/tajam (18,9%) dan kecelakaan transportasi didarat (18,7%). Prevalensi cedera yang tinggi di Kabupaten Mamuju Utara 7,1% dan Kabupaten Polewali Mandar yang mencapai 6,9%.
- Ada 3 kabupaten dimana jatuh sebagai penyebab cedera diatas rata-rata provinsi yaitu tertinggi 71,6% di Kabupaten Mamasa dan terendah tetapi diatas rata-rata provinsi adalah 64,1% di Kabupaten Majene. Cedera yang diakibatkan oleh kecelakaan transportasi darat tertinggi 38,3% di Kabupaten Mamuju dan yang tinggi 21,8% di Kabupaten Majene.

4.5.2. Disabilitas

- Masalah disabilitas yang menonjol penduduk umur 15 tahun ke atas adalah hal penglihatan jarak jauh, penglihatan jarak dekat, berjalan jauh, merasa nyeri/ merasa tidak nyaman, napas pendek setelah latihan ringan, dan berperan dalam kegiatan kemasyarakatan merupakan disabilitas yang menonjol. Sedangkan yang bermasalah dalam hal membersihkan seluruh tubuh (7,3%) dan mengenakan pakaian (6,4%).

4.6. Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku

4.6.1 Perilaku Merokok

- Pada tingkat provinsi prevalensi penduduk perokok tiap hari 20,1%, perokok kadang-kadang 5,3%, dan mantan perokok 3,1% (tabel 5,1,2), Prevalensi perokok setiap hari hampir sama antar kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat, Prevalensi perokok tiap hari tertinggi 25,0% di Kabupaten Mamuju Utara dan terendah 16,5% di Kabupaten Polewali Mandar,
- Prevalensi perokok setiap hari meningkat seiring dengan meningkatnya umur mencapai prevalensi tertinggi 30,5% pada umur 35-44 tahun, setelah itu menurun pada kelompok umur semakin tua, kecuali pada kelompok umur tertua yang sedikit meningkat lagi sampai 18,4%, Perokok kadang-kadang rendah pada umur 10-14 tahun setelah itu cenderung tetap prevalensinya pada semua kelompok umur,
- Prevalensi perokok dan rata-rata jumlah rokok yang dihisap setiap hari disajikan pada tabel 5,1,3 di bawah ini, Menurut gambaran provinsi perokok saat ini 25,1% dengan rata-rata jumlah rokok yang dirokok setiap hari 12,5 batang, Dengan rata-rata perhari terendah 10,1 batang di Kabupaten Polewali Mandar dan tertinggi 14,5 batang perhari di Kabupaten Mamuju Utara,
- Pada tingkat provinsi prevalensi perokok yang mulai merokok pada umur 15-19 tahun 26,1%, sedangkan yang lupa 55,5%, Hal yang perlu diperhatikan adalah bahwa sudah ada mereka yang mulai merokok pada umur <10 tahun, Hampir semua perokok merokok dalam rumah ketika bersama anggota rumahtangga yang lain.

4.6.2. Konsumsi Buah dan Sayur

- Secara keseluruhan, penduduk umur 10 tahun ke atas kurang konsumsi buah dan sayur sebesar 97,4%, Konsumsi buah dan sayur paling rendah terdapat di Kabupaten Majene (1,8%) dan tertinggi di Mamuju Utara, Tidak ada perbedaan antar kabupaten.

4.6.3 Alkohol

- Prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir di Sulawesi Barat adalah 4,0%, sedangkan yang masih minum dalam satu bulan terakhir 2,6%, Kabupaten dengan prevalensi minum alkohol tinggi, adalah Mamasa (13,9%) dalam 12 bulan terakhir dan 9,1% untuk sebulan terakhir, Pada umumnya kabupaten dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam 12 bulan terakhir di atas angka nasional (4,6%) juga diikuti dengan prevalensi perilaku minum alkohol dalam satu bulan terakhir di atas angka nasional (3,0%)..

4.6.4. Aktifitas Fisik

- Hampir separuh responden di Sulawesi Barat (48,1%) kurang melakukan aktivitas fisik, Kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat di Kabupaten Polewali Mandar (50,6%), Prevalensi kurang aktivitas fisik di bawah rata-rata nasional (48,2%) terdapat di Kabupaten Mamasa (35,3%), Mamuju (39,2%), dan Mamuju Utara (40,0%).

4.6.5 Flu Burung

- prevalensi penduduk 10 tahun ke atas menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung dan kabupaten, Pada tingkat propinsi, 56,1% responden pernah mendengar tentang flu burung, Di antara mereka, 36,0% memiliki pengetahuan yang benar dan 46,5% memiliki sikap yang benar, Kabupaten dengan prevalensi terendah terhadap flu burung adalah Mamuju Utara.

4.6.6. HIV/AIDS

- prevalensi penduduk di atas 10 tahun menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan kabupaten, Di Sulawesi Barat, responden yang bersikap merahasiakan dan mengucilkan apabila ada ART yang menderita HIV/AIDS sebesar 12,0% (masing-masing 9,6% dan 2,4%), Sedangkan melakukan konseling dan pengobatan merupakan prevalensi tertinggi, sebesar 88,0%, Kabupaten yang penduduknya bersikap baik (sedikit yang merahasiakan dan mengucilkan) adalah Mamasa (5,3%) dan Mamuju (5,8%), Sedangkan kabupaten yang penduduknya bersikap baik dalam hal akan melakukan konseling dan pengobatan adalah Majene (93,8%) dan Mamasa (92,1%).

4.6.7 Perilaku Higienis

- Prevalensi pendudu 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut kabupaten, Prevalensi di tingkat propinsi, adalah 57,4% berperilaku benar dalam hal BAB, namun hanya 18,4% yang berperilaku cuci tangan benar, Provinsi Sulawesi Barat merupakan provinsi dengan prevalensi perilaku BAB benar terendah..

4.6.8 Pola Konsumsi Makanan Berisiko

- Sering mengonsumsi makanan manis dilakukan oleh 68,2% responden di Sulawesi Barat yang berumur ≥ 10 tahun, tertinggi ditemukan di Kabupaten Majene (80,3%) dan terendah Polewali Mandar (55,0%),
- Prevalensi sering mengonsumsi makanan asin di Sulawesi Barat tertinggi terdapat di Kabupaten Mamasa (82,2%) dan terendah di Polewali Mandar (10,8%),
- Sekitar 5,0% penduduk Sulawesi Barat sering mengonsumsi makanan berlemak, tertinggi di Kabupaten Majene (10,3%) dan terendah di Mamuju Utara (2,2%), Penyedap sering dikonsumsi oleh 69,0% penduduk tertinggi di Mamasa (88,9%) dan terendah di Polewali Mandar (46,1%),
- Kafein sering dikonsumsi oleh 45,1% penduduk DI Sulawesi Barat, tertinggi di Mamasa dan terendah di Mamuju (40,3%).

4.6.9 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

- Prevalensi rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik menurut kabupaten, Pada tingkat propinsi penduduk yang telah memenuhi criteria PHBS baik adalah 28,8%, Angka tersebut masih di bawah angka nasional sebesar 38,7%, Seluruh kabupaten di Sulawesi Barat memiliki angka PHBS di bawah angka nasional.

4.7.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

4.7.1. Akses

- Akses pelayanan kesehatan menggambarkan kemampuan potensial masyarakat untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Akses sangat dipengaruhi oleh jarak dan fasilitas transportasi. Dari segi jarak 37,9% rumah tangga di Sulawesi Barat tinggal <1 km dari tempat pelayanan kesehatan. Bahkan di Kabupaten Polewali Mandar dan Mamuju Utara 100,0% rumah tangga tinggal <1 km dari tempat pelayanan kesehatan. Namun dari segi jarak tempuh 44,4% rumah tangga sampel memerlukan waktu ≤ 15 menit untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan dibandingkan dengan angka nasional sebesar (67,2%).
- Dari segi waktu tempuh ke sarana pelayanan kesehatan nampak bahwa 44,4% rumah tangga dapat mencapai ke sarana pelayanan kesehatan kurang atau sama dengan 15 menit dan sebanyak 37,8% penduduk dapat mencapai sarana

pelayanan kesehatan berkisar antara 16-30 menit. Dengan demikian di Provinsi Sulawesi Barat, masih ada sekitar 17,9% rumah tangga yang memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan.

4.7.2 Pemanfaatan posyandu

- Kabupaten dengan persentase rumah tangga memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes tertinggi adalah Kabupaten Majene (37,9%) dan terendah adalah Kabupaten Mamasa (15,1%). Provinsi dengan persentase rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan posyandu/poskesdes tertinggi adalah Kabupaten Mamasa (26,6%). Angka tersebut lebih tinggi dari angka nasional sebesar 10,3%.

4.7.3 Rawat Inap dan sumber biaya

- Untuk rawat inap paling banyak masyarakat masih memanfaatkan RS Pemerintah (1,5%) kemudian disusul RS Swasta (0,2%).
- Sumber pembiayaan rawat inap secara keseluruhan untuk Indonesia masih didominasi pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (63,4%), kemudian berturut-turut disusul oleh pembiayaan oleh Askes/Jamsostek (19,1), Askeskin/SKTM (18,8), dan Dana Sehat (3,7). Kalau pembiayaan oleh Askeskin/Jamsostek, Askeskin/SKTM dan Dana Sehat diperhitungkan sebagai 'sejenis asuransi kesehatan', maka sekitar 30 responden yang pernah rawat inap dalam kurun waktu 5 tahun terakhir telah mempunyai 'sejenis asuransi kesehatan'.

4.7.4 Rawat Jalan dan sumber biaya

- menunjukkan bahwa secara nasional RS Bersalin/RSB (12,6%) dan Tenaga Kesehatan (4,2%) merupakan sarana kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan untuk rawat jalan. Pemanfaatan Puskesmas (0,1%) menempati urutan keempat setelah RS Pemerintah (1,3%) pada urutan ketiga.
- Biaya berobat rawat jalan oleh sendiri/keluarga sebesar 49,0%, kemudian disusul dengan askes/jamsostek (22,5%) dan askeskin/SKTM (16,7%). Masih juga penggunaan biaya dari dana sehat (7,1%).

4.7.6 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

- Menjelaskan bahwa yang paling tinggi tentang baik pada pelayanan rawat inap adalah kerahasiaan (87,1%) dan yang paling rendah pada kebersihan ruangan (80,7%). Semua kabupaten di provinsi Sulawesi Barat menjawab diatas 80%.
- Menunjukkan aspek ketanggapan terhadap pelayanan rawat jalan dengan persentase nilai 'baik' tertinggi adalah keramahan petugas (93,4%), sedangkan persentase terendah adalah aspek kebersihan ruangan (88,1%).

4.8. Kesehatan Lingkungan

4.8.1. Air Bersih

- Secara nasional rumah tangga yang mengonsumsi air ≥ 20 liter/orang/hari adalah 83,8%, sedangkan di Provinsi Sulawesi Barat adalah 54,5%. Hanya Kabupaten Mamuju Utara dimana lebih dari 90% rumah tangga telah mengonsumsi air perkapita/hari lebih dari 20 liter dan telah melampaui angka nasional. Sedangkan di Kabupaten Mamasa dan Mamuju proporsinya masih rendah (25,9% di Kabupaten Mamasa dan 21,8% di Kabupaten Mamuju).
- Di Provinsi Sulawesi Barat, terdapat 45,6% rumah tangga yang pemakaian air bersihnya masih rendah (13,7% tidak akses dan 31,9% akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebesar

19,3% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 17,5% akses menengah, dan 17,7% akses optimal.

- Empat kabupaten memiliki akses terhadap air bersih masih rendah berturut-turut adalah Mamuju, Mamasa, Polewali Mandar, dan Majene. Sedangkan kabupaten yang proporsi akses air bersih optimalnya tinggi adalah Mamuju Utara.
- Sebagian besar rumah tangga (>90,0%) memerlukan waktu kurang dari 30 menit untuk mengambil air. Kondisi ini merata di seluruh kabupaten dengan rentang proporsi antara yang terendah 91,8% di Kabupaten Polewali Mandar dan tertinggi 99,3% di Kabupaten Mamuju Utara.
- Sebagian besar rumah tangga (88,4%) berjarak kurang dari 1 km dari rumah. Proporsinya berkisar antara yang terendah 78,8% di Kabupaten Mamuju Utara dan tertinggi 98,2% di Kabupaten Mamasa. Sebagian besar rumah tangga mudah mendapatkan air sepanjang tahun, namun dalam proporsi yang cukup besar (26,3%) mengalami kesulitan untuk mendapatkan air pada musim kemarau.
- Dengan memperhatikan volume konsumsi, jenis sarana, dan jarak atau waktu tempuh ke sumber air, maka tingkat akses masyarakat terhadap air bersih masih rendah, yaitu 45,6%. Angka tersebut bervariasi menurut kabupaten, dimana yang paling tinggi cakupannya adalah di Majene dan terendah adalah Mamuju Utara.

4.8.2. Fasilitas buang air besar

- Pengguna fasilitas BAB di Provinsi Sulawesi Barat 42,0%, lebih rendah dari tingkat nasional (60,5%). Distribusinya di masing-masing kabupaten relatif merata. Kecuali di Kabupaten Majene dan Mamasa dimana pengguna fasilitas BAB sendiri masih kurang dari 40%.
- Secara umum 90,1% dari rumah tangga sampel di Provinsi Sulawesi Barat menggunakan fasilitas BAB leher angsa, masih lebih rendah dari tingkat nasional yang mencapai 72,8%. Dari lima kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat dua kabupaten yaitu Mamasa dan Mamuju yang penggunaan leher angsa lebih rendah dari tingkat nasional..
- Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa. Berdasarkan kriteria tersebut, di Provinsi Sulawesi Barat rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 30,0%. Angka tersebut masih di bawah angka nasional sebesar 46,0%. Semua kabupaten di Sulawesi Barat memiliki akses sanitasi di bawah angka nasional.
- Tempat pembuangan akhir tinja sangat menentukan pencemaran lingkungan. Sebesar 33,4% rumah tangga sampel di Provinsi Sulawesi Barat menggunakan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja.
- Pada tingkat kabupaten proporsi rumah tangga yang menggunakan tangki sebagai tempat pembuangan akhir tinja tertinggi (44,2%) di Kabupaten Polewali Mandar sedangkan yang terendah (19,6%) di Kabupaten Mamasa. Lebih banyak rumah tangga kota yang menggunakan tangki sebagai tempat pembuangan akhir tinja. Secara umum proporsi rumah tangga yang melakukan pembuangan akhir tinja ke tempat yang tidak memenuhi syarat masih tinggi (76,6%).

4.8.3 Sarana pembuangan air limbah

- Di Provinsi Sulawesi Barat masih banyak rumah tangga (52,5%) yang tidak mempunyai sarana pembuangan air limbah. Angka ini jauh lebih tinggi dari angka nasional pada tahun 2007, yaitu 22,9%. Proporsi rumah tangga yang tidak mempunyai SPAL tertinggi terdapat di Kabupaten Mamuju (79,5%) dan terendah di Kabupaten Mamuju Utara (26,7%).

4.8.4 Pembuangan sampah

- Sebagian besar (80,6%) rumah tangga di Provinsi Sulawesi Barat tidak mempunyai tempat penampungan sampah di dalam rumah. Apalagi yang memiliki tempat penampungan sampah dalam rumah yang memenuhi syarat (tertutup) hampir tidak ada (3,9%). Kondisi ini merata diseluruh kabupaten di Sulawesi Barat, kecuali di Kabupaten Polewali Mandar.

4.8.5. Perumahan

- Di Sulawesi Barat masih ada rumah dengan lantai tanah walaupun relatif kecil. Namun rumah tangga dengan kepadatan hunian yang tinggi <math><8\text{ m}^2\text{/per kapita}</math> cukup tinggi (27,9%)

4.8.6 Pemeliharaan Ternak

- Di Sulawesi Barat 52,8% rumah tangga memelihara unggas, 19,7% memelihara ternak sedang, 6,9% memelihara ternak besar dan 15,7% memelihara binatang jenis anjing, kucing atau kelinci. Dari rumah tangga yang memelihara ternak atau hewan (anjing, kucing, kelinci) sekitar 0,3% - 8,9% memeliharanya di dalam rumah. Kabupaten yang cukup tinggi memelihara ternak di dalam rumah adalah Kabupaten Majene dan Polewali Mandar.

DAFTAR PUSTAKA

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. <http://www.klinikpria.com/datatopik/hipertensi.htm>. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=738/24/2002.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
13. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
14. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001
15. Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, *The WHO Stepwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*, Geneva: World Health Organization
16. Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. *Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*. Geneva: World Health Organization, 2002.
17. Brotoprawiro, S dkk. Prevalensi Hipertensi pada Karyawan Salah Satu BUMN yang menjalani pemeriksaan kesehatan, 1999. Kelompok Kerja Serebro Vaskular FK UNPAD/RSHS “ . Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI, 2002.

18. CDC Growth Charts for the United State : Methods and Development. Vital and Health Statistics. Department of Health and Human Services. Series 11, Number 246, May 2002
19. CDC. State – Specific Trend in Self Report 3d Blood Pressure Screening and High Blood Pressure – United States, 1991 – 1999. 2002. *MMWR*, 51 (21) : 456.
20. CDC. State-Specific Mortality from Stroke and Distribution of Place of Death United States, 2002. *MMWR*, 51 (20), : 429 .
21. Darmojo, B. Mengamati Penelitian Epidemiologi Hipertensi di Indonesia. Disampaikan pada seminar hipertensi PERKI , 2000.
22. Departemen Kesehatan R.I, 1999, *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*, Jakarta: Depkes RI
23. Departemen Kesehatan R.I, 2003, *Pemantauan Pertumbuhan Balita*, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat, Depkes RI
24. Departemen Kesehatan R.I. 2003. Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta: Departemen Kesehatan.
25. Departemen Kesehatan R.I. *Panduan Pengembangan Sistem Surveilans Perilaku Berisiko Terpadu*. Tahun 2002
26. Departemen Kesehatan R.I. Pusat Promosi Kesehatan. *Panduan Manajemen PHBS Menuju Kabupaten/Kota Sehat*. Tahun 2002
27. Departemen Kesehatan RI. SKRT 1995. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 1997
28. Departemen Kesehatan, Direktorat Epim-Kesma. Program Imunisasi di Indonesia, Bagian I, Jakarta, Depkes, 2003.
29. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta. 2001.
30. Departemen Kesehatan. Survey Kesehatan Nasional. Laporan. Depkes RI Jakarta 2004.
31. Djaja, S. et al. Statistik Penyakit Penyebab Kematian, SKRT 1995
32. George Alberty. Non Communicable Disease. Tomorrow's pandemic. Bulletin WHO 2001; 79/10: 907.
33. Hartono IG. Psychiatric morbidity among patients attending the Bangetayu community health centre in Indonesia. 1995
34. Hashimoto K, Ikewaki K, Yagi H, Nagasawa H, Imamoto S, Shibata T, Mochizuki S. Glucose Intolerance is Common in Japanese Patients With Acute Coronary Syndrome Who Were Not Previously Diagnosed With Diabetes. *Diabetes Care* 28: 1182 -1186, 2005.
35. International Classification Of Functioning, Disability And Health (ICF). World Health Organization, Geneva, 2001
36. Jadoon, Mohammad Z., Dineen B., Bourne R,R,A,, Shah S,P,, Khan, Mohammad A., Johnson G,J,, et al, Prevalence of Blindness and Visual Impairment in Pakistan: The Pakistan National Blindness and Visual Impairment Survey, *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 2006;47:4749-55,
37. Janet. AS. Diet Obesitas dan hipertensi. <http://www.surya.co.id /31072002 /10a.phtml>. 2002
38. Kaplan NM. Clinical Hipertension, 8th Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.

39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7th Ed. Baltimore : Williams and Wilkins Inc. 1998 : 41-132
40. Kristanti CM, Dwi Hapsari, Pradono J dan Soemantri S, 2002. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Analisis Data . Survei Kesehatan Rumah Tangga
41. Kristanti CM, Suhardi, dan Soemantri S, 1997. Status Kesehatan Mulut dan Gigi di Indonesia. Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga.
42. Leonard G Gomella, Steven A Haist. Clinicians Pocket Reference, Mc. Grawhill Medical Publishing division, International edition, NY, 2004
43. Mansjoer, A, dkk. Hipertensi di Indonesia .Kapita Selekta Kedokteran 1999 :518 – 521.
44. Muchtar & Fenida. Faktor-faktor yang berhubungan Dengan Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Hipertensi Ringan dan Sedang yang berobat di poli Ginjal Hipertensi, 1998.
45. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge
46. Parvez Hossain, M.D., Bisher Kavar, M.D., and Meguid El Nahas, M.D., Ph.D. The New England Journal of Medicine. Vol 356: 213 – 215, Jan 18, 2007
47. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
48. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
49. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004
50. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
51. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
52. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
53. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
54. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
55. Resolution WHA57.17.Global Strategy on diet,physical activity, and health. In:Fifty-seventh World Health Assembly. 17-12 May 2004.Geneva, World Health Organization, 2004
56. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007
57. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999
58. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
59. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan.Jakarta, 7-8 Desember 2005.

60. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan vitamin A untuk bayi dan balita di Indonesia. Prosiding temu Ilmiah dan Kongres XIII Persagi, Denpasar, 20-22 November 2005.
61. Sarimawar Djaja dan S. Soemantri. Perjalanan Transisi Epidemiologi di Indonesia dan Implikasi Penanganannya, Studi Mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001. *Bulletin of Health Studies, Volume 31, Nomor 3 – 2003, ISSN: 0125 – 9695 .ISN = 724*
62. Sarimawar Djaja, Joko Irianto, Lisa Mulyono. Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, SKRT 2001. *The Journal of the Indonesian Medical Association, Volume 53, No 8, ISSN 0377-1121*
63. Saw S-M,, Husain R,, Gazzard G,M,, Koh D,, Widjaja D,, Tan D,T,H, Causes of low vision and blindness in rural Indonesia, *British Journal of Ophthalmology* 2003;87:1075-8,
64. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
65. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
66. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
67. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
68. Sonny P.W., Agustina Lubis. *Gambaran Rumah Sehat di Berbagai Provinsi Indonesia Berdasarkan Data SUSENAS 2001*. Analisis lanjut Data Susenas – Surkesnas 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes R.I.
69. Sri Hartini KS Kariadi. Laju Konversi Toleransi Glukosa Terganggu menjadi Diabetes di Singaparna, Jawa Barat. Disampaikan pada Konggres Nasional ke 5. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Bandung 9 – 13 April 2000 (SX111-1)
70. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
71. Suradi & Sya'bani, M, et al. Hipertensi Borderline “White Coat” dan sustained “ : Suatu Studi Komperatif terhadap Normotensi para karyawan usia 18 – 42 tahun di RSUP Dr. Sarjito Yogyakarta. *Berkala Ilmu Kedokteran* Vol. 29 (4), 1997.
72. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
73. The Australian Institute of Health and Welfare 2003. *Indicators of Health Risk Factors: The AIHW view.* AIHW Cat. No. PHE 47. Canberra: AIHW. P.2,3,8.
74. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
75. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,
76. U. Laasar. The Risk of Hypertension : Genesis and Detection. *Dalam: Julian Rosenthal, Arterial Hypertension, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapy,* Springer-Verlag, New York Heidelberg Berlin, 1984 : 44.
77. Univ. Cape town, Department of Haematology. Haematology: An Aproach to Diagnosis and Management. Cape town, 2001. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Depkes RI, 2001, *Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2001,* Jakarta: Badan Litbangkes.
78. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report.*

79. WHO. Assessing the iron status of populations: Report of a joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment of iron status at the population level , Geneva, Switzerland, April 2004
80. WHO. Auser's guide to the self reporting questionnaire. Geneva. 1994.
81. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
82. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 1999
83. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 2003
84. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
85. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
86. World Health Organization: International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Based on The Recommendation of The Ninth Revision Conference 1975 and Adopted by The Twenty Ninth WHA, 1997, volume 1.

LAMPIRAN