

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

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

# KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

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

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

Instrumen penelitian meliputi:

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

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

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, wassalamu'alaikum wr. wb.

Jakarta, Desember 2008

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
Departemen Kesehatan RI

Dr. Triono Soendoro, PhD

# **SAMBUTAN**

## **MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Assalamu 'alaikum Wr. Wb

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

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

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

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

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

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

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

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

Billahit taufiq walhidayah, Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, Desember 2008

**Menteri Kesehatan Republik Indonesia**

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

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

# RINGKASAN EKSEKUTIF

## A. Ringkasan Eksekutif

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

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

**Tujuan.** Tersedianya informasi berbasis bukti (*evidence based*) untuk perumusan kebijakan pembangunan kesehatan di berbagai tingkat administratif; informasi untuk perencanaan kesehatan termasuk alokasi sumber daya di berbagai tingkat administratif; peta status dan masalah kesehatan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota; dan membandingkan status kesehatan dan faktor-faktor yang melatarbelakangi antar provinsi dan antar kabupaten/kota.

**Metoda.** Riskesdas 2007 adalah sebuah survei yang dilakukan secara *cross sectional* yang bersifat deskriptif. Desain Riskesdas 2007 terutama dimaksudkan untuk menggambarkan masalah kesehatan penduduk di seluruh pelosok Indonesia, secara menyeluruh, akurat dan berorientasi pada kepentingan para pengambil keputusan di berbagai tingkat administratif.

Pelaksanaan Riskesdas 2007 menggunakan berbagai alat pengumpul data dan berbagai cara pengumpulan data, yaitu; data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT; data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND; data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3; dan Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan “iodina test”.

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) di seluruh Provinsi Bengkulu mencakup 9 kabupaten: Bengkulu Selatan, Rejang Lebong, Bengkulu Utara, Kaur, Seluma, Muko-Muko, Lebong, Kepahiang dan di kota Bengkulu telah selesai dilaksanakan. Sebanyak 341 blok sensus, 5064 rumah tangga, 19044 anggota rumah tangga diliput oleh 27 tim atau 108 petugas lapangan. Berbagai informasi tentang gizi, kesehatan ibu dan anak, penyakit menular, penyakit tidak menular, perilaku, akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan dikumpulkan dalam Riskesdas ini.

**Gizi.** Prevalensi balita gizi kurang+buruk (16,8%) di Provinsi Bengkulu sudah memenuhi target nasional 2015 (20%). Kabupaten Rejang Lebong dan Lebong belum mencapai target nasional 2015. Masalah gizi kronis sangat menonjol dimana prevalensi balita pendek+sangat pendek tinggi (>20%). Prevalensi balita kurus+sangat kurus di Provinsi Bengkulu 14,1% telah mencapai target MDG's dan target nasional.

Prevalensi kekurusan pada anak usia sekolah (6-14 tahun) berdasarkan IMT standar WHO adalah 11,0% untuk anak laki-laki dan 8,7% pada anak perempuan. Kabupaten Bengkulu Selatan mempunyai prevalensi kekurusan tertinggi baik pada anak laki-laki (17,8%) maupun pada anak perempuan (16,9%). Sedangkan prevalensi kekurusan terendah di Kepahiang, yaitu 6,2% pada anak laki-laki dan di Kota Bengkulu 6,1% pada anak perempuan. Sedangkan prevalensi kegemukan pada laki-laki sebesar 14,2% dan perempuan sebesar 8,5%, tertinggi di Bengkulu Utara untuk anak laki-laki (21,5%) dan untuk anak perempuan di Kaur (12,6%). Prevalensi berat badan lebih pada anak umur 6 – 14 tahun terendah ditemukan di Lebong baik pada anak laki-laki (5,9%) maupun pada anak perempuan (5,0%).

Prevalensi obesitas umum di Provinsi Bengkulu adalah 15,0% (7,3% berat badan lebih dan 7,7% obese). Dari 9 kabupaten di Provinsi Bengkulu, 8 diantaranya memiliki masalah obesitas yang tinggi dengan prevalensi di atas 10%. Hanya kabupaten Bengkulu Selatan yang memiliki prevalensi obesitas pada orang dewasa sedikit di bawah 10%. Obesitas sentral di Bengkulu sudah mulai menjadi masalah karena prevalensinya cukup tinggi (16,9%). Kabupaten yang memiliki prevalensi obesitas sentral > 20% terdapat di 3 kabupaten, yaitu Kabupaten Kaur, Lebong dan Kepahiang.

Rerata konsumsi per kapita per hari penduduk Provinsi Bengkulu adalah 1371,6 kkal untuk energi dan 45,9 gram untuk protein. Prevalensi RT dengan konsumsi energi kurang dari rerata nasional sekitar 60 – 80 % merata di setiap kabupaten.

Baru sebanyak 69,7% rumah tangga di Provinsi Bengkulu mempunyai garam cukup iodium. Ada 2 kabupaten yang telah mencapai target garam beriodium untuk semua (90%) yaitu Bengkulu Utara dan Seluma

**Kesehatan ibu dan anak.** Cakupan imunisasi pada anak umur 12-59 bulan: untuk BCG dan imunisasi campak >90% tetapi untuk imunisasi polio, DPT dan hepatitis B sekitar 70% - 80%. Cakupan imunisasi dasar lengkap anak umur 12-59 bulan 41,7% tetapi masih ada 2,5% anak yang sama sekali tidak pernah diimunisasi.

Persentase balita yang ditimbang  $\geq 4$  kali dalam 6 bulan terakhir rendah (<40%). Posyandu merupakan tempat yang paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita (74,6%). Hampir setengah (49,4%) anak umur 0-59 bulan mengklaim memiliki KMS tetapi tidak dapat menunjukkannya. Persentase anak 6-59 bulan yang menerima kapsul vitamin A dalam 6 bulan terakhir hanya 62,4%.

Cakupan pemeriksaan kehamilan cukup tinggi (>90%). Dari 8 jenis pelayanan pada pemeriksaan kehamilan, pelayanan yang paling sering diterima (>90%) ibu hamil adalah pemeriksaan tekanan darah dan pemberian tablet besi.

Cakupan pelayanan neonatal 0-7 hari sebesar 70,3%, sedangkan cakupan pelayanan neonatal 8-28 hari 28,3%.

**Penyakit menular.** Prevalensi filariasis klinis sebesar 0,21‰ (0,00‰-4,79‰) dalam 12 bulan terakhir. Penyakit DBD juga ditemukan di semua kabupaten/kota dengan prevalensi 0,05% - 5,67% dalam 12 bulan terakhir berdasarkan diagnosa+gejala. Penyakit malaria dapat ditemukan di semua kabupaten/kota dengan prevalensi antara 2% - 10% dalam 1 bulan terakhir berdasarkan diagnosa+gejala.

Penyakit ISPA ada di semua kabupaten/kotadengan prevalensi 30 % penduduk dalam 1 bulan terakhir berdasarkan diagnosa+gejala, sedangkan prevalensi TBC > 0,3 % dalam

12 bulan terakhir. Prevalensi diare dalam 1 bulan terakhir > 10% di Kabupaten Kaur dan Lebong

Prevalensi pneumonia dalam 1 bulan terakhir di Provinsi Bengkulu adalah 2,0% (0,8-5,3%). Prevalensi pneumonia tinggi, antara lain terdapat di Rejang Lebong (5,31%), Kepahiang (4,02%) dan Lebong (2,68%).

Prevalensi penyakit TB klinis dalam 12 bulan terakhir adalah sebesar 0,86%, tertinggi di Kepahiang (3,45%) dan terendah di Bengkulu Utara (0,17%)

Penyakit campak terdeteksi di seluruh kabupaten/kota. Dalam 12 bulan terakhir, prevalensi campak klinis di Provinsi Bengkulu adalah 1,0%, tertinggi di Kota Bengkulu (2,25%) dan terendah di Bengkulu Utara (0,22%).

Prevalensi diare klinis dalam kurun waktu 1 bulan terakhir adalah 8,14% (4,74%-12,84%), tertinggi di Kaur dan terendah di Rejang Lebong. Proporsi responden penderita diare klinis yang mendapat pengobatan oralit adalah 49,1%. Hanya 3 dari 9 Kabupaten/Kota yang mempunyai proporsi pemberian oralitnya >50% yaitu Bengkulu Selatan, Bengkulu Utara dan Kota Bengkulu.

**Penyakit tidak menular.** Prevalensi penyakit sendi secara keseluruhan sebesar 30,9% dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 19,2%. Prevalensi penyakit sendi berdasarkan diagnosis tertinggi dijumpai di Kaur (31,3%) dan terendah di Seluma (12,8%). Cakupan diagnosis penyakit sendi oleh nakes di provinsi Bengkulu umumnya sekitar 50% dari seluruh kasus yang ditemukan.

Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas adalah sebesar 25,1% dengan prevalensi hipertensi tertinggi di Lebong (40,7%) dan terendah di Bengkulu Selatan (10,2%). Sedangkan prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 8,1%, ditambah kasus yang minum obat hipertensi prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara ini adalah 8,3% (kasus yang minum obat hipertensi hanya 0,3%). Dengan demikian cakupan diagnosis hipertensi oleh nakes hanya mencapai 35%, atau dengan kata lain sebanyak 65% kasus hipertensi dalam masyarakat belum terdiagnosis.

Prevalensi stroke ditemukan sebesar 6,5 per 1000 penduduk, dan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 5,5 per 1000 penduduk.

Penyakit asma ditemukan sebesar 2,8% dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 1,8%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosis asma oleh nakes sebesar 67,9%. Prevalensi asma berkisar antara 1,8% di Kota Bengkulu hingga 3,9% di Kaur.

Prevalensi penyakit jantung sebesar 5,3% berdasarkan wawancara, sementara berdasarkan riwayat didiagnosis nakes hanya ditemukan sebesar 0,5%. Cakupan penyakit jantung berdasarkan diagnosis oleh nakes sebesar 9,4%. Prevalensi penyakit jantung berkisar antara 0,7% di Bengkulu Utara sampai 13,0% di Lebong.

Prevalensi penyakit DM berdasarkan diagnosis oleh nakes adalah 0,4% sedangkan prevalensi DM sebesar 0,5%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosis DM oleh nakes mencapai 80,0%, lebih tinggi dibandingkan cakupan penyakit asma maupun penyakit jantung. Prevalensi DM berkisar antara 0,2% di Seluma hingga 1,3% di Kepahiang.

Prevalensi penyakit tumor berdasarkan diagnosis nakes di Provinsi Bengkulu sebesar 3,7‰. Prevalensi berkisar antara 1,25‰ di Bengkulu Selatan hingga 9,57‰ di Lebong.

Prevalensi gangguan jiwa berat di Provinsi Bengkulu adalah sebesar 1,57‰. Prevalensi tertinggi terdapat di Kepahiang (6,16‰), diikuti oleh Seluma (2,76‰). Prevalensi buta warna di Provinsi Bengkulu sebesar 2,49‰, tertinggi terdapat di Kepahiang (7,7‰) yang



diikuti berturut-turut oleh Bengkulu Selatan (6,12‰). Prevalensi glaukoma di provinsi Bengkulu sebesar 1,47‰ dan tertinggi di Kota Bengkulu (3,54‰) berturut-turut diikuti Lebong (1,99‰), Seluma (1,65‰), dan Kepahiang (1,54‰). Prevalensi bibir sumbing di Provinsi Bengkulu adalah 0,87‰, tertinggi di Seluma (2,21‰) selanjutnya adalah Kota Bengkulu (1,61‰) dan Muko-muko (1,27‰).

Prevalensi dermatitis di Provinsi Bengkulu cukup tinggi (89,97‰) dibandingkan dengan prevalensi penyakit turunan lainnya. Prevalensi tertinggi di Lebong (166‰), diikuti Bengkulu Selatan (140,04‰), Kepahiang (109,4‰), Prevalensi terendah terdapat di Muko-muko (51,36‰)

Prevalensi rinitis sebesar 35,35‰ tertinggi di Lebong (86,48‰) dan berturut-turut disusul Kota Bengkulu (56,68‰), Bengkulu Utara (49,56‰) dan Kepahiang (38,52‰). Prevalensi terendah terdapat di Kaur (0,77‰). Prevalensi talasemia di Provinsi Bengkulu sangat kecil (0,43‰) dan hanya terdapat di Bengkulu Selatan, Seluma dan Kepahiang.

Prevalensi hemofilia di Provinsi Bengkulu adalah 0,54‰. Prevalensi yang tinggi terdapat di Kepahiang (1,54‰), Bengkulu Selatan (1,36‰).

**Perilaku.** Prevalensi perokok setiap hari penduduk umur 10 tahun keatas adalah 29,5%. Sekitar 34,1 % perokok saat ini, yang beumur 10 tahun keatas dengan rerata menghisap 1-12 batang rokok setiap hari. Sebanyak 90 % di semua kabupaten dengan perilaku merokok di dalam rumah. Jenis rokok yang paling disukai oleh perokok adalah kretek filter (>50%).

Sedikit sekali (7,6%) penduduk umur 10 tahun keatas yang mengkonsumsi cukup buah dan sayur. Tidak mencapai separuh (<50%) penduduk umur 10 tahun keatas yang melakukan cukup aktivitas fisik di Bengkulu.

Sebanyak 66,7 % penduduk umur 10 tahun keatas di Bengkulu pernah mendengar tentang flu burung namun hanya 80 % yang pengetahuannya benar. Hanya 1 diantara 5 penduduk umur 10 tahun keatas yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS, tetapi sedikit sekali yang mempunyai pengetahuan tentang penularan. Satu diantara 4 penduduk umur 10 tahun keatas berperilaku cuci tangan dengan sabun benar.

**Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.** Sekitar 52,6% rumah tangga berjarak < 1 km dari tempat pelayanan kesehatan, dan yang memerlukan waktu < 15 menit 74,4%. Sebagian besar rumah tangga berjarak < 1k m ke pelayanan kesehatan jenis UKBM dan hanya perlu waktu < 15 menit untuk mencapainya. Rumah tangga yang memanfaatkan UKBM masih rendah dalam 3 bulan terakhir. Alasan tidak memanfaatkan UKBM separuhnya (>50%) karena pelayanannya tidak lengkap dan sepertiganya karena lokasinya jauh. Pelayanan penimbangan adalah yang paling banyak dimanfaatkan (>80%) dalam 3 bulan terakhir disusul imunisasi (>60%) dan pengobatan ( $\pm$  50%). Pemanfaatan pelayanan polindes/bidan di perdesaan masih sangat rendah (< 20%). Lebih separuh (>50%) responden memberikan alasan yang tidak jelas mengapa tidak memanfaatkan polindes/bidan di perdesaan. Jenis pelayanan polindes/bidan yang paling banyak dimanfaatkan dalam 3 bulan terakhir adalah pengobatan (>80%).

**Kesehatan lingkungan.** Satu diantara 3 (41,1 %) rumah tangga di Bengkulu memiliki rerata pemakaian air bersih antara 20 - 49,9 liter/orang/hari. Sebagian besar (>80%) rumah tangga rumahnya berlantai bukan tanah. Satu diantara 3 rumah tangga menggunakan bahan beracun berbahaya di dalam rumah

Hasil-hasil temuan Riskedas ini dapat dimanfaatkan untuk bahan perencanaan/perbaikan program, pemantauan dan evaluasi maupun prediksi.

## Ringkasan Temuan

Ringkasan temuan Riskedas 2007 per indikator kesehatan adalah sebagai berikut.

### 1. Status gizi

#### Status Gizi Balita

- Secara umum prevalensi gizi buruk di Provinsi Bengkulu adalah 4,8% dan gizi kurang 12,0%. Sebanyak 4 Kabupaten masih memiliki prevalensi gizi buruk di atas prevalensi nasional dan kabupaten/kota lainnya sudah berada di bawah prevalensi nasional, yaitu : *Bengkulu Utara, Kaur, Seluma Lebong dan Kota Bengkulu.*
- Prevalensi gizi buruk dan kurang di Provinsi Bengkulu adalah 16,8%. Bila dibandingkan dengan target pencapaian program perbaikan gizi (RPJM) tahun 2015 sebesar 20% dan target MDGs untuk Indonesia sebesar 18,5%, maka di Provinsi Bengkulu target tersebut sudah terlampaui. Namun pencapaian tersebut belum merata di 9 kabupaten/kota.
- Bila mengacu pada target MDGs maka terdapat 6 Kabupaten/Kota yang sudah melampaui target, sedangkan untuk target RPJM sudah 7 kabupaten/kota yang telah melampaui target. Ke 6 kabupaten/kota yang telah memenuhi kedua target adalah: Bengkulu Selatan, Bengkulu Utara, Kaur, Seluma, Kepahiang dan Kota Bengkulu. Sedangkan Muko-muko hanya melampaui target RPJM.
- Prevalensi gizi lebih di Provinsi Bengkulu adalah 6,0%. Terdapat 6 kabupaten/kota dengan prevalensi melebihi angka nasional, yaitu Bengkulu Selatan, Kaur, Bengkulu Utara, Muko-muko, Lebong dan Kepahiang.
- Prevalensi masalah pendek pada balita di Provinsi Bengkulu masih tinggi yaitu sebesar 36,0%. Terdapat 4 Kabupaten yang memiliki prevalensi masalah kependekan di atas angka nasional, yaitu Bengkulu Selatan, Lebong, Kepahiang dan Rejang Lebong.
- Masalah kekurusan di Provinsi Bengkulu (6,9%) masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Prevalensi kekurusan dibawah 5% hanya terdapat di Bengkulu selatan, Lebong dan Kepahiang.
- Prevalensi balita sangat kurus di Provinsi Bengkulu masih cukup tinggi yaitu 7,2%. Terdapat 5 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi balita sangat kurus di bawah angka prevalensi nasional. Ke 5 kabupaten/kota tersebut adalah: Bengkulu Seloatan, Seluma, Muko-muko, Lebong dan Kota Bengkulu.
- Prevalensi kegemukan menurut indikator BB/TB adalah sebesar 14,4%. Terdapat 5 kabupaten/kota memiliki masalah kegemukan pada balita di atas angka nasional.

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

- Prevalensi kekurusan nasional berdasarkan IMT standar WHO, adalah 11,0% pada laki-laki dan 8,7% pada perempuan. Prevalensi BB lebih pada laki-laki 14,2% dan perempuan 8,5% Menurut Kabupaten/kota, Bengkulu Selatan mempunyai prevalensi kekurusan tertinggi baik pada anak laki-laki (17,8%) maupun pada anak perempuan (16,9%). Sedangkan prevalensi kekurusan terendah di Kepahiang, yaitu 6,2% pada anak laki-laki dan di Kota Bengkulu 6,1% pada anak perempuan.

- Prevalensi berat badan lebih pada anak umur 6 – 14 tahun tertinggi di Bengkulu Utara untuk anak laki-laki (21,5%) dan untuk anak perempuan di Kaur (12,6%). Prevalensi berat badan lebih pada anak umur 6 – 14 tahun terendah ditemukan di Lebong baik pada anak laki-laki (5,9%) maupun pada anak perempuan (5,0%).

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

- Prevalensi obesitas umum di Provinsi Bengkulu adalah 15,0% (7,3% berat badan lebih dan 7,7% obese). Dari 9 kabupaten di Provinsi Bengkulu, 8 diantaranya memiliki masalah obesitas yang tinggi dengan prevalensi di atas 10%. Hanya kabupaten Bengkulu Selatan yang memiliki prevalensi obesitas pada orang dewasa sedikit di bawah 10%.
- Prevalensi obesitas umum untuk penduduk dewasa laki-laki adalah sebesar 9,7% dan perempuan sebesar 20,1%.
- Obesitas sentral di Bengkulu sudah mulai menjadi masalah karena prevalensinya cukup tinggi (16,9%). Kabupaten yang memiliki prevalensi obesitas sentral > 20% terdapat di 3 kabupaten, yaitu Kabupaten Kaur, Lebong dan Kepahiang. Prevalensi obesitas sentral pada perempuan (25%) lebih tinggi dibanding laki-laki (8,9%). Obesitas sentral lebih tinggi di daerah perdesaan (20,3%) dibandingkan perkotaan (9,0%). Prevalensi obesitas sentral paling tinggi pada responden yang bekerja sebagai pegawai.

#### **Status gizi Wanita Usia Subur (WUS) 15-45 tahun**

- Risiko kurang energi kronis (KEK) pada WUS digambarkan dengan menggunakan LILA (lingkar lengan atas) yang disesuaikan dengan umur (*age adjusted*). Ditemukan prevalensi KEK provinsi Bengkulu sebesar 8,2%. Ada 4 kabupaten/kota yang mempunyai prevalensi diatas angka provinsi, yaitu Kabupaten Bengkulu Selatan, Rejang Lebong, Lebong dan Kepahiang dan hanya terdapat 1 kabupaten dengan prevalensi KEK diatas angka nasional, yaitu Kabupaten Kepahiang (16,3%)

#### **Konsumsi Energi Dan Protein**

- Rerata konsumsi per kapita per hari penduduk Provinsi Bengkulu adalah 1371,6 kkal untuk energi dan 45,9 gram untuk protein. Konsumsi energi terendah di Rejang Lebong (1237,5 gram) dan tertinggi di Seluma (1574,9 kkal). Konsumsi protein terendah di Rejang Lebong (39,1 gram) dan tertinggi di Bengkulu Selatan (52,9 gram).
- Secara keseluruhan persentase rumah tangga dengan konsumsi “energi rendah” adalah 81,4 % dan konsumsi “protein rendah” sebesar 74,9 %. Semua kabupaten/kota memiliki persentase rumah tangga dengan konsumsi “energi rendah” di atas angka nasional (57,9 %), demikian juga halnya pada rumah tangga dengan konsumsi “protein rendah”

#### **Konsumsi garam beriodium**

- Baru sebanyak 69,7% rumah tangga di Provinsi Bengkulu mempunyai garam cukup iodium. Pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target ICCIDD/UNICEF/WHO *Universal Salt Iodization* (90%). Ada 2 kabupaten yang telah mencapai target garam beriodium untuk semua yaitu Bengkulu Utara dan Seluma.

## **2. Kesehatan Ibu dan Anak**

### **Status Imunisasi**

- Secara keseluruhan, cakupan imunisasi menurut jenisnya yang tertinggi sampai terendah adalah untuk BCG (95,4%), campak (94,7%), polio tiga kali (77,9%), DPT tiga kali (78,4%) dan terendah hepatitis B (68,6%). Bila dilihat masing-masing imunisasi menurut kabupaten/kota, untuk imunisasi BCG yang terendah di Bengkulu Utara (90%) dan tertinggi di Bengkulu Selatan, Muko-muko, Lebong dan Kepahiang (100,0%).
- Variasi cakupan imunisasi yang lebih bervariasi antar kabupaten/kota terlihat pada imunisasi polio tiga kali yaitu, tertinggi di Seluma (84,6%) dan terendah di Lebong (57,1%). DPT tiga kali terendah Lebong (58,3%) dan tertinggi di Bengkulu Utara (82,7%).
- Cakupan imunisasi hepatitis B, yaitu jenis imunisasi yang diprogramkan terakhir, terendah Kaur (59,1%) dan tertinggi di Muko-muko (79,1%). Sejak tahun 2004 hepatitis B disatukan dengan pemberian DPT menjadi DPT/HB. Walaupun vaksin DPT/HB sudah didistribusikan untuk seluruh target, tetapi pelaksanaan di daerah dapat berbeda tergantung dari stok vaksin DPT dan HB yang masih terpisah di tiap daerah.
- Untuk imunisasi campak, ada dua kabupaten yang sudah mencapai 100% yaitu, Rejang Lebong dan Kepahiang dan cakupan terendah di Lebong (83,3%).

### **Pemantauan Pertumbuhan Balita**

- Secara keseluruhan dalam enam bulan terakhir balita yang ditimbang secara rutin (4 kali atau lebih), ditimbang 1-3 kali dan yang tidak pernah ditimbang berturut-turut 39,8%, 29,1%, dan 31,1%. Cakupan penimbangan rutin bervariasi menurut kabupaten/kota dengan cakupan terendah di Bengkulu Selatan dan Seluma (28,6%) dan tertinggi di Muko-muko (53,1%).
- Terlihat ada kecenderungan makin tinggi umur anak, makin rendah cakupan penimbangan rutin ( $\geq 4$  kali), dan makin tinggi pula persentase anak yang tidak pernah ditimbang.
- Posyandu merupakan tempat yang paling banyak dikunjungi untuk penimbangan balita yaitu sebesar 74,6%. Posyandu sebagai sarana penimbangan balita paling banyak terdapat di Kaur (100%) dan terendah di Bengkulu Utara (63,6%). Tempat penimbangan yang lain adalah Puskesmas (11,2%). Rumah tangga yang paling banyak memanfaatkan puskesmas sebagai tempat penimbangan, paling tinggi di Kota Bengkulu (30,4%)
- Hanya 28,2% balita yang mempunyai KMS dan dapat menunjukkan, sedangkan 49,4% mengatakan punya KMS tetapi tidak dapat menunjukkan. Sisanya sebesar 22,4% tidak mempunyai KMS. Kepemilikan KMS dan dapat menunjukkan bervariasi menurut kabupaten/kota, terendah di Bengkulu Selatan (16,7%) dan tertinggi di Kota Bengkulu (37,8%). Persentase kepemilikan KMS di perkotaan lebih tinggi dibandingkan daerah perdesaan.
- Kepemilikan Buku KIA secara keseluruhan lebih rendah dari kepemilikan KMS yaitu sebesar 17,0%. Kepemilikan buku KIA tersebut bervariasi antar provinsi dengan cakupan terendah di Kaur dan tertinggi di Kepahiang.

### **Distribusi Kapsul Vitamin A**

- Secara keseluruhan cakupan distribusi kapsul vitamin A untuk anak umur 6 - 59 bulan sebesar 62,4%. Cakupan tersebut bervariasi antar kabupaten/kota dengan cakupan terendah di Lebong (40,0%) dan tertinggi di Kota Bengkulu (76,2%). Cakupan lebih tinggi terdapat di perkotaan (70,5%) dibandingkan dengan di perdesaan (55,0%).

### **Cakupan Pelayanan Ibu dan Anak**

- Hanya sebagian bayi yang mempunyai catatan berat badan lahir. Proporsi ibu yang mempunyai persepsi bahwa ukuran bayi pada saat lahir kecil yaitu sebesar 6,7%
- Sebanyak 90,9% ibu memeriksakan kehamilan. Cakupan pemeriksaan kehamilan terendah di Seluma (75,0%) dan 100% di Bengkulu Selatan, Kaur, Muko-muko, Lebong dan Kepahiang. Cakupan pemeriksaan kehamilan lebih tinggi di perkotaan (93,5%) dibanding di perdesaan (88,7%). Cakupan periksa kehamilan tertinggi terdapat pada kelompok keluarga dengan pekerjaan kepala keluarga sebagai ibu rumah tangga dan pegawai (100%) dan terendah pada kelompok keluarga yang tidak bekerja (0,0%). Semakin tinggi pendidikan kepala keluarga semakin tinggi pula cakupan pemeriksaan kehamilan.
- Pemeriksaan yang paling sering dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan tekanan darah (99,1%) dan penimbangan berat badan ibu (94,4%). Sedangkan jenis pemeriksaan kehamilan yang jarang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan hemoglobin (22,5%) dan pemeriksaan urine (28,2%). Secara umum cakupan tiap jenis pemeriksaan kehamilan lebih tinggi di perkotaan dibanding di perdesaan.
- Sebanyak 70,3% neonatus umur 0-7 hari dan 28,3% neonatus umur 8-28 hari mendapatkan pemeriksaan dari tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari terendah di Kaur (50,0%) dan tertinggi di Kota Bengkulu (85,7%). Untuk neonatus umur 8-28 hari cakupan pemeriksaan kesehatan terendah di Seluma dan Muko-muko (12,5%) dan tertinggi di Di Lebong (66,7%). Persentase cakupan baik pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari dan 8-28 hari hampir tidak berbeda menurut jenis kelamin bayi. Menurut tipe daerah di perkotaan lebih tinggi dibanding di perdesaan. Semakin tinggi tingkat pendidikan kepala rumah tangga maupun semakin tinggi persentase cakupan pemeriksaan kesehatan pada neonatus umur 0-7 hari.

## **3. Penyakit Menular**

### **Filariasis, Demam Berdarah Dengue, dan Malaria**

#### **Filariasis**

- Data Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi filariasis klinis sebesar 0,21‰ (0,00‰-4,79‰) dalam 12 bulan terakhir. Data prevalensi ini sebagian besar berdasarkan gejala penyakit (di 6 kabupaten/kota). Hanya 3 kabupaten yang terdeteksi berdasarkan diagnosis oleh nakes yaitu Muko-muko, Lebong dan Kepahiang.

### **Demam Berdarah Dengue (DBD)**

- Dalam kurun waktu 12 bulan terakhir, kasus DBD klinis tersebar di seluruh Indonesia dengan prevalensi 1,24% (0,05%-5,67%). Pada 3 kabupaten/kota didapatkan prevalensi DBD klinis lebih tinggi dari angka Nasional yaitu Kota Bengkulu (5,67%), Kepahiang (1,32%) dan Lebong (0,67%).
- Prevalensi DBD yang terdeteksi berdasarkan diagnosis oleh nakes tinggi ada di Seluma (0,21%); Bengkulu Selatan (0,19%); dan Kepahiang (0,15%). Sedangkan di beberapa kabupaten/kota dengan prevalensi DBD klinis tinggi ternyata sebagian besar terdeteksi berdasarkan gejala penyakit. Hal ini dapat disebabkan karena gejala penyakit DBD menyerupai penyakit infeksi virus lainnya. Penyuluhan penyakit DBD di provinsi-provinsi tersebut perlu digalakkan untuk mengenal penyakit tersebut lebih baik dan cepat, serta mendapat penanganan yang tepat.

### **Malaria**

- Dalam kurun waktu 1 bulan terakhir, prevalensi malaria klinis adalah 7,15% (2,40%-13,60%). Tiga kabupaten dengan prevalensi malaria klinis tinggi adalah Kaur (13,60%), Bengkulu Selatan (10,36%) dan Seluma (10,28%). Perlu menjadi perhatian adalah sebagian besar kasus malaria klinis terdeteksi bukan berdasarkan diagnosis oleh nakes. Data ini bermanfaat untuk menilai kesiapan daerah dan mengevaluasi pelaksanaan eliminasi malaria.

### **ISPA, Pneumonia, TBC, dan Campak**

#### **ISPA**

- Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan penyakit yang sering dijumpai. Manifestasi penyakit ini dapat ringan sampai berat, dan yang berat biasanya dikenal sebagai penyakit pneumonia. Data ISPA dalam Riskesdas ini adalah ISPA yang tidak berat atau non pneumonia. Prevalensi ISPA dalam satu bulan terakhir di Provinsi Bengkulu adalah 29,84% (17,47% - 46,64%). Prevalensi ISPA tinggi terdapat di Kaur (46,64%), Bengkulu Selatan (43,7%) dan Seluma (33,25%) Kasus ISPA pada umumnya terdeteksi berdasarkan gejala penyakit.

#### **Pneumonia**

- ISPA yang mengenai jaringan paru-paru, atau ISPA yang berlarut-larut dapat berkembang menjadi pneumonia. Pneumonia juga merupakan penyakit infeksi penyebab kematian utama terutama pada balita. Prevalensi pneumonia tinggi, antara lain terdapat di Rejang Lebong (5,31%), Kepahiang (4,02%) dan Lebong (2,68%). Prevalensi pneumonia dalam 1 bulan terakhir di Provinsi Bengkulu adalah 2,0% (0,8-5,3%). Seperti halnya dengan ISPA, kasus pneumonia pada umumnya terdeteksi berdasarkan diagnosis gejala penyakit.

## **Tuberkulosis Paru (TB)**

- Pada Riskesdas, tuberkulosis paru klinis menyebar di seluruh kabupaten/kota di provinsi Bengkulu. Prevalensi TB klinis dalam 12 bulan terakhir adalah 0,86%, tertinggi di Kepahiang (3,45%) dan terendah di Bengkulu Utara (0,17%). Sebagian besar kasus TB terdeteksi berdasarkan gejala penyakit. Tampaknya penyuluhan mengenai penyakit TB masih perlu digalakkan selain meningkatkan akses pelayanan terhadap penyakit tersebut supaya dapat ditekan komplikasi, penularan dan kematian karena TB.

## **Campak**

- Campak merupakan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Walaupun demikian masih sering terjadi KLB terhadap penyakit tersebut. Pada Riskesdas 2007 campak terdeteksi di seluruh kabupaten/kota. Dalam 12 bulan terakhir, prevalensi campak klinis di Provinsi Bengkulu adalah 1,0%, tertinggi di Kota Bengkulu (2,25%) dan terendah di Bengkulu Utara (0,22%). Pada umumnya kasus campak terdeteksi berdasarkan diagnosis oleh nakes

## **Tifoid, Hepatitis dan Diare**

### **Tifoid**

- Tifoid merupakan salah satu penyakit yang ditularkan melalui makanan, dan sering kali ditemukan di masyarakat. Dalam 1 bulan terakhir tifoid klinis terdeteksi di seluruh kabupaten/kota, dengan prevalensi sebesar 2,6% (1,4% - 4,2%). Prevalensi tertinggi di Kepahiang dan terendah di Bengkulu Selatan. Meskipun prevalensi tifoid klinis relatif kecil, sebagian besar kasus tifoid klinis terdeteksi berdasarkan diagnosis oleh nakes.

### **Hepatitis**

- Dalam dua belas bulan terakhir hepatitis klinis terdeteksi di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu dengan prevalensi sebesar 0,4% (0,05 - 0,95%), tertinggi di Kepahiang dan terendah di Bengkulu Utara. Kasus hepatitis ini umumnya terdeteksi berdasarkan gejala penyakit, kecuali di Jawa Timur, Sumatera Selatan, Kalimantan Tengah dan Sulawesi Utara lebih banyak terdeteksi berdasarkan diagnosis oleh nakes, kecuali di Bengkulu Utara, Rejang Lebong, Kaur dan Seluma.

### **Diare**

- Pada Riskesdas, diare tersebar diseluruh kabupaten/kota. Prevalensi diare klinis dalam kurun waktu 1 bulan terakhir adalah 8,34% (4,83% - 12,84%), tertinggi di Kaur dan terendah di Rejang Lebong. Kasus diare di sebagian besar terdeteksi berdasarkan diagnosis nakes, kecuali di Kaur dan Seluma lebih banyak dideteksi berdasarkan gejala penyakit. Keadaan ini menunjukkan kewaspadaan terhadap penyakit diare cukup baik. Beberapa Kabupaten/kota dengan prevalensi diare klinis relatif tinggi (mendekati atau lebih dari 10%) adalah Kaur, Lebong, Seluma dan Bengkulu Selatan masih memerlukan penyuluhan yang lebih intensif untuk menekan kejadian diare.

- Dehidrasi merupakan salah satu komplikasi penyakit diare yang dapat menyebabkan kematian. Oleh sebab itu program pengendalian diare merekomendasikan pemberian oralit untuk mencegah dehidrasi. Pada Riskesdas, proporsi responden penderita diare klinis yang mendapat pengobatan oralit adalah 49,1%. Hanya 3 dari 9 Kabupaten/Kota yang mempunyai proporsi pemberian oralitnya >50% yaitu Bengkulu Selatan, Bengkulu Utara dan Kota Bengkulu. Pemberian oralit pada penderita diare masih perlu digalakkan untuk mencegah komplikasi dan menekan angka kematian.

#### **4. Penyakit Tidak Menular**

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

- Prevalensi penyakit sendi secara keseluruhan sebesar 32,9% dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 19,2 %. Prevalensi penyakit sendi berdasarkan diagnosis tertinggi dijumpai di Kaur (31,3%) dan terendah di Seluma (12,8%). Cakupan diagnosis penyakit sendi oleh nakes di provinsi Bengkulu umumnya sekitar 50% dari seluruh kasus yang ditemukan.
- Berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi pada penduduk umur 18 tahun ke atas adalah sebesar 24% dengan prevalensi hipertensi tertinggi di Lebong (40,7%) dan terendah di Bengkulu Selatan (10,2%). Sedangkan prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 8,2%, ditambah kasus yang minum obat hipertensi prevalensi hipertensi berdasarkan wawancara ini adalah 8,5% (kasus yang minum obat hipertensi hanya 0,3%). Dengan demikian cakupan diagnosis hipertensi oleh nakes hanya mencapai 35%, atau dengan kata lain sebanyak 65% kasus hipertensi dalam masyarakat belum terdiagnosis.
- Prevalensi stroke ditemukan sebesar 7 per 1000 penduduk, dan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 6 per 1000 penduduk.
- Penyakit asma ditemukan sebesar 2,8% dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes adalah 1,9%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosis asma oleh nakes sebesar 67,9%. Prevalensi asma berkisar antara 1,8% di Kota Bengkulu hingga 3,6% di Lebong.
- Prevalensi penyakit jantung sebesar 5,3% berdasarkan wawancara, sementara berdasarkan riwayat didiagnosis nakes hanya ditemukan sebesar 0,5%. Cakupan penyakit jantung berdasarkan diagnosis oleh nakes sebesar 9,4%. Prevalensi penyakit jantung berkisar antara 0,7% di Bengkulu Utara sampai 13,0% di Lebong.
- Prevalensi penyakit DM berdasarkan diagnosis oleh nakes adalah 0,4% sedangkan prevalensi DM sebesar 0,5%. Data ini menunjukkan cakupan diagnosis DM oleh nakes mencapai 80,0%, lebih tinggi dibandingkan cakupan penyakit asma maupun penyakit jantung. Prevalensi DM berkisar antara 0,2% di Seluma hingga 1,3% di Kepahiang
- Prevalensi penyakit tumor berdasarkan diagnosis nakes di Provinsi Bengkulu sebesar 3,64‰. Prevalensi berkisar antara 1,25‰ di Bengkulu Selatan hingga 9,57‰ di Lebong.
- Prevalensi gangguan jiwa berat di Provinsi Bengkulu adalah sebesar 1,57‰. Prevalensi tertinggi terdapat di Kepahiang (2,77‰), diikuti oleh Seluma (2,76‰).
- Prevalensi buta warna di Provinsi Bengkulu sebesar 2,50‰, tertinggi terdapat di Kepahiang (7,7‰) yang diikuti berturut-turut oleh Bengkulu Selatan (6,12‰) dan Kota Bengkulu (3,54‰).
- Prevalensi glaukoma di provinsi Bengkulu sebesar 1,47‰ dan tertinggi di Kota Bengkulu (3,54‰) berturut-turut diikuti Lebong (1,99‰), Seluma (1,65‰), dan Kepahiang (1,54‰).



- Prevalensi bibir sumbing di Provinsi Bengkulu adalah 0,87‰, tertinggi di Seluma (2,21‰) selanjutnya adalah Kota Bengkulu (1,61‰) dan Muko-muko (1,27‰).
- Prevalensi dermatitis di Provinsi Bengkulu cukup tinggi (89,97‰) dibandingkan dengan prevalensi penyakit turunan lainnya. Prevalensi tertinggi di Lebong (166‰), diikuti Bengkulu Selatan (140,04‰), Kepahiang (109,4‰), Prevalensi terendah terdapat di Muko-muko (51,36‰)
- Prevalensi rinitis sebesar 35,35‰ tertinggi di Lebong (86,48‰) dan berturut-turut disusul Kota Bengkulu (56,68‰), Bengkulu Utara (49,56‰) dan Kepahiang (38,52‰). Prevalensi terendah terdapat di Kaur (0,77‰).
- Prevalensi talasemia di Provinsi Bengkulu sangat kecil (0,43‰) dan hanya terdapat di Bengkulu Selatan, Seluma dan Kepahiang
- Prevalensi hemofilia di Provinsi Bengkulu adalah 2,5‰. Prevalensi yang tinggi terdapat di Kepahiang (7,7‰), Bengkulu Selatan (6,12‰), Muko-muko dan Kota Bengkulu (3,17‰).

### **Gangguan Mental Emosional**

- Prevalensi nasional gangguan mental emosional pada penduduk yang berumur  $\geq 15$  tahun adalah 10,3%. Prevalensi ini bervariasi antar kabupaten/kota dengan kisaran antara 3,7% sampai dengan 21,2% Prevalensi tertinggi di Lebong dan yang terendah terdapat di Bengkulu Selatan.

### **Penyakit Mata**

- Persentase low vision sebesar 10,07% dengan kisaran antara 1,22% (di Muko-muko) hingga 35,8% (di Bengkulu Utara).
- Persentase kebutaan di Provinsi Bengkulu adalah sebesar 1,35% dengan kisaran antara 0,13% (di Rejang Lebong) sampai 2,93% (di Bengkulu Utara). Persentase kebutaan tertinggi di Bengkulu Utara diikuti oleh Kaur (2,46%) dan Seluma (1,48%)
- Persentase penduduk usia 30 tahun ke atas yang pernah didiagnosis katarak sebesar 1,98%, dengan kisaran 1,2% di Rejang Lebong hingga 5,68% di Muko-muko. Sedangkan Persentase penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) ditambah dengan yang pernah didiagnosis dalam 12 bulan terakhir secara nasional sebesar 16,9%, dengan kisaran 11,1% di Rejang Lebong hingga 25,8% di Lebong. Data ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan, yaitu hanya sebesar 13,1%

### **Kesehatan Gigi**

- Secara umum Persentase penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut (24,7%) serta telah menerima perawatan dari tenaga medis gigi (31,3 %). Penduduk yang paling banyak bermasalah dengan gigi-mulut terdapat di Bengkulu Selatan (34,4%) dan terendah di Kabupaten Muko-muko (19,0%). Penduduk yang paling banyak menerima perawatan gigi dari tenaga medis gigi adalah Kota Bengkulu (49,2%) dan terendah di kabupaten Seluma (17,6%). Penduduk yang paling banyak kehilangan seluruh gigi asli terdapat di Kabupaten Rejang Lebong (1,5%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara (0,2%).
- Jenis perawatan yang diterima oleh penduduk terhadap masalah gigi-mulut terbanyak adalah berupa pengobatan 93,4%, berikutnya adalah penambalan/pencabutan/bedah gigi (25,7%), konseling perawatan/ kebersihan gigi (12,7).
- Persentase penduduk yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari sebesar 95,4%, tertinggi di Kota Bengkulu (98,1%) dan terendah di Kaur (90,4%)

- Hanya terdapat 4,8% penduduk yang berperilaku benar dalam menggosok gigi secara benar, tertinggi di Kota Bengkulu (11,8%) dan terendah di Kaur (0,3%).
- Secara keseluruhan rerata jumlah kerusakan gigi di Provinsi Bengkulu sebesar 3,76, berarti kerusakan gigi adalah sebanyak 4 buah gigi perorang. Komponen terbesar adalah gigi dicabut sebanyak 2,68, berarti rerata penduduk mempunyai 3 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan. Rerata jumlah kerusakan gigi tertinggi terdapat di Kabupaten Lebong (5 buah gigi) dan terendah di Kota Bengkulu (3 buah gigi)
- Sebanyak 95,1% penduduk berumur 12 tahun keatas masih memiliki fungsi normal gigi, tertinggi di Kaur (96,3%) dan terendah (89,3%).

## 5. Cedera dan Disabilitas

### Cedera

- Prevalensi cedera di Provinsi Bengkulu adalah sebesar 9,0% dengan prevalensi cedera tertinggi Kabupaten Lebong (17,3%) sedangkan yang terendah terdapat pada Kabupaten Bengkulu Utara (2,1%).
- Urutan penyebab cedera terbanyak adalah jatuh (50,2%), kecelakaan transportasi darat (44,2%) dan terluka benda tajam/tumpul (15,0%). Sedangkan untuk penyebab cedera yang lain bervariasi tetapi prevalensinya kecil atau sedikit.

### Disabilitas

- Masalah disabilitas yang menonjol adalah penglihatan jarak jauh, penglihatan jarak dekat, merasa nyeri/merasa tidak nyaman, berjalan jauh dan napas pendek setelah latihan ringan.
- Di Provinsi Bengkulu ternyata status disabilitas dengan kriteria "Sangat bermasalah" adalah sebesar 3,5% dan "Bermasalah" 23,5%.
- Prevalensi disabilitas "Sangat bermasalah" tertinggi terdapat di Kota Bengkulu (8,7%) dan Kaur (5,0%). Sedangkan yang terendah di Bengkulu Selatan dan Muko-muko (1,3%).

## 6. Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku

### Perilaku Merokok

- Persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang merokok tiap hari 29,5%. Persentase tertinggi ditemukan di Kaur (33,5%), diikuti dengan Lebong (33,3%) dan Bengkulu Selatan (32,2%). Sedangkan persentase terendah dijumpai di Kota Bengkulu (21,2%).
- Persentase tertinggi perokok setiap hari ada pada kelompok umur 55 - 64 tahun (43,1%). Menurut pendidikan, proporsi tertinggi dijumpai pada penduduk tamat SMA (33,7%) dan perdesaan lebih tinggi dibandingkan dengan perkotaan.
- Secara keseluruhan prevalensi perokok saat ini 34,1% dengan rerata jumlah rokok yang dihisap 13,3 batang per hari. Prevalensi perokok saat ini tertinggi di Kaur (38,6%), disusul Bengkulu Selatan (37,7%) dan Lebong (37,6%) sedangkan terendah di Kota Bengkulu (27,4%).
- Persentase usia mulai merokok tiap hari pada kelompok umur 15-19 tahun menduduki tempat tertinggi, yaitu 36,4% disusul usia 20-24 tahun (11,4%). Perokok yang mulai merokok pada usia 15-19 tahun tertinggi di Lebong (52,8%), disusul oleh Kota Bengkulu (50,7%), Kepahiang (49,2%) dan Rejang Lebong (40,7%). Perokok yang mulai merokok pertama kali pada usia 10-14 tahun terbanyak di Seluma (17,8%), selanjutnya Lebong (16,2%), Kepahiang (14,6%), dan Kota Bengkulu (13,8%). Sedangkan perokok dengan umur mulai merokok pada umur 5-9 tahun tertinggi di Lebong (2,60%), disusul Rejang Lebong, Muko-

- muko dan Kepahiang (masing-masing 1,1%)
- Secara umum sebanyak 88,7% perokok, merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lain, tertinggi dijumpai di Lebong (96%).

#### **Konsumsi Buah dan Sayur**

- Secara keseluruhan, penduduk umur 10 tahun ke atas yang kurang mengkonsumsi buah dan sayur sebesar 92,1%. Konsumsi buah dan sayur paling rendah terdapat di Kaur (97,5%) dan Bengkulu Utara (97,1%).

#### **Alkohol**

- Prevalensi peminum alkohol 12 bulan terakhir sebanyak 2,8%, sedangkan yang masih minum dalam satu bulan terakhir 1,7%. Beberapa Kabupaten/kota mempunyai prevalensi minum alkohol tinggi, seperti di Kaur (4,6%), Kepahiang (4,4%) dan Seluma (4,0%). Prevalensi perilaku minum alkohol dalam 1 bulan terakhir tertinggi di Kepahiang (2,8%) diikuti oleh Kabupaten Kaur (2,6%).

#### **Aktifitas Fisik**

- Sebanyak 40,1% kurang melakukan aktivitas fisik. Kurang aktivitas fisik paling tinggi terdapat di Kabupaten Bengkulu Selatan (46,5%) dan Rejang Lebong (46,1%).

#### **Flu Burung**

- Secara keseluruhan di Provinsi Bengkulu terdapat sebanyak 66,7% penduduk yang pernah mendengar tentang flu burung. Di antara mereka, 80,7% memiliki pengetahuan yang benar dan 87,2% memiliki sikap yang benar. Persentase penduduk yang mempunyai pengetahuan benar dan bersikap benar tentang flu burung tertinggi di Bengkulu Utara, yaitu masing-masing sebesar 91,1% dan 96,4%.

#### **HIV/AIDS**

- Di Provinsi Bengkulu, 49,2% penduduk sudah pernah mendengar tentang HIV/AIDS; 10,6% di antaranya berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS dan 39,7% berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS. Penduduk yang paling sedikit mendengar tentang HIV/AIDS adalah Lebong (29,5%) dan Seluma (29,8%). Dari yang pernah mendengar, penduduk yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS terendah adalah di Bengkulu Utara (4,9%), disusul Rejang Lebong (5,5%) dan Kota Bengkulu (7%), sedangkan yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS terendah adalah Seluma (16,2%), dan Kaur (21,2%).

#### **Perilaku Higienis**

- Secara keseluruhan, terdapat sebesar 71,8% berperilaku benar dalam hal BAB, namun hanya 15,4% yang berperilaku cuci tangan benar. Perilaku benar dalam hal BAB paling rendah terdapat di Kabupaten Lebong (36,1%) Sedangkan Lebong (6,1%) dan Bengkulu Utara (6,9%) yang perilaku cuci tangan benarnya rendah. Kota Bengkulu menduduki tempat tertinggi untuk perilaku baik dalam hal BAB dan cuci tangan.

## **Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**

- Proporsi rumah tangga dengan PHBS terbaik adalah sebesar 32,8%, tertinggi di Kota Bengkulu (61,5%) dan terendah di Bengkulu Utara (20,5%).

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

### **Akses**

- Jarak pelayan kesehatan kurang dari 1 km sebesar 52,6% dengan waktu tempuh yang kurang dari 15 menit sebesar 74,4%.
- Jarak pelayanan ke UKBM kurang dari 1 km sebesar 78,5% dengan waktu tempuh kurang dari 15 menit sebesar 86,9%.

### **Pemanfaatan posyandu**

- Secara keseluruhan sebanyak 30,7% rumah tangga memanfaatkan pelayanan di posyandu atau poskesdes. Sebanyak 52,7% rumah tangga menyatakan tidak memanfaatkan posyandu karena tidak membutuhkan pelayanan di posyandu atau poskesdes dan karena alasan lain 16,6%.
- Secara keseluruhan di provinsi Bengkulu jenis pelayanan yang banyak dimanfaatkan oleh rumah tangga adalah penimbangan (67,6%) dan pengobatan (50,9%), imunisasi (46,1%).

### **Rawat Inap**

- Untuk rawat inap masyarakat paling banyak memanfaatkan RS Pemerintah (3,0%) kemudian disusul RS Swasta (0,8%). Persentase terbanyak pemanfaatan RS Pemerintah untuk rawat inap adalah di Kota Bengkulu (6,1%) dan Bengkulu Selatan (4,3%). Sedangkan terendah di Kaur yaitu 1,0%. Pemanfaatan RS Swasta terbesar di Kota Bengkulu (1,8%) dan Bengkulu Selatan dan Rejang Lebong (masing-masing 1%).
- Puskesmas sebagai tempat rawat inap menempati urutan ketiga setelah RS Pemerintah dan RS Swasta. Persentase tertinggi terdapat di Muko-muko dan Lebong masing-masing sebesar 2,0% dan 1,5%.
- Sumber pembiayaan rawat inap secara keseluruhan masih didominasi (68,8%) pembiayaan yang dibayar oleh pasien sendiri atau keluarga (*out of pocket*), kemudian berturut-turut disusul oleh pembiayaan oleh Askes/Jamsostek (19,8%), Askeskin/SKTM (13,5%), dan Dana Sehat (3,0%). Kalau pembiayaan oleh Askeskin/Jamsostek, Askeskin/SKTM dan Dana Sehat diperhitungkan sebagai 'sejenis asuransi kesehatan', maka sekitar 38% responden yang pernah rawat inap dalam kurun waktu 5 tahun terakhir telah mempunyai 'sejenis asuransi kesehatan'.

### **Rawat Jalan**

- Pemanfaatan pelayanan rawat jalan oleh Tenaga Kesehatan (21,9%) dan RSB (11,9%) dan RS Pemerintah (1,4%) dan yang tidak memanfaatkan pelayanan rawat jalan sebesar 61,2%.
- Gambaran tentang sumber pembiayaan rawat jalan didominasi oleh pembiayaan sendiri/keluarga (87,3%), Askeskin/SKTM (5,8%), Askes (5,5%) dan lainnya (1,6%) serta dana sehat (0,8%).

### **Ketanggapan Pelayanan Kesehatan**

- Secara keseluruhan penduduk yang memberikan penilaian 'baik' pada pelayanan rawat inap dengan persentase tinggi adalah aspek 'waktu tunggu' (80,0%), 'ikut

ambil keputusan' (79,9%) dan 'menjaga kerahasiaan' (79,8%) dan 'keramahan petugas' (79,2%).

- Di Provinsi Bengkulu, aspek ketanggapan terhadap pelayanan rawat jalan dengan persentase nilai 'baik' tertinggi adalah keramahan petugas (87,5%), waktu tunggu (86,8%), Kejelasan informasi dan kerahasiaan (85,0%).

## **7. Kesehatan Lingkungan**

### **Air Bersih**

- Secara keseluruhan, terdapat 9,1% rumah tangga yang pemakaian air bersihnya masih rendah (1,0% tidak akses dan 8,5% akses kurang), berarti mempunyai risiko tinggi untuk mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebanyak 41,1% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 13,8% akses menengah dan 35,6% akses optimal.
- Kabupaten/Kota yang akses terhadap air bersih masih rendah (diatas angka nasional, yaitu 16,2%) adalah Bengkulu Selatan (37,8%) dan Lebong (28,4%). Sedangkan hampir seluruh kabupaten/kota proporsi akses air bersih optimalnya tinggi, diatas angka nasional (31,6%) kecuali Bengkulu Utara dan Muko-muko.
- Bila mengacu pada kriteria *Joint Monitoring Program WHO-Unicef*, di mana batasan minimal akses untuk konsumsi air bersih adalah 20 liter/orang/hari, maka secara nasional akses terhadap air bersih menurut jumlah pemakaian air per orang per hari adalah 90,5%, atau lebih besar dibandingkan data tahun 2004 sebesar 88,7%.
- Sebanyak 5,2% rumah tangga memerlukan rerata waktu tempuh ke sumber air lebih dari 30 menit. Dilihat dari jarak, terdapat 10,2% rumah tangga yang jarak tempuh ke sumber airnya lebih dari 1 kilometer, terbesar adalah Bengkulu Selatan (28,2%), disusul oleh Seluma (13,0%) dan Kepahiang (12,4%).
- Dilihat dari ketersediaan air bersih dalam satu tahun, terdapat 70,8% rumah tangga yang air bersihnya tersedia sepanjang waktu. Air bersih sulit didapatkan pada musim kemarau sebanyak 28,8%, terbanyak di Kabupaten Muko-muko (57,1%) dan Bengkulu Selatan (55,6%), sedangkan yang paling tinggi proporsi rumah tangga dengan ketersediaan air bersih sulit sepanjang tahun adalah Kaur (3,2%).

### **Fasilitas buang air besar**

- Rumah tangga yang menggunakan jamban sendiri sebesar 59,5%. Rumah tangga dengan proporsi penggunaan jamban sendiri rendah adalah terdapat di Lebong (32,1%)
- Secara keseluruhan rumah tangga yang menggunakan jamban jenis leher angsa sebesar 72,8%. Dibandingkan dengan data tahun 2004 sebesar 49,3%, penggunaan jamban saniter ini mengalami peningkatan yang signifikan.
- Kabupaten dengan cakupan jamban saniter rendah adalah Muko-muko (45,2%). Kabupaten dengan proporsi rumah tangga tidak pakai jamban tertinggi adalah Lebong (26,5%).
- Secara keseluruhan, proporsi rumah tangga dengan tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki/SPAL (saniter) sebesar 34,4%, sisanya dibuang ke sungai/laut, lobang tanah, kolam/sawah, dan pantai/tanah.
- Proporsi penggunaan sarana pembuangan akhir tinja saniter tertinggi ditemukan di Kota Bengkulu (81,3%) dan terendah di Lebong (10,8%).

### **Sarana pembuangan air limbah**

- Secara keseluruhan terdapat 79,9% rumah tangga yang menggunakan SPAL di rumahnya, baik SPAL jenis tertutup maupun terbuka.

- Proporsi terbesar rumah tangga yang tidak memiliki SPAL terdapat di Muko-muko (47,6%).

#### **Pembuangan sampah**

- Secara keseluruhan terdapat 28,9% rumah tangga yang memiliki tempat sampah di dalam rumah dan 48,9% rumah tangga memiliki tempat sampah di luar rumah.

#### **Perumahan**

- Secara keseluruhan masih terdapat 9,8% rumah tangga dengan lantai rumah tanah dan 20,4% dengan tingkat hunian padat. Proporsi lantai rumah tanah tertinggi terdapat di Kabupaten Muko-muko (20,4%) dan terendah di Kota Bengkulu (1,3%). Hunian terpadat terdapat di Lebong (26,2%).

#### **Pemeliharaan Ternak**

- Secara keseluruhan terdapat 47,7% rumah tangga yang memelihara unggas, 17,9% memelihara anjing, kucing atau kelinci, 6,4% memelihara ternak sedang dan 5,9% memelihara ternak besar.

# DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Sambutan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia	iii
Ringkasan Eksekutif	v
Daftar Isi	xxii
Daftar Tabel	xxv
Daftar Gambar	xxxv
Daftar Singkatan	xxxvi
Daftar Lampiran	xxxviii
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	6
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	
2.3.4. Penarikan Sampel Biomedis	8
2.3.5. Penarikan Sampel Yodium	8
2.4. Variabel	8
2.4.1. Kuesioner Rumah Tangga (RKD07.RT)	9
2.4.2. Kuesioner Gizi (RKD07.GIZI)	9
2.4.3. Kuesioner Individu (RKD07.IND)	9
2.4.4. Kuesioner Autopsi Verbal untuk umur < 29 hari (RKD07.AV1)	10
2.4.5. Kuesioner autopsi verbal untuk umur < 29 hari -< 5 tahun (RKD07.AV2)	10
2.4.6. Kuesioner autopsi verbal untuk umur 5 tahun keatas (RKD07.AV3)	10
2.5. Alat Pengumpul Data dan Cara Pengumpul Data	10
2.6. Manajemen Data	13
2.6.1. Editing	13
2.6.2. Entry	13
2.6.3. Cleaning	14
2.7. Keterbatasan Riskesdas	14
2.8. Pengolahan dan Analisis Data	15
BAB 3 3. Hasil Riskesdas	16
3.1. Gambaran Umum	16
3.1.1. Profil Provinsi Bengkulu	16

3.1.2. Respon Rate Data Riskesdas 2007	17
3.2. Gizi	18
3.2.1. Status Gizi Balita	18
3.2.1.1. Status Gizi balita berdasarkan indikator BB/U	18
3.2.1.2. Status Gizi balita berdasarkan indikator TB/U	18
3.2.1.3. Status Gizi balita berdasarkan indikator BB/TB	20
3.2.1.4. Status Gizi balita menurut karakteristik responden	21
3.2.2. Status Gizi Penduduk Umur 6 – 14 tahun (Usia Sekolah)	26
3.2.3. Status Gizi Penduduk Umur 15 tahun keatas	27
3.2.3.1. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Indeks Massa Tubuh (IMT)	28
3.2.3.2. Status gizi dewasa berdasarkan indikator Lingkar Perut (LP)	30
3.2.3.3. Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 – 45 tahun berdasarkan indikator Lingkar Lengan Atas (LILA)	32
3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein	33
3.2.5. Konsumsi Garam beriodium	35
3.3. Kesehatan Ibu dan Anak	37
3.3.1. Status Imunisasi	37
3.3.2. Pemantauan Perumbuhan Balita	42
3.3.3. Distribusi Kapsul Vitamin A	49
3.3.4. Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	51
3.4. Penyakit Menular	59
3.4.1. Prevalensi Filariasis, Demam Berdarah Dengue dan Malaria	59
3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak	63
3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare	65
3.5. Penyakit Tidak Menular	68
3.5.1. Penyakit Tidak Menular Utama, Penyakit Sendi, dan Penyakit Keturunan	68
3.5.2. Gangguan Mental Emosional	76
3.5.3. Penyakit Mata	77
3.5.4. Kesehatan Gigi	83
3.6. Cedera dan Disabilitas	98
3.6.1. Cedera	98
3.6.2. Status Disabilitas/Ketidakmampuan	109
3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku	116
3.7.1. Perilaku Merokok	116
3.7.2. Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur	128
3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol	130
3.7.4. Perilaku Aktivitas Fisik	136
3.7.5. Pengetahuan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS	138
3.7.5. 1. Flu Burung	138
3.7.5.2. HIV/AIDS	140
3.7.6. Perilaku Higienis	144
3.7.7. Pola Konsumsi Makanan Berisiko	146
3.7.8. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	148
3.8. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	150
3.8.1. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan	150



3.8.2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan	162
3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan	168
3.9. Kesehatan Lingkungan	171
3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga	171
3.9.2. Fasilitas Buang Air Besar	181
3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah	185
3.9.4. Pembuangan Sampah	187
3.9.5. Perumahan	188
Daftar Pustaka	198
Lampiran	203

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Indikator Riskedas 2007 dan Tingkat Keterwakilan Sampel	2
Tabel 2.1	Jumlah Sampel Rumah Tangga dan Individu Riskedas 2007 di Provinsi Bengkulu	8
Tabel 3.1.2.1	Respon Rate Data Riskedas 2007 menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Bengkulu, 2007	17
Tabel 3.2.1.1	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	19
Tabel 3.2.1.2	Persentase Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	20
Tabel 3.2.1.3	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	21
Tabel 3.2.1.4	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	22
Tabel 3.2.1.5	Persentase Balita menurut Status Gizi (TB/U)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	23
Tabel 3.2.1.6	Persentase Balita menurut Status Gizi (BB/TB)* dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	25
Tabel 3.2.1.7	Prevalensi Balita menurut Tiga Indikator Status Gizi dan Kabupaten/Kota di Provinsi, Riskedas 2007	26
Tabel 3.2.2.1	Standar Penentuan Kurus dan Berat Badan (BB) Lebih menurut Nilai Rerata IMT, Umur dan Jenis Kelamin, WHO 2007	26
Tabel 3.2.2.2	Prevalensi Kekurusan dan Berat Badan Lebih menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	27
Tabel 3.2.3.1.1	Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Keatas) menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	28
Tabel 3.2.3.1.2	Prevalensi Obesitas Umum Penduduk Dewasa (15 Tahun Ke Atas) menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	29
Tabel 3.2.3.1.3	Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Keatas) menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	29
Tabel 3.2.3.2.1	Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun Keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	30
Tabel 3.2.3.2.2	Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk Umur 15 Tahun Keatas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	31
Tabel 3.2.3.3.1	Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 tahun di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	32
Tabel 3.2.3.3.2	Prevalensi Risiko KEK Penduduk Wanita Umur 15-45 Tahun Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	33
Tabel 3.2.4.1	Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita Per Hari menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	33
Tabel 3.2.4.2	Persentase Rumah Tangga dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	34
Tabel 3.2.4.3	Persentase Rumah tangga dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Tipe daerah dan Pengeluaran Rumah Tangga, di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007	35

Tabel 3.2.5.1	Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Garam Cukup Iodium menurut Kabupaten/Kota Di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	36
Tabel 3.2.5.2	Persentase Rumah Tangga Memiliki Garam Cukup Iodium menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	37
Tabel 3.3.1.1	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	38
Tabel 3.3.1.2	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	39
Tabel 3.3.1.3	Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	40
Tabel 3.3.1.4	Persentase Anak Umur 12-23 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	41
Tabel 3.3.2.1	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	42
Tabel 3.3.2.2	Persentase Balita menurut Frekuensi Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	43
Tabel 3.3.2.3	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	44
Tabel 3.3.2.4	Persentase Balita menurut Tempat Penimbangan Enam Bulan Terakhir dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	45
Tabel 3.3.2.5	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	46
Tabel 3.3.2.6	Persentase Balita menurut Kepemilikan KMS dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	47
Tabel 3.3.2.7	Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	48
Tabel 3.3.2.8	Persentase Anak Balita Berdasarkan Kepemilikan Buku KIA dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	49
Tabel 3.3.3.1	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin A menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	50
Tabel 3.3.3.2	Persentase Anak Umur 6-59 Bulan yang Menerima Kapsul Vitamin menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	51
Tabel 3.3.4.1	Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	52
Tabel 3.3.4.2	Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	53
Tabel 3.3.4.3	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	54
Tabel 3.3.4.4	Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	55
Tabel 3.3.4.5	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu	56
Tabel 3.3.4.6	Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	57

Tabel 3.3.4.7	Cakupan Pemeriksaan Neonatatus menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	58
Tabel 3.3.4.8	Cakupan Pemeriksaan Neonatatus menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	59
Tabel 3.4.1.1	Prevalensi Filariasis Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2008	61
Tabel 3.4.1.2	Prevalensi Filariasis Demam Berdarah Dengue, Malaria dan Pemakaian Obat Program Malaria menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2008	63
Tabel 3.4.2.1	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	64
Tabel 3.4.2.2	Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB dan Campak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	65
Tabel 3.4.3.1	Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	67
Tabel 3.4.3.2	Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	68
Tabel 3.5.1.1	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	70
Tabel 3.5.1.2	Prevalensi Penyakit Persendian, Hipertensi, dan Stroke menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	71
Tabel 3.5.1.3	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor** Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	72
Tabel 3.5.1.4	Prevalensi Penyakit Asma*, Jantung*, Diabetes* Dan Tumor** menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	73
Tabel 3.5.1.5	Prevalensi Penyakit Keturunan* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofilia) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	74
Tabel 3.5.2.1	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun Keatas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i> )* menurut Kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	75
Tabel 3.5.2.2	Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Keatas (berdasarkan <i>Self Reporting Questionnaire-20</i> )* menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	76
Tabel 3.5.3.1	Persentase Penduduk Umur 6 Tahun Keatas menurut <i>Low Vision</i> , Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	77
Tabel 3.5.3.2	Persentase Penduduk Umur 6 Tahun Keatas menurut <i>Low Vision</i> , Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	78
Tabel 3.5.3.3	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun keatas dengan Katarak Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	79
Tabel 3.5.3.4	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	80
Tabel 3.5.3.5	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	81

Tabel 3.5.3.6	Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak yang Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	82
Tabel 3.5.4.1	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	84
Tabel 3.5.4.2	Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	84
Tabel 3.5.4.3	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan menurut Jenis Perawatan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	85
Tabel 3.5.4.4	Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	86
Tabel 3.5.4.5	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Waktu Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	88
Tabel 3.5.4.6	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Waktu Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	89
Tabel 3.5.4.7	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	90
Tabel 3.5.4.8	Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	91
Tabel 3.5.4.9	Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	92
Tabel 3.5.4.10	Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	93
Tabel 3.5.4.11	Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	93
Tabel 3.5.4.12	Prevalensi Karies Aktif Dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	94
Tabel 3.5.4.13	Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	95
Tabel 3.5.4.14	Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	95
Tabel 3.5.4.15	Persentase penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Fungsi normal gigi dan Edentulous, Protosa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	96
Tabel 3.5.4.16	Persentase penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Fungsi normal gigi dan Edentulous, Protosa dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	97
Tabel 3.6.1.1	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	100
Tabel 3.6.1.2	Prevalensi Cedera dan Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	101
Tabel 3.6.1.3	Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	103

Tabel 3.6.1.4	Prevalensi-Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	104
Tabel 3.6.1.5	Prevalensi Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	107
Tabel 3.6.1.6	Prevalensi Jenis Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	108
Tabel 3.6.2.1	Persentase Penduduk Umur 15 tahun Keatas yang Bermasalah dalam Fungsi Tubuh dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	111
Tabel 3.6.2.2	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas menurut Masalah Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	112
Tabel 3.6.2.3	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas menurut Status dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	113
Tabel 3.6.2.4	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas yang Membutuhkan Bantuan Orang Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	114
Tabel 3.6.2.5	Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas yang Membutuhkan Bantuan Orang Lain dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	115
Tabel 3.7.1.1	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	116
Tabel 3.7.1.2	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	117
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 Bengkulu, Riskesdas 2007	118
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 Bengkulu, Riskesdas	119
Tabel 3.7.1.5	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/Kota di Bengkulu, Riskesdas 2007	120
Tabel 3.7.1.6	Persentase Perokok Saat Ini Berdasarkan Jumlah Batang Rokok yang Dihisap per Hari menurut Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	121
Tabel 3.7.1.7	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	123
Tabel 3.7.1.8	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Mulai Merokok tiap Hari, menurut Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	124
Tabel 3.7.1.9	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	125
Tabel 3.7.1.10	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	126

Tabel 3.7.1.11	Prevalensi perokok dalam rumah ketika Bersama Anggota Rumah Tangga menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	126
Tabel 3.7.1.12	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Bengkulu, Riskesdas 2007	128
Tabel 3.7.1.13	Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	127
Tabel 3.7.2.1	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun Keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	128
Tabel 3.7.2.2	Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun Keatas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	129
Tabel 3.7.3.1	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	130
Tabel 3.7.3.2	Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	131
Tabel 3.7.3.3	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	132
Tabel 3.7.3.4	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	133
Tabel 3.7.3.5	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	134
Tabel 3.7.3.6	Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman menurut Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	135
Tabel 3.7.4.1	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	136
Tabel 3.7.4.2	Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 Tahun Keatas menurut Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	137
Tabel 3.7.5.1	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	138
Tabel 3.7.5.2	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan Dan Sikap Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	139
Tabel 3.7.5.3	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	140
Tabel 3.7.5.4	Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	141
Tabel 3.7.5.5.	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Bila Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007	142
Tabel 3.7.5.6	Persentase Penduduk 10 tahun ke Atas menurut Sikap Andaikata Ada Anggota Keluarga Menderita HIV/AIDS dan Karakteristik Responden, Riskesdas 2007	143

Tabel 3.7.6.1	Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/Kota di Bengkulu, Riskesdas 2007	144
Tabel 3.7.6.2	Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden di Bengkulu, Riskesdas 2007	145
Tabel 3.7.7.1	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	146
Tabel 3.7.7.2	Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	147
Tabel 3.7.8.1	Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat, Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	149
Tabel 3.7.8.2	Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun ke Atas menurut Provinsi di Indonesia, Riskesdas 2007	149
Tabel 3.7.8.3	Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik dan Merokok) pada Penduduk 15 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Indonesia, Riskesdas 2007	150
Tabel 3.8.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	151
Tabel 3.8.1.2	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	151
Tabel 3.8.1.3	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* dan Kabupaten/Kota Di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	152
Tabel 3.8.1.4	Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat* dan Karakteristik Rumah Tangga Di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	153
Tabel 3.8.1.5	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	153
Tabel 3.8.1.6	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	154
Tabel 3.8.1.7	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	154
Tabel 3.8.1.8	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/ Poskesdes menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	155
Tabel 3.8.1.9	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	156
Tabel 3.8.1.10	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes (Di Luar Tidak Membutuhkan) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	156



Tabel 3.8.1.11	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.8.1.12	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	157
Tabel 3.8.1.13	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan menurut Jenis Pelayanan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	158
Tabel 3.8.1.14	Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan menurut Jenis Pelayanan dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	159
Tabel 3.8.1.15	Persentase Rumah Tangga yang Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan Menurut Alasan Lain dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	159
Tabel 3.8.1.16	Persentase Rumah Tangga Menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/Bidan di Perdesaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi, Riskesdas 2007	160
Tabel 3.8.1.17	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Perdesaan/ Warung Obat Perdesaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	160
Tabel 3.8.1.18	Persentase Rumah Tangga menurut Pemanfaatan Pos Obat Perdesaan/ Warung Obat Perdesaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	161
Tabel 3.8.1.19	Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Perdesaan/Warung Obat Perdesaan dan Kabupaten/Kota, di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	161
Tabel 3.8.1.20	Persentase Rumah Tangga menurut Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Pos Obat Perdesaan/Warung Obat Perdesaan dan Karakteristik Responden, di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	162
Tabel 3.8.2.1	Persentase Tempat Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.8.2.2	Persentase Tempat Rawat Inap menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	163
Tabel 3.8.2.3	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	164
Tabel 3.8.2.4	Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	165
Tabel 3.8.2.5	Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	166
Tabel 3.8.2.6	Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	166
Tabel 3.8.2.7	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Kabupaten/Kota di Provinsi, Riskesdas 2007	167
Tabel 3.8.2.8	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi, Riskesdas 2007	168
Tabel 3.8.3.1	Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	169

Tabel 3.8.3.2	Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Karakteristik Rumah Tangga di9Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	170
Tabel 3.8.3.3	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	170
Tabel 3.8.3.4	Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	171
Tabel 3.9.1.1	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	172
Tabel 3.9.1.2	Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	173
Tabel 3.9.1.3	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Indonesia, Riskesdas 2007	173
Tabel 3.9.1.4	Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	174
Tabel 3.9.1.5	Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	175
Tabel 3.9.1.6	Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air Dalam Rumah Tangga dan Karakteristik Rmah Tangga di Provinsi di Propinsi Bengkulu , Riskesdas 2007	175
Tabel 3.9.1.7	Persentase Rumah Tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	176
Tabel 3.9.1.8	Persentase Rumah tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	176
Tabel 3.9.1.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007	177
Tabel 3.9.1.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007	178
Tabel 3.9.1.11	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	178
Tabel 3.9.1.12	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	179
Tabel 3.9.1.13	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Susenas dan Riskesdas 2007	180
Tabel 3.9.1.14	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga, Susenas dan Riskesdas 2007	181
Tabel 3.9.2.1	Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007	181
Tabel 3.9.2.2	Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007	182
Tabel 3.9.2.3	Persentase Rumah tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007	182
Tabel 3.9.2.4	Persentase Rumah tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007	183
Tabel 3.9.2.5	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007	183

Tabel 3.9.2.6	Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007 dan Riskesdas 2007	184
Tabel 3.9.2.7	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi, Susenas 2007	184
Tabel 3.9.2.8	Persentase Rumah tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik rumah tangga Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007	185
Tabel 3.9.3.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	186
Tabel 3.9.3.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	186
Tabel 3.9.4.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	187
Tabel 3.9.4.2	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	188
Tabel 3.9.5.1	Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah, Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	189
Tabel 3.9.5.2	Persentase Rumah tangga menurut Jenis Lantai Rumah dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	189
Tabel 3.9.5.3	Persentase Rumah tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	190
Tabel 3.9.5.4	Persentase Rumah tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Karakteristik rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	190
Tabel 3.9.5.5	Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	191
Tabel 3.9.5.6	Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Karakteristik rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	192
Tabel 3.9.5.7	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	194
Tabel 3.9.5.8	Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	195
Tabel 3.9.5.9	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	196
Tabel 3.9.5.10	Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007	197

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan (Blum, 1974)	3
Gambar 2	Mekanisme Kerja Riskesdas 2007	5
Gambar 3	Peta Provinsi Bengkulu	17

## 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	Burung Kurang
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
IMT	Indeks Massa Tubuh
ICF	International Classification of Furetionis disability & Health
ICCIDD	International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders
IU	International Unit
JNC	Joint National Committe
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
MTI	Missing Treatment Index
MDG	Millenium Development Goal
M	Meter
Nakes	Tenaga Kesehatan
NTB	Nusa Tenggara Barat

Poskesdes	Pos Kesehatan Perdesaan
Polindes	Pondok Bersalin Perdesaan
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 Nasonal
Posyandu	Pos Pelayanan Terpadu
PPM	Part Per Million
RS	Rumah Sakit
RSLN	Rumah Sakit Luar Negeri
RSB	Rumah Sakit Bersalin
RMH	Rumah
RTI	Required Treatment Index
RPJM	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RTI	Rumah Tangga
SRQ	Self Reporting Questionarre
SKTM	Surat Keterangan Tidak Mampu
SPAL	Saluran Pembuangan Air Limbah
SD	Standar Deviasi
SD	Sekolah Dasar
SLTP	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
SLTA	Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
TB	Tinggi Badan
TB/U	Tinggi Badan Menurut Umur
TT	Tetanus Toxoid
Tdk	Tidak
Tkt	Tingkat
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UCI	Universal Child Immunization
U	Umur
WHO	World Health Organization
WUS	Wanita Usia Subur
μl	Mikro Liter

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1      Kepmenkes Nomor 877/MENKES/SK/XI/2006 tentang Tim Riset Kesehatan Dasar
- Lampiran 2      Naskah Peretujuan Setelah Penjelasan (Informed Consented)
- Lampiran 3      Kuesioner Riset Kesehatan Dasar.

# BAB 1. PENDAHULUAN

## 1.1. Latar belakang

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

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

Sejalan dengan pelaksanaan Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, maka kewenangan yang lebih besar dalam perencanaan 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 Ssurvei Kesehatan Rumah Tangga hanya menghasilkan estimasi yang 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, Balitbangkes melaksanakan Riskesdas untuk menyediakan informasi berbasis komunitas tentang status kesehatan (termasuk data biomedis) dan faktor-faktor yang melatarbelakanginya dengan keterwakilan sampai tingkat kabupaten/kota.

## 1.2. Ruang Lingkup Riskesdas

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

Riskesdas 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 2007 adalah sebagai berikut :

**Tabel 1.1**  
**Indikator Riskesdas 2007 dan Tingkat Keterwakilan Informasi**

Indikator	SDKI	SKRUMAH TANGGA	Susenas 2007	Riskesdas 2007
Sampel	35.000	10.000	280.000	280.000
Pola Morumah tangga	Nasional	S/J/KTI	--	Nasional
Perilaku	--	S/J/KTI	Kabupaten	Kabupaten
Gizi	--	S/J/KTI	Propinsi	Kabupaten
Sanling	--	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	--	--	--	Nas/Kota

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

## 1.3. Pertanyaan Penelitian

Pertanyaan penelitian dalam Riskesdas 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 2007 adalah:

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

## 1.4. Tujuan Riskesdas

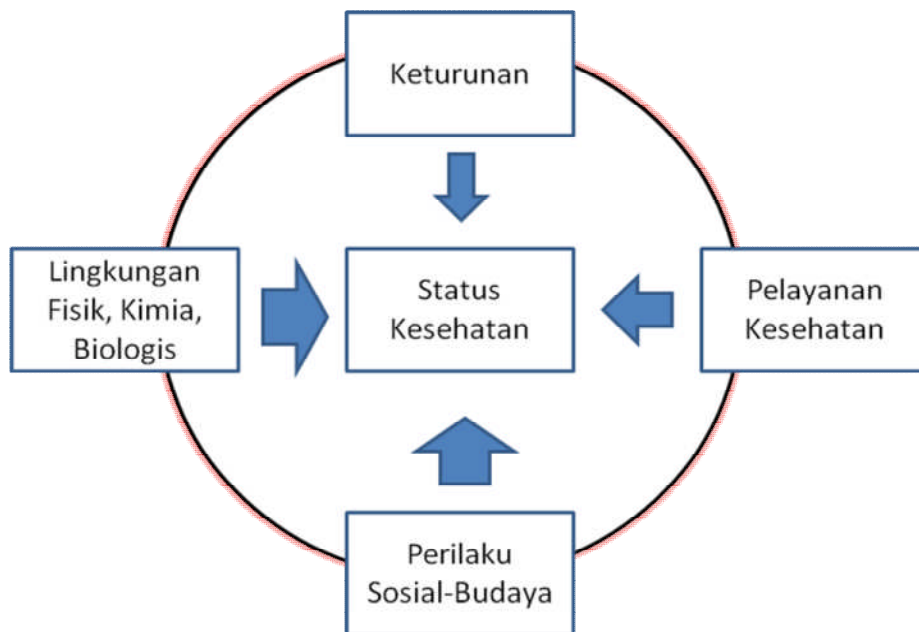
Untuk menjawab pertanyaan penelitian tersebut diatas, maka tujuan Riskesdas 2007 adalah sebagai berikut:

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

### 1.5. Kerangka Pikir

Pengembangan Riskesdas 2007 didasari oleh kerangka pikir Hendrik Blum (1974, 1981). Konsep ini terfokus pada status kesehatan masyarakat yang dipengaruhi secara simulatn 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.

**Gambar 1**  
**Faktor yang mempengaruhi Status Kesehatan (Blum 1974)**



Pada Riskesdas tahun 2007 ini tidak semua indikator dikumpulkan baik yang terkait status kesehatan dan keempat faktor penentu dimaksud. Berbagai indikator yang ditanyakan, diukur atau diperiksa 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 baik balita, ibu hamil, wanita usia subur (WUS) maupun semua umur dengan menggunakan Indeks Masa Tubuh (IMT).
  - Kesehatan jiwa
- b. Faktor lingkungan mencakup variabel:
  - Konsumsi gizi, meliputi konsumsi energi, protein, vitamin dan mineral.
  - Lingkungan fisik, meliputi air minum, sanitasi, polusi dan sampah.

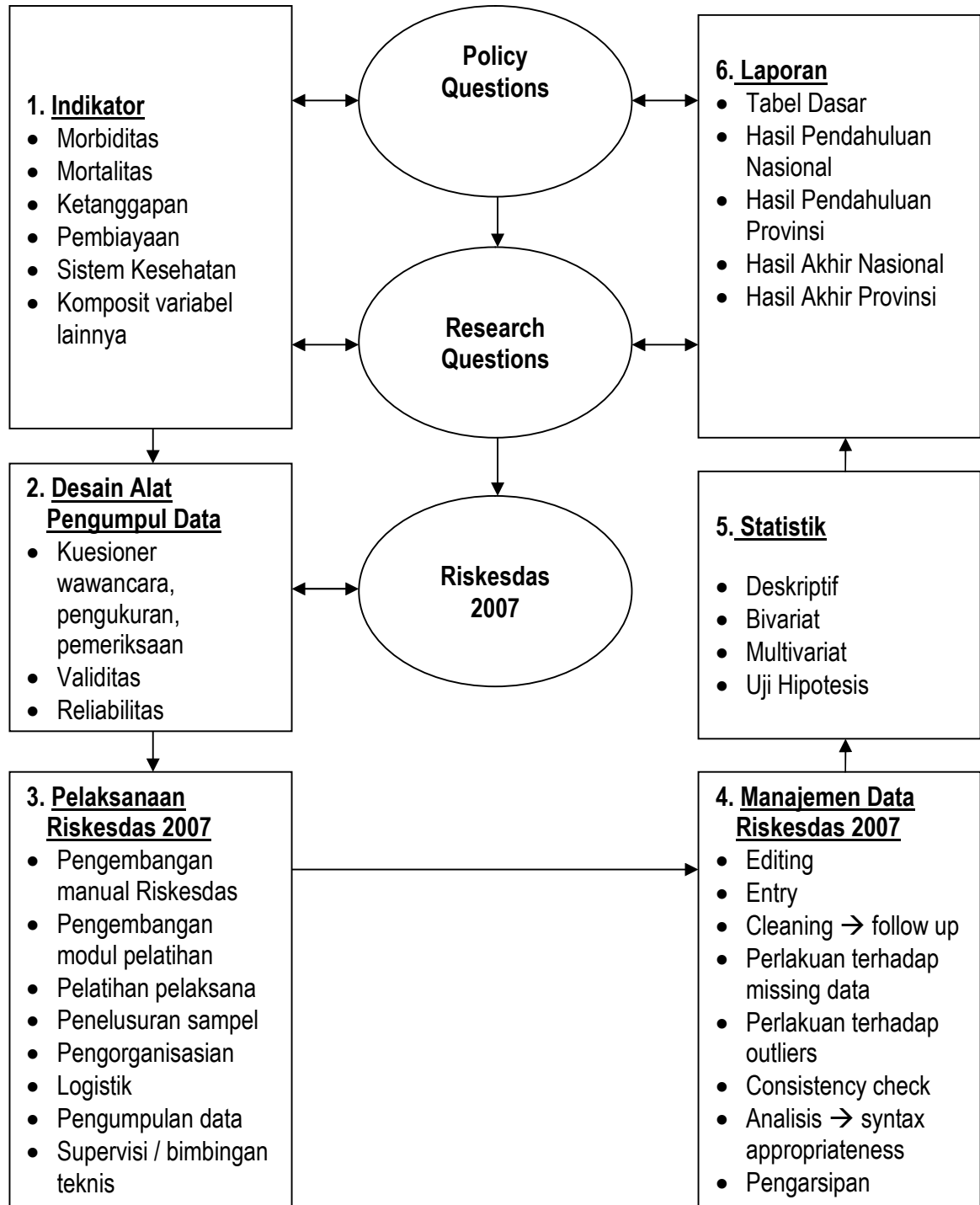
- Lingkungan sosial, meliputi tingkat pendidikan, tingkat sosial-ekonomi, perbandingan perkotaan–perdesaan dan perbandingan antar kabupaten/kota.
- c. Faktor perilaku diukur dengan:
- Perilaku merokok / konsumsi tembakau dan alkohol
  - Perilaku konsumsi sayur dan buah
  - Perilaku aktivitas fisik
  - Perilaku gosok gigi
  - Perilaku higienis (cuci tangan, buang air besar)
  - Pengetahuan sikap dan perilaku terhadap flu burung, HIV/AIDS
- d. Faktor pelayanan kesehatan diukur dengan:
- Akses terhadap pelayanan kesehatan, termasuk untuk upaya kesehatan berbasis masyarakat.
  - Utilisasi pelayanan kesehatan
  - Ketanggapan pelayanan kesehatan
  - Cakupan program KIA (pemeriksaan kehamilan, pemeriksaan bayi dan imunisasi).

## 1.6. Alur Pikir Riskesdas 2007

Alur pikir (Gambar 1.6.1) ini secara skematis menggambarkan enam tahapan penting dalam Riskesdas 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 2007 bukan saja harus mampu menjawab pertanyaan kebijakan, namun harus memberikan arah bagi pengembangan pertanyaan kebijakan berikutnya.

Untuk menjamin *appropriateness* dan *adequacy* dalam konteks penyediaan data kesehatan yang *valid, reliable* dan *comparable*, maka pada setiap tahapan Riskesdas 2007 dilakukan upaya penjaminan mutu yang ketat. Substansi pertanyaan, pengukuran dan pemeriksaan Riskesdas 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 2007 mengacu pada berbagai instrumen yang telah ada dan banyak digunakan oleh berbagai bangsa di dunia (61 negara). Instrumen dimaksud dikembangkan, diuji dan dipergunakan untuk mengukur berbagai aspek kesehatan termasuk didalamnya *input, process, output* dan *outcome* kesehatan.

**Gambar 2**  
**Mekanisme Kerja Riskesdas 2007**



## **1.7. Pengorganisasian Riskesdas**

Riskesdas direncanakan dan dilaksanakan oleh seluruh jajaran Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia dengan melibatkan berbagai pihak, antara lain Badan Pusat Statistik, organisasi profesi, perguruan tinggi, lembaga penelitian, pemerintah daerah, dan partisipasi masyarakat. Berdasarkan KepMenKes nomor 877 tahun 2006, pengorganisasian Riskesdas dibagi menjadi berbagai tingkat sebagai berikut (rincian lihat Lampiran 1.1.) :

1. Organisasi tingkat pusat
2. Organisasi tingkat wilayah (4 wilayah)
3. Organisasi tingkat provinsi
4. Organisasi tingkat kabupaten
5. Tim pengumpul data

Pengumpulan data Riskesdas 2007 direncanakan untuk dilakukan segera setelah selesainya pengumpulan data Susenas 2007. Daftar provinsi dalam koordinasi wilayah empat adalah sebagai berikut: Koordinator Wilayah 4 dengan penanggung-jawab Puslitbang Gizi dan Makanan untuk: Provinsi Bengkulu, Lampung, Jawa Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, Gorontalo, dan Sulawesi Barat.

## **1.8. Manfaat Riskesdas**

Riskesdas memberikan manfaat bagi perencanaan pembangunan kesehatan berupa:

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

## **1.9. Persetujuan Etik Riskesdas**

Riset kesehatan dasar ini telah mendapatkan persetujuan etik dari Komisi Etik Balitbangkes Depkes pada tanggal (terlampir).

## **BAB 2. METODOLOGI RISKESDAS**

### **2.1. Desain**

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

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

### **2.2. Lokasi**

Sampel Riskesdas 2007 di Provinsi Bengkulu berasal dari seluruh kabupaten/kota, yaitu sebanyak 9 kabupaten/kota.

### **2.3. Populasi Sampel**

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

#### **2.3.1. Penarikan Sampel Blok Sensus**

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

dalam Susenas 2007 yang berjumlah 342 (tiga ratus empat puluh dua) sampel blok sensus, Riskesdas 2007 berhasil mengunjungi 337 (tiga ratus tiga puluh tujuh) blok sensus dari 9 kabupaten/kota.

### 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 9 kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu dalam Susenas adalah 5.472 (lima ribu empat ratus tujuh puluh dua) dan Riskesdas 2007 berhasil mengunjungi 5.064 rumah tangga.

### 2.3.3. Penarikan Sampel anggota Rumah Tangga

Selanjutnya, seluruh anggota rumah tangga dari setiap rumah tangga yang terpilih dari kedua proses penarikan sampel tersebut diatas maka diambil sebagai sampel individu.

Data pada tabel 2.1 menunjukkan jumlah sampel Riskesdas 2007 di 9 kabupaten/kota, di Provinsi Bengkulu yang terdiri dari 5064 rumah tangga dan 19044 individu. Menurut kabupaten/kota, jumlah sampel rumah tangga paling banyak di kabupaten Rejang Lebong, dan jumlah sampel rumah tangga paling sedikit di kabupaten Lebong. Jumlah sampel individu terbanyak di kabupaten Bengkulu Selatan, dan sampel individu paling sedikit di kabupaten Lebong.

**Tabel 2.1**  
**Jumlah Sampel Rumah tangga dan Individu**  
**Riskesdas 2007 di Kabupaten/Kota Provinsi Bengkulu**

Kabupaten/Kota	Rumah tangga		Individu	
	n	%	n	%
Bengkulu Selatan	592	11,7	2487	13,1
Rejang Lebong	599	11,8	2198	11,5
Bengkulu Utara	573	11,3	2159	11,3
Kaur	549	10,8	2202	11,6
Seluma	576	11,4	1993	10,5
Mukomuko	588	11,6	2415	12,7
Lebong	506	10,0	1633	8,6
Kepahiang	559	11,0	1964	10,3
Kota Bengkulu	522	10,3	1993	10,5
<b>Bengkulu</b>	<b>5064</b>	<b>100,0</b>	<b>19044</b>	<b>100,0</b>

### 2.3.4. Penarikan sampel biomedis

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

### 2.3.5. Penarikan sampel 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, tetapi pengukuran iodium dalam urin tidak dilakukan di Provinsi Bengkulu karena Provinsi Bengkulu tidak termasuk daerah endemik GAKY. Pengukuran kadar yodium dalam garam dilakukan dengan test cepat menggunakan “*iodina*” dilakukan pada seluruh sampel rumah tangga.

## **2.4. Variabel**

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

### **2.4.1. Kuesioner rumah tangga (RKD07.RT)**

Terdiri dari:

- Blok I tentang pengenalan tempat (9 variabel);
- Blok II tentang keterangan rumah tangga (7 variabel);
- Blok III tentang keterangan pengumpul data (6 variabel);
- Blok IV tentang anggota rumah tangga (12 variabel);
- Blok V tentang Mortalitas(10 variabel);
- Blok VI tentang akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan (11 variabel);
- Blok VII tentang sanitasi lingkungan (17 variabel);

### **2.4.2. Kuesioner gizi (RKD07.GIZI)**

Terdiri dari:

- Blok VIII tentang konsumsi makanan rumah tangga 24 jam lalu;

### **2.4.3. Kuesioner individu (RKD07.IND)**

Terdiri dari:

- Blok IX tentang keterangan wawancara individu (4 variabel);
- Blok X tentang keterangan individu, dikelompokkan menjadi:
  - i. Blok X-A tentang identifikasi responden (4 variabel);
  - ii. Blok X-B tentang penyakit menular, tidak menular, dan riwayat penyakit turunan (50 variabel);
  - iii. Blok X-C tentang ketanggapan
    - ✓Pelayanan rawat inap (11 variabel)
    - ✓Pelayanan berobat jalan (10 variabel);
  - iv. Blok X-D tentang pengetahuan, sikap dan perilaku untuk semua anggota rumah tangga umur  $\geq 10$  tahun (35 variabel);
  - v. Blok X-E tentang disabilitas/ketidakmampuan untuk semua anggota rumah tangga  $\geq 15$  tahun (23 variabel);
  - vi. Blok X-F tentang kesehatan mental untuk semua anggota rumah tangga  $\geq 15$  tahun (20 variabel);
  - vii. Blok X-G tentang imunisasi dan pemantauan perumah tanggaumbuhan untuk semua anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan (11 variabel);
  - viii. Blok X-H tentang kesehatan bayi (khusus untuk bayi berumur  $< 12$  bulan (7 variabel);
  - ix. Blok X-I tentang kesehatan reproduksi – pertanyaan tambahan untuk 5 provinsi: NTT, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, Papua (6 variabel);



- Blok XI tentang pengukuran dan (7 variabel);

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

Terdiri dari:

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

#### **2.4.5. Kuesioner autopsi verbal untuk umur <29 hari - < 5 tahun (RKD07.AV2)**

Terdiri dari:

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

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

Terdiri dari:

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

#### **Catatan**

Selain keenam kuesioner tersebut diatas, terdapat 1 formulir yang digunakan untuk pengumpulan data tes cepat yodium garam (Form Garam).

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

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

- a. Pengumpulan data rumah tangga dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.RT
  - Responden untuk Kuesioner RKD07.RT adalah Kepala Keluarga atau Ibu Rumah tangga atau anggota rumah tangga yang dapat memberikan informasi

- Dalam Kuesioner RKD07.RT terdapat verifikasi terhadap keterangan anggota rumah tangga yang dapat menunjukkan sejauh mana sampel Riskesdas 2007 identik dengan sampel Susenas 2007;
  - Informasi mengenai kejadian kematian dalam rumah tangga di *recall* terhitung sejak 1 Juli 2004, termasuk didalamnya kejadian bayi lahir mati. Informasi lebih lanjut mengenai kematian yang terjadi dalam 12 bulan sebelum wawancara dilakukan eksplorasi lebih lanjut melalui autopsi verbal dengan menggunakan kuesioner RKD07.AV yang sesuai dengan umur anggota rumah tangga yang meninggal dimaksud.
- b. Pengumpulan data individu pada berbagai kelompok umur dilakukan dengan teknik wawancara menggunakan Kuesioner RKD07.IND
- Secara umum, responden untuk Kuesioner RKD07.IND adalah setiap anggota rumah tangga. Khusus untuk anggota rumah tangga yang berusia kurang dari 15 tahun, dalam kondisi sakit atau orang tua maka wawancara dilakukan terhadap anggota rumah tangga yang menjadi pendampingnya;
  - **Anggota rumah tangga semua umur** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular dan penyakit keturunan sebagai berikut: Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Pneumonia, Demam Tifoid, Malaria, Diare, Campak, Tuberkulosis Paru, Demam Berdarah Dengue, Hepatitis, Filariasis, Asma, Gigi dan Mulut, Cedera, Penyakit Jantung, Penyakit Kencing Manis, Tumor / Kanker dan Penyakit Keturunan, serta pengukuran berat badan, tinggi badan / panjang badan;
  - **Anggota rumah tangga berumur  $\geq 15$  tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Sendi, Penyakit Tekanan Darah Tinggi, Stroke, disabilitas, kesehatan mental, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkar perut, serta pengukuran lingkar lengan atas (khusus untuk wanita usia subur 15-45 tahun, termasuk ibu hamil);
  - **Anggota rumah tangga berumur  $\geq 30$  tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai Penyakit Katarak;
  - **Anggota rumah tangga berumur 0-59 bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai imunisasi dan pemantauan perumah tanggaumbuhan;
  - **Anggota rumah tangga berumur  $\geq 10$  tahun** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai pengetahuan, sikap dan perilaku terkait dengan Penyakit Flu Burung, HIV/AIDS, perilaku higienis, penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, aktivitas fisik, serta perilaku terkait dengan konsumsi buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar;
  - **Anggota rumah tangga berumur  $< 12$  bulan** menjadi unit analisis untuk pertanyaan mengenai kesehatan bayi;
  - **Anggota rumah tangga berumur  $> 5$  tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan visus;
  - **Anggota rumah tangga berumur  $\geq 12$  tahun** menjadi unit analisis untuk pemeriksaan gigi permanen;
- c. Pengumpulan data kematian dengan teknik autopsi verbal menggunakan Kuesioner RKD07.AV1, RKD07.AV2 dan RKD07.AV3;

Model kuesioner Riskesdas-mortalitas 2007 (RKD07.AV1 – AV3) dirancang untuk mengumpulkan tanda, gejala sakit sebelum seorang individu meninggal dengan teknik autopsi verbal (AV) melalui wawancara kepada keluarga almarhum/ah yang merawatnya ketika sakit. Ada tiga (3) macam kuesioner AV yang dipakai yaitu: kuesioner AV1 untuk neonatal berumur 0-<28 hari (RKD.AV1), kuesioner AV2 untuk balita berumur 28 hari-<5 tahun (RKD.AV2), kuesioner untuk usia lima (5) tahun ke atas (RKD.AV3). Pembagian ini dimaksudkan untuk memenuhi

kepraktisan ketika dilakukan wawancara agar tetap terarah pada penyebab kematian secara spesifik pada setiap kelompok usia.

Kuesioner dilengkapi dengan lembar khusus untuk pembuatan resume riwayat patofisiologi perjalanan penyakit sampai terjadi kematian dan penegakan diagnosis penyebab kematian, yang keduanya akan dikerjakan oleh dokter *reviewer* dengan mengacu pada ketentuan *The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* dari WHO.

- d. Pengumpulan data biomedis berupa spesimen darah dilakukan di 2 Kabupaten/kota di provinsi Bengkulu, yaitu Kabupaten Seluma dan Kota Bengkulu dengan populasi penduduk di blok sensus perkotaan di Indonesia. Pengambilan sampel darah dilakukan pada seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) dari rumah tangga terpilih di blok sensus perkotaan terpilih sesuai Susenas 2007. Pengambilan sampelnya adalah sebagai berikut: Blok sensus perkotaan yang terpilih pada Susenas 2007, dipilih sejumlah 15% dari total blok sensus perkotaan

Sampel darah diambil dari seluruh anggota rumah tangga (kecuali bayi) yang menanda-tangani *informed consent*. Pengambilan darah tidak dilakukan pada anggota rumah tangga yang sakit berat, riwayat perdarahan dan menggunakan obat pengencer darah secara rutin.

Untuk pemeriksaan kadar glukosa darah, data dikumpulkan dari anggota rumah tangga berumur  $\geq 15$  tahun, kecuali wanita hamil (alasan etika). Responden terpilih memperoleh pembebanan sebanyak 75 gram glukosa oral setelah puasa 10–14 jam. Khusus untuk responden yang sudah diketahui positif menderita Diabetes Mellitus (berdasarkan konfirmasi dokter), maka hanya diberi pembebanan sebanyak 300 kalori (alasan medis dan etika). Pengambilan darah vena dilakukan setelah 2 jam pembebanan. Darah didiamkan selama 20–30 menit, disentrifus sesegera mungkin dan kemudian dijadikan serum. Serum segera diperiksa dengan menggunakan alat kimia klinis otomatis. Nilai rujukan (WHO, 1999) yang digunakan adalah sebagai berikut:

- Normal (Non DM)  $< 140$  mg/dl
- Toleransi Glukosa Terganggu (TGT)  $140 - < 200$  mg/dl
- Diabetes Mellitus (DM)  $\geq 200$  mg/dl.

- e. Pengumpulan data konsumsi garam beryodium rumah tangga untuk seluruh sampel rumah tangga Riskesdas 2007 dilakukan dengan tes cepat yodium menggunakan “iodina test”.

### **Catatan**

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

- a. Perubahan kebijakan anggaran internal Departemen Kesehatan pada tahun anggaran 2007 menyebabkan gangguan ketersediaan dana operasional untuk pengumpulan data. Koordinator Wilayah I dan II bisa mencairkan anggaran sebelum terjadinya perubahan kebijakan anggaran dimaksud, sehingga bisa melaksanakan pengumpulan data lebih awal (akhir Juli 2007). Sedangkan Koordinator Wilayah III dan IV lebih lambat, sehingga waktu pengumpulan data pada provinsi di wilayah III dan sangat bervariasi (akhir Juli 2007 - January

2008). Bahkan 5 provinsi daerah sulit (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan Nusa Tenggara Timur), pengumpulan data baru dapat dilaksanakan pada Agustus-September 2008.

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

## 2.6. Manajemen Data

Manajemen data Riskesdas 2007 di Provinsi Bengkulu dilaksanakan oleh tim manajemen data dari Korwil IV (Pusat Penelitian dan Pengembangan Gizi dan Makanan, Bogor). Urutan kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut.

### 2.6.1. Editing

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

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

### 2.6.2. Entry

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

Petugas *entry data* Riskesdas 2007 merupakan bagian dari tim manajemen data yang harus memahami kuesioner Riskesdas 2007 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 berumah tangga tanggungjawab untuk melakukan *cleaning* dan analisis data.

### 2.6.3. Cleaning

Tahapan *cleaning* dalam manajemen data merupakan proses yang amat menentukan kualitas hasil Riskesdas 2007. Tim Manajemen Data menyediakan pedoman khusus untuk melakukan *cleaning* data Riskesdas 2007. 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 2007 agar diketahui jumlah sampel terakhir yang digunakan untuk kepentingan analisis. Besaran numerator dan denominator dari suatu estimasi yang mengalami proses data *cleaning* merupakan bagian dari laporan hasil Riskesdas 2007. Bila pada suatu saat data Riskesdas 2007 dapat diakses oleh publik, maka informasi mengenai imputasi (proses data *cleaning*) dapat meredakan munculnya perumah tanggaanyaan-pertanyaan mengenai kualitas data.

## 2.7. Keterbatasan Riskesdas

Keterbatasan Riskesdas 2007 mencakup berbagai permasalahan *non-random error*. Banyaknya sampel blok sensus, sampel rumah tangga, sampel anggota rumah tangga serta luasnya cakupan wilayah merupakan faktor penting dalam pelaksanaan pengumpulan data Riskesdas 2007. Pengorganisasian Riskesdas 2007 melibatkan berbagai unsur Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, pusat-pusat penelitian, balai/balai besar, loka, serta perguruan tinggi setempat.

Proses pengadaan logistik untuk kegiatan Riskesdas 2007 terkait erat dengan ketersediaan biaya. Perubahan kebijakan pembiayaan dalam tahun anggaran 2007 dan prosedur administrasi yang panjang dalam proses pengadaan barang menyebabkan keterlambatan dalam kegiatan pengumpulan data. Keterlambatan pada fase ini telah menyebabkan keterlambatan pada fase berikutnya. Berbagai keterlambatan tersebut memberikan kontribusi penting bagi berbagai keterbatasan dalam Riskesdas 2007, sebagaimana uraian berikut ini:

- a. Blok sensus tidak terjangkau, karena ketidak-tersediaan alat transportasi menuju lokasi dimaksud, atau karena kondisi alam yang tidak memungkinkan seperti ombak besar, gempa bumi. Riskesdas 2007 di Provinsi Bengkulu tidak berhasil mengumpulkan 5 blok sensus yang terpilih dalam sampel Susenas 2007.
- b. Rumah tangga yang terdapat dalam DSRT Susenas 2007 ternyata tidak dapat dijumpai oleh Tim Pewawancara Riskesdas 2007. Total rumah tangga yang tidak berhasil dikunjungi Riskesdas 2007 adalah sebanyak 408 tersebar di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu
- c. Bisa juga terjadi anggota rumah tangga dari rumah tangga yang terpilih dan bisa dikunjungi oleh Riskesdas 2007, pada saat pengumpulan data dilakukan tidak ada di tempat. Tercatat sebanyak 3.513 anggota rumah tangga yang tidak bisa dikumpulkan datanya.
- 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 atau bahkan hanya tingkat nasional.
- g. Khusus untuk data biomedis, estimasi yang dihasilkan hanya mewakili sampai tingkat perkotaan nasional;
- h. Terbatasnya dana dan waktu realisasi pencairan anggaran yang tidak lancar, menyebabkan pelaksanaan Riskesdas tidak serentak; ada yang dimulai pada bulan Juli 2007, tetapi ada pula yang dilakukan pada bulan Februari tahun 2008, bahkan lima provinsi (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan NTT) baru melaksanakan pada bulan Agustus-September 2008

## **2.8. Pengolahan dan Analisis Data**

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

Pengolahan dan analisis data dipresentasikan pada Bab Hasil Riskesdas yang terdiri dari 6 Kuesioner dan 11 Blok, topik analisis akan tergantung dari jawaban responden. Jumlah sampel rumah tangga dan anggota rumah tangga Riskesdas 2007 yang terkumpul seperti tabel 2.1. pada akhirnya akan berkurang untuk analisis masing-masing variabel yang dikumpulkan.

## **BAB 3. HASIL RISKESDAS**

### **2.9. Gambaran Umum**

#### **3.1.1. Profil Provinsi Bengkulu**

Provinsi Bengkulu terletak di sebelah Barat pegunungan Bukit Barisan. Luas wilayah provinsi Bengkulu mencapai lebih kurang 1.978.870 hektar atau 19.788,7 kilometer persegi. Wilayah provinsi Bengkulu memanjang dari perbatasan provinsi Sumatera Barat sampai ke perbatasan provinsi Lampung dan jaraknya lebih kurang 567 kilometer.

Ditinjau dari keadaan geografisnya, provinsi Bengkulu terletak di antara 2 derajat 16 menit-3 derajat 31 menit Lintang Selatan dan 101 derajat 01 menit-103 derajat 41 menit Bujur Timur. Di sebelah Utara berbatasan dengan provinsi Sumatera Barat, di sebelah Selatan berbatasan dengan Samudera Indonesia dan provinsi Lampung, di sebelah Barat berbatasan dengan Samudera Indonesia dan di sebelah Timur berbatasan dengan provinsi Jambi dan provinsi Sumatera Selatan.

Provinsi Bengkulu berbatasan langsung dengan Samudera Indonesia pada garis pantai sepanjang lebih kurang 525 kilometer. Bagian Timurnya berbukit-bukit dengan dataran tinggi yang subur, sedangkan bagian Barat merupakan dataran rendah yang relatif sempit, memanjang dari Utara ke Selatan serta diselang-selangi daerah yang bergelombang

Setelah pelaksanaan otonomi daerah, provinsi Bengkulu yang beribukotakan Kota Bengkulu telah dimekarkan menjadi 9 daerah kabupaten/kota, dari sebelumnya 4 kabupaten/kota. Kabupaten Bengkulu Utara dimekarkan menjadi 2 (dua) kabupaten: Kabupaten Bengkulu Utara dan Kabupaten Mukomuko. Kabupaten Bengkulu Selatan dimekarkan menjadi 3 (tiga) kabupaten: kabupaten Bengkulu Selatan, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Kaur. Dan kabupaten Rejang Lebong dimekarkan menjadi 3 (tiga) kabupaten: Kabupaten Rejang Lebong, Kabupaten Lebong dan kabupaten Kepahiang.

Seiring dengan pemekaraan kabupaten, kecamatan dan perdesaan/kelurahan di provinsi Bengkulu juga mengalami pemekaran. Sampai dengan tahun 2005 di provinsi Bengkulu telah terbentuk 93 kecamatan, 119 kelurahan, dan 1.120 perdesaan.

**Gambar 3**  
**Peta Provinsi Bengkulu**



Sumber : BPS Provinsi Bengkulu

### 3.1.2. Respon Rate Data Riskesdas 2007

Pada Tabel 3.1.2.1 berikut disajikan data respon rate sampel Riskesdas 2007 yaitu sebesar 92,5 % dari sampel Susenas 2007. Menurut Kabupaten/Kota, respon rate berkisar antara 83,2 % (kabupaten Rejang Lebong) sampai 98,5 % (kabupaten Lebong). Jumlah rumah tangga sebanyak 5064 rumah tangga.

**Tabel 3.1.2.1**  
**Respon Rate Data Riskesdas 2007 menurut Kabupaten/Kota**  
**Di Provinsi Bengkulu, 2007**

Kabupaten/Kota	Jumlah Sampel				Riskesdas/Susenas
	Riskesdas		Susenas		
	n	%	n	%	
Bengkulu Selatan	592	0,23	608	0,22	97,4
Rejang Lebong	599	0,23	608	0,22	98,5
Bengkulu Utara	573	0,22	608	0,22	94,2
Kaur	549	0,21	608	0,22	90,3
Seluma	576	0,22	608	0,22	94,7
Mukomuko	588	0,23	608	0,22	96,7
Lebong	506	0,20	608	0,22	83,2
Kepahiang	559	0,22	608	0,22	91,9
Kota Bengkulu	522	0,20	608	0,22	85,9
<b>Bengkulu</b>	<b>5064</b>	<b>1,96</b>	<b>5472</b>	<b>0,22</b>	<b>92,5</b>



## 3.2. Gizi

### 3.2.1. Status Gizi Balita

Status gizi balita diukur berdasarkan umur, berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Berat badan anak ditimbang dengan timbangan digital yang memiliki presisi 0,1 kg, panjang badan diukur dengan length-board dengan presisi 0,1 cm, dan tinggi badan diukur dengan menggunakan microtoise dengan presisi 0,1 cm. Variabel BB dan TB anak ini disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu: berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

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

- a. Berdasarkan indikator BB/U :

Kategori Gizi Buruk	Z-score < -3,0
Kategori Gizi Kurang	Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0
Kategori Gizi Baik	Z-score >=-2,0 s/d Z-score <=2,0
Kategori Gizi Lebih	Z-score >2,0
- b. Berdasarkan indikator TB/U:

Kategori Sangat Pendek	Z-score < -3,0
Kategori Pendek	Z-score >=-3,0 s/d Z-score <-2,0
Kategori Normal	Z-score >=-2,0
- c. Berdasarkan indikator BB/TB:

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

Perhitungan angka prevalensi :

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

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

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

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

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

Indikator BB/U memberikan gambaran tentang status gizi yang sifatnya umum, tidak spesifik. Tinggi rendahnya prevalensi gizi buruk 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 Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/U			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
Bengkulu Selatan	5,8	11,0	75,1	8,1
Rejang Lebong	6,5	15,1	74,6	3,9
Bengkulu Utara	3,6	12,2	78,7	5,5
Kaur	3,9	11,4	78,1	6,6
Seluma	4,6	12,9	78,3	4,2
Muko-muko	6,6	13,1	72,8	7,5
Lebong	7,8	12,8	76,7	2,7
Kepahiang	4,0	9,7	78,2	8,1
Kota Bengkulu	3,0	7,6	80,8	8,7
<b>Bengkulu</b>	<b>4,8</b>	<b>12,0</b>	<b>77,2</b>	<b>6,0</b>

\*) BB/U = berat badan menurut umur

Tabel 3.2.1.1. menyajikan angka prevalensi balita menurut status gizi yang didasarkan pada indikator BB/U. Secara umum prevalensi gizi kurang+buruk di Provinsi Bengkulu sebesar 16,8% dan sudah mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18,5%). Dari 9 kabupaten/kota terdapat 7 kabupaten yang sudah mencapai target nasional dan 6 kabupaten sudah mencapai target MDGs. Kabupaten dengan prevalensi gizi kurang+buruk tertinggi adalah kabupaten Rejang Lebong (21,6%) sedangkan kabupaten dengan prevalensi gizi kurang+buruk terendah adalah Kota Bengkulu (10,6%).

Di Provinsi Bengkulu masalah gizi lebih sudah perlu mendapat perhatian karena prevalensi balita gizi lebih sudah mencapai 6,0%. Terdapat 5 kabupaten/kota yang harus diwaspadai karena memiliki prevalensi gizi lebih mendekati angka 10%, yaitu Kabupaten Bengkulu Selatan, Kabupaten Kaur, Kabupaten Muko-muko, Kabupaten Kepahiang dan Kota Bengkulu.

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

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

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

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi TB/U		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
Bengkulu Selatan	41,0	11,1	47,9
Rejang Lebong	18,9	19,6	61,5
Bengkulu Utara	18,9	15,4	65,7
Kaur	22,2	10,9	67,0
Seluma	17,4	16,7	65,9
Muko-muko	17,3	16,6	66,1
Lebong	22,4	24,5	53,0
Kepahiang	20,5	20,4	59,1
Kota Bengkulu	15,3	11,6	73,2
<b>Bengkulu</b>	<b>20,0</b>	<b>16,0</b>	<b>64,0</b>

\*) TB/U = Tinggi badan menurut umur

Prevalensi balita pendek+sangat pendek di Provinsi Bengkulu (36,0%) masih berada disekitar rerata nasional (36,8%). Dari 9 kabupaten ada 4 kabupaten yang memiliki jumlah balita pendek+sangat pendek diatas angka nasional, yaitu berturut-turut terdapat di Kabupaten Bengkulu Selatan, Lebong, Kepahiang dan Rejang Lebong. Sedangkan yang terendah terdapat di Kota Bengkulu (26,9%). Angka balita pendek+sangat pendek di Provinsi Bengkulu hampir sama dengan angka rerata nasional, akan tetapi masalah balita pendek di semua Kabupaten masih tinggi. karena semua kabupaten/kota memiliki prevalensi pendek+sangat pendek diatas 20%.

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

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

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

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

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

Kabupaten/Kota	Kategori status gizi BB/TB			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
Bengkulu Selatan	1,9	4,5	51,4	42,2
Rejang Lebong	8,5	5,8	73,2	12,5
Bengkulu Utara	10,4	7,8	68,7	13,0
Kaur	6,3	5,8	72,8	15,0
Seluma	3,7	5,8	79,8	10,8
Muko-muko	13,6	8,7	67,8	9,8
Lebong	4,2	4,4	80,8	10,7
Kepahiang	5,0	3,8	74,4	16,9
Kota Bengkulu	4,4	10,4	73,9	11,3
<b>Bengkulu</b>	<b>7,2</b>	<b>6,9</b>	<b>71,4</b>	<b>14,4</b>

\*) BB/TB = berat badan menurut tinggi badan

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. Pada tabel 3.2.1.3 dapat dilihat bahwa prevalensi balita sangat kurus di Provinsi Bengkulu masih cukup tinggi yaitu 7,2%, lebih tinggi dari prevalensi nasional (6,2%). Terdapat 4 kabupaten yang memiliki prevalensi balita sangat kurus di atas angka prevalensi nasional. Ke 4 kabupaten tersebut adalah: Rejang Lebong, Bengkulu Utara, Kaur dan Muko-muko.

Secara umum balita kurus+sangat kurus di Provinsi Bengkulu (14,1%) sedikit diatas rerata nasional (13,6%). tetapi kondisi permasalahan balita kurus+sangat kurus termasuk dalam kategori serius karena jumlah balita kurus+sangat kurus masih diatas 10%. Kabupaten yang jumlah balita kurusnya masih di atas 10% adalah, Kabupaten Muko-muko, Bengkulu Utara, Kota Bengkulu, Rejang Lebong dan Kaur. Jadi 5 dari 9 kabupaten di Provinsi Bengkulu memiliki masalah serius balita kurus+sangat kurus.

Berdasarkan indikator BB/TB juga dapat dilihat prevalensi obesitas di kalangan balita. Secara keseluruhan di Provinsi Bengkulu prevalensi obesitas menurut indikator BB/TB adalah sebesar 14,4% dan lebih tinggi daripada angka nasional (12,2%). Terdapat 5 kabupaten yang memiliki masalah obesitas pada balita di atas angka nasional dengan prevalensi terbesar terdapat di Kabupaten Bengkulu Selatan (42,2%).

Masalah gizi utama yang dihadapi oleh Provinsi Bengkulu adalah masalah gizi kronis karena prevalensi balita pendek+sangat pendek yang tinggi (>20%) dan semua kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu memiliki masalah gizi kronis.

Dari 9 kabupaten/kota terdapat 5 kabupaten/kota yang disamping memiliki masalah gizi kronis juga memiliki masalah gizi akut dengan prevalensi kurus+sangat kurus >10%. Ke 5 kabupaten/kota tersebut adalah Kabupaten Muko-muko, Bengkulu Utara, Kota Bengkulu, Rejang Lebong dan Kaur.

#### **3.2.1.4. Status gizi balita menurut karakteristik responden**

Untuk mempelajari kaitan antara status gizi balita yang didasarkan pada indikator BB/U, TB/U dan BB/TB (sebagai variabel terikat) dengan karakteristik responden meliputi kelompok umur, jenis kelamin, pendidikan KK, pekerjaan KK, tipe daerah dan

pendapatan per kapita (sebagai variabel bebas), telah dilakukan tabulasi silang antara variabel bebas dan terikat tersebut.

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

Karakteristik	Kategori status gizi (BB/U)			
	Gizi buruk	Gizi kurang	Gizi baik	Gizi lebih
<b>Kelompok Umur (bulan)</b>				
0 – 5	4,2	5,0	81,0	9,8
6 -11	1,5	8,1	87,6	2,9
12-23	3,3	10,2	77,6	8,9
24-35	4,0	12,0	77,3	6,6
36-47	5,2	15,2	73,1	6,6
48-60	4,9	13,5	77,4	4,1
<b>Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	5,2	12,2	77,1	5,5
Perempuan	4,4	11,7	77,4	6,5
<b>Pendidikan KK</b>				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	5,4	12,6	78,4	3,6
Tamat SD	6,7	13,9	73,7	5,7
Tamat SLTP	5,5	12,5	75,8	6,2
Tamat SLTA	3,1	10,7	78,8	7,3
Tamat PT	2,4	5,1	82,2	10,4
<b>Pekerjaan Utama KK</b>				
Tdk kerja/sekolah/ibu rumah tangga	4,1	9,1	70,7	16,0
TNI/Polri/PNS/BUMN	4,4	6,4	84,4	4,8
Pegawai Swasta	3,5	9,8	77,9	8,8
Wiraswasta/dagang/jasa	3,1	9,3	79,6	8,0
Petani/nelayan	5,4	13,4	76,1	5,2
Buruh & lainnya	6,9	14,8	71,9	6,4
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	3,5	9,0	80,5	7,0
Perdesaan	5,3	13,1	76,0	5,6
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil 1	6,8	15,3	72,6	5,2
Kuintil 2	5,4	13,3	75,8	5,5
Kuintil 3	5,5	11,7	76,3	6,5
Kuintil 4	2,6	8,8	84,4	4,2
Kuintil 5	2,2	8,5	79,6	9,7

\*) BB/U = berat badan menurut umur

Ditinjau dari kelompok umur, terlihat bahwa prevalensi gizi kurang+buruk di Provinsi Bengkulu mulai tampak sejak balita berumur 0 – 5 bulan kemudian meningkat tajam mulai umur 12 bulan. Prevalensi gizi kurang+buruk tertinggi ada pada kelompok umur 36 – 47 bulan. Sedangkan gizi lebih banyak terjadi pada kelompok umur 0 – 5 dan 12 – 23 bulan.

Menurut jenis kelamin, prevalensi gizi kurang+buruk lebih banyak pada balita laki-laki (17,4%) daripada perempuan (16,1%). Tetapi balita gizi lebih, lebih banyak terdapat pada balita perempuan.

Tidak terdapat pola yang jelas pada jumlah balita gizi buruk+kurang dengan tingkat pendidikan KK, tetapi jika dilihat jumlah balita yang bergizi lebih semakin tinggi seiring dengan semakin tinggi tingkat pendidikan KK.

Berdasarkan jenis pekerjaan KK, jumlah balita gizi kurang terbanyak ada pada keluarga dengan jenis pekerjaan sebagai buruh/lainnya (21,7%) dan petani/nelayan (18,8%). Pada keluarga dengan KK yang memiliki pekerjaan tetap sebagai ABRI/Polri/PNS/BUMN/Swasta ditemukan lebih banyak balita yang memiliki status gizi baik dibandingkan dengan jenis pekerjaan lainnya.

**. Tabel 3.2.1.5**  
**Prevalensi Balita menurut Status Gizi (TB/U)\* dan Karakteristik Responden**  
**Di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Status gizi		
	Sangat pendek	Pendek	Normal
<b>Kelompok Umur</b>			
0 – 5 Bulan	18,6	10,1	71,4
6 -11 Bulan	19,7	10,9	69,4
12-23 Bulan	17,8	16,8	65,3
24-35 Bulan	20,9	17,8	61,3
36-47 Bulan	19,2	16,9	64,0
48-60 Bulan	20,3	16,6	63,1
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-laki	19,0	17,2	63,8
Perempuan	21,1	14,7	64,2
<b>Pendidikan KK</b>			
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	19,8	18,6	61,6
Tamat SD	23,2	15,9	60,8
Tamal SLTP	23,5	15,2	61,3
Tamat SLTA	17,9	16,5	65,6
Tamat PT	9,0	12,5	78,5
<b>Pekerjaan Utama KK</b>			
Tdk kerja/sekolah/ibu rumah tangga	11,0	17,3	71,7
TNI/Polri/PNS/BUMN	5,8	17,9	76,2
Pegawai Swasta	17,7	17,5	64,8
Wiraswasta/dagang/jasa	20,0	12,1	67,9
Petani/nelayan	22,5	16,9	60,7
Buruh & lainnya	21,2	16,5	62,3
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	16,6	13,2	70,2
Perdesaan	21,4	17,1	61,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil 1	24,1	15,8	60,2
Kuintil 2	18,5	18,2	63,3
Kuintil 3	21,6	16,3	62,1
Kuintil 4	18,1	15,3	66,6
Kuintil 5	15,7	13,8	70,6

\*) TB/U = Tinggi badan menurut umur

Masalah gizi kurang+buruk di Provinsi Bengkulu masih tinggi baik di perkotaan maupun perdesaan. Dilihat dari tipe daerah, masalah gizi kurang+buruk di perdesaan lebih tinggi daripada perkotaan. Sebaliknya di perkotaan jumlah balita yang mengalami gizi lebih, prevalensinya lebih tinggi daripada di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita perbulan, jumlah balita gizi kurang+buruk semakin rendah seiring dengan semakin besar tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita perbulan. Sebaliknya, jumlah balita gizi lebih semakin meningkat seiring dengan semakin besarnya tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita perbulan, kecuali pada kuintil 4

Menurut tabel 3.2.1.5 dapat dilihat bahwa di Provinsi Bengkulu masalah balita pendek+sangat pendek mulai tampak sejak balita berumur 0 – 5 bulan dan terus meningkat seiring dengan bertambahnya umur balita. Prevalensi balita pendek+sangat pendek lebih banyak pada umur muda, dibandingkan dengan umur yang lebih tua. Kecuali prevalensi balita pendek+sangat pendek pada kelompok umur 24 – 35 bulan paling tinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya

Tidak terlihat perbedaan yang besar jumlah balita pendek+sangat pendek antara balita laki-laki dan perempuan. Keluarga dengan tingkat pendidikan KK tidak tamat SD memiliki prevalensi balita pendek+ sangat pendek terbanyak (38,4%) dan prevalensi terendah ada pada keluarga dengan tingkat pendidikan KK tamat perguruan tinggi (21,5%).

Prevalensi balita pendek+sangat pendek tertinggi terdapat pada keluarga yang jenis pekerjaan KK sebagai petani/nelayan (39,4%) dan terendah ada pada keluarga dengan jenis pekerjaan KK sebagai TNI/Polri/PNS/BUMN (23,7%). Berdasarkan tipe daerah, prevalensi balita pendek+sangat pendek di perkotaan dan perdesaan masih cukup tinggi, tetapi prevalensi balita balita pendek+sangat pendek di perdesaan (38,5%) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (29,8%).

Prevalensi balita pendek+sangat pendek di provinsi Bengkulu berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita perbulan masih cukup tinggi, yaitu  $\geq 30\%$  di masing-masing kuintil, dan tidak terlihat adanya kecenderungan pola hubungan kedua variabel tersebut tetapi dapat dilihat prevalensi balita pendek+sangat pendek tertinggi terdapat pada kuintil 1 (39,9%) disusul kemudian oleh kuintil 3 (37,9%) dan terendah terdapat pada kuintil 5 (29,5%).

Berdasarkan Tabel 3.2.1.6 tidak ditemukan pola yang jelas antara umur balita dengan prevalensi balita kurus+sangat kurus di Provinsi Bengkulu. Demikian pula halnya dengan tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran perkapita perbulan. Balita dengan umur 0-5 tahun merupakan kelompok umur berprevalensi tertinggi balita kurus+sangat kurus (19,9%) dibandingkan dengan kelompok umur lainnya, sedangkan prevalensi relatif rendah terdapat pada kelompok umur 48-60 bulan (12,3%) dan 24-35 bulan (12,4%). Sedangkan balita gemuk (16,6%) paling tinggi ada pada kelompok umur 24-35 bulan dan paling rendah pada kelompok umur 12-23 bulan (12,4%)

Keluarga dengan tingkat pendidikan KK tamat SLTP adalah keluarga dengan jumlah balita kurus+sangat kurus terbanyak (16,2%) dan terendah ada pada keluarga dengan tingkat pendidikan KK tamat perguruan tinggi (9,9%).

Tidak terlihat perbedaan prevalensi balita kurus+sangat kurus antara balita laki-laki dan perempuan. Sedangkan balita gemuk lebih banyak terjadi pada balita perempuan. Jumlah balita kurus tertinggi terdapat pada keluarga yang jenis pekerjaan KK adalah sebagai buruh/lainnya. Masalah balita kurus di perkotaan dan perdesaan masih cukup

tinggi, jumlah balita kurus dan gemuk di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.

Jumlah balita yang kurus di provinsi Bengkulu berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga perkapita perbulan tertinggi adalah pada keluarga di kuintil 1 dan 3 (masing-masing 16,1%), sedangkan yang terendah ada pada kuintil 4 (11,6%). Balita gemuk banyak terdapat pada kuintil 5.

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

Karakteristik	Status gizi			
	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk
<b>Kelompok umur (bulan)</b>				
0 – 5	8,4	11,5	65,8	14,3
6 -11	8,2	5,5	70,5	15,8
12-23	11,3	5,4	70,9	12,4
24-35	5,4	7,0	71,0	16,6
36-47	5,2	10,6	72,5	11,7
48-60	6,1	6,2	71,5	16,2
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	7,0	7,2	72,5	13,3
Perempuan	7,5	6,5	70,3	15,7
<b>Pendidikan KK</b>				
Tdk tamat SD & Tdk sekolah	7,4	7,3	69,9	15,5
Tamat SD	8,6	7,1	70,5	13,7
Tamat SLTP	8,8	7,5	67,0	16,8
Tamat SLTA	4,1	6,9	75,5	13,4
Tamat PT	6,4	3,5	76,3	13,8
<b>Pekerjaan utama KK</b>				
Tdk kerja/sekolah/ibu rumah tangga	0,0	0,0	88,7	11,3
TNI/Polri/PNS/BUMN	4,2	6,2	74,4	15,2
Pegawai Swasta	6,5	6,4	75,5	11,7
Wiraswasta/dagang/jasa	5,2	8,8	72,8	13,1
Petani/nelayan	8,2	6,5	69,1	16,2
Buruh & lainnya	7,0	7,9	76,8	8,3
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	5,0	8,4	74,5	12,0
Perdesaan	8,1	6,3	70,2	15,4
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil 1	8,1	8,0	67,6	16,3
Kuintil 2	7,6	5,1	74,4	12,8
Kuintil 3	7,3	8,8	71,7	12,1
Kuintil 4	5,7	5,9	74,2	14,3
Kuintil 5	7,1	6,2	69,7	17,0

\*) BB/TB = berat badan menurut tinggi badan

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



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

Kabupaten/Kota	BB/U	TB/U:	BB/TB:	Akut*	Kronis**
	Buruk & Kurang	(Pendek)	(Kurus)		
Bengkulu Selatan	16,8	52,1	6,4		√
Rejang Lebong	21,6	38,5	14,3	√	√
Bengkulu Utara	15,8	34,3	18,2	√	
Kaur	15,3	33,1	12,1	√	
Seluma	17,5	34,1	9,5		
Muko-muko	19,7	33,9	22,3	√	
Lebong	20,6	46,9	8,6		√
Kepahiang	13,7	40,9	8,8		√
Kota Bengkulu	10,6	26,9	14,8	√	
<b>Bengkulu</b>	<b>16,8</b>	<b>36,0</b>	<b>14,1</b>	√	

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

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

Permasalahan gizi akut dan kronis ditemukan hanya di Kabupaten Rejang Lebong, Kabupaten/kota yang hanya memiliki masalah gizi akut adalah, Bengkulu Utara, Kaur, Muko-muko dan Kota Bengkulu. Sedangkan masalah gizi kronis ditemukan di Kabupaten Bengkulu Selatan, Lebong dan Kepahiang.

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

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

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

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

Berdasarkan standar WHO di atas, secara keseluruhan di Provinsi Bengkulu prevalensi kurus adalah 11,0% pada laki-laki dan 8,7% pada perempuan dengan prevalensi yang lebih rendah daripada prevalensi nasional, yaitu masing-masing 13,3% dan 10,9%. Sedangkan prevalensi BB lebih pada laki-laki 14,2% dan perempuan 8,5% dengan prevalensi yang lebih tinggi daripada prevalensi nasional, yaitu 9,5% dan 6,4% (Tabel 3.2.2.2).

**Tabel 3.2.2.2**  
**Prevalensi Kekurangan dan Berat Badan Lebih menurut**  
**Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Laki-laki		Perempuan	
	Kurus	BB Lebih	Kurus	BB Lebih
Bengkulu Selatan	17,8	13,0	16,9	7,2
Rejang Lebong	11,6	7,6	9,0	7,1
Bengkulu Utara	9,4	21,5	7,3	7,8
Kaur	9,4	12,4	6,3	12,6
Seluma	10,3	9,9	7,8	6,5
Muko-muko	14,3	12,8	13,8	9,2
Lebong	6,6	5,9	7,2	5,0
Kepahiang	6,2	13,7	8,5	10,5
Kota Bengkulu	11,7	19,2	6,1	11,1
<b>Bengkulu</b>	<b>11,0</b>	<b>14,2</b>	<b>8,7</b>	<b>8,5</b>

Kabupaten Bengkulu Selatan memiliki prevalensi kurus tertinggi baik pada anak laki-laki (17,8%) maupun pada anak perempuan (16,9%), sedangkan prevalensi kurus terendah di Kepahiang (6,2%) pada anak laki-laki dan untuk anak perempuan di Kota Bengkulu (6,1%).

Prevalensi anak usia sekolah dengan BB lebih pada anak laki-laki tertinggi di Bengkulu Utara (21,5%) dan anak perempuan di Kaur (12,6%), sedangkan terendah di Lebong baik pada anak laki-laki (5,9%) dan perempuan (5,0%).

### 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 :

$$BB \text{ (kg)}/TB_{(m)}^2.$$

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 lingkaran perut (LP) untuk mengetahui adanya obesitas sentral. Lingkaran perut diukur dengan alat ukur yang terbuat dari fiberglass dengan presisi 0,1 cm. Batasan untuk menyatakan status obesitas sentral berbeda antara laki-laki dan perempuan. Status gizi wanita usia subur (WUS) 15 - 45 tahun dinilai dengan mengukur lingkaran lengan atas (LILA). Pengukuran LILA dilakukan dengan pita LILA dengan presisi 0,1cm.

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

Tabel 3.2.3.1.1 menyajikan prevalensi penduduk menurut status IMT di masing-masing provinsi. Istilah obesitas umum digunakan untuk gabungan kategori berat badan lebih (BB lebih) dan obese. Secara umum prevalensi obesitas di Provinsi Bengkulu adalah 15,2% (7,4% BB lebih dan 7,8%) dan lebih rendah dibandingkan dengan prevalensi nasional (19,1%). hanya terdapat 1 kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu yang memiliki prevalensi lebih besar daripada prevalensi nasional, yaitu Kabupaten Lebong (22,0%).

**Tabel 3.2.3.1.1**  
**Persentase Status Gizi Penduduk Dewasa (15 Tahun Keatas) menurut IMT dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB lebih	Obese
Bengkulu Selatan	14,0	76,1	5,7	4,2
Rejang Lebong	11,6	69,7	9,6	9,1
Bengkulu Utara	12,2	76,2	7,2	4,4
Kaur	9,4	80,4	5,4	4,8
Seluma	13,5	76,0	4,9	5,6
Muko-muko	11,5	74,6	7,1	6,9
Lebong	11,5	66,6	9,1	12,9
Kepahiang	11,4	69,7	8,5	10,4
Kota Bengkulu	15,9	65,1	7,8	11,3
<b>Bengkulu</b>	<b>12,3</b>	<b>72,5</b>	<b>7,4</b>	<b>7,8</b>

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

Semua kabupaten/kota di provinsi Bengkulu memiliki prevalensi obesitas pada orang dewasa yang relatif tinggi. Terdapat 3 kabupaten/kota yang memiliki masalah obese yang tinggi (>10%), yaitu: Kabupaten Lebong, Kabupaten Kepahiang dan Kota Bengkulu.

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

Kabupaten/Kota	Prevalensi obesitas umum (%)		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki dan perempuan
Bengkulu Selatan	7,9	11,9	9,9
Rejang Lebong	11,6	25,8	18,7
Bengkulu Utara	6,7	17,0	11,6
Kaur	6,4	14,1	10,2
Seluma	6,3	14,9	10,5
Muko-muko	8,3	20,2	14,0
Lebong	10,0	33,4	22,0
Kepahiang	11,4	26,5	18,9
Kota Bengkulu	16,3	21,4	19,1
<b>Bengkulu</b>	<b>10,0</b>	<b>20,5</b>	<b>15,2</b>

Prevalensi obesitas umum menurut jenis kelamin disajikan pada Tabel 3.2.3.1.2. Secara keseluruhan di Provinsi Bengkulu, prevalensi obesitas umum pada laki-laki jauh lebih rendah dibandingkan dengan perempuan (masing-masing 10,0 % dan 20,5%).

Masalah obesitas pada penduduk dewasa laki-laki di Provinsi Bengkulu lebih rendah daripada angka nasional (13,9%) tetapi harus mulai diwaspadai karena prevalensinya sudah mendekati angka 10%. Terdapat 4 kabupaten/kota yang memiliki prevalensi obesitas > 10%, yaitu: Kabupaten Rejang Lebong, Kabupaten Lebong, Kabupaten Kepahiang dan Kota Bengkulu

Walaupun masalah obesitas pada orang dewasa perempuan di Bengkulu juga berada dibawah angka nasional (23,8%), tetapi harus mendapat perhatian karena angkanya sudah mencapai >20% dan prevalensi di semua kabupaten/kota sudah berada >10%.. Terdapat 5 dari 9 kabupaten/kota dengan prevalensi obesitas yang tinggi (>15%), yaitu Kabupaten Rejang Lebong, Bengkulu Utara, Muko-muko, Lebong, Kepahiang dan Kota Bengkulu.

Secara keseluruhan prevalensi obesitas umum (laki-laki dan perempuan) di Provinsi Bengkulu sebesar 15%, tertinggi terdapat di Lebong (22%) dan relatif rendah di Kaur (10,2%) dan Seluma (10,5%).

**Tabel 3.2.3.1.3**  
**Persentase Status Gizi Dewasa (15 Tahun Keatas) menurut IMT dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik responden	Kategori IMT			
	Kurus	Normal	BB lebih	Obese
<b>Tingkat Pendidikan</b>				
Tidak sekolah	23,8	63,9	6,5	5,8
Tidak tamat SD	13,5	72,6	6,9	6,9
Tamat SD	12,3	72,5	8,2	7,0
Tamat SLTP	12,5	76,0	4,9	6,6
Tamat SLTA	11,5	72,2	7,8	8,4
PT	6,0	65,7	13,7	14,6
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	14,6	64,6	9,1	11,7
Perdesaan	12,7	74,6	6,7	5,9
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil 1	15,1	74,4	5,5	5,0
Kuintil 2	12,7	73,5	6,8	7,0
Kuintil 3	12,7	73,2	7,0	7,0
Kuintil 4	12,0	72,4	8,0	7,7
Kuintil 5	11,4	69,0	9,1	10,6

Berdasarkan tabel 3.2.3.2.1 dapat dilihat bahwa prevalensi obesitas umum penduduk Bengkulu pada masing-masing tingkat pendidikan memiliki angka yang tinggi dan semakin meningkat dengan semakin tingginya tingkat pendidikan. Penduduk di perkotaan memiliki prevalensi obesitas umum lebih tinggi dibandingkan dengan di perdesaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran rumah tangga terlihat bahwa semakin tinggi tingkat pengeluaran semakin meningkat pula prevalensi obesitas umum.

### 3.2.3.2. Status Gizi Dewasa Berdasarkan Indikator Lingkar Perut (LP)

Tabel 3.2.3.2.1 dan Tabel 3.2.3.2.2 menyajikan prevalensi obesitas sentral menurut kabupaten/kota, dan karakteristik lain 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).

**Tabel 3.2.3.2.1**  
**Prevalensi Obesitas Sentral pada Penduduk Umur 15 Tahun Keatas**  
**menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Obesitas sentral (LP; L&gt;90, P&gt;80)*</b>
Bengkulu Selatan	11,8
Rejang Lebong	15,0
Bengkulu Utara	13,7
Kaur	24,6
Seluma	16,3
Muko-muko	15,1
Lebong	23,5
Kepahiang	23,0
Kota Bengkulu	18,2
<b>Bengkulu</b>	<b>19,6</b>

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

Menurut pengukuran lingkar perut, secara umum obesitas sentral di Bengkulu (19,6 %) sudah mulai menjadi masalah karena prevalensinya cukup tinggi sebab berada di atas angka nasional (18,8%), dan seluruh kabupaten/kota yang ada di Bengkulu prevalensinya >10%. Kabupaten yang memiliki prevalensi obesitas sentral >20% terdapat di 3 kabupaten, yaitu Kabupaten Kaur, Lebong dan Kepahiang.

Menurut karakteristik responden di Provinsi Bengkulu, terdapat kecenderungan prevalensi obesitas sentral semakin meningkat seiring dengan meningkatnya kelompok umur. Prevalensi obesitas sentral pada responden perempuan jauh lebih tinggi (25%) dibanding responden laki-laki (8,9%). Menurut tingkat pendidikan, prevalensi obesitas sentral tertinggi pada responden yang berpendidikan tamat perguruan tinggi (21,9%), tetapi tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pendidikan dengan kejadian obesitas sentral. Menurut pekerjaan responden, prevalensi obesitas sentral tertinggi pegawai (31,7%). Prevalensi obesitas sentral pada responden yang tinggal di perdesaan (20,3%) jauh lebih tinggi dari responden yang tinggal di perdesaan (9,0%). Menurut pengeluaran rumah tangga, prevalensi obesitas sentral paling tinggi pada responden yang berada pada kuintil 5 (17,1%).

**Tabel 3.2.3.2.2**  
**Prevalensi Obesitas Sentral Pada Penduduk Umur 15 Tahun Keatas**  
**menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik responden	Obesitas sentral (LP; L>90, P>80)*
<b>Kelompok Umur (Tahun)</b>	
15-24	9,0
25-34	16,1
35-44	21,1
45-54	21,3
55-64	21,5
65-74	21,7
75+	21,8
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	8,9
Perempuan	25,0
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	20,9
Tamat SD	18,5
Tidak tamat SD	17,2
Tamat SMP	12,8
Tamat SMA	17,0
Tamat PT	21,9
<b>Pekerjaan</b>	
Sekolah	15,4
Ibu rumah tangga	10,5
Pegawai	31,7
Wiraswasta	19,6
Petani/nelayan/buruh	20,2
Lainnya	13,2
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	9,0
Perdesaan	20,3
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil 1	15,6
Kuintil 2	12,9
Kuintil 3	14,9
Kuintil 4	16,5
Kuintil 5	17,1

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

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

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

**Tabel 3.2.3.3.1**  
**Nilai Rerata LILA Wanita Umur 15-45 tahun di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Umur (Tahun)	Nilai Rerata LILA	
	Rerata (cm)	Standar Deviasi (SD)
15	24,6	2,40
16	24,8	2,70
17	24,7	2,53
18	24,9	2,45
19	24,9	2,33
20	25,2	2,44
21	25,1	2,83
22	25,5	2,81
23	25,9	3,14
24	25,9	2,92
25	26,2	2,79
26	26,4	2,56
27	26,7	2,94
28	26,8	3,05
29	26,6	3,08
30	26,9	3,62
31	27,3	2,96
32	27,1	3,08
33	27,6	2,97
34	27,4	3,37
35	27,5	3,14
36	27,0	2,97
37	27,3	3,24
38	27,7	3,90
39	27,9	3,63
40	27,3	3,33
41	27,3	3,13
42	27,4	3,08
43	27,2	2,92
44	28,2	4,24
45	27,6	3,15

Tabel 3.2.3.3.2. menggambarkan nilai rerata LILA berdasarkan umur. Nampak adanya kecenderungan dengan meningkatnya umur nilai rerata LILA juga meningkat.

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

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Risiko KEK* (%)</b>
Bengkulu Selatan	11,2
Rejang Lebong	9,6
Bengkulu Utara	7,3
Kaur	5,1
Seluma	3,8
Muko-muko	5,8
Lebong	9,5
Kepahiang	16,3
Kota Bengkulu	8,1
<b>Bengkulu</b>	<b>8,2</b>

Pada tabel 3.2.16 dapat dilihat bahwa secara keseluruhan prevalensi KEK di Provinsi Bengkulu (8,2%) berada dibawah prevalensi nasional (13,6%). Prevalensi tertinggi terdapat di Kepahiang (16,3%) dan terendah di Seluma (3,8%).

### 3.2.4. Konsumsi Energi dan Protein

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

Selanjutnya pada tabel 3.2.4.1. disajikan angka rerata konsumsi energi dan protein per kapita per hari yang diperoleh dari data konsumsi rumah tangga dibagi jumlah anggota rumah tangga yang telah distandarisasi menurut umur dan jenis kelamin, serta sudah dikoreksi dengan tamu yang ikut makan.

**Tabel 3.2.4.1**  
**Konsumsi Energi dan Protein Per Kapita Per Hari**  
**menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Energi</b>		<b>Protein</b>	
	<b>Rerata</b>	<b>SD</b>	<b>Rerata</b>	<b>SD</b>
Bengkulu Selatan	1426,1	537,9	52,9	24,5
Rejang Lebong	1237,5	422,7	39,1	19,2
Bengkulu Utara	1349,9	438,3	46,1	19,7
Kaur	1430,3	477,4	45,8	18,5
Seluma	1574,9	524,7	51,1	22,6
Mukomuko	1301,3	461,7	40,6	19,9
Lebong	1418,4	564,2	47,3	22,2
Kepahiang	1378,5	483,9	40,4	20,4
Kota Bengkulu	1372,6	485,9	50,4	21,9
<b>Bengkulu</b>	<b>1371,6</b>	<b>485,0</b>	<b>45,9</b>	<b>21,3</b>



Tabel 3.2.4.1 menyajikan tentang rerata konsumsi energi dan protein penduduk Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu (masing-masing sebesar 1371,6 kkal dan 45,9 gram) lebih rendah daripada rerata nasional, yaitu masing-masing sebesar 1735,5 kkal dan 55,5 gram. Rerata konsumsi energi terendah di Kabupaten Rejang Lebong (1237,5 kkal) dan tertinggi terdapat pada penduduk di Kabupaten Seluma (1574,9 kkal). Rerata konsumsi protein terendah di Kabupaten Rejang Lebong (39,1 gram) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Selatan (52,9 gram).

Tabel 3.2.4.2 menyajikan informasi tentang prevalensi RT yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional dari data Riskedas 2007 menurut kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu.

**Tabel 3.2.4.2**  
**Prevalensi Rumah Tangga dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>&lt; Rerata Nasional</b>	
	<b>Energi</b>	<b>Protein</b>
Bengkulu Selatan	76,0	63,8
Rejang Lebong	89,8	84,8
Bengkulu Utara	83,7	75,8
Kaur	78,9	76,4
Seluma	68,4	65,7
Mukomuko	85,8	84,4
Lebong	75,3	70,2
Kepahiang	79,0	81,9
Kota Bengkulu	82,5	67,7
<b>Bengkulu</b>	<b>81,4</b>	<b>74,9</b>

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

Secara umum di Provinsi Bengkulu terdapat 81% rumah tangga dengan rerata konsumsi energi dan 75% rumah tangga dengan rerata konsumsi protein lebih rendah daripada angka rerata nasional (data Riskedas 2007). Angka prevalensi tersebut lebih tinggi dari angka prevalensi nasional (59 % untuk energi dan 58,5 % untuk protein).

Kabupaten dengan prevalensi terbanyak yang konsumsi energi dan protein lebih rendah daripada rerata nasional adalah di Kabupaten Rejang Lebong, masing-masing sebesar 89,8% dan 84,8%. Kabupaten dengan prevalensi terendah yang konsumsi energi dan protein lebih rendah daripada rerata nasional adalah di Kabupaten Seluma, masing-masing sebesar 68,4% dan 65,7%.

Tabel 3.2.4.3 menyajikan data mengenai rumah tangga dengan konsumsi energi dan protein lebih rendah daripada rerata konsumsi nasional menurut karakteristik responden di Provinsi Bengkulu.

**Tabel 3.2.4.3**  
**Prevalensi Rumah tangga dengan Konsumsi Energi dan Protein Lebih Rendah dari Rerata Nasional menurut Tipe daerah dan Pengeluaran Rumah Tangga, di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

Karakteristik	< Rerata Nasional	
	Energi	Protein
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	83,0	68,3
Perdesaan	80,8	77,3
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil – 1	83,8	83,5
Kuintil – 2	83,4	77,0
Kuintil – 3	83,0	78,0
Kuintil – 4	81,8	73,1
Kuintil – 5	74,7	63,1

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

Data pada tabel 3.2.4.3 menunjukkan bahwa prevalensi rumah tangga di perkotaan yang konsumsi energi dibawah angka rerata nasional (83,0%) lebih tinggi dari rumah tangga di perdesaan (80,8%). Sebaliknya prevalensi rumah tangga di perdesaan yang konsumsi protein dibawah angka rerata nasional (77,3%) lebih tinggi dari rumah tangga di perkotaan (68,3%). Menurut kuintil pengeluaran rumah tangga, semakin tinggi kuintil pengeluaran rumah tangga semakin rendah prevalensi rumah tangga yang konsumsi energi dan protein dibawah angka rerata nasional.

### 3.2.5. Konsumsi Garam Beriodium

Informasi mengenai konsumsi garam beriodium pada Riskedas 2007 diperoleh dari hasil isian pada kuesioner Blok II No 7 yang diisi dari hasil tes cepat garam iodium. Tes cepat dilakukan oleh petugas pengumpul data dengan menggunakan kit tes cepat (garam ditetesi larutan tes) pada garam yang digunakan di rumah-tangga.

Rumah tangga dinyatakan mempunyai “garam cukup iodium ( $\geq 30$  ppm  $KIO_3$ )” bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu tua; mempunyai “garam tidak cukup iodium ( $\leq 30$  ppm  $KIO_3$ )” bila hasil tes cepat garam berwarna biru/ungu muda; dan dinyatakan mempunyai “garam tidak ada iodium” bila hasil tes cepat garam di rumah-tangga tidak berwarna. Pada laporan ini yang disajikan hanya yang memiliki garam cukup iodium ( $\geq 30$  ppm  $KIO_3$ ). Tabel 3.2.5.1. memperlihatkan persentase rumah tangga yang memiliki garam cukup iodium ( $\geq 30$  ppm  $KIO_3$ ) menurut kabupaten/kota. Secara umum di Provinsi Bengkulu sebanyak 69,7% rumah tangga memiliki 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. Ada 2 kabupaten yang telah mencapai target garam beriodium untuk semua yaitu Kabupaten Bengkulu Utara dan Seluma.

Jika dilihat menurut kabupaten/kota, maka dapat dilihat bahwa rumah tangga yang memiliki garam cukup iodium terendah adalah di Kabupaten Kepahiang (36,7%) dan Rejang Lebong (38,9%), sedangkan yang tertinggi terdapat di Kabupaten Seluma (98,3%).

**Tabel 3.2.5.1**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Garam Cukup Iodium menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Rumah tangga memiliki garam cukup iodium (%)</b>
Bengkulu Selatan	71,8
Rejang Lebong	38,9
Bengkulu Utara	91,1
Kaur	66,1
Seluma	98,3
Muko-muko	80,1
Lebong	47,7
Kepahiang	36,7
Kota Bengkulu	67,5
<b>Bengkulu</b>	<b>69,7</b>

**Tabel 3.2.5.2**  
**Persentase Rumah Tangga Memiliki Garam Cukup Iodium menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik responden</b>	<b>Rumah tangga memiliki garam cukup iodium (%)</b>
<b>Pendidikan Kepala Keluarga</b>	
Tidak tamat SD & Tidak sekolah	67,9
Tamat SD	67,7
Tamat SLTP	71,9
Tamat SLTA	73,1
Tamat PT	75,0
<b>Pekerjaan Kepala Keluarga</b>	
Tidak bekerja/Sekolah/Ibu rumah tangga	65,3
TNI/Polri/PNS/BUMN	78,1
Pegawai Swasta	72,8
Wiraswasta/Pedagang/Pelayanan Jasa	66,9
Petani/Nelayan	68,8
Buruh/Lainnya	77,0
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	67,1
Perdesaan	70,6
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil 1	63,3
Kuintil 2	67,4
Kuintil 3	70,4
Kuintil 4	70,0
Kuintil 5	77,6

Tabel 3.2.5.2 memperlihatkan persentase rumah-tangga yang memiliki garam cukup iodium ( $\geq 30$  ppm) menurut karakteristik responden. Penggunaan garam beryodium dengan kategori cukup semakin tinggi seiring dengan semakin tinggi pendidikan KK. Pada keluarga dengan pekerjaan KK sebagai TNI/Polri/PNS/BUMN memiliki garam beryodium dalam kategori cukup (78,1%), lebih tinggi dibandingkan dengan jenis pekerjaan lainnya. Berdasarkan tipe daerah tampak, bahwa persentase keluarga yang mengkonsumsi garam cukup iodium tinggal di perdesaan (70,6%) lebih tinggi daripada yang tinggal di perkotaan (67,1%). Terjadi peningkatan persentase keluarga yang mengkonsumsi garam cukup iodium seiring dengan peningkatan pengeluaran perkapita perbulan, kecuali pada kuintil 4, terjadi sedikit penurunan konsumsi garam cukup iodum dan meningkat cukup banyak pada kuintil 5.

### 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 memiliki 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.

Cakupan imunisasi pada anak umur 12 – 59 bulan dapat dilihat pada empat tabel (Tabel 3.3.1.1 s/d Tabel 3.3.1.4). Tabel 3.3.1.1 dan Tabel 3.3.1.2 menunjukkan tiap jenis imunisasi yaitu BCG, tiga kali polio, tiga kali DPT, tiga kali HB, dan campak menurut kabupaten/kota dan karakteristik. Tabel 3.3.1.3 dan 3.3.1.4 adalah cakupan imunisasi lengkap pada anak, yang merupakan gabungan dari tiap jenis imunisasi yang didapatkan oleh seorang anak menurut kabupaten/kota dan karakteristik.

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

**Tabel 3.3.1.1**  
**Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis imunisasi				
	BCG	Polio 3	DPT 3	HB 3	Campak
Bengkulu Selatan	100,0	73,3	74,2	69,0	92,9
Rejang Lebong	96,3	78,8	79,3	71,9	100,0
Bengkulu Utara	90,0	78,1	82,7	62,5	98,6
Kaur	93,1	83,3	79,2	59,1	95,8
Seluma	94,4	84,6	78,4	72,0	94,0
Muko-Muko	100,0	83,7	81,8	79,1	90,9
Lebong	100,0	57,1	58,3	63,6	83,3
Kepahiang	100,0	76,2	68,4	68,4	100,0
Kota Bengkulu	94,0	75,6	76,6	69,8	95,8
<b>Bengkulu</b>	<b>95,4</b>	<b>77,9</b>	<b>78,4</b>	<b>68,6</b>	<b>94,7</b>

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

\* Imunisasi anak umur 12-23 bulan di Provinsi Bengkulu untuk BCG 95,3%, Polio 3 77,7%, DPT3 81,0%, HB3 74,4%, campak 96,0%

Tabel 3.3.1.1 menyajikan informasi mengenai cakupan pemberian imunisasi dasar pada anak umur 12-59 bulan di Provinsi Bengkulu. Secara keseluruhan cakupan imunisasi BCG dan Campak sudah mencapai  $\geq 95\%$ . Sedangkan jenis imunisasi lainnya baru berkisar antara 68% - 78%.

Terdapat empat kabupaten/kota yang telah mencapai 100% dalam cakupan imunisasi BCG, yaitu Kabupaten Bengkulu Selatan, Muko-muko, Lebong dan Kepahiang, sedangkan persentase imunisasi BCG terendah adalah di kabupaten Bengkulu utara (90%). Persentase imunisasi polio tiga kali tertinggi di kabupaten Seluma (84,6%) dan terendah di Kabupaten Lebong (57,1%). Untuk mempercepat eliminasi penyakit polio di seluruh dunia, WHO membuat rekomendasi untuk melakukan Pekan Imunisasi Nasional (PIN). Indonesia melakukan PIN dengan memberikan satu dosis polio pada bulan September 1995, 1996, dan 1997. Pada tahun 2002, PIN dilaksanakan kembali dengan menambahkan imunisasi campak di beberapa daerah. Setelah adanya kejadian luar biasa (KLB) *acute flacid paralysis* (AFP) pada tahun 2005, PIN tahun 2005 dilakukan kembali dengan memberikan tiga kali/ dosis polio saja pada bulan September, Oktober, dan November. Pada tahun 2006 PIN diulang kembali dua kali/ dosis polio saja yang

dilakukan pada bulan September dan Oktober 2006. Dengan adanya PIN tersebut, frekuensi imunisasi polio bisa lebih dari seharusnya. Tetapi WHO menyatakan bahwa polio sebanyak tiga kali cukup memadai untuk imunisasi dasar polio.

**Tabel 3.3.1.2**  
**Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

Karakteristik	Jenis imunisasi				
	BCG	POLIO 3	DPT	HB 3	CAMPAK
<b>Umur (bulan)</b>					
12 – 23	96,0	78,3	80,9	73,3	97,7
24 – 35	96,2	81,3	77,5	69,8	94,3
36 – 47	95,9	77,5	77,5	68,2	95,6
48 – 59	94,0	73,8	76,6	61,9	95,5
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	94,3	78,6	77,8	67,9	96,5
Perempuan	96,4	77,6	78,8	69,7	94,4
<b>Pendidikan KK</b>					
Tidak sekolah	100,0	77,8	66,7	66,7	88,9
SD tidak tamat	96,2	74,6	76,4	69,1	94,7
SD tamat	95,0	76,8	74,7	63,5	94,9
SMP tamat	96,4	83,3	83,6	73,8	95,5
SLTA tamat	94,7	79,1	78,9	70,8	95,7
TAMAT PT	94,7	77,3	82,6	75,0	100,0
<b>Pekerjaan KK</b>					
Tidak bekerja	100,0	100,0	83,3	80,0	100,0
Ibu rumah tangga	100,0	100,0	100,0	100,	100,0
Pns/polri/tni	100,0	87,0	91,3	81,8	100,0
Wiraswas/swasta	93,0	77,1	76,2	71,2	96,4
Petani/buruh/nelayan	95,8	77,4	77,5	66,5	94,2
Lainnya	100,0	60,0	100,0	66,7	100,0
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	93,8	79,1	79,3	69,9	97,8
Perdesaan	96,4	77,8	78,2	68,1	94,7
<b>Tingkat pengeluaran per kapita per bulan</b>					
Kuintil 1	97,0	73,8	73,4	63,2	92,4
Kuintil 2	93,0	76,8	72,5	66,2	94,4
Kuintil 3	94,8	76,8	80,3	77,8	97,0
Kuintil 4	96,1	81,7	85,2	68,4	96,6
Kuintil 5	97,8	85,2	80,7	69,6	98,2

Persentase terendah pada imunisasi DPT tiga kali di kabupaten Lebong (58,3%) dan tertinggi di Bengkulu Utara (82,7%). Di Indonesia imunisasi hepatitis B merupakan jenis imunisasi yang diprogramkan terakhir. Persentase terendah pada imunisasi Hepatitis tiga kali di kabupaten Kaur (59,1%) dan tertinggi di Muko-muko (79,1%). Imunisasi hepatitis B awalnya diberikan terpisah dari DPT. Tetapi sejak tahun 2004 hepatitis B disatukan dengan pemberian DPT menjadi DPT/HB yang didistribusikan untuk 20 % target, tahun 2005 untuk 50% target, dan tahun 2006 mencakup 100% target DPT/HB. Walaupun vaksin DPT/HB sudah didistribusikan untuk seluruh target, tetapi pelaksanaan

di daerah dapat berbeda tergantung dari stok vaksin DPT dan HB yang masih terpisah di tiap daerah. Hanya ada dua kabupaten yang sudah mencapai 100% dalam cakupan imunisasi campak, yaitu Rejang Lebong dan Kepahiang dan cakupan terendah di Lebong (83,3%).

Berdasarkan tabel 3.3.1.2 yang menyajikan informasi mengenai cakupan imunisasi dasar menurut karakteristik responden, dapat dilihat tidak terlihat adanya perbedaan yang terlalu besar pada Persentase dari masing-masing jenis imunisasi menurut kelompok umur, jenis kelamin dan tipe daerah balita.

Jika dilihat berdasarkan pendidikan KK, terlihat bahwa KK yang tidak sekolah memiliki cakupan anak umur 12-59 bulan yang diimunisasi BCG sebesar 100%, cakupan terbesar imunisasi polio tiga dan DPT tiga kali pada KK yang berpendidikan SMP tamat (83,3% dan 83,6%), Hepatitis tiga kali dan campak pada KK yang berpendidikan tamat PT (75% dan 100%).

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan terlihat adanya peningkatan Persentase anak balita yang mendapatkan imunisasi BCG dan polio 3 seiring dengan peningkatan kuintil. Sampai dengan kuintil 4, pola yang sama juga ditunjukkan pada jenis DPT 3, sedangkan imunisasi HB 3 terjadi peningkatan Persentase hanya sampai dengan kuintil 3. Tidak terdapat pola yang jelas antara cakupan imunisasi campak dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan, dengan cakupan tertinggi pada kuintil 5 dan terendah pada kuintil.

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

Kabupaten/Kota	Imunisasi lengkap		
	Lengkap	Tdk lengkap	Tidak sama sekali
Bengkulu Selatan	31,4	65,7	2,9
Rejang Lebong	55,3	39,5	5,3
Bengkulu Utara	31,2	68,8	0,0
Kaur	36,7	60,0	3,3
Seluma	57,4	42,6	0,0
Muko-muko	51,1	46,8	2,1
Lebong	31,2	62,5	6,2
Kepahiang	41,7	58,3	0,0
Kota Bengkulu	37,5	58,9	3,6
<b>Bengkulu</b>	<b>41,7</b>	<b>55,8</b>	<b>2,5</b>

Imunisasi dasar lengkap:

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

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

\* Imunisasi dasar anak umur 12-23 bulan di Provinsi Bengkulu untuk lengkap 48,1%, tidak lengkap 49,0% dan tidak sama sekali 2,9%.

Tabel 3.3.1.3 menyajikan data mengenai anak umur 12-59 bulan menurut kelengkapan imunisasi dasar dan yang tidak pernah menerima imunisasi dasar berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu.

Persentase kelengkapan cakupan imunisasi dasar lengkap anak balita di Provinsi Bengkulu jauh lebih rendah dari target cakupan nasional imunisasi dasar lengkap (80%).

Tidak ada Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu yang telah mencapai target cakupan nasional imunisasi dasar lengkap. Kabupaten dengan persentase cakupan imunisasi dasar lengkap diatas 50% adalah kabupaten Seluma (57,4%), Rejang Lebong (55,3%) dan Kabupaten Muko-muko (51,1%) dan terendah di Bengkulu Utara dan Lebong (31,2%).

Masih terdapat 2,5% anak balita yang tersebar di 7 kabupaten yang tidak pernah mendapatkan imunisasi dasar. Dari 7 kabupaten tersebut, balita yang tidak pernah diimunisasi dasar lengkap tertinggi di Lebong (6,2%) dan terendah di Muko-muko (2,1%).

**Tabel 3.3.1.4**  
**Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Mendapatkan Imunisasi Dasar Lengkap menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Status imunisasi		
	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak sama sekali
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	42,3	55,7	2,1
Perempuan	41,2	56,7	2,1
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	40,0	60,0	0,0
SD tidak tamat	45,5	53,0	1,5
SD tamat	36,3	60,4	3,3
SMP tamat	47,9	50,7	1,4
SLTA tamat	41,9	56,2	1,9
TAMAT PT	44,0	56,0	0,0
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	66,7	33,3	0,0
PNS/polri/TNI	100,0	0,0	0,0
Wiraswas/swasta	52,0	48,0	0,0
Petani/buruh/nelayan	43,6	54,3	2,1
Lainnya	39,7	58,1	2,1
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	50,0	50,0	0,0
Perdesaan	44,6	52,5	3,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil 1	37,4	60,4	2,2
Kuintil 2	41,2	55,0	3,8
Kuintil 3	42,3	55,1	2,6
Kuintil 4	41,8	58,2	0,0
Kuintil 5	47,6	50,8	1,6

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

Apabila dilihat dari karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tipe daerah dan tingkat pengeluaran per kapita per bulan tingkat kelengkapan imunisasinya masih dibawah 50%. Terdapat perbedaan yang relatif kecil Persentase balita berdasarkan jenis kelamin yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Berdasarkan tingkat pendidikan KK tidak terdapat pola yang jelas terhadap Persentase balita yang telah diimunisas



lengkap, Persentase balita yang telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap tertinggi ada pada balita dengan KK yang berpendidikan tamat SMP sedangkan yang terendah ada pada kelompok KK yang berpendidikan tamat SD. Pada pekerjaan KK sebagai pegawai, 100% anak balita diimunisasi dasar lengkap dan cakupan terendah pada KK dengan pekerjaan lain-lain (39,7%). Pada balita yang tinggal di perkotaan lebih banyak yang sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap (50%) dibanding dengan balita yang tinggal di perdesaan (44,6%). Berdasarkan tingkat pengeluaran KK terdapat kecenderungan semakin tinggi kuintil maka semakin tinggi pula persentase anak balita yang diimunisasi dasar secara lengkap.

### 3.3.2. Pemantauan Pertumbuhan Balita

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

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

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

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

Kabupaten/Kota	Frekuensi penimbangan (kali)		
	≥ 4 kali	1-3 kali	Tdk pernah
Bengkulu Selatan	28,6	37,1	34,3
Rejang Lebong	43,2	25,0	31,8
Bengkulu Utara	34,2	25,2	40,5
Kaur	36,8	26,3	36,8
Seluma	28,6	42,9	28,6
Muko-muko	53,1	20,4	26,5
Lebong	33,3	22,2	44,4
Kepahiang	36,7	26,7	36,7
Kota Bengkulu	49,3	30,4	20,3
<b>Bengkulu</b>	<b>39,8</b>	<b>29,1</b>	<b>31,1</b>

Persentase balita yang ditimbang  $\geq 4$  kali dalam 6 bulan terakhir di Provinsi Bengkulu lebih kecil (39,8%) dibandingkan dengan angka nasional (45,4%) dan jauh lebih kecil dibandingkan dengan target penimbangan balita nasional (100%). Persentase frekuensi penimbangan balita  $\geq 4$  kali dalam 6 bulan terakhir diatas 50% hanya terdapat di Kabupaten Muko-muko (53,1%), sedangkan yang tidak pernah menimbang balitanya dalam 6 bulan terakhir tertinggi adalah Kabupaten Lebong (44,4%). Masih banyak balita di Provinsi Bengkulu yang tidak pernah ditimbang, yaitu sebanyak 31,1%, tertinggi di

Cakupan penimbangan balita menurut karakteristik anak dapat dilihat pada Tabel 3.3.2.2. Menurut kelompok umur, balita yang rajin ditimbang hanya pada kelompok

umur < 35 bulan, sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tua umur anak semakin kecil jumlah balita yang ditimbang. Berdasarkan tingkat pendidikan KK tidak terlihat pola yang jelas dengan persentase frekuensi penimbangan balita, tetapi dapat dilihat bahwa persentase tertinggi pada balita yang ditimbang  $\geq 4$  kali dalam 6 bulan terakhir adalah balita dengan KK berpendidikan tamat PT (50%).

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

Karakteristik	Frekuensi penimbangan (kali)		
	$\geq 4$ kali	1-3 kali	Tdk pernah
<b>Umur (Bulan)</b>			
0 – 5	47,2	41,7	11,1
6 – 11	68,7	22,4	9,0
12 – 23	51,1	35,2	13,6
24 – 35	27,2	33,3	39,5
36 – 47	27,3	25,0	47,7
48 – 59	20,8	18,1	61,1
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	45,5	27,3	27,3
SD tidak tamat	36,4	32,5	31,2
SD tamat	37,7	27,4	34,9
SMP tamat	38,4	26,7	34,9
SLTA tamat	39,7	28,4	31,9
Tamat PT	50,0	27,3	22,7
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	38,7	29,8	31,6
Perempuan	39,5	27,3	33,2
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	57,1	28,6	14,3
Ibu rumah tangga	50,0	0,0	50,0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	41,7	33,3	25,0
Wiraswasta/ pegawai swasta	40,0	31,6	28,4
Petani/ buruh/ nelayan	37,5	27,9	34,6
Lainnya	50,0	16,7	33,3
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	41,6	32,7	25,7
Perdesaan	37,7	27,4	34,9
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>			
Kuintil 1	35,1	25,2	39,6
Kuintil 2	45,3	27,4	27,4
Kuintil 3	39,1	28,7	32,2
Kuintil 4	37,2	35,9	26,9
Kuintil 5	39,0	27,1	33,9

Berdasarkan jenis kelamin tidak terlihat adanya perbedaan yang terlalu besar antara balita perempuan dan laki-laki yang ditimbang  $>4$  kali. Berdasarkan jenis pekerjaan KK dapat dilihat pada KK yang tidak bekerja yang paling rajin menimbang balitanya

(57%). Jika dibandingkan antara daerah perkotaan dan perdesaan ternyata frekuensi penimbangan dalam enam bulan terakhir baik  $\geq 4$  kali maupun 1-3 kali lebih tinggi di daerah perkotaan. Cakupan penimbangan rutin tertinggi menurut tingkat pengeluaran per kapita tertinggi pada kelompok kuintil 2 (45,3%) dan terendah pada kelompok kuintil 1 (35,1%).

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

Kabupaten/Kota	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskesmas	Polindes	Posyandu	Lainnya
Bengkulu Selatan	4,5	4,5	13,6	63,6	13,6
Rejang Lebong	5,9	8,8	2,9	73,5	8,8
Bengkulu Utara	1,5	7,6	10,6	74,2	6,1
Kaur	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Seluma	2,4	12,2	7,3	73,2	4,9
Muko-muko	0,0	0,0	5,3	94,7	0,0
Lebong	0,0	9,1	0,0	81,8	9,1
Kepahiang	0,0	5,3	0,0	89,5	5,3
Kota Bengkulu	1,8	30,4	0,0	58,9	8,9
<b>Bengkulu</b>	<b>2,3</b>	<b>11,2</b>	<b>5,2</b>	<b>74,6</b>	<b>6,7</b>

Dalam hal pemilihan tempat penimbangan di Provinsi Bengkulu, posyandu (74,6%) secara keseluruhan merupakan tempat yang paling banyak dikunjungi dibandingkan tempat pelayanan kesehatan lainnya, tetapi masih lebih kecil dibandingkan angka nasional (78,3%). Di semua kabupaten sebagian besar memilih posyandu sebagai tempat penimbangan balita. Seluruh balita di Kabupaten Kaur, ditimbang di posyandu. Persentase terendah balita yang ditimbang di posyandu (58,9%) dan tertinggi balita ditimbang di puskesmas (30,4%) ada di Kota Bengkulu.

Berdasarkan tabel 3.3.2.4, dari semua karakteristik responden sebagian besar memanfaatkan posyandu sebagai tempat penimbangan balita dan puskesmas merupakan pilihan kedua sebagai tempat penimbangan balita.

Tidak terdapat pola yang jelas antara umur balita dan tingkat pengeluaran perkapita perbulan dengan lokasi tempat penimbangan anak. Pada kelompok umur 12 – 23 bulan merupakan kelompok yang paling banyak ditimbang di posyandu, sedangkan yang paling banyak ditimbang di rumah sakit adalah balita pada kelompok umur 36 – 47 bulan. Tidak terdapat perbedaan yang besar antara persentase balita laki-laki dan perempuan yang ditimbang di posyandu, tetapi pada tempat penimbangan di puskesmas lebih banyak pada balita laki-laki.

Berdasarkan tingkat pendidikan, terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan semakin kecil persentase yang menimbang balita ke posyandu, kecuali pada KK dengan tingkat pendidikan SLTA. Sedangkan persentase balita yang ditimbang di puskesmas paling banyak pada KK dengan tingkat pendidikan tamat PT (31,6%).

Seluruh kepala keluarga sebagai ibu rumah tangga dan jenis pekerjaan lainnya, posyandu merupakan tempat penimbangan yang dipilih sebagai tempat penimbangan balita (100%). Puskesmas dan Polindes hanya dipilih oleh KK yang bekerja sebagai PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD; wiraswasta/pegawai swasta; dan petani/buruh/nelayan.

Berdasarkan tipe daerah dapat dilihat bahwa balita yang tinggal di perdesaan, lebih banyak menimbangankan anaknya ke posyandu (79,4%) daripada anak yang tinggal di perkotaan (64,0%). Sebaliknya pada tempat penimbangan di Puskesmas, lebih banyak dipilih oleh mereka yang tinggal di perkotaan (22,5%) daripada di perdesaan (22,5%)

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

Karakteristik	Tempat penimbangan anak				
	RS	Puskes	Polindes	Posyandu	Lainnya
<b>Umur</b>					
6 – 11 bulan	1,7	16,9	3,4	72,9	5,1
12 – 23 bulan	1,3	6,3	3,8	82,3	6,3
24 – 35 bulan	1,9	11,5	3,8	80,8	1,9
36 – 47 bulan	4,1	16,3	8,2	61,2	10,2
48 – 59 bulan	0,0	7,4	11,1	70,4	11,1
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	2,5	13,1	5,0	73,1	6,2
Perempuan	1,4	9,4	5,8	76,1	7,2
<b>Pendidikan KK</b>					
Tidak sekolah	0,0	11,1	0,0	88,9	0,0
SD tidak tamat	3,9	7,8	2,0	84,3	2,0
SD tamat	1,4	7,1	11,4	78,6	1,4
SMP tamat	0,0	9,8	4,9	72,1	13,1
SLTA tamat	2,5	13,6	1,2	74,1	8,6
Tamat PT	5,3	31,6	5,3	47,4	10,5
<b>Pekerjaan KK</b>					
Tidak bekerja	14,3	0,0	0,0	85,7	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	4,5	31,8	4,5	45,5	13,6
Wiraswasta/ pegawai swasta	1,4	18,6	2,9	68,6	8,6
Petani/ buruh/ nelayan	1,6	7,5	6,4	79,1	5,3
Lainnya	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	2,2	22,5	1,1	64,0	10,1
Perdesaan	1,9	6,7	6,7	79,4	5,3
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>					
Kuintil 1	1,5	10,6	4,5	78,8	4,5
Kuintil 2	1,4	8,7	5,8	78,3	5,8
Kuintil 3	3,2	15,9	4,8	66,7	9,5
Kuintil 4	1,7	10,3	5,2	75,9	6,9
Kuintil 5	2,4	9,8	7,3	73,2	7,3

Berdasarkan kepemilikan KMS, masih banyak anak yang tidak memiliki KMS (22,4%). Persentase anak balita yang memiliki KMS dan dapat menunjukkan di Provinsi Bengkulu masih rendah, yaitu sebesar 28,2% tetapi sudah berada sedikit diatas angka nasional (23,3%). Sebanyak 49,4% mengatakan memiliki KMS tetapi tidak dapat menunjukkan.

Daerah yang paling rendah kepemilikan KMS dan dapat menunjukkannya adalah Kabupaten Bengkulu Selatan dan Muko-muko (16,7% dan 19%). Sedangkan yang memiliki KMS tetapi tidak disimpan sendiri tertinggi ada di Kabupaten Lebong. Persentase tertinggi yang tidak memiliki KMS adalah Kabupaten Kepahiang dan terendah adalah Kabupaten Bengkulu Utara

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

Kabupaten/Kota	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
Bengkulu Selatan	16,7	59,5	23,8
Rejang Lebong	30,3	42,1	27,6
Bengkulu Utara	28,0	57,6	14,4
Kaur	27,0	54,1	18,9
Seluma	27,3	53,0	19,7
Muko-muko	19,0	58,6	22,4
Lebong	25,0	60,0	15,0
Kepahiang	29,4	29,4	41,2
Kota Bengkulu	37,8	35,4	26,8
<b>Bengkulu</b>	<b>28,2</b>	<b>49,4</b>	<b>22,4</b>

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

Tabel 3.3.2.5 menyajikan informasi mengenai persentase balita berdasarkan kepemilikan KMS dan karakteristik responden.

Berdasarkan kelompok umur balita dapat dilihat bahwa dengan semakin meningkat umur maka semakin sedikit yang memiliki KMS dan dapat menunjukkannya. Tidak terdapat perbedaan antara balita laki-laki dan balita perempuan terhadap kepemilikan KMS, baik yang memiliki dan dapat menunjukkan, memiliki tetapi tidak dapat menunjukkan dan tidak punya.

Berdasarkan tingkat pendidikan KK dapat dilihat bahwa pada KK dengan pendidikan tamat PT merupakan kelompok yang paling banyak menyatakan memiliki KMS dan dapat menunjukkan (34,4%) dan terendah pada KK yang tamat SD (21,9%). Hal yang menarik adalah pada jenis pekerjaan KK, ternyata pada kepala keluarga sebagai ibu rumah tangga merupakan kelompok yang paling memiliki KMS dan dapat menunjukkan juga kelompok yang terbanyak pula yang tidak memiliki KMS (masing-masing 50%).

Berdasarkan tipe daerah, di perdesaan lebih banyak balita yang memiliki KMS tetapi tidak disimpan sendiri oleh ibu (53,5%) daripada di perkotaan (40,7%). Sedangkan di perkotaan lebih banyak yang memiliki KMS dan dapat menunjukkannya (35,2%) dibandingkan di perdesaan (25,1%). Menurut tingkat pengeluaran per kapita tidak terdapat pola yang jelas terhadap balita yang memiliki KMS dan dapat menunjukkannya, tertinggi pada kuintil 4 (30,9%) dan terendah pada kuintil 1 (23,7%). Balita yang memiliki KMS yang tidak disimpan sendiri, terbanyak ada pada kuintil 4 (53,6%) dan terendah pada kuintil 1 (48,5%). Balita yang paling banyak tidak memiliki KMS ada pada kelompok kuintil 3 (27,2%) dan terendah ada pada kuintil 4 (15,5%).

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

Karakteristik	Kepemilikan KMS*		
	1	2	3
<b>Umur (bulan)</b>			
0 – 5	50,0	19,4	30,6
6 – 11	50,0	25,7	24,3
12 – 23	34,9	49,5	15,6
24 – 35	26,1	52,3	21,6
36 – 47	16,0	61,3	22,7
48 – 59	11,2	65,3	23,5
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	27,9	50,2	21,9
Perempuan	27,7	50,0	22,3
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	30,8	53,8	15,4
SD tidak tamat	32,6	41,1	26,3
SD tamat	21,9	56,2	21,9
SMP tamat	25,7	54,1	20,2
SLTA tamat	30,3	46,9	22,8
Tamat PT	34,4	46,9	18,8
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	25,0	62,5	12,5
Ibu rumah tangga	50,0	0,0	50,0
PNS/polri/TNI/BUMN/BUMD	36,1	47,2	16,7
Wiraswasta/ pegawai swasta	28,9	46,9	24,2
Petani/ buruh/ nelayan	26,2	52,2	21,6
Lainnya	28,6	28,6	42,9
<b>Tipe daerah</b>			
Kota	35,2	40,7	24,1
Perdesaan	25,1	53,5	21,4
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil 1	27,3	48,5	24,2
Kuintil 2	28,7	49,2	22,1
Kuintil 3	23,7	49,1	27,2
Kuintil 4	30,9	53,6	15,5
Kuintil 5	29,6	50,6	19,8

Catatan: 1 = Memiliki Buku KIA dan dapat menunjukkan  
2 = Memiliki Buku KIA, tidak dapat menunjukkan/ disimpan oleh orang lain  
3 = Tidak memiliki Buku KIA

Tabel 3.3.2.7 di bawah ini memperlihatkan informasi tentang kepemilikan Buku KIA berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu. Secara keseluruhan dapat dilihat bahwa kepemilikan buku KIA dan dapat menunjukkan masih rendah, yaitu sebesar 17,0%. Kabupaten yang paling rendah dalam kepemilikan buku KIA dan dapat menunjukkan maupun yang tidak dapat menunjukkan adalah Kaur (21,0% dan 18,4%).

Pada ibu yang menyatakan memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan tertinggi di Kepahiang (31,2%) dan Rejang Lebong (31,1%).

**Tabel 3.3.2.7**  
**Persentase Kepemilikan Buku KIA pada Balita menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
Bengkulu Selatan	17,9	56,4	25,6
Rejang Lebong	31,1	39,2	29,7
Bengkulu Utara	13,8	43,8	42,3
Kaur	2,6	18,4	78,9
Seluma	18,3	23,3	58,3
Muko-muko	10,7	33,9	55,4
Lebong	15,8	42,1	42,1
Kepahiang	31,2	25,0	43,8
Kota Bengkulu	15,9	34,1	50,0
<b>BENGLULU</b>	<b>17,0</b>	<b>36,5</b>	<b>46,5</b>

Catatan: 1 = Memiliki Buku KIA dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak memiliki Buku KIA

Pada kelompok umur, terlihat bahwa semakin muda balita semakin banyak yang memiliki buku KIA dan dapat menunjukkannya. Sedangkan semakin bertambah umur balita semakin sedikit yang memiliki Buku KIA dan dapat menunjukkannya.

Tidak terdapat pola yang nyata antara tingkat pendidikan KK dan tingkat pengeluaran per kapita dengan kepemilikan buku KIA. Persentase yang dapat menunjukkan buku KIA terbanyak ada pada kelompok KK yang tamat PT (25,8%), sedangkan yang mengaku punya buku KIA tapi tidak disimpan sendiri, terbanyak ada pada kelompok KK yang berpendidikan tamat SMP (42,9%). Berdasarkan tingkat pengeluaran dapat dilihat bahwa yang paling banyak memiliki buku KIA dan dapat menunjukkan adalah pada kelompok kuintil 4 (22,1%) sedangkan yang punya buku KIA tapi tidak dapat menunjukkan paling banyak pada kelompok kuintil 3 (38,5%). Balita yang tinggal di perkotaan lebih banyak yang memiliki buku KIA dan dapat menunjukkannya dibandingkan di perdesaan.

**Tabel 3.3.2.8**  
**Persentase Anak Balita Berdasarkan Kepemilikan Buku KIA dan**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kepemilikan buku KIA*		
	1	2	3
<b>Umur (bulan)</b>			
6 – 11	38,2	17,6	44,1
12 – 23	26,4	22,2	51,4
24 – 35	16,0	34,0	50,0
36 – 47	15,9	37,4	46,7
48 – 59	11,5	43,4	45,1
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	17,5	37,9	44,6
Perempuan	16,9	34,5	48,6
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	21,4	35,7	42,9
SD tidak tamat	19,6	26,1	54,3
SD tamat	15,9	40,9	43,2
SMP tamat	13,3	42,9	43,8
SLTA tamat	16,5	36,0	47,5
Tamat PT	25,8	25,8	48,4
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	25,0	37,5	37,5
Ibu rumah tangga	50,0	0,0	50,0
PNS/polri/TNI/BUMN/BUMD	30,3	24,2	45,5
Wiraswasta/ pegawai swasta	18,4	36,0	45,6
Petani/ buruh/ nelayan	14,7	37,8	47,4
Lainnya	33,3	33,3	33,3
	<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	20,7	34,3	45,0
Perdesaan	15,8	37,0	47,2
	<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil 1	14,1	35,9	50,0
Kuintil 2	17,1	35,9	47,0
Kuintil 3	16,5	38,5	45,0
Kuintil 4	22,1	37,9	40,0
Kuintil 5	16,9	32,5	50,6

Catatan: 1 = Memiliki Buku KIA dan dapat menunjukkan

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

3 = Tidak memiliki 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.



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

Kabupaten/Kota	Menerima kapsul vitamin A
Bengkulu selatan	56,1
Rejang lebong	69,5
Bengkulu utara	39,2
Kaur	47,2
Seluma	63,9
Muko-muko	73,2
Lebong	40,0
Kepahiang	69,7
Kota bengkulu	76,2
<b>Bengkulu</b>	<b>62,4</b>

Di provinsi Bengkulu persentase cakupan penerimaan kapsul vitamin A ternyata masih dibawah 70% dan berada dibawah angka nasional, tetapi masih dibawah target nasional (72%). Cakupan penerimaan kapsul vitamin A bervariasi antar kabupaten/kota dengan cakupan terendah di Lebong (40%) dan Bengkulu Utara (47,2%).

Tabel 3.3.3.2 pada halaman dibawah ini menunjukkan cakupan penerimaan kapsul vitamin A pada kelompok umur 6-11 bulan merupakan cakupan yang paling rendah (18,2%), tertinggi pada umur 12-23 bulan (72,8%). Anak perempuan sedikit lebih tinggi (60,3%) cakupan penerimaan kapsul Vitamin A dibandingkan dengan anak laki-laki (58,2%).

Mulai dengan KK yang tidak tamat SD terlihat kecenderungan semakin tinggi pendidikan KK semakin tinggi pula cakupan kapsul vitamin A. Pada KK yang tidak sekolah (64,3%) lebih tinggi cakupan kapsul vitamin A dibandingkan KK yang sekolah sampai dengan tamat SLTA.

Pada KK yang bekerja sebagai PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD merupakan kelompok yang tertinggi cakupan kapsul vitamin A (72,7%). Pada balita yang tinggal di perkotaan cakupan kapsul vitamin A (70,5%) lebih baik dibandingkan di daerah pedesaan (55,5%). Menurut tingkat pengeluaran perkapita perbulan tidak terdapat pola yang jelas, tetapi pada kuintil 5 lebih tinggi cakupan vitamin A (66,2%) dibandingkan dengan kuintil lainnya.

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

<b>Karakteristik</b>	<b>Menerima kapsul vitamin A</b>
<b>Umur (bulan)</b>	
6 – 11	46,6
12 – 23	72,8
24 – 35	67,3
36 – 47	59,3
48 – 59	58,9
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	58,2
Perempuan	60,3
<b>Pendidikan KK</b>	
Tidak sekolah	64,3
SD tidak tamat	53,4
SD tamat	57,1
SMP tamat	59,8
SLTA tamat	60,6
TAMAT PT	83,3
<b>Pekerjaan KK</b>	
Tidak bekerja	75,0
Ibu rumah tangga	50,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	72,7
Wiraswasta/ pegawai swasta	62,0
Petani/ buruh/ nelayan	57,1
Lainnya	71,4
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	70,5
Perdesaan	55,0
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>	
kuintil 1	60,3
kuintil 2	60,7
kuintil 3	54,6
kuintil 4	56,2
kuintil 5	66,2

#### **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. Data tersebut dikumpulkan dengan mewawancarai ibu yang mempunyai bayi umur 0 – 11 bulan, dan dikonfirmasi dengan catatan Buku KIA/KMS/catatan kelahiran.

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

Kabupaten/Kota	Ukuran bayi lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
Bengkulu Selatan	20,0	80,0	0,0
Rejang Lebong	7,7	92,3	0,0
Bengkulu Utara	4,5	63,6	31,8
Kaur	0,0	80,0	20,0
Seluma	11,1	66,7	22,2
Muko-muko	11,1	55,6	33,3
Lebong	0,0	66,7	33,3
Kepahiang	0,0	83,3	16,7
Kota Bengkulu	4,8	71,4	23,8
<b>Bengkulu</b>	<b>6,7</b>	<b>72,0</b>	<b>21,3</b>

Tabel 3.3.4.1 memperlihatkan persepsi ibu tentang ukuran bayi saat dilahirkan, walaupun berat bayi lahir tidak diketahui. Secara umum di Provinsi Bengkulu terdapat 6,7% ibu yang memiliki persepsi bayinya lahir kecil. Ibu yang berpersepsi anak lahir kecil tertinggi ada di Kabupaten Bengkulu Selatan (20%). Persentase ibu yang menganggap bayinya lahir besar terbanyak ada di Kabupaten Muko-muko dan Lebong (33,3%).

Pada bayi laki-laki lebih banyak yang dianggap lahir kecil dan lahir besar dibandingkan dengan bayi perempuan. Berdasarkan tipe daerah tidak terdapat perbedaan pada ibu yang menganggap anaknya lahir kecil antara perdesaan dan perkotaan. Sedangkan yang menyatakan ukuran bayi besar di perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan.

Ibu yang tidak tamat SD yang paling banyak menganggap bayinya lahir kecil (12,5%). Bayi yang dianggap lahir besar terbanyak terdapat pada kelompok KK yang tidak sekolah (50%).

Hanya KK yang bekerja sebagai petani/buruh/nelayan dengan ibu yang memiliki persepsi anak lahir dengan ukuran kecil, dan anggapan bayi lahir besar juga paling banyak ada di jenis pekerjaan tersebut (24,6%).

Bayi yang dianggap lahir kecil paling banyak terjadi pada keluarga dikuintil 1 13,0% sedangkan yang tidak menganggap bayi lahir kecil hanya pada keluarga dikuintil 5. sedangkan yang menganggap lahir besar terbanyak di kuintil 3 (30,0%).

**Tabel 3.3.4.2**  
**Persentase Ibu menurut Persepsi tentang Ukuran Bayi Lahir dan**  
**Karakteristik Responden di Provinsis Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	BB lahir menurut persepsi ibu		
	Kecil	Normal	Besar
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	8,0	66,0	26,0
Perempuan	6,7	75,6	17,8
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	6,5	77,4	16,1
Perdesaan	6,5	69,4	24,2
<b>Pendidikan KK</b>			
Tidak sekolah	0,0	50,0	50,0
SD tidak tamat	12,5	75,0	12,5
SD tamat	4,5	68,2	27,3
SMP tamat	5,3	73,7	21,1
SLTA tamat	3,8	65,4	30,8
TAMAT PT	0,0	83,3	16,7
<b>Pekerjaan KK</b>			
Tidak bekerja	0,0	100,0	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	100,0	0,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	0,0	83,3	16,7
Wiraswasta/ pegawai swasta	0,0	85,0	15,0
Petani/ buruh/ nelayan	9,8	65,6	24,6
Lainnya	0,0	0,0	0,0
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>			
Kuintil 1	13,0	65,2	21,7
Kuintil 2	4,5	72,7	22,7
Kuintil 3	5,0	65,0	30,0
Kuintil 4	5,6	77,8	16,7
Kuintil 5	0,0	90,0	10,0

**Tabel 3.3.4.3**  
**Cakupan Pemeriksaan Kehamilan Ibu yang Mempunyai Bayi**  
**menurut Kabupaten/Kotadi Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Periksa hamil
Bengkulu Selatan	100.0
Rejang Lebong	84.6
Bengkulu Utara	90.9
Kaur	100.0
Seluma	75.0
Muko-muko	100.0
Lebong	100.0
Kepahiang	100.0
Kota Bengkulu	95.2
<b>Bengkulu</b>	<b>90,9</b>

Kriteria pemeriksaan kehamilan tidak ditanyakan kepada semua ibu tetapi hanya pada ibu yang memiliki bayi (< 12 bulan), ibu ditanya tentang jenis pemeriksaan kehamilan apa saja yang pernah diterima. Diidentifikasi ada 8 jenis pemeriksaan kehamilan yaitu : a. pengukuran tinggi badan, b. pemeriksaan tekanan darah, c. pemeriksaan tinggi fundus (perut), d. pemberian tablet Fe, e. pemberian imunisasi TT, f. penimbangan berat badan, g. Pemeriksaan hemoglobin, dan h. pemeriksaan urine.

Di provinsi Bengkulu kesadaran masyarakat untuk memeriksa kehamilannya sudah cukup baik dimana persentase cakupan pemeriksaan kehamilan mencapai 90,9%, diatas persentase nasional (84,5%). Cakupan terendah adalah Kabupaten Seluma yaitu baru mencapai 75%, Terdapat 5 kabupaten yang telah mencapai 100% dalam cakupan pemeriksaan kehamilan, yaitu Kabupaten Bengkulu Selatan, Kaur, Muko-muko, Lebong dan Kepahiang (Tabel 3.3.4.4).

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

<b>Karakteristik</b>	<b>Periksa hamil</b>
<b>Pendidikan KK</b>	
Tidak sekolah	66,7
SD tidak tamat	80,0
SD tamat	90,9
SMP tamat	89,5
SLTA tamat	96,0
Tamat PT	100,0
<b>Pekerjaan KK</b>	
Tidak bekerja	0,0
Ibu rumah tangga	100,0
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	100,0
Wiraswasta/ pegawai swasta	95,0
Petani/ buruh/ nelayan	86,9
Lainnya	0,0
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	93,5
Perdesaan	88,7
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>	
Kuintil 1	82,6
Kuintil 2	90,5
Kuintil 3	95,0
Kuintil 4	94,4
Kuintil 5	90,9

Terdapat kecenderungan semakin tinggi prevalensi ibu yang memeriksakan kehamilan seiring dengan peningkatan tingkat pendidikan, bahkan pada KK yang tamat PT, semua ibu memeriksakan kehamilannya (100,0%).

Cakupan pemeriksaan kehamilan pada pekerjaan KK sebagai ibu rumah tangga dan PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD sudah dapat mencapai 100%. Cakupan terendah, sebesar 86,9% pada ibu dari KK yang bekerja sebagai petani/buruh/nelayan. Persentase ibu yang memeriksakan kehamilan lebih tinggi pada ibu yang tinggal di perkotaan (93,5%) daripada di perdesaan (88,7%).

Tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pengeluaran perkapita perbulan dengan cakupan pemeriksaan kehamilan. Persentase pemeriksaan kehamilan paling tinggi pada tingkat pengeluaran yang berada di kuintil 3 (95,0%) dan terendah pada kuintil 1 (82,6%).

**Tabel 3.3.4.5**  
**Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan Kehamilan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskeddas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis pelayanan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
Bengkulu Selatan	80,0	100,0	100,0	80,0	83,3	83,3	16,7	16,7
Rejang Lebong	90,0	100,0	100,0	90,0	90,0	100,0	50,0	50,0
Bengkulu Utara	84,2	100,0	94,7	94,7	94,7	100,0	15,0	15,0
Kaur	50,0	100,0	75,0	100,0	75,0	100,0	0,0	0,0
Seluma	28,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	12,5	16,7
Muko-Muko	25,0	100,0	87,5	87,5	87,5	87,5	0,0	50,0
Lebong	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	16,7	33,3
Kepahiang	33,3	100,0	71,4	100,0	100,0	85,7	38,9	16,7
Kota Bengkulu	57,1	95,2	95,2	95,0	90,0	95,0	22,5	41,2
<b>Bengkulu</b>	<b>62,8</b>	<b>99,1</b>	<b>93,0</b>	<b>93,9</b>	<b>91,3</b>	<b>94,4</b>	<b>22,5</b>	<b>28,2</b>

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

Dari 8 jenis pelayanan kesehatan yang diberikan pada saat pemeriksaan kehamilan di Provinsi Bengkulu, ternyata yang masih jarang dilakukan oleh petugas kesehatan adalah pemeriksaan Hb (22,5%), pemeriksaan urine (28,2%) dan pengukuran tinggi badan (62,8%).

Pengukuran tinggi badan paling banyak dilakukan di Kabupaten Rejang Lebong, yaitu sebesar 90% dan terendah di Kabupaten Muko-muko yaitu sebesar 25%. Semua kabupaten/kota melakukan pemeriksaan tekanan darah dengan persentase sebesar 100%, kecuali di Kota Bengkulu (95,2%).

Terdapat 4 kabupaten yang telah 100% melakukan pemeriksaan tinggi fundus, yaitu Kabupaten Bengkulu Selatan, Kabupaten Rejang Lebong, Kabupaten Seluma dan Kabupaten Lebong, sedangkan yang terendah adalah Kabupaten Kepahiang (71,4%).

Pencapaian cakupan pemberian tablet Fe sebesar 100% terdapat di 4 kabupaten yaitu Kabupaten Kaur, Seluma, Lebong dan Kepahiang. Tiga kabupaten yang telah 100% melakukan pemberian imunisasi TT adalah Kabupaten Seluma, Lebong dan Kepahiang. Penimbangan BB telah 100% dilakukan di 5 kabupaten, yaitu Kabupaten Rejang Lebong, Bengkulu Utara, Kaur, Seluma dan Lebong. Cakupan terendah pemberian tablet Fe (80,0%), pemberian imunisasi TT (83,3%) dan penimbangan berat badan (83,3%) terdapat di Kabupaten Bengkulu Selatan.

Pemeriksaan Hb tidak dilakukan di Kabupaten Kaur dan Muko-Muko, dan cakupan pemeriksaan Hb yang tertinggi di Kabupaten Rejang Lebong (50,0%). Di Kabupaten Kaur, juga tidak dilakukan pemeriksaan urine, dan Kabupaten yang melakukan pemeriksaan urin dengan persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Rejang Lebong dan Muko-muko (masing-masing 50%).

**Tabel 3.3.4.6**  
**Persentase Ibu yang Mempunyai Bayi menurut Jenis Pemeriksaan**  
**Kehamilan dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu,**  
**Risikesdas 2007**

Karakteristik	Jenis pelayanan*							
	a	b	c	d	e	f	g	h
<b>Pendidikan KK</b>								
Tidak sekolah	50,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
SD tidak tamat	75,0	100,0	90,9	91,7	100,0	100,0	16,7	25,0
SD tamat	50,0	100,0	90,0	94,7	90,0	90,0	10,0	25,0
SMP tamat	58,8	94,1	94,1	100,0	94,1	100,0	29,4	26,7
SLTA tamat	68,0	100,0	96,0	92,0	88,0	92,0	29,2	29,2
Tamat PT	66,7	100,0	100,0	80,0	80,0	100,0	40,0	40,0
<b>Pekerjaan KK</b>								
Tidak bekerja	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	28,6	100,
PNS/POLRI/TNI/BUMN/BUMD	75,0	100,0	87,5	87,5	87,5	100,0	33,3	42,9
Wiraswasta/ pegawai swasta	68,4	94,7	100,0	94,7	89,5	94,7	17,6	41,2
Petani/ buruh/ nelayan	59,6	100,0	90,6	94,1	92,3	92,3	0,0	19,6
Lainnya	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	70,8	97,7	97,8	94,4	90,8	97,7	42,2	45,0
Perdesaan	57,7	99,4	90,3	92,9	91,0	93,0	12,4	19,5
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil 1	55,6	100,0	94,4	94,4	94,7	94,7	15,8	22,2
Kuintil 2	63,2	95,0	94,7	89,5	85,0	94,7	26,3	31,6
Kuintil 3	63,2	100,0	89,5	100,0	88,9	94,4	25,0	35,3
Kuintil 4	66,7	100,0	94,1	94,1	88,9	94,1	22,2	23,5
Kuintil 5	60,0	100,0	90,0	90,0	90,0	100,0	27,3	36,4

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

Jika dilihat berdasarkan tingkat pendidikan maka pengukuran tinggi badan dilakukan di semua tingkat pendidikan dengan persentase tertinggi pada KK yang berpendidikan tidak tamat SD (75%) dan terendah pada KK yang tidak sekolah (50%). Semua ibu hamil melakukan pemeriksaan tekanan darah dengan persentase sebesar 100%, kecuali pada ibu hamil dengan pendidikan KK tamat SMP (94,1%). Hanya pada ibu hamil dengan KK yang tidak sekolah dan tamat PT, melakukan cakupan pemeriksaan tinggi fundus sebesar 100%, sedangkan cakupan terendah ada pada keluarga dengan pendidikan KK tamat SD. Cakupan pemberian tablet Fe pada ibu hamil dengan KK tidak sekolah dan tamat SMP, sudah mencapai 100%. Cakupan penimbangan BB telah mencapai 100% pada ibu hamil dengan KK tidak sekolah, tidak tamat SD, tamat SMP dan tamat PT. Cakupan terendah pada pemberian tablet Fe dan pemberian imunisasi TT (80%) terdapat pada KK yang berpendidikan tamat PT. Pada ibu hamil dengan KK yang tidak sekolah tidak ada yang melakukan pemeriksaan HB dan urine dan persentase tertinggi pada ibu hamil dengan KK berpendidikan tamat PT, yaitu masing-masing sebesar 40%.

Ibu hamil dengan KK yang tidak bekerja dan jenis pekerjaan lainnya tidak ada yang melakukan pemeriksaan kehamilan, pada KK sebagai ibu rumah tangga tidak melakukan penimbangan BB dan menerima tablet Fe, sedangkan KK yang bekerja sebagai buruh/nelayan tidak melakukan pemeriksaan Hb. Cakupan pemeriksaan tekanan darah pada KK yang bekerja sebagai wiraswasta/pegawai swasta sebesar 94,7% sedangkan pada KK sebagai ibu rumah tangga, PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD dan petani/buruh/nelayan sudah mencapai 100%. Pemeriksaan tinggi fundus sudah mencapai 100% pada ibu hamil dengan KK sebagai ibu rumah tangga dan yang bekerja sebagai wiraswasta. Pemberian tablet Fe hanya diterima oleh ibu hamil dengan KK yang bekerja sebagai PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD, wiraswasta/pegawai swasta dan petani/buruh/nelayan. Ibu hamil dengan KK sebagai ibu rumah tangga, sudah mencapai cakupan 100% dalam pemberian imunisasi TT, sedangkan pada KK yang bekerja sebagai PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD, wiraswasta/pegawai swasta dan petani/buruh/nelayan cakupannya hanya > 80%.

Hampir semua jenis pelayanan pada pemeriksaan kehamilan lebih besar persentasenya di perkotaan daripada di perdesaan, kecuali pada pemeriksaan tekanan darah dan pemberian imunisasi TT. Untuk pemeriksaan Hb dan urine meskipun di daerah perkotaan lebih baik tetapi cakupannya masih rendah (<50%).

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita ternyata pengukuran tinggi badan, pemeriksaan Hb dan urine masih rendah pada setiap tingkat kuintil. Pada pemeriksaan urine terdapat kecenderungan semakin meningkat seiring dengan semakin tinggi tingkat pendidikan KK. Cakupan pemeriksaan tekanan darah, pemeriksaan tinggi fundus, pemberian tablet Fe dan penimbangan berat badan sudah relatif baik ( $\geq 90\%$ ), sedangkan pemberian imunisasi TT baru mencapai cakupan sebesar  $\geq 85\%$ .

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

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
Bengkulu Selatan	75,0	25,0
Rejang Lebong	76,9	36,4
Bengkulu Utara	54,5	40,9
Kaur	50,0	25,0
Seluma	75,0	12,5
Muko-muko	77,8	12,5
Lebong	66,7	66,7
Kepahiang	57,1	25,0
Kota Bengkulu	85,7	27,8
<b>Bengkulu</b>	<b>70,3</b>	<b>28,3</b>

Pemeriksaan neonatus ditanyakan pada ibu yang mempunyai bayi. Secara keseluruhan pemeriksaan neonatus di provinsi Bengkulu sebagian besar dilakukan pada neonatus umur 0-7 hari, yaitu sebesar >70% dan cakupan pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari sebesar 28,3%. Untuk pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari memiliki persentase yang lebih besar daripada persentase nasional (57,6%).

Bila dilihat berdasarkan kabupaten/kota maka dapat dilihat bahwa cakupan terendah pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari adalah kabupaten Kaur (50%) dan tertinggi Kota Bengkulu (85,7%). Sedangkan pada pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari cakupan



terendah adalah kabupaten Seluma dan Muko-muko (masing-masing 12,5%) dan tertinggi di Kabupaten Lebong (66,7%).

**Tabel 3.3.4.8**  
**Cakupan Pemeriksaan Neonatus menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Pemeriksaan neonatus	
	Umur 0-7 hari	Umur 8-28 hari
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	69,4	28,9
Perempuan	72,1	29,3
<b>Pendidikan KK</b>		
Tidak sekolah	50,0	0,0
SD tidak tamat	50,0	33,3
SD tamat	68,2	14,3
SMP tamat	77,8	23,5
SLTA tamat	79,2	40,9
TAMAT PT	80,0	40,0
<b>Pekerjaan KK</b>		
Tidak bekerja	100,0	0,0
Ibu rumah tangga	0,0	100,0
PNS/Polri/TNI/BUMN/BUMD	71,4	71,4
Wiraswasta/ pegawai swasta	78,9	18,8
Petani/ buruh/ nelayan	66,1	26,8
Lainnya	0,0	0,0
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	80,0	30,8
Perdesaan	65,6	28,3
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>		
Kuintil 1	68,2	9,5
Kuintil-2	59,1	42,9
Kuintil 3	84,2	35,3
Kuintil 4	77,8	23,5
Kuintil 5	63,6	40,0

Berdasarkan jenis kelamin, terlihat pada bayi perempuan (72,1%) lebih banyak yang mendapatkan pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari dibandingkan dengan bayi laki-laki (69,4%), sedangkan pada pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari tidak terlihat adanya perbedaan yang cukup besar antara Persentase bayi laki-laki dan perempuan.

Menurut tingkat pendidikan KK, terlihat bahwa semakin tinggi pendidikan semakin tinggi pula cakupan pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari, tetapi pada pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari tidak terdapat pola yang nyata terhadap tingkat pendidikan. pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari banyak diterima oleh bayi yang berasal dari keluarga dengan KK yang berpendidikan tinggi (tamat SLTA dan PT) sedangkan pada bayi dengan KK yang tidak bekerja tidak ada yang menerima pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari.

Pada bayi pada keluarga dengan KK sebagai ibu rumah tangga dan KK yang jenis pekerjaan lainnya tidak ada bayi yang mendapatkan pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari, sedangkan 100% bayi pada KK yang tidak bekerja mendapatkan pemeriksaan

neonatus umur 0-7 hari. Pada bayi dengan KK yang tidak bekerja dan jenis pekerjaan lainnya tidak ada yang menerima pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari, sedangkan 100% bayi pada KK sebagai ibu rumah memperoleh pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari.

Persentase cakupan pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari dan pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari lebih banyak pada penduduk yang tinggal di perkotaan daripada di perdesaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita tidak terdapat pola yang jelas dengan pelayanan neonatal, tetapi dapat dilihat bahwa cakupan pemeriksaan neonatus umur 0-7 hari tertinggi ada pada kelompok kuintil 3 (84,2%) dan terendah ada pada kelompok kuintil 2 (59,1%), sedangkan untuk pemeriksaan neonatus umur 8-28 hari tertinggi pada kuintil 2 (42,9%) dan terendah pada kuintil 1 (9,5%).

### **3.4 Penyakit Menular**

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

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

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

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

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

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

kadang-kadang disertai bintik-bintik merah di bawah kulit dan atau mimisan, kaki/tangan dingin.

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

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

Kabupaten/Kota	Filariasis(‰)		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Bengkulu Selatan	0,00	0,00	0,19	0,19	9,01	10,36	63,13
Rejang Lebong	0,00	0,34	0,00	0,41	1,39	2,40	46,88
Bengkulu Utara	0,00	0,00	0,00	0,05	4,40	5,97	71,49
Kaur	0,00	0,76	0,08	0,30	5,97	13,60	51,12
Seluma	0,00	0,00	0,21	0,32	5,49	10,28	67,93
Muko-muko	1,23	1,85	0,06	0,19	4,73	5,90	52,63
Lebong	0,96	4,79	0,10	0,67	4,58	8,39	42,35
Kepahiang	0,73	2,94	0,15	1,32	1,61	4,31	39,22
Kota Bengkulu	0,00	0,95	0,09	5,67	6,97	8,32	69,11
<b>Bengkulu</b>	<b>0,21</b>	<b>0,90</b>	<b>0,08</b>	<b>1,24</b>	<b>4,80</b>	<b>7,15</b>	<b>61,02</b>

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes ;  
D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala  
O = Minum obat

Penyakit malaria tersebar di seluruh Indonesia dengan angka prevalensi yang beragam. Dalam kurun waktu satu bulan terakhir, prevalensi malaria klinis di Provinsi Bengkulu adalah 7,15% (rentang : 2,40% - 13,60%). Tiga kabupaten dengan prevalensi malaria klinis tinggi adalah Kaur (13,60%), Bengkulu Selatan (10,36%) dan Seluma (10,28%). Hampir semua kabupaten/kota memiliki prevalensi malaria klinis di atas angka nasional (2,85%), kecuali Kabupaten Rejang Lebong.

Responden yang terdiagnosis sebagai malaria klinis dan mendapat pengobatan dengan obat malaria program dalam 24 jam menderita sakit hanya 61,02%. Ada 3 kabupaten dengan Persentase pengobatan obat malaria program yang rendah tinggi (<50%) yaitu Kepahiang (39,22%), Lebong (42,35%) dan Rejang Lebong (46,88%)

Tabel 3.4.1.1 menunjukkan bahwa dalam 12 bulan terakhir filariasis tersebar di 7 kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu dengan prevalensi klinis 0,9‰ dan terdapat 3 kabupaten yang mempunyai prevalensi (DG) filariasis melebihi angka prevalensi nasional, yaitu kabupaten Rejang Lebong (4,79‰), Kepahiang (2,94‰) dan Muko-muko (1,85‰). Hanya ada 3 kabupaten dari 9 kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu yang terdapat filariasis berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan, yaitu Kabupaten Muko-muko (1,23‰), Lebong (0,96‰) dan Kepahiang (0,73‰), dengan prevalensi yang tidak jauh berbeda antar kabupaten tersebut.

Penyakit DBD klinis (DG) dalam kurun waktu 12 bulan terakhir tersebar secara merata di semua kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu dengan prevalensi sebesar 1,24% dengan rentang 0,05% - 5,67%, prevalensi di Bengkulu 2 kali lipat lebih tinggi daripada prevalensi nasional (0,62%). Terdapat 3 kabupaten/kota dengan prevalensi DBD klinis lebih tinggi dari angka nasional, yaitu Kota Bengkulu (5,67%), Kepahiang (1,32%) dan Lebong (0,67%). Jika dibandingkan antara angka prevalensi hasil diagnosis tenaga kesehatan dan prevalensi klinis memiliki rasio 1 : 15, hal ini dapat disebabkan karena gejala klinis DBD menyerupai gejala penyakit infeksi lainnya.

Filariasis klinis dijumpai pada hampir disemua kelompok umur, kecuali pada kelompok umur < 1 tahun dan 5-14 tahun, tidak ada perbedaan prevalensi antara laki-laki dan perempuan. Filariasis klinis juga tersebar di semua jenis pendidikan dengan kisaran sebesar 0,33‰ (tamat SMA) – 0,15% (tamat PT). Filariasis klinis lebih tinggi didapati pada responden di perdesaan (1,1‰) dibandingkan di perkotaan (0,57‰). Prevalensi tertinggi menurut tingkat pengeluaran rumah tangga (RT) per kapita adalah pada kelompok kuintil 2 dan kuintil 3, masing-masing sebesar (1,3‰).

DBD dahulu dikenal hanya sebagai penyakit pada anak-anak, namun kini banyak ditemukan pada penderita dewasa. Prevalensi DBD klinis tertinggi ditemukan pada kelompok umur 15 - 24 tahun (1,82%) dan pada bayi tidak ada yang menderita DBD. Tidak terlihat perbedaan prevalensi DBD pada laki-laki dan perempuan. Berdasarkan tingkat pendidikan dapat dilihat bahwa prevalensi DBD klinis tertinggi ada pada responden yang tamat PT (4,26%), sedangkan berdasarkan jenis pekerjaan prevalensi tertinggi terdapat pada responden yang bekerja sebagai pegawai (3,97%). DBD klinis relatif lebih tinggi di perkotaan, namun kasus yang terdeteksi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan lebih banyak di perkotaan.

Temuan yang juga perlu menjadi perhatian adalah DBD klinis meningkat seiring dengan peningkatan pendidikan responden, petani/nelayan/buruh. Prevalensi DBD klinis juga lebih tinggi pada responden yang mempunyai pekerjaan tetap (pegawai dan wiraswasta) dan prevalensi DBD klinis cenderung meningkat pada kelompok dengan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita yang lebih tinggi. Hal ini mungkin berhubungan dengan tingkat kesadaran penderita dalam mengenali penyakit dan mencari pengobatan yang lebih baik di bandingkan dengan kelompok lainnya.

Malaria tersebar merata di semua kelompok umur, prevalensi pada bayi relatif rendah, dan relatif tinggi pada kelompok umur produktif (15 - 54 tahun). Prevalensi penyakit ini juga relatif lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Hal ini mungkin disebabkan kelompok tersebut lebih banyak terpapar (*exposed*) dengan nyamuk malaria, sehingga risiko terkena infeksi relatif lebih besar. Prevalensi malaria klinis di perdesaan lebih besar dari prevalensi di perkotaan, dan cenderung tinggi pada responden dengan pendidikan rendah, kelompok petani/nelayan/buruh dan kelompok tidak bekerja. kelompok dengan tingkat pengeluaran RT per kapita rendah. Malaria juga banyak diderita oleh penduduk pada kuintil 1(7,72%) dan kuintil 5 (7,23%).

Walaupun prevalensi malaria klinis pada anak (<15 tahun) relatif lebih rendah dari orang dewasa, tetapi Persentase pengobatan dengan obat malaria program cenderung lebih baik pada anak dibandingkan orang dewasa. Keadaan ini menunjukkan kewaspadaan dan kepedulian orangtua terhadap penanganan penyakit malaria pada anak sudah cukup baik di mana >50% malaria klinis mendapat obat malaria program dalam 24 jam menderita sakit. Pengobatan dengan obat malaria program juga relatif lebih baik di daerah perkotaan, kelompok pendidikan tinggi, kelompok yang mempunyai pekerjaan dan masih sekolah, dan kelompok dengan tingkat pengeluaran RT per kapita tinggi.

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

Karakteristik	Filariasis		DBD		Malaria		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
<b>Umur (tahun)</b>							
<1	0,00	0,00	0,00	0,00	2,57	3,14	72,73
1-4	0,68	0,68	0,07	1,02	3,58	4,53	77,27
5-14	0,00	0,00	0,05	0,95	4,08	5,91	62,34
15-24	0,30	0,60	0,15	1,82	4,36	6,13	62,07
25-34	0,00	0,65	0,07	1,11	5,45	7,99	60,34
35-44	0,36	1,09	0,07	1,20	5,14	8,29	63,06
45-54	0,00	0,51	0,10	1,28	5,92	8,82	58,79
55-64	1,09	5,49	0,00	1,75	4,93	8,44	49,33
65-74	0,00	3,44	0,00	1,04	7,69	11,93	54,69
>75	3,38	6,76	0,34	1,36	6,04	9,76	48,28
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki-laki	0,31	1,04	0,07	1,20	5,14	7,48	62,62
Perempuan	0,21	0,86	0,07	1,27	4,48	6,80	59,07
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	1,32	1,32	0,00	0,53	6,05	9,61	60,00
Tidak tamat SD	0,31	1,24	0,06	0,90	5,46	8,60	52,63
Tamat SD	0,25	1,49	0,05	0,89	4,57	7,26	57,60
Tamat SMP	0,00	1,04	0,14	1,18	4,90	7,49	63,98
Tamat SMA	0,00	0,33	0,10	2,29	5,48	7,53	63,51
Tamat PT	0,15	1,52	0,00	4,26	5,18	6,26	72,50
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	0,81	3,23	0,40	1,62	5,65	8,16	52,58
Sekolah	0,00	0,34	0,07	1,67	4,11	5,67	65,43
Ibu rumah tangga	0,00	0,57	0,06	1,38	4,34	7,13	66,39
Pegawai	0,00	0,00	0,00	3,97	5,55	7,86	65,85
Wiraswasta	0,72	2,89	0,07	2,03	5,28	7,09	69,47
Petani/nelayan/buruh	0,16	1,14	0,05	0,59	5,57	8,81	55,28
Lainnya	0,00	3,23	0,00	0,00	2,96	4,14	42,86
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	0,00	0,57	0,06	3,34	5,18	6,72	68,30
Perdesaan	0,37	1,10	0,08	0,42	4,68	7,30	58,36
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil 1	0,26	0,52	0,08	1,20	4,92	7,72	57,59
Kuintil 2	0,25	1,31	0,08	1,34	4,32	6,54	59,35
Kuintil 3	0,26	1,32	0,05	0,74	4,83	7,12	60,78
Kuintil 4	0,26	1,11	0,05	1,49	5,02	7,09	64,71
Kuintil 5	0,27	0,27	0,08	1,41	4,98	7,23	62,74

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes ;  
D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala  
O = Minum obat

### 3.4.2. Prevalensi ISPA, Pneumonia, Tuberkulosis (TB), Campak

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

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

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

**Tabel 3.4.2.1**  
**Prevalensi ISPA, Pneumonia, TB, Campak menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
Bengkulu Selatan	29,45	43,70	0,56	0,93	0,31	0,69	0,62	0,75
Rejang Lebong	15,55	31,03	1,72	5,31	0,34	1,05	0,17	0,24
Bengkulu Utara	9,46	21,10	0,27	0,87	0,10	0,17	0,17	0,22
Kaur	24,24	46,64	1,51	2,04	0,30	0,38	0,76	1,21
Seluma	9,53	33,25	0,53	1,38	0,37	0,53	1,22	1,66
Muko-muko	6,95	17,47	0,43	1,04	0,37	1,05	0,55	0,74
Lebong	14,12	31,33	0,29	2,68	0,29	1,24	0,38	0,86
Kepahiang	4,60	30,80	0,80	4,02	0,59	3,45	0,44	1,47
Kota Bengkulu	19,50	29,13	0,54	0,79	0,57	0,67	0,92	2,25
<b>Bengkulu</b>	<b>14,50</b>	<b>29,84</b>	<b>0,73</b>	<b>2,04</b>	<b>0,34</b>	<b>0,86</b>	<b>0,54</b>	<b>0,99</b>

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes ;

D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

Prevalensi ISPA satu bulan terakhir di Provinsi Bengkulu adalah 29,84% (rentang: 17,47% - 46,64%) dengan 7 kabupaten/kota di antaranya mempunyai prevalensi di atas angka nasional (25,5%), kasus ISPA pada umumnya terdeteksi berdasarkan gejala penyakit. Prevalensi pneumonia satu bulan terakhir di Provinsi Bengkulu adalah 2,03% (rentang: 0,79% - 5,31%). tiga dari 9 Kabupaten/kota mempunyai prevalensi di atas angka nasional (2,13%).

Tuberkulosis paru klinis tersebar di seluruh Indonesia dengan prevalensi 12 bulan terakhir adalah 0,86%. Empat kabupaten di antaranya dengan prevalensi di atas angka nasional (0,99%), tertinggi di Kabupaten Kepahiang (3,45%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara (0,17%).

Prevalensi campak klinis 12 bulan terakhir di Provinsi Bengkulu adalah 0,99%, tertinggi di Kota Bengkulu (2,25%) dan terendah di Bengkulu Utara (0,22%). Empat kabupaten di Provinsi Bengkulu mempunyai prevalensi lebih tinggi dari angka nasional (1,2%).

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

Karakteristik	ISPA		Pneumonia		TB		Campak	
	D	DG	D	DG	D	DG	D	DG
<b>Umur</b>								
<1	29,4	48,71	0,00	1,15	0,29	1,96	1,72	2,02
1-4	28,7	52,03	1,69	3,45	0,61	2,11	1,69	2,04
5-14	17,1	35,69	0,69	2,16	0,21	1,96	1,00	1,55
15-24	10,5	23,60	0,44	1,42	0,15	2,11	0,33	0,86
25-34	10,8	22,62	0,36	1,30	0,10	1,96	0,23	0,59
35-44	10,6	24,59	0,43	1,52	0,51	2,11	0,11	0,47
45-54	11,6	24,31	0,71	2,20	0,41	1,96	0,15	0,62
55-64	16,1	31,68	1,20	3,41	0,44	2,11	0,33	0,77
65-74	16,9	34,25	2,05	4,14	0,69	1,96	0,51	1,04
>75	16,8	30,20	2,69	4,38	2,36	2,11	0,00	0,34
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-laki	14,63	29,73	0,68	1,96	0,36	0,90	0,48	1,01
Perempuan	14,36	29,95	0,78	2,11	0,30	0,83	0,61	0,96
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	16,84	27,47	0,74	1,19	0,55	0,74	0,59	1,37
Perdesaan	13,59	30,75	0,73	2,36	0,25	0,91	0,53	0,84
<b>Pendidikan</b>								
Tidak sekolah	13,80	31,62	1,84	4,37	1,32	2,38	0,26	0,53
Tidak tamat SD	13,26	29,78	0,74	2,41	0,40	1,43	0,40	0,77
Tamat SD	10,52	24,72	0,47	1,81	0,22	0,82	0,30	0,62
Tamat SMP	11,07	23,52	0,55	1,52	0,17	0,69	0,24	0,80
Tamat SMA	11,61	22,06	0,69	1,06	0,33	0,46	0,17	0,56
Tamat PT	12,92	25,15	0,15	0,46	0,00	0,46	0,76	1,68
<b>Pekerjaan</b>								
Tidak kerja	14,37	27,89	0,97	2,19	0,49	1,14	0,57	1,14
Sekolah	12,73	28,11	0,71	1,63	0,10	0,38	0,54	0,96
Ibu RT	9,93	20,31	0,29	1,03	0,40	0,52	0,29	0,46
Pegawai	9,59	19,35	0,18	0,74	0,0	0,37	0,28	1,11
Wiraswasta	11,79	23,26	1,23	1,96	0,22	0,73	0,22	0,94
Petani/nelayan/buruh	11,86	26,88	0,62	2,23	0,44	1,37	0,15	0,51
Lainnya	12,43	23,35	0,00	0,61	0,00	0,61	0,00	0,00
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil 1	15,15	33,97	0,86	2,56	0,55	1,15	0,57	0,97
Kuintil 2	15,82	32,80	0,92	2,44	0,42	0,97	0,52	1,13
Kuintil 3	13,63	28,71	0,47	1,90	0,11	0,71	0,69	1,11
Kuintil 4	14,11	28,06	0,71	1,80	0,24	0,72	0,37	0,67
Kuintil 5	13,75	25,56	0,69	1,46	0,37	0,77	0,56	1,07

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes ;

D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

Berdasarkan kelompok umur terlihat bahwa prevalensi penyakit ISPA berdasarkan diagnosis lebih banyak pada kelompok umur  $< 15$  tahun dan  $\geq 55$  tahun. Prevalensi pneumonia dan TB tertinggi terdapat pada kelompok umur lebih dari 75 tahun (2,69% dan 2,36%). Prevalensi campak lebih banyak pada kelompok umur  $\leq 14$  tahun dengan prevalensi tertinggi pada kelompok umur  $< 1$  tahun.

Tidak terdapat perbedaan yang nyata pada besaran prevalensi penyakit ISPA, Pneumonia, TB dan campak antara responden laki-laki dan perempuan. Pada penduduk yang tinggal di perkotaan, terlihat lebih banyak yang menderita ISPA dan TB dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di perdesaan. Tidak terlihat perbedaan besar antara prevalensi yang menderita pneumonia dan campak pada penduduk yang tinggal di perkotaan dan perdesaan.

Tidak terdapat pola yang jelas antara prevalensi ISPA, pneumonia, TB dan campak dengan tingkat pendidikan. Prevalensi ISPA, pneumonia, dan TB tertinggi terdapat pada kelompok yang tidak sekolah. Sedangkan prevalensi campak tertinggi terdapat pada kelompok yang berpendidikan tidak tamat SD.

Prevalensi ISPA, TB dan campak pada mereka yang tidak bekerja lebih tinggi dibandingkan dengan jenis pekerjaan lainnya. Sedangkan prevalensi pneumonia lebih banyak pada mereka yang pekerjaannya sebagai wiraswasta.

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, dapat dilihat bahwa prevalensi penyakit ISPA, Pneumonia, dan TB lebih banyak terjadi pada kelompok dengan tingkat pengeluaran per kapita rendah (kuintil 1 sampai kuintil 2), sedangkan prevalensi campak tertinggi terdapat pada kelompok kuintil 3.

### **3.4.3. Prevalensi Tifoid, Hepatitis, Diare**

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

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

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



**Tabel 3.4.3.1**  
**Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare menurut Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
Bengkulu Selatan	1,30	1,43	0,19	0,88	9,13	9,83	57,89
Rejang Lebong	1,39	2,07	0,03	0,17	3,21	4,83	42,75
Bengkulu Utara	1,82	3,71	0,00	0,05	4,46	7,47	59,40
Kaur	0,76	1,44	0,15	0,30	6,65	12,84	38,69
Seluma	1,69	2,70	0,00	0,11	3,59	10,31	43,39
Muko-muko	0,80	1,66	0,12	0,31	4,12	5,78	44,57
Lebong	2,39	3,92	0,29	0,67	8,97	13,28	37,23
Kepahiang	2,04	4,18	0,15	0,95	4,31	7,16	42,27
Kota Bengkulu	1,92	1,99	0,16	0,57	7,85	9,08	56,23
<b>Bengkulu</b>	<b>1,60</b>	<b>2,59</b>	<b>0,09</b>	<b>0,37</b>	<b>5,50</b>	<b>8,34</b>	<b>49,10</b>

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes ;

D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala

O = Minum obat

Daerah yang prevalensi tifoid klinis tinggi adalah Kabupaten Kepahiang, Lebong dan Bengkulu Utara. Kabupaten yang prevalensi hepatitis klinis tinggi adalah Lebong dan Kota Bengkulu. Prevalensi hepatitis tertinggi terdapat di Kabupaten Lebong (0,29%).

Dehidrasi merupakan salah satu komplikasi penyakit diare yang dapat menyebabkan kematian. Secara keseluruhan di Provinsi Bengkulu, Persentase responden diare klinis yang mendapat oralit adalah 49,1%, Daerah dengan prevalensi diare tinggi adalah Kabupaten Kaur dan Lebong (12,84 % dan 13,28%) dengan persentase penderita diare yang minum oralit di kedua kabupaten tersebut relatif masih rendah, yaitu hanya sebesar < 50%. Penderita diare yang minum oralit tertinggi terdapat di Kabupaten Bengkulu Utara (59,40%).

Berdasarkan kelompok umur tampak bahwa prevalensi tifoid berdasarkan hasil pemeriksaan tenaga kesehatan cukup tinggi pada kelompok umur >75 tahun (3,03%) dan terendah pada kelompok umur 65 – 74 tahun (0,85%). Prevalensi hepatitis berdasarkan pemeriksaan tenaga kesehatan prevalensinya merata hampir di semua kelompok umur, dan tertinggi pada kelompok umur 65 – 74 tahun dan > 75 tahun (masing-masing 0,34 %). Pada kelompok umur < 1 tahun tidak ada yang menderita hepatitis, tetapi berdasarkan 'diagnosis atau gejala' sebenarnya sudah terdapat gejala hepatitis pada kelompok umur tersebut.

Prevalensi tifoid pada laki-laki sedikit lebih tinggi dibandingkan perempuan, sedangkan prevalensi hepatitis dan diare hampir sama antara laki-laki dan perempuan.

Prevalensi tifoid di perkotaan sedikit lebih tinggi daripada di perdesaan, tidak terdapat perbedaan besar untuk prevalensi penyakit hepatitis antara penduduk yang tinggal di perkotaan dan perdesaan, Sedangkan untuk diare, prevalensinya sedikit lebih tinggi di perdesaan dibandingkan di perkotaan.

**Tabel 3.4.3.2**  
**Prevalensi Tifoid, Hepatitis dan Diare menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik responden	Tifoid		Hepatitis		Diare		
	D	DG	D	DG	D	DG	O
<b>Umur (tahun)</b>							
<1	2,29	3,15	0,00	0,57	17,43	20,00	49,28
1-4	1,42	2,57	0,14	0,54	12,65	16,81	61,89
5-14	1,99	3,00	0,02	0,17	5,89	8,69	52,11
15-24	1,33	2,14	0,09	0,24	4,45	6,94	43,78
25-34	1,88	2,80	0,10	0,49	3,73	6,17	43,01
35-44	1,09	1,92	0,04	0,47	4,01	6,91	44,92
45-54	1,53	2,87	0,20	0,46	3,78	5,71	53,70
55-64	1,31	2,52	0,11	0,44	4,71	8,43	34,21
65-74	0,85	2,23	0,34	0,69	5,63	9,73	41,82
>75	3,03	3,73	0,34	0,68	8,05	13,13	50,00
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	1,65	2,81	0,07	0,36	5,57	8,29	50,19
Perempuan	1,55	2,35	0,13	0,39	5,42	8,38	48,05
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	1,91	2,09	0,09	0,32	5,44	6,94	57,22
Perdesaan	1,48	2,77	0,09	0,39	5,52	8,88	46,64
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	2,10	3,18	0,40	0,53	3,81	7,91	33,90
Tidak tamat SD	1,70	3,25	0,09	0,62	4,26	7,74	41,32
Tamat SD	1,19	2,53	0,07	0,32	3,88	6,55	39,06
Tamat SMP	1,35	1,97	0,07	0,28	4,18	6,67	46,11
Tamat SMA	1,82	2,15	0,07	0,27	4,89	6,77	49,51
Tamat PT	1,83	1,99	0,15	0,61	2,74	3,96	73,08
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	2,50	3,49	0,16	0,32	5,66	8,00	43,88
Sekolah	1,53	2,21	0,17	0,27	4,21	6,63	44,44
Ibu RT	0,51	0,69	0,06	0,23	4,28	7,03	50,41
Pegawai	2,12	2,68	0,46	0,46	3,32	4,70	58,82
Wiraswasta	2,10	2,39	0,29	0,44	4,63	6,51	41,11
Petani/nelayan/bur	1,35	2,87	0,39	0,47	3,81	7,05	41,19
Lainnya	0,00	0,00	0,00	0,61	5,36	7,74	30,77
<b>Pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil 1	1,54	2,95	0,03	0,37	6,82	10,26	48,30
Kuintil 2	1,54	2,52	0,16	0,52	5,34	8,09	50,50
Kuintil 3	1,65	2,61	0,05	0,45	6,10	9,32	50,85
Kuintil 4	1,53	2,36	0,13	0,21	5,02	7,33	43,66
Kuintil 5	1,72	2,47	0,11	0,32	4,19	6,65	51,84

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes ;  
D/G= Didiagnosis oleh nakes atau dengan gejala  
O = Minum obat

Berdasarkan tingkat pendidikan tampak bahwa prevalensi tifoid, hepatitis berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan lebih banyak pada mereka yang tidak sekolah (2,1% dan 0,4%). Prevalensi diare lebih banyak terjadi pada mereka yang tidak sekolah (7,91%). Informasi yang menarik adalah bahwa persentase tertinggi untuk responden yang minum obat diare (73,08%) justru ada pada kelompok pendidikan dengan prevalensi diare terendah, yaitu pada tingkat pendidikan tamat PT (3,96%).

Menurut pekerjaan dapat dilihat bahwa prevalensi tifoid dan diare tertinggi terdapat di kelompok tidak bekerja, sedangkan prevalensi hepatitis berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi terdapat pada mereka yang bekerja sebagai pegawai (0,46%)

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita tampak bahwa prevalensi diare lebih banyak terjadi pada kuintil 1 (10,26%) dan kuintil 3 (9,3%). Sedangkan untuk tifoid dan hepatitis tidak banyak perbedaan pada besaran kuintil.

### **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, talasemiaaaa, dan hemofiliaaaa dianalisis berdasarkan jawaban responden "pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan" (notasi D pada tabel) atau "mempunyai gejala klinis PTM". Prevalensi PTM adalah gabungan kasus PTM yang pernah didiagnosis nakes dan kasus yang mempunyai riwayat gejala PTM (dinotasikan sebagai DG pada tabel). Cakupan atau jangkauan pelayanan tenaga kesehatan terhadap kasus PTM di masyarakat dihitung dari persentase setiap kasus PTM yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan dibagi dengan persentase masing-masing kasus PTM yang ditemukan, baik berdasarkan diagnosis maupun gejala (D dibagi DG).

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

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

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

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

berdasarkan hasil pengukuran diberi inisial U, kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes diberi inisial D, dan gabungan kasus hipertensi berdasarkan diagnosis nakes dengan kasus hipertensi berdasarkan riwayat minum obat hipertensi diberi istilah diagnosis/minum obat dengan inisial DO.

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

Kabupaten/Kota	Penyakit Sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
Bengkulu Selatan	30,5	38,1	7,4	7,4	10,2	4,53	5,44
Rejang Lebong	17,3	30,9	9,0	9,2	34,3	5,63	6,70
Bengkulu Utara	15,9	28,3	8,0	8,5	25,7	2,59	2,59
Kaur	31,3	40,3	7,1	7,2	27,5	4,51	5,63
Seluma	12,8	34,1	7,9	8,1	13,8	3,32	4,98
Muko-muko	24,1	36,2	8,5	8,7	26,7	5,65	5,65
Lebong	24,3	35,9	10,9	11,2	40,7	12,61	14,10
Kepahiang	18,4	31,6	7,9	8,3	21,0	3,18	5,30
Kota Bengkulu	14,6	20,8	7,4	7,5	16,0	9,32	10,65
<b>Bengkulu</b>	<b>19,2</b>	<b>30,9</b>	<b>8,1</b>	<b>8,3</b>	<b>25,1</b>	<b>5,5</b>	<b>6,5</b>

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes ;

O = Minum obat

D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

U = Hasil Pengukuran

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

Secara keseluruhan prevalensi penyakit sendi di Provinsi Bengkulu sebesar 30,9% dan prevalensi berdasarkan diagnosis nakes adalah sebesar 19,2%. Menurut kabupaten/kota, prevalensi penyakit persendian di Provinsi Bengkulu berkisar antara 20,8% - 40,3%, dan prevalensi di Kabupaten Kaur ditemukan lebih tinggi dibandingkan kabupaten/kota lainnya, sebaliknya Kota Bengkulu mempunyai prevalensi paling rendah. Sementara prevalensi penyakit persendian yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan berkisar antara 12,8% – 31,3%, dan prevalensi tertinggi juga ditemukan di Kabupaten Kaur, sebaliknya prevalensi terendah di Kabupaten Seluma.

Secara umum dapat dilihat bahwa prevalensi hipertensi di Kabupaten Bengkulu berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah adalah 25,1%, dan hanya berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 8,1%, sementara berdasarkan diagnosis dan atau riwayat minum obat hipertensi adalah 8,3%. Menurut Kabupaten/Kota, prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah berkisar antara 10,2% - 40,7%, prevalensi tertinggi ditemukan di Kabupaten Lebong, sedangkan terendah di Kabupaten Bengkulu Selatan. Sementara prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis oleh tenaga kesehatan dan atau minum obat hipertensi sebesar 7,4% - 11,2%. Memperhatikan angka prevalensi hipertensi berdasarkan diagnosis atau minum obat (D/O) dengan prevalensi hipertensi berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah (U) di setiap Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, pada umumnya nampak perbedaan prevalensi yang cukup besar. Perbedaan prevalensi paling besar ditemukan di Kabupaten Lebong . Data ini menunjukkan banyak kasus hipertensi di Kabupaten lebong maupun di wilayah lainnya di Provinsi Bengkulu belum ditanggulangi dengan baik.

Prevalensi stroke di Provinsi Bengkulu ditemukan sebesar 6,5 per 1000 penduduk dan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan adalah 5,5 per 1000 penduduk. Prevalensi stroke di Provinsi Bengkulu hampir sama dengan prevalensi nasional. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan diagnosis+gejala tertinggi ada di Kabupaten Lebong, yaitu sebesar 12,61‰ dan 14,1‰.

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

Karakteristik	Penyakit sendi (%)		Hipertensi (%)			Stroke (‰)	
	D	D/G	D	D/O	U	D	D/G
<b>Umur (tahun)</b>							
15-24	3,7	8,0	0,6	0,6	10,9	0,61	0,61
25-34	11,3	21,4	2,8	2,8	36,9	1,31	1,31
35-44	23,4	37,6	8,4	8,6	27,3	3,64	4,01
45-54	36,4	51,9	14,7	15,2	29,2	11,32	12,89
55-64	44,3	64,0	18,1	18,2	14,6	12,13	16,59
65-74	51,6	69,3	27,5	28,2	28,4	27,68	29,46
75+	57,7	74,8	32,6	33,2	43,5	23,81	27,30
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	13,3	28,8	7,1	7,4	24,8	5,27	6,20
Perempuan	15,6	33,1	9,2	9,3	25,3	5,80	6,76
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	37,0	57,5	19,2	19,4	41,8	9,57	15,97
Tidak tamat SD	32,6	51,4	13,3	13,6	34,3	8,38	9,66
Tamat SD	20,1	33,8	7,7	8,0	26,5	4,71	5,03
Tamat SMP	12,7	20,8	4,4	4,5	16,4	1,83	2,93
Tamat SMA	11,7	19,0	5,4	5,6	15,0	5,68	6,02
Tamat PT	11,8	16,9	8,7	8,8	25,1	10,72	12,31
<b>PEKERJAAN</b>							
Tidak kerja	21,8	29,5	12,7	13,1	28,9	18,52	21,48
Sekolah	2,2	5,4	0,5	0,5	6,5	0,86	0,86
Ibu RT	20,5	30,7	8,6	8,6	21,0	3,48	3,48
Pegawai	13,2	19,3	7,9	7,9	22,0	4,68	7,50
Wiraswasta	18,3	28,5	8,6	9,4	25,0	6,66	7,41
Petani/nelayan/buruh	23,1	39,1	8,6	8,8	26,9	3,96	4,80
Lainnya	14,0	25,5	8,9	8,9	22,0	30,67	30,67
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	14,3	22,0	8,1	8,2	19,9	7,76	8,61
Perdesaan	21,2	34,4	8,2	8,4	25,0	4,66	56,4
<b>Pengeluaran perkapita perbulan</b>							
Kuintil 1	19,0	17,7	8,2	8,5	20,8	5,59	5,60
Kuintil 2	18,7	15,7	7,2	7,4	25,7	5,66	6,48
Kuintil 3	20,3	14,6	8,5	8,8	23,4	5,39	6,56
Kuintil 4	18,8	14,1	7,9	8,2	24,0	6,10	6,87
Kuintil 5	19,4	10,7	8,8	8,8	23,6	4,98	6,77

Catatan : D = Diagnosa oleh Nakes ;

O = Minum obat

D/G= Di diagnosis oleh nakes atau dengan gejala

U = Hasil Pengukuran

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

Menurut karakteristik responden di Provinsi Bengkulu, dapat dilihat bahwa prevalensi penyakit sendi, hipertensi maupun stroke meningkat sesuai peningkatan umur responden, kecuali prevalensi stroke menurun pada umur >75 tahun. Prevalensi

hipertensi dan penyakit sendi lebih tinggi pada perempuan baik berdasarkan diagnosis maupun gejala. Sedangkan pola prevalensi stroke menurut jenis kelamin nampak tidak ada perbedaan yang berarti.

Pola prevalensi penyakit sendi, hipertensi, dan stroke cenderung tinggi pada tingkat pendidikan yang lebih rendah. Namun untuk hipertensi dan stroke nampak sedikit meningkat kembali pada tingkat pendidikan tertinggi (tamat PT). Berdasarkan pekerjaan responden, prevalensi penyakit sendi pada Ibu RT ditemukan lebih tinggi dari jenis pekerjaan lainnya. Sedangkan untuk hipertensi dan stroke, prevalensi ditemukan lebih tinggi pada mereka yang tidak bekerja.

Prevalensi penyakit sendi dan hipertensi penduduk di perdesaan lebih tinggi dari penduduk di perkotaan, sebaliknya prevalensi penyakit stroke penduduk di perkotaan lebih tinggi dari penduduk di perdesaan. Prevalensi penyakit sendi di Provinsi Bengkulu nampak cenderung menurun seiring dengan semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita perbulan. Pada hipertensi prevalensi cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan ekonomi, sedangkan untuk stroke tidak terdapat perbedaan yang nyata pada masing-masing kuintil.

**Tabel 3.5.1.3**  
**Prevalensi Penyakit Asma\*, Jantung\*, Diabetes\* Dan Tumor\*\*Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Asma		Jantung		Diabetes		Tumor(%)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
Bengkulu Selatan	1,5	2,2	0,4	1,5	0,4	0,7	1,25
Rejang Lebong	2,1	3,4	0,4	6,3	0,2	0,4	2,03
Bengkulu Utara	1,0	2,0	0,4	0,7	0,3	0,3	3,24
Kaur	2,5	3,9	1,0	8,7	0,2	0,3	1,51
Seluma	1,4	2,1	0,2	4,6	0,2	0,2	8,46
Muko-muko	1,2	2,7	0,4	4,6	0,2	0,4	5,54
Lebong	3,6	5,3	1,0	13,0	0,2	0,5	9,57
Kepahiang	2,6	4,7	0,6	11,7	0,6	1,3	3,66
Kota Bengkulu	1,4	1,8	0,6	6,3	1,0	1,1	1,90
<b>Bengkulu</b>	<b>1,7</b>	<b>2,8</b>	<b>0,5</b>	<b>5,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	<b>3,7</b>

Catatan :

D = Diagnosa oleh Nakes; D/G= Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala

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

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

Secara umum prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes dan tumor di Provinsi Bengkulu lebih rendah daripada angka nasional. Prevalensi penyakit asma di Provinsi Bengkulu sebesar 2,8% dengan kisaran: 1,8% – 5,3%, tertinggi di Kabupaten Lebong diikuti Kabupaten Kepahiang dan terendah di Kota Bengkulu, serta terdapat di semua kabupaten/kota.

Prevalensi penyakit jantung sebesar 5,3% (kisaran 0,7% – 13,0%), tertinggi di Kabupaten Lebong diikuti kabupaten Kepahiang dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara. Penyakit jantung terdapat di semua kabupaten/kota

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

Karakteristik	Asma		Jantung		Diabetes		Tumor (%o)
	D	D/G	D	D/G	D	D/G	D
<b>Umur (tahun)</b>							
<1	0,3	0,9	0,0	0,6	0,0	0,0	0,00
1-4	0,3	1,6	0,1	0,3	0,0	0,0	0,68
5-14	0,8	1,4	0,2	1,6	0,0	0,1	0,95
15-24	0,9	1,2	0,1	3,3	0,0	0,1	1,49
25-34	1,2	1,9	0,3	5,3	0,2	0,4	3,57
35-44	1,2	2,0	0,5	7,3	0,3	0,4	6,51
45-54	2,2	4,1	0,9	8,3	1,2	1,4	7,66
55-64	5,5	9,0	1,8	13,1	2,1	2,4	8,77
65-74	8,0	13,6	2,6	17,9	2,2	2,7	8,56
75+	12,5	16,9	4,4	21,6	1,0	1,0	13,56
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki-laki	2,0	3,1	0,6	5,3	0,5	0,7	3,12
Perempuan	1,5	2,4	0,4	5,3	0,3	0,4	4,17
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	6,3	9,4	1,3	9,7	1,1	1,5	6,61
Tidak tamat SD	2,6	4,6	0,6	8,4	0,5	0,7	4,63
Tamat SD	2,1	3,4	0,5	6,3	0,3	0,6	4,21
Tamat SMP	1,0	1,7	0,3	5,5	0,3	0,4	5,19
Tamat SMA	1,1	1,6	0,7	5,2	0,5	0,5	3,64
Tamat PT	1,2	1,4	1,4	5,7	2,0	2,3	4,57
<b>Pekerjaan</b>							
Tidak kerja	4,6	6,1	1,1	8,3	0,4	0,5	5,67
Sekolah	0,6	1,1	0,1	2,3	0,1	0,1	1,70
Ibu RT	1,4	1,9	0,5	5,9	0,6	0,6	5,71
Pegawai	1,4	1,7	1,0	6,3	1,7	1,9	0,92
Wiraswasta	2,0	2,7	0,4	6,0	0,6	0,7	4,35
Petani/nelayan/ buruh	2,3	4,4	0,6	8,4	0,4	0,7	5,21
Lainnya	0,6	1,8	3,0	8,5	3,0	3,0	23,67
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	1,5	1,9	0,6	5,0	0,8	0,8	2,28
Perdesaan	1,8	3,2	0,5	5,4	0,2	0,4	4,16
<b>Pengeluaran perkapita perbulan</b>							
Kuintil 1	2,2	3,2	0,2	4,8	0,2	0,5	3,66
Kuintil 2	2,0	3,6	0,6	5,4	0,2	0,4	2,88
Kuintil 3	1,7	2,9	0,6	5,7	0,3	0,3	4,22
Kuintil 4	1,4	2,4	0,5	5,7	0,5	0,6	3,71
Kuintil 5	1,2	1,9	0,6	4,9	0,8	0,9	3,99

Catatan :

D = Diagnosa oleh Nakes; D/G= Di diagnosis oleh nakes atau degan gejala

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

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

Prevalensi penyakit diabetes sebesar 0,4% (kisaran 0,2% – 1,0%), tertinggi di Kabupaten Bengkulu Selatan dan terendah di Kabupaten Seluma, penyakit diabetes ini terdapat di semua kabupaten/kota.

Prevalensi penyakit tumor/kanker sebesar 3,7‰ (kisaran 1,25‰ – 9,57‰) dengan prevalensi tertinggi di kabupaten Seluma, terendah di kabupaten Bengkulu Selatan dan terdapat hampir di semua kabupaten/kota.

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

Prevalensi penyakit asma, jantung dan tumor semakin tinggi dengan bertambahnya umur, dan penyakit tumor mulai terdapat pada kelompok umur 1 – 4 tahun. Diabetes mulai terjadi pada umur 5 – 14 tahun dan prevalensi tertinggi penyakit diabetes pada kelompok umur 65 -74 tahun.

Prevalensi penyakit asma dan diabetes lebih banyak terjadi pada laki-laki daripada perempuan. Tidak terdapat perbedaan prevalensi penyakit jantung antara laki-laki dan perempuan. Prevalensi tumor pada laki-laki tidak menunjukkan perbedaan yang berarti.

Prevalensi penyakit asma dan jantung lebih banyak terdapat pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah, dan prevalensi penyakit diabetes terbanyak pada kelompok dengan pendidikan tamat perguruan tinggi. Prevalensi tumor/kanker tidak banyak berbeda antara tingkat pendidikan tetapi paling banyak terjadi pada mereka yang tidak sekolah. Tingginya penyakit asma dan jantung pada yang tidak sekolah, kiranya perlu dilakukan penyuluhan pada kelompok yang tidak sekolah untuk mencegah terjadinya penyakit tersebut maupun memperlambat komplikasi.

Prevalensi asma tertinggi pada kelompok yang tidak bekerja, jantung pada KK yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh, diabetes tinggi pada pegawai, dan prevalensi tumor tinggi pada KK yang tidak bekerja dan sebagai ibu rumah tangga. Prevalensi penyakit asma, jantung dan tumor di lebih banyak di perdesaan dari pada di perkotaan, sebaliknya prevalensi penyakit diabetes lebih banyak pada penduduk di perkotaan.

Tidak terdapat pola yang jelas antara prevalensi penyakit asma, jantung, diabetes dengan tingkat pengeluaran perkapita perbulan. Prevalensi tertinggi penyakit asma terdapat pada kelompok kuintil 2; penyakit jantung pada kuintil 3 dan kuintil 4; penyakit diabetes pada kuintil 5. Sedangkan untuk penyakit tumor, tidak terdapat perbedaan prevalensi antara masing-masing kuintil.

Secara umum prevalensi gangguan jiwa berat, buta warna, glaukoma, bibir sumbing dan talasemia di Provinsi Bengkulu lebih rendah dibandingkan dengan angka nasional. Sedangkan prevalensi dermatitis, rhinitis dan hemofilia lebih tinggi daripada angka nasional, walaupun dengan perbedaan yang tidak terlalu besar.

Prevalensi gangguan jiwa berat di Provinsi Bengkulu 1,57‰ dengan kisaran 0,64‰ – 2,76‰, prevalensi tertinggi di Kabupaten Kepahiang dan terendah di Kota Bengkulu. Prevalensi gangguan jiwa berat terdapat di semua kabupaten/kota.

Prevalensi buta warna dan hemofilia sebesar memiliki prevalensi yang sama, yaitu 2,49‰ dengan kisaran 0,77‰-7,7‰, prevalensi tertinggi di Kabupaten Kepahiang (7,7‰), diikuti Kabupaten Bengkulu Selatan (6,12‰)



**Tabel 3.5.1.5**  
**Prevalensi Penyakit Keturunan\* (Gangguan Jiwa Berat, Buta Warna, Glaukoma, Sumbing, Dermatitis, Rhinitis, Talasemia, Hemofilia) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jiwa	Buta warna	Glaukoma	Sumbing	Dermatitis	Rhinitis	Talasemia	Hemofilia
Bengkulu Selatan	0,68	6,12	0,00	0,00	140,04	16,32	1,36	1,36
Rejang Lebong	1,06	1,77	0,35	1,06	55,56	19,12	0,00	0,35
Bengkulu Utara	1,00	1,49	1,49	0,00	93,15	49,56	0,50	0,00
Kaur	0,77	0,77	0,00	0,77	64,32	0,77	0,00	0,00
Seluma	2,76	0,55	1,65	2,21	94,87	25,37	1,10	.110
Muko-muko	1,90	3,17	1,27	1,27	51,36	8,88	0,00	0,00
Lebong	1,98	0,99	1,99	0,99	166,00	86,48	0,00	1,00
Kepahiang	6,16	7,70	1,54	0,00	109,40	38,52	1,54	1,54
Kota Bengkulu	0,64	2,58	3,54	1,61	88,24	56,68	0,00	0,64
<b>Bengkulu</b>	<b>1,57</b>	<b>2,49</b>	<b>1,47</b>	<b>0,87</b>	<b>89,97</b>	<b>35,35</b>	<b>0,43</b>	<b>0,54</b>

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

Prevalensi glaukoma di Provinsi Bengkulu sebesar 1,47‰ dan tidak tampak adanya glaukoma di Kabupaten Bengkulu Selatan dan Kaur, sedangkan prevalensi tertinggi terdapat di Kota Bengkulu (3,54‰). Prevalensi dermatitis di Provinsi Bengkulu sebesar 89,97 ‰ (kisaran 51,36‰ -166‰), prevalensi terendah di Kabupaten Muko-muko sedangkan tertinggi di Kabupaten Lebong.

Prevalensi rhinitis sebesar 35,35‰ dengan kisaran 0,77‰ – 86,48‰, prevalensi tertinggi terdapat di Kabupaten Lebong dan terendah Kabupaten Kaur. Rhinitis terdapat disemua kabupaten/kota. Prevalensi talasemia sangat kecil, yaitu sebesar 0,43‰ dan hanya terdapat di Kabupaten Bengkulu Selatan, Bengkulu Utara, Seluma dan Kepahiang.

### 3.5.2. Gangguan Mental Emosional

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

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

Tabel 3.56 menunjukkan informasi mengenai prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk berumur  $\geq 15$  tahun. Individu dinyatakan mengalami gangguan mental emosional apabila menjawab minimal 6 jawaban “Ya” kuesioner SRQ.

**Tabel 3.5.2.1**  
**Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk Berumur 15 Tahun**  
**Keatas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)\* menurut**  
**Kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Gangguan mental emosional
Bengkulu Selatan	3,7
Rejang Lebong	18,4
Bengkulu Utara	8,1
Kaur	8,9
Seluma	10,9
Muko-Muko	4,4
Lebong	21,2
Kepahiang	15,3
Kota Bengkulu	6,5
<b>Bengkulu</b>	<b>10,3</b>

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

Secara umum prevalensi gangguan mental emosional penduduk di Provinsi Bengkulu sebesar 10,3%, lebih rendah dari angka nasional (11,6%). Prevalensi yang tinggi pada gangguan mental emosional terdapat di Kabupaten Lebong (21,2%), Kabupaten Rejang Lebong (18,4%) dan Kabupaten Kepahiang (15,3%). Prevalensi terendah di Kabupaten Bengkulu Selatan (3,7%), Kabupaten Muko-muko (4,4%) dan Kota Bengkulu (6,5%).

Pada tabel 3.5.2.2 memperlihatkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional semakin tinggi seiring dengan bertambahnya umur. Hal ini dimungkinkan oleh karena pada kelompok umur lanjut, banyak yang mengalami masalah gangguan kesehatan fisik yang dapat mempengaruhi kesehatan mental emosional. Kelompok wanita lebih banyak (12%) yang mengalami gangguan mental emosional dibandingkan laki-laki (8,6%). Berdasarkan pendidikan, tampak bahwa kerentanan terhadap gangguan mental emosional dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin rendah tingkat pendidikan, semakin mudah seseorang mengalami gangguan mental emosional. Berdasarkan jenis pekerjaan, tampak bahwa penduduk yang tidak bekerja (18,9%) merupakan kelompok yang tertinggi mengalami gangguan mental emosional sedangkan yang terendah adalah yang bekerja sebagai pegawai (4,8%). Penduduk yang tinggal di perdesaan (11,3%) lebih banyak yang mengalami gangguan mental emosional dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di perkotaan (7,7%). Gangguan mental emosional dipengaruhi oleh tingkat pengeluaran perkapita perbulan. Semakin rendah tingkat pengeluaran perkapita perbulan semakin tinggi prevalensi gangguan mental emosional, kecuali pada kuintil 2 (12,1%) mempunyai prevalensi lebih besar daripada kuintil 1 (11,6%).

**Tabel 3.5.2.2**  
**Prevalensi Gangguan Mental Emosional pada Penduduk berumur 15 Tahun Keatas (berdasarkan *Self Reporting Questionnaire-20*)\* menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Gangguan mental emosional (%)</b>
<b>Umur (tahun)</b>	
15-24	7,7
25-34	8,3
35-44	9,1
45-54	10,0
55-64	12,5
65-74	26,8
75+	34,8
<b>Jenis kelamin</b>	
Laki-laki	8,6
Perempuan	12,0
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	23,2
Tidak tamat SD	15,4
Tamat SD	10,3
Tamat SMP	8,3
Tamat SMA	6,7
Tamat PT	5,4
<b>Pekerjaan</b>	
Tidak kerja	18,9
Sekolah	7,4
Ibu RT	9,3
Pegawai	4,8
Wiraswasta	8,7
Petani/nelayan/buruh	11,2
Lainnya	9,9
<b>Tipe daerah</b>	
Perkotaan	7,7
Perdesaan	11,3
<b>Tingkat Pengeluaran Perkapita</b>	
Kuintil 1	11,6
Kuintil 2	12,1
Kuintil 3	10,6
Kuintil 4	9,3
Kuintil 5	8,4

### **3.5.3. Penyakit Mata**

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

Prevalensi *low vision* dan kebutaan dihitung berdasarkan hasil pengukuran visus pada responden berusia enam tahun ke atas. Prevalensi katarak dihitung berdasarkan jawaban responden berusia 30 tahun ke atas sesuai empat butir pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner individu. Notasi D pada tabel 4.3.3 dan 4.3.4 adalah Persentase responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan dalam 12 bulan terakhir, sedangkan DG adalah Persentase D ditambah Persentase responden yang mempunyai gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau), tetapi tidak pernah didiagnosis oleh tenaga kesehatan. Persentase riwayat operasi katarak didapatkan dari responden yang mengaku pernah didiagnosis katarak dan pernah menjalani operasi katarak dalam 12 bulan terakhir.

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

**Tabel 3.5.3.1**  
**Persentase Penduduk Umur 6 Tahun Keatas menurut *Low Vision*,  
 Kebutaan (Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan  
 Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b><i>Low vision</i> *</b>	<b>Kebutaan**</b>
Bengkulu Selatan	2,56	1,09
Rejang Lebong	1,75	0,13
Bengkulu Utara	35,80	2,93
Kaur	5,81	2,46
Seluma	4,18	1,48
Muko-muko	1,22	0,61
Lebong	3,11	0,72
Kepahiang	2,47	1,19
Kota Bengkulu	4,04	0,68
<b>Bengkulu</b>	<b>10,07</b>	<b>1,35</b>

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

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

Tabel 3.5.3.1 menyajikan informasi mengenai Persentase penduduk umur 6 tahun keatas menurut *low vision*, kebutaan (dengan atau tanpa koreksi kacamata maksimal) menurut kabupaten/kota. Persentase *low vision* di Provinsi Bengkulu jauh lebih tinggi daripada angka nasional. Persentase *low vision* berkisar antara 1,22% (Kabupaten Muko-muko) sampai 35,80% (Kabupaten Bengkulu Utara). Dibandingkan dengan Persentase *low vision* antar kabupaten/kota, hampir semua kabupaten/kota memiliki Persentase yang lebih rendah kecuali Kabupaten Bengkulu Utara (35,80%). Persentase kebutaan tingkat provinsi sedikit lebih tinggi dari Persentase tingkat nasional (0,98%) dan terdapat 3 kabupaten yang menunjukkan Persentase lebih tinggi dibanding Persentase tingkat provinsi, yaitu Kabupaten Bengkulu Utara, Kaur dan Seluma. Persentase kebutaan berkisar 0,13% (Kabupaten Rejang Lebong) sampai 2,93% (Kabupaten Bengkulu Utara).

**Tabel 3.5.3.2**  
**Persentase Penduduk Umur 6Tahun Keatas menurut *Low Vision*, Kebutaan**  
**(Dengan atau Tanpa Koreksi Kacamata Maksimal) dan Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b><i>Low vision</i> *(%)</b>	<b>Kebutaan** (%)</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
5 – 14	6,92	0,32
15 – 24	6,93	0,24
25 – 34	7,60	0,41
35 – 44	9,55	0,93
45 – 54	13,76	2,13
55 – 64	18,77	5,23
65 – 74	31,96	8,04
75+	35,16	13,92
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	9,96	1,22
Perempuan	10,19	1,46
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	17,28	7,98
Tidak tamat SD	12,47	2,51
Tamat SD	9,82	1,23
Tamat SMP	11,40	0,44
Tamat SMA	8,41	0,32
Perguruan Tinggi	3,89	0,34
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	13,80	3,99
Sekolah	6,31	0,17
Mengurus RT	16,19	1,36
Pegawai (negeri, swasta, polri)	8,06	0,31
Wiraswasta	5,79	1,11
Petani/ nelayan/ buruh	11,50	1,75
Lainnya	9,80	1,96
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	4,33	0,93
Perdesaan	12,27	1,50
<b>Pengeluaran perkapita perbulan</b>		
Kuintil 1	8,93	1,38
Kuintil 2	7,65	1,25
Kuintil 3	10,19	1,53
Kuintil 4	11,28	1,09
Kuintil 5	12,24	1,41

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

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

Berdasarkan kelompok umur, terlihat persentase *low vision* makin meningkat sesuai pertambahan umur dan meningkat tajam pada kisaran umur 45 tahun keatas. Persentase kebutaan meningkat tajam pada golongan umur 55 tahun keatas.

Persentase *low vision* dan kebutaan pada penduduk berbanding terbalik dengan tingkat pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan makin tinggi Persentasenya, kecuali pada penduduk yang tamat SMP (11,4%) lebih tinggi daripada penduduk yang tamat SD (9,82%). Persentase penduduk yang mengalami kebutaan banyak terjadi pada kelompok yang berpendidikan rendah (tidak sekolah, tidak tamat SD dan tamat SD).

Persentase *low vision* terbesar terdapat pada kelompok ibu rumah tangga (16,19%) dan terendah pada kelompok yang bekerja sebagai wiraswasta (5,79%). Persentase kebutaan lebih banyak terdapat pada penduduk yang tidak bekerja (3,99%) dan terendah pada penduduk yang masih sekolah (0,17%). Persentase *low vision* dan kebutaan lebih banyak terjadi pada penduduk yang tinggal di perdesaan daripada di perkotaan.

Persentase *low vision* lebih tinggi di daerah perdesaan (12,27%) dibanding perkotaan (4,33%), demikian halnya dengan Persentase kebutaan. Berdasarkan pengeluaran perkapita perbulan terlihat kecenderungan semakin tinggi kuintil maka semakin tinggi pula Persentase *low vision*, tetapi pada Persentase kebutaan menunjukkan perbandingan yang terbalik, yaitu semakin tinggi kuintil semakin rendah Persentase kebutaan.

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

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>D*(%)</b>	<b>DG**(%)</b>
Bengkulu Selatan	1,42	21,1
Rejang Lebong	1,20	11,1
Bengkulu Utara	2,12	15,1
Kaur	1,23	16,4
Seluma	1,80	21,0
Muko-Muko	5,68	20,3
Lebong	1,04	25,8
Kepahiang	2,02	15,7
Kota Bengkulu	1,78	15,6
<b>Bengkulu</b>	<b>1,98</b>	<b>16,9</b>

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

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

Secara umum Persentase penduduk umur 30 tahun keatas yang pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan (1,98%) sedikit lebih tinggi daripada angka nasional (1,8%), sedangkan pada penduduk yang mengaku memiliki gejala utama katarak (penglihatan berkabut dan silau) dalam 12 bulan terakhir (16,9%) sedikit lebih rendah daripada Persentase di tingkat nasional (17,3%). Perbandingan antara katarak yang berhasil didiagnosis dan gejala di tingkat provinsi mempunyai rasio 1:7. Fakta ini menggambarkan rendahnya cakupan diagnosis katarak oleh nakes di hampir semua kabupaten di Kabupaten Bengkulu.

Persentase katarak yang didiagnosis nakes terbesar ditemukan di Kabupaten Muko-muko (5,68%) dan terendah ada di Kabupaten Lebong (1,04%). Besarnya ratio antara katarak yang didiagnosis oleh nakes dengan penduduk yang mengalami gejala katarak menunjukkan rendahnya cakupan pemeriksaan mata pada umumnya.

**Tabel 3.5.3.4**  
**Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>D*(%)</b>	<b>DG**(%)</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
30 – 34	0,4	4,2
35 – 44	0,7	7,6
45 – 54	2,2	17,3
55 – 64	2,4	30,8
65 – 74	6,2	46,8
75+	10,4	58,0
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	1,8	15,1
Perempuan	2,2	18,7
<b>Lama pendidikan</b>		
≤ 6 tahun	2,6	21,8
7-12 tahun	0,9	9,2
>12 tahun	1,3	8,6
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	7,9	46,7
Sekolah	2,9	12,1
Mengurus rt	1,3	15,7
Pegawai (negeri, swasta, polri)	1,1	8,8
Wiraswasta	0,9	12,1
Petani/ nelayan/ buruh	1,7	16,3
Lainnya	10,0	20,8
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	1,7	14,4
Perdesaan	2,1	17,7
<b>Pengeluaran perkapita perbulan</b>		
Kuintil 1	1,4	18,4
Kuintil 2	2,3	17,3
Kuintil 3	2,6	16,9
Kuintil 4	1,9	18,1
Kuintil 5	1,8	13,9

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

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

Persentase diagnosis katarak oleh nakes dan Persentase gejala katarak meningkat sesuai dengan penambahan umur, sedikit lebih besar pada perempuan (2,2%) dan penduduk yang tinggal di daerah perdesaan (2,1%). Persentase diagnosis katarak oleh nakes lebih besar pada penduduk dengan latar pendidikan 6 tahun atau kurang dan pada kelompok penduduk yang katagori pekerjaannya adalah lainnya. Sampai dengan kuintil 3, terlihat adanya kecenderungan semakin rendahnya tingkat pengeluaran perkapita perbulan akan semakin tinggi diagnosis katarak oleh tenaga kesehatan. Persentase diagnosis katarak oleh nakes yang masih sangat rendah mungkin berhubungan dengan masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan kesehatan matanya, meskipun mereka telah mengalami gejala gangguan penglihatan.

**Tabel 3.5.3.5**  
**Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak yang Pernah**  
**Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata Pasca Operasi**  
**menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Operasi katarak (%)</b>	<b>Pakai kacamata pasca operasi (%)</b>
Bengkulu Selatan	10,00	0,00
Rejang Lebong	0,00	0,00
Bengkulu Utara	5,56	0,00
Kaur	0,00	0,00
Seluma	14,29	0,00
Muko-Muko	2,86	0,00
Lebong	16,67	100,00
Kepahiang	16,67	50,00
Kota Bengkulu	38,10	75,00
<b>Bengkulu</b>	<b>10,5</b>	<b>46,7</b>

Catatan: \*)Responden yang pernah didiagnosis Katarak oleh nakes

Tabel 3.5.3.5 menunjukkan bahwa Persentase operasi katarak dalam 12 bulan terakhir untuk tingkat provinsi adalah sebesar 10,5% dari penduduk yang pernah didiagnosis katarak oleh tenaga kesehatan. Persentase operasi katarak tertinggi (38,10%) adalah di Kota Bengkulu, dan tidak ada operasi katarak di Kabupaten Rejang Lebong dan Kaur (diagnosis katarak oleh nakes hanya 1,20% di Rejang Lebong dan 1,23% di Kaur).

Secara umum pemakaian kacamata pasca operasi katarak di tingkat provinsi adalah sebesar 46,7%. Hanya 3 kabupaten/kota dari 7 kabupaten di Provinsi Bengkulu yang penduduknya pernah dioperasi katarak dan menggunakan kacamata setelah operasi katarak, yaitu Kabupaten Lebong, Kepahiang dan Kota Bengkulu. Pemberian kacamata operasi bertujuan untuk mengoptimalkan tajam penglihatan jarak jauh maupun jarak dekat pasca operasi katarak, sehingga tidak semua penderita pasca operasi merasa memerlukan kacamata untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemungkinan lain adalah hasil operasi katarak cukup baik, sehingga visus pasca operasi mendekati normal dan penderita yang memerlukan kacamata pasca operasi hanya sedikit.



**Tabel 3.5.3.6**  
**Persentase Penduduk Umur 30 Tahun Keatas dengan Katarak yang**  
**Pernah Menjalani Operasi Katarak dan Memakai Kacamata**  
**Pasca Operasi menurut Karakteristik Responden**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik responden	Operasi katarak (%)	Pakai kacamata pasca operasi (%)
<b>Kelompok umur (tahun)</b>		
30 – 34	0,00	0,00
35 – 44	15,00	0,00
45 – 54	4,76	50,00
55 – 64	15,00	50,00
65 – 74	13,89	80,00
75+	9,68	25,00
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	8,45	50,00
Perempuan	12,20	50,00
<b>Lama pendidikan (tahun)</b>		
≤ 6	12,50	42,86
7-12	8,70	100,00
>12	0,00	0,00
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak bekerja	20,00	57,14
Sekolah	0,00	0,00
Mengurus RT	23,08	0,00
Pegawai (negeri, swasta, polri)	0,00	0,00
Wiraswasta	0,00	0,00
Petani/ nelayan/ buruh	8,33	33,33
Lainnya	0,00	0,00
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	17,65	71,43
Perdesaan	8,40	30,00
<b>Pengeluaran perkapita perbulan</b>		
Kuintil 1	25,00	40,00
Kuintil 2	9,09	66,67
Kuintil 3	2,44	0,00
Kuintil 4	12,90	40,00
Kuintil 5	13,79	50,00

Catatan: \*) Responden yang pernah didiagnosis katarak oleh nakes

Persentase penduduk yang menjalani operasi katarak setelah didiagnosis menderita katarak tertinggi ada di pada kelompok umur 35 – 44 tahun dan 55 – 64 tahun. Persentase operasi katarak pada perempuan (12,2%) cenderung lebih tinggi dibandingkan pada laki-laki (8,45%), hal ini sejalan dengan Persentase diagnosis katarak oleh nakes pada perempuan juga lebih besar. Tidak terdapat perbedaan Persentase antara laki-laki dan perempuan yang menggunakan kacamata setelah operasi katarak.

Persentase operasi katarak lebih besar pada kelompok penduduk dengan latar pendidikan lebih rendah, dan penggunaan kacamata setelah operasi katarak terbesar pada kelompok yang sekolah selama 7 – 12 tahun. Pada kelompok yang sekolah selama >12 tahun tidak ada yang dioperasi katarak.

Berdasarkan jenis pekerjaan, hanya pada kelompok penduduk yang tidak bekerja, sebagai ibu rumah tangga dan petani/buruh/nelayan yang pernah dioperasi katarak. Penduduk yang menggunakan kacamata setelah operasi hanya pada mereka yang tidak bekerja dan yang bekerja sebagai petani/buruh/nelayan.

Persentase penduduk yang menjalani operasi katarak dan menggunakan kacamata setelah operasi katarak lebih banyak di perkotaan dibandingkan dengan di perdesaan. Hal ini mungkin terjadi karena akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mata, khususnya operasi katarak lebih mudah didapatkan di perkotaan daripada di perdesaan. Persentase penduduk yang menjalani operasi katarak lebih banyak pada kelompok kuintil 1 (25%) dan terendah di kuintil 3 (2,44%), sedangkan yang paling tinggi menggunakan kacamata setelah operasi katarak lebih banyak dilakukan pada kuintil 2 (66,67%).

### 3.5.4. Kesehatan Gigi

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

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

Sehat/	Rawan	Latent/Deteksi	Sakit/	Cacat/
Prevalensi	Insiden	% dentally Fit	% keluhan	% 20 gigi
% caries free 5th	Expected	PTI	% dentally fit	% edentulous
DMF-T 12 th	Trend DMF-T	RTI	PTI	% protesa
DMF-T 15 th		MI	RTI	
DMF-T 18 th		CPITN	MI	

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

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

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

Tabel 3.64 menggambarkan prevalensi penduduk dengan masalah gigi-mulut dan yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi (perawat gigi, dokter gigi atau dokter spesialis kesehatan gigi dan mulut) dalam 12 bulan terakhir menurut kabupaten/kota.

**Tabel 3.5.4.1**  
**Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Bermasalah gigi-mulut	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
Bengkulu Selatan	34,4	26,4	0,5
Rejang Lebong	21,6	33,9	1,5
Bengkulu Utara	26,4	30,6	0,2
Kaur	26,1	24,1	0,3
Seluma	24,7	17,6	0,6
Muko-muko	19,0	38,9	0,9
Lebong	29,3	25,6	1,1
Kepahiang	24,4	25,3	0,5
Kota Bengkulu	21,6	49,2	0,5
<b>Bengkulu</b>	<b>24,7</b>	<b>31,3</b>	<b>0,7</b>

**Tabel 3.5.4.2**  
**Prevalensi Penduduk Bermasalah Gigi-Mulut menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Bermasalah gigi-mulut	Menerima perawatan dari tenaga medis gigi	Hilang seluruh gigi asli
<b>Umur (tahun)</b>			
< 1	1,1	0,0	0,0
1 - 4	7,6	31,9	0,0
5 - 9	23,2	31,3	0,0
10 - 14	20,8	24,9	0,0
15 - 24	22,2	33,9	0,0
25 - 34	26,8	33,0	0,0
35 - 44	31,1	35,4	0,1
45 - 54	34,0	30,4	0,5
55 - 64	33,4	27,4	1,4
65+	28,2	23,7	10,9
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	23,6	28,3	0,6
Perempuan	25,9	34,3	0,7
<b>Tipe Daerah</b>			
Perkotaan	21,0	46,4	0,6
Perdesaan	26,2	26,7	0,7
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>			
Kuintil 1	26,0	19,1	0,8
Kuintil 2	25,2	33,2	0,8
Kuintil 3	25,2	30,7	0,6
Kuintil 4	23,5	34,2	0,4
Kuintil 5	23,8	40,9	0,7

Berdasarkan tabel 3.5.4.1 dapat dilihat bahwa Secara umum Persentase penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut (24,7%) serta telah menerima perawatan dari

tenaga medis gigi (31,3%) sedikit lebih besar dari angka nasional (23,1% dan 30,6%), sedangkan Persentase penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi asli sedikit lebih rendah dari angka nasional . Penduduk yang paling banyak bermasalah dengan gigi-mulut terdapat di Kabupaten Bengkulu Selatan (34,4%) dan terendah di Kabupaten Muko-muko (19,0%). Penduduk yang paling banyak menerima perawatan gigi dari tenaga medis gigi adalah Kota Bengkulu (49,2%) dan terendah di kabupaten Seluma (17,6%). Penduduk yang paling banyak kehilangan seluruh gigi asli terdapat di Kabupaten Rejang Lebong (1,5%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara (0,2%).

Pada Tabel 3.5.4.2 dapat dilihat bahwa Persentase penduduk yang mempunyai masalah gigi dan mulut yang paling rendah ada pada kelompok bayi, yaitu hanya 1,1% dan tertinggi pada kelompok umur 45-54 tahun yaitu sebesar 34%. Persentase penduduk yang paling banyak menerima perawatan dari tenaga medis gigi ada pada kelompok umur 35-44 tahun (35,4%). Penduduk yang kehilangan seluruh gigi asli sudah mulai ada pada kelompok umur 35-44 tahun (0,1%) dan meningkat seiring dengan bertambahnya umur.

Persentase penduduk berdasarkan jenis kelamin yang paling banyak mempunyai masalah dengan gigi-mulut (25,9%), menerima perawatan dari tenaga medis gigi (34,3%) dan hilang seluruh gigi asli (0,7%) adalah perempuan.

Penduduk yang tinggal di perdesaan merupakan penduduk dengan Persentase bermasalah dengan gigi-mulut dan kehilangan seluruh gigi asli lebih tinggi dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di perkotaan. Sedangkan yang paling banyak menerima perawatan dari tenaga medis gigi adalah penduduk perkotaan (46,4%).

Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita perbulan, penduduk yang bermasalah pada gigi-mulut tertinggi pada kuintil 1 (26%), penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi asli terbanyak pada kuintil 1 dan 2 (masing-masing sebesar 0,8%) walaupun selisih antar kuintil tidak terlalu besar. Terdapat kecenderungan dengan semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita perbulan maka akan semakin tinggi pula penduduk yang menerima perawatan dari tenaga medis gigi, kecuali pada kuintil 3.

**Tabel 3.5.4.3**

**Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan menurut Jenis Perawatan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ pencabutan/ bedah gigi	Pemasangan protesa/ bridge	Konseling perawatan/ kebersihan gigi	Lainnya
Bengkulu Selatan	92,9	19,8	2,4	2,4	0,0
Rejang Lebong	86,0	33,6	5,1	7,9	0,5
Bengkulu Utara	97,8	33,3	1,2	14,5	0,0
Kaur	91,6	19,3	1,2	20,5	0,0
Seluma	94,8	19,7	2,6	24,7	0,0
Muko-muko	95,7	19,7	1,7	6,8	0,0
Lebong	97,3	14,5	2,7	8,0	4,0
Kepahiang	92,7	20,7	4,9	17,1	0,0
Kota Bengkulu	92,7	24,2	2,4	15,3	0,0
<b>Bengkulu</b>	<b>93,5</b>	<b>25,7</b>	<b>2,5</b>	<b>12,6</b>	<b>0,3</b>

Tabel 3.5.4.3 memberikan gambaran mengenai jenis perawatan yang diterima penduduk untuk masalah gigi-mulut berdasarkan kabupaten di Provinsi Bengkulu. Secara umum

Persentase penduduk yang menerima pengobatan untuk masalah gigi-mulut (93,5%) lebih besar daripada angka nasional (87,0%). Sedangkan untuk Persentase penduduk yang mendapatkan penambalan/pencabutan/bedah mulut, pemasangan protesa/bridge, konseling perawatan/kebersihan gigi, dan jenis perawatan lainnya lebih rendah dibandingkan dengan angka nasional.

Penduduk yang paling banyak menerima pengobatan terhadap masalah gigi-mulut adalah penduduk di Kabupaten Bengkulu Utara, yaitu sebesar 97,8% dan terendah di Kabupaten Rejang Lebong (86,0%).

Sedangkan penduduk yang paling banyak melakukan penambalan/ pencabutan/bedah gigi dan pemasangan protesa/bridge adalah penduduk di Kabupaten Rejang Lebong, yaitu masing-masing sebesar 33,6% dan 5,1%. Sedangkan penduduk yang paling banyak menerima konseling perawatan/kebersihan gigi adalah penduduk di Kabupaten Seluma, yaitu sebesar 24,7%.

**Tabel 3.5.4.4**  
**Persentase Penduduk yang Menerima Perawatan/Pengobatan Gigi menurut Jenis Perawatan dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

Karakteristik	Jenis perawatan gigi				
	Pengobatan	Penambalan/ Pencabutan/ Bedah gigi	Pemasangan protesa/ bridge	Konseling Perawatan/ Kebersihan gigi	Lainnya
<b>Umur (tahun)</b>					
< 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1 - 4	94,4	8,3	0,0	2,9	0,0
5 - 9	95,8	16,1	0,0	8,3	0,0
12 - 14	94,4	16,0	0,0	11,3	1,0
15 - 24	93,1	26,1	2,0	14,1	0,0
25 - 34	96,6	27,5	1,9	11,7	0,4
35 - 44	91,9	30,8	2,0	13,2	0,3
45 - 54	95,3	29,5	3,6	19,2	1,1
55 - 64	86,6	29,6	7,4	9,9	0,0
65 +	81,8	21,8	10,7	7,1	0,0
<b>Jenis kelamin</b>					
Laki-laki	93,1	26,0	2,7	12,8	0,2
Perempuan	93,6	25,4	2,4	12,5	0,4
<b>Daerah</b>					
Perkotaan	92,2	31,5	3,8	14,9	0,2
Perdesaan	94,1	22,5	1,8	11,4	0,3
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>					
Kuintil 1	93,4	18,7	3,3	9,9	0,0
Kuintil 2	93,5	27,7		10,4	0,3
Kuintil 3	93,4	21,5	2,8	14,0	0,4
Kuintil 4	93,5	25,4	2,0	10,8	0,3
Kuintil 5	93,0	31,1	4,5	16,3	0,6

Berdasarkan tabel 3.5.4.4 dapat diketahui tentang jenis perawatan yang diterima oleh penduduk yang mempunyai masalah gigi-mulut dibagi atas beberapa kriteria, yaitu pengobatan, penambalan/pencabutan/bedah gigi, pemasangan gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat, konseling/perawatan kebersihan gigi dan lainnya berdasarkan karakteristik responden.

Sebagian besar penduduk yang mendapatkan pengobatan terhadap masalah gigi-mulut (96,6%) ada pada kelompok 25-34 tahun. Persentase penduduk yang melakukan penambalan/pencabutan/bedah gigi terbanyak pada kelompok umur 35-44 tahun (30,8%). Persentase penduduk yang melakukan pemasangan gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat paling banyak pada kelompok 65 tahun keatas (10,7%) dan berkurang selaras dengan semakin muda umur penduduk. Persentase penduduk yang mendapatkan konseling/perawatan kebersihan gigi dan perawatan lainnya sebagian besar ada pada kelompok umur 45-54 tahun, yaitu masing-masing 19,2% dan 1,1%.

Penduduk laki-laki dan perempuan yang memperoleh pengobatan terhadap masalah gigi dan mulut relatif tidak berbeda, hanya selisih 0,5%. Sedangkan penduduk laki-laki yang melakukan penambalan/pencabutan/bedah gigi lebih banyak daripada perempuan. Persentase penduduk yang melakukan pemasangan gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat dan mendapatkan konseling/perawatan kebersihan gigi lebih banyak pada penduduk laki-laki (masing-masing 2,7% dan 12,8%), walaupun perbedaan di kedua kriteria tersebut hanya 0,3%.

Sebagian besar penduduk di perkotaan dan perdesaan mendapatkan pengobatan terhadap masalah gigi-mulut tetapi penduduk di perdesaan lebih banyak yang mendapatkan pengobatan (94,1%) dibandingkan dengan penduduk di perkotaan. Sedangkan penduduk di perkotaan lebih banyak yang melakukan penambalan/pencabutan/ bedah gigi, melakukan pemasangan gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat dan mendapatkan konseling/perawatan kebersihan gigi lebih banyak pada penduduk di perkotaan , yaitu masing-masing sebesar 31,5%, 3,8% dan 14,9%.

Hampir tidak ada perbedaan penduduk yang mendapatkan pengobatan terhadap masalah gigi-mulut di masing-masing kuintil, tetapi yang terendah adalah penduduk yang berada pada kuintil 5 (93%). Tetapi penduduk di kuintil 5 lebih banyak yang melakukan penambalan/pencabutan/ bedah gigi, melakukan pemasangan gigi palsu lepasan atau gigi palsu cekat dan mendapatkan konseling/perawatan kebersihan gigi lebih banyak pada penduduk di perkotaan , yaitu masing-masing sebesar 31,1%, 4,5% dan 16,3%

Tabel 3.5.4.5 menyajikan data mengenai kebiasaan penduduk dalam menggosok gigi dan waktu menggosok gigi menurut kabupaten pada penduduk di Provinsi Bengkulu. Persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari lebih tinggi (95,4%) dibandingkan dengan angka nasional (91,1%).

Berdasarkan tabel tersebut, dapat dilihat bahwa penduduk di Kota Bengkulu mempunyai presentase terbesar dalam kebiasaan menggosok gigi setiap hari, yaitu sebesar 98,1%. Persentase penduduk yang terendah dalam kebiasaan menggosok gigi setiap hari adalah di Kabupaten Kaur (90,4%).

Secara umum Persentase penduduk di Provinsi Bengkulu yang menggosok gigi pada saat mandi pagi dan atau sore hari (96,3%) lebih besar dibandingkan dengan angka nasional (90,7%), sedangkan Persentase penduduk yang menggosok gigi sesudah makan pagi, sesudah bangun pagi, sebelum tidur malam dan kebiasaan lainnya lebih rendah dibandingkan dengan angka nasional.

Sebagian besar penduduk di 9 kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu yang berumur 10 tahun keatas mempunyai kebiasaan menggosok gigi pada saat mandi pagi dan atau sore hari. Persentase kebiasaan menggosok gigi sesudah makan pagi terbesar ada di Kabupaten Rejang Lebong (19,9%), sedangkan yang paling banyak menggosok gigi sebelum tidur malam terbanyak ada di Kota Bengkulu (40,3%). Persentase terendah pada kebiasaan menggosok gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam ada di Kabupaten Bengkulu Utara (0,8% dan 3,0%).

**Tabel 3.5.4.5**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Waktu Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	Gosok gigi setiap hari	Waktu menggosok gigi				
		Saat mandi pagi/ sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	Lainnya
Bengkulu Selatan	94,6	98,3	3,8	12,1	6,4	1,1
Rejang Lebong	95,9	96,4	19,9	25,8	22,9	2,2
Bengkulu Utara	97,5	98,8	0,8	1,8	3,0	92,3
Kaur	90,4	98,9	1,1	2,0	3,1	100,
Seluma	91,9	96,5	4,4	4,6	3,1	0,7
Muko-muko	94,7	98,1	6,4	13,3	13,2	100,
Lebong	95,5	97,8	10,3	18,4	17,3	2,3
Kepahiang	93,5	95,5	11,6	14,8	20,3	2,4
Kota Bengkulu	98,1	90,0	17,3	47,3	40,3	2,4
<b>Bengkulu</b>	<b>95,4</b>	<b>96,3</b>	<b>9,0</b>	<b>17,6</b>	<b>15,8</b>	<b>2,7</b>

Berdasarkan kelompok umur, Persentase terbanyak yang menggosok gigi setiap hari adalah penduduk pada kelompok umur 15-24 tahun dan persentase yang menggosok gigi setiap hari terus menurun seiring dengan penambahan umur. Tidak terdapat perbedaan Persentase antara perempuan dan laki-laki yang menggosok gigi setiap hari. Penduduk yang tinggal di daerah perkotaan (98,1%) lebih banyak yang menggosok gigi setiap hari dibandingkan dengan penduduk di daerah perdesaan (94,4%). Terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita perbulan maka semakin tinggi pula Persentase penduduk yang menggosok gigi setiap hari.

Sebagian besar penduduk di Provinsi Bengkulu yang berumur 10 tahun keatas mempunyai kebiasaan menggosok gigi pada saat mandi pagi dan atau sore hari, dengan persentase terbesar pada kelompok umur 35-44 tahun (97,0%) dan terendah pada kelompok umur 65 tahun keatas (93,8%). Penduduk yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam terbesar ada pada kelompok umur 15-24 tahun, yaitu masing-masing sebesar 9,9% dan 20,9%. Sedangkan persentase penduduk yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam terkecil terdapat pada kelompok umur kelompok umur 65 tahun keatas, yaitu masing-masing sebesar 4,8% dan 5,0%.

Hampir tidak terdapat perbedaan antara waktu menggosok gigi saat mandi pagi dan atau sore hari pada perempuan dan laki-laki, tetapi persentase penduduk perempuan yang mempunyai kebiasaan menggosok gigi sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam lebih banyak dibandingkan laki-laki. Penduduk yang tinggal di perdesaan lebih besar persentase yang menggosok gigi pada waktu mandi pagi dan atau sore hari

dibandingkan dengan penduduk di perkotaan tetapi untuk kebiasaan selain itu lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan.

Jika dilihat berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita perbulan, tidak terlihat perbedaan yang nyata antara tingkat pengeluaran dengan waktu menggosok gigi. Terlihat kecenderungan terjadi peningkatan persentase kebiasaan menggosok gigi saat sesudah makan pagi, sesudah bangun pagi, malam hari sebelum tidur dan waktu menggosok gigi lainnya meningkat dengan bertambah tingginya tingkat pengeluaran perkapita perbulan penduduk di Provinsi Bengkulu.

**Tabel 3.5.4.6**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Menggosok Gigi Setiap Hari dan Waktu Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Gosok gigi setiap hari	Waktu menggosok gigi				Lainnya
		Saat mandi pagi/sore	Sesudah makan pagi	Sesudah bangun pagi	Sebelum tidur malam	
<b>Kelompok umur ( thn)</b>						
10 – 14	96,3	96,4	8,1	14,3	14,1	2,2
15 – 24	98,8	96,7	9,9	19,9	20,9	2,1
25 – 34	98,7	96,9	9,4	16,6	16,6	2,8
35 – 44	97,7	97,0	9,4	17,1	15,2	3,3
45 – 54	96,0	94,6	9,5	20,5	13,6	2,6
55 – 64	87,6	95,0	6,7	15,4	10,5	4,4
65+	68,6	93,8	4,8	13,3	5,0	3,4
<b>Jenis Kelamin</b>						
Laki-laki	95,2	96,2	7,7	16,0	12,4	2,5
Perempuan	95,6	96,3	10,3	18,8	19,1	2,9
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	98,1	92,7	17,2	36,8	35,2	2,3
Perdesaan	94,4	97,7	5,7	9,6	7,9	3,1
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil-1	93,6	95,7	6,9	14,3	9,7	3,0
Kuintil-2	94,5	96,3	7,6	15,8	11,5	2,5
Kuintil-3	95,6	96,6	7,4	16,2	13,8	2,4
Kuintil-4	96,5	96,4	10,2	19,3	18,0	2,9
Kuintil-5	96,7	96,4	12,4	20,9	24,6	2,8

Berdasarkan data dari tabel 3.5.4.7, maka pada tabel 3.5.4.8 disajikan persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang berperilaku benar dalam menggosok gigi. Dikategorikan berperilaku benar dalam menggosok gigi bila seseorang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari dengan cara yang benar, yaitu dilakukan pada saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam.



**Tabel 3.5.4.7**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Berperilaku Benar**  
**Menggosok Gigi menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
Bengkulu Selatan	1,7	98,3
Rejang Lebong	9,5	90,5
Bengkulu Utara	0,5	99,5
Kaur	0,3	99,7
Seluma	1,2	98,8
Muko-muko	2,1	97,9
Lebong	5,2	94,8
Kepahiang	5,3	94,7
Kota Bengkulu	11,8	88,2
<b>Bengkulu</b>	<b>4,8</b>	<b>95,2</b>

Catatan :

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

Tampak bahwa persentase penduduk yang berperilaku benar dalam menggosok masih sangat rendah, yaitu hanya sebesar 4,8% dan lebih kecil bila dibandingkan dengan angka nasional (7,3%). Kabupaten/kota dengan persentase penduduk tertinggi dalam berperilaku benar menggosok gigi adalah Kota Bengkulu (11,8%) dan terendah di Kabupaten Kaur (0,3%).

Berdasarkan kelompok umur, Persentase terbanyak yang berperilaku benar dalam menggosok gigi adalah umur 15-24 yaitu sebesar 5,8% dan terendah pada kelompok umur 65 tahun keatas (0,9%). Persentase penduduk perempuan yang berperilaku benar dalam menggosok gigi hanya 5,7%, walaupun masih lebih banyak daripada penduduk laki-laki (3,8%).

Penduduk yang tinggal di daerah perkotaan (11,0%) lebih banyak yang berperilaku benar dalam menggosok gigi dibandingkan dengan penduduk di daerah perdesaan (2,3%). Terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita perbulan maka semakin tinggi pula Persentase penduduk yang mempunyai perilaku benar menggosok gigi.

**Tabel 3.5.4.8**  
**Persentase Penduduk Sepuluh Tahun Keatas yang Berperilaku Benar Menggosok Gigi menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

Karakteristik	Berperilaku benar menggosok gigi	
	Ya	Tidak
<b>Umur</b>		
10 – 14	3,9	96,1
15 – 24	5,8	94,2
25 – 34	5,3	94,7
35 – 44	5,5	94,5
45 – 54	4,7	95,3
55 – 64	2,8	97,2
65+	0,9	99,1
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	3,8	96,2
Perempuan	5,7	94,3
<b>Daerah</b>		
Perkotaan	11,0	89,0
Perdesaan	2,3	97,7
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>		
Kuintil 1	3,0	97,0
Kuintil 2	3,1	96,9
Kuintil 3	3,6	96,4
Kuintil 4	5,4	94,6
Kuintil 5	8,3	91,7

Catatan :

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

**Tabel 3.5.4.9**  
**Komponen D, M, F dan Index DMF-T Menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>D-T</b>	<b>M-T</b>	<b>F-T</b>	<b>INDEX DMF-T</b>
Bengkulu Selatan	1.40	2.15	0.00	2.83
Rejang Lebong	0.76	2.95	0.03	3.79
Bengkulu Utara	1.64	2.45	0.01	3.11
Kaur	0.93	2.48	0.01	2.57
Seluma	1.04	2.82	0.05	2.80
Muko-muko	0.85	3.21	0.03	2.98
Lebong	0.87	3.89	0.00	4.77
Kepahiang	0.97	3.45	0.02	3.44
Kota Bengkulu	0.71	2.04	0.04	2.22
<b>Bengkulu</b>	<b>1.06</b>	<b>2.68</b>	<b>0.02</b>	<b>3.02</b>

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

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

Dibandingkan dengan angka nasional, rerata jumlah gigi berlubang, gigi dicabut/indikasi pencabutan, gigi ditumpat dan kerusakan gigi perorang lebih rendah daripada angka nasional.

Secara keseluruhan rerata jumlah kerusakan gigi perorang (indeks DMF-T) di Provinsi Bengkulu sebesar 3,02, hal ini berarti kerusakan gigi pada penduduk di Provinsi Bengkulu adalah 3 buah gigi perorang. Komponen terbesar adalah gigi dicabut (M-T) sebanyak 2,68 sehingga dapat dikatakan bahwa rerata penduduk di Provinsi Bengkulu mempunyai 3 gigi yang sudah dicabut atau indikasi pencabutan. Jika dilihat berdasarkan kabupaten/kota, rerata indeks DMF-T tertinggi terdapat di Kabupaten Lebong (5 buah gigi) dan terendah di Kota Bengkulu (3 buah gigi).

Nilai DMF-T yang ditemukan pada Riskesdas di Provinsi Bengkulu ini lebih rendah dari temuan SKRT 1995 sebesar 6,4 dan SKRT 2001 sebesar 5,3.

**Tabel 3.5.4.10**  
**Komponen D, M, F Dan Index DMF-T menurut Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>D-T</b>	<b>M-T</b>	<b>F-T</b>	<b>INDEX DMF-T</b>
<b>Umur</b>				
12	0.62	0.18	0.00	0.81
15	0.73	0.16	0.00	0.90
18	0.76	0.25	0.01	1.02
35 – 44	1.22	2.18	0.03	3.44
65 +	1.18	14.27	0.02	15.56
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki-laki	1.03	2.47	0.02	2.80
Perempuan	1.09	2.90	0.03	3.25
<b>Daerah</b>				
Perkotaan	0.74	2.24	0.04	2.47
Perdesaan	1.18	2.86	0.02	3.23
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>				
Kuintil 1	1.01	2.94	0.01	3.01
Kuintil 2	1.11	2.72	0.02	3.00
Kuintil 3	1.09	2.59	0.02	2.98
Kuintil 4	1.10	2.48	0.03	2.97
Kuintil 5	0.98	2.69	0.04	3.15

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

Indeks DMF-T menurut umur menunjukkan jumlah kerusakan gigi meningkat seiring dengan peningkatan umur. Pada kelompok umur 35-44 tahun DMF-T tinggi (3,44), bahkan pada kelompok umur di atas 65 tahun DMF-T sudah menjadi 15,56 yang berarti kerusakan gigi rata-rata 16 buah per orang. Bahkan komponen yang terbesar adalah M-T (rata-rata gigi dicabut) sebesar 14,27 per orang. DMF-T lebih tinggi pada perempuan dan di pedesaan. Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga, DMF-T tertinggi pada kelompok penduduk dengan tingkat pengeluaran rumah tangga yang lebih tinggi (kuintil-5).

**Tabel 3.5.4.11**  
**Prevalensi Karies Aktif dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun**  
**Keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Karies aktif</b>	<b>Pengalaman karies</b>
Bengkulu Selatan	44,7	55,1
Rejang Lebong	33,4	60,7
Bengkulu Utara	45,4	52,6
Kaur	30,4	46,9
Seluma	27,9	39,7
Muko-muko	26,4	48,2
Lebong	41,3	69,5
Kepahiang	35,6	52,3
Kota Bengkulu	25,5	44,9
<b>Bengkulu</b>	<b>34,8</b>	<b>51,0</b>

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

Orang dengan pengalaman karies= orang yang memiliki DMFT >0

Di Provinsi Bengkulu prevalensi karies aktif (34,8%) lebih rendah dari angka nasional (43,4%) dan pada prevalensi pengalaman karies (51,0%) juga lebih rendah dari angka nasional (67,2%). Kisaran prevalensi karies aktif adalah 25,5% - 45,4%, terendah di Kota Bengkulu dan tertinggi di Kabupaten Bengkulu Utara. Kisaran prevalensi pengalaman karies adalah sebesar 39,7% - 69,5%, yaitu terendah di Kabupaten Seluma dan tertinggi di Kabupaten Lebong.

**Tabel 3.5.4.12**  
**Prevalensi Karies Aktif Dan Pengalaman Karies Penduduk Umur 12 Tahun**  
**Keatas menurut Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Karies aktif</b>	<b>Pengalaman karies</b>
<b>Umur (tahun)</b>		
12	31,1	35,7
15	36,2	40,8
18	37,1	43,8
35 – 44	51,9	74,1
65 +	32,7	90,3
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	34,2	49,3
Perempuan	35,4	52,7
<b>Daerah</b>		
Perkotaan	28,6	48,3
Perdesaan	37,1	52,0
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>		
Kuintil 1	30,2	46,2
Kuintil 2	34,3	49,7
Kuintil 3	37,1	52,0
Kuintil 4	36,0	51,9
Kuintil 5	36,0	55,0

**Catatan :**

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

Berdasarkan informasi yang disajikan pada tabel 3.5.4.12, dapat dilihat bahwa terdapat kecenderungan semakin tinggi prevalensi karies aktif seiring dengan penambahan umur, kecuali pada kelompok umur 65 tahun keatas dimana prevalensi karies aktif sedikit lebih besar daripada kelompok umur termuda. Sedangkan pada prevalensi penduduk dengan pengalaman karies semakin meningkat sejalan dengan penambahan umur.

Perempuan lebih banyak yang menderita karies dan mempunyai pengalaman karies dibandingkan laki-laki. Penduduk yang tinggal di perdesaan juga lebih banyak yang menderita karies dan mempunyai pengalaman karies dibandingkan dengan penduduk yang tinggal di perkotaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita perbulan tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pengeluaran dengan jumlah penduduk yang menderita karies atau pernah mempunyai pengalaman karies. Prevalensi karies tertinggi banyak ditemukan pada kuintil 3, sedangkan yang pernah mempunyai pengalaman karies terbanyak adalah di kelompok kuintil 5.

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

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>RTI=(D/DMF-T)x100%</b>	<b>PTI=(F/DMF-T)x100%</b>	<b>MTI=(M/DMF-T)x100%</b>
Bengkulu Selatan	49.63	0.06	76.18
Rejang Lebong	20.08	0.92	77.87
Bengkulu Utara	52.68	0.46	78.73
Kaur	36.32	0.49	96.47
Seluma	37.16	1.76	100.90
Muko-muko	28.54	0.97	107.61
Lebong	18.24	0.10	81.61
Kepahiang	28.25	0.46	100.29
Kota Bengkulu	31.87	1.68	91.93
<b>Bengkulu</b>	<b>35.02</b>	<b>0.81</b>	<b>88.72</b>

Berdasarkan tabel 3.5.4.13 tampak PTI (motivasi seseorang untuk menumpatkan giginya yang berlubang dalam upaya mempertahankan gigi tetap) sangat rendah hanya 0,81%, sedangkan RTI (besarnya kerusakan yang belum ditangani dan memerlukan penumpatan/pencabutan) sebesar 35,02%. Terdapat 7 kabupaten/kota yang angka RTI-nya diatas rerata nasional (25,2%) dan hampir seluruh kabupaten/kota yang mempunyai nilai PTI di bawah rerata nasional (1,6%), kecuali di Kabupaten Seluma dan Kota Bengkulu.

Presentase RTI tertinggi terdapat di Kabupaten Bengkulu Utara (52,68%) dan terendah di Kabupaten Lebong (18,24%), sebaliknya persentase PTI tertinggi terdapat di kabupaten Seluma (1,76%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Selatan (0,06%)

**Tabel 3.5.4.14**  
**Required Treatment Index dan Performed Treatment Index menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>RTI=(D/DMF-T)X100%</b>	<b>PTI=(F/DMF-T)X100%</b>	<b>MTI=(M/DMF-T)X100%</b>
<b>Umur</b>			
12	76.90	0.00	22.33
15	82.07	0.08	17.85
18	74.63	0.96	24.63
35 – 44	35.57	0.80	63.20
65 +	7.56	0.11	91.70
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	36.70	0.78	88.02
Perempuan	33.53	0.82	89.27
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	29.92	1.79	90.54
Perdesaan	36.62	0.51	88.34
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>			
Kuintil 1	33.63	0.28	97.72
Kuintil 2	37.09	0.71	90.74
Kuintil 3	36.59	0.69	87.02
Kuintil 4	37.12	0.92	83.60
Kuintil 5	31.02	1.32	85.41

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa persentase tertinggi penduduk yang dengan RTI terdapat pada kelompok umur 15 tahun (82,07%) dan terendah pada kelompok umur 65 tahun keatas (7,56%), sedangkan persentase tertinggi penduduk dengan PTI terdapat pada kelompok umur 18tahun (0,96%) dan terendah pada umur 12 tahun (0,00%).

Penduduk laki-laki dan penduduk yang tinggal di perdesaan lebih banyak yang memiliki RTI dibandingkan dengan perempuan dan penduduk yang tinggal di perkotaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita perbulan, pada kuintil 4 yang terbanyak memiliki gigi karies dan memerlukan penumpatan atau pencabutan (RTI) dibandingkan dengan kelompok kuintil lainnya. Persentase penduduk yang mempunyai motivasi untuk menumpatkan gigi berlubang tertinggi semakin bertambah seiring dengan peningkatan kuintil.

**Tabel 3.5.4.15**  
**Persentase penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Fungsi normal gigi dan Edentulous, Protesa dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Fungsi normal gigi</b>	<b>Edentulous</b>	<b>orang dg protesa</b>
Bengkulu Selatan	96,1	0,5	2,4
Rejang Lebong	93,6	2,0	5,1
Bengkulu Utara	96,1	0,2	1,2
Kaur	96,3	0,3	1,2
Seluma	95,1	0,6	2,6
Muko-muko	94,8	0,9	1,7
Lebong	89,3	1,3	2,7
Kepahiang	93,4	0,5	4,9
Kota Bengkulu	96,1	0,5	2,4
<b>Bengkulu</b>	<b>95,1</b>	<b>0,7</b>	<b>2,5</b>

Penduduk provinsi Bengkulu yang masih mempunyai fungsi gigi normal (mempunyai minimal 20 gigi berfungsi) sebesar 95,1%, hanya di Kabupaten Lebong yang mempunyai persentase dibawah 90% tetapi masih lebih tinggi daripada hasil SKRT 2001 (86,5%). Persentase penduduk yang telah kehilangan seluruh gigi asli (edentulous) di Provinsi Bengkulu sebesar 0,7% dengan kisaran 0,2% - 2,0% dan tertinggi di Kabupaten Rejang Lebong. Pemakaian protesa atau gigi tiruan lepas atau gigi tiruan cekat sebanyak 2,5%, persentase tertinggi ditemukan di Kabupaten Rejang Lebong (5,1%) dan terendah di Bengkulu Utara dan Kaur (1,2%).

**Tabel 3.5.4.16**  
**Persentase penduduk Umur 12 Tahun Keatas menurut Fungsi normal gigi dan Edentulous, Protosa dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Fungsi normal gigi</b>	<b>Edentulous</b>	<b>orang dg protosa</b>
<b>Umur (tahun)</b>			
12	100,0	0,0	0,0
15	100,0	0,0	9,5
18	100,0	0,0	0,0
35 – 44	98,1	0,1	2,0
65 +	48,0	10,9	10,7
<b>Jenis kelamin</b>			
Laki-laki	94,7	0,8	3,2
Perempuan	93,5	0,8	2,7
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	95,1	0,8	4,4
Perdesaan	93,7	0,8	2,1
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>			
Kuintil 1	93,4	1,1	3,8
Kuintil 2	93,9	1,0	0,0
Kuintil 3	94,1	0,7	3,0
Kuintil 4	94,6	0,4	2,4
Kuintil 5	94,3	0,8	5,3

Berdasarkan informasi yang disajikan pada tabel 3.5.4.16 dapat dilihat bahwa penurunan fungsi normal gigi sudah terjadi mulai umur 35 tahun, pada umur 65 tahun keatas fungsi normal gigi sudah sangat jauh menurun, yaitu sekitar <50%. Hanya 0,1% orang pada kelompok umur 35 – 44 tahun yang telah kehilangan gigi aslinya, meningkat tajam pada kelompok umur di atasnya (10,9%). Orang yang memakai protese juga paling banyak ditemukan pada kelompok umur 65 tahun keatas diikuti dengan kelompok umur 15 tahun.

Pada laki-laki dan penduduk yang tinggal di perkotaan lebih banyak yang masih memiliki gigi yang berfungsi normal dan menggunakan protesa dibandingkan dengan perempuan dan penduduk yang tinggal di perdesaan, tidak terdapat perbedaan jumlah berdasarkan jenis kelamin dan kriteria tipe daerah yang telah kehilangan gigi asli.

Tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pengeluaran perkapita perbulan dengan persentase jumlah fungsi gigi normal dan pemakaian protesa. Mayoritas penduduk di masing-masing kuintil masih memiliki fungsi normal gigi, sedangkan pemakaian protesa lebih banyak terjadi pada kelompok kuintil 5. Persentase penduduk yang telah kehilangan gigi asli berbanding terbalik dengan peningkatan pengeluaran perkapita perbulan.



## 3.6. Cedera dan Disabilitas

### 3.6.1. Cedera

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

Tabel 3.6.1.1 memberikan gambaran bahwa prevalensi tertinggi penduduk yang mengalami cedera terdapat di Kabupaten Lebong (17,3%) sedangkan yang terendah terdapat pada Kabupaten Bengkulu Utara (2,1%). Apabila dibandingkan dengan angka prevalensi provinsi (9,0%), maka Kabupaten Bengkulu Utara, Kabupaten Lebong dan Kota Bengkulu mempunyai prevalensi cedera yang lebih tinggi dari prevalensi cedera provinsi. Sementara untuk urutan penyebab cedera terbanyak yaitu jatuh, kecelakaan transportasi darat dan terluka benda tajam/tumpul. Sedangkan untuk penyebab cedera yang lain bervariasi tetapi persentasenya kecil atau sedikit. Persentase jatuh paling besar terdapat di Kabupaten Lebong (65,3%) dimana persentasenya lebih besar dibanding angka provinsi (50,2%). Persentase kecelakaan transportasi darat terbanyak di Kabupaten Muko-muko (54,7%) menunjukkan persentase yang jauh lebih besar dari angka provinsi (44,2%). Adapun untuk persentase terluka benda tajam/tumpul paling tinggi terdapat di Kabupaten Seluma (37,9%) melebihi angka persentase provinsi yaitu sebesar 15,0%. Sedangkan penduduk yang mengalami cedera karena kecelakaan transportasi di laut hanya ada di Kabupaten Muko-muko.

Pada tabel 3.6.1.2 menunjukkan bahwa pada kelompok umur 15 – 24 tahun merupakan kelompok umur paling tinggi prevalensi yang mengalami cedera (13,6%) dibandingkan dengan kelompok umur lainnya kemudian diikuti oleh kelompok umur 5-14 tahun dan 75 tahun keatas (masing-masing sebesar 8,8%). Adapun untuk penyebab cedera jatuh menunjukkan persentase yang besar hampir disemua kelompok umur, kecuali pada umur 15-24 tahun dan 25-34 tahun dan persentase tertinggi terdapat pada kelompok umur < 1 tahun. Persentase penyebab cedera akibat kecelakaan transportasi darat yang tertinggi pada kelompok umur 15-24 tahun (73,1%). Penyebab cedera karena jatuh tampak didominasi oleh kelompok anak-anak dan orang lanjut umur. Persentase tertinggi karena terluka benda tajam/tumpul ada di kelompok umur 75 tahun keatas.

Prevalensi cedera berdasarkan jenis kelamin, tampak bahwa pada laki-laki yang mengalami cedera (12,9%) lebih banyak daripada perempuan. Berdasarkan penyebabnya juga terlihat bahwa hampir semua penyebab cedera mempunyai persentase yang lebih tinggi pada kelompok laki-laki dibandingkan dengan perempuan kecuali cedera karena jatuh, terluka benda tajam/tumpul dan terbakar/terkurung asap

Pada penduduk dengan tingkat pendidikan tamat SMA menduduki posisi pertama (11,2%) untuk prevalensi cedera dan terendah pada penduduk yang tidak sekolah dan tamat SD (8,3%). Penyebab cedera karena kecelakaan transportasi darat prevalensi tertinggi pada tingkat pendidikan tamat SMA (65,7%). Sedangkan yang mengalami kecelakaan transportasi di udara hanya terjadi pada kelompok penduduk berpendidikan tamat SMA dan PT. Adapun untuk prevalensi penyebab cedera jatuh terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin kecil prevalensi penduduk yang jatuh. Penyebab cedera karena terluka benda tajam/tumpul lebih banyak terjadi pada kelompok penduduk yang tidak tamat SD (22,9%).

Penduduk dengan pekerjaan sebagai pegawai (negeri/POLRI) memiliki persentase paling banyak yang mengalami cedera (11,9%) dibandingkan dengan penduduk yang bekerja selain sebagai pegawai atau penduduk yang masih sekolah. Pada kelompok penduduk dengan pekerjaan berwiraswasta mempunyai persentase mengalami kecelakaan transportasi darat tertinggi (69,8%). Pada kelompok ibu rumah tangga mempunyai persentase terbesar cedera karena jatuh (54,4%) sedangkan cedera karena

terluka benda tajam/tumpul lebih banyak terjadi pada penduduk yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh (26,7%).

Prevalensi penduduk di perkotaan lebih banyak yang mengalami cedera (12,9%) dibandingkan dengan penduduk di perdesaan. Persentase di perkotaan yang cedera karena kecelakaan transportasi di darat (50,4%) dan jatuh (54,5%) lebih banyak dibandingkan dengan Persentase penduduk di perdesaan, sedangkan yang terluka karena benda tajam/tumpul lebih banyak terjadi pada penduduk di perdesaan daripada di perkotaan.

Penduduk dengan tingkat pengeluaran perkapita perbulan berada pada kuintil 1 merupakan kelompok penduduk dengan Persentase terbanyak yang mengalami cedera (10,5%). Berdasarkan penyebab cedera karena kecelakaan transportasi di darat terlihat meningkat persentasenya seiring dengan bertambah tingginya tingkat pengeluaran perkapita perbulan, tetapi jika dilihat penyebab cedera karena terjatuh dan terluka benda tajam/tumpul berbanding terbalik dengan peningkatan tingkat pengeluaran perkapita perbulan.

Pembagian kategori bagian tubuh yang terkena cedera didasarkan pada klasifikasi dari ICD-10 (*The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) yang 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 menyajikan informasi mengenai bagian tubuh yang terkena cedera. Persentase bagian tubuh yang terkena cedera pada penduduk Provinsi Bengkulu paling tinggi adalah lutut dan tungkai bawah (36,6%), selanjutnya diikuti dengan bagian tubuh pergelangan tangan dan tangan (27,7%), tumit dan kaki (25,8%); dan siku, lengan bawah (20,7%).

Cedera di bagian lutut dan tungkai bawah paling banyak terjadi pada penduduk di Kabupaten Kaur (50,0%), cedera pada bagian pergelangan tangan dan tangan tertinggi terjadi di Kabupaten Bengkulu Selatan (46,9%) dan cedera di bagian tumit dan kaki lebih banyak terjadi pada penduduk di Bengkulu Utara (33,1%).

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

Kabupaten/ Kota	Cedera	Penyebab cedera															
		darat	laut	udara	Jatuh	Sajam /tumpul	Serangan	Senjata api	Kontak racun	Bencana alam	Bunuh diri	Tenggelam	radiasi	Terbakar	Asfiksia	Komplikasi medis	Lainnya
Bengkulu Selatan	2,1	53,1	0,0	0,0	21,9	24,2	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0
Rejang Lebong	7,0	35,1	0,0	0,5	61,0	17,6	1,5	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	4,2
Bengkulu Utara	9,6	49,1	0,0	0,5	46,6	14,0	2,3	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	1,5
Kaur	4,4	38,6	0,0	0,0	42,9	24,6	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5
Seluma	7,5	33,3	0,0	0,0	28,4	37,9	0,7	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,7	1,4	0,0	0,0	2,8
Muko-Muko	7,3	54,7	0,8	0,0	32,5	9,3	0,9	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,8	0,9	0,0	0,0	2,5
Lebong	11,	34,1	0,0	0,0	65,3	24,2	4,9	0,8	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	2,5
Kepahiang	7,6	40,4	0,0	1,0	47,6	20,4	3,9	0,0	3,9	5,8	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9
Kota Bengkulu	17,	47,8	0,0	0,5	57,6	5,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5	0,7	0,0	0,0	3,3
<b>Bengkulu</b>	<b>9,0</b>	<b>44,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,4</b>	<b>50,2</b>	<b>15,0</b>	<b>1,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>0,9</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>3,1</b>

Tabel 3.6.1.2

Prevalensi Cedera dan Persentase Penyebab Cedera menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007

Karakteristik	Penyebab cedera																
	Cede-ra	darat	laut	Udara	Jatuh	Sajam /tumpul	Serangan	Senja-ta api	Kontak racun	Bencana alam	Bunuh diri	Tenggela m	radiasi	Terbakar	Asfiksia	Komplika si medis	Lainnya
<b>Umur (tahun)</b>																	
< 1	3,8	7,1	0,0	0,0	92,9	7,1	7,1	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-- 4	7,2	6,6	0,0	0,0	81,1	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	1,9	0,0	0,0	5,7
5 -- 14	8,8	25,0	0,0	0,0	70,7	12,2	1,4	0,3	0,3	0,5	0,0	0,0	0,3	1,4	0,0	0,3	3,0
15 – 24	13,6	73,1	0,0	0,0	33,8	9,4	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,4	0,0	0,4
25 – 34	8,3	51,4	0,0	0,0	39,4	18,8	0,8	0,0	0,8	0,4	0,0	0,8	0,8	0,8	0,0	0,0	1,2
35 – 44	8,2	41,6	0,0	3,1	44,7	21,7	4,4	0,0	1,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	5,4
45 – 54	7,6	42,0	0,0	0,0	43,0	21,3	1,3	0,0	2,0	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3
55 – 64	7,6	33,3	1,4	0,0	49,3	21,7	1,4	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7
65 – 74	7,3	25,6	0,0	0,0	60,5	23,3	2,3	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3
75+	8,8	3,7	0,0	0,0	73,1	30,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Jenis Kelamin</b>																	
Laki	12,9	49,1	0,1	0,7	46,1	14,9	1,7	0,0	0,7	0,7	0,0	0,2	0,4	0,7	0,2	0,1	3,3
Perempuan	7,6	35,9	0,0	0,0	56,8	15,1	1,1	0,2	0,6	0,5	0,0	0,0	0,2	1,4	0,0	0,0	1,7
<b>Pendidikan</b>																	
Tidak sekolah	8,3	20,6	0,0	0,0	68,3	14,3	7,8	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Tidak tamat SD	9,2	29,5	0,0	0,0	52,3	22,9	2,0	0,0	1,3	1,7	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0
Tamat SD	8,3	50,0	0,0	0,0	45,8	15,9	2,1	0,3	0,9	0,3	0,0	0,0	0,0	1,2	0,6	0,0	1,4
Tamat SMP	10,2	61,0	0,3	0,0	39,1	16,7	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0	0,7	0,7	0,3	0,0	0,0	0,4
Tamat SMA	11,2	65,7	0,0	0,9	35,3	12,8	1,2	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	2,0
Tamat PT	10,5	60,9	0,0	5,8	37,7	8,7	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7

Karakteristik	Penyebab cedera																
	Cede-ra	darat	laut	Udara	Jatuh	Sajam /tumpul	Serangan	Senja-ta api	Kontak racun	Bencana alam	Bunuh diri	Tenggela m	radiasi	Terbakar	Asfiksia	Komplika si medis	Lainnya
<b>Pekerjaan</b>																	
Tidak bekerja	12,4	57,2	0,0	0,0	50,3	6,5	2,0	0,0	0,7	0,7	0,0	1,3	0,0	1,3	0,0	0,0	2,0
Sekolah	11,4	57,4	0,0	0,0	47,2	10,7	1,2	0,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3	2,7
Mengurus RT	5,2	31,1	0,0	0,0	54,4	17,8	0,0	0,0	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6
Pegawai	11,9	67,4	0,0	3,1	40,3	8,5	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3
Wiraswasta	9,4	69,8	0,0	0,0	33,3	8,5	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	1,6	0,8	0,0	0,0	1,6
Petani/Nelayan/ Buruh	8,9	40,1	0,2	0,6	42,6	25,6	3,1	0,0	1,3	1,1	0,0	0,0	0,2	0,9	0,4	0,0	3,0
Lainnya	8,9	53,3	0,0	0,0	20,0	26,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0
<b>Tipe daerah</b>																	
Perkotaan	12,9	50,4	0,0	0,7	54,5	6,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,0	0,0	3,0
Perdesaan	7,6	40,1	0,1	0,2	47,3	20,8	2,3	0,1	1,1	1,0	0,0	0,0	0,3	1,2	0,2	0,1	2,6
<b>Tingkat Pengeluaran per kapita</b>																	
Kuintil 1	10,5	34,9	0,0	0,5	56,6	19,2	2,5	0,0	1,5	0,2	0,0	0,5	0,7	0,2	0,0	0,2	2,5
Kuintil 2	8,1	35,7	0,0	0,6	52,6	16,6	1,9	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,3	2,3	0,0	0,0	3,3
Kuintil 3	8,1	48,2	0,0	0,0	51,5	15,0	1,6	0,0	0,7	1,3	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	1,6
Kuintil 4	9,7	50,7	0,0	0,0	47,7	12,1	0,3	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	3,4
Kuintil 5	8,9	52,2	0,3	1,2	41,9	11,6	0,9	0,3	0,3	1,5	0,0	0,0	0,0	1,2	0,6	0,0	2,7

**Tabel 3.6.1.3**  
**Prevalensi Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Bagian tubuh terkena Cedera									
	Ke- pala	Le- her	Da- da	Perut. Pung- gung. panggul	Bahu. Le- ngan atas	Siku. lengan bawah	Pergelang- an tangan dan tangan	Pinggul. tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
Bengkulu Selatan	12,5	0,0	3,2	12,9	12,9	22,6	46,9	3,2	38,7	18,8
Rejang Lebong	16,2	1,5	3,4	5,4	10,8	25,5	30,4	9,8	30,4	17,2
Bengkulu Utara	16,3	1,5	1,5	4,9	17,3	23,5	30,7	4,9	32,3	33,1
Kaur	14,0	1,8	1,8	7,1	8,9	35,1	41,1	1,8	50,0	32,1
Seluma	11,3	0,0	2,1	3,6	9,3	19,1	24,3	3,5	46,1	16,4
Muko-Muko	12,9	0,9	2,6	7,8	12,9	17,4	26,1	5,2	32,2	21,7
Lebong	9,8	0,8	6,5	5,7	14,5	34,1	36,6	12,1	39,0	17,7
Kepahiang	14,6	2,0	5,8	12,6	12,7	23,5	26,5	5,9	39,2	26,5
Kota Bengkulu	12,9	1,5	1,8	3,3	5,9	12,7	21,5	3,1	37,9	28,5
<b>Bengkulu</b>	<b>13,8</b>	<b>1,3</b>	<b>2,6</b>	<b>5,3</b>	<b>11,1</b>	<b>20,7</b>	<b>27,7</b>	<b>5,3</b>	<b>36,6</b>	<b>25,8</b>

**Tabel 3.6.1.4**  
**Prevalensi-Cedera menurut Bagian Tubuh Terkena Cedera dan Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

Karakteristik responden	Bagian tubuh terkena Cedera									
	Ke-pala	Le-her	Da-da	Perut. Pung-gung. panggul	Bahu. Le-ngan atas	Siku. lengan bawah	Pergelang-an tangan dan tangan	Pinggul - tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
< 1	46,2	0,0	0,0	0,0	23,1	0,0	15,4	0,0	7,1	15,4
1-4	22,9	1,9	1,0	3,8	5,7	14,3	9,6	1,0	32,7	17,1
5 – 14	17,9	1,1	,8	3,8	6,3	19,8	26,4	3,3	35,3	26,1
15 – 24	12,9	1,5	3,1	4,4	14,7	25,6	32,4	5,9	45,3	25,6
25 – 34	7,1	1,6	0,4	5,5	12,6	23,3	30,3	4,7	39,4	29,9
35 – 44	14,0	1,3	5,8	5,0	12,6	21,5	28,8	6,3	30,5	23,4
45 – 54	9,4	0,0	3,4	9,4	12,2	18,1	30,4	8,1	30,4	28,9
55 – 64	11,4	1,4	7,2	11,6	7,2	7,2	18,8	5,7	35,7	34,3
65 – 74	12,2	0,0	4,8	7,1	7,1	19,5	26,8	16,7	24,4	12,2
75+	15,4	0,0	3,7	7,7	15,4	7,7	22,2	3,7	23,1	26,9
<b>Jenis Kelamin</b>										
Laki	14,1	1,4	3,3	5,3	13,7	24,1	29,5	5,9	38,1	25,1
Perempuan	13,4	0,9	1,3	5,3	6,9	15,0	24,8	4,1	34,2	27,0
<b>Pendidikan</b>										
Tidak sekolah	6,5	0,0	3,2	7,9	9,7	12,9	23,8	9,7	25,8	38,1
Tidak tamat SD	12,5	1,4	3,1	7,1	10,5	18,0	25,4	5,8	32,2	24,4
Tamat SD	15,6	1,2	2,4	4,2	10,6	23,8	34,5	6,3	34,6	28,3
Tamat SMP	13,0	0,0	2,7	5,8	10,2	22,5	31,7	6,5	41,0	24,9
Tamat SMA	9,9	2,1	2,7	5,4	17,3	22,7	29,2	4,2	40,5	29,0
Tamat PT	5,9	0,0	4,3	1,4	7,2	17,4	21,7	5,9	49,3	23,5

Karakteristik responden	Bagian tubuh terkena Cedera									
	Ke-pala	Le-her	Da-da	Perut. Pung-gung. panggul	Bahu. Le-ngan atas	Siku. lengan bawah	Pergelang-an tangan dan tangan	Pinggul tungkai atas	Lutut dan tungkai bawah	Bagian tumit dan kaki
<b>Pekerjaan</b>										
Tidak bekerja	17,0	0,0	3,9	5,2	11,8	20,9	27,5	7,2	32,7	27,0
Sekolah	13,1	0,9	1,5	2,1	10,7	22,3	31,5	4,5	45,2	27,2
Mengurus RT	12,2	0,0	1,1	5,6	6,7	10,0	20,0	4,4	38,9	30,0
Pegawai	9,4	1,6	3,2	8,7	11,9	22,2	28,3	3,2	39,4	32,5
Wiraswasta	15,0	0,8	2,4	5,5	12,5	21,1	32,3	5,5	38,6	18,3
Petani/Nelayan/ Buruh	10,5	1,8	3,5	7,2	14,3	23,1	31,1	7,2	33,3	28,1
Lainnya	6,3	0,0	20,0	0,0	6,7	20,0	13,3	13,3	25,0	0,0
<b>Tipe daerah</b>										
Perkotaan	12,6	1,8	2,2	3,1	8,3	15,3	21,7	4,0	38,9	25,8
Perdesaan	14,6	0,9	2,7	6,7	13,0	24,3	31,8	6,0	35,2	25,8
<b>Pengeluaran perkapita per bulan</b>										
Kuintil 1	17,5	1,5	2,5	5,5	7,7	19,0	24,9	5,7	34,4	26,9
Kuintil 2	14,9	1,0	3,0	6,6	12,0	17,3	26,9	5,3	34,1	26,2
Kuintil 3	10,7	2,0	2,9	6,8	10,4	21,9	24,4	5,2	40,7	23,1
Kuintil 4	11,8	1,4	1,9	3,9	11,8	21,2	32,2	4,1	37,0	27,7
Kuintil 5	13,3	0,3	2,1	4,2	14,8	24,1	30,4	5,7	37,7	24,7



Berdasarkan tabel 3.6.1.4 dapat dilihat bahwa cedera di bagian kepala dan bahu/lengan atas lebih banyak terjadi pada kelompok umur < 1 tahun (46,2% dan 23,1%). Persentase tertinggi terkena cedera di bagian siku, lengan bawah (25,6%), pergelangan tangan, tangan (32,4%) dan lutut dan tungkai bawah (45,3%) terdapat pada kelompok umur 15 – 24 tahun. Cedera di bagian tumit dan kaki lebih banyak terjadi pada kelompok umur 55 – 64 tahun (34,3%)

Persentase penduduk yang mengalami cedera di kepala (15,6%), siku, lengan bawah (23,8%) dan pergelangan tangan dan tangan (34,5%) kebanyakan mempunyai tingkat pendidikan tamat SD. Sedangkan untuk cedera leher (2,1%) dan bahu, lengan atas (17,3%) terjadi pada penduduk yang berpendidikan tamat SMA. Persentase penduduk yang cedera di bagian dada (4,3%) dan lutut dan tungkai bawah (49,3%) merupakan bagian tubuh yang paling banyak mengalami cedera pada kelompok yang berpendidikan tamat PT. Cedera di bagian pinggul, tungkai atas (9,7%) dan bagian tumit (38,1%) paling banyak dijumpai pada kelompok yang tidak sekolah.

Berdasarkan bagian tubuh yang terkena cedera menurut jenis pekerjaan, dapat dilihat bahwa persentase cedera di bagian kepala lebih banyak terjadi pada kelompok penduduk yang tidak bekerja (17,0%). Sedangkan penduduk yang bekerja sebagai wiraswasta persentase cedera di bagian pergelangan tangan dan tangan (32,3%) lebih tinggi dibandingkan dengan cedera di bagian tubuh dan kelompok penduduk lainnya. Persentase penduduk yang masih sekolah lebih banyak cedera di bagian lutut dan tungkai bawah (45,2%) dibandingkan dengan cedera di bagian tubuh dan kelompok penduduk lainnya. Cedera pada bagian tumit dan kaki lebih banyak terjadi pada penduduk yang bekerja sebagai pegawai (32,5%)

Persentase penduduk yang mengalami cedera di bagian-bagian tubuh lebih banyak terjadi pada penduduk laki-laki, kecuali cedera di bagian tumit dan kaki. Persentase yang sama antara laki-laki dan perempuan diperlihatkan pada cedera di bagian perut punggung dan panggul (5,3%).

Persentase penduduk yang mengalami cedera di beberapa bagian tubuh lebih banyak terjadi di perdesaan, kecuali cedera di bagian leher; perut, punggung, panggul; lutut dan tungkai bawah lebih banyak terjadi di perkotaan. Persentase yang sama antara penduduk perkotaan dan perdesaan adalah cedera di bagian tumit dan kaki (25,8%)

Cedera di bagian kepala (17,5%) lebih banyak terjadi pada penduduk yang berada di kuintil 1 dibandingkan dengan penduduk di kuintil lainnya. Persentase penduduk yang mengalami cedera di bagian bahu (14,8%), siku (24,1%), dan pergelangan tangan (30,4%) lebih banyak terjadi pada penduduk yang berada pada kelompok kuintil 5 daripada penduduk di kuintil lainnya. Cedera di bagian leher (2,0%), perut (6,8%) dan lutut (40,7%) lebih banyak terjadi pada penduduk yang berada pada kuintil 3. Persentase penduduk yang cedera pada bagian pinggul tertinggi (5,7%) terjadi pada kelompok penduduk di kuintil 1 dan 5 dengan selisih antar kuintil tidak terlalu besar.

Klasifikasi jenis cedera merupakan modifikasi dari klasifikasi menurut ICD-10 (*The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Jenis cedera dapat diartikan juga sebagai jenis luka yang dialami oleh responden yang mengalami cedera. Persentase jenis cedera

merupakan angka Persentase dari responden yang mengalami cedera. Jenis cedera yang dialami oleh responden bisa lebih dari satu jenis cedera (*multiple injury*).

**Tabel 3.6.1.5**  
**Persentase Jenis Cedera menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ kota	Ben- turan	Luka lecet	Luka ter- buka	Luka ba- kar	Ter- kilir/ te- regang	Patah tu- lang	Ang- gota gerak ter- putus	Kera- cun- an	Lain- nya
Bengkulu Selatan	24,2	43,8	28,1	0,0	21,2	3,1	3,1	3,0	3,1
Rejang Lebong	33,7	42,0	17,1	1,9	48,8	5,3	0,0	3,4	1,6
Bengkulu Utara	38,0	53,9	23,5	1,0	26,9	2,3	0,5	1,8	1,5
Kaur	36,4	67,3	18,2	1,8	36,4	1,8	1,8	0,0	1,8
Seluma	30,2	44,6	46,8	4,3	17,3	4,3	0,0	0,0	0,0
Muko-Muko	34,5	51,3	22,4	2,6	24,1	5,2	0,9	3,4	2,6
Lebong	49,2	59,3	19,4	2,4	29,8	2,4	0,0	1,6	0,8
Kepahiang	32,4	51,0	24,5	5,8	35,0	3,9	2,0	3,9	1,0
Kota Bengkulu	34,4	65,3	9,7	1,5	8,5	2,0	0,6	0,4	1,1
<b>Bengkulu</b>	<b>35,7</b>	<b>55,6</b>	<b>19,8</b>	<b>2,0</b>	<b>23,6</b>	<b>3,0</b>	<b>0,6</b>	<b>1,6</b>	<b>1,3</b>

Secara umum di Provinsi Bengkulu Persentase jenis cedera terbesar adalah luka lecet (55,6) diikuti dengan benturan (35,6%) dan terkilir (23,6%). Sedangkan jenis cedera yang paling kecil Persentasenya adalah anggota gerak terputus (0,6%) kemudian jenis cedera lainnya (1,3%) dan keracunan (1,6%).

Benturan paling banyak terjadi pada penduduk di Kabupaten Lebong (49,2%) dibandingkan dengan penduduk di kabupaten lainnya. Luka lecet (67,3%), merupakan jenis cedera yang paling banyak terjadi di Kabupaten Kaur. Jenis cedera terkilir (48,8%) dan patah tulang (5,3%) paling banyak terjadi pada penduduk di Kabupaten Rejang Lebong dibandingkan penduduk di kabupaten/kota lainnya.

**Tabel 3.6.1.6**  
**Persentase Jenis Cedera menurut Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/ kota	Ben- turan	Lu- ka le- cet	Luka ter- buka	Luka ba- kar	Ter- kilir/ te- regang	Patah tu- lang	Ang- gota gerak ter- putus	Kera- cun- an	Lain- nya
<b>Umur (tahun)</b>									
< 1	64,3	46,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-- 4	27,9	50,5	8,7	2,9	17,5	1,0	0,0	0,0	1,0
5 -- 14	30,3	60,1	18,5	1,9	20,8	2,7	0,5	2,2	1,4
15 – 24	39,6	66,7	18,4	3,1	21,7	3,5	0,2	1,5	0,4
25 – 34	36,2	54,5	23,9	1,6	25,2	3,9	0,8	2,0	2,0
35 – 44	38,5	45,6	25,2	2,2	23,3	4,0	0,0	1,3	2,7
45 – 54	40,9	46,3	22,1	0,0	29,1	1,3	0,7	1,3	0,7
55 – 64	32,4	42,6	19,1	0,0	27,9	1,4	4,3	0,0	0,0
65 – 74	23,3	38,1	16,3	2,3	39,5	4,7	0,0	0,0	4,9
75+	24,0	28,0	24,0	0,0	40,0	4,0	4,0	4,0	0,0
<b>Jenis Kelamin</b>									
Laki	36,9	58,0	21,9	2,0	25,4	3,1	0,8	1,9	1,3
Perempuan	33,6	51,6	16,5	2,0	20,4	3,0	0,3	0,9	1,1
<b>Pendidikan</b>									
Tidak sekolah	17,5	35,9	14,1	0,0	39,7	3,2	0,0	6,3	1,6
Tidak tamat SD	33,4	47,6	24,1	2,4	26,2	3,7	1,0	3,1	1,0
Tamat SD	40,1	57,1	22,0	2,4	26,7	2,4	0,3	1,2	1,5
Tamat SMP	37,2	59,2	23,6	1,7	23,2	3,1	1,0	1,0	1,0
Tamat SMA	38,6	61,8	18,9	1,5	20,1	3,8	0,6	0,9	0,6
Tamat PT	42,0	60,9	11,6	0,0	15,9	4,3	0,0	0,0	4,3
<b>Pekerjaan</b>									
Tidak bekerja	37,9	65,8	15,7	3,9	19,6	4,6	2,0	0,7	2,7
Sekolah	32,9	64,7	17,7	2,1	22,5	3,9	0,9	2,4	0,9
Mengurus RT	29,7	45,1	22,8	1,1	18,7	2,2	0,0	0,0	3,3
Pegawai	39,1	64,8	16,4	0,0	17,2	1,6	0,0	0,8	0,8
Wiraswasta	42,5	66,1	14,2	0,8	16,7	3,9	0,0	1,6	0,0
Petani/Nelayan/ Buruh	37,6	46,5	27,1	1,7	31,2	3,1	0,6	1,8	1,3
Lainnya	60,0	26,7	26,7	12,5	13,3	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Tipe daerah</b>									
Perkotaan	35,0	62,3	12,1	1,3	15,4	3,0	0,4	0,6	1,2
Perdesaan	36,1	51,2	24,9	2,4	28,9	3,1	0,6	2,1	1,3
<b>Pengeluaran perkapita perbulan</b>									
Kuintil 1	37,3	53,5	20,5	1,0	24,3	1,3	0,3	0,8	2,3
Kuintil 2	39,8	51,6	21,5	3,3	19,1	3,6	1,3	1,6	0,7
Kuintil 3	28,4	58,5	19,5	2,0	28,1	2,3	1,0	1,3	1,0
Kuintil 4	37,1	57,4	19,0	1,1	23,4	4,4	0,0	2,2	1,1
Kuintil 5	34,9	56,9	18,7	2,7	22,6	4,2	0,6	2,1	0,9

Persentase penduduk yang mengalami benturan paling banyak terjadi pada kelompok umur < 1 tahun (64,3%), penduduk dalam kelompok umur ini hanya mengalami jenis cedera benturan dan luka lecet.. Persentase penduduk yang mengalami luka lecet lebih banyak terjadi pada kelompok umur 15 – 24 tahun (66,7%). Persentase penduduk yang mengalami luka terbuka paling banyak terjadi pada penduduk dengan kelompok umur 35 – 44 tahun (25,2%). Jenis cedera terkilir paling banyak terjadi pada kelompok umur 75 tahun keatas (40,0%). Persentase patah tulang paling banyak terjadi pada kelompok umur 65 – 74 tahun (4,7%) sedangkan persentase penduduk yang mengalami anggota gerak terputus paling banyak terjadi pada kelompok umur 55 – 64 tahun (4,7%).

Persentase jenis cedera benturan tertinggi adalah 42,0% (tamat PT), luka lecet 56,5% (tamat SMA), luka terbuka 25,6% (tidak tamat SD), luka bakar 2,4% (tidak tamat tamat SD dan tamat SD), terkilir/teregang 39,7% (tidak sekolah), patah tulang 8,4% dan anggota gerak terputus (amputasi) 4,3% (tamat PT), keracunan 6,3% (tidak sekolah) serta jenis cedera lainnya 4,3% (tamat PT). Luka bakar dan anggota gerak terputus tidak terjadi pada kelompok yang tidak sekolah dan tamat PT, keracunan juga tidak terjadi pada penduduk yang tamat PT dan mempunyai kecenderungan semakin tinggi pendidikan maka Persentase penduduk yang mengalami keracunan semakin kecil.

Berdasarkan jenis pekerjaan, terlihat bahwa pada persentase penduduk yang paling banyak mengalami benturan (60,0%), luka terbuka (26,7%) luka bakar (12,5%) adalah penduduk yang mempunyai jenis pekerjaan lainnya. Luka lecet (66,1%) paling banyak terjadi pada penduduk yang bekerja sebagai wiraswasta. Persentase penduduk terbanyak yang mengalami terkilir/teregang adalah penduduk yang bekerja sebagai petani/helayan/buruh (31,2%) sedangkan patah tulang (4,6%) dan anggota gerak terputus (2,0%) lebih banyak terjadi pada kelompok penduduk yang tidak bekerja.

Pada laki-laki memiliki persentase yang lebih besar dibandingkan perempuan terhadap jenis cedera yang dialami, kecuali pada luka bakar antara laki-laki dan perempuan mempunyai persentase yang sama (2,0%)

Persentase jenis cedera terlihat lebih tinggi di perdesaan dibandingkan dengan perkotaan, kecuali pada luka lecet persentase lebih besar ditunjukkan pada penduduk di perkotaan (62,3%).

Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita yang dibagi dalam kuintil, maka urutan jenis cedera terbanyak yang dialami adalah luka lecet 58,5% (kuintil 3), benturan 39,8% (kuintil 2), terkilir, teregang 24,3% (kuintil 1), luka terbuka 21,5% (kuintil 2). Jenis cedera anggota gerak terputus tidak terjadi pada penduduk yang berada pada kuintil 4.

### **3.6.2. Status Disabilitas/ketidakkampuan**

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/ketidakkampuan 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.

Pertanyaan yang digunakan merupakan pertanyaan International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Tujuan pertanyaan adalah untuk mendapatkan informasi mengenai kesulitan/ketidakmampuan yang dihadapi oleh responden dalam melakukan aktivitas yang disebabkan oleh kondisi kesehatannya yaitu penyakit atau kesakitan, permasalahan kesehatan lain baik yang berlangsung dalam jangka waktu singkat atau lama, cedera, kesehatan mental atau masalah emosi, dan penyalahgunaan obat atau minuman beralkohol. Pertanyaan bagian ini mencakup kesehatan fisik dan mental dan merujuk pada pengalaman ART dalam 1 bulan terakhir.

Dalam analisis ke 5 kriteria status disabilitas dikelompokkan menjadi 2 bagian besar yaitu status disabilitas dengan kriteria "Tidak bermasalah" dan kriteria "Bermasalah". Kriteria "Tidak bermasalah" apabila responden menjawab 20 buah pertanyaan disabilitas dengan kriteria 1 (Tidak ada), atau 2 (Ringan), dan kriteria "Bermasalah" apabila salah satu dari 20 buah pertanyaan dijawab dengan kriteria 3 (sedang), 4 (berat/ sulit) atau 5 (sangat berat/ sangat sulit). Untuk kriteria "Sangat bermasalah" apabila responden menjawab status disabilitas dalam kriteria "Bermasalah dan membutuhkan bantuan orang lain", sedangkan yang "Bermasalah" apabila tidak membutuhkan bantuan orang lain.

Berdasarkan Tabel 3.6.2.1 dapat diketahui bahwa secara keseluruhan di Provinsi Bengkulu, pada penduduk umur 15 tahun keatas yang bermasalah dalam hal penglihatan jarak jauh, penglihatan jarak dekat, merasa nyeri/rasa tidak nyaman merupakan jenis disabilitas yang menonjol. Sedangkan yang bermasalah dalam hal membersihkan seluruh tubuh dan mengenakan pakaian hanya sekitar 3%.

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. Secara nasional ternyata status disabilitas dengan kriteria "Sangat bermasalah" adalah sebesar 1,8% dan "Bermasalah" 19,5%.

**Tabel 3.6.2.1**  
**Persentase Penduduk Umur 15 tahun Keatas yang Bermasalah dalam Fungsi Tubuh menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskeudas 2007**

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

Tabel 3.6.2.2 menggambarkan status disabilitas di 9 kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu dengan kriteria sangat masalah dan masalah. Secara umum persentase penduduk di Provinsi Bengkulu yang memiliki masalah disabilitas dengan kriteria sangat bermasalah (3,5%) lebih tinggi dari angka nasional (1,8%), sedangkan pada kriteria bermasalah (23,4%) lebih kecil persentasenya dibandingkan dengan angka nasional (19,5%).

Pada kriteria sangat masalah, persentase tertinggi status disabilitas ditemukan di Kota Bengkulu (8,7%), disusul dengan Kabupaten Kaur (5%), Kabupaten Lebong (3,1%) dan Kabupaten Rejang Lebong (2,8%). Persentase tertinggi untuk kriteria masalah dalam status disabilitas ditemukan di Kabupaten Seluma (36%), Kabupaten Kepahiang (33%), dan Kabupaten Lebong (29,2%).

**Tabel 3.6.2.2**  
**Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas menurut Masalah Status dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

Kabupaten/Kota	Status disabilitas	
	Sangat bermasalah (%)	Bermasalah (%)
Bengkulu Selatan	1,3	19,2
Rejang Lebong	2,8	28,7
Bengkulu Utara	2,2	15,3
Kaur	5,0	28,1
Seluma	1,9	36,0
Muko-muko	1,3	16,0
Lebong	3,1	29,2
Kepahiang	2,5	33,0
Kota Bengkulu	8,7	19,6
<b>Bengkulu</b>	<b>3,5</b>	<b>23,4</b>

Berdasarkan tabel 3.6.2.3 dapat dilihat bahwa persentase penduduk yang memiliki status disabilitas "sangat bermasalah" bertambah besar seiring dengan bertambahnya umur, dengan kenaikan yang mencolok pada umur >75 tahun (25,3%). Demikian juga dengan status disabilitas "bermasalah". Namun, disabilitas "sangat masalah" pada golongan umur 15-24 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan golongan umur 25-34 tahun, yaitu masing-masing 2,3% dan 2,2%

Ditinjau dari jenis kelamin, tidak terlihat adanya perbedaan yang mencolok pada persentase status disabilitas "sangat bermasalah" antara perempuan (3,7%) dan laki-laki (3,3%). Sedangkan pada kriteria "bermasalah" sedikit lebih banyak ditemui pada perempuan (24,4%) dibandingkan dengan perempuan (22,4%). Persentase tertinggi untuk status disabilitas dengan kriteria "sangat bermasalah" dan "bermasalah" ditemukan pada penduduk yang tidak sekolah yaitu berturut-turut 9,7 % dan 45%. Sedang persentase penduduk dengan kriteria "sangat bermasalah" terendah terdapat pada responden yang tamat SMP (2.3%) disusul dengan responden yang tamat SD (2,4%) bermasalah terendah dijumpai pada kelompok dengan latar belakang tamat SMP (14,8%).

Berdasarkan jenis pekerjaan, persentase penduduk dengan disabilitas "sangat bermasalah" paling tinggi terdapat pada responden yang tidak bekerja (9,5%) dibandingkan dengan lainnya. Sedangkan persentase terendah untuk kriteria ini adalah petani/nelayan/buruh (2,1%). Penduduk yang tinggal di perkotaan merupakan persentase paling banyak memiliki status disabilitas "sangat bermasalah" dan (6%) dibandingkan dengan mereka yang tinggal di perdesaan (2,5%).

Persentase penduduk 15 tahun ke atas dengan status disabilitas "sangat masalah" banyak ditemukan pada kelompok kuintil 1 dan 2 yaitu masing-masing 3,8 % dan persentase yang berstatus disabilitas "masalah" banyak ditemukan pada kelompok kuintil 1 yaitu 24,6%. Terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita perbulan semakin besar pula penduduk yang tidak mengalami masalah disabilitas.

**Tabel 3.6.2.3**  
**Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas menurut Status dan**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik responden	Status Disabilitas	
	Sangat bermasalah (%)	Bermasalah (%)
<b>Umur (tahun)</b>		
15-24	2,3	11,5
25-34	2,2	15,3
35-44	2,6	20,0
45-54	3,6	31,9
55-64	4,6	48,5
65-74	8,5	63,0
>75	25,3	63,0
<b>Jenis kelamin:</b>		
Laki-laki	3,3	22,4
Perempuan	3,7	24,4
<b>Pendidikan:</b>		
Tidak sekolah	9,7	49,5
Tidak tamat SD	4,1	36,9
Tamat SD	2,4	25,0
Tamat SMP	2,3	14,8
Tamat SMA	3,5	15,0
Tamat PT	6,4	19,1
<b>Pekerjaan:</b>		
Tidak bekerja	9,5	31,7
Sekolah	2,8	10,7
Mengurus RT	3,7	19,5
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	5,9	16,3
Wiraswasta	4,2	22,1
Petani/Nelayan/Buruh	2,1	27,8
Lainnya	3,0	24,1
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	6,0	20,4
Perdesaan	2,5	24,6
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan:</b>		
Kuintil 1	3,8	24,6
Kuintil 2	3,8	23,6
Kuintil 3	3,1	23,8
Kuintil 4	3,7	22,8
Kuintil 5	3,4	22,4



Dilihat dari tabel 3.6.2.4, persentase penduduk di Provinsi Bengkulu yang membutuhkan bantuan orang lain dalam merawat diri (34,7%), melakukan aktivitas (3,39%) dan berkomunikasi (4,89%). Penduduk di Kabupaten Rejang Lebong paling banyak yang membutuhkan bantuan untuk merawat diri dan melakukan aktivitas (6,4% dan 6,19%) dibandingkan dengan penduduk di kabupaten/kota lainnya. Sedangkan yang membutuhkan bantuan dalam berkomunikasi lebih banyak terdapat di Kota Bengkulu (9,68%) dan terendah di Bengkulu Selatan (1,92%) Persentase terendah pada ketiga kriteria tersebut terdapat di Kabupaten Bengkulu Selatan, yaitu masing-masing sebesar 2,20%, 2,01% dan 1,92%.

**Tabel 3.6.2.4**  
**Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas yang Membutuhkan Bantuan Orang Lain menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Merawat diri</b>	<b>Melakukan aktivitas</b>	<b>Berkomunikasi</b>
Bengkulu Selatan	2,20	2,01	1,92
Rejang Lebong	6,40	6,19	6,40
Bengkulu Utara	2,73	2,84	3,25
Kaur	5,56	5,33	5,56
Seluma	2,85	2,93	3,51
Muko-muko	2,87	2,78	2,78
Lebong	3,56	3,41	3,84
Kepahiang	2,58	2,15	2,91
Kota Bengkulu	2,62	2,62	9,68
<b>Bengkulu</b>	<b>3,47</b>	<b>3,39</b>	<b>4,89</b>

Terdapat kecenderungan adanya peningkatan persentase penduduk yang membutuhkan bantuan orang lain dalam merawat diri dan melakukan aktivitas sejalan dengan bertambahnya umur, tetapi persentasenya turun hanya pada kelompok umur 45-54 tahun pada kriteria merawat diri dan melakukan aktivitas. Persentase kebutuhan bantuan dalam berkomunikasi yang terendah terdapat pada kelompok umur 25-44 tahun (4%), disusul berturut-turut kelompok umur 15-24 tahun (4,1%), 35-44 tahun (4,5%), dan terus meningkat seiring dengan bertambahnya umur.

Tidak terdapat perbedaan yang mencolok persentase penduduk perempuan dan laki-laki terhadap ketiga kriteria tersebut. Persentase penduduk umur 15 tahun ke atas yang tidak sekolah membutuhkan bantuan tertinggi, baik dalam merawat diri (6%), melakukan aktivitas (6,4%) dan berkomunikasi (8%).

Berdasarkan tingkat pendidikan, sampai dengan tamat SMA, dapat dilihat adanya pola peningkatan persentase penduduk yang membutuhkan bantuan pada perawatan diri, melakukan aktivitas dan berkomunikasi seiring dengan peningkatan pendidikan bahwa persentase tertinggi untuk penduduk yang membutuhkan bantuan dalam merawat diri, melakukan aktivitas dan berkomunikasi yaitu pada kelompok yang tidak sekolah, berturut-turut 7,9%, 7,8 % dan 9,4%.

Persentase tertinggi untuk penduduk yang membutuhkan bantuan dalam merawat diri, melakukan aktivitas dan berkomunikasi yaitu pada kelompok yang tidak bekerja, berturut-turut 7,8 persen, 7,5 % dan 9,3%. Tidak terdapat perbedaan yang mencolok antara persentase penduduk yang membutuhkan bantuan merawat diri dan melakukan

aktivitas di perkotaan dan perdesaan. Persentase penduduk perkotaan lebih tinggi dibandingkan persentase penduduk perdesaan yang membutuhkan bantuan dalam berkomunikasi. Persentase penduduk yang membutuhkan bantuan dalam merawat diri, melakukan aktivitas tertinggi pada kuintil 1 masing-masing 4% dan 3,9%. Sedangkan persentase tertinggi penduduk yang membutuhkan bantuan dalam komunikasi ada pada kuintil 1 dan 2 yaitu masing-masing sebesar 5,3%.

**Tabel 3.6.2.5**  
**Prevalensi Disabilitas Penduduk Umur 15 tahun Keatas yang Membutuhkan Bantuan Orang Lain dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik responden	Merawat diri	Melakukan aktivitas	Berkomunikasi
<b>Golongan umur</b>			
15-24 tahun	2,5	2,4	4,1
25-34 tahun	2,6	2,7	4,0
35-44 tahun	3,5	3,5	4,5
45-54 tahun	3,0	2,9	4,7
55-64 tahun	3,7	3,9	4,9
65-74 tahun	6,4	6,0	8,5
≥75 tahun	18,3	17,4	21,0
<b>Jenis kelamin:</b>			
Laki-laki	3,3	3,3	4,7
Perempuan	3,6	3,5	5,1
<b>Pendidikan:</b>			
Tidak sekolah	7,9	7,8	9,4
Tidak tamat SD	4,3	4,3	5,5
Tamat SD	3,3	3,2	3,9
Tamat SMP	2,6	2,6	3,9
Tamat SMA	2,7	2,6	4,6
Tamat PT	3,6	3,6	8,3
<b>Pekerjaan:</b>			
Tidak bekerja	7,8	7,5	9,3
Sekolah	2,3	2,1	4,3
Mengurus RT	2,4	2,5	4,8
Pegawai (Negeri, Swasta, Polri)	3,0	3,1	8,0
Wiraswasta	3,6	3,5	6,1
Petani/Nelayan/Buruh	3,2	3,1	3,5
Lainnya	4,3	4,3	2,5
<b>Tipe daerah:</b>			
Perkotaan	3,6	3,6	7,6
Perdesaan	3,4	3,3	3,9
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan:</b>			
Kuintil 1	4,0	3,9	5,3
Kuintil 2	3,6	3,6	5,3
Kuintil 3	3,3	3,1	4,5
Kuintil 4	3,8	3,8	5,5
Kuintil 5	2,7	2,8	4,1

### 3.7. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

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

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

#### 3.7.1. Perilaku Merokok

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

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

Kabupaten/Kota	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
Bengkulu Selatan	32,2	5,6	1,1	61,2
Rejang Lebong	29,2	4,4	1,8	64,5
Bengkulu Utara	31,8	3,6	1,2	63,4
Kaur	33,5	5,1	1,9	59,5
Seluma	30,7	3,7	3,7	62,0
Muko-Muko	29,9	4,9	1,5	63,7
Lebong	33,3	4,3	1,2	61,2
Kepahiang	31,7	3,7	2,8	61,8
Kota Bengkulu	21,2	6,2	1,7	70,9
<b>Bengkulu</b>	<b>29,5</b>	<b>4,6</b>	<b>1,8</b>	<b>64,1</b>

Secara umum terlihat persentase perokok saat ini di Provinsi Bengkulu sebesar 29,5%, Persentase terbesar di Kabupaten Kaur (33,5%) disusul dengan Lebong (33,3%) dan Bengkulu Selatan (32,2%), sedangkan terendah di Kota Bengkulu (21,2%). Persentase perokok kadang-kadang sebesar 4,6%, tertinggi di Kota Bengkulu (6,2%) dan terendah di Bengkulu Utara (3,6%), kemudian disusul oleh Seluma dan Kepahiang (masing-masing sebesar 3,7%)

Di Provinsi Bengkulu, mantan perokok hanya 1,8% dengan persentase terendah di Bengkulu Selatan (1,1%) disusul oleh Bengkulu Utara dan Lebong (masing-masing sebesar 1,2%). Sedangkan penduduk yang mantan perokok tertinggi di Kabupaten Seluma (3,7%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Selatan (1,1%). Persentase bukan perokok sebesar 64,1%, terbesar di Kota Bengkulu (70,9%) dan terendah di Kabupaten Kaur (59,5%)

**Tabel 3.7.1.2**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas menurut Kebiasaan Merokok dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Risesdas 2007**

Karakteristik responden	Perokok saat ini		Tidak merokok	
	Perokok setiap hari	Perokok kadang-kadang	Mantan perokok	Bukan perokok
<b>Umur (tahun)</b>				
10-14	0,7	1,6	0,1	97,5
15-24	22,5	6,5	0,4	70,5
25-34	35,1	4,6	1,4	59,0
35-44	38,3	4,0	2,1	55,6
45-54	41,3	4,9	2,0	51,8
55-64	43,1	4,1	4,5	48,3
65-74	37,2	6,3	7,8	48,7
75+	33,6	6,5	9,2	50,7
<b>Jenis kelamin</b>				
Laki	55,9	7,9	3,4	32,8
Perempuan	2,4	1,2	0,2	96,1
<b>Pendidikan</b>				
Tidak sekolah	26,5	3,2	3,2	67,0
Tidak tamat SD	28,1	2,8	1,8	67,3
Tamat SD	30,2	4,1	1,8	63,9
Tamat SMP	30,3	5,6	1,4	62,8
Tamat SMA	33,7	6,1	1,7	58,5
Tamat PT	22,9	7,1	3,3	66,7
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	22,9	5,5	2,2	69,4
Perdesaan	32,2	4,2	1,7	61,9
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>				
Kuintil 1	29,6	4,3	1,5	64,6
Kuintil 2	30,0	4,1	1,8	64,1
Kuintil 3	29,5	4,3	2,0	64,2
Kuintil 4	29,0	5,1	2,0	63,9
Kuintil 5	29,6	5,1	1,8	63,5

Persentase tertinggi perokok setiap hari ada pada kelompok umur 55 – 64 tahun (43,1%). Secara garis besar Persentase pria perokok setiap hari (55,9%) jauh lebih besar dibandingkan perempuan (2,4%). Semakin tinggi tingkat pendidikan penduduk di Provinsi Bengkulu semakin besar pula Persentase kebiasaan merokok setiap hari, tetapi untuk penduduk tamat PT terjadi penurunan persentase penduduk yang mempunyai

kebiasaan merokok setiap hari dengan angka lebih kecil daripada kelompok pendidikan lainnya. Berdasarkan daerah tempat tinggal, terlihat bahwa Persentase penduduk yang tinggal di perdesaan dan merokok setiap hari (32,2%) lebih besar dibandingkan dengan penduduk di perkotaan (22,9%). Tidak terdapat perbedaan yang mencolok persentase penduduk yang merokok setiap hari antar kuintil.

**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 Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Perokok saat ini</b>	<b>Rerata jumlah batang rokok/hari</b>
Bengkulu Selatan	37,7	13,07
Rejang Lebong	33,6	9,70
Bengkulu Utara	35,4	12,63
Kaur	38,6	11,85
Seluma	34,3	11,43
Muko-Muko	34,8	11,63
Lebong	37,6	10,92
Kepahiang	35,5	11,12
Kota Bengkulu	27,4	10,63
<b>Bengkulu</b>	<b>34,1</b>	<b>13,3</b>

Tabel 3.7.1.3 menyajikan data mengenai prevalensi perokok saat ini dan rerata jumlah batang rokok yang dihisap oleh penduduk berumur 10 tahun keatas. Kriteria perokok saat ini adalah mereka yang merokok setiap hari dan atau kadang-kadang merokok. Secara umum persentase responden di Provinsi Bengkulu yang merupakan perokok saat ini sebesar 34,1% lebih tinggi daripada angka nasional (29,2%). Rerata jumlah batang rokok yang dihisap setiap hari sebanyak 13,3 batang. Kabupaten Kaur memiliki Persentase tertinggi untuk perokok saat ini, yaitu sebesar 38,6%, sedangkan Kota Bengkulu memiliki Persentase terendah (27,4%). Berdasarkan rerata jumlah batang rokok yang dihisap perhari terbanyak terdapat di Kabupaten Bengkulu Selatan (13,07 batang) kemudian Bengkulu Utara (12,63 batang), sedangkan terendah adalah di Kabupaten Rejang Lebong (9,7 batang).

**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 Bengkulu, Riskedas**

Karakteristik responden	Perokok saat ini	Rerata jumlah batang rokok/hari
<b>Umur (tahun)</b>		
10-14	2,3	4,37
15-24	29,0	9,65
25-34	39,6	11,40
35-44	42,3	12,74
45-54	46,2	12,81
55-64	47,2	11,60
65-74	43,6	9,77
75+	39,9	9,31
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	63,8	11,66
Perempuan	3,7	7,04
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	29,7	10,59
Tidak tamat SD	30,9	11,73
Tamat SD	34,3	11,40
Tamat SMP	35,8	11,18
Tamat SMA	39,8	11,71
Tamat PT	30,0	11,48
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak kerja	25,3	9,51
Sekolah	7,8	6,51
Ibu RT	2,8	6,95
Pegawai	43,7	12,09
wiraswasta	48,0	12,51
Petani/nelayan/buruh	52,3	11,80
Lainnya	48,5	9,72
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	28,3	11,02
Perdesaan	36,4	11,59
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>		
Kuintil 1	33,9	11,12
Kuintil 2	34,1	11,71
Kuintil 3	33,9	10,90
Kuintil 4	34,0	11,47
Kuintil 5	34,7	12,03

Jumlah perokok saat ini paling banyak pada kelompok umur 55 – 64 tahun, sebesar 47,2% dan terendah pada kelompok umur 10 – 14 tahun (2,3%). Berdasarkan kelompok umur terlihat pola peningkatan rerata jumlah batang rokok yang dihisap sehari seiring dengan penambahan umur sampai dengan umur 64 tahun, dan menurun kembali seiring dengan semakin tua umur responden. Terdapat kecenderungan peningkatan jumlah rokok yang dihisap per hari seiring dengan penambahan umur, tetapi terjadi penurunan rerata jumlah rokok yang dihisap mulai umur 55 tahun. Rerata jumlah rokok sehari tertinggi terdapat pada kelompok umur 45 – 54 tahun (12,81 batang) dan terendah pada kelompok umur 10 – 14 tahun (4,37 batang).

Laki-laki jauh lebih banyak yang merokok saat ini (63,8%) dari pada perempuan (3,7%), demikian pula halnya dengan rerata jumlah batang rokok yang dihisap sehari. Semakin tinggi tingkat pendidikan penduduk di Provinsi Bengkulu semakin besar pula Persentase penduduk yang merokok saat ini, tetapi untuk penduduk tamat PT terjadi penurunan persentase penduduk yang merokok saat ini. Tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pendidikan dan rerata jumlah batang yang dihisap sehari. Rerata tertinggi terdapat pada penduduk yang berpendidikan tidak tamat SD (11,73 batang) dan terendah pada kelompok yang tidak sekolah (10,59%).

Berdasarkan jenis pekerjaan dapat dilihat bahwa Persentase terbesar perokok saat ini adalah mereka yang bekerja sebagai petani/nelayan/buruh (52,3%) dan terendah pada ibu rumah tangga (2,8%), sedangkan rerata jumlah rokok tertinggi yang dihisap dalam sehari adalah mereka yang bekerja sebagai wiraswasta (12,51 batang) dan terendah pada mereka yang masih sekolah (6,51%).

Di perdesaan lebih tinggi Persentase yang merokok saat ini (36,4%) dibandingkan di perkotaan (28,3%), sedangkan rerata jumlah rokok yang dihisap per hari tidak menunjukkan perbedaan yang mencolok. Tidak terlihat pola yang jelas antara tingkat pengeluaran perkapita perbulan dengan Persentase penduduk yang merokok saat ini dan rerata jumlah rokok yang dihisap dalam sehari dengan perbedaan persentase yang relatif kecil antar kuintil.

**Tabel 3.7.1.5**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas Perokok menurut Rerata Jumlah Batang Rokok dan Kabupaten/Kota di Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Rerata batang rokok sehari				
	≥49 btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg
Bengkulu Selatan	0,0	0,2	5,3	27,0	67,5
Rejang Lebong	0,0	0,1	1,4	10,6	87,9
Bengkulu Utara	0,0	0,2	1,2	33,0	65,6
Kaur	0,3	0,3	1,3	20,9	77,4
Seluma	0,0	0,6	1,4	23,6	74,3
Muko-Muko	0,0	0,5	2,1	22,0	75,4
Lebong	0,0	0,3	1,9	14,7	83,0
Kepahiang	0,3	0,0	0,8	17,3	81,7
Kota Bengkulu	0,3	0,3	2,0	15,5	81,9
<b>Bengkulu</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>1,8</b>	<b>21,4</b>	<b>76,4</b>

Sebagian besar penduduk di Bengkulu merokok dengan rerata 1-12 batang sehari (76,4%), tertinggi di Kabupaten Rejang Lebong (87,9%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara (65,6%). Penduduk yang merokok dengan rerata 13 – 24 batang sehari, tertinggi terdapat di Kabupaten Bengkulu Utara (33,0%) dan terendah di Kabupaten

Rejang Lebong (10,6%). Responden yang merokok sebanyak  $\geq 49$  batang sehari hanya terdapat di 3 kabupaten/kota, yaitu di Kabupaten Kaur, Kepahiang dan Kota Bengkulu.

**Tabel 3.7.1.6**  
**Persentase Perokok Saat Ini Berdasarkan Jumlah Batang Rokok yang**  
**Dihisap per Hari menurut Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas**  
**2007**

Karakteristik	Rerata batang rokok perhari				
	$\geq 49$ btg	37-48 btg	25-36 btg	13-24 btg	1-12 btg
<b>Umur (tahun)</b>					
10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
15-24	0,0	0,1	0,5	16,3	83,1
25-34	0,0	0,2	1,6	21,2	77,0
35-44	0,2	0,4	3,1	24,4	71,9
45-54	0,1	0,5	2,8	26,1	70,5
55-64	0,0	0,0	1,2	23,0	75,8
65-74	0,0	0,0	0,0	15,3	84,7
75+	0,0	0,0	0,0	18,5	81,5
<b>Pendidikan</b>					
Tidak sekolah	0,0	0,0	1,9	18,8	79,2
Tidak tamat SD	0,1	0,0	1,8	22,4	75,8
Tamat SD	0,1	0,5	1,4	19,0	79,0
Tamat SMP	0,0	0,1	1,3	22,2	76,4
Tamat SMA	0,2	0,3	2,5	23,1	74,0
Tamat PT	0,0	1,1	2,6	23,2	73,2
<b>Daerah</b>					
Perkotaan	0,2	0,3	2,5	18,2	78,8
Perdesaan	0,0	0,2	1,6	22,5	75,7
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>					
Kuintil 1	0,1	0,0	1,7	19,3	78,8
Kuintil 2	0,2	0,1	2,1	21,8	75,8
Kuintil 3	0,0	0,2	0,9	19,1	79,8
Kuintil 4	0,0	0,4	1,8	20,6	77,2
Kuintil 5	0,1	0,5	2,5	25,9	71,0

Seluruh penduduk yang berumur 10 – 14 tahun merokok sebanyak 1 – 12 batang perhari. Penduduk yang merokok dengan rerata  $\geq 49$  batang perhari hanya terdapat pada kelompok umur 35 – 44 tahun dan 45 – 54 tahun dengan persentase yang relatif kecil.

Berdasarkan tingkat pendidikan terlihat kecenderungan terjadi perbandingan terbalik dengan jumlah batang yang dihisap perhari pada kelompok 1 – 12 batang, yaitu semakin tinggi pendidikan semakin sedikit penduduk yang merokok 1 – 12 batang, kecuali pada kelompok dengan pendidikan tidak tamat SD mempunyai persentase lebih besar daripada kelompok pendidikan yang lebih tinggi. Rerata jumlah batang rokok yang dihisap perhari sebanyak 37 – 48 batang hanya dilakukan pada penduduk dengan tingkat pendidikan tamat SD ke atas, dengan persentase yang tidak terlalu besar.



Penduduk yang tinggal di perkotaan mempunyai persentase tertinggi pada hampir semua kelompok rerata jumlah batang rokok yang dihisap perhari, kecuali pada kelompok rerata 13 – 24 batang perhari.

Tidak terlihat adanya pola yang jelas berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita perhari terhadap kelompok rerata jumlah batang rokok yang dihisap perhari. Pada kuintil 5 mempunyai persentase terendah pada kelompok rerata 1- 12 batang, tertinggi pada kelompok 13 – 24 batang, 25 – 36 batang dan 37 – 48 batang.

**Tabel 3.7.1.7**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Mulai Merokok Tiap Hari dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Umur mulai merokok tiap hari (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Bengkulu selatan	0,0	4,9	26,1	8,5	1,7	0,6	58,2
Rejang lebong	0,0	11,3	40,7	13,9	3,4	2,6	28,1
Bengkulu utara	0,0	10,8	27,5	5,2	0,9	1,1	54,5
Kaur	0,0	6,2	37,9	5,0	1,2	0,6	49,1
Seluma	0,0	17,8	20,5	4,9	1,5	1,5	53,8
Muko-muko	0,0	10,9	32,6	17,8	5,3	4,0	29,4
Lebong	0,0	16,2	52,8	12,5	4,2	2,6	11,7
Kepahiang	0,0	14,6	49,2	17,4	2,2	2,0	14,6
Kota bengkulu	0,0	13,8	50,7	12,4	1,5	2,4	19,2
<b>Bengkulu</b>	<b>0,0</b>	<b>10,6</b>	<b>36,8</b>	<b>11,4</b>	<b>2,4</b>	<b>1,8</b>	<b>37,0</b>

Puncak umur mulai merokok setiap hari di Provinsi Bengkulu adalah pada kelompok umur 15 – 19 tahun (36,4%), tetapi yang mengaku tidak tahu atau lupa saat pertama kali merokok setiap hari mempunyai persentase yang relatif cukup besar (37%), sedikit lebih besar dari persentase pada kelompok umur 15 – 19 tahun.

Pada kelompok umur 15 – 19 tahun yang mulai merokok setiap hari tertinggi di Kota Bengkulu (50,7%) dan terendah di Kabupaten Seluma (20,5%).

Berdasarkan kelompok umur 15 – 19 tahun yang mulai merokok setiap hari terlihat kecenderungan semakin menurun seiring dengan penambahan umur, pola yang berbeda terjadi pada kelompok tidak tahu atau lupa umur saat mulai merokok setiap hari. Sehingga dapat dikatakan pada kelompok umur yang lebih tua cenderung tidak ingat umur saat pertama kali merokok.

Laki-laki lebih banyak mulai merokok setiap hari pada umur yang relatif muda, yaitu dibawah 25 tahun sedangkan perempuan pada umur yang lebih tua.

Terjadi kecenderungan persentase umur mulai merokok setiap hari 15 – 19 tahun semakin meningkat seiring dengan semakin tingginya tingkat pendidikan tapi terjadi penurunan persentase pada tingkat pendidikan tamat PT dengan nilai yang lebih kecil dibandingkan dengan tingkat pendidikan tamat SMP dan tamat SMA.

Pada penduduk yang tinggal di perkotaan lebih besar persentase yang mulai merokok setiap hari pada kelompok umur muda sampai dengan umur 24 tahun. Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita perbulan, terdapat kecenderungan umur mulai merokok

setiap hari pada kelompok 15 – 19 tahun semakin meningkat seiring dengan penambahan kuintil tetapi pada kuintil 5 terjadi penurunan persentase.

**Tabel 3.7.1.8**  
**Persentase Penduduk 10 tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Mulai Merokok tiap Hari dan Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskedas 2007**

Karakteristik	Umur mulai merokok tiap hari (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
<b>Umur (tahun)</b>							
10-14	0,0	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	89,7
15-24	0,0	23,0	50,9	2,0	0,0	0,0	24,1
25-34	0,0	10,4	47,5	11,9	1,7	0,3	28,2
35-44	0,0	9,3	36,4	13,9	2,8	1,1	36,5
45-54	0,0	7,5	28,7	14,2	2,9	2,5	44,2
55-64	0,0	9,8	22,8	9,5	4,5	5,8	47,6
65-74	0,0	4,4	19,9	11,2	4,9	5,8	53,8
75+	0,0	3,1	13,3	10,2	1,0	11,2	61,2
<b>Jenis kelamin</b>							
Laki	0,0	12,1	39,0	11,1	2,1	1,4	34,3
Perempuan	0,0	2,6	10,5	2,9	3,1	5,8	75,1
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	0,0	8,8	22,5	6,9	3,9	5,9	52,0
Tidak tamat SD	0,0	11,2	24,2	8,7	2,4	2,6	50,9
Tamat SD	0,0	13,5	33,8	11,3	2,4	2,1	36,9
Tamat SMP	0,0	11,9	45,2	8,7	1,9	0,1	32,2
Tamat SMA	0,0	9,6	47,4	12,6	1,5	1,5	27,4
Tamat PT	0,0	9,2	41,5	16,2	4,6	3,1	25,4
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	0,0	11,7	47,1	13,1	1,4	2,0	24,7
Perdesaan	0,0	11,2	33,5	9,6	2,4	1,8	41,5
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>							
Kuintil 1	0,0	13,8	33,8	9,2	2,2	1,5	39,5
Kuintil 2	0,0	12,8	34,6	8,7	2,7	1,8	39,4
Kuintil 3	0,0	8,6	37,6	10,1	1,7	2,0	40,0
Kuintil 4	0,0	10,9	38,3	10,6	2,6	2,0	35,6
Kuintil 5	0,0	10,3	37,7	13,3	1,7	1,9	35,1

**Tabel 3.7.1.9**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Umur pertama kali merokok/kunyah tembakau (tahun)						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
Bengkulu Selatan	2,3	5,9	40,5	10,9	2,3	1,0	37,2
Rejang Lebong	1,0	15,5	41,7	12,0	3,3	1,6	24,9
Bengkulu Utara	0,6	11,9	27,1	5,0	0,7	0,7	53,9
Kaur	0,7	7,6	36,1	4,8	0,7	0,7	49,5
Seluma	1,6	18,1	42,9	3,8	0,8	1,3	31,5
Muko-Muko	1,6	16,8	34,4	12,9	3,5	3,5	27,3
Lebong	3,1	17,5	51,8	12,5	4,3	3,5	7,4
Kepahiang	2,1	14,4	52,4	17,8	2,7	2,1	8,6
Kota Bengkulu	1,7	18,1	51,6	13,1	1,7	2,1	11,8
<b>Bengkulu</b>	<b>1,1</b>	<b>10,9</b>	<b>31,3</b>	<b>7,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,7</b>	<b>45,6</b>

Secara umum dapat dilihat semakin besar persentase umur pertama kali merokok seiring dengan penambahan umur sampai dengan kelompok umur 15-19 tahun dan terus menurun mulai kelompok umur 20 – 24 tahun. Persentase terbanyak mulai merokok adalah pada kelompok umur 15 – 19 tahun. Persentase responden yang menyatakan tidak tahu atau lupa umur pertama kali merokok sebesar 45,6%.

Kabupaten Lebong merupakan kabupaten yang paling tinggi Persentase umur termuda (5 – 9 tahun) mulai merokok/mengunyah tembakau yaitu sebesar 3,1% dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara (0,6%).

Pada kelompok umur pertama kali merokok 15 – 19 tahun, persentase tertinggi terdapat di Kabupaten Kepahiang (52,4%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara (27,1%). Sama halnya dengan umur pertama kali merokok, pada umur pertama kali merokok setiap hari juga banyak yang mengaku tidak tahu atau lupa, yaitu sebesar 45,6%.

**Tabel 3.7.1.10**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Umur Pertama Kali Merokok/Mengunyah Tembakau dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik responden	Umur pertama kali merokok/kunyah tembakau						Tidak tahu
	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	>=30	
<b>Umur (tahun)</b>							
10-14	7,7	84,6	-	-	-	-	7,7
15-24	1,6	26,3	55,4	2,6	-	-	14,1
25-34	0,7	14,4	49,2	10,6	1,2	0,1	23,8
35-44	1,5	11,1	39,6	12,1	2,7	1,1	31,9
45-54	1,4	9,4	30,1	12,1	2,7	2,4	41,8
55-64	2,0	10,7	25,8	7,0	4,1	4,6	45,8
65-74	1,6	7,0	23,5	8,0	2,7	6,4	50,8
75+	3,6	1,2	13,1	11,9	1,2	4,8	64,3
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki	1,4	14,2	40,5	9,6	1,8	1,2	31,3
Perempuan	2,0	6,6	23,7	5,9	6,6	9,2	46,1
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	1,4	14,2	40,5	9,6	1,8	1,2	31,3
Tidak tamat SD	2,0	6,6	23,7	5,9	6,6	9,2	46,1
Tamat SD	1,4	14,2	40,5	9,6	1,8	1,2	31,3
Tamat SMP	2,0	6,6	23,7	5,9	6,6	9,2	46,1
Tamat SMA	1,4	14,2	40,5	9,6	1,8	1,2	31,3
Tamat PT	2,0	6,6	23,7	5,9	6,6	9,2	46,1
<b>Tipe Daerah</b>							
Perkotaan	1,8	15,1	50,8	12,8	1,4	1,9	16,2
Perdesaan	1,3	13,6	36,9	8,5	2,1	1,5	36,0
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>							
Kuintil 1	1,8	15,1	50,8	12,8	1,4	1,9	16,2
Kuintil 2	1,3	13,6	36,9	8,5	2,1	1,5	36,0
Kuintil 3	1,8	15,1	50,8	12,8	1,4	1,9	16,2
Kuintil 4	1,3	13,6	36,9	8,5	2,1	1,5	36,0
Kuintil 5	1,8	15,1	50,8	12,8	1,4	1,9	16,2

Terdapat kecenderungan semakin bertambah umur merokok semakin rendah yang mengaku mulai merokok pada kelompok umur 15 – 19 tahun, dan pada kelompok yang mengaku tidak tahu atau lupa semakin meningkat sejalan dengan dengan penambahan umur. Lebih besar persentase laki-laki yang merokok antara umur 10 sampai dengan 24 tahun dibandingkan dengan perempuan. Berdasarkan tingkat pendidikan, persentase penduduk yang pertama kali merokok setiap hari pada umur 15 – 19 tahun terbanyak pada kelompok yang tidak sekolah, tamat SD dan tamat SMA (40,%%).

Persentase penduduk mulai merokok setiap hari lebih banyak terjadi mulai umur di bawah 24 tahun dan 30 tahun dibandingkan dengan penduduk di perdesaan. Tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pengeluaran perkapita perbulan dengan umur mulai merokok setiap hari.

**Tabel 3.7.1.11**  
**Prevalensi perokok dalam rumah ketika Bersama Anggota Rumah Tangga**  
**menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Perokok merokok dalam rumah ketika bersama ART</b>
Bengkulu Selatan	91,8
Rejang Lebong	89,1
Bengkulu Utara	89,2
Kaur	91,2
Seluma	93,3
Muko-Muko	91,1
Lebong	93,3
Kepahiang	92,6
Kota Bengkulu	79,7
<b>BENGKULU</b>	<b>88,7</b>

Pada penduduk yang merokok, sebagian besar merokok di dalam rumah ketika ada anggota rumah tangga lain (88,7%). Hal ini akan mempengaruhi anggota keluarga yang lain menjadi perokok pasif. Persentase merokok di dalam rumah di Provinsi Bengkulu lebih besar daripada angka nasional. Persentase perokok yang merokok di dalam rumah terbesar terdapat di Kabupaten Lebong (93,3%) dan terendah di Kota Bengkulu (79,7%).

**Tabel 3.7.1.12**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun Keatas yang Merokok menurut Jenis**  
**Rokok yang Dihisap dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu,**  
**Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Jenis rokok yang dihisap</b>							
	<b>Kretek dengan filter</b>	<b>Kretek tanpa filter</b>	<b>Rokok putih</b>	<b>Rokok linting</b>	<b>Cangklong</b>	<b>Cerutu</b>	<b>Tembakau dikunyah</b>	<b>Lainnya</b>
Bengkulu Selatan	46,1	60,1	6,3	7,5	0,6	0,3	1,9	0,0
Rejang Lebong	48,8	62,1	5,8	11,7	0,2	1,0	0,7	0,2
Bengkulu Utara	49,7	61,0	1,4	11,3	0,4	0,6	3,5	0,0
Kaur	46,5	79,5	10,2	24,2	1,3		3,3	0,3
Seluma	43,4	71,3	5,8	22,5	0,0	0,8	2,1	0,0
Muko-Muko	44,0	49,6	4,6	15,7	0,0	0,0	5,2	0,0
Lebong	35,7	72,9	6,6	10,9	1,9	0,0	2,3	0,8
Kepahiang	55,4	65,3	6,6	9,3	0,3	0,6	2,1	1,2
Kota Bengkulu	67,0	27,8	8,7	1,2	0,0	0,0	1,0	0,4
<b>Bengkulu</b>	<b>51,7</b>	<b>56,6</b>	<b>5,7</b>	<b>11,1</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>2,3</b>	<b>0,3</b>

Secara umum di Provinsi Bengkulu lebih banyak yang memilih rokok kretek tanpa filter (56,6%) dan kretek dengan filter (51,7%) dengan persentase yang lebih kecil dibandingkan dengan persentase nasional.

Persentase tertinggi yang menghisap rokok kretek dengan filter adalah penduduk di Kota Bengkulu (67,0%) dan terendah di Kabupaten Lebong (35,7%). Adapun persentase tertinggi yang menghisap rokok tanpa filter tertinggi di Kabupaten Kaur (79,5%) dan terendah di Kota Bengkulu (27,8%)

**Tabel 3.7.1.13**  
**Persentase Penduduk Umur 10 Tahun ke Atas yang Merokok menurut**  
**Jenis Rokok yang Dihisap dan Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis rokok yang dihisap							
	Kretek dengan filter	Kretek tanpa filter	Rokok putih	Rokok linting	Cangklong	Cerutu	Tembakau dikunyah	Lainnya
<b>Umur (tahun)</b>								
10-14	66,7	35,7	14,3	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
15-24	72,4	44,8	8,8	4,2	0,6	0,3	0,3	0,2
25-34	59,1	58,3	6,4	6,3	0,4	0,6	0,7	0,1
35-44	50,1	61,9	4,1	9,3	0,2		0,9	0,4
45-54	40,0	67,0	4,8	13,7	0,4	0,7	2,5	0,1
55-64	29,1	63,6	3,1	23,7	0,6	0,8	7,9	0,3
65-74	20,0	65,8	3,1	29,0	0,5		6,3	0,6
75+	13,7	52,6	3,2	42,1	2,1	2,1	22,1	1,1
<b>Jenis Kelamin</b>								
Laki	51,2	60,3	5,6	11,9	0,5	0,5	0,5	0,2
Perempuan	22,0	31,0	2,4	6,0	0,0	0,0	46,7	0,6
<b>Pendidikan</b>								
Tidak sekolah	23,4	60,6	2,7	23,4	0,5	0,0	13,8	0,6
Tidak tamat SD	30,8	68,4	3,8	21,4	0,6	0,4	5,7	0,1
Tamat SD	41,5	69,5	4,3	14,0	0,5	0,6	1,0	0,2
Tamat SMP	59,7	59,5	6,5	6,9	0,4	0,4	0,3	0,3
Tamat SMA	69,6	43,5	8,0	3,0	0,3	0,3	0,7	0,2
Tamat PT	82,5	20,2	5,3	4,4	0,0	1,8	3,5	
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	66,9	33,5	7,5	2,5	0,0	0,1	0,8	0,4
Perdesaan	45,1	66,2	4,9	14,2	0,6	0,5	3,0	0,2
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>								
Kuintil 1	39,5	65,2	4,6	15,4	0,4	0,8	5,2	0,0
Kuintil 2	41,5	68,3	4,7	14,0	0,5	0,7	3,3	0,1
Kuintil 3	47,6	59,2	5,9	11,7	0,5	0,5	1,6	0,4
Kuintil 4	56,4	55,9	5,7	11,0	0,6	0,1	2,0	0,6
Kuintil 5	63,0	47,8	6,3	6,8	0,3	0,0	0,8	0,1

Dapat dilihat bahwa sebagian besar penduduk yang berumur antara 10 – 34 tahun cenderung memilih rokok kretek dengan filter, sedangkan penduduk yang berumur 35 tahun keatas cenderung memilih rokok kretek tanpa filter.

Penduduk dengan tingkat pendidikan rendah (sampai dengan tamat SD) lebih memilih rokok kretek tanpa filter, sedangkan penduduk dengan tingkat pendidikan lebih tinggi akan lebih memilih rokok kretek dengan filter.

Penduduk laki-laki lebih banyak yang menghisap semua jenis rokok daripada perempuan, tetapi perempuan lebih banyak yang mengunyah tembakau. Berdasarkan perkotaan, dapat dilihat bahwa penduduk yang tinggal di perkotaan lebih banyak yang memilih menghisap rokok kretek dengan filter sedangkan penduduk di perdesaan lebih banyak yang menghisap rokok kretek tanpa filter, rokok linting, cangklong dan mengunyah tembakau.

Pemilihan rokok kretek dengan filter, rokok putih menunjukkan semakin tinggi persentasenya seiring dengan peningkatan kuintil. Sedangkan pada jenis rokok linting dan cerutu menunjukkan perbandingan yang terbalik, yaitu semakin rendah persentasenya pada kuintil yang lebih besar.

### 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 Keatas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Kurang makan buah dan sayur*
Bengkulu Selatan	87,0
Rejang Lebong	87,7
Bengkulu Utara	97,1
Kaur	97,5
Seluma	96,3
Muko-Muko	93,6
Lebong	88,9
Kepahiang	93,0
Kota Bengkulu	90,9
<b>Bengkulu</b>	<b>92,1</b>

Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan secara keseluruhan penduduk umur 10 tahun keatas di Provinsi Bengkulu yang kurang mengkonsumsi buah dan sayur sebesar 92,1%. Konsumsi buah dan sayur paling rendah terdapat di Kabupaten Kaur (97,5%) dan yang berada dibawah angka persentase nasional (93,6%) adalah Kabupaten Bengkulu Selatan, Rejang Lebong, Lebong, Kepahiang dan Kota Bengkulu.

**Tabel 3.7.2.2**  
**Prevalensi Kurang Makan Buah dan Sayur Penduduk 10 tahun Keatas**  
**menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskeddas 2007**

Karakteristik responden	Kurang makan buah dan sayur*
<b>Umur</b>	
10-14 tahun	91,6
15-24 tahun	93,9
25-34 tahun	92,6
35-44 tahun	92,8
45-54 tahun	92,2
55-64 tahun	91,5
65-74 tahun	93,1
75+ tahun	93,1
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki	92,6
Perempuan	92,8
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	95,1
Tidak tamat SD	93,2
Tamat SD	93,5
Tamat SMP	92,7
Tamat SMA	91,6
Tamat PT	87,6
<b>Daerah</b>	
Perkotaan	89,7
Perdesaan	93,9
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>	
Kuintil 1	92,6
Kuintil 2	93,4
Kuintil 3	93,4
Kuintil 4	92,8
Kuintil 5	91,3

Pada tabel 3.7.2.2 dapat dilihat bahwa kelompok umur yang paling kurang mengkonsumsi buah dan sayur adalah penduduk yang berumur 15-24 tahun (93,9%). Tidak terlihat adanya perbedaan konsumsi buah dan sayur antara laki-laki dan perempuan. Semakin tinggi pendidikan maka semakin baik konsumsi buah dan sayur. Pada penduduk di perdesaan lebih banyak yang kurang konsumsi buah dan sayur dibandingkan dengan penduduk perkotaan. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan, penduduk yang kurang mengkonsumsi buah dan sayur paling banyak ada di kuintil 2 dan kuintil 3 (93,4%)



### 3.7.3. Perilaku Minum Minuman Beralkohol

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

Telah 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 Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Pernah minum alkohol dalam 12 bulan terakhir</b>	<b>Masih minum dalam alkohol 1 bulan terakhir</b>
Bengkulu selatan	2,0	0,5
Rejang lebong	2,8	2,3
Bengkulu utara	2,3	1,5
Kaur	4,6	2,6
Seluma	4,0	2,0
Muko-muko	3,4	2,3
Lebong	1,5	1,0
Kepahiang	4,4	2,8
Kota bengkulu	2,1	1,1
<b>Bengkulu</b>	<b>2,8</b>	<b>1,7</b>

Persentase penduduk di Provinsi Bengkulu yang mengkonsumsi alkohol dalam 12 bulan terakhir sebesar 2,8% dan setengahnya masih terus minum dalam 1 bulan terakhir. Kabupaten Kaur memiliki persentase tertinggi penduduk yang mengkonsumsi minuman beralkohol dalam 12 bulan terakhir (4,6,0%) dan terendah di Kabupaten Lebong (1,5%). Penduduk yang mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir tertinggi ada di Kabupaten Kepahiang (2,8%) terendah di Kabupaten Bengkulu Selatan (0,5%).

**Tabel 3.7.3.2**  
**Prevalensi Peminum Alkohol 12 Bulan dan 1 Bulan Terakhir menurut**  
**Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu,**  
**Riskedas 2007**

Karakteristik responden	Pernah minum alkohol dalam 12 bulan terakhir	Masih minum dalam alkohol 1 bulan terakhir
<b>Umur</b>		
10-14 tahun	0,0	0,0
15-24 tahun	4,5	3,0
25-34 tahun	4,3	2,3
35-44 tahun	3,3	2,1
45-54 tahun	2,4	1,5
55-64 tahun	0,9	0,3
65-74 tahun	0,2	0,2
75+ tahun	0,0	0,0
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki	5,5	3,4
Perempuan	0,1	0,0
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	0,1	1,3
Tidak tamat SD	1,9	0,7
Tamat SD	2,2	0,0
Tamat SMP	4,0	2,7
Tamat SMA	4,4	3,4
Tamat PT	2,0	2,0
<b>Daerah</b>		
Perkotaan	2,7	1,8
Perdesaan	2,9	1,7
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>		
Kuintil 1	2,2	1,4
Kuintil 2	3,1	1,5
Kuintil 3	2,5	1,4
Kuintil 4	3,3	2,4
Kuintil 5	3,1	2,0

Di provinsi Bengkulu konsumsi alkohol dimulai dari usia yang relatif muda, yaitu mulai umur 15 tahun dan semakin tua umur penduduk semakin sedikit yang mengkonsumsi alkohol dan pada kelompok umur tertua sudah tidak ada lagi yang mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir. Pola yang sama juga terjadi pada penduduk yang mengkonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir.

Persentase laki-laki yang mengkonsumsi minuman keras pada laki-laki sebesar 5,5% dan yang tetap minum alkohol dalam 1 bulan terakhir sebanyak 3,4%, jauh lebih besar dibandingkan perempuan. Tidak ada perempuan yang minum alkohol dalam 1 bulan terakhir.

Terdapat kecenderungan peningkatan persentase penduduk yang minum alkohol seiring dengan semakin tinggi tingkat pendidikan, kecuali pada penduduk yang tamat PT memiliki persentase yang lebih kecil dibandingkan dengan tingkat pendidikan tamat SMP dan tamat SMA.

Penduduk yang tinggal di perdesaan lebih banyak mengonsumsi alkohol dalam 12 bulan terakhir, dibandingkan penduduk yang tinggal di perkotaan tetapi di perkotaan sedikit lebih banyak yang masih mengonsumsi alkohol dalam 1 bulan terakhir.

Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita perbulan dapat terlihat bahwa penduduk yang memiliki tingkat pengeluaran perkapita perbulan tinggi akan cenderung lebih banyak mengonsumsi alkohol.

Tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pengeluaran perkapita perbulan dengan persentase penduduk yang mengonsumsi alkohol dalam 12 bulan dan 1 bulan terakhir. Persentase penduduk yang mengonsumsi alkohol dalam 12 dan 1 bulan terakhir paling banyak pada kelompok kuintil 4, yaitu 3,3% dan 2,4%.

**Tabel 3.7.3.3**  
**Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Frekuensi				Jenis Minuman			
	$\geq 5$ hr/mg	1-4 hr/mg	1-3 hr/bln	< 1x/bln	bir	whiskey /vodka	anggur /wine	minuman tradisional
Bengkulu Selatan	25,0	0,0	0,0	75,0	16,7	33,3	50,0	0,0
Rejang Lebong	21,7	23,9	15,2	39,1	29,2	18,8	50,0	2,1
Bengkulu Utara	0,0	29,7	29,7	40,5	44,4	0,0	42,2	13,3
Kaur	0,0	0,0	29,6	70,4	22,2	22,2	55,6	0,0
Seluma	6,9	10,3	41,4	41,4	32,1	10,7	57,1	0,0
Muko-Muko	14,8	18,5	29,6	37,0	40,7	29,6	25,9	3,7
Lebong	0,0	12,5	50,0	37,5	28,6	42,9	28,6	0,0
Kepahiang	3,6	17,9	50,0	28,6	27,6	20,7	51,7	0,0
Kota Bengkulu	13,0	13,0	47,8	26,1	55,2	0,0	34,5	10,3
<b>Bengkulu</b>	<b>9,2</b>	<b>17,0</b>	<b>32,8</b>	<b>41,0</b>	<b>35,4</b>	<b>15,0</b>	<b>45,1</b>	<b>4,5</b>

Secara umum di Provinsi Bengkulu terlihat kecenderungan semakin tinggi frekuensi minum alkohol dalam 1 bulan terakhir maka persentasenya semakin rendah. Persentase penduduk yang mengonsumsi alkohol dengan frekuensi  $\geq 5$  hari/minggu tertinggi ada di Provinsi Bengkulu Selatan (25%). Persentase penduduk yang mengonsumsi alkohol dengan frekuensi < 1x/bulan tertinggi juga di Kabupaten Bengkulu Selatan (75,0%).

Jenis minuman yang terbanyak dipilih adalah anggur/wine dan hanya 4,5% yang minum minuman tradisional. Penduduk di Kabupaten Seluma yang paling banyak mengonsumsi anggur/wine (57,1%), bir banyak dikonsumsi oleh penduduk di Kota Bengkulu (55,2%), whiskey/vodka banyak diminum oleh penduduk di Kabupaten Lebong (42,9%) dan minuman tradisional paling banyak dikonsumsi oleh penduduk Kabupaten Bengkulu Utara (13,3%).

**Tabel 3.7.3.4**  
**Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan**  
**Frekuensi Minum dan Jenis Minuman menurut Karakteristik**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik responden	Frekuensi				Jenis Minuman			
	$\geq 5$ hr/mg	1-4 hr/mg	1-3 hr/bln	< 1x/bln	bir	whiskey/ vodka	anggur/ wine	minuman tradisional
<b>Umur (tahun)</b>								
10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-24	10,3	14,9	36,8	37,9	30,2	24,0	44,8	1,0
25-34	9,5	11,1	36,5	42,9	40,0	16,9	43,1	0,0
35-44	9,8	23,5	29,4	37,3	38,2	5,5	43,6	12,7
45-54	4,0	28,0	24,0	44,0	32,1	3,6	50,0	14,3
55-64	0,0	0,0	0,0	100,0	66,7	0,0	33,3	0,0
65-74	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
75+	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Jenis Kelamin</b>								
Laki	30,2	24,0	44,8	1,0	35,2	15,2	44,7	4,9
Perempuan	40,0	16,9	43,1	0,0	33,3	0,0	66,7	0,0
<b>Pendidikan</b>								
Tidak sekolah	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	50,0	50,0	0,0
Tidak tamat SD	6,1	15,2	36,4	42,4	38,5	10,3	51,3	0,0
Tamat SD	11,5	11,5	40,4	36,5	35,7	14,3	50,0	0,0
Tamat SMP	8,8	17,5	31,6	42,1	33,3	22,2	41,3	3,2
Tamat SMA	8,1	21,6	25,7	44,6	35,9	14,1	38,5	11,5
Tamat PT	14,3	28,6	42,9	14,3	37,5	12,5	50,0	0,0
<b>Daerah</b>								
Perkotaan	17,9	19,4	31,3	31,3	17,9	19,4	31,3	31,3
Perdesaan	5,0	15,6	34,4	45,0	5,0	15,6	34,4	45,0
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>								
Kuintil 1	5,4	18,9	27,0	48,6	12,8	15,4	66,7	5,1
Kuintil 2	2,5	15,0	37,5	45,0	32,6	11,6	55,8	0,0
Kuintil 3	2,9	11,4	42,9	42,9	27,8	27,8	41,7	2,8
Kuintil 4	7,4	14,7	35,3	42,6	40,6	11,6	42,0	5,8
Kuintil 5	22,9	25,0	25,0	27,1	50,8	13,6	27,1	8,5

Dapat dilihat bahwa penduduk di Provinsi Bengkulu yang mengkonsumsi alkohol lebih dari 1 kali/bulan adalah pada kelompok usia produktif. Bir lebih banyak dipilih oleh peminum yang berumur 55 – 64 tahun (66,7%), whiskey/vodka banyak dipilih oleh kelompok umur 15 – 24 tahun (24%), anggur/wine banyak dipilih oleh kelompok umur 45 – 54 tahun (50%) sedangkan minuman tradisional hanya dikonsumsi oleh kelompok umur 15 – 24 tahun, 35 – 44 tahun dan 45 – 55 tahun.

Berdasarkan jenis kelamin, perempuan yang minum alkohol dengan frekuensi tersering ( $\geq 5$  hari/minggu) yang lebih banyak dibandingkan laki-laki dan minuman anggur/wine juga paling banyak dipilih oleh perempuan. Minuman tradisional dan whiskey/vodka hanya dikonsumsi oleh laki-laki.

Tidak terlihat adanya pola antara frekuensi minum alkohol dengan tingkat pendidikan. Penduduk yang mengonsumsi alkohol di hampir semua kelompok frekuensi lebih tinggi di daerah perkotaan daripada di perdesaan, kecuali pada frekuensi 1-3 hari per bulan dan penduduk perkotaan lebih banyak memilih mengonsumsi bir dan whiskey/vodka.

**Tabel 3.7.3.5**  
**Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan Satuan Standard Minuman menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Satuan standar minuman dalam sehari*						Tidak tahu
	1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	9-10 sat/hari	11-80 sat/hari	
Bengkulu Selatan	0,0	1,9	0,0	1,0	0,0	96,2	1,0
Rejang Lebong	0,0	45,0	0,0	0,0	0,0	30,0	25,0
Bengkulu Utara	4,8	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	81,0
Kaur	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	4,5	86,4
Seluma	0,0	39,1	0,0	0,0	4,3	34,8	21,7
Muko-Muko	0,0	32,0	12,0	8,0	0,0	24,0	24,0
Lebong	12,5	37,5	0,0	0,0	0,0	37,5	12,5
Kepahiang	0,0	70,0	6,7	0,0	0,0	20,0	3,3
Kota Bengkulu	0,0	29,7	0,0	5,4	0,0	43,2	21,6
<b>Bengkulu</b>	<b>0,9</b>	<b>24,2</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>0,3</b>	<b>45,9</b>	<b>25,7</b>

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

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

Secara umum sebagian besar penduduk di Provinsi Bengkulu mengonsumsi alkohol dalam satuan terbesar, yaitu sebanyak 11 – 80 satuan per hari (45,9%), disusul dengan 3 – 4 satuan perhari dan hanya 0,3% penduduk yang mengonsumsi dalam jumlah 9 – 10 satuan perhari.

Persentase peminum alkohol sebanyak 11 – 80 satuan perhari terbanyak di Kabupaten Bengkulu Selatan (96,2%) sedangkan di Bengkulu Utara tidak ada peminum yang minum sebanyak kelompok satuan tersebut.

Konsumsi minuman beralkohol sebesar 9 – 10 satuan perhari hanya terdapat di Kabupaten Seluma. Persentase peminum alkohol sebanyak 3 – 4 satuan perhari terbanyak di Kabupaten Kepahiang (70%) dan yang minum sebanyak 1 – 2 satuan perhari terdapat di Kabupaten Bengkulu Utara dan Lebong.

**Tabel 3.7.3.6**  
**Persentase Peminum Minuman Beralkohol 1 Bulan Terakhir Berdasarkan**  
**Satuan Standard Minuman menurut Karakteristik**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Satuan standar minuman dalam sehari*						Tidak tahu
	1-2 sat/hari	3-4 sat/hari	5-6 sat/hari	7-8 sat/hari	9-10 sat/hari	11-80 sat/hari	
<b>Umur</b>							
10-14 tahun	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-24 tahun	1,0	27,5	1,0	1,0	0,0	36,3	33,3
25-34 tahun	2,7	34,2	4,1	2,7	1,4	26,0	28,8
35-44 tahun	0,0	31,0	0,0	0,0	0,0	34,5	34,5
45-54 tahun	0,0	19,5	2,4	4,9	0,0	46,3	26,8
55-64 tahun	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	85,7	0,0
65-74 tahun	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
75+ tahun	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Jenis Kelamin</b>							
Laki	1,2	31,3	2,0	1,2	0,4	30,1	33,7
Perempuan	0,0	2,5	0,0	1,3	0,0	95,0	1,3
<b>Pendidikan</b>							
Tidak sekolah	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	71,4	14,3
Tidak tamat SD	0,0	8,2	2,0	2,0	0,0	57,1	30,6
Tamat SD	0,0	23,5	2,4	1,2	1,2	50,6	21,2
Tamat SMP	0,0	33,8	1,4	0,0	0,0	37,8	27,0
Tamat SMA	3,9	28,9	0,0	1,3	0,0	26,3	39,5
Tamat PT	0,0	46,2	0,0	15,4	0,0	38,5	,0
<b>Daerah</b>							
Perkotaan	0,0	30,2	0,0	3,1	0,0	42,7	24,0
Perdesaan	1,3	21,6	2,2	0,4	0,4	47,4	26,7
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>							
Kuintil 1	0,0	19,1	1,5	1,5	0,0	52,9	25,0
Kuintil 2	3,0	20,9	1,5	0,0	0,0	52,2	22,4
Kuintil 3	0,0	22,6	1,9	1,9	0,0	62,3	11,3
Kuintil 4	1,2	22,9	2,4	2,4	1,2	33,7	36,1
Kuintil 5	0,0	36,7	0,0	1,7	0,0	33,3	28,3

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

Penduduk yang mengkonsumsi alkohol dengan satuan 11 – 80 standar minuman per hari tertinggi adalah penduduk pada kelompok umur 55 – 64 tahun (85,7%). Hanya 1 kelompok umur yang mengkonsumsi alkohol dengan satuan 9 – 10 standar minuman per hari, yaitu pada kelompok umur 25 – 34 tahun sedangkan yang mengkonsumsi alkohol dalam jumlah 1 – 2 satuan standar minuman dalam sehari hanya pada umur 15 – 34 tahun.

Secara sepintas persentase perempuan yang mengkonsumsi alkohol sebanyak 11 – 80 satuan perhari lebih dari 3 kali lipat dibandingkan dengan laki-laki, tetapi hal ini tidak dapat menggambarkan kondisi di Bengkulu secara keseluruhan karena jumlah responden perempuan yang minum alkohol jauh lebih sedikit daripada laki-laki.

Terlihat kecenderungan terjadi penurunan persentase penduduk yang minum alkohol dengan jumlah satuan minum sebesar 3 – 4 satuan perhari seiring dengan peningkatan pendidikan, kecuali pada kelompok penduduk yang tamat PT. Penduduk di perdesaan lebih banyak yang minum alkohol sebanyak 11 -80 satuan per hari dibandingkan di perkotaan sedangkan di perkotaan lebih banyak yang minum sebanyak 3 – 4 satuan perhari dibandingkan di perdesaan.

Terdapat kecenderungan peningkatan persentase penduduk yang mengkonsumsi alkohol dalam jumlah 3 – 4 satuan perhari seiring dengan semakin tingginya kuintil. Pola seperti ini tidak terdapat pada kelompok jumlah satuan standar minuman dalam sehari lainnya.

### 3.7.4. Perilaku Aktivitas 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.

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

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Kurang aktivitas fisik</b>
Bengkulu selatan	46,5
Rejang lebong	46,1
Bengkulu utara	35,3
Kaur	42,5
Seluma	37,1
Muko-muko	29,4
Lebong	34,9
Kepahiang	39,6
Kota bengkulu	42,4
<b>Bengkulu</b>	<b>40,1</b>

Penduduk di Provinsi Bengkulu yang kurang melakukan aktivitas fisik sebanyak 40,1 %. Persentase tertinggi yang kurang melakukan aktivitas fisik adalah penduduk di Kabupaten Bengkulu Selatan (46,5%) dan terendah di Muko-Muko (29,4%).

**Tabel 3.7.4.2**  
**Prevalensi Kurang Aktivitas Fisik Penduduk 10 Tahun Keatas menurut Karakteristik di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Kurang aktivitas fisik</b>
<b>Umur</b>	
10-14 tahun	64,8
15-24 tahun	28,3
25-34 tahun	17,6
35-44 tahun	16,9
45-54 tahun	17,2
55-64 tahun	21,0
65-74 tahun	34,6
75+ tahun	66,3
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki	20,7
Perempuan	44,1
<b>Pendidikan</b>	
Tidak sekolah	33,7
Tidak tamat SD	21,5
Tamat SD	16,3
Tamat SMP	17,6
Tamat SMA	28,9
Tamat PT	46,2
<b>Daerah</b>	
Perkotaan	39,7
Perdesaan	18,1
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>	
Kuintil 1	21,2
Kuintil 2	18,4
Kuintil 3	24,3
Kuintil 4	22,5
Kuintil 5	27,8

Sebagian besar penduduk pada kelompok umur 10 – 14 tahun dan 75 tahun keatas merupakan kelompok yang lebih banyak kurang melakukan aktivitas fisik. Sedangkan jika dilihat berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, daerah dan tingkat pengeluaran perkapita perbulan tidak ada penduduk dengan persentase yang lebih dari >50% kurang melakukan aktiitas fisik.



### 3.7.5. Pengetahuan dan Sikap terhadap Flu Burung dan HIV/AIDS

#### 3.7.5.1. 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 Keatas menurut Pengetahuan Dan Sikap**  
**Tentang Flu Burung dan Kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu,**  
**Riskedas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Pernah mendengar</b>	<b>Berpengetahuan benar*</b>	<b>Bersikap benar**</b>
Bengkulu Selatan	46,3	85,5	87,2
Rejang Lebong	81,7	78,8	91,8
Bengkulu Utara	57,4	91,1	96,4
Kaur	54,4	80,0	83,0
Seluma	58,1	70,6	53,3
Muko-Muko	67,0	73,2	82,0
Lebong	50,7	82,0	83,4
Kepahiang	67,5	67,5	87,5
Kota Bengkulu	90,1	83,3	92,4
<b>Bengkulu</b>	<b>66,7</b>	<b>80,7</b>	<b>87,2</b>

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

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

Tabel 3.7.5.1 menunjukkan tentang persentase penduduk yang berumur 10 tahun keatas di Provinsi Bengkulu menurut pengetahuan dan sikap tentang flu burung. Secara keseluruhan penduduk yang pernah mendengar tentang flu burung sebanyak 66,7%, dan tertinggi di Kota Bengkulu (90,1%) dan terendah di Bengkulu Selatan (46,3%). Diantara mereka yang pernah mendengar tentang flu burung, sebanyak 80,7% berpengetahuan benar dan 87,2% bersikap benar tentang flu burung. tertinggi di Kabupaten Bengkulu Utara (91,1%) dan yang bersikap benar terhadap flu burung sebesar 87,2% tertinggi juga di Kabupaten Bengkulu Utara (96,4%). Tiga kabupaten/kota yang persentase penduduknya sedikit berpengetahuan benar tentang flu burung adalah Kepahiang (67,5%), Seluma (70,6%) dan Muko-muko (73,2%). Provinsi yang penduduknya mempunyai sikap yang baik tentang flu burung tertinggi di Bengkulu Utara (96,4%) dan terendah di Seluma (53,3%).

**Tabel 3.7.5.2**  
**Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan Dan Sikap**  
**Tentang Flu Burung dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu,**  
**Riskedas 2007**

<b>Karakteristik responden</b>	<b>Pernah mendengar</b>	<b>Berpengetahuan benar*</b>	<b>Bersikap benar**</b>
<b>Umur</b>			
10-14 tahun	52,2	74,6	82,2
15-24 tahun	81,9	84,4	89,0
25-34 tahun	77,2	82,8	87,7
35-44 tahun	70,2	81,8	88,5
45-54 tahun	60,4	77,1	87,0
55-64 tahun	44,3	72,4	85,8
65-74 tahun	37,4	70,6	79,9
75+ tahun	27,0	63,3	79,5
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki	70,4	82,3	88,2
Perempuan	63,1	78,8	86,1
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	34,7	68,1	81,9
Tidak tamat SD	46,7	71,8	80,2
Tamat SD	60,3	75,1	84,1
Tamat SMP	78,6	83,2	87,8
Tamat SMA	88,4	87,2	91,8
Tamat PT	96,3	90,6	94,9
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	92,0	84,1	93,0
Perdesaan	62,2	82,4	88,6
<b>Tingkat pengeluaran perkapita perbulan</b>			
Kuintil 1	54,4	79,8	85,7
Kuintil 2	60,8	77,2	84,7
Kuintil 3	67,9	79,1	86,7
Kuintil 4	71,6	81,5	87,4
Kuintil 5	77,6	84,3	90,3

\*) 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.

Berdasarkan tabel 3.7.5.2 dapat dilihat bahwa mulai umur 15 tahun keatas terlihat kecenderungan semakin rendah persentase penduduk yang berpengetahuan dan bersikap benar tentang flu burung dengan semakin bertambahnya umur. Pada kelompok umur 10 – 14 tahun persentase penduduk yang pernah mendengar dan berpengetahuan benar tentang flu burung lebih tinggi dari pada penduduk berumur 55 tahun ke atas, sedangkan yang bersikap benar tentang flu burung lebih tinggi daripada penduduk yang berumur 65 tahun keatas.

Persentase laki-laki yang berpengetahuan dan bersikap benar terhadap flu burung lebih tinggi daripada perempuan. Terdapat kecenderungan semakin tinggi persentase yang berpengetahuan dan bersikap benar terhadap flu burung seiring dengan peningkatan tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran perkapita perbulan. Persentase penduduk di perkotaan lebih banyak yang berpengetahuan dan bersikap benar terhadap flu burung.

### 3.7.5.2. HIV/AIDS

Berkaitan dengan HIV/AIDS, penduduk ditanyakan apakah mengetahui tentang HIV/AIDS, selanjutnya bagi penduduk yang pernah mengetahui ditanyakan lebih lanjut mengenai pengetahuan dan sikap apa yang akan dilakukan andaikata ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS. Juga ditanyakan pengetahuan tentang penularan virus ke manusia, dan pengetahuan tentang mencegah 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 Keatas menurut Pengetahuan Tentang HIV/AIDS dan Kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Pernah mendengar	Berpengetahuan benar tentang penularan*	Berpengetahuan benar tentang pencegahan**
Bengkulu Selatan	37,8	30,0	40,7
Rejang Lebong	57,6	5,5	53,0
Bengkulu Utara	41,7	4,9	33,8
Kaur	43,9	19,2	21,2
Seluma	29,8	15,0	16,2
Muko-Muko	45,7	7,7	30,1
Lebong	29,5	27,8	65,5
Kepahiang	39,4	18,8	52,5
Kota Bengkulu	82,2	7,0	40,7
<b>Bengkulu</b>	<b>49,2</b>	<b>10,6</b>	<b>39,7</b>

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

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

Secara umum persentase penduduk berumur 10 tahun keatas di Provinsi Bengkulu yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS adalah sebesar 49,2% dengan persentase terbesar ada di Kabupaten Rejang Lebong (57,6%) dan terendah di Kabupaten Lebong (29,5%) dan Seluma (29,8%). Dari penduduk yang pernah mendengar tentang HIV/AID, sebanyak 10,6% berpengetahuan benar tentang penularan dan 39,7% berpengetahuan benar tentang cara pencegahan HIV/AIDS.

Jika dilihat berdasarkan kabupaten/kota maka, dari yang pernah mendengar tentang HIV/AIDS, yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS terendah adalah di Bengkulu Utara (4,9%), disusul Rejang Lebong (5,5%), Kota Bengkulu (7,0%) dan Muko-muko (7,7%), sedangkan yang berpengetahuan benar tentang pencegahan HIV/AIDS terendah adalah Seluma (16,2%), Kaur (21,2%), Bengkulu Utara (33,8%), Muko-muko (30,1%).

**Tabel 3.7.5.4**  
**Persentase Penduduk 10 tahun Keatas menurut Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik</b>	<b>Pernah mendengar</b>	<b>Berpengetahuan benar tentang penularan*</b>	<b>Berpengetahuan benar tentang pencegahan**</b>
<b>Umur</b>			
10-14 tahun	25,6	7,9	27,0
15-24 tahun	67,2	10,9	40,6
25-34 tahun	62,4	11,1	41,7
35-44 tahun	53,1	10,4	41,5
45-54 tahun	43,0	10,7	39,4
55-64 tahun	26,3	10,1	39,9
65-74 tahun	18,0	9,4	27,4
75+ tahun	10,6	12,9	30,0
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki	52,4	10,5	39,4
Perempuan	45,9	10,6	40,0
<b>Pendidikan</b>			
Tidak sekolah	17,3	4,7	17,1
Tidak tamat SD	23,1	5,9	29,8
Tamat SD	37,1	7,4	32,5
Tamat SMP	63,4	10,0	36,7
Tamat SMA	79,8	11,5	46,3
Tamat PT	92,3	19,1	58,1
<b>Daerah</b>			
Perkotaan	78,6	9,6	45,6
Perdesaan	37,7	11,4	34,9
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>			
Kuintil 1	35,6	7,4	31,3
Kuintil 2	41,3	9,0	36,5
Kuintil 3	48,4	11,7	40,1
Kuintil 4	53,8	10,5	43,2
Kuintil 5	64,9	12,4	42,6

Menurut tabel 3.7.5.4 dapat dilihat bahwa pada penduduk usia produktif (15-44 tahun) paling banyak yang pernah mendengar dan berpengetahuan benar tentang cara pencegahan terhadap HIV/AIDS, sedangkan yang berpengetahuan benar tentang penularan HIV/AIDS paling banyak pada umur 75 tahun keatas (12,9%) dan terendah pada umur 10-14 tahun (7,9%).

Berdasarkan jenis kelamin, terlihat bahwa laki-laki memiliki Persentase lebih tinggi dalam pengetahuan tentang HIV/AIDS dari pada perempuan. Penduduk di perkotaan juga menunjukkan Persentase yang lebih tinggi dibandingkan penduduk di perdesaan mengenai pengetahuan yang benar tentang HIV/AIDS.

Semakin tinggi pendidikan, maka semakin tinggi pula Persentase penduduk yang pernah mendengar, berpengetahuan benar tentang penularan dan pencegahan HIV/AIDS. Hal yang sama diperlihatkan pada tingkat pengeluaran perkapita perbulan, semakin tinggi tingkat pengeluaran perkapita perbulan semakin besar pula Persentase yang mempunyai pengetahuan yang benar tentang HIV/AIDS

**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 Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Merahasiakan	Bicarakan dengan ART lain	Konseling dan pengobatan	Cari pengobatan alternatif	Mengucilkan
Bengkulu Selatan	26,8	57,3	94,3	56,4	1,9
Rejang Lebong	28,1	76,1	90,7	61,8	14,0
Bengkulu Utara	27,5	62,2	92,9	58,5	5,1
Kaur	33,9	50,5	87,9	78,7	8,6
Seluma	32,9	38,6	84,9	60,9	2,8
Muko-Muko	35,1	88,2	96,2	77,6	6,9
Lebong	42,7	90,9	98,1	81,5	7,3
Kepahiang	25,3	91,8	95,6	83,5	11,8
Kota Bengkulu	21,2	71,9	94,7	34,3	2,3
<b>Bengkulu</b>	<b>24,5</b>	<b>65,8</b>	<b>88,4</b>	<b>51,2</b>	<b>6,1</b>

Tabel 3.7.5.5 memperlihatkan persentase penduduk di atas 10 tahun menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu. Secara umum di Provinsi Bengkulu, penduduk yang bersikap merahasiakan dan mengucilkan apabila ada ART yang menderita HIV/AIDS sebesar 30,6% (masing-masing 24,5% dan 6,1%). Sedangkan melakukan konseling dan pengobatan merupakan persentase tertinggi, sebesar 88,4%. Kabupaten/kota yang penduduknya bersikap baik (sedikit yang merahasiakan dan mengucilkan) adalah Kota Bengkulu (23,5%), Sedangkan provinsi yang penduduknya bersikap baik dalam hal akan melakukan konseling dan pengobatan adalah Lebong (98,1%), dan Muko-muko (96,2%).

**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 Bengkulu, Riskedas 2007**

<b>Karakteristik responden</b>	<b>Merahasiakan</b>	<b>Bicarakan dgn ART lain</b>	<b>Konseling dan pengobatan</b>	<b>Cari pengobatan alternatif</b>	<b>Mengucilkan</b>
<b>Umur (tahun)</b>					
10-14	71,4	62,5	87,5	50,0	0,0
15-24	30,7	69,5	93,5	52,7	5,7
25-34	28,9	70,1	92,5	61,1	6,1
35-44	28,6	72,7	93,5	64,6	8,2
45-54	24,6	66,2	91,6	59,4	6,2
55-64	21,0	72,0	93,6	55,2	4,9
65-74	21,3	68,1	95,7	54,2	10,6
75+	7,7	76,9	92,3	54,5	9,1
<b>Jenis Kelamin</b>					
Laki-laki	28,1	70,2	93,1	59,3	6,6
Perempuan	24,0	60,8	86,0	60,8	5,9
<b>Pendidikan</b>					
Tidak sekolah	21,6	68,4	86,1	60,5	5,4
Tidak tamat SD	28,3	68,1	93,6	63,4	8,7
Tamat SD	27,0	70,7	90,2	60,9	6,6
Tamat SMP	34,2	65,7	93,3	66,1	7,4
Tamat SMA	27,2	71,7	93,4	54,9	5,8
Tamat PT	16,4	79,8	97,7	48,0	5,8
<b>Pekerjaan</b>					
Tidak bekerja	24,3	71,8	92,2	58,4	8,7
Sekolah	36,7	64,5	92,7	49,3	5,3
Ibu RT	37,5	75,0	87,5	77,8	0,0
PNS/Polri/TNI/BUMN	20,8	76,2	94,2	50,9	3,4
Wiraswasta	29,2	74,5	96,0	62,1	5,9
Petani/Nelayan/Buruh	29,9	66,9	91,1	62,1	7,7
Lainnya	16,0	82,7	98,1	55,8	8,0
<b>Tipe Daerah</b>					
Perkotaan	22,3	75,7	94,4	46,0	5,7
Perdesaan	31,6	66,5	92,0	67,5	7,2
<b>Tingkat pengeluaran per kapita</b>					
Kuintil-1	29,2	66,6	90,1	53,7	6,6
Kuintil-2	29,7	71,8	91,6	62,8	7,9
Kuintil-3	30,5	67,7	92,1	59,2	6,1
Kuintil-4	26,8	71,6	95,0	56,5	7,5
Kuintil-5	25,6	71,3	94,0	62,3	5,7

Tabel 3.7.5.6 menggambarkan persentase penduduk 10 tahun ke atas menurut sikap bila ada anggota keluarga menderita HIV/AIDS dan karakteristik responden. Menurut kelompok umur, semakin muda umur penduduk semakin tinggi persentase sikap merahasiakan. Terdapat perbedaan sikap antara laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki lebih banyak yang bersikap merahasiakan. Menurut pendidikan, persentase paling tinggi yang bersikap merahasiakan adalah penduduk yang tidak tamat SD (28,3%) dan yang paling sedikit bersikap merahasiakan adalah penduduk dengan tingkat pendidikan tamat perguruan tinggi (16,4%). Dari aspek pekerjaan, penduduk yang masih sekolah dan ibu rumah tangga relatif lebih banyak yang bersikap merahasiakan anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS demikian juga dengan penduduk di perdesaan. Menurut tingkat pengeluaran, tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pengeluaran dengan sikap merahasiakan jika ada anggota keluarganya yang menderita HIV/AIDS.

### 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**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas yang Berperilaku Benar dalam Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Berperilaku benar dalam hal BAB*	Berperilaku benar dalam hal cuci tangan **
Bengkulu Selatan	55,5	24,8
Rejang Lebong	78,1	14,5
Bengkulu Utara	72,2	6,9
Kaur	47,3	8,5
Seluma	69,5	10,3
Muko-Muko	59,1	8,9
Lebong	36,1	6,1
Kepahiang	79,4	9,0
Kota Bengkulu	96,4	36,0
<b>Bengkulu</b>	<b>71,8</b>	<b>15,4</b>

\*) Perilaku benar dalam BAB bila BAB di jamban

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

Secara umum dapat dilihat bahwa penduduk berumur 10 tahun keatas di Provinsi Bengkulu memiliki perilaku benar dalam hal BAB sebesar 71,8% dan berperilaku benar dalam mencuci tangan dengan sabun hanya sebesar 15,4%. Kabupaten Lebong, merupakan kabupaten yang paling rendah berperilaku benar dalam hal BAB (36,1%) dan berperilaku benar dalam mencuci tangan (6,1%). Perilaku benar dalam hal BAB dan mencuci tangan tertinggi adalah di Kota Bengkulu, masing-masing sebesar 96,4% dan 36,0%.

**Tabel 3.7.6.2**  
**Persentase Penduduk 10 Tahun Keatas yang Berperilaku Benar dalam**  
**Buang Air Besar dan Cuci Tangan menurut Karakteristik Responden di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Karakteristik responden</b>	<b>Berperilaku benar dalam hal BAB*</b>	<b>Berperilaku benar dalam hal cuci tangan**</b>
<b>Umur</b>		
10-14 tahun	68,9	12,0
15-24 tahun	72,0	17,2
25-34 tahun	72,2	15,8
35-44 tahun	71,9	16,7
45-54 tahun	72,8	16,8
55-64 tahun	66,8	13,1
65-74 tahun	70,6	9,9
75+ tahun	65,4	10,7
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki	70,7	12,0
Perempuan	71,7	18,8
<b>Pendidikan</b>		
Tidak sekolah	61,1	11,3
Tidak tamat SD	58,4	10,3
Tamat SD	64,8	11,2
Tamat SMP	75,0	16,8
Tamat SMA	87,1	21,9
Tamat PT	93,1	32,7
<b>Daerah</b>		
Perkotaan	95,4	27,1
Perdesaan	61,7	10,8
<b>Tingkat pengeluaran perkapita</b>		
Kuintil 1	54,3	11,2
Kuintil 2	62,4	14,2
Kuintil 3	74,3	13,2
Kuintil 4	77,3	19,3
Kuintil 5	85,6	18,4

Tidak ada pola yang jelas antara perilaku benar dalam hal BAB dan mencuci tangan dengan benar. Persentase terbesar penduduk yang berperilaku benar dalam hal BAB ada pada kelompok umur 45 – 54 tahun (72,8%), terkecil pada kelompok umur 75 tahun keatas (65,4%) sedangkan persentase terbesar yang berperilaku benar mencuci tangan adalah pada kelompok umur 15 – 24 tahun (17,2%) dan terkecil pada kelompok umur 65 – 74 tahun (9,9%).

Penduduk perempuan memiliki perilaku benar dalam BAB (71,7%) dan mencuci tangan dengan benar (18,8%) lebih baik dibanding laki-laki. Terdapat kecenderungan adanya peningkatan persentase penduduk yang berperilaku benar dalam hal BAB kecuali pada kelompok yang tidak tamat SD, mempunyai persentase yang lebih kecil daripada kelompok yang tidak sekolah. Pola yang sama juga dalam hal perilaku benar cuci tangan. Penduduk di daerah perkotaan memiliki perilaku benar dalam BAB (95,4%) dan



mencuci tangan dengan benar (27,1%) lebih baik dibanding penduduk di daerah perdesaan.

Ada kecenderungan peningkatan persentase penduduk yang berperilaku benar dalam hal BAB seiring dengan peningkatan kuintil, tetapi pada perilaku benar mencuci tangan memakai sabun tidak terdapat pola yang jelas. Persentase penduduk yang mencuci tangan dengan benar ada pada kelompok kuintil 4 (19,3%) dan terendah pada kuintil 1 (11,2%).

### 3.7.7. Pola Konsumsi Makanan Berisiko

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

**Tabel 3.7.7.1**  
**Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
Benakulu Selatan	33,4	16,4	11,5	0,6	1,0	2,8	44,9	75,2
Reiana Lebong	62,5	21,5	5,1	1,1	1,6	5,4	63,2	61,0
Benakulu Utara	47,2	22,3	15,8	0,7	0,7	2,5	53,0	73,7
Kaur	42,5	40,7	16,5	0,5	0,8	0,8	43,7	62,7
Seluma	55,8	2,6	30,8	0,4	1,0	2,0	46,2	72,8
Muko-muko	50,8	8,1	4,2	2,8	3,3	7,3	27,1	57,4
Lebong	78,7	46,7	39,0	0,9	1,8	3,2	59,0	74,4
Kepahiang	79,5	36,8	7,4	1,2	1,3	5,2	58,7	74,7
Kota Bengkulu	66,6	33,6	11,4	3,6	3,3	5,2	31,9	59,7
<b>Bengkulu</b>	<b>56,6</b>	<b>24,7</b>	<b>18,5</b>	<b>1,8</b>	<b>2,1</b>	<b>5,1</b>	<b>47,5</b>	<b>67,4</b>

Tabel 3.7.7.1 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut kabupaten/kota. Sering mengonsumsi makanan manis dilakukan oleh 56,6% penduduk di Provinsi Bengkulu yang berusia  $\geq 10$  tahun, tertinggi ditemukan di Kepahiang (79,5%) dan terendah Bengkulu Selatan (33,4%).

Prevalensi penduduk yang sering mengonsumsi makanan asin secara keseluruhan di Bengkulu ditemukan 24,7%, tertinggi di Lebong (46,7%) dan terendah di Seluma (2,6%). Penduduk di Provinsi Bengkulu yang mengonsumsi makanan berlemak sebanyak 18,5%, tertinggi di Lebong (39,0%) dan terendah di Muko-muko (4,2%), sebanyak 47,5% penduduk di Provinsi Bengkulu mengonsumsi minuman berkafein, tertinggi di Rejang lebong (63,2%) disusul oleh Lebong (59,0%) dan Kepahiang (58,7%) sedangkan terendah di Muko-muko (27,1%). Penyedap sering dikonsumsi oleh 67,4% penduduk secara keseluruhan, tertinggi di Bengkulu Selatan (75,2%) dan terendah di Muko-muko (74,4%). Sedangkan jeroan, makanan dipanggang dan makanan diawetkan relatif jarang dikonsumsi oleh penduduk di Provinsi Bengkulu.

**Tabel 3.7.7.2**  
**Prevalensi Penduduk 10 Tahun ke Atas dengan Konsumsi Makanan Berisiko menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Manis	Asin	Berlemak	Jeroan	Dipanggang	Diawetkan	Berkafein	Penyedap
<b>Kelompok umur</b>								
10-14	47,0	22,0	17,9	1,1	1,8	5,5	12,5	82,2
15-24	52,8	24,8	18,1	1,9	2,3	6,1	34,4	84,3
25-34	55,4	22,7	18,1	2,0	2,4	5,0	51,3	85,1
35-44	59,5	25,7	18,7	1,8	1,8	4,8	59,7	86,9
45-54	59,1	25,7	16,6	2,2	2,1	4,1	62,7	85,9
55-64	57,4	22,5	18,4	1,3	2,1	3,2	66,1	84,1
65-74	59,2	22,4	20,5	1,5	2,2	3,2	56,8	85,0
75+	55,4	23,9	12,8	1,3	1,3	2,7	55,2	79,8
<b>Jenis kelamin</b>								
Laki-Laki	46,0	19,5	14,6	1,5	1,6	3,9	47,1	67,0
Perempuan	41,6	18,7	13,9	1,4	1,7	3,9	26,1	67,8
<b>Pendidikan</b>								
Tidak Sekolah	52,6	18,7	15,4	1,7	2,0	4,6	52,0	83,7
Tidak Tamat SD	48,0	23,0	18,1	1,4	1,8	4,2	51,0	86,9
Tamat SD	56,8	22,9	19,2	1,5	1,6	4,7	48,1	88,0
Tamat SMP	61,6	24,1	19,1	1,6	2,1	4,8	44,0	86,0
Tamat SMA	62,9	27,1	17,3	2,5	2,8	5,7	44,5	81,2
Tamat PT	55,0	25,8	15,2	3,2	2,7	5,9	34,6	68,9
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	50,1	21,5	11,5	2,6	2,7	5,8	28,1	58,9
Perdesaan	41,4	18,1	15,3	1,0	1,2	3,2	40,1	70,7
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>								
Kuintil-1	39,5	16,9	12,8	1,0	1,4	4,1	35,1	64,6
Kuintil-2	40,0	20,4	14,3	1,1	1,4	3,8	36,2	68,4
Kuintil-3	44,7	19,9	15,0	1,4	1,5	3,6	37,8	66,8
Kuintil-4	46,5	18,3	14,2	2,0	1,9	4,1	38,2	69,4
Kuintil-5	48,3	20,0	15,1	1,7	2,1	4,0	36,6	67,8

Tabel 3.7.7.2 menggambarkan prevalensi penduduk 10 tahun ke atas dengan konsumsi makanan berisiko menurut karakteristik responden. Menurut umur, perilaku sering mengonsumsi hampir disemua jenis makanan berisiko cenderung tidak menunjukkan pola yang jelas. Pada umumnya konsumsi makanan manis lebih banyak dikonsumsi oleh responden pada kelompok umur 25 tahun keatas, makanan asin paling banyak dikonsumsi oleh penduduk yang berumur 35-54 tahun. Makanan berlemak paling banyak dikonsumsi oleh penduduk umur 65-74 tahun. Jeroan lebih banyak dikonsumsi oleh penduduk yang berumur 15-54 tahun. Makanan diawetkan paling banyak dikonsumsi oleh penduduk berumur relatif muda, dan mulai menurun seiring dengan pertambahan umur. Konsumsi minuman berkafein meningkat sesuai dengan pertambahan umur dan mulai menurun pada saat penduduk berumur 65 tahun. Sedangkan penyedap paling banyak di konsumsi oleh penduduk yang berumur 35-44 tahun.

Menurut jenis kelamin, laki-laki cenderung lebih sering mengonsumsi makanan yang manis-manis dan minum minuman berkafein dibandingkan perempuan. Sedangkan untuk konsumsi jenis makanan berisiko lainnya pola prevalensi antara laki-laki dan perempuan hampir sama. Menurut tingkat pendidikan, prevalensi sering mengonsumsi manis, jeroan, makanan dipanggang, diawetkan, dan penyedap tidak menunjukkan pola yang jelas. Persentase penduduk yang mengonsumsi makanan asin terus meningkat sesuai dengan peningkatan pendidikan, tetapi turun pada kelompok penduduk yang berpendidikan tamat PT. Makanan berlemak cenderung meningkat sampai dengan penduduk yang berpendidikan tamat SD dan terjadi penurunan seiring dengan peningkatan tingkat pendidikan. Sementara minum minuman berkafein pola prevalensi berbanding terbalik dengan meningkatnya pendidikan.

Menurut tipe daerah, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, asin, jeroan, dipanggang dan makanan yang diawetkan ditemukan lebih tinggi di perkotaan dibanding pedesaan. Menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, pola prevalensi sering mengonsumsi makanan manis, dipanggang dan minuman berkafein cenderung meningkat sesuai dengan peningkatan kuintil ekonomi, kecuali untuk minuman berkafein, terjadi penurunan persentase pada kuintil 5.

### **3.7.8. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat**

Dalam Riskesdas 2007 dikumpulkan 10 indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)<sup>1</sup> yang terdiri dari 6 indikator individu dan 4 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, penduduk cukup mengonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumah Tangga

meliputi rumah tangga menggunakan rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ( $\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$ ), 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 memiliki 10 indikator, jadi nilai tertinggi untuk rumah tangga dengan balita adalah 10; Sedangkan untuk rumah tangga tanpa balita terdiri dari 8 indikator, jadi nilai tertinggi untuk rumah tangga tanpa balita adalah 8.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat diklasifikasi "kurang" apabila mendapatkan nilai kurang dari 6 untuk rumah tangga mempunyai balita dan nilai kurang dari 5 untuk rumah tangga tanpa balita.

---

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

**Tabel 3.7.8.1**  
**Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat, menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Rumah tangga dengan PHBS baik</b>
Bengkulu selatan	22,3
Rejang lebong	37,0
Bengkulu utara	20,5
Kaur	27,3
Seluma	23,6
Muko-muko	25,4
Lebong	21,6
Kepahiang	35,9
Kota bengkulu	61,5
<b>Bengkulu</b>	<b>32,8</b>

Sebagian besar penduduk di Provinsi Bengkulu belum melakukan PHBS dengan baik (32,8%). PHBS baik terbanyak dilakukan oleh penduduk di Kota Bengkulu (61,5%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara (20,5%).

Tabel 3.7.8.2 dan tabel 3.7.8.3 di bawah ini 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 3.7.8.2**  
**Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi**  
**Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik, dan Merokok) pada Penduduk 10 Tahun**  
**ke Atas menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Kurang konsumsi sayur dan buah*</b>	<b>Kurang aktifitas fisik**</b>	<b>Merokok***</b>
Bengkulu selatan	87,0	46,5	32,2
Rejang lebong	87,7	46,1	29,2
Bengkulu utara	97,1	35,3	31,8
Kaur	97,5	42,5	33,5
Seluma	96,3	37,1	30,7
Muko-muko	93,6	29,4	29,9
Lebong	88,9	34,9	33,3
Kepahiang	93,0	39,6	31,7
Kota bengkulu	90,9	42,4	21,2
<b>Bengkulu</b>	<b>92,1</b>	<b>40,1</b>	<b>29,5</b>

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

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

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

**Tabel 3.7.8.3**  
**Prevalensi Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Utama (Kurang Konsumsi Sayur Buah, Kurang Aktifitas Fisik dan Merokok) pada Penduduk 15 Tahun ke Atas menurut Karakteristik Responden di Provinsi Bengkulu, Riskeddas 2007**

<b>Karakteristik responden</b>	<b>Kurang konsumsi sayur dan buah*</b>	<b>Kurang aktifitas fisik**</b>	<b>Merokok***</b>
<b>Kelompok umur (tahun)</b>			
10-14	91,6	64,8	0,7
15-24	93,9	28,3	22,5
25-34	92,6	17,6	35,1
35-44	92,8	16,9	38,3
45-54	92,2	17,2	41,3
55-64	91,5	21,0	43,1
65-74	93,1	34,6	37,2
75+	93,1	66,3	33,6
<b>Jenis Kelamin</b>			
Laki-Laki	92,6	20,7	55,9
Perempuan	92,8	44,1	2,4
<b>Pendidikan</b>			
Tidak Sekolah	95,1	33,7	26,5
Tidak Tamat SD	93,2	21,5	28,1
Tamat SD	93,5	16,3	30,2
Tamat SMP	92,7	17,6	30,3
Tamat SMA	91,6	28,9	33,7
Tamat PT	87,6	46,2	22,9
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	89,7	39,7	22,9
Perdesaan	93,9	18,1	32,2
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>			
Kuintil-1	92,6	21,2	29,6
Kuintil-2	93,4	18,4	30,0
Kuintil-3	93,4	24,3	29,5
Kuintil-4	92,8	22,5	29,0
Kuintil-5	91,3	27,8	29,6

\* 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

### **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 tipe daerah 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/RT (masyarakat), termasuk alasan apabila responden tidak memanfaatkan UKBM dimaksud.

**Tabel 3.8.1.1**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jarak dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan\*) menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jarak ke Yankes			Waktu tempuh ke Yankes			
	< 1 KM	1 - 5 KM	> 5 KM	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
Bengkulu Selatan	50.9	39.5	9.5	68.8	21.9	8.6	0.7
Rejang Lebong	77.1	22.6	0.3	85.5	12.0	2.2	0.3
Bengkulu Utara	38.8	57.1	4.0	77.0	19.5	3.2	0.4
Kaur	41.0	41.9	17.1	58.9	30.2	9.9	1.1
Seluma	43.8	47.2	9.0	48.8	18.1	19.1	14.0
Muko-muko	63.0	32.9	4.1	68.5	16.0	13.7	1.8
Lebong	59.6	40.2	0.2	82.5	14.7	1.6	1.2
Kepahiang	80.5	19.2	0.4	84.4	12.1	2.8	0.7
Kota Bengkulu	39.0	59.2	1.8	80.7	17.4	1.2	0.8
<b>Bengkulu</b>	<b>52.6</b>	<b>43.0</b>	<b>4.4</b>	<b>74.4</b>	<b>17.6</b>	<b>5.9</b>	<b>2.0</b>

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

Hampir seluruh rumah tangga di Provinsi Bengkulu dengan jarak akses rumah tangga ke pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Bidan dan dokter praktek) kurang dari 1 km. Persentase rumah tangga di Kabupaten yang tertinggi < 1 km di Kabupaten Kepahiang (80,5%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara (38,8%). Waktu tempuh yang kurang dari sama dengan 15 menit di provinsi Bengkulu sebesar 74,4%, tertinggi di Kabupaten Rejang Lebong sebesar 85,5% dan terendah di Kabupaten Seluma (48,8%).

**Tabel 3.8.1.2**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak Dan Waktu Tempuh Ke Sarana Pelayanan Kesehatan\*) dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Jarak ke Yankes			Waktu tempuh ke Yankes			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
<b>Tipe Daerah</b>							
Perkotaan	61.2	38.1	0.7	80.0	15.3	4.4	0.3
Perdesaan	51.1	37.2	11.7	79.0	17.7	3.0	0.3
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>							
Kuintil 1	49.4	46.3	4.2	69.6	20.8	6.9	2.6
Kuintil 2	51.3	44.2	4.6	71.9	20.3	6.3	1.4
Kuintil 3	52.8	43.0	4.2	76.1	17.1	5.4	1.4
Kuintil 4	54.2	40.4	5.4	75.7	15.8	5.8	2.7
Kuintil 5	55.1	41.2	3.7	78.9	14.2	5.0	2.0

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

Persentase rumah tangga dengan jarak tempuh ke pelayanan kesehatan sejauh < 1 km terbanyak di perkotaan daripada di perdesaan, antara 1 – 5 km terbanyak di perdesaan, sedangkan pada jarak tempuh > 5 km hanya ada di perdesaan. Berdasarkan jarak tempuh tersingkat, yaitu  $\leq 15$  menit, paling banyak pada penduduk di daerah perkotaan, hal ini sesuai dengan jarak terpendek yang juga terdapat di perkotaan.

Tidak terdapat pola antara jarak ke yankes dengan pengeluaran per kapita per bulan, dimana pada jarak < 1 km terbanyak pada penduduk di kuintil\_5 (55,1%), pada jarak 1 – 5 km pada kuintil\_1 (46,3%) dan jarak > 5 km hanya ada pada kuintil\_4 (5,4%).

Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dimaksud dalam tabel 3.8.1.3 dan tabel 3.8.1.4 adalah: Posyandu/Poskesdes/Polindes. Tabel ini berusaha menggambarkan akses masyarakat ke fasilitas Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM).

**Tabel 3.8.1.3**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat\* dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jarak ke UKBM			Waktu tempuh ke UKBM			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	$\leq 15'$	16'-30'	31'-60'	>60'
Bengkulu Selatan	84.3	14.6	1.1	86,5	7,3	3,8	2,3
Rejang Lebong	86.7	12.4	0.9	91,7	5,4	1,3	1,6
Bengkulu Utara	70.5	29.0	0.5	88,3	9,4	2,1	0,2
Kaur	83.1	16.7	0.2	92,3	6,8	0,3	0,6
Seluma	70.8	25.4	3.8	71,0	17,1	7,8	4,1
Muko-muko	76.2	21.8	2.0	82,2	13,3	4,3	0,3
Lebong	64.7	35.3		86,2	10,8	1,5	1,5
Kepahiang	87.7	11.5	0.8	86,1	10,2	1,4	2,3
Kota Bengkulu	82.8	16.4	0.8	90,9	7,3	0,6	1,2
<b>Bengkulu</b>	<b>78.5</b>	<b>20.4</b>	<b>1.1</b>	<b>86,9</b>	<b>9,3</b>	<b>2,4</b>	<b>1,4</b>

Catatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

Secara keseluruhan di Provinsi Bengkulu , dari segi jarak nampak bahwa 78,5% rumah tangga berjarak kurang dari 1 km dan 3,6% berjarak 1-5 km. Kondisi ini dapat dikatakan bahwa hampir 100 % penduduk Provinsi Bengkulu berada  $\leq 5$  km dari fasilitas UKBM. Kondisi ini nampak tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia secara keseluruhan.

Dari segi Waktu tempuh ke fasilitas UKBM nampak bahwa 86,9% rumah tangga dapat mencapai ke fasilitas UKBM kurang dari atau sama dengan 15 menit, 9,3% antara 16-30 menit. Hal dapat ini dapat dikatakan 96,2% rumah tangga di Provinsi Bengkulu dapat mencapai fasilitas UKBM dalam waktu  $\leq 30$  menit.

**Tabel 3.8.1.4**  
**Persentase Rumah Tangga Menurut Jarak dan Waktu Tempuh ke Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat\* dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Jarak ke UKBM			Waktu tempuh ke UKBM			
	< 1 km	1 - 5 km	> 5 km	≤15'	16'-30'	31'-60'	>60'
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	83.8	15.3	0.9	92.5	5.6	0.6	1.3
Perdesaan	76.5	22.4	1.2	84.8	10.7	3.1	1.4
<b>Pengeluaran Per kapita per bulan</b>							
Kuintil 1	78.8	20.6	0.7	85.1	10.3	3.4	1.2
Kuintil 2	77.5	21.0	1.4	85.4	10.6	2.7	1.3
Kuintil 3	80.9	17.9	1.1	89.9	7.9	1.5	0.7
Kuintil 4	77.1	21.6	1.3	85.6	9.9	2.6	1.9
Kuintil 5	78.2	20.9	0.9	88.7	7.8	1.8	1.8

Catatan: Fasilitas Pelayanan Kesehatan: Posyandu, Poskesdes, Polindes

Berdasarkan Tipe daerah, yaitu perkotaan atau perdesaan menunjukkan bahwa akses menuju pelayanan UKBM, berdasarkan jarak, di perkotaan lebih dekat dibandingkan perdesaan, demikian juga menurut waktu tempuh di perkotaan 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 jarak dan waktu tempuh dengan kemampuan ekonomi rumah tangga, tidak menunjukkan adanya pola yang jelas. Jarak ke pelayanan UKBM < 1 km dan waktu tempuh ≤ 15 menit tertinggi ada pada kelompok kuintil 3, jarak 1 – 5 km tertinggi pada kelompok kuintil 5 dan dengan jarak > 5 km dan waktu tempuh 16 – 30 menit tertinggi pada kelompok kuintil 2. Sedangkan berdasarkan waktu tempuh >30 menit persentase tertinggi pada kelompok kuintil\_1 (3,4%).

**Tabel 3.8.1.5**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan Lain
Bengkulu Selatan	28.4	56.1	15.5
Rejang Lebong	19.9	70.8	9.3
Bengkulu Utara	38.2	23.5	38.2
Kaur	45.0	45.7	9.4
Seluma	39.1	56.2	4.7
Muko-muko	32.4	55.6	12.0
Lebong	17.2	73.3	9.5
Kepahiang	22.2	68.4	9.4
Kota Bengkulu	27.8	59.8	12.5
<b>Bengkulu</b>	<b>30.7</b>	<b>52.7</b>	<b>16.6</b>



Sebanyak 30,7% rumah tangga di Provinsi Bengkulu telah memanfaatkan posyandu/poskesdes, pemanfaatan tertinggi di Kabupaten Kaur (45%) dan terendah di Kabupaten Lebong (17,2%). Rumah tangga yang tidak memanfaatkan pelayanan tersebut karena tidak membutuhkan sebanyak 52,7%, tertinggi di Lebong (73,3%) dan terendah di Bengkulu Utara (23,5%). Sedangkan rumah tangga yang merasa tidak membutuhkan UKBM dengan alasan lain sebesar 16,6%.

**Tabel 3.8.1.6**  
**Persentase Rumah Tangga yang Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Memanfaatkan	Tidak memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	24.5	63.4	12.1
Perdesaan	32.9	48.8	18.3
<b>Pengeluaran per kapita</b>			
Kuintil 1	34.2	47.3	18.6
Kuintil 2	34.6	48.4	17.1
Kuintil 3	30.7	53.3	16.0
Kuintil 4	30.0	55.2	14.8
Kuintil 5	23.7	59.6	16.7

Persentase rumah tangga di perdesaan yang memanfaatkan Posyandu/Poskesdes dalam 3 bulan terakhir (32,2%) lebih banyak daripada rumah tangga di perkotaan (24,5%). Sedangkan persentase yang tidak membutuhkan posyandu/poskesdes tidak banyak berbeda antara penduduk di perkotaan dan perdesaan. Tidak terdapat perbedaan yang besar pada persentase rumah tangga yang memanfaatkan posyandu/poskesdes dalam 3 bulan terakhir dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan.

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

Kabupaten/Kota	Penim- bangan	Penyu- luhan	Imuni- sasi	KIA	KB	Pengo- batan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Risiko Penyakit
Bengkulu Selatan	65.4	26.0	54.0	32.8	11.3	52.3	20.5	12.4	5.3
Rejang Lebong	86.0	51.3	67.0	43.0	33.5	33.9	31.5	23.4	19.8
Bengkulu Utara	58.0	39.8	34.3	20.2	25.6	63.5	25.7	18.8	13.1
Kaur	57.4	18.5	32.4	21.7	60.1	59.8	32.4	18.0	7.8
Seluma	64.9	26.7	42.5	37.2	50.5	48.8	26.8	25.7	10.5
Muko-muko	70.2	19.4	58.3	23.0	38.9	37.4	18.8	40.3	2.3
Lebong	58.8	23.4	45.8	34.2	39.8	58.1	40.7	28.0	9.3
Kepahiang	75.4	30.5	46.1	42.6	28.3	41.5	33.6	35.6	12.7
Kota Bengkulu	81.1	46.0	56.3	24.3	12.9	43.1	28.6	31.2	19.1
<b>Bengkulu</b>	<b>67.6</b>	<b>34.4</b>	<b>46.1</b>	<b>28.0</b>	<b>31.9</b>	<b>50.9</b>	<b>27.4</b>	<b>24.5</b>	<b>12.2</b>

Pada tabel 3.8.1.7 dari sembilan jenis pelayanan Posyandu/Poskesdes yang pernah dimanfaatkan rumah tangga dalam tiga bulan terakhir, penimbangan menempati urutan yang pertama (67,6%) disusul oleh pelayanan pengobatan (50,9%), sedangkan konsultasi risiko penyakit menempati urutan yang terakhir (12,2%).

Kabupaten dengan persentase tertinggi yang mendapat layanan penimbangan di Rejang Lebong (86,0%) dan terendah di Kaur (57,4%). Kabupaten Kaur yang paling sedikit mendapat layanan penyuluhan (18,5%). Sedangkan terendah untuk PMT di kabupaten Muko Muko (18,8%) dan konsultasi risiko penyakit (2,3%). Kabupaten Bengkulu Utara merupakan kabupaten yang paling rendah mendapatkan pelayanan KIA (20,2%). Pelayanan pengobatan paling sedikit diterima oleh rumah tangga di Kabupaten Rejang Lebong (33,9%). Persentase rumah tangga di Kota Bengkulu Selatan yang paling sedikit mendapatkan layanan KB (11,3%) dan suplemen gizi (12,4%)

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

Karakteristik rumah tangga	Penimbangan	Penyuluhan	Imunisasi	KIA	KB	Pengobatan	PMT	Suplemen Gizi	Konsultasi Resiko Penyakit
<b>Tipe daerah</b>									
Perkotaan	83.6	50.3	59.3	30.5	18.1	40.9	30.9	30.9	19.1
Perdesaan	63.1	30.0	42.5	27.3	35.7	53.7	26.5	22.8	10.3
<b>Pengeluaran per kapita</b>									
Kuintil 1	72.6	36.4	56.4	32.2	31.4	49.3	36.3	29.4	13.0
Kuintil 2	72.1	33.9	49.9	27.9	31.1	44.8	30.6	29.5	13.7
Kuintil 3	70.5	36.2	41.7	29.8	28.2	48.5	30.8	21.6	10.7
Kuintil 4	65.9	35.8	46.7	27.8	41.6	54.7	20.6	21.9	14.8
Kuintil 5	51.8	28.1	31.0	19.7	26.2	60.9	14.3	17.3	7.2

Bila diidentifikasi jenis layanan yang diterima oleh rumah tangga di posyandu/poskesdes berdasarkan lokasi tipe daerah (perkotaan dan perdesaan) nampak bahwa rumah tangga yang mendapat layanan KB dan pengobatan di daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan di perkotaan. Sedangkan penimbangan, penyuluhan, imunisasi, suplemen gizi dan konsultasi risiko penyakit lebih tinggi di perkotaan daripada di perdesaan. Sedangkan pelayanan lainnya tidak menunjukkan perbedaan yang besar antara di perkotaan dan perdesaan.

Pemanfaatan posyandu/poskesdes oleh rumah tangga menurut status ekonomi (berdasar rata-rata pengeluaran rumah tangga) menampakkan adanya kecenderungan semakin tinggi kuintil semakin sedikit yang mendapatkan pelayanan penimbangan di posyandu/poskesdes. Sedangkan pada jenis pelayanan lainnya tidak memperlihatkan adanya pola yang jelas, tetapi pada kuintil 5 memiliki persentase yang lebih kecil dibandingkan kuintil dibawahnya pada jenis pelayanan penyuluhan, imunisasi, KIA, KB, PMT, suplemen gizi dan konsultasi risiko penyakit. Hanya di jenis pelayanan pengobatan lebih tinggi persentase pada kuintil 5 dibandingkan dengan kuintil dibawahnya.

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

Kabupaten/Kota	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak jauh	Tdk ada posyandu	Layanan tdk lengkap
Bengkulu Selatan	16.5	11.1	72.4
Rejang Lebong	36.6	36.9	26.5
Bengkulu Utara	12.9	2.4	84.7
Kaur	11.4	57.2	31.4
Seluma	73.3	13.3	13.3
Muko-muko	11.4	52.4	36.2
Lebong	66.7	3.1	30.3
Kepahiang	76.9		23.1
Kota Bengkulu	25.8	28.1	46.1
<b>Bengkulu</b>	<b>23.9</b>	<b>17.6</b>	<b>58.5</b>

Alasan yang paling banyak dikemukakan oleh rumah tangga di Provinsi Bengkulu yang tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes adalah karena pelayanan di posyandu/poskesdes tidak lengkap (58,5%). Penduduk yang terbanyak mengemukakan alasan layanan tidak lengkap adalah di Kabupaten Bengkulu Utara (84,7%). Alasan letak jauh terbanyak dikemukakan oleh penduduk di kabupaten Kepahiang (76,9%). Sedangkan yang menyatakan tidak ada posyandu terbesar di Kabupaten Kaur (57,2%).

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

Karakteristik rumah tangga	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Posyandu/Poskesdes		
	Letak jauh	Tdk ada posyandu	Layanan tdk lengkap
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	19.1	29.4	51.5
Perdesaan	25.0	14.9	60.1
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>			
Kuintil 1	32.1	24.0	43.9
Kuintil 2	16.9	13.1	69.9
Kuintil 3	22.3	15.8	61.9
Kuintil 4	26.9	18.8	54.3
Kuintil 5	19.5	14.8	65.6

Menurut tipe daerah, rumah tangga di perdesaan yang lebih banyak tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes karena letak jauh, dan layanan tidak lengkap. Sedangkan di perkotaan alasan tidak memanfaatkan posyandu/poskesdes karena layanan tidak

lengkap. Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan, tidak terdapat pola yang jelas mengenai alasan tidak memanfaatkan Posyandu/Poskesdes. Alasan karena letak jauh dan tidak ada posyandu lebih banyak diungkapkan oleh penduduk pada kuintil 1 daripada kuintil lainnya.

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

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Bengkulu Selatan	24.3	51.6	24.1
Rejang Lebong	19.9	68.6	11.5
Bengkulu Utara	45.3	28.8	25.9
Kaur	56.7	32.7	10.5
Seluma	47.0	44.7	8.3
Muko-muko	30.8	58.3	10.9
Lebong	29.7	44.7	25.7
Kepahiang	29.5	46.7	23.8
Kota Bengkulu	18.9	47.5	33.6
<b>Bengkulu</b>	<b>33.1</b>	<b>46.2</b>	<b>20.7</b>

Sebanyak 33,1% rumah tangga di Provinsi Bengkulu telah memanfaatkan keberadaan polindes/bidan, 46,2% merasa tidak membutuhkan keberadaan polindes/bidan desa sedangkan yang menyatakan tidak membutuhkan dengan alasan lain sebesar 20,7%. Kabupaten dengan rumah tangga yang paling banyak memanfaatkan pelayanan di polindes/bidan desa adalah Kabupaten Kaur (56,7%) dan terendah di Kota Bengkulu (18,9%). Kabupaten dengan rumah tangga yang paling banyak tidak memanfaatkan keberadaan polindes/bidan desa karena tidak membutuhkan adalah di Kabupaten Rejang Lebong (68,6%), sedangkan rumah tangga yang tidak membutuhkan karena alasan lain terbanyak adalah di Kota Bengkulu (33,6%).

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

Karakteristik rumah tangga	Memanfaatkan	Tidak Memanfaatkan	
		Tidak Membutuhkan	Alasan lain
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	19.9	54.6	25.5
Perdesaan	38.0	43.1	18.8
<b>Pengeluaran per kapita per</b>			
Kuintil 1	37.2	41.3	21.5
Kuintil 2	36.3	44.6	19.1
Kuintil 3	31.8	47.7	20.4
Kuintil 4	32.8	46.6	20.6
Kuintil 5	27.4	51.0	21.6

Berdasarkan lokasi tipe daerah, rumah tangga di perdesaan lebih banyak yang memanfaatkan Polindes/Bidan desa daripada di perkotaan. Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan dapat dilihat pola semakin tinggi kelompok tingkat pengeluaran per kapita per bulan maka persentase rumah tangga yang memanfaatkan layanan Polindes/Bidan Desa cenderung semakin berkurang. Diantara rumah tangga yang tidak memanfaatkan layanan Polindes/Bidan dengan alasan tidak membutuhkan terbanyak pada kelompok kuintil 5 (51,0%), sedangkan yang tidak memanfaatkan dengan alasan lain menyebar pada semua kuintil dengan persentase terbanyak terdapat pada kuintil 5 (21,6%).

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

Kabupaten/Kota	Pemeriksaan kehamilan	Persalinan	Pemeriksaan ibu nifas	Pemeriksaan neonatus	Pemeriksaan bayi/balita	Pengobatan
Bengkulu Selatan	10.0	2.1			21.0	84.7
Rejang Lebong	13.4	5.8	5.8	10.4	29.3	80.5
Bengkulu Utara	6.7	1.2	0.8	2.0	14.2	89.9
Kaur	13.1	8.8	8.2	8.5	19.9	91.9
Seluma	1.9	0.8	1.1	0.8	10.1	96.3
Muko-muko	11.6	4.6	2.9	3.4	20.9	81.1
Lebong	11.5	2.1	2.7	3.4	13.4	93.3
Kepahiang	22.0	15.6	13.5	12.1	24.5	88.5
Kota Bengkulu	29.5	19.1	10.6	14.9	20.8	82.2
<b>Bengkulu</b>	11.3	5.4	4.1	5.3	17.7	88.5

Jenis pelayanan polindes/bidan desa dapat dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu pelayanan di bidang **KIA** (pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus pemeriksaan bayi/balita) dan **pengobatan**. Idealnya pelayanan polindes/bidan desa lebih banyak pada pelayanan bidang KIA dari pada pengobatan. Secara keseluruhan di Provinsi Bengkulu Persentase rumah tangga yang pernah memperoleh pelayanan pengobatan jauh lebih tinggi (88,5%) dibanding dengan rumah tangga yang pernah memperoleh pelayanan dalam bidang KIA (< 40%).

Jenis pelayanan KIA yang diterima rumah tangga di Provinsi Bengkulu, yang memanfaatkan polindes/bidan desa terbanyak adalah pemeriksaan bayi/balita (17,7%), terbesar di Kabupaten Rejang Lebong (29,3%). Pemanfaatan layanan pemeriksaan kehamilan (11,3%), persalinan (5,4%) dan pemeriksaan neonatus (5,3%), kemudian pemeriksaan ibu nifas (4,1%).

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

<b>Karakteristik rumah tangga</b>	<b>Pemeriksaan kehamilan</b>	<b>Persalinan</b>	<b>Pemeriksaan ibu nifas</b>	<b>Pemeriksaan neonatus</b>	<b>Pemeriksaan bayi/balita</b>	<b>Pengobatan</b>
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	24.4	15.3	10.7	14.3	22.6	84.5
Perdesaan	8.7	3.4	2.8	3.5	16.8	89.3
<b>Pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil 1	10.4	6.9	5.1	6.2	24.2	88.9
Kuintil 2	10.3	5.8	4.9	5.6	18.0	89.4
Kuintil 3	11.9	4.6	3.3	4.6	13.3	89.1
Kuintil 4	10.0	4.5	3.9	5.4	18.0	87.9
Kuintil 5	14.6	4.6	2.6	4.2	13.3	86.9

Bila dibedakan berdasarkan tipe daerah maka nampak bahwa Persentase rumah tangga yang pernah memperoleh pelayanan di bidang KIA (pemeriksaan kehamilan, persalinan, pemeriksaan ibu nifas, pemeriksaan neonatus dan pemeriksaan bayi/balita) lebih tinggi daripada di perdesaan. Sedangkan yang mendapatkan pelayanan pengobatan dari polindes/bidan desa lebih tinggi dibandingkan penduduk yang tinggal di perkotaan.

Tidak terlihat adanya pola yang jelas antara tingkat pengeluaran perkapita dengan jenis pelayanan kesehatan di polindes/bidan desa. Layanan pemeriksaan kehamilan lebih banyak diterima oleh penduduk di kuintil 5 (14,6%), kuintil 1 layanan persalinan (6,9%), pemeriksaan ibu nifas (5,1%) pemeriksaan neonatus (6,2%) dan pemeriksaan bayi/balita (24,2%).

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

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/BDD</b>			
	<b>Letak jauh</b>	<b>Tdk ada polindes/bidan</b>	<b>Layanan tdk lengkap</b>	<b>Lainnya</b>
Bengkulu Selatan	9.1	12.9	14.2	63.8
Rejang Lebong	8.8	7.7	1.9	81.6
Bengkulu Utara	13.2	5.7	21.1	60.0
Kaur	13.0	13.0	2.2	71.8
Seluma	29.6	22.2		48.1
Muko-muko	4.0	70.3	9.9	15.9
Lebong	16.5	4.1	2.5	77.0
Kepahiang	9.9	16.5	2.5	71.1
Kota Bengkulu	2.8	68.6	11.6	17.0
<b>Bengkulu</b>	<b>9.0</b>	<b>31.5</b>	<b>10.6</b>	<b>48.9</b>

Berdasarkan 3 alasan tidak memanfaatkan polindes/bidan desa (jauh, tidak ada polindes/bidan desa dan pelayanan tidak lengkap), alasan terbanyak yang diungkapkan oleh rumah tangga di Provinsi Bengkulu yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan di Polindes/Bidan Desa adalah karena tidak ada polindes/bidan desa (31,5%), lainnya (48,9%), layanan tidak lengkap (10,6%) dan letak jauh (9,05%).

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

Karakteristik Rumah Tangga	Alasan Utama Tidak Memanfaatkan Polindes/BDD			
	letak jauh	tdk ada polindes/bidan	layanan tdk lengkap	lainnya
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	1.7	57.9	12.8	27.5
Perdesaan	13.8	14.1	9.1	63.0
<b>Pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil 1	10.5	28.4	11.7	49.3
Kuintil 2	9.3	33.5	12.2	45.0
Kuintil 3	8.3	37.7	4.7	49.3
Kuintil 4	7.3	28.1	13.5	51.0
Kuintil 5	9.8	30.0	10.8	49.4

Di perkotaan lebih banyak rumah tangga yang tidak memanfaatkan layanan kesehatan di Polindes/Bidan Desa karena tidak ada Polindes/Bidan Desa, dan di perdesaan selain alasan lainnya, hanya sekitar 3 % rumah tangga yang tidak memanfaatkan Polindes/Bidan Desa karena letak jauh dan tidak ada polindes/bidan desa. Tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pengeluaran perkapita dengan alasan tidak memanfaatkan polindes. Alasan tidak memanfaatkan polindes/bidan desa karena letaknya yang jauh paling banyak diungkapkan oleh penduduk di kuintil 1 (10,5%), alasan karena tidak ada polindes/bidan desa paling tinggi dikemukakan oleh penduduk di kuintil 2 (33,5%), sedangkan yang mengatakannya alasan karena pelayanannya tidak lengkap paling banyak di kuintil 4 (13,5%).

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

Kabupaten/Kota	Memanfaatkan	Tidak memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
Bengkulu Selatan	13.9	27.8	58.2
Rejang Lebong	0.9	27.3	71.8
Bengkulu Utara	3.5	4.1	92.4
Kaur	37.8	7.7	54.6
Seluma	56.7	5.4	37.9
Muko-muko	4.3	4.1	91.6
Lebong	28.1	12.1	59.8
Kepahiang	2.7	5.6	91.6
Kota Bengkulu	1.0	10.9	88.0
<b>Bengkulu</b>	<b>12.3</b>	<b>11.5</b>	<b>76.2</b>

Secara umum rumah tangga yang memanfaatkan POD/WOD dalam 3 bulan terakhir hanya sebesar 12,3%. Pemanfaatan POD/WOD tertinggi terdapat di Kabupaten Seluma (56,7%) dan terendah di Kabupaten Rejang Lebong (0,9%). Rumah tangga yang tidak membutuhkan WOD/POD di Provinsi Bengkulu sebanyak 11,5%, terbanyak di Kabupaten Bengkulu Selatan (27,8%) dan terendah di Bengkulu Utara (4,1%).

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

Karakteristik rumah tangga	Memanfaatkan	Tidak memanfaatkan	
		Tidak membutuhkan	Alasan lain
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	5.2	16.5	78.3
Perdesaan	14.9	9.6	75.4
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>			
Kuintil 1	11.5	10.2	78.4
Kuintil 2	12.4	10.4	77.2
Kuintil 3	11.7	11.9	76.4
Kuintil 4	13.1	11.9	75.1
Kuintil 5	12.8	13.2	74.0

Persentase rumah tangga di perkotaan yang memanfaatkan POD/WOD lebih banyak di perdesaan (14,9%) dibandingkan dengan rumah tangga di perkotaan (5,2%). Sebaliknya untuk rumah tangga yang tidak membutuhkan lebih banyak di perkotaan, sedangkan yang tidak memanfaatkan karena alasan lainnya lebih banyak di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran perkapita menunjukkan adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan, semakin tinggi pula persentase rumah tangga yang tidak membutuhkan POD/WOD.

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

Kabupaten/Kota	Alasan Utama tidak memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi jauh	Tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
Bengkulu Selatan	2.6	92.1	1.4	4.0
Rejang Lebong	0.2	96.0	0.3	3.5
Bengkulu Utara	2.7	86.9	10.4	
Kaur	1.5	94.1	0.7	3.7
Seluma	1.9	96.7	1.4	
Muko-muko		93.6	0.6	5.9
Lebong	2.4	87.7	1.4	8.5
Kepahiang	0.2	95.7		4.1
Kota Bengkulu		91.5	4.9	3.6
<b>Bengkulu</b>	<b>1.1</b>	<b>91.9</b>	<b>4.0</b>	<b>3.0</b>



Secara umum rumah tangga di Provinsi Bengkulu yang tidak memanfaatkan POD/WOD dengan alasan utama adalah tidak ada POD/WOD sebesar 91,9%, tertinggi di Kabupaten Rejang Lebong (96,0%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Utara (86,9%). Hanya 1,1% rumah tangga di Provinsi Bengkulu yang menyatakan tidak menggunakan POD/WOD karena letaknya yang jauh, paling banyak di Kabupaten Bengkulu Selatan (2,6%). Sedangkan alasan karena obat tidak lengkap, paling banyak dikemukakan oleh rumah tangga di Kabupaten Bengkulu Utara (10,2%)

**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 Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Alasan utama tidak memanfaatkan POD/WOD			
	Lokasi jauh	Tdk ada POD/WOD	Obat tidak lengkap	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	0.3	92.0	3.7	4.0
Perdesaan	1.5	91.8	4.1	2.6
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>				
Kuintil 1	1.1	93.0	3.5	2.4
Kuintil 2	0.9	92.8	3.3	3.0
Kuintil 3	1.0	91.1	4.5	3.4
Kuintil 4	1.4	90.9	4.4	3.3
Kuintil 5	1.2	91.5	4.1	3.2

Tabel diatas menyajikan informasi tentang alasan utama tidak memanfaatkan POD/WOD menurut karakteristik rumah tangga. Tidak terlihat adanya perbedaan antara daerah perdesaan dan perkotaan dalam hal alasan utama tidak memanfaatkan POD/WOD.

Tidak terdapat pola yang jelas antara alasan tidak memanfaatkan POD/WOD dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan. Rumah tangga pada kelompok kuintil 5 merupakan rumah tangga yang paling banyak mengemukakan alasan tidak memanfaatkan POD/WOD karena lokasi jauh (1,2%) dan kuintil 3 dengan alasan obat tidak lengkap (4,5%), kuintil 2 lebih banyak beralasan karena tidak ada POD/WOD (93,0%).

### 3.8.2. Sarana dan Sumber Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Salah satu tujuan sistem kesehatan adalah ketanggapan (*responsiveness*), di samping peningkatan derajat kesehatan (*health status*) dan keadilan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan (*fairness of financing*). Pada bagian ini dikumpulkan informasi tentang jenis sarana dan sumber pembiayaan yang paling sering dimanfaatkan oleh responden

Pembiayaan kesehatan meliputi untuk perawatan kesehatan rawat inap dan rawat jalan. Sumber biaya dibedakan menjadi sumber biaya sendiri/keluarga, Asuransi (Askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Swasta, dan JPK Pemerintah Daerah), Askeskin/Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), Dana Sehat, dan lainnya. Dari data ini diperoleh gambaran tentang seberapa besar persentase rumah tangga yang telah tercakup oleh asuransi kesehatan, termasuk penggunaan Askeskin/SKTM yang salah sasaran.

Seluruh penduduk diminta untuk memberikan informasi tentang apakah yang bersangkutan pernah menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Mereka yang pernah rawat jalan maupun rawat inap diminta untuk menjelaskan dimana terakhir menjalani perawatan kesehatan, serta dari mana sumber biaya perawatan kesehatan tersebut. Pihak-pihak yang menanggung biaya perawatan kesehatan tersebut bisa lebih dari satu.

**Tabel 3.8.2.1**  
**Persentase Tempat Rawat Inap menurut Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat berobat rawat inap								Tidak Rawat inap
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RSLN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	
Bengkulu Selatan	4,3	1,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	94,1
Rejang Lebong	3,6	1,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	94,7
Bengkulu Utara	2,7	0,7	0,0	0,1	0,9	0,4	0,0	0,0	95,1
Kaur	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	98,8
Seluma	2,4	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	97,1
Muko-muko	2,4	0,9	0,0	0,3	2,0	0,3	0,1	0,2	93,8
Lebong	2,1	0,6	0,1	0,0	1,5	0,3	0,0	0,0	95,4
Kepahiang	2,2	0,9	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	96,5
Kota Bengkulu	6,1	1,8	0,0	0,2	0,3	0,2	0,0	0,2	91,5
<b>Bengkulu</b>	<b>3,0</b>	<b>0,8</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,6</b>	<b>0,2</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>95,2</b>

Pada umumnya penduduk di Provinsi Bengkulu tidak pernah menjalani rawat inap dalam 5 tahun terakhir, yaitu dengan persentase sebesar 95,2%. Dari penduduk yang pernah menjalani rawat inap dalam 5 tahun terakhir, persentase terbesar adalah dirawat di rumah sakit (RS) pemerintah (3,0%) selanjutnya adalah dirawat di RS swasta (0,8%) dan puskesmas (0,6%). Bila dilihat per Kabupaten/Kota, dari penduduk yang pernah dirawat inap di (RS) pemerintah (6,1%) dan di RS swasta (1,8%) terbanyak di Kota Bengkulu, sedangkan persentase tertinggi penduduk yang dirawat inap di puskesmas adalah penduduk di Kabupaten Muko-muko (2,0%). Penduduk yang pernah dirawat inap di RS luar negeri hanya ada di Kabupaten Lebong dengan persentase yang sangat kecil (0,1%).

**Tabel 3.8.2.2**  
**Persentase Tempat Rawat Inap menurut Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Tempat berobat rawat inap								Tidak Rawat inap
	RS Pemerintah	RS. Swasta	RSLN	RSB	Puskesmas	Nakes	Batra	Lainnya	
<b>Tipe daerah</b>									
Perkotaan	6,0	1,8	0,0	0,2	0,4	0,3	0,0	0,1	91,2
Perdesaan	2,1	0,5	0,0	0,1	0,6	0,2	0,1	0,1	96,4
<b>Pengeluaran perkapita</b>									
Kuintil1	2,0	0,3	0,0	0,1	0,6	0,1	0,0	0,1	97,0
Kuintil2	2,1	0,6	0,0	0,1	0,5	0,2	0,0	0,1	96,5
Kuintil3	2,5	0,6	0,0	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	96,1
Kuintil4	3,5	0,9	0,0	0,1	1,0	0,3	0,0	0,1	94,1
Kuintil5	4,8	1,7	0,1	0,3	0,4	0,4	0,1	0,1	92,3

Berdasarkan klasifikasi tipe daerah terlihat penduduk di perkotaan yang pernah dirawat inap di RS Pemerintah, RS swasta, RSB dan di tempat tenaga kesehatan lebih banyak dari pada penduduk di perdesaan. Sedangkan yang pernah di rawat di tempat pengobatan tradisional hanya ada di perdesaan, walaupun dengan persentase yang kecil (0,1%). Persentase penduduk di perdesaan yang tidak pernah dirawat inap dalam 5 tahun terakhir lebih besar daripada penduduk di perkotaan.

Terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran maka semakin besar pula persentase penduduk yang pernah dirawat inap di RS pemerintah, RS swasta dan di tempat tenaga kesehatan dengan selisih persentase antar kuintil relatif tidak terlalu besar. Sedangkan pada penduduk yang tidak pernah dirawat inap terlihat adanya perbandingan terbalik dengan tingkat pengeluaran per kapita perbulan, yaitu semakin tinggi kuintil semakin rendah persentase penduduk yang pernah dirawat inap dalam 5 tahun terakhir.

**Tabel 3.8.2.3**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Sumber Pembiayaan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Sumber Pembiayaan Rawat Inap				
	Sendiri/ keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- lain
Bengkulu Selatan	69.9	34.7	9.8	0.8	
Rejang Lebong	64.3	16.5	14.8	0.9	8.7
Bengkulu Utara	70.5	8.7	26.7	1.9	14.6
Kaur	69.2	15.4	19.2	3.8	11.5
Seluma	68.4	14.0	22.8	5.3	
Muko-muko	79.0	10.5	2.1	4.2	12.3
Lebong	66.2	5.4	20.3		13.9
Kepahiang	71.2	15.2	19.7	4.6	4.5
Kota Bengkulu	61.7	37.1	7.2	5.4	6.0
<b>Bengkulu</b>	<b>68.8</b>	<b>19.8</b>	<b>13.5</b>	<b>3.0</b>	<b>7.9</b>

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Secara umum penduduk di Provinsi Bengkulu menggunakan sumber biaya yang bersifat 'out of pocket' atau pembiayaan yang dbayar sendiri oleh pasien atau keluarga (68,8%) untuk pembayaran rawat inapnya, terbesar terdapat di Kabupaten Muko-muko (79,0%) dan terendah di Kota Bengkulu (61,7%). Sumber pembiayaan pelayanan kesehatan terbesar kedua adalah melalui askes/jamsostek, yaitu sebesar 19,8% dan terbanyak digunakan oleh penduduk di Kota Bengkulu (37,1%). Askeskin/SKTM paling banyak digunakan oleh penduduk di Kabupaten Bengkulu Utara (26,7%) untuk membiayai perawatan inap mereka, penduduk di Kabupaten Muko-Muko paling sedikit yang menggunakan Askeskin (2,1%). Pengguna dana sehat paling banyak terdapat di Kabupaten Seluma (5,3%), di Kabupaten Lebong tidak ada yang menggunakan dana sehat dan hanya 0,8% penduduk di Bengkulu Selatan yang menggunakan dana sehat. Jika pembiayaan rawat inap menggunakan Askeskin/Jamsostek, Askeskin/SKTM dan Dana Sehat diperhitungkan sebagai 'sejenis asuransi kesehatan', maka sekitar 35% responden yang pernah rawat inap dalam kurun waktu 5 tahun terakhir telah mempunyai 'sejenis asuransi kesehatan'.

**Tabel 3.8.2.4**  
**Persentase Sumber Pembiayaan Rawat Inap menurut Karakteristik Rumah**  
**Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Sumber pembiayaan rawat inap				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	63.2	34.3	9.0	2.2	4.9
Perdesaan	72.7	9.9	16.6	3.5	10.1
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>					
Kuintil 1	70.4	3.7	24.1	7.4	8.2
Kuintil 2	72.9	8.5	18.6	3.9	10.3
Kuintil 3	65.7	17.1	20.0	2.9	3.7
Kuintil 4	74.0	15.7	11.0	2.3	11.1
Kuintil 5	63.9	35.7	5.7	1.4	6.5

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Tabel 3.8.2.4 memperlihatkan bahwa menurut tipe daerah, pembiayaan rawat inap di perdesaan lebih banyak yang membiayai sendiri, menggunakan Askeskin/SKTM dan Dana Sehat sebagai sumber pembiayaan rawat inap daripada penduduk di perkotaan. Sedangkan untuk pembiayaan rawat inap dengan memanfaatkan Askes/Jamsostek lebih banyak digunakan di perkotaan.

Semakin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan (kuintil) semakin banyak penduduk yang menggunakan Askes/Jamsostek sebagai sumber dana rawat inap, kecuali pada kelompok kuintil 4. Sebaliknya terdapat kecenderungan semakin rendah tingkat pengeluaran per kapita per bulan, semakin banyak rumah tangga yang menggunakan askeskin dan dana sehat. Namun demikian masih ada sebagian rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan tinggi (kuintil 4 dan 5) yang menggunakan dana Askeskin/SKTM untuk membiayai pengobatan rawat inap mereka.

**Tabel 3.8.2.5**  
**Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir menurut**  
**Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat berobat rawat jalan									
	RS. Pemerintah	RS. Swasta	RS LN	RSB	Puskes-mas	Nakes	Batra	Lain-nya	Di rumah	Tidak rawat jalan
Bengkulu Selatan	2.3	0.0	0.2	16.1	1.6	13.0	0.5	0.3	0.6	65.3
Rejang Lebong	1.9	0.1	0.1	12.9	0.3	18.0	0.9	1.0	0.4	64.4
Bengkulu Utara	1.3	0.5	0.0	22.6	1.6	21.3	0.8	0.0	0.3	51.4
Kaur	1.1	0.1	0.0	8.6	0.2	33.9	1.2	0.1	2.1	52.6
Seluma	0.7	0.1	0.2	4.4	0.6	30.2	1.7	0.4	0.4	61.4
Muko-muko	0.5	0.0	0.1	8.3	2.4	28.9	0.1	0.3	0.7	58.8
Lebong	0.7	0.2		10.0	0.2	27.3	0.6	2.3	0.6	58.1
Kepahiang	1.6	0.6	0.2	4.1	0.9	16.1	0.4	0.2	0.5	75.5
Kota Bengkulu	2.7	0.8		19.0	2.6	9.6	0.4	0.3	0.6	64.2
<b>Bengkulu</b>	<b>1.4</b>	<b>0.3</b>	<b>0.1</b>	<b>11.9</b>	<b>1.2</b>	<b>21.9</b>	<b>0.7</b>	<b>0.5</b>	<b>0.7</b>	<b>61.2</b>

Penduduk di provinsi Bengkulu lebih banyak yang tidak pernah menjalani rawat jalan dalam kurun waktu 1 tahun terakhir, yaitu sebesar 61,2%. Tempat praktek tenaga kesehatan paling banyak dipilih oleh penduduk di Provinsi Bengkulu sebagai tempat untuk rawat jalan (21,9%), pilihan berikutnya adalah RSB (11,9%).

Dilihat berdasarkan kabupaten/kota, maka dapat dilihat bahwa penduduk yang memilih tempat praktek tenaga kesehatan sebagai tempat berobat jalan terbanyak adalah penduduk di Kabupaten Kaur (33,9%) sedangkan terendah di Kota Bengkulu (9,6%). Tempat berobat jalan di RSB paling banyak dipilih oleh penduduk di Bengkulu Utara (22,6%) dan terendah di Kabupaten Kepahiang (4,1%).

**Tabel 3.8.2.6**  
**Persentase Responden yang Rawat Jalan Satu Tahun Terakhir menurut**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Tempat berobat rawat jalan									
	RS. Pemerintah	RS. Swasta	RS LN	RSB	Puskes-mas	Nakes	Batra	Lain-nya	Di rumah	Tidak rawat jalan
<b>Tipe daerah</b>										
Perkotaan	2,7	2,4		0,1	14,9	14,3	0,3	0,3	0,5	64,5
Perdesaan	1,0	1,3		0,1	13,8	22,7	0,9	0,5	0,6	59,1
<b>Pengeluaran Per kapita per bulan</b>										
Kuintil 1	1,1	0,5		0,1	16,6	18,1	1,0	0,6	0,5	61,4
Kuintil 2	1,1	0,7		0,1	14,7	20,6	0,9	0,3	0,4	61,0
Kuintil 3	1,4	1,2		0,1	14,0	18,9	0,7	0,6	0,8	62,0
Kuintil 4	2,0	1,7		0,0	13,0	20,9	0,5	0,3	0,4	60,7
Kuintil 5	1,9	2,3		0,1	12,2	23,4	0,7	0,3	0,7	57,8

Penduduk di pekotaan lebih banyak yang tidak pernah dirawat jalan selama 1 tahun terakhir dibandingkan dengan di perdesaan. Diantara yang pernah menjalani rawat jalan, dibandingkan dengan penduduk di perkotaan, Penduduk di perdesaan lebih banyak yang memilih tempat praktek tenaga kesehatan, sedangkan di perkotaan lebih banyak yang memilih menjalani pengobatan secara rawat jalan di RS pemerintah, RS swasta dan Puskesmas.

Berdasarkan pengeluaran per kapita per bulan terlihat adanya kecenderungan semakin tinggi tingkat pengeluaran maka terjadi peningkatan persentase yang pernah menjalani rawat jalan di RS swasta. Kecenderungan yang sama terjadi pada penduduk yang menjalani rawat jalan di tempat praktek tenaga kesehatan, kecuali pada kuintil 3 yang memiliki persentase lebih rendah dibandingkan persentase pada kuintil 2. Terdapat pola yang berbeda pada pilihan puskesmas sebagai tempat rawat jalan, yaitu semakin tinggi kuintil maka persentase yang berobat di puskesmas semakin kecil

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

Kabupaten/Kota	Sumber pembiayaan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain- Lain
Bengkulu Selatan	92.2	7.8	1.7		
Rejang Lebong	82.8	7.0	7.1	1.6	1.8
Bengkulu Utara	79.2	6.8	11.9	1.5	1.9
Kaur	94.8	1.0	4.4	0.5	0.4
Seluma	89.3	3.1	3.6	0.8	2.7
Muko-muko	88.3	6.1	4.9	0.6	3.3
Lebong	89.3	2.1	5.9	0.4	1.9
Kepahiang	90.7	1.7	5.3	0.6	2.3
Kota Bengkulu	80.0	14.0	6.0	0.7	0.6
<b>Bengkulu</b>	<b>87.3</b>	<b>5.5</b>	<b>5.8</b>	<b>0.8</b>	<b>1.6</b>

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Secara keseluruhan sebagian besar penduduk di Provinsi Bengkulu membiayai sendiri pengobatan secara rawat jalan mereka, yaitu sebesar 87,3% dan hal ini menunjukkan persamaan dengan sumber pembiayaan untuk rawat inap. Hanya sekitar 0,8 % yang menggunakan dana sehat dan sumber lainnya untuk membiayai pengobatan rawat jalan mereka.

Di Kabupaten Kaur merupakan kabupaten dengan persentase penduduk yang paling banyak menggunakan biaya sendiri untuk membayar rawat jalan mereka (94,8%) Pembiayaan rawat jalan menggunakan askes/jamsostek lebih banyak digunakan oleh penduduk di Kota Bengkulu (14,0%). Askeskin/SKTM lebih banyak digunakan di Kabupaten Bengkulu Utara (11,9%). Terdapat 1 kabupaten di Provinsi Bengkulu yang tidak menggunakan dana sehat sebagai sumber pembiayaan rawat jalan penduduknya,

yaitu Kabupaten Bengkulu Selatan. Sedangkan yang paling banyak menggunakan dana sehat adalah Kabupaten Bengkulu Selatan (1,6%).

**Tabel 3.8.2.8**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan Menurut Sumber Biaya dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Sumber pembiayaan rawat jalan				
	Sendiri/ Keluarga	Askes/ Jamsostek	Askeskin/ SKTM	Dana Sehat	Lain-Lain
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	82.2	13.6	4.5	0.5	1.1
Perdesaan	88.7	3.4	6.2	0.9	1.8
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>					
Kuintil 1	88.9	0.6	8.3	1.4	1.4
Kuintil 2	88.7	2.3	8.0	0.4	1.0
Kuintil 3	87.7	5.4	6.0	0.9	1.1
Kuintil 4	86.9	7.6	3.8	0.7	1.7
Kuintil 5	84.7	11.3	3.3	0.5	2.7

Keterangan :

Sendiri = pembiayaan dibayar pasien atau keluarganya

Askes/Jamsostek = meliputi askes PNS, Jamsostek, Asabri, Askes swasta, JPK Pemda

Askeskin = pembayaran dengan dana Askeskin atau menggunakan SKTM

Dana Sehat = Dana sehat/JPKM dan Kartu Sehat

Lain-lain = diganti perusahaan dan pembayaran oleh pihak lain di luar tersebut di atas

Sebagian besar penduduk di perdesaan lebih banyak yang membiayai sendiri pengobatan rawat jalan mereka dibandingkan penduduk di perkotaan, sedangkan penduduk di perkotaan lebih banyak yang menggunakan askes/jamsostek sebagai sumber pembiayaan rawat jalan. Persentase penduduk yang menggunakan askeskin/SKTM dan dana sehat lebih banyak digunakan oleh penduduk di perdesaan daripada penduduk di perkotaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita perbulan, terlihat adanya kecenderungan semakin tinggi kuintil maka semakin besar persentase penduduk yang menggunakan askes/jamsostek untuk membiayai perawatan jalan mereka, sebaliknya terjadi penurunan persentase penduduk yang menggunakan askeskin/SKTM seiring dengan peningkatan kuintil. Pola yang hampir sama pada kelompok yang membiayai sendiri perawatan jalan, kecuali pada kuintil 2 yang mempunyai persentase lebih besar daripada kuintil 1.

### 3.8.3. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Persepsi masyarakat pengguna pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan non-medis dapat digunakan sebagai salah satu indikator ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan. Ada 8 (delapan) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat inap dan 7 (tujuh) domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan. Penilaian untuk masing-masing domain ditanyakan kepada responden, berdasarkan pengalamannya waktu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan untuk rawat inap dan rawat jalan.

Delapan domain ketanggapan untuk rawat inap terdiri dari:

- Lama waktu menunggu untuk mendapat pelayanan kesehatan
- Keramahan petugas dalam menyapa dan berbicara
- Kejelasan petugas dalam menerangkan segala sesuatu terkait dengan keluhan kesehatan yang diderita
- Kesempatan yang diberikan petugas untuk mengikutsertakan klien dalam pengambilan keputusan untuk memilih jenis perawatan yang diinginkan
- Dapat berbicara secara pribadi dengan petugas kesehatan dan terjamin kerahasiaan informasi tentang kondisi kesehatan klien
- Kebebasan klien untuk memilih tempat dan petugas kesehatan yang melayaninya
- Kebersihan ruang rawat/pelayanan termasuk kamar mandi
- Kemudahan dikunjungi keluarga atau teman.

Tujuh domain ketanggapan untuk pelayanan rawat jalan sama dengan domain rawat inap, kecuali domain ke delapan (kemudahan dikunjungi keluarga/teman).

Penduduk diminta untuk menilai setiap aspek ketanggapan terhadap pelayanan kesehatan di luar medis selama menjalani rawat inap dalam 5 (lima) tahun terakhir dan atau rawat jalan dalam 1 (satu) tahun terakhir. Masing-masing domain ketanggapan dinilai dalam 5 (lima) skala yaitu: sangat baik, baik, cukup, buruk, sangat buruk. Untuk memudahkan penilaian aspek ketanggapan rawat jalan dan rawat inap pada sistem pelayanan kesehatan tersebut, WHO membagi menjadi dua bagian besar yaitu 'baik' (sangat baik dan baik) dan 'kurang baik' (cukup, buruk dan sangat buruk). Penyajian hasil analisis/tabel selanjutnya hanya mencantumkan persentase yang 'baik' saja.

**Tabel 3.8.3.1**  
**Persentase Penduduk Rawat Inap menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudahan dikunjungi
Bengkulu Selatan	77.5	77.5	77.5	75.8	75.8	74.2	69.2	74.2
Rejang Lebong	70.8	67.3	65.5	67.9	69.6	66.1	64.0	67.3
Bengkulu Utara	93.3	93.3	84.8	87.6	88.6	85.7	88.6	84.8
Kaur	69.2	61.5	57.7	65.4	65.4	76.9	65.4	76.9
Seluma	74.1	73.7	72.4	74.1	72.4	69.0	69.0	75.9
Muko-muko	91.0	89.6	91.0	91.6	91.0	90.3	81.3	90.3
Lebong	89.3	86.7	86.7	90.7	90.7	93.3	86.7	88.0
Kepahiang	66.2	73.8	70.8	76.9	78.5	76.9	81.5	78.5
Kota Bengkulu	75.2	73.9	75.2	76.4	74.5	71.5	66.7	71.5
<b>Bengkulu</b>	<b>80.0</b>	<b>79.2</b>	<b>78.0</b>	<b>79.9</b>	<b>79.8</b>	<b>78.3</b>	<b>74.7</b>	<b>78.5</b>

Berdasarkan tabel 3.8.3.1 dapat dilihat bahwa penilaian penduduk di Provinsi Bengkulu terhadap 8 kriteria ketanggapan pelayanan kesehatan rawat inap, 5 kriteria diantaranya mempunyai persentase >80%, yaitu pada kriteria waktu menunggu, keramahan, ikut ambil keputusan, kerahasiaan dan kemudahan untuk dikunjungi. Tetapi pada kriteria lainnya juga berada disekitar angka 80%,

Hampir semua kabupaten/kota menilai baik terhadap pelayanan kesehatan rawat inap, namun di Kabupaten Kepahiang hanya 66,2% penduduk yang menilai waktu tunggu



baik. Persentase penduduk yang terendah menilai baik dalam kriteria keramahan petugas (61,5%), kejelasan informasi (57,7%), ikut mengambil keputusan dan kerahasiaan (65,4%) adalah di Kabupaten Kaur. Di Kabupaten yang memiliki persentase tertinggi menilai keramahan petugas sudah baik adalah Bengkulu Utara (93,3%).

**Tabel 3.8.3.2**  
**Persentase Rumah Tangga Pada Ketanggapan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Menurut Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan	Mudahan dikunjungi
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	79.0	79.0	79.3	79.8	79.0	76.7	71.9	78.4
Perdesaan	80.7	79.3	77.0	79.9	80.3	79.3	76.6	78.5
<b>Pengeluaran per kapita per</b>								
Kuintil 1	79.6	78.5	80.6	77.8	81.5	77.8	69.4	77.8
Kuintil 2	82.8	77.3	78.1	80.3	78.1	75.0	73.2	77.2
Kuintil 3	80.3	75.4	72.5	74.6	76.1	74.6	69.7	75.4
Kuintil 4	76.5	78.8	78.8	82.5	79.3	80.2	76.5	76.9
Kuintil 5	81.5	82.6	79.0	81.1	82.2	80.4	78.5	82.2

Persentase penduduk yang menilai baik pada hampir seluruh aspek ketanggapan rawat inap, tidak menunjukkan perbedaan yang mencolok antara penduduk di perkotaan dan perdesaan, kecuali pada aspek kebersihan ruangan lebih banyak dinilai baik oleh penduduk di perkotaan daripada penduduk di perdesaan.

Terdapat kecenderungan penurunan persentase yang menilai baik terhadap waktu tunggu seiring dengan peningkatan kuintil, kecuali pada kuintil 5 memiliki persentase yang lebih besar dari kuintil 3 dan 4. Sedangkan persentase yang menilai baik terhadap 7 kriteria lainnya paling banyak di kuintil 5 dengan selisih antar kuintil yang tidak terlalu besar.

**Tabel 3.8.3.3**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasiaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
Bengkulu Selatan	89.4	88.7	86.7	86.0	86.6	85.1	82.7
Rejang Lebong	83.2	84.3	80.7	79.3	79.3	79.1	78.7
Bengkulu Utara	94.6	95.5	91.0	89.3	88.4	91.2	87.9
Kaur	74.0	75.3	69.4	66.3	68.9	64.1	58.3
Seluma	94.1	95.2	93.7	93.8	94.2	93.4	94.6
Muko-muko	97.1	96.4	93.5	95.6	95.8	95.5	92.8
Lebong	90.4	90.3	91.0	91.2	91.7	91.0	88.0
Kepahiang	73.2	75.2	72.3	74.1	78.0	74.1	74.7
Kota Bengkulu	78.9	80.5	83.5	82.8	81.9	80.9	78.7
<b>Bengkulu</b>	<b>86.8</b>	<b>87.5</b>	<b>85.0</b>	<b>84.4</b>	<b>85.0</b>	<b>84.0</b>	<b>81.5</b>

Cukup banyak persentase penduduk di Provinsi Bengkulu yang menilai baik terhadap 8 kriteria ketanggapan pelayanan kesehatan rawat jalan, yaitu sebesar >80%. Persentase tertinggi pada kriteria keramahan petugas (87,5%), terendah adalah pada kebersihan ruangan (81,5%).

**Tabel 3.8.3.4**  
**Persentase Penduduk Rawat Jalan menurut Aspek Ketanggapan dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Waktu tunggu	Keramahan	Kejelasan informasi	Ikut ambil keputusan	Kerahasaaan	Kebebasan pilih fasilitas	Kebersihan ruangan
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	84.7	86.0	87.0	86.3	86.6	86.4	84.6
Perdesaan	87.4	87.9	84.5	83.9	84.6	83.4	80.6
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>							
Kuintil 1	85.6	85.7	81.1	80.6	81.6	78.6	76.0
Kuintil 2	85.2	85.7	83.3	83.0	83.4	82.6	78.9
Kuintil 3	86.4	87.2	85.3	84.8	85.3	84.4	82.1
Kuintil 4	86.9	88.4	86.2	85.9	86.7	86.2	84.1
Kuintil 5	89.9	90.2	88.7	87.4	87.8	87.8	85.5

Persentase penduduk di perdesaan yang menilai baik pada kriteria waktu menunggu dan keramahan petugas lebih banyak daripada penduduk di perkotaan. Sedangkan pada kriteria lain relatif tidak terdapat perbedaan persentase antara penduduk di perkotaan dan di perdesaan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran terlihat kecenderungan adanya peningkatan persentase pada penduduk yang menilai baik terhadap hampir semua kriteria ketanggapan pelayanan kesehatan, hanya pada kriteria waktu menunggu kecenderungan peningkatan persentase mulai dari kuintil 2.

### 3.9. Kesehatan Lingkungan

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

Data yang dikumpulkan dalam survei ini meliputi data air bersih keperluan rumah tangga, sarana pembuangan kotoran manusia, sarana pembuangan air limbah (SPAL), pembuangan sampah, dan perumahan. Data tersebut bersifat fisik dalam rumah tangga, sehingga pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara terhadap kepala rumah tangga dan pengamatan.

#### 3.9.1. Air Keperluan Rumah Tangga

Menurut WHO, jumlah pemakaian air bersih rumah tangga per kapita sangat terkait dengan risiko kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan higiene. Rerata pemakaian air bersih individu adalah rerata jumlah pemakaian air bersih rumah tangga dalam sehari dibagi dengan jumlah anggota rumah tangga. Rerata pemakaian individu ini kemudian dikelompokkan menjadi '<5 liter/orang/hari', '5-19,9 liter/orang/hari', '20-49,9 liter/orang/hari', '50-99,9 liter/orang/hari' dan '≥100 liter/orang/hari'. 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 Bengkulu, 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
Bengkulu Selatan	3,8	34,0	28,3	17,0	17,0
Rejang Lebong	0,0	5,0	54,1	22,1	18,9
Bengkulu Utara	0,0	8,8	89,6	0,6	0,9
Kaur	0,0	2,1	11,5	35,4	51,0
Seluma	0,0	7,1	51,8	12,8	28,4
Muko-muko	0,0	0,8	2,5	10,0	86,7
Lebong	2,5	25,9	46,9	7,4	17,3
Kepahiang	0,0	6,9	19,8	24,8	48,5
Kota Bengkulu	1,7	1,3	5,1	13,6	78,4
<b>Bengkulu</b>	<b>1,0</b>	<b>8,5</b>	<b>41,1</b>	<b>13,8</b>	<b>35,6</b>

Dari data Riskesdas ini menunjukkan secara umum rumah tangga di Provinsi Bengkulu terdapat 9,5% yang pemakaian air bersihnya masih rendah (1,0% tidak akses dan 8,5% akses kurang), hal ini berarti bahwa rumah tangga tersebut mempunyai risiko tinggi mengalami gangguan kesehatan/penyakit. Sebanyak 41,1% rumah tangga mempunyai akses dasar (minimal), 13,8% akses menengah dan 35,6% akses optimal.

Kabupaten/Kota yang akses terhadap air bersih masih rendah (diatas angka nasional, yaitu 16,2%) adalah Bengkulu Selatan (37,8%) dan Lebong (28,4%). Sedangkan hampir seluruh kabupaten/kota Persentase akses air bersih optimalnya tinggi, diatas angka nasional (31,6%) kecuali Bengkulu Utara dan Muko-muko.

Bila mengacu pada kriteria *Joint Monitoring Program WHO-Unicef*, dimana batasan minimal akses untuk konsumsi air bersih adalah 20 liter/orang/hari, maka di Provinsi Bengkulu akses terhadap air bersih menurut jumlah pemakaian air per orang per hari adalah 90,5%, atau lebih besar dibandingkan data nasional tahun 2004 sebesar 88,7%.

**Tabel 3.9.1.2**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Rerata Pemakaian Air Bersih Per Orang Per Hari dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Jumlah rerata pemakaian air bersih per orang per hari (dalam liter)				
	< 5	5-19,9	20-49,9	50-99,9	≥ 100
<b>Tipe daerah</b>					
Perkotaan	0,5	3,8	20,9	15,6	59,2
Perdesaan	1,4	10,2	48,5	13,1	26,9
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>					
Kuintil 1	1,9	10,8	43,7	12,7	30,9
Kuintil 2	0,8	10,5	39,9	15,0	33,8
Kuintil 3	1,5	8,5	41,2	12,5	36,3
Kuintil 4	0,9	8,0	38,1	13,2	39,8
Kuintil 5	0,6	4,5	42,5	15,3	37,1

Dilihat berdasarkan karakteristik rumah tangga, rerata pemakaian air bersih per orang per hari menunjukkan perbedaan menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Di wilayah perkotaan Persentase rumah tangga yang aksesnya rendah terhadap air bersih lebih banyak di perdesaan (11,6%) dibandingkan dengan di perkotaan (4,3%). Sedangkan menurut tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita, ada kecenderungan Persentase rumah tangga dengan akses terhadap air bersih rendah mengalami penurunan sejalan dengan peningkatan pengeluaran rumah tangga per kapita (kuintil). Pada rumah tangga miskin (kuintil 1 dan kuintil 2) akses air bersihnya lebih rendah dibandingkan rumah tangga kaya (kuintil 4 dan kuintil 5).

**Tabel 3.9.1.3**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air				Ketersediaan air		
	Waktu (menit)		Jarak (km)		Mudah sepanjang tahun	Sulit pada musim kemarau	Sulit sepanjang tahun
	>30	≤30	>1	≤1			
Bengkulu Selatan	19,5	80,5	28,2	71,8	43,9	55,6	0,5
Rejang Lebong	8,1	91,9	9,7	90,3	83,4	16,5	0,1
Bengkulu Utara	1,2	98,8	8,6	91,4	76,4	23,6	0,0
Kaur	0,6	99,4	1,7	98,3	58,7	38,1	3,2
Seluma	3,0	97,0	13,0	87,0	62,2	37,8	0,0
Muko-muko	3,5	96,5	6,3	93,7	42,9	57,1	0,0
Lebong	0,7	99,3	3,1	96,9	89,5	10,1	0,3
Kepahiang	9,7	90,3	12,4	87,6	73,5	25,6	0,8
Kota Bengkulu	5,0	95,0	10,0	90,0	79,8	19,8	0,4
<b>Bengkulu</b>	<b>5,2</b>	<b>94,8</b>	<b>10,2</b>	<b>89,8</b>	<b>70,8</b>	<b>28,8</b>	<b>0,4</b>

Berdasarkan waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air serta ketersediaan air bersih, secara umum di Provinsi Bengkulu mayoritas penduduknya tidak mengalami kesulitan dalam mendapatkan air bersih. Terdapat 28,8% rumah tangga yang mengalami kesulitan mendapatkan air bersih pada musim kemarau.

Berdasarkan kabupaten/kota dapat dilihat bahwa di Kabupaten Bengkulu Selatan mempunyai persentase rumah tangga terbesar yang membutuhkan waktu terlalu lama dan jarak terjauh untuk mendapatkan air bersih dan lebih dari 50% rumah tangganya kesulitan mendapatkan air bersih pada musim kemarau.

**Tabel 3.9.1.4**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Waktu dan Jarak ke Sumber Air, Ketersediaan Air Bersih dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, 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			
<b>Tipe daerah</b>							
Perkotaan	6,4	93,6	9,6	90,4	81,3	18,5	0,2
Perdesaan	4,8	95,2	10,4	89,6	66,9	32,6	0,5
<b>Pengeluaran per kapita</b>							
Kuintil 1	5,1	94,9	9,1	90,9	64,4	35,0	0,6
Kuintil 2	4,8	95,2	9,4	90,6	69,2	30,3	0,5
Kuintil 3	5,8	94,2	10,8	89,2	71,4	28,2	0,4
Kuintil 4	5,5	94,5	11,0	89,0	72,8	26,9	0,3
Kuintil 5	4,8	95,2	10,6	89,4	76,1	23,5	0,4

Menurut klasifikasi perdesaan – perkotaan, hampir tidak terdapat perbedaan persentase penduduk di perkotaan dan perdesaan dalam hal lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air bersih. Sedangkan berdasarkan ketersediaan air bersih, di daerah perdesaan lebih banyak yang kesulitan mendapatkan air bersih pada musim kemarau.

Hampir tidak terdapat perbedaan persentase antar kuintil terhadap lama waktu dan jarak untuk menjangkau sumber air bersih. Sedangkan berdasarkan ketersediaan air bersih terlihat adanya kecenderungan semakin tinggi kuintil, semakin besar pula persentase responden yang mudah mendapatkan air bersih sepanjang tahun. Sebaliknya pada rumah tangga yang kesulitan mendapatkan air bersih pada musim kemarau persentasenya semakin kecil seiring dengan semakin tinggi kuintil.

**Tabel 3.9.1.5**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air**  
**Dalam Rumah Tangga dan Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 )	Dewasa	Anak (<12 )
Bengkulu Selatan	23,9	1,0	72,1	3,0
Rejang Lebong	77,6	3,6	17,1	1,6
Bengkulu Utara	37,2	0,7	59,1	3,1
Kaur	30,4	2,2	66,7	0,7
Seluma	66,8	1,0	32,2	0,0
Muko-muko	57,4	0,4	40,4	1,8
Lebong	63,0	4,0	31,0	2,0
Kepahiang	74,3	1,4	20,3	4,1
Kota Bengkulu	33,3	1,0	64,2	1,4
<b>BENGKULU</b>	<b>48,3</b>	<b>1,5</b>	<b>48,2</b>	<b>2,0</b>

Secara umum di Provinsi Bengkulu tidak terdapat perbedaan persentase yang besar antara jenis kelamin yang biasa mengambil air untuk keperluan rumah tangga. Hanya sedikit anak-anak, baik laki-laki atau perempuan yang mengambil air untuk keperluan rumah tangga di Provinsi Bengkulu dengan perbedaan yang tidak terlalu mencolok.

Apabila dibandingkan antar kabupaten/kota, perempuan yang mengambil air untuk keperluan rumah tangga paling banyak terdapat di Kabupaten Rejang Lebong (77,6%) dan anak perempuan yang mengambil air terbanyak di Kabupaten Rejang Lebong (3,6%). Laki-laki yang mengambil air untuk keperluan rumah tangga terbanyak di Kabupaten Bengkulu Selatan (72,9%) dan anak laki-laki paling banyak mengambil air di Kabupaten Bengkulu Selatan (3,0%).

**Tabel 3.9.1.6**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Individu yang Biasa Mengambil Air**  
**Dalam Rumah Tangga dan Karakteristik Rumah Tangga di**  
**Propinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Perempuan		Laki-laki	
	Dewasa	Anak (<12 )	Dewasa	Anak (<12 )
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	37,4	1,7	58,7	2,2
Perdesaan	50,9	1,4	45,7	2,0
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>				
Kuintil 1	53,9	2,5	41,7	1,9
Kuintil 2	51,7	1,4	45,5	1,4
Kuintil 3	50,8	0,5	45,2	3,5
Kuintil 4	42,2	1,8	54,2	1,8
Kuintil 5	38,4	0,3	60,1	1,2

Berdasarkan tabel 3.9.1.6 dapat dilihat bahwa perempuan dewasa yang biasa mengambil air untuk keperluan rumah tangga lebih banyak di perdesaan daripada di perkotaan. Sedangkan laki-laki lebih banyak mengambil air untuk rumah tangga di perkotaan daripada di perdesaan. Berdasarkan kuintil, persentase perempuan dewasa yang biasa mengambil air dalam rumah tangga semakin kecil persentasenya seiring dengan peningkatan kuintil.

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

Kabupaten/Kota	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
Bengkulu Selatan	4,8	4,2	2,9	3,6	3,7	91,4
Rejang Lebong	5,7	1,7	0,5	1,7	1,0	92,5
Bengkulu Utara	5,6	0,9	0,9	0,9	1,6	92,6
Kaur	3,5	2,9	3,2	2,9	1,8	92,4
Seluma	3,4	2,6	6,1	2,6	1,4	90,6
Muko-muko	8,1	4,8	1,9	4,8	1,2	89,3
Lebong	2,4	1,4	0,7	1,4	0,0	97,5
Kepahiang	3,4	2,0	0,8	2,0	1,4	95,5
Kota Bengkulu	3,0	1,0	1,6	1,0	1,0	95,5
<b>Bengkulu</b>	<b>4,7</b>	<b>2,0</b>	<b>1,8</b>	<b>2,0</b>	<b>1,4</b>	<b>93,0</b>

Catatan : \* tidak keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau

Pada umumnya rumah tangga di Provinsi Bengkulu menggunakan air minum dengan kualitas baik (93%), namun sekitar 4,7% menyatakan kualitas air minumnya keruh, berwarna, berasa, berbusa (masing-masing 2,0%) sedangkan yang menyatakan kualitas fisik air minum berbau sebanyak 1,4%. Kabupaten yang memiliki persentase tertinggi dengan kualitas fisik air minum baik adalah di Kabupaten Lebong (97,5%) dan terendah di Muko-muko (89,3%).

**Tabel 3.9.1.8**  
**Persentase Rumah tangga menurut Kualitas Fisik Air Minum dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Kualitas fisik air minum (utama)					
	Keruh	Berwarna	Berasa	Berbusa	Berbau	Baik*)
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	3,1	1,0	1,1	0,1	1,0	95,5
Perdesaan	5,2	2,3	2,1	0,7	1,6	92,1
<b>Pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil 1	7,2	3,2	1,5	0,6	1,7	90,6
Kuintil 2	3,9	1,8	2,5	0,2	1,6	93,5
Kuintil 3	4,5	2,1	1,8	0,6	1,5	93,1
Kuintil 4	3,8	2,1	1,5	0,5	1,7	94,2
Kuintil 5	4,0	0,9	1,8	0,6	0,6	93,6

Catatan : \* tidak keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau

Persentase rumah tangga dengan fasilitas fisik air minum baik lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan. Sedangkan kualitas air minum yang kurang baik (keruh, berwarna, berasa, berbusa dan berbau) lebih banyak di perdesaan daripada di perkotaan. Tidak terdapat pola yang jelas antara kualitas fisik dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan, tetapi dapat dilihat pada rumah tangga yang berada pada kuintil 1 merupakan keluarga yang kualitas fisik air minumannya keruh, berwarna dan berasa terbanyak dibandingkan dengan kelompok kuintil lainnya.

**Tabel 3.9.1.9**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis sumber air minum										
	Air kemasan	Ledeng eceran	Ledeng meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindung	Sumur tdk terlindung	Mata air terlindung	Mata air td terlindung	Air sungai	Air hujan	Lainnya
Bengkulu Selatan	0,0	2,0	0,6	0,6	35,2	51,7	0,8	6,4	1,4	0,0	1,4
Rejang Lebong	0,0	13,1	4,1	1,3	17,0	47,0	10,4	5,4	1,5	0,0	0,1
Bengkulu Utara	1,2	6,7	0,4	3,9	11,0	68,7	2,7	3,4	1,4	0,0	0,7
Kaur	0,3	0,3	0,9	0,6	55,4	26,7	3,5	1,5	9,7	0,0	1,2
Seluma	2,0	0,2	0,0	0,0	20,3	71,5	0,0	5,4	0,6	0,0	0,0
Muko-muko	3,5	3,3	0,9	5,0	35,2	48,9	0,0	1,4	1,4	0,2	0,0
Lebong	0,7	16,4	1,0	0,7	19,9	24,8	8,4	24,5	3,1	0,0	0,3
Kepahiang	0,3	6,5	7,1	1,7	44,1	23,2	2,3	9,6	4,0	0,3	1,1
Kota Bengkulu	12,0	25,4	0,9	7,2	30,2	23,8	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3
<b>Bengkulu</b>	<b>2,8</b>	<b>9,7</b>	<b>1,6</b>	<b>2,9</b>	<b>26,1</b>	<b>46,4</b>	<b>3,2</b>	<b>5,0</b>	<b>1,9</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>

Jenis sumber air minum yang banyak digunakan oleh rumah tangga di Provinsi Bengkulu adalah sumur tidak terlindung (46,4%) dan sumur terlindung (26,1%). Sedangkan secara keseluruhan tidak ada yang menggunakan air minum dari air hujan (0,04%). Jenis sumber air minum yang berasal dari sumur tidak terlindung terbanyak terdapat di Kabupaten Seluma (71,5%), sumur terlindung di Kabupaten Kaur (55,4%), Ledeng eceran di Kota Bengkulu (25,4%). Kabupaten yang masih menggunakan air hujan sebagai sumber air minum hanya ada di Kabupaten Muko-muko dan Kepahiang dengan persentase yang relatif sangat kecil. Penggunaan air kemasan sebagai sumber air minum paling banyak di Kota Bengkulu (12,0%). Sebagian besar rumah tangga di provinsi Bengkulu belum menggunakan air perpipaan sebagai sumber air minum, Persentase rumah tangga yang menggunakan air minum dari sumber perpipaan hanya sekitar 11,3% (jauh dari target MDG's pada tahun 2015 yaitu sebanyak 57,4%).



**Tabel 3.9.1.10**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Sumber Air Minum dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Jenis sumber air minum										
	Air kemasan	Leding eceran	Leding meteran	Sumur bor /Pompa	Sumur terlindungi	Sumur tdk terlindungi	Mata air terlindungi	Mata air tdk terlindungi	Air sungai	Air hujan	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>											
Perkotaan	8,5	24,9	1,3	5,3	25,2	33,3	0,5	0,7	0,0	0,0	0,2
Perdesaan	0,6	4,0	1,7	2,0	26,4	51,3	4,2	6,5	2,7	0,0	0,6
<b>Pengeluaran per kapita</b>											
Kuintil 1	0,6	4,7	2,5	1,1	25,8	51,1	4,1	5,7	3,7	0,0	0,7
Kuintil 2	1,8	7,2	1,9	3,1	26,7	47,2	3,4	6,1	2,2	0,1	0,4
Kuintil 3	1,9	10,4	1,2	2,9	24,9	48,3	3,7	4,9	1,2	0,0	0,6
Kuintil 4	2,8	9,9	1,5	3,6	26,7	47,1	2,6	4,3	1,2	0,0	0,5
Kuintil 5	6,8	16,1	1,1	3,9	26,2	38,4	2,1	3,7	1,5	0,1	0,3

Persentase rumah tangga yang mengkonsumsi air kemasan, leding eceran, dan sumur bor/pompa lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan. Leding meteran, sumur terlindungi dan tidak terlindungi dan mata air lebih banyak digunakan oleh rumah tangga di perdesaan daripada di perkotaan. Sedangkan air sungai hanya digunakan oleh rumah tangga di perdesaan.

Menurut tingkat pengeluaran per kapita per bulan, terlihat adanya kecenderungan peningkatan persentase rumah tangga yang menggunakan air minum dalam kemasan seiring dengan peningkatan kuintil. Pola yang sama terlihat pada sumber air minum dari leding eceran dan sumur bor/pompa.

**Tabel 3.9.1.11**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan**  
**Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lainnya
Bengkulu Selatan	13,9	7,6	78,5	1,4	97,7	4,9	0,3	0,4
Rejang Lebong	10,9	57,1	32,0	0,4	97,9	2,6	0,6	2,7
Bengkulu Utara	6,3	63,1	30,6	0,4	98,9	5,3	0,2	0,2
Kaur	24,6	21,4	54,0	0,6	98,8	1,5	0,3	0,3
Seluma	10,5	54,7	34,7	0,2	98,6	3,4	0,2	0,4
Muko-muko	14,0	70,8	15,2	0,7	98,1	2,6	1,4	7,0
Lebong	12,6	36,8	50,6	0,7	96,8	6,3	0,0	0,4
Kepahiang	7,3	54,4	38,3	0,3	98,9	1,4	0,3	0,3
Kota Bengkulu	9,3	74,5	16,2	3,1	95,3	3,3	0,0	1,4
<b>Bengkulu</b>	<b>10,8</b>	<b>54,6</b>	<b>34,6</b>	<b>0,9</b>	<b>97,8</b>	<b>3,7</b>	<b>0,3</b>	<b>1,4</b>

Sebagian besar rumah tangga di Provinsi Bengkulu menyimpan air minum sebelum digunakan pada wadah tertutup (54,6%), dan masih terdapat 34,6% rumah tangga yang tidak menampung air minum sebelum digunakan. Mayoritas penduduk di Provinsi Bengkulu mengolah air minum sebelum digunakan dengan cara dimasak (97,8%). Masih ada rumah tangga yang langsung meminum air tanpa diolah (0,9%) dan menggunakan bahan kimia (0,3%).

Rumah tangga di Kota Bengkulu yang terbanyak menampung air minum di wadah tertutup (74,5%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Selatan (7,6%). Rumah tangga yang tidak menampung air minum sebelum digunakan terbanyak di Kabupaten Bengkulu Selatan (78,5%) dan paling rendah di Kabupaten Muko-muko (15,2%). Sedangkan di Kabupaten Kaur paling banyak menampung air minum sebelum digunakan dalam wadah tidak tertutup (24,6%).

Lebih dari 50% rumah tangga di kabupaten Bengkulu Selatan, Kaur dan Lebong menggunakan air minum tanpa wadah (penampungan%). Lebih 90% rumah tangga mengolah air minum dengan di masak terlebih dahulu, dan sekitar 6% rumah tangga di kabupaten Lebong yang mengolah air minum dengan cara disaring.

Rumah tangga di Kota Bengkulu yang minum air secara langsung tanpa diolah paling banyak dibandingkan dengan kabupaten lain, hal ini sejalan dengan persentase terbesar pada konsumsi air minum dalam kemasan.

**Tabel 3.9.1.12**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Tempat Penampungan dan Pengolahan Air Minum Sebelum Digunakan/Diminum dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Tempat penampungan			Pengolahan air minum sebelum digunakan				
	Wadah terbuka	Wadah tertutup	Tdk ada wadah	Langsung diminum	Dimasak	Disaring	Bahan kimia	Lain nya
<b>Tipe daerah</b>								
Perkotaan	8,4	65,4	26,2	2,0	95,9	2,8	0,1	1,9
Perdesaan	11,7	50,9	37,4	0,5	98,5	3,9	0,4	1,1
<b>Pengeluaran per kapita</b>								
Kuintil 1	14,1	49,9	36,0	0,5	97,6	2,6	0,2	0,7
Kuintil 2	11,3	54,6	34,1	0,6	98,0	4,0	0,8	1,3
Kuintil 3	12,0	54,5	33,4	0,6	98,9	3,1	0,1	1,1
Kuintil 4	9,7	55,6	34,7	0,8	98,8	4,2	0,4	1,7
Kuintil 5	6,9	58,4	34,7	2,1	98,6	4,2	0,2	1,9

Secara umum rumah tangga di Provinsi Bengkulu yang menampung air menggunakan wadah tertutup lebih banyak di perkotaan daripada di perdesaan. Lebih banyak rumah tangga di perkotaan yang langsung meminum air tanpa diolah terlebih dahulu dan lebih sedikit rumah tangga di perkotaan yang memasak air minum, hal ini kemungkinan karena lebih banyak rumah tangga di perkotaan yang mengkonsumsi air dalam kemasan.

Berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita per bulan dapat dilihat semakin tinggi kuintil semakin rendah persentase rumah tangga yang menyimpan air minum dalam wadah

terbuka. Air minum yang disimpan dalam wadah tertutup terlihat peningkatan persentasenya sejalan dengan peningkatan kuintil.

Terlihat kecenderungan semakin tinggi persentase rumah tangga yang minum air tanpa diolah terlebih dahulu (langsung diminum) seiring dengan penambahan kuintil.

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 Bengkulu, Susenas dan Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Akses Air bersih	
	Kurang	Baik*)
Bengkulu Selatan	86,6	13,4
Rejang Lebong	59,7	40,3
Bengkulu Utara	77,8	22,2
Kaur	40,8	59,2
Seluma	85,1	14,9
Muko-muko	57,9	42,1
Lebong	65,9	34,1
Kepahiang	48,6	51,4
Kota Bengkulu	43,9	56,1
<b>Bengkulu</b>	<b>63,8</b>	<b>36,2</b>

\*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarannya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Berdasarkan kriteria tentang akses terhadap air bersih, tabel 3.9.1.13 memperlihatkan bahwa secara umum di Provinsi Bengkulu terdapat 36,2% yang mempunyai akses baik terhadap air bersih. Kabupaten/kota dengan persentase yang relatif tinggi terhadap air bersih adalah Kaur (59,2%) dan Kota Bengkulu (56,1%), sedangkan yang terendah terdapat pada rumah tangga di Seluma (14,9%) dan Bengkulu Selatan (13,4%).

**Tabel 3.9.1.14**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Air Bersih dan**  
**Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu,**  
**Susenas dan Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Akses air bersih	
	Kurang	Baik*)
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	50,9	49,1
Perdesaan	68,6	31,4
<b>Tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita</b>		
Kuintil-1	69,2	30,8
Kuintil-2	64,2	35,8
Kuintil-3	64,9	35,1
Kuintil-4	63,2	36,8
Kuintil-5	57,4	42,6

\*) 20 ltr/org/hari (Riskesdas, 2007), dari sumber terlindung (Susenas, 2007), dan sarananya dalam radius 1 km (Riskesdas, 2007)

Berdasarkan tabel 3.9.1.14 dapat dilihat bahwa di perkotaan, akses baik terhadap air bersih lebih tinggi daripada di perdesaan. Terlihat adanya kecenderungan terjadi peningkatan persentase rumah tangga yang mempunyai akses baik terhadap air bersih seiring dengan peningkatan pengeluaran, kecuali pada kuintil 3.

### 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 Bengkulu, Susenas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak ada
Bengkulu Selatan	45,0	6,3	,5	48,2
Rejang Lebong	67,9	10,4	2,0	19,7
Bengkulu Utara	49,8	10,1	1,4	38,7
Kaur	47,2	5,8	3,2	43,7
Seluma	52,9	11,4	,8	34,9
Muko-muko	69,1	9,4	1,6	19,9
Lebong	32,1	5,2	9,4	53,3
Kepahiang	71,8	4,4	3,3	20,4
Kota Bengkulu	79,2	15,8	3,1	1,9
<b>Bengkulu</b>	<b>59,5</b>	<b>9,9</b>	<b>2,4</b>	<b>28,2</b>

Terdapat sekitar 60% rumah tangga di provinsi Bengkulu yang mempunyai fasilitas buang air besar (BAB) sendiri, dan terdapat 28,2% rumah tangga yang tidak memakai fasilitas BAB.

Rumah tangga di Kabupaten Bengkulu Selatan, Bengkulu Utara, Kaur, dan Lebong yang mempunyai fasilitas BAB sendiri kurang dari 50%. Rumah tangga yang paling banyak memiliki fasilitas BAB adalah rumah tangga di Kota Bengkulu (79,2%) tetapi masih ada yang tidak menggunakan fasilitas BAB. Rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas BAB terbanyak di Kabupaten Lebong (53,5%).

**Tabel 3.9.2.2**  
**Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Fasilitas Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Jenis penggunaan			
	Sendiri	Bersama	Umum	Tidak ada
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	79,5	14,9	2,3	3,3
Perdesaan	52,1	8,0	2,4	37,5
<b>Pengeluaran per kapita</b>				
Kuintil 1	37,4	10,6	2,9	49,1
Kuintil 2	50,5	8,8	2,4	38,3
Kuintil 3	63,7	8,6	2,4	25,3
Kuintil 4	68,8	9,2	1,9	20,1
Kuintil 5	74,5	12,0	2,4	11,1

Rumah tangga di perkotaan lebih banyak yang menggunakan fasilitas BAB sendiri dan bersama lebih tinggi daripada di perdesaan, sebaliknya rumah tangga di perdesaan yang tidak memakai fasilitas BAB jauh lebih banyak daripada rumah tangga di perkotaan.

Terlihat ada kecenderungan bahwa makin tinggi tingkat pengeluaran per kapita per bulan, Persentase rumah tangga yang menggunakan fasilitas BAB sendiri juga semakin meningkat. Sebaliknya terlihat adanya perbandingan terbalik antara tingkat pengeluaran per kapita per bulan dengan rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas BAB, semakin tinggi kuintil semakin kecil persentase rumah tangga yang tidak menggunakan fasilitas BAB.

**Tabel 3.9.2.3**  
**Persentase Rumah tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Pleng-sengan	Cemplung/c ubluk	Tidak pakai
Bengkulu Selatan	85,3	3,6	5,6	5,6
Rejang Lebong	70,9	16,7	8,8	3,6
Bengkulu Utara	60,5	8,4	25,1	6,1
Kaur	70,8	2,6	18,2	8,3
Seluma	67,6	1,2	28,4	2,8
Muko-muko	45,2	9,3	36,2	9,3
Lebong	67,4	1,5	4,5	26,5
Kepahiang	69,8	12,8	13,5	3,8
Kota Bengkulu	97,3	0,8	1,0	0,8
<b>Bengkulu</b>	<b>72,8</b>	<b>7,1</b>	<b>15,0</b>	<b>5,1</b>

Sebagian besar rumah tangga di Provinsi Bengkulu menggunakan tempat BAB dengan jenis leher angsa (72,8%). Masih ada rumah tangga yang tidak menggunakan tempat BAB, yaitu sebesar 5,1%.

Jika dilihat berdasarkan kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, tempat BAB dengan jenis leher angsa paling banyak digunakan di Kota Bengkulu (97,3%) dan terendah di Kabupaten Muko-muko (45,2%), Plengsengan banyak digunakan pada rumah tangga di Kabupaten Rejang Lebong (16,7%) dan terendah di Kota Bengkulu (0,8%).

**Tabel 3.9.2.4**  
**Persentase Rumah tangga menurut Tempat Buang Air Besar dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Jenis tempat buang air besar			
	Leher angsa	Plengsengan	Cemplung/cubluk	Tidak pakai
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	91,4	6,1	1,7	0,8
Perdesaan	62,1	7,7	22,6	7,6
<b>Pengeluaran Per kapita per bulan</b>				
Kuintil 1	62,7	5,9	21,4	10,0
Kuintil 2	69,4	5,9	19,6	5,1
Kuintil 3	71,5	7,6	15,5	5,4
Kuintil 4	73,5	7,3	14,2	4,9
Kuintil 5	80,2	7,9	9,1	2,7

Lebih banyak rumah tangga di perkotaan yang menggunakan tempat BAB dengan jenis leher angsa dan cemplung/cubluk dibandingkan dengan rumah tangga di perdesaan. Sedangkan rumah tangga di perdesaan lebih banyak yang tidak menggunakan tempat BAB daripada rumah tangga di perkotaan. Berdasarkan pengeluaran perkapita terlihat adanya kecenderungan peningkatan persentase rumah tangga yang menggunakan tempat BAB jenis leher angsa seiring dengan peningkatan kuintil. Sebaliknya terlihat adanya penurunan persentase rumah tangga yang menggunakan tempat BAB jenis cemplung/cubluk seiring dengan peningkatan kuintil.

**Tabel 3.9.2.5**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007**

Kabupaten/Kota	Akses Sanitasi	
	Kurang	Baik*)
Bengkulu Selatan	59,8	40,2
Rejang Lebong	49,9	50,1
Bengkulu Utara	68,5	31,5
Kaur	63,8	36,2
Seluma	64,7	35,3
Muko-muko	66,8	33,2
Lebong	72,1	27,9
Kepahiang	48,1	51,9
Kota Bengkulu	22,3	77,7
<b>Bengkulu</b>	<b>55,2</b>	<b>44,8</b>

\*) menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007).

Menurut *Joint Monitoring Program WHO/Unicef*, akses sanitasi disebut 'baik' bila rumah tangga menggunakan sarana pembuangan kotoran sendiri dengan jenis sarana jamban leher angsa. Berdasarkan kriteria tersebut, pada tabel 3.9.2.5 dapat dilihat rumah tangga di Provinsi Bengkulu dengan akses baik terhadap sanitasi sebesar 44,8%. Hanya ada 3 kabupaten/kota dengan akses baik terhadap sanitasi diatas rerata nasional (43%), yaitu perkotaan Bengkulu (77,7%), Kepahiang (51,9%), dan Rejang Lebong (50,1%).

**Tabel 3.9.2.6**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Akses Terhadap Sanitasi dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas dan Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Akses Sanitasi	
	Kurang	Baik*)
<b>Tipe daerah</b>		
Perkotaan	26,9	73,1
Perdesaan	65,7	34,3
<b>Pengeluaran Per kapita per bulan</b>		
Kuintil 1	73,9	26,1
Kuintil 2	64,9	35,1
Kuintil 3	53,3	46,7
Kuintil 4	45,5	54,5
Kuintil 5	38,4	61,6

\*) menggunakan jamban sendiri, jenis latrin (Susenas, 2007).

Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi bervariasi menurut tipe daerah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita. Tabel 3.9.2.6 menunjukkan Persentase rumah tangga dengan akses baik terhadap sanitasi, di perkotaan lebih tinggi dua kali lipat (73,1%) dibandingkan dengan di perdesaan (34,3%). 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**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007**

Kabupaten/Kota	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/ SPAL	Kolam/ sawah	Sungai /laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
Bengkulu Selatan	31,6	2,1	32,4	17,9	11,1	5,0
Rejang Lebong	34,3	1,8	19,6	40,3	2,7	1,4
Bengkulu Utara	22,5	1,4	28,0	37,4	9,3	1,4
Kaur	21,3	1,2	19,5	28,9	28,0	1,2
Seluma	21,1	0,8	23,1	44,2	10,4	0,4
Muko-muko	32,7	2,8	13,8	42,5	6,8	1,4
Lebong	10,8	1,0	67,6	19,2	0,3	1,0
Kepahiang	16,9	0,8	18,5	55,8	4,7	3,3
Kota Bengkulu	81,3	1,3	0,5	12,7	0,8	3,3
<b>Bengkulu</b>	<b>34,4</b>	<b>1,5</b>	<b>21,7</b>	<b>33,1</b>	<b>7,3</b>	<b>2,0</b>

Secara umum, tempat pembuangan akhir tinja pada sebagian besar rumah tangga di provinsi Bengkulu banyak menggunakan tangki/SPAL(saniter), sebesar 34,4%, Lobang tanah (33,1%) dan sungai/laut (21,8%).

Tangki/SPAL paling banyak digunakan sebagai tempat pembuangan akhir tinja di Kota Bengkulu (81,3%) dan paling sedikit di Kabupaten Lebong (10,8%). Tempat pembuangan akhir tinja di lobang tanah paling banyak digunakan oleh rumah tangga di Kabupaten Kepahiang (55,8%), di sungai/laut paling banyak digunakan oleh rumah tangga di Kabupaten Lebong sedangkan pantai/tanah paling banyak di Kabupaten Kaur (28,0%).

**Tabel 3.9.2.8**  
**Persentase Rumah tangga menurut Tempat Pembuangan Akhir Tinja dan Karakteristik rumah tangga Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Susenas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Tempat pembuangan akhir tinja					
	Tangki/SPAL	Kolam/sawah	Sungai/laut	Lobang tanah	Pantai / tanah	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	69,8	2,0	2,7	21,6	0,8	3,1
Perdesaan	21,3	1,3	28,8	37,4	9,7	1,5
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>						
Kuintil 1	21,6	1,1	33,7	25,7	15,3	2,6
Kuintil 2	25,9	1,1	29,5	33,1	7,9	2,5
Kuintil 3	30,3	1,8	20,6	40,3	5,4	1,5
Kuintil 4	39,4	1,3	15,5	36,5	5,5	1,8
Kuintil 5	52,3	2,0	11,1	29,9	3,1	1,6

Lebih banyak rumah tangga di perkotaan yang menggunakan tangki/SPAL dibandingkan dengan rumah tangga di perdesaan, tetapi masih terdapat sekitar 22% dengan tempat pembuangan akhir tinja di lobang tanah; dan sekitar 29% rumah tangga di perdesaan dengan tempat pembuangan akhir tinja di sungai/laut.

Persentase rumah tangga yang menggunakan tangki/SPAL sebagai tempat pembuangan akhir tinja semakin meningkat seiring dengan peningkatan pengeluaran per kapita per bulan. Pola sebaliknya terjadi pada rumah tangga yang menggunakan sungai/laut dan pantai/tanah sebagai tempat pembuangan akhir tinja, yaitu terjadi penurunan persentase pada rumah tangga yang menggunakan kedua jenis pembuangan akhir tinja seiring dengan peningkatan kuintil.

### 3.9.3. Sarana Pembuangan Air Limbah

Data penggunaan saluran pembuangan air limbah (SPAL) rumah tangga didapatkan dengan cara wawancara dan pengamatan.

Sebagian besar rumah tangga di provinsi Bengkulu menggunakan SPAL di rumahnya baik SPAL jenis tertutup maupun terbuka (79,9%). Dibandingkan dengan data nasional Susenas tahun 2004, terdapat penurunan rumah tangga yang tidak memiliki SPAL, yaitu dari 25,8% menjadi 20,1%



Berdasarkan wilayah kabupaten/kota, saluran pembuangan air limbah terbuka paling banyak digunakan oleh rumah tangga di Kota Bengkulu (79,1%), namun masih ada sekitar 3% rumah tangga di Kota Bengkulu yang tidak menggunakan SPAL. Saluran pembuangan air limbah tertutup paling banyak digunakan oleh rumah tangga di Kabupaten Kepahiang (24,8%). Sedangkan rumah tangga yang terbanyak tidak memiliki SPAL adalah di Kabupaten Muko-muko (47,8%).

**Tabel 3.9.3.1**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
Bengkulu Selatan	55,0	7,5	37,4
Rejang Lebong	78,4	13,0	8,6
Bengkulu Utara	75,1	5,0	19,9
Kaur	70,8	6,1	23,1
Seluma	74,7	5,9	19,5
Muko-muko	42,2	10,2	47,6
Lebong	69,0	7,9	23,1
Kepahiang	45,3	24,8	29,9
Kota Bengkulu	79,1	18,0	2,8
<b>Bengkulu</b>	<b>69,2</b>	<b>10,7</b>	<b>20,1</b>

**Tabel 3.9.3.2**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Saluran Pembuangan Air Limbah dan Karakteristik Rumah Tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Saluran pembuangan air limbah		
	Terbuka	Tertutup	Tdk ada
<b>Tipe daerah</b>			
Perkotaan	74,7	20,8	4,6
Perdesaan	67,3	7,0	25,7
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>			
Kuintil 1	68,7	5,9	25,4
Kuintil 2	69,4	7,2	23,4
Kuintil 3	69,2	9,7	21,1
Kuintil 4	68,9	12,1	19,1
Kuintil 5	70,0	18,3	11,7

Di Provinsi Bengkulu, pada rumah tangga di perkotaan lebih banyak yang menggunakan SPAL terbuka dan tertutup dibandingkan di perdesaan, walaupun demikian masih ada sekitar 5% rumah tangga di perkotaan yang tidak memiliki SPAL.

Persentase rumah tangga yang dengan SPAL terbuka tersebar secara merata pada setiap kelompok pengeluaran per kapita per bulan. Ada kecenderungan rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan tinggi, lebih banyak yang menggunakan SPAL tertutup dari pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan rendah. Sebaliknya Persentase rumah tangga memiliki SPAL terbuka

lebih banyak pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan rendah.

### 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 Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
Bengkulu Selatan	6,1	11,5	82,4	5,7	43,8	50,5
Rejang Lebong	5,9	18,5	75,5	5,6	52,0	42,4
Bengkulu Utara	6,2	39,2	54,6	2,0	47,6	50,4
Kaur	0,6	17,0	82,4	0,9	41,8	57,3
Seluma	0,4	15,9	83,7	1,4	37,2	61,4
Muko-muko	3,1	7,7	89,2	4,9	27,0	68,1
Lebong	2,5	12,4	85,1	2,9	16,1	81,1
Kepahiang	5,9	26,2	67,9	4,5	42,0	53,5
Kota Bengkulu	7,9	32,5	59,6	9,2	58,0	32,8
<b>Bengkulu</b>	<b>5,0</b>	<b>23,9</b>	<b>71,1</b>	<b>4,4</b>	<b>44,5</b>	<b>51,1</b>

Secara umum rumah tangga di Provinsi Bengkulu lebih banyak yang tidak memiliki penampungan sampah baik di dalam atau di luar rumah. Dari rumah tangga yang memiliki tempat penampungan sampah baik di dalam atau di luar rumah, lebih banyak yang menggunakan tempat sampah terbuka daripada tempat sampah tertutup.

Rumah tangga di Kabupaten Muko-muko yang terbanyak tidak memiliki tempat sampah di dalam rumah (89,2%). Sedangkan yang tidak memiliki tempat sampah di luar rumah terbesar adalah rumah tangga di Kabupaten Lebong (81,1%). Tempat sampah tertutup baik di dalam maupun di luar rumah paling banyak digunakan oleh rumah tangga di Kota Bengkulu. Sedangkan pengguna tempat sampah terbuka di dalam rumah tertinggi adalah rumah tangga di Kabupaten Bengkulu Utara dan di luar rumah tertinggi adalah rumah tangga di Kota Bengkulu.

Rumah tangga di perdesaan lebih banyak yang tidak memiliki tempat sampah dibandingkan di perkotaan dan. Berdasarkan tingkat pengeluaran perkapita terlihat adanya kecenderungan semakin meningkatnya persentase rumah tangga yang memiliki sampah tertutup baik di dalam maupun di luar rumah. Sebaliknya terjadi penurunan persentase rumah tangga yang tidak memiliki tempat sampah seiring dengan peningkatan pengeluaran per kapita per bulan.

**Tabel 3.9.4.2**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Penampungan Sampah di Dalam dan Luar Rumah dan Karakteristik Rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Penampungan sampah dalam rumah			Penampungan sampah di luar rumah		
	Tertutup	Terbuka	Tidak ada	Tertutup	Terbuka	Tidak ada
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	9,5	28,5	62,0	8,5	46,5	45,1
Perdesaan	3,4	22,3	74,3	2,8	43,8	53,4
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>						
Kuintil 1	3,0	21,9	75,1	2,9	43,2	53,9
Kuintil 2	2,5	21,8	75,7	2,5	45,4	52,1
Kuintil 3	3,7	25,6	70,7	4,8	43,0	52,1
Kuintil 4	6,5	24,2	69,3	5,5	45,4	49,1
Kuintil 5	9,5	26,2	64,2	6,1	45,7	48,2

### 3.9.5. Perumahan

Data perumahan yang dikumpulkan dan menjadi bagian dari persyaratan rumah sehat adalah jenis lantai rumah, kepadatan hunian, dan keberadaan hewan ternak dalam rumah. Data jenis lantai, luas lantai rumah dan jumlah anggota rumah tangga diambil dari Kor Susenas 2007, sedangkan data pemeliharaan ternak diambil dari Riskesdas 2007. Kepadatan hunian diperoleh dengan cara membagi luas lantai rumah dalam meter persegi dengan jumlah anggota rumah tangga.

Hasil perhitungan dikategorikan sesuai kriteria Permenkes tentang rumah sehat, yaitu memenuhi syarat bila  $\geq 8\text{m}^2/\text{kapita}$  (tidak padat) dan tidak memenuhi syarat bila  $< 8\text{m}^2/\text{kapita}$  (padat).

Secara umum di Provinsi Bengkulu masih banyak rumah tangga dengan tingkat kepadatan hunian tinggi dan masih ada rumah tangga yang berlantaikan tanah. Rumah berlantai tanah terbanyak terdapat di Kabupaten Muko-muko (20,8%) dan terendah di Kota Bengkulu (1,3%). Terdapat 5 kabupaten dengan persentase  $\geq 10\%$  yang rumahnya berlantaikan tanah, yaitu Kabupaten Bengkulu Utara, Kaur, Seluma dan Muko-muko. Kepadatan hunian  $< 8\text{ m}^2/\text{kapita}$  terbanyak terdapat pada rumah tangga di Kabupaten Lebong (26,2%).

**Tabel 3.9.5.1**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jenis Lantai Rumah,**  
**Kepadatan Hunian dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu,**  
**Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	≥ 8 m <sup>2</sup> /kapita	< 8 m <sup>2</sup> /kapita
Bengkulu Selatan	95,8	4,2	79,7	20,3
Rejang Lebong	92,8	7,2	81,9	18,1
Bengkulu Utara	85,0	15,0	78,4	21,6
Kaur	85,4	14,6	79,0	21,0
Seluma	83,0	17,0	78,6	21,4
Muko-muko	79,6	20,4	77,3	22,7
Lebong	97,6	2,4	73,8	26,2
Kepahiang	95,6	4,4	82,6	17,4
Kota Bengkulu	98,7	1,3	81,5	18,5
<b>Bengkulu</b>	<b>90,2</b>	<b>9,8</b>	<b>79,6</b>	<b>20,4</b>

**Tabel 3.9.5.2**  
**Persentase Rumah tangga menurut Jenis Lantai Rumah**  
**dan Kepadatan Hunian dan Karakteristik rumah tangga di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik rumah tangga	Jenis lantai		Kepadatan hunian	
	Bukan tanah	Tanah	> 8 m <sup>2</sup> /kapita	< 8 m <sup>2</sup> /kapita
<b>Tipe daerah</b>				
Perkotaan	98,8	1,2	82,3	17,7
Perdesaan	87,0	13,0	78,6	21,4
<b>Pengeluaran per kapita per bulan</b>				
Kuintil 1	83,5	16,5	56,4	43,6
Kuintil 2	89,9	10,1	76,1	23,9
Kuintil 3	89,4	10,6	82,4	17,6
Kuintil 4	93,3	6,7	87,2	12,8
Kuintil 5	94,7	5,3	93,5	6,5

Rumah tangga di perdesaan dengan hunian padat dan berlantai tanah lebih banyak daripada rumah tangga di perkotaan. Rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan rendah (kuintil 1 dan 2) dengan hunian padat dan lantai tanah lebih banyak dari pada rumah tangga dengan tingkat pengeluaran per kapita per bulan tinggi.

**Tabel 3.9.5.3**  
**Persentase Rumah tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jenis bahan bakar utama memasak					
	Listrik	Gas/Elpiji	Minyak tanah	Arang/briket	Kayu bakar	Lainnya
Bengkulu Selatan	0,8	6,6	11,0	0,3	81,1	0,3
Rejang Lebong	2,0	12,9	22,3	0,5	61,9	0,4
Bengkulu Utara	0,8	8,0	14,4	0,7	76,1	0,0
Kaur	0,3	3,8	7,6	0,6	87,5	0,3
Seluma	0,4	4,8	16,2	0,4	77,8	0,4
Muko-muko	0,7	5,6	15,4	0,2	77,8	0,2
Lebong	0,3	5,9	11,1	0,0	82,3	0,3
Kepahiang	1,4	6,9	18,5	1,9	71,1	0,3
Kota Bengkulu	4,1	22,5	62,3	0,4	10,4	0,4
<b>Bengkulu</b>	<b>1,5</b>	<b>10,1</b>	<b>23,2</b>	<b>0,6</b>	<b>64,4</b>	<b>0,3</b>

Sebagian besar rumah tangga di Provinsi Bengkulu menggunakan kayu bakar sebagai jenis bahan bakar utama memasak, hanya sedikit yang menggunakan listrik, arang/briket dan jenis bahan bakar lainnya sebagai bahan bakar utama untuk memasak.

Kayu bakar paling banyak digunakan oleh rumah tangga di Kabupaten Kaur (87,5%) dan hanya sekitar 10% rumah tangga di Kota Bengkulu yang menggunakannya. Bahan bakar minyak tanah (62,3%) dan gas/elpiji (22,5%) paling banyak digunakan oleh rumah tangga di Kota Bengkulu di bandingkan dengan kabupaten lainnya.

**Tabel 3.9.5.4**  
**Persentase Rumah tangga menurut Jenis Bahan Bakar Utama Memasak dan Karakteristik rumah tangga di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis bahan bakar utama memasak					
	Listrik	Gas/elpiji	Minyak tanah	Arang/briket	Kayu bakar	Lainnya
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	3,8	24,4	57,2	0,4	13,9	0,4
Perdesaan	0,6	4,8	10,7	0,6	83,2	0,2
<b>Pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil 1	0,6	0,7	14,6	0,8	83,0	0,2
Kuintil 2	1,0	2,6	17,8	0,5	78,0	0,1
Kuintil 3	1,3	5,9	22,1	0,3	70,1	0,3
Kuintil 4	1,4	11,0	26,2	0,9	60,1	0,3
Kuintil 5	2,8	28,0	34,0	0,3	34,7	0,3

Rumah tangga di perkotaan lebih banyak yang menggunakan bahan bakar gas /elpiji dan minyak tanah, sebaliknya rumah tangga di perdesaan lebih banyak yang menggunakan kayu bakar sebagai jenis bahan bakar utama memasak.

Terdapat kecenderungan semakin baik tingkat pengeluaran per kapita per bulan maka Persentase rumah tangga yang menggunakan menggunakan kayu bakar sebagai jenis bahan bakar utama memasak semakin rendah; sebaliknya semakin tinggi tingkat

pengeluaran per kapita per bulan, Persentase rumah tangga yang menggunakan menggunakan gas/elpiji dan minyak tanah sebagai jenis bahan bakar utama memasak semakin banyak.

Tingginya penggunaan kayu bakar di rumah tangga, apabila tidak disertai dengan konstruksi dapur dan sistem ventilasi yang baik akan menimbulkan indoors air pollution, yang menjadi pencetus terjadinya ISPA di rumah tangga.

**Tabel 3.9.5.5**  
**Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun Berbahaya di Dalam Rumah dan Kabupaten/Kota di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/kota	Jenis bahan beracun berbahaya					
	Pengharum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
Bengkulu Selatan	2,1	1,1	9,3	6,4	0,5	43,4
Rejang Lebong	8,2	4,9	11,6	12,5	2,3	40,8
Bengkulu Utara	5,4	20,8	6,2	36,9	2,8	46,0
Kaur	7,6	33,2	9,9	16,7	4,1	54,7
Seluma	1,8	20,9	5,9	59,7	1,0	46,8
Muko-muko	5,2	3,3	11,2	35,9	4,3	26,0
Lebong	8,1	6,3	6,3	71,9	1,8	73,1
Kepahiang	4,5	20,6	5,4	83,0	2,0	78,0
Kota Bengkulu	28,6	28,8	42,2	85,5	9,8	58,9
<b>Bengkulu</b>	<b>9,3</b>	<b>16,7</b>	<b>13,8</b>	<b>44,8</b>	<b>3,6</b>	<b>49,9</b>

Jenis bahan beracun yang banyak digunakan dalam rumah tangga di Provinsi Bengkulu, secara berturut-turut adalah racun serangga, penghilang noda pakaian, spray rambut, pembersih lantai dan pengharum ruangan. Hanya sedikit yang menggunakan pengkilap kayu/kaca

Apabila dilihat berdasarkan wilayah kabupaten/kota di Provinsi Bengkulu, penggunaan racun serangga tertinggi adalah di Kabupaten Kepahiang (78,0%) dan terendah di Kabupaten Muko-muko (26,0%%). Penghilang noda pakaian tertinggi digunakan oleh rumah tangga di Kota Bengkulu (85,5%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Selatan (6,4%). Penggunaan spray rambut tertinggi ada di Kabupaten Kaur (33,2%) dan terendah di Kabupaten Bengkulu Selatan (1,1%). Sedangkan pembersih lantai banyak digunakan oleh rumah tangga di Kota Bengkulu (45,2%), hal ini selaras dengan banyaknya rumah tangga di Kota Bengkulu yang berlantai bukan tanah.

**Tabel 3.9.5.6**  
**Persentase Rumah tangga menurut Penggunaan Jenis Bahan Beracun**  
**Berbahaya di Dalam Rumah dan Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jenis bahan beracun berbahaya					
	Pengharum	Spray rambut	Pembersih lantai	Penghilang noda pakaian	Pengkilap kayu/kaca	Racun serangga
<b>Tipe daerah</b>						
Perkotaan	23,7	27,1	33,7	69,9	8,4	60,0
Perdesaan	4,0	12,8	6,5	35,5	1,9	46,2
<b>Pengeluaran per kapita</b>						
Kuintil 1	2,9	11,0	6,1	38,5	1,3	45,4
Kuintil 2	5,6	14,9	7,6	43,0	1,2	48,7
Kuintil 3	7,3	18,2	13,0	45,0	3,7	50,5
Kuintil 4	11,0	18,0	16,0	45,8	5,2	51,6
Kuintil 5	19,9	21,3	26,4	51,8	6,8	52,8

Bahan beracun berbahaya lebih banyak digunakan oleh rumah tangga di perkotaan dibandingkan rumah tangga di perdesaan. Persentase rumah tangga yang menggunakan bahan beracun berbahaya makin meningkat dengan bertambah tinggi tingkat pengeluaran perkapita per bulan, kecuali pada pemakaian penghilang noda pakaian, dimana terjadi penurunan Persentase pada kuintil tertinggi.

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.

Berdasarkan tabel 3.9.5.7 dapat dilihat bahwa dari 4 kelompok binatang ternak/binatang yang banyak dipelihara oleh penduduk di Provinsi Bengkulu adalah ternak unggas (47,7%) dan binatang anjing/kucing/kelinci (17,9%). Unggas dan ternak sedang (kambing/domba/babi) paling banyak dipelihara oleh penduduk di kabupaten Muko-muko (masing-masing sebesar 63,2% dan 10,6%). Ternak besar paling banyak dipelihara oleh rumah tangga di Kabupaten Bengkulu Utara (12,8%). Sedangkan anjing/kucing/kelinci paling banyak dipelihara oleh rumah tangga di Kabupaten Kaur (33,5%).

Dari tabel 3.9.5.8 dapat dilihat bahwa penduduk di perkotaan lebih banyak yang tidak memelihara binatang ternak dibandingkan dengan di perdesaan. Tidak terdapat pola yang jelas antar tingkat pengeluaran per kapita per bulan dengan kepemilikan ternak atau binatang peliharaan.

Berdasarkan Tabel 3.9.5.9 dapat dilihat bahwa lebih dari 95 rumah tangga di Bengkulu mempunyai jarak dari rumah ke sumber pencemaran, kecuali jalan raya > 200 meter dan lebih dari 65 rumah tangga dengan jarak ke jalan raya > 200 meter. Rumah tangga yang terdekat dengan jalan raya terbesar adalah Kabupaten Rejang Lebong (29,8). Rumah tangga yang berjarak < 10 meter dengan sumber pencemaran berupa tempat pembuangan sampah terbanyak di Kabupaten Kepahiang (8,6). Rumah tangga yang dekat dengan sumber pencemaran berupa industri/pabrik (2,6) dan jaringan listrik SUTT/SUTET terbanyak (2,5) di Kabupaten Bengkulu Utara (2,6).

Menurut tabel 3.9.5.10 hampir tidak ada perbedaan Persentase rumah tangga berdasarkan jarak dari rumah ke sumber pencemaran dan jenis sumber pencemaran pada rumah tangga di perkotaan dan perdesaan. Tidak terdapat pola yang jelas antara tingkat pengeluaran per kapita per bulan dengan jarak dari rumah ke sumber pencemaran dan jenis sumber pencemaran.



**Tabel 3.9.5.7**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Kabupaten/Kota**  
**di Provinsi Bengkulu, 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
Bengkulu Selatan	0,8	38,9	60,3	0,5	6,2	93,2	0,0	4,6	95,4	1,9	6,8	91,3
Rejang Lebong	15,0	31,5	53,5	0,8	6,7	92,5	0,9	4,9	94,2	5,8	10,1	84,1
Bengkulu Utara	2,3	54,5	43,2	0,4	7,1	92,5	0,0	12,8	87,2	6,9	6,1	87,0
Kaur	3,2	49,3	47,5	0,3	4,4	95,3	0,0	3,2	96,8	13,8	19,7	66,5
Seluma	3,5	53,8	42,6	0,0	8,9	91,1	0,0	2,8	97,2	14,8	13,6	71,6
Muko-muko	2,4	60,8	36,8	0,2	10,4	89,4	0,2	8,5	91,3	16,1	4,0	79,9
Lebong	5,3	46,1	48,6	0,4	5,0	94,6	0,0	0,7	99,3	10,6	4,4	85,0
Kepahiang	13,5	34,1	52,4	0,0	6,3	93,7	0,0	4,9	95,1	11,4	17,4	71,3
Kota Bengkulu	3,1	20,7	76,2	0,4	0,7	98,9	0,2	0,8	98,9	8,2	5,1	86,7
<b>Bengkulu</b>	<b>5,4</b>	<b>42,3</b>	<b>52,3</b>	<b>0,4</b>	<b>6,0</b>	<b>93,6</b>	<b>0,2</b>	<b>5,7</b>	<b>94,1</b>	<b>9,1</b>	<b>8,8</b>	<b>82,1</b>

**Tabel 3.9.5.8**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Tempat Pemeliharaan Ternak/Hewan Peliharaan dan Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi Bengkulu, 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
<b>Tipe daerah</b>												
Perkotaan	4,7	20,3	75,0	0,2	0,9	98,9	0,2	1,1	98,7	8,0	4,8	87,3
Perdesaan	5,7	50,5	43,8	0,4	7,9	91,7	0,2	7,4	92,4	9,6	10,2	80,2
<b>Pengeluaran per kapita</b>												
Kuintil 1	6,6	45,8	47,7	6,6	45,8	47,7	0,3	6,2	93,5	10,5	10,1	79,4
Kuintil 2	4,6	45,1	50,3	4,6	45,1	50,3	0,4	8,6	91,0	9,4	12,3	78,2
Kuintil 3	7,6	43,0	49,4	7,6	43,0	49,4	0,1	6,0	93,9	9,1	9,3	81,6
Kuintil 4	5,6	42,4	52,0	5,6	42,4	52,0	0,1	4,1	95,8	8,2	6,2	85,6
Kuintil 5	3,0	35,9	61,1	3,0	35,9	61,1	0,0	3,7	96,3	8,6	6,3	85,1

**Tabel 3.9.5.9**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Kabupaten/Kota di**  
**Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Kabupaten/Kota	Jalan raya/rel kereta api (dlm meter)				Tempat pembuangan sampah (dlm meter)				Industri/pabrik (dlm meter)				Jaringan Listrik SUTT/SUTET (dlm meter)			
	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200
Bengkulu Selatan	3,0	10,5	,3	86,2	1,2	0,0	0,0	98,8	1,3	0,0	0,0	98,7	1,1	0,0	0,0	98,9
Rejang Lebong	29,8	32,0	4,8	33,5	0,9	4,5	0,1	94,5	0,4	0,4	0,4	98,8	0,1	2,3	0,8	96,8
Bengkulu Utara	15,0	8,9	3,8	72,3	2,6	0,4	0,0	97,0	2,6	0,0	3,2	94,2	2,5	0,0	0,0	97,5
Kaur	6,3	5,3	1,3	87,0	0,4	2,3	0,4	96,9	0,3	0,0	0,0	99,7	0,3	0,0	0,0	99,7
Seluma	8,7	21,0	2,2	68,1	0,4	0,0	0,0	99,6	0,5	0,0	0,2	99,3	0,4	0,0	0,0	99,6
Muko-muko	6,4	8,4	0,7	84,5	1,0	1,9	0,2	96,9	0,3	2,6	1,6	95,6	0,0	0,0	0,0	100,0
Lebong	28,8	28,1	1,4	41,7	1,9	0,9	0,0	97,2	0,7	0,7	0,0	98,6	2,0	4,0	0,4	93,5
Kepahiang	17,2	17,2	3,4	62,1	8,6	1,7	0,3	89,4	0,0	0,3	0,3	99,4	0,3	1,4	0,0	98,3
Kota Bengkulu	5,5	8,1	3,5	82,9	0,4	0,8	0,0	98,8	0,3	0,4	0,0	99,4	0,3	0,3	0,0	99,5
<b>Bengkulu</b>	<b>13,9</b>	<b>15,1</b>	<b>2,9</b>	<b>68,1</b>	<b>1,8</b>	<b>1,4</b>	<b>0,1</b>	<b>96,7</b>	<b>0,9</b>	<b>0,4</b>	<b>0,9</b>	<b>97,8</b>	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	<b>0,1</b>	<b>98,2</b>

**Tabel 3.9.5.10**  
**Persentase Rumah Tangga menurut Jarak Rumah ke Sumber Pencemaran dan Karakteristik Rumah Tangga**  
**di Provinsi Bengkulu, Riskesdas 2007**

Karakteristik	Jalan raya/rel kereta api (dlm meter)				Tempat pembuangan sampah (dlm meter)				Industri/pabrik (dlm meter)				Jaringan Listrik SUTT/SUTET (dlm meter)			
	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200	<10	10- 100	101- 200	>200
<b>Tipe daerah</b>																
Kota	11,3	19,8	5,0	63,9	0,5	2,7	0,2	96,7	0,2	0,6	0,1	99,1	0,2	1,0	0,0	98,8
Perdesaan	14,9	13,5	2,2	69,4	2,1	0,9	0,1	96,9	1,0	0,3	1,2	97,4	1,1	0,6	0,2	98,1
<b>Pengeluaran per kapita</b>																
Kuintil 1	10,8	12,4	2,1	74,8	1,9	1,6	0,0	96,5	1,2	0,1	0,1	98,5	1,1	0,2	0,0	98,7
Kuintil 2	13,6	14,0	2,7	69,7	1,9	0,8	0,2	97,0	0,9	0,4	0,3	98,3	1,0	0,9	0,4	97,7
Kuintil 3	13,9	15,5	3,5	67,0	1,5	1,0	0,2	97,3	0,4	0,7	0,8	98,1	0,6	0,8	0,1	98,5
Kuintil 4	13,6	15,1	2,7	68,5	1,6	1,0	0,0	97,4	0,4	0,4	1,5	97,6	0,7	1,3	0,2	97,8
Kuintil 5	17,4	19,0	3,8	59,8	1,5	2,6	0,1	95,8	1,0	0,5	1,6	96,9	0,9	0,5	0,0	98,6

## DAFTAR PUSTAKA

1. ----- Faktor Resiko Terjadinya Hipertensi. <http://www.klinikpria.com/datatopik/hipertensi.htm>. 2005
2. ----- Hipertensi. <http://www.medicastore.com/penyakit/hiperten.htm>. 9/20/2002
3. Abas B. Jahari, Sandjaja, Herman Sudiman, Soekirman, Idrus Jus'at, Fasli Jalal, Dini Latief, Atmarita. Status gizi balita di Indonesia sebelum dan selama krisis (Analisis data antropometri Susenas 1989 - 1999). Prosiding Widyakarya Nasional Pangan dan Gizi VII. Jakarta 29 Februari - 2 Maret 2000.
4. AMA (American Medical Association), 2001, Depression Linked With Increased Risk of Heart Failure Among Elderly With Hypertension, [http://www.medem.com/MedLB/article\\_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub\\_cat=738/24/2002](http://www.medem.com/MedLB/article_ID=ZZZUKQQ9EPC&sub_cat=738/24/2002).
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular, Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
6. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Morbiditas dan Disabilitas*. Tahun 2002.
7. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Kesehatan Ibu dan Anak*.
8. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan SKRT 2001: *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil*.
9. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Departemen Kesehatan R.I. Laporan Data Susenas 2001: *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup Sehat dan Kesehatan Lingkungan*. Tahun 2002
10. Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan. *Survei Demografi dan Kesehatan 2002-2003*. ORC Macro 2002-2003.
11. Balitbangkes. Depkes RI. Operational Study an Integrated Community-Based Intervention Program on Common Risk Factors of Major Non-communicable Diseases in Depok Indonesia, 2006.
12. Basuki, B & Setianto, B. Age, Body Posture, Daily Working Load, Past Antihypertensive drugs and Risk of Hypertension : A Rural Indonesia Study. 2000.
13. Bedirhan Ustun. The International Classification Of Functioning, Disability And Health – A Common Framework For Describing Health States. p.344-348, 2000
14. Bonita R et al. Surveillance of risk factors for non-communicable diseases: The WHO STEP wise approach. Summary. Geneva World Health Organization, 2001
15. Bonita R, de Courten M, Dwyer T et al, 2001, *The WHO Stepwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk Faktors*, Geneva: World Health Organization

16. Bonita, R., de Courten, M., Dwyer, T., Jamrozik, K., Winkelmann, R. *Surveillance Noncommunicable Diseases and Mental Health. The WHO STEPwise Approach to Surveillance (STEPS) of NCD Risk 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, 8<sup>th</sup> Ed. Lippincott :Williams & Wilkins 2002.
39. Kaplan NM. Primary Hypertention Pathogenesis In : Clinical Hypertention, 7<sup>th</sup> 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 Selektta Kedokteran 1999 :518 – 521.
44. Muchtar & Fenida. Faktor-faktor yang berhubungan Dengan Hipertensi Tidak Terkendali Pada Penderita Hipertensi Ringan dan Sedang yang berobat di poli Ginjal Hipertensi, 1998.
45. Obesity and Diabetes in the Developing World — A Growing Challenge
46. Parvez Hossain, M.D., Bisher Kawar, M.D., and Meguid El Nahas, M.D., Ph.D. The New England Journal of Medicine. Vol 356: 213 – 215, Jan 18, 2007
47. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
48. Perkeni. Konsensus Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2006. Jakarta: Perkeni, 2006.
49. Petunjuk Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal, Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan RI., 2004
50. *Policy Paper for Directorate General of Public Health, June 2002*
51. 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 vitamin 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 Approach 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