

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

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

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

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

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

Instrumen penelitian meliputi:

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

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

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

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu'alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

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

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

Menteri Kesehatan Republik Indonesia

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

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

RINGKASAN EKSEKUTIF

Dengan visi "Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat" dan misi "Membuat rakyat sehat", Departemen Kesehatan telah merumuskan 4 *grand strategy* yang salah satunya adalah: "Meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan informasi kesehatan" dengan salah satu produknya adalah "Berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence based* di seluruh Indonesia".

Untuk itu diperlukan data kesehatan dasar, meliputi semua indikator kesehatan yang utama tentang status kesehatan (angka kematian, angka kesakitan, angka kecelakaan, angka disabilitas, status gizi), kesehatan lingkungan (lingkungan fisik), pengetahuan-sikap-perilaku kesehatan (Flu burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, minum alkohol, aktivitas fisik, perilaku konsumsi) dan berbagai aspek mengenai pelayanan kesehatan (akses, cakupan, mutu layanan, pembiayaan kesehatan). Data kesehatan dasar tersebut bukan saja berskala nasional, tetapi harus dapat menggambarkan indikator kesehatan minimal sampai tingkat kabupaten.

Dalam rangka mendapatkan data tersebut, pada tahun 2007 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melakukan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Disain Riskesdas adalah potong lintang, data diperoleh dengan melakukan wawancara, pengukuran, pemeriksaan dan pengambilan darah pada responden yang telah ditentukan. Instrumen yang digunakan dalam Riskesdas ini adalah: 1/. Kuesioner, terdiri dari: kuesioner rumah tangga, kuesioner individu, kuesioner gizi dan kuesioner autopsi verbal (kematian), 2/. Alat pengukuran dan pemeriksaan: timbangan berat badan, *microtoise*, alat ukur panjang badan bayi, tensimeter digital, pita lila, alat ukur lingkaran perut, kartu *snellen*, *pinhole*, kaca mulut, tes cepat iodium, kartu peraga

Di Provinsi Banten, lokasi riset meliputi 4 kabupaten dan 2 kota yaitu Kabupaten Pandeglang, Kabupaten Lebak, Kabupaten Serang, Kabupaten Tangerang, Kota Tangerang dan Kota Cilegon. Besar sampel sebanyak 304 blok sensus (BS) untuk kesehatan masyarakat (Kesmas), 23 BS diantaranya juga terpilih sebagai sampel biomedis. Disamping itu, Kota Tangerang juga termasuk salah satu dari 30 daerah yang diambil sampel garam dan urine.

Kegiatan Riskesdas diawali dengan 1). Koordinasi antara Dinas Kesehatan Provinsi Banten, Dinas Kesehatan kabupaten/kota di wilayah Provinsi Banten, Laboratorium Kesehatan Daerah/Rumah Sakit Umum Daerah (Labkesda/RSUD) dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Cisarua, Bogor. Rapat koordinasi menyepakati untuk dilakukannya langkah-langkah persiapan dan pelaksanaan Riskesdas; 2) Pelatihan tenaga pengumpul data dilaksanakan 2 kali, *Training center-1* (TC-1) dilakukan di Kota Serang, tanggal 30 Juli – 4 Agustus 2007, sedangkan TC-II dilakukan di Pandeglang, tanggal 6 -11 Agustus 2007.

Pengumpul data di Provinsi Banten mempunyai latar belakang yang sangat bervariasi dari petugas puskesmas, perawat, bidan, sampai dokter. Tim pengumpul data di wilayah Provinsi Banten terdiri dari 25 tim, masing-masing beranggotakan 4 orang, dan salah seorang diantaranya bertindak sebagai Ketua Tim (Katim). Pelaksana pengumpul spesimen Biomedis adalah tenaga Labkesda atau Rumah Sakit yang terdiri dari 6 orang dan sebagai tenaga penghubung adalah tenaga puskesmas atau kader yang berasal dari daerah terpilih sebagai sampel Biomedis. Pada pelatihan disepakati mekanisme kerja dan jadwal ke lapangan. 3) Sebelum pengumpulan data dimulai dilakukan pembekalan dan sosialisasi kepada para kepala puskesmas yang terpilih, dilakukan oleh masing-masing Penanggung Jawab Operasional (PJO) kabupaten; pertemuan ini sekaligus memperkenalkan seluruh tim Riskesdas yang akan bertugas di wilayah yang bersangkutan. Selain itu, dibahas segala kemungkinan yang dapat terjadi di lapangan berdasarkan masukan dari pihak puskesmas serta penanggulangannya. 4) Selama

pengumpulan data diadakan pendampingan (supervisi) dan pertemuan secara berkala antara wakil PJO, Katim, tim penghubung serta PJT kabupaten/kota untuk membahas permasalahan yang ditemui di lapangan dalam pengumpulan data kesmas maupun biomedis.

Hasil pemeriksaan gula darah 2 jam *post prandial* dan hematologi lengkap diberikan langsung pada hari itu juga bagi responden yang mau menunggu atau dititipkan pada petugas penghubung. Pengiriman kuesioner dan spesimen darah biomedis dilakukan dengan cara yang bervariasi seperti lewat jasa pengantar (TIKI), diantar sendiri oleh PJO atau wakil PJO, atau dititipkan kepada PJT provinsi/kabupaten/kota pada saat pendampingan.

Hasil luaran Riskesdas ini adalah didapatkannya data dasar berskala provinsi khususnya Provinsi Banten tentang penyakit/kelainan yang diteliti serta kaitannya dengan kesehatan masyarakat umum. Data dasar tersebut akan bermakna untuk kepentingan epidemiologi, preventif, diagnosis, pengobatan, serta sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya. Manfaat lain adalah tersedianya data untuk pengembangan berbagai ilmu, baik berkaitan dengan kesehatan masyarakat maupun kedokteran klinik di Indonesia. Disamping itu, Riskesdas diharapkan dapat memberi dampak bagi ketanggapan sistem kesehatan di unit pelayanan kesehatan dan peningkatan kapasitas institusi dan sumber daya manusia di bidang kesehatan pada berbagai tingkat.

Riset kesehatan dasar tahun 2007 antara lain mendapatkan bahwa: *response rate* rumah tangga sebesar 91,1%, dan *response rate* individu sebesar 82,9%.

- Secara umum target untuk menurunkan prevalensi *gizi buruk dan kurang* pada balita di Provinsi Banten sudah mencapai target program perbaikan gizi pada RPJM 2015. Namun masih ada beberapa hal yang perlu mendapat perhatian antara lain: 1. Masih ada dua kabupaten yang belum mencapai target program gizi 2015 dan MDGs untuk Indonesia (Kabupaten Pandeglang dan Serang); 2. Masalah gizi utama yang dihadapi Provinsi Banten adalah masalah gizi kronis dengan prevalensi masalah kependekan (*status pendek dan sangat pendek*) pada balita yang lebih tinggi dari prevalensi nasional (36,8%). Empat kabupaten/kota di Banten memiliki masalah gizi kronis; 3. Disamping memiliki masalah gizi kronis, semua kabupaten/kota di Provinsi Banten juga memiliki masalah gizi akut dengan prevalensi balita yang mengalami masalah kekurangan lebih dari 10%. Bahkan balita di 2 kabupaten/kota (Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang) mengalami masalah gizi akut yang kritis (lebih dari 15%).
- Status gizi dewasa lebih ditekankan pada masalah “kegemukan”, yaitu berat badan lebih plus obese berdasarkan IMT (indeks massa tubuh) serta masalah obesitas sentral, yang merupakan salah satu faktor risiko untuk berbagai masalah kesehatan, a.l. penyakit kardiovaskuler, diabetes melitus (DM), gangguan sendi. Dalam Riskesdas 2007 didapatkan bahwa 1/. Prevalensi kegemukan dan obesitas sentral di Provinsi Banten sudah terlihat tinggi, mencapai 16%. Prevalensi tertinggi di Kota Tangerang dan Cilegon, 2/. Masalah kegemukan ditemukan dua kali lebih banyak pada penduduk perempuan di atas 15 tahun dibandingkan pada laki-laki, demikian pula halnya dengan obesitas sentral pada perempuan di atas 35 tahun prevalensinya cukup tinggi (di atas 20%), utamanya di kalangan ibu rumah tangga, 3/. Kegemukan dan obesitas sentral lebih menjadi masalah bagi penduduk yang tinggal di perkotaan daripada di pedesaan.
- Secara umum prevalensi rumah tangga dengan defisit energi dan protein di Provinsi Banten cukup tinggi dengan rata-rata di atas 50%. Hal ini menggambarkan bahwa masalah gizi masyarakat di Provinsi Banten masih menjadi persoalan yang perlu mendapatkan perhatian dari pemerintah daerah setempat. Masalah defisit energi dan protein paling tinggi di Kabupaten

Pandeglang, dengan prevalensi di atas 70%. Defisit energi terutama terjadi di wilayah perkotaan, dan sebaliknya di perdesaan defisit protein lebih prevalen.

- Secara umum konsumsi garam dengan kandungan iodium cukup (> 30 ppm) di Provinsi Banten masih relatif rendah, dengan prevalensi rata-rata 46%.
- Cakupan imunisasi dasar di Provinsi Banten masih rendah dan di bawah target nasional (80,5%). Demikian pula halnya dengan cakupan imunisasi lengkap, secara umum masih rendah. Kabupaten Lebak adalah daerah dengan cakupan imunisasi dasar dan imunisasi lengkap yang terendah di Provinsi Banten. Cakupan imunisasi di daerah perdesaan lebih rendah daripada di perkotaan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita cakupan imunisasi semakin tinggi.
- Pemantauan pertumbuhan anak balita antara lain melalui penimbangan rutin terhadap anak balita cakupannya masih belum memadai, sedangkan pemberian kapsul Vitamin A cakupannya sudah cukup tinggi (di atas 70%). Hanya sebagian kecil balita memiliki KMS (kartu menuju sehat) dan buku KIA. Cakupan penimbangan balita dan pemberian vitamin A di perdesaan relatif lebih rendah daripada di perkotaan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita cakupan penimbangan balita dan pemberian vitamin A semakin tinggi.
- Posyandu masih menjadi sarana utama yang dipilih oleh masyarakat sebagai tempat penimbangan balita, penimbangan bayi baru lahir di Provinsi Banten cakupannya di atas 50%, dan persentase ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di atas 70%, sebagian besar pemeriksaan kehamilan meliputi penimbangan berat badan dan pengukuran tekanan darah, sangat jarang yang melakukan imunisasi tetanus toksoid (TT). Cakupan pemeriksaan kehamilan di perdesaan relatif lebih rendah daripada di perkotaan. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengeluaran perkapita cakupan pemeriksaan kehamilan semakin tinggi.
- Penyakit menular masih merupakan salah satu masalah kesehatan di masyarakat. Malaria dan DBD klinis ditemukan di semua kabupaten, meskipun dengan prevalensi rendah. Wilayah Banten merupakan daerah wisata, yang reseptif (ada vektor penular malaria), dan merupakan jalur lalu lintas ke P. Sumatra, sehingga perlu diwaspadai adanya kasus *import*. Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi Banten ditemukan 3,2 per 1000 penduduk, dan hanya 26,78% diantara penderita yang minum obat anti malaria. Prevalensi DBD Kabupaten Pandeglang sedikit lebih tinggi dari pada kabupaten lainnya. Secara keseluruhan prevalensi penyakit DBD di Provinsi Banten hampir sama dengan nilai rata-rata nasional (0,5%). Filariasis klinis hanya ditemukan di 4 kabupaten, Kabupaten Tangerang prevalensinya lebih dari 1 per mil, lebih tinggi dari prevalensi filariasis di Provinsi Banten secara keseluruhan maupun nilai rata-rata nasional.
- Prevalensi pneumonia yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Tangerang. Tidak semua daerah dengan prevalensi infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) tinggi juga mempunyai prevalensi pneumonia tinggi, seperti di Kabupaten Lebak dan Kota Cilegon. Hal ini sangat tergantung dari tingkat kesadaran ibu untuk mengenali kasus ISPA pada anaknya dan membawanya segera ke fasilitas pengobatan, dan tergantung pada kemampuan fasilitas kesehatan tersebut, sehingga kejadian pneumonia dapat dicegah.
- Di Provinsi Banten tuberkulosis (TB) tersebar di hampir seluruh kabupaten/kota dengan rentang prevalensi 0,6%– 3,1% di Kota Tangerang dan Kota Cilegon. Di Provinsi Banten, dalam 12 bulan terakhir penyakit ini masih terdeteksi dengan prevalensi 1,6% (rentang 0,8 – 2,3%), tertinggi di Kota Cilegon. Daerah pedesaan

secara konsisten menunjukkan prevalensi penyakit yang relatif lebih tinggi dari daerah perkotaan. Demikian juga rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah cenderung mempunyai prevalensi penyakit ISPA, Pneumonia, TB dan Campak yang lebih tinggi.

- Prevalensi tifoid tertinggi dilaporkan dari Kabupaten Lebak.
- Penyakit hepatitis teridentifikasi hampir di semua kabupaten/kota, kecuali di Kota Tangerang. Prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Pandeglang dan Lebak, yakni sebesar 0,9% dibandingkan dengan prevalensi Provinsi Banten yang hanya 0,5%.
- Prevalensi diare di atas 10% juga ditemukan di Kabupaten Pandeglang, Lebak, dan Kota Cilegon. Di antara wilayah-wilayah dengan prevalensi diare tinggi tersebut, hanya di Kabupaten Lebak yang pemakaian oralitnya lebih dari 50%. Secara keseluruhan di Provinsi Banten pemakaian oralit sebesar 29,4%. Kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung memiliki prevalensi tifoid dan diare lebih tinggi. Namun perlu diperhatikan pada diare, prevalensi tinggi pada kelompok 'tidak sekolah' mungkin dipengaruhi juga oleh kenyataan bahwa kelompok ini sebagian terdiri dari anak-anak (balita)
- Berdasarkan jenis pekerjaan prevalensi penyakit sendi tertinggi pada kelompok petani/nelayan/buruh; prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosa/minum obat dan pengukuran tertinggi pada kelompok tidak bekerja.
- Prevalensi asma dan penyakit jantung lebih tinggi di pedesaan, sedangkan prevalensi diabetes dan tumor cenderung lebih tinggi di perkotaan. Hal ini erat kaitannya dengan gaya hidup perkotaan yang kurang sehat seperti kurang gerak, makanan tinggi lemak dan garam.
- Penyakit asma dan jantung prevalensinya hampir sama di semua tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga atau status ekonomi (kuintil), tertinggi di kelompok status ekonomi rendah, diabetes terbanyak di kuintil-2, sedangkan diabetes dan tumor terbanyak di status ekonomi tinggi.
- Prevalensi gangguan jiwa berat ditemukan di semua kabupaten/kota di Provinsi Banten dengan prevalensi 0,2‰, tertinggi di Kabupaten Tangerang. Secara keseluruhan prevalensi penyakit keturunan di Provinsi Banten adalah 7,4‰.
- Prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan penambahan umur. Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional antara lain perempuan, pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di desa dan tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga rendah. Keterbatasan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) hanya dapat mengungkap gangguan mental emosional atau distress emosional sesaat. Individu yang dengan alat ukur ini dinyatakan mengalami gangguan mental emosional akan lebih baik dilanjutkan dengan wawancara psikiatri dengan dokter spesialis jiwa untuk menentukan ada tidaknya gangguan jiwa yang sesungguhnya serta jenis gangguan jiwa nya.
- Persentase penduduk usia 30 tahun keatas yang pernah didiagnosis katarak dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) hanya sekitar 1:10 di tingkat provinsi. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan (nakes) di hampir semua kabupaten di wilayah Banten. Besarnya Persentase penduduk yang mempunyai gejala utama katarak tetapi belum didiagnosis oleh nakes menggambarkan perlunya tindakan aktif sektor penyedia pelayanan kesehatan dalam mengidentifikasi kasus katarak di masyarakat, dengan istilah lain "menjemput bola" di lapangan.

- Penduduk yang mempunyai masalah kesehatan gigi dan mulut di Provinsi Banten sebesar 22,6%, dan angka/indeks kerusakan gigi DMF-T (*decay-missing-filling teeth*) sebesar 3,1. Hampir semua penduduk menggosok gigi setiap hari, namun yang melakukannya secara benar hanya 4,8%. Adapun Persentase penduduk yang memerlukan perawatan gigi (penumpatan/pencabutan) atau RTI (*required treatment index*) sebesar 25,8% sedangkan Persentase penduduk yang sudah menumpat/menambal giginya atau PTI (*performance treatment index*) hanya 1,5%. Persentase gigi yang memerlukan perawatan dengan perawatan yang sudah dilaksanakan adalah 1:17. Keadaan ini menunjukkan bahwa belum ada keseimbangan antara kebutuhan dan pelaksanaan perawatan gigi, serta penyuluhan untuk pencegahannya.
- Secara garis besar status disabilitas pada penduduk di Provinsi Banten sangat baik (>80%), meliputi kondisi penglihatan, pendengaran, emosi, mobilitas dan kondisi kesehatannya. Status disabilitas di enam kabupaten secara merata tidak bermasalah dengan nilai terkecil di Kabupaten Pandeglang dan yang terbesar di Kabupaten Serang. Pandeglang merupakan kabupaten dengan status disabilitas paling besar.
- Prevalensi cedera tertinggi terdapat pada Kabupaten Lebak, sedangkan yang terendah terdapat pada Kabupaten Serang. Sementara untuk urutan penyebab cedera terbanyak polanya sama seperti pola penyebab cedera tingkat provinsi yaitu jatuh, kecelakaan transportasi darat, dan terluka benda tajam/tumpul.
- Sebagian besar penduduk di Provinsi Banten yang berusia 10 tahun ke atas merokok setiap hari dengan Persentase tertinggi pada usia produktif (25 – 54 tahun), terutama di pedesaan. Perokok laki-laki 20 kali lebih banyak dibandingkan perokok perempuan. Kebanyakan perokok laki-laki saat ini di Banten yang berpendidikan kurang (tidak sekolah dan tidak tamat SD) serta tinggal di pedesaan, rata-rata menghisap 10,3 batang rokok/hari. Prevalensi perokok saat ini di Banten terbanyak berprofesi sebagai petani, nelayan, atau buruh. Sebagian besar perokok di Provinsi Banten pertama kali merokok dan mulai merokok setiap hari pada usia remaja, 15 – 19 tahun.
- Sebagian besar perokok di Provinsi Banten merokok ketika bersama anggota keluarga lainnya di dalam rumah. Perlu mendapat perhatian karena hal ini akan meningkatkan prevalensi perokok pasif, utamanya diantara anggota keluarga serumah lainnya. Jenis rokok yang terbanyak dipilih oleh perokok di Provinsi Banten dengan berbagai jenis karakteristik adalah rokok kretek dengan filter.
- Hampir seluruh penduduk (96,7%) di Provinsi Banten kurang mengonsumsi sayur dan buah, dan sekitar sepertiga penduduk (36%) kurang melakukan aktivitas fisik.
- Kebiasaan penduduk di Provinsi Banten untuk ber-perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) masih rendah, hanya sekitar 35,8% saja penduduk yang sudah ber-PHBS baik. Umumnya perilaku benar dalam cuci tangan masih kurang dimiliki oleh penduduk di Provinsi Banten, namun sebagian besar penduduk di Provinsi Banten (67,4%) sudah melakukan buang air besar (BAB) di jamban, kecuali di Kabupaten Lebak dan Pandeglang, perilaku BAB di jamban masih rendah.
- Lebih dari separuh penduduk di Provinsi Banten pernah mendengar tentang flu burung. Pengetahuan dan sikap yang “benar” mengenai cara penularan dan pencegahan flu burung sudah dimiliki oleh sekitar separuh (50%) penduduk di Provinsi Banten. Sebaliknya, tidak sampai 50% penduduk di Provinsi Banten yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS dan pengetahuan yang benar mengenai cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS juga masih sangat rendah. Meskipun pengetahuan tentang HIV/AIDS masih relatif rendah, sebagian besar penduduk di Provinsi Banten berperilaku “benar” jika ada anggota rumah

tangganya menderita HIV/AIDS, antara lain dengan menyatakan “akan melakukan konseling dan mengupayakan pengobatan” atau “mencarikan pengobatan alternatif”, dan “tidak mengucilkannya”.

- Sebagian besar rumah tangga (90,5%) di Provinsi Banten dapat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu 30 menit, sisanya 9,5% memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan. Hampir semua (100%) penduduk di Banten berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas usaha kesehatan bersama masyarakat (UKBM). Kondisi ini nampak tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan.
- Hanya sebagian kecil (26,6%) rumah tangga di Provinsi Banten telah memanfaatkan posyandu/poskesdes, tertinggi di Kabupaten Pandeglang dan Lebak, yang terendah di Kota Tangerang. Di Provinsi Banten 11,0% rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan tersebut. Lebih dari 50% rumah tangga merasa tidak membutuhkan UKBM dengan alasan antara lain tidak memiliki balita atau tidak sakit. Baik di perkotaan maupun di pedesaan hampir semua rumah tangga ($\geq 90\%$) yang memanfaatkan posyandu/poskesdes mendapatkan pelayanan penimbangan badan Balita.
- Mayoritas rumah tangga di kabupaten/kota merasa tidak membutuhkan polindes/bidan desa. Hanya 20,5% rumah tangga di Provinsi Banten telah memanfaatkan keberadaan polindes/bidan, 34,3% tidak memanfaatkan dan 45,2% merasa tidak membutuhkan keberadaan polindes/bidan desa. Alasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan cukup bervariasi di masing-masing kabupaten/kota antara lain karena jaraknya jauh, tidak ada polindes dan tidak membutuhkan.
- Secara keseluruhan di Provinsi Banten Persentase RT yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan jauh lebih tinggi (82,4%) dibanding dengan rumah tangga yang pernah memperoleh masing-masing jenis pelayanan bidang KIA (< 30%).
- Pemanfaatan pos obat desa (POD) atau warung obat desa (WOD) tiap Kabupaten/Kota cukup bervariasi namun masih di bawah 25 %.
- Rata-rata di seluruh Kabupaten/Kota memilih RS pemerintah untuk pelayanan kesehatan, namun di Kota Tangerang pilihan terbanyak adalah RS Swasta. Sebagian besar tidak menjalani rawat inap. Penggunaan ‘*out of pocket*’ dalam pembiayaan rawat jalan masih cukup tinggi dibanding asuransi (baik di perkotaan atau pedesaan). Pemanfaatan Askeskin di pedesaan lebih banyak dibanding di perkotaan sebaliknya pemanfaatan Askes/Jamsostek lebih banyak di perkotaan.
- Dari aspek kesehatan lingkungan, konsumsi air per orang per hari di Provinsi Banten pada umumnya lebih dari 100 liter. Apabila dibandingkan antar wilayah kabupaten/kota, persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air lebih dari 100 liter adalah Kota Tangerang (68,3%) dan kota Cilegon (60,8%). Dalam pengambilan air bersih, tidak menunjukkan adanya faktor gender, dimana beban laki-laki dan perempuan dewasa hampir sama besar Persentasenya untuk melakukan kegiatan ini, sementara anak-anak sudah mulai diberi ‘beban’ untuk pengambilan air.
- Kabupaten Lebak dan Pandeglang cakupan penggunaan jamban sendiri rendah, di kedua kabupaten ini pula persentase tidak menggunakan fasilitas buang air besar masih tinggi yaitu lebih dari 50%.
- Dilihat dari jenis sarana pembuangan kotoran, persentase rumah tangga yang menggunakan jamban jenis leher angsa mengalami peningkatan yang berarti dari tahun 2004 sampai tahun 2007, sementara yang tidak pakai jamban mengalami penurunan.
- Masih banyak rumah tangga yang tidak mempunyai sarana pembuangan air limbah (SPAL), walaupun secara angka sedikit mengalami penurunan dari 25,8% tahun 2004 menjadi 17,7% pada tahun 2007.

- Bahan beracun paling banyak digunakan adalah racun serangga dan penghilang noda pakaian. Kabupaten yang paling sedikit menggunakan bahan beracun dalam rumah tangga adalah Lebak dan Pandeglang .
- Data tentang kematian dilaporkan di dalam laporan nasional, sedangkan hasil survei biomedik disampaikan pada kesempatan yang akan datang, setelah pemeriksaan laboratorium selesai dilakukan.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	ii
Sambutan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia	iv
Ringkasan Eksekutif	vii
Daftar isi	xiii
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xxvii
Daftar Singkatan	xxx
Daftar Lampiran	xxxi
BAB 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2. Ruang Lingkup Riskesdas	2
1.3. Pertanyaan Penelitian	2
1.4. Tujuan Riskesdas	2
1.5. Kerangka Pikir	3
1.6. Alur Pikir Riskesdas 2007	4
1.7. Pengorganisasian Riskesdas	5
1.8. Manfaat Riskesdas	6
1.9. Persetujuan Etik Riskesdas	6
BAB 2 Metodologi Riskesdas	7
2.1. Desain	7
2.2. Lokasi	7
2.3. Populasi Sampel	7
2.3.1. Penarikan Sampel Blok Sensus	7
2.3.2. Penarikan Sampel Rumah Tangga	8
2.3.3. Penarikan Sampel Anggota Rumah Tangga	8
2.3.4. Penarikan Sampel Biomedis	8
2.3.5. Penarikan Sampel Yodium	8
2.4. Variabel	9
2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpul Data	10
2.6. Manajemen Data	12
2.6.1. Editing	12
2.6.2. Entry	12
2.6.3. Cleaning	13
2.7. Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data	13
2.8. Keterbatasan Riskesdas	14
2.9 Hasil Pengolahan dan Analisis Data	17
BAB 3 3. Hasil Riskesdas	19
3.1. Gambaran Umum	19
3.1.1. Profil Provinsi Banten	19
3.2. Gizi	21
3.2.1. Status Gizi Balita	21
3.2.2. Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)	29
3.2.3. Status Gizi Penduduk Umur 15 tahun keatas	31
3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein	36
3.2.5. Konsumsi Garam beriodium	38
3.3. Kesehatan Ibu dan Anak	40
3.3.1. Status Imunisasi	40
3.3.2. Pemantauan Perumbuhan Balita	45

3.3.3. Distribusi Kapsul Vitamin A	53
3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	55
3.4. Penyakit Menular	61
3.4.1. Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	62
3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak	65
3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare	68
3.5. Penyakit Tidak Menular	71
3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan	71
3.5.2. Penyakit Mata	77
3.5.3. Kesehatan Gigi	83
3.5.4. Gangguan Mental Emosional	97
3.6. Cedera dan Disabilitas	100
3.6.1. Cedera	100
3.6.2. Status Disabilitas/Ketidakkampuan	109
3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	113
3.7.1. Perilaku Merokok	113
3.7.2. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	123
3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol	125
3.7.4. Perilaku Aktivitas Fisik	127
3.7.5. Pengetahuan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	128
3.7.6. Perilaku Higienis	135
3.7.7. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	137
3.8. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	140
3.8.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	140
3.8.2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	151
3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	156
3.9. Kesehatan Lingkungan	160
3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga	160
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar	168
3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah	172
3.9.4. Pembuangan Sampah	173
3.9.5. Perumahan	174
BAB 4 Ringkasan Hasil	177
Daftar Pustaka	183
Lampiran	188

DAFTAR TABEL

No		Hal
Tabel 1.2.	Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Sampel	2
Tabel 2.8.1	Jumlah Blok Sensus (BS) Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	14
Tabel 2.8.2	Persentase <i>Respon Rate</i> Rumah Tangga Riskesdas terhadap Susenas Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	15
Tabel 2.8.3	Persentase <i>Respon Rate</i> Individu Riskesdas Terhadap Susenas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	15
Tabel 2.8.4	Persentase Response Rate Balita Riskesdas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	15
Tabel 2.8.5	Persentase <i>Response Rate</i> Konsumsi Rumah Tangga Riskesdas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	15
Tabel 2.8.6	Persentase Response Rate Konsumsi Garam Rumah Tangga menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	16
Tabel 2.8.7	Persentase Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	16
Tabel 2.8.8	Karakteristik Demografi Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	17
Tabel 3.1.1.1	Perkembangan penduduk per kabupaten/kota di Provinsi Banten, Tahun 1990 – 2005	20
Tabel 3.2.1.1	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	22
Tabel 3.2.1.2	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	23
Tabel 3.2.1.3	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	24
Tabel 3.2.1.4	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	25
Tabel 3.2.1.5	Prevalensi Balita menurut Status Gizi TB/U dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	27
Tabel 3.2.1.6	Prevalensi Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	28
Tabel 3.2.1.7	Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	29
Tabel 3.2.2.1	Standar Penentuan Kekurusan dan Berat Badan Lebih menurut Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007	29

Tabel 3.2.2.2	Prevalensi Kekurangan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis Kelamin di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	30
Tabel 3.2.2.3	Persentase Status Gizi Anak Usia 6-14 tahun menurut Karakteristik Responden dan Kabupaten/Kota, Riskesdas2007	30
Tabel 3.2.3.1	Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten , Riskesdas 2007	31
Tabel 3.2.3.2	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut Jenis Kelamin di Provinsi Banten Balita	32
Tabel 3.2.3.3	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Ke Atas) Menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	32
Tabel 3.2.3.4	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten , Riskesdas 2007	33
Tabel 3.2.3.5	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	34
Tabel 3.2.3.6	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	35
Tabel 3.2.3.7	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	36
Tabel 3.2.4.1	Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita per Hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	37
Tabel 3.2.4.2	Persentase RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional di Indonesia , Riskesdas 2007	37
Tabel 3.2.4.3	Persentase RT dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Tipe Daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita di Provinsi Banten, Riskesdas 2007.	38
Tabel 3.2.5.1	Persentase Rumah Tangga yang mengkonsumsi Garam mengandung Cukup Iodium Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	38
Tabel 3.2.5.2	Persentase Rumah-Tangga Mempunyai Garam Cukup Iodium Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	39
Tabel 3.3.1.1	Persentase Anak Balita Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	41
Tabel 3.3.1.2	Persentase Anak Balita Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	42

Tabel 3.3.1.3	Persentase Anak Balita Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas	43
Tabel 3.3.1.4	Persentase Anak Balita Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	44
Tabel 3.3.2.1	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	45
Tabel 3.3.2.2	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	46
Tabel 3.3.2.3	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	47
Tabel 3.3.2.4	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	48
Tabel 3.3.2.5	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	49
Tabel 3.3.2.6	Persentase Balita Menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	50
Tabel 3.3.2.7	Persentase Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	51
Tabel 3.3.2.8	Persentase Balita menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	52
Tabel 3.3.3.1	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	53
Tabel 3.3.3.2	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	54
Tabel 3.3.4.1	Persentase Ukuran Bayi Lahir Berdasarkan Persepsi Ibu Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	55
Tabel 3.3.4.2	Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	56
Tabel 3.3.4.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	57
Tabel 3.3.4.4	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	57
Tabel 3.3.4.5	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	58

Tabel 3.3.4.6	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	59
Tabel 3.3.4.7	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	60
Tabel 3.3.4.8	Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	61
Tabel 3.4.1.1	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	62
Tabel 3.4.1.2	Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	64
Tabel 3.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	65
Tabel 3.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, dan Campak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	67
Tabel 3.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	68
Tabel 3.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	70
Tabel 3.5.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut menurut Kabupaten Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	72
Tabel 3.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	73
Tabel 3.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor** menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	74
Tabel 3.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma, Jantung, Diabetes Mellitus, Dan Tumor menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	75
Tabel 3.5.1.5	Prevalensi Penyakit Keturunan*:Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili (Permil) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	76
Tabel 3.5.2.1	Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun keatas menurut <i>Low Vision</i> dan Kebutaan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	77
Tabel 3.5.2.2	Prevalensi Penduduk Usia > 5 Tahun Dengan <i>Low Vision</i> dan Kebutaan Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	78

Tabel 3.5.2.3	Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	79
Tabel 3.5.2.4	Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	80
Tabel 3.5.2.5	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Ke Atas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	81
Tabel 3.5.2.6	Persentase Penduduk Usia \geq 30 Tahun dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	82
Tabel 3.5.3.1	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	84
Tabel 3.5.3.2	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut dalam 12 Bulan Terakhir, menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	85
Tabel 3.5.3.3	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	86
Tabel 3.5.3.4	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	87
Tabel 3.5.3.5	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	88
Tabel 3.5.3.6	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	89
Tabel 3.5.3.7	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	90
Tabel 3.5.3.8	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	90
Tabel 3.5.3.9	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	91
Tabel 3.5.3.10	Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	92
Tabel 3.5.3.11	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	92

Tabel 3.5.3.12	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	93
Tabel 3.5.3.13	Required Treatment Index dan Performed Treatment Index Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	94
Tabel 3.5.3.14	Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten Riskesdas 2007	95
Tabel 3.5.3.15	Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Provinsi, Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.3.16	Persentase Penduduk Umur 12 Tahun ke Atas menurut Fungsi Normal Gigi, Edentulous, Protosa dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.4.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Kabupaten/kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	97
Tabel 3.5.4.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i>)* menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	99
Tabel 3.6.1.1	Prevalensi Jenis Cedera dan Penyebab Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	100
Tabel 3.6.1.2	Prevalensi Jenis Cedera dan Penyebab Cedera Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	101
Tabel 3.6.1.3	Jenis Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	104
Tabel 3.6.1.4	Prevalensi Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	105
Tabel 3.6.1.5	Jenis Cedera Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	107
Tabel 3.6.1.6	Prevalensi Jenis Cedera Menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	108
Tabel 3.6.2.1	Persentase Penduduk Umur 15 tahun ke Atas menurut Status Disabilitas dalam Fungsi Tubuh/Individu/Sosial di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	110
Tabel 3.6.2.2	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut Status Disabilitas dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	111
Tabel 3.6.2.3	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 Tahun Keatas Menurut Status Disabilitas dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	112

Tabel 3.7.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	113
Tabel 3.7.1.2	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	114
Tabel 3.7.1.3	Prevalensi Perokok Saat ini dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	115
Tabel 3.7.1.4	Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok yang Dihisap Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	116
Tabel 3.7.1.5	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	117
Tabel 3.7.1.6	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	118
Tabel 3.7.1.7	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Pertama Kali Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	119
Tabel 3.7.1.8	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Pertama Kali Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	120
Tabel 3.7.1.9	Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	121
Tabel 3.7.1.10	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	121
Tabel 3.7.1.11	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	122
Tabel 3.7.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	123
Tabel 3.7.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	124
Tabel 3.7.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten /Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	125
Tabel 3.7.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Banten, Riskesdas 2007	126

Tabel 3.7.4.1	Prevalensi Kurang Aktifitas Fisik Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	127
Tabel 3.7.4.2	Prevalensi Kurang Aktifitas Fisik Penduduk 10 Tahun ke Atas Menurut Karakteristik Responden dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	128
Tabel 3.7.5.1	Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	129
Tabel 3.7.5.2	Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	130
Tabel 3.7.5.3	Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	131
Tabel 3.7.5.4	Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	132
Tabel 3.7.5.5	Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	133
Tabel 3.7.5.6	Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	134
Tabel 3.7.6.1	Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	135
Tabel 3.7.6.2	Presentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	136
Tabel 3.7.7.1	Persentase Rumah Tangga yang memenuhi kriteria Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	138
Tabel 3.7.7.2	Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	138
Tabel 3.7.7.3	Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik dan Merokok) pada Penduduk 15 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	139

Tabel 3.8.1.1	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan,* ⁾ dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	140
Tabel 3.8.1.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan* ⁾ dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	141
Tabel 3.8.1.3	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Posyandu* ⁾ , dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	141
Tabel 3.8.1.4	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Posyandu * dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	142
Tabel 3.8.1.5	Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	143
Tabel 3.8.1.6	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Polkesdes menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	143
Tabel 3.8.1.7	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	144
Tabel 3.8.1.8	Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima rumah tangga menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	144
Tabel 3.8.1.9	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	145
Tabel 3.8.1.10	Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Alasan Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	145
Tabel 3.8.1.11	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	146
Tabel 3.8.1.12	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Karakteristik Rumah Tangga Provinsi Banten, Riskesdas 2007	146
Tabel 3.8.1.13	Persentase rumah tangga menurut pemanfaatan Polindes /bidan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	147
Tabel 3.8.1.14	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	147
Tabel 3.8.1.15	Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan	148

Polindes/Bidan di Desa menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Tabel 3.8.1.16	Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	148
Tabel 3.8.1.17	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	149
Tabel 3.8.1.18	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	149
Tabel 3.8.1.19	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	150
Tabel 3.8.1.20	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Desa/Warung Obat Desa dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	150
Tabel 3.8.2.1	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	151
Tabel 3.8.2.2	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	152
Tabel 3.8.2.3	Persentase Penduduk Rawat Inap Menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	152
Tabel 3.8.2.4	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan dan Karakterisasi Rumah Tangga, di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	153
Tabel 3.8.2.5	Persentase Penduduk yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	153
Tabel 3.8.2.6	Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	154
Tabel 3.8.2.7	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	155
Tabel 3.8.2.8	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Karakterisasi Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	155
Tabel 3.8.3.1	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.8.3.2	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan Karakterisasi Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.8.3.3	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan	158

Kabupaten di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Tabel 3.8.3.4	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Karakterisasi Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	159
Tabel 3.9.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	160
Tabel 3.9.1.2	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	161
Tabel 3.9.1.3	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	161
Tabel 3.9.1.4	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	162
Tabel 3.9.1.5	Persentase Rumah Tangga menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.9.1.6	Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.9.1.7	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	164
Tabel 3.9.1.8	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	164
Tabel 3.9.1.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota Di Provinsi Banten, Susenas 2007	165
Tabel 3.9.1.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas , 2007	165
Tabel 3.9.1.11	Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	166
Tabel 3.9.1.12	Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	166
Tabel 3.9.1.13	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas dan Riskesdas 2007	167
Tabel 3.9.1.14	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan	167

Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas dan Riskesdas 2007

Tabel 3.9.2.1	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas 2007	168
Tabel 3.9.2.2	Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas 2007	168
Tabel 3.9.2.3	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas 2007	169
Tabel 3.9.2.4	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas 2007	169
Tabel 3.9.2.5	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas dan Riskesdas 2007	170
Tabel 3.9.2.6	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas dan Riskesdas 2007	170
Tabel 3.9.2.7	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas 2007	171
Tabel 3.9.2.8	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas 2007	171
Tabel 3.9.3.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	172
Tabel 3.9.3.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakterisasi Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	172
Tabel 3.9.4.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	173
Tabel 3.9.4.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	173
Tabel 3.9.5.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas 2007	174
Tabel 3.9.5.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan menurut Karakteristik Rumah Tangga, Susenas 2007	174
Tabel 3.9.5.3	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007	176

Tabel 3.9.5.4 Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

176

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1.	Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)	3
Gambar 1.2.	Alur Fikir Riskesdas Provinsi Banten Banten	5
Gambar 1.3	Peta Provinsi Banten	19

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
BURKU	Buruk Kurus
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
DLL	Dan lain-lain
DLM	Dalam
D-T	Decay – Reth
DPT	Diptheri Pertusis Tetanus
DMF-T	Decay missing Filling Teeth
DEPKES	Departemen Kesehatann
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
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
L	Laki Laki
mmHg	Milimeter Hidragyrum
mL	Mili Liter
M-T	Missing Teeth
MDG	Millenium Development Goal
M	Meter
Nakes	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

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar.
- Lampiran 2. Persetujuan Setelah Penjelasan (Informed Consent)
- Lampiran 3 .Kuesioner Riset Kesehatan Dasar

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

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

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

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

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

1.2 Ruang Lingkup Riskesdas Provinsi Banten 2007

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

Tabel 1.2
Indikator Riskesdas dan Tingkat Keterwakilan Informasi

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

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

1.3 Pertanyaan Penelitian

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

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

1.4. Tujuan Riskesdas

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

- a. Menyediakan informasi berbasis bukti untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota.

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

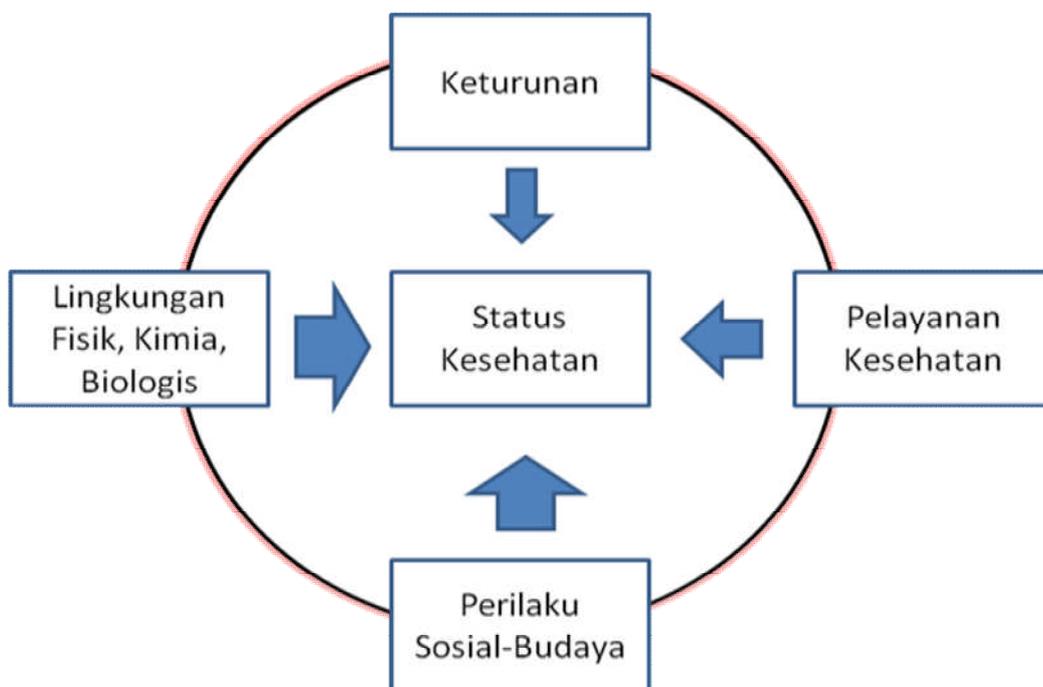
1.5. Kerangka Pikir

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

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

Gambar 1.1.

Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)



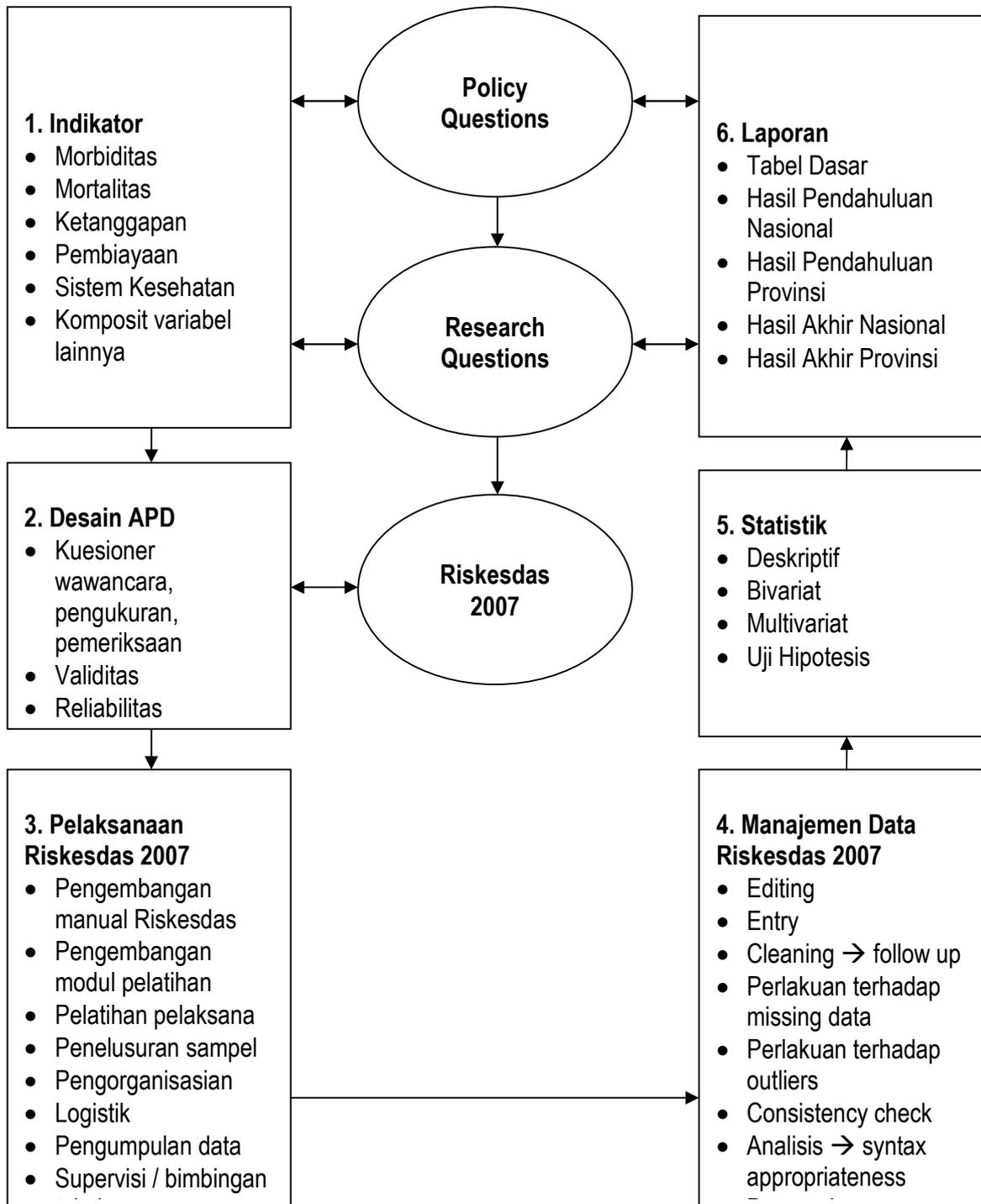
- b. Faktor lingkungan, mencakup variabel:
- Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
 - Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.
 - Lingkungan sosial, meliputi tingkat pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan kota – desa dan perbandingan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

1.6 Alur Fikir Riskesdas Provinsi Banten 2007

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

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

Gambar 1.2.
Alur Fikir Riskesdas Provinsi Banten 2007



1.7 Pengorganisasian Riskesdas

Riskesdas direncanakan dan dilaksanakan seluruh jajaran Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain Badan Pusat Statistik, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 877 Tahun 2006, pengorganisasian

Riskesdas Provinsi Banten 2007 dibagi menjadi berbagai tingkat, dengan rincian sebagai berikut:

- a. Tingkat provinsi
- b. Organisasi tingkat kabupaten/kota (6 kabupaten/kota)
- c. Tim pengumpul data (d disesuaikan dengan kebutuhan lapangan)

1.8 Manfaat Riskesdas

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

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

1.9 Persetujuan Etik Riskesdas

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

BAB 2. METODA RISKESDAS

2.1. Disain

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

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

2.2 Lokasi

Sampel Riskesdas Provinsi Banten 2007 di tingkat kabupaten/kota berasal dari 6 kabupaten/kota yang tersebar merata di Provinsi Banten.

2.3 Populasi dan Sampel

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

2.3.1 Penarikan Sampel Blok Sensus

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

sebuah kabupaten/kota bersifat *Persentaseonal* terhadap jumlah rumah tangga pada sebuah kabupaten/kota (*probability proportional to size*). Bila dalam sebuah blok sensus terdapat lebih dari 150 (seratus lima puluh) rumah tangga maka dalam penarikan sampel di tingkat ini akan dibentuk sub-blok sensus. Secara keseluruhan, berdasarkan sampel blok sensus dalam Susenas 2007 yang berjumlah 304 (tiga ratus empat) sampel blok sensus, Riskesdas Provinsi Banten 2007 berhasil mengunjungi 303 blok sensus dari 6 kabupaten/kota yang ada.

2.3.2 Penarikan Sampel Rumah tangga

Dari setiap blok sensus terpilih kemudian dipilih 16 (enam belas) rumah tangga secara acak sederhana (*simple random sampling*), yang menjadi sampel rumah tangga dengan jumlah rumah tangga di blok sensus tersebut. Secara keseluruhan, jumlah sampel rumah tangga dari 6 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Banten adalah 4.704 (empat ribu tujuh ratus empat), sedang Riskesdas Provinsi Banten berhasil mengumpulkan 4.398 (empat ribu tiga ratus sembilan puluh delapan) 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 diambil sebagai sampel individu. Dengan begitu, dari 6 kabupaten/kota pada Susenas Provinsi Banten 2007 terdapat 23.520 (dua puluh tiga ribu lima ratus dua puluh) sampel anggota rumah tangga. Riskesdas Provinsi Banten 2007 berhasil mengumpulkan 17.514 (tujuh belas ribu lima ratus empat belas) individu anggota rumah tangga yang sama dengan Susenas.

2.3.4 Penarikan sampel biomedis

Sampel untuk pengukuran biomedis adalah anggota rumah tangga berusia lebih dari 1 (satu) tahun yang tinggal di blok sensus dengan klasifikasi perkotaan. Secara nasional, terpilih sampel anggota rumah tangga berasal dari 23 blok sensus perkotaan yang terpilih dari 6 kabupaten/kota dalam Susenas Provinsi Banten 2007. Riskesdas Provinsi Banten 2007 berhasil mengumpulkan 967 (sembilan ratus enam puluh tujuh) anggota rumah tangga. Dari jumlah tersebut, berhasil digabung dengan sampel anggota rumah tangga Riskesdas Provinsi Banten 2007 sejumlah 17.514 yang berasal dari 6 kabupaten/kota dan 304 blok sensus.

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 Provinsi Banten 2007 dilakukan test cepat yodium dalam garam pada 4.398 sampel rumah tangga dari 6 kabupaten/kota di Provinsi Banten.

Untuk pengukuran kedua, dipilih secara acak 2 Rumah tangga dari 52 blok sensus yang mempunyai anak usia 6-12 tahun dari 16 RT per blok sensus di Kota Tangerang. Dari rumah tangga yang terpilih, sampel garam rumah tangga diambil, dan juga sampel urin dari anak usia 6-12 tahun yang selanjutnya dikirim ke laboratorium *BPP GAKI*, Magelang, Jawa Tengah

2.4 Variabel

Berbagai pertanyaan terkait dengan kebijakan kesehatan Indonesia dioperasionalkan menjadi pertanyaan riset dan akhirnya dikembangkan menjadi variabel yang dikumpulkan dengan menggunakan berbagai cara. Dalam Riskesdas Provinsi Banten 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)

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

b. Kuesioner gizi (RKD07.GIZI)

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

c. Kuesioner individu (RKD07.IND)

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

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

- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
- b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (6 variabel);
- c. Blok III tentang karakteristik ibu neonatal (5 variabel);

- d. Blok IVA tentang keadaan bayi ketika lahir (6 variabel);
 - e. Blok IVB tentang keadaan bayi ketika sakit (12 variabel);
 - f. Blok V tentang autopsi verbal kesehatan ibu neonatal ketika hamil dan bersalin (2 variabel);
 - g. Blok VIA tentang bayi usia 0-28 hari termasuk lahir mati (4 variabel);
 - h. Blok VIB tentang keadaan ibu (8 variabel);
- e. Kuesioner autopsi verbal untuk umur <29 hari -<5 tahun (RKDo7.AV2)**
- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - c. Blok III tentang autopsi verbal riwayat sakit bayi/balita berumur 29 hari - <5 tahun (35 variabel);
 - d. Blok IV tentang resume riwayat sakit bayi/balita (6 variabel)
- f. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)**
- a. Blok I tentang pengenalan tempat (7 variabel);
 - b. Blok II tentang keterangan yang meninggal (7 variabel);
 - c. Blok IIIA tentang autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (44 variabel);
 - d. Blok IIIB tentang autopsi verbal untuk perempuan umur 10 tahun keatas (4 variabel);
 - e. Blok IIIC tentang autopsi verbal untuk perempuan pernah kawin umur 10-54 tahun (19 variabel);
 - f. Blok IIID tentang autopsi verbal untuk laki-laki atau perempuan yang berumur 15 tahun keatas (1 variabel);
 - g. Blok IV tentang resume riwayat sakit untuk umur 5 tahun keatas (5 variabel).

Catatan

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

2.5 Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpulan Data

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

- a. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT
 - Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga, atau Ibu Rumah Tangga atau Anggota Rumah Tangga yang dapat memberikan informasi;
 - Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumah tangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2007 identik dengan sampel Susenas 2007;
 - Informasi mengenai kejadian kematian dalam rumah tangga di *recall* terhitung sejak 1 Juli 2004, termasuk didalamnya kejadian bayi lahir mati. Informasi lebih lanjut mengenai kematian yang terjadi dalam 12 bulan sebelum wawancara dilakukan eksplorasi lebih lanjut melalui autopsi verbal

dengan menggunakan kuesioner RKD07.AV yang sesuai dengan umur anggota rumah tangga yang meninggal dimaksud.

- b. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND
- Secara umum, responden untuk Kuesioner RKD07.IND adalah setiap anggota rumah tangga. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit atau orang tua maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya;
 - **Anggota rumah tangga semua umur** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pneumonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor / Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan / panjang badan;
 - **Anggota rumah tangga berumur ≥ 15 tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Sendi, Penyakit Tekanan Darah Tinggi, Stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran 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 Provinsi Banten 2007. Rangkaian pengambilannya 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) \geq 200 mg/dl.
- e. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas Provinsi Banten 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.

2.6 Manajemen Data

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

2.6.1 Editing

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

2.6.2 Entry

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

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

2.6.3 Cleaning

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

2.7. Pengorganisasian dan Jadwal Pengumpulan Data

Kegiatan Riskesdas diawali dengan 1) Koordinasi antara Dinas Kesehatan Provinsi Banten, Dinas Kesehatan kabupaten/kota di wilayah Provinsi Banten, Laboratorium Kesehatan Daerah/Rumah Sakit Umum Daerah (Labkesda/RSUD) dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan di Cisarua, Bogor. Rapat koordinasi menyepakati untuk dilakukannya langkah-langkah persiapan dan pelaksanaan Riskesdas; 2) Pelatihan tenaga pengumpul data dilaksanakan 2 kali, *Training center-1* (TC-1) dilakukan di Kota Serang, tanggal 30 Juli – 4 Agustus 2007, sedangkan TC-II dilakukan di Pandeglang, tanggal 6 -11 Agustus 2007.

Pengumpul data di Provinsi Banten mempunyai latar belakang yang sangat bervariasi dari petugas puskesmas, perawat, bidan, sampai dokter. Tim pengumpul data di wilayah Provinsi Banten terdiri dari 25 tim, masing-masing beranggotakan 4 orang, dan salah seorang diantaranya bertindak sebagai Ketua Tim (Katim). Pelaksana pengumpul spesimen Biomedis adalah tenaga Labkesda atau Rumah Sakit yang terdiri dari 6 orang dan sebagai tenaga penghubung adalah tenaga puskesmas atau kader yang berasal dari daerah terpilih sebagai sampel Biomedis. Pada pelatihan disepakati mekanisme kerja dan jadwal ke lapangan. 3) Sebelum pengumpulan data dimulai dilakukan pembekalan dan sosialisasi kepada para kepala puskesmas yang terpilih, dilakukan oleh masing-masing Penanggung Jawab Operasional (PJO) kabupaten; pertemuan ini sekaligus memperkenalkan seluruh tim Riskesdas yang akan bertugas di wilayah yang bersangkutan. Selain itu, dibahas segala kemungkinan yang dapat terjadi di lapangan berdasarkan masukan dari pihak puskesmas serta penanggulangannya. 4) Selama pengumpulan data diadakan pendampingan (supervisi) dan pertemuan secara berkala antara wakil PJO, Katim, tim penghubung serta PJT kabupaten/kota untuk membahas permasalahan yang ditemui di lapangan dalam pengumpulan data kesmas maupun biomedis.

2.8 Keterbatasan Riskesdas

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

- a. Riskesdas berhasil mengumpulkan 303 blok sensus dari 304 blok sensus yang terpilih dalam sampel Susenas 2007, seperti terlihat pada Tabel 2.8.1.
- b. 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 tiap kabupaten/kota tersebar di seluruh kabupaten/kota (Lihat Tabel 2.8.2)
- c. 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. Jumlah anggota rumah tangga yang tidak bisa dikumpulkan datanya (Lihat Tabel 2.8.3).
- d. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga ada kemungkinan beberapa estimasi penyakit menular yang bersifat *seasonal* pada beberapa kabupaten/kota menjadi under-estimate atau over-estimate;
- e. Pelaksanaan pengumpulan data mencakup periode waktu yang berbeda sehingga estimasi jumlah populasi pada periode waktu yang berbeda akan berbeda pula. Pada Riskesdas, variabel tanggal pengumpulan data bisa digunakan pada saat melakukan analisis;
- f. Meski Riskesdas dirancang untuk menghasilkan estimasi sampai tingkat kabupaten/kota, tetapi tidak semua estimasi bisa mewakili kabupaten/kota, terutama kejadian-kejadian yang frekuensinya jarang. Kejadian yang jarang seperti ini hanya bisa mewakili tingkat provinsi .
- g. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan .
- h. Terbatasnya dana dan waktu realisasi pencairan anggaran yang tidak lancar, menyebabkan pelaksanaan Riskesdas tidak serentak

Tabel 2.8.1
Jumlah Blok Sensus (BS) Menurut Susenas 2007 dan Riskesdas 2007

Kabupaten / Kota	Jml BS-Susenas 2007	Jml BS-Riskesdas 2007	Jml BS Yang Tidak Ada
Pandeglang	48	48	--
Lebak	48	48	--
Tangerang	52	51	1
Serang	62	62	--
Kota Tangerang	42	42	--
Kota Cilegon	52	52	--
Banten	304	303	1

Tabel 2.8.2
Persentase *Respon Rate* Rumah Tangga Riskesdas terhadap Susenas
Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/ Susenas
	N	%	N	%	
Pandeglang	748	0,29	768	0,28	97,4
Lebak	746	0,29	768	0,28	97,1
Tangerang	869	0,34	992	0,36	87,6
Serang	824	0,32	832	0,30	99,0
Kota Tangerang	596	0,23	832	0,30	71,6
Kota Cilegon	648	0,25	672	0,24	96,4

Tabel 2.8.3
Persentase *Respon Rate* Individu Riskesdas Terhadap Susenas
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesd 2007

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/Susenas
	N	%	N	%	
Pandeglang	3.020	0,31	3.360	0,30	89,9
Lebak	3.003	0,31	3.219	0,28	93,3
Tangerang	2.748	0,28	4.132	0,36	66,5
Serang	3.484	0,36	3.775	0,33	92,3
Kota Tangerang	2.316	0,24	3.416	0,30	67,8
Kota Cilegon	2.705	0,28	2.946	0,26	91,8

Tabel 2.8.4
Prosentase Response Rate Balita Riskesdas Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/Susenas
	N	%	N	%	
Pandeglang	419	0,36	365	0,32	114,8
Lebak	376	0,32	324	0,29	116,0
Tangerang	335	0,29	373	0,33	89,8
Serang	383	0,33	348	0,31	110,1
Kota Tangerang	235	0,20	293	0,26	80,2
Kota Cilegon	287	0,25	259	0,23	110,8

Tabel 2.8.5
Persentase *Response Rate* Konsumsi Rumah Tangga Riskesdas Menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Riskesdas		Susenas		Riskesdas/ Susenas
	N	%	N	%	
Pandeglang	362	0,17	768	0,28	47,1
Lebak	149	0,07	768	0,28	19,4
Tangerang	613	0,28	992	0,36	61,8
Serang	770	0,36	832	0,30	92,5
Kota Tangerang	559	0,26	832	0,30	67,2
Kota Cilegon	610	0,28	672	0,24	90,8

Tabel 2.8.6
Prosentase Response Rate Konsumsi Garam Rumah Tangga menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Riskesdas		Susenas	
	N	%	N	Riskesdas/ Susenas
Pandeglang	743	0,29	768	0,28
Lebak	741	0,29	768	0,28
Tangerang	866	0,34	992	0,36
Serang	824	0,32	832	0,30
Kota Tangerang	595	0,23	832	0,30
Kota Cilegon	648	0,25	672	0,24

Persentase dan karakteristik responden Riskesdas berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, Tipe daerah dan tingkat pengeluaran per kapita di Provinsi Banten terlihat pada Tabel 2.8.7 dan Tabel 2.8.8.

Sebagian besar responden individu Riskesdas di Provinsi Banten bertempat tinggal di wilayah perkotaan (55,2%), perempuan (51,7%), dengan tingkat pendidikan terbanyak adalah tamat SD (29,0%), dan sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga (23,4%). Responden tersebar hampir merata di semua status ekonomi.

Tabel 2.8.7
Persentase Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jumlah	Persentase (%)
Pandeglang	1984	11,5
Lebak	2218	12,8
Tangerang	6376	36,9
Serang	3313	19,2
Kota Tangerang	2766	16,0
Kota Cilegon	618	3,6
Jumlah (%)	17276	100,0

Tabel 2.8.8
Karakteristik Demografi Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik responden	Jumlah	Persentase (%)
Kelompok Umur (tahun)		
<1	296	1,7
1-4	1367	7,9
5-14	3841	22,2
15-24	3054	17,7
25-34	2924	16,9
35-44	2568	14,9
45-54	1710	9,9
55-64	874	5,1
65-74	477	2,8
75+	162	0,9
Jenis Kelamin		
Laki-laki	8347	48,3
Perempuan	8928	51,7
Pendidikan		
Tidak sekolah	997	7,3
Tidak tamat SD	3202	23,4
Tamat SD	3973	29,0
Tamat SMP	2327	17,0
Tamat SMA	2548	18,6
Tamat PT	634	4,6
Pekerjaan		
Tidak kerja	1760	12,9
Sekolah	2497	18,3
Ibu rumah tangga	3206	23,4
Pegawai	1668	12,2
Wiraswasta	1492	10,9
Petani/nelayan/buruh	2706	19,8
Lainnya	348	2,5
Tipe daerah		
Perkotaan	9529	55,2
Perdesaan	7746	44,8
Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita		
Kuintil 1	3360	20,0
Kuintil 2	3363	20,0
Kuintil 3	3368	20,0
Kuintil 4	3361	20,0
Kuintil 5	3363	20,0

2.9 Hasil Pengolahan dan Analisis Data

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

memungkinkan penggunaan *two stage sampling design* seperti yang diimplementasikan di dalam Susenas 2007. Dengan penggunaan SPSS Complex Sample dalam pengolahan dan analisis data Riskesdas Provinsi Banten 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 2.8.2, dan tabel 2.8.3 perlu dilengkapi lagi dengan jumlah sampel setelah "*missing value*" dan "*outlier*" dikeluarkan dari analisis. Berikut ini rincian jumlah sampel yang dipergunakan untuk analisis data, terutama dari hasil pengukuran dan pemeriksaan dan kelompok umur.

- 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 ke atas.
- b. Hipertensi
Untuk analisis hasil pengukuran tekanan darah pada kelompok umur 18 tahun ke atas
- c. Pemeriksaan katarak
Untuk analisis pemeriksaan katarak adalah pada umur 30 tahun ke atas
- d. Pemeriksaan visus
Untuk analisis visus untuk umur 6 tahun ke atas
- e. Pemeriksaan Gigi
Analisis untuk umur 12 tahun ke atas
- f. Perilaku dan Disabilitas

BAB 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Gambaran Umum

3.1.1 Profil Provinsi Banten

Melalui UU No. 23 Tahun 2000 tentang status karesidenan Banten Provinsi Jawa Barat berubah menjadi Provinsi Banten. Provinsi Banten memiliki luas wilayah 8.800,83 km², dan terletak pada batas astronomis 105° 1'11" – 106° 7'12" BT dan 5° 7'50" – 7° 1'11" LS, mempunyai posisi strategis pada lintas perdagangan internasional dan nasional.

Temperatur di daerah pantai dan perbukitan berkisar antara 22° C dan 32° C, sedangkan di pegunungan dengan ketinggian antara 400 – 1.350 m dapat mencapai antara 19° C – 29° C. Wilayah yang berbatasan dengan Provinsi Banten adalah:

- Sebelah Utara berbatasan dengan Laut Jawa
- Sebelah Timur berbatasan dengan DKI Jakarta dan Provinsi Jawa Barat
- Sebelah Selatan berbatasan dengan samudra Indonesia
- Sebelah Barat berbatasan dengan Selat Sunda.



Gambar 1.3 : Peta Provinsi Banten

Provinsi Banten terdiri dari 6 wilayah yang terdiri dari 4 kabupaten serta 2 kota yang masing-masing mempunyai karakteristik sendiri, yaitu :

1. Kabupaten Lebak
2. Kabupaten Pandeglang
3. Kabupaten Serang
4. Kabupaten Tangerang
5. Kota Cilegon
6. Kota Tangerang

A. Kependudukan

Jumlah penduduk Banten tahun 2005 berjumlah 9.308.944 jiwa yang tersebar di enam wilayah kabupaten/kota (*BPS Provinsi Banten*). Perkembangan penduduk Banten dari tahun 1990 - 2005 terlihat dalam tabel di bawah ini :

Tabel 3.1.1.1
Perkembangan penduduk per kabupaten/kota di Provinsi Banten, tahun 1990 – 2005

Kabupaten / Kota	Distribusi Persentase(%)			Kepadatan PendudukPer Km ²		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Pandeglang	14.38	12.50	11.89	313	368	403
Lebak	14.64	12.72	12.24	305	360	398
Tangerang	30.88	34.35	35.72	1.660	2.505	2.994
Serang	20.86	20.41	20.05	722	959	1.083
Kota Tangerang	15.45	16.38	16.51	5.010	7.206	9.344
Kota Cilegon	3.79	3.64	3.59	1.288	1.681	1.903

Sumber: *Banten dalam angka Th. 2005*

Laju pertumbuhan penduduk Banten selama kurun waktu 2000 – 2005 rata-rata tumbuh sebesar 2,83%. Angka ini menunjukkan penurunan dibandingkan pertumbuhan antara tahun 1990 – 2000 yang rata-rata sebesar 3,21%. Apabila dilihat menurut kabupaten/kota menunjukkan penurunan, kecuali kabupaten Pandeglang dan Lebak yang terlihat meningkat.

Laju pertumbuhan penduduk yang relatif tinggi masih terlihat di kabupaten Tangerang dan Kota Tangerang dengan rata-rata laju pertumbuhan sebesar 3,63% dan 3,0%. Tingginya pertumbuhan penduduk di kedua daerah tersebut tidak terlepas dari potensi daerah yang bersangkutan yang telah tumbuh menjadi pusat kawasan pertumbuhan ekonomi sehingga menjadi daerah tujuan para pendatang (migran). Disamping itu, karena letaknya yang berbatasan langsung dengan Ibukota Negara (Jakarta) atau termasuk wilayah Jabotabek, maka daerah ini harus menampung pula penduduk yang aktivitas ekonomi dan kegiatan lainnya di wilayah DKI Jakarta.

B. Sosial Ekonomi

Sejak Provinsi Banten terbentuk (th. 2000) produksi padi Banten terus meningkat. Bahkan pada tahun 2004 produksinya naik secara signifikan yaitu 7,13% dibanding tahun sebelumnya. Kenaikan ini dipengaruhi oleh naiknya luas panen dan produktivitas masing-masing sebesar 4,795 dan 2,22%.

Sektor perkebunan mengusahakan komoditas tanaman karet, kelapa dan kelapa sawit. Pada tahun 2004 ketiga jenis tanaman perkebunan ini masing-masing mencatat produksi sebesar 7.323 ton (sheet) karet, 50.315 ton kopra, dan 37.970 ton (CPO) sawit. Ternak merupakan salah satu sumber bahan makanan protein hewani, berdasarkan data yang ada dari sejumlah ternak besar, kerbau merupakan jenis ternak yang terbanyak populasinya di Provinsi Banten, disamping itu .

di sektor perikanan tercatat produksi perikanan laut dan budidaya tambak.

Jumlah perusahaan di Kota dan Kabupaten Tangerang hampir mencapai separuh jumlah keseluruhan industri di Provinsi Banten, masing-masing 614 dan 748 perusahaan. Kegiatan ekspor dilakukan melalui pelabuhan Merak dan Cigading, pada tahun 2005 Provinsi Banten mengalami defisit devisa 5,39% dibandingkan tahun

sebelumnya. Hal ini diperkirakan karena adanya kegiatan ekspor melalui pelabuhan di luar Provinsi Banten.

Obyek wisata di Provinsi Banten sebanyak 119 buah terdiri dari wisata pantai, wisata tirta, wisata sejarah dan suaka alam. Pada tahun 2005 5 jumlah hotel tercatat 150 buah dengan tingkat hunian sebesar 57,92%.

C. Upaya Kesehatan

Distribusi Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar di Provinsi Banten masih belum merata, dan masih harus ditingkatkan. Sampai dengan bulan Juli 2006 jumlah Puskesmas di Provinsi Banten mencapai 180. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas, sejak tahun 2001 sejumlah Puskesmas telah ditingkatkan fungsinya menjadi Puskesmas perawatan. Puskesmas perawatan terutama di tempat yang jauh dari rumah sakit, di jalur jalan raya yang rawan kecelakaan.

Pertolongan persalinan dilakukan oleh tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan dan pembantu bidan). Pada tahun 2005 jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan untuk Kabupaten Tangerang 68%, kabupaten Pandeglang 54%, Kota Tangerang 99%, Kabupaten Serang 48%, Kabupaten Lebak 47% dan Kota Cilegon 91%. Ibu hamil yang mendapat tablet Fe di semua kabupaten/kota berkisar antara 43% – 80%, persentase terendah di Kabupaten Serang dan yang tertinggi di Kota Tangerang. Sedangkan keluarga miskin yang memanfaatkan kartu sehat dan mendapat pelayanan kesehatan berkisar antara 61,2% - 100%.

D.. Sumber Daya Kesehatan

Pada tahun 2005 jumlah tenaga medis dan paramedis meningkat dengan signifikan yaitu tenaga medis 2.478 orang, perawat/bidan 6.060 orang, farmasi 445 orang, gizi 203 orang, teknisi medis 460 orang, sanitasi 181 orang, dan Kesmas 202 orang. Tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan pada tahun 2004 berjumlah 6.762 orang, pada tahun 2005 meningkat menjadi 10.029 orang untuk Provinsi Banten.(3)

3.2. STATUS GIZI

3.2.1. Status Gizi Balita

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

a. Berdasarkan indikator BB/U :

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

b. Berdasarkan indikator TB/U:

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

c. Berdasarkan indikator BB/TB:

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

Perhitungan angka prevalensi :

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

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

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

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

a. Status gizi balita berdasarkan indikator BB/U

Tabel 3.2.1 menyajikan angka persentase 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 persentase gizi buruk atau gizi kurang mengindikasikan ada tidaknya masalah gizi pada balita tetapi tidak memberikan indikasi apakah masalah gizi tersebut bersifat kronis atau akut.

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

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Pandeglang	4,4	16,0	78,9	0,7
Lebak	4,9	9,2	81,5	4,3
Tangerang	2,6	10,3	82,8	4,2
Serang	7,3	16,4	75,0	1,3
Kota Tangerang	5,1	11,1	77,9	6,0
Kota Cilegon	5,4	12,0	80,0	2,6
Banten	4,4	12,2	79,9	3,4

*) BB/U = berat badan menurut umur

Secara umum, persentase gizi buruk dan kurang di provinsi Banten adalah 16,6% dan sudah mencapai target nasional program perbaikan gizi pada RPJM tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18,5%). Dari 6 kabupaten/kota ada 2 kabupaten yang belum mencapai target nasional dan MDGs 2015, yaitu Kabupaten Serang (23,7) dan Pandeglang (20,4%). Di Provinsi Banten masalah gizi lebih sudah perlu diperhatikan. Secara umum, persentase balita gizi lebih sebesar 3,4 %. Satu kabupaten/kota yang harus diwaspadai karena memiliki persentase gizi lebih melebihi prevalensi nasional (4,3%) adalah Kota Tangerang (6%).

b. Status gizi balita berdasarkan indikator TB/U

Tabel 3.2.1.2 menyajikan angka persentase balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator TB/U. Indikator TB/U menggambarkan status gizi yang sifatnya *kronis*, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena hygiene dan sanitasi yang kurang baik. Status pendek dan sangat pendek dalam diskusi selanjutnya digabung menjadi satu kategori dan disebut masalah pendek.

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

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Pandeglang	22,3	22,2	55,5
Lebak	18,1	13,0	68,9
Tangerang	21,1	18,1	60,8
Serang	25,4	20,1	54,4
Kota Tangerang	12,8	17,3	69,9
Kota Cilegon	20,6	16,6	62,8
Banten	20,6	18,3	61,0

*) TB/U = tinggi badan menurut umur

Secara umum masalah balita pendek di Provinsi Banten cukup tinggi. Persentase masalah pendek di Provinsi Banten adalah 38,9%. Angka tersebut berada di atas angka nasional (36,8%). Empat kabupaten/kota memiliki persentase masalah pendek pada balita di atas prevalensi nasional dan hanya 2 kabupaten/kota yang mempunyai persentase pendek pada balita yang sudah berada di bawah angka nasional, yaitu Kabupaten Lebak (31,1%) dan Kota Tangerang (30,1%).

c. Status gizi balita berdasarkan indikator BB/TB

Tabel 3.2.1.3 menyajikan angka persentase balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/TB.

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

Disamping mengindikasikan masalah gizi yang bersifat akut, indikator BB/TB juga dapat digunakan sebagai indikator kegemukan. Dalam hal ini berat badan anak melebihi Persentase normal terhadap tinggi badannya. Kegemukan ini dapat terjadi sebagai akibat dari pola makan yang kurang baik atau juga 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.

Dalam diskusi selanjutnya akan digunakan **masalah kekurusan** untuk gabungan kategori sangat kurus dan kurus. Besarnya masalah kekurusan pada balita yang masih merupakan masalah kesehatan masyarakat (**public health problem**) adalah jika

persentase kekurusannya: > 5%. Masalah kesehatan masyarakat sudah dianggap serius bila persentase kekurusannya antara 10,1% - 15,0% , dan dianggap kritis bila persentase kekurusannya sudah di atas 15,0%.

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

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Pandeglang	5,6	7,9	75,8	10,7
Lebak	10,9	7,0	68,9	13,2
Tangerang	6,3	5,5	68,4	19,9
Serang	3,6	8,2	75,8	12,4
Kota Tangerang	9,5	11,7	62,6	16,2
Kota Cilegon	5,4	9,4	67,9	17,3
Banten	6,6	7,5	70,3	15,6

*) BB/TB = berat badan menurut tinggi badan

Secara umum, persentase kekurusannya pada balita di Provinsi Banten adalah 14,1%, artinya masalah gizi di provinsi Banten sudah serius (berada diantara 10,1% - 15%). Semua balita di kabupaten/kota di Provinsi Banten berada pada keadaan serius menurut indikator status gizi BB/TB dengan persentase kekurusannya di atas 10%. Bahkan 2 kabupaten/kota (Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang) mengalami masalah balita kurus+sangat kurus yang kritis dengan persentasenya di atas 15%.

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, tipe daerah dan tingkat pengeluaran per kapita (sebagai variabel bebas), telah dilakukan tabulasi silang antar variabel bebas dan terikat tersebut.

Tabel 3.2.1.4. menyajikan hasil tabulasi silang antar status gizi BB/U balita dengan variabel-variabel karakteristik responden.

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

Karakteristik	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Kelompok umur (bulan)				
0 - 5	11,4	8,8	75,7	4,0
6 -11	2,4	11,3	84,8	1,4
12-23	5,4	9,0	81,4	4,2
24-35	4,9	14,7	77,9	2,5
36-47	6,7	13,3	75,4	4,5
48-60	2,0	13,0	81,8	3,3
Tipe daerah				
Perkotaan	3,9	11,2	81,2	3,7
Perdesaan	5,1	13,4	78,5	3,1
Jenis kelamin				
Laki-laki	5,3	12,3	78,1	4,3
Perempuan	3,6	12,2	81,7	2,6
Pendidikan KK				
Tidak tamat SD & Tidak sekolah	4,9	14,2	78,1	2,8
Tamat SD	4,8	12,5	80,9	1,8
Tamat SLTP	5,9	11,8	78,8	3,5
Tamat SLTA	4,2	10,8	78,6	6,4
Tamat PT	4,4	13,8	78,1	3,6
Pekerjaan KK				
Tidak kerja/sekolah/ibu RT	3,4	20,6	75,3	0,7
TNI/Polri/PNS/BUMN	2,2	14,6	73,5	9,7
Pegawai Swasta	2,8	8,4	84,5	4,3
Wiraswasta/dagang/jasa	5,0	12,5	78,3	4,2
Petani/nelayan	5,1	14,3	78,3	2,3
Buruh & lainnya	6,4	11,9	79,3	2,5
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	6,4	16,4	73,5	3,8
Kuintil 2	3,5	11,7	83,4	1,4
Kuintil 3	7,1	9,5	79,5	3,9
Kuintil 4	1,0	16,0	80,2	2,9
Kuintil 5	3,8	7,3	83,4	5,5

*) BB/U = berat badan menurut umur

Dapat dilihat bahwa ada kecenderungan arah yang mengaitkan antara status gizi BB/U dengan karakteristik responden yaitu:

- Berdasar kelompok umur, maka terlihat bahwa persentase balita ***gizi buruk dan gizi kurang*** di Provinsi Banten tinggi pada kelompok umur di bawah 5 bulan dan cenderung menurun pada kelompok umur 6 sampai 35 bulan, namun meningkat pada kelompok umur 36 - 47 bulan dan menurun kembali pada kelompok umur di atas 48 bulan.
- Menurut Tipe daerah, di perdesaan jumlah balita yang ***gizi buruk dan gizi kurang*** lebih banyak daripada di perkotaan, sebaliknya di perkotaan jumlah balita yang gizi lebih lebih banyak daripada di pedesaan.

- Menurut jenis kelamin masalah ***gizi buruk dan gizi kurang*** maupun status gizi lebih pada balita laki-laki sedikit lebih tinggi dibandingkan pada balita perempuan.
- Berdasarkan tingkat pendidikan kepala keluarga (KK) hampir tidak terlihat adanya perbedaan dengan persentase balita ***gizi buruk dan gizi kurang***. Demikian juga halnya dengan persentase status gizi lebih, tampaknya tingkat pendidikan KK tidak terlalu berpengaruh, kecuali pada tingkat pendidikan tamat SLTA, terlihat persentase balita dengan gizi lebih dua lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat pendidikan lainnya.
- Pada keluarga dengan KK memiliki pekerjaan tetap seperti TNI/Polri/PNS/BUMN dan terutama pegawai swasta, ditemukan lebih banyak balita yang memiliki status gizi baik dibanding dengan jenis pekerjaan lainnya.
- Meskipun tidak terlalu konsisten, dilihat dari tingkat pengeluaran per kapita per bulan, maka jumlah balita yang ***gizi buruk dan gizi kurang*** cenderung menurun seiring dengan meningkatnya pendapatan keluarga atau dengan kata lain semakin tinggi kuintil pendapatan keluarga semakin berkurang jumlah balita yang ***gizi buruk dan gizi kurang***.
- Demikian pula, status ekonomi tidak konsisten mempengaruhi jumlah balita berstatus gizi lebih. Namun, pada tingkat status ekonomi keluarga tertinggi (kuintil 5), terlihat persentase balita yang berstatus gizi lebih adalah yang tertinggi.

Tabel 3.2.1.5 menyajikan hasil tabulasi silang antara status gizi TB/U dengan karakteristik responden.

Status gizi TB/U balita menurut karakteristik responden:

- Prevalensi masalah pendek pada balita cenderung menurun seiring bertambahnya umur balita. Prevalensi masalah pendek pada balita tertinggi pada umur 6 – 11 bulan yaitu 52,6%.
- Berdasarkan jenis kelamin, terlihat persentase masalah pendek pada balita hampir tidak berbeda antara balita laki-laki dengan balita perempuan.
- Ditinjau dari segi pendidikan KK, terlihat kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan KK semakin rendah persentase masalah pendek pada balita.
- Menurut pekerjaan utama KK jelas terlihat bahwa pada keluarga yang kepala keluarganya memiliki pekerjaan berpenghasilan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN) persentase masalah pendek pada balita lebih rendah dibandingkan dengan keluarga yang KK nya memiliki pekerjaan lainnya yang umumnya berpenghasilan tidak tetap
- Berdasarkan tipe daerah, persentase masalah pendek pada balita yang tinggal di perkotaan lebih rendah dari balita yang tinggal di perdesaan.
- Kaitan antara tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan dengan masalah pendek pada balita, terlihat memiliki kecenderungan yang negatif. Dengan kata lain semakin tinggi tingkat pengeluaran keluarga per kapita per bulan persentase masalah pendek pada balita cenderung semakin rendah.

Tabel 3.2.1.5
Prevalensi Balita menurut Status Gizi TB/U dan Karakteristik Responden
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat Pendek	Pendek	Normal
Kelompok umur (bulan)			
0 - 5	22,1	20,5	57,4
6 -11	36,7	15,9	47,4
12-23	21,0	16,9	62,1
24-35	22,5	20,7	56,8
36-47	20,6	20,0	59,4
48-60	16,5	17,4	66,1
Tipe daerah			
Perkotaan	17,8	18,3	63,9
Perdesaan	24,0	18,3	57,7
Jenis kelamin			
Laki-laki	21,1	18,1	60,8
Perempuan	20,2	18,6	61,2
Pendidikan KK			
Tidak tamat SD & Tidak Sekolah	22,6	18,9	58,5
Tamat SD	21,3	17,4	61,3
Tamat SLTP	17,0	21,2	61,8
Tamat SLTA	20,3	15,6	64,2
Tamat PT	18,1	11,0	70,9
Pekerjaan KK			
Tidak kerja/sekolah/ibu rumah tangga	16,2	14,2	69,6
TNI/Polri/PNS/BUMN	15,0	12,8	72,1
Pegawai Swasta	20,7	22,9	56,4
Wiraswasta/dagang/jasa	20,1	17,8	62,1
Petani/nelayan	23,5	17,3	59,2
Buruh & lainnya	21,2	16,3	62,5
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan			
Kuintil 1	24,4	15,5	60,1
Kuintil 2	23,3	19,4	57,3
Kuintil 3	19,5	22,1	58,4
Kuintil 4	18,8	17,0	64,2
Kuintil 5	15,8	17,2	67,0

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

- Prevalensi kekurusan pada balita tertinggi pada kelompok umur 0 – 5 bulan (20,5%), jauh menurun pada balita kelompok umur 6 -11 bulan (8,8%), namun kembali meningkat pada kelompok umur 12 – 23 bulan (19,2%). Selanjutnya prevalensi kekurusan pada balita cenderung menurun kembali dengan bertambahnya umur anak. Hal yang sama juga ditemukan pada prevalensi balita gemuk yang juga cenderung semakin menurun dengan bertambahnya umur anak. Keadaan demikian menarik untuk diteliti lebih lanjut untuk mengetahui kenapa masalah yang berlawanan (kurus vs gemuk) dapat memiliki kecenderungan yang sama seiring dengan bertambahnya umur.

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

Karakteristik	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Kelompok umur (bulan)				
0 - 5	14,5	6,0	61,0	18,5
6 -11	3,8	5,0	63,4	27,8
12-23	8,8	10,4	65,8	14,9
24-35	8,4	8,5	68,7	14,4
36-47	6,5	6,2	75,2	12,1
48-60	4,0	7,0	73,9	15,1
Tipe daerah				
Perkotaan	6,9	7,3	68,8	16,9
Perdesaan	6,2	7,7	72,0	14,2
Jenis Kelamin				
Laki-laki	7,1	7,7	67,5	17,6
Perempuan	6,0	7,2	73,0	13,7
Pendidikan KK				
Tidak tamat SD & Tidak Sekolah	7,9	8,8	68,3	15,0
Tamat SD	6,5	8,5	71,6	13,4
Tamat SLTP	9,0	7,2	65,5	18,3
Tamat SLTA	5,5	7,3	72,7	14,5
Tamat PT	6,2	6,0	70,6	17,2
Pekerjaan KK				
Tidak kerja/sekolah/ibu RT	10,4	7,2	73,1	9,3
TNI/Polri/PNS/BUMN	4,2	3,4	71,5	20,9
Pegawai Swasta	6,5	6,4	71,7	15,4
Wiraswasta/dagang/jasa	5,5	10,8	70,2	13,5
Petani/nelayan	7,0	8,5	67,7	16,8
Buruh & lainnya	8,3	7,2	69,0	15,6
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	8,4	9,2	66,2	16,2
Kuintil 2	6,7	6,4	70,1	16,8
Kuintil 3	6,0	9,7	72,0	12,3
Kuintil 4	6,2	6,4	69,5	17,8
Kuintil 5	5,1	5,3	74,5	15,1

- Tidak terlihat perbedaan persentase kekurusan pada balita yang berarti antara balita laki-laki dan balita perempuan. Namun balita laki-laki yang gemuk, cenderung lebih banyak daripada balita perempuan.
- Tidak ditemukan pola hubungan yang jelas antara tingkat pendidikan KK dengan persentase kekurusan pada balita. Demikian pula halnya antara pekerjaan utama KK
- Tidak ditemukan perbedaan persentase kekurusan pada balita yang berarti berdasarkan karakteristik tipe daerah, tetapi dalam hal masalah balita gemuk di daerah perkotaan cenderung lebih tinggi dari di daerah perdesaan.

- Dalam kaitannya dengan kuintil pengeluaran keluarga per kapita per bulan tidak terlihat hubungan yang jelas dengan persentase kekurusan pada balita maupun dengan persentase balita gemuk.

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 (pendek), BB/TB (kekurusan). Indikator TB/U memberikan gambaran masalah gizi yang sifatnya kronis dan BB/TB memberikan gambaran masalah gizi yang sifatnya akut.

Tabel 3.2.1.7
Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	BB/U Bur-Kur	TB/U: Kronis (Kependekan)	BB/TB: Akut (Kekurusan)	Akut *	Kronis**
Pandeglang	20,4	44,5	13,5	√	√
Lebak	14,1	31,1	27,9	√	
Tangerang	12,9	49,2	11,8	√	√
Serang	23,7	45,6	11,6	√	√
Kota Tangerang	16,2	30,1	21,2	√	
Kota Cilegon	17,4	37,2	14,8	√	√
Banten	16,6	38,9	14,1	6	4

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

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

Keenam kabupaten/kota masih menghadapi permasalahan gizi akut dan 4 kabupaten/kota menghadapi permasalahan gizi akut dan kronis. Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang masalah gizi kronisnya lebih kecil dari angka nasional namun masalah gizi akutnya tinggi.

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

Status gizi penduduk umur 6-14 tahun dapat dinilai berdasarkan IMT yang dibedakan menurut umur dan jenis kelamin. Sebagai rujukan untuk menentukan kurus, apabila nilai IMT kurang dari 2 standar deviasi (SD) dari nilai rerata, dan berat badan (BB) lebih jika nilai IMT lebih dari 2 SD nilai rerata standar WHO 2007 (Tabel 3.2.2.1).

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

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

Berdasarkan standar WHO di atas, di Provinsi Banten prevalensi kurus adalah 15,9% pada laki-laki dan 14,3% pada perempuan. Sedangkan prevalensi BB lebih pada laki-laki 9,1% dan perempuan 6,1%. (Tabel 3.2.2.2)

Tabel 3.2.2.2
Prevalensi Kekurusan dan BB Lebih Anak Umur 6-14 tahun menurut Jenis Kelamin di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Pandeglang	14,8	5,4	11,5	3,6
Lebak	16,5	12,2	17,8	5,1
Tangerang	19,0	9,3	17,4	7,6
Serang	15,1	3,5	14,6	3,2
Kota Tangerang	11,9	17,4	7,0	11,3
Kota Cilegon	10,5	7,2	10,4	3,9
Banten	15,9	9,1	14,3	6,1

Prevalensi anak kurus tertinggi adalah Kabupaten Tangerang , baik pada anak laki-laki (19,0%) maupun pada anak perempuan (17,4%). Prevalensi anak kurus terendah adalah Kota Cilegon 10,5% pada anak laki-laki dan 7,0% pada anak perempuan di Kota Tangerang. Sedangkan untuk prevalensi BB lebih tertinggi terjadi di Kota Tangerang pada anak laki-laki (17,4%) dan pada anak perempuan (11,3%).

Tabel 3.2.2.3 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi anak usia 6-14 tahun menurut IMT dengan karakteristik responden: tipe daerah dan tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga. Dari tabel ini terlihat bahwa:

- Prevalensi anak kurus baik pada laki-laki dan perempuan cenderung sama di perdesaan dan perkotaan; sebaliknya prevalensi anak dengan BB lebih banyak terjadi di perkotaan
- Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga, prevalensi kurus cenderung tidak berbeda , namun prevalensi BB lebih cenderung lebih tinggi di perkotaan

Tabel 3.2.2.3
Prevalensi Kurus dan BB Lebih Anak Usia 6-14 tahun menurut Karakteristik Responden, Riskesdas2007

Karakteristik	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Tipe Daerah				
Perkotaan	16,5	10,3	13,6	7,1
Perdesaan	15,3	7,9	15,1	5,1
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	16,4	8,5	16,9	4,0
Kuintil 2	13,4	8,0	15,8	5,9
Kuintil 3	22,9	5,7	11,4	3,0
Kuintil 4	13,6	11,3	16,0	9,7
Kuintil 5	11,6	13,7	9,7	9,0

3.2.3 Status Gizi Penduduk Umur 15 Tahun Ke Atas

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabel 3.2.3.1
Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun ke Atas) menurut
Indeks Massa Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB lebih	Obese
Pandeglang	20,1	69,7	4,3	5,8
Lebak	17,6	72,4	6,2	3,9
Tangerang	17,7	64,5	8,9	8,9
Serang	20,1	65,0	7,6	7,4
Kota Tangerang	10,9	67,3	9,6	12,2
Kota Cilegon	18,3	60,9	9,1	11,7
Banten	17,2	66,4	8,1	8,5

Kurus : IMT <18.5; Normal: IMT 18.5 – 24.9; BB lebih: IMT : 25,0 – 27,0; Obese: IMT >=27,0

Masalah kegemukan (berat badan lebih + obese) pada orang dewasa di Provinsi Banten sudah terlihat tinggi dengan persentase 16,3%. Namun, hanya dua kota di Provinsi Banten (Kota Tangerang dan Cilegon) yang memiliki persentase kegemukan pada orang dewasa di atas 20%, demikian juga dengan masalah obese (di atas 10%). Sedangkan empat kabupaten lainnya memiliki persentase obese pada orang dewasa di bawah 10%, dan persentase kegemukan di bawah 20%.

Prevalensi obesitas umum menurut jenis kelamin disajikan pada Tabel 3.2.3.2

Tabel 3.2.3.2

Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun ke Atas) menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Prevalensi obesitas umum (%)		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki dan Perempuan
Pandeglang	3,9	16,0	10,1
Lebak	6,2	14,0	10,1
Tangerang	12,4	22,1	17,8
Serang	10,5	19,3	15,0
Kota Tangerang	14,5	28,7	21,8
Kota Cilegon	14,9	26,7	20,8
Banten	10,4	21,1	16,3

Di Provinsi Banten prevalensi kegemukan penduduk perempuan usia di atas 15 tahun dua kali lebih tinggi (21,1%) dibandingkan pada penduduk laki-laki (10,4%). Demikian juga halnya dengan masalah obese. Prevalensi tertinggi untuk masalah kegemukan dan obese adalah pada penduduk di Kota Tangerang dan Cilegon.

Tabel 3.2.3.3 menyajikan hasil tabulasi silang status gizi penduduk dewasa menurut IMT dengan beberapa variabel karakteristik responden.

Tabel 3.2.3.3

Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun ke Atas) menurut Indeks Massa Tubuh dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Indeks Masa Tubuh			
	Kurus	Normal	BB lebih	Obese
Pendidikan				
Tidak sekolah	25,2	62,2	6,5	6,0
Tidak tamat SD	17,1	66,4	8,8	7,7
Tamat SD	16,7	67,5	7,5	8,3
Tamat SMP	19,3	66,3	7,2	7,3
Tamat SMA	15,2	66,3	8,7	9,8
Tamat PT	9,2	69,0	9,4	12,4
Pekerjaan				
Tidak kerja	28,6	63,4	3,9	4,1
Sekolah	35,7	60,9	2,1	1,3
Ibu RT	12,2	60,6	12,8	14,4
Pegawai	11,8	70,8	8,7	8,7
Wiraswasta	12,4	65,4	10,4	11,7
Petani/nelayan/buruh	16,9	74,5	4,9	3,7
Lainnya	19,2	68,5	4,5	7,8
Tipe daerah				
Perkotaan	15,9	64,8	9,1	10,3
Perdesaan	19,0	68,7	6,6	5,8
Tingkat pengeluaran perkapita per bulan				
Kuintil 1	20,1	67,7	6,0	6,3
Kuintil 2	18,4	68,0	8,2	5,4
Kuintil 3	18,3	64,8	8,6	8,3
Kuintil 4	15,1	67,5	8,0	9,4
Kuintil 5	14,6	64,5	8,9	12,0

Kurus : IMT <18.5; Normal: IMT 18.5 – 24.9; BB lebih: IMT : 25,0 – 27,0; Obese: IMT >=27,0

Dari tabel 3.2.3.3 terlihat bahwa:

- Semakin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas umum.
- Prevalensi kurus lebih tinggi pada anak sekolah dan tidak bekerja dibanding jenis pekerjaan lain
- Prevalensi obesitas umum lebih tinggi di daerah perkotaan dibanding daerah perdesaan
- Semakin tinggi pendapatan rumahtangga per kapita per bulan cenderung semakin tinggi prevalensi obesitas umum, dan

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 provinsi, 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 80 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral (WHO Asia-Pasifik, 2005).

Prevalensi obesitas sentral untuk tingkat nasional adalah 18,8%. Dari 6 kabupaten/kota , 4 di antaranya memiliki prevalensi obesitas sentral di atas angka prevalensi nasional (Tabel 3.2.3.4).

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

Kabupaten/Kota	Obesitas Sentral (LP;L>90, P>80) *
Pandeglang	10,1
Lebak	17,0
Tangerang	22,4
Serang	16,3
Kota Tangerang	22,4
Kota Cilegon	21,4
Banten	19,2

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

Seperti halnya masalah kegemukan, obesitas sentral merupakan faktor risiko untuk berbagai masalah kesehatan, antara lain risiko penyakit kardiovaskuler dan diabetes mellitus tipe-2. Prevalensi obesitas sentral di Provinsi Banten rata-rata adalah 19,2%. Obesitas sentral di atas rerata Provinsi Banten adalah pada di Kabupaten Tangerang (22,4), Kota Tangerang (22,4%) dan Cilegon (21,4%) .

Secara umum obesitas memang lebih banyak dijumpai pada perempuan dibandingkan pada laki-laki, disebabkan metabolisme pada kaum perempuan umumnya lebih rendah, apalagi pada pasca menopause.

Tabel 3.2.3.5 menunjukkan bahwa prevalensi obesitas sentral paling tinggi pada kelompok usia 35 tahun sampai dengan 55 tahun, dan prevalensi jauh lebih tinggi pada kaum perempuan (28,3%) dibandingkan pada laki-laki (9,2%).

Tabel 3.2.3.5
Prevalensi Obesitas Sentral Penduduk Dewasa (15 Tahun ke Atas) menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Obesitas Sentral (LP;L>90, P>80) *
Kelompok umur (tahun)	
15-24	9,4
25-34	18,1
35-44	26,1
45-54	26,6
55-64	22,1
65-74	19,6
75+	22,6
Jenis kelamin	
Laki-laki	9,2
Perempuan	28,3
Pendidikan	
Tidak sekolah	20,1
Tidak tamat SD	21,3
Tamat SD	18,9
Tamat SMP	16,3
Tamat SMA	18,9
Tamat PT	25,0
Pekerjaan	
Tidak kerja	11,1
Sekolah	7,1
Ibu Rumah Tangga	34,9
Pegawai	15,7
Wiraswasta	19,9
Petani/nelayan/buruh	11,5
Lainnya	14,3
Tipe daerah	
Perkotaan	22,0
Perdesaan	15,7
Tingkat pengeluaran perkapita perbulan	
Kuintil 1	16,5
Kuintil 2	17,3
Kuintil 3	18,7
Kuintil 4	19,4
Kuintil 5	23,3

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

Berdasarkan tingkat pendidikan, prevalensi obesitas sentral hampir tidak berbeda pada setiap jenjang pendidikan (sekitar 16,3-25,0%), kecuali pada tingkat pendidikan tertinggi (tamam PT) prevalensi obesitas sentral relatif sangat tinggi (25,0%).

Tampak gambaran yang konsisten, prevalensi tertinggi obesitas sentral adalah pada ibu rumah tangga (34,9%), yang adalah kaum perempuan dan umumnya kurang aktivitas

fisik serta kemungkinan memiliki perilaku konsumsi makan yang salah. Prevalensi obesitas sentral juga relatif tinggi pada jenis pekerjaan wiraswasta (19,9%), dan lebih banyak ditemukan di perkotaan dibandingkan di perdesaan.

Ditinjau dari besarnya pengeluaran per kapita per bulan, terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran keluarga semakin tinggi pula prevalensi obesitas sentral.

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

Tabel 3.2.3.6 dan Tabel 3.2.3.7 menyajikan gambaran masalah gizi pada WUS yang diukur dengan LILA. Hasil pengukuran LILA ini digunakan untuk menentukan 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 kabupaten/kota dengan prevalensi risiko KEK di atas angka rerata provinsi (12,6%) adalah Lebak (16,9%). Serang (14,0%), dan Pandeglang (13,8%).

Tabel 3.2.3.6
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Risiko KEK* (%)
Pandeglang	13,8
Lebak	16,9
Tangerang	12,3
Serang	14,0
Kota Tangerang	8,5
Kota Cilegon	12,1
Banten	12,6

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

Kecenderungan risiko KEK berdasarkan tabulasi silang antara prevalensi Risiko KEK dengan karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 3.2.3.7, adalah:

- Berdasarkan tingkat pendidikan, gambaran kabupaten/kota menunjukkan pada tingkat pendidikan terendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD), risiko KEK cenderung sama dibanding tingkat pendidikan tertinggi (tamat PT).
- Berdasarkan tipe tempat tinggal, prevalensi risiko KEK lebih tinggi di daerah perdesaan dibanding perkotaan.
- Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita menunjukkan hubungan negatif antara tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita dengan risiko KEK. Semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan cenderung semakin rendah risiko KEK.

Tabel 3.2.3.7
Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	KEK
Pendidikan	
Tidak Sekolah & Tidak Tamat SD	14,1
Tamat SD	12,1
Tamat SMP	13,0
Tamat SMA	10,6
Tamat PT	15,9
Tipe daerah	
Perkotaan	11,1
Perdesaan	14,7
Tingkat pengeluaran perkapita perbulan	
Kuintil 1	14,8
Kuintil 2	13,3
Kuintil 3	12,1
Kuintil 4	13,2
Kuintil 5	10,0

3.2.4 Konsumsi Energi Dan Protein

Konsumsi energi dan protein tingkat rumah tangga pada Riskesdas 2007 diperoleh berdasarkan jawaban responden untuk makanan yang di konsumsi anggota rumah tangga (ART) dalam waktu 1 x 24 jam yang lalu. Responden adalah ibu rumah tangga atau anggota rumah tangga lain yang biasanya menyiapkan makanan di rumah tangga (RT) tersebut. 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 rumahtangga 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 dan Tabel 3.2.4.3 merupakan data prevalensi RT dengan konsumsi "energi rendah" dan konsumsi "protein rendah". Prevalensi RT yang mengkonsumsi energi dan protein di atas rerata konsumsi energi dan protein tidak disajikan.

Data nasional menunjukkan bahwa rerata konsumsi per kapita per hari penduduk Indonesia 1735,5 kkal untuk energi dan 55,5 gram untuk protein.

Tabel 3.2.4.1 menunjukkan bahwa rerata konsumsi per kapita per hari penduduk di Provinsi Banten adalah 1371,5 kkal untuk energi dan 51,6 gram untuk protein. Kabupaten/kota dengan angka konsumsi energi dan protein terendah adalah Pandeglang (979,6 kkal dan 40,5 gram), sedangkan yang tertinggi adalah Lebak (1829,1 kkal dan 58,7 gram).

Tabel 3.2.4.1
Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Energi		Protein	
	Rerata	SD	Rerata	SD
Pandeglang	979,6	367,8	40,5	21,8
Lebak	1829,1	620,7	58,7	24,4
Tangerang	1091,8	468,3	49,4	26,0
Serang	1742,8	674,8	55,8	24,2
Kota Tangerang	1446,8	495,0	51,9	21,4
Kota Cilegon	1544,7	542,4	58,1	25,7
Banten	1371,5	618,2	51,6	24,9

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

Kabupaten/Kota	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Pandeglang	95,7	81,0
Lebak	47,6	52,3
Tangerang	91,7	67,6
Serang	56,2	56,3
Kota Tangerang	77,8	64,5
Kota Cilegon	69,5	54,3
Banten	76,8	64,0

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

Tabel 3.2.4.2 memperlihatkan prevalensi RT dengan konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah” yang berarti di bawah angka rerata nasional. Di Provinsi Banten prevalensi RT dengan konsumsi “energi rendah” adalah 76,8 % dan konsumsi “protein rendah” sebesar 64,0 %. Prevalensi konsumsi “energi rendah” dan “protein rendah” di atas angka provinsi adalah di Kabupaten Pandeglang dan Tangerang .

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

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

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
Tipe Daerah		
Perkotaan	82,4	64,1
Perdesaan	69,6	63,9
Tingkat pengeluaran perkapita perbulan		
Kuintil 1	79,6	73,9
Kuintil 2	79,1	69,6
Kuintil 3	78,4	64,8
Kuintil 4	75,5	60,6
Kuintil 5	71,2	51,5

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

3.2.5 Konsumsi Garam Beriodium

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

Tabel 3.2.5.1
Persentase Rumah Tangga yang Mengonsumsi Garam Mengandung Cukup Iodium menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RT Mengonsumsi Garam Cukup Iodium (%)
Pandeglang	29,6
Lebak	31,1
Tangerang	60,9
Serang	34,7
Kota Tangerang	50,9
Kota Cilegon	39,6
Banten	46,4

Pada penulisan laporan ini yang disajikan hanya yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3). Tabel 3.2.5.1 memperlihatkan persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup iodium (≥ 30 ppm KIO_3) menurut kabupaten/kota. Di Provinsi Banten, baru sebanyak 46,4 % RT 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.

Kabupaten Tangerang dan Kota Tangerang merupakan kabupaten/kota yang telah mencapai angka diatas rerata Provinsi Banten.

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

Karakteristik	Rumah tangga mempunyai garam cukup iodium (%)
Tipe daerah	
Perkotaan	56,1
Perdesaan	34,3
Pendidikan Kepala Keluarga	
Tidak tamat SD & tidak sekolah	32,0
Tamat SD	41,1
Tamat SLTP	50,4
Tamat SMA	62,4
Tamat PT	71,2
Pekerjaan Kepala Keluarga	
Tidak kerja/ Sekolah/Ibu rumah tangga	42,2
TNI/Polri/PNS/BUMN	66,0
Pegawai Swasta	61,8
Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan Jasa	53,2
Petani/Nelayan	29,4
Buruh/Lainnya	39,9
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	35,1
Kuintil 2	45,2
Kuintil 3	41,9
Kuintil 4	51,1
Kuintil 5	58,1

Kandungan Iodium garam semi kuantitatif:

Cukup : kandungan iodat > 30 ppm

Persentase rumah tangga yang mengkonsumsi garam cukup iodium lebih tinggi pada penduduk yang tinggal di perkotaan dibandingkan di perdesaan, dan pada rumah tangga dengan kepala keluarga yang berprofesi sebagai TNI/Polri/PNS/BUMN serta pegawai swasta. Persentase ini juga lebih tinggi dengan semakin tingginya tingkat pendidikan kepala keluarga dan tingkat pengeluaran per kapita.

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.

Secara umum, cakupan imunisasi dasar (BCG, Polio 3, DPT 3, Hepatitis B 3 dan Campak) di Provinsi Banten masih rendah dan di bawah target nasional. Kabupaten Lebak adalah daerah dengan cakupan imunisasi dasar yang terendah di Provinsi Banten. Untuk imunisasi

BCG terendah di kabupaten Lebak (47,1%) dan tertinggi di kabupaten kota Tangerang (89,7%).

Tabel 3.3.1.1
Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Pandeglang	70,3	55,4	33,8	29,8	61,8
Lebak	47,1	49,2	37,5	24,1	56,9
Tangerang	84,9	62,1	55,2	50,6	76,6
Serang	61,9	58,6	32,3	29,7	62,8
Kota Tangerang	89,7	72,2	58,1	54,3	73,2
Kota Cilegon	84,7	73,3	60,5	65,5	75,4
Banten	75,5	62,0	47,2	43,3	69,9

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

* Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi Banten untuk BCG 76,5%, polio3 59,0%, DPT3 48,3%, HB3 49,7%, campak 62,5%

Imunisasi dasar dianjurkan telah diberikan pada bayi dan anak sedini mungkin (0 sampai 11 bulan). Namun, data di atas jelas menunjukkan cakupan imunisasi dasar yang masih sangat rendah (di bawah 50%) untuk kelompok umur tersebut (0 – 11 bulan) (Tabel 3.3.1.2).

Tidak ada perbedaan antara anak laki-laki dan perempuan dalam besarnya cakupan imunisasi.

Cakupan imunisasi lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan perdesaan. Tingkat pendidikan berpengaruh dengan besarnya cakupan imunisasi, yakni semakin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga, semakin tinggi pula cakupan imunisasi. Demikian pula halnya dengan status ekonomi kepala keluarga, semakin tinggi status ekonomi berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita (kuintil), cakupan imunisasi pada anak balita semakin meningkat.

Pada keluarga dengan KK yang memiliki jenis pekerjaan berpenghasilan tetap seperti pegawai (TNI/Polri/PNS/BUMN/Swasta), cakupan imunisasi anak balita lebih tinggi

Tabel 3.3.1.2
Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Kelompok umur (bulan)					
0 – 5	49,6	19,0	6,1	9,3	12,7
6 – 11	75,3	47,6	37,7	37,8	28,1
12 -23	76,5	59,0	48,3	49,7	62,5
24 - 35	70,4	61,8	48,3	39,7	66,7
36 - 47	70,0	64,6	41,4	37,4	70,1
48 -59	74,6	60,5	45,0	43,2	71,8
Jenis kelamin					
Laki-laki	73,0	60,9	46,6	42,6	69,9
Perempuan	71,3	60,7	43,0	40,6	64,6
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	53,8	50,0	34,0	26,8	58,3
Tidak tamat SD	59,0	51,3	29,9	26,6	54,7
Tamat SD	64,7	53,2	36,1	31,3	59,7
Tamat SMP	77,6	65,5	46,3	41,5	69,8
Tamat SMA	85,7	71,8	64,8	63,2	82,7
Tamat PT	93,7	85,7	68,8	66,7	90,3
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	72,1	48,9	40,5	40,5	76,7
Ibu Rumah Tangga	63,2	45,0	11,1	18,8	72,2
Pegawai	82,0	71,4	60,4	61,2	78,7
Wiraswasta/swasta	83,8	69,8	57,1	54,4	74,9
Petani/buruh/nelayan	59,5	53,2	34,7	29,2	57,7
Lainnya	67,6	54,1	37,1	26,5	67,7
Tipe daerah					
Perkotaan	84,0	72,6	57,3	56,7	75,0
Perdesaan	84,0	50,4	31,9	25,6	59,4
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	63,0	54,4	33,7	29,9	63,6
Kuintil 2	69,5	60,2	45,7	40,2	63,2
Kuintil 3	70,3	53,8	40,3	39,8	60,6
Kuintil 4	80,7	68,1	52,8	47,9	73,1
Kuintil 5	79,3	70,7	52,8	52,4	78,7

Di Provinsi Banten rata-rata cakupan imunisasi lengkap pada anak balita masih sangat rendah (27,5%), yang tertinggi adalah di Kota Cilegon (44,9%) dan terendah di Kabupaten Lebak (11,0%). Keadaan ini patut mendapatkan perhatian dari Dinas Kesehatan setempat (Tabel 3.3.1.3).

Tabel 3.3.1.3
Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Imunisasi dasar		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama sekali
Pandeglang	19,2	63,3	17,5
Lebak	11,0	65,2	23,8
Tangerang	32,3	61,3	6,5
Serang	19,9	62,4	17,7
Kota Tangerang	40,0	55,0	5,0
Kota Cilegon	44,9	48,3	6,7
Banten	27,5	60,8	11,6

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 Banten untuk lengkap 30,6%, tidak lengkap 57,6% dan tidak sama sekali 11,8%.

Tingkat pendidikan berpengaruh pada pemberian imunisasi lengkap, semakin tinggi tingkat pendidikan Kepala Keluarga, cakupan imunisasi lengkap makin meningkat. Demikian pula dengan tingkat pengeluaran per kapita, semakin besar pengeluaran per kapita, persentase cakupan imunisasi lengkap semakin besar.

Pada jenis pekerjaan Kepala Rumah Tangga dengan penghasilan tetap (TNI/Polri/PNS/BUMN/Swasta), cakupan imunisasi lengkap paling tinggi. Di perkotaan persentase anak balita yang mendapat imunisasi lengkap lebih besar dibandingkan di pedesaan (Tabel 3.3.1.4).

Tabel 3.3.1.4
Persentase Anak Balita Umur 12 – 59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Lengkap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Imunisasi dasar		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama sekali
Jenis kelamin			
Laki-laki	26,7	60,7	12,6
Perempuan	25,6	59,2	15,2
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	16,9	59,3	23,7
Tidak tamat SD	15,3	62,8	21,9
Tamat SD	18,1	63,3	18,6
Tamat SMP	22,6	69,2	8,2
Tamat SMA	47,0	47,4	5,6
Tamat PT	47,7	52,3	0,0
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	21,7	67,4	10,9
Ibu Rumah Tangga	4,8	81,0	14,3
Pegawai	45,1	47,1	7,8
Wiraswas/swasta	37,6	53,3	9,1
Petani/buruh/nelayan	16,2	64,8	19,0
Lainnya	17,9	61,5	20,5
Tipe daerah			
Perkotaan	39,9	51,9	8,2
Perdesaan	14,3	66,9	18,8
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	17,2	64,1	18,8
Kuintil 2	24,7	60,8	14,6
Kuintil 3	22,4	61,8	15,7
Kuintil 4	32,9	59,0	8,1
Kuintil 5	37,6	51,9	10,6

3.3.2. Pemantauan Pertumbuhan Balita

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

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

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

Kabupaten/Kota	Frekuensi penimbangan		
	≥ 4 kali	1-3 kali	Tidak pernah
Pandeglang	44,0	26,9	29,1
Lebak	44,7	41,6	13,7
Tangerang	49,5	35,9	14,6
Serang	24,0	47,9	28,1
Kota Tangerang	42,3	33,6	24,1
Kota Cilegon	49,5	31,0	19,6
Banten	40,5	38,9	20,6

Frekuensi penimbangan dalam 6 bulan terakhir dikelompokkan menjadi ditimbang ≥ 4 kali, ditimbang 1-3 kali dan tidak pernah ditimbang. Tabel 3.3.2.1 menunjukkan bahwa 20,6 % balita tidak pernah ditimbang. Persentase anak balita yang tidak pernah ditimbang terendah di Kabupaten Lebak (13,7%) dan tertinggi di Pandeglang (29,1%).

Balita yang rutin ditimbang di Provinsi Banten sebesar 41,4 persen. Persentase penimbangan rutin (≥ 4 kali) balita di Kabupaten Serang termasuk yang paling rendah (24,0%) dan tertinggi di Kota Cilegon (49,5%).

Pada Tabel 3.29 terlihat bahwa penimbangan rutin (4-6 kali) lebih tinggi di daerah perkotaan (41,4%), tidak ada perbedaan antara jenis kelamin. Ada kecenderungan penurunan cakupan penimbangan yang cukup tajam menurut kelompok umur, pada kelompok umur 6-11 bulan cakupan cukup tinggi (53,2%) dan menurun tajam pada kelompok umur 48-59 bulan (32,8%).

Semakin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga, semakin besar persentase cakupan balita yang ditimbang secara rutin. Pola yang serupa juga terlihat pada tingkat pengeluaran per kapita. Sedangkan menurut jenis pekerjaan, cakupan penimbangan balita rutin yang tinggi pada kelompok pekerjaan pegawai (TNI/Polri/PNS/BUMN) dan ibu rumah tangga.

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

Karakteristik	Frekuensi penimbangan (kali)		
	≥ 4 kali	1-3 kali	Tdk pernah
Kelompok umur (bulan)			
6 – 11	53,2	36,7	10,1
12 – 23	48,6	37,7	13,7
24 – 35	39,4	38,2	22,4
36 – 47	37,1	38,6	24,3
48 – 59	32,8	32,5	34,7
Jenis kelamin			
Laki-laki	42,8	36,8	20,4
Perempuan	40,0	36,5	23,5
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	33,3	30,4	36,2
Tidak tamat SD	35,9	37,1	27,1
Tamat SD	38,5	40,5	21,0
Tamat SMP	42,5	31,9	25,6
Tamat SMA	47,9	34,5	17,6
Tamat PT	44,8	43,3	11,9
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	33,3	37,3	29,4
Ibu Rumah Tangga	47,8	34,8	17,4
Pegawai	48,1	30,8	21,2
Wiraswasta/ pegawai swasta	45,7	34,9	19,4
Petani/ buruh/ nelayan	36,0	38,2	25,8
Lainnya	38,1	47,6	14,3
Tipe daerah			
Perkotaan	47,7	33,1	19,2
Perdesaan	35,7	39,9	24,4
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	37,8	39,3	22,8
Kuintil 2	41,3	32,5	26,1
Kuintil 3	40,8	37,0	22,1
Kuintil 4	42,3	36,5	21,2
Kuintil 5	46,0	39,0	15,0

Tabel 3.3.2.3 menunjukkan bahwa Posyandu masih merupakan tempat terbanyak dipilih sebagai tempat penimbangan balita (72,1%), dan hal ini berlaku di semua kabupaten/kota di Provinsi Banten. Posyandu sebagai sarana penimbangan balita paling banyak terdapat di Pandeglang (92,2%) dan Lebak (92,4%) dan terendah di Kabupaten Tangerang (65,3%) (47,9%). Tempat penimbangan selain posyandu antara lain Puskesmas dan tertinggi dipilih adalah di Kota Tangerang (10,3%).

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

Kabupaten/Kota	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Pandeglang	2,2	3,4	0,0	92,2	2,2
Lebak	2,9	2,9	1,2	92,4	0,6
Tangerang	4,0	4,6	1,2	65,3	24,9
Serang	3,7	5,3	3,7	79,9	7,4
Kota Tangerang	7,5	10,3	7,5	55,1	19,6
Kota Cilegon	4,0	2,0	1,3	88,1	4,6
Banten	4,9	5,2	2,7	72,1	15,1

Tabel 3.3.2.4 menunjukkan bahwa Posyandu sebagai pilihan penimbangan balita lebih sedikit di daerah perkotaan dibanding pedesaan, dan terjadi kecenderungan penurunan fungsi posyandu sebagai tempat penimbangan balita dengan meningkatnya status sosial ekonomi keluarga.

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

Karakteristik	RS	Tempat penimbangan anak			
		Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Kelompok umur (bulan)					
6 – 11	2,7	4,1	1,4	76,9	15,0
12 – 23	2,8	5,6	1,6	81,5	8,5
24 – 35	4,6	5,6	3,1	80,1	6,6
36 – 47	4,5	2,5	2,0	85,0	6,0
48 – 59	4,4	3,9	2,8	76,7	12,2
Jenis kelamin					
Laki-laki	3,0	3,5	2,8	82,3	8,3
Perempuan	4,6	5,4	1,5	78,3	10,2
Pendidikan KK					
Tidak sekolah	1,8	1,8	2,7	85,7	8,0
Tidak tamat SD	3,1	1,7	1,2	80,2	13,8
Tamat SD	3,6	5,6	3,9	76,9	10,0
Tamat SMP	4,5	3,1	5,2	72,7	14,3
Tamat SMA	5,5	9,6	4,0	63,3	17,6
Tamat PT	10,8	11,3	0,0	45,8	32,0
Pekerjaan KK					
Tidak bekerja	0,0	2,8	2,8	83,3	11,1
Ibu Rumah Tangga	10,0	0,0	0,0	75,0	15,0
Pegawai	4,8	2,4	0,0	78,6	14,3
Wiraswasta	5,0	6,1	3,1	73,0	12,8
Petani/ buruh/ nelayan	3,3	3,8	1,5	86,5	4,8
Lainnya	0,0	5,6	8,3	80,6	5,6
Tipe daerah					
Perkotaan	5,7	4,9	3,2	71,8	14,4
Perdesaan	2,0	4,0	1,2	88,4	4,4
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	1,9	5,2	4,3	85,8	2,8
Kuintil 2	3,3	3,8	1,4	85,3	6,2
Kuintil 3	2,9	5,8	2,9	76,7	11,7
Kuintil 4	2,8	1,7	0,6	82,8	12,2
Kuintil 5	9,2	5,5	1,2	68,7	15,3

Kartu Menuju Sehat (KMS) merupakan sarana yang cukup baik untuk mengetahui tumbuh kembang balita, tetapi hanya 22,18 persen balita yang mempunyai dan dapat menunjukkan KMS (Tabel 3.3.2.5). Keluarga yang balitanya memiliki KMS dan dapat menunjukkannya paling banyak di Kota Cilegon (35,3%). Sebagian besar balita (38,3%) menurut pengakuan keluarganya mempunyai KMS, tetapi tidak dapat menunjukkannya .

Tabel 3.3.2.5
Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Pandeglang	15,8	39,4	44,8
Lebak	15,7	40,3	44,0
Tangerang	26,3	38,8	35,0
Serang	13,8	38,3	47,9
Kota tangerang	26,8	42,3	31,0
Kota Cilegon	35,3	46,5	18,1
Banten	22,8	38,3	38,9

* Catatan : 1 = Punya KMS dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak punya KMS

Tabel 3.3.2.6 menunjukkan kepemilikan KMS lebih tinggi pada keluarga yang tinggal di daerah perkotaan (28,7%) dibandingkan di perdesaan (15,1%). Ada kecenderungan kepemilikan KMS yang lebih tinggi pada kelompok umur 6-11 bulan (41,7%) dan menurun tajam pada kelompok umur selanjutnya.

Tabel 3.3.2.6
Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Kelompok umur (bulan)			
0 – 5	37,8	18,5	37,8
6 – 11	41,7	33,1	41,7
12 – 23	32,2	33,3	32,2
24 – 35	19,4	43,8	19,4
36 – 47	10,6	47,0	10,6
48 – 59	11,0	42,7	11,0
Jenis kelamin			
Laki-laki	21,9	42,1	36,0
Perempuan	20,4	39,1	40,5
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	22,2	33,3	44,4
Tidak tamat SD	15,4	31,8	52,8
Tamat SD	16,7	38,0	45,4
Tamat SMP	23,5	48,5	28,1
Tamat SMA	28,4	49,1	22,5
Tamat PT	32,5	49,4	18,2
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	19,7	37,7	42,6
Ibu Rumah Tangga	19,2	19,2	61,5
Pegawai	39,0	35,6	25,4
Wiraswasta	24,2	50,0	25,8
Petani/ buruh/ nelayan	17,4	35,1	47,5
Lainnya	14,3	38,8	46,9
Tipe daerah			
Perkotaan	28,7	44,9	26,4
Perdesaan	15,1	37,1	47,8
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	16,6	34,6	48,8
Kuintil 2	21,5	38,0	40,5
Kuintil 3	20,8	40,1	39,1
Kuintil 4	24,5	45,3	30,2
Kuintil 5	23,7	48,7	27,7

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

Pada Tabel 3.3.2.7 terlihat kepemilikan Buku KIA di Provinsi Banten yang masih lebih rendah dibanding kepemilikan KMS yaitu rata-rata di 6 kabupaten/kota hanya 4,6%, dengan cakupan yang bervariasi cukup tajam, terendah di Pandeglang (1,9%) dan tertinggi di Kota Tangerang (8,5%).

Tabel 3.3.2.7
Persentase menurut Kepemilikan Buku KIA dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Pandeglang	1,9	15,2	82,9
Lebak	2,3	9,4	88,3
Tangerang	5,0	16,6	78,4
Serang	2,1	4,8	93,1
Kota Tangerang	8,5	23,6	67,9
Kota Cilegon	8,0	20,2	71,8
Banten	4,6	14,2	81,3

* Catatan : 1 = Punya Buku KIA dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak punya Buku KIA

Meskipun tidak dapat menunjukkannya, kepemilikan Buku KIA cenderung lebih tinggi pada keluarga dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, jenis pekerjaan kepala keluarga pegawai (TNI/Polri/PNS/BUMN), tingkat pengeluaran per kapita yang lebih tinggi, dan pada keluarga yang berTipe daerah di perkotaan dibandingkan di pedesaan (Tabel 3.3.2.8).

Keluarga dengan kepala keluarganya adalah seorang Ibu Rumah Tangga, cenderung lebih banyak yang memiliki dan dapat menunjukkan Buku KIA (7,7%).

Tabel 3.3.2.8
Persentase Balita menurut Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Kelompok umur (bulan)			
6 – 11	7,4	9,7	82,9
12 – 23	6,4	14,0	79,5
24 – 35	5,0	16,2	78,8
36 – 47	1,2	13,6	85,2
48 – 59	2,1	14,6	83,3
Jenis kelamin			
Laki-laki	3,7	14,5	81,8
Perempuan	4,5	13,6	81,9
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	6,2	3,7	90,1
Tidak tamat SD	1,9	10,1	88,0
Tamat SD	2,6	11,1	86,3
Tamat SMP	4,1	12,9	83,0
Tamat SMA	7,4	21,8	70,8
Tamat PT	5,3	23,7	71,1
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	3,3	16,4	80,3
Ibu Rumah Tangga	7,7	15,4	76,9
Pegawai	3,4	20,7	75,9
Wiraswasta	4,7	16,9	78,4
Petani/ buruh/ nelayan	3,5	9,8	86,8
Lainnya	2,0	16,3	81,6
Tipe daerah			
Perkotaan	6,2	17,5	76,3
Perdesaan	2,4	11,2	86,4
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	2,1	8,5	89,4
Kuintil 2	4,8	11,9	83,3
Kuintil 3	5,8	12,8	81,4
Kuintil 4	4,2	20,0	75,8
Kuintil 5	3,6	20,2	76,2

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

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. Kapsul Vitamin A diberikan kepada balita Kelompok umur 6-59 bulan dua tahun sekali tiap bulan Februari dan Agustus.

Pada Tabel 3.3.3.1 terlihat cakupan kapsul vitamin A sebesar 72,3%, dengan variasi cakupan yang tidak terlalu banyak. Cakupan terendah di Kota Tangerang (67,9%) dan tertinggi di Serang (79,9%).

Tabel 3.3.3.1
Persentase Anak Umur 6-59 Bulan Yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Menerima kapsul vitamin A
Pandeglang	68,6
Lebak	68,2
Tangerang	70,0
Serang	79,9
Kota Tangerang	67,9
Kota Cilegon	78,3
Banten	72,3

Tabel 3.3.3.2 memperlihatkan variasi cakupan kapsul Vitamin A lebih tinggi di perkotaan (75%). Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap cakupan balita yang menerima kapsul Vitamin A, yaitu cakupan meningkat dengan semakin tinggi pendidikan KK. Cakupan juga paling tinggi pada keluarga dengan jenis pekerjaan sebagai pegawai (TNI/Polri/PNS/BUMN), yaitu 81,7%.

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

Karakteristik	Menerima kapsul Vitamin A
Kelompok umur (bulan)	
6 – 11	50,0
12 – 23	74,5
24 – 35	77,9
36 – 47	74,7
48 – 59	74,4
Jenis kelamin	
Laki-laki	73,0
Perempuan	71,6
Pendidikan KK	
Tidak sekolah	60,0
Tidak tamat SD	68,0
Tamat SD	72,8
Tamat SMP	72,3
Tamat SMA	73,1
Tamat PT	85,9
Pekerjaan KK	
Tidak bekerja	72,1
Ibu Rumah Tangga	74,1
Pegawai	81,7
Wiraswasta	76,0
Petani/ buruh/ nelayan	68,3
Lainnya	59,2
Tipe daerah	
Perkotaan	75,0
Perdesaan	70,2
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	73,6
Kuintil 2	67,2
Kuintil 3	67,2
Kuintil 4	79,9
Kuintil 5	76,5

3.3.4. 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 dengan mewawancarai ibu yang mempunyai bayi 0–11 bulan, dan dikonfirmasi dengan Buku KIA/KMS/catatan kelahiran.

Ibu mempunyai persepsi sendiri tentang ukuran badan bayinya, walaupun sebagian bayii tidak ditimbang. Terlihat bahwa sebanyak 13,3% ibu mempunyai persepsi bahwa ukuran bayi lahirnya kecil, 76,9% menyatakan bayinya berukuran normal, dan 9,8% mempunyai perepsi bayi lahirnya berukuran besar (Tabel 3.3.4.1).

Tabel 3.3.4.1
Persentase Ukuran Bayi Lahir Berdasarkan Persepsi Ibu
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Pandeglang	17,6	67,6	14,7
Lebak	13,8	86,2	0,0
Tangerang	4,5	86,4	9,1
Serang	28,6	52,4	19,0
Kota Tangerang	18,2	77,3	4,5
Kota Cilegon	6,5	77,4	16,1
Banten	13,3	76,9	9,8

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

Persentase bayi lahir berukuran kecil terbanyak dipersepsikan oleh ibu dari keluarga dengan tingkat pendidikan rendah/tidak sekolah, dan ibu yang tinggal di perdesaan. Jenis pekerjaan KK dan tingkat pengeluaran per kapita tidak jelas pengaruhnya terhadap persepsi ibu mengenai ukuran bayi lahir (Tabel 3.3.4.2).

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

Karakteristik	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Jenis kelamin			
Laki-laki	13,3	72,3	14,5
Perempuan	15,8	77,6	6,6
Pendidikan KK			
Tidak sekolah	25,0	68,8	6,3
Tidak tamat SD	17,1	71,4	11,4
Tamat SD	17,5	70,0	12,5
Tamat SMP	12,5	70,8	16,7
Tamat SMA	11,5	84,6	3,8
Tamat PT	0,0	81,8	18,2
Pekerjaan KK			
Tidak bekerja	37,5	50,0	12,5
Ibu Rumah Tangga	0,0	100,0	0,0
Pegawai	14,3	71,4	14,3
Wiraswasta	9,3	81,5	9,3
Petani/ buruh/ nelayan	18,7	70,7	10,7
Lainnya	0,0	66,7	33,3
Tipe daerah			
Perkotaan	12,5	77,8	9,7
Perdesaan	16,1	72,4	11,5
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	13,6	77,3	9,1
Kuintil 2	22,0	65,9	12,2
Kuintil 3	7,4	88,9	3,7
Kuintil 4	20,0	68,0	12,0
Kuintil 5	4,5	77,3	18,2

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

Tabel 3.3.4.3 menunjukkan cakupan pemeriksaan kehamilan. Dalam Riskesdas 2007 pertanyaan tersebut dilakukan sebagai langkah untuk menanyakan jenis pemeriksaan kesehatan. Kekurangan dalam Riskesdas 2007 adalah tidak ditanyakan lebih lanjut frekuensi pemeriksaan dan pada trimester ke berapa diperiksa. Terlihat sebagian besar ibu memeriksakan kehamilannya (87,1%), terendah di Pandeglang (64,7%) dan tertinggi di Kota Tangerang (95,5%).

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

Kabupaten/Kota	Periksa hamil
Pandeglang	64,7
Lebak	86,2
Tangerang	81,8
Serang	81,0
Kota Tangerang	95,5
Kota Cilegon	83,9
Banten	87,1

Umumnya dengan berbagai karakterisasi berbeda, persentase ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di atas 70%. Menurut karakteristik rumah tangga dan tipe daerah (Tabel 3.3.4.4), tampak bahwa cakupan pemeriksaan kehamilan lebih tinggi di perkotaan (95,8%) dibanding di perdesaan (69,0%). Terdapat kecenderungan hubungan positif antara cakupan pemeriksaan ibu hamil dengan tingkat pendidikan kepala keluarga dan pengeluaran per kapita. Semakin tinggi pendidikan kepala keluarga atau semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, semakin tinggi pula cakupan pemeriksaan kehamilan.

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

Karakteristik	Periksa hamil
Pendidikan	
Tidak sekolah	81,3
Tidak tamat SD	71,4
Tamat SD	77,5
Tamat SMP	79,2
Tamat SMA	92,3
Tamat PT	100,0
Pekerjaan	
Tidak bekerja	100,0
Ibu Rumah Tangga	100,0
Pegawai	85,7
Wiraswasta	94,4
Petani/ buruh/ nelayan	66,7
Lainnya	100,0
Tipe daerah	
Perkotaan	95,8
Perdesaan	69,0
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	65,9
Kuintil 2	80,5
Kuintil 3	88,9
Kuintil 4	92,0
Kuintil 5	90,9

Tabel 3.3.4.5 memperlihatkan 8 jenis pelayanan pemeriksaan kehamilan yang dilakukan ibu hamil di Provinsi Banten. Secara keseluruhan, dari 8 jenis pemeriksaan, paling jarang dilakukan adalah pemeriksaan haemoglobin (Hb) (17,0%) dan terbanyak dilakukan adalah penimbangan berat badan dan pemeriksaan tekanan darah (98,7%).

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

Kabupaten/Kota	Jenis pelayanan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Pandeglang	36,4	95,5	88,9	95,5	14,3	95,5	13,3	33,3
Lebak	20,0	100,0	95,0	100,0	0,0	76,0	0,0	8,7
Tangerang	29,4	100,0	87,5	93,8	18,8	100,0	16,7	35,7
Serang	52,9	100,0	82,4	94,1	11,8	94,1	31,3	25,0
Kota Tangerang	81,0	100,0	90,5	81,0	4,8	95,2	21,1	25,0
Kota Cilegon	28,0	100,0	84,6	100,0	19,2	96,2	3,8	19,2
Banten	43,2	98,7	91,7	94,2	84,4	94,3	17,0	24,6

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan

b = pemeriksaan tekanan darah

c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)

d = pemberian tablet Fe

e = pemberian imunisasi TT

f = penimbangan berat badan

g = pemeriksaan hemoglobin

h = pemeriksaan urine

Berbagai jenis pelayanan pemeriksaan pada ibu hamil tersebut juga bervariasi antar karakteristik responden. Jenis pemeriksaan yang jarang dilakukan adalah pemeriksaan hemoglobin dan pemeriksaan urin. Berbagai jenis pelayanan pemeriksaan ibu hamil lebih banyak dilakukan oleh responden yang tinggal di perkotaan (Tabel 3.3.4.6).

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

Karakteristik	Jenis pelayanan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Pendidikan								
Tidak sekolah	30,8	100,0	81,8	100,0	92,3	92,3	10,0	18,2
Tidak tamat SD	25,0	100,0	81,0	95,8	82,6	91,7	11,1	9,1
Tamat SD	54,8	100,0	96,6	100,0	90,3	93,5	11,5	20,7
Tamat SMP	38,9	100,0	83,3	88,9	100,0	89,5	17,6	17,6
Tamat SMA	41,7	100,0	86,4	87,5	83,3	91,7	18,2	30,4
Tamat PT	54,5	100,0	100,0	90,9	100,0	100,0	0,0	40,0
Pekerjaan								
Tidak bekerja	85,7	100,0	85,7	85,7	100,0	100,0	16,7	28,6
Ibu Rumah Tangga	0,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	50,0
Pegawai	66,7	100,0	100,0	83,3	100,0	100,0	0,0	50,0
Wiraswasta	44,0	100,0	85,7	94,0	84,3	94,1	15,2	18,8
Petani/ buruh/ nelayan	30,0	100,0	88,6	95,9	91,8	88,0	12,2	17,8
Lainnya	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	33,3
Tipe daerah								
Perkotaan	42,6	100,0	86,6	91,0	86,8	95,6	14,8	25,0
Perdesaan	37,3	98,3	90,2	98,3	91,4	88,3	10,9	20,8
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil 1	31,0	96,6	89,3	100,0	89,7	86,2	15,4	17,2
Kuintil 2	31,3	100,0	83,3	90,3	81,3	93,8	17,9	27,6

Kuintil 3	37,5	100,0	81,8	95,8	79,2	95,8	4,8	9,1
Kuintil 4	54,5	100,0	90,5	95,5	100,0	91,3	5,9	26,3
Kuintil 5	55,0	100,0	100,0	90,0	100,0	95,0	20,0	38,9

Jenis pelayanan kesehatan:

a = pengukuran tinggi badan	e = pemberian imunisasi TT
b = pemeriksaan tekanan darah	f = penimbangan berat badan
c = pemeriksaan tinggi fundus (perut)	g = pemeriksaan hemoglobin
d = pemberian tablet Fe	h = pemeriksaan urine

Bayi hingga usia kurang dari satu bulan merupakan golongan yang berisiko kesehatan paling tinggi. Sebagai salah satu upaya untuk mengurangi risiko kesehatan, adalah melakukan pemeriksaan neonatus (0 -28 hari) yang minimal dilakukan dua kali, satu kali pada umur 0 – 7 hari dan satu kali pada umur 8 – 28 hari. Secara umum di Provinsi Banten cakupan pemeriksaan neonatus 0-7 hari adalah 43,7% dan cakupan pemeriksaan neonatus 8 – 28 hari sebesar 28,1%. Persentase cakupan pemeriksaan neonatus (0 – 28 hari) tertinggi adalah di Kabupaten Tangerang (45,5%) (Tabel 3.3.4.7).

Tabel 3.3.4.7
Cakupan Pemeriksaan Neonatus dan Kabupaten/Kota, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Pandeglang	20,6	8,8
Lebak	37,0	33,3
Tangerang	59,1	45,5
Serang	20,0	23,8
Kota Tangerang	50,0	31,8
Kota Cilegon	48,4	35,5
Banten	43,7	28,1

Persentase cakupan pemeriksaan neonatus meningkat dengan semakin tinggi tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita (kuintil). Cakupan pemeriksaan neonatus juga lebih tinggi di perkotaan (Tabel 3.3.4.8).

Tabel 3.3.4.8
Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Karakteristik Responden
di Provinsi Banten, Riskedas 2007

Karakteristik	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Jenis kelamin		
Laki-laki	43,2	34,1
Perempuan	33,3	22,7
Pendidikan KK		
Tidak sekolah	31,3	18,8
Tidak tamat SD	27,3	26,5
Tamat SD	30,0	22,5
Tamat SMP	37,5	25,0
Tamat SMA	64,0	52,0
Tamat PT	63,6	18,2
Pekerjaan KK		
Tidak bekerja	50,0	25,0
Ibu Rumah Tangga	100,0	50,0
Pegawai	85,7	28,6
Wiraswasta	45,3	43,4
Petani/ buruh/ nelayan	23,3	16,2
Lainnya	83,3	33,3
Tipe daerah		
Perkotaan	52,1	36,6
Perdesaan	27,1	22,1
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	26,2	25,6
Kuintil 2	36,6	22,0
Kuintil 3	44,4	33,3
Kuintil 4	41,7	25,0

3.4. PENYAKIT MENULAR

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

Data yang diperoleh hanya merupakan prevalensi penyakit secara klinis dengan teknik wawancara dan menggunakan kuesioner baku (RKD07.IND), tanpa konfirmasi pemeriksaan laboratorium. Kepada responden ditanyakan apakah pernah didiagnosis 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 prevalensi kasus malaria yang mendapat pengobatan dengan obat antimalaria program dalam 24 jam menderita sakit (O). Demikian pula diare dinilai prevalensi kasus diare yang mendapat pengobatan oralit (O).

3.4.1 Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit kronis yang ditularkan melalui gigitan nyamuk, dan dapat menyebabkan kecacatan dan stigma. Umumnya penyakit ini diketahui setelah timbul gejala klinis kronis dan kecacatan. Kepada responden yang menyatakan “tidak pernah didiagnosis filariasis oleh tenaga kesehatan” dalam 12 bulan terakhir ditanyakan gejala-gejala sebagai berikut : adanya radang pada kelenjar di pangkal paha, pembengkakan alat kelamin, pembengkakan payudara dan pembengkakan tungkai bawah atau atas. 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. Sedangkan kepada 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 (DBD), Malaria dan
Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi
Banten, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Filariasis**		DBD**		Malaria*		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Pandeglang	0,00	0,05	0,15	0,66	0,05	0,60	25,00
Lebak	0,00	0,05	0,18	0,41	0,09	0,32	28,57
Tangerang	0,06	0,13	0,44	0,58	0,20	0,39	32,00
Serang	0,00	0,03	0,06	0,54	0,00	0,18	16,67
Kota Tangerang	0,00	0,00	0,25	0,29	0,00	0,04	0,00
Kota Cilegon	0,00	0,00	0,32	0,49	0,00	0,65	25,00
Banten	0,02	0,06	0,27	0,51	0,09	0,32	26,79

Catatan: * dalam 1 bulan terakhir

** dalam 12 bulan terakhir

Sampai saat ini, filariasis, demam berdarah dengue (DBD) dan malaria, merupakan penyakit tular vektor yang menjadi prioritas dalam program pengendalian penyakit menular, baik di Indonesia maupun di dunia. Ketiga penyakit tersebut menimbulkan kerugian yang besar bagi penderitanya maupun bagi masyarakat dan negara, karena mengakibatkan penurunan produktivitas sebagai dampak berkurangnya jam kerja, bahkan malaria dan DBD dapat membawa kematian.

Filariasis merupakan penyakit kronis yang tidak menimbulkan kematian tetapi menyebabkan kecacatan, antara lain: kaki gajah dan pembesaran kantong buah zakar (*scrotum*). Dalam 12 bulan terakhir, di Provinsi Banten filariasis klinis terdeteksi dengan prevalensi yang rendah di 4 kabupaten. Namun Kabupaten Tangerang prevalensinya lebih dari 1 per mil (0,13%), lebih tinggi dari prevalensi filariasis di Provinsi Banten secara keseluruhan (0,06%) maupun nilai rata-rata nasional (0,11%).

Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, DBD klinis tersebar di semua kabupaten/kota di Banten dengan rentang prevalensi 0,29 – 0,66%, Kabupaten Pandeglang sedikit lebih tinggi dari pada kabupaten lainnya. Prevalensi penyakit DBD di Provinsi Banten hampir sama dengan nilai rata-rata nasional (0,5%). Hal ini tidak mengherankan karena penyebaran DBD kini tidak terbatas di kota besar saja, melainkan sudah meluas ke wilayah desa. Program promosi kesehatan juga secara intensif memberikan penerangan kepada masyarakat tentang pencegahan penyakit ini (3M plus) sehingga kewaspadaan dan deteksi dini penyakit ini menjadi lebih baik. Kejadian DBD sangat dipengaruhi oleh musim, umumnya meningkat di awal musim penghujan dan dapat bersifat fatal bila tidak segera ditangani dengan baik.

Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi Banten ditemukan sebesar 0,32% atau 3,2 per 1000 penduduk, dengan rentang 0,18 – 0,65%. Penyakit ini dapat bersifat akut dan kronis (kambuhan). Walaupun malaria di pulau Jawa-Bali secara umum bukan lagi merupakan masalah kesehatan utama, perkembangan ekonomi (mobilitas penduduk) memungkinkan adanya kasus-kasus malaria 'import' dari wilayah endemis di luar Jawa-Bali. Di samping itu, Provinsi Banten merupakan pintu gerbang lalu lintas antara Pulau (P.) Jawa dan P. Sumatera, dan daerah tersebut reseptif terhadap malaria, yang artinya di daerah tersebut masih memungkinkan terjadi penularan karena terdapat vektor potensial malaria. Prevalensi malaria yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Pandeglang (0,60%) dan Kota Cilegon (0,65%). Prevalensi penyakit malaria di 6 kabupaten Provinsi Banten rendah (di bawah nilai rata-rata nasional 1,13%).

Dalam Riskesdas ini juga ditanyakan berapa banyak penderita penyakit malaria klinis dalam sebulan terakhir yang minum obat program untuk malaria. Tampak bahwa di dua kabupaten dengan prevalensi malaria lebih tinggi di atas, persentase penduduk yang minum obat program masih rendah (26,79%). Kemungkinan hal ini disebabkan penderita malaria klinis hanya mendapatkan pengobatan simtomatik saja. (Tabel 3.4.1.1)

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

Karakteristik	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok umur (tahun)							
<1	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,2	0,4	0,8	0,8	18,2
5-14	0,1	0,1	0,4	0,7	0,0	0,1	0,0
15-24	0,1	0,1	0,5	0,6	0,0	0,2	66,7
25-34	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,3	22,2
35-44	0,0	0,0	0,2	0,3	0,0	0,2	25,0
45-54	0,0	0,0	0,4	0,7	0,1	0,5	55,6
55-64	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,9	0,0
65-74	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,2	100,0
>75	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
Jenis Kelamin							
Laki-laki	0,0	0,0	0,3	0,5	0,1	0,3	29,0
Perempuan	0,0	0,1	0,3	0,6	0,1	0,3	28,0
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,6	50,0
Tidak tamat SD	0,0	0,1	0,1	0,6	0,0	0,7	23,8
Tamat SD	0,0	0,0	0,2	0,5	0,1	0,2	50,0
Tamat SMP	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	50,0
Tamat SMA	0,0	0,2	0,5	0,6	0,0	0,0	0,0
Tamat PT	0,0	0,0	0,5	0,5	0,2	0,2	0,0
Pekerjaan							
Tidak kerja	0,0	0,0	0,1	0,3	0,0	0,2	25,0
Sekolah	0,1	0,1	0,4	0,6	0,0	0,1	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	0,1	0,2	0,4	0,0	0,2	28,6
Pegawai	0,0	0,2	0,7	0,7	0,1	0,3	40,0
Wiraswasta	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	50,0
Petani/nelayan/buruh	0,0	0,0	0,1	0,6	0,1	0,7	29,4
Lainnya	0,0	0,0	0,9	1,1	0,0	0,9	75,0
Tipe daerah							
Perkotaan	0,0	0,0	0,4	0,5	0,1	0,2	25,0
Perdesaan	0,1	0,1	0,2	0,6	0,1	0,5	28,2
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil 1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	0,5	37,5
Kuintil 2	0,0	0,0	0,2	0,6	0,1	0,5	37,5
Kuintil 3	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0	0,1	20,0
Kuintil 4	0,0	0,1	0,2	0,5	0,1	0,4	23,1
Kuintil 5	0,0	0,1	0,4	0,6	0,1	0,2	16,7

Karakteristik responden yang menderita penyakit tular vektor di atas berbeda-beda. Filariasis klinis terdeteksi mulai usia 5 tahun ke atas, dan prevalensi tertinggi pada usia produktif. Dalam Riskesdas 2007 ini, DBD tersebar pada semua golongan umur, sebaran prevalensinya hampir sama pada kelompok anak maupun dewasa. Malaria tersebar di semua kelompok umur (kecuali bayi), terutama di kelompok usia produktif. Persentase penduduk yang minum obat cukup tinggi pada orang dewasa dengan rentang (22% - 100%). Tidak ada perbedaan mencolok pada jenis kelamin penderita

filariasis, DBD dan malaria. Filariasis dijumpai lebih banyak pada kelompok responden berpendidikan rendah dan menengah. DBD tersebar di semua tingkat pendidikan, sedangkan malaria lebih banyak ditemukan pada kelompok yang berpendidikan rendah dan 50% diantaranya minum obat.

Filariasis tersebar di hampir semua jenis pekerjaan dan tingkat pengeluaran rumah tangga, demikian pula dengan DBD. Malaria juga lebih banyak ditemukan pada kelompok petani/nelayan/buruh dan kelompok menengah ke bawah (berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga). Ketiga penyakit tersebut lebih banyak dijumpai pada responden yang tinggal di wilayah di pedesaan daripada perkotaan.

3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberculosis (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-gejala ISPA dan pneumonia.

Tuberkulosis paru adalah 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. Responden ditanyakan apakah dalam 12 bulan terakhir pernah didiagnosis TB oleh tenaga kesehatan, dan bila tidak, ditanyakan apakah menderita gejala-gejala batuk lebih dari dua minggu atau batuk berdahak bercampur darah.

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

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

Kabupaten/Kota	ISPA*		Pneumonia*		TB**		Campak**	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Pandeglang	6,1	40,5	0,5	2,9	0,7	1,8	0,4	1,2
Lebak	12,3	35,0	0,3	1,0	0,6	0,8	0,6	0,9
Tangerang	6,6	29,8	1,0	3,9	1,8	2,7	1,2	2,0
Serang	11,1	24,3	0,4	1,8	1,1	2,5	1,4	2,1
Kota Tangerang	5,5	15,2	0,1	0,4	0,4	0,6	0,8	0,8
Kota Cilegon	6,3	31,9	0,2	1,1	0,8	3,1	1,5	2,3
Banten	8.0	28.4	0.6	2.4	1.1	2.0	1.0	1.6

Catatan: * dalam 1 bulan terakhir

** dalam 12 bulan terakhir

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) tersebar di seluruh Provinsi dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (15,2 – 40,5%). Angka prevalensi ISPA klinis dalam sebulan terakhir di Provinsi Banten adalah 28,4%; prevalensi klinis di atas 30% ditemukan di 3 Kabupaten/Kota, yaitu: Kabupaten Pandeglang, Kabupaten Lebak dan Kota Cilegon, dan tidak ada wilayah yang prevalensinya di bawah 10%.

Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi pneumonia. Secara umum, di Provinsi Banten rasio prevalensi pneumonia klinis sebulan terakhir adalah lebih dari 1 per 10 dari prevalensi klinis ISPA, dengan rentang prevalensi 0,4 – 3,9%. Prevalensi pneumonia klinis yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Tangerang. Tidak semua daerah dengan prevalensi ISPA klinis tinggi juga mempunyai prevalensi pneumonia klinis tinggi, seperti di Kabupaten Lebak dan Kota Cilegon. Hal ini sangat tergantung dari tingkat kesadaran ibu untuk mengenali kasus ISPA klinis pada anaknya dan membawanya segera ke fasilitas pengobatan, dan tergantung pada kemampuan fasilitas kesehatan tersebut, sehingga kejadian pneumonia dapat dicegah.

Tuberkulosis (TB) merupakan salah satu penyakit yang menjadi prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit. Di Provinsi Banten TB klinis tersebar di hampir seluruh Kabupaten/Kota dengan rentang prevalensi 0,6% di Kota Tangerang – 3,1% di Kota Cilegon.

Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, dan termasuk dalam program imunisasi nasional. Prevalensi campak klinis di Provinsi Banten, dalam 12 bulan terakhir masih terdeteksi dengan nilai 1,6% (rentang 0,8 – 2,3%).

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

Karakteristik	ISPA*		Pneumonia*		TB**		Campak**	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Kelompok umur (tahun)								
<1	16,6	40,5	0,7	2,7	0,0	1,0	1,0	1,0
1-4	16,7	47,3	0,7	3,6	1,0	1,5	5,0	6,6
5-14	9,8	32,0	0,5	2,4	0,8	1,0	1,9	2,6
15-24	5,2	24,0	0,2	1,7	0,8	1,4	0,4	0,9
25-34	5,4	22,6	0,6	2,1	0,9	1,9	0,1	0,4
35-44	6,5	23,5	0,6	1,8	1,5	2,7	0,2	0,6
45-54	7,1	27,3	0,4	2,2	1,6	3,0	0,5	0,8
55-64	7,3	28,0	0,5	4,0	1,7	3,7	0,3	0,6
65-74	9,9	33,9	3,6	5,9	3,8	5,7	0,0	1,0
>75	6,1	26,4	0,0	1,2	1,2	1,9	0,0	0,6
Jenis kelamin								
Laki-laki	8,0	29,1	0,7	2,9	1,5	2,5	0,9	1,6
Perempuan	7,9	27,7	0,4	1,9	0,8	1,5	1,1	1,6
Pendidikan								
Tidak sekolah	8,1	31,5	1,7	3,8	1,9	3,6	0,9	1,6
Tidak tamat SD	7,3	31,6	0,9	4,0	1,4	2,9	0,7	1,4
Tamat SD	6,5	25,9	0,4	1,9	1,1	2,1	0,3	0,7
Tamat SMP	6,3	22,4	0,3	1,5	1,1	1,9	0,1	0,2
Tamat SMA	4,8	18,3	0,4	1,5	0,9	1,3	0,3	0,7
Tamat PT	4,7	14,8	0,0	0,6	0,6	1,4	0,8	0,8
Pekerjaan								
Tidak kerja	6,5	26,9	26,9	3,1	1,1	2,1	0,3	0,7
Sekolah	7,3	24,7	24,7	2,4	0,5	0,7	0,9	1,4
Ibu rumah tangga	6,2	24,3	24,3	1,5	1,0	1,9	0,2	0,3
Pegawai	5,7	20,4	20,4	1,9	1,3	1,9	0,5	1,0
Wiraswasta	7,4	23,5	23,5	1,9	2,3	2,1	0,2	0,6
Petani/nelayan/buruh	5,8	29,9	29,9	3,1	1,6	3,5	0,3	1,0
Lainnya	4,0	18,1	18,1	2,6	0,6	1,7	1,7	2,0
Tipe daerah								
Perkotaan	7,3	23,5	0,5	1,8	0,9	1,5	0,9	1,4
Perdesaan	8,8	34,4	0,6	3,1	1,4	2,6	1,1	1,8
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil 1	7,7	31,8	1,0	3,5	1,2	2,5	1,4	2,3
Kuintil 2	7,5	28,6	0,4	2,5	1,2	2,1	1,0	1,9
Kuintil 3	8,0	28,9	0,7	2,3	1,2	2,0	1,2	1,5
Kuintil 4	8,5	27,3	0,5	2,0	1,3	2,4	0,9	1,3
Kuintil 5	8,5	26,0	0,4	1,5	0,8	1,3	0,5	1,1

Menurut karakteristik umur responden, tampak bahwa ISPA merupakan penyakit yang terutama diderita oleh bayi dan anak. Pola sebaran pneumonia menurut kelompok umur serupa dengan pola sebaran ISPA. Prevalensi pneumonia yang relatif tinggi pada kelompok umur tua (65 tahun ke atas) dapat disebabkan fungsi paru yang menurun. Untuk TB, tampak adanya kecenderungan peningkatan prevalensi sesuai dengan peningkatan usia terbanyak pada umur 65–74 tahun. Sedangkan untuk campak,

sebarannya relatif merata di semua umur, dengan fokus usia 15 tahun ke bawah, termasuk bayi.

Prevalensi ISPA, pneumonia dan TB lebih banyak pada responden laki-laki, sedangkan campak sama antara perempuan dan laki-laki. Pada umumnya, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi prevalensi penyakit. Namun perlu diperhatikan, bahwa kelompok anak (yang berisiko ISPA dan pneumonia) juga termasuk dalam kelompok 'tidak sekolah', dan 'tidak tamat SD'. Sehingga prevalensi ISPA dan pneumonia yang tinggi pada kelompok berpendidikan rendah ini konsisten dengan tingginya prevalensi pada kelompok anak-anak.

Jenis pekerjaan tidak berpengaruh terhadap kejadian ke empat penyakit ini, Namun prevalensi ISPA, pneumonia, dan TB pada "petani/nelayan/buruh" lebih tinggi daripada jenis pekerjaan lain. Berdasarkan wilayah Tipe daerah, daerah desa secara konsisten menunjukkan prevalensi penyakit yang relatif lebih tinggi dari daerah kota. Demikian juga rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah cenderung mempunyai prevalensi penyakit ISPA, pneumonia, TB, dan campak yang lebih tinggi.

3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare

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

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

Tabel 3.4.3.1
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare dan Pemakaian Obat Program Diare menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Tifoid*		Hepatitis**		Diare*		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Pandeglang	0,9	2,1	0,2	0,9	5,5	13,2	32,0
Lebak	2,1	4,2	0,1	0,9	7,2	11,7	55,4
Tangerang	1,5	2,8	0,2	0,5	5,0	9,3	25,3
Serang	0,7	1,5	0,2	0,4	5,9	16,0	20,2
Kota Tangerang	0,4	0,6	0,0	0,0	1,4	4,0	29,5
Kota Cilegon	0,8	1,5	0,2	0,3	5,5	11,5	28,2
Banten	1,2	2,2	0,2	0,5	4,9	10,6	29,4

Tifoid, hepatitis dan diare adalah penyakit-penyakit yang dapat ditularkan melalui makanan dan minuman. Dalam 12 bulan terakhir, tifoid klinis dapat dideteksi di Provinsi Banten dengan prevalensi 2,2%, dan tersebar di seluruh kabupaten/kota dengan rentang 0,6 – 4,2%. Prevalensi tifoid tertinggi dilaporkan dari Kabupaten Lebak. Penyakit hepatitis teridentifikasi hampir di semua kabupaten/kota, kecuali di Kota Tangerang. Prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Pandeglang dan Lebak, yakni sebesar 0,9% dibandingkan dengan prevalensi Provinsi Banten yang hanya 0,5%. Penyebaran diare dalam satu bulan terakhir di Provinsi Banten merata di seluruh kabupaten/kota. Prevalensi diare di provinsi ini sebesar 10,6%, tertinggi ditemukan di Kabupaten Serang (16,0%).

Prevalensi diare di atas 10% juga ditemukan di Kabupaten Pandeglang, Lebak, dan Kota Cilegon. Di antara wilayah-wilayah dengan prevalensi diare tinggi tersebut, hanya di Kabupaten Lebak yang pemakaian oralitnya lebih dari 50%. Secara keseluruhan di Provinsi Banten pemakaian oralit sebesar 29,4% (Tabel 3.4.3.1).

Tifoid, hepatitis dan diare ditemukan pada semua kelompok umur. Tifoid terutama ditemukan pada kelompok umur sekolah dan di atas 75 tahun begitu juga hepatitis, sedangkan diare pada kelompok balita (Tabel 3.4.3.2).

Prevalensi ke tiga penyakit ini pada responden laki-laki lebih tinggi, dan pada pendidikan yang rendah ('tidak sekolah' dan tidak tamat SD'). Kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung memiliki prevalensi lebih tinggi. Namun perlu diperhatikan pada diare, prevalensi tinggi pada kelompok 'tidak sekolah' mungkin dipengaruhi juga oleh kenyataan bahwa kelompok ini sebagian terdiri dari anak-anak (balita).

Dari karakter pekerjaan, prevalensi tertinggi tifoid dijumpai pada kelompok 'sekolah', konsisten dengan data pada kelompok umur. Prevalensi hepatitis tertinggi pada kelompok petani/nelayan/buruh. Prevalensi diare tertinggi diidentifikasi pada kelompok tidak bekerja (11,6%).

Tifoid, hepatitis, diare terutama dijumpai di daerah perdesaan. Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid dan diare cenderung lebih tinggi pada rumah tangga dengan status ekonomi rendah, sedangkan hepatitis tersebar di semua strata status ekonomi masyarakat.

Tabel 3.4.3.2
Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Banten, Riskedas 2007

Karakteristik	Tifoid*		Hepatitis**		Diare*		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Kelompok umur (tahun)							
<1	0,3	1,0			12,8	18,2	44,4
1-4	0,7	1,7	0,1	0,1	9,7	14,9	46,1
5-14	1,6	3,1	0,1	0,4	4,8	10,3	33,8
15-24	1,7	2,5	0,3	0,7	3,4	9,3	23,0
25-34	1,0	1,7	0,2	0,7	3,5	8,9	20,5
35-44	0,6	1,8	0,1	0,6	4,4	9,2	28,0
45-54	0,7	1,8	0,1	0,5	6,1	12,2	25,6
55-64	1,0	1,7	0,1	0,3	5,6	11,8	27,9
65-74	1,7	2,7		0,4	5,2	12,6	23,3
>75	2,5	4,9	0,6	1,8	2,5	9,2	14,3
Jenis kelamin							
Laki-laki	1,4	2,5	0,3	0,7	4,8	30,0	30,0
Perempuan	0,9	2,0	0,0	0,3	5,1	28,7	28,7
Pendidikan							
Tidak sekolah	1,4	2,3	0,1	0,5	6,8	12,6	32,5
Tidak tamat SD	1,2	3,6	0,3	0,9	5,0	12,4	23,6
Tamat SD	1,3	2,2	0,1	0,6	5,1	11,2	29,5
Tamat SMP	1,1	1,7	0,2	0,5	3,7	9,5	20,9
Tamat SMA	1,1	1,6	0,0	0,2	2,2	5,7	16,4
Tamat PT	0,8	0,8		0,2	2,2	5,8	21,6
Pekerjaan							
Tidak kerja	1,5	2,4	0,2	0,5	4,8	11,6	7,2
Sekolah	1,7	3,2	0,1	0,5	3,7	9,3	5,8
Ibu rumah tangga	0,5	1,2	0,1	0,4	4,8	10,4	5,9
Pegawai	1,5	2,6		0,2	2,5	7,1	4,8
Wiraswasta	1,4	2,2	0,1	0,4	5,0	10,7	6,0
Petani/nelayan/buruh	1,2	2,7	0,3	1,2	4,6	10,6	6,3
Lainnya	0,3	0,9	0,9	1,1	4,0	9,2	5,4
Tipe daerah							
Perkotaan	1,0	1,7	0,1	0,3	3,4	7,5	26,0
Perdesaan	1,4	2,9	0,2	0,7	6,9	14,4	31,5
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil 1	1,2	2,5	0,3	0,6	6,1	12,9	31,3
Kuintil 2	1,2	2,5	0,3	0,8	5,2	11,0	30,4
Kuintil 3	0,7	1,5	0,1	0,2	5,5	11,5	28,1
Kuintil 4	1,2	2,4	0,1	0,4	4,1	9,4	25,1
Kuintil 5	1,7	2,5	0,1	0,4	3,6	8,0	28,2

3.5 PENYAKIT TIDAK MENULAR

3.5.1. 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).

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 (spigmomanometer air raksa manual). Pengukuran tensi dilakukan pada responden umur 15 tahun ke atas. Setiap responden diukur tensinya minimal 2 kali, jika hasil pengukuran ke dua berbeda lebih dari 10 mmHg dibanding pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ke tiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi. Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg.

Kriteria JNC VII 2003 hanya berlaku untuk usia 18 tahun ke atas, 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 minum obat anti-hipertensi. Dalam penulisan tabel, kasus hipertensi berdasarkan hasil pengukuran diberi inisial U, kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes diberi inisial D, dan gabungan kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes dengan kasus hipertensi berdasarkan riwayat minum obat hipertensi diberi istilah diagnosis/minum obat dengan inisial DO.

Tabel 3.5.1.1
Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Penyakit Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Pandeglang	14,7	44,2	7,0	7,9	36,1	6,5	8,9
Lebak	18,5	35,8	9,0	9,3	26,1	6,4	7,1
Tangerang	12,0	31,1	10,	11,6	27,5	5,9	7,0
Serang	10,9	22,0	7,4	7,7	28,7	5,9	7,2
Kota Tangerang	5,8	16,9	7,4	7,6	23,2	6,0	8,0
Kota Cilegon	9,9	30,8	7,3	7,4	25,5	2,3	2,3
Banten	11,7	28,9	8,7	9,4	27,6	5,9	7,3

Catatan : D = diagnosis oleh Nakes O = minum obat
D/G= di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala U = hasil Pengukuran
* = dinilai pada penduduk umur > 15 tahun, ** = dinilai pada responden >18 tahun

Tabel 3.5.1.1 menunjukkan bahwa 28,9% penduduk Provinsi Banten mengalami gangguan persendian, dan angka ini lebih rendah dari prevalensi nasional yaitu 30,3%. Demikian pula prevalensi penyakit persendian berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 11,7%, lebih rendah dari angka Nasional yaitu 14,0%. Hal ini mungkin disebabkan karena hanya sebagian kecil penduduk yang terdiagnosis atau berobat ke Pelayanan Kesehatan, sedangkan sebenarnya masih banyak penduduk yang mempunyai gejala gangguan persendian yang tidak terdiagnosis dengan berbagai alasan.

Menurut kabupaten/kota, prevalensi penyakit persendian di Provinsi Banten berkisar antara 16,9%-44,2%, dan prevalensi di Kabupaten Pandeglang lebih tinggi dibandingkan Kabupaten/Kota lainnya, sebaliknya Kota Tangerang mempunyai prevalensi paling rendah. Sementara prevalensi penyakit persendian yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan berkisar antara 5,8 – 18,5%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Lebak, sebaliknya prevalensi terendah di Kota Tangerang.

Pada tabel di atas juga dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di Provinsi Banten berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada penduduk 18 tahun ke atas adalah 27,6% lebih rendah dari angka nasional (31,7%), namun berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 8,7% lebih tinggi dari angka Nasional (7,2%), demikian pula berdasarkan riwayat minum obat hipertensi adalah 9,4% lebih tinggi dari angka Nasional (7,6%). Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan tekanan darah berkisar antara 23,2% - 36,1%, dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Tangerang, sedangkan terendah di Kota Tangerang. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi berkisar antara 7,4% - 11,6%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah di setiap Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kabupaten Pandeglang. Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di semua kabupaten/kota di wilayah Provinsi Banten belum ditanggulangi dengan baik.

Berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan atau gejala yang menyerupai stroke, prevalensi stroke di Provinsi Banten adalah 7,3‰ sedikit lebih tinggi daripada prevalensi nasional 7,2‰. Menurut Kabupaten/Kota prevalensi stroke berkisar antara 2,3 – 8,9 ‰, dan Kabupaten Pandeglang mempunyai prevalensi lebih tinggi dibandingkan wilayah lainnya.

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

Karakteristik	Penyakit Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Umur							
15-24	1,7	7,6	1,1	1,4	9,5	0,7	0,7
25-34	6,0	19,2	4,0	4,3	17,7	3,4	4,1
35-44	13,8	34,9	7,2	8,0	26,6	2,7	2,7
45-54	19,8	45,7	13,1	14,3	40,0	12,9	14,7
55-64	26,8	56,6	23,7	25,0	53,8	11,5	12,6
65-74	34,4	65,9	27,5	28,1	62,5	33,5	48,4
75+	33,7	67,1	29,4	30,4	75,0	12,3	7,1
Jenis kelamin							
Laki-laki	10,0	26,6	6,9	7,7	26,2	4,9	6,3
Perempuan	13,2	30,9	10,3	10,9	28,9	6,3	8,0
Pendidikan							
Tidak sekolah	25,4	54,9	19,2	19,9	48,7	21,4	26,6
Tidak tamat SD	19,2	46,9	11,9	13,3	35,2	7,6	9,0
Tamat SD	11,9	29,1	7,8	8,6	24,7	5,1	6,7
Tamat SMP	6,1	16,5	6,5	7,0	21,9	3,0	3,0
Tamat SMA	6,5	17,7	4,8	5,0	21,3	2,4	3,2
Tamat PT	5,7	17,3	7,9	7,9	26,0	4,8	4,8
Pekerjaan							
Tidak kerja	11,3	25,3	11,5	12,1	32,2	9,1	1,4
Sekolah	0,3	3,0	0,4	0,4	6,5	0,0	0,0
Ibu RT	14,2	34,3	10,7	11,1	30,5	7,8	8,8
Pegawai	4,6	18,1	5,1	5,7	22,1	0,6	0,6
Wiraswasta	14,8	31,9	9,1	10,0	30,0	8,8	8,8
Petani/Nelayan/buruh	14,6	36,7	7,5	8,4	25,6	5,2	7,1
Lainnya	14,8	33,2	11,3	11,9	30,8	5,9	5,9
Tipe daerah							
Perkotaan	9,3	24,4	9,3	9,7	27,1	5,5	6,9
Perdesaan	14,8	34,9	8,0	8,9	28,3	6,4	7,4
Tingkat pengeluaran perkapita perbulan							
Kuintil 1	13,0	30,7	8,5	9,6	26,7	4,8	6,8
Kuintil 2	12,0	30,2	8,9	10,0	25,7	6,4	8,7
Kuintil 3	10,9	27,9	7,2	7,4	24,8	4,7	5,1
Kuintil 4	10,8	28,3	9,3	9,7	29,4	6,4	8,0
Kuintil 5	12,4	28,9	10,0	10,5	31,3	6,5	7,2

Tabel 3.5.1.2 menurut karakteristik umur responden Provinsi Banten, terlihat bahwa prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden. Prevalensi penyakit sendi, hipertensi dan stroke lebih tinggi pada perempuan berdasarkan diagnosis atau gejala. Demikian pula prevalensi hipertensi, berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, maupun riwayat minum obat lebih tinggi pada perempuan.

Pola prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Namun untuk hipertensi dan stroke nampak sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan yang tinggi ('Tamat PT').

Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada kelompok 'petani/nelayan/buruh' ditemukan lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya. Sedangkan untuk hipertensi lebih tinggi pada kelompok 'tidak bekerja' dan stroke pada kelompok 'Lainnya'. Prevalensi penyakit sendi lebih tinggi di desa, hipertensi di kota, sedangkan stroke prevalensinya sedikit lebih tinggi di kota.

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, prevalensi penyakit sendi di Provinsi Banten nampak cenderung lebih tinggi pada tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita rendah (kuintil 1). Sedangkan untuk hipertensi tertinggi di tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita tinggi (kuintil 5), namun pada tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita rendah (kuintil 2) prevalensinya cukup tinggi juga. Prevalensi stroke tersebar di semua tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita, dan tidak menunjukkan pola kecenderungan yang jelas.

Tabel 3.5.1.3
Prevalensi penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* dan Tumor Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Asma (%)		Jantung (%)		DM (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Pandeglang	2,1	3,9	0,4	4,5	0,3	0,5	4,0
Lebak	2,0	3,5	0,5	6,1	0,2	0,4	5,4
Tangerang	2,6	4,7	0,9	7,9	0,7	1,0	7,7
Serang	1,3	2,3	0,5	3,9	0,5	0,5	6,6
Kota Tangerang	0,8	1,6	0,5	4,3	0,6	0,7	5,1
Kota Cilegon	1,5	2,9	0,6	5,2	1,0	1,5	8,1
Banten	1,9	3,4	0,6	5,8	0,6	0,8	6,4

Catatan : D = Diagnosis oleh Nakes G = Dengan gejala
D/G = Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

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

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

Prevalensi penyakit asma tersebar di semua kabupaten/kota dan secara umum prevalensi di wilayah Banten sebesar 3,4% (kisaran: 1,6 – 4,7%), tertinggi di Kabupaten Tangerang. Prevalensi penyakit jantung 5,8% (kisaran 3,9 – 7,9%) yang tertinggi di Kabupaten Tangerang, demikian pula dengan responden yang pernah didiagnosis menderita tumor (6,4‰). Sedangkan prevalensi penyakit diabetes sebesar 0,8% (kisaran 0,4 – 1,5%), tertinggi di Kota Cilegon.

Prevalensi penyakit yang didapat belum mencerminkan prevalensi yang sebenarnya yang mungkin lebih tinggi karena adanya keterbatasan kuesioner tanpa adanya pemeriksaan. Mungkin responden yang belum didiagnosis oleh tenaga kesehatan juga tidak merasakan gejala penyakit.

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

Karakteristik	Asma (%)		Jantung (%)		Diabetes (%)		Tumor (‰)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Kelompok umur (Tahun)							
<1	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	-
1-4	1,8	3,1	0,0	0,7	0,0	0,0	0,7
5-14	1,6	2,8	0,1	1,9	0,0	0,0	2,1
15-24	1,3	2,5	0,1	4,3	0,1	0,1	6,2
25-34	1,6	2,9	0,5	5,5	0,1	0,7	6,2
35-44	2,1	3,3	0,5	7,1	,6	1,0	9,4
45-54	2,3	4,0	1,6	10,8	1,8	1,9	9,9
55-64	3,8	7,0	4,0	15,3	2,1	2,2	12,6
65-74	5,1	9,7	2,5	18,1	4,4	4,8	23,1
75+	4,3	12,3	0,6	27,3	2,5	3,1	6,1
Jenis kelamin							
Laki-laki	2,2	3,6	0,6	5,1	0,5	0,8	5,2
Perempuan	1,7	3,2	0,7	6,6	0,6	0,7	7,5
Pendidikan							
Tidak sekolah	3,7	7,3	1,3	14,4	0,9	1,3	10,0
Tidak tamat SD	2,7	5,3	0,6	8,0	0,5	0,8	6,6
Tamat SD	2,0	3,3	0,8	6,5	0,8	0,9	6,3
Tamat SMP	1,6	2,9	0,4	5,3	0,6	0,9	6,2
Tamat SMA	0,9	1,6	0,7	6,0	0,7	0,9	6,7
Tamat PT	2,1	2,2	2,5	6,3	1,1	1,7	17,4
Pekerjaan							
Tidak kerja	2,5	4,8	1,0	9,1	1,0	1,2	5,7
Sekolah	1,6	2,9	0,0	2,6	0,0	0,0	1,6
Ibu RT	1,8	3,6	1,2	9,6	1,2	1,3	9,4
Pegawai	1,8	2,7	0,8	5,4	0,7	1,0	10,2
Wiraswasta	1,8	3,2	1,0	7,3	0,9	1,5	4,0
Petani/nelayan/ Buruh	2,6	4,5	0,4	7,7	0,3	0,7	12,6
Lainnya	1,4	3,2	2,6	8,6	1,7	2,3	11,5
Tipe daerah							
Perkotaan	1,5	2,5	0,7	5,2	0,8	0,9	8,2
Perdesaan	2,5	4,5	0,5	6,7	0,3	0,5	4,0
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil 1	2,2	4,5	0,2	5,1	0,4	0,5	5,4
Kuintil 2	2,3	4,2	0,6	7,4	0,4	0,6	4,7
Kuintil 3	2,3	3,8	0,4	5,6	0,4	0,7	5,8
Kuintil 4	1,3	2,5	0,8	6,1	0,5	0,7	6,0
Kuintil 5	1,6	2,5	1,2	5,6	1,0	1,3	9,9

Penyakit asma dan jantung terdapat di semua kelompok umur, semakin meningkat sejalan dengan bertambahnya umur. Diabetes mulai terlihat nyata pada usia 25 tahun keatas dan prevalensi meningkat sesuai dengan meningkatnya umur. Sedangkan tumor

mulai ditemukan pada usia 15 tahun ke atas, dan cenderung meningkat sesuai usia, prevalensi tertinggi pada kelompok umur 65 - 74 tahun. Prevalensi penyakit asma, dan diabetes cenderung lebih tinggi pada laki-laki, sedangkan jantung tumor lebih tinggi pada perempuan.

Prevalensi penyakit asma dan jantung tinggi pada kelompok 'tidak sekolah'. Prevalensi penyakit diabetes dan tumor juga tinggi pada kelompok 'tidak sekolah' dan 'tamat SMA / perguruan tinggi'. Prevalensi tumor/kanker tidak banyak berbeda antara tingkat pendidikan. Tingginya penyakit asma dan jantung pada yang tidak sekolah, kiranya perlu mendapat perhatian dengan melakukan penyuluhan pada kelompok yang 'tidak sekolah' untuk mencegah terjadinya penyakit tersebut maupun memperlambat timbulnya komplikasi.

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

Prevalensi asma dan jantung lebih tinggi di desa, sedangkan prevalensi diabetes dan tumor cenderung lebih tinggi di kota. Hal ini erat kaitannya dengan gaya hidup kota yang kurang sehat seperti kurang gerak, makanan tinggi lemak dan garam.

Penyakit asma prevalensi cenderung meningkat pada tingkat pengeluaran per kapita rendah (kuintil-1), jantung prevalensinya hampir sama di semua tingkat pengeluaran per kapita tertinggi pada kuintil-2, diabetes dan tumor cenderung meningkat pada pengeluaran per kapita yang lebih tinggi.

Tabel 3.5.1.5
Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemi, Hemofili) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007 (permil)

Kabupaten /Kota	Jiwa	Buta Warna	Glaukoma	Sum Bing	Der-Matitis	Rhinitis	Tala Semi	Hemo Fili
Pandeglang	1,5	7,0	1,0	0,5	65,4	12,2	0,0	0,0
Lebak	0,5	1,0	3,2	0,9	46,5	11,9	0,0	0,0
Tangerang	3,6	5,0	1,1	0,8	64,8	37,9	0,8	1,1
Serang	1,8	2,0	0,3	1,5	33,8	1,8	0,0	0,3
Kota	0,4	3,0	2,5	0,0	34,9	8,4	0,4	0,0
Tangerang								
Kota	1,7	5,0	3,3	0,0	111,3	43,2	5,0	0,0
Cilegon								0,0
Banten	2,0	3,9	1,5	0,8	53,4	20,0	0,5	0,5

*) 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 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat ditemukan di semua kabupaten/kota, di Provinsi Banten 2,0‰ (kisaran 0,4 – 3,6‰), tertinggi di Kabupaten Tangerang. Prevalensi buta warna ditemukan di semua kabupaten/kota, di Provinsi Banten 3,9‰ (kisaran 1,0 – 7,0‰), tertinggi di Kabupaten Pandeglang, diikuti Kabupaten Tangerang dan Kota Cilegon.

Prevalensi glaukoma ditemukan di semua kabupaten/kota, di Provinsi Banten 1,5‰, bibir sumbing 0,8‰ (hanya di Kota Tangerang dan Kota Cilegon tidak ditemukan).

Prevalensi dermatitis ditemukan di semua kabupaten/kota, di Provinsi Banten 53,4‰ (34,9 – 111,3‰), tertinggi di Kota Cilegon diikuti Kabupaten Pandeglang dan

Tangerang. Prevalensi rhinitis ditemukan di semua kabupaten/kota, di Provinsi Banten 20,0‰ (kisaran 1,8 – 43,2‰), tertinggi di Kota Cilegon diikuti Kabupaten Tangerang. Prevalensi talasemi di Provinsi Banten 0,5‰, dan hanya ditemukan di Kabupaten Tangerang, Kota Tangerang dan Cilegon. Hemofili mempunyai prevalensi 0,5‰ (kisaran 0,0 – 1,1‰), tertinggi di Kabupaten Tangerang.

3.5.2 Penyakit Mata

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

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia enam tahun ke atas. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 3.5.2.1 dan 3.5.2.2 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 3.5.2.1
Sebaran Penduduk Usia 6 Tahun keatas menurut *Low Vision* dan Kebutuhan (dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
Pandeglang	1,6	0,6
Lebak	3,4	0,4
Tangerang	0,9	0,5
Serang	3,7	0,5
Kota Tangerang	1,3	0,0
Kota Cilegon	4,1	0,4
Banten	2,0	0,4

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

***) Kisaran visus $< 3/60$

Tabel 3.5.2.1 menunjukkan bahwa Persentase *low vision* di Provinsi Banten sebesar 2,0% dengan kisaran antara 0,9% (di Kabupaten Tangerang) hingga 4,1% (di Kota Cilegon). Persentase *low vision* tertinggi di Kota Cilegon oleh Kabupaten Serang dan Lebak masing-masing 3,7% dan 3,4%, hampir dua kali lipat dibanding angka provinsi. Untuk Kabupaten Pandeglang, Tangerang dan Kota Tangerang Persentase *low vision* lebih rendah dari angka provinsi. Persentase kebutaan tingkat nasional adalah sebesar

0,9%, sedangkan di Provinsi Banten 0,4%, dengan kisaran antara 0,0% (di Kota Tangerang) sampai 0,6% (di Kabupaten Pandeglang). Persentase kebutaan tertinggi di Kabupaten Pandeglang, 1,5 kali lipat angka provinsi. Terdapat 3 kabupaten dengan Persentase lebih tinggi dibanding angka provinsi yaitu Kabupaten Pandeglang, Tangerang dan Serang.

Tabel 3.5.2.2
Prevalensi Penduduk Usia > 5 Tahun Dengan *Low Vision* dan Kebutuhan Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	<i>Low vision</i> *	Kebutaan**
Kelompok umur (tahun)		
5 – 14	0,2	0,0
15 – 24	0,3	
25 – 34	0,5	0,1
35 – 44	1,5	0,1
45 – 54	2,2	0,1
55 – 64	11,1	1,8
65 – 74	17,8	5,3
75+	25,0	11,2
Jenis kelamin		
Laki-laki	1,4	0,3
Perempuan	2,6	0,6
Pendidikan		
Tidak sekolah	12,9	3,5
Tidak tamat SD	2,5	0,7
Tamat SD	1,4	0,2
Tamat SMP	1,0	
Tamat SMA	0,8	0,1
Tamat PT	1,1	
Pekerjaan		
Tidak bekerja	5,0	1,8
Sekolah	0,3	
Ibu Rumah Tangga	2,8	0,1
Pegawai	0,6	0,1
Wiraswasta	1,2	0,4
Petani/ nelayan/ buruh	3,3	0,6
Lainnya	2,0	1,7
Tipe daerah		
Perkotaan	1,5	0,3
Perdesaan	2,7	0,5
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	1,9	0,7
Kuintil 2	2,2	0,5
Kuintil 3	2,5	0,2
Kuintil 4	1,8	0,4
Kuintil 5	1,9	0,3

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

**) Kisaran visus $< 3/60$

Tabel 3.5.2.2 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 petani/nelayan/buruh. Persentase *low vision* dan kebutaan cenderung lebih tinggi di daerah perdesaan dibanding perkotaan, tetapi terdistribusi hampir merata di semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.2.3
Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D	D/G
Pandeglang	0,9	27,6
Lebak	0,4	18,3
Tangerang	2,3	16,4
Serang	1,3	16,4
Kota Tangerang	0,9	6,6
Kota Cilegon	2,7	15,3
Banten	1,5	16,2

Secara keseluruhan, tabel 3.61 memperlihatkan bahwa Persentase penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak sebesar 1,5%, dengan kisaran 0,9% di Kabupaten Pandeglang dan Kota Tangerang hingga 2,7% di Kota Cilegon. Sedangkan Persentase penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) ditambah dengan yang pernah didiagnosis dalam 12 bulan terakhir di Provinsi Banten sebesar 16,2%, dengan kisaran 6,6% di Kota Tangerang hingga 27,6% di Kabupaten Pandeglang. Data ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan secara di tingkat provinsi (1,5% dari 16,2% atau hanya 1/10nya). Gambaran ini juga tampak hampir di seluruh kabupaten/kota.

Tabel 3.5.2.4
Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	D	D/G
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	0,2	4,1
35 – 44	0,7	8,9
45 – 54	1,1	15,8
55 – 64	3,3	32,8
65 – 74	5,5	47,9
75+	7,4	55,8
Jenis kelamin		
Laki-laki	1,5	14,7
Perempuan	1,5	17,5
Lama Pendidikan		
Sekolah ≤ 6 tahun	1,6	21,6
Sekolah 7-12 tahun	1,4	6,9
Sekolah >12 tahun	0,8	7,6
Pekerjaan		
Tidak bekerja	5,3	39,8
Sekolah		
Ibu Rumah Tangga	0,9	14,8
Pegawai	0,2	3,9
Wiraswasta	2,3	10,8
Petani/ nelayan/ buruh	1,0	18,7
Lainnya	3,5	26,5
Tipe daerah		
Perkotaan	1,8	13,2
Perdesaan	1,1	20,1
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	1,6	17,2
Kuintil 2	1,5	17,8
Kuintil 3	1,2	17,8
Kuintil 4	1,4	13,8
Kuintil 5	1,6	14,4

Tabel 3.5.2.4 menunjukkan bahwa Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan meningkat sesuai pertambahan usia. Persentase katarak menurut umur yang dikelompokkan dengan interval 10 tahun memberikan gambaran adanya kecenderungan peningkatan Persentase katarak untuk tiap kelompok umur kurang lebih dua kali lipat dalam tiap periode 10 tahunan.

Persentase katarak berdasarkan riwayat diagnosis antara laki-laki dan perempuan sama (1,5%) dan sedikit lebih besar di daerah perkotaan (1,8%). Seperti halnya *low vision* dan kebutaan, Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan enam tahun atau kurang dibanding dengan yang memperoleh pendidikan tujuh tahun lebih. Dari aspek pekerjaan, Persentase diagnosis katarak pada kelompok penduduk yang tidak bekerja lebih tinggi.

Persentase diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan hampir merata pada semua tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita per bulan, tidak menunjukkan pola tertentu tampak bahwa Persentase diagnosis katarak tertinggi ditemukan pada tingkat pengeluaran tertinggi dan terendah (1,6%).

Tabel 3.5.2.5
Prevalensi Penduduk Umur 30 Tahun Ke atas dengan Katarak Yang Pernah
Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Setelah Operasi
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Operasi katarak	Pakai kacamata pasca operasi
Pandeglang	28,6	100,0
Lebak	0,0	0,0
Tangerang	16,1	0,0
Serang	0,0	0,0
Kota Tangerang	20,0	50,0
Kota Cilegon	28,6	50,0
Banten	15,0	25,0

Tabel 3.5.2.5 menggambarkan Persentase operasi katarak dan pemakaian kacamata pasca operasi pada penduduk umur 30 tahun ke atas. Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 15,0% dari penduduk yang pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan. Persentase terendah ditemukan di Kabupaten Lebak dan Serang (0,0%) dan tertinggi di Kabupaten Pandeglang dan Kota Cilegon (28,6%). Secara keseluruhan cakupan katarak operasi di provinsi Banten masih sangat rendah.

Pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 25% dengan kisaran terendah di Kabupaten Lebak dan Serang (0,0%) dan tertinggi di Provinsi Pandeglang (100,0%). Pemberian kacamata pasca operasi katarak bertujuan mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat, sehingga tidak semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemungkinan lain adalah hasil operasi katarak yang cukup baik, sehingga visus pasca operasi mendekati normal dan hanya sedikit penderita yang memerlukan kacamata pasca operasi.

Tabel 3.5.2.6
Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak
yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca
Operasi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten,
Riskedas 2007

Karakteristik	Operasi katarak	Pakai kacamata pasca operasi
Kelompok umur (tahun)		
30 – 34	0,0	0,0
35 – 44	5,6	0,0
45 – 54	21,1	0,0
55 – 64	17,2	40,0
65 – 74	15,4	25,0
75+	23,1	0,0
Jenis kelamin		
Laki-laki	13,5	16,7
Perempuan	16,4	22,2
Pendidikan		
Sekolah=<6 th	12,3	25,0
Sekolah 7-12 th	25,8	14,3
Sekolah>12 th	0,0	0,0
Pekerjaan		
Tidak bekerja	12,1	25,0
Ibu Rumah Tangga	19,0	20,0
Pegawai (negeri, swasta)	0,0	0,0
Wiraswasta	23,1	40,0
Petani/ nelayan/ buruh	0,0	0,0
Lainnya	37,5	0,0
Tidak bekerja	12,1	25,0
Tipe daerah		
Perkotaan	0,4	18,8
Perdesaan	0,2	20,0
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	0,0	0,0
Kuintil 2	10,0	50,0
Kuintil 3	5,9	100,0
Kuintil 4	28,6	0,0
Kuintil 5	30,8	25,0

Tabel 3.5.2.6 menunjukkan bahwa Persentase operasi katarak makin meningkat sejalan dengan meningkatnya umur. Persentase operasi katarak pada perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki, demikian pula pemakaian kacamata pasca operasi.

Persentase operasi katarak makin meningkat sesuai dengan meningkatnya lama pendidikan, namun pemakaian kacamata pasca operasi menurun. Berdasarkan pekerjaan dan tipe daerah, Persentase operasi katarak terbesar dijumpai pada kelompok dengan jenis pekerjaan lainnya dan tinggal di daerah perkotaan. Persentase operasi katarak relatif meningkat seiring dengan meningkatnya pengeluaran rumah tangga per kapita.

Persentase pemakaian kacamata pasca operasi katarak tertinggi pada kelompok umur 55 – 64 tahun (40%). Persentase perempuan yang memakai kacamata pasca operasi katarak lebih tinggi dari pada laki-laki. Semakin rendah pendidikan semakin banyak yang

yang memakai kacamata pasca operasi katarak, di perdesaan lebih tinggi dari pada perkotaan, dan proporsi tertinggi pada kelompok dengan jenis pekerjaan sebagai wiraswasta (40,0%). Persentase operasi katarak meningkat seiring dengan peningkatan pengeluaran RT per kapita. Tidak ada pola yang tertentu tentang Persentase pemakaian kacamata pasca operasi katarak di semua tingkat pengeluaran RT per kapita.

3.5.3. Kesehatan Gigi

Untuk mencapai target pencapaian pelayanan kesehatan gigi 2010, telah dilakukan berbagai program, baik promotif, preventif, protektif, kuratif maupun rehabilitatif. Berbagai indikator dan target telah ditentukan WHO, antara lain anak umur 5 tahun 90% bebas karies, anak umur 12 tahun mempunyai tingkat keparahan kerusakan gigi (indeks DMF-T) sebesar 1 (satu) gigi; penduduk umur 18 tahun bebas gigi yang dicabut (komponen M=0); penduduk umur 35-44 tahun memiliki minimal 20 gigi berfungsi sebesar 90%, dan penduduk umur 35-44 tanpa gigi (*edentulous*) $\leq 2\%$; penduduk umur 65 tahun ke atas masih mempunyai gigi berfungsi sebesar 75% dan penduduk tanpa gigi $\leq 5\%$. (WHO, 1995)

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	% <i>dentally Fit</i>	% keluhan	% 20 gigi berfungsi
% <i>caries free</i> 5th	<i>Expected incidence</i>	PTI	% <i>dentally fit</i>	% <i>edentulous</i>
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 menempatkan 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, dan jenis perawatan yang diterima dari tenaga medis gigi, dan perilaku pemeliharaan kesehatan gigi. Sedangkan pertanyaan tentang perilaku pemeliharaan kesehatan/kebersihan gigi ditanyakan kepada masyarakat yang berumur 10 tahun ke atas.

Penilaian dan pemeriksaan status kesehatan gigi-mulut dilakukan oleh pengumpul data dengan latar belakang yang bervariasi. Pemeriksaan ini dilakukan pada kelompok umur 12 tahun keatas dengan cara observasi (hanya yang terlihat) menggunakan instrumen genggam (kaca mulut) dengan bantuan penerangan senter. Penilaian untuk kebutuhan perawatan penyakit periodontal *Community Periodontal Index Treatment Need (CPITN)* tidak dilakukan, karena untuk penilaian CPITN ini diperlukan alat (*hand instrument*)

yang spesifik. Analisis untuk *dentally fit* tidak bisa dilakukan, karena pemeriksaan perlu menggunakan instrumen genggam lengkap.

Tabel 3.5.3.1
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Bermasalah gigi mulut	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Pandeglang	29,4	19,6	0,6
Lebak	18,2	18,1	0,2
Tangerang	25,3	34,3	0,2
Serang	21,6	20,4	1,1
Kota Tangerang	15,3	36,9	0,2
Kota Cilegon	26,4	35,6	0,8
Banten	22,6	28,2	0,4

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

Tabel 3.5.3.1 menggambarkan prevalensi penduduk dengan masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi dalam 12 bulan terakhir menurut provinsi.

Sebesar 22,6% penduduk mempunyai masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir diantaranya 28,2% menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi, dan terdapat 0,4% penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi aslinya. Empat kabupaten/kota dengan prevalensi masalah gigi-mulut tertinggi, yaitu Kabupaten Pandeglang (29,4%), Kota Cilegon (26,4%), Kabupaten Tangerang (25,3%), dan Kabupaten Serang (21,6%). Kabupaten/kota dengan prevalensi masalah gigi-mulut terendah adalah Kota Tangerang (15,3%) dan Kabupaten Lebak (18,2%).

Dari yang mengalami masalah gigi-mulut di Provinsi Banten, persentase yang menerima perawatan/pengobatan gigi dari tenaga kesehatan gigi tertinggi adalah penduduk Kota Tangerang (36,9%) dan terendah adalah penduduk Kabupaten Lebak (18,1%). Prevalensi penduduk yang mengalami hilang seluruh gigi asli terlihat relatif kecil 0,4%, yang tertinggi di Kabupaten Serang (1,1%) dan yang terendah di Kabupaten Lebak, Tangerang dan Kota Tangerang masing-masing (0,2%).

Tabel 3.5.3.2
Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut dalam 12 Bulan Terakhir,
menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskedas 2007

Karakteristik	Bermasalah Gimul	Menerima Perawatan dari Tenaga Medis Gigi	Hilang Seluruh Gigi Asli
Kelompok umur (tahun)			
< 1	0,0	.	
1 - 4	8,0	24,8	
5 - 9	20,7	32,7	
10 - 14	20,5	27,5	
15 - 24	19,7	22,0	
25 - 34	24,1	26,5	
35 - 44	28,2	30,4	0,1
45 - 54	29,3	31,9	0,4
55 - 64	34,6	31,8	1,9
65+	25,6	23,2	7,5
Jenis kelamin			
Laki-laki	21,4	25,8	0,5
Perempuan	23,7	30,2	0,4
Tipe daerah			
Perkotaan	21,2	33,5	0,3
Perdesaan	24,2	22,5	0,6
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	22,0	22,0	0,5
Kuintil 2	22,0	22,0	0,4
Kuintil 3	22,6	24,7	0,3
Kuintil 4	22,8	33,3	0,6
Kuintil 5	24,5	38,4	0,4

Tabel 3.5.3.2 menunjukkan bahwa prevalensi masalah gigi-mulut bervariasi menurut karakteristik. Prevalensi masalah gigi-mulut dan kehilangan gigi asli relatif menunjukkan kecenderungan meningkat menurut umur. Semakin tinggi umur, semakin meningkat prevalensi masalah gigi-mulut, tetapi pada kelompok umur 65 tahun ke atas prevalensi masalah gigi-mulut menurun kembali. Pada kelompok umur 35-44 tahun sudah ditemukan 0,1% hilang seluruh gigi asli, pada kelompok umur 55 - 64 tahun meningkat dengan tajam (1,9%), pada umur 65 tahun keatas hilangnya seluruh gigi mencapai 7,5% atau masih di atas target WHO 2010 ($\leq 5\%$). Sedangkan yang menerima perawatan/pengobatan gigi tidak menunjukkan pola yang jelas menurut umur.

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

Prevalensi penduduk bermasalah gigi-mulut dan kehilangan seluruh gigi ini tidak menunjukkan pola tertentu berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Namun dalam hal perawatan/pengobatan gigi, tampak ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin besar persentase penduduk yang menerima perawatan/pengobatan gigi.

Tabel 3.5.3.3
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut
Jenis Perawatan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis Perawatan Gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah Gigi	Pemasangan Protosa/ Bridge	Konseling Perawatan/ Kebersihan Gigi	Lainnya
Pandeglang	91,2	21,1	1,8	6,2	1,8
Lebak	86,1	40,3		18,1	5,6
Tangerang	82,0	45,8	1,6	12,9	1,5
Serang	98,6	25,3	1,4	17,1	4,1
Kota Tangerang	88,3	43,5	7,1	13,6	0,7
Kota Cilegon	86,2	40,4	1,8	5,3	3,4
Banten	86,6	39,5	2,3	12,8	2,1

Tabel 3.5.3.3 menggambarkan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut provinsi. Jenis perawatan yang paling banyak diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut, adalah 'pengobatan' (86,6%), disusul 'penambalan/pencabutan/bedah gigi' (39,5%), dan konseling perawatan/ kebersihan gigi (12,8%). Sedangkan pemasangan gigi tiruan lepasan atau gigi tiruan cekat relatif sedikit hanya 2,3%

Persentase pengobatan paling tinggi di Kabupaten Serang (98,6%), dan terendah di Kabupaten Tangerang (82,0%), persentase penambalan/pencabutan/bedah gigi tertinggi di Kabupaten Tangerang (45,8%) dan terendah di Pandeglang (21,1%). Kesadaran untuk melakukan konseling relatif rendah di semua kabupaten/kota dengan kisaran antara 5,3% - 18,1%. Persentase pemasangan gigi tiruan lepas/cekat terlihat juga rendah dengan kisaran antara 1,4% – 7,1%.

Tabel 3.5.3.4
Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut
Jenis Perawatan dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten,
Riskedas 2007

Karakteristik	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah gigi	Pemasangan Gigi palsu Lepasan atau Gigi palsu cekat	Konseling Perawatan/ Kebersihan gigi	Lain nya
Kelompok umur (tahun)					
< 1					
1 - 4	100,0	7,7		26,9	15,4
5 - 9	87,5	40,9		7,1	2,4
12 - 14	89,9	45,9	0,9	20,9	
15 - 24	87,9	28,0	0,8	10,6	2,3
25 - 34	90,9	37,1	4,3	8,6	0,5
35 - 44	80,8	47,9	1,8	12,3	0,9
45 - 54	90,6	36,5	1,9	15,7	4,4
55 - 64	85,3	43,8	7,3	16,7	1,0
65 +	60,5	44,7	2,6	13,2	2,6
Jenis kelamin					
Laki-laki	86,1	40,5	2,8	15,9	1,5
Perempuan	87,1	38,8	2,1	10,7	2,4
Tipe daerah					
Perkotaan	84,1	46,4	3,1	14,6	1,8
Perdesaan	90,7	28,4	1,0	10,5	2,4
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	91,4	28,0		8,6	1,9
Kuintil 2	91,4	29,8	1,2	9,3	0,6
Kuintil 3	89,8	28,9	1,1	10,2	2,2
Kuintil 4	89,4	47,6	5,1	12,6	1,2
Kuintil 5	77,7	50,0	2,5	19,7	3,5

Tabel 3.5.3.4 menjelaskan jenis perawatan yang diterima penduduk yang mengalami masalah gigi-mulut dalam 12 bulan terakhir menurut karakteristik responden

Tabel di atas menunjukkan tidak ada pola tertentu pada semua jenis perawatan gigi yang diterima penduduk menurut kelompok umur. Pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat sudah ditemui pada kelompok usia sekolah, namun persentase tertinggi pada kelompok umur 55-64 tahun. Jenis perawatan pencabutan/penambalan/bedah gigi atau mulut sudah ditemukan pada kelompok umur 1-4 tahun.

Tidak ada perbedaan persentase pemanfaatan jenis perawatan gigi antara laki-laki dan perempuan. Menurut tipe daerah, jenis perawatan penambalan/pencabutan gigi/bedah gigi dan konseling perawatan gigi lebih tinggi di perkotaan, sedangkan pengobatan lebih tinggi di perdesaan. Tampak persentase penduduk yang mendapatkan jenis perawatan bervariasi pada tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin tinggi persentase penduduk yang melakukan penambalan/pencabutan gigi/bedah gigi, pemasangan gigi tiruan lepasan/gigi tiruan cekat, dan melakukan konseling perawatan gigi. Sebaliknya untuk pengobatan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, yang melakukan pengobatan cenderung menurun.

Tabel 3.5.3.5
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Gosok gigi setiap hari	Waktu menggosok gigi				Lain nya
		Saat mandi pagi/sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	
Pandeglang	92,3	97,5	97,5	9,9	14,5	6,2
Lebak	91,7	96,9	96,9	17,4	7,1	1,0
Tangerang	96,6	96,2	96,2	19,9	36,9	2,9
Serang	91,0	94,1	94,1	29,1	20,3	3,0
Kota Tangerang	99,3	95,0	95,0	35,6	30,4	1,0
Kota Cilegon	96,2	92,7	92,7	19,6	32,6	4,8
Banten	94,8	95,7	95,7	22,9	26,6	2,8

Tabel 3.5.3.5 menunjukkan sebagian besar (94,8%) penduduk umur 10 tahun ke atas mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari. Dari mereka yang menggosok gigi setiap hari, sebagian besar dilakukan pada saat mandi pagi dan atau sore (95,7%). Persentase yang melakukannya pada saat setelah makan pagi juga tinggi (95,7%), namun yang menggosok gigi sebelum tidur malam hari hanya sedikit (26,6%).

Persentase tertinggi dalam hal kebiasaan menggosok gigi setiap hari, ditemukan di Kota Tangerang yaitu 99,3%, dan yang terendah di Kabupaten Serang (91,0%). Kabupaten dengan persentase tinggi menggosok gigi saat setelah makan pagi adalah Kabupaten Pandeglang (97,5%), dan yang terendah di Kota Cilegon (92,7%). Sedangkan kabupaten dengan persentase tertinggi menggosok gigi sebelum tidur malam adalah Kabupaten Tangerang (36,9%), dan yang terendah Kabupaten Lebak (7,1%).

Tabel 3.5.3.6
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Berperilaku Benar Menyikat Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gosok gigi setiap hari	Waktu menggosok gigi				
		Saat mandi pagi/sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lain nya
Kelompok umur (tahun)						
10 – 14	95,1	96,5	7,2	19,0	19,4	1,3
15 – 24	98,3	96,2	9,0	23,5	28,3	3,2
25 – 34	98,4	95,8	9,8	24,6	30,1	2,4
35 – 44	97,2	96,6	8,8	21,7	30,5	3,2
45 – 54	93,8	95,4	9,8	24,4	24,0	2,9
55 – 64	85,1	91,8	9,6	27,5	22,9	3,5
65+	68,4	91,7	6,2	17,7	14,3	4,8
Jenis Kelamin						
Laki-laki	93,7	95,3	8,4	23,2	22,5	2,4
Perempuan	95,9	96,1	9,4	22,7	30,2	3,1
Tipe daerah						
Perkotaan	97,1	96,2	10,9	25,6	36,3	2,6
Perdesaan	91,9	95,1	6,3	19,3	13,6	3,0
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil-1	91,8	94,9	5,0	18,7	12,6	2,9
Kuintil-2	93,8	95,5	7,7	20,2	18,5	2,2
Kuintil-3	95,2	95,4	8,9	24,2	24,6	3,2
Kuintil-4	95,8	96,4	10,3	24,6	32,5	2,4
Kuintil-5	97,1	96,1	12,4	26,8	42,2	3,2

Perilaku penduduk dalam menggosok gigi menunjukkan variasi menurut karakteristik. Menurut umur, persentase penduduk yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari tidak menunjukkan pola tertentu. Namun pada umur 25 tahun ke atas kebiasaan menggosok gigi setiap hari tampak menurun. Sedangkan menurut jenis kelamin tidak menunjukkan perbedaan yang mencolok, kecuali pada kebiasaan menggosok gigi sebelum tidur lebih tinggi pada perempuan.

Menurut tipe daerah, persentase penduduk menggosok gigi setiap hari pada semua jenis waktu lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi penduduk yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi pada berbagai jenis waktu gosok gigi. Persentase penduduk menggosok gigi saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.5.3.7
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar
Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
Pandeglang	1,9	98,1
Lebak	2,2	97,8
Tangerang	4,8	95,2
Serang	6,6	93,4
Kota Tangerang	6,4	93,6
Kota Cilegon	5,2	94,8
Banten	4,8	95,2

Tabel 3.5.3.7 menyajikan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam menggosok gigi. Dikategorikan berperilaku benar dalam menggosok gigi bila seseorang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari dengan cara/ pada waktu yang benar, yaitu dilakukan pada saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam. Tampak bahwa di Provinsi Banten, persentase penduduk yang berperilaku benar menggosok gigi masih sangat rendah, yaitu 4,8%. Kabupaten dengan persentase penduduk tertinggi dalam berperilaku benar menggosok gigi adalah Kabupaten Serang (6,6%), dan terendah di Kabupaten Pandeglang (1,9%).

Tabel 3.5.3.8
Persentase Penduduk Sepuluh Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar
Menggosok Gigi menurut Karakteristik di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
Kelompok umur (tahun)		
10 – 14	3,5	96,5
15 – 24	5,1	94,9
25 – 34	5,9	94,1
35 – 44	4,8	95,2
45 – 54	4,9	95,1
55 – 64	5,0	95,0
65+	1,4	98,6
Jenis kelamin		
Laki-laki	4,0	96,0
Perempuan	5,5	94,5
Tipe daerah		
Perkotaan	6,1	93,9
Perdesaan	3,2	96,8
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	1,9	98,1
Kuintil 2	3,6	96,4
Kuintil 3	4,5	95,5
Kuintil 4	6,0	94,0
Kuintil 5	7,9	92,1

Catatan :

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

Perilaku benar menggosok gigi menunjukkan bervariasi menurut karakteristik. Menurut umur tidak ada pola tertentu pada persentase penduduk berperilaku benar dalam menggosok gigi. Namun menurut jenis kelamin, persentase perilaku benar dalam menggosok gigi lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Begitu pula menurut tipe daerah, persentase penduduk berperilaku benar menggosok gigi lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan.

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

Tabel 3.5.3.9
Komponen D, M, F dan Index DMF-T menurut Kabupaten/Kota,
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T (X)
Pandeglang	0,8	2,6	0,0	3,5
Lebak	1,1	2,1	0,0	3,3
Tangerang	0,7	2,4	0,1	3,1
Serang	0,6	3,4	0,0	4,0
Kota Tangerang	1,3	1,3	0,0	2,2
Kota Cilegon	0,8	2,2	0,0	3,2
Banten	0,8	2,4	0,0	3,1

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 3.5.3.9 menunjukkan indeks DMF-T di Provinsi Banten sebesar 3,1. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk Indonesia tiga gigi per orang. Komponen yang terbesar adalah gigi dicabut/M-T sebesar 2,4, dapat dikatakan rata-rata penduduk Indonesia mempunyai 2 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan. Di Provinsi Banten, DMF-T tertinggi didapatkan di Kabupaten Serang yaitu sebesar 4,0, dan yang terendah di Kota Tangerang yaitu 2,2.

Tabel 3.5.3.10
Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Karakteristik di Provinsi
Banten Riskesdas 2007

Karakteristik	D-T (X)	M-T (X)	F-T (X)	Index DMF-T
Kelompok umur (tahun)				
12	0,3	0,1	0,0	0,5
15	0,4	0,2	0,0	0,7
18	0,6	0,3	0,0	1,1
35 – 44	1,0	1,8	0,0	3,0
65 +	1,2	13,1	0,1	14,5
Jenis kelamin				
Laki-laki	0,8	2,3	0,0	3,1
Perempuan	0,9	2,4	0,0	3,2
Tipe daerah				
Perkotaan	0,8	2,1	0,0	2,8
Perdesaan	0,8	2,7	0,0	3,6
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil-1	0,9	2,6	0,0	3,4
Kuintil-2	0,8	2,5	0,0	3,2
Kuintil-3	0,9	2,3	0,0	3,1
Kuintil-4	0,8	2,4	0,1	3,2
Kuintil-5	0,8	2,1	0,1	2,9

D-T: Rata-rata jumlah gigi berlubang per orang

M-T: Rata-rata jumlah gigi dicabut/indikasi pencabutan

F-T : Rata-rata jumlah gigi ditumpat

DMF-T: Rata-rata jumlah kerusakan gigi per orang (baik yang masih berupa karies, dicabut maupun ditumpat)

Indeks DMF-T menurut umur menunjukkan jumlah kerusakan gigi meningkat seiring dengan peningkatan umur. Pada kelompok umur 35-44 tahun DMF-T meningkat tajam menjadi 3,0 atau lebih dari dua kali kelompok umur yang lebih muda, bahkan pada kelompok umur di atas 65 tahun DMF-T sudah menjadi 14,5, yang berarti kerusakan gigi rata-rata 15 buah per orang. Komponen yang terbesar adalah M-T (rata-rata gigi dicabut) sebesar 13,1 gigi per orang. DMF-T lebih tinggi pada perempuan dan di perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, DMF-T relatif lebih rendah pada kelompok penduduk dengan tingkat pengeluaran rumah tangga yang lebih tinggi (kuintil-5). (Tabel 3.5.3.10)

Tabel 3.5.3.11
Prevalensi Karies Aktif Dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun
Keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Karies aktif	Pengalaman karies
Pandeglang	38,8	60,0
Lebak	43,6	64,3
Tangerang	34,7	64,7
Serang	30,9	60,5
Kota Tangerang	43,3	54,1
Kota Cilegon	38,7	60,8
Banten	37,3	61,2

Tabel 3.5.3.11 menyajikan prevalensi karies aktif dan pengalaman karies penduduk umur 12 tahun ke atas menurut kabupaten/kota. Dikategorikan karies aktif bila memiliki indeks D-T >0 atau karies yang belum tertangani dan mempunyai pengalaman karies bila indeks DMF-T >0. Prevalensi karies aktif di Provinsi Banten sebesar 37,3% dan yang mempunyai pengalaman karies sebesar 61,2%. Kabupaten dengan prevalensi karies aktif tertinggi adalah Kabupaten Lebak (43,6%); sedangkan prevalensi pengalaman karies pada umumnya di atas 50% dan tertinggi di Kabupaten Tangerang (64,7%).

Tabel 3.5.3.12
Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies menurut
Karakteristik di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Karies aktif	Pengalaman karies
Kelompok umur (tahun)		
12	17,9	22,0
15	25,0	34,8
18	32,9	41,9
35 – 44	46,7	75,0
65 +	34,4	94,7
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	37,3	59,8
Perempuan	37,4	62,4
Tipe daerah		
Perkotaan	36,6	60,7
Perdesaan	38,3	61,8
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	36,2	59,9
Kuintil-2	36,8	60,0
Kuintil-3	38,0	61,3
Kuintil-4	38,4	63,8
Kuintil-5	37,2	61,9

Catatan :

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

Prevalensi karies aktif dan pengalaman karies menunjukkan variasi menurut karakteristik, seperti tersaji pada Tabel 3.5.3.12.

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

Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin besar penduduk yang mempunyai karies aktif maupun penduduk dengan pengalaman karies.

Tabel 3.5.3.13
Required Treatment Index (RTI dan Performed Treatment Index (PTI)
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RTI= (D/DMF-T) x100%	PTI= (F/DMF-T) x100%	MTI (M/DMF-T) x100%
Pandeglang	23,7	0,3	76,0
Lebak	33,3	1,1	65,6
Tangerang	21,3	2,8	75,9
Serang	15,4	0,5	84,1
Kota Tangerang	50,0	1,5	48,5
Kota Cilegon	26,2	1,6	72,2
Banten	25,8	1,5	72,7

Dari tabel di atas tampak PTI (motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap) sangat rendah hanya 1,5%, sedangkan RTI (besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan) sebesar 25,8. Terdapat 3 kabupaten/ kota yang angka RTI-nya diatas rerata provinsi yaitu Kota Tangerang, Kabupaten Lebak dan Kota Cilegon, dan 3 kabupaten/kota yang mempunyai nilai PTI di bawah rerata provinsi yaitu Kabupaten Pandeglang, Serang dan Lebak.

Tabel 3.5.3.14
Required Treatment Index (RTI) dan Performed Treatment Index (PTI)
menurut Karakteristik di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	RTI= (D/DMF-)X100%	PTI= (F/DMFT)X100%	MTI (M/DMF-T)X100%
Kelompok umur (tahun)			
12	73,2	0,1	26,6
15	68,0	1,8	30,2
18	62,9	2,9	34,2
35 – 44	34,7	2,7	62,6
65 +	8,3	1,1	90,6
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	25,6	1,2	73,2
Perempuan	25,9	1,9	72,2
Tipe daerah			
Perkotaan	27,5	2,3	70,2
Perdesaan	23,9	0,7	75,4
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	24,4	0,8	74,8
Kuintil-2	25,2	0,7	74,1
Kuintil-3	26,7	1,0	72,3
Kuintil-4	25,9	2,0	72,1
Kuintil-5	26,1	3,3	70,5
Banten	25,6	1,6	72,8

Catatan:

- *Performed Treatment Index (PTI)* merupakan angka persentase dari jumlah gigi tetap yang ditumpat terhadap angka DMF-T. PTI menggambarkan motivasi dari seseorang untuk menempatkan 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 3.5.3.14). Menurut umur, mulai umur 15 tahun nilai RTI cenderung menurun seiring meningkatnya umur. Sedangkan nilai PTI meningkat tinggi sampai umur 18 tahun, namun menurun pada umur yang lebih lanjut. Menurut jenis kelamin, RTI pada laki-laki dan perempuan relatif sama, namun PTI sedikit lebih tinggi pada perempuan.

Nilai RTI dan PTI di perkotaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perdesaan,. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga semakin tinggi pula nilai PTI, namun nilai RTI tidak ada pola tertentu dan relatif sama di tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Berarti semakin tinggi status ekonomi semakin baik motivasi penduduk untuk merawat kesehatan giginya.

Tabel 3.5.3.15
Persentase Penduduk umur 12 Tahun Keatas dengan Fungsi Normal Gigi ,
***Edentulous*, Pemakai Protesa menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten,**
Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Fungsi normal gigi	<i>Edentulous</i>	Pemakai Protesa
Pandeglang	94,1	0,9	1,8
Lebak	97,0	0,3	
Tangerang	95,3	0,2	1,6
Serang	91,7	1,4	1,4
Kota Tangerang	98,4	0,2	7,1
Kota Cilegon	95,2	1,1	1,8
Banten	95,4	0,5	2,3

Tabel 3.5.3.15 menunjukkan bahwa penduduk umur 12 tahun ke atas di Provinsi Banten yang mempunyai fungsi gigi normal (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi) adalah sebesar 95,4%. Prevalensi penduduk yang kehilangan semua gigi (*edentulous*) 0,5%, dan prevalensi penduduk yang menggunakan gigi palsu (*protesa*) 2,3%.

Dari 6 kabupaten/kota di Provinsi Banten, kabupaten yang mempunyai prevalensi fungsi gigi normal tertinggi dan prevalensi penduduk yang menggunakan gigi palsu (*protesa*) tertinggi adalah Kota Tangerang masing-masing 98,4% dan 7,1%, sedangkan prevalensi penduduk yang kehilangan semua gigi (*edentulous*) tertinggi di Kabupaten Serang (1,4%).

Tabel 3.5.3.16
Persentase Penduduk Umur 12 Tahun Keatas dengan Fungsi Normal Gigi ,
***Edentulous* , Pemakai Protesa menurut Karakteristik di Provinsi Banten,**
Rikesdas 2007

Karakteristik	Fungsi normal gigi	<i>Edentulous</i>	Pemakai Protesa
Kelompok umur (tahun)			
12	100,0	0,0	0,0
15	99,7	0,0	0,0
18	99,7	0,0	0,0
35 – 44	98,5	0,1	1,8
65 +	57,2	7,5	2,6
Jenis kelamin			
Laki-laki	95,4	0,6	2,8
Perempuan	95,3	0,5	2,1
Tipe daerah			
Perkotaan	96,1	0,3	3,1
Perdesaan	94,3	0,9	1,0
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil-1	94,5	0,7	
Kuintil-2	94,9	0,5	1,2
Kuintil-3	95,2	0,4	1,1
Kuintil-4	95,4	0,7	5,1
Kuintil-5	96,5	0,5	2,5

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

Edentulous= orang tanpa gigi

Orang dengan preotesa = orang yang memakai protesa

Tabel 3.5.3.16 menunjukkan bahwa Persentase fungsi gigi normal menurun dengan bertambahnya umur, namun Persentase *edentulous* dan Persentase penduduk yang menggunakan gigi palsu (*protesa*) meningkat. Persentase penduduk yang kehilangan semua gigi (*edentulous*) dan prevalensi penduduk yang menggunakan gigi palsu (*protesa*) tertinggi pada umur di atas 65 tahun (7,5% dan 2,6%).

Prevalensi penduduk yang mempunyai fungsi gigi normal, prevalensi penduduk yang kehilangan semua gigi (*edentulous*) dan prevalensi penduduk yang menggunakan gigi palsu (*protesa*) hampir sama, sedikit lebih tinggi pada laki-laki. Prevalensi penduduk yang mempunyai fungsi gigi normal, dan prevalensi penduduk yang menggunakan gigi palsu (*protesa*) lebih tinggi di perkotaan (96,1% dan 3,1%). Prevalensi penduduk yang kehilangan semua gigi (*edentulous*) lebih tinggi di perdesaan (0,9%).

Berdasarkan pengeluaran rumah tangga per kapita tidak tampak adanya pola tertentu tentang prevalensi fungsi gigi normal, kehilangan semua gigi (*edentulous*), maupun prevalensi responden yang menggunakan gigi palsu (*protesa*).

3.5.4 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 3.5.4.1 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 3.5.4.1
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut Kabupaten/kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Gangguan Mental Emosional (%)
Pandeglang	10,9
Lebak	7,1
Tangerang	14,6
Serang	10,5
Kota Tangerang	7,9
Kota Cilegon	16,9
Banten	11,5

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

Dari tabel 3.5.4.1 terlihat prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur ≥ 15 tahun di Provinsi Banten sama dengan prevalensi nasional (11,6%). Di antara kabupaten/kota, prevalensi tertinggi di Kabupaten Kota Cilegon (16,9%) diikuti Kabupaten Tangerang (14,6%) lebih tinggi dari prevalensi nasional. Hasil SKRT yang dilakukan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes tahun 1995, menunjukkan 140 dari 1000 Anggota Rumah Tangga yang berusia ≥ 15 tahun mengalami gangguan mental emosional. SKRT 1995 juga menggunakan SRQ sebagai alat ukur.

Dari tabel di bawah ini (Tabel 3.5.4.2), terlihat prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan pertambahan umur. Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional antara lain perempuan, pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di desa dan tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga rendah.

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

Tabel 3.5.4.2
Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun
Ke Atas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)* menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Gangguan mental emosional (%)
Kelompok umur (tahun)	
15-24	10,6
25-34	9,8
35-44	9,4
45-54	12,2
55-64	15,9
65-74	20,8
75+	30,7
Jenis kelamin	
Laki-laki	9,1
Perempuan	13,5
Pendidikan	
Tidak sekolah	19,2
Tidak tamat SD	16,9
Tamat SD	11,1
Tamat SMP	9,2
Tamat SMA	7,7
Tamat PT	6,2
Pekerjaan	
Tidak kerja	16,9
Sekolah	8,0
Ibu Rumah Tangga	13,4
Pegawai	6,9
Wiraswasta	10,2
Petani/nelayan/buruh	10,6
Lainnya	11,2
Tipe daerah	
Perkotaan	10,1
Perdesaan	13,2
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	13,6
Kuintil 2	14,2
Kuintil 3	10,4
Kuintil 4	10,7
Kuintil 5	9,4

3.6. CEDERA DAN DISABILITAS

3.6.1 Cedera

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

Tabel 3.6.1.1

Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi Udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Pandeglang	9,5	37,2	0,0	0,5	46,3	22,9	0,5	0,5	2,7	0,0	0,5	2,7	0,5	0,0	0,0	2,7
Tangerang	8,1	41,7	0,6	1,7	50,6	8,3	1,1	0,0	1,1	0,0	0,0	1,1	0,6	0,0	0,6	1,1
Lebak	14,0	24,5	0,2	0,3	74,2	12,3	2,9	0,0	1,9	0,0	0,2	1,9	0,8	0,0	0,2	11,8
Serang	3,7	45,5	0,0	0,0	41,3	13,2	0,8	0,0	2,5	0,8	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	13,2
Kota Tangerang	4,9	30,8	0,0	0,8	62,1	4,5	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	4,5
Kota Cilegon	13,4	29,3	0,0	1,2	62,7	6,1	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	2,4
Banten	9,2	30,3	0,2	0,6	64,1	12,2	1,9	0,1	1,8	0,1	0,2	1,8	0,6	0,0	0,2	9,3

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

Karakteristik	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Ke celakaan transportasi Udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Kelompok umur (tahun)																
< 1	2,4	3,4	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1—4	10,6	18,9	0,0	0,0	92,4	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	1,4	11,0
5 – 14	11,6	49,7	0,0	0,2	84,9	7,0	1,1	0,2	0,2	0,0	0,4	0,7	0,2	0,0	0,0	9,9
15 – 24	11,6	44,9	0,0	0,8	46,9	15,6	3,1	0,0	1,7	0,0	0,3	2,0	0,0	0,0	0,0	5,4
25 – 34	8,4	35,9	0,8	0,0	49,8	14,8	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0	0,8	1,2	0,0	0,0	9,0
35 – 44	6,6	31,5	0,0	0,6	47,1	21,2	1,8	0,0	6,5	0,6	0,0	0,6	1,8	0,0	0,0	8,2
45 – 54	6,5	12,5	0,0	2,7	46,8	14,4	0,9	0,0	3,6	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	10,8
55 – 64	6,4	9,8	0,0	0,0	66,1	19,6	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5
65 – 74	10,7	8,0	2,0	2,0	70,6	11,8	11,8	0,0	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	5,9
75+	6,7	16,7	0,0	0,0	90,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1
Pendidikan																
Tidak sekolah	7,6	14,5	1,3	1,3	68,4	22,1	3,9	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	2,6
Tidak tamat SD	11,0	22,7	0,0	0,9	68,5	16,8	1,7	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,2
Tamat SD	9,3	36,1	0,5	0,0	55,6	16,0	3,5	0,0	2,7	0,0	0,8	0,0	0,8	0,0	0,0	8,2
Tamat SMP	8,4	54,4	0,0	0,5	45,9	12,4	2,6	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7
Tamat SMA	7,9	50,0	0,0	1,5	39,5	11,5	2,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	5,0
Tamat PT	4,3	39,3	0,0	0,0	63,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,5

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

* Kolom penyebab cedera usaha bunuh diri dihilangkan karena tidak ada kasus.

Tabel 3.6.1.2 (lanjutan)

Karakteristik	Cedera	Kecelakaan transportasi di darat	Kecelakaan transportasi laut	Kecelakaan transportasi Udara	Jatuh	Terluka benda tajam/tumpul	Penyerangan	Ditembak dengan senjata api	Kontak dengan bahan beracun	Bencana alam	Tenggelam	Mesin elektrik, radiasi	Terbakar/terkurung asap	Asfiksia	Komplikasi tindakan medis	Lainnya
Pekerjaan																
Tidak bekerja	11,6	36,0	0,5	0,5	55,7	11,3	1,5	0,0	1,5	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,5	5,9
Sekolah	10,5	26,3	0,0	0,0	73,9	9,6	2,7	0,0	2,7	0,0	1,5	1,5	0,0	0,0	0,0	11,5
Mengurus RT	5,1	14,2	0,0	1,9	59,3	21,0	3,1	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	7,4
Pegawai	11,6	55,7	0,0	0,0	50,6	9,6	1,8	0,0	1,8	0,6	3,0	3,0	1,8	0,0	0,0	9,6
Wiraswasta	9,5	46,5	1,6	0,0	41,7	14,3	2,4	0,0	2,4	0,0	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0	8,7
Petani/Nelayan / Buruh	10,0	41,9	0,0	1,1	47,0	22,6	3,4	0,0	3,4	0,0	1,1	1,1	0,4	0,0	0,0	7,9
Lainnya	8,3	37,9	0,0	0,0	55,2	17,2	3,4	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	24,1
Jenis kelamin																
Laki-laki	11,3	36,9	0,2	0,4	59,6	12,0	2,0	0,1	2,0	0,1	0,1	1,4	0,7	0,0	0,3	8,0
Perempuan	7,3	20,8	0,2	0,6	70,6	12,4	1,7	0,0	1,2	0,0	0,3	0,2	0,5	0,0	0,0	9,3
Tipe daerah																
Perkotaan	8,6	28,5	0,0	0,0	67,6	9,0	2,8	0,0	2,3	0,0	0,0	1,0	0,7	0,0	0,0	8,6
Perdesaan	10,1	32,1	0,4	0,4	60,4	15,4	0,9	0,1	1,0	0,1	0,4	0,8	0,4	0,0	0,4	8,6
Tingkat pengeluaran per kapita																
Kuintil 1	9,2	29,3	0,4	0,4	64,2	17,8	1,2	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,9
Kuintil 2	10,4	34,1	0,0	1,1	60,6	19,7	3,6	0,0	0,7	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	10,0
Kuintil 3	9,7	36,5	0,0	0,0	54,6	14,6	5,0	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,4
Kuintil 4	7,0	43,5	0,0	0,0	51,4	14,0	0,5	0,0	2,2	0,5	1,1	1,1	1,6	0,0	0,0	5,9
Kuintil 5	8,6	37,6	0,9	1,3	48,5	7,0	1,7	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,4	8,7

Tabel 3.6.1.1 memberikan gambaran bahwa prevalensi cedera di Provinsi Banten adalah 9,2 % di atas nilai nasional (8%). Prevalensi tertinggi terdapat pada Kabupaten Lebak (14,0%) sedangkan yang terendah terdapat pada Kabupaten Serang (3,7%). Urutan penyebab cedera terbanyak polanya sama seperti pola penyebab cedera tingkat provinsi yaitu jatuh (64,1%), kecelakaan transportasi darat (30,3%) dan terluka benda tajam/tumpul (12,2%). Persentase jatuh paling besar terdapat di Kabupaten Serang (41,3%) . Persentase kecelakaan transportasi darat terbanyak di Kabupaten Serang (45,5%) dan Persentase terluka benda tajam/tumpul paling tinggi terdapat di Kabupaten Pandeglang (22,9%) .

Dari tabel 3.6.1.2 menunjukkan bahwa Persentase cedera jatuh menurut kelompok umur balita dan lebih dari 75 tahun menduduki peringkat tertinggi, di atas 90%. Persentase penyebab cedera akibat kecelakaan transportasi darat tertinggi pada kelompok umur 5-14 tahun (49,7%) . Cedera karena penyerangan terjadi tertinggi pada di atas 65 tahun.

Tingkat pendidikan tidak tamat SD menduduki posisi pertama (11,0%) untuk prevalensi cedera dan terendah pada tingkat tamat PT (4,3%). Penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat Persentasenya tertinggi pada tingkat pendidikan tamat SMP (54,4%). Cedera penyerangan terdapat pada tingkat pendidikan tidak sekolah (3,9%).

Cedera banyak terjadi pada pekerjaan pegawai, disusul pada penduduk tidak bekerja dan petani/nelayan. Terluka karena benda tajam/ tumpul banyak terjadi pada nelayan

Prevalensi cedera berdasarkan pembagian kelompok jenis kelamin, tampak bahwa pada laki-laki lebih mendominasi (11,3%) dibandingkan dengan perempuan (7,3%). Hasil ini sesuai dengan berbagai hasil survei yang mana risiko mengalami cedera lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Berdasarkan penyebabnya juga terlihat bahwa hampir semua penyebab cedera mempunyai Persentase yang lebih tinggi pada kelompok laki-laki dibandingkan dengan perempuan kecuali pada cedera jatuh, pada perempuan lebih tinggi yaitu 70,6% dibandingkan pada laki-laki (59,6%).

Prevalensi cedera berdasarkan tipe daerah menunjukkan bahwa di perdesaan lebih besar daripada di perkotaan.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita tidak menunjukkan perbedaan besaran prevalensi cedera.

Jenis cedera menurut bagian tubuh terkena cedera

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

Tabel 3.6.1.3
Persentase Cedera Menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaen/ Kota	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Tumit dan kaki
Pandeglang	14,9	0,5	4,3	6,9	7,4	14,9	30,3	3,7	28,7	34,0
Lebak	9,6	0,0	2,2	11,2	22,3	33,7	21,8	9,6	44,7	28,3
Tangerang	10,7	0,5	1,5	5,6	9,0	16,2	22,7	3,9	53,1	24,9
Serang	14,0	0,0	2,5	11,6	11,6	9,1	19,0	6,6	25,4	37,2
Kota Tangerang	15,8	0,7	0,7	8,2	15,8	21,6	26,1	7,5	38,3	33,8
Kota Cilegon	12,2	1,2	1,2	3,7	8,4	19,3	21,7	3,7	41,0	26,8
Banten	11,9	0,5	1,9	7,0	11,1	18,0	23,3	5,0	45,3	28,2

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

Tabel 3.6.1.4
Persentase Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Karakteristik Responden
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Kelompok umur (Tahun)										
< 1	28,6	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
1—4	25,5	0,0	2,8	10,3	17,9	14,5	17,9	4,8	55,2	22,3
5 – 14	9,9	0,2	1,4	7,0	18,0	22,5	18,0	1,8	62,9	24,9
15 – 24	11,9	0,8	2,3	13,8	30,6	20,6	30,6	4,5	39,7	32,3
25 – 34	9,5	0,0	1,6	9,9	23,5	16,0	23,5	6,2	36,2	29,6
35 – 44	13,5	0,0	1,8	13,0	23,5	12,9	23,5	10,0	33,5	32,7
45 – 54	9,1	0,9	0,9	11,8	28,2	16,4	28,2	5,5	26,4	25,0
55 – 64	5,5	1,8	3,6	19,6	32,7	14,3	32,7	7,1	35,7	31,1
65 – 74	9,8	3,9	2,0	11,8	15,7	9,8	15,7	9,8	39,2	24,0
75+	0,0	0,0	9,1	27,3	9,1	18,2	9,1	9,1	63,6	16,7
Pendidikan										
Tidak sekolah	5,3	2,6	2,6	3,9	14,5	10,4	26,3	9,1	32,5	37,9
Tidak tamat SD	7,7	0,3	2,0	8,0	12,0	21,7	27,7	4,6	45,9	27,4
Tamat SD	12,0	0,3	1,9	8,4	10,3	17,9	22,3	6,5	43,2	26,7
Tamat SMP	12,8	1,5	3,1	7,7	13,3	16,4	26,2	6,2	43,1	29,9
Tamat SMA	10,0	0,0	1,5	6,0	15,5	20,0	26,6	6,0	30,5	33,6
Tamat PT	10,7	0,0	0,0	3,7	14,8	18,5	18,5	0,0	50,0	48,0

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

Tabel 3.6.1.4 (Lanjutan)

Karakteristik	Kepala	Leher	Dada	Perut, punggung, panggul	Bahu, lengan atas	Siku, lengan bawah benda tajam/tumpul	Pergelangan tangan dan tangan	Pinggul, tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Pekerjaan										
Tidak bekerja	8,9	1,0	2,0	6,9	11,8	17,2	21,7	7,4	51,2	28,1
Sekolah	7,6	0,0	1,9	5,3	11,5	24,3	20,5	2,3	56,3	24,7
Mengurus RT	8,7	0,6	2,5	8,1	8,1	6,2	31,3	5,0	34,2	25,9
Pegawai	10,8	1,8	1,8	8,4	11,4	16,8	26,5	6,0	34,3	27,1
Wiraswasta	16,7	0,8	4,7	7,1	14,3	15,7	20,5	11,1	20,5	31,5
Petani/Nelayan/ Buruh	9,0	0,0	1,5	9,4	15,4	22,2	31,2	6,0	37,2	32,0
Lainnya	24,1	0,0	0,0	0,0	17,2	34,5	24,1	0,0	41,4	13,8
Jenis kelamin										
Laki	14,1	0,5	2,6	6,8	13,3	20,8	23,6	4,9	45,7	31,0
Perempuan	8,7	0,5	0,9	7,2	7,8	14,1	23,0	5,1	44,7	24,2
Tipe daerah										
Perkotaan	12,9	0,5	1,5	6,3	12,4	19,7	21,3	5,0	48,2	26,1
Perdesaan	10,8	0,4	2,3	7,7	9,6	16,4	25,4	5,0	42,2	30,3
Tingkat pengeluaran per kapita										
Kuintil 1	12,4	0,8	2,4	8,2	14,3	21,2	31,0	6,1	39,2	30,9
Kuintil 2	9,6	0,0	1,4	6,8	11,9	13,6	28,7	2,9	42,3	29,5
Kuintil 3	11,1	0,4	1,1	8,8	12,6	24,9	21,8	8,8	44,3	27,9
Kuintil 4	12,4	0,0	2,2	5,9	10,8	19,9	19,9	5,9	45,7	28,6
Kuintil 5	9,6	1,3	3,5	7,4	11,8	13,6	24,5	4,8	35,1	21,9

Dari Tabel 3.6.1.3 menunjukkan bahwa Persentase jenis cedera menurut bagian tubuh yang terkena cedera paling banyak adalah pada bagian kaki, yaitu lutut dan tungkai bawah (45,3%) paling tinggi adalah Kabupaten Tangerang, dan tumit dan kaki (37,2%) adalah Kabupaten Serang.

Tabel 3.6.1.4 menunjukkan bahwa cedera di bagian kepala didominasi oleh kelompok < 1 yaitu sekitar 28,6%. Cedera bagian kaki banyak terjadi pada kelompok usia 1-14 tahun. Demikian pula pada kelompok umur ini, kejadian cedera banyak terjadi pada bagian tangan dan kepala. Khusus bagian kepala, banyak terjadi juga pada kelompok usia 35-44 tahun. Bagian lutut dan tungkai bawah paling tinggi terjadi pada usia 75 tahun ke atas.

Berdasarkan tingkat pendidikan, tidak terlihat variasi yang menonjol. Berdasarkan pekerjaan, kelompok anak sekolah mendominasi cedera lutut (56,3%) dan siku (24,3%). Berdasarkan jenis kelamin tampak terlihat bahwa tiga urutan terbanyak bagian tubuh yang mengalami cedera pada laki-laki lebih tinggi dari perempuan, yaitu pada bagian adalah kaki/tumit (31,0%) dan siku (20,8%). Persentase bagian tubuh yang terkena cedera menurut tipe daerah tidak menunjukkan perbedaan yang berarti.

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tidak ada pola yang jelas untuk bagian tubuh yang terkena cedera kuintil 1 sampai dengan kuintil 5 terlihat hampir seimbang. Hanya cedera bagian leher dan dada lebih banyak terjadi pada kuintil 5, sedangkan cedera bagian pergelangan tangan dan tangan, tumit dan kaki, serta bagian bahu, lengan atas lebih banyak terjadi pada kuintil 1.

Tabel 3.6.1.5
Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten,
Riskesmas 2007

Kabupaten /Kota	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Pandeglang	45,2	51,6	26,6	4,3	21,8	4,8	0,5	2,7	2,1
Lebak	65,0	60,0	16,1	1,1	25,6	8,9	0,0	1,1	0,6
Tangerang	46,7	61,1	23,0	2,4	24,8	3,6	0,3	0,0	2,1
Serang	47,1	47,5	22,1	1,7	34,4	6,6	0,8	0,0	4,1
Kota Tangerang	36,6	64,2	19,5	0,7	15,0	3,7	0,0	0,0	1,5
Kota Cilegon	34,1	65,1	20,7	1,2	22,9	2,4	1,2	0,0	2,4
Banten	47,1	59,3	22,2	2,2	24,4	4,5	0,4	0,4	2,1

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

Tabel 3.6.1.6
Persentase Jenis Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten,
Risikesdas 2007

Karakteristik	Benturan	Luka lecet	Luka terbuka	Luka bakar	Terkilir, teregang	Patah tulang	Anggota gerak terputus	Keracunan	Lainnya
Kelompok umur (tahun)									
< 1	37,5	14,3	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	53,1	66,9	15,2	2,8	21,4	0,0	0,0	0,0	1,4
5 – 14	45,5	77,9	23,0	2,0	19,8	2,3	0,2	0,2	0,7
15 – 24	43,6	61,2	29,9	2,0	22,6	5,1	0,0	0,0	0,8
25 – 34	48,4	52,9	16,0	2,0	23,0	4,9	0,0	1,2	3,3
35 – 44	47,1	42,4	27,1	4,7	34,7	8,3	0,0	1,2	3,5
45 – 54	44,1	39,6	18,9	1,8	28,8	8,1	0,0	0,0	3,6
55 – 64	50,0	46,4	14,3	0,0	37,5	8,9	0,0	0,0	1,8
65 – 74	64,7	19,6	17,6	0,0	35,3	9,8	0,0	2,0	11,8
75+	72,7	27,3	0,0	0,0	18,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Jenis kelamin									
Laki-laki	49,1	60,5	25,7	2,3	25,2	5,8	0,0	0,4	2,1
Perempuan	44,3	57,4	17,0	2,0	23,1	2,8	0,2	0,5	2,0
Pendidikan									
Tidak sekolah	49,4	39,5	14,5	0,0	31,6	2,6	0,0	1,3	6,6
Tidak tamat SD	46,0	66,2	17,9	2,0	26,1	3,4	0,3	0,9	3,4
Tamat SD	50,5	54,3	26,6	3,5	28,0	6,8	0,0	0,3	1,4
Tamat SMP	48,2	58,2	27,8	2,6	26,2	3,6	0,0	0,0	1,0
Tamat SMA	44,0	49,0	24,0	1,0	22,5	7,5	0,0	0,0	2,0
Tamat PT	47,1	56,4	22,8	2,5	26,2	5,7	0,1	0,4	2,3
Pekerjaan									
Tidak bekerja	49,8	51,0	23,2	0,5	29,2	8,4	0,0	0,5	2,5
Sekolah	45,0	76,8	25,6	3,4	19,5	2,3	0,4	0,4	0,4
Mengurus RT	45,7	45,1	12,3	1,9	23,3	4,3	0,0	0,6	2,5
Pegawai	44,6	50,0	21,1	3,6	18,0	8,4	0,0	0,0	2,4
Wiraswasta	50,4	48,0	18,1	4,8	41,7	12,6	0,0	0,0	1,6
Petani/Nelayan/Buruh	47,7	55,8	25,9	1,9	30,8	2,6	0,0	1,5	3,8
Lainnya	51,7	48,3	55,2		20,7	10,3	0,0	0,0	3,4
Tipe daerah									
Perkotaan	47,3	57,9	24,2	2,2	23,8	5,0	0,1	0,2	2,6
Perdesaan	47,1	60,6	20,0	2,2	25,1	4,0	0,0	0,6	1,5
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil 1	50,4	56,5	22,4	1,2	29,3	2,8	0,4	0,4	2,4
Kuintil 2	43,9	60,6	19,0	2,5	26,2	6,1	0,0	0,7	2,2
Kuintil 3	47,9	54,6	29,0	1,9	29,8	4,2	0,0	0,4	0,8
Kuintil 4	43,5	61,1	22,0	4,3	24,7	4,8	0,5	0,5	3,2
Kuintil 5	48,0	48,5	20,1	2,6	20,5	10,5	0,0	0,4	3,5

Tabel 3.6.1.5 terlihat bahwa Persentase jenis cedera tertinggi di Propinsi Banten adalah luka lecet (59,3%) diikuti benturan (47,1%), terkilir (24,4%), dan luka terbuka (22,2%). Diantara 6 kabupaten/kota di Provinsi Banten, Kabupaten Lebak mempunyai Persentase tertinggi untuk benturan (65,0%), luka lecet tertinggi di Kota Cilegon (65,1%), luka terbuka dan luka bakar di Kabupaten Pandeglang masing-masing 26,6% dan 4,3%, luka terkilir di Kabupaten Serang (34,4%), patah tulang di Kabupaten Lebak (8,9%).

Pada tabel 3.6.1.6 berdasarkan kelompok umur, jenis cedera yang mempunyai Persentase tertinggi meliputi: benturan, luka lecet, luka teregang. Persentase benturan tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (72,7%), luka lecet pada kelompok umur 5 – 14 tahun (77,9%), luka terbuka dan luka bakar pada kelompok umur 35 – 44 tahun (27,1% dan 4,7%), terkilir/teregang pada kelompok umur 55 – 64 tahun (37,5%), patah tulang mulai meningkat Persentasenya pada umur 35 tahun (8,3% - 9,8%)

Pola Persentase jenis cedera menurut tingkat pendidikan menunjukkan gambaran yang sama yaitu urutan terbanyak mengalami jenis cedera benturan, luka lecet, luka terbuka dan terkilir/teregang. Persentase benturan tertinggi pada kelompok 'tamam SD' (50,5%), luka lecet pada kelompok 'tidak tamam SD' (54,3%), luka terbuka pada kelompok 'tamam SMP' (27,8%), luka bakar dan patah tulang pada kelompok 'tamam SMA' (10,7% dan 28,6%), terkilir/teregang pada kelompok 'tidak sekolah' (31,6%), anggota gerak terputus hanya pada pada kelompok 'tidak tamam SD' (0,3%), sedangkan keracunan dan jenis cedera lainnya pada kelompok 'tidak sekolah' (1,3% dan 6,6%).

Berdasarkan jenis pekerjaan, Persentase tertinggi jenis cedera berturut-turut adalah luka lecet, benturan, terkilir/teregang dan luka bakar. Persentase benturan dan luka terbuka tertinggi pada kelompok pekerjaan lainnya (51,7% dan 55,2%); Persentase luka lecet dan anggota gerak terputus (amputasi) pada kelompok sekolah (76,8% dan 0,4%); Persentase luka bakar, terkilir/teregang, dan patah tulang pada kelompok wiraswasta (4,8%, 41,7% dan 12,6%); sedangkan Persentase keracunan dan jenis cedera lainnya pada kelompok petani/nelayan/buruh (1,5% dan 3,8%).

Persentase hampir semua jenis cedera menunjukkan pada laki-laki lebih tinggi dibandingkan perempuan, kecuali pada jenis cedera anggota gerak terputus dan keracunan sedikit lebih banyak pada perempuan. Persentase terbesar untuk jenis cedera adalah luka lecet yaitu 60,5% pada laki-laki dan 57,4% pada perempuan.

Pola jenis cedera berdasarkan tipe daerah menunjukkan bahwa sebagian Persentase jenis cedera lebih tinggi di perkotaan dibanding di perdesaan seperti benturan, luka terbuka, patah tulang, anggota gerak patah dan jenis cedera lainnya. Persentase luka lecet, terkilir/teregang dan keracunan lebih tinggi di perdesaan, sedangkan luka bakar Persentase di perkotaan dan perdesaan sama (2,2%).

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, urutan jenis cedera terbanyak yang dialami adalah luka lecet 51,1% (kuintil 4), benturan 50,4% (kuintil1), terkilir/teregang 29,8% dan luka terbuka 29,0% (kuintil 3). Luka bakar dan anggota gerak terputus tertinggi pada kuintil 4 (4,3% dan 0,5%), Untuk Persentase cedera patah tulang tampak dan jenis cedera lainnya tertinggi pada kuintil 5 (10,5% dan 3,5%), sedangkan keracunan paling banyak (0,7%) pada penduduk dengan tingkat pengeluaran per kapita rendah (kuintil 2) .

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 kedua puluh pertanyaan termaksud.

.Tabel 3.6.2.1

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

Fungsi Tubuh/Individu/Sosial	Bermasalah* (%)
Melihat jarak jauh (20 m)	9.5
Melihat jarak dekat (30 cm)	7.6
Mendengar suara normal dalam ruangan	3.6
Mendengar orang bicara dalam ruang sunyi	3.1
Merasa nyeri/rasa tidak nyaman	6.7
Nafas pendek setelah latihan ringan	6.4
Batuk/bersin selama 10 menit tiap serangan	3.2
Mengalami gangguan tidur	5.3
Masalah kesehatan mempengaruhi emosi	4.0
Kesulitan berdiri selama 30 menit	4.8
Kesulitan berjalan jauh (1 km)	6.9
Kesulitan memusatkan pikiran 10 menit	6.6
Membersihkan seluruh tubuh	1.9
Mengenakan pakaian	1.6
Mengerjakan pekerjaan sehari-hari	2.9
Paham pembicaraan orang lain	2.9
Bergaul dengan orang asing	3.7
Memelihara persahabatan	3.2
Melakukan pekerjaan/tanggungjawab	3.6
Berperan di kegiatan kemasyarakatan	6.6

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

Berdasarkan tabel 3.6.2.1. tentang status stabilitas penduduk Provinsi Banten yang berumur 15 tahun ke atas tampak secara garis besar status disabilitas pada penduduk di Provinsi Banten sangat baik (>80%), meliputi kondisi penglihatan, pendengaran, emosi, mobilitas dan kondisi kesehatannya.

Dalam menilai status disabilitas kriteria "Bermasalah" dirinci menjadi "Bermasalah" dan "Sangat bermasalah". Kriteria "Sangat bermasalah" apabila responden menjawab ya untuk salah satu dari tiga pertanyaan tambahan. Di Provinsi Banten rata-rata status disabilitas dengan kriteria "Sangat bermasalah" adalah sebesar 2,1% dan "Bermasalah" 21,5%.

Tabel 3.6.2.2 menunjukkan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” tertinggi terdapat di Kota Cilegon (2,8%), sedangkan Kota Tangerang dengan prevalensi disabilitas “Sangat bermasalah” terendah. Prevalensi disabilitas “Bermasalah” tertinggi ditemukan di Kabupaten Pandeglang (28,5%), sedangkan prevalensi disabilitas “Bermasalah” terendah adalah Kota Serang (15,0%).

Tabel 3.6.2.2
Prevalensi Penduduk Umur 15 tahun ke Atas menurut Status disabilitas dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Sangat masalah	Masalah
Pandeglang	2,4	28,9
Tangerang	2,0	17,2
Lebak	2,1	25,4
Serang	2,2	15,0
Kota Tangerang	1,6	18,2
Kota Cilegon	2,8	21,0
Banten	2,1	21,5

Sementara itu, berdasarkan umur tampak bahwa status disabilitas yang merupakan sangat masalah persentasenya meningkat sesuai dengan penambahan umur. Status disabilitas “sangat masalah” dan menjadi “masalah” lebih tinggi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Sebaliknya persentase “tidak masalah” pada laki-laki lebih tinggi. Status disabilitas di perdesaan lebih tinggi dari pada di perkotaan.

Berdasarkan tingkat pendidikan, persentase status disabilitas “sangat masalah” yang paling tinggi tampak pada penduduk dengan pendidikan terendah (tidak sekolah) kemudian menurun sesuai dengan bertambahnya tingkat pendidikan.

Berdasarkan pekerjaan, status disabilitas “sangat masalah” persentase tertinggi tampak pada penduduk yang tidak bekerja, jenis pekerjaan lainnya, dan ibu rumah tangga.

Persentase tertinggi status disabilitas “sangat masalah” dirasakan oleh penduduk dengan status ekonomi pada kuintil 1, yaitu rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita terkecil, dan menurun dengan bertambah meningkatnya status ekonomi.

Tabel 3.6.2.3
Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun ke Atas menurut Status disabilitas dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Sangat masalah	Masalah
Kelompok umur (tahun)		
15-24	0,6	11,2
25-34	0,9	14,6
35-44	1,2	20,2
45-54	1,5	27,8
55-64	4,1	46,5
65-74	13,4	56,0
>75	23,9	55,2
Jenis kelamin		
Laki-laki	1,7	19,6
Perempuan	2,4	23,1
Pendidikan		
Tidak sekolah	8,8	40,7
Tidak tamat SD	3,0	29,7
Tamat SD	1,7	20,2
Tamat SMP	0,5	13,9
Tamat SMA	1,0	16,5
Tamat PT	0,5	18,3
Pekerjaan		
Tidak bekerja	6,3	23,4
Sekolah	0,4	11,4
Ibu Rumah Tangga	1,8	23,2
Pegawai	0,3	20,3
Wiraswasta	1,2	22,5
Pelayanan jasa	0,9	21,0
Petani/nelayan/buruh	4,2	24,3
Lainnya	2,1	28,6
Tipe daerah		
Perkotaan	1,9	20,8
Perdesaan	2,3	22,4
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	2,8	20,8
Kuintil 2	2,5	21,1
Kuintil 3	1,9	20,8
Kuintil 4	1,4	23,2
Kuintil 5	1,7	22,0

3.7. PENGETAHUAN, SIKAP DAN PERILAKU

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

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

3.7.1. Perilaku Merokok

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

Tabel 3.7.1.1. menunjukkan bahwa secara umum persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari 25,8%. Persentase tertinggi ditemukan di Kabupaten Pandeglang (32,6%) dan terendah di Kota Tangerang (20,4%).

Tabel 3.7.1.1
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Pandeglang	32,6	4,9	2,9	59,6
Lebak	29,4	8,1	2,2	60,3
Tangerang	23,1	5,4	3,0	68,5
Serang	29,0	3,4	2,4	65,2
Kota Tangerang	20,4	6,6	3,8	69,3
Kota Cilegon	26,9	5,2	4,4	63,5
Banten	25,8	5,5	2,9	65,8

Tabel 3.7.1.2 memperlihatkan persentase perokok setiap hari tinggi pada kelompok umur produktif (25-54 tahun) dengan rata-rata 31 sampai 36,8%. Pada laki-laki (51,0%) 20 kali lebih tinggi dari pada perempuan (2,5%).

Menurut pendidikan, persentase tertinggi pada penduduk tamat SMA (28,6 %), dan terendah pada penduduk tamat PT (20,9%).

Tidak tampak perbedaan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan, yaitu rata-rata 26 persen. Perokok pada penduduk di pedesaan lebih banyak (29,5%) dibandingkan penduduk di kota (22,8%). Pada perokok kadang-kadang, persentase tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun (7,9%) dan pada laki-laki (10,1%) 10 kali lebih banyak dibandingkan perempuan (1,2%).

Tabel 3.7.1.2
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Kelompok umur (tahun)				
10-14	1,3	0,8	0,1	97,9
15-24	21,0	7,9	1,2	70,0
25-34	31,0	6,0	1,9	61,1
35-44	31,2	6,1	3,6	59,1
45-54	36,8	5,5	5,1	52,6
55-64	36,9	4,8	7,8	50,5
65-74	33,3	4,4	9,3	53,1
75+	26,1	4,3	11,8	57,8
Jenis kelamin				
Laki-laki	51,0	10,1	5,3	33,5
Perempuan	2,5	1,2	0,7	95,5
Pendidikan				
Tidak sekolah	26,8	5,3	3,9	64,0
Tidak tamat SD	23,5	2,9	2,0	71,6
Tamat SD	25,7	5,1	2,1	67,1
Tamat SMP	26,9	6,8	2,1	64,2
Tamat SMA	28,6	8,4	4,7	58,3
Tamat PT	20,9	5,3	7,5	66,3
Tipe daerah				
Perkotaan	22,8	5,4	3,7	68,1
Perdesaan	29,5	5,5	2,0	62,9
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	24,7	6,3	2,1	66,8
Kuintil 2	26,7	6,0	2,2	65,1
Kuintil 3	26,2	4,9	2,7	66,2
Kuintil 4	26,5	5,0	3,7	64,8
Kuintil 5	25,0	5,3	4,0	65,7

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

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini	Rerata jumlah batang rokok/hari
Pandeglang	37,5	10,47
Lebak	37,5	11,82
Tangerang	28,5	9,46
Serang	32,4	11,34
Kota Tangerang	26,9	9,08
Kota Cilegon	32,0	11,20
Banten	31,2	10,34

Secara umum, rerata jumlah batang rokok yang dihisap setiap hari oleh penduduk di Provinsi Banten adalah 10,3 batang/hari (Tabel 3.7.1.3). Prevalensi perokok saat ini tertinggi di Kabupaten Pandeglang dan Lebak (37,5%).

Yang dimaksud dengan perokok saat ini adalah penduduk yang merokok setiap hari (perokok setiap hari) dan yang merokok kadang-kadang (perokok kadang-kadang).

Perokok saat ini di Kota Tangerang yang terendah dalam menghisap rokok dengan rerata 9,1 batang rokok yang dihisap per hari dan tertinggi di Kabupaten Lebak dengan rerata 11,8 batang rokok dihisap perhari.

Tabel 3.7.1.4 menunjukkan penduduk umur 55 – 64 tahun adalah yang terbanyak dalam hal jumlah batang rokok yang dihisap, dengan rerata 12,3 batang rokok dihisap per hari. Rerata jumlah batang rokok yang dihisap per hari lebih banyak pada penduduk laki-laki, penduduk yang berpendidikan kurang (tidak sekolah dan tidak tamat SD) dan penduduk yang tinggal di perdesaan.

Prevalensi perokok saat ini terbanyak pada kelompok umur 45-54 tahun dan tingkat pendidikan tamat SMA. Prevalensi perokok saat ini juga tertinggi pada penduduk dengan jenis pekerjaan petani/nelayan/buruh (63,4%).

Tabel 3.7.1.4
Prevalensi Perokok dan Rerata Jumlah Batang Rokok Yang Dihisap
Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di
Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Perokok saat ini	Rerata jumlah batang rokok/hari
Kelompok umur (tahun)		
10-14	2,0	5,12
15-24	28,9	8,37
25-34	36,9	9,96
35-44	37,3	10,76
45-54	42,3	12,03
55-64	41,7	12,27
65-74	37,6	9,97
75+	30,4	12,07
Jenis kelamin		
Laki-laki	61,2	10,45
Perempuan	3,7	8,65
Pendidikan		
Tidak sekolah	32,1	11,17
Tidak tamat SD	26,4	11,51
Tamat SD	30,8	10,31
Tamat SMP	33,8	9,78
Tamat SMA	37,0	9,56
Tamat PT	26,2	10,05
Pekerjaan		
Tdk bekerja	34,6	9,11
Sekolah	6,8	6,34
Ibu rumah tangga	3,8	6,92
Pegawai	42,6	9,47
Wiraswasta	53,3	11,23
Petani/nelayan/buruh	63,4	11,18
Lainnya	43,6	12,09
Tipe daerah		
Perkotaan	28,2	9,71
Perdesaan	35,0	10,97
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil-1	31,1	9,59
Kuintil-2	32,8	10,56
Kuintil-3	31,1	9,74
Kuintil-4	31,5	10,82
Kuintil-5	30,3	10,89

Tabel 3.7.1.5
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Usia Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Usia mulai merokok tiap hari (th)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥30	
Pandeglang	0,0	8,4	26,8	8,0	2,5	2,7	51,7
Lebak	0,0	11,8	31,5	10,6	2,0	0,4	43,7
Tangerang	0,0	9,5	38,5	17,8	5,2	3,4	25,6
Serang	0,0	11,2	42,8	12,7	2,3	1,8	29,1
Kota Tangerang	0,0	11,8	36,6	11,8	1,3	1,5	37,0
Kota Cilegon	0,0	9,6	35,6	10,4	3,0	1,5	40,0
Banten	0,0	10,6	35,4	12,9	2,9	2,0	36,2

Dari tabel 3.7.1.5 terlihat bahwa di semua kabupaten/kota di Provinsi Banten persentase tertinggi (35,4%) penduduk yang mulai merokok tiap hari adalah pada umur remaja 15 – 19 tahun. Pada tabel 3.97, perokok di Provinsi Banten terbanyak mulai merokok setiap hari pada umur remaja, 15 – 19 tahun. Tidak ada perbedaan dalam hal umur mulai merokok setiap hari tersebut berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita.

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

Karakteristik	Usia mulai merokok tiap hari (th)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥ 30	
Kelompok umur (tahun)							
10-14	0,0	62,5	0,0	0,0	0,0	0,0	37,5
15-24	0,0	17,7	53,1	6,4	0,0	0,0	22,8
25-34	0,0	10,3	41,7	17,7	2,0	0,1	28,2
35-44	0,0	7,9	34,8	13,2	6,7	2,5	34,9
45-54	0,0	7,7	28,0	14,1	3,8	4,2	42,3
55-64	0,0	6,2	23,3	17,1	2,8	4,7	46,0
65-74	0,0	5,7	18,4	9,5	3,2	10,1	53,2
75+	0,0	9,8	14,6	0,0	0,0	0,0	75,6
Jenis kelamin							
Laki-laki	0,0	10,6	37,5	13,4	3,0	1,8	33,6
Perempuan	0,0	5,6	17,2	8,9	5,0	10,6	52,8
Pendidikan							
Tidak sekolah	0,0	6,8	24,4	9,8	3,8	4,9	50,4
Tidak tamat SD	0,0	10,2	27,4	9,5	2,6	4,4	45,9
Tamat SD	0,0	11,5	36,6	11,3	3,5	1,7	35,4
Tamat SMP	0,0	11,8	42,2	14,4	2,1	0,6	28,8
Tamat SMA	0,0	8,6	45,6	18,5	3,9	1,4	22,1
Tamat PT	0,0	11,5	33,6	21,4	3,1	0,0	30,5
Tipe daerah							
Perkotaan	0,0	10,5	38,2	15,6	3,4	2,4	29,9
Perdesaan	0,0	10,2	34,8	10,9	2,9	2,1	39,2
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil 1	0,0	9,0	33,9	10,5	1,9	2,7	42,0
Kuintil 2	0,0	11,8	37,0	13,7	3,8	1,9	31,9
Kuintil 3	0,0	12,1	36,4	13,3	3,0	2,2	33,0
Kuintil 4	0,0	9,5	37,7	12,9	4,6	2,7	32,7
Kuintil 5	0,0	9,3	37,7	16,8	2,1	1,5	32,6

Tabel 3.7.1.7
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Usia pertama kali merokok/kunyah tembakau (th)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥ 30	
Pandeglang	0,3	9,3	21,4	6,6	1,8	1,8	58,8
Lebak	0,6	11,8	28,8	5,7	1,3	0,6	51,2
Tangerang	1,3	12,3	34,8	9,2	2,4	2,0	38,1
Serang	0,5	15,7	37,1	9,7	2,7	1,4	32,9
Kota Tangerang	2,3	12,0	32,2	10,3	1,6	1,0	40,6
Kota Cilegon	1,1	13,1	29,0	8,7	1,1	2,2	44,8
Banten	1,1	12,5	32,0	8,6	2,0	1,5	42,3

Tergambar bahwa di Provinsi Banten persentase tertinggi (32,0%) penduduk pertama kali merokok atau mengunyah tembakau adalah pada umur remaja 15 – 19 tahun. Sebagian besar penduduk di semua kabupaten/kota di Banten pertama kali merokok/mengunyah tembakau pada umur tersebut (15 – 19 tahun). Hanya sedikit sekali (2,3%) yang mulai merokok/mengunyah tembakau pertama kali di umur sangat muda (5 – 9 tahun), yaitu di Kota Tangerang.

Tabel 3.7.1.8 menunjukkan bahwa untuk semua karakteristik, umur pertama kali merokok atau mengunyah tembakau terbanyak adalah pada umur remaja 15 – 19 tahun. Persentase penduduk yang mulai merokok pertama kali pada umur tersebut, lebih banyak pada laki-laki, lebih tinggi di perkotaan, dan meningkat dengan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita.

Sekitar 1 sampai 2 % penduduk berpendidikan tamat SMP ke atas ada yang pertama kali mulai merokok pada umur 5 – 9 tahun.

Tabel 3.7.1.8
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut
Umur Pertama Kali Merokok dan Karakteristik Responden
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Usia pertama kali merokok/kunyah tembakau (th)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	≥ 30	
Kelompok umur (tahun)							
10-14	1,8	41,1	0,0	0,0	0,0	0,0	57,1
15-24	1,0	20,7	45,1	4,5	0,0	0,0	28,7
25-34	1,0	11,5	41,3	8,9	1,3	0,2	35,8
35-44	1,1	11,0	28,2	9,9	3,3	2,7	43,7
45-54	0,7	9,3	22,3	10,5	3,5	2,0	51,7
55-64	1,9	8,3	21,1	13,0	3,0	3,2	49,5
65-74	0,4	5,3	18,7	7,1	1,8	4,9	61,8
75+	0,0	5,8	13,0	0,0	1,4	1,4	78,3
Jenis kelamin							
Laki-laki	1,1	13,1	33,6	8,6	2,0	1,0	40,5
Perempuan	0,3	4,4	11,7	8,2	2,3	7,9	65,3
Pendidikan							
Tdk sekolah	0,8	7,1	20,3	7,4	1,9	5,8	56,6
Tdk tamat SD	0,8	12,2	23,0	7,0	1,8	2,2	53,1
Tamat SD	0,5	15,5	30,4	8,7	2,5	1,5	41,0
Tamat SMP	1,7	13,3	38,2	8,6	1,4	0,5	36,4
Tamat SMA	1,3	10,8	41,3	9,8	2,1	0,7	34,1
Tamat PT	2,3	9,3	31,0	10,2	3,2	0,5	43,5
Tipe daerah							
Perkotaan	1,1	12,9	34,1	9,4	2,0	1,5	38,9
Perdesaan	1,0	12,0	29,7	7,6	2,1	1,6	46,0
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil-1	0,6	11,9	27,7	7,3	1,6	2,3	48,6
Kuintil-2	1,9	10,8	31,8	8,7	2,2	1,8	42,9
Kuintil-3	0,8	15,2	32,4	9,6	1,3	1,3	39,3
Kuintil-4	1,3	14,9	33,2	8,2	2,2	1,3	38,9
Kuintil-5	0,9	9,3	33,1	9,3	2,9	1,1	43,2

Tabel 3.7.1.9
Prevalensi Perokok Dalam Rumah Ketika Bersama Anggota Rumah Tangga
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Perokok merokok dalam rumah ketika bersama ART
Pandeglang	92,0
Lebak	88,1
Tangerang	58,5
Serang	93,4
Kota Tangerang	72,5
Kota Cilegon	83,6
Banten	77,4

Perokok di Provinsi Banten sebagian besar (77,4%) merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lainnya. Hal ini akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain menjadi perokok pasif. Prevalensi perokok di dalam rumah yang tinggi adalah di Kabupaten Serang (93,4%) dan Pandeglang (92,0%).

Tabel 3.7.1.10
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis
Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/kota	Jenis rokok yang dihisap							Lainnya
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cang-klong	Cerutu	Temba-kau dikunyah	
Pandeglang	51,3	57,7	1,6	5,7	0,4	0,2	5,9	0,0
Lebak	65,3	50,9	5,5	15,6	2,5	1,9	2,8	0,0
Tangerang	60,1	50,1	5,3	2,2	0,1	0,0	1,3	0,8
Serang	64,9	59,3	9,9	6,3	4,4	0,6	2,4	0,4
Kota Tangerang	78,7	43,8	5,3	0,8	0,3	0,2	0,2	0,0
Kota Cilegon	54,0	43,5	16,1	2,5	0,0	0,0	2,5	0,6
Banten	63,1	52,0	6,2	5,3	1,4	0,4	2,2	0,4

Secara umum, di Provinsi Banten penduduk berumur ≥ 10 tahun lebih banyak yang memilih menghisap rokok kretek dengan filter (63,1%) dibandingkan jenis lainnya. Tidak ada perbedaan berdasarkan kabupaten/kota dalam hal pilihan jenis rokok tersebut.

Tabel 3.7.1.11
Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskedas 2007.

Karakteristik	Jenis rokok yang dihisap							Lainnya
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	
Kelompok umur (tahun)								
10-14	79,5	53,8	7,7	2,6	5,1	0,0	0,0	0,0
15-24	83,5	37,0	10,4	1,5	0,8	0,3	0,2	0,6
25-34	71,2	48,6	7,5	2,7	0,5	0,1	0,2	0,1
35-44	62,5	52,7	4,5	3,9	1,4	0,2	0,6	0,2
45-54	50,4	64,2	3,6	8,0	2,2	0,6	2,1	0,4
55-64	37,3	69,6	3,9	12,4	3,0	1,4	6,1	0,8
65-74	25,8	59,6	1,7	16,3	2,8	1,7	19,1	0,0
75+	22,9	37,5	2,0	29,2	2,1	0,0	29,2	0,0
Jenis kelamin								
Laki-laki	64,7	53,1	6,0	5,1	1,5	0,4	0,6	0,4
Perempuan	37,4	34,0	9,1	7,5	0,8	0,8	26,4	0,0
Pendidikan								
Tdk sekolah	37,3	57,3	1,9	15,8	2,8	1,3	12,6	0,0
Tdk tamat SD	49,6	65,3	2,9	11,1	2,2	0,6	4,2	0,6
Tamat SD	60,3	58,0	4,5	4,5	1,8	0,4	1,4	0,6
Tamat SMP	76,4	43,7	8,8	1,2	0,8	0,4	0,3	0,0
Tamat SMA	74,3	40,6	8,7	1,4	0,2	0,0	0,1	0,3
Tamat PT	72,1	33,3	15,8	2,4	1,8	0,6	0,0	0,0
Pekerjaan								
Tidak kerja	66,4	45,9	5,6	4,5	1,8	0,5	4,1	0,3
Sekolah	86,8	28,7	15,6	0,6	0,0	0,6	0,0	0,0
Ibu rumah tangga	43,3	32,5	8,3	5,0	0,0	0,0	20,8	0,0
Pegawai	76,0	42,0	7,1	1,0	0,1	0,0	0,0	0,3
Wiraswasta	65,1	49,6	5,6	1,8	1,1	0,3	0,3	0,0
Petani/nelayan/buruh	54,5	61,9	5,0	9,8	2,2	0,7	2,5	0,6
Lainnya	64,5	63,2	8,6	2,0	1,3	0,7	0,0	0,0
Tipe daerah								
Perkotaan	67,7	45,3	7,2	1,3	0,2	0,1	1,3	0,4
Perdesaan	58,3	58,6	5,1	9,4	2,6	0,8	3,2	0,3
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil-1	57,5	58,7	4,3	5,9	1,7	0,4	1,9	0,1
Kuintil-2	58,8	54,8	5,7	4,8	0,7	0,4	2,6	0,6
Kuintil-3	63,0	54,8	5,1	5,3	1,6	0,8	1,9	0,6
Kuintil-4	67,5	45,6	5,7	5,9	1,3	0,5	2,2	0,5
Kuintil-5	66,6	46,6	10,0	4,7	1,5	0,2	2,8	0,0

Tabel 3.7.1.11 memperlihatkan persentase penduduk berumur ≥ 10 tahun yang merokok menurut jenis rokok yang dihisap. Dapat dilihat bahwa sebagian penduduk yang berumur antara 10 – 44 tahun cenderung memilih rokok kretek dengan filter, sedangkan penduduk yang berumur 45 tahun ke atas cenderung memilih rokok kretek tanpa filter. Menghisap rokok linting dan mengunyah tembakau termasuk banyak dipilih oleh penduduk berumur lanjut (75 tahun ke atas). Selain menghisap rokok kretek filter dan tanpa filter, penduduk perempuan cukup banyak yang mengunyah tembakau (26,2%).

Berdasarkan tingkat pendidikan, penduduk yang tidak sekolah dan tidak tamat SD lebih memilih jenis rokok kretek tanpa filter dibandingkan penduduk yang bersekolah. Sedangkan berdasarkan jenis pekerjaan, petani/nelayan/buruh lebih memilih menghisap rokok kretek tanpa filter. Penduduk di wilayah kota lebih banyak memilih jenis rokok kretek dibandingkan jenis rokok/tembakau lainnya, namun di perdesaan persentase penduduk yang memilih rokok dengan atau tanpa filter seimbang.

Tidak ada perbedaan antara berbagai tingkatan kuintil dalam hal lebih banyak memilih jenis rokok kretek filter dibandingkan memilih jenis rokok lainnya.

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/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang makan buah dan sayur
Pandeglang	98,1
Lebak	94,3
Tangerang	97,3
Serang	97,3
Kota Tangerang	95,5
Kota Cilegon	97,9
Banten	96,7

Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan secara keseluruhan hanya 3,3 persen penduduk umur 10 tahun ke atas di Provinsi Banten yang cukup mengkonsumsi sayur dan buah. Hampir seluruh penduduk (96,7%) kurang mengkonsumsi sayur dan buah .

Tidak ada perbedaan berdasarkan karakteristik responden dalam hal perilaku mengkonsumsi buah dan sayur, yakni dalam berbagai karakteristik semuanya menunjukkan 'kurang' mengkonsumsi buah dan sayur (Tabel 3.7.2.2).

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

Karakteristik	Kurang makan buah dan Sayur
Kelompok umur (Tahun)	
10-14	96,0
15-24	96,5
25-34	97,2
35-44	97,2
45-54	96,5
55-64	96,6
65-74	96,2
75+	95,5
Jenis kelamin	
Laki	96,5
Perempuan	96,9
Pendidikan	
Tidak sekolah	96,2
Tidak tamat SD	96,9
Tamat SD	96,7
Tamat SMP	97,3
Tamat SMA	96,2
Tamat PT	96,0
Pekerjaan	
Tidak kerja	97,3
Sekolah	95,9
Ibu RumahTangga	97,3
Pegawai	96,0
Wiraswasta	96,1
Petani/nelayan/buruh	97,0
Lainnya	97,6
Tipe daerah	
Perkotaan	96,9
Perdesaan	96,5
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	97,6
Kuintil 2	97,0
Kuintil 3	97,3
Kuintil 4	95,5
Kuintil 5	96,2

3.7.3. Perilaku Minum Beralkohol

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

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

Tabel 3.7.3.1
Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
Pandeglang	0,7	0,3
Lebak	0,6	0,3
Tangerang	2,3	1,4
Serang	0,9	0,3
Kota Tangerang	1,4	0,9
Kota Cilegon	6,2	1,8
Banten	1,6	0,9

Di Provinsi Banten tampak bahwa persentase tertinggi peminum alkohol dalam 12 bulan maupun 1 bulan terakhir adalah dari Kota Cilegon, yakni 6,2% dan 1,8%. Sedangkan persentase peminum alkohol 12 bulan terakhir terendah pada penduduk Kabupaten Lebak (0,6%) dan Pandeglang (0,7%) (Tabel 3.105).

Tabel 3.7.3.1 menunjukkan bahwa persentase terbesar penduduk di Provinsi Banten yang mengkonsumsi alkohol dalam 12 bulan dan 1 bulan terakhir adalah kelompok umur 25 – 34 tahun, yakni 3,2% dan 1,6%.

Persentase penduduk laki-laki yang mengkonsumsi alkohol (3,1%) jauh lebih besar dibandingkan penduduk perempuan (0,3%).

Konsumsi alkohol juga lebih sering pada penduduk dengan tingkat pendidikan lebih tinggi (SMA ke atas) dibandingkan pada penduduk dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah, dan lebih banyak dikonsumsi oleh penduduk di daerah perkotaan (2,2%).

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita (kuintil), terlihat bahwa penduduk dengan tingkat pengeluaran per kapita lebih tinggi akan cenderung lebih banyak mengkonsumsi alkohol.

Tabel 3.7.3.2

Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Konsumsi alkohol 12 Bulan terakhir	Konsumsi alkohol 1 Bulan terakhir
Kelompok umur (Tahun)		
10-14	0,3	0,2
15-24	2,0	1,1
25-34	3,2	1,6
35-44	1,4	0,9
45-54	1,4	0,5
55-64	0,2	0,1
65-74	0,6	0,0
Jenis kelamin		
Laki	3,1	1,6
Perempuan	0,3	0,2
Pendidikan		
Tidak sekolah	0,3	0,1
Tidak tamat SD	0,8	0,3
Tamat SD	1,8	0,9
Tamat SMP	1,8	0,9
Tamat SMA	2,6	1,6
Tamat PT	2,5	1,3
Tipe daerah		
Perkotaan	2,2	1,3
Perdesaan	0,9	0,3
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	0,8	0,4
Kuintil 2	1,9	0,8
Kuintil 3	1,7	0,9
Kuintil 4	1,6	0,9
Kuintil 5	2,1	1,2

3.7.4. 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.

Lebih dari setengah penduduk Provinsi Banten (54,7%) kurang aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi di Kota Cilegon dan Kota Tangerang (Tabel 3.7.4.1). Menurut kelompok umur kurang aktivitas fisik paling tinggi pada kelompok umur 10-14 tahun dan pada kelompok umur yang semakin tinggi. Kurang aktivitas fisik juga lebih banyak pada penduduk di kota (Tabel 3.7.4.2).

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

Kabupaten/Kota	Kurang aktivitas fisik
Pandeglang	50,9
Lebak	59,0
Tangerang	52,8
Serang	42,8
Kota Tangerang	68,9
Kota Cilegon	70,2
Banten	54,7

Tabel 3.7.4.2
Prevalensi Kurang Aktivitas Penduduk 10 tahun ke Atas menurut
Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskedas 2007

Karakteristik	Kurang aktivitas fisik
Kelompok umur (Tahun)	
10-14	65,1
15-24	38,6
25-34	22,8
35-44	23,6
45-54	27,1
55-64	41,2
65-74	54,3
75+	76,7
Jenis kelamin	
Laki	39,1
Perempuan	32,9
Pendidikan	
Tidak sekolah	38,3
Tidak tamat SD	42,1
Tamat SD	32,6
Tamat SMP	32,2
Tamat SMA	32,9
Tamat PT	45,1
Pekerjaan	
Tidak kerja	52,3
Sekolah	60,2
Ibu Rumah Tangga	22,1
Pegawai	36,3
Wiraswasta	28,0
Petani/nelayan/buruh	22,4
Lainnya	40,4
Tipe daerah	
Perkotaan	37,3
Perdesaan	34,1
Tingkat pengeluaran per kapita	
Kuintil 1	36,6
Kuintil 2	34,5
Kuintil 3	36,4
Kuintil 4	36,4
Kuintil 5	35,6

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

a. Pengetahuan dan Sikap Terhadap Flu Burung

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

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

Tabel 3.7.5.1
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap
Tentang Flu Burung dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten,
Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar*	Bersikap benar**
Pandeglang	54,4	61,3	75,2
Lebak	41,7	89,0	78,4
Ngerang	57,5	85,7	86,0
Serang	66,3	85,8	93,3
Kota Tangerang	91,3	86,3	92,2
Kota Cilegon	78,2	73,7	86,0
Banten	63,2	83,3	87,3

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

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

Tabel 3.7.5.1 menunjukkan bahwa di Provinsi Banten, lebih dari separuh penduduknya (63,2%) pernah mendengar tentang flu burung, dengan persentase tertinggi adalah di Kota Tangerang (91,3%) dan terendah di Kabupaten Lebak (41,7%).

Pengetahuan dan sikap yang “benar” mengenai flu burung juga dimiliki oleh sebagian besar (83,3% dan 87,3%) penduduk di Provinsi Banten. Persentase penduduk berpengetahuan benar tertinggi di Kabupaten Lebak (89,0%), dan persentase penduduk yang bersikap benar di Kabupaten Serang (93,3%).

Tabel 3.7.5.2
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang
Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskedas 2007

Karakteristik	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar *	Bersikap benar **
Kelompok umur (Tahun)			
10-14	44,7	35,8	35,8
15-24	74,5	63,2	66,5
25-34	73,7	62,7	64,8
35-44	68,2	56,6	59,9
45-54	60,3	49,0	52,2
55-64	48,8	36,3	41,4
65-74	29,4	22,2	22,6
75+	13,5	8,0	9,8
Jenis kelamin			
Laki-laki	67,0	56,8	58,7
Perempuan	59,8	48,4	51,5
Pendidikan			
Tidak sekolah	29,3	19,3	22,5
Tidak tamat SD	37,4	27,9	27,6
Tamat SD	60,5	48,7	51,0
Tamat SMP	78,1	66,2	70,2
Tamat SMA	91,3	80,5	85,4
Tamat PT	96,3	88,6	91,2
Pekerjaan			
Tidak kerja	53,7	44,2	45,1
Sekolah	58,5	49,1	50,4
Ibu Rumah Tangga	59,3	47,2	50,7
Pegawai	90,2	80,9	84,5
Wiraswasta	73,6	61,9	66,8
Petani/nelayan/buruh	54,9	43,3	45,0
Lainnya	72,2	60,5	63,3
Tipe daerah			
Perkotaan	73,8	62,4	66,6
Perdesaan	49,8	39,9	40,3
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	51,5	42,1	41,4
Kuintil 2	56,3	44,8	47,2
Kuintil 3	62,0	51,7	54,0
Kuintil 4	67,8	57,2	60,3
Kuintil 5	77,9	65,7	71,0

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

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

Berdasarkan kelompok umur, penduduk umur lanjut (> 64 tahun) cenderung lebih sedikit yang pernah mendengar, berpengetahuan dan bersikap benar mengenai flu burung dibandingkan

kelompok umur yang lebih muda (Tabel 3.7.5.2). Hampir tidak ada perbedaan dalam hal pengetahuan dan sikap yang benar tentang flu burung antara laki-laki dan perempuan.

Berdasarkan tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik pengetahuan dan sikapnya terhadap flu burung. Selain itu, pengetahuan dan sikap yang benar tentang flu burung lebih banyak dimiliki oleh penduduk yang berprofesi sebagai pegawai (negeri/swasta/TNI/POLRI) dan wiraswasta, dibandingkan profesi pekerjaan lainnya, dan pada penduduk di perkotaan dibandingkan penduduk di perdesaan.

b. Pengetahuan dan Sikap Terhadap HIV/AIDS

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

Tabel 3.7.5.3
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskedas 2007

Kabupaten/Kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar tentang penularan*	Berpengetahuan benar tentang pencegahan**
Pandeglang	24,1	3,3	33,1
Lebak	18,9	12,1	26,4
Tangerang	40,5	4,0	52,7
Serang	37,2	19,0	44,5
Kota Tangerang	74,4	4,0	55,8
Kota Cilegon	59,2	2,4	50,3
Banten	41,7	6,9	49,3

*) 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 menunjukkan secara umum tidak sampai separuh (41,7%) penduduk di Provinsi Banten yang pernah mendengar dan mengetahui dengan benar tentang penularan HIV/AIDS. Bahkan hanya 6,9% saja yang berpengetahuan benar tentang cara pencegahan HIV/AIDS. Persentase penduduk Kota Tangerang adalah yang tertinggi dalam hal pernah mendengar tentang HIV/AIDS (74,4%), sedangkan penduduk Kabupaten Serang mempunyai pengetahuan benar tentang cara penularan tertinggi (19,0%). Persentase penduduk yang mempunyai pengetahuan benar cara pencegahan HIV/AIDS adalah 49,3%.

Tabel 3.7.5.3 memperlihatkan bahwa kelompok umur muda dan produktif (15 - 44 tahun) serta penduduk laki-laki lebih banyak yang mengetahui mengenai HIV/AIDS, memiliki pengetahuan yang benar mengenai cara penularan dan pencegahan HIV/AIDS. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin baik dan benar pengetahuan mengenai HIV/AIDS, baik mengenai cara penularan maupun pencegahannya. Berdasarkan jenis pekerjaan, persentase penduduk yang berprofesi pegawai (negeri/swasta/TNI/POLRI) terbanyak dalam berpengetahuan benar tentang HIV/AIDS. Penduduk perkotaan juga terlihat lebih banyak yang memiliki pengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS dibandingkan penduduk di perdesaan. Kecuali pada kuintil-5, semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, semakin banyak penduduk yang memiliki pengetahuan benar tentang HIV/AIDS.

Tabel 3.7.5.4
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS
dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar tentang penularan*	Berpengetahuan benar tentang pencegahan**
Kelompok umur (Tahun)			
10-14	15,2	15,1	5,1
15-24	56,6	56,2	27,7
25-34	54,9	54,7	26,5
35-44	46,0	45,8	24,2
45-54	35,9	35,7	19,8
55-64	23,5	23,5	10,8
65-74	13,9	13,8	5,2
75+	7,4	7,4	1,8
Jenis kelamin			
Laki-laki	44,6	44,3	21,1
Perempuan	39,0	38,8	19,9
Pendidikan			
Tidak sekolah	7,1	7,1	2,4
Tidak tamat SD	11,0	10,9	3,2
Tamat SD	29,1	28,9	11,0
Tamat SMP	61,1	60,9	28,7
Tamat SMA	82,7	82,3	44,3
Tamat PT	92,8	92,1	69,7
Pekerjaan			
Tidak kerja	36,3	36,1	16,2
Sekolah	35,0	34,7	17,0
Ibu Rumah Tangga	37,4	37,3	18,0
Pegawai	81,6	80,9	49,0
Wiraswasta	50,3	49,9	24,5
Petani/nelayan/buruh	25,9	25,7	8,8
Lainnya	50,4	50,4	25,6
Tipe daerah			
Perkotaan	56,3	56,1	29,9
Perdesaan	23,1	22,9	8,4
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	24,8	24,6	8,8
Kuintil 2	29,5	29,4	11,6
Kuintil 3	41,0	40,8	20,8
Kuintil 4	49,5	49,2	25,2
Kuintil 5	61,5	61,2	34,2
Kuintil 5	41,3	41,0	20,1

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

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

Tabel 3.7.5.5
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap, Bila Ada Anggota
Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten,
Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Merahasiakan	Bicarakan dg ART lain	Konseling dan pengobatan	Cari pengobatan alternative	Mengucil kan
Pandeglang	33,3	66,1	89,4	56,1	6,1
Lebak	42,0	59,6	81,1	69,8	6,9
Tangerang	23,7	66,2	91,2	50,7	6,6
Serang	18,1	69,0	84,2	59,3	3,8
Kota Tangerang	19,6	58,3	96,1	68,7	4,1
Kota Cilegon	26,2	72,4	93,6	62,3	7,4
Banten	23,3	64,3	90,9	59,4	5,4

Tabel 3.7.5.5 memperlihatkan bahwa, umumnya sebagian besar sikap penduduk di Provinsi Banten jika ada anggota keluarganya (ART) menderita HIV/AIDS akan melakukan konseling dan mengupayakan pengobatan (90,9%), Lebih dari separuhnya (64,3%) akan membicarakan dengan ART lainnya dan mencari pengobatan alternatif (59,4%). Sangat kecil (5,4%) penduduk yang mengucilkan ART yang menderita HIV/AIDS.

Tabel 3.7.5.6 menunjukkan berdasarkan berbagai karakteristik, sebagian besar penduduk akan bersikap benar jika ada ART yang menderita HIV/AIDS dengan melakukan konseling dan mengupayakan pengobatan. Sikap ini lebih banyak dimiliki penduduk dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan penduduk yang bertempat tinggal di perkotaan, dan pada penduduk dengan tingkat pengeluaran per kapita yang lebih tinggi.

Penduduk dengan tingkat pengetahuan rendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD),-- meskipun persentasenya relatif kecil, lebih banyak yang bersikap "mengucilkan" jika ada ARTnya yang menderita HIV/AIDS dibandingkan penduduk yang berpendidikan lebih tinggi, demikian pula halnya dengan sikap "merahasiakan" jika ada ART menderita HIV/AIDS.

Tabel 3.7.5.6
Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Merahasia-kan	Bicarakan dg ART lain	Konseling dan pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucilkan
Kelompok umur (Tahun)					
10-14	25,7	58,4	84,5	54,8	4,6
15-24	26,0	64,8	90,4	62,1	5,3
25-34	23,3	61,6	91,6	56,9	5,2
35-44	20,8	68,0	92,8	60,5	5,2
45-54	19,1	65,4	91,6	62,7	7,3
55-64	24,2	63,8	87,9	50,2	6,3
65-74	18,5	69,2	87,9	50,0	1,5
75+	33,3	50,0	83,3	61,5	0,0
Jenis kelamin					
Laki-laki	22,9	61,7	90,3	58,9	5,1
Perempuan	23,7	67,0	91,5	60,0	5,7
Pendidikan					
Tidak sekolah	41,4	60,9	84,3	54,9	8,6
Tidak tamat SD	24,6	57,5	82,0	52,2	9,8
Tamat SD	25,0	58,4	86,3	57,4	4,4
Tamat SMP	23,3	64,9	91,9	57,4	6,3
Tamat SMA	22,5	65,3	93,1	62,9	4,6
Tamat PT	19,4	76,1	95,4	60,6	5,5
Pekerjaan					
Tidak kerja	25,2	64,2	86,8	58,8	3,8
Sekolah	27,3	63,8	91,3	61,9	7,3
Ibu Rumah Tangga	21,0	65,0	91,3	54,7	5,8
Pegawai	20,9	65,9	93,7	63,4	5,7
Wiraswasta	19,6	69,3	92,7	58,0	4,7
Petani/nelayan/Buruh	29,5	54,4	85,5	58,8	4,8
Lainnya	18,2	67,0	93,8	60,8	4,0
Tipe daerah					
Perkotaan	21,6	66,0	93,3	60,9	5,4
Perdesaan	28,5	59,2	83,5	54,9	5,4
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	27,9	59,6	87,7	55,9	4,8
Kuintil 2	24,7	61,1	88,0	55,9	5,0
Kuintil 3	21,2	64,9	91,2	62,5	5,6
Kuintil 4	26,3	63,2	89,5	60,9	5,8
Kuintil 5	20,3	68,3	94,0	59,2	5,8

3.7.6 Perilaku Higienis

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

Tabel 3.7.6.1 memperlihatkan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam hal BAB dan cuci tangan menurut kabupaten/kota. Lebih dari separuh penduduk di Provinsi Banten (67,4%) mengaku buang air besar (BAB) di jamban. Namun jika dicermati menurut kabupaten/kota, variasi persentasenya cukup mencolok. Persentase penduduk berperilaku BAB yang benar tertinggi adalah di Kota Tangerang (98,4%) dan Cilegon (84,0%), menunjukkan bahwa hampir 100% penduduknya sudah mempunyai jamban. Sedangkan persentase terendah adalah di Kabupaten Lebak (41,5%).

Perilaku benar dalam cuci tangan, secara umum masih kurang dimiliki oleh penduduk di Provinsi Banten. Hanya 24% penduduknya yang berperilaku benar dalam cuci tangan.

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

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar dalam hal BAB*	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun**
Pandeglang	50,7	3,4
Lebak	41,5	12,7
Tangerang	74,8	29,0
Serang	49,7	14,5
Kota tangerang	98,4	47,8
Cilegon	84,0	17,0
Banten	67,4	24,0

*) 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
Persentase Penduduk 10 Tahun ke Atas yang Berperilaku Benar
Dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik
Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Berperilaku benar dalam hal BAB*	Berperilaku benar cuci tangan dengan sabun**
Kelompok umur (Tahun)		
10-14	62,7	15,5
15-24	67,2	25,8
25-34	72,1	26,5
35-44	69,1	27,1
45-54	68,5	26,1
55-64	62,8	20,4
65-74	59,2	17,0
75+	56,9	17,9
Jenis kelamin		
Laki-laki	66,4	16,9
Perempuan	68,4	30,6
Pendidikan		
Tidak sekolah	48,7	18,7
Tidak tamat SD	47,5	14,0
Tamat SD	59,8	20,0
Tamat SMP	79,4	27,8
Tamat SMA	93,1	35,4
Tamat PT	96,8	47,2
Pekerjaan		
Tidak kerja	59,3	17,3
Sekolah	71,1	20,7
Ibu Rumah Tangga	68,4	33,0
Pegawai	91,4	37,9
Wiraswasta	75,8	21,9
Petani/nelayan/buruh	47,0	12,6
Lainnya	77,3	28,2
Tipe daerah		
Perkotaan	86,6	34,3
Perdesaan	43,2	11,0
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	46,9	16,2
Kuintil 2	59,8	20,4
Kuintil 3	68,4	24,0
Kuintil 4	76,0	25,5
Kuintil 5	84,1	33,0

*) 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 menunjukkan bahwa persentase penduduk berperilaku benar dalam BAB menurut kelompok umur tertinggi pada kelompok umur 25 – 34 tahun (72,1 %), sedangkan persentase terendah pada kelompok umur lanjut, hanya sekitar separuh penduduk kelompok umur ini yang berperilaku benar dalam BAB. Tidak ada perbedaan antara penduduk laki-laki dan perempuan dalam berperilaku BAB yang benar.

Perilaku benar dalam cuci tangan tampak kurang dimiliki oleh penduduk. Persentase terendah (15,5%) adalah pada anak pra remaja (kelompok umur 10 – 14 tahun). Penduduk perempuan lebih banyak yang berperilaku benar dalam cuci tangan (30,6%) dibandingkan laki-laki (16,9%).

Berdasarkan tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran per kapita, menunjukkan semakin tinggi tingkat pendidikan maupun pengeluaran per kapita, perilaku BAB dan cuci tangan yang benar semakin baik. Demikian pula halnya, penduduk di perkotaan berperilaku lebih baik dibandingkan di perdesaan dalam BAB dan cuci tangan yang benar. Berdasarkan profesi pekerjaan, perilaku BAB dan cuci tangan yang benar kurang dimiliki oleh kelompok petani, nelayan dan buruh.

3.7.7 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

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

Dalam penilaian PHBS ada dua macam rumah tangga, yaitu rumah tangga dengan balita dan rumah tangga tanpa balita. Untuk rumah tangga dengan balita digunakan 10 indikator, sehingga nilai tertinggi adalah 10; sedangkan untuk rumah tangga tanpa balita terdiri dari 8 indikator, sehingga nilai tertinggi delapan (8). PHBS diklasifikasikan “kurang” apabila mendapatkan nilai kurang dari enam (6) untuk rumah tangga mempunyai balita dan nilai kurang dari lima (5) untuk rumah tangga tanpa balita. Tabel 3.7.7.1 menunjukkan persentase rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik di Provinsi Banten.

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

Tabel 3.7.7.1
Persentase Rumah Tangga yang memenuhi kriteria Perilaku
Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Baik Menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	RT dengan PHBS Baik
Pandeglang	16,7
Lebak	23,1
Tangerang	42,2
Serang	33,0
Kota Tangerang	49,4
Kota Cilegon	45,4
Banten	35,8

Terlihat bahwa kebiasaan untuk ber-PHBS masih rendah. Persentase penduduk di provinsi Banten dengan PHBS baik sebanyak 35,8% , dengan persentase tertinggi di Kota Tangerang (49,4%) dan terendah di Kabupaten Pandeglang (16,7%).

Tabel 3.7.7.2 dan tabel 3.7.7.3 merupakan gabungan dari beberapa perilaku yang menjadi faktor risiko untuk penyakit tidak menular utama (penyakit kardio-vaskular, diabetes melittus, kanker, stroke, penyakit paru obstruktif kronik), yaitu perilaku kurang mengonsumsi sayur dan/atau buah (<5 porsi per hari), kurang aktifitas fisik (<150 menit/minggu atau < 600 MET) dan merokok setiap hari.

Tabel 3.7.7.2
Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur
Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Kurang konsumsi sayur buah*	Kurang aktifitas fisik**	Merokok***
Pandeglang	98,1	50,9	32,6
Lebak	94,3	59,0	29,4
Tangerang	97,3	52,8	23,1
Serang	97,3	42,8	29,0
Kota Tangerang	95,5	68,9	20,4
Kota Cilegon	97,9	70,2	26,9
Banten	96,7	54,7	25,8

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

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

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

Tabel 3.7.7.3
Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kurang konsumsi sayur buah*	Kurang aktifitas fisik**	Merokok***
Kelompok umur (tahun)			
10-14	96,0	65,1	1,3
15-24	96,5	38,6	21,0
25-34	97,2	22,8	31,0
35-44	97,2	23,6	31,2
45-54	96,5	27,1	36,8
55-64	96,6	41,2	36,9
65-74	96,2	54,3	33,3
75+	95,5	76,7	26,1
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	96,5	39,1	51,0
Perempuan	96,9	32,9	2,5
Pendidikan			
Tidak sekolah	96,2	38,3	26,8
Tidak tamat SD	96,9	42,1	23,5
Tamat SD	96,7	32,6	25,7
Tamat SMP	97,3	32,2	26,9
Tamat SMA	96,2	32,9	28,6
Tamat PT	96,0	45,1	20,9
Tipe daerah			
Perkotaan	96,9	37,3	22,8
Perdesaan	96,5	34,1	29,5
Tingkat pengeluaran per Kapita			
Kuintil 1	97,6	36,6	24,7
Kuintil 2	97,0	34,5	26,7
Kuintil 3	97,3	36,4	26,2
Kuintil 4	95,5	36,4	26,5
Kuintil 5	96,2	35,6	25,0

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

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

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

3.8 AKSES DAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN

3.8.1 Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

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

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

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/rumah tangga (masyarakat), termasuk alasan apabila responden tidak memanfaatkan UKBM dimaksud.

Tabel 3.8.1.1
Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan,^{*)} dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jarak ke Yankes			Waktu tempuh ke Yankes			
	< 1 Km	1- 5 km	> 5 km	≤15'	16-30'	31-60'	>60'
Pandeglang	33,1	55,0	12,0	53,9	27,8	10,9	7,5
Lebak	11,0	58,6	30,4	34,5	35,8	24,3	5,4
Tangerang	58,2	38,4	3,5	76,2	20,6	2,9	0,2
Serang	39,1	55,8	5,0	73,1	18,9	7,7	0,2
Kota Tangerang	66,5	32,9	0,5	64,7	28,8	6,6	0,0
Kota Cilegon	74,5	25,5	0,0	84,3	13,7	2,0	0,0
Banten	48,0	44,6	7,5	66,3	24,2	7,9	1,6

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

Tabel 3.8.1.1 menunjukkan bahwa 48,0% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 44,6% rumah tangga berjarak 1-5 km dari sarana pelayanan kesehatan dan hanya 7,5% rumah tangga berada lebih dari 5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa 92,6% rumah tangga di Provinsi Banten berada kurang atau sama dengan 5 km dari sarana pelayanan kesehatan. Kondisi ini tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan.

Daerah dengan jumlah penduduk bertempat tinggal lebih dari 5 km dari sarana pelayanan kesehatan adalah di Kabupaten Lebak (30,4%) dan Pandeglang (12%). Hal ini sesuai dengan kondisi geografis kedua daerah yang berupa pegunungan.

Dari segi waktu tempuh ke fasilitas pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa 66,3% penduduk dapat mencapai ke sarana pelayanan kesehatan kurang dari atau sama dengan 15 menit, 24,2% antara 16-30 menit. Hal ini dapat dikatakan 90,5% rumah tangga di Provinsi Banten dapat mencapai sarana pelayanan kesehatan dalam waktu 30 menit, sisanya 9,5% memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai sarana kesehatan. Kondisi ini tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara umum.

Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke sarana kesehatan tertinggi di Kabupaten Lebak sebanyak 29,7%, berikutnya Kabupaten Pandeglang 18,4%.

Tabel 3.8.1.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jarak, Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke Yankes RS			Waktu tempuh ke yankes			
	< 1 Km	1 – 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe daerah							
Perkotaan	64,1	34,8	1,1	76,5	19,7	3,7	0,1
Perdesaan	27,5	56,9	15,6	53,4	29,8	13,3	3,5
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil 1	35,6	52,6	11,9	57,6	30,0	10,1	2,4
Kuintil 2	42,4	49,2	8,4	59,7	29,3	8,9	2,2
Kuintil 3	49,6	43,8	6,6	65,6	23,6	8,9	1,9
Kuintil 4	52,2	42,1	5,7	71,2	20,5	7,0	1,2
Kuintil 5	59,1	35,9	5,1	76,8	17,9	4,9	0,4

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

Tabel 3.8.1.2 menyajikan informasi tentang jarak dan waktu tempuh rumah tangga terhadap sarana pelayanan kesehatan menurut karakteristik rumah tangga. Berdasarkan tipe daerah, yaitu perkotaan atau perdesaan, tampak bahwa rumah tangga dengan akses menuju sarana pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) lebih besar dari 5 km, lebih sedikit dibandingkan di perdesaan, demikian juga menurut waktu akses di perkotaan lebih singkat dibanding di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita keluarga, ada kecenderungan makin mampu rumah tangga makin mudah untuk akses ke pelayanan kesehatan (RS, puskesmas, bidan dan dokter praktek) baik menurut jarak atau waktu tempuh.

Tabel 3.8.1.3
Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat*), dan kabupaten/kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Jarak ke Yankes			Waktu tempuh ke Yankes			
	<1 km	1-5 km	>5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Pandeglang	88,4	11,4	0,2	89,1	8,0	1,7	1,3
Lebak	88,6	11,2	0,2	87,7	11,2	0,9	0,2
Tangerang	94,3	5,4	0,3	90,7	8,7	0,4	0,3
Serang	94,0	4,1	2,0	95,1	4,3	0,6	0,0
Kota Tangerang	95,3	4,7	0,0	88,8	8,7	2,0	0,4
Kota Cilegon	95,3	4,7	0,0	98,0	2,0	0,0	0,0
Banten	93,1	6,4	0,5	90,9	7,9	0,9	0,3

Tabel 3.8.1.3 berusaha menggambarkan akses masyarakat ke sarana Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), yang meliputi Posyandu, Poskesdes, Polindes.

Dari segi jarak menunjukkan bahwa 93,1% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 6,4% berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa hampir 100 % penduduk di Banten berada kurang atau sama dengan 5 km dari sarana UKBM. Kondisi ini menunjukkan tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan.

Dari segi waktu tempuh ke sarana UKBM menunjukkan bahwa 90,9% rumah tangga dapat mencapai ke sarana UKBM kurang dari atau sama dengan 15 menit, 7,9% antara 16-30 menit. Hal dapat ini dapat dikatakan 97,8% rumah tangga di Provinsi Banten dapat mencapai sarana UKBM dalam waktu ≤ 30 menit, sisanya 1,2% memerlukan waktu lebih dari itu. Kondisi ini tidak berbeda dengan angka nasional.

Daerah dengan waktu tempuh lebih dari 30 menit ke sarana UKBM tertinggi di Kabupaten Pandeglang 3,0%.

Tabel 3.8.1.4
Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Sarana Posyandu * dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jarak ke Posyandu			Waktu tempuh ke Posyandu			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	$\leq 15'$	16'-30'	31'-60'	>60'
Tipe daerah							
Perkotaan	95,8	4,1	0,2	93,0	5,9	0,8	0,2
Perdesaan	89,6	9,4	1,0	88,2	10,4	1,0	0,4
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil 1	89,5	9,4	1,1	88,3	10,1	0,9	0,7
Kuintil 2	91,6	8,2	0,2	88,4	9,2	1,8	0,6
Kuintil 3	94,0	5,6	0,3	90,7	8,2	0,8	0,2
Kuintil 4	93,7	5,6	0,7	92,3	7,0	0,7	0,0
Kuintil 5	96,1	3,5	0,4	94,5	4,9	0,5	0,1

* Termasuk Sarana Posyandu : Poskesdes, Polindes

Berdasarkan tipe daerah, yaitu perkotaan atau perdesaan pada tabel ini menunjukkan bahwa akses menuju pelayanan UKBM, berdasarkan jarak, di perkotaan jarak lebih dekat dibandingkan di perdesaan, demikian juga menurut waktu tempuh di kota lebih singkat dibanding di perdesaan. Dengan demikian akses rumah tangga ke posyandu/ polindes/ poskesdes di perkotaan lebih mudah dibandingkan di perdesaan, baik menurut jarak atau waktu tempuhnya.

Gambaran akses ke UKBM berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga, menunjukkan bahwa ada kecenderungan makin kurang mampu rumah tangga secara ekonomi, akses ke posyandu/ poskesdes/polindes makin tidak mudah (makin jauh jarak dan makin lama waktu tempuh).

Tabel 3.8.1.5. memberikan gambaran persentase rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu atau poskesdes di tiap kabupaten/kota selama tiga bulan terakhir. Ditunjukkan bahwa 26,6% rumah tangga di Provinsi Banten telah memanfaatkan Posyandu/Poskesdes, tertinggi di Kabupaten Pandeglang dan Lebak (30,8%) dan terendah di Kota Tangerang (19,5%). Di Provinsi Banten 11,0% rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan tersebut. Sebanyak 62,4% rumah tangga merasa tidak membutuhkan UKBM dengan alasan antara lain tidak memiliki balita atau tidak sakit.

Tabel 3.8.1.5
Persentase Rumah Tangga Yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes
menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes oleh rumah tangga		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Pandeglang	30,8	60,3	8,9
Lebak	30,8	57,9	11,3
Tangerang	22,6	63,1	14,3
Serang	28,1	62,1	9,8
Kota Tangerang	19,5	66,8	13,7
Kota Cilegon	25,5	72,8	1,9
Banten	26,6	62,4	11,0

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 3.8.1.6
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Polkesdes
menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh rumah tangga		
	Ya	Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe daerah			
Perkotaan	22,8	67,6	9,6
Perdesaan	31,5	56,2	12,3
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	32,5	56,4	11,1
Kuintil 2	31,5	57,0	11,5
Kuintil 3	28,3	63,1	8,6
Kuintil 4	25,1	63,3	11,6
Kuintil 5	16,4	71,4	12,2

Tabel 3.8.1.7 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir. Tampak secara keseluruhan di Provinsi Banten jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (90,2%), imunisasi (51,8%), suplemen gizi (50,5%), PMT (39,6%), penyuluhan (28,1%), KB (25,7%), pengobatan (23,8%), KIA (20,3%), dan urutan terakhir adalah pelayanan untuk konsultasi risiko penyakit (8,4%).

Tabel 3.8.1.7
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes Menurut
Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten /Kota	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Pandeglang	89,0	10,8	52,7	14,0	22,3	26,8	33,1	29,5	4,7
Lebak	97,7	24,9	44,3	17,6	43,8	31,0	53,2	45,8	9,4
Tangerang	87,8	27,8	47,3	15,1	15,6	15,4	27,5	52,1	6,1
Serang	87,7	40,8	63,3	37,0	32,7	30,8	45,4	67,8	15,0
Kota Tangerang	91,1	30,6	58,9	18,7	16,7	22,4	47,6	48,3	7,2
Kota Cilegon	94,7	33,3	47,4	15,4	17,9	13,2	46,2	51,3	5,1
Banten	90,2	28,1	51,8	20,3	25,7	23,8	39,6	50,5	8,4

Tabel 3.8.1.8 menggambarkan jenis pelayanan posyandu/poskesdes menurut karakteristik rumah tangga. Menurut tipe daerah menunjukkan bahwa rumah tangga yang mendapat layanan pengobatan di posyandu/poskesdes di perdesaan (27,2%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (20,1%). Sedangkan 8 jenis pelayanan yang lain kurang menunjukkan beda antara rumah tangga yang tinggal di perdesaan dan perkotaan. Baik di perkotaan maupun di perdesaan hampir semua rumah tangga ($\geq 90\%$ rumah tangga) yang memanfaatkan posyandu/poskesdes mendapatkan pelayanan penimbangan badan balita. Dua jenis pelayanan yang lain yaitu imunisasi dan pemberian suplemen gizi diterima oleh lebih dari 50% rumah tangga yang memanfaatkan pelayanan posyandu/polindes. Dengan demikian fungsi posyandu/poskesdes yang menonjol baik di daerah perkotaan maupun perdesaan adalah pelayanan penimbangan balita, pemberian suplemen gizi dan imunisasi. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin sedikit yang menerima pelayanan penimbangan, imunisasi, PMT. Sebaliknya untuk pelayanan pengobatan dan konsultasi risiko penyakit semakin tinggi tingkat pengeluaran, semakin banyak yang menerima pelayanan tersebut.

Tabel 3.8.1.8
Persentase Jenis Pelayanan Posyandu/Poskesdes yang Diterima rumah tangga
menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Supl Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Tipe daerah									
Perkotaan	91,1	28,5	48,6	18,6	18,4	20,1	37,3	51,2	7,4
Perdesaan	89,3	27,8	54,9	21,8	32,5	27,2	41,9	49,9	9,2
Tingkat pengeluaran per kapita									
Kuintil 1	93,9	28,9	58,2	20,8	23,0	22,1	42,2	52,9	7,3
Kuintil 2	89,2	27,7	50,4	18,2	23,7	21,9	39,8	47,4	6,7
Kuintil 3	92,6	26,6	52,1	20,5	25,2	21,0	36,1	47,0	8,4
Kuintil 4	86,5	31,7	46,9	20,6	27,2	29,0	36,4	53,8	8,9
Kuintil 5	85,9	25,2	49,7	21,7	33,1	27,7	45,7	53,0	12,1

Tabel 3.8.1.9
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Alasan Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten,
Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tidak lengkap
Pandeglang	51.9	27.3	20.7
Lebak	28.5	19.4	52.1
Tangerang	11.1	47.6	41.3
Serang	32.9	53.5	13.6
Kota Tangerang	17.0	17.0	66.0
Kota Cilegon	37.4		62.6
Banten	21.4	39.1	39.5

Distribusi alasan rumah tangga yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes menunjukkan bahwa pada tiap kabupaten/kota sangat bervariasi, sebagian besar karena alasan layanan tidak lengkap (39,5%) dan tidak ada posyandu (39,1%). Sedangkan dengan alasan letak posyandu yang jauh sebesar 21,4%.

Pada tabel 3.8.1.10 terlihat bahwa alasan letak posyandu/poskesdes jauh lebih banyak ditemukan pada rumah tangga yang tinggal di pedesaan dibandingkan di perkotaan. Sedangkan untuk alasan layanan tidak lengkap banyak ditemukan pada rumah tangga yang tinggal di perkotaan dan alasan tidak ada posyandu/poskesdes banyak ditemukan di pedesaan. Dikaji menurut keadaan ekonomi rumah tangga, ada kecenderungan semakin mampu secara ekonomi semakin banyak rumah tangga tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes dengan alasan pelayanan tidak lengkap dan sebaliknya semakin kurang mampu semakin banyak beralasan letak posyandu/ poskesdes jauh.

Tabel 3.8.1.10
Persentase Rumah Tangga Berdasarkan Alasan Tidak Memanfaatkan
Posyandu/Poskesdes menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes		
	Letak jauh	Tidak ada posyandu	Layanan tidak lengkap
Tipe daerah			
Perkotaan	15.5	35.6	49.0
Perdesaan	27.1	42.4	30.5
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	20.2	56.4	23.4
Kuintil 2	21.3	39.5	39.2
Kuintil 3	37.9	25.8	36.3
Kuintil 4	19.9	31.1	49.0
Kuintil 5	11.9	39.9	48.2

Tabel 3.8.1.11
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut
Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan Polindes/Bidan oleh rumah tangga		
	Ya	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Pandeglang	22,8	39,3	37,9
Lebak	32,7	38,3	29,0
Tangerang	11,2	49,0	39,9
Serang	25,0	33,4	41,6
Kota Tangerang	27,4	58,0	14,6
Kota Cilegon	11,8	49,0	39,2
Banten	20,5	45,2	34,3

Tabel 3.8.1.11 menggambarkan pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di desa dalam tiga bulan terakhir. Sebanyak 20,5% rumah tangga di Provinsi Banten telah memanfaatkan keberadaan polindes/bidan di desa, 34,3% tidak memanfaatkan dengan alasan lain dan 45,2% tidak memanfaatkan karena merasa tidak membutuhkan keberadaan polindes/bidan di desa. Kabupaten yang persentase rumah tangganya tidak memanfaatkan keberadaan polindes/bidan di desa adalah Kabupaten Serang (41,6%), Kabupaten Tangerang (39,9%) dan Kota Cilegon (39,2%).

Tabel 3.8.1.12
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Pemanfaatan Polindes/Bidan oleh rumah tangga		
	Ya	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Tipe daerah			
Perkotaan	17,6	51,3	31,0
Perdesaan	24,0	37,5	38,4
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	22,1	42,9	35,0
Kuintil 2	22,9	44,1	33,1
Kuintil 3	21,8	40,5	37,6
Kuintil 4	18,8	47,3	33,9
Kuintil 5	16,9	51,2	31,9

Menurut tipe daerah, rumah tangga di perdesaan lebih banyak memanfaatkan polindes/bidan desa dibandingkan rumah tangga di perkotaan. Makin besar tingkat pengeluaran per kapita, makin berkurang memanfaatkan polindes/bidan di desa. Namun rata-rata lebih dari 40% rumah tangga yang merasa tidak membutuhkan Polindes, sehingga perlu ditindak lanjuti alasan tidak membutuhkannya.

Table 3.8.1.13
Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Desa menurut
Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Pemeriksaan Kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan ibu nifas	Pemeriksaan neonatus	Pemeriksaan bayi/ Balita	Pengobatan
Pandeglang	23,1	7,8	6,5	5,2	30,8	82,7
Lebak	27,9	9,4	10,9	13,4	46,9	79,6
Tangerang	28,3	11,7	9,4	11,0	30,0	73,8
Serang	12,2	4,8	6,8	5,2	16,2	91,1
Kota Tangerang	39,2	23,1	24,1	26,6	38,0	83,5
Kota Cilegon	16,7	0,0	5,6	5,6	22,2	88,2
Banten	24,7	10,7	11,0	11,8	30,9	82,4

Pada tabel 3.8.1.13 terlihat jenis pelayanan polindes/bidan di desa dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu pelayanan di bidang KIA (pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus dan pemeriksaan bayi/balita) dan pelayanan pengobatan. Idealnya pelayanan polindes/bidan di desa lebih banyak pada pelayanan bidang KIA dari pada pengobatan. Secara keseluruhan di Provinsi Banten persentase rumah tangga yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan jauh lebih tinggi (82,4%) dibanding dengan rumah tangga yang pernah memperoleh masing-masing jenis pelayanan bidang KIA (< 30%). Jenis pelayanan KIA yang diterima rumah tangga yang memanfaatkan polindes/bidan di desa berturut turut adalah pemeriksaan bayi/balita (30,9%), pemeriksaan kehamilan (24,7%), pemeriksaan neonatus (11,8%), pemeriksaan ibu nifas (11,0%) dan, persalinan (10,7%). Namun hal ini tidak dapat menggambarkan beban kerja polindes/bidan di desa, apakah lebih banyak di bidang KIA atau pengobatan. Hal ini disebabkan data ini hanya menggambarkan jenis pelayanan apa yang pernah diperoleh rumah tangga dalam memanfaatkan polindes/bidan di desa tanpa ditanyakan frekuensi pelayanan tersebut diperoleh.

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

Karakteristik	Pemeriksaan kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan ibu nifas	Pemerik saan neonatus	Pemeriksaan bayi/ Balita	Pengobatan
Tipe daerah						
Perkotaan	31,0	14,8	14,8	17,1	32,4	82,6
Perdesaan	18,6	6,9	7,5	6,8	29,5	82,4
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil 1	18,3	8,1	7,3	8,4	35,2	82,0
Kuintil 2	23,6	12,2	12,1	17,0	27,9	84,2
Kuintil 3	25,2	12,8	14,2	14,6	35,9	80,9
Kuintil 4	25,6	7,4	9,2	7,5	24,6	87,0
Kuintil 5	31,5	11,8	11,8	9,8	29,7	78,7

Bila dibedakan antara daerah perdesaan dan perkotaan maka menunjukkan bahwa di Provinsi Banten persentase rumah tangga yang pernah memperoleh pemeriksaan bayi/balita dan pelayanan pengobatan dari polindes/bidan di desa sama dengan di perkotaan. Namun untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas dan neonatus dan persalinan lebih tinggi di perkotaan.

Secara umum tidak terdapat perbedaan yang cukup berarti terhadap jenis pelayanan polindes/bidan di desa yang diterima keluarga miskin maupun kaya. Persentase rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita terendah yang pernah mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilan menunjukkan lebih rendah dari pada keluarga dengan tingkat pengeluaran per kapita terbesar. Namun untuk jenis pelayanan yang lain, tidak menunjukkan adanya pola yang menunjukkan makin kaya rumah tangga makin banyak rumah tangga yang pernah memperoleh, atau sebaliknya.

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

Kabupaten/ Kota	Alasan Tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa			
	Letak jauh	Tdk ada polindes/ Bidan	Layanan tidak lengkap	Lainnya
Pandeglang	8.2	34.6	1.3	55.9
Lebak	19.8	40.8	6.9	32.6
Tangerang	3.0	74.2	1.1	21.7
Serang	2.9	41.5	1.8	53.8
Kota Tangerang	6.1	25.6	22.0	46.3
Kota Cilegon	2.2	40.7	0.9	56.2
Banten	5.6	53.8	3.3	37.2

Tabel 3.8.1.15 menggambarkan alasan utama rumah tangga (di luar yang tidak membutuhkan) tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa menurut kabupaten/kota. Alasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan karena jaraknya jauh cukup bervariasi pada masing-masing kabupaten/kota, dengan alasan "tidak ada polindes" tertinggi pada Kabupaten Tangerang (74,2%) dan alasan "letak jauh" tertinggi di Kabupaten Lebak (19,8%).

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

Karakteristik	Alasan tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa			
	Letak jauh	Tidak ada polindes/ Bidan	Layanan tidak lengkap	Lainnya
Tipe daerah				
Perkotaan	2.9	64.6	4.1	28.4
Perdesaan	8.3	43.0	2.5	46.2
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	7.7	41.6	1.4	49.3
Kuintil 2	7.8	52.9	1.8	37.6
Kuintil 3	5.9	52.0	2.9	39.2
Kuintil 4	4.5	62.4	4.7	28.4
Kuintil 5	1.8	61.5	6.1	30.6

Tabel 3.8.1.16 menggambarkan persentase rumah tangga yang tidak memanfaatkan polindes/bidan di desa dengan alasan utama (di luar yang tidak membutuhkan) menurut karakteristik rumah tangga.

Menurut tipe daerah, persentase rumah tangga yang mengatakan “tidak ada polindes/ bidan” di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Sedangkan alasan “jarak yang jauh” banyak pada rumah tangga di perdesaan. Sehingga perlunya akselerasi mendekatkan akses polindes bagi rumah tangga perdesaan dan pemerataan tenaga bidan di rumah tangga di perkotaan.

Ada kecenderungan alasan “letak polindes/ bidan yang jauh” makin meningkat seiring dengan menurunnya tingkat pengeluaran per kapita. Sehingga akses polindes perlu ditingkatkan untuk rumah tangga miskin.

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

Kabupaten/Kota	Pemanfaatan POD/WOD oleh rumah tangga		
	Ya	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak butuh	Alasan lain
Pandeglang	24,2	1,2	74,6
Lebak	2,9	5,6	91,6
Tangerang	0,5	3,3	96,2
Serang	2,6	7,0	90,4
Kota Tangerang	0,8	12,2	87,0
Kota Cilegon	2,6	20,9	76,5
Banten	3,9	6,2	89,9

Tabel 3.8.1.17 mengenai pemanfaatan POD/WOD tiap kabupaten/kota cukup bervariasi namun masih dibawah 25 %. Pemanfaatan tertinggi pada kabupaten Pandeglang (24,2%), dan terendah di Kabupaten Tangerang (0,5%). Sehingga perlu adanya penelusuran alasan tidak memanfaatkan POD/WOD. Kota Cilegon adalah yang terbesar menyatakan tidak membutuhkan POD/WOD (20,9%) dan yang terendah adalah Kabupaten Pandeglang (1,2%).

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

Karakteristik	pemanfaatan POD/WOD oleh rumah tangga		
	Ya	Tidak	Tidak butuh
Tipe daerah			
Perkotaan	1,8	90,4	7,8
Perdesaan	6,6	89,3	4,1
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	4,8	89,8	5,4
Kuintil 2	5,4	89,3	5,3
Kuintil 3	3,7	90,4	5,9
Kuintil 4	3,3	91,9	4,8
Kuintil 5	2,3	88,4	9,3

Menurut karakteristik rumah tangga menunjukkan bahwa pemanfaatan POD/WOD oleh rumah tangga masih sangat minim baik di perdesaan ataupun di perkotaan, meskipun terlihat perdesaan lebih besar pemanfaatannya.

Tidak tergambar perbedaan yang menyolok tentang pemanfaatan POD/WOD, baik pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita besar maupun kecil.

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

Kabupaten/ Kota	Alasan tidak memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi jauh	Tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Pandeglang	0.7	97.6		1.6
Lebak	0.3	93.2	0.3	6.2
Tangerang		99.4		0.6
Serang	0.4	91.6	0.1	7.9
Kota				
Tangerang	0.2	97.9	0.6	1.4
Kota Cilegon	1.3	90.5	0.2	7.9
Banten	0.2	96.5	0.2	3.1

Sebagian besar alasan tidak memanfaatkan POD/WOD adalah “tidak adanya POD/WOD (96,5%), tertinggi di Kabupaten Tangerang (99,4 %) dan terendah di Kota Cilegon (90,5%).

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

Karakteristik	Alasan tidak memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi jauh	Tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Tipe daerah				
Perkotaan	0.1	97.8	0.2	1.9
Perdesaan	0.5	94.9	0.1	4.6
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	0.4	96.5	0.1	3.0
Kuintil 2	0.4	95.8	0.2	3.6
Kuintil 3	0.4	97.1		2.5
Kuintil 4		96.9	0.4	2.7
Kuintil 5	0.1	96.1	0.1	3.7

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. Tidak tampak perbedaan antara daerah perdesaan dan perkotaan dalam hal alasan utama untuk tidak memanfaatkan POD/WOD, begitu pula menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

3.8.2 Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi tentang jenis sarana dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan oleh responden

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri/keluarga, Asuransi (Askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Swasta, dan JPK Pemerintah Daerah), Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Dana Sehat, dan lainnya. Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase rumah tangga yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan, termasuk penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Seluruh penduduk diminta untuk memberikan informasi tentang apakah yang bersangkutan pernah menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Mereka yang pernah rawat jalan maupun rawat inap diminta untuk menjelaskan dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan, serta dari mana sumber biaya perawatan kesehatan tersebut. Pihak-pihak yang menanggung biaya perawatan kesehatan tersebut bisa lebih dari satu.

Table 3.8.2.1
Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Tempat berobat rawat inap menurut kabupaten/kota								Tidak RI.
	RS Peme- rintah	RS. Swasta	RS. luar negeri	RSB	Puskes mas	Nakes	Batra	Lain nya	
Pandeglang	1.4	0.2			0.9	0.3	0.1	0.1	97.0
Lebak	1.4	0.5			0.2	0.2	0.0	0.0	97.6
Tangerang	1.6	4.3	0.0	0.9	0.4	0.5		0.2	92.0
Serang	2.0	0.6	0.0	0.1	0.5	0.4	0.1	0.1	96.1
Kota Tangerang	2.2	5.4	0.0	2.1	0.3	1.1		0.1	88.8
Kota Cilegon	4.2	4.4		0.4	0.0	0.6	0.1	0.1	90.1
Banten	2.1	2.4	0.0	0.5	0.4	0.5	0.1	0.1	93.9

Pada Tabel 3.8.2.1 sebagian besar (93,9%) tidak menjalani rawat inap. Bagi penduduk yang menjalani rawat inap, terlihat bahwa secara merata seluruh penduduk yang memilih rawat inap memilih RS pemerintah untuk pelayanan kesehatan (2,1%), namun terlihat bahwa untuk RS swasta angkanya lebih tinggi dari RS pemerintah.

Table 3.8.2.2
Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Tempat dan Karakteristik Rumah
Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat berobat rawat inap menurut kabupaten/kota								
	RS pemerintah	RS. Swasta	RS. luar negeri	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	Tidak RI.
Tipe daerah									
Kota	2.9	4.5	0.0	1.0	0.3	0.7	0.1	0.1	90.3
Desa	1.4	0.5	0.0	0.0	0.4	0.3	0.1	0.1	97.2
Tkt pengeluaran per kapita									
Kuintil-1	1.5	0.5		0.3	0.1	0.6	0.1	0.2	96.7
Kuintil-2	1.9	1.3	0.0	0.4	0.4	0.4	0.1	0.1	95.4
Kuintil-3	1.8	2.1	0.0	0.6	0.3	0.6	0.1	0.1	94.5
Kuintil-4	2.5	2.9		0.7	0.5	0.5	0.1	0.1	92.7
Kuintil-5	2.9	5.0	0.0	0.5	0.6	0.5	0.1	0.1	90.4

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. Pemanfaatan RS (baik pemerintah atau swasta) sebagai tempat berobat rawat inap cenderung meningkat seiring dengan meningkatnya tingkat pengeluaran per kapita. Sehingga perlu adanya akselerasi pemanfaatan RS untuk masyarakat miskin.

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

Kabupaten/ Kota	Sumber pembiayaan pelayanan kesehatan				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana sehat	Lain- lain
Pandeglang	81.1	5.6	18.9	1.1	2.2
Lebak	63.0	5.5	28.8	5.5	5.5
Tangerang	72.6	20.1	2.7		20.5
Serang	69.3	16.8	11.7	2.2	10.9
Kota Tangerang	81.2	17.7	2.3	0.8	7.3
Kota Cilegon	45.7	26.2	5.6	3.0	30.3
Banten	67.5	18.4	7.7	1.7	15.9

Keterangan:

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi Askes PNS, Jamsostek, ASABRI, Askes Swasta, JPK, Pemerintah Daerah

Askeskin = pembayaran dengan dana askeskin atau menggunakan SKTM

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain diluar tersebut

Sebagian besar kabupaten/kota menggunakan sumber biaya yang bersifat 'out of pocket' untuk rawat inap (67,5%), tertinggi di Kota Tangerang (81,2%). Kabupaten pengguna Askes tertinggi adalah Kota Cilegon (26,2%) dan yang terendah adalah Kabupaten Lebak (5,5%). Sedangkan pengguna Askeskin tertinggi adalah Kabupaten Lebak (28,8%) dan terkecil Kota Tangerang (2,3%). Dana sehat banyak dimanfaatkan oleh penduduk Kabupaten Lebak (5,5%) dibandingkan kabupaten/kota yang lain.

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 3.8.2.4
Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan dan Karakterisasi Rumah Tangga, di Provinsi Banten, Riskeddas 2007

Karakterisasi	Sumber pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ Sktm	Dana Sehat	Lain- lain
Tipe daerah					
Perkotaan	66.1	20.7	4.7	1.8	18.0
Perdesaan	71.8	11.5	16.8	1.5	9.5
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	64.6	8.0	22.1	6.2	7.1
Kuintil 2	70.6	9.4	14.4	3.1	15.0
Kuintil 3	73.3	15.2	5.2	1.0	12.6
Kuintil 4	72.5	16.7	6.0	0.8	15.5
Kuintil 5	59.8	29.3	2.4	0.6	21.5

Tabel 3.8.2.5 menunjukkan bahwa di Provinsi Banten RS Bersalin/RSB (11,7%) dan Tenaga Kesehatan (13,1%) merupakan sarana kesehatan yang paling banyak dimanfaatkan untuk rawat jalan. Pemanfaatan Puskesmas (7,5%) menempati urutan ketiga dan urutan ke empat adalah rumah sakit swasta (2,0%) diikuti rumah sakit swasta (1,0%). Angka rata-rata rumah sakit swasta yang lebih besar daripada rumah sakit pemerintah diakibatkan oleh tingginya pemilihan rumah sakit swasta di Kota Cilegon (4,5%) dan Kota Tangerang (3,2%).

Tabel 3.8.2.5
Persentase Penduduk yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir menurut Tempat dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskeddas 2007

Kabupaten/Kota	Tempat berobat rawat jalan									
	RS. Pemerintah	RS. Swasta	RS LN	RSB	Puskes mas	Nakes	Battra	Lain nya	Di rumah	Tidak Rawat Jalan
Pandeglang	0.8	0.2	0.1	24.0	3.4	16.5	0.5	0.7	0.5	53.3
Lebak	1.1	0.5	0.2	13.5	1.2	13.3	0.7	0.2	0.5	68.8
Tangerang	0.8	2.8	0.4	9.9	13.7	11.8	0.2	0.7	0.4	59.4
Serang	0.9	0.7	0.1	10.3	3.3	18.7	0.3	0.6	1.2	64.0
Kota Tangerang	1.2	3.2	1.3	7.0	6.4	6.4	0.3	0.2	0.1	74.0
Kota Cilegon	2.3	4.1	0.4	16.9	5.4	14.9	0.1	0.2	0.1	55.6
Banten	1.2	1.8	0.4	13.8	5.3	14.0	0.4	0.4	0.5	62.2

Menurut karakteristik rumah tangga (Tabel 3.8.2.5), tampak kecenderungan responden di perkotaan lebih banyak memanfaatkan tenaga kesehatan dan RSB disbanding dengan tempat pelayanan kesehatan yang lain. Pemakaian Nakes (14,0%) kemudian disusul dengan RSB (13,8%).

Tabel 3.8.2.6
Persentase Tempat Berobat Rawat Jalan menurut Karakteristik Rumah Tangga
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat berobat rawat jalan									Tidak Rawat Jalan
	RS. Pemerintah	RS. Swasta	RS LN	RSB	Puskesmas	Nakes	Battra	Lain nya	Di rumah	
Tipe daerah										
Perkotaan	1.6	3.3	0.6	11.5	7.7	12.1	0.3	0.4	0.3	62.3
Perdesaan	0.8	0.4	0.2	15.8	3.3	15.7	0.4	0.5	0.7	62.2
Tingkat pengeluaran per kapita										
Kuintil 1	1.0	0.3	0.2	19.2	2.5	10.7	0.3	0.3	0.6	64.9
Kuintil 2	0.8	0.8	0.3	14.8	5.5	12.4	0.3	0.5	0.4	64.2
Kuintil 3	1.1	1.3	0.3	13.8	5.2	13.8	0.3	0.3	0.6	63.5
Kuintil 4	1.1	2.0	0.6	11.8	6.6	15.5	0.5	0.7	0.5	60.7
Kuintil 5	1.9	4.5	0.5	9.3	7.0	17.6	0.4	0.5	0.5	57.9

Pada tabel 3.8.2.6 menunjukkan bahwa pemakaian jasa tenaga kesehatan untuk berobat rawat jalan di perdesaan (15,7%) sedangkan di perkotaan sebesar 12,1%. Ada kecenderungan dengan bertambahnya kuintil tempat berobat ke RS Swasta lebih banyak jika dibandingkan dengan kuintil lain.

Tabel 3.8.2.7
Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Kabupaten/Kota
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Sumber pembiayaan rawat jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ Sktm	Dana sehat	Lain-lain
Pandeglang	91.8	1.2	6.5	0.5	0.7
Lebak	88.2	3.2	8.4	2.8	1.1
Tangerang	87.2	5.2	1.7	1.2	9.4
Serang	83.5	7.0	9.0	0.6	2.6
Kota Tangerang	86.0	10.5	1.8	0.2	4.2
Kota Cilegon	73.6	12.8	2.8	1.8	10.0
Banten	85.0	6.3	5.3	1.2	4.7

Pada tabel 3.8.2.7 menunjukkan bahwa sumber pembiayaan berobat rawat jalan yang terbesar dari biaya sendiri/keluarga (85,0%), kemudian disusul dengan askes/jamsostek (6,3%).

Tabel 3.8.2.8
Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Jalan menurut Karakterisasi Rumah
Tangga di Provinsi Banten , Riskesdas 2007

Karakterisasi	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin /sktm	Dana sehat	Lain -lain
Tipe daerah					
Perkotaan	79.8	9.8	3.6	1.5	7.9
Perdesaan	89.6	3.2	6.8	0.9	1.8
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	85.3	2.7	11.3	1.9	1.2
Kuintil 2	87.4	3.6	6.5	1.1	3.2
Kuintil 3	87.6	4.8	4.5	1.8	3.5
Kuintil 4	85.4	6.8	3.4	0.8	5.7
Kuintil 5	80.1	12.4	1.8	0.3	8.8

Tabel 3.8.2.8 menunjukkan bahwa penggunaan 'out of pocket' dalam pembiayaan rawat jalan masih cukup tinggi dibanding asuransi (baik di perkotaan atau perdesaan). Pemanfaatan askeskin di perdesaan lebih banyak dibanding di perkotaan sebaliknya pemanfaatan askes/jamsostek lebih banyak di perkotaan. Adanya kecenderungan meningkat penggunaan askes/jamsostek seiring dengan peningkatan pengeluaran per kapita

3.8.3 Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Persepsi masyarakat pengguna pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan non-medis dapat digunakan sebagai salah satu indikator ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan. Ada 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Penilaian untuk masing-masing domain ditanyakan kepada responden, berdasarkan pengalamannya waktu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan untuk rawat inap dan rawat jalan.

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

1. Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
2. Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
3. Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita
4. Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
5. Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien
6. Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
7. Keberhasilan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
8. Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

Tujuh domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan sama dengan domain rawat inap, kecuali domain ke delapan (kemudahan dikunjungi keluarga/teman).

Penduduk diminta untuk menilai setiap aspek ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan di luar medis selama menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Masing-masing domain ketanggapan dinilai dalam 5 (lima) skala yaitu: sangat baik, baik, cukup, buruk, sangat buruk. Untuk memudahkan penilaian aspek ketanggapan rawat jalan dan rawat inap pada sistem pelayanan kesehatan tersebut, WHO membagi menjadi dua bagian besar yaitu 'baik' (sangat baik dan baik) dan 'kurang baik' (cukup, buruk dan sangat buruk). Penyajian hasil analisis/tabel selanjutnya hanya mencantumkan persentase yang 'baik' saja.

Tabel 3.8.3.1
Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih sarana	Kebersihan ruangan	Kemudahan dikunjungi
Pandeglang	58.4	67.4	58.4	66.3	57.3	61.8	55.1	58.4
Lebak	67.6	71.8	67.6	62.0	64.8	62.0	56.3	59.2
Tangerang	83.0	86.7	84.9	83.5	85.8	85.3	85.8	88.1
Serang	70.8	78.1	75.2	65.0	68.6	68.6	75.2	78.8
Kota Tangerang	63.1	73.5	68.1	71.2	69.6	68.5	72.3	74.2
Kota Cilegon	75.7	75.3	71.5	74.9	74.5	73.4	71.5	79.4
Banten	71.4	76.7	72.6	72.8	72.7	72.3	72.7	76.7

Tabel.3.8.3.1 menggambarkan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' terhadap aspek ketanggapan menurut kabupaten/kota. Di Provinsi Banten, penduduk yang memberikan penilaian 'baik' dengan persentase tinggi adalah aspek 'mudah dikunjungi' (76,7%) dan 'keramahan petugas' (76,7%). Persentase terendah adalah aspek 'waktu tunggu' (71,4%).

Tabel 3.8.3.2
Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan Karakterisasi Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakterisasi	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih sarana	Kebersihan ruangan	Kemudahan dikunjungi
Tipe daerah								
Perkotaan	72.9	77.8	75.0	75.9	76.0	75.2	75.7	79.7
Perdesaan	66.8	73.4	65.3	63.7	62.9	63.3	63.7	67.6
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil 1	63.7	72.6	69.0	69.0	70.8	63.7	63.7	69.9
Kuintil 2	64.6	72.2	63.9	67.1	65.2	66.5	67.7	75.9
Kuintil 3	70.5	73.2	68.4	68.4	66.8	65.8	68.4	73.2
Kuintil 4	70.8	78.4	76.0	75.2	74.4	74.8	73.6	76.0
Kuintil 5	78.2	81.0	77.6	77.6	79.2	79.8	80.1	81.9

Pada tabel 3.8.3.2 Menurut tipe daerah, penduduk perkotaan memberikan penilaian 'baik' terhadap seluruh aspek ketanggapan lebih besar daripada penduduk 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 waktu tunggu, ikut ambil keputusan, kebebasan pilih sarana dan kebersihan.

Tabel 3.8.3.3
Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih sarana	Kebersihan ruangan
Pandeglang	67.2	67.5	62.9	61.4	60.6	59.5	53.3
Lebak	70.4	73.7	68.4	68.4	69.0	62.8	61.8
Tangerang	72.6	83.3	79.5	76.6	81.5	77.8	81.1
Serang	61.0	68.4	58.2	53.0	62.5	58.3	64.8
Kota Tangerang	64.8	76.0	67.1	69.5	71.1	70.0	74.4
Kota Cilegon	69.3	73.8	69.6	68.6	68.8	69.1	66.6
Banten	67.6	73.2	67.3	65.5	68.2	65.6	65.9

Tabel 3.8.3.3 menunjukkan aspek ketanggapan terhadap pelayanan rawat jalan. Ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan menurut kabupaten/kota tidak terlampau banyak variasi. Semua aspek penilaian ketanggapan menunjukkan bahwa sebagian besar ($\geq 65\%$) menyatakan responden menyatakan ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan dinilai baik. Ketanggapan pada rawat jalan, Kabupaten Tangerang menunjukkan kepuasan yang cukup baik terhadap ketanggapan pelayanan kesehatan, terutama pada keramahan petugas (73,2%) dan terendah pada ikut ambil dalam keputusan (65,5%).

Tabel 3.8.3.4
Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Karakterisasi Rumah Tangga
di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakterisasi	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan Pilih sarana	Kebersihan Ruangan
Tipe daerah							
Perkotaan	69.3	75.7	70.8	70.0	72.3	70.5	70.3
Perdesaan	66.0	71.0	64.2	61.4	64.7	61.4	61.8
Tingkat pengeluaran per kapita							
Kuintil 1	63.0	69.3	64.0	58.4	63.0	58.5	61.4
Kuintil 2	64.1	71.2	63.7	61.5	65.5	60.6	61.7
Kuintil 3	65.4	69.3	63.2	63.9	65.4	64.3	63.5
Kuintil 4	69.8	76.2	69.7	66.9	70.7	68.5	69.0
Kuintil 5	73.9	78.6	74.2	74.4	75.0	74.1	72.2

Menurut tipe daerah, terdapat perbedaan persentase penduduk yang memberikan penilaian 'baik' dalam aspek ketanggapan waktu tunggu, Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita menunjukkan adanya kecenderungan, semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga, semakin banyak yang memberikan penilaian 'baik' pada semua aspek ketanggapan pelayanan rawat jalan.

3.9. KESEHATAN LINGKUNGAN

Data kesehatan lingkungan diambil dari dua sumber data, yaitu Riskesdas 2007 dan Kor Susenas 2007. Sesuai kesepakatan, data yang sudah ada di Kor Susenas tidak dikumpulkan lagi di Riskesdas, dan dalam Riskesdas ditanyakan pertanyaan-pertanyaan yang tidak ada di Kor Susenas. Dengan demikian penyajian beberapa variabel kesehatan lingkungan merupakan gabungan data Riskesdas dan Kor Susenas.

Data yang dikumpulkan dalam survei ini meliputi data air bersih keperluan rumah tangga, sarana pembuangan kotoran manusia, sarana pembuangan air limbah (SPAL), pembuangan sampah, dan perumahan. Data tersebut bersifat fisik dalam rumah tangga, sehingga pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terhadap kepala rumah tangga dan pengamatan.

3.9.1 Air keperluan rumah tangga

Menurut WHO, jumlah pemakaian air bersih rumah tangga per kapita sangat terkait dengan risiko kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan higiene. Rerata pemakaian air bersih individu adalah rerata jumlah pemakaian air bersih rumah tangga dalam sehari dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga. Rerata pemakaian air bersih individu ini kemudian dikelompokkan menjadi '<5 liter/orang/hari', '5-19,9 liter/orang/hari', '20-49,9 liter/orang/hari', '50-99,9 liter/orang/hari' dan '≥100 liter/orang/hari'. Berdasarkan tingkat pelayanan, kategori tersebut dinyatakan sebagai 'tidak akses', 'akses kurang', 'akses dasar', 'akses menengah', dan 'akses optimal'. Risiko kesehatan masyarakat pada kelompok yang akses terhadap air bersih rendah ('tidak akses' dan 'akses kurang') dikategorikan sebagai mempunyai risiko tinggi.

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

Tabel 3.9.1.1
Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih
Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19,9	20- 49,9	50-99,9	≥100
Pandeglang	1.7	14.7	26.2	23.3	34.1
Lebak	0.0	4.1	27.7	28.1	40.1
Tangerang	0.3	2.3	22.6	16.9	57.9
Serang	0.5	5.3	26.7	34.6	33.0
Kota Tangerang	0.0	3.3	5.6	22.8	68.3
Kota Cilegon	0.7	2.6	11.1	24.8	60.8
Banten	0.4	4.6	21.1	23.5	50.3

Tabel 3.9.1.1 menunjukkan bahwa konsumsi air per orang per hari di Provinsi Banten 50,3% lebih dari 100 liter ('akses optimal'). Apabila dibandingkan antar wilayah kabupaten/kota, persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air 'akses optimal' adalah Kota Tangerang (68,3%) dan kota Cilegon (60,8%). Terdapat rumah tangga yang pemakaian air bersihnya masih rendah (5%) yaitu 0,4% tidak akses dan 4,6% akses kurang, berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebesar 21,1% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal) dan 23,5% mempunyai akses menengah.

Menurut karakteristik rumah tangga (Tabel 3.9.1.2), Persentase rumah tangga yang aksesnya rendah terhadap air bersih lebih tinggi di perdesaan (7,2%) dibandingkan dengan di perkotaan (2,6%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi akses terhadap air bersih optimal. Penggunaan air 'akses optimal' di perkotaan (57,1%) lebih besar dari perdesaan (41,7%).

Tabel 3.9.1.2
Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Jumlah rata-rata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	<5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥100
Tipe daerah					
Perkotaan	0.1	2.6	18.2	22.0	57.1
Perdesaan	0.8	7.2	24.8	25.5	41.7
Tingkat pengeluaran per kapita					
Kuintil 1	0.5	6.0	20.6	29.0	44.0
Kuintil 2	0.6	4.6	24.2	23.3	47.3
Kuintil 3	0.9	4.9	19.4	22.2	52.5
Kuintil 4	0.1	4.5	20.0	20.9	54.6
Kuintil 5	0.0	2.9	21.2	22.3	53.5

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. Pada tabel 3.9.1.3 terlihat 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.

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

Kabupaten/ Kota	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (menit)		Jarak (kilometer)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit Sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤1			
Pandeglang	3.7	96.3	15.5	84.5	45.6	53.9	0.4
Lebak	6.7	93.3	7.0	93.0	38.5	60.6	0.9
Tangerang	0.8	99.2	4.8	95.2	65.5	32.9	1.7
Serang	2.8	97.2	3.2	96.8	76.0	23.5	0.5
Kota Tangerang	0.5	99.5	0.8	99.2	91.7	8.1	0.1
Kota Cilegon	0.7	99.3	1.3	98.7	76.5	22.9	0.7
Banten	2.2	97.8	5.2	94.8	66.7	32.4	0.9

Dalam hal jarak dan waktu, pada umumnya rumah tangga di kabupaten/kota dapat menjangkau sumber air dalam waktu kurang dari 30 menit (97,8%) dan jarak kurang dari 1 km (94,8%). Berdasarkan ketersediaan air bersih, 32,4% rumah tangga mengalami kesulitan air bersih pada musim kemarau. Yang tertinggi adalah Kabupaten Lebak (60,7%) dan Pandeglang (53,9%). Persentase kesulitan menjangkau sumber air bersih tertinggi Kabupaten Tangerang (1,7%), sedangkan yang terendah Kota Tangerang (0,1%).

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).

Tabel 3.9.1.4

Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (menit)		Jarak (kilometer)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit Sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤1			
Tipe daerah							
Perkotaan	0.7	99.3	3.7	96.3	78.4	21.2	0.4
Perdesaan	4.1	95.9	7.1	92.9	52.0	46.6	1.5
Tingkat pengeluaran perkapita perbulan							
Kuintil 1	3.3	96.7	5.6	94.4	59.5	38.1	2.4
Kuintil 2	1.7	98.3	6.7	93.3	61.3	37.9	0.8
Kuintil 3	2.1	97.9	5.4	94.6	64.5	34.8	0.8
Kuintil 4	2.3	97.7	3.7	96.3	71.6	28.2	0.1
Kuintil 5	1.5	98.5	4.4	95.6	76.8	22.7	0.5

Persentase rumah tangga yang waktu tempuh ke sumber airnya lebih dari 30 menit lebih tinggi di perdesaan (4,1%) dibandingkan dengan di perkotaan (0,7%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan persentase waktu tempuh mengalami penurunan sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Persentase rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer lebih tinggi di perdesaan (7,1%) dibandingkan dengan di perkotaan (3,7%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan persentase jarak tempuh mengalami penurunan sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita. Begitu pula persentase rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang tahun lebih tinggi di perkotaan (78,4%) dibandingkan dengan di perdesaan (52,0%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan persentase rumah tangga yang ketersediaan airnya mudah sepanjang waktu mengalami peningkatan sesuai dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita.

Dalam rangka memperoleh air untuk keperluan rumah tangga bila sumbernya berada di luar pekarangan, ditanyakan siapa yang biasanya mengambil air dalam rumah tangga tersebut, sebagai upaya untuk melihat aspek gender dan perlindungan anak. Aspek gender dalam pengambilan air bersih dapat dilihat pada Tabel 3.9.1.5.

Tabel 3.9.1.5
Persentase Rumah Tangga menurut Individu Yang Biasa Mengambil Air Dalam
Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak-anak (<12 th)	Dewasa	Anak-anak (<12 th)
Pandeglang	37.1	0.8	58.9	3.2
Lebak	57.7	1.0	39.7	1.7
Tangerang	51.3	0.4	45.5	2.7
Serang	49.7	1.3	45.9	3.1
Kota				
Tangerang	43.5	0.0	56.5	0.0
Kota Cilegon	42.9	0.0	42.9	14.3
Banten	49.4	0.7	47.3	2.5

Dalam pengambilan air bersih, tidak menunjukkan adanya faktor gender, dimana beban laki-laki dewasa dalam pengambilan air (47,3%) lebih rendah dibandingkan dengan perempuan dewasa (49,4%), sementara walaupun persentasenya kecil, terlihat bahwa anak-anak sudah mulai diberi 'beban' untuk pengambilan air. Kota Cilegon merupakan yang terbanyak menggunakan tenaga anak-anak untuk mengambil air.

Persentase individu yang mengambil air bersih di rumah tangga menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.6
Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air Dalam
Rumah Tangga dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten,
Riskesdas 2007

Karakteristik	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak-anak (<12 th)	Dewasa	Anak-anak (<12 th)
Tipe daerah				
Perkotaan	50.3	0.0	47.7	2.0
Perdesaan	49.0	0.9	47.3	2.8
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	51.1	1.1	45.4	2.4
Kuintil 2	49.2	0.3	48.5	2.0
Kuintil 3	45.3	0.9	50.4	3.4
Kuintil 4	47.0	0.0	50.0	3.0
Kuintil 5	55.5	0.7	41.8	2.1

Tenaga perempuan yang mengambil air di rumah tangga lebih tinggi di perkotaan (50,3%) dibandingkan dengan di perkotaan (8,1% dan 0,0%). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin rendah persentase anak-anak perempuan yang bertugas mengambil air bersih untuk keperluan rumah tangga.

Data kualitas fisik air untuk keperluan minum rumah tangga dikumpulkan dengan cara wawancara dan pengamatan, meliputi kekeruhan, bau, rasa, warna dan busa. Kategori kualitas fisik air minum baik bila air tersebut tidak keruh, tidak berbau, tidak berasa, tidak berwarna dan tidak berbusa.

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

Kabupaten/Kota	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Pandeglang	14.1	3.1	4.8	12.7	1.5	76.1
Lebak	16.2	1.4	6.5	1.1	0.2	80.7
Tangerang	8.1	6.3	5.8	8.4	2.3	84.0
Serang	13.1	2.8	9.5	7.9	0.5	77.7
Kota Tangerang	4.2	3.1	3.6	4.7	1.1	90.4
Kota Cilegon	4.6	2.6	5.3	11.8	1.3	84.9
Banten	9.9	4.0	6.0	7.3	1.4	82.7

Catatan : * tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa dan tidak berbau

Dari Tabel 3.9.1.7 terlihat bahwa 82,3% rumah tangga di Provinsi Banten mempunyai kualitas fisik air minum baik. Menurut kualitas air minum, terdapat perbedaan dalam hal kualitas air (keruh, bau, warna, rasa, busa) diantara kabupaten/kota. Yang tertinggi adalah pada kekeruhan (9,9%) dan yang terendah adalah pada air yang berbusa (1,4%), dan kualitas berasa yang tertinggi di Kabupaten Pandeglang (12,7%).

Tabel 3.9.1.8 menunjukkan bahwa menurut tipe daerah, kualitas fisik air minum daerah perkotaan (88,4%) lebih baik dari pada di perdesaan terutama dalam hal keruh, berwarna dan berasa. Menurut tingkat pengeluaran per kapita, kualitas fisik air minum (keruh, bau, warna, rasa busa) rumah tangga dalam semua kuintil pada umumnya baik, namun semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita, tingkat kekeruhan makin rendah. Untuk berwarna, berasa dan berbau semakin tinggi pada tingkat pengeluaran per kapita rendah.

Tabel 3.9.1.8
Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berbau	Berwarna	Berasa	Berbusa	Baik*)
Tipe daerah						
Perkotaan	6.5	4.6	3.9	4.1	0.8	88.4
Perdesaan	14.2	3.3	8.7	11.4	2.1	75.4
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil 1	11.1	3.4	6.7	7.9	1.9	80.9
Kuintil 2	11.1	4.1	7.7	9.0	2.2	81.9
Kuintil 3	10.0	2.8	5.4	7.0	0.8	83.7
Kuintil 4	9.4	4.0	6.6	6.8	1.2	82.0
Kuintil 5	8.0	5.7	4.0	6.0	0.6	84.8

Catatan : * tidak keruh, tidak berwarna, tidak berasa, tidak berbusa dan tidak berbau

Data jenis sumber air minum utama yang digunakan rumah tangga diambil dari data Kor Susenas 2007.

Pada tabel 3.9.1.9 terlihat bahwa jenis sumber air sumur bor pompa (36,3%) merupakan sumber air utama diseluruh kabupaten/kota, disusul dengan sumur terlindung (20,6%). Penggunaan air kemasan di kota Cilegon (37,5%) adalah yang tertinggi dan di Pandeglang (0,4%) adalah yang terendah.

Di Provinsi Banten masih banyak rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber tidak terlindung (sumur tidak terlindung 7,2%; mata air tidak terlindung 3,18%; air sungai 4,2% dan

lainnya 0,7%). Penggunaan air kemasan di rumah tangga mengalami peningkatan hampir 5 kali lipat dibanding tahun 2004, yaitu dari 2,6% menjadi 14,8%.

Tabel 3.9.1.9
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Kabupaten/Kota
Di Provinsi Banten, Susenas 2007

Kabupaten/ Kota	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
Pandeglang	0.4	5.2	2.1	6.4	35.9	17.4	7.3	15.6	9.3	0.2	0.2
Lebak	0.9	4.1	0.2	7.7	41.1	9.3	15.9	7.7	12.9	0.0	0.2
Tangerang	18.8	3.3	5.0	48.3	18.4	4.4	0.0	0.1	0.7	0.0	1.0
Serang	12.0	5.7	4.2	29.1	20.0	13.1	2.1	5.8	6.8	0.2	1.0
Kota Tangerang	24.1	12.2	2.4	60.1	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7
Kota Cilegon	37.5	9.2	0.7	24.3	25.0	2.6	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0
Banten	14.8	5.8	3.3	36.3	20.6	7.2	3.18	3.8	4.2	0.1	0.7

Persentase penggunaan jenis sumber air minum bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.1.10
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air dan Karakteristik Rumah
Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas , 2007

Karakteristik	Jenis sumber air minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Tempat tinggal											
Perkotaan	23.5	8.3	2.0	48.3	13.0	2.3	0.3	0.8	0.6	0.0	1.0
Perdesaan	3.9	2.6	5.0	21.0	30.4	13.5	6.9	7.6	8.7	0.2	0.4
Tingkat pengeluaran per kapita											
Kuintil 1	4.3	3.1	4.2	33.9	27.1	12.4	3.9	3.7	6.9	0.1	0.4
Kuintil 2	7.3	5.0	3.2	39.1	22.9	9.2	3.5	4.3	5.0	0.0	0.6
Kuintil 3	10.5	5.7	4.6	40.0	20.2	5.6	3.2	5.1	4.5	0.2	0.3
Kuintil 4	19.4	6.2	3.0	37.2	18.4	5.9	2.8	3.7	2.9	0.0	0.6
Kuintil 5	32.9	9.0	1.6	31.0	14.5	3.2	2.5	2.2	1.6	0.0	1.6

Tabel 3.9.1.10 menunjukkan bahwa penggunaan air kemasan, ledeng eceran, dan sumur bor lebih tinggi di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Di daerah perdesaan sumber air minum yang menonjol digunakan dibandingkan di perkotaan adalah ledeng meteran, 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 persentase yang menggunakan air kemasan, ledeng eceran, dan sumur pompa. Semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin menurun persentase rumah tangga yang menggunakan sumber air tidak terlindung.

Tabel 3.9.1.11 menggambarkan jenis tempat penampungan air untuk keperluan minum yang digunakan rumah tangga dan jenis pengolahan air minum yang dilakukan sebelum air tersebut dikonsumsi.

Tabel 3.9.1.11
Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Tempat penampungan				Pengolahan air minum sebelum digunakan			
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tidak ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Pandeglang	11.3	83.4	5.3	1.7	96.3	20.8	0.6	7.9
Lebak	17.8	71.3	10.8	0.4	99.3	3.6	0.4	0.4
Tangerang	6.0	75.6	18.4	6.9	90.7	5.0	0.4	7.5
Serang	6.2	81.3	12.6	1.1	97.2	3.8	1.0	7.9
Kota								
Tangerang	3.8	52.3	43.9	7.2	91.1	2.7	0.4	3.8
Kota Cilegon	12.7	60.0	27.3	34.6	70.4	10.5	0.0	2.0
Banten	7.9	72.5	19.6	5.4	92.9	6.1	0.5	5.9

Tempat penampungan air di rumah tangga sebagian besar menggunakan wadah tertutup (72,5%) dan yang tidak menggunakan penampungan (19,6%), sedangkan yang menggunakan wadah terbuka sebesar 7,9%. Pengolahan air minum sebelum digunakan terutama dilakukan dengan cara dimasak (92,9%). Terdapat 6,1% yang melakukan pengolahan dengan cara penyaringan dan 0,5% dengan membubuhkan bahan kimia.

Tabel 3.9.1.12
Persentase Rumah Tangga berdasarkan Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Tempat penampungan				Pengolahan air minum sebelum digunakan			
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tidak ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Tipe daerah								
Perkotaan	5.0	67.2	27.7	8.7	89.6	4.1	0.4	8.7
Perdesaan	11.5	79.2	9.3	1.3	97.2	8.7	0.5	1.3
Tingkat pengeluaran per kapita								
Kuintil 1	11.9	74.4	13.7	2.4	97.0	6.9	0.3	3.6
Kuintil 2	6.3	77.3	16.4	3.1	94.2	6.0	0.3	4.2
Kuintil 3	8.7	73.3	17.9	4.8	94.0	5.4	0.6	4.6
Kuintil 4	6.6	73.0	20.5	7.3	91.3	6.7	0.2	7.5
Kuintil 5	6.1	64.4	29.4	9.7	88.2	5.7	0.8	9.6

Tabel 3.9.1.12 dari perbedaan tipe daerah tempat tinggal, yang menggunakan wadah terbuka lebih banyak di perdesaan dibandingkan dengan di perkotaan, sedangkan yang tidak menggunakan penampungan lebih banyak di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. 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 persentase yang menggunakan wadah terbuka, tetapi semakin meningkat yang tidak menggunakan tempat penampungan air.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses terhadap air bersih 'baik' apabila pemakaian air minimal 20 liter per orang per hari, sarana sumber air yang digunakan *improved*, dan sarana sumber air berada dalam radius 1 kilometer dari rumah. Data konsumsi air dan jarak ke sumber air berasal dari Riskesdas 2007, sedangkan data jenis sarana air minum berasal dari Kor Susenas 2007. Sarana sumber air yang *improved* menurut WHO/Unicef adalah sumber air jenis perpipaan/ledeng, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan; selain dari itu dikategorikan *not improved*.

Tabel 3.9.1.13
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas dan Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Akses air bersih	
	Kurang	Baik*)
Pandeglang	56.5	43.5
Lebak	37.6	62.4
Tangerang	29.9	70.1
Serang	41.0	59.0
Kota Tangerang	27.4	72.6
Kota Cilegon	42.8	57.2
Banten	35.8	64.2

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Berdasarkan kriteria tersebut, di Provinsi Banten terdapat 64,2% rumah tangga yang mempunyai akses baik terhadap air bersih. Kabupaten/kota dengan persentase akses baik terhadap air bersih terendah Pandeglang (43,5%) dan yang tertinggi adalah Kota Tangerang (72,6%).

Tabel 3.9.1.14
Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas dan Riskesdas 2007

Karakteristik	Akses air bersih	
	Kurang	Baik*)
Tipe daerah		
Perkotaan	31.9	68.1
Perdesaan	40.7	59.3
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	34.2	65.8
Kuintil 2	31.3	68.7
Kuintil 3	31.2	68.8
Kuintil 4	36.5	63.5
Kuintil 5	45.8	54.2

*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Tabel 3.9.1.14 menunjukkan bahwa di perkotaan akses baik terhadap air bersih lebih tinggi (68,1%) dibandingkan dengan di perdesaan (59,3%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita persentase akses baik terhadap air bersih cenderung semakin besar. Namun pada tingkat pengeluaran per kapita tertinggi (kuintil 5) persentasenya menurun.

3.9.2 Fasilitas buang air besar

Data fasilitas buang air besar meliputi penggunaan atau pemilikan fasilitas buang air besar dan jenis jamban yang digunakan. Data ini diambil dari data rumah tangga Kor Susenas 2007.

Tabel 3.9.2.1
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas 2007

Kabupaten/ Kota	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak ada
Pandeglang	35.5	7.0	4.3	53.1
Lebak	29.9	3.9	1.1	65.1
Tangerang	60.6	14.4	1.4	23.6
Serang	43.8	4.8	1.6	49.8
Kota Tangerang	70.7	24.8	3.1	1.5
Kota Cilegon	79.1	5.9	1.3	13.7
Banten	53.3	12.0	2.0	32.8

Tabel 3.9.2.1 menunjukkan bahwa rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri sebesar 53,3%. Kabupaten yang cakupan penggunaan jamban sendirinya rendah yaitu Lebak dan Pandeglang, di kedua kabupaten ini pula persentase tidak menggunakan fasilitas buang air besar, masih tinggi yaitu 65,1% dan 53,1%.

Cakupan penggunaan jamban sendiri menunjukkan variasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, dapat dilihat pada Tabel 3.167

Tabel 3.9.2.2
Persentase Rumah Tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak ada
Tipe daerah				
Perkotaan	69.6	17.1	2.1	11.2
Perdesaan	32.6	5.5	1.8	60.1
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	26.1	12.8	2.8	58.2
Kuintil 2	45.8	11.2	2.6	40.5
Kuintil 3	53.6	14.2	2.2	30.0
Kuintil 4	63.7	11.5	1.2	23.5
Kuintil 5	77.3	10.2	1.0	11.5

Rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri di perkotaan lebih tinggi (69,6%) dibandingkan dengan di perdesaan (32,6%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi persentase yang menggunakan jamban sendiri. (Tabel 3.9.2.2)

Tabel 3.9.2.3 menggambarkan berbagai jenis sarana pembuangan kotoran. Jenis sarana pembuangan kotoran dianggap 'saniter' bila menggunakan jenis leher angsa.

Tabel 3.9.2.3
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas 2007

Kabupaten/ kota	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/ cubluk	Tidak pakai
Pandeglang	73.1	14.5	9.3	3.1
Lebak	79.4	2.6	13.4	4.6
Tangerang	90.1	2.8	4.8	2.3
Serang	93.4	2.7	1.7	2.2
Kota Tangerang	89.8	6.9	3.2	0.1
Kota Cilegon	73.5	25.0	0.8	0.8
Banten	87.7	5.7	4.7	1.9

Tabel 3.9.2.3 menunjukkan bahwa di Provinsi Banten 87,7% rumah tangga menggunakan jamban jenis leher angsa, yang tertinggi di Kabupaten Serang (93,4%) dan yang terendah di Kabupaten Pandeglang (73,1%).

Tabel 3.9.2.4
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/ cubluk	Tidak pakai
Tipe daerah				
Perkotaan	90.6	5.0	3.3	1.1
Perdesaan	79.8	7.3	8.6	4.2
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan				
Kuintil 1	74.9	8.4	10.2	6.5
Kuintil 2	83.0	6.8	8.9	1.3
Kuintil 3	87.5	5.1	5.3	2.1
Kuintil 4	92.0	4.9	1.8	1.3
Kuintil 5	93.5	4.7	1.3	0.5

Persentase penggunaan jamban jenis leher angsa lebih tinggi di perkotaan (90,6%) dibandingkan dengan di perdesaan (79,8%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi yang menggunakan jamban jenis leher angsa.

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa.

Tabel 3.9.2.5**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas dan Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Akses sanitasi	
	Kurang	Baik*)
Pandeglang	72.1	27.9
Lebak	74.7	25.3
Tangerang	41.7	58.3
Serang	58.2	41.8
Kota Tangerang	33.4	66.6
Kota Cilegon	40.5	59.5
Banten	50.7	49.3

*) menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007).

Berdasarkan kriteria tersebut, rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 49,3%. Terdapat 3 kabupaten/kota dengan akses baik terhadap sanitasi di bawah rerata provinsi, terendah adalah Lebak (25,3%) dan Pandeglang (27,9%).

Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.2.6**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas dan Riskesdas 2007**

Karakteristik	Akses sanitasi	
	Kurang	Baik*)
Tipe daerah		
Perkotaan	34.2	65.8
Perdesaan	71.7	28.3
Tingkat pengeluaran per kapita		
Kuintil 1	77.0	23.0
Kuintil 2	59.7	40.3
Kuintil 3	50.1	49.9
Kuintil 4	40.2	59.8
Kuintil 5	26.5	73.5

*) menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007).

Tabel 3.9.2.6. menunjukkan persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi lebih tinggi di perkotaan (65,8%), hampir dua kali dibandingkan dengan di perdesaan (28,3%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin tinggi persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi.

Untuk pembuangan akhir tinja, data diambil dari Kor Susenas 2007. Tempat pembuangan akhir tinja dikategorikan saniter adalah bila menggunakan jenis tangki/sarana pembuangan air limbah (SPAL) (Tabel 3.9.2.7).

Tabel 3.9.2.7
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan
Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas 2007

Kabupaten/ Kota	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ spal	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Pandeglang	14.0	2.9	24.2	28.1	28.3	2.5
Lebak	23.6	0.5	39.7	8.2	27.2	0.7
Tangerang	68.1	11.8	8.8	2.8	7.1	1.4
Serang	43.2	4.8	15.9	3.7	30.0	2.3
Kota Tangerang	79.5	4.4	5.0	10.9	0.0	0.1
Kota Cilegon	77.8	3.3	0.0	6.5	11.8	0.7
Banten	54.3	6.6	14.7	7.9	15.1	1.4

Persentase rumah tangga dengan tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki/SPAL (saniter) sebesar 54,3%, sisanya dibuang ke kolam/sawah, sungai/laut, lobang tanah, dan pantai/tanah.

Persentase penggunaan sarana pembuangan akhir tinja saniter tertinggi ditemukan di Kota Tangerang (79,5%) dan Kota Cilegon (77,8%). Kabupaten/kota yang persentase pembuangan akhir tinja saniternya di bawah rerata provinsi adalah Kabupaten Pandeglang (14,0%) dan Kabupaten Lebak (23,6%).

Persentase rumah tangga dengan penggunaan tempat pembuangan akhir tinjanya jenis tangki/SPAL (saniter) bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.2.8
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan
Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Susenas 2007

Karakteristik	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ spal	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lubang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Tipe daerah						
Perkotaan	76.2	4.4	7.0	7.1	4.3	1.0
Perdesaan	26.6	9.3	24.6	8.9	28.7	1.8
Tingkat pengeluaran per kapita per bulan						
Kuintil 1	28.6	11.3	21.6	7.0	29.4	2.0
Kuintil 2	44.2	8.9	16.4	10.2	19.4	0.9
Kuintil 3	54.8	6.9	14.8	9.4	11.9	2.1
Kuintil 4	66.6	3.8	13.0	6.0	9.5	1.1
Kuintil 5	77.7	1.9	7.8	7.0	5.1	0.5

Persentase rumah tangga yang menggunakan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja lebih tinggi di perkotaan (76,2%) dibandingkan dengan di perdesaan (26,6%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin tinggi Persentase yang menggunakan tangki/SPAL.

3.9.3 Sarana pembuangan air limbah

Data penggunaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) rumah tangga didapatkan dengan cara wawancara dan pengamatan.

Tabel 3.9.3.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak ada
Pandeglang	52.7	25.6	21.7
Lebak	45.6	13.1	41.3
Tangerang	45.4	45.1	9.5
Serang	40.2	27.2	32.6
Kota Tangerang	35.7	63.2	1.1
Kota Cilegon	66.0	27.2	6.8
Banten	44.3	38.0	17.7

Dari tabel 3.9.3.1 terdapat 82,3 % rumah tangga yang menggunakan SPAL di rumahnya, baik SPAL jenis tertutup maupun terbuka.

Terdapat rumah tangga yang tidak memiliki SPAL lebih tinggi dari rerata nasional, tertinggi adalah Kabupaten Lebak (41,3%), disusul oleh Kabupaten Serang (32,6%) .

Persentase rumah tangga yang tidak menggunakan SPAL bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.3.2
Persentase Rumah Tangga Menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakterisasi Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tidak ada
Tipe daerah			
Perkotaan	42.5	52.2	5.3
Perdesaan	46.6	20.3	33.1
Tingkat pengeluaran per kapita			
Kuintil 1	50.6	24.4	24.9
Kuintil 2	49.5	29.9	20.6
Kuintil 3	45.7	36.6	17.7
Kuintil 4	39.6	44.6	15.8
Kuintil 5	36.2	54.3	9.5

Tabel 3.9.3.2 menunjukkan bahwa di daerah perdesaan, persentase rumah tangga yang tidak menggunakan SPAL hampir enam kali lipat (33,1%) dibandingkan dengan di perkotaan (5,3%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin rendah persentase rumah tangga yang tidak memiliki SPAL.

3.9.4 Pembuangan sampah

Data pembuangan sampah meliputi ketersediaan tempat penampungan/ pembuangan sampah di dalam dan di luar rumah.

Tabel 3.9.4.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/Kota	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Pandeglang	6.2	8.5	85.2	3.1	58.0	38.9
Lebak	0.5	1.8	97.7	3.2	27.8	69.0
Tangerang	4.2	16.0	79.8	7.9	27.1	64.9
Serang	4.4	15.9	79.7	3.4	28.4	68.1
Kota Tangerang	18.7	33.2	48.1	19.2	41.2	39.6
Kota Cilegon	2.6	2.6	94.7	5.3	26.3	68.4
Banten	6.4	15.8	77.8	7.8	33.2	59.0

Tabel di atas terdapat 22,2% rumah tangga yang memiliki tempat sampah di dalam rumah dan 41,0% rumah tangga memiliki tempat sampah di luar rumah.

Persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.4.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penampungan sampah Dalam rumah			Penampungan sampah Di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Tipe daerah						
Perkotaan	10.0	22.4	67.6	11.1	34.8	54.2
Perdesaan	1.9	7.4	90.7	3.7	31.1	65.2
Tingkat pengeluaran per kapita						
Kuintil 1	2.0	10.0	87.9	3.4	27.7	68.9
Kuintil 2	4.5	14.0	81.5	5.0	30.2	64.8
Kuintil 3	5.5	16.5	78.0	7.5	33.7	58.8
Kuintil 4	7.5	19.7	72.9	8.9	35.1	56.0
Kuintil 5	12.7	18.9	68.5	14.2	39.2	46.6

Tabel 3.9.4.2 di atas menunjukkan di perkotaan persentase rumah tangga yang memiliki tempat sampah lebih tinggi (42,4% dalam rumah dan 45,9% di luar rumah) dibandingkan dengan di perdesaan (9,3% dalam rumah dan 34,8% di luar rumah). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin banyak yang memiliki tempat sampah, baik di dalam maupun di luar rumah.

3.9.5. Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dan menjadi bagian dari persyaratan rumah sehat adalah jenis lantai rumah, kepadatan hunian, dan keberadaan hewan ternak dalam rumah. Data jenis lantai, luas lantai rumah dan jumlah anggota rumah tangga diambil dari Kor Susenas 2007, sedangkan data pemeliharaan ternak diambil dari Riskesdas 2007. Kepadatan hunian diperoleh dengan cara membagi dengan luas lantai rumah dalam meter persegi dengan jumlah anggota rumah tangga

Hasil perhitungan dikategorikan sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, yaitu memenuhi syarat bila $\geq 8\text{m}^2/\text{kapita}$ (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila $< 8\text{m}^2/\text{kapita}$ (padat).

Tabel 3.9.5.1
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Susenas 2007

Kabupaten/Kota	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	>8 m ² per kapita	<8 m ² per kapita
Pandeglang	78.7	21.3	76.6	23.4
Lebak	92.3	7.7	80.3	19.7
Tangerang	89.2	10.8	78.9	21.1
Serang	86.7	13.3	88.6	11.4
Kota Tangerang	95.6	4.4	72.9	27.1
Kota Cilegon	94.8	5.2	94.1	5.9
Banten	89.3	10.7	80.1	19.9

Tabel 3.9.5.1 menunjukkan masih terdapat 10,7% rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan 19,9% dengan tingkat hunian padat. Kabupaten/kota dengan persentase lantai rumah tanah lebih dari rerata provinsi, tertinggi di Kabupaten Pandeglang (21,3%), disusul oleh Serang (13,3%) dan Tangerang (10,8%). Sedangkan kabupaten/kota dengan persentase hunian padat lebih tinggi dari rerata provinsi antara lain Kota Tangerang (27,1%), Pandeglang (23,4%) dan Tangerang (21,1%).

Persentase rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan tingkat hunian padat bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita.

Tabel 3.9.5.2
Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan menurut Karakteristik Rumah Tangga, Susenas 2007

Karakteristik	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	>8 m ² per kapita	<8 m ² per kapita
Tipe daerah				
Perkotaan	93.7	6.3	78.7	21.3
Perdesaan	83.7	16.3	82.0	18.0
Tingkat pengeluaran per kapita				
Kuintil 1	77.9	22.1	64.0	36.0
Kuintil 2	88.3	11.7	74.8	25.2
Kuintil 3	91.0	9.0	84.0	16.0
Kuintil 4	92.3	7.7	84.9	15.1
Kuintil 5	96.9	3.1	92.8	7.2

Tabel 3.9.5.2 memperlihatkan persentase rumah tangga dengan lantai tanah di perdesaan lebih tinggi (16,3%) dibandingkan dengan di perkotaan (6,3%), sedangkan persentase rumah dengan kepadatan hunian tinggi di perkotaan lebih tinggi (21,3%) dibandingkan dengan di perdesaan (18,0%). Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin meningkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin menurun persentase rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan tingkat hunian padatnya.

Dalam hal pemeliharaan ternak, data dikumpulkan dengan menanyakan kepada seluruh kepala rumah tangga apakah memelihara binatang jenis unggas, ternak sedang (kambing, domba, babi, dll), ternak besar (sapi, kuda, kerbau, dll) atau binatang peliharaan seperti anjing, kucing dan kelinci. Bila di rumah tangga memelihara ternak, kemudian ditanyakan dan diamati apakah dipelihara di dalam rumah.

Pada Tabel 3.9.5.3 tampak terdapat 30,2% rumah tangga yang memelihara unggas, 7,5% memelihara ternak sedang, 1,4% memelihara ternak besar dan 5,9% memelihara binatang jenis anjing, kucing atau kelinci. Dari rumah tangga yang memelihara ternak sekitar 10,0% memeliharanya di dalam rumah.

Persentase rumah tangga yang memelihara ternak bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita (Tabel 3.9.5.4). Persentase rumah tangga yang memelihara ternak di perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita semakin sedikit memelihara ternak, baik jenis unggas, ternak sedang, ternak besar, maupun binatang kucing, anjing atau kelinci.

Tabel 3.9.5.3
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Kabupaten/ Kota	Ternak unggas			Ternak sedang (kambing/domba, babi dll)			Ternak besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/ Kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara
Pandeglang	12.6	39.8	47.6	0.6	6.6	92.7	0.0	1.9	98.1	11.6	3.5	84.9
Lebak	4.3	43.4	52.3	0.4	8.1	91.6	0.0	0.9	99.1	3.0	1.3	95.7
Tangerang	2.9	18.6	78.5	0.7	7.0	92.3	0.1	1.6	98.3	3.0	2.5	94.5
Serang	7.8	34.6	57.6	1.5	11.7	86.8	0.1	1.7	98.2	4.1	1.7	94.2
Kota												
Tangerang	0.7	9.6	89.8	0.0	0.5	99.5	0.0	0.0	100.0	1.5	1.5	97.1
Kota Cilegon	3.3	21.1	75.7	0.7	3.9	95.4	0.0	1.3	98.7	2.0	1.3	96.7
Banten	4.7	25.5	69.8	0.7	6.8	92.6	0.1	1.3	98.7	3.8	2.1	94.1

Tabel 3.9.5.4
Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Banten, Riskesdas 2007

Karakteristik	Ternak unggas			Ternak sedang (kambing/domba,babi dll)			Ternak besar (sapi/kerbau/kuda dll)			Anjing/kucing/kelinci		
	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara	Dalam rumah	Luar rumah	Tidak pelihara
Tipe daerah												
Perkotaan	1.9	14.1	84.0	0.3	3.9	95.8	0.1	0.8	99.2	2.8	1.9	95.3
Perdesaan	8.1	40.0	51.9	1.1	10.3	88.5	0.1	1.9	98.0	5.1	2.4	92.6
Tingkat pengeluaran per kapita												
Kuintil 1	7.6	33.5	59.0	1.1	13.2	85.7	0.1	2.8	97.1	2.4	1.6	96.1
Kuintil 2	4.7	27.8	67.5	0.7	6.7	92.7	0.2	1.1	98.6	2.8	1.8	95.4
Kuintil 3	4.6	24.1	71.3	0.7	7.0	92.4	0.0	1.5	98.5	3.6	1.5	94.9
Kuintil 4	3.8	23.8	72.4	0.7	5.0	94.4	0.0	0.9	99.1	5.2	3.3	91.5
Kuintil 5	2.5	18.5	79.0	0.2	1.8	98.0	0.0	0.1	99.9	5.0	2.5	92.5

BAB 4. RINGKASAN HASIL

Riset kesehatan dasar tahun 2007 antara lain mendapatkan bahwa: *response rate* rumah tangga sebesar 91,1%, dan *response rate* individu sebesar 82,9%. Secara umum target untuk menurunkan prevalensi *gizi buruk dan kurang* pada balita di Provinsi Banten sudah mencapai target program gizi 2015. Namun masih ada beberapa hal yang perlu mendapat perhatian antara lain: 1/. Masih ada satu kabupaten yang belum mencapai target program gizi 2015 (Kabupaten Serang) dan dua kabupaten yang belum mencapai target MDG 2015 (Kabupaten Serang dan Kabupaten Pandeglang), 2/. Masalah gizi utama yang dihadapi Provinsi Banten adalah masalah gizi kronis dengan prevalensi masalah pendek (*status pendek dan sangat pendek*) pada balita yang tinggi (>20%). Semua kabupaten/kota di Banten memiliki masalah gizi kronis. 3/. Disamping memiliki masalah gizi kronis, semua (6) kabupaten/kota di Provinsi Banten juga memiliki masalah gizi akut dengan prevalensi balita yang mengalami masalah kekurusan >10%. Bahkan balita di 2 kabupaten/kota (Kabupaten Lebak dan Kota Tangerang) mengalami masalah gizi akut yang kritis.

Status gizi dewasa lebih ditekankan pada masalah “kegemukan”, yaitu berat badan lebih plus obese berdasarkan IMT (indeks massa tubuh) serta masalah obesitas sentral, yang merupakan salah satu faktor risiko untuk berbagai masalah kesehatan, a.l. penyakit kardiovaskuler, diabetes melitus (DM), gangguan sendi. Dalam Riskesdas 2007 didapatkan bahwa 1/. Prevalensi kegemukan dan obesitas sentral di Provinsi Banten sudah terlihat tinggi, mencapai 16%. Prevalensi tertinggi di Kota Tangerang dan Cilegon, 2/. Masalah kegemukan ditemukan dua kali lebih banyak pada penduduk perempuan di atas 15 tahun dibandingkan pada laki-laki, demikian pula halnya dengan obesitas sentral pada perempuan di atas 35 tahun prevalensinya cukup tinggi (di atas 20%), utamanya di kalangan ibu rumah tangga, 3/. Kegemukan dan obesitas sentral lebih menjadi masalah bagi penduduk yang tinggal di perkotaan daripada di perdesaan.

Secara umum prevalensi rumah tangga dengan defisit energi dan protein di Provinsi Banten cukup tinggi dengan rata-rata di atas 50%. Hal ini menggambarkan bahwa masalah gizi masyarakat di Provinsi Banten masih menjadi persoalan yang perlu mendapatkan perhatian dari pemerintah daerah setempat. Masalah defisit energi dan protein paling tinggi di Kabupaten Pandeglang, dengan prevalensi di atas 70%. Defisit energi terutama terjadi di wilayah perkotaan, dan sebaliknya di perdesaan defisit protein lebih prevalen.

Secara umum konsumsi garam dengan kandungan iodium cukup (> 30 ppm) di Provinsi Banten masih relatif rendah, dengan prevalensi rata-rata 46%.

Tentang kesehatan ibu dan anak (KIA) didapatkan bahwa 1/. Cakupan imunisasi dasar di Provinsi Banten masih rendah dan di bawah target nasional (80,5%). Demikian pula halnya dengan cakupan imunisasi lengkap, secara umum masih rendah. Kabupaten Lebak adalah daerah dengan cakupan imunisasi dasar dan imunisasi lengkap yang terendah di Provinsi Banten, 2/. Pemantauan pertumbuhan anak balita antara lain melalui penimbangan rutin terhadap anak balita cakupannya masih belum memadai, sedangkan pemberian kapsul Vitamin A cakupannya sudah cukup tinggi (di atas 70%). Hanya sebagian kecil balita memiliki KMS (kartu menuju sehat). Posyandu masih menjadi sarana utama yang dipilih oleh masyarakat sebagai tempat penimbangan balita, 3/. Penimbangan bayi baru lahir di Provinsi Banten cakupannya di atas 50%, dan persentase ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya di atas 70%, sebagian besar pemeriksaan kehamilan meliputi penimbangan berat badan dan pengukuran tekanan darah, sangat jarang yang melakukan imunisasi tetanus toksoid (TT).

Penyakit menular masih merupakan salah satu masalah kesehatan di masyarakat. Malaria dan DBD klinis ditemukan disemua kabupaten, meskipun dengan prevalensi rendah (0,32% dan 0,51%). Wilayah Banten merupakan daerah wisata, yang reseptif (ada vektor penular malaria), dan merupakan jalur lalu lintas ke P. Sumatra, sehingga perlu diwaspadai adanya kasus *import*. Prevalensi malaria dalam sebulan terakhir di Provinsi Banten ditemukan 3,2 per 1000 penduduk,

dengan dan hanya 26,79% diantara penderita yang minum obat anti malaria. Prevalensi DBD Kabupaten Pandeglang sedikit lebih tinggi (0,66%) dari pada kabupaten lainnya. Secara keseluruhan prevalensi penyakit DBD di Provinsi Banten hampir sama dengan nilai rata-rata nasional (0,5%). Filariasis klinis hanya ditemukan di 4 kabupaten, Kabupaten Tangerang prevalensinya lebih dari 1 per mil, lebih tinggi dari prevalensi filariasis di Provinsi Banten (0,6 per mil) secara keseluruhan maupun nilai rata-rata nasional.

Prevalensi pneumonia yang relatif tinggi dijumpai di Kabupaten Tangerang (3,9%). Tidak semua daerah dengan prevalensi infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) tinggi juga mempunyai prevalensi pneumonia tinggi, seperti di Kabupaten Lebak dan Kota Cilegon (0,3% dan 0,2%). Hal ini sangat tergantung dari tingkat kesadaran ibu untuk mengenali kasus ISPA pada anaknya dan membawanya segera ke fasilitas pengobatan, dan tergantung pada kemampuan fasilitas kesehatan tersebut, sehingga kejadian pneumonia dapat dicegah. Di Provinsi Banten tuberkulosis (TB) tersebar di hampir seluruh kabupaten/kota dengan rentang prevalensi 0,6%– 3,1% di Kota Tangerang dan Kota Cilegon. Di Provinsi Banten, dalam 12 bulan terakhir penyakit campak masih terdeteksi dengan prevalensi 1,6% (rentang 0,8 – 2,3%), tertinggi di Kota Cilegon. Daerah perdesaan secara konsisten menunjukkan prevalensi penyakit yang relatif lebih tinggi dari daerah perkotaan. Demikian juga rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita yang rendah cenderung mempunyai prevalensi penyakit ISPA, Pnemonia, TB dan Campak yang lebih tinggi.

Prevalensi tifoid tertinggi dilaporkan dari Kabupaten Lebak (4,2%) Penyakit hepatitis teridentifikasi hampir di semua kabupaten/kota, kecuali di Kota Tangerang (0,0%). Prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Pandeglang dan Lebak, yakni sebesar 0,9% dibandingkan dengan prevalensi Provinsi Banten yang hanya 0,5%. Prevalensi diare di atas 10% juga ditemukan di Kabupaten Pandeglang, Lebak, dan Kota Cilegon (13,2%, 11,7% dan 16%). Di antara wilayah-wilayah dengan prevalensi diare tinggi tersebut, hanya di Kabupaten Lebak yang pemakaian oralitnya lebih dari 50%. Secara keseluruhan di Provinsi Banten pemakaian oralit sebesar 29,4%. Kelompok yang berpendidikan rendah umumnya cenderung memiliki prevalensi tifoid dan diare lebih tinggi. Namun perlu diperhatikan pada diare, prevalensi tinggi pada kelompok 'tidak sekolah' mungkin dipengaruhi juga oleh kenyataan bahwa kelompok ini sebagian terdiri dari anak-anak (balita).

Berdasarkan jenis pekerjaan prevalensi penyakit sendi tertinggi pada kelompok petani/nelayan/buruh; prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosa/minum obat dan pengukuran tertinggi pada kelompok tidak bekerja. Prevalensi asma dan penyakit jantung lebih tinggi di perdesaan, sedangkan prevalensi diabetes dan tumor cenderung lebih tinggi di perkotaan. Hal ini erat kaitannya dengan gaya hidup perkotaan yang kurang sehat seperti kurang gerak, makanan tinggi lemak dan garam. Penyakit asma dan jantung prevalensinya hampir sama di semua tingkat pengeluaran per kapita rumah tangga atau status ekonomi (kuintil), tertinggi di kelompok status ekonomi rendah, diabetes terbanyak di kuintil-2, sedangkan diabetes dan tumor terbanyak di status ekonomi tinggi.

Prevalensi gangguan jiwa berat ditemukan di semua kabupaten/kota di Provinsi Banten dengan prevalensi 2,0%, tertinggi di Kabupaten Tangerang (3,6%).

Prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan penambahan umur. Kelompok yang rentan mengalami gangguan mental emosional antara lain perempuan, pendidikan rendah, tidak bekerja, tinggal di desa dan tingkat pengeluaran perkapita rumah tangga rendah. Keterbatasan *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) hanya dapat mengungkap gangguan mental emosional atau distress emosional sesaat. Individu yang dengan alat ukur ini dinyatakan mengalami gangguan mental emosional akan lebih baik dilanjutkan dengan wawancara psikiatri dengan dokter spesialis jiwa untuk menentukan ada tidaknya gangguan jiwa yang sesungguhnya serta jenis gangguan jiwa nya.

Persentase penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak dibanding penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) hanya sekitar 1:10 di tingkat provinsi. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak

oleh tenaga kesehatan (nakes) di hampir semua kabupaten di wilayah Banten. Besarnya Persentase penduduk yang mempunyai gejala utama katarak tetapi belum didiagnosis oleh nakes menggambarkan perlunya tindakan aktif sektor penyedia pelayanan kesehatan dalam mengidentifikasi kasus katarak di masyarakat, dengan istilah lain "menjemput bola" di lapangan.

Penduduk yang mempunyai masalah kesehatan gigi dan mulut di Provinsi Banten sebesar 22,6%, dan angka/indeks kerusakan gigi DMF-T (*decay-missing-filling teeth*) sebesar 3,1. Hampir semua penduduk menggosok gigi setiap hari, namun yang melakukannya secara benar hanya 4,8%. Adapun Persentase penduduk yang memerlukan perawatan gigi (penempatan/pencabutan) atau RTI (*required treatment index*) sebesar 25,8% sedangkan Persentase penduduk yang sudah menumpat/menambal giginya atau PTI (*performance treatment index*) hanya 1,5%. Persentase gigi yang memerlukan perawatan dengan perawatan yang sudah dilaksanakan adalah 1:17. Keadaan ini menunjukkan bahwa belum ada keseimbangan antara kebutuhan dan pelaksanaan perawatan gigi, serta penyuluhan untuk pencegahannya.

Secara garis besar status disabilitas pada penduduk di Provinsi Banten sangat baik (>80%), meliputi kondisi penglihatan, pendengaran, emosi, mobilitas dan kondisi kesehatannya. Status disabilitas di enam kabupaten secara merata tidak bermasalah dengan nilai terkecil di Kabupaten Pandeglang dan yang terbesar di Kabupaten Serang. Pandeglang merupakan kabupaten dengan status disabilitas paling besar.

Prevalensi cedera tertinggi terdapat pada Kabupaten Lebak, sedangkan yang terendah terdapat pada Kabupaten Serang. Sementara untuk urutan penyebab cedera terbanyak polanya sama seperti pola penyebab cedera tingkat provinsi yaitu jatuh, kecelakaan transportasi darat, dan terluka benda tajam/tumpul..

Sebagian besar penduduk di Provinsi Banten yang berusia 10 tahun ke atas merokok setiap hari dengan Persentase tertinggi pada usia produktif (25 – 54 tahun), terutama di perdesaan. Perokok laki-laki 20 kali lebih banyak dibandingkan perokok perempuan. Kebanyakan perokok laki-laki saat ini di Banten yang berpendidikan kurang (tidak sekolah dan tidak tamat SD) serta tinggal di perdesaan, rata-rata menghisap 10,3 batang rokok/hari. Prevalensi perokok saat ini di Banten terbanyak berprofesi sebagai petani, nelayan, atau buruh. Sebagian besar perokok di Provinsi Banten pertama kali merokok dan mulai merokok setiap hari pada usia remaja, 15 – 19 tahun. Namun ada sebagian kecil (1-2%) penduduk yang tidak sekolah atau tamat SMP, pertama kali merokok dan sudah mulai merokok setiap hari pada usia sangat muda (5 – 9 tahun).

Sebagian besar perokok di Provinsi Banten merokok ketika bersama anggota keluarga lainnya di dalam rumah (77,4%). Perlu mendapat perhatian karena hal ini akan meningkatkan prevalensi perokok pasif, utamanya diantara anggota keluarga serumah lainnya. Jenis rokok yang terbanyak dipilih oleh perokok di Provinsi Banten dengan berbagai jenis karakteristik adalah rokok kretek dengan filter.

Hampir seluruh penduduk (96,7%) di Provinsi Banten kurang mengonsumsi sayur dan buah, dan sekitar sepertiga penduduk (54,7%) kurang melakukan aktivitas fisik.

Kebiasaan penduduk di Provinsi Banten untuk ber-perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) masih rendah, hanya sekitar 22,4% saja penduduk yang sudah ber-PHBS baik. Umumnya perilaku benar dalam cuci tangan masih kurang dimiliki oleh penduduk di Provinsi Banten, namun sebagian besar penduduk di Provinsi Banten (67,4%) sudah melakukan buang air besar (BAB) di jamban, kecuali di Kabupaten Lebak dan Pandeglang, perilaku BAB di jamban masih rendah.

Lebih dari separuh penduduk di Provinsi Banten pernah mendengar tentang flu burung. Pengetahuan dan sikap yang "benar" mengenai cara penularan dan pencegahan flu burung sudah dimiliki oleh sebagian besar (>80%) penduduk di Provinsi Banten. Sebaliknya, tidak sampai 50% penduduk di Provinsi Banten yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS dan pengetahuan yang benar mengenai cara penularan (6,9%) dan pencegahan HIV/AIDS juga masih sangat rendah (49,3%).

Meskipun pengetahuan tentang HIV/AIDS masih relatif rendah, sebagian besar penduduk di Provinsi Banten berperilaku "benar" jika ada anggota rumah tangganya menderita HIV/AIDS,

antara lain dengan menyatakan “akan melakukan konseling dan mengupayakan pengobatan” atau “mencarikan pengobatan alternatif”, dan “tidak mengucilkannya”.

Sebagian besar rumah tangga (90,5%) di Provinsi Banten dapat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu 30 menit, sisanya 9,5% memerlukan waktu lebih dari setengah jam untuk mencapai fasilitas kesehatan. Hampir semua (100%) penduduk di Banten berada kurang atau sama dengan 5 km dari fasilitas usaha kesehatan bersama masyarakat (UKBM). Kondisi ini nampak tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan.

Hanya sebagian kecil (26,6%) rumah tangga di Provinsi Banten telah memanfaatkan posyandu/poskesdes, tertinggi di Kabupaten Pandeglang dan Lebak (30,8%), yang terendah di Kota Tangerang (19,5%). Di Provinsi Banten 11,0% rumah tangga tidak memanfaatkan pelayanan tersebut. Lebih dari 50% rumah tangga merasa tidak membutuhkan UKBM dengan alasan antara lain tidak memiliki balita atau tidak sakit. Baik di perkotaan maupun di pedesaan hampir semua rumah tangga ($\geq 90\%$) yang memanfaatkan posyandu/poskesdes mendapatkan pelayanan penimbangan berat badan Balita.

Mayoritas rumah tangga di kabupaten/kota merasa tidak membutuhkan polindes/bidan desa. Hanya 20,5% rumah tangga di Provinsi Banten telah memanfaatkan keberadaan polindes/bidan, 34,3% tidak memanfaatkan dan 45,2% merasa tidak membutuhkan keberadaan polindes/bidan desa. Alasan tidak memanfaatkan Polindes/Bidan cukup bervariasi di masing-masing kabupaten/kota antara lain karena jaraknya jauh, tidak ada polindes dan tidak membutuhkan.

Secara keseluruhan di Provinsi Banten Persentase RT yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan jauh lebih tinggi (82,4%) dibanding dengan rumah tangga yang pernah memperoleh masing-masing jenis pelayanan bidang KIA (< 30%).

Pemanfaatan pos obat desa (POD) atau warung obat desa (WOD) tiap Kabupaten/Kota cukup bervariasi namun masih di bawah 25 %.

Rata-rata di seluruh Kabupaten/Kota memilih RS pemerintah untuk pelayanan kesehatan, namun di Kota Tangerang pilihan terbanyak adalah RS Swasta. Sebagian besar tidak menjalani rawat inap. Penggunaan ‘*out of pocket*’ dalam pembiayaan rawat jalan masih cukup tinggi dibanding asuransi (baik di perkotaan atau pedesaan). Pemanfaatan Askeskin di pedesaan lebih banyak dibanding di perkotaan sebaliknya pemanfaatan Askes/Jamsostek lebih banyak di perkotaan.

Dari aspek kesehatan lingkungan, konsumsi air per orang per hari di Provinsi Banten pada umumnya lebih dari 100 liter. Apabila dibandingkan antar wilayah kabupaten/kota, persentase tertinggi masyarakat dengan konsumsi air lebih dari 100 liter adalah Kota Tangerang (68,3%) dan kota Cilegon (60,8%). Dalam pengambilan air bersih, tidak menunjukkan adanya faktor gender, dimana beban laki-laki dan perempuan dewasa hampir sama besar Persentasenya untuk melakukan kegiatan ini, sementara anak-anak sudah mulai diberi ‘beban’ untuk pengambilan air.

Kabupaten Lebak dan Pandeglang cakupan penggunaan jamban sendiri rendah, di kedua kabupaten ini pula persentase tidak menggunakan fasilitas buang air besar masih tinggi yaitu lebih dari 50%.

Dilihat dari jenis sarana pembuangan kotoran, persentase rumah tangga yang menggunakan jamban jenis leher angsa mengalami peningkatan yang berarti dari tahun 2004 sampai tahun 2007, sementara yang tidak pakai jamban mengalami penurunan.

Masih banyak rumah tangga yang tidak mempunyai sarana pembuangan air limbah (SPAL), walaupun secara angka sedikit mengalami penurunan dari 25,8% tahun 2004 menjadi 17,7% pada tahun 2007.

Bahan beracun paling banyak digunakan adalah racun serangga dan penghilang noda pakaian. Kabupaten yang paling sedikit menggunakan bahan beracun dalam rumah tangga adalah Lebak dan Pandeglang .

Berdasarkan hasil penelitian tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa secara umum prevalensi *gizi kurang+buruk* pada balita di Provinsi Banten sudah mencapai target program gizi 2015,

meskipun masih ada beberapa masalah gizi buruk yang perlu mendapat perhatian. Prevalensi kegemukan dan obesitas sentral di Provinsi Banten cukup tinggi, terutama pada ibu rumah tangga di perkotaan. Prevalensi rumah tangga dengan defisit energi dan protein di Provinsi Banten relatif tinggi dengan rata-rata di atas 50%. Secara umum konsumsi garam dengan kandungan iodium cukup (> 30 ppm) di Provinsi Banten masih relatif rendah.

Penyakit menular masih merupakan salah satu masalah kesehatan di masyarakat, terutama pada status ekonomi rendah di pedesaan maupun di perkotaan. Berbagai penyakit tidak menular seperti penyakit sendi, hipertensi dan stroke, asma, jantung, DM dan lain-lain tersebar di berbagai strata di masyarakat. Prevalensi gangguan jiwa berat ditemukan di semua kabupaten/kota, yang tertinggi di Kabupaten Tangerang. Prevalensi gangguan mental emosional meningkat sejalan dengan penambahan umur, kelompok yang rentan mengalami gangguan ini adalah perempuan, pendidikan rendah, tidak bekerja, dan status ekonomi lemah.

Cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan masih rendah, diperlukan tindakan aktif sektor pelayanan kesehatan untuk mengidentifikasi kasus katarak di masyarakat.

Penduduk yang mempunyai masalah kesehatan gigi cukup banyak, namun Persentase kebutuhan akan perawatan dengan perawatan yang sudah dilakukan masih rendah.

Secara garis besar status disabilitas pada penduduk Provinsi Banten yang meliputi kondisi penglihatan, pendengaran, emosi, mobilitas dan lain-lain sangat baik. Prevalensi cedera tertinggi terdapat pada Kabupaten Lebak, sedangkan yang terendah terdapat pada Kabupaten Serang. Penyebab dan lokasinya bervariasi dan bisa lebih dari satu jenis.

Sebagian besar penduduk di Provinsi Banten yang berusia 10 tahun ke atas merokok setiap hari dengan Persentase tertinggi pada usia produktif (25 – 54 tahun), terutama di pedesaan. Perokok laki-laki 20 kali lebih banyak dibandingkan perokok perempuan. Kebanyakan perokok laki-laki saat ini di Banten yang berpendidikan kurang (tidak sekolah dan tidak tamat SD) serta tinggal di pedesaan, rata-rata menghisap 10,3 batang rokok/hari. Prevalensi perokok saat ini di Banten terbanyak berprofesi sebagai petani, nelayan, atau buruh. Sebagian besar perokok di Provinsi Banten pertama kali merokok dan mulai merokok setiap hari pada usia remaja, 15 – 19 tahun.

Sebagian besar perokok di Provinsi Banten merokok ketika bersama anggota keluarga lainnya di dalam rumah (77,4%). Perlu mendapat perhatian karena hal ini akan meningkatkan prevalensi perokok pasif, utamanya diantara anggota keluarga serumah lainnya. Jenis rokok yang terbanyak dipilih oleh perokok di Provinsi Banten dengan berbagai jenis karakteristik adalah rokok kretek dengan filter.

Hampir seluruh penduduk (96,7%) di Provinsi Banten kurang mengonsumsi sayur dan buah, dan sekitar sepertiga penduduk (54,7%) kurang melakukan aktivitas fisik.

Kebiasaan penduduk di Provinsi Banten untuk ber-perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) masih rendah, hanya sekitar 35,8% saja penduduk yang sudah ber-PHBS baik. Umumnya perilaku benar dalam cuci tangan masih kurang dimiliki oleh penduduk di Provinsi Banten, namun sebagian besar penduduk di Provinsi Banten (67,4%) sudah melakukan buang air besar (BAB) di jamban, kecuali di Kabupaten Lebak dan Pandeglang, perilaku BAB di jamban masih rendah.

Lebih dari separuh penduduk di Provinsi Banten pernah mendengar tentang flu burung. Pengetahuan dan sikap yang “benar” mengenai cara penularan dan pencegahan flu burung sudah dimiliki oleh sebagian besar (>80%) penduduk di Provinsi Banten. Sebaliknya, tidak sampai 50% penduduk di Provinsi Banten yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS dan pengetahuan yang benar mengenai cara penularan (6,9%) dan pencegahan HIV/AIDS juga masih sangat rendah (49,3%).

Meskipun pengetahuan tentang HIV/AIDS masih relatif rendah, sebagian besar penduduk di Provinsi Banten berperilaku “benar” jika ada anggota rumah tangganya menderita HIV/AIDS, antara lain dengan menyatakan “akan melakukan konseling dan mengupayakan pengobatan” atau “mencarikan pengobatan alternatif”, dan “tidak mengucilkannya”.

Sebagian besar rumah tangga dapat mencapai fasilitas pelayanan kesehatan dalam waktu 30 menit, dan hanya sebagian kecil rumah tangga yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes. Mayoritas rumah tangga tidak membutuhkan polindes/bidan desa dengan berbagai alasan,

sedangkan pemanfaatan POD/WOD masih rendah. Rumah sakit pemerintah menjadi pilihan utama untuk pelayanan kesehatan terutama rawat jalan. Penggunaan *out of pocket* dalam pembiayaan rawat jalan masih cukup tinggi dibanding asuransi.

Konsumsi air per orang per hari pada umumnya lebih dari 100 liter, dan proses pengambilan air bersih menjadi tanggung jawab bersama.

Rumah tangga yang menggunakan jamban jenis leher angsa mengalami peningkatan, namun masih banyak rumah tangga yang tidak mempunyai sarana pembuangan air limbah (SPAL). Bahan beracun yang paling banyak digunakan dalam rumah tangga adalah racun serangga dan penghilang noda pakaian.

Data tentang kematian dilaporkan di dalam laporan nasional, sedangkan hasil survei biomedik disampaikan pada kesempatan yang akan datang, setelah pemeriksaan laboratorium selesai dilakukan.

Daftar Pustaka

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. http://www.klinik_pria.com/datatopik/hipertensi.htm. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=73 8/24/2002.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
13. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
14. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001
15. Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, *The WHO Stepwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*, Geneva: World Health Organization
16. Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. *Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Factors*. 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. Mughtar & 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. PTM, Hipertensi
52. Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2005
53. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
54. Report of WHO. Definition and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycaemia. Geneva: WHO, 2006, pp 9- 43.
55. Resolution WHA56.1.WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: Fifty-sixth World Health Assembly. 19-28 May 2003.Geneva, World Health Organization, 2003
56. 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
57. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI, 2007
58. Rose Men's. How To Keep Your Blood Pressure Under Control. News Health Recourse, 1999
59. S.Soemantri, Sarimawar Djaja. Trend Pola Penyakit Penyebab Kematian Di Indonesia, Survei Kesehatan Rumah Tangga 1992, 1995, 2001
60. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan penimbangan balita di Indonesia. Makalah disajikan pada Simposium Nasional Litbang Kesehatan.Jakarta, 7-8 Desember 2005.
61. Sandjaja, Titiek Setyowati, Sudikno. Cakupan viramin A untuk bayi dan balita di Indonesia. Prosiding temu Ilmiah dan Kongres XIII Persagi, Denpasar, 20-22 November 2005.

62. 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*
63. 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*
64. 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,
65. *Seri Survei Kesehatan Rumah Tangga DepKes RI, ISSN: 0854-7971, No. 15 Th. 1999*
66. Sinaga, S. dkk. Pola Sikap Penderita Hipertensi Terhadap Pengobatan Jangka Panjang, dalam Naskah Lengkap KOPAPDI VI, 1984, Penerbit UI-PRESS : 1439.
67. SK Menkes RI Nomor : 736a/Menkes/XI/1989 tentang Definisi Anemia dan batasan Normal Anemia
68. Sobel, BJ. & Bakris GL. Hipertensi, Pedoman Klinik Diagnosis & Terapy. 1999 : 13
69. 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.*
70. Sri Hartini KS Kariadi. Laju Konversi Toleransi Glukosa Terganggu menjadi Diabetes di Singaparna, Jawa Barat. Disampaikan pada Kongres Nasional ke 5. Perkumpulan Endokrinologi Indonesia, Bandung 9 – 13 April 2000 (SX111-1)
71. Sunyer FX. Medical hazard of obesity. *Ann Intern Med.* 1993 : 119.
72. 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.*
73. Syah, B. Non-communicable Disease Surveillance and Prevention in South-East Asia Region, 2002.
74. 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.*
75. The WHO STEPwise approach to Surveillance of Noncommunicable Diseases 2003. *STEPS Instrument for NCD Risk Factors (Core and expanded Version 1.3.)*
76. Tim survei Depkes RI, Survei Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993-1996, Depkes RI, Jakarta;1997,
77. 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.*
78. 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.*
79. WHO, 1995. *Oral Health Care, Needs of the Community. A Public Health Report.*
80. 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
81. WHO. Auser’s guide to the self reporting questionnaire.Geneva.1994.

82. WHO/SEARO. Surveillance of Major Non-communicable Diseases in South – East Asia Region, Report of an Inter-country Consultation, 2005.
83. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 1999
84. WHO-ISH. WHO-ISH Hypertension Guideline Committee. 1999. Guidelines of The Management of Hypertension Journal of Hypertension, 2003
85. World Health Organization, 2003, *The World Health Survey Programme*, Geneva.
86. World Health Organization. 2003. The Surf Report 1. Surveillance of Risk Factors related to noncommunicable diseases: Current of global data. Geneva: WHO. p.15.
87. 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